

Döhler, Marian

Book — Digitized Version

Gesundheitspolitik nach der "Wende": Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Döhler, Marian (1990) : Gesundheitspolitik nach der "Wende": Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, ISBN 3-89404-102-1, Edition Sigma, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122885>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Döhler: Gesundheitspolitik nach der "Wende"

Herausgegeben vom

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN FÜR SOZIALFORSCHUNG

Forschungsschwerpunkt Marktprozeß und Unternehmensentwicklung

Kommiss. Direktor: David B. Audretsch Ph.D.

Marian Döhler

**Gesundheitspolitik
nach der „Wende“**

Policy-Netzwerke und
ordnungspolitischer Strategiewechsel
in Großbritannien, den USA und
der Bundesrepublik Deutschland



Umschlagillustration unter Verwendung eines Fotos von Hans Lachmann, Monheim.

CIP – Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Döhler, Marian:

Gesundheitspolitik nach der "Wende" : Policy – Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Grossbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland / Marian Döhler.

[Hrsg. vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Marktprozess und Unternehmensentwicklung]. –

Berlin : Ed. Sigma Bohn, 1990

Zugl.: Konstanz, Univ., Diss., 1990

ISBN 3 – 89404 – 102 – 1

Copyright 1990 by edition sigma rainer bohn verlag, Berlin.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Textverarbeitung: Wissenschaftlicher Text – Dienst A. Zierer – Kuhnle, Berlin

Druck: WZB

Printed in Germany

Inhalt

	Seite
Vorwort	9
I. Einleitung	11
1. Gegenstand der Untersuchung	11
1.1 Problemstellung	11
1.2 Neokonservatismus und ordnungspolitischer Strategiewechsel	14
1.3 Fragestellung	16
2. Theoretische Grundlagen und Methodik	19
2.1 Der institutionelle Ansatz	19
2.2 Policy-Netzwerke als analytischer Bezugspunkt	27
2.2.1 Netzwerkkonzeptionen in der sozialwissenschaftlichen Diskussion	28
2.2.2 Konzeptionelle Überlegungen zu Aufbau und Funktionsweise von Policy-Netzwerken	34
2.3 Stand der vergleichenden Forschung über Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik	40
2.4 Zur Anlage der Arbeit	51
II. Politisch-institutionelle Grundlagen der Gesundheitspolitik	53
3. Entwicklungsgeschichtliche Analysen	53
3.1 Staatsintervention, soziale Bewegung und Sozialpolitik bis zur Jahrhundertwende	53
3.1.1 Die Institutionalisierung staatlicher Gesundheitspolitik	58
3.1.2 Staat, Gesundheitspolitik und medizinische Profession	62
3.2 Varianten der Konfliktregulierung 1900 bis 1930	65
3.2.1 Intermediäre Steuerung und Korporatismus in Deutschland	65
3.2.2 Die liberale Sozialgesetzgebung und Lloyd George	71
3.2.3 Gesundheits- und Sozialpolitik in der Progressive Era	75
3.3 Die dreißiger und vierziger Jahre: Führerstaat, soziale Krise und New Deal	79
3.3.1 Gesundheitspolitik vor und während des Dritten Reichs	79
3.3.2 Funktionskrise und Kriegswirtschaft als Vorspiel zum »Beveridge Report«	83
3.3.3 Die Wohlfahrtsstaatsexpansion während des New Deal	86
3.4 Wiederaufbau und Wohlfahrtsstaatsexpansion nach dem 2. Weltkrieg	90
3.4.1 Die Wiederherstellung der »klassischen Sozialversicherung«	90
3.4.2 Die Einführung des National Health Service	94
3.4.3 Gesundheitspolitik in den USA bis zur Great Society	97
3.5 Zusammenfassung	102

4.	Charakteristika gesundheitspolitischer Netzwerke im Vergleich	105
4.1	Struktur	105
4.1.1	Großbritannien	105
4.1.2	USA	111
4.1.3	Bundesrepublik	117
4.2	Akteure	127
4.2.1	Großbritannien	127
4.2.2	USA	135
4.2.3	Bundesrepublik	150
4.3	Ökonomische Steuerungsstruktur	161
4.3.1	Großbritannien	162
4.3.2	USA	169
4.3.3	Bundesrepublik	172
4.4	Politische Handlungsmuster	174
4.4.1	Großbritannien	174
4.4.2	USA	176
4.4.3	Bundesrepublik	178
4.5	Selektivität	180
III.	Materielle Politikanalysen	185
5.	Parteien, programmatische Modernisierung und neokonservativer Strategiewechsel	185
5.1	Die Entwicklung der wohlfahrtsstaatlichen Programmatik der Conservative Party	186
5.1.1	Der Übergang zum Neokonservatismus	190
5.1.2	Bedingungen für die Formulierung von ordnungspolitischen Alternativen	194
5.2	Sozialpolitik und die Entstehung des Neokonservatismus im amerikanischen Parteiensystem	199
5.2.1	Die Genese des amerikanischen Neokonservatismus	201
5.2.2	Die gesundheitspolitische Strategiedebatte während der siebziger Jahre	205
5.3	Parteiorganisation und wohlfahrtsstaatliche Programmatik der CDU	210
5.3.1	Die gesundheits- und sozialpolitische Konzeption der Wende	218
5.3.2	Die Rolle der Gesundheitsökonomie in der Diskussion um ordnungspolitische Alternativen	223

	Seite
6. Gesundheitspolitik in der Ära Thatcher	227
6.1 Programmatische Vorgaben	227
6.2 Symbolische Politik und die Stärkung des privaten Sektors 1979 - 1982	229
6.2.1 Finanzierung	229
6.2.2 Die Stärkung des privaten Gesundheitssektors	239
6.2.3 Die Reorganisation des NHS 1982	251
6.2.4 Fazit	254
6.3 Der »New Managerialism«: Effizienzerhöhung und Hierarchisierung 1982 - 1985	255
6.3.1 Der Beginn des »New Managerialism«	256
6.3.2 Der »Griffiths Report«	261
6.3.3 Vom »Contracting Out« zum »Buying In«	275
6.3.4 Die Steuerung der ambulanten Versorgung	282
6.3.5 Die Steuerung der Arzneimittelausgaben durch die »Limited List«	285
6.3.6 Fazit	288
6.4 Die Politik des begrenzten Wettbewerbs 1985 - 1989	290
6.4.1 Die Reform der primären Gesundheitsversorgung	293
6.4.2 Finanzierungskrise und »interne Märkte«	300
7. Gesundheitspolitik in der Ära Reagan	319
7.1 Der Ausbau staatlicher Steuerungskapazitäten	321
7.2 Die erste Phase 1981 - 1982: Rückzug des Bundesstaates aus der Gesundheitspolitik	324
7.2.1 Medicare und Medicaid im Budgetprozeß	324
7.2.2 Der »New Federalism«	331
7.2.3 Deregulierung im Gesundheitssektor	335
7.3 Gesundheitspolitik ohne Staat: Die Restrukturierung des amerikanischen Gesundheitssektors	348
7.3.1 Der Aufstieg des neuen medizinisch-industriellen Komplexes	348
7.3.2 »Prudent Buyers«: Arbeitgeber als neuer Akteur	360
7.4 Die zweite Phase 1983 - 1988: Die Rückkehr zur regulativen Politik	372
7.4.1 Zwischen Konkurrenz und Regulierung: Die Steuerung der Krankenhauskosten durch DRGs	373
7.4.2 Gesundheitspolitik im fragmentierten Netzwerk	384
7.4.3 Der Ausklang der Ära Reagan: Von der ökonomischen Rationalisierung zur sozialen Schadensbegrenzung	398

8.	Gesundheitspolitik unter der christlich-liberalen Koalition	405
8.1	Programmatische Vorgaben in der Gesundheitspolitik	405
8.2	Die Chancen der Krise 1982 - 1984	409
8.2.1	Selbstbeteiligung in der GKV	411
8.2.2	Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung	418
8.3	Gesundheitspolitik ohne Konzept 1985 - 1986	433
8.3.1	Steuerung der Medizintechnik: Die Großgeräte-Richtlinien	435
8.3.2	Arzneimittelpolitik zwischen Kostendämpfung, Branchenschutz und Markttransparenz	442
8.3.3	Ärzteschwemme und kassenärztliche Bedarfsplanung	454
8.4	Zwischenbilanz	464
8.5	Versuch der Strukturpolitik 1987 - 1988	466
8.5.1	Der Weg zur Strukturreform	466
8.5.2	Das Gesundheitsreform-Gesetz	484
IV.	Vergleich	503
9.	Ordnungspolitische Bewertung	503
9.1	Politikverlauf und Reichweite des Strategiewechsels	504
9.2	Ordnungspolitik als Bewertungsproblem	506
9.3	Neokonservative Gesundheitspolitik - eine ordnungspolitische Bilanz	512
10.	Institutionelle Arrangements und die Selektivität von Policy-Netzwerken im Gesundheitssektor	517
10.1	Institutionelle Rahmenbedingungen im Vergleich	517
10.2	Netzwerkstrukturen zwischen Stabilität und Veränderung	529
10.2.1	Strukturmerkmale der gesundheitspolitischen Netzwerke	531
10.2.2	Die Akteurskonstellation	537
10.2.3	Ökonomische Steuerungsstrukturen	541
10.2.4	Politische Handlungsmuster	545
10.2.5	Die strategische Selektivität von Policy-Netzwerken	550
10.3	Zusammenfassung	555
	Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen	559
	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	562

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist im Wintersemester 1989/90 von der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Konstanz als Dissertation angenommen worden. Sie wurde im Herbst 1985 als Teil eines von der Stiftung Volkswagenwerk finanzierten Forschungsprojekts über »Verlaufsmuster und Bedingungen ordnungspolitischen Strategiewechsels im internationalen Vergleich« an der Universität Konstanz, Fachgruppe Politik- und Verwaltungswissenschaft, begonnen und seit Anfang 1987 am Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsschwerpunkt Marktprozeß und Unternehmensentwicklung, fortgeführt. Die Fragestellung und der theoretische Rahmen gehen auf Diskussionen innerhalb des von Gerhard Lehbruch geleiteten Konstanzer Projekts zurück. Das Manuskript war inhaltlich im September 1989 abgeschlossen und wurde für die Veröffentlichung leicht gekürzt und überarbeitet.

Zum Entstehungsprozeß dieser Arbeit haben verschiedene Personen durch intellektuelle oder sonstige Hilfen beigetragen. Ihnen sei an dieser Stelle gedankt. Gerhard Lehbruch, der auch die Betreuung der Dissertation übernahm, hat durch zahlreiche Anregungen das »grand design« der Arbeit maßgeblich beeinflußt. Obgleich nicht mehr der Konstanzer Fakultät zugehörig, erklärte sich Adrienne Windhoff-Héretier dankenswerter Weise zur Übernahme des Zweitgutachtens bereit. Josef Schmid hat mich auf die Bedeutung von innerparteilichen Organisationsmustern aufmerksam gemacht und mir hierzu wichtige Hinweise vermittelt. Kritische Kommentare zu Teilen des Manuskripts verdanke ich Georg Kaiser. Hanfried H. Andersen war durch seine ständige Diskussionsbereitschaft an mehreren wichtigen Stellen eine große Hilfe. Schließlich bin ich Jens Alber für wertvolle Vorschläge zur Verdeutlichung der Grundargumentation zu Dank verpflichtet. In technischer Hinsicht konnte ich mich auf die Hilfe von Thorsten Born, Stefan Csutor und Matthias Rheinhardt verlassen.

Ich widme diese Arbeit meinen Eltern, Anita und Günter Döhler, die mich weit über das Studium hinaus großzügig unterstützt haben.

I. Einleitung

In diesen ersten beiden Kapiteln erfolgt zunächst eine Einführung in den Untersuchungsgegenstand, wobei auch die wichtigsten begrifflichen Definitionen vorgenommen werden. Anschließend werden der hier verwendete institutionelle Theorieansatz und die Konzeption der Policy-Netzwerke als Analyseraster vorgestellt. Es schließt sich ein knapper Überblick über den Stand der vergleichenden Gesundheitspolitikforschung an.

1. Gegenstand der Untersuchung

1.1 Problemstellung

Der Begriff »Wende« steht hierzulande stellvertretend für jene dezidiert neokonservative Programmatik, wie sie von Parteien vertreten wird, die seit Ende der siebziger Jahre in Großbritannien (1979), den USA (1980) und der Bundesrepublik (1982) an die Macht gelangten. Die tendenziell gleichgelagerte Zielperspektive der Regierungen Thatcher, Reagan und Kohl bestand in einem substanziellen Abbau staatlicher Verantwortung für die Steuerung von Wirtschaft und Gesellschaft.¹ Diese Abkehr vom ehemals dominanten »keynesianischen Konsens« vorangegangener Jahrzehnte wurde als tiefgreifender Kontinuitätsbruch in der Politik der Nachkriegsära perzipiert; nicht nur, weil die Forderung nach radikalen Reformen erhoben wurde, sondern auch deshalb, weil sich die reale Chance abzeichnete, den scheinbar alternativlos gewordenen Entwicklungspfad wachsender staatlicher Interventionen zu verlassen. Getragen wurde die politisch-strategische »Wende« von einer seit Mitte der siebziger Jahre zunehmend einflußreichen Krisenperzeption, die sich sowohl aus dem ökonomischen »misery index« - bestehend aus geringem Wirtschaftswachstum, hohen Inflations- und Arbeitslosenraten - sowie der Wahrnehmung einer institutionellen »Sklerose« des modernen Sozial- und Interventions-

1 Zum Hintergrund der hier behandelten Fragestellung vgl. Gerhard Lehbruch u.a., Institutionelle Bedingungen ordnungspolitischen Strategiewechsels im internationalen Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19), Opladen 1988.

staates speiste, der immer mehr leistet, dabei aber durch seine wachsende »Verstrickung in Verteilungskonflikte«² gleichzeitig an Handlungssouveränität gegenüber gesellschaftlichen Akteuren verliert. Diese Beobachtung hat als These von der »Unregierbarkeit« sowohl die Handlungsorientierung der praktischen Politik wie auch die sozialwissenschaftliche Theorie-Debatte während der siebziger Jahre maßgeblich beeinflusst.³

Die strategische Wende zu mehr Markt basierte insbesondere auf der gründlichen Diskreditierung der »sozialdemokratisch-keynesianischen Symbiose«⁴ und diffundierte seit Mitte der siebziger Jahre sehr rasch in konservative Parteien hinein, um dort als »Thatcherismus«, »Reagan Revolution« und »Wende« zu einer wahlpolitisch offenkundig attraktiven Alternative zu avancieren. Dabei ging es nicht allein um eine andere makroökonomische Strategie, sondern um einen spürbaren Rückzug des Staates aus der Steuerung gesellschaftlicher Prozesse. Im Mittelpunkt dieses Strategiewechsels stand die Forderung nach geringeren öffentlichen Ausgaben, einem Abbau des sozialstaatlich-interventionistischen »Staatskorridors« und das Bestreben, die Kräfte des Marktes als Instrument gesellschaftlicher Verteilungsprozesse möglichst weitgehend zu rehabilitieren. Diese Reformbestrebungen verdienen aus verschiedenen Gründen Interesse.

Bereits der Umstand, daß mit den Wahlsiegen der Konservativen eine politische Strategie mehrheitsfähig geworden war, die gängigen Vorstellungen von der Dynamik des Parteienwettbewerbs zufolge eigentlich gar nicht konkurrenzfähig seien dürfte, hat die sozialwissenschaftliche Theoriebildung über staatliche Handlungsspielräume vor einige Probleme gestellt. Dies gilt zum Beispiel für die Public Choice-Theorie, derzufolge die Expansion des öffentlichen Sektors bzw. der Staatsausgaben auf dem Verhalten von stimmenmaximierenden Politikern basiert, so daß die Rücknahme von »Wahlgeschenken« politisch zumindest unwahrscheinlich ist. Auch bestanden grundsätzliche Zweifel hinsichtlich der Erwartung, daß die Formel »'fortgeschrittener Kapitalismus minus Sozialstaat' tatsächlich

2 Guy Kirsch, Strukturpolitik - Ursache oder Therapie gesellschaftlicher Sklerose?, IIM/IP 85-7, Wissenschaftszentrum Berlin 1985, S. 20.

3 Vgl. statt anderer Wilfried Hennis (Hrsg.), Regierbarkeit. Studien zu ihrer Problematisierung, Stuttgart: Klett-Cotta 1977, und Claus Offe, »Unregierbarkeit.« Zur Renaissance konservativer Krisentheorien, in: Jürgen Habermas (Hrsg.), Stichworte zur »Geistigen Situation der Zeit«, Bd. I, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1979.

4 Näheres hierzu bei Fritz W. Scharpf, Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa, Frankfurt/M. - New York: Campus 1987, S. 42 ff.

ein durchführbares Gesellschaftsmodell darstellt⁵, da es sich beim modernen Wohlfahrtsstaat um eine »irreversible Struktur«⁶ handele. Mit den angesprochenen Regierungswechseln war jedoch eine Programmatik mehrheitsfähig geworden, die genau das beabsichtigte, nämlich einen spürbaren Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und Strukturen.

Vor dem Hintergrund dieses programmatischen Anspruchs stellt sich die grundsätzliche Frage, inwieweit entwickelte Industrienationen die sozialstaatliche Leistungsproduktion mit marktförmigen Verteilungsmechanismen durchsetzen oder gar substituieren können. In der vorliegenden Arbeit werden daher die Versuche der Regierungen Thatcher, Reagan und Kohl in den Mittelpunkt gestellt, in einem zentralen wohlfahrtsstaatlichen Leistungsbereich - dem Gesundheitssektor - die von ihnen verfochtene programmatische Alternative »mehr Markt und weniger Staat« in die politische Realität umzusetzen.

Die hier zugrundegelegte vergleichende Perspektive rechtfertigt sich durch den Umstand, daß schon in der Frühphase des politischen Strategiewechsels die Vermutung aufkam, daß die Realisierung des neokonservativen Programms nicht in allen Ländern gleichmäßig ausfallen würde. Obwohl als Krisen perzipierte Zustände häufig mit einem erhöhten Maß an politischen Handlungschancen verbunden sind, wurde hierzulande schon kurz nach dem Antritt der christlich-liberalen Koalition unter Hinweis auf Großbritannien und die USA ein Mangel an Entschlossenheit bei der Umsetzung der Wende beklagt. Trotz ähnlicher strategischer Zielperspektiven stößt der Vollzug der Wende auf offenbar unterschiedlich intensive Widerstände. Damit tritt eine zweite Problemperspektive hinzu, nämlich die Frage, welche Variablen die Umsetzung der ordnungspolitischen Alternative »mehr Markt« determinieren.

5 Vgl. Claus Offe, Zu einigen Widersprüchen des modernen Sozialstaats, in: ders., »Arbeitsgesellschaft«: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Frankfurt/M. - New York: Campus 1984, S. 329.

6 Ebd., S. 330, und fast wortgleich: Niklas Luhmann, Politische Theorie des Wohlfahrtsstaats, München: Olzog 1981, S. 152.

In gewisser Hinsicht knüpft diese Forschungsperspektive an die »Restriktionsanalysen« der siebziger Jahre⁷ sowie die neuere staatstheoretische Diskussion in den USA an.⁸ In beiden Fällen wird nach den Grenzen der (sozialdemokratischen) Staatsintervention in Gesellschaften mit liberal-kapitalistischer Wirtschaftsordnung gefragt, während hier sozusagen die Grenzen des Rückzuges staatlicher Steuerungsleistungen ausgelotet werden sollen. Aber anders als bei den Restriktionsanalysen, deren vorherrschendes Interesse an den Bewegungsgesetzen der kapitalistischen Produktionsform einer Berücksichtigung nationaler Unterschiede kaum Raum ließ, wird hier explizit auf internationale Varianzen und länderspezifische Eigenheiten rekurriert.

1.2 Neokonservatismus und ordnungspolitischer Strategiewechsel

Mit dem Terminus »neokonservativ« wird eine Abgrenzung gegenüber dem traditionellen Konservatismus vorgenommen.⁹ Er bezieht sich auf die Mitte der siebziger Jahre einsetzende programmatische Modernisierung konservativer Parteien, deren Quintessenz in der Absage an die Prinzipien des keynesianischen Wohlfahrtsstaates zu sehen ist. Im Unterschied zum traditionellen Konservatismus, der an der Wohlfahrtsexpansion der Nachkriegsjahrzehnte wesentlichen Anteil hatte, ist der Wohlfahrtsstaat im neokonservativen Denken zum zentralen Störfaktor bei der Überwindung wirtschaftlicher Krisenerscheinungen geworden. In der neokonservativen Programmatik wird auch nicht mehr grundsätzlich von der Notwendigkeit einer staatlichen Absicherung sozialer Risiken ausgegangen, was besonders in der mehr oder minder stillschweigenden Aufgabe des Vollbeschäftigungspostulats als zentraler Handlungsorientierung staatlicher Wirtschafts- und Sozialpolitik zum Ausdruck kommt. Damit wird aber

7 Vgl. Volker Ronge und Günter Schmiege, *Restriktionen politischer Planung*, Frankfurt/M.: Fischer Athenäum 1973; Fritz W. Scharpf, *Politische Durchsetzbarkeit innerer Reformen*, Göttingen: Otto Schwartz & Co. 1974; Peter Grottian und Axel Murswieck, *Zur theoretischen und empirischen Bestimmung von politisch-administrativen Handlungsspielräumen*, in: dies. (Hrsg.), *Handlungsspielräume der Staatsadministration*, Hamburg: Hoffmann und Campe 1974.

8 Vgl. Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer und Theda Skocpol (Hrsg.), *Bringing the State Back In*, Cambridge, MA: Cambridge University Press 1985; Gabriel A. Almond, Eric A. Nordlinger, Theodore J. Lowi und Sergio Fabbrini, *Symposium: The Return to the State*, in: *American Political Science Review*, 82 (1988).

9 Zum Begriff des Neokonservatismus vgl. Helmut Dubiel, *Was ist Neokonservatismus?* Frankfurt/M.: Suhrkamp 1986.

nicht behauptet, daß in den drei untersuchten Ländern jeweils deckungsgleiche Policy-Inhalte verfochten werden, sondern lediglich, daß auf der programmatischen Ebene ein Strategiewechsel mit einer kompatiblen Grundorientierung stattgefunden hat. Es wird also auf ideologischer Ebene ein Strategiewechsel unterstellt und dann nach seiner praktischen Realisierung gefragt.

Das neokonservative Politikprogramm wird nachfolgend unter dem Terminus »Ordnungspolitik« subsumiert. In der Theorietradition der deutschen Nationalökonomie ist damit zunächst einmal noch keine (wirtschafts)politische Instrumentenklasse gemeint, sondern lediglich das »Setzen von Rahmenbedingungen«. Verstaatlichung ist demnach ebenso Ordnungspolitik wie Privatisierung. Im Kampf um das »Besetzen von Begriffen« haben die bürgerlichen Parteien in der Bundesrepublik den Begriff jedoch auf einen ganz bestimmten Bedeutungsgehalt verengt, bei dem die Forderung nach Ordnungspolitik grundsätzlich mit der Herstellung von marktförmigen Steuerungs- und Verteilungsmechanismen gleichgesetzt wird, während umgekehrt das Fehlen von Markt und Wettbewerb prinzipiell als »ordnungspolitisches« Defizit gilt. Es liegt daher nahe - unter Rückgriff auf diese umgangssprachliche Konvention -, die von neokonservativen Denkmustern angeleitete Strategie als Ordnungspolitik zu bezeichnen.

Diese Begriffsverwendung dient auch der Abgrenzung zu anderen Folgewirkungen neokonservativer Politik, die aber hier nicht im Mittelpunkt stehen. Von Ordnungspolitik soll immer dann gesprochen werden, wenn eine politische Maßnahme Folgen im Sinne des programmatischen Anspruchs »mehr Markt« zeitigt. Das heißt, daß nicht jede Strukturveränderung, Machtverschiebung oder soziale Lastenverteilung automatisch als ordnungspolitisch »erfolgreich« eingestuft werden muß. Ebenfalls notwendig ist die Abgrenzung zwischen bloßer Sparpolitik und Ordnungspolitik, da bereits im Laufe der siebziger Jahre unter den Regierungen Callaghan, Carter und Schmidt eine austeritäre Sozialpolitik als Reaktion auf die sich abzeichnende »Krise des Wohlfahrtsstaates« praktiziert wurde, so daß Sparen nicht als spezifisches Charakteristikum neokonservativer Politik gewertet werden kann. Im Prinzip wird damit der von Zöllner eingeführten Differenzierung zwischen »induktiven« und »adaptiven« Gesetzesmaßnahmen gefolgt.¹⁰ Die neokonservative Ordnungspolitik zielt auf eine

10 Zitiert in Axel Murswieck, Handlungsspielräume einer konservativen Sozialpolitik, in: Soziale Sicherheit, 32 (1983), S. 279.

»induktive«, also strukturelle Veränderungen im sozialstaatlichen Leistungsgefüge ab, während die sozialdemokratische Sparpolitik der siebziger Jahre im wesentlichen an einer strukturneutralen »adaptiven« Rationalisierung interessiert war, bei der die Grundpfeiler wohlfahrtsstaatlicher Institutionen und Verteilungsmuster unangetastet blieben. Diese Abgrenzung ist sicher nicht vollkommen trennscharf, da auch mit Hilfe der Budgetpolitik ordnungspolitische Effekte erzielt werden können, trifft aber im Kern die Differenzen zwischen sozialdemokratischen und neokonservativen Strategien.

Aufgrund der geringen Fallzahl von nur drei Ländern und der Tatsache, daß wichtige Elemente des neokonservativen Strategiewechsels, wie die Deregulierung, nur schwer gemessen werden können, sind einer statistischen Bewertung von Erfolg oder Scheitern der Wende enge Grenzen gesetzt (vgl. Kapitel 9). Da außerdem Faktoren wie der länderspezifisch entwickelten Interventionstiefe Rechnung getragen werden muß, wird die ordnungspolitische Wende im Verlauf der materiellen Politikanalyse (Teil III) als politisch-strategischer Kontinuitätsbruch operationalisiert¹¹, der sich an der Umsetzung der wichtigsten programmatischen Elemente der Wende - Deregulierung, Dezentralisierung, Ausgabeneinsparungen, Einführung marktförmiger Anreizstrukturen und Verringerung des öffentlichen Sektors bzw. Privatisierung - festmachen läßt.

1.3 Fragestellung

In der neueren politikwissenschaftlichen Forschung zur Industrie- und Wirtschaftspolitik ist verschiedentlich gezeigt worden, daß westliche Industrienationen nicht nur mit andersgelagerten Strategien auf die wirtschaftliche Wachstumsschwäche reagiert haben, die sich mit dem ersten Ölpreisschock von 1973/74 einstellte, sondern zudem auch unterschiedliche Erfolge aufwiesen.¹² Ein anderer Forschungsstrang, in dem nach dem Out-

11 Zu diesem Kriterium der Beurteilung von Sozialpolitik vgl. Phoebe Hall u.a., *Change, Choice and Conflict in Social Policy*, London: Heinemann 1975, S. 18 ff.

12 Vgl. John Zysman, *Governments, Markets and Growth: Financial Systems and the Politics of Industrial Change*, Ithaca, NY: Cornell University Press; Peter Katzenstein, *Corporatism and Change: Austria, Switzerland, and the Politics of Industry*, Ithaca, NY: Cornell University Press 1984; Peter Hall, *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*, Cambridge: Polity Press 1986; Scharpf, *Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa*, a.a.O.

put von parteipolitisch unterschiedlich zusammengesetzten Regierungen gefragt wurde, brachte unter anderem das Ergebnis, daß die Hegemonie einer bürgerlichen oder sozialdemokratischen Regierung nicht umstandslos auf ein bestimmtes Politikergebnis schließen läßt.¹³ Ein wichtiger Schluß, der aus diesen Forschungen gezogen worden ist, lautet, daß ökonomische Anpassungs- und Sachzwänge offenbar ebensowenig wie parteipolitische Kräfteverhältnisse direkt und unvermittelt auf politische Strategien und Ergebnisse durchschlagen, sondern durch institutionelle Bedingungen, mit jeweils national eigentümlichen Ausprägungen »mediatisiert«¹⁴ werden.

Die hier aufgeführten Untersuchungen haben sich vorwiegend mit den politischen Bedingungen staatlicher Interventionen auseinandergesetzt und zu dem Resultat geführt, daß der Erfolg interventionistischer Strategien abhängig ist von der Existenz einer »interventionfreundlichen« Politikstruktur. Diese Überlegung kann nun ebenso auf die neokonservative Wende bezogen werden, denn es dürfte ohne weiteres plausibel sein, daß auch die Herstellung marktwirtschaftlicher Rahmenbedingungen zunächst gerade der staatlichen Interventionsfähigkeit gegenüber etablierten Interessenstrukturen bedarf. Unzweifelhaft hat der neokonservative Klimawechsel die Bedingungen für die Umsetzung eines ordnungspolitischen Kontrastprogramms erheblich verbessert. Andererseits hat der Umstand, daß die Wende in der Bundesrepublik, selbst wenn sie von Anfang an weniger radikal konzipiert war als in Großbritannien und den USA, in vielen Bereichen ins Stocken geraten ist, auch gezeigt, daß der Interventionsstaat »nicht einfach eine Veranstaltung ist, die umstandslos abgesagt werden kann.«¹⁵

In Anknüpfung an die Diskussion in der vergleichenden Policy-Forschung soll nachfolgend mit einem theoretischen Ansatz gearbeitet werden, der als »Neo-Institutionalismus« (vgl. Kapitel 2.1) zu einer umfangreichen Wiederbelebung des Interesses an institutionellen Variablen und deren Bedeutung für die Erklärung politischer Prozesse geführt hat. Vor

13 Vgl. Manfred G. Schmidt, Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen, Frankfurt/M. - New York: Campus 1982.

14 Fritz W. Scharpf, Plädoyer für einen aufgeklärten Institutionalismus, in: Hans-Hermann Hartwich (Hrsg.), Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland, Opladen: Westdeutscher Verlag 1985, S. 165.

15 Gerhard Lehmruch, Politische Strategien in der Wachstumskrise, in: Helge Majer (Hrsg.), Neue Wege der Wachstumsanalyse, Frankfurt/M. - New York: Campus 1986, S. 135.

dem Hintergrund dieser Diskussion werden hier unter »institutionellen Bedingungen« bzw. »Arrangements« die Organisationsmerkmale von Staat, Parteien und Verbänden, die Struktur ihrer wechselseitigen Verflechtung sowie die Organisation von Märkten verstanden, die die Verhaltensmuster und Präferenzen gesellschaftlicher Akteure formen bzw. stabilisieren und damit Möglichkeiten und Grenzen für die Anwendbarkeit politischer Strategien setzen. Auf der Basis dieser Annahmen und Begriffsdefinitionen kann die Problemstellung der vorliegenden Arbeit auf zwei Fragen zugespitzt werden:

1. Inwieweit ist es den Regierungen Thatcher, Reagan und der christlich-liberalen Koalition gelungen, eine ordnungspolitische Wende im Gesundheitssektor durchzusetzen?
2. Welche institutionellen Variablen haben dabei die politischen Verlaufsmuster beeinflußt?

Die Verlaufsmuster der Gesundheitspolitik stellen also die abhängige Variable dar, die mit Hilfe der - noch näher zu spezifizierenden - unabhängigen Variable »institutionelle Bedingungen« erklärt werden soll. Folgt man der üblichen Einteilung des Politikprozesses in mehrere Stadien¹⁶, dann beschränkt sich die Untersuchung in ihrer Reichweite auf die Politikformulierung (»outputs«) und die Ergebnisse des politischen Entscheidungsprozesses (»outcomes«). Die Implementationsphase (»impacts«) bleibt von nachrangiger Bedeutung, da hier das Interesse der grundsätzlichen Fähigkeit zur Durchsetzung einer ordnungspolitischen Alternativstrategie gilt und nicht deren Umsetzungsproblemen. Soweit damit keine ordnungspolitischen Effekte verbunden sind, bleiben auch Fragen nach der funktionalen und normativen Richtigkeit politischer Entscheidungen ausgeklammert, also im vorliegenden Zusammenhang etwa die Frage nach der Wirksamkeit einer Kostendämpfungsmaßnahme oder den Auswirkungen auf die Verteilung sozialer Lasten.

16 Vgl. Adrienne Windhoff-Héritier, Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt/M. - New York: Campus 1987, S. 18 ff.

2. Theoretische Grundlagen und Methodik

2.1 Der institutionelle Ansatz

In der politikwissenschaftlichen Forschung hat seit einigen Jahren ein Ansatz Konjunktur, der von March und Olson¹ als »neuer Institutionalismus« bezeichnet worden ist. Eine vergleichbare Hinwendung zu institutionellen Erklärungsmustern ist auch in der Wirtschaftswissenschaft² und der Organisationstheorie³ zu beobachten. Obgleich dem Neoinstitutionalismus teils paradigmatische Ausmaße unterstellt werden, handelt es sich dabei nicht um ein alternatives Theorieprogramm. Es ist sogar ausgesprochen schwer, aus der mittlerweile sehr facettenreichen Diskussion mit den unterschiedlichsten Themen und Untersuchungszielen ein einendes Element herauszufiltern. Hier dürfte zutreffen, was Peter Katzenstein auf die staatszentrierte amerikanische Variante des Institutionalismus gemünzt formuliert hat; dieser Ansatz sei im wesentlichen »a way of framing a question«.⁴ Die Stoßrichtung erschließt sich vielleicht am ehesten, wenn man auf die Differenzen zwischen dem »alten« und dem »neuen« Institutionalismus eingeht.

Institutionen haben für die Politikwissenschaft immer schon eine zentrale Rolle gespielt. Die Neoinstitutionalisten beziehen nun aber eine Gegenposition zum gesellschaftszentrierten, pluralistischen Politikmodell, in dem der Staat vorwiegend als Adressat gesellschaftlicher Gruppeninteressen Erwähnung findet. Den Staat analytisch aber nur als »black box« zu behandeln, der dann - systemtheoretisch verkürzt - als »Durchlauferhitzer« zwischen »Input« und »Output« (Easton) fungiert, sei unzureichend, da staatliche Politik in diesem Modell exogen, nämlich durch soziale und

1 Vgl. James March und Johan P. Olson, *The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*, in: *American Political Science Review*, 78 (1984).

2 Vgl. Günther Schmid, Christoph Deutschmann und Gernot Grabher, *Die neue institutionelle Ökonomie. Kommentare aus politologischer, soziologischer und historischer Perspektive institutioneller Arbeitsmarkttheorie*, FS I 88-14, Wissenschaftszentrum Berlin 1988.

3 Vgl. W. Richard Scott, *The Adolescence of Institutional Theory*, in: *Administrative Science Quarterly*, 32 (1988); Johan Olson, *Political Science and Organization Theory. Parallel Agendas but Mutual Disregard*, presented at the International Conference on »Political Institutions and Interest Intermediation« in Honor of the 60th Birthday of Gerhard Lehmbuch, Konstanz, 20-21 April, 1988.

4 Zitiert nach Ronald Rogowski, *Internal vs. External Factors in Political Development: An Evaluation of Recent Historical Research*, in: *Political Science*, 28 (1985), S. 813.

ökonomische Kräfte determiniert sei und dadurch der autonome Beitrag staatlicher Akteure für den politischen Entscheidungsprozeß systematisch unterbewertet würde.⁵

Der Autonomie-Begriff spielt vor allem in der staatszentrierten amerikanischen Diskussion eine hervorgehobene Rolle. Im Gegensatz zur neo-marxistischen Staatstheorie, die noch von einer generalisierenden Funktionsbestimmung (»Spätkapitalismus«) und entsprechend gering ausgeprägter Handlungsfähigkeit des Staatsapparats (»relative Autonomie«) ausging, wird hier grundsätzlich auf die Möglichkeit autonomer staatlicher Handlungschancen abgehoben.⁶ Der Autonomie-Begriff ist hier deshalb von so großer Bedeutung, weil es im staatszentrierten Institutionalismus um den Nachweis geht, daß staatliche Politik mehr ist als nur eine Antwort auf »socially rooted demands«.⁷ Staatliche Politik - so die zentrale These - stellt keine ungebrochene Reflexion auf gesellschaftliche Machtverhältnisse oder ökonomische Probleme dar, sondern staatliche Akteure können einen gewissen Handlungsfreiraum gegenüber gesellschaftlichen Interessen besitzen und somit eigenständige Handlungsprogramme entwickeln und implementieren. Die Forderung der neuen InstitutionalistInnen lautet daher, den Staat als unabhängige Variable »ernst zu nehmen«⁸ und seinen autonomen Beitrag zu politischen Entscheidungsprozessen durch eine analytische Disaggregation deutlich zu machen.

Die zweite Differenz besteht in der Reichweite der als politisch relevant betrachteten Institutionen. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen liegt dem neoinstitutionellen Ansatz ein Institutionenverständnis zugrunde, bei dem nicht nur Strukturen des politischen Systems, also Verwaltung, Verbände, Parteien und Parlamente Berücksichtigung finden,

5 Dies ist die zentrale Aussage des einflußreichen Readers von Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer und Theda Skocpol (Hrsg.), *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press 1985

6 Vgl. Theda Skocpol, *Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research*, in: dies., S. 8 ff.; Stephen D. Krasner, *Sovereignty. An Institutional Perspective*, in: *Comparative Political Studies*, 21 (1988).

7 Margaret Weir und Theda Skocpol, *State Structures and the Possibilities for »Keynesian« Responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States*, in: Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer und Theda Skocpol (Hrsg.), *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press 1985, S. 117 ff.

8 Vgl. Eric A. Nordlinger, *Taking the State Seriously*, in: Myron Weiner und Samuel P. Huntington (Hrsg.), *Understanding Political Development*, Boston: Little, Brown and Company 1987.

sondern auch jene Institutionen des privaten Marktes⁹, die relevante Daten für Handlungskalküle und Strategieoptionen setzen. So hat etwa John Zysman¹⁰ gezeigt, daß die staatliche Interventions- und Steuerungskapazität in der Industriepolitik entscheidend von der Organisation der Finanzmärkte mitbestimmt wird. Während Industrieunternehmen in den USA und Großbritannien die Kapitalbeschaffung weitgehend über den Aktienmarkt, also die Börse, abwickeln, die sich der staatlichen Funktionalisierung für industriepolitische Ziele entzieht, sind französische Unternehmen sehr viel stärker auf die Vergabe von Industriekrediten aus dem staatlich kontrollierten Bankensektor angewiesen, womit die vergleichsweise ausgeprägte Handlungskapazität des französischen Staates in der Industriepolitik erklärt werden kann.¹¹

Ein drittes Merkmal des Neoinstitutionalismus ist der ausgeprägte Rückgriff auf die historisch-entwicklungsgenetische Analysedimension. In diesem Punkt ist die Abgrenzung zu klassischen Ansätzen einigermaßen schwierig, da sich auch die traditionelle Politikwissenschaft intensiv der historischen Betrachtungsweise bedient hat. Die neuen InstitutionalistInnen sind aber erkennbar darum bemüht, über das bloße »story telling« ihrer Vorgänger hinauszugelangen. Die historische Analyse¹² dient nicht der Hervorbringung neuer Fakten, sondern der Isolierung entwicklungsge-schichtlicher Handlungsmuster.

Während die Auseinandersetzung zwischen alten und neuen InstitutionalistInnen weitgehend auf die USA beschränkt blieb¹³, hat die institutionelle Betrachtungsweise seit Beginn der achtziger Jahre auch in der europäischen, speziell der bundesdeutschen Politikwissenschaft Fuß gefaßt, ohne daß dabei in jedem Fall das Label »Institutionalismus« beansprucht wurde. Im Unterschied zur amerikanischen Diskussion steht nicht der

9 Vgl. J. Rogers Hollingsworth und Leon N. Lindberg, *The Governance of the American Economy: the Role of Markets, Clans, Hierarchies and Associative Behavior*, in: Wolfgang Streeck und Philippe C. Schmitter (Hrsg.), *Private Interest Government. Beyond Market and State*, London - Beverly Hills: Sage 1985.

10 Vgl. John Zysman, *Governments, Markets, and Growth: Financial Systems and the Politics of Industrial Change*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press 1983.

11 Ebd. S. 104 ff.

12 Vgl. Theda Skocpol, *Sociology's Historical Imagination*, in: dies. (Hrsg.), *Vision and Method in Historical Sociology*, Cambridge, MA: Cambridge University Press 1984.

13 Siehe hierzu die Kontroverse zwischen Gabriel A. Almond, Eric A. Nordlinger, Theodore J. Lowi und Sergio Fabbrini, *Symposium: The Return to the State*, in: *American Political Science Review*, 82 (1988).

Staat als unabhängige Variable im Vordergrund, sondern Vermittlungsinstanzen zwischen Staat und Gesellschaft sowie die Genese kollektiver Handlungsmuster und Politikstrategien.¹⁴ Einen wichtigen Bezugspunkt bildete die Beobachtung, daß sich die wirtschaftspolitischen Strategien, nach einer keynesianisch dominierten Phase in den sechziger und siebziger Jahren, unter dem Eindruck der 1973/74 einsetzenden Wachstumskrise wieder auseinander zu entwickeln begannen. Naheliegende Erklärungsmodelle wie die parteipolitische Zusammensetzung der jeweiligen Regierung oder die Stärke der Arbeiterbewegung, häufig gemessen anhand des gewerkschaftlichen Organisationsgrades, vermochten dies nur unvollständig zu erklären, da die keynesianische Konjunktursteuerung und Vollbeschäftigungspolitik auch im Vergleich zwischen Ländern mit sozialdemokratischer Regierungsmehrheit und ähnlich starken Gewerkschaftsbewegungen unterschiedlich erfolgreich ausfiel.¹⁵ Weder Wirtschaftskrisen noch gesellschaftliche Kräfteverhältnisse führen also automatisch zur Übernahme einer bestimmten Krisenregulierungsstrategie.¹⁶

Daraus wurde der Schluß abgeleitet, daß sowohl die Auswahl einer bestimmten wirtschaftspolitischen Strategie wie auch deren Erfolgsbedingungen mit länderspezifischen institutionellen Arrangements in Zusammenhang stehen. So konnte am deutschen Fall, in dem die Bundesbank ab 1974 durch ihre Politik des knappen Geldes die expansive Konjunkturpolitik der Bundesregierung konterkarierte, illustriert werden, daß die lohnpolitische Flankierung einer keynesianischen Nachfragesteuerung in starkem Maße von der Autonomie der Notenbank abhängig ist. In Österreich war es hingegen möglich, eine derartige Frontstellung aufgrund der Einbindung der Nationalbank in das Gefüge der Sozialpartnerschaft zu vermeiden, da das Verhalten von Gewerkschaften und Notenbank auf der

14 Vgl. Fritz W. Scharpf, Economic and Institutional Constraints of Full-Employment Strategies: Sweden, Austria, and West Germany 1973 - 1982, in: John H. Goldthorpe (Hrsg.), Order and Conflict in Contemporary Capitalism, Oxford: Clarendon Press 1984; Günter Schmid und Bernd Reissert, Machen Institutionen einen Unterschied? Finanzierungssysteme der Arbeitsmarktpolitik im internationalen Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen 1988; Gerhard Lehmbuch, Politische Strategien in der Wachstumskrise, in: Helge Majer (Hrsg.), Neue Wege der Wachstumsanalyse, Frankfurt/M. - New York: Campus 1986.

15 Vgl. Fritz W. Scharpf, Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa, Frankfurt/M. - New York: Campus 1987.

16 Vgl. Peter Hall, Governing the Economy. The Politics of State Intervention in Britain and France, Cambridge: Polity Press 1986.

Basis eines institutionell gestützten Verhandlungssystems konjunktur- und strategiegerecht gesteuert werden kann.¹⁷

Neben den Untersuchungen zur Industrie-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik hat der neoinstitutionelle Ansatz auch aus der Theorie des Neokorporatismus wichtige Anregungen empfangen.¹⁸ Diese Diskussion hatte unter anderem gezeigt, daß das Verhältnis von Staat und Gesellschaft nicht ausschließlich durch die Mechanik von privaten Interessengruppen beherrscht wird, die um Einfluß auf staatliche Entscheidungsprozesse konkurrieren, sondern auch in die entgegengesetzte Richtung verläuft, wenn zum Beispiel gesellschaftliche Großorganisationen für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch den Staat in Anspruch genommen werden. Als bedeutsame Voraussetzung für die Indienstnahme organisierter Interessen ist deren Struktur und innere Organisation herausgestrichen worden.¹⁹ Für die Korporatismustheorie wurde die Betonung der Organisationsstruktur des Verbändesystems insofern bedeutsam, als staatliche Versuche der Einbindung privater Verbände in einen korporatistischen Steuerungsverbund besonders in den Ländern glückten, deren Verbändesystem die funktionalen Voraussetzungen (hierarchische Struktur, Repräsentationsmonopol, geringe Zahl von Verbänden etc.) dafür bot.

Galt in der Neokorporatismustheorie das Interesse schwerpunktmäßig den Auswirkungen einer Verbändebeteiligung an vornehmlich wirtschaftspolitischen Zielen des Staates, so werden Verbände in der »private interest governments«-Hypothese²⁰ als Instrument sozialer Ordnungsstiftung analysiert, die durch die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben für eine Staatsentlastung sorgen. Die Hervorhebung von verbandlichen Selbstregulierungskapazitäten, die bei Streeck und Schmitter eher positiv verbucht werden, kann für den vorliegenden Zusammenhang aber auch auf die Frage zugespielt werden, inwiefern die Existenz eines private interest government nicht die staatliche Handlungs- und Interventionsfähigkeit dadurch restringiert, daß die staatliche Seite, in Ermangelung eigener Kapazitäten,

17 Vgl. Scharpf, Sozialdemokratische Krisenpolitik, a.a.O.

18 Vgl. Philippe C. Schmitter und Gerhard Lehbruch (Hrsg.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, London - Beverly Hills: Sage 1979; Gerhard Lehbruch und Philippe C. Schmitter (Hrsg.), *Patterns of Corporatist Policy-Making*, London - Beverly Hills: Sage 1982.

19 Ebd.

20 Vgl. Wolfgang Streeck und Philippe C. Schmitter, *Community, Market, State - and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order*, in: dies. (Hrsg.), *Private Interest Government. Beyond Market and State*, London - Beverly Hills: Sage 1985.

in eine funktionale Abhängigkeit von privaten Selbstregulierungsinstanzen gerät.

Trotz des außerordentlich breiten Spektrums institutioneller Ansätze können zwei Grundannahmen über den Zusammenhang von politischem Prozeß und institutionellen Strukturen als zentral herausgestrichen werden. Erstens: »The basic characteristic of an institutional argument is that prior institutional choices limit available future options.«²¹ Mit diesem auch als »policy legacies«²² bezeichneten Sachverhalt ist gemeint, daß politische Entscheidungsprozesse einen institutionellen Niederschlag finden können, indem sie zu verfestigten Strukturen »gerinnen« und damit wiederum einen Einfluß auf den Politikprozeß erlangen. Diese Annahme läßt sich durch eine zweite zentrale These präzisieren: »Organisationen und die zwischen ihnen entstehenden dauerhaften Austausch- und Konfliktbeziehungen entwickeln eine jeweils spezifische Selektivität gegenüber Handlungsalternativen; sie begünstigen einige davon, behindern andere und schließen viele von vornherein aus.«²³ Ein wesentliches Element dieser strategischen Selektivität besteht in der Existenz von »interorganisatorisch abgestimmten Verhaltenstrategien«, die sich als »resistent gegenüber Veränderungen«²⁴ erweisen. Auf die hier vorliegende Fragestellung bezogen ließe sich das ordnungspolitische Reformbestreben neokonservativer Regierungen unter dem Gesichtspunkt konzeptualisieren, inwieweit ihre Strategieoptionen mit dem bestehenden Institutionennetz korrespondieren bzw. ob es gelingt, »alte« Strukturen einer »neuen« Strategie anzupassen.

Hierbei ist der Hinweis unentbehrlich, daß institutionelle Arrangements in einem doppelten Sinne als »kontingente Phänomene« verstanden werden müssen, da zum einen »deren Eigenschaften sich überhaupt erst in der Konfrontation mit bestimmten politischen Handlungsabsichten, Strategien und Policies erschließen«²⁵ und zum anderen stets mit der Veränderbarkeit von Institutionen gerechnet werden muß, die - ebenso

21 Krasner, *Sovereignty*, a.a.O., S. 71; ähnlich Olson, *Political Science and Organization Theory*, a.a.O., S. 18.

22 Zu diesem Begriff siehe Weir und Skocpol, *State Structures*, a.a.O., S. 121.

23 Fritz W. Scharpf, *Zur Bedeutung institutioneller Forschungsansätze*, in: ders. und Marlene Brockmann (Hrsg.), *Institutionelle Bedingungen der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik*, Frankfurt/M. - New York: Campus 1983, S. 14.

24 Ebd., S. 15.

25 Fritz W. Scharpf, *Plädoyer für einen aufgeklärten Institutionalismus*, in: Hans-Hermann Hartwich (Hrsg.), *Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1985, S. 167.

wie sie ihre Entstehung politischem Handeln verdanken - durch politische Entscheidungen auch wieder abgeschafft oder modifiziert werden können. Diese Problematik ist in der vorliegenden Fragestellung, bei der es sozusagen um das Aufeinanderprallen einer alternativen Strategie mit einer etablierten Steuerungsstruktur geht, von besonderer Relevanz. Ebenfalls gilt es zu bedenken, daß politische Institutionen das Verhalten von Akteuren niemals vollständig determinieren, sondern stets ein gewisser Handlungsspielraum verbleibt.²⁶ Der nun folgende Katalog unabhängiger Variablen, der auch für den vorliegenden Zusammenhang unmittelbare Relevanz besitzt, wird mit mehr oder weniger großen Nuancierungen in den meisten einschlägigen Untersuchungen²⁷ als »institutionelles Arrangement« bezeichnet.

1. Da es häufig um die Durchsetzung staatlicher Handlungsprogramme geht, ist die Staatsstruktur eine besonders bedeutsame Variable. Im Vordergrund stehen dabei die staatliche Handlungsfähigkeit sowie ihre organisatorischen und strukturellen Determinanten. Neben der Analyse der »Grobstruktur« des Staatsaufbaus, wie zum Beispiel der Grad der zentralen oder dezentralen Entscheidungskompetenzen, wird mitunter auch auf administrative Feinheiten eingegangen.
2. Die zweite institutionelle Variable bildet der Aufbau des Systems organisierter Interessen. Hier werden in Anlehnung an die Korporatismusdebatte speziell Organisationsmerkmale des Verbändesystems, die Bildung von »social coalitions«²⁸ zwischen organisierten Interessen und deren Fähigkeit zur Einflußnahme auf politische Entscheidungsprozesse bzw. zur Selbstregulierung betont.
3. Drittens sind die Beziehungsmuster zwischen Staat und organisierten Interessen wichtig, da sich an diesen interaktiven »Schnittstellen« das jeweilige Handlungspotential erweist und länder- bzw. sektorspezifische Formen des Umgangs, also »Politikstile«, identifiziert werden können.

26 Vgl. ebd. und Graham Thompson, The »New Institutionalism« and Political Theory, in: *Economy and Society*, 16 (1987), S. 269.

27 Vgl. Zysman, *Governments, Markets, and Growth*, a.a.O.; Hall, *Governing the Economy*, a.a.O.; Peter Gourevitch, *Politics in Hard Times. Comparative Responses to International Economic Crisis*, Ithaca, NY: Cornell University Press 1986; Richard J. Samuels, *The Business of the Japanese State. Energy Markets in Comparative and Historical Perspective*, Ithaca NY: Cornell University Press 1987.

28 Vgl. Peter Katzenstein, *Conclusion: Domestic Structures and Strategies of Foreign Economic Policy*, in: *International Organization*, 31 (1977).

4. Dem Organisationsaufbau von Parteien, ihrer Verflechtung mit anderen politikfeldspezifischen Organisationen und ihrer Fähigkeit zur eigenständigen Formulierung von politischen Alternativen wird ebenfalls besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da sie als Träger des Strategiewechsels fungieren.²⁹
5. Fünftens ist die ökonomische Steuerungsstruktur des untersuchten Politikfeldes relevant. Im vorliegenden Fall wird speziell danach zu fragen sein, welche Steuerungsinstrumente, zum Beispiel Planung, Verhandlung oder Markt, dominieren und damit die Anwendung der Alternativstrategie »mehr Markt« behindern oder begünstigen.
6. Schließlich wird auch auf das interdependente Verhältnis zwischen Institutionen und Ideologien hingewiesen.³⁰ Alle Institutionen sind ja irgendwann einmal durch politisches Wollen entstanden, können also als »materialisierte Ideologien« betrachtet werden. Einmal in Kraft gesetzt, wirken politische Strukturmuster in die andere Richtung, indem sie wiederum Ideologien hervorbringen oder verändern, als Träger kollektiver Lernprozesse oder Denktraditionen fungieren und damit bestimmte Interpretationsregeln und Deutungsmuster bereitstellen. Hierbei ist insbesondere an sozialpolitische »Leitmotive« zu denken, die in politischen Handlungskalkülen fortwirken.

Nun erweist sich häufig die analytische Verknüpfung zwischen diesen Variablen als problematisch. Eine lediglich summarische Aneinanderreihung von institutionellen Faktoren läßt sowohl die Frage nach ihrer relativen Bedeutung im internationalen Vergleich unbeantwortet wie auch die Rolle ihrer Verflechtung untereinander. Zu Recht hat daher John Zysman³¹ darauf aufmerksam gemacht, daß nicht eine Selektion zwischen institutionellen Variablen angestrebt werden sollte, sondern vielmehr deren analytische Integration. Es bietet sich daher an, durch die Verwendung des

29 Vgl. Martin Shefter, Party, Bureaucracy and Political Change in the United States, in: Louis Maisel und Joseph Cooper (Hrsg.), Political Parties: Development and Decay, Beverly Hills; London: Sage 1978; Skocpol, Bringing the State Back In, a.a.O., S. 24; Josef Schmid, Landesverbände und Bundespartei der CDU. Organisationsstrukturen, Politiken und Funktionsweisen einer Partei im Föderalismus, Diss., Universität Konstanz 1988.

30 Vgl. Philip Converse, The Nature of Belief Systems in Mass Publics, in: David Apter (Hrsg.), Ideology and Discontent, New York: Free Press 1964; Anthony King, Ideas, Institutions and the Policies of Governments: A Comparative Analysis, in: British Journal of Political Science, 2 (1973); Judith Goldstein, Ideas, Institutions, and American Trade Policy, in: International Organization, 42 (1988).

31 Vgl. Zysman, Governments, Markets, and Growth, a.a.O., S. 298 ff.

Konzepts der Policy-Netzwerke zu einer sinnvollen Verknüpfung einzelner Variablen zu gelangen.

2.2 Policy-Netzwerke als analytischer Bezugspunkt

In der vergleichenden Policy-Forschung hat die Überlegung, daß politische Handlungsprogramme in sektoral abgrenzbaren Beziehungsnetzwerken ablaufen, breite Zustimmung erfahren.³² Damit wird einmal der Tatsache Rechnung getragen, daß sich komplexe politische Prozesse nicht auf einzelne Variablen zurückführen lassen, sondern stets aus dem Zusammenwirken mehrerer Akteure und verschiedener institutioneller Faktoren resultieren. Zum anderen ist deutlich geworden, daß staatliche Aktivitäten durch eine »unevenness across policy areas«³³ gekennzeichnet sind, so daß die von Nettl³⁴ eingeführte Unterteilung in »starke« und »schwache« Staaten einer sektoralen Differenzierung bedarf. Das Konzept der Policy-Netzwerke ist für die vorliegende Arbeit jedoch aus einem anderen Grunde von zentraler Bedeutung. Jede Netzwerkkonzeption basiert implizit oder explizit auf der Annahme, daß zwischen der Umwelt und dem Innenleben einer Akteurskonstellation unterschieden werden kann. Diese Differenzannahme zwischen »innen« und »außen« erlaubt es, auf das Netzwerk verschiedene Aussagen über interne Funktionszusammenhänge wie Stabilität oder den Grad der internen Verflechtung zu projizieren, die nicht nur Auskunft über die Durchsetzungsbedingungen eines alternativen Politikprogramms geben, sondern auch eine klassifizierende Abbildung länder- und sektorspezifischer institutioneller Arrangements ermöglichen.

32 Vgl. Gerhard Lehbruch, Concertation and the Structure of Corporatist Networks, in: John H. Goldthorpe (Hrsg.), Order and Conflict in Contemporary Capitalism, Oxford: Clarendon Press 1984; Arnold Heidenheimer, Hugh Hecló und Carolyn Teich Adams, Comparative Public Policy. The Politics of Social Choice in Europe and America, New York: St. Martin's 1983 (2. Auflage); Michael M. Atkinson und William D. Coleman, Strong States and Weak States: Sectoral Policy Networks in Advanced Capitalist Economies, in: British Journal of Political Science, 19 (1989).

33 Skocpol, Bringing the State Back In, a.a.O., S. 17.

34 Vgl. Peter Nettl, The State as a Conceptual Variable, in: World Politics, 20 (1968).

2.2.1 Netzwerkkonzeptionen in der sozialwissenschaftlichen Diskussion

Die Vorstellung, daß sich soziale Interaktionsprozesse in Form von Netzwerken abbilden lassen, hat in der soziometrischen Theorietradition, wie sie etwa durch die Zeitschrift »Social Networks« repräsentiert wird, eine lange Geschichte. In die Politikwissenschaft ist der Netzwerkbegriff erst relativ spät eingeführt worden. Soweit es sich abschätzen läßt, wurde dieser Terminus zuerst von Peter Katzenstein³⁵ und Hugh Heclö³⁶ angewandt. Während Katzenstein damit sehr allgemein die Verflechtung von öffentlichen und privaten Akteuren im Sinne einer »patterned interrelationship between state and society«³⁷ auf nationaler Ebene beschrieb, hat Heclö eine genauere Begriffsdefinition vorgelegt, an die später eine Reihe von Operationalisierungsversuchen anknüpfen.³⁸

Das Konzept der »issue networks« entsprang einem spezifisch amerikanischen Diskussionszusammenhang. Während der fünfziger Jahre wurde man auf ein Phänomen der Interessenvermittlung aufmerksam, das als »iron triangle« oder »subgovernments« bezeichnet wurde.³⁹ Gemeint waren damit die klientelistischen Verflechtungen zwischen Kongreßausschüssen, Segmenten der Verwaltung und Interessengruppen, die einen großen Einfluß auf den Verteilungsfluß staatlicher Finanzmittel besaßen. Nur am Rande sei hier angemerkt, daß diese Form der Interessenvermittlung wiederum ein spezifisch amerikanisches Phänomen darstellt, das aus

35 Vgl. Katzenstein, *Domestic Structures*, a.a.O.

36 Vgl. Hugh Heclö, *Issue Networks and the Executive Establishment*, in: Anthony King (Hrsg.), *The New American Political System*, Washington, DC: AEI 1978.

37 Katzenstein, *Domestic Structures*, a.a.O., S. 19, und ders., *Corporatism and Change*, a.a.O., S. 31.

38 Vgl. unter anderem A. Grant Jordan, *Iron Triangles, Wolly Corporatism and Elastic Nets: Images of the Policy Process*, in: *Journal of Public Policy*, 1 (1981); H. Brinton Milward, *Interorganizational Policy Systems and Research on Public Organizations*, in: *Administration & Society*, 13 (1982); H. Brinton Milward und Gary L. Wamsley, *Policy Subsystems, Networks and the Tools of Public Management*, in: Robert Eyestone (Hrsg.), *Public Policy Formation*, London: JAI Press 1984.

39 Einen guten Überblick über diese Diskussion bieten Jeffrey M. Berry, *Subgovernments, Issue Networks and Political Conflict*, in: Richard A. Harris und Sidney M. Milkis (Hrsg.), *Remaking American Politics*, Boulder, CO: Westview Press 1989, und Roger H. Davidson, *Policy Making in the Manpower Subgovernment*, in: Michael P. Smith (Hrsg.), *Politics in America. Studies in Policy Analysis*, Washington, DC: University of America Press 1974.

der »Programm«struktur⁴⁰ staatlicher Aktivitäten erwächst, die eine entsprechende Widerspiegelung in gesonderten Verwaltungssegmenten und Kongreß(unter)ausschüssen finden, und so in anderen Ländern nur sehr begrenzt anzutreffen sind.⁴¹ Mit den iron triangles verband sich die Vorstellung von Exklusivität (im Sinne von begrenzten Partizipationschancen) und Stabilität. Das Konzept der issue networks sollte nun den Geltungsbereich dieser Hypothese einschränken, da der Anstieg staatlicher Interventionen, das zahlenmäßige Wachstum organisierter Interessen und die Herausbildung neuer politischer »issues« auf ein geändertes, von größerer Komplexität charakterisiertes Beziehungsmuster zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren hindeutete.⁴²

Issue networks - so Heclós These - würden zunehmend an die Stelle von iron triangles treten, ohne sie jedoch durchgängig zu ersetzen. Diese Netzwerke bestehen aus einer großen Zahl von Akteuren, die um ein politisches »issue« herum gruppiert sind und kaum klare Grenzlinien erkennen lassen. Es handelt sich um eine »shared knowledge group«⁴³ aus Experten, Bürokraten und politischen Aktivisten (»policy politicians«), die durch ein gemeinsames Interesse und die Bestrebung zusammengehalten werden, unvorhergesehene politische Veränderungen zu minimieren. Ein zentraler Unterschied zu den iron triangles ist ihre diffuse Machtverteilung, die hervorgerufen wird durch größere Umweltoffenheit, geringere Stabilität und eine größere Zahl von (möglicherweise rasch wechselnden) Akteuren.⁴⁴ Zwar hatte man auch schon bei den iron triangles die Frage aufgeworfen, wer eigentlich wen regiere; aber dort konnte wenigstens die Richtung der Einflußnahme identifiziert werden, selbst wenn sie - um ein beliebtes Beispiel zu nehmen - von pensionierten Generälen ausging, die im Dienste privater Firmen das Verteidigungsministerium bei der Rüstungsbeschaffung kolonisierten. Die von Hecló aus der Beobachtung diffuser werdender Machtverhältnisse gewonnene These, »no one, as far as one can tell, is in control of the policies and issues«⁴⁵, spiegelt offensicht-

40 Vgl. H. Brinton Milward und Ronald A. Francesco, *Subsystem Politics and Corporatism in the United States*, in: *Policy and Politics*, 11 (1983).

41 Vgl. Richard Rose, *Government against Sub-governments. A European Perspective on Washington*, in: Richard Rose und Ezra N. Suleiman (Hrsg.), *Presidents and Prime Ministers*, Washington, DC: AEI 1980.

42 Vgl. Hecló, *Issue Networks*, a.a.O., S. 88 ff.

43 Hecló, *Issue Networks*, a.a.O., S. 103.

44 Vgl. Hecló, *Issue Networks*, a.a.O., S. 102.

45 Hecló, *Issue Networks*, a.a.O., S. 102.

lich die zeitgeschichtlichen Erfahrungen der als »Malaise« wahrgenommenen Ära Carter und dem seinerzeit häufig beklagten Mangel an der Führungsfähigkeit des Präsidenten wider. Die issue networks erschienen als charakteristisches Symptom für die zerfließenden Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor und der daraus resultierenden wachsenden Unfähigkeit des Staates zur Politikdurchsetzung. Die damit unterschwellig verbundene Vorstellung, daß Policy-Netzwerke generell nur eine inkrementalistische Politik zulassen, kann als Reflex auf die erwähnte zeitgeschichtliche Konstellation in den USA gewertet werden, so daß der Generalisierbarkeit dieser Beobachtung Grenzen gesetzt sind.

Gleichwohl bleiben verschiedene Punkte aus Heclos Konzept bedenkenswert. Wichtig ist erstens der Hinweis auf die wachsende Komplexität der Beziehungen zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren, die sich kaum mehr in Modellen mit einseitigen und klar erkennbaren Einflußkanälen abbilden lassen. Auch für Westeuropa haben Jordan und Richardson vergleichbare Entwicklungen beobachtet, die im »overcrowding« des Politikprozesses und der Zunahme von Formen einer »unconventional participation«⁴⁶ ihren Niederschlag finden. Daraus folgt - zweitens -, daß die Stabilität von Beziehungsmustern variabel ist, sich also im Zeitverlauf ändern kann. Die Kenntnis historischer Kontinuität(sbrüche) wird daher für die Beurteilung von Netzwerken unerläßlich. Drittens schließlich bleibt Heclos Überlegung festzuhalten, daß Policy-Netzwerke trotz weitgehend offener Umweltgrenzen gleichzeitig über komplexe Binnenstrukturen (»networks of networks«⁴⁷) verfügen können. Eine Präzisierung des Netzwerkconzeptes wird durch eine Verbindung mit Elementen aus der Organisationstheorie möglich, deren zunehmende Beschäftigung mit dem Verhältnis zwischen Organisationen⁴⁸ in der Politikwissenschaft schon seit einiger Zeit lebhaftes Interesse hervorruft.

An erster Stelle ist hier das Konzept der interorganisatorischen Netzwerke zu nennen, das - angefangen bei der Analyse föderaler Steuerungsprobleme,⁴⁹ über die Industriepolitik⁵⁰, bis hin zur Korporatismus- und

46 Vgl. Jeremy J. Richardson (Hrsg.), *Policy Styles in Western Europe*, London: George Allen & Unwin 1982, S. 5 ff.

47 Heclo, *Issue Networks*, a.a.O., S. 106.

48 Siehe hierzu vor allem Howard E. Aldrich, *Resource Dependence and Interorganizational Relations*, in: *Administration and Society*, 7 (1976).

49 Vgl. Kenneth Hanf und Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Interorganizational Policy Making*, London - Beverly Hills: Sage 1978.

50 Vgl. Erhard Friedberg, *Staat und Industrie in Frankreich*, IIM/79-10, Wissenschaftszentrum Berlin 1979.

Verbandeforschung⁵¹ - bereits vielfältigen Eingang in die politikwissenschaftliche Diskussion gefunden hat. Als bedeutsam kann die Überlegung hervorgehoben werden, daß Netzwerke ihre Stabilität nicht nur über kommunikative Prozesse - im Sinne gemeinsamer Problemwahrnehmung oder »belief systems«⁵² - herstellen, obwohl auch das eine Rolle spielen kann, sondern vor allem durch Austauschbeziehungen (»resource dependence«)⁵³, die die Akteure in mehr oder minder großem Maße voneinander abhängig machen. Obwohl es damit naheliegt, Policy-Netzwerke als ein Geflecht aus gleichrangigen Akteuren zu begreifen, in denen die staatliche Handlungssouveränität nur noch schwer erkennbar ist⁵⁴, werden hier Fragen nach der staatlichen Interventionsfähigkeit als empirisches Problem behandelt. Dabei wird allerdings grundsätzlich von der Möglichkeit staatlicher Steuerungserfolge ausgegangen. Denn selbst in einem Politikfeld mit ausgeprägter Aufgabendelegation an private Akteure ist letzten Endes der Staat die Instanz zur allgemeinverbindlichen Normsetzung.⁵⁵ Es kann daher auch nicht davon ausgegangen werden, daß interorganisatorische Verflechtungen in erster Linie der Koordination kollektiver Akteure dienen.⁵⁶ Vielmehr wird im hier verwendeten Netzwerkkonzept ausdrücklich die Möglichkeit von internen Auseinandersetzungen und Verteilungskonflikten unterstellt. Inwiefern derartige Konflikte durch Netzwerkstrukturen kanalisiert werden, ergibt sich aber erst aus der Empirie.

-
- 51 Vgl. Lehbruch, Concertation, a.a.O.; ders., Comparative Political Economy of Neo-Corporatism: Inter-Organizational and Institutional Logics, prepared for presentation at the Workshop on »Meso-Corporatism«, ECPR Joint Sessions of Workshops, Amsterdam, 10-15 April, 1987; Wolfgang Streeck, Vielfalt und Interdependenz: Probleme intermediärer Organisationen in sich ändernden Umwelten, IIM/LMP 87-3, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1987.
- 52 Vgl. dazu Converse, The Nature of Belief Systems, a.a.O.
- 53 Vgl. Aldrich, Resource Dependence, a.a.O. und Karen Cook, Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations, in: J. Kenneth Benson (Hrsg.), Organizational Analysis. Critique and Innovation, Beverly Hills - London: Sage 1977.
- 54 So zum Beispiel Edward O. Laumann und David Knoke, The Organizational State. Social Choice in National Policy Domains, Madison: University of Wisconsin Press 1987.
- 55 Vgl. Fritz W. Scharpf, Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19), Opladen 1988, S. 70 f.
- 56 Vgl. J. Kenneth Benson, A Framework for Policy Analysis, in: David L. Rogers und David A. Whetten (Hrsg.), Interorganizational Coordination: Theory, Research and Implementation, Ames: Iowa State University Press 1982, S. 138.

Von nicht minder großer Bedeutung ist die These von den »working rules of collective action«⁵⁷, die mittlerweile unter dem Begriff der »standard operating procedures«⁵⁸ auch in der Policy-Forschung eine Entsprechung gefunden hat. Gemeint sind damit kollektive Handlungsmuster, die über längere Zeiträume stabil bleiben und deren »Regeln« von den Akteuren nicht ohne weiteres gebrochen werden können, da andernfalls etablierte Kooperationsbeziehungen gefährdet werden. Daraus folgt, daß Policy-Netzwerke nicht unvermittelt auf Umweltdruck reagieren.⁵⁹ Ihre internen Struktur- und Interaktionsprozesse sind immer nur soweit veränderbar, wie dies die Beziehungen der Akteure untereinander zulassen. Die auch in der Theorie der offenen Systeme noch als relativ strikt begriffene Trennung zwischen Umwelt und Innenwelt kann für Policy-Netzwerke hingegen kaum Gültigkeit beanspruchen, da die Möglichkeiten zur Stabilisierung von Systemgrenzen äußerst beschränkt sind. Allenfalls können Netzwerke unterschiedlich intensiv entwickelte Hemmschwellen (»entry barriers«) für den »Zutritt« neuer Akteure aufweisen.

Das von Heclo vorgelegte Konzept der issue network ist nicht der einzige Versuch geblieben, einen Untersuchungsgegenstand analytisch zu strukturieren. Seit einigen Jahren tauchen auch Begriffe wie die »policy arena«⁶⁰, die »policy community«⁶¹, der »policy sector«⁶², oder die »policy domain«⁶³ auf. Teilweise handelt es sich nur um eine andere Begrifflichkeit, etwa im Fall des - besonders in Großbritannien verwendeten - Terminus policy community, der im wesentlichen dem Bedeutungsgehalt des Policy-Netzwerkes entspricht. Der Politikarena wird hingegen eine andere Qualität zugeschrieben, die auf der Antizipation staatlicher Maßnahmen und den so ausgelösten Konflikt- und Konsensprozessen basiert.⁶⁴

57 Vgl. ebd.; Cook, Exchange and Power; W. Graham Astley und Andrew H. Van de Ven, Central Perspectives and Debates in Organization Theory, in: Administrative Science Quarterly, 28 (1983), S. 251.

58 Vgl. Richardson, Policy Styles, a.a.O.; Olson, Political Science and Organization Theory, a.a.O.

59 Vgl. Adrienne Windhoff-Héritier, Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt/M. - New York: Campus 1987, S. 80 f.

60 Vgl. ebd., S. 47 ff.

61 Vgl. Jeremy J. Richardson und A. Grant Jordan, Governing Under Pressure. The Policy Process in a Post-Parliamentary Democracy, Oxford: Martin Robertson 1979.

62 Vgl. Gary P. Freeman, National Styles and Policy Sectors: Explaining Structured Variation, in: Journal of Public Policy, 5 (1986).

63 Vgl. Laumann und Knoke, The Organizational State, a.a.O.

64 Vgl. Windhoff-Héritier, Policy-Analyse, a.a.O., S. 47 ff.

Jordan und Richardson⁶⁵ verwenden den Arenenbegriff wiederum in einem anderen, mehr auf die Topographie politischer Prozesse bezogenen Sinn. Ein erwähnenswerter Versuch, das begrifflich-analytische Instrumentarium zu verfeinern, wurde kürzlich von Wilks und Wright unternommen. Sie unterscheiden zwischen den beiden Oberkategorien »policy level« und »policy actors«, die wiederum jeweils in »level«, »area«, »sector«, »sub-sector« und »issue« bzw. in »universe«, »communities« und »networks« untergliedert werden.⁶⁶ Da sich diese Konzeption vor allem gegen die grobe Unterteilung in starke und schwache Staaten richtet, ist zwar das Anliegen, ein verfeinertes Begriffsraaster zu entwickeln, nachvollziehbar, doch scheint die daraus hervorgegangene Typologie über das Ziel hinauszuschießen. Besonders mit Blick auf den internationalen Vergleich erscheint es jedoch fragwürdig, ob eine so weitgehende Disaggregation eines Politikfeldes empirisch überhaupt handhabbar ist. Eher droht hier ein konzeptioneller »overkill«, der mehr zur Verwirrung als zur Verdeutlichung empirischer Zusammenhänge beizutragen vermag. Damit soll keine grundsätzliche Absage an Versuche erteilt werden, generalisierbare Policy-Typologien und Konzeptionalisierungen zu entwickeln, allerdings sollen derartige Bestrebungen sich mehr an empirischen Erfahrungswerten orientieren und dem Grundsatz folgen: »making the most of simplicity«.⁶⁷

Im Zusammenhang mit der analytischen Konstruktion von Netzwerkkonzepten muß ein - auch bei den eben kritisierten Autoren zu beobachtendes - Vorgehen problematisiert werden, nämlich die häufig anzutreffende Neigung, daß per se bestimmte Eigenschaften und Strukturmerkmale wie Homogenität bzw. Heterogenität, unterschiedliche Grade der Verflechtung oder diffuse bzw. zentralisierte Machtverteilung unterstellt werden. Diese Vorgehensweise, die vor allem daraus resultieren dürfte, daß Netzwerkkonzepte primär aus der Abbildung länderspezifischer Beziehungsmuster hervorgegangen sind, birgt für den internationalen Vergleich vor allem die Gefahr, daß nationale Eigenheiten durch das Analyseraster hindurchfallen. Daher werden im hier verwandten Netzwerkkon-

65 Vgl. A. Grant Jordan und Jeremy J. Richardson, *British Politics and the Policy Process. An Arena Approach*, London: Allen & Unwin 1987.

66 Stephen Wilks und Maurice Wright, *Conclusion: Comparing Government-Industry Relations: States, Sectors and Networks*, in: dies. (Hrsg.), *Comparative Government-Industry Relations*, Oxford: Clarendon Press 1987, S. 300.

67 Vgl. Howard Aldrich und David A. Whetten, *Organization-sets, Action-sets and Networks: Making the Most of Simplicity*, in: Paul C. Nystrom und William H. Starbuck (Hrsg.), *Handbook of Organizational Design*, Bd. I, Oxford: Oxford University Press 1981.

zept nur einige grundsätzliche Struktur- und Verhaltensannahmen vorgeben, die erst durch die empirische Analyse präzisiert werden. Um andererseits die von Jann und Feick geforderte »vor-theoretisch plausible Identifikation von relevanten Merkmalen und Dimensionen institutioneller Strukturen«⁶⁸ zu gewährleisten, kann auf Vor-Festlegungen hinsichtlich von Netzwerkstrukturen und -eigenschaften nicht vollständig verzichtet werden. Diese müssen aber so erfolgen, daß die generelle Anwendung des Netzwerkkonzeptes auf verschiedene Länder nicht beeinträchtigt wird.

2.2.2 Konzeptionelle Überlegungen zu Aufbau und Funktionsweise von Policy-Netzwerken

Das hier verwendete Netzwerkkonzept integriert Elemente des Heclo'schen issue network mit Bestandteilen der Inter-Organisationstheorie wie etwa dem Modell der »organizational fields«.⁶⁹ Unter einem Policy-Netzwerk wird hier ein sektorales System der Interessenvermittlung zwischen staatlichen und privaten Akteuren verstanden, welches durch Institutionen und eingeschlifene Verhaltensmuster einen gewissen Grad an interaktiver und struktureller Stabilität erlangt. Es handelt sich um ein analytisches Konstrukt, das aus der Perspektive der Herstellung bindender politischer Entscheidungen für einen begrenzten Regelungsgegenstand (zum Beispiel Umwelt, Telekommunikation oder Gesundheit) definiert wird. Das Policy-Netzwerk reicht in das politische System bzw. den jeweils relevanten Teilausschnitt hinein und umfaßt die zugrunde liegende ökonomische Steuerungsstruktur. Da die Verwendung des Netzwerkbegriffes hier die Konstruktion eines Rasters zur Struktur- und Prozeßbeschreibung sowie zur Erfassung von institutionellen Veränderungen ermöglichen soll, werden nun fünf Charakteristika von Policy-Netzwerken definiert, denen im weiteren Verlauf der Untersuchung als unabhängige Variablen besondere Relevanz beigemessen wird. Hierbei handelt es sich wohlgermerkt

68 Jürgen Feick und Werner Jann, »Nations matter« - Vom Eklektizismus zur Integration in der vergleichenden Policy-Forschung? in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen 1988, S. 209.

69 Vgl. Paul J. DiMaggio und Walter W. Powell, The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, in: American Sociological Review, 48 (1983).

nicht um ein neues Variablen-set, sondern um eine »Rekodierung« der oben referierten institutionellen Variablen.

1. Struktur: Ein Policy-Netzwerk verfügt über verschiedene Strukturmerkmale, die folgende Dimensionen umfassen. Erstens kann ihr innerer Aufbau durch starke Untergliederung in einzelne Segmente (»networks of networks«) gekennzeichnet sein oder aber durch eine mehr homogene Struktur, wie sie etwa durch starke Zentralisierung hervorgerufen wird. Damit verbunden ist - zweitens - die Verflechtungsintensität, die sowohl auf lockeren Verbindungen im Sinne einer gemeinsamen Problemwahrnehmung als auch auf »harten« institutionellen Verflechtungen wie resource dependencies, korporatistischen Verhandlungsgremien oder »interlocking directorates« basieren kann. Das dritte Strukturmerkmal ist der Grad an Systemintegration bzw. Autonomie. Entscheidend ist hier die Einbindung in andere Policy-Netzwerke sowie der Grad, in dem ein Netzwerk als Bestandteil gesamtgesellschaftlichen Ordnungsmodells fungiert. Dabei kann unterstellt werden, daß die Stabilität mit wachsender Systemintegration zunimmt, da Veränderungen innerhalb eines Netzwerkes entsprechende Anpassungen in anderen Bereichen erfordern.⁷⁰ Bei diesem Netzwerkcharakteristikum wird nicht in jedem Fall klar zwischen dem Struktur- bzw. dem Akteurbezug unterschieden werden können.
2. Akteure: Ein Policy-Netzwerk besteht aus einer abgrenzbaren Zahl von Akteuren, die auf der Basis eines gemeinsamen Interesses in ein Interaktionssystem eingebunden sind. Dabei kann eine relativ große Interessenhomogenität eintreten, die aber nicht mit Interessenkongruenz verwechselt werden darf, denn »what is shared is an interest in a certain class of public policy output and not a goal«.⁷¹ Die Akteure müssen ihr »task environment«⁷² nicht notwendigerweise im jeweiligen Netzwerk haben. Auch Parteien oder politische Think tanks, die über sehr viel breitere Aktionsräume verfügen, können als Akteure in Erscheinung treten. Zwischen den Akteuren ist die Bildung von Koalitionen möglich, die zur Wahrung ihrer Eigeninteressen für eine bestimmte strategische Option eintreten. Derartige »advocacy coali-

70 Vgl. Olson, Political Science and Organization Theory, a.a.O., S. 19.

71 Milward, Interorganizational Policy Systems, a.a.O., S. 475.

72 Vgl. John Child, Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice, in: Sociology, 6 (1972).

tions«⁷³ entsprechen nicht notwendigerweise dem breiten Bedeutungsgehalt von sozialen Koalitionen, deren Zusammensetzung dominierende Klasseninteressen widerspiegeln.⁷⁴ Koalitionen innerhalb eines Policy-Netzwerkes können quer zu Klasseninteressen liegen oder diesen sogar zuwiderlaufen.

3. **Ökonomische Steuerungsstruktur:** Dieses Charakteristikum bezieht sich auf den als »governance« bezeichneten ökonomischen Steuerungsmechanismus, der die Anreize und Interessen der Akteure maßgeblich beeinflusst. Hollingsworth und Lindberg haben diesen Begriff in Anlehnung an die sozialwissenschaftliche Rezeption der Transaktionskostentheorie als ökonomische Koordinationsstruktur definiert: »Governance refers to the several institutional mechanisms through which firms as complex organizations have come to deal with other organizations or actors in response to problems of resource scarcity . . . , and information complexity . . .«⁷⁵ Idealtypisch wird diese Steuerungsstruktur häufig in die Kategorien Markt, Hierarchie, Clan und Verband unterteilt.⁷⁶ Für die nachfolgende Analyse ist die sektorale governance-Struktur aus zweierlei Gründen von Bedeutung. Zum einen wird danach zu fragen sein, inwiefern die mit der jeweiligen Produktionsstruktur des Gesundheitssektors verbundenen Anreize ordnungspolitisch verwertbare »Sollbruchstellen« beinhalten. Zum anderen muß darauf geachtet werden, ob und in welchem Umfang die governance-Struktur von sich aus Druck für Veränderungen hervorruft, etwa durch technologische Umbrüche oder Performanzkrisen, die einen kritischen Schwellenwert überschreiten und dadurch für die Akteure den Übergang zu einer neuen »transaction matrix« als wünschenswert erscheinen lassen.
4. **Handlungsmuster:** Innerhalb eines Netzwerkes können zwei unterschiedliche Ebenen von »standard operating procedures« getrennt werden. Auf der Ebene der politischen Entscheidungsfindung werden

73 Dieser Begriff stammt von Paul A. Sabatier, Knowledge, Policy-Oriented Learning and Policy Change, in: Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization, 8 (1987).

74 Zum Koalitionsbegriff siehe vor allem Katzenstein, Domestic Structures, a.a.O., S. 890, und Peter Gourevitch, Politics in Hard Times, a.a.O.

75 Hollingsworth und Lindberg, The Governance of the American Economy, a.a.O., S. 221.

76 Vgl. Oliver E. Williamson, The Economics of Organizations: The Transaction Cost Approach, in: American Journal of Sociology, 87 (1981), und William G. Ouchi, Markets, Bureaucracies and Clans, in: Administrative Science Quarterly, 25 (1980).

sich möglicherweise sektorale, also netzwerkspezifische Spielregeln identifizieren lassen, was aber nicht unbedingt der Fall sein muß. Ebenso können sektorale Politikstile den allgemeinen länderspezifischen »national styles«⁷⁷ entsprechen. Der Begriff »Politikstil« bezieht sich dabei auf die typischen Formen der Interessenvermittlung, Entscheidungsfindung und Konfliktregulierung. Davon müssen jene Handlungsmuster unterschieden werden, die auf der Ebene der ökonomischen Steuerungsstruktur (governance) angesiedelt sind und in erster Linie den vorherrschenden Modus der Ressourcenverteilung beschreiben, wie etwa Verhandlungen oder Markttransaktionen. Auch hier wird es nicht in jedem Fall möglich sein, eine Differenzierung vorzunehmen, da politische Entscheidungsmuster mit ökonomischen Verteilungsregeln zusammenfallen können.

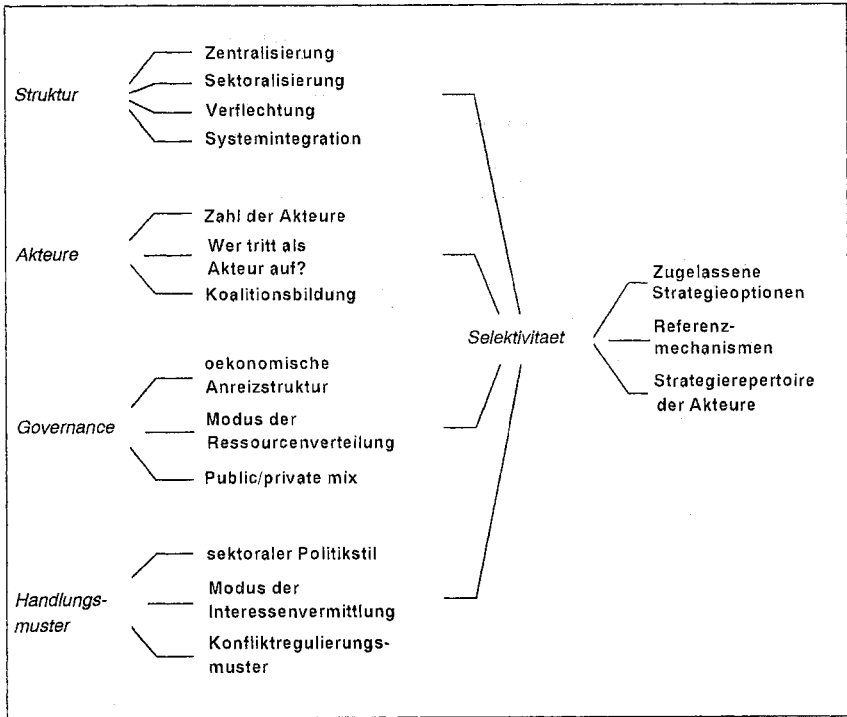
5. Strategische Selektivität: Dieses Charakteristikum ergibt sich aus der Addition der vorangegangenen Variablen. Selektivität bezieht sich auf die »goodness of fit«-Relation⁷⁸ zwischen Strategie und den vom Policy-Netzwerk eröffneten bzw. begrenzten Formen der politischen Problembearbeitung. Der Begriff ist hier nicht nur im Sinne von »institutionalisierten Ausschließungsregeln«⁷⁹ konzipiert. Die Selektivität eines Netzwerkes kann zwar negativer Natur sein, andererseits besteht auch die Möglichkeit, daß die Netzwerkeigenschaften ein bestimmtes Politikrepertoire überhaupt erst ermöglichen. Policy-Netzwerke produzieren also nicht nur »constraints«, sondern auch »opportunities«. Die strategische Selektivität beginnt überdies nicht erst in dem Moment zu wirken, in dem sich eine Regierung zum politischen Handeln entschließt, sondern bereits im Prozeß der Problemwahrnehmung und der Konstruktion von Handlungsmöglichkeiten. Die Fähigkeit der Akteure, in ordnungspolitischen Alternativen zu denken, wird also durch netzwerkspezifische »Referenzmechanismen« beeinflußt. In überblicksartiger Form lassen sich die Dimensionen der Netzwerkanalyse so zusammenfassen:

77 Siehe hierzu Gary P. Freeman, *National Styles and Policy Sectors*, a.a.O.

78 Zu diesem Konzept siehe Fritz W. Scharpf, *Public Organization and the Waning of the Welfare State: A Research Perspective*, in: *European Journal of Political Research*, 5 (1977), S. 358 f.

79 Claus Offe, *Strukturprobleme des kapitalistischen Staates*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1972, S. 74.

Abbildung 2.1 Dimensionen der Netzwerkanalyse



Diese fünf Variablen umfassen zwar nicht alle möglichen Determinanten der Wende in der Gesundheitspolitik, sie erlauben es jedoch in einem ersten Untersuchungsschritt, den jeweiligen Politiksektoren ein Set von Charakteristika zuzuordnen, die im Verlauf der Analyse unter dem Gesichtspunkt ihrer Stabilität bzw. Veränderung betrachtet werden können. Denn eine Grundannahme dieser Arbeit besteht darin, daß Policy-Netzwerke eine gewisse Koinzidenz mit der »alten« politischen Strategie verfügen, so daß Parteien bzw. Regierungen, die sich einen ordnungspolitischen Umschwung, also eine »neue« Strategie zum Ziel gesetzt haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit Veränderungen in der Struktur des Netzwerkes durchsetzen müssen. Diesem Konzept liegt also die Vorstellung von einer

relativen Stabilität zugrunde, die via »structural inertia«⁸⁰ der Anwendung neuer politischer Strategien Grenzen setzt, da der Idealfall der ordnungspolitischen Konformität eines Netzwerkes mit einer alternativen Strategie nur selten anzutreffen sein dürfte. Sollten die Reformbestrebungen neokonservativer Regierungen durch einen Mangel an goodness-of-fit mit der etablierten Netzwerkstruktur leiden, wären also die Destabilisierung bzw. Modifikation einzelner Elemente des Policy-Netzwerkes notwendig, um neue »strategic opportunities« zu erschließen. Diese Überlegung macht es erforderlich, die Policy-Netzwerke zu jeweils drei »Meßzeitpunkten« zu betrachten, und zwar erstens zum Zeitpunkt des Regierungswechsels, zweitens während des Verlaufs ordnungspolitischer Reformversuche und drittens gegen Ende des Untersuchungszeitraumes, also den späten achtziger Jahren, an dem sich dann die etwaigen Veränderungen in der Netzwerkstruktur feststellen lassen. Derartige Veränderungen müssen nicht notwendigerweise das Ergebnis zielgerichteten politischen Handelns darstellen, sondern können auch auf folgenden Phänomenen beruhen:

- An erster Stelle sind soziale, ökonomische und technische Umbrüche zu nennen, die eine Verschiebung der Anreizstrukturen der Akteure bewirken. Beispiele hierfür wären ökonomischer Problemdruck, der den Staat zum Handeln nötigt und bei den Akteuren möglicherweise zu einer Veränderung ihrer Interessen führt. Eine andere Form des Umbruchs stellen technologische Wandlungs- und Modernisierungsprozesse dar, aus denen Anpassungszwänge für einzelne Politikbereiche oder soziale Zusammenhänge resultieren.
- Eine weitere Möglichkeit besteht in der Verschiebung der Akteurskonstellation, die durch das Auftreten neuer Akteure oder die Formierung neuer Koalitionen ausgelöst werden kann. Derartige Veränderungen können dann die Kräfteverhältnisse und die »Spielregeln« im Policy-Netzwerk beeinflussen und auf diese Weise neue Handlungsräume eröffnen. Hierbei ist auch an die Erhöhung der staatlichen Interventionskapazität zu denken, die die Durchsetzung politischer Alternativen auch gegen den Widerstand etablierter Verteilungskonstellationen erlaubt. Ebenfalls in Erwägung gezogen werden sollte die »Demontage« von institutionellen Stützen, die dem Netzwerk Stabilität verleihen.

80 Vgl. Michael T. Hannan und John Freeman, Structural Inertia and Organizational Change, in: American Sociological Review, 49 (1984).

- Schließlich sind Faktoren aus der »Umwelt« des Netzwerkes zu nennen. Sie können als »externe Schocks« oder »spillovers«⁸¹ aus anderen Bereichen in das Policy-Netzwerk gelangen. Ein Beispiel für ersteren Fall wäre der sogenannte »Sputnik-Schock« von 1957, der unter anderem massive Auswirkungen auf die Bildungspolitik nach sich zog. Das »Überspringen« von einem Politikfeld in ein anderes läßt sich an der Theorie der Deregulierung illustrieren, die - ursprünglich aus der Wirtschaftspolitik stammend - auch Eingang in die Verkehrs-, Telekommunikations- und Gesundheitspolitik gefunden hat.

Um den originären Beitrag dieses Analysekonzeptes zur vergleichenden Untersuchung von Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitssystemen deutlich zu machen, erfolgt anschließend ein Abriß der wichtigsten Arbeiten zur komparativen Gesundheitspolitikforschung.

2.3 Stand der vergleichenden Forschung über Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

In einer kürzlich vorgelegten Untersuchung zum »state-of-the-art« der international vergleichenden Sozialpolitikforschung haben Harold Wilensky u.a. für die Unterkategorie Gesundheitsforschung festgestellt: »The health literature is primarily written by and addressed to policy planners, who pay more attention to pragmatic goals; they aim at examine particular systems and abstract lessons for policymakers rather than construct theory. Most of their studies are descriptive, not analytic . . . theory development remains embrionic . . .«⁸² Diese vergleichsweise unterentwickelte theoretische Fundierung der Gesundheitspolitik- bzw. Gesundheitssystemanalyse dürfte vor allem in ihrer starken Abschottung gegenüber der allgemeinen Sozialpolitik- bzw. Wohlfahrtsstaatsforschung zu suchen sein.

Seit dem Aufkommen der vergleichenden Gesundheitssystemanalysen zu Beginn der sechziger Jahre hat dieser Forschungszweig sehr rasch ein ausgeprägtes Eigenleben entwickelt, das auch auf das Selbstverständnis und die Fragestellung dieser Disziplin durchgeschlagen hat. Besonders in den USA, in Großbritannien, den Benelux-Ländern und Skandinavien

81 Näheres hierzu bei John W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston: Little, Brown 1984.

82 Harold L. Wilensky u.a., *Comparative Social Policy*, University of California, Berkeley: Research Series No. 62/Institute of International Studies 1985, S. 48.

(nicht aber in der Bundesrepublik) ist es - häufig innerhalb von Schools of Public Health - zur Entstehung von speziellen Fakultäten für Health Care Administration gekommen, wo die vergleichende Gesundheitssystemanalyse ihre institutionelle Basis fand. Im Unterschied zu den meisten anderen Politikfeldern konnten sich eine Reihe von internationalen Zeitschriften etablieren, die ausschließlich der sozialwissenschaftlichen Analyse von Gesundheitssystemen gewidmet sind. Wie es für diesen Forschungszweig insgesamt beobachtet werden kann, so erscheint auch ein großer Teil der wichtigsten Zeitschriften in den USA. So etwa die traditionsreiche, mittlerweile im 67. Jahrgang erscheinende *Milbank Quarterly* (vormals *Milbank Memorial Fund Quarterly*) oder das quantitativ und policy-orientierte *Journal of Health Politics, Policy and Law* (seit 1976). Ein kritisches, der public health-Tradition verpflichtetes Periodikum aus den USA ist das *International Journal of Health Services* (seit 1970). Die starke Spezialisierung hat nun vielerorts das Bewußtsein geschaffen, daß Gesundheit ein technisch zu betrachtender, besonders komplexer und unvergleichlicher Untersuchungsgegenstand sei, was wiederum einen Forschungsansatz begünstigt hat, der in starkem Maße auf deskriptiven Fallstudien beruht, in denen die Einzigartigkeit des jeweils untersuchten Falles im Mittelpunkt steht.⁸³ Dadurch ist zum Beispiel der Vergleich mit anderen Bereichen der Sozialpolitik kaum ins Blickfeld gerückt.⁸⁴ Bereits der Titel des seit 1985 in Großbritannien erscheinenden *International Journal of Health Planning and Management* signalisiert die Dominanz einer technokratisch-planerischen Attitüde. Gesundheitsforschung ist also größtenteils deskriptiv und auf die Bereitstellung spezieller Material- und Datensammlungen ausgerichtet.

Ungeachtet des hochgradig spezialisierten und häufig theoriefernen Charakters der vergleichenden Gesundheitsforschung sind internationale Vergleiche in der gesundheitspolitischen Diskussion der meisten Länder von relativ großer Bedeutung. Im Vorfeld größerer Gesetzesvorhaben werden häufig Systemvergleiche angestellt, die zwar auch der Informationsgewinnung oder der Suche nach Problemlösungsstrategien dienen, aber nicht selten explizit zur Absicherung der eigenen Position bzw. zum Zweck der Kritik am politischen Gegner funktionalisiert werden. Die komparative Einordnung des eigenen Landes auf der Basis von Gesund-

83 Vgl. Deborah A. Stone, *Drawing Lessons from Comparative Health Research*, in: Ralph Straetz, Marvin Lieberman und Alice Sardell (Hrsg.), *Critical Issues in Health Policy*, Lexington, MA: Lexington Books 1981, S. 135.

84 Vgl. Wilensky u.a., *Comparative Social Policy*, a.a.O., S. 49.

heits-, Kosten- und Leistungsindikatoren spielt hier ebenso eine Rolle wie das plakative Herausstreichen von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Organisationsmodelle. So hat etwa der Pharmakonzern Ciba-Geigy während der siebziger Jahre in den USA, zu einem Zeitpunkt als die Chancen für die parlamentarische Verabschiedung einer gesetzlichen Krankenversicherung stiegen, eine Reihe von Untersuchungen finanziert, in denen mit erhobenem Zeigefinger vor den vermeintlichen Folgen einer »Nationalisierung« wie in Großbritannien gewarnt wurde. Auch hierzulande haben sich zum Beispiel die Arbeitgeber mit internationalen Vergleichen über Krankheitshäufigkeit und betriebliche Fehlzeiten für die politische Auseinandersetzung munitioniert.⁸⁵ Allerdings ist in der Bundesrepublik die Neigung, Anleihen im Ausland zu nehmen, besonders gering ausgeprägt, was vermutlich mit der historischen Vorreiterrolle der gesetzlichen Krankenversicherung und dem darauf basierenden Sozialpolitik-Patriotismus (»Bismarcks' Erbe«) zusammenhängt. Es verwundert daher nicht, daß die vergleichende Gesundheitsforschung hierzulande deutlich hinter dem Entwicklungsstand des angelsächsischen Sprachraumes zurückgeblieben ist.

Die vergleichende Gesundheitsforschung kann in zwei grobe Kategorien getrennt werden: zum einen in die im amerikanischen Sprachgebrauch als »health systems research« bzw. »health services research« bezeichnete Forschungsrichtung, die größtenteils sehr technisch ausgerichtet ist, aber gleichzeitig interdisziplinär bis weit in die Bereiche der Sozialepidemiologie, Demographie, Regionalanalyse oder Managementtheorie hineinreicht und ein relativ starkes Eigenleben entwickelt hat, und zum anderen die im weitesten Sinne politikwissenschaftliche Forschung (»health policy research«), deren thematischer Schwerpunkt in Bereichen wie der Verteilungsgerechtigkeit, den Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung, der Machtverteilung und der strukturellen Genese von Gesundheitssystemen liegt. Auch wenn eine Abgrenzung zwischen beiden Richtungen mitunter schwierig ist, beschränkt sich die nachfolgende Darstellung nach Möglichkeit auf die zweite Kategorie. Bei der international vergleichenden Gesundheitspolitikforschung können fünf Ansätze unterteilt werden, die unterschiedlichen Forschungsinteressen folgen und auch eine gewisse Koinzidenz zu jeweils vorherrschenden Themenkonjunkturen aufweisen.

85 Zum Beispiel Heinz Salowsky, Fehlzeiten. Ein internationaler Vergleich, Köln: Deutscher Instituts-Verlag 1983.

Der erste und bis in die neueste Zeit am häufigsten vertretene Ansatz ist der deskriptiv-typologisierende Systemvergleich.⁸⁶ Ein großer Teil dieser Arbeiten besteht in der Darstellung von nationalen Versorgungsstrukturen und deren meßbaren, also statistisch erfaßten Gesundheitsindikatoren. Im Vordergrund stehen meist Organisation, Finanzierung und Steuerungselemente des Gesundheitssektors, wobei entweder das gesamte Gesundheitssystem oder einzelne Versorgungsbereiche verglichen werden.⁸⁷ Dieser Ansatz ist ursprünglich stark von der Konvergenztheorie und der Idee einer »Konkurrenz der Gesellschaftssysteme« beeinflußt worden. Vielfach dienen daher Typologien verschiedener Gesundheitssysteme der Verortung von Konvergenzentwicklungen.⁸⁸

Das Ziel dieses Ansatzes besteht auch heute noch zum überwiegenden Teil in der Informationsgewinnung und -bereitstellung.⁸⁹ Derartige Untersuchungen werden nicht selten in Form von »Handbüchern« oder Kompendien angeboten, in denen - einem vorgegebenen Raster folgend - auf einzelne Länder eingegangen wird.⁹⁰ Der Begriff »Vergleich« schmeichelt allerdings vielen dieser Untersuchungen, da es sich allzuhäufig nur um die Aneinanderreihung von Länderdarstellungen handelt, wobei der handwerkliche Höhepunkt komparativer Analytik dann mitunter nur in der Erstellung von »Synopsis« besteht.⁹¹ Vieles in diesen Darstellungen ist redundant, und qualitativ gibt es zudem erhebliche Unterschiede. Der unbestreitbare Beitrag des deskriptiv-typologisierenden Ansatzes ist ande-

86 Vgl. als Auswahl Milton I. Roemer, *Comparative National Policies on Health Care*, New York: Marcel Dekker 1977; Milton Terris, *The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects*, in: *American Journal of Public Health*, 67 (1978); Ray H. Elling, *Cross-National Study of Health Systems*, New Brunswick: Transactions Books 1980; Mark G. Field, *The Health System and the Polity: A Contemporary American Dialectic*, in: *Social Science and Medicine*, 14A (1980); Julio Frenk und Avedis Donabedian, *State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables*, in: *Health Policy and Planning*, 2 (1987).

87 Vgl. William A. Glaser, *Health Insurance Bargaining. Foreign Lessons for Americans*, New York: Gardner Press 1978; ders., *Paying the Hospital: the Organization, Dynamics and Effects of Differing Financial Arrangements*, San Francisco: Jossey Bass Publishers 1987.

88 So noch Odin W. Anderson, *Are National Health Service Systems Converging? Predictions for the United States*, in: *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 434 (1977/Nov.).

89 Lettie von Attefeld, Corine Broeders und Ruud Lapré, *International Comparative Research in Health Care. A Study of the Literature*, in: *Health Policy*, 8 (1987).

90 Vgl. zum Beispiel Elling, *Cross-National Study*, a.a.O.

91 Vgl. Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*, Frankfurt/M. - New York: Campus 1983, S. 9 ff.

rerseits darin zu sehen, daß ein umfangreicher Daten- und Informationsbestand geschaffen wurde, von dem starke Impulse für weitergehende Forschungen ausgegangen sind.

Der zweite Ansatz, der seinen Höhepunkt während der sechziger und siebziger Jahre hatte, sich aber in jüngster Zeit wieder zunehmenden Interesses erfreut, sind Fallstudien über Interessengruppen. Mit wenigen Ausnahmen⁹² stehen dabei Ärzteverbände bzw. die medizinische Profession im Vordergrund. Im Gegensatz zur deskriptiv-typologisierenden Systemanalyse sind mit diesem Forschungstyp auch Ansätze zur Theoriebildung verbunden, insbesondere über die politische Rolle von Interessengruppen. Seine Wurzeln hat dieser Ansatz ebenfalls in den USA, wo die politische Vetomacht der American Medical Association in den dreißiger und vierziger Jahren große Aufmerksamkeit gefunden hatte.⁹³ An diese Problemstellung anknüpfend, wurden eine Reihe von politikwissenschaftlichen Studien über Ärzteverbände in anderen Ländern durchgeführt.⁹⁴ Hierbei handelte es sich zwar fast ausschließlich um Ein-Länder-Analysen, doch fehlte kaum einmal das obligatorische Schlußkapitel über »learning from abroad«, in dem vergleichende Überlegungen diskutiert wurden. Einzelne dieser Fallstudien, wie Ecksteins Analyse der British Medical Association, haben auch einen nachhaltigen Einfluß auf die politikwissenschaftliche Theoriebildung ausgeübt.

Bei diesem Ansatz ist auch ein Fortschritt in der Formulierung der Fragestellung, der Variablenauswahl und der Theoriebildung feststellbar,

92 Eine dieser Ausnahmen ist Ronald W. Lang, *The Politics of Drugs. A Comparative Pressure-Group Study of the Canadian Pharmaceutical Manufacturers Association and the Association of the British Pharmaceutical Industry 1930-1970*, Westmead: Saxon House 1974.

93 Vgl. Oliver Garceau, *The Political Life of the American Medical Association*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1941; Comment, *The American Medical Association: Power, Purpose and Politics in Organized Medicine*, in: *Yale Law Journal*, 63 (1954).

94 Vgl. Harry Eckstein, *Pressure Group Politics: the Case of the British Medical Association*, London: Allen & Unwin 1960; Lawrence Thorson, *How Can the U.S. Government Control Physicians' Fees Under National Health Insurance? A Lesson from the French System*, in: *International Journal of Health Services*, 4 (1974); William E. Steslike, *Doctors in Politics. The Political Life of the Japan Medical Association*, New York: Praeger 1973; Deborah A. Stone, *The Limits of Professional Power. National Health Insurance in the Federal Republic of Germany*, Chicago: University of Chicago Press 1980.

wie sich an einem Aufsatz von Marmor und Thomas⁹⁵ illustrieren läßt. Anhand einer Analyse ärztlicher Honorierungsverfahren in Großbritannien, Schweden und den USA gelangten die Autoren - gegen Harry Eckstein gewandt - zu dem Schluß, daß die entscheidende Variable für die Erklärung ärztlicher Vetomacht und Einflußfähigkeit nicht in der Art der Beziehungen zwischen Ärzteverbänden und Regierung bestünde, sondern in der - modern formuliert - resource dependence - des Staates von den nicht substituierbaren ärztlichen Leistungen (»crucial services«)⁹⁶ zu suchen sei. Ärzte - so die These - verfügten also über vom institutionellen Kontext unabhängige Machtressourcen, die ihre Einflußfähigkeit sichern. Mittlerweile wird man wohl wieder Harry Eckstein, der ja die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten (»access«) von Ärzteverbänden zum politischen Entscheidungsprozess betont hatte, Recht geben. Denn seit Beginn der achtziger Jahre wird die forschungsleitende Fragestellung »Who Governs the Health Sector?«⁹⁷ nicht mehr allein durch die Wahl des Untersuchungsgegenstandes beantwortet. Das Interesse konzentriert sich heute aus gutem Grund weniger auf die lobbyistischen Fähigkeiten von Ärzteverbänden, sondern mehr auf deren Rückzugsgefechte in einem sich ändernden gesundheitspolitischen Machtgefüge⁹⁸, wobei sich der institutionelle Kontext als durchaus bedeutsame Variable erwiesen hat.

An dieser Stelle bedarf die Arbeit des amerikanischen Soziologen Robert Alford der Erwähnung, die sich zwischen dem zweiten und dritten Ansatz ansiedeln läßt. Alfords Untersuchung, die 1975 mit dem Woodrow Wilson-Preis der American Political Science Association für die beste Veröffentlichung auf dem Gebiet der Innen- und Außenpolitik ausgezeichnet wurde, beinhaltet zwar keine komparativen Elemente, hat aber in der vergleichenden Gesundheitspolitikforschung einen starken Eindruck

95 Vgl. Theodore R. Marmor und David Thomas, Doctors, Politics and Pay Disputes: »Pressure Group Politics« Revisited, in: British Journal of Political Science, 2 (1972).

96 Ebd., S. 436.

97 James W. Björkman, Who Governs the Health Sector? in: Comparative Politics, 17 (1985).

98 Vgl. Arnold Heidenheimer und Lars Norby Johanson, Organized Medicine and Scandinavian Professional Unionism: Hospital Policies and Exit Options in Denmark and Sweden, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 10 (1985); David Wilsford, The Cohesion and Fragmentation of Organized Medicine in France and the United States, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 12 (1987); Giorgio Freddi und James W. Björkman (Hrsg.), Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance, London - Newbury Park: Sage 1989.

hinterlassen.⁹⁹ Alford beschreibt anhand einer qualitativen Längsschnittanalyse von 20 Untersuchungskommissionen, die zwischen 1950 und 1971 Empfehlungen für eine bessere Koordination und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung in New York City abgegeben haben, die Interessengegensätze und Konflikte zwischen staatlichen und privaten Akteuren. Dabei geht es vor allem um die Frage, welche institutionellen und machtpolitischen Konstellationen eine durchgreifende Reform des Gesundheitssektors in den USA behindern.

Der originäre Beitrag dieser Untersuchung besteht in der Einführung eines koalitionstheoretischen Ansatzes. Alford unterscheidet zwischen drei »strukturellen« Interessenkoalitionen.¹⁰⁰ Die »dominante« - an einer marktförmigen Gesundheitspolitik interessierte - Koalition wird repräsentiert von den »professional monopolists«, bestehend aus der Ärzteschaft und der biomedizinischen Forschergemeinde. »Markt« ist hier noch im Sinne staatlicher Interventionsabstänze mit dem Ziel der Bewahrung professioneller Autonomie zu verstehen. Die Monopolisten stehen der herausfordernden (»challenging«) Koalition der »corporate rationalizers« gegenüber, die sich aus Krankenhausverwaltern, medizinischen Fakultäten, staatlichen Gesundheitsplanern, Versicherungsgesellschaften und Mitgliedern des öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammensetzen, die eine technokratisch-planerische Strategie vertreten, die nicht unbedingt der Marktstrategie widerspricht, sich aber von ihr durch das Verlangen nach stärkerer Kontrolle über die professionellen Dienstleister unterscheidet. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen werden im wesentlichen durch den Konflikt zwischen diesen beiden Gruppen bestimmt. In Krisensituationen bemühen sich die corporate rationalizers um größere institutionalisierte Einflußmöglichkeiten auf die Monopolisten, haben damit aber nur bedingt Erfolg. Das Resultat dieses Interessenkonflikts ist eine Art reformpolitischer Blockade. Einflußlos (»repressed«) ist schließlich die dritte Koalition der »equal-health advocates«, die Alford als Konsumenten aus der unteren und der unteren Mittelschicht definiert, die die Forderung nach einer kostengünstigen, qualitativ hochwertigen und für alle gleichen medizinischen Versorgung erheben.

99 Siehe etwa Richard M. Hessler und Andrew C. Twaddle, *Power and Change: Primary Health Care at the Crossroads in Sweden*, in: *Human Organization*, 45 (1986) und Christopher Ham, *Governing the Health Sector: Policy Making in the English and Swedish Services*, in: *Milbank Quarterly*, 66 (1988).

100 Vgl. Robert R. Alford, *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, Chicago: University of Chicago Press 1975, S. 13 ff.; 190 ff.

Es können nun aufgrund der eher dünnen empirischen Materialbasis sowie der Tatsache, daß die Analyse sichtlich von einem sehr spezifischen Entwicklungsstadium der amerikanischen Gesundheitspolitik während der ersten Hälfte der siebziger Jahre beeinflußt worden ist, Zweifel an deren zeitlicher Gültigkeit geäußert werden, und auch die These von der sich selbst generierenden Autorität der medizinischen Profession, mit der Alford das wiederholte Scheitern der corporate monopolists erklärt,¹⁰¹ vermag nicht zu überzeugen. Dennoch hat sich die von Alford eingeführte Unterteilung in Koalitionen wiederholt als sinnvolle Vorgehensweise erwiesen. Eine für den vorliegenden Zusammenhang ebenfalls wichtige Überlegung Alfords besteht in der These, daß die Verteilungskonflikte zwischen den dominanten Koalitionen eine institutionelle Verfestigung erfahren, die wiederum die Interessen- und Präferenzbildung der Akteure des Gesundheitssektors beeinflußt.¹⁰² Die Institutionen des Gesundheitssektors sind also gleichermaßen Resultat, Gegenstand und Ursache von Verteilungskonflikten.

Die dritte Ansatz kann als politökonomisch bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich in der Mehrzahl um kapitalismuskritische Untersuchungen, die ihren größten Einfluß während der siebziger Jahre ausübten.¹⁰³ Gemeinsamer Ausgangspunkt dieser Arbeiten ist die Annahme, daß der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Organisation der medizinischen Versorgung im wesentlichen von den Funktionserfordernissen einer kapitalistischen Volkswirtschaft und der Dominanz der herrschenden Klasse, einschließlich der medizinischen Profession, bestimmt werden. Auch wenn diesen Untersuchungen mitunter ein zu mechanisch-

101 Vgl. ebd., S. 17.

102 Vgl. ebd., S. 249 ff.

103 Vgl. Frieder Naschold, Strukturelle Bedingungsfaktoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Axel Murswiek (Hrsg.), Staatliche Politik im Gesundheitssektor, München: Piper 1976; ders. u.a., Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, II Bde., Wien: Montan-Verlag 1978; Vicente Navarro, The Crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism, in: International Journal of Health Services, 8 (1978); Peter Fleissner, Wolfgang Kärner und Helmut Wintersberger, Grundsätzliche Überlegungen zu einer komparativen Analyse von Gesundheitssystemen am Beispiel Italiens, Großbritanniens und der DDR, in: Wilfried Schönback (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt, München: Urban & Schwarzenberg 1980; John B. McKinlay (Hrsg.), Issues in the Political Economy of Health Care, New York: Tavistock 1984; Rosemary C. Taylor, State Intervention in Postwar Western European Health Care: The Case of Prevention in Britain and Italy, in: Stephen Bornstein, David Held und Joel Krieger (Hrsg.), The State in Capitalist Europe, London: Allen & Unwin 1984.

funktionalistisches Verständnis von den Entwicklungsdeterminanten der Gesundheitsversorgung und -politik zugrunde lag und die Bedeutung des Gesundheitssektors bzw. bestimmter Organisationsmuster für die Stabilität der kapitalistischen Wirtschaftsordnung teilweise weit überschätzt wurde, so hat dieser Ansatz durch den Nachweis der häufig sozial, arbeitsplatz- und umweltbedingten Verursachungszusammenhänge von Tod und Krankheit doch einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von Krankheitsentstehung und -bekämpfung in entwickelten Industriegesellschaften geleistet. Dadurch ist auch die ehemals dominierende Vorstellung, daß individuelles Verhalten und darauf abzielende medizinische Interventionen die ausschlaggebende Größe für den Gesundheitszustand der Bevölkerung sei, nachhaltig erschüttert worden. In diese Kategorie können auch deutsch-deutsche Vergleiche gerechnet werden, die die unterschiedliche Struktur und Zielsetzung der medizinischen Versorgung als Folge der Teilung nach dem 2. Weltkrieg zum Gegenstand haben.¹⁰⁴

Der vierte, relativ junge Ansatz wird von den entwicklungsgeschichtlich-genetischen Analysen repräsentiert.¹⁰⁵ Es mag auf den ersten Blick verwundern, daß diese traditionelle sozialwissenschaftliche Vorgehensweise erst in den achtziger Jahren zum Zuge kam. Natürlich gibt es auch ältere Arbeiten, die auf historischen Analysen basieren, wobei das Interesse aber weniger den über längere Zeiträume hinweg beobachtbaren Veränderungen galt, sondern mehr der Schaffung einer Wissensgrundlage ohne Theoriebezug diente. Zudem liegen für einzelne Länder teilweise hervorragende historische Untersuchungen vor, denen es in aller Regel jedoch an einer vergleichenden Perspektive mangelt. Entwicklungsgeschichtliche Analysen sind für die politikwissenschaftliche Forschung unentbehrlich, da sie - anders als deskriptiv-typologisierende Arbeiten - Entstehungs- und Funktionszusammenhänge verdeutlichen, ohne deren Kenntnis die Einordnung aktueller Ereignisse defizitär bleiben muß.

104 Vgl. Hartmut Rolf, Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst?, Berlin: Duncker & Humblot 1975; Alfons Labisch, »Der Mensch steht vorn, aber ...« - Eindrücke aus dem Betriebsgesundheitswesen der DDR, in: Soziale Sicherheit, 31 (1982); Donald Light und Alexander Schuller (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge: MIT Press 1986.

105 Vgl. Daniel M. Fox, Health Policies, Health Politics: the British and American Experience 1911 - 1965, Princeton University Press 1986; J. Rogers Hollingsworth, A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States, Baltimore: John Hopkins University Press 1986; J. Rogers Hollingsworth und Ellen Jane Hollingsworth, Differences between Voluntary and Public Organizations: The Behavior of Hospitals in England and Wales, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 10 (1985).

Den fünften und letzten Ansatz bilden die im weitesten Sinne der Policy-Analyse zurechenbaren Forschungen.¹⁰⁶ Das einende Element dieses Ansatzes ist die Bestrebung, strukturelle und funktionale Differenzen bzw. Gemeinsamkeiten in der Gesundheitsversorgung nicht nur deskriptiv abzubilden, sondern zu erklären. Wie schon in den anderen Bereichen sind bundesrepublikanische Arbeiten auch hier nur sehr spärlich vertreten. Eine der wenigen Untersuchungen, die dem theoretischen Niveau amerikanischer Arbeiten entspricht, ist der von Murswieck vorgelegte Vergleich über die staatliche Regulierung der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und den USA.¹⁰⁷ Ein erheblicher Teil dieser policy-analytischen Arbeiten gilt der Kostenentwicklung, deren Ursachen und nationalen Unterschieden häufig auf der Basis quantitativer Analysen von Aggregatdaten nachgegangen wird.¹⁰⁸ Demgegenüber relativ selten geblieben sind Elitestudien, die sich speziell auf den Gesundheitssektor beziehen.¹⁰⁹ Von besonderem Interesse für die hier verfolgte Fragestellung sind eine Reihe neuerer Arbeiten, die den »public/private mix« verschiedener Gesund-

106 Vgl. Odin W. Anderson, *Health Care: Can there be Equity? The United States, Sweden and England*, New York: John Wiley 1972; Howard M. Leichter, *A Comparative Approach to Policy Analysis. Health Care Policy in Four Nations*, Cambridge: Cambridge University Press 1979; Arnold Heidenheimer und Nils Elvander (Hrsg.), *The Shaping of the Swedish Health System*, New York: St. Martin's Press 1980; Christa Altenstetter (Hrsg.), *Innovation in Health Policy and Service Delivery*, Königstein/Ts.: Anton Hain 1981; Jean Kervasdoué, John R. Kimberly und Victor G. Rodwin (Hrsg.), *The End of an Illusion. The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations*, Berkeley: University of California Press 1984; Ellen M. Immergut, *The Political Economy of Private Medical Practice: The Swedish, French and Swiss Cases*, prepared for delivery at the Annual Meeting of the APSA, Washington, DC, August 28-21, 1986.

107 Vgl. Axel Murswieck, *Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und den USA*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1983.

108 Vgl. Robert J. Maxwell, *Health and Wealth. An International Study of Health-Care Spending*, Lexington: D.C. Heath 1981; Heinz Hauser und Jörg Sommer, *Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD*, Bern: Paul Haupt 1984; Brian Abel-Smith, *Cost Containment in Health Care*, London: Bedford Square Press 1984; Jens Alber, *Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich*, Ms. Köln (in gekürzter Fassung erschienen in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen*, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen 1988.

109 Vgl. Charles Lockart, *Values and Policy Conceptions of Health Policy Elites in the United States, the United Kingdom, and the Federal Republic of Germany*, in: *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 6 (1981); Henry A. Landsberger, Richard T. Campbell und John R. Carlson, *Die Meinungen von Interessenvertretern im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika*, Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe 1987.

heitssysteme zum Gegenstand haben.¹¹⁰ Diese Analysen stellen einen Reflex auf die - auch dieser Arbeit zugrunde liegenden - Versuche einer Staatsentlastung bzw. einer Stärkung des privaten Gesundheitssektors dar, die im übrigen nicht nur in konservativ regierten Ländern zu beobachten sind.¹¹¹ Hierbei ist vor allem deutlich geworden, daß ein Rückzug des Staates von einem einmal erreichten Interventionsniveau mit vielfältigen Problemen behaftet ist, aber dennoch eine in Grenzen durchführbare Strategieoption darstellt.

Dieser kurze Abriß des Entwicklungsstandes der vergleichenden Gesundheitssystem- und Gesundheitspolitikforschung hat die eingangs zitierte Beurteilung von Wilensky unter anderem bestätigt. Im Vergleich zu anderen Politikfeldern, wie etwa der Umwelt- und der Industriepolitikforschung, ist der Umfang sozialwissenschaftlicher Theoriebildung in diesem Bereich niedrig zu veranschlagen. Mit wenigen Ausnahmen (Eckstein, Alford) sind von der Gesundheitsforschung kaum Impulse für die Weiterentwicklung der politikwissenschaftlichen Forschung ausgegangen. Es ist bezeichnend, daß zu wichtigen Auseinandersetzungen in der Politikwissenschaft, wie der Korporatismusdebatte, so gut wie keine Arbeiten von der vergleichenden Gesundheitsforschung beigesteuert wurden, und dies obwohl gerade der Gesundheitssektor in diesem Zusammenhang ein sicher dankbares Untersuchungsfeld dargestellt hätte. Es bleibt als Fazit festzuhalten, daß zwar eine Anzahl sehr guter Studien vorliegen, die auf die Gesundheitspolitik einzelner Länder bezogen sind, daß diesen aber nur sehr wenige vergleichende Arbeiten gegenüberstehen, so daß die vorliegende Arbeit den Anspruch erheben kann, eine Forschungslücke auszufüllen.

110 Vgl. Ake Blomquist, *The Health Care Business. International Evidence on Public versus Private Health Care Systems*, Vancouver: Fraser Institute 1979; Anthony J. Culyer und Bengt Jönsson (Hrsg.), *Public and Private Health Services. Complementaries and Conflicts*, London: Basil Blackwell 1986; Laura B. Gardner und Richard M. Scheffler, *Privatization in Health Care: Shifting the Risk*, in: *Medical Care Review*, 45 (1988); Paul Starr und Ellen Immergut, *Health Care and the Boundaries of Politics*, in: Charles S. Maier (Hrsg.), *Changing Boundaries of the Political*, Cambridge: Cambridge University Press 1987.

111 Vgl. Marilyn M. Rosenthal, *Beyond Equity: Swedish Health Policy and the Private Sector*, in: *Milbank Quarterly*, 64 (1986).

2.4 Zur Anlage der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist als Beitrag zur vergleichenden Policy-Analyse konzipiert. Sie soll einen Baustein zu den Bemühungen liefern, generalisierbare Hypothesen über die staatliche Handlungsfähigkeit in westlichen Industriegesellschaften zu gewinnen. Die als Manko vieler Politikfeldanalysen geltende »Aufsplitterung in Bereichs- und Phasendifferenzierungen«¹¹², die letztlich ein wesentliches Hindernis bei der Generalisierung von Fallstudien-Resultaten darstellt, kann auch hier nicht überwunden werden, was im wesentlichen dem Fehlen einer alternativen Vorgehensweise geschuldet ist. Um dennoch eine vergleichende Einordnung der gewonnenen Ergebnisse zu ermöglichen, sollen mit Hilfe des auf dem Konzept der Policy-Netzwerke basierenden Analyserasters empirisch beobachtbare Regelmäßigkeiten herausgefiltert werden, die eine Kontrastierung der Untersuchungsergebnisse mit anderen Politikfeldern erleichtern. In methodischer Hinsicht wird an Bemühungen der Korporatismusforschung angeknüpft, durch klassifizierende Typologien die politisch relevanten Merkmalsausprägungen mehrerer Länder aufzuzeigen, um so zu einer Erklärung von Varianzen zu gelangen.¹¹³

Die Daten- und Informationsgewinnung erfolgte primär auf der Basis von Sekundärliteraturanalysen, der Auswertung einschlägiger Regierungspublikationen und der aktuellen Berichterstattung der allgemeinen und der Fachpresse. Als zusätzliches Mittel der Informationsbeschaffung wurden für die Bundesrepublik und Großbritannien jeweils 15 Interviews mit Vertretern verschiedener Akteure durchgeführt, die sich selektiv auf Bereiche konzentrierten, in denen die Literaturlage nicht ergiebig bzw. die Entscheidungsprozesse noch im Gange waren. Im Verlauf der Interviews zeigte sich, daß aufgrund der teils großen Nähe zu aktuellen oder gar noch anstehenden Entscheidungsprozessen viele Interview-Partner sichtlich darum bemüht waren, ihre eigene Position in möglichst positivem Licht erscheinen zu lassen. Nur in wenigen Fällen sind die Interviews daher zur Gewinnung von Detailinformationen herangezogen worden. Sie dienten

112 Axel Murswiek, Policy-Forschung und politische Institutionenanalyse - Verbindungslinien einer anscheinenden Zerrüttung, in: Hans-Hermann Hartwich (Hrsg.), Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland, Opladen: Westdeutscher Verlag 1985, S. 81.

113 Vgl. Lehbruch, Concertation, a.a.O. und kritisch zu Typologisierungsversuchen Jürg Steiner und Robert H. Dorff, Entscheidungsprozesse als theoretische Variable, in: Max Kaase (Hrsg.), Politische Wissenschaft und politische Ordnung, Opladen: Westdeutscher Verlag 1986.

in erster Linie der Einschätzung allgemeiner Entwicklungstrends. Aufgrund eigener Vorarbeiten¹¹⁴ und der guten Literatur- und Datenlage erübrigte sich ein entsprechender Schritt für den amerikanischen Fall.

Die Gliederung der Arbeit folgt im wesentlichen der oben angedeuteten dreistufigen Vorgehensweise. Die Kapitel 3 und 4 in Teil I sind auf die Darstellung der Policy-Netzwerke zum Zeitpunkt des jeweiligen Regierungswechsels ausgerichtet. Dabei werden in Kapitel 3 zunächst wesentliche historische Weichenstellungen und einige grundlegende Strukturmerkmale des jeweiligen Gesundheitssektors dargestellt. Die in Kapitel 4 folgende Politikfeldanalyse ist mehr akteurzentriert und soll Handlungsspielräume und vorherrschende Handlungsmuster herausarbeiten. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in Teil III, der den Untersuchungszeitraum vom jeweiligen Regierungswechsel bis in die späten achtziger Jahre abdeckt. Der materiellen Prozeßanalyse (Kapitel 6 bis 8) ist in Kapitel 5 zunächst die Genese der Programmatik der Wende und die Bedingungen für die Formulierung ordnungspolitischer Alternativen vorangestellt. Daran knüpft abschließend eine Bewertung in Kapitel 9 und eine vergleichende Diskussion erklärungssträchtiger institutioneller Variablen und Netzwerkcharakteristika in Kapitel 10 an, bei der insbesondere der Frage nach der Stabilität von Netzwerkstrukturen nachgegangen wird.

114 Vgl. Marian Döhler, Marktreform als Krisenregulierungsstrategie im Gesundheitssystem der USA, Diplomarbeit, Universität Konstanz 1984.

II. Politisch-institutionelle Grundlagen der Gesundheitspolitik

Dieser zweite Teil ist in zwei Kapitel untergliedert, die in erster Linie grundlegende Strukturen und Funktionszusammenhänge des Gesundheitssektors aufzeigen sollen. Kapitel 3 zeichnet die Entwicklungsgeschichte der Gesundheitspolitik und strukturbildender Weichenstellungen nach. In Kapitel 4 folgt eine Darstellung der wichtigsten Strukturen und Akteure, wobei auch die wesentlichen Handlungsmuster Berücksichtigung finden.

3. Entwicklungsgeschichtliche Analysen

Die nachfolgende historische Darstellung ist als selektive Analyse jener Details und Weichenstellungen angelegt, die zum Verständnis aktueller Entscheidungsprozesse beizutragen vermögen oder als »policy legacies« auf die aktuelle Situation nachwirken. Dabei sollen nationale bzw. sektorale »Entwicklungspfade«¹, der Modus staatlicher Interventionen in den Gesundheitssektor, die Rolle sozialer Akteure bzw. Koalitionen sowie die Entstehung von Steuerungsstrukturen im Vordergrund stehen.

3.1 Staatsintervention, soziale Bewegung und Sozialpolitik bis zur Jahrhundertwende

Die Entstehungsbedingungen der staatlichen Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland, die mit der Sozialversicherungsgesetzgebung zwischen 1884 und 1889 einen zentralen Kulminationspunkt erreichte, unterschieden sich in mehrerlei Hinsicht von der britischen und amerikanischen Entwicklung. Speziell in Preußen, dem dominierenden deutschen Gliedstaat, bestand Mitte des 19. Jahrhunderts bereits eine handlungsfähige Staats-

¹ Stephen D. Krasner, Sovereignty. An Institutional Perspective, in: Comparative Political Studies, 21 (1988), S. 83.

verwaltung², während der britische Civil Service noch als »ramshackle and weak«³ galt und der amerikanische Staat nicht mehr als ein »state of courts and parties«⁴ zu sein schien. Auch die Ausgangspunkte und Hintergründe sozialstaatlicher Interventionen wiesen beträchtliche Unterschiede auf, die entsprechend andersgelagerte Strategien zur Folge hatten. In Deutschland mußte Mitte des 19. Jahrhunderts, darin Großbritannien durchaus vergleichbar, ein großer Teil der Bevölkerung dem verarmten und hilfsbedürftigen Industrieproletariat zugerechnet werden. Die sozialpolitischen Aktivitäten des Staates wurden aber in sehr viel stärkerem Maße als in Großbritannien als Instrument gegen den politischen Aufstieg der Arbeiterbewegung konzipiert und gehandhabt.

So verband die preußische Allgemeine Gewerbeordnung von 1845 einerseits (noch sehr vage) Arbeitsschutzgebote und die Ermächtigung für die Gemeinden, Gesellen und Fabrikarbeiter in bereits bestehende Hilfskassen einzuweisen, mit dem Koalitionsverbot.⁵ Auch die daran anknüpfenden Gesetze über die gewerblichen Unterstützungskassen (1854) bzw. die Hilfskassen (1876), mit denen die behördlichen Kompetenzen zur Errichtung von Krankenkassen und der Ausdehnung des Versicherungszwangs für einzelne Berufsgruppen erweitert wurden, richteten sich gleichzeitig gegen die Selbsthilfekassen von Gesellen und Gewerkschaften⁶, die in vielen Fällen als organisatorisches Substitut für die verbotenen Arbeitervereine und Gewerkschaften genutzt wurden. Die konstitutiven Elemente der konservativen Sozialpolitik »von oben« stachen schon zu diesem frühen Zeitpunkt klar hervor: Die Gewährung von sozialen Leistungen und Selbstverwaltungskompetenzen war zugleich mit dem Element der Zwangsmitgliedschaft und der Staatsaufsicht verwoben, reflek-

2 Siehe hierzu Hans-Ulrich Wehler, *Der Aufstieg des Organisierten Kapitalismus und Interventionsstaats in Deutschland*, in: Heinrich August Winkler (Hrsg.), *Organisierter Kapitalismus. Voraussetzungen und Anfänge*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1974; Bernd Wunder, *Geschichte der Bürokratie in Deutschland*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1986.

3 David Roberts, *Victorian Origins of the Welfare State*, New Haven: Yale University Press 1960, S. 105.

4 Diese Charakterisierung stammt von Stephen Skowronek, *Building a New American State. The Expansion of National Administrative Capacities 1877-1920*, Cambridge, MA: Cambridge University Press 1982.

5 Vgl. Florian Tennstedt, *Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland*, Köln: Bund-Verlag 1983, S. 92 ff.

6 Ebd., S. 246 f.; 306 f.

tierten also den »in der Gewerbeordnung verankerten Kompromiß zwischen liberalem Marktmodell und konservativen Ordnungsinteressen.«⁷

In Großbritannien wurde die staatliche Gesundheitspolitik hingegen von einer liberalen Elite getragen, die weniger an konservativen Ordnungszielen orientiert war, sondern vielmehr nach einer Verbesserung der beklagenswerten Hygieneverhältnisse und der medizinischen Armenversorgung strebte.⁸ Den Ausgangspunkt staatlicher Interventionen in den Gesundheitssektor markierte die Reform des elisabethanischen Armenrechts durch den Poor Law Amendment Act von 1834, der die Einführung kommunaler Armenärzte vorsah, die von der Armenbevölkerung für freie medizinische Behandlung in Anspruch genommen werden konnten. Eine weitere wichtige Neuerung bestand in der Einrichtung einer zentralen Poor Law Commission, die unter der Leitung des Sozialreformers Edwin Chadwick erstmals systematische Erhebungen über den Gesundheitszustand der Arbeiterschaft durchführte. Anders als in Preußen, wo staatliche Interventionen keinen Zentralisierungssog auslösten, zeichnete sich mit der Poor Law Commission bereits eine Tendenz zur administrativen Zentralisierung ab, die auch auf den Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung durchschlug. 1848 wurde das ebenfalls zentrale General Board of Health gegründet, das die Aufgabe hatte, in den Städten und Gemeinden die Verbesserung der Kanalisation und Sanitärverhältnisse voranzutreiben.

Der Einfluß des New Poor Law auf die weitere Entwicklung des britischen Wohlfahrtsstaates darf nicht unterschätzt werden.⁹ Obwohl die mit diesem Gesetz verknüpfte Institution des Armenhauses bis heute stellvertretend für eine diskriminierende Form der Sozialpolitik steht, bedeutete die Einführung des neuen Armenrechts gleichfalls die praktische Anerkennung einer staatlichen Versorgungspflicht für extreme soziale Notlagen.

7 Ute Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1984, S. 165.

8 Vgl. hierzu umfassend George Rosen, *A History of Public Health*, New York: MD Publications 1958, S. 192 ff., und Oliver MacDonagh, *Early Victorian Government*, London: Weidenfels and Nicholson 1977.

9 Siehe hierzu allgemein Derek Fraser, *Das Armengesetz und die Ursprünge des britischen Wohlfahrtsstaats*, in: Wolfgang J. Mommsen (Hrsg.), *Die Entstehung des Wohlfahrtsstaats in Großbritannien und Deutschland 1850 - 1950*, Stuttgart: Klett-Cotta 1982.

In Deutschland blieb die mehr oder weniger autoritäre Sozialintegration¹⁰ das zentrale staatliche Interventionsmotiv. Der Komplementärfunktion aus sozialer Sicherung und politischer Repression in besonderem Maße verhaftet war die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1884, der für die deutsche Gesundheitspolitik grundlegendsten Weichenstellung, der 1878 das Sozialistengesetz vorausgegangen war. Mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde die Versicherungspflicht auf Arbeiter in Gewerbetrieben, Rechtsgehilfen und Angestellte in Versicherungen ausgeweitet.¹¹ Die Arbeitgeber wurden zu einer Beitragszahlung von einem Drittel herangezogen und dementsprechend auch in der Selbstverwaltung beteiligt. Das bereits hier gesetzlich verankerte Selbstverwaltungsprinzip war von Bismarck und dem für den KVG-Gesetzentwurf zuständigen Referenten Theodor Lohmann bewußt als staatlich beaufsichtigter Bewegungsfreiraum für die Arbeiterbewegung gedacht.¹²

Aus der vergleichenden Perspektive gelten die USA demgegenüber als »welfare laggard«. In der Regel wird dieses Phänomen mit dem Ausnahmecharakter (»exceptionalism«) der politischen Entwicklungsgeschichte der USA begründet, derzufolge die »liberal tradition«¹³ in der Bevölkerung sowie bei Parteien und Gewerkschaften ein gegen Staatsinterventionen gerichtetes Wertemuster stabilisiert hat, das der Einführung einer Sozialversicherung nach europäischem Vorbild im Wege stand. Als alleinige Erklärung für die Wohlfahrtsstaatsentwicklung ist die Hegemonie des Liberalismus jedoch nicht ausreichend, da es auch in europäischen Ländern im 19. Jahrhundert vergleichbare ideologische Orientierungen gab. Zum Verständnis des amerikanischen Sonderweges ist der Rückgriff auf eine institutionengeschichtliche Perspektive erforderlich, die auf die Entwicklungsdifferenzen zwischen staatlicher Verwaltung und Parteiensystem abhebt.

Aufgrund der frühen Demokratisierung - bereits 1830 hatte die weiße männliche Bevölkerung volles Wahlrecht - konnten sich politische Par-

10 Vgl. Frevert, Krankheit, a.a.O., S. 178 ff.

11 Vgl. Florian Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981, S. 170 f.

12 Vgl. Tennstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter, a.a.O., S. 305 ff.

13 Vgl. für diese Auffassung zum Beispiel Louis Hartz, The Liberal Tradition in America. An Interpretation of American Political Thought since the Revolution, San Diego - New York: Harcourt Brace Jovanovich 1955; Gaston Rimlinger, Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia, New York: John Wiley 1971.

teien in den USA bereits vor der Entstehung eines professionalisierten und auf Laufbahnrekrutierung basierenden Verwaltungsapparats etablieren.¹⁴ Im Gegensatz zur europäischen Entwicklung begünstigte die ethnisch, religiös und kulturell fragmentierte Bevölkerungsstruktur der USA nicht die Herausbildung von programmatisch orientierten (Klassen) Parteien, sondern führte zur Entstehung von bloßen Wahlkampfmaschinen, die den Machtkampf lokaler Honoratioreneliten durch Massenmobilisierung und die Kolonisierung der Verwaltung zurückdrängten. Da es der staatlichen Verwaltung zu diesem Zeitpunkt noch weitgehend einer personellen und prozeduralen Stabilität ermangelte, sorgte das von den Parteien geknüpfte Organisationsnetz für eine Koordination und Stabilisierung der Staatstätigkeit. Das entscheidende Instrument zur Steuerung der Verwaltung sowie zur Wählermobilisierung war die Ämterpatronage, die vor allem während der »Jacksonian Era« (1828 - 1840) unter dem populistischen Präsidenten Andrew Jackson ausgeweitet und perfektioniert wurde.¹⁵ Als stabilisierender Gegenpol zum Patronagesystem fungierten die Gerichte, die sich als einzige öffentliche Institution der Herrschaft durch die Parteien entziehen konnten. »By providing some supervision and surveillance over economic activity, the courts did what a weakened executive could not do.«¹⁶

Neben der Ämterpatronage entwickelte sich - nach der Stabilisierung eines aus Republikanern und Demokraten bestehenden Zwei-Parteien-Systems - seit Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem die Vergabe staatlicher Wohlfahrtsleistungen zum zentralen Gegenstand der Parteienkonkurrenz. Das bedeutsamste Beispiel stellten im Anschluß an den amerikanischen Bürgerkrieg (1861 - 1865) die Kriegsgesopferrenten dar. Ursprünglich wurden Renten nach dem 1862 erlassenen Civil War Pension Act nur für Kriegsversehrtete und Hinterbliebene gewährt.¹⁷ In einer Phase verschärfter Parteienkonkurrenz ab 1870 erlangte dieses Rentenprogramm wahlkampfentscheidende Bedeutung und die Anspruchsgrundlagen ent-

14 Vgl. Martin Shefter, *Party, Bureaucracy and Political Change in the United States*, in: Louis Maisel und Joseph Cooper (Hrsg.), *Political Parties: Development and Decay*, Beverly Hills; London: Sage 1978, S. 218 ff.

15 Ebd., passim.

16 Charles Bright, *The State in the United States During the Nineteenth Century*, in: ders. und Susan Harding (Hrsg.), *State Making and Social Movements. Essays in History and Theory*, Ann Arbor: University of Michigan Press 1984, S. 138.

17 Vgl. Theda Skocpol und John Ikenberry, *The Political Formation of the American Welfare State in Historical and Comparative Perspective*, in: *Comparative Social Research*, 6 (1983), S. 94 f.

fernten sich immer mehr vom eigentlichen Zweck der Kriegsopferversorgung. Um Wählerstimmen zu erhalten, wurden die Vergabekriterien von beiden Parteien so weit liberalisiert, daß - einer Schätzung aus dem Jahr 1913 zufolge - nahezu zwei Drittel der weißen Bevölkerung über 65 Jahre eine Kriegsopferrente erhielt.¹⁸

Zwei wesentliche Unterschiede zur Wohlfahrtsstaatspolitik europäischer Prägung sind hier bereits sichtbar. Erstens war staatliche Sozialpolitik in den USA keine Reaktion auf soziale Unruhen innerhalb der Arbeiterschaft und diente auch nicht dem Zweck sozialer Pazifizierung oder weltanschaulicher Vereinnahmung, sondern wurde in entscheidendem Maße von der Parteienkonkurrenz vorangetrieben. Zweitens waren Sozialleistungen an ganz bestimmte, nicht vom ökonomischen Status her definierte, Bevölkerungsgruppen adressiert. Die amerikanische Sozialpolitik strebte nicht nach sozialer Integration oder der Herstellung größerer gesellschaftlicher Gleichheit, so daß ihr Resultat in der - an Kriterien ethnischer oder dem Lebensalter orientierten - Isolierung der Bevölkerung in einzelne Wohlfahrtsklientele bestand.¹⁹

3.1.1 Die Institutionalisierung staatlicher Gesundheitspolitik

Der organisatorische Niederschlag der staatlichen Gesundheitspolitik stellt sich in den drei Ländern höchst unterschiedlich dar. In Deutschland war mit der Einführung der gesetzlichen Krankenkassen ein dezentrales Organisationsnetz etabliert worden. Allerdings nahm die Entwicklung der Zwangskassen, die in Gestalt von Gemeinde- und Ortskrankenkassen entstanden waren, zunächst einen anderen Verlauf als beabsichtigt, und die sozialintegrative Mechanik der Selbstverwaltung begann erst langfristig zu greifen. Von der nach wie vor bestehenden Abneigung der Arbeiter gegen die Zwangskassen profitierten vor allem die Hilfskassen, deren Mitgliederzahl von 60.000 im Jahr 1880 auf rund 955.000 im Jahr 1890 anwuchs.²⁰ Die Attraktivität dieser Kassenart bestand darin²¹, daß sie ohne Beteili-

18 Ebd., S. 97.

19 Diese Überlegung wird herausgearbeitet von Gary M. Klass, *Explaining America and the Welfare State: An Alternative Theory*, in: *British Journal of Political Science*, 15 (1985).

20 Vgl. Tennstedt, *Sozialgeschichte der Sozialpolitik*, a.a.O., S. 171.

21 Vgl. Tennstedt, *Sozialgeschichte der Sozialpolitik*, a.a.O., S. 171, und ders., *Vom Proleten zum Industriearbeiter*, a.a.O., S. 328 ff.

gung der Arbeitgeber verwaltet wurden, und - trotz des fehlenden Arbeitgeberdrittels - relativ geringe Beitragssätze aufwies, die sich vor allem einer hochselektiven Mitgliederpolitik verdankten. Zudem waren zahllose politisch aktive Arbeiter während der Geltungsdauer des Sozialistengesetzes den Hilfskassen beigetreten und hatten somit deren Rolle als sozialdemokratische Organisationsbasis stabilisiert.²²

Die dagegen eingeleiteten politischen Maßnahmen setzten nicht nur ein Wechselspiel zwischen staatlich intendierter Entpolitisierung und tatsächlich stattfindender Politisierung in Gang, sondern bildeten auch die Grundlagen für ein spezifisches Konfliktregulierungsmuster, das sich im Kern aus staatlich gewährten und kontrollierten Selbstverwaltungskompetenzen, der Inkorporierung widerstreitender Interessen und einer wachsenden Verrechtlichung der Krankenversicherung zusammensetzte. Nachdem den Hilfskassen bereits 1889 das Recht zur Teilnahme an den Wahlen zur Besetzung der Aufsichtsbehörden und Schiedsgerichte genommen worden war,²³ beinhaltete eine 1892 verabschiedete KVG-Novelle einen entscheidenden Schlag gegen diese Kassenart. Um als befreiende Versicherungsalternative (Ersatzkasse) anerkannt zu werden, mußten die Hilfskassen die ärztliche Behandlung von da ab auch in Form des Sachleistungsprinzips gewähren. Da den Zwangskassen gleichzeitig das Recht zur Ausdehnung des Leistungsanspruchs auf mitversicherte Familienangehörige eingeräumt wurde, sank die Attraktivität der Hilfskassen drastisch und leitete innerhalb der sozialdemokratisch und gewerkschaftlich organisierten Arbeiterschaft einen strategischen Umschwung ein.²⁴ Die Sozialdemokraten forderten ihre Mitglieder nun zum Eintritt in die Ortskrankenkassen auf und veranlaßten damit eine massive Mitgliederwanderung, die nicht nur zu einer Politisierung der vormals unpolitischen Ortskrankenkassen führte, sondern zudem die Krankenversicherung als Beschäftigungsnische der Arbeiterschaft im ansonsten konservativ beherrschten öffentlichen Dienst etablierte.²⁵ Die der mittelbaren Staatsverwaltung zuzurechnenden Krankenkassen erlaubten »als einzig 'staatsnahe' Institution direkte Aufstiegschancen jenseits des restriktiv und hochselektiv angeleg-

22 Vgl. Tennstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter, a.a.O., S. 332.

23 Florian Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen o.J. (1977), S.52.

24 Tennstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter, a.a.O., S. 424 ff.

25 Vgl. Wunder, Geschichte der Bürokratie, a.a.O., S. 87 ff.

ten offiziellen Bildungssystems der bürgerlichen Gesellschaft im konservativen Staat.«²⁶

Eine darüber hinausgehende Bedeutung gewann die gesetzliche Krankenversicherung dadurch, daß sie für die staatliche Gesundheitspolitik ein organisatorisches und prozedurales Fundament legte, das strukturelle Weichenstellungen vor allem in Form einer evolutionären »Weiterentwicklung« ohne radikale Umbrüche begünstigte. So gab es im Gegensatz zu Großbritannien in Deutschland weder in der Gesundheits- noch in der Armenpolitik Ansätze zu einer zentralstaatlichen Steuerung, was sich am Beispiel des Kaiserlichen Gesundheitsamtes illustrieren läßt. Schon kurz vor der Reichsgründung hatte die dezentrale und organisatorisch fragmentierte öffentliche Gesundheitspflege innerhalb der Ärzteschaft die Forderung nach Errichtung einer zentralen Gesundheitsbehörde hervorgebracht, deren Aufgabe in der Sammlung und Aufbereitung statistischer Daten sowie der Vorbereitung und Überwachung einer reichseinheitlichen Gesundheitsgesetzgebung bestehen sollte.²⁷ Eine entsprechende Petition wurde 1871 in den Reichstag eingebracht. Diese Vorlage scheiterte am Widerstand Preußens im Bundesrat und der ablehnenden Haltung Bismarcks gegenüber einer zentralen Gesundheitsverwaltung.²⁸ Quasi als Ersatz wurde schließlich 1876 das Kaiserliche Gesundheitsamt gegründet, das allerdings über keine eigenen Handlungskompetenzen verfügte, sondern »eher ein Zeitschriftenauswertungsbüro mit Anhörungsrecht bei der Ministerialbürokratie«²⁹ darstellte.

Aber auch in Großbritannien, mit seinem unitarischen Staatsaufbau, verliefen die Versuche zur Schaffung einer zentralstaatlichen Gesundheitsverwaltung nicht ohne Rückschläge. Die in der viktorianischen Ära einsetzende Kompetenzerweiterung der zentralen Ebene war nur selten mit einer materiellen Ausdehnung der Staatstätigkeit verbunden, vielmehr diente die Errichtung zentraler Behörden in den meisten Fällen der Kontrolle der lokalen Verwaltung.³⁰ Nicht nur die Gemeinden sahen hierin einen unzulässigen Eingriff in ihre Autonomie, auch innerhalb der politischen Parteien existierte noch eine breite Front gegen die Zentralisierung

26 Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialpolitik, a.a.O., S. 172.

27 Vgl. Alphons Fischer, Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens, Bd. II, Berlin: F.A. Herbig 1933, S. 304 ff.

28 Ebd., S. 306 f.

29 Vgl. Gerd Göckenjan, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1985, S. 291.

30 Roberts, Victorian Origins, a.a.O., passim.

staatlicher Kompetenzen, die die lokale Honoratiorenherrschaft zu durchbrechen drohte. So konnten heftige Widerstände gegen das General Board of Health mobilisiert werden, die bereits 1854 zu dessen Auflösung führten.³¹

Da sich sehr bald herausstellte, daß eine wirkungsvolle Umsetzung von Gesetzesvorschriften eine stärkere zentrale Kontrolle zur Voraussetzung hatte, wurde zur Überwindung der Koordinationsprobleme zwischen lokalen und zentralen Gesundheitsbehörden im Jahr 1871 das Local Government Board gegründet, das neben der Überwachung des kommunalen Armenwesens auch als oberste Gesundheitsbehörde für die Errichtung städtischer Kanalisationssysteme, für die systematische Abfallbeseitigung und für die Hygienekontrolle von Gewerbebetrieben und Wohnhäusern zuständig war.³² Ein organisatorischer Unterbau wurde durch die anschließenden Public Health Acts von 1872 und 1875 geschaffen. Die Zuständigkeiten zwischen zentralen und lokalen Behörden blieben trotz dieser gesetzlichen Regelungen weiterhin verwirrend und unkoordiniert. Zu einem guten Teil resultierte dies aus einem allgemeinen strukturellen Problem der britischen Verwaltungsorganisation. Denn die Umsetzung zentraler Vorgaben wurde durch das Fehlen einer mittleren Verwaltungsebene, wie sie etwa für den deutschen oder französischen Verwaltungsaufbau kennzeichnend ist, behindert.³³

Weitere Faktoren, die in Großbritannien eine substantielle Ausdehnung zentralstaatlicher Kompetenzen behinderten, bestanden auf der ideologischen Ebene in Gestalt des Laissez-faire-Denkens, das sich insbesondere gegen staatliche Interventionen in die Sphäre der Ökonomie richtete. Dem entsprach die von der Mittelschicht geprägte viktorianische Selbsthilfe-Ideologie, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts auch einen starken Einfluß auf die britische Gewerkschaftsbewegung besaß.³⁴ Anders als die etatistisch orientierte Gewerkschaftsbewegung in Deutschland, setzten die britischen Gewerkschaften auf soziale Selbsthilfe, was unter anderem im raschen Wachstum der gewerkschaftsnahen, organisatorisch

31 Vgl. Rosen, A History, a.a.O., S. 220 ff.

32 Vgl. Jeanne L. Brand, Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health 1870-1912, Baltimore 1965, S. 16.

33 Vgl. hierzu allgemein Renate Mayntz, Soziologie der öffentlichen Verwaltung, Heidelberg: C.W. Müller, 1978, S. 21.

34 Dies hebt vor allem hervor: Gerhard A. Ritter, Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München: Beck 1983, S. 77.

aber eigenständigen »Friendly Societies« seinen Ausdruck fand, die ihre Mitglieder vorwiegend aus der qualifizierten Arbeiterschaft rekrutierten. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war rund die Hälfte der männlichen Bevölkerung in Großbritannien Mitglied in einer der 24.000 Friendly Societies.³⁵

In den USA wiesen staatliche Interventionen, die in erster Linie von Einzelstaaten betrieben wurden, eine sehr viel ausgeprägtere Fixierung auf die Wirtschaftsförderung auf, so daß staatliche Regulierungen des Gesundheitssektors hinter dem europäischen Niveau zurückblieben. Bis weit in das zweite Drittel des 19. Jahrhunderts blieben der Seuchenschutz und die Kontrolle der von Gewerbebetrieben ausgehenden Gesundheitsgefahren allein in der Verantwortung der Städte. Erst 1869 wurde mit dem Massachusetts Board of Health eine erste einzelstaatliche Gesundheitsbehörde gegründet³⁶, dem 1879 mit dem National Board of Health eine bundesstaatliche Gesundheitsbehörde folgte, deren Aufgabe in der Überwachung einzelstaatlicher Quarantänegesetze bestand. Jedoch führte der Widerstand der Einzelstaaten gegen diese bundesstaatliche Kompetenzausdehnung schon 1883 zur radikalen Kürzung der Finanzbewilligung durch den Kongreß, so daß das National Board bis zu seiner endgültigen Auflösung 1893 weitgehend handlungsunfähig blieb.³⁷

3.1.2 Staat, Gesundheitspolitik und medizinische Profession

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann die medizinische Profession eine zunehmend wichtige Rolle in der strukturellen Entwicklung der Gesundheitsversorgung zu spielen. Im Vordergrund standen zunächst die Professionalisierungsbemühungen der Ärzteschaft, die einem prekären Balanceakt gleichkamen. Einerseits ging es um die Ausdehnung und Kontrolle über den medizinischen Arbeitsmarkt; andererseits mußten die dafür erforderlichen staatlichen Maßnahmen in ihrer Reichweite so be-

35 Vgl. Bentley B. Gilbert, *The Evolution of National Insurance in Great Britain*, London: Michael Joseph 1966, S. 168 ff., und David G. Green, *Working Class Patients and the Medical Establishment. Self-Help in Britain from Mid-Nineteenth Century to 1948*, London: Gower/Maurice Temple Smith 1985, S. 63 ff.

36 Vgl. Odin W. Anderson, *Health Services in the United States. A Growth Enterprise Since 1875*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1985, S. 42.

37 Vgl. John Duffy, *The American Medical Profession and Public Health: From Support to Ambivalence*, in: *Bulletin of the History of Medicine*, 53 (1979), S. 5.

grenzt werden, daß sie das Streben nach professioneller Autonomie nicht gefährdeten. Bestimmt war die jeweilige Strategie vom organisatorischen Entwicklungsstand der ärztlichen Selbstregulierungskapazitäten und von ihrem Verhältnis zur staatlichen Verwaltung.³⁸

Im britischen Fall verfügte die Ärzteschaft bereits über die institutionellen Grundlagen, die ihr später die Position einer der einflußreichsten Interessengruppen im Gesundheitssektor sicherte. Hier sind vor allem die Royal Colleges zu nennen, die in ihrer Funktion als Zulassungskörperschaften Ärzte in den prestigeträchtigen Stand des Facharztes (»consultant«) aufnehmen konnten, der im Gegensatz zum Allgemeinmediziner (»general practitioner«) vorwiegend im Krankenhaus tätig wurde.³⁹ Als politisch relevante Interessengruppe hatte sich die Profession durch die Gründung der British Medical Association (BMA) schon 1832 etablieren können.⁴⁰ Der Medical Act von 1858 ermöglichte der Ärzteschaft schließlich die Kontrolle über die Mediziner Ausbildung und schuf langfristig die Grundlagen für die Kontrolle über den Markt für medizinische Dienstleistungen. Die Haltung der britischen Ärzte gegenüber dem Staat war daher nicht von Feindseligkeit oder der Forderung nach einer staatlichen Schutzgesetzgebung bestimmt. Vielmehr betrachtete die britische Ärzteschaft den Staatsdienst als Möglichkeit, ihren sozialen Status aufzuwerten und in ein neues Arbeitsmarktsegment vorzudringen.⁴¹

In Preußen ermangelte es der medizinischen Profession bis zur Gründung des Ärztevereinsbundes 1872 nicht nur an einer zentralen ärztlichen Interessenvertretung, darüber hinaus hatten auch alle nicht im Staatsdienst stehenden Ärzte einen beamtenähnlichen Status, der ihnen Amtspflichten wie die Sanitätsberichterstattung oder den »Kurierzwang« auferlegte, demzufolge ein Arzt unter Zuhilfenahme polizeilicher Zwangsandrohung zur unentgeltlichen Behandlung mittelloser Personen herangezogen werden konnte.⁴² Die strategische Richtung des Professionalisierungs-

38 Vgl. Dietrich Rueschemeyer, *Power and the Division of Labour*, Cambridge: Polity Press 1986, S 124 ff.

39 Vgl. Rosemary Stevens, *Medical Practice in Modern England. The Impact of Specialization and State Medicine*, New Haven: Yale University Press 1966.

40 Ebd., S. 21 ff.

41 Hinweise zu dieser These finden sich bei Brand, *Doctors and the State*, a.a.O., sowie Steven J. Novak, *Professionalism and Bureaucracy: English Doctors and the Victorian Public Health Administration*, in: *Journal of History*, 6 (1973).

42 Vgl. Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1985, S. 241 ff.; Alphons Labisch und Florian Tennstedt, *Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens 1934/35*, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen 1985, S. 16 ff.

rungsprozesses bestand deshalb in der Forderung nach Auflösung staatlicher Regularien und dem Bestreben nach einer professionsinternen Homogenisierung. 1869 gelang es dem damals größten Ärzteverband, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, im Norddeutschen Reichstag die rechtliche Gleichstellung des Arztberufs mit Gewerbetreibenden durch die Aufnahme in die Gewerbeordnung durchzusetzen.⁴³ Mit dieser neuen Rechtslage entfielen zwar alle von der Ärzteschaft als bevormundend empfundenen staatlichen Disziplinarbefugnisse, ebenso aber auch die staatliche Lizenzierung und Kontrolle der ärztlichen Berufsausübung und damit jegliche Handhabe gegen die Mißachtung ärztlicher Berufspflichten und gegen nicht approbierte Laienmediziner («Kurpfuscher»), so daß sehr rasch die Forderung nach staatlich anerkannten Selbstverwaltungskörperschaften erhoben wurde. Der sich hier abzeichnende Versuch der Ärzteschaft, »die Vorteile eines öffentlich-rechtlichen Status und die 'Freiheiten' der Gewerbetreibenden zu kombinieren«⁴⁴, blieb seither die dominante Professionsstrategie.

Angesichts der gering ausgeprägten staatlichen Interventionskapazitäten und der gesicherten ökonomischen Existenz der medizinischen Profession war die Fähigkeit der Ärzteschaft, die Grenzen des öffentlichen Sektors zu definieren, in den USA am stärksten entwickelt. Zunächst unterstützte die Ärzteschaft die Gründung von Gesundheitsbehörden, da sie zu einer gesellschaftlichen Aufwertung des Ärztstandes beitrugen. Dies war für die Abgrenzungsbemühungen gegenüber Laienheilern und den zahllosen Medizinsekten von großer Bedeutung. Die Errichtung von einzelstaatlichen Gesundheitsbehörden gewann dadurch zusätzlich an Gewicht, daß den State Boards of Health, die bis 1900 in allen Bundesstaaten geschaffen wurden, häufig auch die Funktion der Überwachung von Zulassungsordnungen zum Arztberuf zufiel, einem der wirkungsvollsten Instrumente zur Steuerung des medizinischen Angebots. Innerhalb der Ärzteschaft verband sich daher mit staatlichen Gesundheitsbehörden auch die Hoffnung auf eine restriktive Zulassungspolitik.⁴⁵

Solange sich die staatliche Gesundheitspolitik zugunsten der medizinischen Profession auswirkte bzw. - aus der Perspektive des Arbeitsmarktes betrachtet - eine periphere Funktion einnahm, blieb sie unumstritten. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen staatliche Aktivitäten jedoch zu

43 Vgl. Huercamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 256.

44 Göckenjan, Kurieren, a.a.O., S. 338.

45 Vgl. Duffy, Medical Profession, a.a.O., S. 6.

nehmend in Konflikt mit den Interessen der Ärzteschaft zu geraten, da staatliche und kommunale Gesundheitsbehörden dazu übergangen, eigene Tuberkulosebehandlungsstellen und Schulgesundheitsdienste zu betreiben sowie Reihenuntersuchungen und Impfungen durchzuführen. Auch wenn diese Maßnahmen eher subsidiären Charakter gegenüber der Tätigkeit niedergelassener Ärzte besaßen, wurden sie als bedrohliche Konkurrenz eingestuft. Die (erfolgreiche) Lobbying-Politik der AMA, auf deren Kooperation die regionalen und lokalen Gesundheitsbehörden angewiesen waren, führte zu einer Ausgrenzung kurativer Behandlung aus dem Handlungskatalog der öffentlichen Gesundheitspflege⁴⁶ und verhinderte weitergehende staatliche Eingriffe bis in die zwanziger Jahre.

3.2 Varianten der Konfliktregulierung 1900 bis 1930

3.2.1 Intermediäre Steuerung und Korporatismus in Deutschland

Während um die Jahrhundertwende in Großbritannien und den USA der Konflikt um strukturelle Weichenstellungen im Gesundheitssektor noch lange nicht entschieden war, hatte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im deutschen Kaiserreich bereits eine so zentrale Position erlangt, daß die beteiligten Akteure ihr Organisationsinteresse vornehmlich unter Bezugnahme auf die GKV definierten. Die so entstandenen Interessengegensätze stellten nicht das System in Frage, sondern konzentrierten sich auf die interne Machtverteilung.

Ein erster Konflikt entzündete sich an der von bürgerlichen Politikern, der ihnen nahestehenden Presse und auch ärztlichen Standesvertretern beklagten »Herrschaft der Sozialdemokratie« in der Krankenversicherung, die angeblich zu massenhaftem Mißbrauch der Kassenämter geführt hatte.⁴⁷ Eine politische Regelung dieses Problems wurde mit der 1911 verabschiedeten Reichsversicherungsordnung (RVO) angestrebt, die »einzelne wichtige Zweige der Geschäftsführung der Krankenkassen eingehend regelt und dabei den Einfluß der Arbeitgeber auf die Verwaltung,

46 Vgl. Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books 1982, S. 196.

47 Näheres hierzu bei Tennstedt, *Vom Proleten zum Industriearbeiter*, a.a.O., S. 432-440.

ohne ihren Beitragsanteil zu ändern, stärkt«. ⁴⁸ Die RVO markierte auch den Übergang des gesamten Sozialrechts in die Phase »extrem kasuistischer Reglementierung« ⁴⁹, in deren Folge die Handlungsspielräume der Selbstverwaltungsorgane merklich eingeengt wurden. Ebenfalls gegen die Ortskrankenkassen richtete sich die gezielte Privilegierung anderer Kassenarten, wie der Betriebs- oder Innungskrankenkassen. Mit der RVO wurden schließlich auch die strukturellen Weichen für die zukünftige Sozialpolitik gestellt, insbesondere indem das »Prinzip der gegliederten Sozialversicherung« - historisch gesehen ja ein reines Zufallsprodukt - verfestigt und zum dominierenden Strukturprinzip der deutschen Sozialpolitik erhoben wurde.

Zweitens - und um einiges folgenreicher - erlangte um die Jahrhundertwende die sogenannte »Kassenarztfrage« ⁵⁰ zunehmend an Brisanz. Aus der politischen Behandlung dieses Problems erwuchs ein spezifisches und für die weitere Entwicklung der Gesundheitspolitik prägendes Muster der Konfliktregulierung. Den Ausgangspunkt bildete eine scherenförmige Bewegung, die einerseits in der sukzessiven Ausdehnung der Versicherungspflicht bestand, so daß schon 1913 rund 50 Prozent der Reichsbevölkerung Mitglieder der GKV waren ⁵¹, und andererseits von einem starken Anstieg der Ärztezahlen gekennzeichnet war. ⁵² Dies bedeutete, daß der Markt für Privatpatienten schrumpfte und gleichzeitig eine wachsende Zahl der Ärzte ökonomisch vom Marktsegment der Kassenpatienten abhängig wurde. Wie sehr das KVG in eine interessenpolitisch noch völlig unstrukturierte Situation hineingestoßen war, kann daran abgelesen werden, daß es keine spezielle Regelung über das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzteschaft enthielt. Daher erlangte ein eher unscheinbarer Paragraph erhebliche Bedeutung. Dem »Sachleistungsprinzip« (§ 6 KVG) zufolge hatte eine Kasse unter anderem für »freie ärztliche Behandlung« Sorge zu tragen, was in der Regel durch die Anstellung von Kassenärzten auf privatvertraglicher Basis geschah. In der erwähnten KVG-Novelle von

48 So ein Ministerialbeamter aus dem zuständigen preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe. Zitiert nach Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 60.

49 Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 61.

50 Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 194 ff.

51 Zahlen aus Florian Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Maria Blomke u.a. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, Stuttgart: Enke 1976, S. 388.

52 Vgl. Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 150.

1892⁵³ wurde diese Regelung zur vollständigen Anstellungsautonomie der Kassen präzisiert, die damit de facto als Instanzen der Marktzugangskontrolle fungieren konnten.

Da allein die Behandlung von Privatpatienten den meisten Ärzten kein »standeswürdiges« Einkommen mehr ermöglichte, kam es um die Besetzung der wenigen Kassenarztstellen zu teilweise harter Konkurrenz unter der Ärzteschaft, die den Kassen einen starken Einfluß auf die Honorargestaltung erlaubte. Die kollektive Nachfragemacht der Kassen zwang die Ärzte aber nicht nur ökonomisch in die Defensive, sondern führte auch zu einem arbeitnehmerähnlichen Arbeitsverhältnis, was zum Beispiel in der Weisungsbefugnis der Kassenvorstände über ärztliche Verordnungen zum Ausdruck kam. Es dürfte zu den historischen Besonderheiten des Professionalisierungsprozesses der deutschen Ärzteschaft gehören, daß der aus der Anstellungsautonomie der Kassen resultierende professionsinterne Wettbewerb zu einer traumatischen Erfahrung mit dauerhaften strategischen Konsequenzen wurde. Die Vertragsfreiheit, ansonsten ein zentrales Element freiberuflicher Tätigkeit, wurde als fundamentale Bedrohung perzipiert, die im professionellen Kollektivgedächtnis bis heute negativ besetzt ist. Vor diesem Hintergrund muß auch die eigentümliche Bedeutung des Schlagwortes »freie Arztwahl« verstanden werden, die sich nicht allein auf die Wahlmöglichkeiten des Patienten bezieht, sondern im Verständnis der Ärzteschaft auch automatisch das Recht auf Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung impliziert.⁵⁴

Bis zum Jahr 1900 hatte der Ärztevereinsbund die seit 1890 erhobene Forderung nach freier Arztwahl auf gesetzlichem Wege zu erreichen versucht. Das Scheitern dieser Bemühungen war ein wesentlicher Auslöser für die Gründung des Leipziger Verbandes (LV) im Jahr 1900.⁵⁵ Aus den gescheiterten Versuchen zur Aktivierung des Gesetzgebers hatten die Vertreter des LV den Schluß gezogen, daß die kollektive Konfrontation mit den Kassen ein geeigneteres Mittel zum Erfolg darstellen würde. Die neue Strategie des LV bestand darin, durch lokal begrenzte Ärztestreiks, bei denen nach Auslaufen der Einzelverträge keine Verträge zu den alten Konditionen abgeschlossen und Kassenpatienten nur gegen Privatliquidation behandelt wurden, die Kassen zum Abschluß eines Kollektivvertrages zu zwingen. Da der LV gegen »Streikbrecher«, die trotz eines Ärztestreiks

53 Vgl. Tennstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter, a.a.O., S. 424 ff.

54 Vgl. Huercamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 224.

55 Vgl. Huercamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 279 ff.

Einzelverträge abschlossen, einen massiven Konformitätsdruck mobilisieren konnte, war die neue Professionsstrategie außerordentlich erfolgreich: der Verband konnte zwischen 1900 und 1911 von insgesamt 1.022 Ärztestreiks 911 zu seinen Gunsten entscheiden - eine Bilanz, die sich auch auf die Mitgliederentwicklung des LV niederschlug, dem 1910 rund 75 Prozent aller nicht-beamteten Ärzte beigetreten waren.⁵⁶

Daß die Konfrontation zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen keine staatlichen Steuerungsversuche zur Folge hatte, lag auch in der komplizierten Interessenkonstellation begründet, die aus der Struktur der paritätisch besetzten Selbstverwaltungsgremien resultierte. Der Widerstand der Kassen gegen die Forderungen des LV wurde ausdrücklich auch von der Arbeitgeberseite getragen, die negative Auswirkungen auf die Kassenfinanzen befürchtete.⁵⁷ Eine einseitig die medizinische Profession begünstigende Lösung hätte damit auch einen Verstoß gegen unternehmerische Interessen dargestellt. So ist es erklärlich, daß die staatlichen Aufsichtsbehörden schon damals die Einigungsfähigkeit der Kontrahenden als Konfliktregelungsstrategie bevorzugten. Erst eine reichsweite Ausdehnung der Streikwaffe führte zu staatlichen Interventionen.

Für diese Eskalation war im wesentlichen eine Regelung im Entwurf zur RVO verantwortlich, die die Wirksamkeit des Streiks gegenüber den Krankenkassen erheblich gemindert hätte. Trotz des entschiedenen Widerstandes der Ärzteschaft passierte die RVO 1911 ohne Abänderungen den Reichstag. LV und Ärztereinebund kündigten daraufhin für das geplante Inkrafttreten der RVO am 1.1.1914 einen nationalen Ärztestreik an, der nun auch staatliche Stellen aktivierte. Durch Intervention des Reichsamts des Inneren konnten die Kassen- und Ärztereineverbände im Oktober 1913 zur Unterzeichnung des »Berliner Abkommens« veranlaßt werden; ein Kollektivvertrag, dessen zentrale Regelungen vorsahen, daß die alleinige Anstellungsautonomie der Kassen beseitigt und auf einen paritätisch mit Vertretern der Ärzteschaft und Kassen besetzten Zulassungsausschuß übertragen werden mußte, und daß die Formulierung kassenärztlicher Verträge fortan durch einen paritätisch besetzten Vertragsausschuß zu erfolgen hatte.⁵⁸

56 Vgl. Huercamp, Der Aufstieg der Ärzte, a.a.O., S. 283.

57 Vgl. Rolf Neuhaus, Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregulierung 1900 - 1914, Berlin: Duncker & Humblot 1986, S. 136 (hier nach der Paginierung der Druckfahnen zitiert).

58 Ebd., S. 190 ff.

Dieses Vertragswerk besaß für den Gesundheitssektor in mehrfacher Hinsicht strukturbildenden Charakter. Von zentraler Bedeutung war einmal die Beseitigung der Vertragsfreiheit durch die faktische Anerkennung des Kollektivvertrages. Kassenarztverträge wurden zwar nach wie vor auf privatvertraglicher Basis abgeschlossen, aber nun auf der Grundlage eines vorformulierten Regelwerks. Damit wurde auch der Trend zur organisatorischen Zentralisierung begünstigt, da die Funktionen der Kassen- und Ärzteverbände als Träger der Verhandlungsführung nachdrücklich gestärkt wurden.⁵⁹ Das Berliner Abkommen war somit ein erster Schritt zu einem Steuerungsmodus, bei dem mit Hilfe von Kompetenzverflechtung zwischen Kassen- und Ärzteorganisationen wichtige Funktionen der Ressourcenverteilung durch das Verbändesystem wahrgenommen wurden, was sowohl die Rolle marktförmiger wie auch staatlich gesetzter Steuerungsmechanismen reduzierte.

Ein Indikator für die Begrenzung der staatlichen Steuerungskapazität und -intentionen kann in der ausbleibenden administrativen Zentralisierung gesehen werden. Chancen für die Gründung eines gesonderten Gesundheitsministeriums hatten sich erstmals im Anschluß an den 1. Weltkrieg ergeben.⁶⁰ Die aber schon damals politikwirksame Artikulation föderaler Sonderinteressen läßt die Einschätzung als zutreffend erscheinen, daß ein Reichsgesundheitsministerium »ein Stab von Offizieren ohne Mannschaft«⁶¹ geworden wäre. Eine Verwaltungssegmentierung lag überdies auch nicht im Interesse der betroffenen Verbände, da ihre Selbstverwaltung ja ein Steuerungsmodell repräsentierte, das tendenziell ohne staatliche Eingriffe auskommen sollte.

Daß sich das staatliche Politikrepertoire zunehmend verengte, wurde nach Ablauf des Berliner Abkommens deutlich, dessen zehnjährige Laufzeit 1923 endete. Die nun stattfindenden Verhandlungen um eine neue vertragliche Regelung blieben aufgrund von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der kassenärztlichen Honorierung und die noch im-

59 Näheres zu den Kassenverbänden bei Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 83-104.

60 Vgl. Georg Schreiber, Deutsches Reich und Deutsche Medizin. Studien zur Medizinalpolitik des Reichs in der Nachkriegszeit (1918 - 1926), Leipzig: J.A. Barth 1926, S. 3.

61 Ebd., S. 181, siehe auch Labisch und Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 95 ff.

mer bestehende Forderung des Hartmannbundes⁶² nach freier Arztwahl, also ungehindertem Zugang zur kassenärztlichen Versorgung, erfolglos. Um einem erneut drohenden reichsweiten Ärztestreik vorzubeugen, erließ das Reichsarbeitsministerium Ende 1923 zwei Notverordnungen, die dem Berliner Abkommen bindende gesetzliche Wirkung verliehen sowie die Errichtung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen beinhalteten, einer mit Vertretern beider Parteien und des Reichsarbeitsministeriums besetzten Zwangsarbeitsgemeinschaft, die allgemeine Vertragsrichtlinien zu erarbeiten und die Durchführung des Abkommens zu überwachen hatte. Die Einführung des Reichsausschusses verdient besondere Hervorhebung, da dieses Gremium mit allen Merkmalen der (autoritär) korporatistischen Steuerung versehen war: Es handelte sich um eine tripartistisch besetzte, öffentlich-rechtliche, also mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattete Zwangseinrichtung, in der die Spitzenverbände des Gesundheitssektors unter staatlicher Aufsicht für eine sozialpolitische Aufgabe eingesetzt wurden. Da der Reichsausschuß der öffentlich-rechtliche Nachfolger der beiden Ausschüsse des Berliner Abkommens war, kann dieser Institutionenbildungsprozeß im Sinne einer Pfadabhängigkeit verstanden werden. Daß mit dem Reichsausschuß bereits ein partieller staatlicher Regelungsverzicht verbunden war, läßt sich aus dem Kommentar eines hohen Beamten des Reichsarbeitsministeriums schließen: »In der aus der Erfahrung gewonnenen Erkenntnis, daß auf dem Gebiete der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen der Reichstag nicht die geeignete Stelle zur Lösung all der zahlreichen in Betracht kommenden Einzelfragen ist, hat der Gesetzgeber einen Teil seiner eigenen Funktionen auf ein paritätisch besetztes Organ übertragen. (...) Indem er diesem Organ bestimmte öffentlich-rechtliche Funktionen zuweist, macht er die beteiligten Verbände aus bloßen Objekten zu Subjekten der Gesetzgebung.«⁶³

Die Einführung des Reichsausschusses war eine entscheidende Weichenstellung, obwohl sie häufig nur als historische Fußnote Erwähnung findet. Das eher distanzierte Verhältnis zwischen hoheitlicher Staatsaufsicht und verbandlicher Selbstverwaltung wurde durch ein korporatistisches Gremium ergänzt, welches die Bedeutung des Verbändesystems für die staatliche Steuerungsfähigkeit unterstrich. Die öffentlich-rechtliche

62 Der Leipziger Verband wurde nach dem Tod seines Gründers in »Hartmannbund« umbenannt.

63 Walter Spielhagen, zitiert nach Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 128.

Überflechtung bedeutete auch eine Funktionsaufwertung insbesondere der Kassenverbände⁶⁴, da gleichzeitig die Grundlage für die sog. »gemeinsame Selbstverwaltung« von Ärzten und Krankenkassen geschaffen war, die das Recht zum Erlaß von Verordnungen und Richtlinien, also quasi-gesetzgeberischen Funktionen, beinhaltete. Die Neigung zur Aufgabendelegation in das Verbändesystem sollte sich später als Handlungsmuster von großer Bestandskraft erweisen.

3.2.2 Die liberale Sozialgesetzgebung unter Lloyd George

Die Fortschritte in der britischen Sozial- und Gesundheitspolitik hatten, ähnlich wie in Deutschland, den Charakter einer defensiven Modernisierung, wobei der britische Fall in stärkerem Maße durch den Einfluß sozialreformerischer Eliten aus Politik und Ministerialverwaltung geprägt war, deren Initiativen schon vor der Jahrhundertwende einem politischen Handlungsmuster folgten, das Hecló als »political learning«⁶⁵ bezeichnete. Ein weiterer Unterschied zur deutschen Sozialpolitik bestand darin, daß in Großbritannien mit den Institutionen des New Poor Law ein sozialpolitisches Organisations- und Rechtsgefüge etabliert war, das sozusagen als negativer Bezugspunkt fungierte. Denn die Forderung nach der ideologischen wie organisatorischen Überwindung des Armenrechts bildete eine wesentliche Triebfeder für die nachholende Modernisierung der britischen Sozialpolitik in der Reformära unter Lloyd George.⁶⁶

Bei den Unterhauswahlen des Jahres 1906 hatte die liberale Partei einen erdrutschartigen Wahlsieg über die Konservativen erringen können, so daß Mitglieder des sozialpolitisch engagierten »New Liberalism«-Flügels wie D. Lloyd George und Winston Churchill in wichtige Regierungsämter gelangten. Vorangetrieben durch die Ergebnisse mehrerer Untersuchungskommissionen, die die soziale Bedürftigkeit der Bevölkerung belegten, die immer heftiger werdende Kritik an der sozialpolitischen Handlungsbarriere, die durch die gesetzlichen und administrativen Vorgaben des Armenrechts bestanden, setzte sich innerhalb der politischen Eliten

64 Vgl. Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 133 ff.

65 Vgl. Hugh Hecló, *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, New Haven: Yale University Press 1974.

66 Siehe hierzu umfassend Derek Fraser, *The Evolution of the British Welfare State*, London: Michael Joseph 1973, S. 128 f.

die Auffassung durch, daß dem Staat eine unmittelbare Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen und materiellen Versorgung der Bevölkerung in sozialen Notlagen zukommen mußte. Die in der Folgezeit verabschiedeten Sozialgesetze umfaßten die Einführung der Schulspeisung durch den Education Act von 1906, den Old Age Pension Act von 1908, der eine aus Steuergeldern finanzierte Altersrente für einen zunächst noch eng begrenzten Personenkreis beinhaltete, den Labour Exchanges Act von 1909, der die Einrichtungen von lokalen Arbeitsnachweisen vorsah, und schließlich den National Insurance Act (NIA) von 1911, der die Einführung einer gesetzlichen Arbeitslosen- und einer kombinierten Kranken- und Invalidenversicherung, der National Health Insurance (NHI) zum Gegenstand hatte.⁶⁷

Die gesetzliche Krankenversicherung, die als Bestandteil des NIA im Dezember 1911 das Parlament passierte und 1913 in Kraft trat, war hinsichtlich der Mitgliederrekrutierung nicht an berufsständischen Kriterien orientiert, sondern an dem in Großbritannien zentralen und berufunspezifischen Problem der »working poor«. So wurde für alle Lohnarbeiter mit einem Jahreseinkommen bis zu 160 Pfund die Versicherungspflicht in einer staatlich zugelassenen »Approved Society« eingeführt, die von Gewerkschaften, Friendly Societies, Versicherungsunternehmen oder Ärzten gegründet werden konnten. Anders als unter Bismarck blieb die Wahl des Versicherungsträgers frei. Die Approved Societies unterlagen zwar einer staatlichen Aufsicht, blieben aber privat organisiert und in der Führung ihrer Geschäfte autonom. Die Finanzierung erfolgte durch Beiträge, die zu 40 Prozent durch die Versicherten und zu jeweils 30 Prozent durch die Arbeitgeber bzw. einen Staatszuschuß aufgebracht wurden. Die Leistungen bestanden aus einem Krankengeld, das von den Approved Societies verwaltet wurde, und einem auf die ambulante Versorgung beschränkten Sachleistungsbeitrag, der durch lokale Insurance Committees, die Ärzte unter Vertrag nehmen konnten, verwaltet wurde.⁶⁸ Auf der zentralstaatlichen Ebene wurde die Krankenversicherung von der neugegründeten National Health Insurance Commission überwacht.

Das britische Beispiel verdeutlicht nun, daß der Zeitpunkt des gesundheits- und sozialpolitischen Durchbruchs eine ausschlaggebende Rolle für

67 Ebd.

68 Vgl. Frank Honigsbaum, *The Division of Labor in British Medicine: a History of the Separation of General Practice from Hospital Care 1911-1968*, London: Kogan Page 1979, S. 17.

organisatorische Weichenstellungen besaß. Zwar hatte auch Bismarck mit der GKV schon auf vorhandenen Versicherungsorganisationen aufbauen können, aber im wesentlichen stieß die staatliche Gesundheitspolitik in Deutschland in ein interessenpolitisches Vakuum. In dieser Hinsicht unterschied sich Großbritannien erheblich. Als die NHI eingeführt wurde, hatten sich bereits verschiedene Akteure mit »vested interests« im Gesundheitssektor etabliert, deren Beteiligung an der Implementation des Gesetzes organisatorisch unentbehrlich war und Lloyd George daher zu komplizierten politischen Aushandlungsprozessen zwang.⁶⁹

Es handelte sich um die medizinische Profession, die gewerkschaftsnahen Friendly Societies und die kommerziellen Versicherungsgesellschaften. Sowohl den privaten Versicherungsunternehmen als auch den Friendly Societies wurden Zugeständnisse gemacht, wobei letztere jedoch am Ende gewisse Nachteile in Kauf nehmen mußten. Denn der geplante Umfang der Krankenversicherung erforderte auch die Einbeziehung der kommerziellen Versicherungsgesellschaften in die NHI, die bis dahin lediglich Sterbegelder und Begräbnisbeihilfen gewährten. Damit drang eine neue Versicherungsinstitution in den bis dahin von den Friendly Societies und den Gewerkschaften beherrschten Markt vor.⁷⁰

Die Haltung der BMA zum ersten Gesetzentwurf, der dem Unterhaus vorgelegt wurde, war zwiespältig.⁷¹ Auf der einen Seite befürchteten die Ärzte wirtschaftliche Nachteile, auf der anderen Seite bot die Verlagerung der Verwaltung der medizinischen Dienstleistungen auf die Approved Societies eine willkommene Gelegenheit, der Herrschaft der Friendly Societies zu entrinnen, die in nicht wenigen Fällen die von ihnen angestellten Ärzte akribisch kontrollierten und ihnen in aller Regel kaum Mitspracherechte einräumten.⁷² Diese ambivalente Bewertung der NHI trug wesentlich dazu bei, daß von der BMA kein entscheidender Widerstand mobilisiert werden konnte. Charakteristisch für diese Phase der britischen Gesundheitspolitik war die Koalitionsfähigkeit der Akteure untereinander, die Lloyd George eine Politik des »flexible pluralism«⁷³ ermöglichte; ein

69 Vgl. hierzu Arnold J. Heidenheimer, *Unions and Welfare State Development in Britain and Germany: An Interpretation of Metamorphosis in the Period 1910-1950*, IIVG-dp/80-209, Wissenschaftszentrum Berlin 1980.

70 Ebd., S. 11 ff.

71 Vgl. Brand, *Doctors and the State*, a.a.O., S. 209 ff.

72 Vgl. Honigsbaum, *The Division of Labor*, a.a.O., S. 17, und Green, *Working Class Patients*, a.a.O., S. 63 ff.

73 Heidenheimer, *Unions and Welfare State Development*, a.a.O., S. 37.

Handlungsmuster, das anders als in Deutschland, wo die verhärtete Frontstellung zwischen Ärzten und Krankenkassen keine wechselnden gesundheitspolitischen Koalitionen zuließ, auf eine relative Offenheit für alternative politische Optionen hindeutete.

Ein weiterer hervorhebender Unterschied zum deutschen wie auch zum amerikanischen Fall bestand in der frühen Entwicklung zentralstaatlicher Institutionen, speziell während bzw. im unmittelbaren Anschluß an den 1. Weltkrieg. In dieser Phase wurden mehrere neue Ministerien geschaffen, so auch das 1919 errichtete Ministry of Health, das sämtliche Aufgaben des Local Government Board und der NHI-Commission übernahm und für eine Koordinierung der Gesundheitsversorgung zuständig war.⁷⁴ Ein Instrument zur Steuerung der strukturellen Entwicklung der Gesundheitsversorgung war das Ministerium aufgrund seiner begrenzten Kompetenzen jedoch nicht, was sich hinsichtlich der Funktionsprobleme der NHI als folgenreich erwies.

Im Unterschied zur deutschen GKV, die - abgesehen von den Auseinandersetzungen mit der Ärzteschaft - administrativ einwandfrei funktionierte, wies die britische NHI zwei schwerwiegende Defizite auf. Zum einen war die Krankenhausversorgung aus der Erstattungspflicht ausgeschlossen, so daß das finanzielle Risiko im Falle schwerwiegender Erkrankungen kaum geringer war als zuvor. Da die privaten Zusatzversicherungen nur für den Verdienstausschlag aufkamen, verschärfte die Zahlungsunfähigkeit vieler Patienten wiederum die chronischen Finanzdefizite der Krankenhäuser. Zum anderen erwies sich das System der Approved Societies als Fehlkonstruktion. Der Versuch, durch die administrative Beteiligung der Friendly Societies die britische Tradition der Arbeiterselbsthilfe zu wahren, die Beteiligung kommerzieller Versicherungsgesellschaften und die nur schwach ausgebildeten staatlichen Kontrollmöglichkeiten führten zu einem dysfunktionalen Konkurrenzkampf um Versicherte, in dem die gewerkschaftsnahen Approved Societies gegenüber den kommerziellen Versicherungsgesellschaften, die bereits 1911 über ein Heer von 70 000 Beitragseinziehern (»collectors«) verfügten, klar ins Hintertreffen gerieten. 1911 waren lediglich 11,4 Prozent der Versicherten einer gewerkschaftlich organisierten Approved Society beigetreten, und dieses Verhältnis verschlechterte sich bis 1938 auf nurmehr 8,1 Prozent.⁷⁵ Viele Gewerk-

74 Vgl. Bentley Gilbert, *British Social Policy 1914 - 1939*, London: Batsford Ltd. 1970, S. 261.

75 Vgl. Honigsbaum, *The Division of Labour*, a.a.O., S. 221.

schaften verloren daher das Interesse an der Krankenversicherung, was schließlich mit dazu beitrug, daß die Mehrzahl der Approved Societies lediglich als Appendix kommerzieller Versicherer mit privatwirtschaftlichen Rentabilitätskalkülen betrieben wurden. Die Mitgliederzahlen und die finanzielle Leistungsfähigkeit der Approved Societies wiesen erhebliche Schwankungen auf, so daß die vielfach geforderte Ausdehnung des Versichertenkreises und der medizinischen Leistungen an der begrenzten Finanzkraft kleiner Approved Societies scheiterte. Mitte der dreißiger Jahre war daher offenkundig, daß die notwendige Reform der bestehenden Gesundheitsversorgung mit dem System der staatlich subventionierten, aber privaten Versicherungen kaum möglich war.⁷⁶

3.2.3 Gesundheits- und Sozialpolitik in der Progressive Era

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts formierte sich in den USA zunehmende Kritik am parteipolitisch beherrschten Patronagesystem. Dieser Protest verfestigte sich in Form einer bürgerlichen Sozialreformbewegung, dem parteiübergreifenden »Progressive Movement«. Den gesellschaftlichen Hintergrund dieser Reformbewegung bildeten die von der Industrialisierung hervorgerufenen sozialen und ökonomischen Umbrüche in den Lebens- und Arbeitsbedingungen, die mit den Mitteln des amerikanischen Parteienstaats nicht reguliert werden konnten. Die Forderungen der »Progressives«, die sich vor allem aus den oberen Mittelschichten rekrutierten, hatten eine doppelte Stoßrichtung. Einerseits traten sie für eine Arbeiter- und Verbraucherschutzgesetzgebung ein, hinter der ein »social engineering«-ähnlicher Ansatz des Ausgleichs ökonomisch konfligierender Interessen stand, andererseits forderten sie eine umfassende Verwaltungsreform, deren Ziel darin bestand, die öffentliche Verwaltung dem Zugriff der Parteien zu entziehen, um die Effizienz des Verwaltungshandelns zu erhöhen.⁷⁷ In der Tat konnten während der Amtszeiten des moderat progressiven Republikaners Theodore Roosevelt (1901 - 1908) sowie des Demokraten Woodrow Wilson (1912 - 1920) eine Reihe von sozialpolitischen Reformen durchgesetzt werden, deren Reichweite allerdings hinter der europäischen Staaten zurückblieb. Wie schon während des 19. Jahrhun-

76 Näheres hierzu bei Glynn Carpenter, *National Health Insurance: A Case Study in the Use of Private Non-Profit Making Organizations in the Provision of Welfare Benefits*, in: *Public Administration* (London), Vol. 62 (1984).

77 Vgl. Shefter, *Party, Bureaucracy and Political Change*, a.a.O., S. 232 ff.

derts waren es insbesondere die von der Staatsorganisation geprägten politischen Handlungsmuster und -spielräume, die den Verlauf der Wohlfahrtsstaatsentwicklung prägten.

Es ist bezeichnend für den amerikanischen Fall, daß sozialpolitische Reformen nicht etwa von der Verwaltung oder den politischen Parteien getragen wurden, wie dies zum selben Zeitpunkt in Großbritannien der Fall war, sondern von einer privaten Vereinigung ausgingen.⁷⁸ Den sozialpolitischen Dreh- und Angelpunkt des Progressive Movement bildete die American Association for Labor Legislation (AALL), eine kleine aber einflußreiche Gesellschaft, die 1906 von einer Gruppe prominenter Akademiker, wie den Ökonomen Richard T. Ely und John R. Commons, gegründet worden war.⁷⁹ Im Mittelpunkt der Forderungen der AALL stand die Einführung staatlicher Arbeitsschutzgesetze und die soziale Absicherung durch ein System von Versicherungsprogrammen, das sich an europäischen Vorbildern orientierte. Der erste große Erfolg der AALL bestand in der Einführung eines Bundesgesetzes im Jahr 1912, mit dem die Verwendung des hochgradig gesundheitsschädlichen weißen Phosphors für die Zündholzherstellung verboten wurde.⁸⁰ Ebenso wirkungsvoll war die AALL bei ihrer Unterstützung für einzelstaatliche Gesetze zur Unfallentschädigung (»workers' compensation laws«), die bis 1920 in 43 Staaten eingeführt wurden.⁸¹ Eine weitere Form der sozialen Sicherung, die vom Progressive Movement vorangetrieben wurde, stellten die Renten für verwitwete Mütter dar, die bis 1919 durch entsprechende »mothers' pension laws« in 39 Staaten eingeführt wurden.⁸² Zum Verständnis für die weitere sozialpolitische Entwicklung muß erwähnt werden, daß diese gesetzlichen Vorschriften keine gravierenden Abweichungen von den dominierenden Handlungsmustern und der Reichweite staatlicher Sozialpolitik repräsentierten. Ihre Durchführung oblag entweder unabhängigen Regulierungskommissionen (Unfallentschädigung) oder den Gerichten (Renten), und ihre geringe Leistungshöhe war mit keiner signifikanten Erhöhung der

78 Vgl. Ann Shola Orloff und Theda Skocpol, *Why Not Equal Protection? Explaining the Politics of Public Social Spending in Britain, 1900-1911, and the United States, 1880s-1920*, in: *American Sociological Review*, 49 (1984), S. 742.

79 Näheres hierzu bei Ronald L. Numbers, *Almost Persuaded. American Physicians and Compulsory Health Insurance 1912-1920*, Baltimore; London: John Hopkins University Press 1978, S. 15.

80 Ebd., S. 16.

81 Vgl. Roy Lubove, *The Struggle for Social Security 1900-1935*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1968, S. 54.

82 Ebd., S. 99.

Staatsausgaben verbunden. Daher stimmte diese regulative und nicht von den Parteien kooptierbare Form der Sozialpolitik sowohl mit dem Kampf der Progressives gegen die Patronage wie auch mit der geringen administrativen Leistungsfähigkeit des amerikanischen Staates überein.⁸³

Weniger erfolgreich verliefen hingegen die Bemühungen der AALL zur Einführung einer staatlichen Krankenversicherung, die vor allem deshalb scheiterten, weil diese Form der sozialen Sicherung die Errichtung einer neuen, wiederum der Parteienkonkurrenz ausgelieferten Sozialverwaltung zur Voraussetzung gehabt hätte und so mit dem zentralen Anliegen der Progressives kollidierte: »social insurance proposals were not consonant with the particular forms of administrative statebuilding occurring during the period. Nor did they fit well into the uncompromisingly anti-patronage spirit most characteristic of the Progressive Era.«⁸⁴

Nicht minder bedeutsam war der Widerstand bzw. die fehlende Unterstützung nahezu aller wichtigen Interessengruppen. Aus naheliegenden Gründen lehnten Arbeitgeber und Versicherungsindustrie eine gesetzliche Krankenversicherung ab, da sie einen Teil der Versicherungsprämien aufzubringen bzw. mit einer Beeinträchtigung ihrer Marktchancen zu rechnen hätten.⁸⁵ Ein weitaus komplizierteres Interessenkalkül war indes für die Haltung der Gewerkschaften ausschlaggebend. Unter dem maßgeblichen Einfluß ihres Präsidenten Samuel Gompers lehnte der größte gewerkschaftliche Dachverband, die 1886 gegründete American Federation of Labor (AFL), die AALL-Forderung nach einer gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1916 rundweg ab. Dieses Vorhaben widersprach nicht nur der voluntaristischen Ideologie amerikanischer Gewerkschaften, die staatliche Interventionen bis zum New Deal ablehnten, sondern rief auch die Befürchtung hervor, daß die Einführung staatlicher Sozialprogramme ein wichtiges Instrument der Mitgliederwerbung, die »fringe benefits«, beeinträchtigen würde. Die Rolle der betrieblichen Sozialleistungen bedarf hier der besonderen Hervorhebung. Während zum gleichen Zeitpunkt in Deutschland und Großbritannien öffentlich-rechtliche bzw. staatlich angeleitete Sozialversicherungsprogramme die private bzw. Marktsphäre zurückdrängten, wurden durch den amerikanischen »welfare capitalism«⁸⁶

83 Vgl. Orloff und Skocpol, *Why Not Equal Protection*, a.a.O., S. 744 f.

84 Skocpol und Ikenberry, *Political Formation*, a.a.O., S. 113.

85 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 57 ff.

86 Siehe hierzu David Brody, *The Rise and Decline of Welfare Capitalism*, in: ders., *Workers in Industrial America. Essays on the 20th Century Struggle*, New York; Oxford: Oxford University Press 1980, S. 61.

die Weichen für eine sehr viel umfangreichere Rolle des privaten Sektors in der Gesundheits- und Sozialpolitik gestellt. Trotz ihrer politischen Bedeutung erreichte die betriebliche Sozialpolitik aber zu keinem Zeitpunkt den Umfang staatlicher Sozialpolitik in Europa: »Welfare capitalism schemes reached only a tiny proportion of the work force, but they were important in the 1920s as a cultural ideal in opposition to public social efforts.«⁸⁷

Nach anfänglicher Zustimmung machten sich dann auch innerhalb der AMA Widerstände gegen eine gesetzliche Krankenversicherung breit. Zu diesem Zeitpunkt befand sich die amerikanische Ärzteschaft in einer ökonomisch und professionell gesicherten Position. Im Gegensatz zur britischen Situation wurde die professionelle Autonomie nicht durch kollektive Finanzierungsinstanzen wie die Friendly Societies beeinträchtigt, so daß die Flucht vor der Klientenkontrolle in ein gesetzliches Versicherungssystem entbehrlich war.⁸⁸ Zu den wachsenden Bedenken der AMA kam 1917 der Eintritt der USA in den 1. Weltkrieg hinzu. Mit dieser Entscheidung endeten nicht nur die sozialpolitischen Reformbestrebungen der Progressive Era, sondern die Sozialversicherung galt fortan als Erfindung des Kriegsgegners Deutschland. Diese Stimmungslage hielt bis in die dreißiger Jahre an.⁸⁹

Die Reformen der Progressive Era haben - gemessen an europäischen Standards - auf gesundheits- und sozialpolitischem Gebiet nur moderate Fortschritte gebracht. Vordergründig war das Scheitern einer weitergehenden Sozialgesetzgebung Resultat divergierender privater Interessengruppen. Zieht man allerdings zum Vergleich die britische oder deutsche Entwicklung heran, so fällt auf, daß die wohlfahrtsstaatliche Expansion in beiden Staaten in engem Zusammenhang mit der Existenz eines funktional differenzierten und daher sozialpolitisch engagierten Verwaltungsapparats stand, einem Element, daß in den USA während der Progressive Era noch nicht vorhanden war. Damit entfiel einmal der Staat als eigenständiger Akteur im sozialpolitischen Kräftespiel, zum anderen wurde dadurch die Dominanz einzelstaatlicher Sozialpolitik bestärkt, die erst durch die New Deal-Gesetzgebung zugunsten zentralstaatlicher Maßnahmen in den Hintergrund gedrängt wurde.

87 Ann Shola Orloff, *The Origins of America's Belated Welfare State*, in: Margaret Weir, Ann Shola Orloff und Theda Skocpol (Hrsg.), *The Politics of Social Policy in the United States*, New Jersey: Princeton University Press 1988, S. 62.

88 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 256.

89 Siehe hierzu allgemein Numbers, *Almost Persuaded*, a.a.O.

3.3 Die dreißiger und vierziger Jahre: Führerstaat, soziale Krise und New Deal

3.3.1 Gesundheitspolitik vor und während des Dritten Reichs

Die entscheidenden strukturellen Weichenstellungen im deutschen Gesundheitssektor fanden am Vorabend der nationalsozialistischen Machtergreifung statt. Trotz des Zeitpunktes, der - angesiedelt zwischen Weltwirtschaftskrise und der politischen Legitimationskrise der Weimarer Republik - die Vermutung aufwirft, daß hier Entscheidungen vor allem unter dem Einfluß krisenhafter Zuspitzungen gefallen sind, kann gezeigt werden, daß sich erneut ein Konfliktregulierungsmuster durchsetzte, das dem bereits vorgezeichneten Entwicklungspfad entsprach.

Die staatlich verordnete Befriedung der Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen war noch nicht dauerhaft stabilisiert und erfuhr während der Weltwirtschaftskrise eine erneute Zuspitzung. Bereits seit Mitte der zwanziger Jahre hatte es eine anhaltende Diskussion um die »Krise der Sozialpolitik«⁹⁰ gegeben. Die finanziellen Probleme der Krankenkassen wurden häufig auf das überzogene Anspruchsdenken der Versicherten und ein mutmaßlich überhöhtes Inanspruchnahmeverhalten zurückgeführt.⁹¹ Die vom seinerzeit regierenden Präsidialkabinett unter Heinrich Brüning verschiedentlich angewandten Notverordnungen wurden auch zur Sanierung der Finanzen in der gesetzlichen Krankenkassen eingesetzt. Im Juni 1930 wurde die erste Notverordnung über die GKV verabschiedet, die nicht nur massive Leistungskürzungen zu Lasten der Versicherten beinhaltete, sondern auch für die Kassenärzte empfindliche Verschlechterungen mit sich brachte.⁹² Neben einer staatlich gesteuerten Zulassungsbeschränkung für Kassenärzte wurde den Krankenkassen die Anstellung von Vertrauensärzten zur Auflage gemacht, die die kassenärztlichen Verordnungen überprüfen sollten. Die Ärzteschaft sah durch diese Maßnahmen nicht nur ihre Therapiefreiheit bedroht, sondern befürchtete zudem, daß die Leistungskürzungen sich letztlich auch negativ auf ihr Einkommen niederschlagen würden.

90 Vgl. Ludwig Preller, Sozialpolitik in der Weimarer Republik, Kronberg/Ts.: Athenäum 1978.

91 Siehe hierzu Heinrich Weber, Die deutsche Sozialversicherung als Kampfobjekt, in: ders. (Hrsg.) Gegenwartsfragen der Sozialversicherung, Münster: August Baader 1931.

92 Vgl. Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, a.a.O., S. 401 f.

Damit war eine Situation geschaffen, die die medizinische Profession zu einem entscheidenden Strategiewechsel veranlaßte.⁹³ Hierbei handelte sich vor allem um die Einsicht, daß die Ärzteschaft wirtschaftlich von der Funktionsfähigkeit der GKV abhängt und deren Bestand auf längere Sicht nur durch eine größere Konzessionsbereitschaft innerhalb der Ärzteschaft zu sichern war. Im Oktober 1931 handelten die Spitzenverbände der Krankenkassen und Ärzte einen Vertrag aus, der die Honorarentwicklung an die Einnahmen der Kassen koppelte, die Einzelleistungsvergütung durch eine Kopfpauschale ersetzte und die vertragschließenden regionalen Ärzteverbände zur Übernahme des sog. »Morbiditätsrisikos« verpflichtete. Unvorhergesehene Schwankungen des Krankenstandes sollten also nicht mehr von den Krankenkassen getragen werden. Da die Kontrolle der kassenärztlichen Leistungen aber auch allein von der Ärzteschaft wahrgenommen werden sollte, verweigerten drei kleinere Kassenverbände dem Vertrag ihre Zustimmung, was schließlich eine weitere Intervention der Regierung Brüning zur Folge hatte. Die im Dezember 1931 erlassene Notverordnung verfügte die zwangsweise Inkraftsetzung des Abkommens der Spitzenverbände vom Oktober 1931.

Die entscheidende Regelung dabei war die gesetzlich vorgeschriebene Gründung von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die allein unter ärztlicher Selbstverwaltung standen. Hier setzte sich das Selbstverwaltungsprinzip auch für die ärztlichen Organisationen durch, was eingedenk der ehemals stark ausgeprägten staatlichen Kontrollbefugnisse gegenüber der medizinischen Profession keineswegs selbstverständlich war. Die Kassen hatten fortan ein kollektiv ausgehandeltes Gesamthonorar an die KVen zu entrichten, die dafür den »Sicherstellungsauftrag« für eine ausreichende ambulante Versorgung zu übernehmen hatten. Damit endeten nicht nur alle direkten vertraglichen Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen, sondern es gingen auch sämtliche Kontroll- und Disziplinarbefugnisse gegenüber den Kassenärzten auf die KVen über.⁹⁴

Die politische Bedeutung dieser Regelungen kann gar nicht hoch genug veranschlagt werden, denn die Ärzteschaft konnte mit den KVen eine beispiellose institutionelle Machtbasis errichten, die bis in den heutigen Tag einen bestimmenden Einfluß auf die gesundheitspolitische Machtverteilung und die strategischen Optionen im Gesundheitssektor ausübt. Seinerzeit war diese Entwicklung noch kaum absehbar, entsprach aber einer

93 Vgl. Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 131 ff.

94 Tennstedt, Geschichte der Selbstverwaltung, a.a.O., S. 133 ff.

Daß es bei diesen Veränderungen der gesetzlichen Krankenversicherung blieb, verdankte sich nicht allein dem hinhaltenden Widerstand der Ministerialverwaltung, denn sie hatte spätestens ab 1939 ihre sozialpolitischen Blockade- und Veto-Potentiale gegenüber der an radikalen Reformen interessierten Deutschen Arbeitsfront eingebüßt. Ein wesentliches Reformhindernis bildeten von da ab die für die NS-Polykratie typischen Macht- und Kompetenzstreitereien zwischen Partei und Staatsapparat. In der Endphase der nationalsozialistischen Herrschaft war es schließlich der eskalierende 2. Weltkrieg, der strukturelle Reformvorhaben endgültig zu Fall brachte.⁹⁹ Die deutlichsten Spuren hinterließ die nationalsozialistische Gesundheitspolitik nicht in der Krankenversicherung, die von Anfang an als »ein überaus brisantes Problem«¹⁰⁰ eingestuft wurde, sondern im weniger von konfligierenden Interessen durchsetzten Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung, der mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934 reorganisiert wurde. Da es sich hierbei um den legislativen Abschluß einer Reformdiskussion handelte, die schon in der Weimarer Republik geführt worden war, blieb das GVG eines der wenigen NS-Gesetze aus dem Gesundheitssektor, das von den Siegermächten nach dem 2. Weltkrieg nicht aufgehoben wurde.

3.3.2 Funktionskrise und Kriegswirtschaft als Vorspiel zum »Beveridge Report«

In Großbritannien spitzte sich die Funktionskrise der NHI auf dem Krankenhaussektor zu, dem daher die meisten Reformvorschläge galten. Verschiedene staatliche Interventionsversuche, wie etwa Finanzbeihilfen für die gemeinnützigen Krankenhäuser¹⁰¹ oder die im Zuge des 1929 verabschiedeten Local Government Act geschaffene Möglichkeit für die Lokalbehörden, Armenhospitäler in Gemeindekrankenhäuser umzuwandeln, vermochten die Finanzkrise des stationären Sektors nicht zu beheben.¹⁰² Der Bankrott vieler Krankenhäuser konnte erst 1939, kurz nach dem Beginn des 2. Weltkrieges, durch eine massive staatliche Bezuschußung für

99 Vgl. Teppe, Sozialpolitik, a.a.O., S. 248.

100 Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, a.a.O., S. 407.

101 Vgl. Harry Eckstein, *The English Health Service: its Origin, Structure and Achievement*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1958, S. 110.

102 Vgl. Gilbert, *British Social Policy*, a.a.O., S. 229 ff.

die Bereitstellung von Notfallbetten im Rahmen des Emergency Medical Service (EMS) verhindert werden.

Bereits in den zwanziger Jahren hatte der Dawson Report den Auftakt für eine Kette von regierungsamtlichen Kommissionsberichten gebildet, die sich mit den Funktionsproblemen der Gesundheitsversorgung auseinandersetzten. Diese Untersuchungen, die allesamt mit der Empfehlung für eine signifikante Ausdehnung der staatlichen Verantwortung in der medizinischen Versorgung endeten, schufen die Grundlage für ein reformfreundliches Klima in der Gesundheitspolitik, das sich auch auf die Meinungsbildung von Parteien und Verbänden niederschlug. Am bemerkenswertesten war dabei sicherlich die Haltung der Ärzteschaft. Die BMA hatte 1938 ein eigenes Reformprogramm vorgelegt, in dem eine stärkere Betonung der präventiven Medizin, der freie Zugang zur Versorgung für jedermann und eine staatlich angeleitete Gesundheitsplanung gefordert wurden.¹⁰³ Die darin zum Ausdruck gelangte Akzeptanz für eine größere staatliche Rolle in der Gesundheitsversorgung unterschied die BMA merklich von der Professionspolitik deutscher und amerikanischer Ärzte. Verständlich wird dies vor dem spezifischen Erfahrungshintergrund britischer Ärzte. Mit den Approved Societies waren die niedergelassenen Ärzte noch immer mit privaten Versicherungsorganisationen konfrontiert, die der medizinischen Profession teils autoritär gegenüberstanden und ihnen generell eine Mitsprache verweigerten. Eckstein ist daher zu dem Schluß gelangt: »... the BMA, having had a long and bitter experience with private arrangements, chose to be controlled by the government. (...) Whenever the extension of public services has not threatened any radical changes in form of practice, the BMA has been in the forefront of agitation for change.«¹⁰⁴

Auf diese Weise entstand schon vor dem Eintritt Großbritanniens in den 2. Weltkrieg ein breiter gesellschaftlicher Konsens über die Notwendigkeit einer einschneidenden Reform der Gesundheitsversorgung, wobei freilich die konkrete Gestalt dieses Vorhabens noch unklar war. Einen wichtigen Ausgangspunkt für eine verstärkte staatliche Planung und Koordinierung der Gesundheitsversorgung bildete das EMS, bei dem der Aufbau eines nationalen Bluttransfusionsdienstes und spezieller Zentren für die operative Behandlung von zivilen und militärischen Kriegsverletzten

103 Vgl. Eckstein, *The English Health Service*, a.a.O.

104 Vgl. Eckstein, *The English Health Service*, a.a.O., S. 116 f.

lang vertretenen Forderung des Hartmannbundes, der nach einem drei Jahrzehnte währenden Konflikt die sukzessive Inkraftsetzung staatlich legitimierter Kollektivverhandlungsinstanzen für die Ärzteschaft durchsetzen konnte. Der staatliche Gestaltungswille beschränkte sich dabei - selbst wenn hier das autoritäre Instrument der Notverordnungen zum Einsatz kam - fast vollständig auf den Nachvollzug bereits ausgehandelter Vertragsinhalte der Spitzenverbände und kann als frühes Beispiel des »Voranges für die Selbstverwaltung« betrachtet werden, die in der Bundesrepublik als strategische Option große Bedeutung erlangen sollte.

Nach der nationalsozialistischen Machtübernahme galt das wesentliche Interesse der neuen Machthaber der politischen »Gleichschaltung« der staatlichen Verwaltung einschließlich der Sozialversicherung. Mit den Gesetzen über die »Wiederherstellung des Berufsbeamtentums« vom April 1933 und der »Ehrenämter in der sozialen Versicherung und der Reichsversorgung« vom Mai 1933 wurden »unzuverlässige« und politisch mißliebige Personen amtsentoben und ihre Stellen mit NS-Parteigängern besetzt.⁹⁵ In der Sozialversicherung betraf dies in besonderem Maße die als sozialdemokratisch geltenden Ortskrankenkassen. Mit dem »Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung« vom Juli 1934 wurde dann die Selbstverwaltung beseitigt und durch die Einsetzung von staatlichen Kommissaren das Führerprinzip eingeführt. Nachdem die Gewerkschaften bereits durch die Schaffung der Deutschen Arbeitsfront ausgeschaltet waren, wurden mit dem Aufbaugesetz die letzten sozialdemokratisch/gewerkschaftlichen Organisationsbasen zerstört.

Über ein konkretes gesundheits- und sozialpolitisches Reformprogramm verfügte zu diesem Zeitpunkt aber weder die NSDAP noch eine der anderen NS-Organisationen. So gelang es während der für die Sozialpolitik entscheidenden ersten Phase der NS-Herrschaft (bis ca. 1935) der Ministerialbürokratie des Reichsarbeitsministeriums unter Ausnutzung rivalisierender Positionen im nationalsozialistischen Herrschaftsapparat, Reformbestrebungen zu neutralisieren. Anders als in den Krankenkassen hatte es im Reichsarbeitsministerium keinen personalpolitischen Kahlschlag gegeben, da die zumeist dem Zentrum nahestehenden Beamten politisch unverdächtig waren und zudem über die dringend benötigte Sachkenntnis in der schwierigen Sozialrechtsmaterie verfügten. So konnte

95 Vgl. Florian Tennstedt und Stephan Leibfried, Sozialpolitik und Berufsverbote im Jahre 1933, in: Zeitschrift für Sozialreform, 25 (1979), S. 135.

sich die bürokratische Fachelite des Reichsarbeitsministeriums als wichtige Konstante der »klassischen« Sozialpolitik etablieren.⁹⁶

Obleich die traditionellen Strukturen der Sozialversicherung zunächst stabilisiert waren, führte die nationalsozialistische Machtergreifung im Gesundheitssektor auch zu unübersehbaren Veränderungen, die im wesentlichen in der Ausschaltung der Selbstverwaltung und der Zentralisierung des gesamten Verbändesystems bestanden. Der Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen wurde bereits 1933 auf dem Verordnungswege aufgelöst und seine Funktionen auf die neugegründete Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) übertragen, die auch an die Stelle der regionalen KVen trat. Die Kassen waren damit endgültig ihrer Teilhaberechte an der Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung beraubt. Die KVD wurde überdies alleinige Trägerin der Beziehungen zu den Kassen.⁹⁷ War der Rechtsstatus der KVen anfänglich noch umstritten, so wurde die KVD explizit als Körperschaft öffentlichen Rechts eingerichtet. Der Prozeß der Zentralisierung und Inkorporierung der Verbände in ein System öffentlich-rechtlicher Körperschaften erfaßte 1935 auch die beiden Spitzenverbände der medizinischen Profession, den Ärztevereinsbund und den Hartmannbund. Beide Verbände wurden aufgelöst, als Rechtsnachfolger traten an ihre Stelle die neugegründete Reichsärztekammer bzw. die KVD. Damit wurde die lange erhobene Forderung der Ärzteschaft erfüllt, ihre Verbandsorganisationen durch einen öffentlich-rechtlichen Status institutionell zu befestigen und aus der Sphäre der Gewerbetreibenden herauszulösen, um so dem Ärztestand einen gemeinwohlverpflichteten und damit schutzwürdigen Status zu ermöglichen. 1937 wurden auch die Kassenverbände durch die Einverleibung kleinerer Verbandsorganisationen zentralisiert und durch einen öffentlichen Status der Rechtsaufsicht durch das Reichsarbeitsministerium unterstellt.⁹⁸

96 Siehe hierzu ausführlich Karl Teppe, Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte, XVII (1977), und Michael Prinz, »Sozialpolitik im Wandel der Staatspolitik? Das Dritte Reich und die Tradition bürgerlicher Sozialreform, in: Rüdiger vom Bruch (Hrsg.), 'Weder Kommunismus noch Kapitalismus' Bürgerliche Sozialreform vom Vormärz bis zur Ära Adenauer, München: Beck 1985.

97 Siehe dazu näheres bei Labisch und Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 197 ff., und Hermann Redetzky, Entwicklung, Vereinheitlichung und Demokratisierung des öffentlichen Gesundheitswesens, Berlin: AG Medizinischer Verlage 1947, S. 51 ff.

98 Vgl. Theo Siebeck, 25 Jahre Verbändegesetz. Zur Entwicklung des Verbandswesens in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 62 (1980).

im Mittelpunkt standen.¹⁰⁵ Bereits hier wurde das medizinische Personal in die staatliche Verteilungsplanung integriert. Unmittelbar nachdem der EMS seinen Betrieb aufnahm, wurde die organisierte Ärzteschaft in Form eines »advisory committees« an der Durchführung beteiligt. Das EMS erwies sich als außerordentlich funktionsfähig und schuf damit einen kollektiven Erfahrungshintergrund, der in der allgemein akzeptierten Erkenntnis mündete, daß die strukturellen Defizite der Gesundheitsversorgung durch eine staatliche Steuerung erheblich reduziert werden konnten.¹⁰⁶

Warum die Entscheidung jedoch zugunsten eines staatlichen Gesundheitsdienstes ausfiel und nicht - wie es ja ebenfalls denkbar gewesen wäre - in Form einer Expansion des bereits vorhandenen Organisationsgerüsts der NHI Gestalt annahm, kann mit der Existenz eines vagen Reformkonsenses nicht hinreichend begründet werden. Eine weitere Ursache ist im tradierten »rationalistischen Paternalismus« der britischen Sozialpolitik zu sehen. »This is the voice not so much of those outraged by social injustice as of those intolerant of muddle, inefficiency and incompetence«.¹⁰⁷ Da das britische Modell der Krankenversicherung sich in hohem Maße als ineffizient erwiesen hatte, wird die Entscheidung für eine organisatorische Überwindung dieser Einrichtung verständlich. Hinzu kam, daß das britische Verständnis von einer rationalen Gesundheitsversorgung über die Beschränkung auf die individuell-kurative Medizin, wie sie idealtypisch durch das Versicherungsmodell repräsentiert wird, hinausreichte. Ein wesentliches Argument für einen staatlichen Gesundheitsdienst bestand darin, daß damit auch eine Integration der von den Gemeinden getragenen öffentlichen, kollektiv-präventiven Gesundheitsversorgung mit den Instanzen der Kurativmedizin möglich wurde. Anders als in Deutschland, wo die Ärzteverbände 1929 eine funktionale Trennung zwischen individueller und kollektiver Gesundheitsversorgung aushandeln konnten¹⁰⁸, war die »community medicine« in Großbritannien schon seit den Zeiten des Armenrechts eine institutionell stabile und sozial akzeptierte Einrichtung, die bei der Neuordnung der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden mußte.

105 Vgl. Noel Parry und Jose Parry, *The Rise of the Medical Profession*, London: Croom Helm 1976, S. 201.

106 Ebd.

107 Rudolf Klein, *The Politics of the National Health Service*, London: Longman 1983, S. 5.

108 Vgl. Labisch und Tennstedt, *Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens*, a.a.O., S. 83.

Ein erstes Ergebnis der Neuordnungsbemühungen war der 1942 veröffentlichte Beveridge Report, der unter anderem eine staatliche Vollbeschäftigungsgarantie und die Einführung einer kostenlosen Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung vorsah und damit die programmatische Grundlage für den Ausbau des britischen Wohlfahrtsstaats nach dem 2. Weltkrieg lieferte.¹⁰⁹ Die Grundzüge dieses Konzepts wurden von der Allparteien-Regierung übernommen, die 1944 einen Entwurf für die Einführung eines staatlichen Gesundheitsdienstes vorlegte. Als im Juli 1945 die Labour Party unter Clement Attlee nach einem klaren Wahlsieg Churchills Koalitionsregierung ablöste, bestand ein breiter nationaler Konsens über die Notwendigkeit eines staatlichen Gesundheitsdienstes, bei dessen vielbeschriebener Entstehungsgeschichte nicht mehr zur Debatte stand, ob eine Verstaatlichung stattfinden soll, sondern nur noch, wie dies organisatorisch umgesetzt werden sollte. Die Einführung des NHS kann daher nicht einfach als Sieg der Labour Party oder der sozialistischen Wohlfahrtsstaatsideologie betrachtet werden. Vielmehr stellte der NHS den konsequenten Abschluß eines technokratischen Rationalisierungsprozesses dar, bei dem die vollständige Übernahme der Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsversorgung durch den Staat als effizienteste Lösungsstrategie erschien.¹¹⁰ Wie sehr die Wohlfahrtsstaatsexpansion nicht aus der Parteienkonkurrenz, sondern aus deren Übereinstimmung hervorging, hat T.H. Marshall veranschaulicht: »The three pillars of the British Welfare State were the Education Act, the National Insurance Act, and the National Health Service Act. They are associated with the names of Butler, Beveridge, and Bevan - a Conservative, a Liberal, and a Socialist.«¹¹¹

3.3.3 Die Wohlfahrtsstaatsexpansion während des New Deal

Gemessen an der Reichweite sozialpolitischer Innovationen übte die Weltwirtschaftskrise auf die USA den größten Einfluß aus. Mit dem Wahlsieg Franklin Delano Roosevelts im Jahr 1932 war erstmals ein Präsident an die Macht gelangt, der explizit staatliche Interventionen befür-

109 Vgl. Fraser, *Evolution*, a.a.O., S. 199.

110 Vgl. Klein, *Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 6 ff.

111 Thomas H. Marshall, *Social Policy in the Twentieth Century*, London: Hutchinson 1985 (5. von Anthony M. Rees überarbeitete Auflage), S. 90.

wortete, womit auch die Chancen für die politische Durchsetzbarkeit einer gesetzlichen Krankenversicherung stiegen. Daß dieses Vorhaben in den ersten Jahren des New Deal, die 1935 mit dem Social Security Act ihren sozialpolitischen Höhepunkt erreichten, nicht in Angriff genommen wurde, lag zunächst an der Prioritätensetzung der New Deal-Reformer. Im Unterschied zu Deutschland und Großbritannien hatte die Weltwirtschaftskrise die USA zu einem Zeitpunkt erfaßt, an dem keine staatliche Arbeitslosenversicherung existierte, so daß die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit im Vordergrund stand. Zwischen 1932 und 1934 wurden daher verschiedene neue Behörden mit arbeitsmarktpolitischen Funktionen, wie die National Recovery Administration, die Federal Emergency Relief Administration oder die Civil Works Administration, ins Leben gerufen, über die mehrere Milliarden Dollar für Arbeitsbeschaffungsprogramme aus dem Bundeshaushalt in die Wirtschaft geleitet wurden.¹¹²

Im Anschluß an diese erste Phase des New Deal war es die Antizipation drohender Widerstände im Kongreß, die die Zurückstellung des Projekts einer gesetzlichen Krankenversicherung bewirkten. Roosevelt hatte Mitte 1934 ein Committee on Economic Security (CES) eingesetzt, das eine Gesetzesvorlage für eine Alters- und Arbeitslosenversicherung erarbeiten sollte.¹¹³ Obwohl Roosevelt auch die Krankenversicherung als Bestandteil einer zukünftigen Sozialversicherung bezeichnete, beinhaltete der im Januar 1935 vorgelegte und Mitte 1935 verabschiedete Social Security Act nur die Arbeitslosen- und Rentenversicherung sowie bundesstaatliche Zuschüsse für einzelstaatliche Wohlfahrtsprogramme. Daß der »big bang«¹¹⁴ der amerikanischen Sozialpolitik unter Ausklammerung des Gesundheitssektors erfolgt war, hing mit einer US-spezifischen Variante des political learning zusammen. Die AMA war seit der Progressive Era als einflußreiche Vetomacht gegen eine staatlich initiierte Krankenversicherung etabliert. Und erst wenige Jahre vor der Verabschiedung des SSA hatten die heftigen Reaktionen der AMA auf den Abschlußbericht des zwischen 1928 und 1932 tätigen Committee on the Cost of Medical

112 Vgl. Skocpol und Ikenberry, *Political Formation*, a.a.O., S. 127.

113 Vgl. Skocpol und Ikenberry, *Political Formation*, a.a.O., S. 127 f. Die Gewerkschaften hatten in den dreißiger Jahren ihre anti-etatistische Haltung aufgegeben. Vgl. Edwin E. Witte, *Organized Labor and Social Security*, in: Milton Derber und Edwin Young (Hrsg.), *Labor and the New Deal*, University of Wisconsin Press 1961.

114 Dieser Begriff stammt von Christopher Leman, *Patterns of Policy Development: Social Security in the United States and Canada*, in: *Public Policy*, 25 (1977).

Care¹¹⁵, das lediglich die Einführung von privaten Gruppenversicherungen empfohlen hatte, die New Deal-Planer auf drohende Widerstände aufmerksam gemacht. Diese Erfahrungswerte führten innerhalb des CES zur taktisch motivierten Ausklammerung der Krankenversicherung aus dem Social Security Act, da sich auf diese Weise die parlamentarischen Reibungsflächen minimieren ließen. Die Krankenversicherung sollte erst später wieder aufgegriffen werden.

Gegen Mitte der dreißiger Jahre akzeptierte die AMA dann zwar grundsätzlich das Versicherungsprinzip auf privatwirtschaftlicher Basis, der Widerstand gegen eine staatlich organisierte Krankenversicherung aber blieb bestehen. Ob dies die Interessenlage der Mitglieder zutreffend wiedergibt, ist umstritten. Es spricht allerdings einiges dafür, daß die gesundheitspolitische Orientierung der AMA seit den zwanziger Jahren von einem kleinen Führungskader bestimmt wurde, der vor allem die Interessen gut situerter Fachärzte aus urbanen Ballungsgebieten mit zahlungskräftigen Privatpatienten vertrat. Für die Masse der AMA-Mitglieder - ab 1930 stets mehr als 60 Prozent aller US-Ärzte - gab es kaum Widerspruchs- oder Abwanderungsmöglichkeiten, da die Mitgliedschaft in der AMA Voraussetzung ist für die Erteilung von »hospital privileges« - dem Belegbettensystem vergleichbare Benutzungsrechte für Krankenhauseinrichtungen, daß für US-Ärzte von großer Bedeutung ist - und die Beteiligung an den Patientenüberweisungen von Fachkollegen.¹¹⁶

Der Social Security Act, dessen politischer Stellenwert durchaus mit den Sozialversicherungsgesetzen unter Bismarck und Lloyd George verglichen werden kann, reflektierte an einem weiteren Punkt ein für die amerikanische Politikentwicklung typisches Element: die regionale und funktionale Segmentierung staatlicher Interventionsprogramme. Obwohl der vom CES entwickelte Gesetzentwurf bereits eine Reihe von Konzessionen gegenüber dem Autonomiestreben der Einzelstaaten beinhaltete, wurden der Roosevelt-Administration im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses zusätzliche Abstriche an ihrem Konzept abverlangt. Selbst bescheidene Ansätze zu einer bundeseinheitlichen Normierung und Kontrolle der Arbeitslosen- und Rentenversicherung wurden zugunsten der »states' rights«¹¹⁷ drastisch reduziert. Zudem wurde die Verwaltung der neuen

115 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 93 ff.

116 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 273.

117 Orloff, *The Origins of America's Belated Welfare State*, a.a.O., S. 77; Skocpol und Ikenberry, *Political Formation*, a.a.O., S. 131 ff.

Sozialprogramme nicht - wie ursprünglich vorgesehen - im Arbeitsministerium angesiedelt, sondern auf eine unabhängige Behörde - das neugeschaffene Social Security Board - übertragen. Das sich hier abzeichnende staatliche Organisations- und Handlungsmuster begann nun auch in der Gesundheitspolitik seine Wirkung zu entfalten.

Unmittelbar nach der Verabschiedung des Social Security Act im August 1935 hatte Roosevelt eine interministerielle Arbeitsgruppe damit beauftragt, das liegengebliebene Projekt Krankenversicherung weiterzuvorführen.¹¹⁸ In dem Anfang 1938 vorgelegten National Health Plan wurde die Dringlichkeit einer gesetzlichen Krankenversicherung dann aber nur als sekundär eingestuft. Als vordringlich galt der Kommission die Ausdehnung der öffentlichen Säuglings- und Kleinkinderversorgung, die bundesstaatliche Subventionierung von Krankenhäusern und Finanzzuweisungen an die Einzelstaaten für die medizinische Versorgung von hilfsbedürftigen Personen.¹¹⁹ Diese Prioritätensetzung war unzweifelhaft dem Einfluß der AMA geschuldet, andererseits spiegelte sie aber auch die aufkommenden Egoismen der beteiligten Ressorts wider.¹²⁰ Die Wahlen von 1938 brachten für die Roosevelt-Administration schließlich einen schweren politischen Rückschlag, da nun eine Mehrheit in den Kongreß einzog, die gegen die Sozialgesetzgebung des New Deal gerichtet war. Dies entmutigte nicht nur Roosevelt, sondern verhinderte auch die Verabschiedung einer ganzen Kette von Gesetzentwürfen, die von einzelnen Abgeordneten in den Kongreß eingebracht worden waren.¹²¹ Zwar gelangte das Thema Krankenversicherung durch die Veröffentlichung des Beveridge Report ab 1942 noch einmal auf die Tagesordnung, aber das Fehlen einer politischen Mehrheit ließen diesem Vorstoß keine Realisierungschancen, nicht zuletzt deshalb, weil die Struktur des amerikanischen Parteiensystems auch während des 2. Weltkrieges eine konsensfördernde Allparteien-Koalition nach britischem Muster nicht zuließ.¹²²

118 Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 275, und ausführlich Daniel S. Hirshfeld, *The Lost Reform: The Campaign for Compulsory Health Insurance in the U.S. from 1932 to 1943*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1970, S. 102 ff.

119 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 114 f.

120 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 283.

121 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 114 f.

122 Vgl. Edwin Amenta und Theda Skocpol, *Redefining the New Deal: World War II and the Development of Social Provision in the United States*, in: Margaret Weir, Ann Shola Orloff und Theda Skocpol (Hrsg.), *The Politics of Social Policy in the United States*, New Jersey: Princeton University Press 1988, S. 109.

So wie aus gescheiterten Ansätzen während der Progressive Era die AMA als gesundheitspolitisch relevante Interessengruppe hervorging, so hinterließ auch der New Deal ein politisches Erbe, das die staatlichen Handlungsmöglichkeiten kanalisierte. Zu dem institutionell und machtpolitisch ohnedies schon fragmentierten politischen System der USA tat sich im Bereich der Gesundheits- und Sozialverwaltung eine zusätzliche administrative »Balkanisierung«¹²³ auf, die sich darin äußerte, daß die verschiedenen selektiv und gruppenspezifisch ausgerichteten Sozialprogramme von gesonderten Abteilungen und Behörden mit jeweils eigenen Interessen und Vorlieben verwaltet wurden und auch nur innerhalb der jeweilig begünstigten Bevölkerungsklientele Unterstützung fanden. Der sozialpolitische Durchbruch, der während der New Deal-Ära zweifellos gelang, begründete also gleichzeitig die institutionellen Grundlagen für ein gesundheitspolitisches Handlungsmuster, bei dem staatliche Interventionen entweder der finanziellen Unterstützung eng definierter Personengruppen (zum Beispiel Kriegsveteranen, Rentner, Sozialhilfeempfänger) oder der Bekämpfung spezifischer Krankheitsbilder (zum Beispiel Krebs, Hypertonie oder Herzkrankheiten) galten, also universelle Formen der sozialen Sicherung ausgeklammert blieben.

3.4 Wiederaufbau und Wohlfahrtsstaatsexpansion nach dem 2. Weltkrieg

3.4.1 Die Wiederherstellung der »klassischen Sozialversicherung«

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges ergab sich erneut eine Konstellation, in der ein tiefgreifender Kontinuitätsbruch¹²⁴ im Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung möglich wurde. Im Dezember 1946 war vom Alliierten Kontrollrat ein Gesetzentwurf für eine umfassende Neuordnung der Sozialversicherung vorgelegt worden, der unter Rückgriff auf traditionelle Forderungen von Gewerkschaften und SPD eine organisatorische Vereinheitlichung aller Sozialversicherungsträger sowie eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen vorsah. Daß das Modell der

123 Diese Formulierung stammt von Skocpol und Ikenberry, *Political Formation*, a.a.O., S. 128.

124 Vgl. hierzu und zum nachfolgenden Hans-Günter Hockerts, *Sozialpolitische Entscheidungen*, a.a.O.

Einheitsversicherung zu einer ernsthaften Alternative avancieren konnte, beruhte auf dem Bestreben des Kontrollrats, einer Spaltung des Besatzungsgebiets durch eine einheitliche Gesetzgebung vorzubeugen. Schon 1945 war durch die sowjetische Besatzungsmacht mit der Gründung der Berliner Einheitsversicherung, der Versicherungsanstalt Berlin, ein Präjudiz geschaffen worden, daß auf die Entscheidungsfindung im Kontrollrat einwirkte. Außerdem schien eine Einheitsversicherung - gegenüber der organisatorisch gegliederten Sozialversicherung - in der Notlage der ersten Nachkriegsjahre am ehesten geeignet, um die teils völlig funktionsunfähigen Versicherungsträger zu reaktivieren.¹²⁵

Bei den Vertretern der deutschen Seite, die zur Beratung hinzugezogen wurden, führte der Kontrollratsentwurf zu heftigen Meinungsverschiedenheiten. Während Gewerkschaften, SPD und die Vertreter der Ortskrankenkassen dem Entwurf weitgehend zustimmten, gehörten die Ärzteverbände, die privaten Krankenversicherer, die Ersatz- und Sonderkassen, Unions-Parteien, FDP, Deutsche Partei, Arbeitgeberverbände, weite Teile des vom geplanten Versicherungszwang betroffenen Mittelstandes und der Selbstständigen sowie eine zunehmend einflußreicher werdende Gruppe aus teils ehemaligen Ministerialbeamten des Reichsarbeitsministeriums zur Front der Gegner des Neuordnungsentwurfs. In seiner grundlegenden Arbeit hat Hockerts darauf verwiesen, daß sich hinter dem ideologischen Prinzipienstreit - hier Einheitsversicherung, dort »klassische« Sozialversicherung - klar nachvollziehbare Kosten-Nutzen-Kalküle der Akteure verbargen.¹²⁶ Ihre unvermindert große Aktualität rechtfertigt einen kurzen Blick auf die damaligen Positionen.

Die Gewerkschaften, die vehementesten Befürworter einer Einheitsversicherung, sahen in diesem Organisationsmodell einerseits die Möglichkeit, ihren Einfluß auf die Selbstverwaltung auszuweiten, andererseits wären die ihnen nahestehenden Ortskrankenkassen, die schon damals die finanziell größten Probleme zu bewältigen hatten, endgültig von der Abwanderung guter Risiken in die Betriebs- und Innungskrankenkassen befreit worden. Verständlich ist daher, daß andere Kassenarten, allen voran die Ersatzkassen, ein dringendes Interesse an der Bewahrung ihrer relativen Vorteile hatten; ein Kalkül, das logischerweise auch vom Mittelstand

125 Ebd., S. 28 ff., und Eckart Reidegeld, Sozialversicherung zwischen Neuordnung und Restauration. Soziale Kräfte, Reformen und Reformpläne unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsanstalt Berlin (VAB), Frankfurt/M.: Haag & Heerchen 1982, S. 327 ff.

126 Vgl. Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen, a.a.O., S. 36 ff.

und der Arbeitgeberseite getragen wurde, da nur die gegliederte Krankenversicherung ihnen das Ausklinken aus der Solidargemeinschaft der Ortskrankenkassen ermöglichte. Daß schließlich die Ärzteschaft ebenfalls die klassische Sozialversicherung favorisierte, beruhte sowohl auf der finanziell günstigeren Einzelleistungsvergütung der Ersatzkassen (in anderen Kassenarten galt noch die Kopfpauschale) wie auch auf der zutreffenden Einschätzung, daß ein zersplittertes Kassensystem als Verhandlungspartner den KVen unterlegen sein würde. Die Parteien stützten die jeweilige Position ihrer Klientel, so daß von zwei sozialen Koalitionen ausgegangen werden kann: einer dominanten (bürgerlich-mittelständischen) Koalition, die der Unterstützung der CDU/CSU, der FDP und der DP sicher war, und einer »repressed coalition« (Alford), bestehend aus Gewerkschaften, Ortskrankenkassen und SPD.

Diese Frontstellung erlangte auf die Reform der GKV entscheidenden Einfluß, da mit der Verschärfung des Ost-West-Konflikts der Konsens über eine einheitliche Sozialversicherungsgesetzgebung im Kontrollrat zerbrach und eine Verabschiedung des Entwurfs nicht zustande kam. Der Alliierte Kontrollrat trat schließlich im April 1948 zum letzten Mal zusammen, und die Westmächte übertrugen das Legislativrecht ihrer Besatzungszonen auf den Frankfurter Wirtschaftsrat. Nachdem die bürgerlichen Parteien aus der ersten Bundestagswahl im August 1949 als Gewinner hervorgingen, war dies gleichbedeutend mit einer Entscheidung für die »klassische Sozialversicherung« und gegen die »Einheitsversicherung«. ¹²⁷ Dabei sollte nicht unerwähnt bleiben, daß bei dieser wichtigen Weichenstellung auch der »bürokratische Rückhalt« ¹²⁸ der strukturkonservativen Ministerialverwaltung zum Tragen kam. Denn im 1949 neugeschaffenen Bundesministerium für Arbeit waren die entscheidenden Stellen mit ehemaligen Beamten des Reichsarbeitsministeriums besetzt ¹²⁹, die als Verfechter der »klassischen Sozialversicherung« galten.

Die zweite gesundheitspolitisch bedeutsame Weichenstellung bestand in der Wiederherstellung des Selbstverwaltungsprinzips im Februar 1951. Obwohl bereits ab 1945 Konsens darüber herrschte, daß die Selbstverwaltung wieder in Kraft gesetzt werden sollte, bestand im Hinblick auf die

127 Näheres bei Christoph Kleßmann, Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945 - 1955, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1982, S. 202.

128 Vgl. Theodor Eschenburg, Der bürokratische Rückhalt, in: Richard Löwenthal und Hans-Peter Schwarz (Hrsg.), Die Zweite Republik. 25 Jahre Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart: Klett 1974.

129 Vgl. Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen, a.a.O., S. 114.

Sitzverteilung in den Selbstverwaltungsgremien Uneinigkeit. Im Dezember 1948 war im Wirtschaftsrat das Sozialversicherungsanpassungs-Gesetz verabschiedet worden, das eine spürbare Leistungsverbesserung der Sozialversicherung und die Anhebung des Arbeitgeberanteils in den gesetzlichen Krankenkassen von einem Drittel auf die Hälfte beinhaltete. Während CDU und FDP damit auch einen gleichgewichtigen Anspruch der Arbeitgeberseite in der Selbstverwaltung begründet sahen, bestanden SPD und DGB auf der alten Zwei-Drittel-Majorität der Versicherten, da der Arbeitgeberanteil - so die Begründung - lediglich eine speziell verbuchte Form des Lohns darstelle und keine paritätische Beteiligung der Arbeitgeberseite rechtfertige.¹³⁰ Wie schon bei der Organisationsreform wurde eine endgültige Entscheidung vom Alliierten Kontrollrat abgelehnt, so daß die deutschen Akteure die Entscheidung bestimmten.

Die parlamentarische Abstimmung fiel denkbar knapp zugunsten der paritätischen Selbstverwaltung aus. Den Ausschlag gab der linke arbeitnehmerorientierte Flügel der Union, wo man auf die sozialintegrative Wirkung einer von Konsenszwang bestimmten Selbstverwaltung spekulierte. Hinzu kam, daß die Abstimmung in die Zeit der beginnenden Mitbestimmungsdebatte fiel und somit »dem Ziel, Parität als tragendes Prinzip künftiger Wirtschaftsordnung in Geltung zu bringen.«¹³¹ gesamtgesellschaftliche Bedeutung beigemessen wurde. Sowohl das Scheitern der Einheitsversicherung als auch die Einführung der paritätischen Selbstverwaltung stellten schwere Niederlagen für Gewerkschaften und Sozialdemokratie dar und blieben für die zukünftige Entwicklung nicht ohne Folgen. Da sich beide Akteure langsam mit den Prinzipien der klassischen Sozialversicherung arrangierten, trugen sie auf diese Weise maßgeblich zur Entpolitisierung der Krankenversicherung bei.

Die dritte entscheidende Weichenstellung der Nachkriegszeit bestand in der organisatorischen und rechtlichen Zementierung der ärztlichen Körperschaften¹³², deren Machtposition sich vor allem gegenüber den

130 Vgl. Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen, a.a.O., S. 136 f.

131 Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen, a.a.O., S. 142. Zur Kritik an der Parität in der Selbstverwaltung siehe Ulrich Billerbeck, Soziale Selbstverwaltung und Gewerkschaftsbewegung, in: Heinz G. Haupt u.a. (Hrsg.), Jahrbuch Arbeiterbewegung 1982: Arbeiterbewegung und Selbstverwaltung, Frankfurt/M.: EVA 1982.

132 Vgl. Stefan Kirchner, Public Health Policy in Germany: Continuity and a New Beginning, in: Donald Light und Alexander Schuller (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge: MIT Press 1986, S. 41 ff.

Krankenkassen merklich verbesserte. Die Alliierten hatten schon 1945 im Zuge der Entnazifizierung die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands aufgelöst, ihre Regionalorganisationen, die ja bereits vor 1933 bestanden, blieben hingegen unangetastet. Damit war praktisch die Situation der Zeit vor 1933 wiederhergestellt. Das Kassenarztgesetz von 1955 brachte für die Ärzteschaft gegenüber den Weimarer Verhältnissen eine zusätzliche Verbesserung. Der Sicherstellungsauftrag, den die KVen seit 1932 inne hatten, wurde in ein regelrechtes Behandlungsmonopol umgewandelt, da nicht nur die Krankenhäuser von der ambulanten Versorgung ausgeschlossen wurden, sondern auch das Recht der Kassen zur Errichtung eigener medizinischer Versorgungseinrichtungen an die Zustimmung der KVen geknüpft wurde.¹³³ In der Ära Adenauer, der - wie es später in den legendären »Kanzlergesprächen« zum Ausdruck kam - für die Belange der medizinischen Profession stets ein offenes Ohr hatte, diente die Gewährung derartiger Privilegien dem Ziel, Konflikte, wie sie in der Weimarer Republik und bis 1951 in Berlin um die Rechtmäßigkeit kasseneigener Ambulatorien entbrannt waren, zu verhindern. Die Krankenversicherung wurde im konservativen Kalkül damit abermals zu einem wichtigen Element gesamtgesellschaftlicher Befriedung.

3.4.2 Die Einführung des National Health Service

Die britische Nachkriegspolitik wurde demgegenüber von einem partei- und klassenübergreifenden »welfare consensus« bestimmt, so daß der 1946 vom neuen Labour-Gesundheitsminister Aneurin Bevan vorgelegte National Health Service Act das Parlament ohne Probleme passieren konnte. Zwar beinhaltete dieses Gesetz bereits grundlegende organisatorische Weichenstellungen für die Einführung des National Health Service (NHS), die für das Jahr 1948 anvisiert wurde, viele Details über Struktur und Aufbau waren aber noch ungeklärt. Welche konkrete Gestalt der NHS annehmen würde, stand erst in den Jahren 1946 bis 1948 im Mittelpunkt heftiger Auseinandersetzungen zwischen dem Gesundheitsminister und der medizinischen Profession, die zeitweilig den Konsens über die

133 Vgl. Michael Berger, Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechts in den Westzonen nach 1945, in: Das Argument, Sonderband 4, 1974, S. 92.

Notwendigkeit eines staatlichen Gesundheitsdienstes zu zerstören drohen.¹³⁴

Bevans Entwurf ging an mehreren Stellen weit über die 1944 vom damaligen konservativen Gesundheitsminister Henry Willink entwickelten Reformvorschläge hinaus.¹³⁵ Dem NHS-Act zufolge sollte ein hierarchisch strukturierter, aus Steuergeldern finanzierter Gesundheitsdienst errichtet werden. Dabei stellte die Verstaatlichung des Krankenhausesektors und die damit verbundene Festanstellung der consultants den zweifellos tiefgreifendsten Einschnitt dar. Gleichwohl blieb dieses Vorhaben weitaus weniger umstritten als die Rolle, die den General Practitioners (GPs) zugedacht war. Im Gesetz war nicht nur eine feste Anstellung und die Honorierung auf der Basis einer Jahrespauschale geplant, sondern auch die Integration der Ärzte in kommunale Gesundheitszentren und die Errichtung eines Medical Practices Committee, das die regionale Verteilung der Ärzte steuern sollte. Während die Krankenhausärzte, die im wesentlichen auf die verbesserte Finanzausstattung verstaatlichter Krankenhäuser hofften, dem Gesetz weitgehend zustimmend gegenüberstanden, lehnten die GPs sowohl das Honorierungsverfahren wie auch die Festanstellung ab.

Da die Beteiligung der Ärzteschaft nicht erzwungen werden konnte, folgten langwierige Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium und der BMA,¹³⁶ die ihren Widerstand gegen das Inkrafttreten des NHS-Act schließlich im Juni 1948 aufgab. Die darauf folgende Einigung war aus zwei Gründen möglich geworden. Zum einen war die organisierte Ärzteschaft entlang der historisch gewachsenen Hierarchie zwischen consultants und GPs gespalten. Innerhalb der BMA dominierte eine Fraktion besser situerter GPs aus städtischen Ballungsgebieten, die von der Festanstellung finanzielle Einbußen befürchteten und zunächst eine Mehrheit gegen den NHS-Act mobilisieren konnten.¹³⁷ Die consultants fühlten sich durch die BMA nicht länger angemessen vertreten und traten über die Institution der »Royal Colleges« als eigenständiger Akteur in Verhandlungen mit dem Gesundheitsminister ein. Die Royal Colleges nahmen dabei eine Vermittlerrolle zwischen der BMA und Aneurin Bevan ein, die wesentlich zum Abbau des BMA-internen Widerstandes beitrug.

134 Vgl. Klein, a.a.O., S. 10 ff.

135 Vgl. Kenneth O. Morgan, *Labour in Power 1945 - 1951*, Oxford: Clarendon Press 1984, S. 154.

136 Ebd., S. 154 ff.

137 Vgl. Stevens, *Medical Practice*, a.a.O., S. 77.

Zum anderen wurde die Zustimmung der Ärzteschaft durch eine Reihe von Zugeständnissen erkaufte, die der politischen Zugriffssphäre trotz einer weitreichenden Verstaatlichung Grenzen setzte. Die GPs erhielten den Status von »independent contractors«, die Verträge mit einem »Executive Council« abschlossen, der außerhalb der Linienorganisation des NHS verblieben und keine Kontrollen von Diagnose- und Therapieverhalten durchführte. Das Medical Practices Committee wurde der alleinigen Kontrolle der Ärzteschaft unterstellt.¹³⁸ Anstelle der Jahrespauschale erfolgte die Honorierung durch eine Fall-Pauschale. Bereits im Gesetz vorgesehen war die Möglichkeit für die consultants, ihre festen Gehälter durch ein spezielles Prämiensystem (»distinguished awards«) eigenständig anzuheben, sowie das Recht, in sog. »pay beds« Privatpatienten in NHS-Krankenhäusern zu behandeln. Der medizinischen Profession wurde außerdem die Therapiefreiheit garantiert (»clinical autonomy«) und ihre Mitsprache an internen Angelegenheiten durch ein Netzwerk von Beratungsgremien auf allen Hierarchiestufen des NHS bis in die Ebene des Gesundheitsministeriums hinein garantiert.¹³⁹

Die Einführung eines steuerfinanzierten, zentralstaatlich verwalteten und dem Prinzip des freien und gleichen Zugangs verpflichteten Gesundheitsdienstes war also nicht nur ein situationsgebundener politischer Schritt, sondern war geprägt von den »policy legacies« der britischen Sozialpolitik. Das Prinzip der zentralen staatlichen Organisation ist - als konstitutives Element der britischen Verwaltungstradition - seit der viktorianischen Ära stets die Antwort auf soziale Probleme gewesen. Die Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen stellte ebenfalls keine Novität dar. Bereits die Einführung der steuerfinanzierten Rente im Jahr 1908 hatte gezeigt, daß im Gegensatz zu Deutschland und den USA das Versicherungsprinzip nie zum sozialpolitischen Dogma erhoben wurde. Dies galt auch für das Prinzip des freien und gleichen Zugangs zur medizinischen Versorgung, das Inanspruchnahmerechte nicht von der Versicherungsmitgliedschaft und der Beitragsentrichtung abhängig macht, sondern am Versorgungsprinzip des Armenrechts anknüpfte, das auf die Gesamtbevölkerung ausgeweitet wurde.

138 Vgl. Stevens, *Medical Practice*, a.a.O., S. 93.

139 Vgl. Stevens, *Medical Practice*, a.a.O., S. 80 ff., und Morgan, *Labour in Power*, a.a.O., S. 159 f.

3.4.3 Gesundheitspolitik in den USA bis zur Great Society

Während in Europa lediglich umstritten war, in welcher Form staatliche Interventionen in den Gesundheitssektor stattfinden sollten, stand in den USA die staatliche Steuerung der Gesundheitsversorgung grundsätzlich zur Disposition. Diese Frontstellung, die nicht nur der Interessenlage der medizinischen Profession, sondern auch derjenigen anderer gesellschaftlicher Akteure entsprach, bestimmte nach dem 2. Weltkrieg die Diskussion. Harry S. Truman, der nach dem Tod Roosevelts im April 1945 das Amt des Präsidenten übernommen hatte, unternahm mehrere Anläufe, um einer staatlich geförderten Krankenversicherung zum Durchbruch zu verhelfen, blieb aber ebenso wie sein Vorgänger erfolglos.¹⁴⁰

Für das erneute Scheitern einer universellen Pflichtversicherung, die mit dem Wahlsieg des Republikaners Eisenhower im Jahr 1952 besiegelt wurde, waren - vordergründig betrachtet - zwei Faktoren verantwortlich. Erstens geriet die Krankenversicherung vor dem Hintergrund des aufkommenden Kalten Krieges zum Gegenstand einer symbolträchtigen Auseinandersetzung zwischen Republikanern und der Truman-Administration. Während der Demokrat Truman die liberale Tradition des New Deal fortsetzen wollte, betrachteten die Republikaner eine gesetzliche Krankenversicherung nicht nur als gänzlich unamerikanische »socialized medicine«, sondern gar als ein von kommunistischen Kräften nutzbares Element der Systemgefährdung.¹⁴¹ Als zweites Hemmnis gilt die massive Einflußnahme der AMA, die - gestützt von den Arbeitgebern - vor den Kongreßwahlen im Oktober 1950 eine Anzeigen-Kampagne gegen die Pläne Trumans finanzierte, die - von einem Kommentator als »an adjunct to the Republican campaign« bezeichnet¹⁴² - als bis dahin aufwendigste PR-Aktion in die amerikanische Geschichte einging. Dabei dürften weniger die Inhalte politischen Einfluß ausgeübt haben, als vielmehr der Umstand, daß drei zentrale Akteure, nämlich AMA, Arbeitgeber und Republikaner, nicht nur gegen eine gesetzliche Krankenversicherung optierten, sondern auch ihre Mitwirkung verweigerten.

140 Vgl. Monte S. Poen, *Harry S. Truman Versus the Medical Lobby. The Genesis of Medicare*, Columbia: University of Missouri Press 1979; Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 281-89.

141 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 284 ff.

142 Zitiert nach Poen, *Truman Versus the Medical Lobby*, a.a.O., S. 181.

Weniger gut sichtbar, aber ebenfalls von Bedeutung war der versteckte Widerstand, der aus der staatlichen Verwaltung stammte. Die Reaktionen der Gesundheitsverwaltung auf die Pläne Trumans reichten von Desinteresse, über diskret geäußerte Bedenken, bis hin zur offenen Ablehnung. Dieser Ressortegoismus verdankte sich der Verwaltungssegmentierung und deren Einfluß auf die Interessenlage einzelner Behörden. Zahlreiche Bundesbehörden bzw. Ministerialabteilungen hatten bereits ein festgelegtes Aufgabengebiet, von dem aus ihr jeweiliges Organisationsinteresse - durchaus parochial - definiert wurde. So galt die ganze Aufmerksamkeit des Public Health Service den präventiven Gesundheitsprogrammen und der Krankenhausfinanzierung; das im Arbeitsministerium angesiedelte Childrens' Bureau war wiederum mehr an der Ausdehnung von Säuglings- und Kleinkinderfürsorge-Programmen und der Wahrung einer noch aus der Progressive Era herrührenden administrativen Sonderstellung interessiert;¹⁴³ und die Veterans Administration war schließlich 1946 zum Aufbau eines eigenständigen medizinischen Versorgungssystems für Kriegsveteranen ermächtigt worden und stand deshalb einer gesetzlichen Krankenversicherung reserviert gegenüber.¹⁴⁴ Diese Balkanisierung der staatlichen Verwaltung in programm-, institutionen- oder klientelgebundene Segmente ist ein generelles Merkmal amerikanischer Bundesbehörden. Die politische Relevanz administrativer Sonderinteressen wurde zusätzlich verstärkt durch eine organisatorische Eigenheit amerikanischer Ministerien, die nicht nur durch das Fehlen eines pyramidenförmigen Hierarchiemusters, sondern zusätzlich durch relativ autonome und nicht selten schwer kontrollierbare Basiseinheiten, die sogenannten »bureaus«, gekennzeichnet sind.¹⁴⁵

So vielfältig die Widerstände auch waren, ihr politisches Destruktionspotential wird erst durch eine Beleuchtung der Hintergründe für die fehlende Mobilisierung sozialer Koalitionen vollends verständlich. Hier ist zunächst daran zu erinnern, daß das Scheitern einer staatlichen Absicherung sozialer Risiken nur eine Seite des Geschehens wiedergibt. Parallel dazu expandierte eine kollektive, aber private Sicherung, die äquivalenzfunktionale Wirkungen zu staatlichen Versorgungsstrukturen entfaltete

143 Vgl. Rufus E. Miles, *The Department of Health Education and Welfare*, New York: Praeger 1974, S. 16 f.; Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 283.

144 Vgl. Poen, *Truman Versus the Medical Lobby* a.a.O., S. 90.

145 Die Ministerialverwaltung gilt als gleichermaßen »kopf-« wie »fußlastig«. Vgl. Stephan Leibfried, *Die Verwaltung der etatistischen Reserve*, in: *Leviathan*, 3 (1975), S. 115.

und bei wichtigen Akteuren das Fundament für eine Anreizstruktur legte, die tendenziell gegen eine universelle staatliche Sozialpolitik gerichtet waren. Die Verfestigung dieses eigentümlichen Beziehungsmodus zwischen öffentlichem und privatem Sektor, wie er in Europa gänzlich unbekannt ist, kann anhand mehrerer Beispiele nachgezeichnet werden.

Den Ausgangspunkt der »Politisierung ohne Staat«, wie sie das erste Nachkriegsjahrzehnt kennzeichnete, bildete die Selbstorganisation der medizinischen Leistungsanbieter während der Great Depression. Als Reaktion auf die drastisch geminderte Zahlungsfähigkeit der Bevölkerung und dem damit verbundenen Nachfrageausfall hatten sich seit Beginn der dreißiger Jahre neben den bereits bestehenden kommerziellen Versicherungsgesellschaften die beiden gemeinnützigen Versicherungsorganisationen Blue Cross und Blue Shield herausgebildet, die die stationäre bzw. ambulante medizinische Versorgung abdeckten.¹⁴⁶ Die Gründung dieser Versicherungsträger vollzog sich unter Bereitstellung vielfältiger Organisationshilfen durch die American Hospital Association (AHA) bzw. die AMA, deren enge - und oft kritisierte¹⁴⁷ - Bindung bis in die jüngste Vergangenheit durch Personalverflechtungen in den Vorständen erhalten blieb. Der in der Nachkriegszeit expandierende Privatversicherungssektor, der nun sogar von der AMA als »American way« der Krankenversicherung propagiert wurde¹⁴⁸, stellte in mehrfacher Hinsicht ein Hindernis für eine staatliche Versicherungslösung dar. Hier sei nur auf drei Faktoren hingewiesen. Erstens hatte der gemeinnützige, mit dem Privileg der Steuerbefreiung verbundene Rechtsstatus den »Blues« gegenüber der um einiges teureren kommerziellen Krankenversicherung von Anbeginn eine günstige Wettbewerbsposition ermöglicht, die für breite Teile der Mittelschicht eine private Krankenversicherung erschwinglich machte¹⁴⁹ und damit einer umfassenden Mobilisierung für eine staatliche Versicherungslösung entgegenwirkte. Zweitens entwickelten die Privatversicherer ein verständliches Eigeninteresse gegen staatliche Interventionen, die ihre Marktchancen zu beeinträchtigen drohten, und konnten durch ihre engen Bindungen zur AHA und zur AMA eine einflußreiche Koalition in der Gesundheitspolitik bilden.

146 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 295-315; Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 121 ff.

147 Vgl. Silvia A. Law, *Blue Cross: What Went Wrong?* New Haven: Yale University Press 1974.

148 Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 313.

149 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 124 f.

Die entscheidende Aufwertung der privaten gegenüber der staatlichen Sozialpolitik vollzog sich durch einen dritten Faktor: die Transformation des welfare capitalism zu einer bedeutenden Stütze der sozialen Sicherung. Die betriebliche Sozialpolitik besaß lange Zeit kaum mehr als symbolischen Charakter; der 2. Weltkrieg änderte dies rapide.¹⁵⁰ 1942 verabschiedete der Kongreß den Revenue Act, dessen Ziel in der Erhöhung des Steueraufkommens für die Kriegswirtschaft lag. Zu diesem Zweck sollte den Unternehmen die Steuerumgehung durch die Bildung betrieblicher Pensionsrückstellungen erschwert werden. Die seit 1926 geltende Steuerbefreiung wurde deshalb auf Betriebe beschränkt, die mindestens 70 Prozent ihrer Beschäftigten in einer Pensionskasse versichert hatten, was seinerzeit nur für einen Bruchteil der Unternehmen galt. Aber anstatt von der Ausdehnung betrieblicher Pensionsrückstellungen abzuschrecken, trat das genaue Gegenteil ein. Denn zusätzlich waren die Unternehmensgewinne durch eine »excess profit tax« auf Vorkriegsniveau eingefroren worden, was wiederum einen starken Anreiz für die Unternehmen schuf, ihre zu versteuernden Umsätze durch die Ausweitung betrieblicher Pensionszahlungen zu reduzieren. Das Resultat bestand darin, daß sich allein zwischen 1941 und 1945 die Pensionsrückstellungen verfünffachten. Einen ähnlichen Expansionsschub für betriebliche Sozialleistungen bewirkte 1943 ein Erlaß des für die Kriegswirtschaft zuständigen National War Labor Board. Um die Gewerkschaften zu einer strikteren Einhaltung eines seit 1941 geltenden Lohnstops - einer Maßnahme der Inflationsbekämpfung - zu bewegen, wurden Beiträge für betriebliche Sozialleistungen vom staatlich kontrollierten Lohnstop ausgenommen. »This move, of course, opened the floodgates to the institution of employee benefit programs ...«¹⁵¹ Gegen Ende des 2. Weltkrieges hatte die private Sozialpolitik daher schon einen beachtlichen Umfang erlangt.

Die wiederholten Fehlschläge, die staatliche Sozialversicherung auszubauen, veranlaßten die Gewerkschaften schließlich zu einem folgenreichen Strategieumschwung. Die von den Dachverbänden AFL und CIO

150 Siehe hierzu umfassend: Raymond Munts, *Bargaining for Health. Labor Unions, Health Insurance and Medical Care*, Madison, WI: University of Wisconsin Press 1967, und als Fallstudie: Marian Döhler, *Alternativen in der US-Gesundheitspolitik: Das Modell einer gewerkschaftsgesteuerten Gesundheitsversorgung*, in: *Amerikastudien*, 30 (1985).

151 Beth Stevens, *Blurring the Boundaries: How the Federal Government Has Influenced Welfare Benefits in the Private Sector*, in: Margaret Weir, Ann Shola Orloff und Theda Skocpol (Hrsg.), *The Politics of Social Policy in the United States*, New Jersey: Princeton University Press 1988, S. 132.

seit dem New Deal geforderte Ausdehnung staatlicher Sozialleistungen trat jetzt zunehmend gegenüber dem »welfare bargaining« in den Hintergrund, das den Gewerkschaften sichtbare Erfolge in der sozialen Absicherung ihrer Mitglieder ermöglichte. Die Unternehmen leisteten gegen diese kostenträchtige Ausdehnung der fringe benefits anfänglich heftigen Widerstand. Der von umfangreichen Streiks begleitete Konflikt spitzte sich auf die Auslegung des Wagner Act von 1935 zu, in dem auch die »conditions of employment« in den Geltungsbereich von Tarifverträgen aufgenommen wurden. 1949 gelang es den Gewerkschaften, eine höchstrichterliche Bestätigung ihrer Lesart des Gesetzes zu erwirken, wonach Tarifverträge auch über betriebliche Versicherungsleistungen abgeschlossen werden dürften. Damit war eine der entscheidenden Weichenstellungen in der amerikanischen Gesundheits- und Sozialpolitik vollzogen¹⁵²: Forderungen nach einer staatlichen Absicherung sozialer Risiken verloren angesichts des zunehmend vitalen privaten Sicherungssystems an Plausibilität und politischer Durchschlagskraft; bei den Gewerkschaften verfestigte sich die »business unionism«-Orientierung zulasten einer »politischen«, an den Staat gerichteten Sozialpolitikstrategie; zusätzlich brachte das Nebeneinander von öffentlichem und privatem Sektor eine strategische Selektivität hervor, bei der der private Sektor immer dann als funktionales Äquivalent ins Spiel gelangte, wenn eine Ausdehnung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen gefordert wurde.

Schließlich folgte auch die staatliche Gesundheitspolitik dem Muster »Politisierung ohne Staat«, indem das öffentliche Engagement im Gesundheitssektor expandierte, ohne daß damit eine gleichzeitige Erweiterung staatlicher Kontroll- und Steuerungsbefugnisse einher ging. Die wichtigsten Gesundheitsprogramme der unmittelbaren Nachkriegszeit, die finanzielle Unterstützung der medizinischen Forschung und der psychiatrischen Versorgung, das eigenständige Versorgungssystem der Veterans Administration und die Subventionierung des Krankenhausbaus durch den Hill-Burton Act von 1946¹⁵³, ließen sowohl die Struktur wie auch die Handlungsautonomie des privaten Sektors unberührt.

Der weitere Verlauf der staatlichen Gesundheitspolitik folgte den strategisch begünstigten Interventionschancen. Als sich während der zweiten Amtsperiode Eisenhowers (1956 - 1960) die Fürsprecher einer gesetzlichen Krankenversicherung neu zu formieren begannen, hatte sich der

152 Stevens, *Blurring the Boundaries*, a.a.O., S. 145 ff.

153 Vgl. Starr, *Social Transformation*, a.a.O., S. 338-358.

Schwerpunkt des Reforminteresses von einer universellen, das heißt für die gesamte Bevölkerung gültigen Krankenversicherung auf einen begrenzten Personenkreis verlagert, der nicht von der betrieblichen Krankenversicherung erfaßt wurde - die über 65jährigen. Der Status dieser Bevölkerungsgruppe, der nicht in den traditionellen, vielfach negativ behafteten Kategorien sozialer Bedürftigkeit gemessen werden konnte, und die unbestreitbare Tatsache, daß die Altersbevölkerung aufgrund höherer Morbidität und niedriger Einkommen in besonderem Maße unter den Kosten für medizinische Versorgung zu leiden hatte, reduzierte die Angriffsflächen gegen eine gesetzliche Problemlösung beträchtlich.¹⁵⁴ Der gemeinsame Widerstand konservativer Kongreßabgeordneter beider Parteien und der AMA verhinderte zwar während der Amtszeit Kennedys mehrere Gesetzesvorstöße, aber nach dem überwältigenden Wahlsieg Lyndon Johnsons 1964 verschoben sich die Mehrheitsverhältnisse zugunsten der sozialreformerisch-orientierten liberalen Demokraten. Auch die außerparlamentarischen Widerstände der AMA und anderer Interessengruppen¹⁵⁵ besaßen angesicht des eindeutigen Mandats für eine wohlfahrtsstaatliche Expansion der Great Society keine vergleichbare Durchschlagskraft wie zu Beginn der fünfziger Jahre. Im Juli 1965 konnte Präsident Johnson daher einen Zusatz zum Social Security Act unterzeichnen, der die Einführung der beiden Gesundheitsprogramme Medicare und Medicaid vorsah, die die medizinische Versorgung für Rentner ab 65 bzw. für Sozialhilfeempfänger sicherstellen sollte.

3.5 Zusammenfassung

Die Skizzierung wichtiger historischer Weichenstellungen sollte dazu dienen, den Prozeß der Institutionenbildung im Gesundheitssektor, die damit verbundenen kollektiven Lernprozesse und die Herausbildung von charakteristischen Handlungsmustern als verhaltenssteuernde Parameter aufzuzeigen. Betrachtet man die wichtigsten Organisationscharakteristika und Steuerungsmuster des Gesundheitssektors, so lassen sich daraus be-

154 Vgl. Anderson, *Health Services*, a.a.O., S. 171.

155 Siehe hierzu ausführlich Theodore R. Marmor, *The Politics of Medicare*, London: Routledge & Kegan Paul 1970 und Sheri Iris David, *To Lift a Heavy Burden: The Story of the Medicare and Medicaid Law*, Ph.D. thesis, CUNY 1982, S. 155 ff.

reits erste Schlüsse über Strukturkontingenz bzw. -kontinuität und die staatliche Handlungsfähigkeit gewinnen.

In Deutschland wurden schon bei der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung zwei grundlegende Strukturprinzipien verankert: der dezentrale Organisationsaufbau, der zwar einer staatlichen Aufsicht, aber eben keiner staatlichen Steuerung unterlag, und das damit verbundene Selbstverwaltungsprinzip, das - von Bismarck eigentlich nur »als Tropfen demokratischen Öls«¹⁵⁶ gedacht - sehr rasch zum dynamischen Kernelement des Gesundheitssektors avancierte. Der öffentlich-rechtliche Status der gesetzlichen Krankenkassen, der mit einer hoheitlichen Aufgabewahrnehmung und Zwangsmitgliedschaft einherging, wurde zum vorbildmäßigen Organisationsmodell, das schließlich auch die medizinische Profession einschloß. Um diese Grundstruktur herum entwickelte sich ein System aus Kassen- und Ärzteverbänden, die untereinander Kollektivverhandlungen zum bestimmenden Verfahren der Ressourcenverteilung ausgebaut haben. Die daraus entstandene Verbandszentrierung des deutschen Gesundheitssektors ist das bis heute entscheidende historische Erbe. Die Eigenheit des Verbändesystems besteht darin, daß es sich weniger um Verbände im Sinne von politischen »pressure groups« handelt, sondern um Vollzugsträger mit beträchtlichem Selbstregulierungspotential.

Während im deutschen Fall die dezentrale Selbstregulierung eine Domäne für intermediäre Organisationen schuf, war der Gesundheitssektor in Großbritannien stets eine staatliche Handlungssphäre. Hier setzten sich allgemeine, im Staatsaufbau begründete Tendenzen zu einer administrativen Zentralisierung durch, die nur durch die Phase zwischen 1911 und 1948 zum Stillstand kam, als in Großbritannien der Versuch einer National Health Insurance mit gewissen Anleihen am deutschen Modell unternommen wurde. Nach dem Scheitern des Versicherungsmodells und dem »externen Schock« des 2. Weltkriegs setzte sich die Tendenz zur staatlich organisierten Ressourcenverteilung in Form des NHS fort.

In den USA wirkten hingegen vollständig andere Bedingungen. Zunächst spielte der Staat als eigenständiger Akteur in der Gesundheitspolitik lange Zeit kaum eine Rolle. Die starke Fragmentierung der Verwaltung und ihre klientelistischen Bindungen an partielle Interessen verhinderten auch in Phasen, in denen staatliche Interventionen größere Realisierungschancen erhielten, die Entstehung eines universellen, das heißt für breite Bevölkerungsschichten zugänglichen Versorgungssystems. Wäh-

156 Tennstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter, a.a.O., S. 335.

rend in Deutschland und Großbritannien die Ausweitung der sozialen Sicherung ein Element sozialintegrativer Bemühungen gegenüber der Arbeiterbewegung darstellten, zeigte sich in den USA ein anderer Frontverlauf. Die Gewerkschaften waren an einer staatlichen Gesundheits- und Sozialpolitik ebensowenig interessiert wie andere gesellschaftliche Gruppierungen mit Macht und Einfluß. Das Ausbleiben staatlicher Interventionen erlangte wiederum dadurch strukturbildenden Charakter, daß der private Sektor als funktionales Äquivalent wirken konnte und die Herausbildung von Interessen begünstigte, die tendenziell gegen eine staatlich organisierte Gesundheitsversorgung gerichtet waren bzw. eine Koalitionsbildung für eine staatliche Lösung verhinderten. Für den amerikanischen Fall lassen sich die gesundheitspolitischen Entwicklungsmuster am besten unter Rückgriff auf das »developmental timing« erfassen. Die zeitliche Verzögerung von staatlichen Eingriffen ermöglichte es privaten Akteuren, den Gesundheitssektor als ihre Domäne auszubauen. Staatliche Interventionen paßten sich dieser bereits »vorstrukturierten« Situation an, indem sie einen selektiven Charakter annahmen. Dieses Handlungsmuster bestimmte auch die Interventionskapazitäten, die - auch bedingt durch eine stark fragmentierte Verwaltung - gering blieben. Trotz wachsender staatlicher Subventionierung verblieb die Mittelverwendung weitgehend unter privater Kontrolle.

Anders verlief die Entwicklung in Großbritannien. Entwicklungskrisen unterschiedlicher Art mündeten dort in der Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung, die möglich wurde, weil das Experiment einer halb staatlich/halb privaten Krankenversicherung als gescheitert galt und einen breiten gesellschaftlichen Konsens über die Rolle des Staates als zentralem Akteur in der Gesundheitsversorgung hervorrief. Im Gegensatz zu diesem tiefgreifenden gesundheitspolitischen Kontinuitätsbruch konnte sich der staatliche Gestaltungswille in Deutschland auf die Regulierung von systeminternen Konflikten, zum Beispiel zwischen Ärzteschaft und Kassen, beschränken. Der Aktionsradius der staatlichen Sozialverwaltung blieb daher vornehmlich auf die Schaffung von Rahmenbedingungen beschränkt, innerhalb derer die Steuerung der wichtigsten Leistungsparameter und Ressourcen der Selbstverwaltung oblag.

4. Charakteristika gesundheitspolitischer Netzwerke im Vergleich

Wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt sollen die Gesundheitssektoren der drei untersuchten Länder anhand eines Untersuchungsrasters beschrieben werden, das sich in fünf Variablen gliedert: Struktur, Akteure, »governance«, Handlungsmuster und Selektivität (vgl. Tabelle 2.1). Diese Variablen ergeben zusammengenommen den grundlegenden Aufbau eines Policy-Netzwerkes. Nachfolgend werden diese Grundstrukturen, eingebunden in eine deskriptive Analyse der wichtigsten Merkmale des jeweiligen Gesundheitssektors, zum Zeitpunkt des Regierungswechsels dargestellt, um so für das abschließende Kapitel 10 eine Vergleichsgrundlage zu schaffen, die Aussagen darüber ermöglicht, ob und in welchem Umfang sich die Struktur der Policy-Netzwerke nach rund einem Jahrzehnt neokonservativer Gesundheitspolitik verändert hat und so neue strategische Handlungsmöglichkeiten zur Durchsetzung von mehr Markt und Wettbewerb entstanden sind.

4.1 Struktur

Die Strukturbeschreibung gesundheitspolitischer Netzwerke bedarf zunächst des Hinweises, daß hier sowohl Organisationsmerkmale des Staates wie auch des Gesundheitssektors gleichermaßen Berücksichtigung finden. Dabei wird der Staat nicht nur als Bestandteil der Netzwerkstruktur behandelt, sondern auch als Akteur, da eine exklusive Zuordnung zu einem der beiden Netzwerkcharakteristika nicht möglich ist.

4.1.1 Großbritannien

Die drei Policy-Netzwerke weisen bezüglich ihrer Struktur klar benennbare Unterschiede auf. Der britische NHS ist durch einen dreigliedrigen hierarchischen Verwaltungsaufbau¹ gekennzeichnet, bei dem das Ministry of

¹ Die Struktur des NHS ist innerhalb Großbritanniens nicht ganz einheitlich, da für Wales, Schottland und Nordirland teils spezielle Regelungen gelten. Diese Abweichungen sind meist nicht gravierend, sondern umfassen häufig nur andere Behördenbezeichnungen bzw. Zuständigkeiten. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher nur auf England, und zwar auch dann, wenn von Großbritannien die Rede ist.

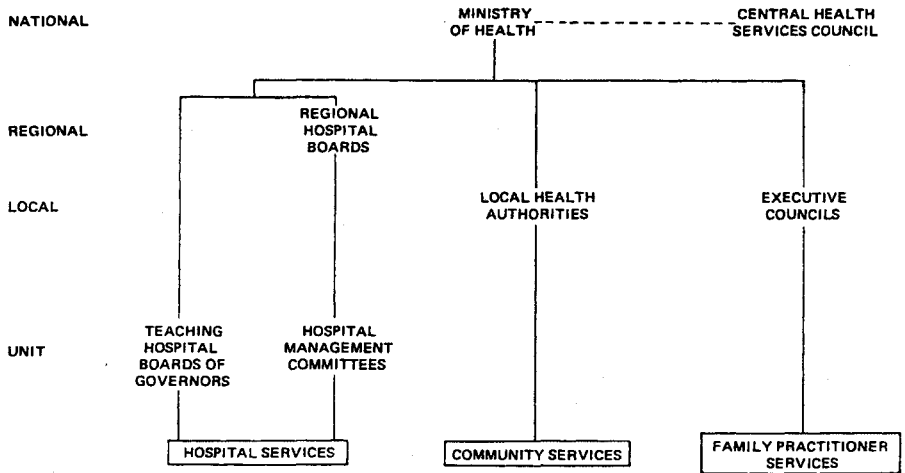
Health an der Spitze steht (vgl. Abbildung 4.1). Die Grundprinzipien der hierarchischen und »tripartistischen«² Gliederung haben im wesentlichen bis heute Bestand. Bei der Gründung des NHS wurde im Bereich der ambulanten Versorgung an bereits vorhandene Organisationsstrukturen angeknüpft. Auf der Basis der alten Insurance Committees wurden die Executive Councils geschaffen, deren Aufgabe in der administrativen und finanziellen Abwicklung der Verträge mit den General Practitioners (GPs), Zahnärzten, Apothekern und Optikern bestand. Eingriffe in die professionelle Autonomie waren von den Councils zu keinem Zeitpunkt zu befürchten: »they are mainly record-keeping and wage-dispensing agencies«.³ Für den Krankenhaussektor wurden hingegen drei vollständig neue Verwaltungseinheiten errichtet, die einer stärkeren zentralen Steuerung unterlagen. Während die akademischen Lehrkrankenhäuser durch die direkt mit dem Gesundheitsministerium verbundenen Boards of Governors einen Sonderstatus zugewiesen bekamen, wurde die Verwaltung der kommunalen und der Gemeindekrankenhäuser den Hospital Management Committees übertragen, die gegenüber den Regional Hospital Boards verantwortlich waren. Die kommunalen Gesundheitsämter (Local Health Authorities) verloren damit die Kontrolle über die Gemeindekrankenhäuser. Ihnen wurde - als drittes Glied des NHS - die öffentliche Gesundheitspflege zugewiesen, die ähnliche Aufgaben besitzt wie der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik (Schutzimpfungen, Schul- und Säuglingsgesundheitsdienste, Haus- und Gemeindekrankenpflege usw.).

Seit Einführung des NHS konzentrierten sich politische Reformbestrebungen vor allem darauf, die interne Effizienz des bestehenden Organisationsgerüsts zu verbessern. Diese strategische Orientierung kann als Resultat der Selektivität des gesundheitspolitischen Netzwerkes betrachtet werden, die auch nach 1979 ihre Bedeutung beibehielt. Schon 1962 war die Kritik geäußert worden, daß die administrative Trennung von ambulanter, stationärer und Gemeindegesundheitsversorgung vielfältige Koordinationsprobleme verursache, die nur mit Hilfe einer umfassenden Verwaltungsreform gelöst werden könnten. 1968 veröffentlichte die Labour-

2 Der Begriff »tripartistisch« bezieht sich nicht auf einen bestimmten Modus der Interessenvermittlung, sondern auf die drei separaten Versorgungsbereiche Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Gemeindemedizin und deren jeweiligen Verwaltungszug.

3 Harry Eckstein, *The English Health Service: Its Origin, Structure and Achievement*, Cambridge, MA: Harvard University Press, S. 193.

Abbildung 4.1 Die Struktur des National Health Service 1948 - 1974



Entnommen aus: Ruth Levitt und Andrew Wall, *The Reorganised National Health Service*, London: Croom Helm 1984 (3. Aufl.), S. 7.

Regierung erste Vorschläge für eine Reorganisation des NHS.⁴ Obwohl über die Notwendigkeit einer derartigen Reform ein breiter parteiübergreifender Konsens herrschte, dauerte es noch sechs Jahre, bis der NHS 1974 erstmals reorganisiert wurde. Folgende Ziele wurden mit dieser Verwaltungsreform angestrebt: eine stärkere organisatorische Integration der drei Versorgungsbereiche, mehr zentrale Kontrollmöglichkeiten bei einer gleichzeitig verstärkten demokratischen Beteiligung an den Entscheidungen im NHS, ein verbessertes Management und die Einführung eines Planungssystems.⁵ Diese Reformphilosophie entsprach der technokratischen Orientierung des damaligen Premierministers Edward Heath. Daran änderte auch der Umstand kaum etwas, das zwischen 1970 und 1974 einer

4 Vgl. Christopher Ham, *Health Policy in Britain*, Houndmills: Macmillan 1985 (2. Auflage), S. 26 ff.; Rudolf Klein, *The Politics of the National Health Service*, London: Longman 1983, S. 90 ff.

5 Vgl. Judith Alsop, *Health Policy and the National Health Service*, London: Longman 1984, S. 61. Näheres zum Planungssystem im NHS bei P.A. Tallis, *Planning in the National Health Service*, in: David Allen und James A. Hughes (Hrsg.), *Management for Health Service Administrators*, London: Pitman 1983.

der Mitbegründer des Thatcherismus, Keith Joseph, das Amt des Gesundheitsministers innehatte. Josephs Rechtswendung vollzog sich erst Ende 1974.⁶

Wie sich an der 1974 eingeführten Verwaltungsstruktur ablesen läßt, wurde das Ziel eines »integrierten« NHS nicht erreicht (Abbildung 4.2). Den größten Erfolg erzielte die 1974er Reform noch im Krankenhaussektor, dessen Verwaltung sich fortan vertikal in drei Ebenen gliederte. Aus den alten Regional Hospital Boards wurden die Regional Health Authorities (RHAs). Ihre Anzahl (14) und ihr räumlicher Zuständigkeitsbereich blieben weitgehend unverändert. Vollständig neu geschaffen wurden hingegen die 90 Area Health Authorities (AHAs), die zu rund zwei Drittel nochmals in 207 District Management Teams (DMTs) untergliedert wurden. Mit der Errichtung der AHAs verband sich seinerzeit die Hoffnung, daß diese Verwaltungseinheiten durch ihre »co-terminosity« mit anderen Gesundheitsbehörden eine Koordination der separaten Versorgungsgebiete erleichtern würden und dabei zentrale Planungsvorgaben mit lokalen Versorgungsbedürfnissen verbinden könnten.⁷ Der intermediären Position der AHAs - zwischen den mit langfristigen Planungsfragen befaßten RHAs und den für die Dienstleistungsproduktion vor Ort zuständigen DMTs - galt auch die Managementphilosophie der 1974er Reform: »maximum delegation downwards, matched by accountability upwards«.⁸

Gegen eine Integration in die »streamlined structure«⁹ des reformierten NHS setzten sich vor allem die niedergelassenen Ärzte erfolgreich zur Wehr.¹⁰ Die in Family Practitioner Committees (FPCs) umbenannten Executive Councils wurden administrativ den AHAs zugeordnet, ohne daß diese allerdings einen nennenswerten Einfluß auf die Tätigkeit der FPCs erhielten. Auch die lokalen Gesundheitsämter blieben vom administrativen Hauptteil des NHS abgekoppelt. Eine Koordination mit dem Krankenhaus- und dem ambulanten Sektor konnte - wenn überhaupt - nur durch gemeinsame Beratungsgremien (Joint Consultative Committees) erzielt werden. Die Stimme der Konsumenten sollte sich über neugeschaf-

6 Dennis Kavanagh, *British Politics. Continuities and Change*, Oxford: Oxford University Press 1985, S. 114 ff.

7 Vgl. Ruth Levitt und Andrew Wall, *The Reorganised National Health Service*, London: Croom Helm 1984 (3. Auflage), S. 18.

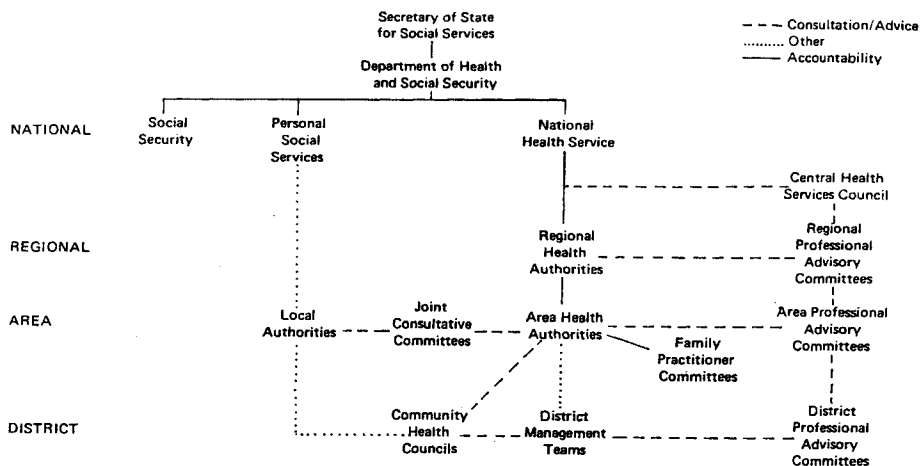
8 Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 28.

9 Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 97.

10 Vgl. Alsop, *Health Policy*, a.a.O., S. 63.

fene Community Health Councils Gehör verschaffen, die der jeweiligen AHA zugeordnet wurden.¹¹

Abbildung 4.2 Die Struktur des National Health Service 1974 - 1982



Entnommen aus: Ruth Levitt und Andrew Wall, *The Reorganised National Health Service*, London: Croom Helm 1984 (3. Aufl.), S. 16.

Noch bevor die Implementation der NHS-Reform überhaupt abgeschlossen war, mehrte sich bereits Kritik von verschiedenen Seiten.¹² Rudolf Klein hat die Konstruktionschwächen der Reorganisation folgendermaßen beschrieben: »designed to please everyone, the structure satisfied no one.«¹³ Die angestrebte Verzahnung der tripartistischen Versorgungsstruktur konnte nicht erreicht werden, vielfach wurde sogar beklagt, daß die umfangreichen Konsultationsprozeduren zu einer Verschleppung des Entscheidungsprozesses geführt hätten.¹⁴ Hinzu kam, daß die Zahl der Verwaltungsbeamten, bedingt durch die neuen Organisationselemente, beachtlich anstieg, und dies zu einem Zeitpunkt, an dem Sparmaßnahmen erstmals auch den NHS trafen. In einem Punkt herrschte, auch über Par-

11 Vgl. Christine Hogg, *The Public and the NHS*, o.O. 1986: ACHCSW.

12 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 30.

13 Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 125.

14 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 131.

teigrenzen hinweg, sehr bald Einigkeit: Die neue Verwaltungsstruktur des NHS war zu kompliziert, zu personalaufwendig und zu unbeweglich. Diese Kritik galt vor allem den neugeschaffenen AHAs, so daß noch vor dem Regierungswechsel im Mai 1979 ein breiter Konsens darüber entstanden war, daß der strukturelle Aufbau des NHS durch die Beseitigung einer Verwaltungsebene vereinfacht werden sollte. 1982 erfolgte eine erneute Reorganisation (näheres in Kapitel 6.2.3), die die Auflösung der AHAs und der DMTs zum Gegenstand hatte. An ihre Stelle traten 192 District Health Authorities (DHAs).

Die Zuständigkeit der Health Authorities erstreckt sich in erster Linie auf den Krankenhausesektor. Daneben zählt aber auch die psychologische und psychiatrische Versorgung, der Pflegeheimbereich und die Prävention zu ihren Aufgaben. In England bestehen derzeit 14 RHAs, deren jährliches Budget zwischen 50 und 200 Millionen Pfund beträgt. Je nach Größe beschäftigt eine Health Authority zwischen 2 000 und 10 000 Verwaltungsbeamte. Die RHAs sind die vorgesetzten Behörden der DHAs und verfügen über enge Kontakte zum DHSS. Die RHA sind nur für wenige Dienstleistungen direkt zuständig. Ihre wichtigste Funktion besteht in der Erarbeitung von Richtlinien und Planungsdaten für die DHAs. Diese wiederum sind für die Dienstleistungsproduktion direkt zuständig.

Die Leitung der Health Authorities erfolgt durch einen Vorstand, dem jeweils ein chairman und 16 bis 18 (DHSS) bzw. 24 (RHAs) ehrenamtliche Mitglieder (members) angehören.¹⁵ Die chairmen und Mitglieder der RHAs sowie die chairmen der DHAs werden direkt vom DHSS ernannt, während die Berufung der DHA-Mitglieder durch die zuständige RHA vorgenommen wird. Die Ernennungen erfolgen auf der Basis von Vorschlaglisten und in enger Abstimmung mit den Lokalbehörden und den Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des NHS. Unter dem Labour-Gesundheitsminister Richard Crossman begann Mitte der sechziger Jahre eine Politisierung der Postenbesetzung, so daß seither die Parteizugehörigkeit für die Berufung in den Vorstand einer Health Authority eine wichtige Rolle spielt. Im Gegensatz zu den Health Authorities

15 Zu den Funktionen der Health Authorities siehe Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 135; Stuart Haywood und H.J. Elcock, *Regional Health Authorities: Regional Government or Central Agencies?* in: Brian W. Hogwood und Michael Keating (Hrsg.), *Regional Government in Britain*, Oxford: Clarendon Press 1982; Warren Kinston, *District Health Organization*, in: *Social Policy & Administration*, 18 (1984); Stuart Haywood und Wendy Ranade, *Health Authorities: Tribunes or Prefects?* in: *Public Administration Bulletin*, No. 47 (1985).

findet die Ernennung der Mitglieder und chairmen bei den FPCs ohne Mitwirkung des DHSS statt.¹⁶ Diese relative Unabhängigkeit ist ein Resultat des Autonomiestrebens der niedergelassenen Ärzte, die die FPCs weitgehend kolonisiert haben. Gleichwohl ist festzuhalten, daß das DHSS mit seinen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Besetzung der leitenden Positionen im NHS über ein nicht unwichtiges Steuerungsinstrument verfügt.

4.1.2 USA

Während das britische Policy-Netzwerk eine relativ klare Struktur aufweist, ist der amerikanische Gesundheitssektor ein »non-system«¹⁷ geblieben, das durch eine ausgeprägte organisatorische Heterogenität gekennzeichnet ist. Anders als bei der Analyse der gesundheitspolitischen Netzwerke Großbritanniens und der Bundesrepublik, in denen die institutionelle Dominanz der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des NHS augenfällig sind, fällt eine derartige Fokussierung für den amerikanischen Fall wesentlich schwerer. Wenn hier Medicare und Medicaid als analytischer Ausgangspunkt gewählt werden, dann aus drei Gründen. Erstens vermittelt die Konstruktion der beiden Versorgungsprogramme nicht nur einen guten Einblick in die Prinzipien der amerikanischen Sozialpolitik, sondern sie lassen - zweitens - auch einige typische Handlungsmuster der Gesundheitspolitik hervortreten. Drittens haben die Folgekosten von Medicare und Medicaid dafür gesorgt, daß beide Programme stets im Mittelpunkt der staatlichen Gesundheitspolitik standen.

Da Medicare und Medicaid meist in einem Atemzug genannt werden, wird leicht übersehen, daß zwischen beiden Programmen grundlegende Unterschiede bestehen, die für die US-Sozialpolitik typische Konfliktlinien zwischen gesetzlicher versus freiwilliger Versicherung, bundesstaatlicher versus einzelstaatlicher Verwaltung und Versicherungs- versus Bedürftigkeitsprinzip reproduzieren und damit auch wichtige Aufschlüsse über die Netzwerkstruktur vermitteln. Die grundlegendste Differenz zwischen beiden Programmen besteht darin, daß Medicaid als »welfare medi-

16 Vgl. C.W. Parr und J.P. Williams, *Family Practitioner Services and their Administration*, London: Institute of Health Service Administrators 1981, S. 10.

17 Robert R. Alford, *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, Chicago: University of Chicago Press 1975, S. 257 f.

cin«¹⁸ konzipiert und der Sozialhilfe angegliedert wurde, während Medicare als administrativ-finanzielles Anhängsel der Rentenversicherung auch deren politisch schutzwürdigem Status unterliegt. Dies spiegelt sich in mehrfacher Hinsicht wider. Medicaid-Patienten können Leistungen nur im Anschluß an eine Bedürftigkeitsprüfung in Anspruch nehmen, während bei Medicare die Anspruchsberechtigung automatisch mit dem Erreichen der Altersgrenze von 65 Jahren eintritt; Medicare wird vollständig aus Bundesmitteln finanziert und zentral verwaltet, wohingegen Medicaid von den Einzelstaaten nach bundesstaatlichen Richtlinien abgewickelt und nur teilweise (zwischen 50 und 77 Prozent) durch Bundeszuschüsse finanziert wird.¹⁹ Da die bundesstaatlichen Richtlinien gewisse Gestaltungsmöglichkeiten bei der Leistungsgewährung einräumen, variieren die Medicaid-Leistungen entsprechend der Finanzkraft des jeweiligen Bundesstaates erheblich.²⁰ Begreift man Medicare und Medicaid als Kernelement des gesundheitspolitischen Netzwerkes, dann deuten speziell die Differenzen zwischen beiden Programmen daraufhin, daß zum einen die Integration eines wichtigen Netzwerksegments in ein institutionell und ideologisch stabilisierendes Sozialstaatsmodell schwach entwickelt ist, und zum anderen die klientelgebundene Programmstruktur eine interne Heterogenität hervorruft, die weder in der Bundesrepublik noch in Großbritannien zu beobachten ist.

Der Eindruck, daß die eben genannten Netzwerksegmente zudem über keine ausgeprägte Sektoralisierung verfügen, läßt sich an ihrer administrativen Struktur aufzeigen. Da beide Programme vor ihrer parlamentarischen Verabschiedung erhebliche Widerstände zu überwinden hatten, mußte die Kooperationsbereitschaft der Leistungsanbieter durch zahlreiche Konzessionen erkaufte werden. Dies wird zum Beispiel an der »Prohibition Against Any Federal Interference«-Klausel deutlich, die bundesstaatliche Kontrollen für die Implementation der Leistungsabwicklung und der Honorierung weitgehend ausschloß.²¹ Nicht minder bedeutsam

18 Näheres hierzu bei Robert Stevens und Rosemary Stevens, *Welfare Medicine in America. A Case Study of Medicaid*, New York: Free Press 1974; Karen Davis und Kathy Schoen, *Health and the War on Poverty. A Ten-Year Appraisal*, Washington, DC: Brookings 1978.

19 Vgl. U.S. Health Care Financing Administration, *Health Care Financing. Program Statistics. Medicare and Medicaid Data Book 1984*, Washington, DC: Department of Health and Human Services (HFCA Pub. No. 03210) 1986, S. 50.

20 Ebd., S. 57 ff.

21 Vgl. Frank J. Thompson, *Health Policy and the Bureaucracy. Politics and Implementation*, Cambridge MA: MIT Press 1981, S. 159.

war der Umstand, daß die Verwaltung beider Programme vertraglich an sogenannte »fiscal intermediaries« delegiert wurde, die sich gegenüber einer staatlichen Steuerung als äußerst hinderlich erwiesen. Dabei handelte es sich zum kleineren Teil um kommerzielle Versicherungsgesellschaften und zum größeren Teil um die gemeinnützigen Blue Cross und Blue Shield-Versicherungen, deren Vorstände enge personelle Verflechtungen mit der American Hospital Association (AHA) und der American Medical Association (AMA) aufwiesen. Während das Gesetz bei Medicare vorsah, daß sich die für die Krankenhausversorgung zuständigen »intermediaries« bzw. die »carriers«, die die Zusatzversicherung für ambulante Leistungen verwalten, vollständig aus privaten Versicherungsgesellschaften zusammensetzen²², übertrugen rund die Hälfte der Einzelstaaten ihre Medicaid-Verwaltung einer öffentlichen Behörde. Dieses »cooperative arrangement«²³ mit der privaten Versicherungswirtschaft hatte vordergründig vor allem einen Interessenkonflikt zwischen Profitorientierung einerseits und der Verpflichtung zur treuhänderischen Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe andererseits zur Folge²⁴, der sich daraus speiste, daß die intermediaries ihre Verwaltungskosten im Verhältnis zum Umsatz erstattet bekamen, mehr abgerechnete Leistungen also mehr Geld bedeuteten. Bedeutsamer war hingegen der Umstand, daß privatwirtschaftliche Organisationen und Verfahrensweisen in ein staatliches Versorgungsprogramm eingewoben wurden, die sich gegenüber einer bundesstaatlichen Steuerung als außerordentlich sperrig erwiesen.

Seit der Einführung von Medicare und Medicaid hat das bundesstaatliche Interventionsniveau zwar beständig zugenommen, ohne aber die zugunsten privater Interessen ausschlagende Machtbalance im Gesundheitssektor entscheidend zu tangieren. Dieser Zustand wurde 1972 in einem vielbeachteten Aufsatz von Robert Alford als »dynamics without change«²⁵ bezeichnet. Gemeint war damit, daß die Erhöhung des staatlichen Finanzengagements nicht mit der Schaffung eines korrespondierenden Steuerungsinstrumentariums einherging. Dieser Regelungsverzicht

22 Vgl. U.S. Health Care Financing Administration, Health Care Financing, a.a.O., S. 115 ff.

23 Stevens und Stevens, Welfare Medicine, a.a.O., S. 67.

24 Vgl. Judith Feder und John Holahan, Administrative Choices, in: Judith Feder, John Holahan und Theodore R. Marmor (Hrsg.), National Health Insurance. Conflicting Goals and Policy Choices, Washington, DC: Urban Institute 1980, S. 35.

25 Robert R. Alford, Health Care: Dynamics without Change, in: Politics and Society, 2 (1972).

war einer der entscheidenden Ursachen für die ab 1966 einsetzende Kostenexplosion, die eine Welle kostendämpfender Gesetzesinitiativen nach sich zog. Die zu Beginn der siebziger Jahre verabschiedeten Gesetze wiesen einen für das gesundheitspolitische Netzwerk typischen »policy mix« aus unterschiedlichen Strategieelementen auf, wobei teilweise auch neue Strukturelemente in das Netzwerk eingefügt wurden. Dem Bereich der Regulierungspolitik zugerechnet werden können die Social Security Amendments von 1972 (P.L. 92-603) und der National Health Planning and Resources Development Act von 1974 (P.L. 93-641). Beide Gesetze schufen die Grundlage für die Errichtung von Regulierungsbehörden, die mit bundesstaatlichen Mitteln finanziert wurden. In den 1972er Social Security Amendments war die Gründung von insgesamt 203 Professional Standards Review Organizations (PSROs) vorgesehen, die sich aus Ärztervertetern der jeweiligen Region zusammensetzten und die Qualität und Zweckmäßigkeit medizinischer Verordnungen - insbesondere Krankenhauseinweisungen und -verweildauer - staatlich finanzierter Gesundheitsprogramme kontrollieren sollten.²⁶ Das Ziel bestand darin, den Umfang überflüssiger Leistungen zu reduzieren. Auch der Health Planning Act sah die Gründung eines ganzen Netzwerkes von Regulierungsbehörden vor. Die auf lokaler Ebene angesiedelten 213 Health Systems Agencies (HSAs) - und die für deren Koordination zuständigen 57 regionalen State Health Planning and Development Agencies - bekamen die Aufgabe zugewiesen, Investitionen im Krankenhaussektor zu begutachten, die eine substantielle Veränderung des medizinischen Dienstleistungsangebots, zum Beispiel eine Erhöhung des Bettenbestandes, zur Folge hatten.²⁷ Als Entscheidungskriterien sollten Daten zugrunde gelegt werden, die mit der kassenärztlichen Bedarfsplanung in der Bundesrepublik vergleichbar sind. Ein negativer Bescheid bzw. die fehlende Zustimmung durch eine HSA, die sich mindestens zur Hälfte aus »Konsumenten« zusammensetzen sollte, wurde zwar nicht mit direkten Sanktionen verbunden, allerdings bestand die Möglichkeit, öffentliche Fördermittel zurückzuhalten oder die Gebührenerstattungen aus staatlichen Gesundheitsprogrammen zu reduzieren.

Die Hoffnung in die kostendämpfenden Wirkungen von PSROs und HSAs wurden noch im Laufe der siebziger Jahre enttäuscht. In einer Un-

26 Zum genauen Inhalt der Regulierungsgesetze siehe David A. Franklin und Marcia Rogers, *Legislative Control of Federal Health Care Costs*, in: *Urban Lawyer*, 15 (1983), S. 953 ff.

27 Ebd., S. 948 ff.

tersuchung des Congressional Budget Office von 1981 ging man sogar von der Schätzung aus, daß die Kosten der PSROs den Einsparungseffekt der »review procedure« um rund 60 Prozent überstiegen hätten.²⁸ Der Einfluß der HSAs ließ sich weniger gut quantifizieren, aber der Ausspruch eines Leistungsanbieters, »the local HSA is like a cloud; you can see it, but you can't feel it«²⁹, gibt die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsplanung korrekt wieder. Die Ursachen für die Wirkungslosigkeit der Regulierung durch PSROs und HSAs sind hinlänglich bekannt.

Als wesentlich für das Scheitern beider Regulierungsprogramme gilt ihre Durchsetzung mit Anbieterinteressen, die eine kostensenkende Regulierung nahezu ausschlossen. Während die PSROs von vornherein im Sinne professioneller Selbstregulierung konzipiert worden waren, galt dies für die HSAs nicht. Im Gesetzestext war allerdings der Begriff »consumer« nicht näher definiert worden, so daß mitunter auch Industrieunternehmen das Recht für sich reklamierten, als »Konsumenten« vertreten zu sein. Während die Konsumenteninteressen daher in vielen HSAs weit auseinanderklafften, konnte die homogene Anbieterseite die Entscheidungen in aller Regel zu ihren Gunsten beeinflussen. Schließlich fehlte es den HSAs und den PSROs an wirkungsvollen Sanktionsinstrumenten, um ihre Aufgaben gegenüber den Leistungsanbietern durchsetzen zu können.³⁰ Diese Erfahrungen erhielten für die Gesundheitspolitik der achtziger Jahre insofern eine besondere Relevanz, als die Kürzel »HSAs« und »PSROs« zu Inbegriffen wurden für das Scheitern regulativer Politik.

Das dritte wichtige Gesetz dieser Periode, der 1973 verabschiedete Health Maintenance Organization Act (P.L. 93-222)³¹, wurde hingegen als konkurrenzfördernde Maßnahme für den privaten Sektor diskutiert und repräsentierte den ersten Vorläufer der »competition«-Gesetze. Der Begriff »Health Maintenance Organization« (HMO) war eine Wortschöpfung des aus Minneapolis stammenden Mediziners Paul M. Ellwood, ohne dessen Aktivitäten als »politischer Unternehmer« weder das HMO-Kon-

28 Vgl. U.S. Congressional Budget Office, *The Impact of PSROs on Health-Care Costs: Update of CBO's 1979 Evaluation*, Washington, DC: Government Printing Office 1981, S. 34.

29 Zitiert nach Lawrence D. Brown, *Political Conditions of Regulatory Effectiveness: The Case of PSROs and HSAs*, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 58 (1982), S. 80.

30 Ebd., S. 82.

31 Vgl. dazu umfassend Lawrence D. Brown, *Politics and Health Care Organization. HMOs as Federal Policy*, Washington, DC: Brookings 1983.

zept popularisiert noch das entsprechende Gesetz verabschiedet worden wäre. Mit dem Kürzel »HMO« ersetzte Ellwood die früher gebräuchliche Bezeichnung »prepaid group practice«, da dieser Begriff für die amerikanische Ärzteschaft einen ähnlich bedrohlichen Beiklang hatte wie hierzulande das »Ambulatorium«. Die prepaid group practices waren aus Konsumenten- Kooperativen, betrieblichen oder kommunalen Versorgungseinrichtungen sowie aus medizinischen Fakultäten hervorgegangen, wobei das innovative Element darin bestand, daß sich Patienten - zumeist in einer größeren Gruppenpraxis - gegen eine Jahrespauschale versichern konnten. Die ökonomischen Anreizstrukturen des Organisationsmodells HMO wichen radikal von denen des traditionellen Medizinbetriebes ab. Vor allem das im voraus festgesetzte Budget sollte bei der Ärzteschaft für ein reges Interesse an der kostengünstigen Gesunderhaltung (»health maintenance«) der Versicherten sorgen bzw. durch entsprechende Kontrollen ihres Diagnose- und Therapieverhaltens durchgesetzt werden. Da das ursprüngliche HMO-Modell eine Gruppenpraxis oder ein Gesundheitszentrum mit festangestellten und besoldeten Ärzten war, schienen auch die organisatorischen Bedingungen für die Subordination der medizinischen Profession unter die wirtschaftlichen Prioritäten einer HMO günstig zu sein. Diese Form der integrierten Versicherung und Versorgung wurde von der organisierten Ärzteschaft bis weit in die siebziger Jahre hinein abgelehnt, weil Einschränkungen bei der Therapiefreiheit, bei der freien Arztwahl und beim fee-for-service-Prinzip hingenommen werden mußten.

Das politische Kalkül der HMO-Strategie, von dem Ellwood fast alle Entscheidungsträger überzeugen konnte, sah vor, daß die Anzahl der schätzungsweise 30 HMOs, die 1970 bestanden, mit Hilfe bundesstaatlicher Subventionen massiv erhöht werden sollte.³² Anfängliche Planungen gingen für das Jahr 1976 von einem Anstieg auf 1 700 HMOs mit rund 40 Millionen Versicherten aus, und schon Ende der siebziger Jahre sollten 90 Prozent der gesamten Bevölkerung in einem HMO versichert sein. Die HMOs würden dann mit niedrigen Prämien und umfangreichen Leistungskatalogen um Versicherte konkurrieren, was den nicht unerheblichen Nebeneffekt implizierte, daß die kostentreibende Honorierungsform »usual, customary and reasonable« recht bald den festen HMO-Budgets weichen würde und so der Staatshaushalt entlastet werden könnte. Die Attraktivität dieser Strategie für die republikanische Nixon-Administra-

32 Ebd., S. 221.

tion bestand nicht zuletzt darin, daß sie mit einem Minimum an staatlichen Regulierungen auszukommen versprach.

Obleich im HMO-Gesetz eine Reihe von regulierenden Maßnahmen beinhaltet waren³³, so daß manche Autoren den HMO-Sektor als »the most heavily regulated part of the entire health care industry«³⁴ sahen, basierte das HMO-Konzept auf einer markt- und wettbewerbsorientierten Philosophie³⁵, die - auch wenn die zahlenmäßige Ausbreitung von HMOs mehr als deutlich hinter den anfänglichen Projektionen zurückblieb³⁶ - als Beleg dafür gewertet werden konnte, daß auch inmitten einer regulativen Strategiephase ein ordnungspolitisch gänzlich anders geartetes Konzept politische Durchsetzungschancen besitzt. Wie eine Novelle zum Health Planning Act im Jahr 1979 zeigt³⁷, blieb der HMO-Act nicht das einzige Gesetz mit einer Marktorientierung, das schon vor Ronald Reagans Amtsantritt verabschiedet wurde.

4.1.3 Bundesrepublik

Im gesundheitspolitischen Netzwerk des Bundesrepublik stellt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die dominierende Institution dar. Die GKV ist geprägt durch eine äußerst heterogene Gliederung³⁸, die ihren Niederschlag in der Existenz von rund 1 200 Einzelkassen findet, die zudem in verschiedene Kassenarten unterteilt sind. Das wesentliche Kriteri-

-
- 33 So mußten Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten mindestens ein staatlich anerkanntes (»qualified«) HMO als Versicherungsoption anbieten. Um als qualified zu gelten und in den Genuß bundesstaatlicher Fördermittel zu gelangen, mußten HMOs eine Vielzahl von Auflagen erfüllen, die von einem festgelegten Mindestkatalog medizinischer Leistungen, über bestimmte Aufnahmeverfahren für die Versicherten (»open enrollment«), bis hin zur Festlegung der Prämienhöhe reichten. Vgl. Drew Altman und Harvey M. Sapolsky, Writing the Regulations for Health, in: Policy Sciences, 7 (1980), S. 418 ff.
- 34 Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine, New York: Basic Books 1982, S. 401.
- 35 Brown, Politics and Health Care Organization, a.a.O., S. 443.
- 36 1980 gab es in den USA 236 HMOs mit rund 9 Millionen Mitgliedern. Vgl. Interstudy, National HMO Census 1980.
- 37 Vgl. Clark Havighurst, Health Planning for Deregulation: Implementing the 1979 Amendments, in: Law and Contemporary Problems, 44 (1981).
- 38 Vgl. Theo Siebeck, Gliederung und Koordination. Kriterien für die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen 1982.

um dieser Untergliederung besteht in der berufsständischen Rekrutierung der Mitglieder. Dabei muß unterschieden werden zwischen den RVO-Kassen - dem sogenannten OBIL-Block (= Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftliche Krankenkassen) - und den Ersatzkassen, die sich durch teilweise abweichende Rechtsgrundlagen (§ 29 ff. SGB IV), eine zentralisierte bundesweite Organisation, eine allein von den Versicherten besetzte Selbstverwaltung und die (bedingt) freiwillige Mitgliedschaft von den anderen Kassenarten abheben.

Tabelle 4.1: Zahl der gesetzlichen Krankenkassen 1980 - 1987

Jahr	insges.	OKK	BKK	IKK	LKK	SKK	BKS	EK(Ar)	EK(An)
1980	1.319	272	855	156	19	1	1	8	7
1981	1.306	270	844	156	19	1	1	8	7
1982	1.286	270	825	155	19	1	1	8	7
1983	1.262	270	801	155	19	1	1	8	7
1984	1.239	270	778	155	19	1	1	8	7
1985	1.215	270	754	155	19	1	1	8	7
1986	1.194	269	734	155	19	1	1	8	7
1987	1.182	269	722	155	19	1	1	8	7

- OKK = Ortskrankenkassen
- BKK = Betriebskrankenkassen
- IKK = Innungskrankenkassen
- LKK = Landwirtschaftliche Krankenkassen
- SKK = Seekrankenkasse
- BKS = Bundesknappschaft
- EK(Ar) = Ersatzkrankenkassen für Arbeiter
- EK(An) = Ersatzkrankenkassen für Angestellte

Quelle: BMJFFG (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1987 -, Stuttgart: Kohlhammer, S. 207.

Diese organisatorische Differenzierung hat massive Konsequenzen für die gesundheitspolitische Durchsetzungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Wenig beachtet, aber von durchaus nicht zu unterschätzender Bedeutung, sind die klientelistischen Beziehungen, die die verschiedenen Kassenarten mit den Parteien verbinden. Während bei den Sozialdemokraten aus historischen Gründen eine gewisse Affinität zu den Ortskran-

kenkassen besteht, kann die FDP als Interessenwahrer ihrer Angestellten-Klientel in den Ersatzkassen betrachtet werden, und die Unionsparteien lassen sich tendenziell den arbeitgebernahen Betriebs- und Innungskrankenkassen zuordnen. Von noch größerer Bedeutung dürfte die Zersplitterung der GKV in den Beziehungen zu ihren Verhandlungspartnern sein. Lange Zeit galt als unbestritten, daß die Struktur der GKV den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erlaubt hat, die begrenzten Kapazitäten der einzelnen Kassen sowie auch die Interessendifferenzen zwischen Ersatzkassen einerseits und den RVO-Kassen andererseits honorarpolitisch zu ihrem Nutzen auszuspielen. Letzteres wurde unter anderem möglich durch das Bestreben der Ersatzkassen, ihre vergleichsweise günstige Position zu stabilisieren. Nicht selten waren die Ersatzkassen(verbände) auch auf Kosten eines gemeinsamen Vorgehens mit anderen Kassenverbänden darauf bedacht, ihre Sonderstellung - einschließlich der daraus erwachsenen Vorteile - herauszustreichen. In der Vergangenheit wurden bei Honorarverhandlungen häufig Verträge abgeschlossen, die über denen anderer Kassenarten lagen. Mit dieser Honorarpolitik wurde beabsichtigt, den Versicherten eine privilegierte Behandlung in der ambulanten Versorgung zu sichern; denn neben dem Leistungsangebot gehört die vermeintlich bessere ärztliche Versorgung zu den wichtigsten Wettbewerbsvorteilen der Ersatzkassen. Mittlerweile hat die Relevanz dieser These jedoch abgenommen, da der Kostendruck auch für die Ersatzkassen honorarpolitische Alleingänge zunehmend weniger attraktiv erscheinen läßt und die Koordination zwischen den Kassenverbänden bei den Honorarverhandlungen angestiegen ist.³⁹

Von ebenfalls großer Bedeutung für die Stellung der Kassen im gesundheitspolitischen Netzwerk ist die funktionale Aufwertung der Landes- und Bundesverbände, die bereits in der historischen Entwicklung der GKV zu einem Instrument für die Koordinierung nach innen und die Interessenvertretung nach außen geworden waren. Die Rechtsgrundlage für die Errichtung von Landesverbänden ist § 414 RVO, der jeweils einen Landesverband für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vorschreibt, dem die einzelnen Krankenkassen als Pflichtmitglieder angehören, ohne das allerdings eine Weisungsbefugnis der Landesverbände besteht. Es bestehen zu den Einzelkassen analoge Selbstverwaltungseinrich-

39 Vgl. Theo Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Wintertein, (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin: Duncker & Humblot 1984, S. 82.

tungen.⁴⁰ Die Aufgaben der Landesverbände bestehen zum einen in der Beratung und Unterrichtung der Mitgliedskassen sowie der rechtlichen und verbandspolitischen Interessenvertretung nach außen und zum anderen in der Durchführung von Vertragsverhandlungen mit den Leistungsanbietern, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen und den regionalen Krankenhausgesellschaften. Seit den siebziger Jahren ist nun eine Aufgabenverlagerung auf die Landesverbände zu beobachten, die einen gleichzeitigen Funktionsverlust für die Krankenkassen auf der Ortschaftsebene nach sich gezogen hat.⁴¹ Neben administrativen Funktionen, wie dem Betrieb von gemeinsamen Rechenzentren, wird die Vertragspolitik in zunehmendem Maße von den Landesverbänden wahrgenommen.

Besonderer Hervorhebung bedürfen die KVen, die auch im internationalen Vergleich eine einmalige Form der Institutionalisierung ärztlicher Verbandsmacht darstellen. Im Gegensatz zu den Kammern haben die KVen eine explizit ökonomische Zielsetzung.⁴² Sie sind qua Gesetz (§ 368k Abs. 2 RVO) die wirtschaftliche Interessenvertretung derjenigen Ärzte, die an der medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV teilnehmen. Die Mitgliedschaft ist daher nur für Ärzte zwingend, die eine Kassenarztzulassung beantragen. De facto ist für das wirtschaftliche Überleben die Beschränkung auf privatversicherte Patienten nicht ausreichend, so daß durchaus von einer Zwangsmitgliedschaft gesprochen werden kann. Die wichtigsten Aufgaben der KVen bestehen in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen, in der Einhaltung des sogenannten Sicherstellungsauftrages, der die Verpflichtung beinhaltet, für die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten im ambulanten Sektor Sorge zu tragen, und die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot, gegenüber den Kassenärzten zu überwachen.

40 Zu den Landesverbänden vgl. Renate Mayntz, Wolfgang Klitzsch und Erich Uebeländer, Analyse von Planungs- und Steuerungsschwerpunkten der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens, Forschungsbericht im Auftrage des BMA, Köln 1980, und zur Binnenstruktur einzelner Krankenkassen: Christa Altenstetter, National Health Initiatives and Local Health-Insurance Carriers: The Case of the Federal Republic of Germany, in: dies. (Hrsg.), Innovation in Health Policy and Service Delivery, Cambridge, MA: Oelschläger, Gun & Hain 1981, und Gerd Göckenjan, Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitspolitik, in: Soziale Welt, 31 (1980).

41 Vgl. Mayntz u.a., Analyse, a.a.O., S. 33 ff.

42 Vgl. Ernst-E. Weinhold, Unsere KV - eine Solidargemeinschaft - Behörde - Genossenschaft?, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Nr. 5 (1985).

Auf der Bundesebene wird die Verhandlungsführung mit den Kassen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wahrgenommen, die auch als Vertretung der Kassenärzte an den Sitzungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAG) teilnimmt. Infolge der Verlagerung von Verhandlungs- und Kommunikationsprozessen auf die Bundesebene, die seit der Einführung der KAG stattgefunden hat, ist auch das politische Gewicht der KBV erheblich gestiegen. Sie ist heute der maßgebliche Ansprechpartner für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Mitunter haben diese Kontakte und die nicht immer den Erwartungen der Kassenärzte entsprechenden Verhandlungsergebnisse den KBV-Funktionären an der ärztlichen Basis den Vorwurf eingetragen, Handlanger des Arbeitsministeriums zu sein. Bislang hat es allerdings der öffentlich-rechtliche Status und die daraus abgeleitete Zwangsmitgliedschaft den einzelnen KVen gestattet, internen Widerstand zu unterdrücken und Verhandlungsergebnisse wirkungsvoll bis an die Basis zu exekutieren.

Obwohl die insgesamt dezentrale und durchaus differenzierte Struktur des bundesdeutschen Policy-Netzwerkes den Eindruck einer starken Fragmentierung zu erwecken vermag, lassen sich verschiedene Faktoren benennen, die eine derartige Einschätzung nicht bestätigen. Auf eine ausgeprägte ideelle Verklammerung deutet etwa der Umstand hin, daß in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik sehr viel häufiger als in anderen Ländern mit »Prinzipien« argumentiert und operiert wird. Jeder nur halbwegs informierte Diskussionssteilnehmer wird auf Antrieb in der Lage sein, mindestens ein halbes Dutzend »Ordnungsprinzipien« aufzulisten, die dann in aller Regel mit dem nachdrücklichen Anspruch auf ihre normative Geltungskraft verwendet werden. Dabei handelt es sich um mehr als nur um deskriptive Begriffe. Im gesundheitspolitischen Vokabular spiegeln sich spezifisch deutsche Sozialstaatstraditionen und Bezugspunkte der gesundheitspolitischen Vorstellungswelt wider, so daß hier von einer »institutionalized thought structure«⁴³ gesprochen werden kann, die den Wahrnehmungshorizont der Akteure maßgeblich strukturiert.

Zentraler Stellenwert kommt dem Institut der »Selbstverwaltung« zu.⁴⁴ Dieses zumeist unter demokratietheoretischen Gesichtspunkten be-

43 Brinton H. Milward, *Interorganizational Policy Systems and Research on Public Organizations*, in: *Administration & Society*, 13 (1982), S. 472.

44 Eine grundlegende Darstellung bieten Harald Bogs u.a., *Soziale Selbstverwaltung. Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*, Bd. I, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen 1977.

gründete Prinzip bedeutet in der Praxis, daß selbstverwaltete Körperschaften über eine - durch staatliche Rechtsaufsicht überwachte - Satzungs- und Finanzautonomie verfügen und ihre Leitungsgremien (Vertreterversammlung, Vorstand, Geschäftsführung) von den Mitgliedern gewählt werden. Es sind allerdings weniger die realen Handlungsmöglichkeiten oder die - eher gering zu veranschlagenden - Teilhaberechte der Mitglieder an den Entscheidungen dieser Organisationen, die der Selbstverwaltung einen nahezu unantastbaren und für das deutsche Sozialstaatsmodell zentralen Status verliehen haben, als vielmehr dessen symbolische Bedeutung, die einerseits im Anspruch nach staatlichem Interventionsverzicht begründet ist und andererseits auch in anderen Zweigen der Sozialversicherung, der kommunalen Selbstverwaltung oder der Organisation von Industrie- und Handwerkskammern Anwendung findet. Dem Selbstverwaltungsprinzip kommt damit der Status eines gesamtgesellschaftlichen Ordnungsmodells zu, was auf eine starke ideologische und institutionelle Verankerung im Sozialstaatsprinzip schließen läßt.

Für die Beziehungen zwischen den Kassen und den medizinischen Leistungserbringern hat sich das Sachleistungsprinzip als zentrale Regelung herauskristallisiert.⁴⁵ Historisch aus den Defiziten der medizinischen Infrastruktur hervorgegangen, sieht das Sachleistungsprinzip (§ 11 ff. Sozialgesetzbuch I) vor, daß die gesetzlichen Krankenkassen medizinische Dienstleistungen »in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell« sowie »rechtzeitig und ausreichend« (§ 17 Abs. 1 und 2 SGB I) zur Verfügung stellen müssen. Damit ist regelmäßig auch impliziert, daß es nicht ausreicht, den Versicherten nur einen Geldbetrag zur Verfügung zu stellen, sondern daß die Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen sicherzustellen ist. Da das Kassenarztrecht den Sicherstellungsauftrag den kassenärztlichen Vereinigungen überantwortet hat, werden die zur Durchführung des Sachleistungsprinzips notwendigen Beziehungen zwischen den Selbstverwaltungsträgern durch ein »Regime der Verträge« - so eine gängige Formulierung aus dem Sozialrecht - gesteuert. Das Sachleistungsprinzip hat also das für die Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern strukturbildende Instrument des Kollektivvertrages hervorgebracht, der wiederum durch permanente und rechtlich gestützte Kontakte zu einer starken Verflechtung zwischen den Akteuren geführt hat.

45 Vgl. Joachim Müller und Jürgen Wasem, Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - sozial- und gesundheitspolitisch vertretbare Alternative zum Sachleistungsprinzip? in: Zeitschrift für Sozialreform, 33 (1987).

Auf der Beitragsseite ist das Solidar(itäts)prinzip für die gesetzlichen Krankenkassen konstitutiv.⁴⁶ Im Unterschied zu den privaten Krankenversicherungen, die ihre Prämien und Leistungen nach dem Äquivalenzprinzip, also in Abhängigkeit vom individuellen Versicherungsrisiko ermitteln, werden die Beiträge in der GKV als fester Prozentsatz des Arbeitseinkommens erhoben, wobei alle Versicherten einschließlich der Familienmitglieder Anspruch auf die gleichen Leistungen erwerben. Dieses Solidarmodell bewirkt verschiedene finanzielle Umverteilungsprozesse, deren Ziel in einer einkommensunabhängigen Leistungsgewährung für alle Versicherten besteht. Trotz verschiedener Einwände, wie der These von der abnehmenden sozialen Schutzbedürftigkeit infolge gestiegener Individualeinkommen⁴⁷, wird die Existenzberechtigung des Solidarausgleichs politisch kaum ernsthaft in Frage gestellt.

Die hier aufgelisteten Ordnungsprinzipien haben teilweise auch einen institutionellen Niederschlag gefunden, der sich insbesondere dann offenbart, wenn man die unterschiedlichen Steuerungsverfahren betrachtet. Vielen Beobachtern erscheint die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAG) als auffälligstes Merkmal des bundesdeutschen Gesundheitssektors, der daher häufig als korporatistisches Politikfeld⁴⁸ eingestuft wird. Das vom Sachleistungsprinzip geprägte Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen weist hingegen Merkmale einer verbandsgesteuerten Selbstregulierung auf, während sich im Krankenhaussektor eine stärker etatistisch ausgeprägte Steuerungsvariante auf regionaler Ebene findet, so daß die Charakterisierung der Gesundheitspolitik als »korporatistisch« zumindest unvollständig ist. Die wichtigsten Prozesse der Ressourcenverteilung finden durch die Verbände statt, was einen Kritiker zu der Bemerkung veranlaßte, daß »die staatliche Verantwortung (. . .) bis an die Grenzen des offenkundigen Mißbrauchs verbandsmäßig organisierten Gruppen

46 Siehe hierzu grundlegend: Walter Bogs u.a., Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquôte-Kommission, Stuttgart: Kohlhammer 1966.

47 Vgl. Meinhard Miegel, Die verkannte Revolution - Einkommen und Vermögen der privaten Haushalte, Stuttgart 1983.

48 Vgl. zum Beispiel Ulrich Billerbeck, Gesundheitspolitik und Korporatismus, in: ders., Rainer Erd und Otto Jacobi (Hrsg.), Korporatismus und gewerkschaftliche Interessenvertretung, Frankfurt/M.-New York: Campus 1982; Fritz Schnabel, Politischer und administrativer Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Diss. Konstanz 1980, S. 347 ff.

Tabelle 4.2 Teilnehmer der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

Gesetzliche Krankenversicherung	(14)
1. Bundesverband der Ortskrankenkassen	3
2. Bundesverband der Betriebskrankenkassen	2
3. Bundesverband der Innungskrankenkassen	2
4. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	2
5. Bundesknappschaft	2
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.	3
Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.	
Private Krankenversicherungen	(2)
7. Verband der privaten Krankenversicherung e.V.	2
Ärzte und Zahnärzte	(11)
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung	3
9. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	2
10. Bundesärztekammer	5
11. Bundesverband der Deutschen Zahnärzte	1
Krankenhäuser	(3)
12. Deutsche Krankenhausgesellschaft	3
Apotheker	(1)
13. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	1
Pharmaindustrie	(3)
14. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	3
Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände	(12)
15. Deutscher Gewerkschaftsbund	4
16. Deutsche Angestellten-Gewerkschaft	1
17. Deutscher Beamtenbund	1
18. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	6
Gemeinden und Länder	(16)
19. Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände	3
20. Arbeitsminister und Senatoren der Bundesländer	11
21. Gesundheitsministerkonferenz	1
22. Arbeits- und Sozialministerkonferenz	1
Bund	(2)
23. Bundesministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit	1
24. Bundesministerium für Wirtschaft	1

25. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung	unbegrenzt
	64

Quelle: Klaus-Dirk Henke, Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos 1988, S. 115 f.

übertragen worden«⁴⁹ sei. Die Steuerung durch Verbände, die miteinander in Verhandlungsbeziehungen stehen, ist das zweifelsohne wichtigste Charakteristikum des bundesdeutschen Gesundheitssektors. Auf der anderen Seite hat sich die schon in der Weimarer Republik einsetzende Indienstnahme der Kassen- und Ärzteverbände durch den Staat auch in der Bundesrepublik in Gestalt der KAG fortgesetzt, die 1978 als Bestandteil des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes von 1977 geschaffen wurde.

Aufgaben und Arbeitsweise der KAG sind in der Reichsversicherungsordnung (§ 405a RVO) geregelt. Demzufolge haben die Beteiligten »medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten« zu »entwickeln« und jeweils bis zum 31. März eines jeden Jahres Empfehlungen über eine »angemessene Veränderung« der Gesamtvergütung der KVen und eines Arzneimittelhöchstbetrages abzugeben. Diese Empfehlungen sollen in den Vertragsverhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KVen (bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen) »angemessen berücksichtigt werden« (§ 368f Abs. 4 RVO). Zweitens sollen »Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen« (§ 405a Abs. 1 RVO) diskutiert werden. Hierfür tritt die KAG zweimal im Jahr zusammen: zu einer Frühjahrssitzung, die den medizinisch-wirtschaftlichen Orientierungsdaten gewidmet ist, und zu einer Herbstsitzung, bei der strukturelle Fragen im Vordergrund stehen sollen. Die Teilnehmer sind in § 405a Abs. 2 RVO aufgeführt. Sie werden durch den Bundesarbeitsminister, dem auch die Federführung der KAG obliegt, berufen:

Nach einigen anfänglichen Erfolgen in der Phase zwischen 1978 bis 1980 hat die Wirksamkeit der KAG als Kostendämpfungsinstitution erheblich nachgelassen.⁵⁰ Hierfür sind mehrere Faktoren verantwortlich. Zunächst muß bedacht werden, daß die KAG nur »Empfehlungen« ohne rechtliche Verbindlichkeit aussprechen kann, die wiederum von den Verbänden lediglich »angemessen« zu berücksichtigen sind. Eine zweite

49 Christian von Ferber, Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik, in: Gegenwartskunde 32, Sonderheft 4, (1983), S. 114.

50 Näheres hierzu bei Helmut Wiesenthal, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Frankfurt/M.: Campus 1981; Zur Anfangsphase der KAG vgl. Werner Hugger, Handlungsspielräume und Entscheidungsfähigkeit des politisch-administrativen Systems in der Bundesrepublik Deutschland untersucht am Beispiel Gesundheitswesen, Speyerer Forschungsberichte 10, Speyer 1979, S. 134-202. Zu einer neueren Einschätzung siehe Gudrun Eberle, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 34 (1985).

Schwäche der KAG besteht in der Konstruktion der vom BMAS vorgelegten Orientierungsdaten. In der Praxis der KAG hat sich zwar der Grundlohnsummen-Zuwachs als wichtigste Orientierungsgröße herauskristallisiert, die Meinungsverschiedenheiten über die Angemessenheit rein ökonomischer Orientierungsdaten haben jedoch seit 1982 dazu geführt, daß kaum noch quantitative Empfehlungen ausgesprochen wurden.⁵¹ Nicht selten wird die KAG daher als gescheitert betrachtet oder gar als »institutionalisierte Bankrotterklärung des Staates«⁵² gewertet. Allerdings gilt es zu bedenken, daß die KAG kein staatliches Interventionsinstrument darstellt und als solches auch gar nicht konzipiert wurde. Streng genommen handelt es sich lediglich um ein Instrument des Informationsaustauschs, das einem etablierten Verbands- und Verhandlungssystem vorgelagert wurde, um Ärzte- und Kassenverbände in die Lage zu versetzen, die Kostenentwicklung mit Hilfe eines zwar staatlich konzertierten Datenaustauschs zu regulieren, aber eben ohne weitere staatliche Interventionen in ihre Handlungsfreiheit.

Die Annahme, daß die nachlassende Wirksamkeit der Steuerung »mit leichter Hand« gleichbedeutend sei mit einem generellen Funktionsverlust der KAG, ist daher übereilt. Die eigentliche Wirkung der KAG bestand in der Institutionalisierung eines kontinuierlichen Kommunikationsprozesses zwischen Staat und Interessenverbänden⁵³, der nicht unbedingt zu einer Einigung über Kostenzuwächse führen muß, sondern eher als Forum für politische Tauschgeschäfte genutzt wird. Dabei ist durchaus offen, wer wen für seine Ziele einzuspannen vermag. So kann sich für den Arbeitsminister ein Steuerungsgewinn aus der öffentlichen Anprangerung von Kostensteigerungen ergeben, umgekehrt können die Verbände ihre Anliegen durch die Verknüpfung mit finanziellen Zugeständnissen in politisch attraktiver Form präsentieren. Der Umstand, daß die KAG trotz ausbleibender Erfolge an der Kostenfront »im großen und ganzen als nützliche Einrichtung gesehen«⁵⁴ wird, kann als Beleg dafür gewertet werden, daß die Akteure einen gewissen Nutzen von den stabilen Kontakt- und Konzertierungsmöglichkeiten in der KAG sehen. Daher darf die Be-

51 Ein Überblick zu den bisherigen Empfehlungen findet sich bei Klaus-Dirk Henke, Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos 1988, S. 139 ff.

52 So der Kronberger Kreis, zitiert nach ebd., S. 133.

53 Ebd., S. 129.

54 Ebd., S. 128.

deutung dieser Institution für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse, besonders im Vorfeld von Gesetzesvorhaben, nicht unterschätzt werden.

4.2 Akteure

Die Akteurskonstellationen in den hier behandelten Ländern sind weniger klar voneinander zu unterscheiden als die Strukturmerkmale. Allerdings zeichnen sich insbesondere im Hinblick auf die Anzahl der Akteure, ihre gesundheitspolitischen Zielperspektiven und die Handlungsfähigkeit - insbesondere des Staates - einige charakteristische Differenzen ab.

4.2.1 Großbritannien

Die Einführung des NHS hat im britischen Fall eine zahlenmäßige Reduktion der gesundheitspolitisch relevanten Akteure bewirkt. So verloren die vormals einflußreichen Approved Societies ihren Status als gesetzliche Krankenversicherungsträger und mußten sich auf den privaten Versicherungsmarkt beschränken. Während die kommerziellen Versicherungsunternehmen vor allem im Bereich der Lebensversicherung Fuß fassen konnten, sanken die gewerkschaftseigenen Versicherungsträger und die Friendly Societies zur Bedeutungslosigkeit herab.⁵⁵ Die privaten Versicherungsgesellschaften blieben neben der pharmazeutischen Industrie für lange Zeit die einzigen relevanten Akteure des privaten Gesundheitssektors. Durch die Verstaatlichung verschwanden auch die Krankenhäuser als eigenständige Interessengruppe aus dem Netzwerk. Die British Hospital Association wurde 1948 aufgelöst. An ihre Stelle trat die Association of Independent Hospitals (AIH) als Interessenvertretung der rund 200 - zumeist kleinen - Privatkrankenhäuser, die von der Verstaatlichung ausgenommen blieben.⁵⁶ Politisch ist dieser Verband lange Zeit kaum in Erscheinung getreten. Einen Funktionsverlust mußten auch die lokalen Behörden hinnehmen, deren Aufgaben im Krankenhausesektor auf die NHS-

55 Vgl. Arnold J. Heidenheimer, *Unions and Welfare State Development in Britain and Germany: An Interpretation of Metamorphosis in the Period 1910-1950*, IIVG-dp/80-209, Wissenschaftszentrum Berlin 1980, S. 41; 57.

56 Vgl. Eckstein, *The English Health Service*, S. 178.

Verwaltung verlagert wurden. Mit den Verwaltungsbeamten des NHS trat ein neuer Akteur in das Policy-Netzwerk hinzu, in dem nunmehr drei Hauptakteure dominierten: das Ministry of Health (ab 1968 durch die Zusammenlegung mit dem Sozialversicherungsministerium umbenannt in Department of Health and Social Security (DHSS)), die medizinische Profession und die NHS-Verwaltung.

a) Staat

Über die staatliche Handlungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik besteht in Großbritannien ebenso wenig Einigkeit wie über die generelle »Stärke« oder »Schwäche« des Staates.⁵⁷ Das Parlament spielt in der Gesundheitspolitik, abgesehen von einigen Ausschüssen, die einen Einfluß auf das »agenda setting« ausüben können, als eigenständiger Akteur keine nennenswerte Rolle.⁵⁸ Die »target structure« (Almond) für organisierte Interessen ist im britischen System typischerweise die gesetzestvorbereitende Ministerialverwaltung. Als entscheidende politische Steuerungsinanz fungiert demzufolge das DHSS. Dem britischen Sprachgebrauch folgend bezieht sich hier die Verwendung des Begriffs »Zentrum« nicht auf das Parlament oder das Kabinett, sondern auf das DHSS.

Das DHSS gehört mit rund 5 000 Mitarbeitern zu den größten britischen Ministerien. Die schiere Größe des »giant department«⁵⁹ und die Existenz von zwei unterschiedlichen und intern auch getrennten Politikbereichen⁶⁰ gelten als wesentliche Ursachen für die wiederholt aufgetretenen administrativen Leitungsprobleme des DHSS. Die jeweiligen Minister (Secretary of State) sind durch Arbeitsanfall in zunehmendem Maße auf ihre Staatssekretäre (Minister of Health bzw. Social Security) angewiesen.

57 Vgl. Hugh Berrington, *British Government: The Paradox of Strength*, in: Dennis Kavanagh und Gillian Peele (Hrsg.), *Comparative Government and Politics*, London: Heinemann 1984.

58 Vgl. Stuart Haywood, *The Politics of Management in Health Care: A British Perspective*, in: *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 8 (1983), S. 430; Philip Norton, *The British Polity*, London: Longman 1984, S. 175 ff. Die Monographie von Steven Ingle und Philip Tether, *Parliament and Health Policy: the Role of MPs 1970-1975*, London: Gower 1982, ist nur eine Studie über das Abstimmungsverhalten von Hinterbänkclern.

59 Vgl. Peter Nairne, *Managing the DHSS Elephant: Reflections on a Giant Department*, in: *Political Quarterly*, 54 (1983) und ders., *DHSS and the NHS: Can the Elephant turn White?* in: *Hospital and Health Services Review*, 76 (1981).

60 Vgl. Levitt und Wall, *The Reorganised National Health Service*, a.a.O., S. 32 ff.

Zusammen mit den parlamentarischen Staatssekretären (junior ministers) bilden sie den Gegenpol (»countervailing influence«)⁶¹ zu den Ministerialbeamten. Die Existenz der »Whitehall Mandarins« stellt allerdings nicht das Hauptproblem für die staatliche Handlungsfähigkeit dar.

Da es der Staat in der britischen Gesundheitspolitik vornehmlich mit seinem eigenen Verwaltungsunterbau - RHAs, DHAs und FPCs - zu tun hat, sind die Zentrum-Peripherie-Beziehungen von ausschlaggebender Bedeutung. Im Gegensatz zu anderen Politikbereichen, bei denen die Machtverhältnisse erkennbar zugunsten der Zentrale gelagert sind,⁶² gehen die Einschätzungen hinsichtlich des NHS auseinander. Ein ehemaliger Staatssekretär hat die Beziehungen zwischen DHSS und den Health Authorities dahingehend beschrieben, daß »the Department proposes and other authorities dispose.«⁶³ Auch gehört es nicht zu den Extrempositionen, wenn das DHSS als »Gefangener« des NHS eingestuft⁶⁴ oder die Frage aufgeworfen wird, ob in der britischen Gesundheitspolitik überhaupt von einem Zentrum die Rede sein könne.⁶⁵ Zwar wird auch immer wieder die Auffassung vertreten, daß der NHS eine hierarchische Pyramide darstellt, die der strikten Kontrolle durch das DHSS unterliegt⁶⁶, aber die vorherrschende Meinung räumt dem DHSS zu Beginn der achtziger Jahre nur begrenzte Handlungsmöglichkeiten gegenüber dem NHS ein. Diese Auffassung muß nun insofern relativiert werden, als sie einer spezifisch britischen Problemsicht entspringt, die aus der vergleichenden Perspektive nur schwer nachvollzogen werden kann. Die zentralstaatliche Steuerungskapazität - selbst wenn sie aus der Perspektive des DHSS durchaus nicht reibungsfrei verläuft - ist in Großbritannien erheblich stärker entwickelt als in der Bundesrepublik und den USA.

Das DHSS verfügt über verschiedene Mittel zur Durchsetzung seiner Politik, wobei die zweifellos wichtigsten Hebel in der Kontrolle über die

61 Levitt and Wall, *The Reorganised National Health Service*, a.a.O., S. 35.

62 Vgl. Norton, *The British Polity*, a.a.O., S. 209 ff.; Kavanagh, *British Politics*, a.a.O., S. 268 ff.

63 Nairne, *Managing the DHSS Elephant*, a.a.O., S. 247.

64 Vgl. W.J.M. MacKenzie, *Power and Responsibility in Health Care. The National Health Service as a Political Institution*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1980, S. 166.

65 Vgl. David J. Hunter, *Centre-Periphery Relations in the National Health Service: Facilitators or Inhibitors of Innovation*, in: Kenneth Young (Hrsg.), *National Interests and Local Government*, London: Heinemann 1983, S. 135.

66 Vgl. Nick Davidson, *A Question of Care. The Changing Face of the National Health Service*, London: Michael Joseph 1987, S. 17.

Ausgaben des NHS und die Ressourcenplanung bestehen. Dies unterscheidet das DHSS grundlegend von den entsprechenden Ministerien in der Bundesrepublik und den USA. Das zweite wichtige Instrument ist die Vorbereitung von Gesetzen. Diese Funktion bedarf keiner näheren Ausführungen, da sie weitgehend den bundesdeutschen Gegebenheiten entspricht. Eine dritte Handlungsressource resultiert aus den Eigenheiten des britischen Verwaltungsrechts.

Für den hier behandelten Zusammenhang ist besonders die »delegated« bzw. »secondary legislation« relevant, mit der der Ermessensspielraum der Exekutive bei der Gesetzesimplementation bezeichnet wird. Im Unterschied zu Großbritannien erfolgt die Steuerung des Verwaltungshandelns in der Bundesrepublik sehr viel stärker durch Konditionalbestimmungen, die der Verwaltung einen geringeren Entscheidungsspielraum lassen.⁶⁷ In Großbritannien eröffnen hingegen die meisten Gesetze der Exekutive weitgehende Regelungskompetenzen für die Gesetzesimplementation und -anwendung.⁶⁸ Die Ausweitung der delegated legislation fand in enger Verbindung mit dem Ausbau des britischen Wohlfahrtsstaates statt. Da zum Beispiel mit dem National Insurance Act von 1911 und dem National Health Service Act von 1948, der noch immer die Rechtsgrundlage für die Existenz des NHS bildet, im Hinblick auf die Verwaltungsstruktur, die Finanzierung und die Leistungsabwicklung völliges Neuland betreten wurde, enthielten beide Gesetze nur skizzenhafte Regelungen, die den zuständigen Ministerien beachtliche Handlungsmöglichkeiten einräumten.⁶⁹

Das wichtigste und gebräuchlichste Instrument, mit dem die Ministerien zu den nachgeordneten Behörden in Kontakt treten, sind die sogenannten »circulars«.⁷⁰ Ihre Bedeutung und Bindungswirkung variiert erheblich: »Central government circulars (. . .) contain advice and guidance to local authorities; at times (. . .) they may have the tone of instruc-

67 Vgl. Niklas Luhmann, Lob der Routine, in: ders., Politische Planung, Opladen: Westdeutscher Verlag 1971.

68 Vgl. Harry W.R. Wade, Administrative Law, Oxford: Clarendon Press 1965, S. 253 f.

69 Vgl. hierzu allgemein Bernhard Schwartz und Harry W.R. Wade, Legal Control of Government. Administrative Law in Britain and the United States, Oxford: Clarendon Press 1972, S. 97.

70 Siehe hierzu J.A.G. Griffith, Central Departments and Local Authorities, London: Allen & Unwin 1966, S. 54 f.; Neil Hawke, Introduction Into Administrative Law, London: E.S.C. Publishers 1984, S. 47.

tions.«⁷¹ Auch in der Anwendung von circulars können Unterschiede zwischen einzelnen Ministerien festgestellt werden. So wurde Mitte der sechziger Jahre dem Ministry of Health eine »laissez-faire attitude«⁷² nachgesagt. Mitte der siebziger Jahre, als die Planungswelle den NHS überspülte, hatte sich auch das Verhältnis zwischen dem DHSS und den Health Authorities verändert. Im Jahr 1975 verschickte das Erziehungsministerium insgesamt 15 circulars, das Umweltministerium bereits 127 und das DHSS sogar 321.⁷³ Allein die Menge der circulars läßt natürlich noch nicht auf die Art des Umgangs zwischen verschiedenen Verwaltungshierarchien schließen. Die circulars beinhalten in der Regel noch Auslegungsspielräume, andererseits besitzen sie vielfach auch Weisungscharakter.⁷⁴ Theoretisch könnte das DHSS auf die strikte Einhaltung zentraler Vorgaben pochen, allerdings entspräche dies nicht dem kooperativen Verwaltungsstil im NHS. Denn das für die britische Politik typische Konsultationsprinzip findet nicht nur im parlamentarischen Raum Anwendung, sondern auch im Verwaltungsverkehr. So gilt zum Beispiel für den NHS: »the Minister of Health's voluminous regulations for the administration of the national health service represent a kind of treaty between the government and the medical profession, and to make them without the fullest consultation would be unthinkable.«⁷⁵ Vorläufige Fassungen von circulars und anderen regierungsamtlichen Dokumenten werden daher in der Regel mit der Bitte um Stellungnahme an die Health Authorities versandt.

Da eine spürbare Interessendifferenzierung zwischen Zentrum und Peripherie besteht, müssen außer dem DHSS auch die Health Authorities als gesonderter Akteur berücksichtigt werden. Seit 1974 verfügt die NHS-Verwaltung mit der National Association of Health Authorities (NAHA) über einen eigenständigen Interessenverband, der bei der gesundheitspolitischen Willensbildung, insbesondere bei Anhörungen vor dem Parlament, als »the voice of the NHS«⁷⁶ mitwirkt. Die NAHA ist dabei immer als klarer Befürworter der bestehenden Strukturen des NHS aufgetreten.

71 Kavanagh, *British Politics*, a.a.O., S. 247. Näheres zur rechtlichen Bindungswirkung von circulars bei Alan Parkin, *Public Law and the Provision of Health Care*, in: *Urban Law and Policy*, 7 (1985), S. 112 ff.

72 Vgl. Griffith, *Central Departments*, a.a.O., S. 515.

73 Vgl. Bryan Stoten, *Health*, in: Stewart Ranson, George Jones und Kiran Walsh (Hrsg.), *Between Center and Locality*, London: Allan & Unwin 1985, S. 227.

74 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 144 f., und Parkin, *Public Law*, a.a.O.

75 Schwartz und Wade, *Legal Control of Government*, a.a.O., S. 98.

76 NAHA, *Working for the NHS*, a.a.O., 1983.

b) Ärzteschaft

Ein typisches Merkmal der britischen Ärzteschaft ist ihr außergewöhnlich hoher Organisationsgrad. 1986 waren 72,5 Prozent (= 62 667) aller britischen Ärzte Mitglied der BMA.⁷⁷ Trotz der Statusunterschiede und Interessendifferenzen zwischen consultants und den niedergelassenen Allgemeinmedizinern (GPs) hat sich neben der BMA kein konkurrierender Facharztverband etablieren können. Der Differenzierung zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern wurde organisationsintern durch die Einrichtung von weitgehend autonomen Committees Rechnung getragen, die die spezifischen Interessen verschiedener Arztgruppen, unter anderem bei Tarifverhandlungen, auch nach außen repräsentieren.⁷⁸ Als Vertretung der GPs fungiert der General Medical Service Council (GMSC), während die consultants durch das Central Committee for Hospital Medical Services vertreten werden. Als Reaktion auf die - während der siebziger Jahre zunehmenden - Interessenunterschiede zwischen den »senior physicians« (consultants) und den »junior physicians« (Assistenzärzte)⁷⁹ wurde 1973 ein spezielles Hospital Junior Staff Committee eingerichtet. Trotz der Binnendifferenzierung und der Existenz mehrerer kleiner Ärzteverbände⁸⁰, wird die BMA von der medizinischen Profession und von staatlicher Seite uneingeschränkt als legitime Interessenvertretung der Ärzteschaft anerkannt.

Die Royal Colleges, die bei der Interessenvermittlung während des Konflikts um die NHS-Gründung eine wichtige Rolle einnahmen, gelten seither als weitgehend unpolitisch. Diese Einschätzung besagt allerdings nicht, daß die Royal Colleges in der britischen Gesundheitspolitik keine Rolle spielen, denn sie sind in allen wichtigen Beratungsgremien des NHS präsent, sondern daß sie ihre Positionen nur außerordentlich selten in typischer »pressure group«-Manier zum Ausdruck bringen und mehr »im stillen« wirken.

Das Gros der in der BMA organisierten Ärzte gilt politisch als dem traditionellen Tory-Flügel der Konservativen Partei nahestehend, der den

77 Vgl. British Medical Association, Annual Report, London 1986, S. 24.

78 Vgl. Harry Eckstein, Pressure Group Politics: the Case of the British Medical Association, London: Allen & Unwin 1960, S. 62 ff.; Why GPs Join the BMA, London: BMA 1985, S. 7.

79 Vgl. Susan Treloar, The Junior Hospital Doctors' Pay Dispute 1975-1976, in: Social Policy, 10 (1981).

80 Vgl. Klein, The Politics of the National Health Service, a.a.O., S. 89 f.

NHS schon kurz nach seiner Gründung akzeptierte. Aufgrund dieser politischen Orientierung ist die BMA ebenfalls zu den Befürwortern des Gesundheitsdienstes zu rechnen: »from being the main opponents of the NHS, the doctors had in effect become the strongest force for the status quo.«⁸¹ Zwar gab es während der sechziger Jahre zeitweise Bestrebungen, das Modell der privaten Krankenversicherung zu fördern; interessanterweise stießen diese Bemühungen, die vor allem vom Private Practice Committee der BMA ausgingen⁸², bei den Mitgliedern der BMA auf keine sonderliche Resonanz. Nicht anders erging es den Autoren einer Studie über die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, für die die BMA eigens eine Kommission eingesetzt hatte. Der 1970 veröffentlichte Bericht⁸³ gelangte zu einer insgesamt positiven Einschätzung der Versicherungsfinanzierung und stieß damit auf heftige Ablehnung bei der Ärzteschaft. Der Vorsitzende der Kommission, Ivor Jones, während der sechziger Jahre »the most dominant figure in medico-politics«⁸⁴ und Vorsitzender des Private Practice Committee, erlebte daraufhin einen jähen Sturz aus dem medizinischen Establishment - nach dem Verlust aller Ämter erschien sein Name nicht einmal mehr in den »Honours Lists« der BMA.⁸⁵

c) Gewerkschaften

Nicht nur die Ärzte, sondern auch die Arbeiter und Angestellten des NHS weisen einen außerordentlich hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrad auf, der 1978 bei 76 Prozent der Beschäftigten lag.⁸⁶ Die NHS-Gewerkschaften spielen nicht nur in den industriellen Beziehungen der über 965 000 Beschäftigten⁸⁷ eine Rolle, sondern auch im politischen Entscheidungsprozeß, wo sie zu den striktesten Verfechtern der traditionellen

81 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 57.

82 Vgl. Samuel Mencher, *Private Practice in Britain. The Relationship of Private Medical Care to the National Health Service*, London: G. Bell & Sons 1967, S. 82 ff.

83 Vgl. British Medical Association, *Health Services Financing*, London: BMA 1970.

84 So das *British Medical Journal*, zitiert nach Ray Whitney, *National Health Crisis. A Modern Solution*, London: Shephard-Walwyn 1988, S. 145.

85 Vgl. ebd., S. 145.

86 Vgl. Keith Barnard und Stephen Harrison, *Labour Relations in Health Services Management*, in: *Social Science & Medicine*, 22 (1986), S. 1218.

87 Vgl. DHSS, *The National Health Service in England. Annual Report 1985-86*, London: HMSO 1986, S. 45.

NHS-Prinzipien gehören. Mit dieser Orientierung prägen die NHS-Gewerkschaften auch die Organisationskultur des Gesundheitsdienstes. 1980 gab es im NHS nicht weniger als 46 Einzelgewerkschaften⁸⁸, von denen aber nur drei aufgrund ihrer Mitgliederzahl hervorhebenswert sind: die beiden größten Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes, die National Association of Public Employees und die National and Local Government Officers' Association, deren Mitgliederbestand von 663 800 bzw. 752 100 sich nur zum kleineren Teil aus NHS-Beschäftigten zusammensetzt, und die auf den NHS beschränkte Confederation of Health Service Employees mit rund 213 000 Mitgliedern.⁸⁹ Bei der Mitgliedschaft gibt es vielfältige Überlappungen.⁹⁰ Besonders Krankenschwestern und Geburtshelferinnen, die mit 401 200 Beschäftigten die größte Berufsgruppe im NHS bilden, sind nicht nur gewerkschaftlich organisiert, sondern werden auch durch das Royal College of Nursing bzw. das Royal College of Midwives vertreten, die im Gegensatz zu den medizinischen Royal Colleges ein klar gewerkschaftlich orientiertes Selbstverständnis haben.⁹¹

d) Konsumenten

Der britischen Sozialpolitik ist das Selbstverwaltungsmodell, wie es in Deutschland besteht, weitgehend fremd geblieben. Es verwundert daher auch kaum, daß bei der Gründung des NHS für die Konsumenten keine direkten Beteiligungsmöglichkeiten vorgesehen waren. Eine institutionelle Verankerung ihrer Interessen fand erst im Rahmen der 1974er Reform des NHS statt. Die wichtigste Neuerung war die Einrichtung von rund 200 Community Health Councils, die als Vertretung der Konsumenten fungieren sollten.⁹² Ihre Kompetenzen blieben jedoch weitgehend auf Beratungsfunktionen beschränkt. Mit Ausnahme der Schließung von örtlichen Krankenhäusern verfügen die CHCs über keinerlei Veto-Rechte. Entsprechend gering ist ihre gesundheitspolitische Durchsetzungsfähigkeit:

88 Vgl. E.G.A. Armstrong und Susan B. Herd, *Industrial Relations*, a.a.O., S. 311. Eine Liste der NHS-Gewerkschaften findet sich bei Levitt und Wall, *The Reorganised National Health Service*, a.a.O., S. 265 f.

89 Vgl. Trades Union Congress, *Directory 1987*, London: TUC 1987.

90 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 112; Barnard und Harrison, *Labour Relations*, a.a.O., S. 1218.

91 Vgl. Royal College of Nursing, *What the RCN Stands for*, London: RCN 1987.

92 Vgl. Alsop, *Health Policy*, a.a.O., S. 195 ff., und Hogg, *The Public*, a.a.O.

»CHCs may make their greatest impact in providing information which gives new perspectives to problems«. ⁹³ Ähnliches gilt für die nationale Interessenvertretung, die Association of Community Health Councils. Auf bessere Durchsetzungschancen können hingegen kleine und hochgradig spezialisierte Konsumentengruppen hoffen. Hierzu zählen Age Concern, Help the Aged oder die National Association for Mental Health ⁹⁴, die in der Öffentlichkeit und bei staatlichen Stellen mit der Darstellung der gesundheitlichen Probleme ihrer Klientel beachtliche finanzielle Unterstützung mobilisieren konnten. Die von den Konsumentenorganisationen befürworteten Positionen lassen den Schluß zu, daß hier keine Steuerrevolteure oder Verfechter einer privaten Gesundheitsvorsorge am Werk sind, die auf Sozialstaatsabbau oder größere Wahlfreiheit pochen, sondern daß die Konsumentenrolle stets die Befürwortung des NHS impliziert.

Abschließend muß an dieser Stelle auf einen Akteur eingegangen werden, der bisher nicht grundlos unerwähnt blieb. Es zählt zweifelsohne zu einer Eigenheit der britischen Gesundheitspolitik, daß die Arbeitgeber als Akteur so gut wie gar nicht in Erscheinung treten. Dies kann plausibel damit begründet werden, daß der NHS ein sowohl kostengünstiges wie auch gegenüber der betrieblichen Nutzung der Arbeitskraft neutral wirkendes Versorgungssystem darstellt ⁹⁵, das den Arbeitgebern, die im Unterschied zur Bundesrepublik und den USA keinen direkten Finanzierungsbeitrag zu leisten haben, kaum Anlaß für gesundheitspolitische Aktivitäten geboten hat.

4.2.2 USA

Die Akteurskonstellation im amerikanischen Policy-Netzwerk ist durch eine starke Fragmentierung gekennzeichnet, die sowohl für den Staat wie auch für das Verbändesystem gilt: »fragmented groups face a divided government«. ⁹⁶ Diese Charakterisierung scheint jedoch auf den ersten Blick

93 Alsop, Health Policy, a.a.O., S. 197.

94 Vgl. Stuart Haywood und David J. Hunter, Consultative Processes in Health Policy in the United Kingdom: A View from the Centre, in: Public Administration, 69 (1982), S. 156 ff.; Ham, Health Policy in Britain, a.a.O., S. 108 f.

95 Vgl. Fritz Böhle und Hanna Kaplonek, Interessenvertretung am Arbeitsplatz und Reformen im Gesundheitsschutz. Das Beispiel Großbritannien, Frankfurt/M. - New York 1980.

96 Wilson, Why is there no Corporatism, a.a.O., S. 225.

nicht ohne weiteres plausibel. Denn über Jahrzehnte hinweg wurde das gesundheitspolitische Netzwerk geprägt von einer Handvoll großer Interessenverbände, wie der AMA und der AHA, die einen unübersehbaren Beleg für die durchaus vorhandene Fähigkeit amerikanischer Interessengruppen darstellten, Repräsentationsmonopole zu etablieren. Autoren wie Robert Salisbury⁹⁷ oder Graham Wilson⁹⁸ haben auch stets die Verbände des legendären »farm block«, die Gewerkschaften oder Arbeitgeberorganisationen herangezogen, um ihre - zweifellos zutreffende - These von der Fragmentierung des Verbandesystems und den daraus resultierenden Problemen für korporatistische Arrangements in den USA zu erhärten. Dieser Widerspruch läßt sich entschärfen, wenn man bedenkt, daß alle wichtigen Untersuchungen, die den Ruf der AMA als mächtige und vor allem monopolartig organisierte Interessenvertretung der Ärzteschaft begründet haben, kaum über die erste Hälfte der sechziger Jahre hinausreichen⁹⁹, während Salisbury und Wilson ihren Analysen die Interessengruppen-Landschaft der späten siebziger Jahre zugrundegelegt haben.

Während der siebziger Jahre hat nun die Anzahl der Verbände ebenso sprunghaft zugenommen wie der Umfang ihrer Aktivitäten¹⁰⁰, so daß das Verbandesystem im Vergleich zu den beiden Nachkriegsjahrzehnten durch eine verstärkte Fragmentierung gekennzeichnet ist. Als Ursachen dieser Entwicklung gelten im wesentlichen die Zunahme staatlicher Aktivitäten und der daraus entstehende Zwang für Interessengruppen, bei einer wachsenden Zahl politischer Entscheidungsprozesse präsent zu sein; die Reform des Ausschußwesens im Kongreß, die die Anzahl der »points

97 Vgl. Robert H. Salisbury, *Why no Corporatism in America?* in: Philippe C. Schmitter und Gerhard Lehmbruch (Hrsg.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, London - Beverly Hills: Sage 1979.

98 Vgl. Graham K. Wilson, *Why is there no Corporatism in the United States?* in: Gerhard Lehmbruch und Philippe C. Schmitter (Hrsg.), *Patterns of Corporatist Policy-Making*, London - Beverly Hills: Sage 1982, und ders., *Interest Groups in the United States*, Oxford: Clarendon Press 1981.

99 Siehe zum Beispiel Oliver Garceau, *The Political Life of the American Medical Association*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1941; Elton Rayack, *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*, Cleveland: World Publishing Comp. 1967; Rosemary Stevens, *American Medicine and the Public Interest*, New Haven: Yale University Press 1970; Theodore R. Marmor, *The Politics of Medical Care*, Chicago: Aldine 1973.

100 Vgl. Kay L. Schlozman und John T. Tierney, *More of the Same: Washington Group Activity in a Decade of Change*, in: *Journal of Politics*, 45 (1983); Jack L. Walker, *The Origin and Maintenance of Interest Groups in America*, in: *American Political Science Review*, 77 (1983).

of access« erhöht hat;¹⁰¹ das Auftauchen neuer politischer »issues« (Umweltpolitik, Verbraucherschutz, Arbeitssicherheit usw.), die die Entstehung neuer Verbände gefördert haben; der mit dem Anwachsen der Verbände einhergehende Konkurrenzkampf um politischen Einfluß, der eine Eigendynamik nach dem Prinzip »for every McDonalds there is a Burger King«¹⁰² in Gang gesetzt hat; und schließlich das Anwachsen der Mitarbeiterstäbe im Kongreß, daß dazu führte, daß Interessenverbände ebenfalls personell aufrüsten müssen, um ihren Einfluß in den von Experten beherrschten »technopols«¹⁰³ zu wahren.

Inwiefern die wachsende Fragmentierung des Verbändesystems die politische Durchsetzungsfähigkeit organisierter Interessen gegenüber dem Staat beeinflusst hat, läßt sich kaum generell beantworten. Auf der einen Seite haben Untersuchungen zu Gesetzgebungsprozessen der siebziger Jahre gezeigt, daß die AMA ebenso wie die AHA in der Lage waren, Gesetzesvorhaben zu ihren Gunsten zu beeinflussen oder gar vollständig zu kippen.¹⁰⁴ Hierbei handelte es sich aber fast ausschließlich um die Abwehr staatlicher Interventionen, was - andererseits - darauf hindeutet, daß die bis weit in die siebziger Jahre gängige These, die Verbände der medizinischen Dienstleister könnten Kongreß und Exekutive ihre Forderungen nach Verabschiedung bestimmter Gesetze aufzwingen¹⁰⁵, an Relevanz eingebüßt hat.

a) Staat

Wenn im amerikanischen Fall vom »Staat« die Rede ist, so muß dabei die Existenz von zumindest vier eigenständigen Akteuren vorausgesetzt werden: das Weiße Haus als Basis der Machtausübung des Präsidenten, das

101 Vgl. Schlozman und Tierney, *More of the Same*, a.a.O., S. 368 ff.

102 Edward C. Page, *Political Authority and Bureaucratic Power. A Comparative Analysis*, Brighton: Weatsheaf Books 1985, S. 96.

103 Vgl. Hugh Heclo, *Issue Networks and the Executive Establishment*, in: Anthony King (Hrsg.), *The New American Political System*, Washington, DC: AEI 1978, S. 105.

104 Vgl. Paul J. Feldstein und Glenn Melnick, *Congressional Voting Behaviour on Hospital Legislation: An Exploratory Study*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8 (1984); Robert K. Keiser und Woodrow Jones, *Do the American Medical Association's Campaign Contributions Influence Health Care Legislation?* in: *Medical Care*, 24 (1986).

105 Vgl. Paul J. Feldstein, *Health Associations and the Demand for Legislation*, Cambridge, MA: Ballinger 1977.

für die Gesundheitspolitik zuständige Department of Health and Human Services (DHHS), der Kongreß und seine zahlreichen Ausschüsse sowie die Einzelstaaten. Zum allgemeinen Verständnis politischer Entscheidungsprozesse in den USA soll an dieser Stelle auf einige wichtige Eigenheiten des politischen Systems eingegangen werden.

Besonders charakteristisch an der Regierungsorganisation ist die von Richard Neustadt herausgearbeitete gleichzeitige Trennung und Funktionsverschränkung - »separate institutions, sharing powers«¹⁰⁶ - von Exekutive und Legislative. Besonders das allein dem Kongreß zustehende Recht der Gesetzesinitiative hat die Rolle der beiden Gewalten geprägt. Im Gegensatz zum britischen Unterhaus und dem deutschen Bundestag nimmt der Kongreß eine eigenständige Rolle im politischen Entscheidungsprozeß ein, was sich am Beispiel von Gesetzeseingaben illustrieren läßt. Während in der Bundesrepublik 73 Prozent und in Großbritannien sogar 93 Prozent aller parlamentarisch verabschiedeten Gesetze auf Regierungsvorlagen zurückgehen, entstehen in den USA 90 Prozent aller erfolgreichen Gesetzesinitiativen im Kongreß.¹⁰⁷ Daher besitzen amerikanische Ministerien im Unterschied zur britischen und deutschen Ministerialverwaltung weniger gesetzvorbereitende Funktionen. Ihre wichtigsten Aufgaben liegen in der Implementation. Entsprechend geringer fällt auch ihr Gewicht im politischen Entscheidungsprozeß aus. Während das Kabinettsprinzip in der Bundesrepublik und - mit Abstrichen - in Großbritannien zu den grundlegendsten politischen Entscheidungstechniken gehört, wird ein Kabinett in der amerikanischen Verfassung überhaupt nicht erwähnt.¹⁰⁸ Im amerikanischen Präsidialsystem liegt die alleinige Verantwortung für die Exekutive beim Präsidenten. Seine Kontrollmöglichkeiten sind vor allem Dank der gewachsenen Bedeutung des Office of Management and Budget (OMB) gestiegen.

Nun ist bekannt, daß sich die amerikanische Ministerialverwaltung - von den Sonderbehörden des Bundes gar nicht zu reden - schon aufgrund der relativen Eigenständigkeit der »bureaus« einer hierarchischen Steuerung nach europäischem Vorbild entzieht. In besonderem Maße gilt das für das DHHS. Bereits der Umstand, daß das DHHS über den größten Etat aller Ministerien verfügt, weist ihm eine bedeutsame Stellung zu.

106 Zitiert nach Peter Lösche, Parteienstaat Bundesrepublik - Koalitionsbildungsstaat USA, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen, 20 (1989), S. 284.

107 Vgl. Page, Political Authority and Bureaucratic Power, a.a.O., S. 69 und 72.

108 Vgl. Rudolf Steinberg, Politik und Verwaltungsorganisation, Baden-Baden: Nomos 1979, S. 86 ff.

Nicht minder bedeutsam ist der Umstand, daß das DHHS auch von der Personalausstattung her zu den größten Ministerien in Washington zu rechnen ist. Im Zusammenspiel mit dem umfangreichen Zuständigkeitsbereich haben diese Charakteristika dem DHHS den Ruf als »unmanageable« oder als »political minefield«¹⁰⁹ eingetragen, was zumindest an der durchschnittlichen Amtsdauer der Secretaries von nur rund 2 1/4 Jahren eine gewisse Bestätigung findet. Ein Teil der Steuerungsprobleme läßt sich auf die Entstehungsgeschichte des Ministeriums zurückführen, das 1953 als »holding company«¹¹⁰ aus der Zusammenlegung mehrerer Gesundheits- und Sozialbehörden hervorging. Die aus dieser Gründungsphase herrührende hohe Subsystemautonomie der einzelnen Abteilungen¹¹¹ hat im Laufe der Zeit zwar abgenommen, blieb aber im Organisationsgedächtnis der Verwaltung haften.

Da die »melange of activity«¹¹² aus Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik nur schwer zu einem kohärenten Aufgabenprofil integriert werden konnte, haben die zentrifugalen Kräfte innerhalb des Ministeriums erheblichen Einfluß erlangt. 1982 gab es im DHHS allein für die Gesundheitsversorgung 220 gesonderte Budgetposten (»categorical programs«), für die auch eine Vielzahl getrennter bureaux zuständig waren.¹¹³ Teilweise geht dies auf das Interesse des Kongresses zurück, der mit Hilfe zweckgebundener Budgetposten seine Kontrollmöglichkeiten gegenüber der Exekutive stärken möchte, teilweise sind auch klientelistische Beziehungen zu organisierten Interessen für die fragmentierte Struktur des DHHS verantwortlich: »Special Interests favoring particular policies seek the support of others to pass narrowly defined legislation embodying their goals (...)«.¹¹⁴ Das DHHS kann daher als typisches Beispiel für in den USA so ausgeprägte Verwaltungssegmentierung angesehen werden.

Die politischen und administrativen Steuerungsprobleme, die von dieser Fragmentierung ausgingen, haben das Gesundheitsministerium wiederholt zum Gegenstand von umfangreichen Reorganisationsbemühun-

109 George D. Greenberg, Constraints on Management and Secretarial Behaviour at HEW, in: Polity, 13 (1980), S. 59.

110 Ebd., S. 73.

111 Ebd., S. 60.

112 Vgl. Eugene Feingold und George D. Greenberg, Health Policy and the Federal Executive, in: Theodor Litman und Leonard J. Robbins (Hrsg.), Health Politics, Policy and the Public Interest, New York: John Wiley 1984, S. 100.

113 Ebd., S. 100 ff.

114 Greenberg, Constraints on Management, S. 64.

gen werden lassen.¹¹⁵ 1977 wurde die Verwaltung von Medicare und Medicaid in der neugeschaffenen Health Care Financing Administration (HCFA) zusammengeführt; 1980 wurde das Office of Education ausgliedert und in ein eigenständiges Ministerium - das Department of Education - umgewandelt und das Department of Health, Education and Welfare in DHHS umbenannt; 1982 wurden innerhalb des DHHS aus einem Zusammenschluß von mehreren Verwaltungseinheiten die Health Resources and Services Administration errichtet. Hierbei ist das Bestreben deutlich erkennbar, die Segmentierung der Verwaltung zu vermindern und leistungsfähigere Subsysteme zu schaffen.

Die für die Gesundheitspolitik bedeutsamste Reorganisation war zweifellos die Gründung der HCFA.¹¹⁶ Insbesondere konnte die administrative Fragmentierung zwischen Medicare und Medicaid partiell überwunden werden, was zum Beispiel bei der Qualitäts- und Abrechnungskontrolle die staatlichen Durchgriffsmöglichkeiten gestärkt hat. Gegenüber dem Public Health Service, dem die Administration von 200 Gesundheitsprogrammen obliegt, weist die HCFA mit nur 10 Programmen ein deutlich niedrigeres Segmentationsniveau auf.¹¹⁷ Die ebenfalls 1977 verabschiedeten Medicare-Medicaid Anti-Fraud and Abuse Amendments (P.L. 95-142) schufen zudem die gesetzlichen Grundlagen für die Sammlung und Analyse umfangreicher Datenbestände aus dem Krankenhaussektor¹¹⁸ und eröffneten der HCFA ein neues Betätigungsfeld mit erheblichen Interventionspotentialen. Durch die Trennung der Medicare-Verwaltung von der Social Security Administration, in der traditionellerweise ein eher passiver Verwaltungsstil vorherrschte¹¹⁹, und die Einrichtung einer vollständig neuen Abteilung mit einem vergrößerten Aufmerksamkeitshorizont, entwickelte sich in der HCFA ein aktivistisches Politikverständnis, das für die Gesundheitspolitik der Reagan-Administration bedeutsam werden sollte.

115 Vgl. Feingold und Greenberg, *Health Policy*; George D. Greenberg, *Reorganization Reconsidered: The U.S. Public Health Service 1960 - 1973*, in: *Public Policy*, 23 (1975).

116 Vgl. Alan P. Balutis, *The Reorganization of the Department of Health Education, and Welfare: What Happened, Why and So What?*, in: Robert D. Miewald and Michael Steinman (Hrsg.), *Problems in Administrative Reforms*, Chicago: Nelson-Hall 1984.

117 Vgl. Feingold und Greenberg, *Health Policy*, a.a.O., S. 101.

118 Vgl. Lawrence D. Brown, *Technocratic Corporatism and Administrative Reform in Medicare*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11 (1985), S. 591.

119 Ebd., S. 591, und Marmor, *The Politics of Medical Care*, a.a.O., S. 73 und 123.

Die eigenständige Rolle, die der Kongreß im Politikprozeß einnimmt, unterscheidet das politische System der USA grundlegend von dem Großbritanniens und der Bundesrepublik. Das latente Konkurrenzverhältnis zwischen Legislative und Exekutive hat im Zusammenspiel mit der fehlenden Fraktionsdisziplin und den außerordentlich komplizierten Entscheidungsprozeduren im Kongreß zur Folge, daß eine Berechenbarkeit politischer Entscheidungen nach bundesdeutschem oder britischem Vorbild kaum möglich ist.¹²⁰ Seit Anfang der siebziger Jahre hat zudem eine tendenzielle Machtverschiebung zugunsten des Kongresses stattgefunden, die die Komplexität des Entscheidungsprozesses noch weiter gesteigert hat. Da diese Weichenstellungen auf die Gesundheitspolitik der achtziger Jahre einen erheblichen Einfluß ausgeübt haben, sei hier kurz auf die Kongreßreformen eingegangen.

Die von den New Deal-Reformen unter Roosevelt ausgehende Stärkung exekutiver Machtbefugnisse hat in den USA ihren Niederschlag im Begriff der »imperial presidency« gefunden. Gemeint war damit die wachsende Dominanz des Präsidenten gegenüber dem Kongreß, die in den sechziger Jahren unter Kennedy und Johnson besonders deutlich wurde. Seit der Amtsübernahme durch Richard Nixon im Jahr 1969 verschlechterten sich die Beziehungen zwischen Kongreß und Weißem Haus rapide. Daß die Demokraten im Kongreß über die Mehrheit verfügten, war ein wichtiger, aber nicht der entscheidende Grund. Nixon war im Gegensatz zu seinen beiden Amtsvorgängern an Budgetkürzungen des durch den Vietnam-Krieg und hohe Inflationsraten stark defizitären Haushalts interessiert und blockierte aus diesem Grund wiederholt die Freigabe von Geldern, die vom Kongreß bereits bewilligt worden waren.¹²¹ Die systematische, auch gegen die oppositionellen Demokraten gerichtete Nutzung des sogenannten »impoundment« durch den Präsidenten war einer der entscheidenden Gründe, die den Kongreß 1974 zur Verabschiedung des Congressional Budget and Impoundment Control Act (P.L. 94-344) veranlaßten, dessen ausdrückliches Ziel es war, »to regain the power of the purse«. ¹²² Gleichzeitig sollte auch die Handlungsfähigkeit des Kongresses

120 Einen guten Überblick bieten die Aufsätze von Werner Jann, Kein Parlament wie jedes andere. Die veränderte Rolle des Kongresses im politischen System der USA, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen, 17 (1986), und ders., Gesetzgebung in den Vereinigten Staaten von Amerika, in: Zeitschrift für Gesetzgebung, 3 (1988).

121 Vgl. James L. Sundquist, The Decline and Resurgence of Congress, Washington, DC: Brookings Institution 1981, S. 199 ff.

122 Ebd., S. 199.

bei Haushaltsfragen und der Eindämmung der Staatsausgaben verbessert werden.¹²³

Als besonders bedeutsam erwies sich das neue, erstmals kodifizierte und mit einem festen Terminplan versehene Budgetbewilligungsverfahren, für dessen geordneten Ablauf zwei gesonderte Haushaltsausschüsse im Senat und im Abgeordnetenhaus eingerichtet wurden. Die entscheidende Änderung gegenüber dem vorher praktizierten Verfahren bestand in der Einführung der »concurrent resolutions«, die den Kongreß unabhängig von der Zustimmung des Präsidenten zur Abstimmung über einen Gesamthaushalt verpflichten.¹²⁴ Um dieses Verfahren zu koordinieren, wurde mit der Einrichtung der beiden Budget Committees eine wichtige institutionelle Reform durchgeführt, mit der sich auch die Hoffnung verband, den Haushaltsentscheidungsprozeß transparenter zu gestalten, um so bei den Abgeordneten die Einsicht in die Notwendigkeit von Einsparungen zu stimulieren. Die idiosynkratische Interessenlage in den zahlreichen Ausschüssen hatten vor 1974 häufig den Überblick über den Gesamthaushalt vermissen lassen. Mit dem »reconciliation process«, der es den zustimmungspflichtigen Ausschüssen untersagt, kostenwirksame Änderungen im veranschlagten Gesamtbudget vorzunehmen und nur noch eine Zustimmung bzw. Ablehnung des gesamten Haushaltsplanes zuläßt, wurde den Haushaltsausschüssen ein wirksames Instrument zur Herbeiführung einer endgültigen Entscheidung geschaffen. Mit der Einführung eines eigenständigen parlamentarischen Budgetverfahrens und der Erhöhung der personellen und analytischen Ressourcen durch das neugeschaffene Congressional Budget Office, dessen Daten den Kongreß von den Vorlagen des OMB unabhängig gemacht haben, ist es dem Kongreß zwar gelungen, die Dominanz des Präsidenten und seiner Haushaltsbehörde, des OMB, im Budgetprozeß zu mindern, der Entscheidungsprozeß wurde dadurch allerdings - entgegen den ursprünglichen Erwartungen - nicht eben erleichtert.

Nicht unwesentlich haben dazu die Reformen des Ausschußsystems beigetragen, die ebenfalls in der ersten Hälfte der siebziger Jahre stattfanden.

123 Vgl. Alan Schick, *Congress and Money*, Washington, DC: Urban Institute 1980, S. 51 ff.

124 Ebd., S. 60; John W. Ellwood, *The Great Exception: The Congressional Budget Process in an Age of Decentralization*, in: Lawrence C. Dodd und Bruce I. Oppenheimer (Hrsg.), *Congress Reconsidered*, Washington, DC: Congressional Quarterly Press 1985 (3. Auflage).

den.¹²⁵ Die politisch weitreichendste Maßnahme war dabei die Einführung und zahlenmäßige Ausdehnung der ständigen Unterausschüsse, deren große Bedeutung sich im Begriff des »subcommittee government«¹²⁶ widerspiegelt. Die subcommittees haben zusätzlich zur Fragmentierung des parlamentarischen Entscheidungsprozesses beigetragen. Während die gesundheitspolitische Zuständigkeit im deutschen Bundestag auf zwei Ausschüsse (Arbeit und Soziales; Gesundheit) und im britischen Unterhaus gar nur auf einen Ausschuß (Social Services Committee) beschränkt ist, sind im Kongreß für dieses Politikfeld immer wenigstens vier »full« bzw. »subcommittees« zuständig.¹²⁷ Außerdem ist mit der Person des Unterausschuß-Vorsitzenden ein »policy politician«¹²⁸ als neuer Akteur hinzutreten, der die Autonomie und Interessen seines subcommittees mit ebensolchem Nachdruck vertritt wie der Vorsitzende des full committee. Mit der Reform des Ausschußwesens war überdies auch ein erheblicher Ausbau der Mitarbeiterstäbe verbunden, die in der immer komplizierter werdenden Gesetzgebungsmaschinerie mittlerweile zu einer eigenständigen und kaum noch entbehrlichen Kraft geworden sind.

Die Kongreßreformen der siebziger Jahre hatten vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik.¹²⁹ Zunächst erscheint es als äußerst unwahrscheinlich, daß so umfangreiche Gesetzgebungsprozesse wie Medicare und Medicaid heute überhaupt die Chance einer Verabschiedung hätten. Denn die Dezentralisierung des Entscheidungsprozesses durch die Unterausschüsse hat nicht nur die Interessendifferenzierung bei den Abgeordneten erhöht, sondern auch neue Zugangsmöglichkeiten für organisierte Interessen geschaffen. Anstelle klarer Frontverläufe treten daher fallweise wechselnde Koalitionen mit partikular formulierten Interessen, so daß sich Handlungsspielräume noch am ehesten bei ambivalent gehalten

125 Vgl. hierzu ausführlich David E. Price, *Congressional Committees in the Policy Process*, in: Lawrence C. Dodd und Bruce I. Oppenheimer (Hrsg.), *Congress Reconsidered*, Washington, DC: Congressional Quarterly Press 1985 (3. Auflage).

126 Christopher J. Deering und Steven S. Smith, *Subcommittees in Congress*, in: Lawrence C. Dodd und Bruce I. Oppenheimer (Hrsg.), *Congress Reconsidered*, Washington, DC: Congressional Quarterly Press 1985 (3. Auflage), S. 189.

127 Vgl. David Falcone und Lynn C. Hartwig, *Congressional Process and Health Policy: Reform and Retrenchment*, in: Theodor Litman und Leonard J. Robbins (Hrsg.), *Health Politics, Policy and the Public Interest*, New York: John Wiley 1984, S. 134, und die Fallstudie von John P. Bradley, *Shaping Administrative Policy with the Aid of Congressional Oversight: The Senate Finance Committee and Medicare*, in: *Western Political Quarterly*, 33 (1980).

128 Vgl. Heclo, *Issue Networks*, a.a.O., S. 108.

129 Vgl. zu dieser These Heclo, *Issue Networks*, a.a.O., S. 105 ff.

tenen Gesetzesmaßnahmen ergeben. Auch dürfte die Dominanz des Budgetprozesses tendenziell daraufhinwirken, daß Gesundheitspolitik vor allem als finanzielles Niveauregulierungsproblem wahrgenommen wird. Schließlich hatten die Kongreßreformen für die Struktur des gesundheitspolitischen Netzwerkes einen einschneidenden Effekt, da dessen Konturen durch die Involvierung neuer Akteure an Trennschärfe und damit auch an Berechenbarkeit eingebüßt hat.¹³⁰

Schlußendlich bedarf die Rolle der Einzelstaaten der Erwähnung. Trotz ihres umfangreichen Aufgabenkatalogs ist in den USA unumstritten, daß seit dem New Deal eine starke Tendenz zur Zentralisierung politischer Kompetenzen eingesetzt hat¹³¹, die auch für den Gesundheitssektor gilt. Eine wichtige Ursache besteht darin, daß es kaum verfassungsrechtlich einklagbare Grenzen für bundesstaatliche Aktivitäten in der Gesundheitspolitik gibt. Die beiden wichtigsten Handlungsressourcen des Bundes, die Finanzhoheit (»spending power«) und das Recht zur Regulierung des innerstaatlichen Handels (»commerce power«),¹³² haben wesentlich dazu beigetragen, daß die Autonomie der Einzelstaaten zunehmend ausgehebelt worden ist. Gleichwohl sind die Bundesstaaten für die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung in Washington aus zweierlei Gründen relevant. Zum einen haben sie in der Gesundheits- und Sozialpolitik immer wieder eine Vorreiterrolle übernommen, wie beispielsweise Wisconsin in der Arbeitslosenversicherung¹³³, New York in der Gesundheitsplanung und der Qualitätskontrolle¹³⁴ oder Rhode Island und Kalifornien in der Krankenversicherung.¹³⁵ Diese einzelstaatlichen Aktivitäten dienten teilweise als Vorlage für bundesgesetzliche Regelungen. Zum anderen wirken die Territorialkörperschaften als »intergovernmental

130 Vgl. hierzu Kenneth M. Bowler, *Changing Politics of Federal Health Insurance Programs*, in: *Political Science*, 20 (1987), der speziell die Auswirkungen der Kongreßreformen auf die Gesundheitspolitik beschreibt.

131 Vgl. John E. Chubb, *Federalism and the Bias for Centralization*, in: ders. und Paul E. Peterson (Hrsg.), *The New Direction in American Politics*, Washington, DC: Brookings 1985.

132 Vgl. Tom Christoffel, *Health and the Law. A Handbook for Health Professionals*. New York: Free Press 1982, S. 51 ff.

133 Vgl. Edwin Amenta u.a., *The Political Origins of Unemployment Insurance in Five American States*, in: *Studies in American Political Development*, 2 (1988).

134 Vgl. Odin W. Anderson, *Health Services in the United States. A Growth Enterprise Since 1875*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1985, S. 197.

135 Vgl. Peter B. Levin, *An Overview of State Role in the United States Health Scene*, in: Theodor Litman and Leonard J. Robbins (Hrsg.), *Health Politics, Policy and the Public Interest*, New York: John Wiley 1984, S. 209.

lobby«¹³⁶ auf den Entscheidungsprozeß im Kongreß und der Exekutive ein. Zwar ist auch in den USA das Phänomen der »vertikalen Fachbruderschaften« bekannt,¹³⁷ allerdings spielen sie in der föderalen Interessenvermittlung keine überragende Rolle. Organisationen wie die National Governors Conference oder die National Conference of State Legislators¹³⁸ sind in Ermangelung einer Veto-Position, wie sie in der Bundesrepublik den Ländern durch den Bundesrat offensteht, auf ähnliche Einflußtechniken angewiesen wie private Interessenverbände.

Angesichts der fragmentierten Struktur des politischen Entscheidungssystems verwundert es kaum, daß die staatliche Handlungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik als gering eingeschätzt wird: »From a comparative perspective, the most striking feature of American health-financing policies is the relative weakness of government authority in health«.¹³⁹ Hierbei sei jedoch an die HCFA erinnert, deren Gründung die eben geäußerte Auffassung zumindest relativiert.

b) Ärzteschaft

Der amerikanische Ärztesverband AMA galt bis Ende der siebziger Jahre als Paradebeispiel für erfolgreiches Lobbying. Die Handlungsfähigkeit der AMA basierte dabei auf ihren strategisch bedeutsamen Selbstregulierungskompetenzen im Gesundheitssektor, ihren beträchtlichen ökonomischen Ressourcen und der damit verbundenen Fähigkeit, großangelegte PR-Kampagnen und Wahlkampfspenden zu finanzieren, sowie auf der Geschlossenheit ihrer Basis, die eine Spaltung der ärztlichen Interessenvertretung verhinderte. Ihre finanzielle Leistungsfähigkeit hat die AMA in vollem Umfang aufrechterhalten können. So gehörte die AMA bei der Entwicklung neuer Lobbying-Techniken stets zu den Pionieren. Das American Medical Political Action Committee zählt bspw. zu den ältesten und finanzstärksten PACs in Washington.¹⁴⁰ Im Hinblick auf die Interes-

136 Vgl. Page, *Political Authority and Bureaucratic Power*, a.a.O., S. 94 ff.

137 Vgl. Chubb, *Federalism and the Bias for Centralization*, a.a.O., S. 298.

138 Vgl. Hecko, *Issue Networks*, a.a.O., S. 95.

139 Theodore R. Marmor, Andrew B. Dunham und Julie Greenberg, *The Politics of Health*, in: David Mechanic (Hrsg.), *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, New York: Free Press 1983, S. 72.

140 Vgl. Steven Pressman, *Physicians' Lobbying Machine Showing some Signs of Wear*, in: *Congressional Quarterly* vom 7.1.1984.

senkohärenz der Ärzteschaft hat die AMA hingegen Einbrüche hinnehmen müssen, die zu einem großen Teil von professionsinternen Entwicklungen verursacht wurden.¹⁴¹

Eine bedeutsame Rolle für die Erosion der professionellen Machtbasis spielte ohne Zweifel die Ärzteschwemme, die ein Resultat der massiven bundesstaatlichen Subventionierung medizinischer Ausbildungseinrichtungen darstellt. Viele Ärzte wurden gezwungen, das Idealbild der freien Einzelpraxis als Berufsziel aufzugeben, und vertragliche Bindungen zu größeren Organisationseinheiten wie Krankenhäusern, HMOs oder Gruppenpraxen einzugehen. Schätzungen gehen für das Jahr 1980 davon aus, daß über 50 Prozent aller berufstätigen Ärzte (ca. 400 000) im Angestelltenverhältnis tätig waren.¹⁴² Die Interessenlage angestellter Ärzte entspricht nicht mehr der des frei wirtschaftenden Einzelunternehmers, als dessen Interessenvertretung die AMA konzipiert ist, sondern sie reflektiert das Organisationsinteresse ihres Tätigkeitsbereichs.¹⁴³ Einen vergleichbaren Effekt besitzt die ausgeprägte Spezialisierung ärztlicher Tätigkeiten in den USA. Während 1930 die Allgemeinmediziner noch einen Anteil von 82,9 Prozent stellten, denen lediglich 17,1 Prozent Fachärzte gegenüberstanden, hatte sich dieses Verhältnis 1980 in sein Gegenteil verkehrt: 84,8 Prozent aller amerikanischen Mediziner waren zu diesem Zeitpunkt Fachärzte und nur noch 15,2 Prozent Allgemeinmediziner.¹⁴⁴ Wie sich an der Mitgliederentwicklung ablesen läßt, fühlen sich Spezialisten politisch vielfach durch Facharztverbände besser vertreten als durch die traditionell von Allgemeinmediziner beherrschte AMA: Waren in den dreißiger und vierziger Jahren noch rund zwei Drittel aller Ärzte Mitglied der AMA, so waren es 1980 kaum mehr die Hälfte. Gleichzeitig verzeichneten die Facharztverbände starke Mitgliederzuwächse. Der Council of Medical Specialty Societies, ein Zusammenschluß von 24 Facharztverbän-

141 Vgl. Starr, *The Social Transformation*, a.a.O., S. 405 ff.; W. Richard Scott und John C. Lammers, *Trends in Occupations and Organizations in the Medical and Mental Health Sectors*, in: *Medical Care*, 42 (1985).

142 Vgl. Scott und Lammers, *Trends in Occupations*, a.a.O., S. 62; Henry S. Kahn und Peter Orris, *The Emerging Role of Salaried Physicians: An Organizational Proposal*, in: *Journal of Public Health Policy*, 3 (1982); Donald L. Madison und Thomas R. Conrad, *Medical Group-practice Organizations and Employed Physicians: A Relationship in Transition*, in: *Milbank Quarterly*, 66 (1988).

143 Siehe hierzu die empirische Untersuchung von John Colombotos und Corinne Kirchner, *Physicians and Social Change*, New York - Oxford: Oxford University Press 1985.

144 Vgl. Scott und Lammers, *Trends in Occupations*, a.a.O., S. 43.

den, repräsentiert mit insgesamt 245 000 Mitgliedern bereits mehr Ärzte als die AMA auf nationaler Ebene.¹⁴⁵

c) Krankenhäuser

Mit ähnlichen Problemen hat auch die AHA zu kämpfen, in der rund 5 400 der insgesamt 6 500 amerikanischen Akutkrankenhäuser organisiert sind.¹⁴⁶ Auch die AHA wurde als politische Interessenvertretung eines ganz bestimmten und lange Zeit dominierenden Organisationstyps entwickelt, nämlich des kleinen bis mittelgroßen, gemeinnützigen (»voluntary«) und selbstständigen Krankenhauses. Traditionell sind jedoch alle Krankenhaustypen in der AHA organisiert.¹⁴⁷ Mit der wachsenden Konkurrenz um knappe Finanzmittel und der daraus resultierenden organisatorischen Differenzierung des Krankenhausesektors sind die Interessendifferenzen zwischen unterschiedlichen Eigentümerstrukturen jedoch schon im Laufe der siebziger Jahre deutlicher hervorgetreten und haben die monopolartige Position der AHA als Interessenvertretung der Krankenhäuser in Frage gestellt. Das politische Kalkül hinter der anhaltenden Tendenz zur Gründung von neuen Krankenhausverbänden besteht darin, durch enger definierte Mitgliedschaftskriterien, die besondere Klientelbindung von Krankenhäusern (kommerziell, gemeinnützig, katholisch etc.) im Kongreß strategisch besser ausspielen zu können. Zudem weichen die politischen und ökonomischen Interessen je nach Eigentumsstruktur bzw. regionaler und ideeller Anbindung teilweise erheblich voneinander ab, so daß die AHA immer weniger in der Lage ist, gleichmäßig alle Sonderinteressen des Krankenhausesektors zu vertreten.

Die erste und gesundheitspolitisch bis heute bedeutsamste Abspaltung von der AHA war die Gründung der Federation of American (bis 1985: Hospitals) Health Systems (FAHS) im Jahr 1966.¹⁴⁸ Die FAHS, die vornehmlich kommerzielle (»investor-owned«) Krankenhäuser organisiert, ist

145 Vgl. Scott und Lammers, *Trends in Occupations*, a.a.O., S. 45.

146 *New York Times* vom 19.8.1986, *The Medical Lobbies: Differing Opinions*. Eine ausgezeichnete Analyse der Entwicklung der verschiedenen Krankenhaustypen bieten J. Rogers Hollingsworth und Ellen J. Hollingsworth, *Controversy about American Hospitals*, Washington, DC: AEI 1987.

147 Vgl. Feldstein, *Health Associations*, a.a.O., S. 133 ff.

148 Vgl. zum folgenden: *Federation of American Health Systems, 1988 Annual Report*, Little Rock, AK.

mit einer Mitgliederzahl von 1.400 Einzelkrankenhäusern (1987) nach der AMA der zweitgrößte Krankenhausverband in den USA. Im Gegensatz zur AHA, die staatlichen Regulierungen gegenüber aufgrund ihrer heterogenen Mitgliederbasis keine radikal ablehnende Haltung einnehmen kann, vertritt die FAHS einen deutlich marktliberalen Standpunkt, die der günstigeren Konkurrenzsituation ihrer Mitglieder entspricht. Denn anders als die gemeinnützigen, kirchlichen und kommunalen Krankenhäuser, die schon aus Rücksicht auf ihre Trägerorganisationen auch zahlungsunfähige Patienten behandeln müssen, bestehen bei den kommerziellen Krankenhäusern keine derartigen Verpflichtungen. Einig sind sich hingegen alle Krankenhausverbände in ihrer Ablehnungen von staatlichen Budgetkürzungen, insbesondere bei Medicare and Medicaid. Die FAHS war nur eine von mehreren Verbandsneugründungen im Krankenhaussektor. In den siebziger Jahren erfolgte unter anderem die Gründung der Voluntary Hospitals Association und der Catholic Health Association, die mit 791 (1987) bzw. 611 (1988) Mitgliedern ebenfalls politisch relevante Größenordnungen erreicht haben.¹⁴⁹

d) Industrielle Interessen

Die FAHS ist die bekannteste Interessenvertretung des kommerziellen Gesundheitssektors, aber natürlich nicht die einzige. Auch hier haben spezialisierte Interessen eigene Verbände ins Leben gerufen, wie zum Beispiel die Health Industry Manufacturers Association (HIMA), die rund 300 medizintechnische Unternehmen vertritt. Die HIMA wurde 1974 als Reaktion auf die Welle von Regulierungsgesetzen gegründet, die eine Erweiterung der Regulierungskompetenzen der Food and Drug Administration über die Sicherheitsstandards von medizintechnischen Geräten beinhalteten.¹⁵⁰ Da gleichzeitig auch die Kostenrelevanz der Medizintechnik für staatliche Gesundheitsprogramme erheblich zunahm, hat die Unterhaltung einer effizienten Washingtoner Lobby für die Geräteindustrie einen zentralen Stellenwert erlangt. Die HIMA verfügt mit 51 Mitarbeitern (1983) über eine ungewöhnlich üppige Personalausstattung. Die sehr

149 Vgl. Catholic Hospital Facts & Figures. A Pocket Guide, St. Louis 1988; Sany Lutz, Nation's Largest Alliances Faces Tough Challenges, in: Modern Healthcare v. 25.9.1987, S. 36.

150 Vgl. National Journal, 18 (1986), Honesty is Useful Device in Lobbyist's Hands, S. 164.

viel größeren Verbände AMA und AHA beschäftigen hingegen nur 40 bzw. 37 Mitarbeiter (1986) in ihren Washingtoner Büros.¹⁵¹

Ebenfalls 1974 erfolgte die Gründung der Washington Business Group on Health (WBGH)¹⁵², die einen weiteren Verband des privaten Sektors repräsentiert. Im Gegensatz zur FAHS oder zur HIMA versteht sich die WBGH jedoch als Konsumentenorganisation, die die Käufer medizinischer Dienstleistungen - die Unternehmen - vertritt. Ursprünglich sollte die WBGH die Opposition der Industrie gegen verschiedene Gesetzentwürfe organisieren, die die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung zum Gegenstand hatten. Nachdem diese Bestrebungen an politischer Schwungkraft verloren hatten, konzentrierte sich die WBGH auf die Kostenproblematik im Gesundheitssektor, die auch für die Unternehmen zunehmend relevant wurde.

e) Konsumenten

Ein weiterer Indikator für das Anwachsen organisierter Interessen in der Ära vor Ronald Reagan sind die Konsumentenverbände. Zu den bemerkenswertesten Neugründungen ist die American Association of Retired Persons (AARP) zu rechnen, deren phänomenales Mitgliederwachstum - von 750 000 im Jahr 1965 auf 13 Millionen 1979 - die AARP zu einer der weltweit größten Interessengruppen gemacht haben dürfte. Die Attraktivität der AARP beruht allerdings weniger auf ihren politischen Aktivitäten, als vielmehr auf den zahllosen Vergünstigungen, die mit der Mitgliedschaft verbunden sind.¹⁵³ Aufgrund ihres Mitgliederbestandes stellt die AARP eine ernstzunehmende politische Kraft in Washington dar, die sich vorzugsweise um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung ihrer Klientel bemüht. Diese Übersicht organisierter Interessen im gesundheitspolitischen Netzwerk der USA ist bei weitem nicht vollständig, vermittelt aber bereits einen Eindruck von der komplexen Struktur und der Wachstumsdynamik des Verbändesystems.

151 New York Times vom 19.8.1986, The Medical Lobbies: Differing Opinions.

152 Zur WBGH siehe Linda Demkovich, On Health Issues, this Business Group is a Leader, But is Anyone Following? in: National Journal, 15 (1983), S. 1278-1279.

153 Vgl. Walker, The Origin and Maintenance of Interest Groups, a.a.O., S. 396.

4.2.3 Bundesrepublik

Im Gegensatz zum amerikanischen Fall ist die bundesdeutsche Akteurskonstellation durch eine stärker eingegrenzte Anzahl von Akteuren geprägt, deren Zugang zum politischen Entscheidungsprozeß durch allgemein akzeptierte Repräsentationsregeln wie das Proporzprinzip als klar geregelt erscheint. Obgleich es in der Bundesrepublik ebenfalls sehr viele Verbände mit gesundheitspolitischen Interessen gibt, ist die Zahl der direkt an Entscheidungsprozessen beteiligten Interessengruppen besonders im Vergleich mit den USA eher klein und ohne nennenswerte Zuwächse.

a) Staat

Die Existenz eines tendenziell auf Selbstregulierung ausgelegten Verbändesystems hat die staatliche Handlungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik maßgeblich beeinflusst. Auf der Bundesebene besteht die Rolle des Staates in der Bereitstellung und gegebenenfalls der Modifizierung eines ordnungspolitischen Rahmens, der den beteiligten Verbänden die für die Ressourcensteuerung notwendigen Austausch-, Verhandlungs- und Koordinationsprozesse ermöglicht. Staatliche Eingriffe in das Handlungsfeld der Verbände gelten erst dann als legitim, wenn die Gremien der Selbstverwaltung zu keiner befriedigenden Problemlösung gelangen oder überfordert sind. Obwohl es keine Verankerung des Selbstverwaltungsprinzips im Grundgesetz gibt, besitzen Konflikte über die Autonomie der Selbstverwaltung »fast den Rang verfassungspolitischer Auseinandersetzungen.«¹⁵⁴ Der daraus abgeleitete »Vorrang der Selbstverwaltung« ist eine wichtige Ursache dafür, daß sich auf der Bundesebene kein handlungsfähiger staatlicher Interventionsapparat herausgebildet hat.

Immer wieder wird auch auf die - im internationalen Vergleich - bemerkenswerte Kompetenzteilung zwischen dem BMAS und dem Bundesministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit (BMFFJG) hingewiesen. Während im BMAS sämtliche Kompetenzen gebündelt sind, die die Krankenversicherung, das Krankenhauswesen, deren Finanzierung sowie den Arbeitsschutz betreffen¹⁵⁵, ist das BMFFJG für alle Fragen des

154 Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, a.a.O., S. 84.

155 Vgl. Manfred Rindt und Heinz Saffert, Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Geschichte - Gestalt - Aufgaben, Berlin: Erich Schmidt Verlag 1968.

öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Verbraucherschutzes, der Arzneimittelzulassung und -kontrolle, des Rechts und der Ausbildung medizinischer Heil- und Hilfsberufe zuständig.¹⁵⁶ Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, daß das BMAS für finanzielle und das BMFFJG für medizinisch-volksgesundheitliche Aspekte der Gesundheitspolitik verantwortlich ist. Die naheliegende Vermutung, daß dieser Zuständigkeitsdualismus eine Zielfragmentierung oder Koordinationsprobleme, zum Beispiel bedingt durch »Ressortegoismus«, hervorgerufen hat¹⁵⁷, läßt sich in der politischen Praxis nicht bestätigen. Im wesentlichen dürfte dies damit zusammenhängen, daß die gesundheitspolitisch relevanten Entscheidungen fast alle im BMAS getroffen werden, dem im Laufe der Zeit wichtige Kompetenzbereiche des Gesundheitsministeriums zugefallen sind, wie etwa die Zuständigkeit für den Krankenhaussektor.

Die entscheidende Ursache für die begrenzte gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit des Bundes ergibt sich aus dem Umstand, daß das BMAS und das BMFFJG ebenso wie die meisten anderen Bundesministerien reine »policy«-Institutionen sind und über keinen eigenständigen fachlichen Verwaltungsunterbau verfügen, der eine Kontrolle oder Steuerung von Implementationsprozessen ermöglichen würde, wie dies in Großbritannien oder den USA der Fall ist. Die Regelung wesentlicher Leistungsparameter (Kosten, regionale Verteilung, Leistungsumfang) sind teilweise oder ganz an das Verbändesystem delegiert, dessen Steuerung durch Verhandlungen auf zentraler bzw. regionaler Ebene erfolgt. Da die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen vom Bundeshaushalt abgekoppelt sind, sind staatliche Steuerungsmaßnahmen nur auf indirektem Wege möglich, zum Beispiel durch eine Neudefinition des anspruchsberechtigten Personenkreises oder eine Neuabgrenzung der gesetzlichen Pflichtleistungen. Die These, daß es eine »Tendenz des Staates zur Ausschaltung verwaltungstechnisch lästiger Autonomie-Spielräume der Selbstverwaltung«¹⁵⁸ gäbe, bezieht sich in der Regel auf die wachsende staatliche Normierung der freiwilligen »Mehrleistungen« der Krankenkassen, die seit Mitte der siebziger Jahre zugunsten einer einheitlichen Leistungsgewährung verdrängt worden sind. Daraus läßt sich jedoch kaum begründen, daß die staatliche Handlungsfähigkeit gegenüber der Selbstverwaltung zu-

156 Vgl. Helmut Eiden-Jaegers, Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Düsseldorf: Droste 1976 (3.Aufl.).

157 Vgl. zur Gesamtproblematik: Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf, Policy-Making in the German Federal Bureaucracy, Amsterdam: Elsevier 1975.

158 Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, a.a.O., S. 75.

genommen hat. Henke hat in diesem Zusammenhang zwar auf die KAG hingewiesen, die »zu einer Stärkung des Staates gegenüber der Selbstverwaltung geführt«¹⁵⁹ habe. Diese Auffassung verkennt jedoch die Effekte einer interorganisatorischen Verflechtung, die möglicherweise zwar die Konzertierbarkeit der Verbände durch den Staat verbessert hat, auf der anderen Seite aber in ähnlichem Maße das BMAS zu kompensatorisch wirkenden Paketlösungen zwingt, von denen wiederum die Verbände profitieren.

Nach dem Grundgesetz (Art. 72 und 74 Abs. 2 GG) fällt die Gesundheitspolitik in den Aufgabenbereich der Länder bzw. unter die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern. Bis auf den Krankenhaussektor bestimmen jedoch Bundesgesetze die wesentlichen Funktionszusammenhänge des Gesundheitssystems. Regionale Aktivitäten, wie zum Beispiel der »Bayern-« oder der »Niedersachsen-Vertrag«, die finanzielle Anreize für die niedergelassenen Ärzte schaffen sollen, möglichst auf Krankenhauseinweisungen zu verzichten und dafür verstärkt ambulant zu behandeln, gehen nicht von den Ländern, sondern vielmehr von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Ärzte aus.¹⁶⁰ Eine wichtige Rolle spielen die Länder hingegen im Bereich der Krankenhausversorgung.¹⁶¹ Sie fungieren nicht nur als Träger der Universitätskrankenhäuser und damit als wichtiger Versorgungsfaktor, sondern sind auch für die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen zuständig. Es sind allerdings weniger die Zuständigkeiten für einzelne Versorgungsbereiche, die die Handlungsfähigkeit des Bundes im Verhältnis zu den Ländern begründet, als vielmehr die Einwirkungsmöglichkeiten, die sich über den Bundesrat ergeben. In der Vergangenheit gab es nur selten Bund-Länder-Konflikte, die sich auf den Bereich der Gesundheitspolitik erstreckten, was möglicherweise damit zusammenhängt, daß der Bund gerade aufgrund der institutionalisierten Widerspruchsmöglichkeiten im Bundesrat wenig geneigt ist, einen Konflikt mit den Ländern vom Zaun zu brechen.

Insgesamt deuten der Vorrang der Selbstverwaltung, der fehlende Verwaltungsunterbau der Bundesministerien und die Vetorechte der Län-

159 Henke, Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit, a.a.O., S. 131.

160 Zu Bedeutung regionaler Initiativen siehe Christa Altenstetter, An End to a Consensus on Health Care in the Federal Republic of Germany? in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12 (1987), S. 519 ff.

161 Vgl. Christa Altenstetter, *Bureaucratic Dominance and Hospital-Need Planning 1950 - 1984*, paper prepared for delivery at the Joint Sessions of the ECPR, Barcelona, March 25 - 30.

der darauf hin, daß die (bundes)staatliche Interventionsfähigkeit im Gesundheitssektor relativ begrenzt ist. Dementsprechend ist die staatliche Gesundheitspolitik im wesentlichen auf globale, lediglich Rahmenbedingungen festlegende Interventionen beschränkt, wobei die eigentlichen Steuerungsleistungen dann von den beteiligten Verbänden erbracht werden müssen.

b) Verbände der Krankenkassen

Wie oben bereits ausgeführt, hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen 1937 einen öffentlich-rechtlichen Status erhalten, der die Zugriffsmöglichkeiten auf die zuvor privatrechtlichen Verbandsorganisationen stärken sollte. Mit dem Verbändegesetz von 1955 erlangte diese Regelung auch für die Bundesrepublik Rechtskraft.¹⁶² Damit wurde das Repräsentationsmonopol der Spitzenverbände der GKV bestätigt. Die sieben Bundesverbände der Krankenkassen besitzen ähnliche Funktionen wie die Landesverbände.¹⁶³ Auch sie handeln (Mantel- und Rahmen)Verträge aus und beteiligen sich an der Aufstellung von Richtlinien für die medizinische Versorgung (§ 368o und 414f RVO). Auf politischer Ebene wird den Bundesverbänden der GKV in aller Regel nur eine geringe Durchsetzungsfähigkeit bescheinigt. Sie könnten »wegen des Mangels an Störpotential nicht als Vetogruppen fungieren«.¹⁶⁴ In dieser Pauschalität trifft diese These jedoch nicht zu. Zunächst muß bedacht werden, daß die Verbände der GKV vielfach nicht geschlossen auftreten. Sehr viel häufiger nehmen sie spezifische - häufig kassenartbezogene - Sonderinteressen wahr und können dabei auf die bereits erwähnten klientelistischen Bindungen an das Parteiensystem zurückgreifen. Zwar können die Kassen sich schwerlich direkt einer politischen Entscheidung widersetzen, aber kaum eine Regierung wird es darauf ankommen lassen, den Kassen - mit ihrem unentbehrlichen Sachwissen - nicht breite Beratungs- und Konsultationsmöglichkeiten einzuräumen. Zudem sind temporäre Koalitionen zwischen

162 Vgl. Theo Siebeck, 25 Jahre Verbändegesetz. Zur Entwicklung des Verbandswesens in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 62 (1980), S. 640.

163 Vgl. Hans Töns, Der Bundesverband der Ortskrankenkassen, Düsseldorf: Droste 1980.

164 Dagmar Veith, Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus in der GKV, Regensburg: Roderer Verlag 1988, S. 79 f.

den Kassenverbänden und staatlichen Akteuren möglich. Seit Beginn der achtziger Jahre zeichnet sich wachsende Interessenübereinstimmung zwischen dem BMAS und den Kassen bei der Kosteneindämmung ab, die das Gewicht der Kassenverbände im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß gestärkt hat.

c) Arbeitgeber und Gewerkschaften

In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik sind die Konsumenten als eigenständiger Akteur nur am Rande beteiligt.¹⁶⁵ Eine wesentliche Ursache besteht darin, daß die Selbstverwaltung der GKV als Konsumenten- bzw. Versichertenvertretung gilt. Gegen diese These ist allerdings zu Recht der Einwand erhoben worden, daß die Teilhaberechte der Versicherten auf sehr niedrigem Niveau stabilisiert wurden, da die Selbstverwaltung »weniger eine Selbstverwaltung der Mitglieder als vielmehr eine Selbstverwaltung der Verbände«¹⁶⁶ sei. Innerhalb der Gremien der Selbstverwaltung kommen die Konsumenteninteressen nur sehr mittelbar zum Zuge, da die Gewerkschaften nur die selektive Interessenvertretung der Versicherten mit Erwerbstätigkeit darstellen und - bedingt durch die paritätische Besetzung - zudem in vielfältige Konsenszwänge mit der Arbeitgeberseite eingebunden sind. Die daraus resultierende »Scheu vor einem allzu rapiden 'Systemwechsel'«¹⁶⁷, die ein typisches Merkmal der Aktivitäten der Selbstverwaltung darstellt, wird zusätzlich dadurch verstärkt, daß Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände auch unter dem Eindruck von jahrzehntelang eingeübten komplementären Rollenerwartungen und Lösungsmustern stehen. Es gehört zum Konsens zwischen beiden Akteuren, daß der Selbstverwaltung in der Nachkriegszeit die Funktion einer institutionalisierten gesellschaftspolitischen Friedensformel zukam, von der beide Seiten profitieren konnten: die Arbeitgeber in Form stabiler industrieller Beziehungen, die Gewerkschaften in Form sozialpolitischer Mitspracherechte. »Die erstaunliche Stabilität der Selbstverwaltung«¹⁶⁸ verdankt sich also vor allem dem Kalkül der Sozialpartner, daß

165 Vgl. Gisela Heimbach, Organisierte Patienteninteressen in der Bundesrepublik Deutschland, Diss., Marburg 1987.

166 Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, a.a.O.

167 Bernd Süllow, Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung, Frankfurt/M. - Bern: Peter Lang 1982, S. 192.

168 Ebd., S. 191.

eine Veränderung dieses Systems einem politischen Vabanquespiel gleichkäme, das so erhebliche Turbulenzen auslösen könnte, daß auf eine solche Option gern verzichtet wird. Noch in den siebziger Jahren wurde die Beteiligung der Gewerkschaften in der Selbstverwaltung, die seinerzeit noch für eine staatlich angeleitete Reformpolitik eintraten, unter dem Aspekt ihrer gesundheitspolitischen Neutralisierung interpretiert.¹⁶⁹ Dieser Deutung kann eine gewisse Plausibilität nicht abgesprochen werden. Für die achtziger Jahre gilt nun aber umgekehrt, daß die Arbeitgeber, die ein verständliches Interesse an einer kostensenkenden Stärkung vom Marktelementen in der GKV gezeigt haben, ebenso den Beharrungstendenzen unterliegen, die von der Selbstverwaltung ausgehen.

d) Ärzteorganisationen und -verbände

Charakteristisch für die Interessenvertretung der bundesdeutschen Ärzteschaft ist ein feingliedriges Netz von berufspolitischen Organisationen, deren Anzahl auf rund 400 geschätzt wird.¹⁷⁰ Dabei muß unterschieden werden zwischen den öffentlich-rechtlichen und den privaten Verbänden. Die öffentlich-rechtlichen Interessenorganisationen der Ärzteschaft bestehen im wesentlichen aus den 12 Landesärztekammern, den 18 Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese Verbandsorganisationen verfügen - ebenso wie die Krankenkassen - über eine von den Mitgliedern gewählte Selbstverwaltung. Eine vergleichbare Verbandsstruktur findet sich auch bei der Zahnärzteschaft, so daß die nachfolgenden Ausführungen analoge Anwendung im zahnärztlichen Bereich finden.¹⁷¹ Durch den öffentlich-rechtlichen Status besteht ein Mitglieds- und Abgabenzwang sowie Sanktionsrechte gegenüber ihren Mitgliedern und eine Gemeinwohlbindung.

In der dominierenden Sichtweise sind die Kammern und KVen »staatlich geschaffene und privilegierte Monopole«¹⁷², die die Einhaltung stän-

169 So etwa Gerd Göckenjan, Verrechtlichung und Selbstverantwortung in der Krankenversicherung, in: Leviathan, 9 (1981), und Ulrich Billerbeck, Soziale Selbstverwaltung und Gewerkschaftsbewegung, in: Heinz G. Haupt u.a. (Hrsg.), Jahrbuch Arbeiterbewegung 1982, Frankfurt/M.: EVA 1982.

170 Vgl. Franz F. Stobrawa, Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf: Droste 1979, S. 42.

171 Vgl. Michael Arnold u.a., Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, Köln-Lövenich: Deutscher Ärzteverlag 1984 (2. Aufl.).

172 Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, S. 87.

discher Regeln der Leistungserbringung, des Marktzugangs und der Qualitätssicherung überwachen. Die Ausschaltung des Wettbewerbs zwischen Ärzten und die kartellartige Sicherung eines Angebotsmonopols wird sich in vielen Ländern finden lassen, aber im deutschen Fall sind solche ständischen Regelungen mit besonderer Intensität implantiert worden. Bemerkenswert ist dabei insbesondere die hochgradig funktionelle Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Verbandsorganisationen. Die Ärztekammern überwachen zum Beispiel die Einhaltung von wettbewerbsbeschränkenden Regelungen des ärztlichen Verhaltens (zum Beispiel Werbeverbot), die KVen sorgen durch Kollektivverträge und Angebotsmonopolisierung für die Ausschaltung der (privatrechtlichen) Vertragsfreiheit und die privaten Ärzteverbände können sich auf politischer Ebene mit Mitteln gegen ungeliebte Vorhaben zur Wehr setzen, die den öffentlich-rechtlichen Verbänden aufgrund ihrer Gemeinwohlbindung nicht zur Verfügung stehen.¹⁷³

Das Netzwerk der privaten Ärzteverbände ist sehr viel unübersichtlicher und vielfältiger.¹⁷⁴ Neben den zahllosen Fachverbänden, die für die Gesundheitspolitik keine besondere Bedeutung besitzen, ragen unter den berufspolitischen Interessenorganisationen zwei Verbände in besonderem Maße hervor. Die größte ärztliche Interessenvertretung ist der Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V., der als Tariforganisation der angestellten Krankenhausärzte mit rund 46 000 Mitgliedern über einen Organisationsgrad von immerhin 52 Prozent verfügt.¹⁷⁵ Während der Marburger Bund ein eher gewerkschaftlich geprägtes Selbstverständnis besitzt, versteht sich der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. - als ideologische Speerspitze der gesamten Profession¹⁷⁶, und dies obwohl seine rund 36 000 Mitglieder nur insgesamt 20 Prozent der praktizierenden Ärzte repräsentieren.¹⁷⁷ Dieser Vertretungsanspruch rührt speziell aus der historischen Entwicklung dieses Verbandes, dessen vormals ökonomische Aufgaben durch eine politi-

173 Vgl. Veith, *Machtpotentiale der Interessengruppen*, a.a.O., S. 117 f.

174 Vgl. Stobrawa, *Die ärztlichen Organisationen*, a.a.O.

175 Vgl. allgemein Kurt Gelsner, *Der Marburger Bund: Chronik der organisierten Krankenhausärzte*, Köln-Frankfurt/M.: Peter Lang 1985.

176 Vgl. Hans Schadewaldt u.a., *75 Jahre Hartmannbund. Ein Kapitel deutscher Sozialpolitik*, Bonn 1975.

177 Alle nachfolgenden Zahlen sind entnommen: J.-Matthias Graf von der Schulenburg, *Selbstregulierung durch Berufsverbände - eine Studie am Beispiel des Gesundheitswesens*, IIM/IP 84-30, Wissenschaftszentrum Berlin 1984.

sche »Sprachrohrfunktion« ersetzt wurden. Die gesundheitspolitische Zielsetzung des Verbandes - die freie Berufsausübung (Therapiefreiheit), die freie Arztwahl, die Aufrechterhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung und die Vertragsfreiheit¹⁷⁸ - weisen ein hohes Maß an Übereinstimmung zu den Positionen auf, die von seiten der KVen vertreten werden.¹⁷⁹ Die Vertragsfreiheit bezieht sich hierbei aber nicht etwa auf den einzelnen Arzt, sondern gilt den Kollektivvertragsrechten der ärztlichen Selbstverwaltung, die »frei« bleiben soll von staatlichen Interventionen. Während die öffentlich-rechtlichen Verbände - formal zumindest - keine parteipolitischen Präferenzen äußern dürfen, ist der Hartmannbund politisch in der Nähe der Unionsparteien anzusiedeln. Ähnlich massive Personalverflechtungen zwischen Hartmannbund und CDU wie noch in den sechziger Jahren, als der Vorsitzende, Gerhard Jungmann, und sein Stellvertreter Horst Bourmer, gleichzeitig als gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion bzw. als Vorsitzender des Bundesfachausschusses Gesundheitspolitik fungierten, bestehen heute allerdings nicht mehr.

Die heterogene Struktur der ärztlichen Verbandsorganisationen hat sich, entgegen der naheliegenden Vermutung, daß Reibungsverlust und Interessendifferenzierungen die Artikulationsfähigkeit der Ärzteverbände beeinträchtigen könnten, als äußerst funktional erwiesen. Denn die Differenzierung in Verbände mit unterschiedlichen Zielsetzungen hat die Möglichkeit geschaffen, auch abweichende Positionen in speziellen Verbandsorganisationen zu binden. Da die Verbandsspitzen durch ein kleines Elitekartell ärztlicher Multifunktionäre miteinander verflochten sind¹⁸⁰, können Entscheidungsprozesse relativ gut kontrolliert werden. Die lange als kaum überwindbar angesehene Verbandsmacht, bei der die bloße Veto-Artikulation oder die bekannten »Kanzlergespräche« ausreichten¹⁸¹, um der Ärzteschaft ihren Einfluß im gesundheitspolitischen Entscheidungs-

178 Vgl. Gerhard Jungmann und Hansheinz Kreuter, *Der Hartmannbund. 80 Jahre Politik für Patient und Arzt*, Bonn: Hartmannbund 1978, S. 35.

179 Vgl. Ulrich Oesingmann, *Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen: freiberufliche Gewerkschaften, Kartelle - oder was sonst?* in: Edwin H. Buchholz (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin; Heidelberg usw.: Springer-Verlag 1988, S. 123.

180 Vgl. Veith, *Machtpotentiale der Interessengruppen*, a.a.O., S. 102 ff.

181 Vgl. Frieder Naschold, *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform*, Freiburg/Br.: Rombach 1967, S. 243 ff., und zum Selbstverständnis ärztlicher Verbandsvertreter in den sechziger Jahren, Theodor Eschenburg, *Staatsführung durch Verträge zwischen Regierungschefs und Verbänden?* in: ders., *Zur politischen Praxis der Bundesrepublik*, Bd. I, München: Piper 1964.

prozeß zu sichern, gilt seit Ende der siebziger Jahre nicht mehr uneingeschränkt. Dabei muß unterschieden werden zwischen der honorarpolitischen Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Kassen, die durch die veränderte politische Konstellation seit dem Beginn der Kostendämpfungspolitik in der Tat gelitten hat, und dem Einfluß auf die staatliche Gesundheitspolitik, der noch immer beachtlich ist.

e) Krankenhäuser

Gemessen an der Existenz einer durchsetzungsfähigen Interessenvertretung stellen die Krankenhäuser im gesundheitspolitischen Netzwerk ein eher schwaches Glied dar. Obwohl mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein Dachverband besteht, dessen Mitglieder, die sich aus den 11 Spitzenverbänden der Krankenhausträger und den 11 Landeskrankhausgesellschaften zusammensetzen,¹⁸² alle bundesdeutschen Krankenhäuser organisieren, bleibt die politische Durchsetzungsfähigkeit der DKG hinter der anderer Verbände zurück.

Wenn die Krankenhäuser kürzlich dennoch als »unauffällige Machtträger«¹⁸³ bezeichnet wurden, die über hohe politische Durchsetzungschancen verfügten, weil sich hinter ihnen - in Gestalt der Träger - die Kommunen sowie die Spitzenorganisationen der freien und der kirchlichen Wohlfahrtsverbände verbergen und zudem eine »natürliche Koalition«¹⁸⁴ mit den Ländern besteht, so basiert diese Einschätzung auf der höchst problematischen Annahme, daß sich das reale oder auch nur unterstellte politische Gewicht der Länder und Trägerverbände einfach addieren und dann den Krankenhäusern gutschreiben lasse. Aus der Sicht der Krankenhäuser haben die enger werdenden Verbindungen zu den Ländern allerdings eher einen Verlust an Eigenständigkeit und Autonomie zur Folge gehabt.¹⁸⁵ Und die als Stärke gewerteten Verflechtungen mit den Trägerverbänden ergeben im Zusammenspiel mit den Eigeninter-

182 Zu Mitgliedern und Organisation der DKG vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Geschäftsbericht 1982/83, Düsseldorf 1983, S. 104 ff.

183 Veith, *Machtpotentiale der Interessengruppen*, a.a.O., S. 95.

184 Veith, *Machtpotentiale der Interessengruppen*, a.a.O., S. 91.

185 Vgl. Christa Altenstetter, *Krankenhausbedarfsplanung: was brachte sie wirklich?* München: Oldenbourg 1985, S. 155 ff.

essen der verschiedenen Berufsgruppen¹⁸⁶ eine starke Interessenfraktionierung, die die Formulierung eines einheitlichen Organisationsinteresses erheblich erschwert.

Die als »Trägervielfalt« bezeichnete Differenzierung der insgesamt 3 130 bundesdeutschen Krankenhäuser (Stand: 1982) in private (29,3 Prozent), freigemeinnützige (34,2 Prozent) und kommunale bzw. staatliche Krankenhäuser (36,5 Prozent)¹⁸⁷, die ergänzt wird von der fachlichen Gliederung in Akut- und Sonderkrankenhäuser (zum Beispiel psychiatrische Anstalten) und verschiedene Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung), hat vielfältige Konkurrenzbeziehungen verursacht, die unter anderem der Aufnahme in den Krankenhaus(früher: bedarfs)plan durch die zuständigen Länderministerien gelten (näheres in Kapitel 8.2.2), die den Anspruch auf staatliche Investitionsförderung begründet.¹⁸⁸ Ein weiteres Element der Interessenfraktionierung resultiert aus den politischen Differenzen zwischen den Trägerorganisationen. So steht zum Beispiel das Rote Kreuz der Union nahe, während die Arbeiterwohlfahrt der SPD zuzurechnen ist. Die Beschlußfassung innerhalb der regionalen Krankenhausgesellschaften bzw. der DKG ist von all diesen Faktoren beeinflusst. Daher bleiben die Krankenhäuser sowohl als Verhandlungspartner der Krankenkassen und anderer Sozialversicherungsträger als auch bei der politischen Beteiligung in Planungsgremien oder bei Gesetzesberatungen ein Konglomerat aus teils divergierenden Interessen, deren Durchsetzungsfähigkeit von fallweise zustande kommendem Konsens, besonders mit den Ländern und Gemeinden, abhängig ist. Die Krankenhäuser sind ohne Koalitionsbildung kaum in der Lage, nennenswerte Veto-Potentiale zu mobilisieren, aber das rege Interesse der Länder an ihren Zugriffs- und Steuerungsmöglichkeiten für den Krankenhaussektor ist eine unbestreitbare Machtressource. Grundsätzlich hat die Kostendämpfungsdebatte aber die strategische Position der Krankenhäuser eher verschlechtert.

186 Vgl. Joachim Wiemeyer, *Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin: Duncker & Humblot 1984, S. 55.

187 Zahlen aus: Hermann Hoffmann, *Zur Situation des Krankenhauswesens in der Bundesrepublik Deutschland*, Stuttgart: Kohlhammer 1985, S. 12.

188 Vgl. Detlef Schwefel und Reiner Leidl, *Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen*, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), *Neokorporatismus im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos 1988.

f) Die pharmazeutische Industrie

Folgt man einer verbreiteten Auffassung über die pharmazeutische Industrie, so erlaubt es bereits die volkswirtschaftliche Größe der Branche, besonders durch die engen Verbindung zur chemischen Industrie, daß dieser Akteur »die Gesetze (seines) Handelns einschließlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einem großen Teil selber bestimmen«¹⁸⁹ kann. In der Tat scheinen das hohe Arzneimittelpreisniveau und die mit den Industrieinteressen in Einklang stehenden Prozeduren der Arzneimittelzulassung und der Kontrolle der Arzneimittelsicherheit zu bestätigen, daß die Pharmaindustrie ein überaus einflußreicher Akteur im gesundheitspolitischen Netzwerk ist.

Es gibt jedoch seit Beginn der achtziger Jahre verschiedene Anzeichen dafür, daß die pharmazeutische Industrie ihre Präferenzen auf politischer Ebene in geringerem Umfang durchzusetzen vermag. Betrachtet man die Verbandsorganisation dieses Akteurs, so fallen mehrere Besonderheiten ins Auge. Von den ca. 5 000 Betrieben, die pharmazeutische Produkte herstellen, sind 506 Einzelunternehmen im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) zusammengeschlossen. Dieser geringe Organisationsgrad wird dadurch aufgewogen, daß der BPI die größeren Unternehmen repräsentiert, die insgesamt 95 Prozent aller in der Bundesrepublik vertriebenen Arzneimittel umsetzen¹⁹⁰ und sich nicht selten mit dem Zusatz »forschendes« Unternehmen von kleinen (Nachahmer)Firmen abgrenzen. Außer dem BPI besteht mit dem Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller noch eine zweite Interessenorganisation, die insbesondere kleinere Unternehmen und Hersteller von homöopathischen und Pflanzenpräparaten organisiert.¹⁹¹

Interessanterweise fällt die institutionelle Einbindung der pharmazeutischen Industrie in die Verhandlungs- und Organisationsnetzwerke des bundesdeutschen Gesundheitssektors vergleichsweise gering aus. Die Aufnahme von Preisverhandlungen, wie sie seit einigen Jahren von den Kran-

189 Rolf Rosenbrock, Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen, in: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Kiepenheuer & Witsch 1980, S. 231.

190 Als Überblick siehe Manfred Groser, Die Organisation von Wirtschaftsinteressen in der pharmazeutischen Industrie in der Bundesrepublik Deutschland, IIM/LMP 85-3, Wissenschaftszentrum Berlin 1985, S. 3.

191 Ebd., S. 56 ff.

kenkassen gefordert wird, ist von der Pharmaindustrie stets abgelehnt worden. Daß es der Pharmaindustrie ebenfalls häufig gelang, staatliche Eingriffe abzuwehren, war nicht allein aufgrund der ökonomischen Bedeutung der Branche möglich, sondern auch deshalb, weil der BPI über beachtliche Selbstregulierungskapazitäten verfügt, mit denen sich die Entbehrlichkeit staatlicher Regelungen begründen ließ.¹⁹² Der BPI hat zum Beispiel Richtlinien für die Arzneimittelwerbung eingeführt, seine Mitglieder verpflichtet, Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu melden, die Abgabe von Arzneimittelmusterpackungen zu beschränken, und mehrfach gab es auch Preisstillhalteappelle, deren Wirksamkeit freilich umstritten blieb. Die Einhaltung der Verbandspolitik wird durch verschiedene Sanktionsmaßnahmen zu sichern versucht, die bis zum Verbandsausschluß reichen. Das im Vergleich zu anderen Branchen sehr viel größere Selbstregulierungspotential ist allerdings nicht allein Ergebnis einer straffen Verbandsorganisation, sondern vor allem eine Reaktion auf die ständig drohende Möglichkeit staatlicher Regelungen. Die Verpflichtungsfähigkeit des BPI gegenüber seinen Mitgliedern beruht demnach vor allem auf der Einsicht, daß verbandliche Selbstbeschränkungen das kleinere Übel darstellen. Ebenso vehement wie dieser Akteur staatliche Interventionen - und so wird in der »Abwehr-Terminologie« von Ärztenverbänden und Pharmaindustrie auch eine Stärkung der Kassenseite bezeichnet - in seine Handlungssphäre ablehnt, so werden umgekehrt auch Forderungen nach mehr Wettbewerb zurückgewiesen.

4.3 Ökonomische Steuerungsstruktur

Die governance-Struktur wird nachfolgend unter zwei Aspekten beschrieben. Zum einen geht es um die Analyse der wesentlichen Steuerungstechniken und -instrumente für die Ressourcenverteilung, zum anderen um den public/private mix, also das Verhältnis zwischen öffentlichem und privatem Sektor, das besonders unter dem Aspekt betrachtet werden soll, inwiefern zum Beispiel die Größe oder die Expansionsdynamik des privaten Sektors als Anknüpfungspunkt für eine marktorientierte Gesundheitspolitik dienen kann.

192 Vgl. Groser, Die Organisation, a.a.O., S. 46 ff.

4.3.1 Großbritannien

Seit Einführung des NHS stellt die zentralstaatlich geplante Verteilung die dominierende Form der Steuerung finanzieller Ressourcen dar.¹⁹³ Die Finanzierung des NHS erfolgt aus drei Quellen (Stand: 1981). Der mit 87 Prozent größte Teil stammt aus dem allgemeinen Steueraufkommen; rund 7 Prozent der Ausgaben werden aus den Sozialversicherungsbeiträgen für den NHS abgeführt (diese »National Insurance contributions« sind ein historisches Relikt aus der Zeit vor dem NHS); der mit knapp 3 Prozent kleinste Teil wird durch Gebühren für Arzneimittelverordnungen, zahnmedizinische Leistungen, Sehhilfen und andere Hilfsmittel eingenommen.¹⁹⁴ Nennenswerte Verschiebungen zwischen diesen drei Finanzquellen hat es nicht gegeben. Die wichtigste Innovation der NHS-Finzen bestand 1976 in der Einführung der sogenannten »RAWP formular« (Resource Allocation Working Party), einem neuen regionalen Verteilungsschlüssel, der für eine bedarfsorientierte Finanzverteilung sorgen sollte.¹⁹⁵ Bis dahin erfolgte die Finanzzuweisung an die 14 Regionen auf der Basis der jeweiligen Bevölkerungszahl. In der RAWP-Formel wurden nun auch Faktoren wie die Alters- und Geschlechtszusammensetzung, Morbiditäts- und Mortalitätsraten sowie die Geburtenrate zur Modifikation der pro-Kopf-Zuweisung herangezogen. Auf der Basis der RAWP-Formel wurden regionale Über- bzw. Unterversorgungen von bis zu 14 Prozent errechnet. Diese regionalen Disparitäten wurden seither schrittweise bei der jährlichen Mittelvergabe ausgeglichen. Da die RAWP-Formel ein redistributives Instrument darstellt, von dem vor allem die vier Londoner Regionen sowie Oxford negativ betroffen sind, hat sich innerhalb des NHS die Verballhornung »RAWPed« breitgemacht, was soviel bedeutet wie »jemanden bemogeln«.

Kennzeichnend für den NHS ist die Tatsache, daß nicht nur die Verteilung der finanziellen Mittel von der zentralen Ebene vorgenommen wird, sondern auch die Löhne und Gehälter der rund 1 Millionen Beschäftigten (einschließlich der independent contractors) zentral ermittelt werden. Im Mittelpunkt stand dabei lange der sogenannte »Whitleyism«;

193 Näheres zur Finanzierung bei Howard Glennerster, *Paying for Welfare*, London: Basil Blackwell 1985, S. 121-144, und Thomas E. Chester und David E. Allen, *Financing the National Health Service*, in: David E. Allen und James A. Hughes (Hrsg.), *Management for Health Service Administrators*, London: Pitman 1983.

194 Vgl. Chester und Allen, *Financing*, a.a.O., S. 20.

195 Vgl. Alsop, *Health Policy*, a.a.O., S. 92 ff.

ein Modell der Tarifverhandlungen in paritätisch besetzten nationalen Industrieräten, das im Anschluß an den 1. Weltkrieg durch eine Kommission entwickelt worden war, der der liberale Unterhausabgeordnete J.H. Whitley vorsah.¹⁹⁶ Der Whitleyism blieb nach dem 2. Weltkrieg nur noch im öffentlichen Dienst bestehen und bildet daher auch im NHS die Grundlage der industriellen Beziehungen.¹⁹⁷ Derzeit bestehen neun funktionale, das heißt berufsgruppenbezogene »Whitley Councils«, in denen die NHS-Gewerkschaften und vom DHSS ernannte Vertreter der NHS-Verwaltung für die verschiedenen Berufsgruppen Löhne und Arbeitsbedingungen aushandeln.¹⁹⁸

Ursprünglich fand dieses System auch Anwendung auf die medizinische Profession. 1963 wurde dann mit dem Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration eine gesonderte Organisation eingerichtet. Der Review Body setzt sich aus einem Vorsitzenden und sechs Mitgliedern (»eminent persons«) zusammen, die von der Regierung auf Vorschlag bzw. mit Zustimmung der BMA und der Royal Colleges ernannt werden und ehrenamtlich tätig sind.¹⁹⁹ Ihre Aufgabe besteht darin, dem Premierminister auf der Basis von Daten, die vom DHSS und der BMA übermittelt werden, angemessene Vorschläge für die Höhe der Arzt- bzw. Zahnarzthonorare zu unterbreiten, die zwar keine Bindungswirkung haben, denen in der Regel aber gefolgt wird. Obwohl in diesem Zusammenhang häufig der Begriff »negotiations« verwendet wird, handelt es sich nicht um Verhandlungen im eigentlichen Sinne. Die beiden Parteien werden aufgefordert, ihre Argumente offenzulegen (»to submit evidence«), und das Für und Wider wird im Review Body abgewogen. Im Prinzip handelt es sich um eine Form der konsensualen Entscheidungsfindung, die auf Konsultationsmechanismen und dem Glauben in die Fairneß unabhängiger Sachverständiger basiert. Die Legitimität dieses Verfahrens ist, auch wenn die

196 Vgl. Bernd-Jürgen Wendt, Whitleyism - Versuch einer Institutionalisierung des Sozialkonfliktes in England am Ausgang des Ersten Weltkrieges, in: Dirk Stegmann, Bernd-Jürgen Wendt und Peter-Christian Witt (Hrsg.), Industrielle Gesellschaft und politisches System, Bonn: Verlag Neue Gesellschaft 1978.

197 Näheres zu den industriellen Beziehungen im NHS bei Armstrong und Herd, Industrial Relations, a.a.O.; Nick Bosanquet (Hrsg.), Industrial Relations in the NHS - the Search for a System, London: King's Fund 1982; Trades Union Congress, Improving Industrial Relations in the National Health Service. A Report by the TUC Health Services Committee, London: TUC 1981.

198 Vgl. Levitt und Wall, The Reorganised Health Service, a.a.O., S. 240-25.

199 Vgl. William A. Glaser, Health Insurance Bargaining, Foreign Lessons for Americans, New York: Gardner Press 1978, S. 164 ff.

Regierung den Vorschlägen des Review Body nicht immer folgte, und auch die Ärzteschaft mehrfach mit den Empfehlungen nicht einverstanden war, nie ernsthaft in Zweifel gezogen worden.

Bei der offenkundigen Dominanz des NHS wird leicht übersehen, daß es in Großbritannien auch nach 1948 immer einen - wenn auch sehr kleinen - privaten Gesundheitssektor gegeben hat. Im Verhältnis zu den NHS-Ausgaben machten die im privaten Sektor produzierten Dienstleistungen 1984 nur rund 7 Prozent aus.²⁰⁰ Der Hinweis auf die geringe Größe vermittelt aber noch keine hinreichenden Aufschlüsse darüber, inwiefern der private Gesundheitssektor von der Regierung Thatcher als Instrument oder als Ausgangspunkt einer markt- und wettbewerbsorientierten Politik genutzt werden kann. Denn immerhin war das Verhältnis von öffentlichem und privatem Sektor von Anfang an als »working partnership«²⁰¹ und nicht als Antagonismus konzipiert. Die Einführung des NHS übte besonders auf den privaten Gesundheitssektor einen nachhaltigen Einfluß aus. Struktur und Größe sind vor allen Dingen das Resultat der Koexistenz mit dem NHS, dessen Dominanz nur noch einen eng begrenzten, selektiven Entwicklungspfad für den privaten Gesundheitssektor offenließ. Innerhalb dieses Subsystems lassen sich vier Bereiche unterscheiden: die pharmazeutische und medizintechnische Industrie, die private Praxis, die private Krankenversicherung und die privaten Krankenhäuser.

An den Privatkrankenhäusern läßt sich die These von den selektiven Entwicklungschancen besonders deutlich illustrieren. Zu keinem Zeitpunkt konnte sich dieses Marktsegment als institutionelle Basis des privaten Sektors etablieren. Verantwortlich war dafür weniger die mangelnde Nachfrage, als vielmehr der Umstand, daß die Existenz der pay-beds in den personell und apparativ überlegenen ausgestatteten NHS-Krankenhäusern für die consultants kaum Anreize bot, ihre Privatpatienten außerhalb des NHS zu behandeln.²⁰² Den personell-apparativen Rückstand haben die Privatkrankenhäuser nicht aufholen können. Vielmehr haben sie ihr Leistungsspektrum stark spezialisiert und auf eine geringe Anzahl wenig aufwendiger Fallkategorien begrenzt, für die in NHS-Krankenhäusern mitunter beträchtliche Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen.

200 Vgl. William Laing, *Private Medical Care* 1985, London: Office of Health Economics 1985, S. 5, und als ersten Überblick Eugene Vayda, *Private Practice in the United Kingdom*, in: *Journal of Public Health Policy*, 4 (1983).

201 Ben Griffith, Steve Iliffe und Geof Raynor, *Banking on Sickness: Commercial Medicine in Britain and the USA*, London: Lawrence and Wishart 1987, S. 105.

202 Vgl. Mencher, *Private Practice in Britain*, a.a.O., S. 20.

Im NHS-Act von 1946 war sowohl für consultants als auch für GPs die Möglichkeit vorgesehen, Privatpatienten auf eigene Rechnung zu behandeln. Im stationären Sektor geschah dies in den bereits erwähnten paybeds. Schätzungen gehen davon aus, daß rund 85 Prozent der consultants Privatpatienten behandeln, wobei der Umfang je nach vertraglicher Regelung variiert.²⁰³ Unter den 14 000 consultants befinden sich aber nur ca. zwei- bis dreihundert mit einer ausschließlich privaten Klientel.²⁰⁴ In der ambulanten Versorgung war den GPs zunächst freigestellt, überhaupt vertragliche Bindungen zum NHS einzugehen. Von dieser Möglichkeit machten jedoch nur wenige Ärzte Gebrauch. Gegen Ende der fünfziger Jahre gab es nur noch rund 600 GPs, die ausschließlich Privatpatienten behandelten.²⁰⁵ Neuere Schätzungen gehen davon aus, daß unter den 30 000 niedergelassenen Ärzten kaum mehr als 300 eine reine Privatpraxis betreiben.²⁰⁶ Aus einer Anfang der sechziger Jahre durchgeführten Erhebung ging hervor, daß zwar rund zwei Drittel aller GPs Privatpatienten behandelten, daß aber deren Anzahl pro Arzt nur selten die 20 überschritt²⁰⁷; bei einem durchschnittlichen Patientenstamm von über 1 000 also eine marginale Größe. Heute dürfte dieser Anteil ähnlich niedrig liegen. Eine wesentliche Ursache für die begrenzte Expansionsneigung der privaten Medizin im NHS besteht darin, daß das bestehende Arrangement den Ärzten gestattet, die Arbeitsplatzsicherheit des Staatsdienstes mit einem - in Grenzen anhebbaren - Zusatzeinkommen aus dem privaten Sektor zu verbinden.

Das wichtigste Segment des privaten Gesundheitssektors in Großbritannien stellt die private Krankenversicherung dar. Sie verfügt über eine solide Finanzlage, stabile Zuwachsraten und eine strategisch günstige Marktposition (vgl. Tabelle 6.4). 1983 wurden 92,4 Prozent des gesamten Marktes von den nicht-kommerziellen »Provident Societies« beherrscht. Der gemeinnützige Rechtsstatus bedeutet auf der einen Seite die Befreiung von den üblichen Körperschaftssteuern und auf der anderen Seite, daß anfallende Gewinne nicht ausgeschüttet, sondern re-investiert werden

203 Vgl. Griffith u.a., *Banking on Sickness*, a.a.O., S. 270.

204 Vgl. Ben Griffith, Geof Raynor und John Mohan, *Commercial Medicine in London*, London: Greater London Council Industry and Employment Branch 1985, S. 57.

205 Vgl. Mencher, *Private Practice in Britain*, a.a.O., S. 21.

206 Vgl. Geoffrey Raynor, *Health Care as a Business? The Emergence of a Commercial Hospital Sector in Britain*, in: *Policy and Politics*, 4 (1986), S. 201.

207 Vgl. Mencher, *Private Practice in Britain*, a.a.O., S. 16.

müssen.²⁰⁸ Diesem Umstand ist es zu verdanken, daß die Provident Societies heute erhebliche Vermögensbestände angehäuft haben, die unter anderem der Finanzierung von Tochterunternehmen etwa im privaten Krankenhaussektor dienen. Der unumstrittene Marktführer ist die British United Provident Association (BUPA), gefolgt vom Private Patients Plan (PPP) und der Western Provident Association (WPA). Diese Gesellschaften gingen 1947 (BUPA) bzw. 1952 (PPP und WPA) zum Zweck der organisatorischen und ökonomischen Konsolidierung aus Zusammenschlüssen der vom NHS nahezu verdrängten »contributory societies« hervor, die seit den zwanziger Jahren als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit für die Finanzierung eines Krankenhaustagegeldes bestanden.²⁰⁹

Die Provident Societies haben damit zwar an schon vorhandene Organisationsstrukturen angeknüpft, allerdings ist ihre Marktstrategie unverkennbar auf die Existenz des NHS zugeschnitten. Dies geht zum Beispiel aus der fehlenden Konsequenz bei der Anwendung des Äquivalenzprinzips hervor, da Familienmitglieder automatisch mitversichert sind, und zwar ohne eine Auswirkung auf die Höhe der Prämien.²¹⁰ Diese - im bundesdeutschen Sprachgebrauch so genannte - »Familienlastquote« stellt ein Versicherungsrisiko dar, auf das sich hierzulande vermutlich kaum ein privates Versicherungsunternehmen einlassen würde. Neben dem gemeinnützigen Rechtsstatus der Provident Societies, der in Grenzen sozial verpflichtend wirkt, spielt die Marktsituation der Unternehmen hierbei eine entscheidende Rolle. Um überhaupt genügend Anreize für eine private Krankenversicherung zu schaffen, bleibt den Versicherungsgesellschaften kaum eine andere Wahl, als die gewinnmindernde Familienlastquote zu akzeptieren, denn der kostenlose Zugang zum NHS wird von Zusatzversicherungen nicht berührt. Dieser Umstand spiegelt sich auch im Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung wider, die im wesentlichen auf die stationäre Versorgung begrenzt ist.²¹¹ Denn der Zugang zum niedergelassenen Arzt ist im NHS unkompliziert und nicht mit Wartezeiten verbunden, wie dies häufig im stationären Sektor der Fall ist.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben zwar stets danach gestrebt, ihren Marktanteil auszudehnen, ohne dabei allerdings die

208 Vgl. Alan Maynard, *The Private Health Care Sector in Britain*, in: Gordon McLachlan und ders. (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1982, S. 141.

209 Vgl. Mencher, *Private Practice in Britain*, a.a.O., S. 22 ff.

210 Vgl. Maynard, *The Private Health Care Sector*, a.a.O., S. 139.

211 Vgl. Maynard, *The Private Health Care Sector*, a.a.O., S. 143 ff.

Versorgungsdominanz des NHS in Frage zu stellen. Im Verhältnis zum NHS hat sich vielmehr eine Kooperationsphilosophie herausgebildet. So bezeichnete es zum Beispiel der BUPA-Vorsitzende Lord Wigoder als Mythos, »that in some way, the private sector wants to destroy the NHS. Nothing could be further from the truth. Everyone in the private sector is full of admiration for the work the NHS does. We all recognise it as a cornerstone of the welfare state.«²¹² Wertet man die Verbandsbildung als Ausdruck politischen Einflußstrebens, dann kann die bemerkenswerte Tatsache, daß die private Krankenversicherung in Großbritannien über keine organisierte Interessenvertretung verfügt, als weiterer Beleg für ihre Status-quo-Orientierung gelten.

Die pharmazeutische Industrie gehört zu jenen Segmenten des privaten Gesundheitssektors, dessen Verstaatlichung nie zur Debatte stand. Gleichwohl besaß die Einführung des NHS erhebliche Auswirkungen auf den Arzneimittelmarkt, von denen die wichtigste die Monopolisierung der Nachfrageseite durch den Gesundheitsdienst war. Da der NHS aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird, sind staatliche Interventionen zur Sicherung eines sparsamen Ressourceneinsatzes in Großbritannien auch unter Konservativen nie als Sündenfall wider die Marktwirtschaft gedeutet worden. Bereits im Laufe der fünfziger Jahre hatte sich die Auffassung verfestigt, daß die Arzneimittelpreise für den NHS dem Grundsatz »fair and reasonable« zu folgen hätten. Um diesen Grundsatz durchzusetzen, vereinbarte das Gesundheitsministerium mit der Interessenvertretung der pharmazeutischen Industrie, der Association of British Pharmaceutical Manufacturers (ABPI), 1958 das »Voluntary« bzw. - seit 1978 - das »Pharmaceutical Price Regulation Scheme« (PPRS) aus.²¹³ Hierbei handelt es sich um ein für jeweils mehrere Jahre gültiges Abkommen zur Regulierung der an den NHS verkauften Arzneimittel, das zwischen dem Gesundheitsministerium und dem ABPI ausgehandelt wird. Bis 1969 beschränkte sich das Abkommen auf staatliche Kontrollen der Erzeugerpreise. Seither wird die Profitrate der Pharmaunternehmen auf der Basis von Daten über die voraussichtliche Gewinnerwartung und geplante Forschungsinvestitionen durch das DHSS festgesetzt. Ökonomisch haben diese Interventionen in die unternehmerische Entscheidungsfrei-

212 Zitiert nach Alan Maynard und Alan Williams, *Privatisation and the National Health Service*, in: Julian Le Grand und Ray Robinson (Hrsg.), *Privatisation and the Welfare State*, London: Allen & Unwin 1985, S. 106 f.

213 Vgl. hierzu ausführlich Jane A. Sargent, *The Politics of the Pharmaceutical Price Regulation Scheme*, IIM/LMP 83 - 13, Wissenschaftszentrum Berlin 1983.

heit durchaus keine negativen Folgen für die Pharmaindustrie besessen.²¹⁴

Auf der politischen Ebene hat sich das Machtgleichgewicht hingegen kontinuierlich zugunsten des Staates verschoben. Kommt zum Beispiel kein Abkommen zustande, darf die Regierung seit 1977 die Arzneimittelpreise auf dem Verordnungsweg festsetzen²¹⁵, seit 1978 können sogar die Werbeausgaben begrenzt werden. Auch sind die staatlichen Interventionen heute nicht mehr auf die Mitgliedsfirmen des ABPI beschränkt, sondern erfassen alle in Großbritannien tätigen Pharmaunternehmen. Die pharmazeutische Industrie ist deshalb in zunehmendem Maße auf eine gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium angewiesen, was sich auch auf die politisch-ökonomische Ausrichtung der Branche niedergeschlagen hat. Im Gegensatz etwa zur bundesdeutschen Pharmaindustrie, die sich gern als letztes Bollwerk der freien Marktwirtschaft in einem ansonsten interventionistisch durchsetzten Gesundheitswesen betrachtet, haben sich die britischen Pharmaunternehmen mit der »sozialisierten Medizin« so gut arrangiert, daß der ABPI in der Öffentlichkeit sogar zu einem Fürsprecher des NHS geworden ist. »Partnership not privatisation«²¹⁶ ist das von einem Industrievertreter umrissene Beziehungsmuster zwischen NHS und pharmazeutischer Industrie.

Als Resümee kann festgehalten werden, daß der private Gesundheitssektor als strategischer Hebel zur Implementation eines ordnungspolitischen Alternativprogramms nur wenig geeignet ist, und zwar nicht unbedingt aufgrund seiner geringen Größe, sondern mehr deshalb, weil seine Struktur auf subsidiäre Kooperation und nicht auf Konkurrenz zum NHS ausgelegt ist. Die Nischenfunktion des privaten Sektors hat trotz ihrer geringen Größe finanziell soweit akzeptable Ergebnisse zugelassen, daß bei privaten Akteuren eine breite politische Akzeptanz für den NHS entstand.

214 Vgl. Griffith u.a., *Banking on Sickness*, a.a.O., S. 136.

215 Vgl. Sargent, *The Politics*, a.a.O., S. 37.

216 Jean Blanpain, *Reflections on NHS - Industry Co-operation*, paper presented at the 13th Joint EHPF-WHO Meeting, »The Changing Public/Private Mix in Health Care«, Brussels, 12-13 February 1987, S. 6 (unpaginiert). Siehe auch Alan Barrell, *Reflections on Industry-NHS Co-operation*, paper presented at the 13th Joint EHPF-WHO meeting on »The Changing Public/Private Mix in Health Care«, Brussels, 12-13 February 1987.

4.3.2 USA

In den USA hat auch die Ausweitung der staatlichen Verantwortung für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen die governance-Struktur des Policy-Netzwerkes, die vom privaten Sektor beherrscht wird, nicht gravierend verändert. Vor allem das »franchising«²¹⁷ öffentlicher Aufgaben - eine für die USA charakteristische Verwaltungskonvention, bei der private Unternehmen mit der Abwicklung öffentlicher Dienstleistungen betraut werden - hatte zur Folge, daß sogar die Medicare/Medicaid-Gesetzgebung neutral gegenüber den bestehenden Interessens- und Versorgungsstrukturen des Gesundheitssektors blieb. Der Rückgriff auf private Organisationen führte unter anderem zur Übernahme von privatwirtschaftlichen Verwaltungstechniken, was sich besonders bei der Honorierung medizinischer Leistungen als folgenreich erweisen sollte. Im Gesetzestext waren keine klaren Vorschriften über die Gebührenerhebung von Ärzten und Krankenhäusern beinhaltet, lediglich ein »ortsüblicher« Gebührenrahmen, definiert als »usual, customary and reasonable« (UCR), sollte nicht überschritten werden. Da es weder staatliche noch private Krankenversicherungsträger vermochten, mit der organisierten Ärzteschaft feste Gebührenordnungen auszuhandeln²¹⁸, geriet die UCR-Formel zu einem regelrechten Blankoscheck für die Leistungserbringer. Bis in die jüngste Vergangenheit lehnten die regionalen medical societies verbindliche Gebührenordnungen ab²¹⁹, und in einer Entscheidung des Supreme Court von 1975 wurde dieses Instrument gar als Versuch bezeichnet, »to fix minimum prices and eliminate competition, in violation of the antitrust laws«.²²⁰ Im Unterschied zu Großbritannien und der Bundesrepublik haben sich in den USA also weder staatliche Planung noch verbandliche Kollektivverträge als ökonomisches Steuerungsinstrument durchsetzen können.

Ein für die USA ebenfalls charakteristisches Merkmal der governance-Struktur besteht darin, daß der Anteil privater Gesundheitsausgaben stets

217 Näheres dazu bei Alan Wolfe, *The Limits of Legitimacy*, New York: Free Press 1977, S. 108 ff.; Lester M. Salamon, *Rethinking Public Management: Third Party Government and the Changing Forms of Government Action*, in: *Public Policy*, 29 (1981), S. 255-275.

218 Vgl. William A. Glaser, *Health Insurance Bargaining. Foreign Lessons for Americans*, New York: Gardner Press 1978, S. 184 f.

219 Ebd., S. 182.

220 Ebd.

deutlich über denen des Staates lag. Von den rund 425 Milliarden Dollar, die 1985 für Gesundheitsleistungen aufgewandt wurden, stammten nur 174,8 Milliarden aus staatlichen Quellen. Die verbleibenden 250,2 Milliarden Dollar wurden direkt von Privatpersonen getragen, wobei 105,6 Milliarden auf direkte Zahlungen und Selbstbeteiligungen (»out-of-pocket-payments«) entfielen und 133,3 Milliarden in Form von Versicherungsprämien entrichtet wurden.²²¹ Auch im Hinblick auf den Versicherungsschutz der Bevölkerung überragt der private Sektor den staatlichen bei weitem. 1983 fielen von den 232 Millionen amerikanischen Bundesbürgern etwas mehr als 58 Millionen unter den Schutz von Medicare, Medicaid und anderen staatlichen Versicherungsprogrammen, während über 139 Millionen Personen, also weit über die Hälfte der amerikanischen Bevölkerung über privaten Versicherungsschutz verfügten.²²²

Tabelle 4.3: Krankenversicherungsschutz der US-Bevölkerung 1983

Versicherungstyp	Anzahl der Versicherten (in Mio.)	in Prozent
Medicare	28	12
Medicaid	19	8
Militär/Öffentlicher Dienst u. andere staatl. Programme	11	5
Betriebliche Krankenversicherung	134	58
Individuelle Krankenversicherung	5	2
Ohne Versicherungsschutz	35	15
Gesamtbevölkerung	232	100

Quelle: Clifford Staples, *The Politics of Employment-Based Insurance in the United States*, in: *International Journal of Health Services*, 19 (1989), S. 418.

221 Daten aus Gerald F. Anderson, *National Medical Care Spending*, in: *Health Affairs*, 5:3 (1986), S. 124.

222 Weitere Daten finden sich bei: *Health Insurance Association of America, 1986-1987 Source Book of Health Insurance Data*, Washington, DC: HIAA 1988.

Der private Krankenversicherungsmarkt kann in drei Segmente unterteilt werden: die gemeinnützigen (»not-for-profit«) Versicherungsgesellschaften Blue Cross und Blue Shield mit 84 bzw. 70 Millionen Versicherten, die rund 800 kommerziellen Versicherungsunternehmen mit 97 Millionen Versicherten und die ca. 400 von Gemeinden, Universitäten, großen Unternehmen oder Gewerkschaften getragenen Gruppenversicherungen mit etwa 10 Millionen Mitgliedern.²²³ Bis weit in die siebziger Jahre wurde der Markt für private Krankenversicherungen von Blue Cross und Blue Shield beherrscht, die jeweils nur die stationäre bzw. die ambulante Versorgung abdecken. Die zunehmende Konkurrenz von kommerziellen und alternativen Versicherungsträgern, wie den HMOs, hat diese Dominanz abgeschwächt und - was noch wichtiger erscheint - dazu geführt, daß die »Blues« sich den Techniken ihrer kommerziellen Konkurrenten mehr und mehr angepaßt haben. So wurde beispielsweise das dem Solidarprinzip nicht unähnliche »community rating«, ein einheitlicher regionaler Prämiensatz, zugunsten des Äquivalenzprinzips aufgegeben. Obwohl ein großer Teil der Versicherungsträger einen gemeinnützigen Status besitzen, hat das kommerzielle Marktverhalten also an Bedeutung gewonnen.

Zu den Besonderheiten des Policy-Netzwerkes gehört es, daß ein beachtlicher Teil der Gesundheitsausgaben als betriebliche Sozialleistungen finanziert werden. Die Prämien für den Krankenversicherungsschutz wurden 1984 bei 130,3 Millionen Personen unter 65 Jahren entweder teilweise oder sogar vollständig vom Arbeitgeber getragen, was immerhin 65,1 Prozent entsprach.²²⁴ Die Ausweitung der »fringe benefits«, die in den USA nicht dem zu versteuernden Bruttolohn zugerechnet werden, also steuerfrei sind, hat vor allem seit dem Ende des 2. Weltkrieges stattgefunden²²⁵, allerdings mit sehr unterschiedlicher Intensität. Der Schwerpunkt liegt bei den gewerkschaftlich hoch organisierten Branchen wie dem Bergbau, der metallverarbeitenden Industrie oder dem Automobilbau. Obwohl die Ko-

223 Vgl. Diana Chapman Walsh, *The Health Insurance Industry and Strategic Issues in an Uncertain Environment*, in: *Health Care Management Review*, 5 (1980), S. 72.

224 Vgl. Deborah J. Chollet, *Financing Indigent Care*, in: Frank B. McArdle (Hrsg.), *The Changing Health Care Market*, Washington, DC: Employee Benefit Research Institute 1987, S. 189.

225 Näheres hierzu bei Beth Stevens, *Complementing the Welfare State: The Development of Private Pensions, Health Insurance and other Employee Benefits in the United States*, Genf: International Labour Office (Labour-Management Relations Series No. 65) 1986; Marian Döhler, *Alternativen in der US-Gesundheitspolitik: Das Modell einer gewerkschaftsgesteuerten Gesundheitsversorgung*, in: *Amerikastudien*, 30 (1985).

sten für die betriebliche Krankenversicherung ebenso sprunghaft anstiegen wie die staatlichen Gesundheitsausgaben, blieben die Arbeitgeber in der Gesundheitspolitik bis Ende der siebziger Jahre weitgehend inaktiv. Als eigenständiger Akteur des privaten Sektors sollten sie erst unter Ronald Reagan zu politischer Bedeutung gelangen (vgl. Kapitel 7.3.2).

Obwohl mit diesen knappen Ausführungen der Komplexität und der gesundheitspolitischen Bedeutung des privaten Sektors nur sehr unzureichend Rechnung getragen werden konnte, erübrigen sich an dieser Stelle nähere Informationen, da in Kapitel 7.3 eine ausführliche Analyse des privaten Gesundheitssektors folgt und dabei auch auf den Krankenhaussektor eingegangen wird. Vorerst lassen sich folgende Merkmale unter dem Gesichtspunkt der governance-Struktur herausstreichen. Am auffälligsten ist die Größe und die funktionale Eigenständigkeit des privaten Gesundheitssektors, die in mehrerlei Hinsicht für die strategische Selektivität des Netzwerkes von Bedeutung ist. Anders als in Großbritannien sind private Leistungs- und Finanzierungsträger in den USA keine »Lückenbüßer«, sondern Bestandteile eines breiten, von Markttransaktionen geprägten Korridors, der sich bereits vor dem Aufstieg staatlich organisierter Versorgungsprogramme etabliert hatte. In den USA liegt im Gegensatz zu Großbritannien die Beweislast für die »Systemverträglichkeit« stets bei jenen Akteuren, die eine Ausweitung staatlicher Intervention fordern. Allerdings sind die Akteure nicht in jedem Fall klare Befürworter von mehr Wettbewerb, das heißt, daß die Größe des privaten Sektors nicht umstandslos gleichgesetzt werden kann mit den Chancen für marktförmige Steuerungstechniken.

4.3.3 Bundesrepublik

Diese Feststellung gilt in besonderem Maße für den bundesdeutschen Fall. Trotz der Dominanz von öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder gemeinnützigen Organisationen, zwischen denen sich der Kollektivvertrag als vorherrschendes Verteilungsinstrument etabliert hat, gibt es private Marktsegmente von beträchtlicher Größe. Es läßt sich jedoch die These vertreten, daß von privaten Krankenhäusern oder Versicherungsträgern kein klarer Expansionskurs zu Lasten des öffentlichen Sektors ausgeht. Zwar hat die Zahl privater Krankenhäuser und Krankenhausbetten seit 1975 gegenüber öffentlichen und gemeinnützigen Trägern geringfügig zu-

genommen²²⁶, aber Zusammenschlüsse von Krankenhäusern in marktexpansive Ketten, wie dies in den USA beobachtet werden kann (vgl. Kapitel 7.3.1), gehören in der Bundesrepublik zu den Ausnahmen.²²⁷

Auch im Verhältnis zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung hat es seit Anfang der siebziger Jahre weder im Hinblick auf den Anteil der Versicherten noch im Ausgabenvolumen nennenswerte Verschiebungen gegeben.²²⁸ Obwohl die rund 50 privaten Versicherungsunternehmen die Konkurrenzbeziehungen untereinander und zur GKV gern herausstreichen, ist die private Krankenversicherung (PKV) kein marktexpansiver Akteur im Gesundheitssektor. Die gute Ertragslage der Unternehmen hat den weitgehenden Verzicht eines zu Lasten der GKV gehenden Verdrängungswettbewerbs zur Folge.²²⁹ Im Selbstverständnis der meisten Akteure fungiert die PKV nicht als breitflächige Alternative zur GKV, sondern als exklusive exit-Option. Die PKV wird daher auch nicht als Brückenkopf im Gesundheitssektor betrachtet, der als Ausgangs- oder Bezugspunkt marktwirtschaftlicher Reformstrategien geeignet wäre. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird die Rolle der PKV eher aus der defensiven Perspektive des Bestandsschutzes definiert. In ihrem gesundheitspolitischen Programm sieht es zum Beispiel die CDU als ihre Aufgabe an, »den Gestaltungsraum der privaten Krankenversicherung (zu) sichern.«²³⁰

226 Deutsche Krankenhausgesellschaft, Zahlen, Daten, Fakten '89, Düsseldorf 1989, S. 32.

227 Einen Überblick über die beiden einzigen bundesdeutschen Krankenhausketten vermittelt Bernadette Bueren, Kommerzielle Krankenhausketten in Deutschland, unveröff. Ms., Universität Bielefeld 1987.

228 Siehe Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Hrsg.), Marktentwicklung und Marktstruktur in der privaten Krankenversicherung, Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft e.V. 1984.

229 Vgl. zur Eigeneinschätzung der PKV: Heinz Bach, Gedanken zur privaten Krankenversicherung, Köln 1984 (PKV-Dokumentation 10), S. 98. Zur Wettbewerbssituation vgl. Jörg Finsinger, Verbraucherschutz auf Versicherungsmärkten: Wettbewerbsbeschränkungen, staatliche Eingriffe und ihre Folgen, München: Verlag V. Florentz 1988, S. 141 ff.

230 CDU-Bundesgeschäftsstelle, Gesundheitspolitisches Programm der CDU, Bonn 1978, S. 64.

4.4 Politische Handlungsmuster

Nachfolgend soll es darum gehen, sektorale Politikstile und Formen der Interessenvermittlung herauszufiltern, die die Beziehungsregeln der Akteure strukturieren. Diese Darstellung bezieht sich einerseits auf den Entscheidungsprozeß, der der Verabschiedung von Gesetzen oder anderen bindenden staatlichen Regelungen vorausgeht, und andererseits auf jene dauerhaften Kontakte zwischen staatlichen Verwaltungen und organisierten Interessen, die den Implementationsprozeß begleiten.

4.4.1 Großbritannien

In seiner einflußreichen Untersuchung hatte Harry Eckstein seinerzeit die ungewöhnlich engen Kontakte zwischen BMA und Gesundheitsministerium als typisches Handlungsmuster in der britischen Gesundheitspolitik hervorgehoben, die er als »the closest imaginable clientele relationship«²³¹ bezeichnete. Die BMA galt als »highly useful adjunct to the Ministry's machinery of administration which, if had it not already existed, the Ministry would have had to invent.«²³² Dieser Klientelismus wurde verstärkt vom »government by committee« durch die zahllosen Beratungsgremien im NHS, die der Ärzteschaft schon im Stadium der Problemwahrnehmung und -definition eine Fülle von Einflußchancen eröffnen. Eine hervorgehobene Rolle besitzt hierbei der Central Health Services Council, ein von der Ärzteschaft beherrschtes Beratungsorgan des Ministeriums, das zu allen Fragen des Gesundheitsdienstes Stellungnahmen abgeben kann.²³³ Diese unsichtbare Form der Einflußnahme ist auch administrativ verankert. Innerhalb des DHSS steht ranggleich neben dem beamteten Staatssekretär (»permanent secretary«) der oberste Medizinalbeamte (»chief medical officer«), die beide als »tribal chiefs«²³⁴ über eine eigene Verwaltungshierarchie herrschen. So wird im britischen Gesundheitsdienst bis in das DHSS hinein die Dominanz bürokratischer Rationalitätskalküle durch die Präsenz der medizinischen Profession erheblich abge-

231 Eckstein, *Pressure Group Politics*, a.a.O., S. 49.

232 Eckstein, *Pressure Group Politics*, a.a.O., S. 48.

233 Vgl. Levitt und Wall, *The Reorganised National Health Service*, a.a.O., S. 41 f., und MacKenzie, *Power and Responsibility*, a.a.O., S. 158.

234 Nairne, *Managing the DHSS Elephant*, a.a.O., S. 252.

schwächt. Allerdings deutete sich schon im Verlauf der siebziger Jahre an, daß sich die klientelistischen Bindungen der BMA zum DHSS gelockert hatten, da die Ärzteschaft mit anderen Interessenverbänden, die innerhalb des Policy-Netzwerkes aktiv wurden, in Konkurrenz treten mußte.²³⁵

Während der Klientelismus im wesentlichen ein Phänomen darstellt, das die Ärzteschaft betrifft, kann das Konsultationsprinzip²³⁶ als generelle und nicht nur im gesundheitspolitischen Netzwerk dominierende Form der Interessenvermittlung betrachtet werden. Die Konsultation zwischen Regierung und Verbänden hat sich vor allem in der Phase der Gesetzesvorbereitung etabliert. In der Regel äußert die Regierung zunächst eher vage formulierte und explizit diskussionsfähige Handlungsabsichten in einem »green paper«. Diese Phase der »fact finding« wird dann von einem konkreter gefaßten »white paper« gefolgt, das den Status eines Gesetzentwurfs besitzt. Diese Dokumente werden in großem Umfang an die betroffenen Verbände verteilt²³⁷, mit dem ausdrücklichen Ziel, Kommentare und Stellungnahmen zu erhalten. Erst nach Abschluß dieser Konsultationsphase, die in Einzelfällen weit über ein Jahr dauern kann, erfolgt die Formulierung eines Gesetzes oder Rundschreibens. Teilweise ist diesem Verfahren sogar noch eine »pre-consultative consultation phase«²³⁸ vorangestellt.

Dieser stark konsensbetonte Politikstil findet sich auch in der Verwaltungsroutine des NHS wieder. Zunächst besteht die Leistungsebene der Health Authorities aus ehrenamtlichen Mitgliedern, die auf Vorschlag von Lokalbehörden, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und Verbänden der Gesundheitsberufe durch das DHSS ernannt werden.²³⁹ Dieses Verfahren erinnert an das bundesdeutsche Proporzprinzip. Die eigentliche Verwaltungstätigkeit obliegt einer Kollegialverwaltung, in der alle Berufsgruppen des NHS auf der Basis des sogenannten »consensus management« zusammenarbeiten, das im Rahmen der Reorganisation von 1974

235 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 111 ff.

236 Vgl. A. Grant Jordan und Jeremy J. Richardson, *British Politics and the Policy Process. An Arena Approach*, London: Allen & Unwin 1987.

237 Vgl. Haywood und Hunter, *Consultative Processes in Health Policy*, a.a.O., S. 154 f.

238 Vgl. Haywood und Hunter, *Consultative Processes in Health Policy*, a.a.O., S. 155.

239 Näheres zu den Unterschieden zwischen RHAs und DHAs bei Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 137 ff.

eingeführt wurde.²⁴⁰ Mit dieser Prozedur sollte sichergestellt werden, daß kein Mitglied eines Teams überstimmt wird, daß Entscheidungen auf Einstimmigkeit beruhen, daß jedes Mitglied ein Veto-Recht besitzt und daß im Konfliktfall die Entscheidung an die Leistungsebene delegiert wird. Obwohl das consensus management formell erst seit 1974 praktiziert wurde, reflektiert diese Entscheidungstechnik eine eigenständige Organisationskultur im NHS²⁴¹, die nicht von hierarchischen Weisungen, sondern von konsultativen Entscheidungsverfahren beherrscht wird. Auch hinsichtlich der Verwaltung hebt sich der NHS vom Civil Service ab. Denn es existiert kein vorgezeichneter Karriereweg, da das Personal von der jeweiligen Health Authority ernannt wird und die Besetzung vakanter Positionen durch Ausschreibungen erfolgt.²⁴² Die Loyalität der Verwaltungsmitglieder gilt daher nicht dem Ministerium, sondern ihrer jeweiligen NHS-Verwaltungseinheit. Damit wird auch verständlich, warum der NHS mitunter als »syndikalistisch« bezeichnet wird.²⁴³ Trotz eines formal hierarchisch gegliederten Aufbaus, fügt sich der NHS nicht automatisch zentralen Steuerungsvorgaben, da vielfältige Sonderinteressen professioneller, bürokratischer und lokaler Provinienz auf politische Vorgaben »von oben« einwirken und diese nicht selten beträchtlich verändern.

4.4.2 USA

In den USA hat die fragmentierte Struktur des gesundheitspolitischen Netzwerkes, die sowohl für die staatliche Seite wie auch für das Verbändesystem gilt, einen pluralistischen Modus der Interessenvermittlung begünstigt, der gekennzeichnet ist durch das Fehlen eines eindeutig identifizierbaren Machtzentrums, die rasch wachsende Anzahl von Akteuren, die offenbar ohne große Schwierigkeiten in das Netzwerk hineingelangen können, und eine relativ geringe Stabilität bei Koalitionsbildungen. Diese pluralistische und nicht selten konfliktgeladene Form der Interessenvermittlung ist kein sektoral begrenztes Phänomen, sondern in den Grundzügen des politischen Systems der USA verankert, das sich durch die Exi-

240 Vgl. Steve Harrison, Consensus Decisionmaking in the NHS: A Review, in: *Journal of Management Studies*, 19 (1982).

241 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 45.

242 Vgl. R.G.S. Brown, *The Management of Welfare: A Study of British Social Service Administration*, Glasgow: Fontana 1975, S. 151 f.

243 Ebd., S. 169.

stanz von »adversarial institutions«²⁴⁴, auszeichnet, deren Zusammenspiel wenig zur Kompromißaushandlung beiträgt. Entscheidungsprozesse folgen vielmehr der Logik »wer gewinnt?«.²⁴⁵ Die Handlungsrationalität der Akteure muß vor diesem Hintergrund gesehen werden. In einem System der Interessenvermittlung, in dem die Maximierung von kurzfristigen politischen Gewinnen im Vordergrund steht, können sich langfristige und strategisch orientierte Verhaltensmuster nur schwer herausbilden. Damit verliert auch die in Verhandlungs- und Konsultationssystemen bestehende Neigung zur Aussetzung von Eigeninteressen an Bedeutung, die der Stabilisierung längerfristiger Tauschbeziehungen dienen soll. Obwohl es natürlich auch in den USA verhandlungsartige Beziehungen zwischen Staat und organisierten Interessen gibt, steht weniger die Konsensbildung, als vielmehr die Konfliktaustragung im Vordergrund.

Das Ausbleiben kontinuierlicher Interaktionen, wie es im bundesdeutschen Verbändesystem durch Kollektivverhandlungen gesichert ist, hat in den USA auch der Herausbildung komplementärer Rollenerwartungen und stabiler Verhaltensmuster entgegengewirkt. Weder im Verhältnis zwischen den Verbänden untereinander noch im Verhältnis zwischen Staat und Verbänden sind daher institutionell verfestigte Kontaktflächen entstanden. Daran hat auch die Medicare/Medicaid-Gesetzgebung kaum etwas geändert. Lediglich die Errichtung des Health Insurance Benefit Advisory Council, einem sechzehnköpfigen Beratungsorgan, das den Anbieterinteressen den direkten Zugang zur staatlichen Verwaltung bei der Implementation von Medicare sicherte²⁴⁶, entspricht dem europäischen Beziehungsmuster zwischen Staat und Verbänden.

Wenn erst kürzlich die vom Medicare-Programm ausgehenden Beziehungsmuster zwischen Staat und organisierten Interessen als »technocratic corporatism«²⁴⁷ bezeichnet wurden, so ist diese These mit äußerster Vorsicht zu betrachten. Bei dem Phänomen, das hier als Korporatismus be-

244 Vgl. Steven Kelman, *Regulating America, Regulating Sweden: A Comparative Study of Occupational Safety and Health Policy*, Cambridge: MIT Press 1981, S. 131 ff.

245 Jürgen Feick und Werner Jann, »Nations matter« - Vom Eklektizismus zur Integration in der vergleichenden Policy-Forschung? in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen*, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen 1988, S. 215).

246 Vgl. Thompson, *Health Policy and the Bureaucracy*, a.a.O., S. 157; Martha Derthick, *Policymaking for Social Security*, Washington, DC: Brookings Institution 1979, S. 89 ff.

247 Vgl. Brown, *Technocratic Corporatism*, a.a.O.

zeichnet wird, handelt es sich nämlich um den wachsenden politischen Handlungsbedarf, der aus den Folgekosten von Medicare und Medicaid erwachsen ist. Die daraus resultierende Tendenz zu größerer Kontakthäufigkeit zwischen staatlicher Verwaltung und organisierten Anbieterinteressen hat mit korporatistischen Steuerungstechniken allerdings nicht viel gemein. Denn dem Staat ist es gerade nicht gelungen, eine sektorale Konzertierung organisierter Interessen herbeizuführen. Hinzu kommt, daß wichtige Entscheidungen nach wie vor im Kongreß gefällt werden, also kein Resultat von Aushandlungsprozessen zwischen Staat und Verbänden darstellen. Die Interaktionsprozesse zwischen den Akteuren werden nach wie vor durch ad hoc-Beziehungen beherrscht.²⁴⁸

4.4.3 Bundesrepublik

Wie oben bereits angedeutet, wird das gesundheitspolitische Netzwerk in der Bundesrepublik sowohl durch selbstregulative wie auch korporatistische Formen der Steuerung und der Interessenvermittlung beherrscht. Hinsichtlich der vorherrschenden Handlungsmuster auf der Ebene politischer Entscheidungsfindungen wird man allerdings den Korporatismus in den Vordergrund stellen müssen. Hier ist zunächst die Existenz der KAG von Interesse, denn diese Einrichtung steht stellvertretend für einen Modus der Problemregulierung, bei dem der Staat zugunsten des Angebots einer freiwilligen Verhaltenskoordinierung auf imperative Steuerungstechniken verzichtet.²⁴⁹ Dieser - für das gesundheitspolitische Netzwerk charakteristische - Politikstil basiert auf den fehlenden staatlichen Steuerskapazitäten, die eine interorganisatorische Verflechtung durch Institutionen wie die KAG erforderlich machen, um zu einer Konzertierung der Akteure zu gelangen.

Formen der korporatistischen Steuerung und Interessenvermittlung gibt es allerdings nicht erst seit Einführung der KAG. Obwohl bekannt ist, daß der KAG die Konzertierte Aktion des Wirtschaftsministers als Vorbild diente, handelte es sich nicht lediglich um die Übertragung des korporatistischen Steuerungsmodells von der Wirtschafts- auf die Gesundheitspolitik, sondern um eine Regelung, die historische Vorläufer besitzt. Hier sind zunächst die kaum beachteten Analogien zwischen der KAG

248 Vgl. Wilson, *Why is there no Corporatism*, a.a.O., S. 225.

249 Vgl. Henke, *Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit*, a.a.O., S. 130.

und dem Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu nennen. Die Einrichtung der KAG erfolgte in einer Situation, die der von 1923 nicht unähnlich war (vgl. Kapitel 3.2.1). In beiden Fällen waren Probleme virulent geworden, die sich mit den selbstregulativen Mitteln des Verbändesystems nicht mehr regeln ließen. Während es in der Weimarer Republik insbesondere um die Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Kassen ging, war in den siebziger Jahren die Kostenentwicklung aus dem Ruder gelaufen. Die staatliche Reaktion bestand in beiden Fällen in der Schaffung von Steuerungsinstrumenten, dem Reichsausschuß bzw. der KAG, die zum Ziel hatten, durch interorganisatorische Verflechtung eine bessere Koordination bzw. Konzertierung des Verbandshandelns zu ermöglichen.

Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden tripartistischen Gremien besteht in der Zwangsmitgliedschaft im Reichsausschuß, dem eine freiwillige Mitgliedschaft in der KAG gegenübersteht. Dies entspricht - in der Terminologie der Korporatismusdebatte - dem Übergang vom autoritären zum liberalen Korporatismus.²⁵⁰ Die geringe Aufmerksamkeit, die dem historischen Vorläufer der KAG entgegengebracht wurde, mag damit zusammenhängen, daß der Reichsausschuß 1933 außer Kraft gesetzt und nach dem Kriegsende nicht wieder neu belebt wurde; und diesem historischen Bruch ist es vermutlich auch zu verdanken, daß die Verbindungslinien zwischen dem Reichsausschuß und dem im Rahmen des Kassennarztesgesetzes von 1955 eingesetzten Bundesausschuß der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen (BAK)²⁵¹, der sogenannten »gemeinsamen Selbstverwaltung«, kaum einmal im Sinne eines historisch kontinuierlich beobachtbaren Handlungs- und Steuerungsmusters Erwähnung fanden.

So ist dem Bundesausschuß und den regionalen Landesausschüssen in der gesundheitspolitischen Diskussion zu Unrecht kaum Beachtung zuteil geworden. Denn »die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken . . .« (§ 368p Abs. 1 RVO). Nicht nur, daß diese Richtlinien zentrale Leistungskategorien wie die Arzneimittelversorgung, die Mutter-

250 Zu dieser Terminologie siehe Gerhard Lehbruch, *Liberal Corporatism and Party Government*, in: Philippe Schmitter und ders. (Hrsg.), *Trends towards Corporatist Intermediation*, London - Beverly Hills: Sage 1979.

251 Vgl. Manfred Andreas, *Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen*, Bonn: Asgard Verlag 1976 (3. Aufl.).

schaftsvorsorge, Früherkennungsmaßnahmen und die kassenärztliche Bedarfsplanung, also die regionale Verteilung der medizinischen Versorgung, betreffen; im Unterschied zu den Empfehlungen der KAG haben die Richtlinien zum großen Teil rechtlich bindenden Charakter.²⁵² An die gemeinsame Selbstverwaltung sind hier also überaus wichtige Kompetenzen für die Steuerung der Gesundheitsversorgung übertragen worden²⁵³, auf die von staatlicher Seite nur durch den Genehmigungsvorbehalt des BMAS (§ 368p Abs. 2 RVO) eingewirkt werden kann. Der Bundesausschuß läßt sich daher als »Korporatismus ohne Staat« charakterisieren, da er - im Gegensatz zum Reichsausschuß - nicht unter staatlichem Vorsitz tagt, sondern paritätisch besetzt ist mit jeweils sieben Vertretern der Kassenverbände und Ärzte, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren Unparteiischen (§ 368o Abs. 3 RVO). Auch wenn dieses Gremium die öffentliche Aufmerksamkeit nicht annähernd in jenem Umfang zu erregen vermag wie die KAG, deutete sich zu Beginn der achtziger Jahre ein Bedeutungszuwachs für den BAK an, der im wesentlichen auf zwei Faktoren basiert. Zum einen wird in Zeiten abnehmender Verteilungsspielräume die Definitionshoheit über das, was als wirtschaftlich und medizinisch ausreichend und zweckmäßig betrachtet wird, immer wichtiger. Zum anderen kann die Delegation neuer Aufgaben an den BAK das Arbeitsministerium politisch entlasten. Diese Option dürfte im Rahmen der Kostendämpfungspolitik, die ja Einschnitte in ökonomische Besitzstände erfordert, als Substitut zu staatlichen Regelungen an Attraktivität gewinnen.

4.5 Selektivität

Das Charakteristikum der strategischen Selektivität, welches die zugelassenen bzw. begünstigten Strategieoptionen umschreibt, ist nicht nur im Zeitverlauf variabel, sondern auch abhängig vom Inhalt der Strategie, mit der das Policy-Netzwerk konfrontiert wird. Aus diesem Grund ist an dieser Stelle noch keine umfassende Bilanzierung von zugelassenen Strategien im Sinne der Frage nach den Chancen von mehr Markt möglich. Die nachfolgende Beschreibung der Netzwerkselektivität gilt daher eher generell der staatlichen Handlungsfähigkeit und endet mit einem tabellari-

252 Ebd., S. 66 ff.

253 Vgl. Thiemeyer, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, a.a.O., S. 90 ff.

schen Überblick zu den wesentlichen Charakteristika der drei Policy-Netzwerke zum Zeitpunkt des Regierungswechsels.

Ein wichtiger Unterschied, der den bundesdeutschen wie auch den britischen Fall von den USA abhebt, ist die große Bedeutung, die Konsultations- und Verhandlungsmechanismen zukommt. In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ist zunächst die starke Übereinstimmung zwischen sektoralen Steuerungstechniken und dem dominierenden politischen Handlungsmuster auffällig. Zugespitzt könnte die These vertreten werden, daß sich die staatliche Politik in Form und Inhalt wesentlichen Strukturprinzipien wie der Selbstverwaltung oder den Kollektivverhandlungen angepaßt hat. Denn die staatliche Gesundheitspolitik war - ungeachtet der Regierungsmehrheit - im wesentlichen darauf ausgerichtet, die Selbstregulierungskapazitäten des Verbändesystems zu stärken, um so weitere Interventionen überflüssig zu machen. Eine gewisse Nähe zu den Kollektivverhandlungen ist wiederum beim vorherrschenden Handlungsmuster der »korporatistischen Konzertation«²⁵⁴ unübersehbar, bei der die teilweise gegensätzlichen Interessen der Verbände in einen staatlich organisierten Steuerungsverbund mit Verhandlungselementen - KAG und BAK - integriert werden. Vereinfacht ausgedrückt sind Kollektivverhandlungen die routinemäßige Steuerungstechnik für die Beziehungen der Verbände untereinander, während die interorganisatorische Ver- bzw. Überflechtung (»networking«) die staatliche Reaktion auf Krisen innerhalb des Verbändesystems darstellt.

Anders als bei den Verhandlungen zwischen Staat und Verbänden im bundesdeutschen Fall ist die institutionelle Absicherung des Konsultationsverfahrens in der britischen Gesundheitspolitik weitaus geringer entwickelt. In der Bundesrepublik hat das hohe Maß an Aufgabendelegation an das selbstverwaltete Verbändesystem nämlich zur Folge, daß staatliche Steuerungsintentionen einer intensiven Abstimmung und Koordination mit organisierten Interessen bedürfen. Diese prekäre Abhängigkeit hat staatlicherseits die Neigung bestärkt, direkte Interventionen nach Möglichkeit zu vermeiden und mehr die Schaffung von »Rahmenbedingungen« für Konsensbildungs- und Selbstregulierungsprozesse in den Vordergrund zu stellen. Abseits krisenhafter Zuspitzungen mündet der »Vorrang der Selbstverwaltung« nicht selten in einen expliziten staatlichen Rege-

254 Näheres zu diesem Begriff bei Gerhard Lehmbuch, *Concertation and the Structure of Corporatist Networks*, in: John H. Goldthorpe (Hrsg.), *Order and Conflict in Contemporary Capitalism*, Oxford: Clarendon Press 1984, S. 62.

lungsverzicht. Damit sind Konflikte zwischen Staat und organisierten Interessen keineswegs ausgeschlossen, aber die Lösungswege sind doch in starkem Maße vorgezeichnet.

Im Unterschied dazu ist im verstaatlichten NHS die strategische Position des Zentralstaates wesentlich stärker. So ist immer wieder die Beobachtung gemacht worden, daß eine britische Regierung über die Möglichkeit verfügt, einzelne Themen oder Entscheidungen als »non-negotiable«²⁵⁵ zu deklarieren und damit externer Einflußnahme zu entziehen. Freilich gibt es gute Gründe für eine Regierung, nicht vom Konsultationsverfahren abzuweichen. Denn für die Implementation bleibt sie auf die Mitarbeit organisierter Interessen angewiesen. Der konsultationsbetonte Entscheidungsprozeß im britischen Gesundheitssektor ist mithin ein Handlungsmuster, dessen Einhaltung sich vor allem der Einsicht der beteiligten Akteure in die Notwendigkeit einer dauerhaften »working relationship« verdankt und durch Austauschbeziehungen²⁵⁶ stabilisiert wird. Weil im britischen Fall das Konsultationsverfahren hierarchisch überwunden werden kann, liegt es nahe, das vorherrschende Handlungsmuster als »hierarchische Konsultation« zu bezeichnen.

Die entscheidende Differenz zum deutschen und zum britischen Fall besteht darin, daß staatliche Interventionen in den USA keine großflächigen Organisationsnetzwerke hervorbrachten, die mit der Einführung der GKV oder des NHS vergleichbar wären und ähnlich kanalisierende Wirkung besitzen. Natürlich war mit Medicare und Medicaid ein politisches Präjudiz für den weiteren Entwicklungsprozeß des Gesundheitssektors geschaffen, aber die politische und strukturelle Selektionswirkung blieb merklich hinter den entsprechenden Weichenstellungen in Deutschland und Großbritannien zurück. Auch darf die Einführung von Medicare und Medicaid nicht mit dem Bekenntnis zu einer staatlichen Leistungsverpflichtung gleichgesetzt werden, denn die Rolle des Staates in der Gesundheitspolitik blieb nach wie vor umstritten.²⁵⁷ Da im amerikanischen Gesundheitssektor kein institutionelles Zentrum mit ähnlich strukturbildender Wirkung besteht, wie sie die GKV oder der NHS entfaltet haben,

255 Vgl. Page, *Political Authority and Bureaucratic Power*, a.a.O., S. 104.

256 Jeremy J. Richardson und A. Grant Jordan, *Overcrowded Policymaking: Some British and European Reflections*, in: *European Journal of Political Research*, 15 (1983), S. 262.

257 Vgl. Theodore R. Marmor, *Reflections on Medicare*, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, 13 (1988), S. 12.

ist die Bandbreite gesundheitspolitischer Steuerungsverfahren größer, weniger festgelegt und gleichzeitig auch stärker umstritten.

In der Bundesrepublik läßt sich hingegen ein breiter Konsens darüber ausmachen, daß die Selbstverwaltung eine Einrichtung darstellt, die unter allen Umständen beibehalten werden sollte. Während auf staatlicher Seite dafür die politikentlastende Wirkung einer Aufgabendelegation an die Verbände eine wichtige Rolle spielt, wollen die Verbände ihre autonomen Steuerungsmöglichkeiten bewahren. So bestehen ausreichend Anreize für alle Akteure, an einer Systemstabilisierung interessiert zu sein. Verstärkt wird diese »structural inertia« durch die ausgeprägte Politikverflechtung der Akteure untereinander, denn »integrierte Politiknetzwerk dienen nicht dazu, wagemutig neue Programme zu implementieren«, sondern ihr Entscheidungsstil ist »defensiv und status-quo-orientiert«.²⁵⁸

Ein ähnlich breiter Konsens besteht auch in Großbritannien hinsichtlich des NHS. In einer Faktoranalyse über die Meinung von gesundheitspolitischen Experten haben Landsberger unter anderem festgestellt, »daß von 1 227 britischen Beantwortern nur 29 Personen mit der Aussage nicht übereinstimmen, daß Großbritannien sein staatliches Gesundheitssystem erhalten sollte«.²⁵⁹ Dabei handelte es sich nicht um bestimmte Interessen, sondern um einen breiten Querschnitt der im NHS vertretenen Akteure.

Zusammenfassend können die wesentlichen Strukturmuster der drei Policy-Netzwerke folgendermaßen dargestellt werden:

-
- 258 Wolfgang Streeck, Vielfalt und Interdependenz: Probleme intermediärer Organisationen in sich ändernden Umwelten, IIM/LMP 87-3, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin 1987, S. 30.
- 259 Henry A. Landsberger, Richard T. Campbell und John R. Carlson, Die Meinungen von Interessenvertretern im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika, Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe 1987, S. 18.

Tabelle 4.4: *Charakteristika der Policy-Netzwerke zu Beginn der achtziger Jahre*

	Großbritannien	USA	Bundesrepublik
Struktur	zentralisiert und hierarchisch, starke vertikale Verflechtung, mäßige Sektoralisierung, starke Systemintegration	starke Fragmentierung, starke Subsystembildung durch vertikale Verflechtung, schwache Sektoralisierung und Systemintegration	dezentral mit starken vertikalen und horizontalen Verflechtungen, starke Sektoralisierung und Systemintegration
Akteure	mittelgroße Anzahl von Verbänden mit mäßigem Einfluß, geringe Zunahme, relativ stabile Koalitionen	große Anzahl von Verbänden, Anzahl steigend, relativ stabile Koalitionen	Zahl der relevanten Verbände gering, kaum Zunahme, stabile Koalitionen
Governance	Dominanz staatlicher Planung, kaum Markt, kleiner privater Sektor mit geringer Expansionsneigung	Dominanz marktformiger Steuerung mit staatlicher Subventionierung, großer privater Sektor mit starkem Expansionsdrang	Dominanz verbandlicher Selbstregulierung, Preisbildung durch Kollektivverhandlungen, mittelgroßer privater Sektor mit mäßiger Expansionsneigung
Handlungsmuster	Konsultationsprinzip mit staatlicher Dominanz, starke Konsensorientierung, dennoch partiell konflikthaft	pluralistisches Lobbying, Konfliktaustragung	korporatistische Konzentration, Dominanz von Verhandlungen, Kompromißbildung durch Proporzprinzip
Selektivität	zentrale Budgetierung, Organisations- und Managementreform	staatliche Regulierung, gleichzeitig auch Marktorientierung	Vorrang der Selbstverwaltung, Steuerung durch Kollektivverhandlungen

III. Materielle Politikanalysen

Im Mittelpunkt dieses dritten Teils stehen in den Kapiteln 6 bis 8 die Verlaufsmuster der Gesundheitspolitik in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik. Mit den hier behandelten Entscheidungsprozessen kann zwar kein Anspruch auf vollständige Wiedergabe der Gesundheitspolitik im jeweiligen Untersuchungszeitraum erhoben werden, aber es wurde versucht, all jene Entscheidungen und Weichenstellungen einzubeziehen, die potentiell ordnungspolitische Veränderungen bewirken konnten. Zuvor folgt in Kapitel 5 eine Analyse speziell der innerparteilichen Bedingungen, unter denen sich während der siebziger Jahre die Formulierung einer alternativen Politikstrategie vollzog.

5. Parteien, programmatische Modernisierung und neokonservativer Strategiewechsel

Der vorliegenden Untersuchung liegt die Beobachtung zugrunde, daß konservative Parteien seit Mitte der siebziger Jahre eine programmatische Wende vollzogen haben, für die sich die Bezeichnung »Neokonservatismus« eingebürgert hat (vgl. Kapitel 1.2). Dieser Begriff zielt speziell auf die hohen Präferenzen, denen marktförmige Strukturen und Verteilungsmuster auch im Bereich der Sozialpolitik eingeräumt werden. Es wäre nun aber eine kaum vertretbare Vergrößerung programmatischer Ziele, würde man die politikstrategische Wende in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik umstandslos gleichsetzen, da hier sehr unterschiedliche Ideologietraditionen, Wählerbindungen und Organisationsstrukturen mit erheblichem Eigengewicht anzutreffen sind. Dem institutionellen Ansatz folgend sollen in diesem Kapitel daher die Konsequenzen der Parteiorganisation und der jeweiligen Verflechtung mit den Akteuren des gesundheitspolitischen Netzwerkes für den Prozeß der Formulierung programmatischer Alternativen untersucht werden. Des weiteren wird der Inhalt der strategischen Wende zum Neokonservatismus und sein programmatischer Niederschlag in der Gesundheits- und Sozialpolitik rekapituliert.

5.1 Die Entwicklung der wohlfahrtsstaatlichen Programmatik der Conservative Party

Der britische Konservatismus unterscheidet sich in seinen ideologischen Prädispositionen in vielen Bereichen nur unwesentlich von der kontinentaleuropäischen Tradition. Die Betonung von individueller Freiheit und Verantwortung, von Disziplin und Autorität, von Patriotismus und nationaler Stärke, von Recht und Ordnung, dem Festhalten an tradierten Werten und Institutionen oder der zentralen Bedeutung des Privateigentums finden sich auch in der Programmatik anderer konservativer Parteien wieder. Ein wichtiger Unterschied besteht hingegen in der geringen ideologischen Anbindung an potentielle Wählerschichten.¹ Am auffälligsten ist die Bedeutungslosigkeit religiöser Faktoren für das Wahlverhalten. Auch ist die andernorts häufig anzutreffende konservative Hegemonie im ländlichen Milieu in Großbritannien kaum existent. Für den hier behandelten Zusammenhang von besonderem Interesse ist indes die in den Nachkriegsjahrzehnten vorherrschende interventionistische Programmatik und Praxis, die nicht zuletzt deshalb bemerkenswert ist, weil unter Margaret Thatcher diese »kollektivistische« Haltung (Beer) zu einer Minderheitsposition geworden ist. Die mehrfachen programmatischen Umschwünge, die den Konservativen den Vorwurf des ideologischen Opportunismus eintrugen², sind in der politischen Tradition der Partei verankert. Als eine originär konservative Strömung gilt der »Toryism«, der auf die Anfänge der Partei unter Sir Robert Peel in den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts zurückgeführt wird. Dieser Flügel bezieht seine wichtigsten ideologischen Bezugspunkte aus einer nicht selten rückwärts gewandten Beschwörung der traditionellen Ordnung³, einem tendenziell harmoniegeprägten Gesellschaftsideal, dem Mißtrauen gegenüber Veränderungen und einer paternalistischen Haltung, die wesentlich auf der Betonung einer elitären politischen Führung beruht. Trotz dieser stark wertkonservativen Orientierung ist dem Tory-Flügel auch eine kollektivistische Neigung inne, bei der staatliche Eingriffe zur Herstellung größerer sozialer Gleichheit als le-

1 Vgl. Dennis Kavanagh, *British Politics. Continuities and Change*, Oxford: Oxford University Press 1985, S. 123.

2 Vgl. ebd.

3 Samuel H. Beer bezeichnet diese Einstellung sogar als »pre-capitalist« (*Modern British Politics. Parties and Pressure Groups in a Collective Age*, New York: Norton 1965, S. 69).

gitim angesehen werden.⁴ Der Toryism beinhaltet damit auch eine sozialpaternalistische Komponente, die teilweise als Variante des Labour-Kollektivismus betrachtet wird.⁵

Die zweite große Strömung innerhalb der konservativen Partei wird durch den früher als »Whig«-Flügel bezeichneten, heute in der Regel als »neoliberal« apostrophierten Flügel repräsentiert.⁶ Diese innerparteiliche Richtung hatte sich erst im Anschluß an die Tory-Tradition seit der Mitte des 19. Jahrhunderts etablieren können. Während der Toryism vor allem eine normative Vorstellung von einer organischen sozialen und politischen Ordnung beinhaltet, ist der Whig-Flügel sehr viel stärker ökonomisch orientiert. Norton und Aughey unterscheiden hier zwischen »corporate whiggery« und »neo-liberalism«.⁷ Ersterer wird häufig mit einer an den Bedürfnissen der Großindustrie ausgerichteten Wirtschaftspolitik identifiziert, deren wichtigste Ziele in der Aufrechterhaltung hoher ökonomischer Wachstumsraten, gesellschaftlichem Wohlstand und der Schaffung einer effizienten Wirtschaft liegen. Zu diesem Zweck werden zum Beispiel staatliche Interventionen in das System der industriellen Beziehungen oder zur gezielten Unterstützung der Wirtschaft bis hin zu planwirtschaftlichen Ansätzen ausdrücklich befürwortet. Hierbei handelt es sich um einen technokratischen »managerialism« wie er in der Nachkriegszeit unter Edward Heath (1970 - 1974) praktiziert wurde.

Mit dem Scheitern der korporatistischen Einkommenspolitik, der keynesianischen Nachfragesteuerung und dem neuen Phänomen der Stagflation gewann seit Mitte der siebziger Jahre der neoliberale Flügel, der insbesondere mit den Namen von Sir Keith Joseph und Margaret Thatcher verbunden ist, innerparteilich die Oberhand.⁸ Der Neoliberalismus ist unter Bezugnahme auf Autoren wie Hayek und Friedman vor allem durch den aggressiv verfochtenen Glauben in die positiven Wirkungen einer von staatlichen Regularien befreiten Marktökonomie geprägt.

Die Programmatik des Thatcherismus schuf in Großbritannien einen ideologischen Graben zwischen den beiden großen Parteien, der deutlich

4 Ebd., S. 91 f.

5 Vgl. Philip Norton und Arthur Aughey, *Conservatives and Conservatism*, London: Temple Smith 1981, S. 78 f.

6 Ebd., S. 84 ff.

7 Ebd.

8 Ebd., S. 86 ff., und Robert Behrens, *The Conservative Party from Heath to Thatcher. Policies and Politics 1974-1979*, Westmead: Saxon House 1980, S. 37 ff.

hinausreichte über das als »adversary politics«⁹ bezeichnete Phänomen, also die gegensätzlichen und scheinbar unversöhnlichen Positionen, deren Entstehung unter den Bedingungen der im Mehrheitswahlrecht fehlenden Kompromißzwänge begünstigt wird. Vor allem die Aufkündigung des »welfare state consensus« durch Margaret Thatcher, die sich selbst als »conviction« und nicht als »consensus«-Politikerin bezeichnet hatte¹⁰, begründete die Erwartung eines massiven Abbaus wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und Institutionen.¹¹ Der erstmals parteiübergreifende Wohlfahrtsstaatskonsens, der sich auf eine staatliche Vollbeschäftigungsgarantie, den Ausbau des Wohlfahrtsstaats und den massiven Einsatz des keynesianischen Steuerungsinstrumentariums bezog, war die dominierende Doktrin der britischen Nachkriegspolitik. Einer einflußreichen These von Richard Titmuss folgend, wurden die Weichen hierfür bereits im Kriegskabinett unter Winston Churchill gestellt. Demnach begünstigten die gemeinsamen Kriegserfahrungen und -entbehrungen innerhalb der Bevölkerung und der Parteien die Entstehung einer klassen- und schichtenübergreifenden sozialen Solidarität, in deren Folge die Bereitschaft entstand, staatliche Interventionen zu akzeptieren, die geeignet waren, für die Herstellung sozialer Gleichheit zu sorgen.¹²

Dem welfare state consensus fühlten sich auch die Konservativen verpflichtet, nachdem sie im Anschluß an eine 1945 erlittene Wahl Niederlage ihre anfänglich ablehnende Haltung aufgegeben hatten. Im Rahmen einer Programmreform, deren wichtigstes Dokument die unter der Leitung von R.A. Butler erarbeitete und im Mai 1947 veröffentlichte »Industrial Charter« war, bekannten sich die Konservativen zu den Prinzipien des Wohlfahrtsstaatskonsens.¹³ Mit diesem »New Conservatism« konnte die Partei in der Gunst der Bevölkerung und der Presse gegenüber Labour entscheidend aufholen, da den Konservativen nun nicht mehr der Ruf einer Partei

-
- 9 Vgl. Samuel E. Finer (Hrsg.), *Adversary Politics and Electoral Reform*, London: Anthony Wigram 1975.
 - 10 Vgl. Robert Blake, *The Conservative Party from Peel to Thatcher*, London: Methuen 1985, S. 337, und David S. Bell, *Introduction: Conviction Politics*, in: ders. (Hrsg.), *The Conservative Government 1979 - 1984. An Interim Report*, London: Croom Helm 1985.
 - 11 Vgl. hierzu stellvertretend für viele Brian Abel-Smith, *The Welfare State: Breaking the Post-War Consensus*, in: *Political Quarterly*, 51 (1980).
 - 12 Vgl. Alan Deacon, *Was there a Welfare Consensus? Social Policy in the 1940s*, in: Catherine Jones und June Stevenson (Hrsg.), *The Year Book of Social Policy in Britain 1983*, London: Routledge & Kegan Paul 1984, S. 26.
 - 13 Vgl. John Ramsdon, *From Churchill to Heath*, in: Richard A. Butler (Hrsg.), *The Conservatives. A History from their Origin to 1965*, London: Allen & Unwin 1978.

des »laissez faire« - einem vor dem Erfahrungshintergrund der konservativen Wirtschafts- und Sozialpolitik der dreißiger Jahre mit stark negativen Konnotationen verbundenen Begriff - ohne soziales Verantwortungsbewußtsein anhaftete.

Nach der erneuten Regierungsübernahme im Jahr 1951 zeigte sich, daß die Konservativen auch den staatlichen Gesundheitsdienst endgültig akzeptiert hatten. Zwar wurde im unmittelbaren Anschluß an die Regierungsübernahme eine Rezeptgebühr von zwei Shilling eingeführt, um die es zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Opposition kam.¹⁴ Aber diese immer wieder kontrovers diskutierte Frage ist weniger ein Konflikt über die sehr viel grundsätzlichere Frage der Finanzierung des NHS, da der Beitrag der Selbstbeteiligung zur Finanzierung nie über 5,6 Prozent hinausreichte¹⁵, als vielmehr Resultat der ideologischen Dispositionen der beiden Parteien, bei dem das Bekenntnis zur bzw. gegen die Gebührenerhebung der Verdeutlichung eines bestimmten Wohlfahrtsstaatsbildes diene.

Inhaltlich hatte die Konservative Partei mit dem New Conservatism keine völlige Abkehr von ihrer traditionellen Sozialpolitik-Philosophie vollzogen. Daß der Staat eine sozialpolitische Leistungsverpflichtung besitzt, war nie umstritten. Neu war hingegen die Akzeptanz eines erheblich erweiterten Umfangs staatlicher Verantwortung in der Sozialpolitik, was jedoch nicht zur Einebnung grundsätzlicher Differenzen führte. Im Gegensatz zur Labour-Partei haben die Konservativen eine Umverteilung via Sozialpolitik stets abgelehnt.¹⁶ Soziale Leistungen sollen nur den tatsächlich Bedürftigen zukommen. Daher treten die britischen Konservativen für eine selektive Gewährung staatlicher Sozialleistungen ein, was im Gegensatz zum Prinzip der universellen Leistungsgewährung steht, die von der Labour-Partei verfochten wird. Der zweite wichtige Dissens besteht in der Priorität, die der Sozialpolitik beigemessen wird. Während die Konservativen den Umfang sozialer Leistungen vor allem durch die Höhe ökonomischer Wachstumsdividenden determiniert sehen, ist die Sozialpo-

14 Vgl. Alan Sked und Chris Cook, *Post-War Britain. A Political History*, Harmondsworth: Penguin 1984 (2. Auflage) S. 15; 99.

15 Vgl. Social Services Committee, *Session 1985-86, Public Expenditure on the Social Services*, Vol. II, London: HMSO 1986, S. 63.

16 Zur konservativen Sozialpolitik-Philosophie siehe Ann Spokes, *The Social Services*, in: Robert Blake und John Patten (Hrsg.), *The Conservative Opportunity*, London: MacMillan 1976, und John Selwyn Gummer, *A Conservative Approach to the Social Services*, in: *Political Quarterly*, 44 (1973).

litik für die Labour-Partei eine vom Wirtschaftswachstum möglichst abzukoppelnde, am Bedarf zu orientierende Größe.

5.1.1 Der Übergang zum Neokonservatismus

Zu einer ersten, wenn auch zunächst moderat vollzogenen Abkehr von den wirtschaftspolitischen Konzepten der Macmillan-Ära kam es im Anschluß an die 1964 erlittene Wahlniederlage der Konservativen, die vor allem auf parteiinterne Probleme, wie die Profumo-Affäre und die Führungsschwäche Macmillans, der sein Amt 1963 an den farblosen Sir Alec Douglas-Home abgegeben hatte, zurückzuführen war. Im wesentlichen bestand die programmatische Umorientierung in der Abwendung vom Instrument der staatlichen Wirtschaftsplanung. Den entscheidenden Anstoß hierzu gaben Erfahrungen mit dem gescheiterten Versuch, das französische System der industriepolitischen Entwicklungsplanung auf britische Verhältnisse zu übertragen.¹⁷

Wichtigster Vertreter des neuen Parteikurses wurde Edward Heath, der 1965 die Führung der Konservativen übernahm. Heath galt als typischer Technokrat, der eher in pragmatischen als in ideologischen Kategorien dachte, und dessen zentrales Augenmerk der Herstellung einer prosperierenden, effizient wirtschaftenden Ökonomie galt. Die als »competition policy« bekannt gewordene wirtschaftspolitische Strategie hatte die Erhöhung des Wirtschaftswachstums durch die Rehabilitation des Marktes zum wichtigsten Ziel. Dies sollte mit Hilfe von Steuersenkungen, einer Beschränkung der staatlichen Ausgabenzuwächse, größerer Effizienz staatlicher Leistungen durch die Anwendung moderner Management-Techniken und der rechtlichen Einengung gewerkschaftlicher Handlungsspielräume erreicht werden.¹⁸

Während der vierjährigen Oppositionszeit modifizierten die Konservativen auch ihre sozialpolitische Programmatik. Vor allem sollte die universelle Leistungsgewährung durch die verstärkte Anwendung der Bedürftig-

17 Näheres hierzu bei Andrew Gamble und Stuart A. Walkland, *The British Party System and Economic Policy 1945-1983*, Oxford: Clarendon Press 1984, und bei Peter Hall, *Governing the Economy. The Politics of State Intervention in Britain and France*, Cambridge: Polity Press 1986.

18 Vgl. Andrew Gamble, *The Conservative Nation*, London: Routledge & Kegan Paul 1974, S. 50 ff.

keitsprüfung eingeschränkt werden.¹⁹ Diese Forderung ging auf eine Diskussion innerhalb der Partei zurück, die seit Beginn der sechziger Jahre unter maßgeblichem Einfluß des 1957 gegründeten konservativen Think tank Institute of Economic Affairs (IEA) geführt wurde.²⁰ Das IEA vertrat die Auffassung, das soziale Leistungen ebenso wie ökonomische Güter zu betrachten sind, für deren sinnvolle Verteilung der Markt und nicht der Staat zuständig sei. Vielmehr hätte die universelle staatliche Leistungsgewährung in großem Umfang auch solche Einkommensschichten erfaßt, die gar nicht als bedürftig eingestuft werden könnten. Der aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzierte Wohlfahrtsstaat würde damit in überproportionalem Maße Kapital abschöpfen, das als privater Konsum sehr viel wachstumsfördernde Wirkungen entfalten könnte.

Während die Diagnose bei nicht wenigen Konservativen auf Zustimmung stieß, galt dies für die Therapie des IEA nicht. Zum einen wäre eine umfassende Reprivatisierung etwa des NHS und der staatlichen Schulen erforderlich geworden, und zum anderen sollte die Armutsbevölkerung mit Hilfe einer negativen Einkommenssteuer in die Lage versetzt werden, auf den privaten Wohlfahrtsmärkten als Käufer aufzutreten. Beide Maßnahmen galten in der Partei als völlig unpraktikabel.²¹ Die Konservativen zogen vielmehr den Schluß, daß die verstärkte Anwendung der Bedürftigkeitsprüfung ein Verfahren zur angemessenen Verteilung (»selectivity«) sozialer Leistungen darstelle. Allerdings fehlte es der damit verbundenen Wohlfahrtsstaatskritik noch an jener ideologischen Schärfe, die später den Thatcherismus kennzeichnete. Für den in technokratischen Bahnen denkenden Heath war die universelle Leistungsgewährung des britischen Wohlfahrtsstaats nicht mehr als ein kostspieliger Anachronismus, der nach Überwindung der sozialen Not der Nachkriegsjahre veränderungsbedürftig geworden war. Aber selbst wenn das Prinzip der sozialpolitischen »selectivity« einen gewissen Bruch mit der Wohlfahrtsstaatsphilosophie darstellte²² und Elemente eines ökonomischen Liberalismus in der kon-

19 Vgl. ebd., S. 92.

20 Siehe hierzu ausführlich Alan Deacon und Jonathan Bradshaw, *Reserved for the Poor. The Means Test in British Social Policy*, Oxford: Martin Robertson 1983, S. 51 ff. Gute Hintergrundinformationen zur Entstehung und ideologischen Ausrichtung der Think tanks finden sich bei Dennis Kavanagh, *Thatcherism and British Politics. The End of Consensus?* Oxford: Oxford University Press 1987, S. 80 ff., und David Walker, *Think Tank Cup Runneth Over*, in: *Times* vom 1.8.1988.

21 Vgl. Deacon und Bradshaw, *Reserved for the Poor*, a.a.O., S. 59 ff.

22 Vgl. Deacon und Bradshaw, *Reserved for the Poor*, a.a.O., S. 85.

servativen Programmatik nicht zu verkennen waren, ging es Heath im wesentlichen um eine Effizienzerhöhung der Kooperation zwischen Staat und Privatwirtschaft, die noch keine Abkehr vom Nachkriegskonsens bedeutete.²³

So ist es bis weit in die Mitte der siebziger Jahre hinein kaum möglich, Mitglieder der Konservativen Partei auszumachen, die für eine ordnungspolitisch einschneidende Reform des NHS eintraten. Sogar Enoch Powell, dessen Kritik an der interventionistischen Wirtschaftspolitik zu Beginn der sechziger Jahre als Vorläufer des Thatcherismus gilt²⁴, hat nur sehr vorsichtige Reformen für den NHS gefordert.²⁵ Die früheste grundsätzliche Kritik am NHS kam nicht aus der Conservative Party, sondern vom IEA.²⁶ Im Mittelpunkt stand der Vorwurf, daß der NHS durch seine Quasi-Monopolstellung für medizinische Dienstleistungen die Entwicklung des privaten Gesundheitssektors behindere und damit den Konsumenten seiner Wahlmöglichkeiten beraube. Da der NHS ineffizienter als ein privater Markt arbeite, sei er zunehmend weniger in der Lage, die wachsende Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu befriedigen. Daher wurden am Ende fast aller NHS-kritischen Veröffentlichungen Maßnahmen zur Ausdehnung der privaten Krankenversicherung gefordert. Diese Argumentation fand seinerzeit nur wenig Beachtung. Erst seit Ende der siebziger Jahre übten die IEA-Schriften²⁷ einen stärkeren Einfluß auf die gesundheitspolitische Diskussion innerhalb der Konservativen Partei aus.

In den letzten Jahren der Oppositionszeit befürworteten dann eine Reihe wichtiger konservativer Abgeordneter, wie zum Beispiel der spätere Staatssekretär im DHSS, Rhodes Boyson, einen einschneidenden Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen.²⁸ Von den Forderungen nach einem

23 Vgl. Norton und Aughey, *Conservatives*, a.a.O., S. 85.

24 Vgl. Kavanagh, *Thatcherism and British Politics*, a.a.O., S. 69 ff.

25 Vgl. Enoch J. Powell, *A New Look at Medicine and Politics*, London: Pitman Medical 1966.

26 Vgl. Donald Lees, *Health Through Choice. An Economic Study of the British NHS*, London: IEA 1961; John Jewkes und Silvia Jewkes, *Value for Money in Medicine*, Oxford: Basil Blackwell 1963; James M. Buchanan, *The Inconsistencies of the National Health Service*, London: IEA 1965; Arthur Seldon, *After the NHS: Reflections on the Development of Private Health Insurance in Britain in the 1970s*, London: IEA 1968.

27 Vgl. Ralph Harris und Arthur Seldon, *Over-Ruled on Welfare*, London: IEA 1979; Arthur Seldon (Hrsg.), *The Litmus Papers: A National Health Disservice*, London: Centre for Policy Studies 1980.

28 Vgl. Trevor Russel, *The Tory Party. Its Policies, Divisions and Future*, London: Penguin Books 1978, S. 106.

ordnungspolitischen Strategiewechsel blieb der NHS nicht ausgenommen. Sogar der eher den Tories zugerechnete Patrick Jenkin stellte 1977 die Steuerfinanzierung des NHS zur Diskussion und befürwortete eine stärkere Hinwendung zum Versicherungsprinzip.²⁹ Zumeist blieb die konservative Wohlfahrtsstaatskritik aber sehr allgemein und eine strategische Richtung in der konservativen Gesundheitspolitik war nur schwer zu erkennen.

Einen gewissen Anhaltspunkt bietet die Differenz zur Gesundheitspolitik der Labour-Partei. Während für Labour das Bedarfskonzept (»need«) zur gesundheitspolitischen Zieldefinition herangezogen wird, ist für die Konservativen der Dreh- und Angelpunkt das Nachfragekonzept (»demand«).³⁰ Letzteres impliziert die Forderung nach Wahlfreiheit und die Bereitschaft, diese Entscheidungsfreiheit durch private Ausgaben zumindest teilweise zu finanzieren. Da es Wahlfreiheit und Konsumentensouveränität nur geben kann, wenn neben dem NHS ein genügendes Angebot an privaten medizinischen Dienstleistungen besteht, ist es nur konsequent, daß für die Konservativen zum Zeitpunkt des Regierungswechsels die Stärkung und Ausdehnung des privaten Gesundheitssektors im Vordergrund stand. Obwohl diese Zielperspektive durchaus radikale Implikationen haben kann, läßt sich im Conservative Manifesto von 1979 kein tiefgreifender Kurswechsel in der Gesundheitspolitik erkennen.

Der auffällige Kontrast zwischen den programmatischen Forderungen³¹ nach Reprivatisierung, Steuersenkung, Abbau staatlicher Leistungen und Interventionen sowie der Wiederherstellung der Konsumentensouveränität, die den Thatcherismus kennzeichnen, und der ausgesprochen vorsichtigen Behandlung des NHS hat vielfältige Deutungen für die gesundheitspolitische Strategie hervorgebracht. Die politische Linke unterstellt der Regierung Thatcher radikale Reformpläne³², während politisch in der Mitte angesiedelte Beobachter eher eine pragmatische Strategie identifizieren, die den vielfältigen politischen Sachzwängen Rechnung trägt.³³

29 Vgl. Joel Krieger, Reagan, Thatcher, and the Politics of Decline, Cambridge: Polity Press 1986, S. 97.

30 Vgl. Rudolf Klein, The Politics of the National Health Service, London: Longman 1983, S. 184 ff.

31 Näheres hierzu bei Kavanagh, Thatcherism and British Politics, a.a.O., S. 10 ff.

32 So etwa Steve Iliffe, Dismantling the Health Service, in: Stuart Hall und Martin Jaques (Hrsg.), The Politics of Thatcherism, London: Lawrence & Wishart 1983, und ders., The NHS. A Picture of Health? London: Lawrence & Wishart 1983.

33 So etwa Marc Glendenning und William Laing, The Politics of Health, London: Association of British Pharmaceutical Industry 1987, S. 18 f.

5.1.2 Bedingungen für die Formulierung von ordnungspolitischen Alternativen

Auch wenn es den Konservativen an einer radikalen ordnungspolitischen Alternative für den Gesundheitssektor ermangelte, so darf hieraus nicht gefolgert werden, daß es innerhalb der Partei keine Befürworter einer einschneidenden Reform des NHS gegeben hat. Zutreffend ist vielmehr, daß der Formulierung ordnungspolitischer Alternativen verschiedene, teils restriktiv wirkende Bedingungen gegenüberstanden. Zumindest vier Variablen bedürfen dabei der Erwähnung: (1) die öffentliche Popularität des NHS, (2) der geringe ökonomische und politische Problemdruck, (3) Organisation und Ideologie der Politikberatung und (4) die innerparteilichen Strukturen der Conservative Party.

- (1) Im britischen Wohlfahrtsstaatsmodell nimmt der NHS eine dominante Position ein. Obwohl es auch am NHS Kritik gegeben hat, haben Meinungsumfragen immer wieder die uneingeschränkte Präferenz der britischen Bevölkerung für den Gesundheitsdienst belegt.³⁴ Hierin unterscheidet sich Großbritannien von den USA und der Bundesrepublik. Vergleichbar mit dem politisch hervorgehobenen Status des NHS sind in diesen beiden Ländern - in den USA mehr noch als in der Bundesrepublik - vor allem die Systeme der Alterssicherung. Da dem NHS also die Rolle eines sozialpolitischen »Flagschiffs« mit starker ideeller Integration in das britische Wohlfahrtsstaatsmodell zukommt, war innerhalb der Konservativen Partei, auch eingedenk der Meinungsführerschaft des neoliberalen Flügels, keine Mehrheit für eine radikale Reform mobilisierbar. Ähnlich stellte sich die Situation auch bei den Akteuren des gesundheitspolitischen Netzwerkes dar. So konnten sich die Konservativen zum Beispiel nicht auf Reformforderungen der Arbeitgeber oder des privaten Gesundheitssektors berufen, was verständlich macht, daß der NHS zum Zeitpunkt des Regierungswechsels keine politische Priorität erlangen konnte.
- (2) Ein anderer Grund, der es verhinderte, daß der NHS zum Gegenstand einer ordnungspolitischen Diskussion werden konnte, bestand im Ausbleiben einer Kostenexplosion, die in den USA und der Bundesrepublik massiven politischen Handlungsdruck erzeugte. Da der

34 Neueste Umfrageergebnisse finden sich bei Peter Taylor-Gooby, Citizenship and Welfare, in: Roger Jowell, Sharon Witherspoon und Lindsay Brook (Hrsg.), British Social Attitudes. The 1987 Report, London: Gower 1987.

NHS im internationalen Vergleich zu den effizientesten medizinischen Versorgungssystemen gehört, gerieten konservative Marktbeürworter in schwere Beweisnot, wenn sie zu begründen versuchten, warum ein stärker marktorientiertes Gesundheitswesen den NHS ablösen sollte. Die vergleichsweise günstige Kostenentwicklung darf andererseits aber nicht gleichgesetzt werden mit der politischen Irrelevanz des Kostenproblems. Da der NHS aus dem Staatshaushalt finanziert wird, tritt er zum einen zwangsläufig in Konkurrenz zu anderen Budgetposten. Zum anderen kann erwartet werden, daß eine Regierung, die mit der Prämisse operiert, daß die Staatsausgaben grundsätzlich zu hoch sind, den NHS kaum ausklammern wird.

- (3) In einem weiteren Punkt wies die Ausgangsposition der Regierung Thatcher eine Besonderheit auf. Während sich in den USA und der Bundesrepublik die Mehrheit der etablierten Wirtschaftswissenschaftler für eine ordnungspolitische Wende in der Gesundheitspolitik einsetzte, hatten in Großbritannien die beiden für die Politikberatung relevanten Wissenschaftsdisziplinen, Gesundheitsökonomie und Social Administration, keine marktradikalen Reformkonzepte hervorgebracht. Im wesentlichen ist dies ein Resultat wissenschaftshistorischer Entwicklungsprozesse. Das Fach Social Administration, eine der empirischen Soziologie nahestehende, spezifisch britische Mischung aus unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Disziplinen, wird bereits seit 1912 an Universitäten gelehrt.³⁵ Aber erst mit dem Ausbau des Wohlfahrtsstaates nach dem 2. Weltkrieg erlangte das Fach seinen heutigen Stellenwert als Standardausbildung für die Tätigkeit in der Sozialverwaltung. Die zeitliche Koinzidenz zwischen Wohlfahrtsstaatsexpansion, den damit verbundenen gesellschaftlichen Zielsetzungen und der akademischen Etablierung war für die inhaltliche Prägung der Social Administration maßgebend. Dieser Erfahrungshintergrund und die Dominanz der Titmuss-Schule, die die universelle soziale Leistungsgewährung als Merkmal von »citizenship« im Sinne T.H. Marshalls betrachten, prägen die Social Administration bis in den heutigen Tag. Zusätzlich haben die starke Fixierung auf den britischen Wohlfahrtsstaat, die geistige Nähe zur sozialistischen Fabian Society und die für das Fach typische Verschränkung von moralischen

35 Vgl. Muriel Brown, *The Development of Social Administration*, in: Martin Loney, David Boswell und John Clarke (Hrsg.), *Social Policy and Social Welfare*, Milton Keynes: Open University 1983, S. 88.

Wertungen mit empirischen Erkenntnissen³⁶ verhindert, daß es zur Entwicklung marktwirtschaftlich orientierter Ansätze kommen konnte. Die britische Gesundheitsökonomie ist demgegenüber weniger stark von normativen Wertungen geprägt. Wenn aus dieser Disziplin dennoch keine marktorientierten Steuerungskonzepte hervorgegangen sind, dann läßt sich das im wesentlichen auf zwei Faktoren zurückführen. Ähnlich wie bei der Social Administration vollzog sich auch der Aufstieg der Gesundheitsökonomie erst nach der Einführung des NHS, so daß sich das Forschungsinteresse immer schon auf die Verbesserung der Verteilungs- und Produktionseffizienz innerhalb des NHS konzentrierte und nicht auf die Suche nach ordnungspolitischen Alternativen.³⁷ Der zweite Grund für die generelle Skepsis britischer Gesundheitsökonomien gegenüber marktförmigen Steuerungstechniken ist in der Dominanz keynesianischer Positionen zu suchen, die die akademischen Wirtschaftswissenschaften insgesamt prägen. Britische Gesundheitsökonomien und Sozialwissenschaftler haben aus den aufgeführten Gründen also traditionell ein positives Verhältnis zum NHS, was sich in gewissem Umfang auch auf die politischen Diffusionschancen ordnungspolitischer Alternativen zum NHS restriktiv ausgewirkt hat.

Das nahezu vollständige Fehlen einer marktliberal orientierten wissenschaftlichen Expertise führte dazu, daß konservativen Think tanks wie dem IEA, dem Center for Policy Studies (CPS) oder dem Adam Smith Institute (ASI) eine bedeutsame Stellung im Politikformulierungsprozeß zugefallen ist.³⁸ Für den marktliberalen Flügel der Konservativen Partei fungieren diese Institute als Ideenlieferanten, deren Dienste nicht nur aufgrund fehlender Expertise im akademischen Sektor in Anspruch genommen werden, sondern mitunter auch der Umgehung des Informationsmonopols der Ministerialbeamten dienen. Die britischen Think tanks unterscheiden sich von ihren amerikanischen Pendanten durch ihre geringeren finanziellen und personellen Kapazitäten. Alle drei hier erwähnten britischen Einrichtungen gaben

36 Vgl. Martin Bulmer, *The British Tradition of Social Administration*, in: Hastings Center Report, 11 (1981) Nr. 2.

37 Einen guten Überblick bietet der Sammelband von Gordon McLachlan und Alan Maynard (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1982, in dem fast alle wichtigen Gesundheitsökonomien mit Beiträgen vertreten sind.

38 Vgl. Kavanagh, *Thatcherism and British Politics*, a.a.O., S. 80 ff.

1986 umgerechnet rund 2 Millionen Dollar aus, während allein das American Enterprise Institute (AEI) im gleichen Zeitraum über ein Budget von 15 Millionen Dollar verfügte.³⁹ Auch im Selbstverständnis und der Arbeitsweise gibt es erhebliche Unterschiede. Entsprechend ihrer begrenzten finanziellen Mittel und in Übereinstimmung mit dem traditionellen britischen Verwaltungsverständnis repräsentieren die Think tanks einen auf fachlichem Generalistentum basierenden Ansatz der Politikberatung. Anders als zum Beispiel die voluminösen Publikationen des AEI oder der Heritage Foundation besitzen die Veröffentlichungen der britischen Think tanks keinen »Drehbuch-Charakter« mit detaillierten politischen Strategieplänen. Ihre »interesting little pamphlets«⁴⁰ befördern nur wenige grundsätzliche Überlegungen, die allein dem Ziel dienen, die politische Tagesordnung im Sinne konservativer Wertvorstellungen zu beeinflussen. In einem Politikfeld wie der Gesundheitsversorgung jedoch, in dem die Implementation von Reformen mit vielen technischen und politischen Hürden konfrontiert wird, hatte dieser Ansatz zur Folge, daß die konservative Kritik am NHS samt alternativer Strategieoptionen auf einer sehr abstrakten Diskursebene verblieben, und es bedurfte des Imports eines US-amerikanischen Gesundheitsökonomen, um ein Reformkonzept für den NHS zu entwickeln, daß gleichermaßen konservative Präferenzen ansprach wie auch über ein hinreichendes Maß an administrativer und politischer Realisierbarkeit verfügte (vgl. Kapitel 6.4.2).

- (4) Schließlich wurden auch die Parteiorganisationen für die Programmformulierung bedeutsam. Hierbei kamen zwei gegensätzlich wirkende Faktoren zum Tragen. Kennzeichnend für die Konservative Partei ist ihr zentraler und nahezu hierarchisch gegliederter Organisationsaufbau, der die Fähigkeit zu politischen Kurswechseln begünstigt. In der Regel geht der innerparteiliche Willensbildungsprozeß von der Zentrale aus, und dies gilt in besonderem Maße für programmatische Fragen. Dementsprechend kommt auch dem Parteivorsitzenden für die Meinungsführerschaft eine entscheidende Rolle zu⁴¹, was durch die

39 Vgl. Kavanagh, *Thatcherism and British Politics*, a.a.O., S. 120.

40 John Lloyd, *Preaching in the Marketplace*, in: *Financial Times* vom 18. 7. 1988.

41 Einzelheiten zur Parteiorganisation bei Josef Schmid, *Die Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Programmatik und Praxis bürgerlicher Parteien am Beispiel der englischen Konservativen und der deutschen CDU*, Magisterarbeit, Universität Konstanz 1984, und bei Michael Wolff, *Policy-Making within the Conservative Party*, in: John P. Mackintosh (Hrsg.), *People and Parliament*, Farnborough: Saxon House 1978.

meist stark personengebundene Programmatik unterstrichen wird. Im Unterschied zur deutschen CDU verfügen abweichende politische Strömungen in der Konservativen Partei über keinen organisatorischen Rückhalt in Form eines Vereinigungssystems, welches unabhängig vom jeweils vorherrschenden ideologischen Mehrheitsprofil die Artikulationschancen von Minderheiten wahrt. Parteiinterne Gruppierungen wie die »Bow Group« oder die »Tory Reform Group« organisieren auch keine sozioökonomischen Interessen, sondern nur politische Präferenzen, was ihren Einfluß schmälert. Der jeweils unterlegene Parteiflügel wird daher weitgehend von der Einflußnahme auf den politischen Kurs der Partei ausgeschlossen. Im Vergleich zur polyzentrischen Machtstruktur der CDU fehlten in der Konservativen Partei also die institutionellen Bremsen für einen Kurswechsel. Die starke Zentralisierung wurde im übrigen durch die Struktur des politischen Systems unterstützt und hat daher auch alle anderen britischen Parteien erfaßt.⁴²

Während der zentralisierte Parteaufbau als begünstigende Bedingung für ordnungspolitische Strategiewechsel erscheint, hatte der zweite organisatorische Aspekt wiederum eher restriktive Wirkungen. Die Konservative Partei ist trotz ihrer mehrfachen Oppositionsrolle organisatorisch immer Regierungspartei geblieben. Dies zeigt sich darin, daß der Apparat zur Programmformulierung klein und auf die Möglichkeit zugeschnitten ist, die Kapazitäten der staatlichen Verwaltung zu nutzen.⁴³ Die Tatsache, daß die Sozialpolitik programmatisch nur durch einige sehr grundlegende und wenig differenzierte Aussagen vertreten war, dürfte unter anderem damit zusammenhängen, daß innerhalb der Konservativen Partei keine politikfeldspezifische Arbeitsteilung und Institutionalisierung besteht wie in der CDU. Das 1929 gegründete Conservative Research Department (CRD)⁴⁴, welches noch am ehesten eine Programmformulierungsfunktion übernehmen könnte, sank unter Margaret Thatcher zur Bedeutungslosigkeit herab. Zunächst wurde 1974 das Center for Policy Studies von Margaret Thatcher und Keith Joseph explizit als Konkurrenz zum »incurably

42 Vgl. Kavanagh, *British Politics*, a.a.O., S. 128.

43 Vgl. Schmid, *Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Programmatik*, a.a.O., und Wolff, *Policy-Making*, a.a.O.

44 Näheres zum CRD bei Ramsdon, *The Making of Conservative Party Politics. The Conservative Research Department since 1929*, London: Longman 1980.

Heathite«⁴⁵ CRD gegründet. Diesem Schritt folgte 1981 die räumliche Verlegung in das Conservative Central Office, was als Schlag gegen die Autonomie des CRD gewertet wurde.⁴⁶ Das CRD ist heute nur noch eine Dienstleistungseinrichtung, die konservativen Parlamentsabgeordneten zuarbeitet.

Auch von der Conservative Medical Society (CMS), die 1975 als Sammelbecken für Interessengruppen aus dem NHS ins Leben gerufen wurde, die nicht mit der Gesundheitspolitik der Labour-Regierung übereinstimmten⁴⁷, gingen keine programmatischen Anstöße aus. In der kritischen Selbsteinschätzung ihres Geschäftsführers ist die CMS »not an intellectual powerhouse«.⁴⁸ Zwar verfügen die rund 400 Mitglieder, die sich zu über 50 Prozent aus Ärzten zusammensetzen, über Kontakte zur jeweiligen Spitze des DHSS, allerdings eilt der CMS nicht nur in der BMA der Ruf voraus, eine Ja-Sager-Truppe für die Konservative Regierung ohne sachpolitisches Profil zu sein, so daß ihr gesundheitspolitischer Einfluß gering blieb.

5.2 Sozialpolitik und die Entstehung des Neokonservatismus im amerikanischen Parteiensystem

Das amerikanische Parteiensystem weist bekanntermaßen eine Reihe von fundamentalen Unterschieden zur Parteienlandschaft in westeuropäischen Ländern auf. Am deutlichsten treten die Abweichungen des amerikanischen Modells durch den Mangel an organisatorischer und ideologisch-programmatischer Homogenität hervor. Zwar werden beide Parteien mit bestimmten politischen Präferenzen in Verbindung gebracht - die Republikaner mit ihrem »Country Club-Image« gelten als konservative Partei des großen Geldes, die ihre vornehmlich weiße Wählerbasis in ländlichen Gebieten des Südens und Südwestens der USA hat, die Demokraten als gemäßigt fortschrittliche Vertreter der unteren, großstädtischen Mittelschichten, der Gewerkschaften sowie ethnischer und sozialer Min-

45 Vgl. Blake, *The Conservative Party*, a.a.O., S. 335.

46 Vgl. Blake, *The Conservative Party*, a.a.O., S. 352.

47 Vgl. *Conservative Medical Society, Tenth Anniversary Booklet 1975 - 1985*, London, CMS 1985.

48 Interview mit Christopher Mockler im April 1988.

derheiten -, aber eine verbindliche ideologisch-programmatische Festlegung kann daraus nicht abgeleitet werden.

Parteien sind in den USA lediglich Hilfsmittel für den Wahlkampf. Ihre interne Struktur ist nicht auf Mitgliederbetreuung oder Teilhabe an programmatischen Entscheidungsprozessen ausgelegt, sondern auf Kandidatenselektion und Wahlkampfführung. Es fehlt daher an einem straff geführten Verwaltungsapparat und festen Organisationsstrukturen. Ganz im Gegensatz zu europäischen Parteien werden kaum programmatische Diskussionen geführt, und verbindliche Parteiprogramme sind in den USA gänzlich unbekannt. Die Wahlkampfplattform, die noch am ehesten als programmatisches Dokument gewertet werden kann, gerät nach der Präsidentschaftswahl meist sehr schnell in Vergessenheit. Verbindliche politische Vorgaben würden für amerikanische Parteien auch nur wenig Sinn machen, da Parteiloyalität oder gar Fraktionsdisziplin der Kongreßabgeordneten nach bundesdeutschem oder britischem Verständnis nicht existieren. Denn für das politische Überleben eines Kongreßabgeordneten ist in erster Linie sein Wahlkreis ausschlaggebend. Das parlamentarische Entscheidungsverhalten ist daher an den Bedürfnissen der »constituency« orientiert. In den USA agieren also weniger politische Parteien, als vielmehr einzelne politische Unternehmer, die zwar einer Partei angehören, aber deren Entscheidungskalküle durch ihre Wählerklientele bestimmt werden.

Folgt man einer Überlegung Hugh Heclos, der das Dilemma des amerikanischen Parteiensystems in einem anderen Zusammenhang auf die Frage zugespitzt hat, »who in Washington is the government and who the opposition?«⁴⁹, dann erscheint es wenig sinnvoll, an dieser Stelle die programmatische Entwicklung der Republikanischen Partei gesondert nachzuzeichnen. Die fehlende parteipolitische Abgrenzung zwischen Regierung und Opposition läßt es vielmehr als geboten erscheinen, auf den allgemeinen Entstehungshintergrund des Neokonservatismus einzugehen.

Der amerikanische Konservatismus besteht traditionell aus zwei Strömungen: einem großbürgerlich-industriellen Lager (»Wall Street«), das vornehmlich in den Großstädten der amerikanischen Ostküste verortet wird, und einem kleinbürgerlich-agrarischen Lager (»Main Street«) im Sü-

49 Hugh Heclo, *Whitehall and Washington Revisited: An Essay in Constitutional Lore*, in: Richard Hodder-Williams und James Ceasar (Hrsg.), *Politics in Britain and the United States*, Durham: Duke University Press 1986, S. 104.

den und Mittelwesten.⁵⁰ Während der Wall Street-Konservatismus sich mit dem Wohlfahrts- und Interventionsstaat des New Deal arrangierte, blieb im kleinbürgerlichen Konservatismus die Abneigung gegen staatliche Interventionen, insbesondere gegen das »big government« im fernen Washington bestehen. Zu diesen beiden Strömungen traten seit Ende der sechziger Jahre der Neokonservatismus und die Neue Rechte hinzu, deren Genese sich als Reaktion auf die Gesellschaftsreformen der Great Society verstehen läßt. Mitunter werden die Wurzeln der konservativen Revolution um Ronald Reagan zeitlich noch weiter zurückdatiert, nämlich als Absage an den New Deal. Diese zum Beispiel von Kurt Shell vertretene Auffassung⁵¹ gewinnt besonders durch den Umstand an Plausibilität, daß die wohlfahrtsstaatliche Expansion unter Franklin D. Roosevelt wesentlich zur Formierung der »New Deal-Coalition« beitrug, also jener durch die New Deal-Gesetzgebung begünstigten Wählerkoalition aus gewerkschaftlich organisierten Arbeitern, Farbigen und anderen ethnischen und sozialen Minderheiten, die mehrere Jahrzehnte die Basis für demokratische Wahlerfolge bildete. Es ist einleuchtend, daß der konservative Flügel der Republikanischen Partei ein intensives Interesse an der Auflösung dieser Wählerbindungen haben mußte. Die Entstehung und der Aufstieg des Neokonservatismus, insbesondere der Zeitpunkt und die ideologischen Inhalte, lassen sich so aber nicht erklären. Wie schon erwähnt, muß hierfür auf die Great Society-Reformen, deren Folgen und gesellschaftliche Wahrnehmung Bezug genommen werden.

5.2.1 Die Genese des amerikanischen Neokonservatismus

Das zentrale Anliegen der Great Society-Gesetzgebung bestand in der Herstellung größerer sozialer und ökonomischer Gleichheit (»equality«) für benachteiligte Bevölkerungsschichten.⁵² Zu diesem Zweck wurde der Umfang individueller Transferzahlungen beträchtlich ausgeweitet, zum Beispiel im Rahmen des AFDC-Programmes (Aid for Families with De-

50 Vgl. Peter Lösche, Thesen zum amerikanischen Konservatismus, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 49 (1982), S. 38.

51 Vgl. Kurt L. Shell, *Der Amerikanische Konservatismus*, Stuttgart usw.: Kohlhammer 1986, S. 38.

52 Speziell zur Gesundheitspolitik der Great Society vgl. Karen Davis und Kathy Schoen, *Health and the War on Poverty. A Ten-Year Appraisal*, Washington, DC: Brookings 1978.

pendent Children). Wichtiger aber noch war die staatliche Förderung der Chancengleichheit («equality of opportunity») durch den massiven Ausbau von Bildungsprogrammen. Auf diese Weise sollte die Unterschichtenbevölkerung in die Lage versetzt werden, aus eigener Kraft den sozialen Aufstieg zu erreichen, um so den »Armuts-Zirkel« durchbrechen zu können. Ein wichtiges Element der »equal opportunity«-Programme war das im Civil Rights Act von 1964 beinhaltete Diskriminierungsverbot, das eine Gleichstellung speziell schwarzer Bürger garantieren sollte. Infolge der insistierenden Rechtsprechung des Supreme Court mußten staatliche Behörden mitunter auf administrativem Wege für die Durchsetzung dieses Anspruchs sorgen. Eine der am heftigsten umstrittenen Maßnahmen war der Versuch, die Aufhebung der Rassentrennung in der Schule zu erzwingen, indem Schulkinder innerhalb eines Kreises mit Schulbussen so umverteilt wurden, daß gemischtrassige Klassen entstanden. Das »busing«, das die Entscheidungsfreiheit der Eltern über die Auswahl der Schule beschnitt, betraf vor allem Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen, die es sich nicht leisten konnten, ihre Kinder auf eine von den Supreme Court-Regelungen ausgenommene Privatschule zu schicken.⁵³ Derartige Regelungen oder auch die Einführung von Quoten zugunsten diskriminierter Bevölkerungsgruppen bei der Aufnahme in den öffentlichen Dienst und der Zulassung zum Studium ließen bei vielen »nicht-diskriminierten« Amerikanern nun das Gefühl einer »reverse discrimination« wachsen.⁵⁴

Es waren speziell Intellektuelle, die seit Ende der sechziger Jahre den so entstandenen bürgerlichen Bedrohungs- und Existenzängsten Ausdruck verliehen. Aaron Wildavsky, einer der führenden intellektuellen Neokonservativen, hat die weit verbreitete Abneigung gegen die Great Society-Programme folgendermaßen begründet: »the evils that worry us now spring directly from the good things we tried to do before.«⁵⁵ Viele der Neokonservativen waren konvertierte Liberale, die ehemals Anhänger oder sogar Mitarbeiter der Great Society-Programme waren und ernüchtert von den Ergebnissen - oder wie es einer ihrer geistigen Führer formulierte: »mugged by reality«⁵⁶ - nun zu ihren schärfsten Kritikern wurden. Patrick Moynihan, ein Neokonservativer der ersten Stunde, hat seine poli-

53 Vgl. Shell, *Der Amerikanische Konservatismus*, a.a.O., S. 108 f.

54 Vgl. Shell, *Der Amerikanische Konservatismus*, a.a.O., S. 124.

55 Zitiert nach Lawrence D. Brown, *New Policies, New Politics: Government's Response to Government's Growth*, Washington, DC: Brookings 1983, S. 12.

56 Zitiert nach Lösche, *Thesen zum amerikanischen Konservatismus*, a.a.O., S. 39.

tische Wende mit der Pervertierung des Gleichheitsgrundsatzes begründet: Anstelle einer »equality of opportunities« sei eine »equality of results« getreten und anstelle der Gleichheit zwischen Individuen die Gleichheit zwischen ethnischen Bevölkerungsgruppen.⁵⁷ Aus dieser Perspektive geriet der Gleichheitsgrundsatz zu einer potentiellen Bedrohung der individuellen Freiheit.⁵⁸ Ein Ausweg aus dieser Situation bot in erster Linie ein Abbau staatlicher Regularien und Interventionen. Neokonservative behaupten zwar von sich selbst, der Idee des Wohlfahrtsstaates nicht grundsätzlich ablehnend gegenüberzustehen, sondern nur den Auswüchsen der Great Society-Version.⁵⁹ Da aber gleichzeitig allein der Markt als freiheitsbewahrendes Instrument der Ressourcenverteilung akzeptiert wird, entsteht ein Spannungsverhältnis, das seine Auflösung in der Regel zuungunsten sozialstaatlicher Interventionen erfährt.

Von nicht minder großer Bedeutung waren die ökonomischen Folgen der Great Society-Gesetzgebung. Die Ausweitung der staatlichen Sozialleistungen entfachte eine außerordentlich schwer kontrollierbare Wachstumsdynamik, die zu einem rapiden Anstieg der Staatsausgaben beitrug und durch das Ausbleiben von Wachstumsraten wie in den sechziger Jahren wiederum über Steuererhöhungen finanziert werden mußte. Einsparungen waren nicht ohne weiteres möglich, da viele Sozialprogramme den Status sogenannter »entitlements« besaßen, die sich im Unterschied zu den »discretionary programs« nur schwer kürzen lassen.⁶⁰ Auf soziale Leistungen aus entitlement-Programmen besteht ein gerichtlich einklagbarer Rechtsanspruch, der es verbietet, daß im Kongreß einfach die finanziellen Mittel gekürzt werden. Um Einsparungen zu erzielen, muß eine Neuabgrenzung des anspruchsberechtigten Personenkreises bzw. eine Änderung des Leistungsumfanges vorgenommen werden. Da die meisten Abgeordneten dazu neigen, Programmänderungen abzulehnen, die für sie relevante Wählerklientele negativ betreffen, sind Ausgabenkürzungen auf diesem Wege nur in sehr begrenztem Umfang möglich. Während der Amtszeit der Präsidenten Nixon, Ford und Carter wurden daher kaum einschneidende Sparmaßnahmen durchgesetzt. Gleichwohl erkannten nicht

57 Vgl. Peter Steinfels, *The Neoconservatives. The Men Who are Changing America's Politics*, New York: Simon & Schuster 1979, S. 217.

58 Ebd., S. 231 ff.

59 Ebd., S. 51.

60 Näheres hierzu bei R. Kent Weaver, *Controlling Entitlements*, in: John E. Chubb und Paul E. Peterson (Hrsg.), *The New Direction in American Politics*, Washington, DC: Brookings 1985, S. 307 ff.

nur Republikaner, sondern auch Demokraten die Notwendigkeit sozialstaatlicher Austerität - wenn auch in unterschiedlichem Umfang - an. Diese ideologische Konvergenz erwies sich für die Demokraten langfristig als schwerwiegendes Problem, da sie die Wählerschichten der New Deal-Koalition verprellten.⁶¹ Die Republikaner hingegen profitierten hiervon.

Die Angst, durch einen auf Umverteilung ausgerichteten Wohlfahrtsstaat (via Steuern) um die Früchte der eigenen Leistung gebracht zu werden, verlieh dem Neokonservatismus vor allem unter kleinbürgerlichen Schichten erhebliche Attraktivität. Die spektakulärste Reaktion auf den sozialstaatlich induzierten Bedarf nach höheren Steuern, der nicht nur den Bundeshaushalt, sondern auch die Haushalte der Einzelstaaten erfaßte, war die vielzitierte »Proposition 13«; ein Referendum, mit dessen Hilfe die kalifornischen Wähler 1978 das Wachstum ihrer vergleichsweise hohen Grundstückssteuern einfroren. Dieser »tax-welfare backlash« (Wilensky) rückte umfangreiche Steuersenkungen in den Mittelpunkt der neokonservativen Programmatik, die später in Reagans Wahlkampfplattform vertreten wurde. Im Vergleich zu Großbritannien und der Bundesrepublik war die Abgabemüdigkeit und die Bereitschaft, massive Ausgabenkürzungen zum Zweck der Steuersenkung zu akzeptieren, in den USA also stärker ausgeprägt.

Eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer neokonservativen Programmatik spielte auch die Deregulierungsdebatte, deren Ausgangspunkt sich bis in das Jahr 1974 zurückverfolgen läßt. Das eigentliche Ziel der frühen Deregulierungsbemühungen bestand noch nicht in der Freisetzung von Marktkräften, sondern der Inflationsbekämpfung. Die unter Gerald Ford veranlaßte Überprüfung von Regulierungsvorschriften durch das Weiße Haus sollte eine Abschätzung der Kostenwirksamkeit staatlicher Regulierungsmaßnahmen ermöglichen. Die entscheidende politische Durchschlagskraft verlieh der Deregulierungsbewegung dann der demokratische Präsident Jimmy Carter, der seinem Nachfolger Reagan damit - ungewollt - das politische Terrain ebnete.⁶² Vor allem die Liberalisierung des zivilen Luftverkehrs sorgte schon während der Amtszeit Carters für einen grundlegenden politischen Stimmungsumschwung, der beide Parteien erfaßte. Carter und anderen demokratischen Politikern, die eine

61 Vgl. Krieger, *Politics of Decline*, a.a.O., S. 132.

62 Vgl. Peter H. Merkl und John E. Moore, *Reagan gegen Big Government. Entregelung, Dezentralisierung und Einschränkung der Verwaltungsbefugnis*, in: Rüdiger Voigt (Hrsg.), *Abschied vom Recht?* Frankfurt/M.: Suhrkamp 1983, S. 183.

Lockerung der vom Civil Aeronautics Board kontrollierten Flugpreisbindungen befürworteten, ging es seinerzeit um verbraucherfreundliche Deregulierung von staatlich gestützten Preiskartellen. Die Aufhebung der Flugpreisbindung erlangte jedoch darüber weit hinausreichende politische Bedeutung, indem sie zum Präzedenzfall der positiven Auswirkungen der Deregulierung avancierte, da trotz anderslautender Erwartungen und stark sinkender Flugtarife der ökonomische Kollaps der Flugverkehrsindustrie ausblieb.⁶³

5.2.2 Die gesundheitspolitische Strategiedebatte während der siebziger Jahre

Die »spillover«-Effekte⁶⁴, die von der Deregulierungsdebatte ausgingen, beeinflussten auch die gesundheitspolitische Diskussion, da wesentliche Theorieelemente ohne nennenswerte Modifikationen auf den Gesundheitssektor übertragen wurden. In der Bundesrepublik und Großbritannien konnten die Akteure des gesundheitspolitischen Netzwerks die Anwendung marktförmiger Steuerungstechniken zumeist mit dem Hinweis auf den besonderen Charakter des Guts Gesundheit verhindern oder wenigstens entschärfen, was die Folgerung zuläßt, daß das gesundheitspolitische Netzwerk in den USA über ein geringeres Maß an Sektoralisierung gegenüber anderen Politikfeldern verfügt. Eine Erklärung dafür bietet der Umstand, daß in den USA ein verbindlicher Katalog sozialpolitischer Prinzipien mit einer gewissen Resistenz gegen das spillover ökonomischer Denkmodelle fehlte, der dem bundesdeutschen Sozialstaatsgebot oder dem britischen »welfare consensus« entsprochen hätte.

Der Prozeß des agenda setting für eine marktförmige Steuerung des Gesundheitssektors war durch mehrere markante Ereignisse gekennzeichnet, die beträchtliche Zeit vor Ronald Reagans Wahlsieg zu beobachten waren. An erster Stelle ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu nennen, die in den USA bereits 1969, also sehr viel früher als in den mei-

63 Vgl. hierzu allgemein Bradley Behrman, Civil Aeronautics Board, in: James Q. Wilson (Hrsg.), *The Politics of Regulation*, New York: Basic Books 1980.

64 Vgl. John W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston: Little, Brown 1984, S. 203 f.

sten anderen OECD-Ländern, als krisenhaft perzipiert wurde.⁶⁵ Betrachtet man die Ausgabensteigerungen in Prozent des Bruttosozialprodukts in der Phase zwischen 1965 und 1975, dann nehmen die USA mit einem Zuwachs von 2,5 Prozent, nämlich von 6,1 auf 8,6 Prozent, aber nur den sechsten Rang in der OECD-Statistik ein. Vor den USA rangieren die Niederlande, Irland und die Schweiz mit einer Zuwachsrate von jeweils 3,3 Prozent sowie die Bundesrepublik (3,0 Prozent) und Norwegen (2,8 Prozent).⁶⁶ Daß der Kostenanstieg im Gesundheitssektor der USA bereits zu einem Zeitpunkt als Problem betrachtet wurde, als diese Entwicklung in den meisten anderen OECD-Nationen noch kaum registriert worden war, hing mit den besonderen Haushaltsbelastungen zusammen, die der Vietnam-Krieg verursachte und die auch nach dessen Beendigung 1974 spürbar blieben.

Das Jahr 1975 markierte schließlich einen strategischen Wendepunkt in der Gesundheitspolitik. In diesem Jahr erging ein Urteil des Supreme Court im Fall »Goldfarb vs. Virginia State Bar«, demzufolge die »learned professions« nicht länger von den Antitrust-Gesetzen ausgenommen werden dürfen.⁶⁷ Der Geltungsbereich des Goldfarb-Urteils, das eigentlich dem Anwaltsstand galt, umschloß auch die medizinische Profession. Infolge dieses Urteils erschien mit der Federal Trade Commission (FTC) ein neuer Akteur auf der politischen Bühne. Die FTC strebte unter dem Eindruck der Konsumentenschutzbewegung, die auch aus dem Kongreß beträchtliche Unterstützung erhielt, seit Beginn der siebziger eine verschärfte Anwendung der Antitrust-Gesetze an. Die Bestrebungen der Konsumentenschutzbewegung verbanden sich hier mit einem zentralen Anliegen amerikanischer Ökonomen, die schon seit den fünfziger Jahren über die zahlreichen unlauteren Wettbewerbspraktiken der AMA Klage geführt hatten.⁶⁸ Daher wandte sich das Interesse der FTC sehr bald nach dem Goldfarb-Urteil dem Gesundheitssektor zu, der bis dahin von kartell- und

65 Siehe etwa die Äußerungen von Richard Nixon im Jahr 1969. Vgl. Odin W. Anderson, *Health Services in the United States. A Growth Enterprise Since 1875*, Ann Arbor: Health Administration Press 1985, S. 203.

66 Vgl. OECD, *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditures, Costs and Performance*, Paris: OECD 1985, S. 12.

67 Vgl. Geraldine Alpert und Thomas McCarthy, *Beyond Goldfarb: Applying Traditional Antitrust Analysis to Changing Health Care Markets*, in: *Antitrust Bulletin*, 29 (1984).

68 Nähere Literaturhinweise in Elton Rayack, *The Physician Service Industry*, in: Walter Adams (Hrsg.), *The Structure of American Industry*, New York: Macmillan 1982 (6. Auflage).

wettbewerbsrechtlichen Überprüfungen verschont geblieben war. Die in den folgenden Jahren erlassenen Verfügungen der FTC sorgten für die Erschütterung einer Reihe strategisch bedeutsamer Positionen der organisierten Ärzteschaft.⁶⁹ So wurden Teile des von der AMA herausgegebenen und für Ärzte verbindlichen »code of medical ethics« für unwirksam erklärt, die ein striktes Wettbewerbsverbot zwischen Ärzten verfügten und alternative Versicherungsorganisationen wie HMOs als Einschränkung der freien Arztwahl behinderten. Die FTC strengte mehrfach Gerichtsverfahren an, die die Kontrollmöglichkeiten der medizinischen Profession über die Zulassung von paramedizinischen Heilberufen einschränkten, was einen schweren Einbruch der ärztlichen Wettbewerbsposition bedeutete. Darüber hinaus wurde der lange geübten Praxis der AMA ein Ende gemacht, die Pauschalhonorierung ärztlicher Tätigkeiten zu behindern oder gar zu untersagen. Auch eine Entflechtung der »interlocking directorates« zwischen den Vorständen von Blue Shield und den regionalen medical societies, die der Ärzteschaft einen beträchtlichen Einfluß auf die Geschäftspraktiken dieser Versicherungen ermöglichte, wurde durchgesetzt. Schließlich kann eine 1977 von der FTC veranstaltete Konferenz über »Competition in Health Care« als Ausgangspunkt der seitdem mit zunehmender Intensität geführten Marktreformdebatte gelten.

Obwohl der Einfluß der FTC auf den Gesundheitssektor Ende der siebziger Jahre vom Kongreß gebremst wurde⁷⁰, erlangten die zwischen 1976 und 1979 ergangenen Verfügungen große Bedeutung: Denn mit der rigorosen Anwendung der Antitrust-Gesetze auf den Gesundheitssektor war praktisch vorgeführt worden, daß der Markt für medizinische Dienstleistungen in Analogie zu anderen Märkten behandelt werden kann.⁷¹ Zudem waren der AMA eine Reihe jener Instrumente genommen worden, die es ihr gestattet hatten, Markt und Wettbewerb im Gesundheitssektor zu minimieren. Auch wenn die Aktivitäten der FTC zunächst noch keine Auswirkungen auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse erlangten, so war mit ihnen eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung marktförmiger Steuerungsmechanismen geschaffen.

69 Ebd.; Arthur N. Lerner, Federal Trade Commission Antitrust Activities in the Health Care Services Field, in: Antitrust Bulletin, 29 (1984).

70 Vgl. Michael D. Reagan, Regulation. The Politics of Policy, Little, Brown and Company 1987, S. 109 ff.

71 Vgl. John K. Iglehart, Ading a Dose of Competition To the Health Care Industry, in: National Journal, 10 (1978), S. 1602.

Die FTC blieb nicht die einzige Organisation, die den Boden für einen ordnungspolitischen Strategiewechsel aufzubereiten half. Schon 1974 hatte das AEI, der während der siebziger Jahre wichtigste neokonservative Think tank⁷², ein Center for Health Policy Research (CHPR) eingerichtet, dessen Konferenzen und Publikationen wachsenden Einfluß auf die gesundheitspolitische Debatte erlangten. Anfänglich widmete sich das CHPR den - aus ihrer Sicht - negativen Folgen der starken Regulierung des amerikanischen Arzneimittelmarktes durch die Food and Drug Administration - einer Regulierungskommission, die auch international im Ruf besonderer Rigorosität steht. Nachdem in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre noch einmal die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung in den Vordergrund rückte, gelang es dem AEI, sich durch eine vielbeachtete Konferenz über »Health Care - Professional Ethics, Government Regulation, or Markets?« im September 1980 auch in der Marktreformdebatte zum zentralen Diskussionsforum zu etablieren. Ein wichtiger Faktor für den gestärkten Einfluß des AEI ist darin zu sehen, daß der Zugang zum gesundheitspolitischen Netzwerk offenbar vollkommen unproblematisch war. Im Gegensatz dazu sind die Möglichkeiten in Großbritannien und der Bundesrepublik, zu einem »insider« des Netzwerkes zu werden, deutlich schlechter ausgeprägt, was sich an der vergleichsweise geringen Bedeutung von politischen Think tanks im gesundheitspolitischen Diskussionsprozeß ablesen läßt.

Drei weitere Faktoren sorgten dafür, daß die Marktreform gegen Ende der siebziger Jahre als hegemonialer Diskurs in US-Gesundheitspolitik voll etabliert war. Im November 1979 erlitt die Carter-Administration nach mehr als zweijähriger Beratung eine schwere Abstimmungsniederlage, als beide Häuser des Kongresses den von der Regierung unterstützten Hospital Cost Containment Act geschlossen ablehnten. Das Scheitern des Gesetzentwurfs, der eine staatlich kontrollierte Ausgabenbegrenzung für den Krankenhaussektor vorsah, war ein deutlicher Indikator für eine neue Stimmungslage im Kongreß; Gesetzesinitiativen, die eine Erhöhung der staatlichen Interventionskompetenz beinhalteten, hatten kaum noch Durchsetzungschancen.⁷³

72 Vgl. Thomas R. Dye, Organizing Power for Policy Planning, in: G. William Domhoff und Thomas R. Dye (Hrsg.), Power Elites and Organizations, Beverly Hills - London: Sage 1987, S. 178 ff; Steinfels, The Neoconservatives, a.a.O., S. 12.

73 Vgl. James A. Morone, Beyond the N Words. The Politics of Health Care Reform, unveröff. Ms. 1988, S. 35.

Ein zweiter Faktor, der den parlamentarischen Stimmungswandel schon ein Jahr zuvor verstärkt hatte, war der »Consumer-Choice Health Plan« des kalifornischen Gesundheitsökonomens Alain Enthoven, der als Prototyp einer Marktreform breite Aufmerksamkeit fand und mehrfach als Vorlage für Gesetzentwürfe diente. Ausgehend von der Feststellung, daß die ökonomische Anreizstruktur des amerikanischen Gesundheitssektors bei Konsumenten und Leistungsanbietern zu einem kostentreibenden Verhalten beiträgt, beinhaltete Enthovens Modell⁷⁴ Elemente der Angebots- wie der Nachfragesteuerung. Auf der Konsumentenseite sollte eine Veränderung der Besteuerungsgrundlagen, höhere Selbstbeteiligung und eine Begrenzung der Zuschüsse für die Empfänger staatlicher Versicherungsprogramme (Medicare und Medicaid) das Interesse an einer kostengünstigen Krankenversicherung schärfen. Durch gesetzliche Auflagen für die Angebotsseite (Aufnahmefristen, Prämienbemessung u.ä.) sollte es dem Konsumenten ermöglicht werden, in einer Art Suchprozeß die günstigste Versicherungsoption auszuwählen. Das veränderte Nachfrageverhalten - so die Mutmaßung von Enthoven und anderen Marktreformern - würde schließlich dazu führen, daß sich Ärzte und Krankenhäuser in HMOs oder ähnlichen Versicherungsorganisationen zusammenfinden, die wiederum mit günstigen Angeboten um Versicherte konkurrieren. Die Ironie dabei war, daß Enthoven sein Reformmodell ausgerechnet im Auftrag des demokratischen Gesundheitsministers Joseph Califano erarbeitet hatte, und zwar nicht, um den privaten Sektor zu stärken, sondern um einer nationalen Krankenversicherung zum Durchbruch zu verhelfen.⁷⁵ Aus taktischen Gründen hatten Califano und sein Stab beschlossen, vier getrennte Gesetzentwürfe in den Kongreß einbringen zu lassen, die die Rolle des Staates jeweils unterschiedlich gewichteten. Die so geschaffene legislative Verhandlungsmasse sollte die Chancen für eine Gesetzesverabschiedung erhöhen - ein Kalkül, das bekanntermaßen nicht aufging.

Drittens schließlich versprach die ordnungspolitische Steuerungsalternative »mehr Markt« größere Erfolge als Kostendämpfungsstrategie und bot Kongreßabgeordneten beider Parteien die Möglichkeit, sich als Verfechter einer innovativen Lösung zu profilieren. Das »credit claiming«, also der Anspruch, einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht zu haben, ist für amerikanische Abgeordnete - wie sich an der umgangssprachlichen

74 Vgl. Alain Enthoven, *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Reading, MA: Addison-Wesley 1980.

75 Vgl. Joseph A. Califano, *Governing America. An Insider's Report from the White House and the Cabinet*, New York: Simon and Schuster 1981, S. 94 f.

Abkürzung von Gesetzen nach ihren Initiatoren erkennen läßt - von ungleich größerer Bedeutung als für deutsche und britische Parlamentarier. In dieser Situation nahmen politische Unternehmer wie Paul Ellwood und Alain Enthoven als Ideenlieferanten und Promotoren einer alternativen Steuerungsstrategie eine Schlüsselstellung ein.⁷⁶ Schon gegen Ende der Amtszeit Jimmy Carters kursierten sechs »pro-competition«-Gesetzentwürfe im Kongreß, die teilweise in enger Anlehnung an das Enthoven-Modell formuliert worden waren.⁷⁷ Daß der gesundheitspolitische Strategiewechsel parteiübergreifenden Charakter besaß, belegt einer der Gesetzentwürfe, der gemeinsam von dem demokratischen Abgeordneten Richard Gephardt und dem Republikaner David Stockman in das Repräsentantenhaus eingebracht worden war. Nach dem Wahlsieg Ronald Reagans schien es daher nur noch eine Frage der Zeit zu sein, bis der strategische Umschwung zu mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitssektor sich auch in der politischen Praxis niederschlagen würde.

5.3 Parteiorganisation und wohlfahrtsstaatliche Programmatik der CDU

In der Bundesrepublik kann die »Wende« nicht allein als Ergebnis der Politik einer einzelnen Partei betrachtet werden, sondern sie ging aus dem Zusammenspiel zwischen der FDP und CDU/CSU hervor. Wenn die nachfolgenden Ausführungen dennoch auf die CDU beschränkt bleiben, dann vor allem deshalb, weil ihr als größter Partei der christlich-liberalen Koalition auch das größte politische Gewicht beizumessen ist, und sich im Unterschied zur FDP, deren Wechsel zur CDU/CSU ohne langwierige programmatische Weichenstellungen zustandekam, die innerparteilichen Bedingungen des Strategiewechsels sehr viel besser nachzeichnen lassen.

Von den hier untersuchten drei Ländern, in denen konservative Parteien als Träger der Wende fungierten, besaßen organisatorische Faktoren für die Programmformulierung in der CDU den zweifellos stärksten Einfluß. Basierend auf Erfahrungen aus der Weimarer Zeit, in der die bürgerlichen Parteien nicht in der Lage waren, ihre ideologischen, häufig

76 Vgl. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, a.a.O., S. 188 ff.

77 Näheres hierzu in Daniel W. Sigelman, *Palm-Reading the Invisible Hand: A Critical Examination of Pro-Competitive Reform Proposals*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6 (1982), S. 601.

konfessionell begründeten Differenzen zu überwinden, ging es den Gründungsmitgliedern der CDU zuallererst darum, eine überkonfessionelle »christliche« Orientierung als politische Integrationsformel zu etablieren, die eine parteipolitische Zersplitterung des bürgerlich-konservativen Lagers verhindern sollte.⁷⁸ So wurde bereits in der Gründungsphase der Union ein Modus der innerparteilichen Entscheidungsfindung eingerichtet, der auf dem Prinzip der »konfessionellen Arithmetik«⁷⁹ basierte. Diese - zunächst nur auf Personalfragen angewandte - Entscheidungsregel wurde später zu einem umfassenden Proporz- und Konkordanzsystem ausgebaut⁸⁰, welches landsmannschaftliche, konfessionelle und politisch-inhaltliche Unterschiede berücksichtigt und daher für die innerparteiliche Stabilität zentrale Bedeutung erlangte.

Diese Regel der Entscheidungsfindung hat sich auch auf die Fähigkeit zur Programmformulierung ausgewirkt, denn in ihr spiegelt sich die Vielschichtigkeit der politischen Präferenzen in der CDU wider, die die Entstehung eines den Sozialdemokraten vergleichbaren programmatischen Profils behinderten. Bis zur Verabschiedung ihres ersten Grundsatzprogramms 1978 bediente sich die Union des Instruments von zumeist vage formulierten »Leitsätzen«, die lediglich in der Gründungsphase bis zum ersten Bundesparteitag 1950 inhaltliche Alternativen zur ansonsten dominierenden Schlagwort-Programmatisierung aufwiesen. Nach dem weithin bekannten Zwischenspiel des »Ahlener Programms« setzte sich der marktwirtschaftliche Flügel innerparteilich durch, mit der Konsequenz, daß der katholische Arbeitnehmerflügel 1947 durch die Gründung der Sozialausschüsse der Christlich-demokratischen Arbeitnehmerschaft eine eigenständige Vereinigung etablierte.⁸¹ Mit dieser organisatorischen Binnendifferenzierung war zwar einerseits der Verzicht des linken CDU-Flügels auf die Umsetzung umfassender Gesellschaftsreformen verbunden, ande-

78 Ein guter Überblick der Gründungsphase findet sich bei Brigitte Kaff, *Eine Volkspartei entsteht - Zirkel und Zentren der Unionsgründung*, in: Günter Buchstab und Klaus Gotto (Hrsg.), *Die Gründung der Union*, München - Wien: Olzog 1981, S. 99.

79 Vgl. Geoffrey Pridham, *Christian Democracy in West Germany. The CDU/CSU in Government and Opposition 1945-1976*, London: Croom Helm 1977, S. 43.

80 Näheres hierzu bei Herbert Kühr, *Probleme innerparteilicher Demokratie in der CDU*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 35-36 (1974), S. 6; Peter Haungs, *Die Christlich Demokratische Union (CDU) und die Christlich Soziale Union in Bayern (CSU)*, in: Hans-Joachim Veen (Hrsg.), *Christlich-demokratische und konservative Parteien in Westeuropa*, Bd. I, Paderborn 1983, S. 113.

81 Vgl. Dorothee Buchhaas, *Die Volkspartei. Programmatische Entwicklungen der CDU 1950-1973*, Düsseldorf: Droste 1981, S. 175.

rerseits entstand mit den Sozialausschüssen ein spezielles Subsystem, das bis heute erfolgreich die Zuständigkeit für den politisch noch disponiblen Rest des christlichen Sozialismus, die Sozialpolitik, für sich reklamiert.

Die seither bestehende innerparteiliche Arbeitsteilung zwischen Wirtschafts- und Sozialpolitik ist ein funktionaler Ausfluß des Vereinigungssystems, das als konstitutiv für die Binnenstruktur der Union angesehen werden kann, und in dieser ausgeprägten Form in keiner anderen bundesdeutschen Partei zu finden ist.⁸² Die Vereinigungen verfügen im Vergleich zu den SPD-Unterorganisationen über eine recht weitgehende Autonomie. Sie erlassen zum Beispiel eigene Satzungen, finanzieren sich ganz oder teilweise aus eigenen Mitgliederbeiträgen, und generell ist nicht einmal die gleichzeitige Mitgliedschaft in der Mutterpartei erforderlich. Die Vereinigungen besitzen laut Parteistatut (§ 39) eine zweifache Funktion: zum einen haben sie als »Vorfeldorganisationen« für eine Verbreitung der CDU-Politik in speziellen »Wirkungskreisen« zu sorgen; zum anderen fällt ihnen im Sinne eines »zweiten Willensbildungsweges«⁸³ die Aufgabe der Aggregation spezieller Interessen zu. Das Vereinigungssystem der CDU stellt damit sowohl einen organisatorischen Brückenkopf zu speziellen Gesellschafts- und Funktionsgruppen dar, als auch ein innerparteiliches Artikulationsinstrument für sehr unterschiedliche Interessenlagen.

Dementsprechend ambivalent fiel auch die wohlfahrtsstaatliche Orientierung der Union aus. Zwar ist es zutreffend, daß für die CDU die Bedürfnislagen des Mittelstandes »die Drehachse ihrer sozialpolitischen Vorstellungswelt«⁸⁴ bildeten. Dies darf aber nicht als Präferenz für eine staatliche Minimalfunktion in der Sozialpolitik gedeutet werden. Betrachtet man die für die sozialpolitische Grundorientierung der CDU prägenden Elemente, dann ergibt sich ein etwas differenzierteres Bild. Zum einen handelte es sich um den sogenannten »Kriegslastenausgleich«, der die Einführung von Transfer- und Rentenzahlungen an Kriegsoffer und Hinterbliebene sowie einen teilweisen Ausgleich von Vermögensverlusten

82 Zum Vereinigungssystem vgl. ausführlich Werner Höfling, Die Vereinigungen der CDU, und ders., Funktionsprobleme des Vereinigungssystems der CDU, beides in: Heino Kaack und Reinhold Roth (Hrsg.), Handbuch des deutschen Parteiensystems, Bd. I, Opladen: UTB 1980.

83 Vgl. Gertrud und Johannes Kramer, Der Einfluß der Sozialausschüsse der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft auf die CDU, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 46-47 (1976), S. 20.

84 Wolf-Dieter Narr, CDU - SPD. Programm und Praxis seit 1945, Stuttgart: Kohlhammer 1966, S. 182.

durch eine Abgabepflicht von Vermögensbesitzern vorsah.⁸⁵ Der zweite, eher retardierend wirkende Faktor bestand in der Auseinandersetzung mit den Forderungen der SPD, die Anfang der fünfziger Jahre einen »Sozialplan« propagiert hatte, der eine Ausdehnung des sozialleistungsberechtigten Personenkreises und die Einbeziehung von Steuermitteln zur Finanzierung des sozialen Sicherungssystems beinhaltete. In den Unionsparteien stießen diese Vorstellungen weitgehend auf Ablehnung. Die einer »Staatsbürgerversorgung« nahekommende Ausdehnung der Anspruchsberechtigung drohte die Grenzlinie zwischen Versorgung und Versicherung aufzulösen, was der starken Identifikation der CDU mit den Prinzipien der gegliederten Sozialversicherung zuwidergelaufen wäre.

Die Sozialreformdebatte endete schließlich mit der »Beschränkung auf das Vordringliche«⁸⁶ - der Rentenreform von 1957, die zur zweiten entscheidenden Orientierungsmarke für die Sozialpolitik der Union wurde. Die Einführung der »dynamischen« Rente ist im Bewußtsein der CDU/CSU und breiter Teile der Bevölkerung die bedeutendste sozialpolitische Innovation der Nachkriegsgeschichte. Ähnlich wie bereits beim Kriegslastenausgleich ging es auch hier um die Abmilderung krasser Einkommensunterschiede; in diesem Fall zwischen Rentnern und Erwerbstätigen. Den Kern der Rentenreform bildete die Einführung einer neuen, an die Bruttolohnentwicklung angepaßten Bemessungsgrundlage, die eine massive Anhebung des Rentenniveaus (65,3 Prozent bei Arbeitern bzw. 71,9 Prozent bei Angestellten)⁸⁷ zur Folge hatte. Mit dieser Leistungsverbesserung wurde nicht nur das verbreitete Problem der Altersarmut merklich entschärft, sondern mit ihr ging auch ein tiefgreifender Funktionswandel der Rente einher. Aus dem »Zuschuß zum Lebensunterhalt« wurde die »Lohnersatzfunktion« der Rente.⁸⁸ Daß die Rentenreform, obwohl sie eigentlich nur ein Überbleibsel der von Adenauer geplanten umfassenden Sozialreform war, dennoch einen so nachhaltigen Eindruck hinterlassen hat, und zwar nicht nur bei den Unionsparteien, ist auf ihre für die gesamte Sozialpolitik prägende Wirkung zurückzuführen. Die zuerst an der Al-

85 Vgl. Hans Günter Hockerts, Integration der Gesellschaft: Gründungskrise und Sozialpolitik in der frühen Bundesrepublik, in: Zeitschrift für Sozialreform, 32 (1987), S. 31 ff.

86 Hans Günter Hockerts, Sozialpolitische Reformbestrebungen in der frühen Bundesrepublik, in: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, 25 (1977), S. 353.

87 Vgl. Hans Günter Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S. 422.

88 Ebd., S. 423.

tersrente durchexerzierte Aufwertung sozialer Leistungen zum Lohnersatz hat auch auf das Funktionsverständnis anderer Sozialversicherungszweige abgefärbt. Noch unter Adenauer wurde zum Beispiel mit der Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für Arbeiter das magere Krankengeld an das Lohnniveau angepaßt.

Sowohl der Lastenausgleich wie die Rentenreform lassen einige Grundmuster christdemokratischer Sozialpolitik erkennen. Beide Maßnahmen beinhalteten erhebliche Umverteilungsprozesse, die aber gleichzeitig neutral gegenüber den bestehenden Vermögensverhältnissen blieben. Ihre wichtigste Funktion besitzt die Sozialpolitik für die Unionsparteien in der sozialen Integration benachteiligter Bevölkerungsschichten, aber nicht deren Einebnung. Die Union ist also durchaus in der Lage, sozialpolitisch offensiv auf krasse soziale Ungleichheiten zu reagieren, solange der Eigentumsschutz gewahrt bleiben kann. Ihre Sozialpolitik ist damit vor allem mittelschichtenorientiert, das heißt, sie dient dem Ausgleich derjenigen Risiken, die aus der durchschnittlichen Erwerbstätigkeit resultieren; die Problemlagen gesellschaftlicher Randgruppen werden von ihr kaum erfaßt. Da sich mit der christdemokratischen Sozialpolitik außer der Sozialintegration kaum langfristige Zielsetzungen verbinden, ist sie im wesentlichen inkrementalistisch und gegen umfassende Reformentwürfe gerichtet, programmatisch relativ unbestimmt und flexibel.

Die Unionsparteien begriffen sich von Anbeginn als Sachwalter der »klassischen Sozialversicherung«, deren Geltungsanspruch sie ihrem Selbstverständnis gemäß nach dem 2. Weltkrieg gefestigt, zeitgemäß modifiziert (dynamische Rente) und gegen »systemfremde« Reformversuche verteidigt hatten. Aus der Ära Adenauer rührt die starke Identifikation der Partei mit den Bismarck'schen Prinzipien der Sozialversicherung. Das Sozialstaatsmodell der CDU war demgemäß bereits während der fünfziger Jahre am Ziel der Statussicherung der bürgerlichen Mittelschicht orientiert.

In diesem Zusammenhang ist auch die Rolle des Subsidiaritätsprinzips als zentrale sozialpolitische Argumentationsfigur der Unionsparteien zu sehen. Das Subsidiaritätsprinzip versucht eine naturrechtlich begründete Zuständigkeitshierarchie sozialer Beistandspflichten zu konstruieren, bei der die jeweils höher organisierte gesellschaftliche Ebene (idealtypisch: Familie - Verband - Staat) immer dann als sozialpolitisch funktionales Äquivalent einzutreten hat, wenn die eigentlich zuständige Gesellschaftseinheit überlastet ist. Da sich damit sozialstaatliche Interventionen sowohl

begründen wie auch abwehren lassen, ist die Deutung des Subsidiaritätsprinzips als »ideologische Allzweckwaffe«⁸⁹ treffend, die eine bedarfsgerechte Anpassung an die unterschiedlichsten Verteilungskonstellationen erlaubt. Für die Sozialstaatskonzeption der Union ist das Subsidiaritätsprinzip in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Seine Herkunft aus der katholischen Soziallehre untermauert den Anspruch der CDU, eine auf christlichen Grundwerten basierende Politik zu betreiben. Die hervorgehobene Rolle, die der Familie zugewiesen wird, entspricht dem Stellenwert, den die Familie im Weltbild der Union einnimmt. Ihre wohl wichtigste Funktion dürfte das Subsidiaritätsprinzip bei der argumentativen Abwehr gegen einen zu weitgehenden Ausbau des Sozialstaats erfüllen.⁹⁰

Ähnlich ambivalent wie die sozialpolitische Grundorientierung der Union ausfiel, so besaß auch die programmatische Modernisierung der CDU während der siebziger Jahre unterschiedliche Facetten. Dieser Prozeß wurde eingeleitet durch den Verlust der Regierungsverantwortung 1969 und den Schock der schweren Wahlniederlage von 1972, bei der die SPD mit 45,8 Prozent der Wählerstimmen gegenüber 44,9 Prozent von CDU/CSU zum ersten Mal die stärkste Fraktion stellte. Ab 1973 setzte ein bemerkenswerter Modernisierungsschub ein, der - zumindest was die organisatorische Seite anbelangte - zutreffend als »nachgeholte Parteibildung«⁹¹ charakterisiert wurde.

So ist zum Beispiel die erstmals 1975 auf dem Mannheimer Parteitag aufgeworfene »Neue Soziale Frage«, die der sozialpolitischen Profilierung der Partei dienen sollte, ein Ergebnis der Tätigkeit der neu geschaffenen Planungsgruppe im Adenauerhaus.⁹² Im Kern dieses Konzepts stand die These, daß soziale Benachteiligungen nicht mehr wie in der »alten« sozialen, also der »Arbeiterfrage« des 19. Jahrhunderts, aus dem Klassengegensatz zwischen Arbeit und Kapital herrühren, da dieser mit Hilfe der Sozialpolitik gelöst sei, sondern eine »neue Armut« unorganisierte gesellschaftliche Gruppen wie Alte, Behinderte, kinderreiche Familien usw. er-

89 Rolf G. Heinze und Thomas Olk, Sozialpolitische Steuerung: Von der Subsidiarität zum Korporatismus, in: Manfred Glagow (Hrsg.), Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität, Bielefeld: AJZ Druck Verlag 1984, S. 184.

90 Vgl. Martin Bellermann, Sozialstaat und Selbsthilfe, Diss. Berlin 1977, S. 208 ff.

91 Hermann Scheer, Die nachgeholte Parteibildung und die politische Säkularisierung der CDU, in: Wolf-Dieter Narr (Hrsg.), Auf dem Weg zum Einparteienstaat, Opladen: Westdeutscher Verlag 1977.

92 Vgl. Sigmar Mosdorf, Die Sozialpolitische Herausforderung, Köln: Bund-Verlag 1980, S. 62.

faßt habe, deren Problemlagen aufgrund ihrer mangelnden Artikulationschancen bisher übersehen wurden.⁹³

Ganz offenkundig stellte die Neue Soziale Frage einen Formelkompromiß zwischen den verschiedenen politischen Richtungen in der CDU dar, wie sie zum Beispiel durch Kurt Biedenkopf als Vertreter des Ordoliberalismus und Heiner Geißler als Vertreter der christlichen Soziallehre personifiziert wurden.⁹⁴ Entsprechend dehnbar war auch die Auslegung dieses Konzepts, das einerseits vom linken CDU-Flügel als sozialstaatliche Leistungsverpflichtung begriffen wurde, andererseits vom Wirtschaftsflügel als Aufhänger für die Forderung nach einem gegen die Gewerkschaften gerichteten »Verbändegesetz« umfunktionierte⁹⁵, mit dem einem angeblich »inflationären Verteilungskampf« Einhalt geboten und ein gesetzlich abgesicherter Minderheitenschutz für die »wirklich Bedürftigen« geschaffen werden sollte. So umstritten das Konzept in der CDU wie in der politischen Diskussion auch war, hinsichtlich der Einschätzung sozialpolitischer Sachkompetenz in der Öffentlichkeit erwies sich die Neue Soziale Frage als außerordentlich wirkungsvoll.⁹⁶

Die Neue Soziale Frage war allerdings nur ein Element einer umfassenden innerparteilichen Programmdiskussion, die mit der Verabschiedung des Grundsatzprogramms 1978 ihren Höhepunkt fand. Da die Oppositionsrolle die Anforderungen an die innerparteiliche Fähigkeit zur Programmformulierung erheblich ansteigen ließ, erlangten auch die Fachausschüsse wachsende Bedeutung, so daß sie neben den Landesverbänden und den Vereinigungen als drittes Element der innerparteilichen Willensbildung hinzutraten.⁹⁷ Die Bundesfachausschüsse bestanden zwar schon

93 Vgl. Heiner Geißler (Hrsg.), *Die Neue Soziale Frage*, Freiburg: Herder 1976.

94 Vgl. Mosdorf, *Die Sozialpolitische Herausforderung*, a.a.O., S. 63 f.

95 Zu Diskussion um das Verbändegesetz finden sich mehrere Aufsätze bei Ulrich von Alemann und Rolf G. Heinze (Hrsg.), *Verbände und Staat*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1979.

96 Aus Umfragen des INFAS-Instituts der Jahre 1972 und 1976 ging hervor, daß der Anteil der Befragten, die der Union eine größere Kompetenz für den Bereich »Soziale Reformen/Gerechtigkeit« zuschrieben, von 21 auf 37 Prozent angestiegen war, während die Zahlen für die SPD von 51 auf 50 Prozent geringfügig absanken. Im Bereich der Alterssicherung konnte sich die CDU von 28 auf 43 Prozent verbessern und mit der SPD gleichziehen. Größere Kompetenz für die Sicherung der Arbeitsplätze trauten der Union 1976 sogar 45 Prozent zu, gegenüber 27 Prozent von 1972, und die SPD sank von 45 auf nurmehr 40 Prozent. Zahlen nach Mosdorf, *Die sozialpolitische Herausforderung*, a.a.O., S. 91.

97 Wulf Schönbohm, *CDU - Portrait einer Partei*, München - Wien: Olzog 1979, S. 78.

seit den fünfziger Jahren, ohne allerdings erkennbare Aktivitäten zu entwickeln. Erst während der siebziger Jahre trugen sie als »wichtiges Instrument zur sachpolitischen Profilierung«⁹⁸ der Union bei. In der 1977 novellierten Ordnung für die Bundesfachausschüsse (BFAO) werden die Aufgaben der Fachausschüsse, deren Mitglieder auf Vorschlag der Landesverbände und Bundesorganisationen vom Generalsekretär berufen werden, folgendermaßen umrissen: Sie »sollen politisch erhebliche Vorgänge und Entwicklungen in ihren Fachbereichen beobachten und dem Bundesvorstand zur Kenntnis geben«.⁹⁹ Da die Beschlußvorlagen der Fachausschüsse in die Entscheidungsfindung der obersten Parteigremien einmünden und »häufig eine präjudizierende Wirkung«¹⁰⁰ besaßen, kam ihnen für sachpolitische Fragen eine häufig unterschätzte Bedeutung zu. Dies galt auch für den Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik (BFAG)¹⁰¹, der das gesundheitspolitische Programm der CDU von 1978 erarbeitet hat. Gemäß der Vorgabe, daß die Zusammensetzung der Fachausschüsse über eine »geographisch und fachlich ausgewogene Zusammensetzung« (BFAO § 3 Abs. 3) sein soll, sind nicht nur die Landesverbände, sondern auch Vertreter von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Krankenkassen und Pharmaindustrie Mitglieder im BFAG. Da im Fachausschuß das Einstimmigkeitsprinzip vorherrscht, hat dies Beschlüsse begünstigt, die am Status quo der bestehenden Gesundheitsversorgung orientiert waren. Die Fachausschüsse sind Bestandteil des bewußt gepflegten Kontakts der CDU zu außerparteilichen Gruppierungen, die - so eine offiziöse Darstellung - »nicht zuletzt Grund dafür (sind), daß die CDU-Politik in der Regel ausgewogen und realitätsbezogen ist.«¹⁰² Eine andere Lesart dieser Einschätzung könnte darauf abheben, daß die CDU ihr innerparteiliches Konzept der Entscheidungsfindung auch auf ihre Außenbeziehungen übertragen hat und durch frühzeitige Kontaktpflege und Bildung von Kompromißformeln mögliche Widerstände zu antizipieren versucht.

98 Ebd., S. 78.

99 Abgedruckt im Statut der CDU, Bonn 1982.

100 Wulf Schönbohm, Die CDU wird moderne Volkspartei. Selbstverständnis, Mitglieder, Organisation und Apparat 1950-1980, Stuttgart: Klett-Cotta 1985, S. 147.

101 Für Einzelheiten zur Entwicklung des BFAG vgl: Marian Döhler und Josef Schmid, Wohlfahrtsstaatliche Politik der CDU - Innerparteiliche Strukturen und Politikformulierungsprozesse, IIM/IP 88-6, Wissenschaftszentrum Berlin 1988, S. 21 ff.

102 Schönbohm, CDU, a.a.O., S. 137.

5.3.1 Die gesundheits- und sozialpolitische Konzeption der Wende

Obwohl der CDU eine unübersehbar positive Identifikation mit den Grundprinzipien des bundesdeutschen Sozialstaatsmodells eigen war, fand im Laufe der siebziger Jahre eine programmatische Radikalisierung statt, die in einer teilweise heftig vorgetragenen Wohlfahrtsstaatskritik ihren deutlichen Ausdruck fand. Diese Diskussion kann hier nicht im Detail nachgezeichnet werden, vielmehr soll es darum gehen, wesentliche Argumentationsfiguren aufzuzeigen, die eine Bedeutung für den ordnungspolitischen Strategiewechsel besaßen. Die Wohlfahrtsstaatskritik kreiste im wesentlichen um vier Themenkomplexe.

- (1) Als Kernstück konservativer Wohlfahrtsstaatskritik kann die »Finanzkrise des Steuer- bzw. Sozialstaats«¹⁰³ betrachtet werden. Politische Relevanz erlangte diese Diskussion ab 1974. Der in der ersten Phase der sozialliberalen Koalition betriebene Ausbau der sozialen Sicherung, der mit weitgehender - parlamentarischer - Zustimmung von CDU/CSU stattgefunden hatte¹⁰⁴, führte angesichts stagnierender Wachstumsraten in den Unionsparteien zu der Überzeugung, daß hier eine Kollision mit den bestehenden Vermögensverhältnissen drohe, da Steuer- und Abgabelasten zur Finanzierung sozialer Leistungen der ständigen Erhöhung bedurften. Innerhalb der Union wurde in zahllosen Nuancierungen daraus der Schluß gezogen, daß der »Sozialstaat seine Grenzen erreicht, zum Teil bereits überschritten hat«¹⁰⁵ und die Sozialpolitik sich auf eine soziale »Grundsicherung«¹⁰⁶ beschränken sollte. Allerdings wurde der Umfang dieser Grundsicherung nie genau definiert, so daß die verschiedenen Strömungen innerhalb der Union jeweils ihren Vorstellungen entsprechende Auslegungen vornehmen konnten. Den kleinsten gemeinsamen Nenner bildete die Forderung, das Sozialleistungssystem enger an ökonomische Wachstumsraten zu koppeln. Im Zusammenhang mit der Finanzkrise des Sozialstaats ist auch auf die Privatisierungsdiskussion zu verwei-

103 Siehe hierzu als Überblick, Rolf Richard Grauhan und Rudolf Hickel (Hrsg.), *Krise des Steuerstaats?* Opladen: Westdeutscher Verlag 1978 (Leviathan Sonderheft 1/1978).

104 Vgl. Helga Michalsky, *Parteien und Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, in: *Sozialer Fortschritt*, 33 (1984).

105 Franz-Josef Strauß zitiert nach Mosdorf, *Die Sozialpolitische Herausforderung*, a.a.O., S. 61.

106 Vgl. Gerhard A. Friedl, *Konservative Sozialpolitik. Langfristige Perspektiven der sozialen Sicherung*, in: *Politische Studien*, 26 (1976), S. 482.

sen¹⁰⁷, die allerdings im Gegensatz zu Großbritannien immer nur marginalen öffentlichen Dienstleistungsbereichen (Müllabfuhr, Schlachthöfe, Schwimmbäder usw.) aus dem kommunalen Sektor galt und überdies so gut wie gar nicht auf den Gesundheitssektor gemünzt war.

- (2) Der Topos der »Anspruchsinflation« hat seine historischen Wurzeln in der um die Jahrhundertwende einsetzenden Debatte um die »Rentenneurose«. ¹⁰⁸ Grundlegend für diese Denkfigur ist der kollektive Mißbrauchsvorwurf, der mit Ansteigen der Massenarbeitslosigkeit in der These gipfelte, daß der Anspruch auf umfassende soziale Leistungsgewährung zu einer Minderung der individuellen Leistungsbereitschaft führen würde. »Das insbesondere von der Regierung Brand/Scheel gezüchtete übersteigerte Anspruchsdenken in der Bevölkerung« ¹⁰⁹ bot aus der Perspektive der Unionsparteien eine ideale Plattform für die Regierungskritik sowie für die Propagierung des Subsidiaritätsgedankens, der zu Beginn der achtziger Jahre mit der aufkommenden Selbsthilfediskussion eine zusätzliche Aufwertung erfuhr.
- (3) Ein weiteres Element der Wohlfahrtsstaatskritik bestand in der Debatte um die »Bürokratisierung« ¹¹⁰ des Sozialstaats - einer mutmaßlich sozialdemokratisch verursachten Aufgabenüberlastung, die in der zunehmenden »Fremdbestimmung« (Schelsky) der Sozialklientel enden mußte. Auch hieraus wurde die Forderung nach einer Entstaatlichung abgeleitet, die allerdings kein Pendant zum Anti-Etatismus der britischen Konservativen darstellte, da in der Denktradition des deutschen Konservatismus der Staat stets positiv besetzt war. ¹¹¹

107 Zu dieser Debatte siehe Wolfgang Däubler, Privatisierung - Speerspitze der Gegenreform? in: Rolf Richard Grauhan und Rudolf Hickel (Hrsg.), Krise des Steuerstaats? Opladen: Westdeutscher Verlag 1978 (Leviathan Sonderheft 1/1978).

108 Vgl. aus historischer Perspektive Stefan Kirchner, Anspruchsverhalten und Neurose - zur Entstehung und Funktion einer sozialpolitischen Argumentationsfigur, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 40 (1978).

109 Heinrich Franke, Grundsätzliche und aktuelle Fragen der Sozialpolitik aus der Sicht der CDU/CSU, in: Die Ersatzkasse, 10 (1982), S. 10.

110 Vgl. Heiner Geißler (Hrsg.), Verwaltete Bürger - Gesellschaft in Fesseln, Frankfurt/M.: Fischer 1978.

111 Vgl. Wolfgang Fach, Die konservative Abrechnung mit der Staatsbürokratie, in: Politische Vierteljahresschrift, 22 (1981).

- (4) Während aus den drei vorangegangenen Elementen konservativer Wohlfahrtsstaatskritik mehr oder minder deutlich auf das Ziel einer sozialstaatlichen Leistungsreduktion geschlossen werden konnte, hatte der vierte wichtige Diskussionsstrang, der Vorwurf sozialer Verteilungsdisparitäten, ambivalenten Charakter. Die mit der Neuen Sozialen Frage verbundene Forderung, daß soziale Leistungen »gezielt den wirklich Bedürftigen zugute kommen«¹¹² sollen, ließ sehr verschiedene Schlußfolgerungen zu¹¹³, und so blieb auch innerhalb der Union unentschieden, ob die Neue Soziale Frage ein Argument für einen sozialen Leistungsab- oder -ausbau darstellte.

Insgesamt allerdings konnte die von den Unionsparteien vorgetragene Wohlfahrtsstaatskritik in den siebziger Jahren durchaus den Eindruck vermitteln, als strebe die CDU/CSU einen spürbaren Abbau der sozialen Sicherung an.¹¹⁴ Gleichzeitig ist aber auch zu beachten, daß maßgebliche Vertreter der CDU die Sozialstaatsproblematik differenzierter gesehen haben. So hat etwa Heiner Geißler zur Diskussion um die »Grenzen des Sozialstaats« festgestellt: »Dieses Schlagwort ist (. . .) zu undifferenziert, um einer Lösung der Probleme nahezukommen. Tatsächlich geht es nicht um die Grenzen des Sozialstaats in einem quantitativen Sinn, sondern um die Frage, ob die herkömmliche Art, Sozialpolitik zu betreiben, an ihre Grenzen gestoßen und kontraproduktiv geworden ist.«¹¹⁵ Norbert Blüm hingegen, der eher als Vertreter einer orthodoxen, vom Versicherungsmodell ausgehenden Sozialpolitik eingestuft werden kann, hat das verbandszentrierte Verständnis der traditionellen christdemokratischen Sozialpolitik auch gegen marktökonomische Strömungen mit dem Hinweis in Schutz genommen, »daß in manchen ideologischen Traditionen zwischen Staat und dem einzelnen nichts ist. In meinem Verständnis befinden sich zwischen dem Staat und dem einzelnen vielfache gesellschaftliche Strukturen der Selbstverwaltung und der Selbstorganisation.«¹¹⁶

112 Vgl. Heiner Geißler, *Mut zur Alternative*, München - Berlin: Herbig 1981, S. 101.

113 Näheres zu den Auseinandersetzungen innerhalb der Union bei Mosdorf, *Die Sozialpolitische Herausforderung*, a.a.O., S. 64.

114 Vgl. Michael Th. Greven, *Soziale Probleme und politische Antworten - Sozialpolitische Konzeptionen und Konflikte der siebziger Jahre*, in: ders., Rainer Prätorius und Theo Schiller, *Sozialstaat und Sozialpolitik*, Neuwied: Luchterhand 1980, S. 149-161.

115 Geißler, *Mut zur Alternative*, a.a.O., S. 107.

116 Norbert Blüm, *Solidarität und Subsidiarität in der Sozialpolitik*, in: *Bulletin Nr. 114*, Bonn 1982, S. 1039 f.

Neben der Kritik am sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat bildeten die Kostenexplosion und die anschließend einsetzende Kostendämpfungspolitik der sozialliberalen Koalition die wichtigsten Orientierungsmarken für die CDU/CSU. Das Problem der Kostenentwicklung in der GKV wurde schon seit Beginn der siebziger Jahre diskutiert¹¹⁷, fand allerdings erst 1974 durch eine Veröffentlichung des damaligen rheinland-pfälzischen Sozialministers Heiner Geißler Eingang in eine breitere Öffentlichkeit. Im Oktober 1974 hatte Geißler unter dem Titel »Krankenversicherungs-Budget«¹¹⁸ eine Modellrechnung über die voraussichtliche Kostenentwicklung der GKV vorgelegt, die zu dem Schluß gelangte, daß der durchschnittliche Beitragssatz von damals 9,5 Prozent bis 1978 ohne einschneidende politische Maßnahmen auf 13,1 Prozent ansteigen würde. Die Veröffentlichung Geißlers diente anfänglich nur der Sensibilisierung für die Kostenproblematik. Die in der Folgezeit massiv einsetzende Debatte hatte dann aber einen sehr viel weitergehenden Effekt: Der sozialdemokratische Diskurs in der Gesundheitspolitik, der von Themen wie der regionalen Versorgungsdisparität, schichtenspezifischer Inanspruchnahme, arbeitsplatzbezogener Krankheitsverursachung usw. beherrscht war, wurde zunehmend vom Thema Kostenexplosion überlagert.

Im Zentrum der gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen stand ab Mitte der siebziger Jahre die Kostendämpfungspolitik, deren legislativer Ausfluß später mit dem (gewollt) unschönen Terminus »K«-Gesetze belegt wurde. Die Philosophie der K-Gesetze wurde erstmals 1975 vom damaligen alternierenden Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, dem DGB-Vertreter Alfred Schmidt, dahingehend formuliert, »daß sich die Entwicklung der Ausgaben an der Entwicklung des Grundlohns zu orientieren hat«.¹¹⁹ Diese sogenannte »einnahmeorientierte Ausgabenpolitik« avancierte zur operativen Leitlinie der Gesundheitspolitik und die Beitragssatzstabilität zu ihrem obersten Gebot. Während diese Zielsetzung auch von den Unionsparteien anerkannt wurde, nahmen CDU/CSU den Inhalt der K-Gesetze zum Anlaß, um die Gefahr einer systemverändernden Sozialisierung der GKV heraufzube-

117 Vgl. Walter Schreiber und Hans Allekotte (Hrsg.), *Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?* Köln: Wison 1970.

118 Teilweise abgedruckt in: Geißler, *Die Neue Soziale Frage*, a.a.O., S. 99 ff.

119 Zitiert nach: Dieter Paffrath und Hartmut Reiners, *10 Jahre Kostendämpfungsgesetz. Eine empirische Bilanz*, in: *Die Ortskrankenkasse*, 69 (1987), S. 370.

schwören.¹²⁰ Die Vereinheitlichung kassenartspezifischer Gebührenordnungen und die Neufestlegung des Leistungskatalogs wurden als Einschränkung der Selbstverwaltungskompetenzen betrachtet, die Einführung eines - sehr begrenzten - Finanzausgleich zwischen den Kassen als Weg in die Einheitsversicherung und die Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Einengung der ärztlichen Therapiefreiheit.

Auch wenn dies eher eine Tendenzaussage darstellt, so ist die These zulässig, daß die Auseinandersetzung um die »K«-Gesetze tendenziell der Formulierung von ordnungspolitischen Alternativen entgegengewirkt hat, da für die CDU insbesondere die Sicherung des bestehenden GKV-Systems gegenüber der sozialliberalen Reformpolitik im Vordergrund stand und nicht dessen Umwälzung. Ein Vertreter der Kassenärzte stellte mit Blick auf das gesundheitspolitische Programm der CDU fest: »In den zum Teil sehr detaillierten Anregungen fällt durchgehend auf, daß keinerlei institutionelle Änderungen vorgeschlagen werden.«¹²¹ Wenn es also strategisch gerade um die Stabilisierung des bestehenden Ordnungsmodells gegen »systemverändernde« Bestrebungen ging, dann leuchtet ein, daß sich dieses Anliegen nur schwerlich durch die Propagierung eines ebenso systemverändernden Marktmodells begründen läßt. Diese These läßt sich durchaus in Zweifel ziehen, da Teile der Unionsparteien seit Ende der siebziger Jahre mit zunehmender Verve das neoliberale Marktmodell als politische Alternative offerierten. Um die Tatsache verständlich zu machen, daß es dennoch zu keiner marktradikalen Wende in der gesundheitspolitischen Programmatik der CDU/CSU kam, muß an dieser Stelle kurz auf die Transferprobleme vom quasi »natürlichen« Ideenlieferanten für marktreformersche Modelle, der Gesundheitsökonomie, eingegangen werden.

120 Vgl. Fritz Beske, Grundsätze der Gesundheitspolitik der CDU, in: Krankenversicherung, 28 (1976); Gerold Tandler, Gesundheitspolitik der achtziger Jahre, in: Deutsches Ärzteblatt, 77 (1980).

121 Friedrich Wilhelm Schwartz, Ziele und Strategien »präventiver Medizin«, in: Philipp Herder-Dorneich und Alexander Schüller (Hrsg.), Vorsorge zwischen Versorgungsstaat und Selbstbestimmung, Köln: Kohlhammer 1982, S. 83.

5.3.2 Die Rolle der Gesundheitsökonomie in der Diskussion um ordnungspolitische Alternativen

Seit Beginn der achtziger Jahre folgt die öffentliche Diskussion um Defizite und Reformoptionen der Gesundheitsversorgung zunehmend den Vorgaben einer marktzentrierten Gesundheitsökonomie, die sich innerhalb von nur einem Jahrzehnt zu einer wissenschaftlichen Wachstumsbranche mit beachtlichem Finanz- und Personalreservoir entwickeln konnte.¹²² Auch wenn es sehr vereinfacht ist, von »der« Gesundheitsökonomie zu sprechen, so läßt sich doch mit Fug und Recht behaupten, daß die marktorientierte Strömung klar dominierte. Wenn nachfolgend ohne erläutern den Zusatz von »Gesundheitsökonomie« die Rede ist, so bezieht sich dieser Terminus auf die marktzentrierte Variante. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sei hier zur Illustration der marktzentrierten Gesundheitsökonomie auf einige der wichtigsten Vorschläge hingewiesen.

Im Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen Debatte¹²³ stand lange Zeit die Forderung nach Erhöhung der Selbstbeteiligung, die »zum Symbol der Auseinandersetzung um Steuerungsprinzipien überhaupt geworden« ist.¹²⁴ Eine andere Reformoption wird unter dem Stichwort »Wahlfreiheit« gehandelt.¹²⁵ Hierbei wird in verschiedenen Varianten die partielle Aufhebung des Versicherungszwangs bzw. die Einführung des Kontrahierungszwangs für bestimmte Kassenarten gefordert, um so dem Konsumenten eine freie Wahl der ihm nach Leistungen und Kosten genehmen Krankenkasse zu ermöglichen. Ob dies tatsächlich zu einem kostensenkenden Wettbewerb der Kassen untereinander führen kann, ist umstritten. Als gewichtigster Einwand gegen dieses Modell wird die Befürchtung geltend gemacht, daß es zu einer unvorhersehbaren Entwicklung der Risi-

122 Als Indikator siehe die mittlerweile auf über 20 Bände angestiegene Reihe »Beiträge zur Gesundheitsökonomie« 1980 ff. der Robert Bosch Stiftung.

123 Einen guten Überblick über die zahlreichen Reformvorschläge findet sich bei Dieter Heimsath und Bernd Hillebrand, Optionen für die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart: Bleicher 1986, und Hartmut Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen - Ausgangspunkte und Konzepte, WIdO-Materialien, Bd. 30, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 1987.

124 Hanfried H. Andersen und J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg, Kommentierte Bibliographie zur Gesundheitsökonomie, Berlin: edition sigma 1987, S. 342.

125 Vgl. Martin Pfaff u.a., Wahltarife in der Krankenversicherung, Forschungsbericht 42, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1980.

kostrukturen einzelner Kassen kommen wird.¹²⁶ Ein Vorschlag, der ebenfalls auf die Erhöhung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen abzielt, ist die Lockerung der gesetzlichen Vorgaben für Versicherungstarife und Leistungsangebote der gesetzlichen Kassen, um so ein differenziertes Angebot für die Versicherten zu schaffen.¹²⁷ Dieser Vorschlag kommt dem in der Privatversicherung gängigen Äquivalenzverfahren nahe und ist daher vor allem als Durchbrechung des Solidarprinzips kritisiert worden. Von den strukturellen Konsequenzen her gesehen, ist die Forderung nach »Vertragsfreiheit« zwischen Kassen und Leistungsanbietern die weitgehendste.¹²⁸ Die Implementation würde nämlich im Bereich der ambulanten Versorgung die Auflösung der KVen oder zumindest die Aufhebung ihres Sicherstellungsauftrags erforderlich machen, während im stationären Sektor Planungshoheit und Zustimmungsvorbehalt der Länder zu den Pflegesatzvereinbarungen aufgehoben werden müßten.

Obwohl diese und ähnliche Vorschläge die Diskussion um ordnungspolitische Alternativen stark geprägt haben, steht die offenkundige Präsenz der Gesundheitsökonomie in Beratungsgremien, auf Tagungen und in der einschlägigen Literatur in einem eigentümlichen Gegensatz zu ihrem weitaus geringeren praktischen Einfluß auf die Gesundheitspolitik. Ein wesentlicher Grund für die Diskrepanz ist darin zu sehen, daß es der bundesdeutschen Gesundheitsökonomie nicht gelungen ist, einen »hegemonialen Diskurs« über die Vorzüge von Markt und Wettbewerb im Gesundheitssektor zu etablieren. Die Suche nach ordnungspolitischen Alternativen wurde zunächst dadurch erschwert, daß es dem bundesdeutschen Gesundheitswesen an einer politisch aktivierbaren »Sollbruchstelle« er mangelt, die als Einfallstor für eine Marktreform dienen könnte, wie zum Beispiel das HMO-Modell in den USA oder die wertgeladene public/private-Dichotomie in Großbritannien. So sehr sich Gesundheitsökonomien bemühten, »logische« und praktikable Ansatzpunkte für mehr Markt und Wettbewerb im GKV-System zu finden, und so originell diese Ansätze auch sein mochten - letztlich handelte es sich immer um Modelle, die ten-

126 Vgl. Reiners, Ordnungspolitik, a.a.O., S. 124 ff.

127 Diese Forderung wird vor allem vertreten von Dieter Cassel, Wettbewerb in der Krankenversicherung, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 12 (1984).

128 Der vehementeste Fürsprecher der Vertragsfreiheit ist Peter Oberender, Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage: Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen, in: Friedrich Geigant und ders. (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen: Bleicher 1985.

denziell Strukturprinzipien der »klassischen« Sozialversicherung verletzen mußten, um zu funktionieren.

Mitunter waren in der CDU die Strukturprinzipien bereits soweit internalisiert, daß schon die Anwendung des »frivolen Begriffsapparates«¹²⁹ der Gesundheitsökonomie, der eigentlich in aller Munde ist, auf Ablehnung stößt. So heißt es zum Beispiel in einem Papier des Bundesausschusses Gesundheitspolitik der CDU: »Unser Gesundheitswesen gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Wir wenden uns mit Nachdruck dagegen, diese Leistungen durch einseitige und ideologische Kritik herabzusetzen. Die in Praxen und Krankenhäusern tätigen Ärzte, die Krankenschwestern, die vielen anderen Berufe des Gesundheitswesens (. . .) sind nicht 'Anbieter im Gesundheitswesen', sondern Angehörige verantwortungsvoller Berufe, die ihre Pflicht erfüllen.«¹³⁰ Wenn also teilweise schon die gesundheitsökonomische Begrifflichkeit als »ideologische Kritik« (!) betrachtet wird, dann dürfte die marktanaloge Behandlung der Akteure in gesundheitspolitischen Reformszenarien nahezu in den Bereich des Undenkbaren rücken. Wohlgemerkt ist dies nicht die Mehrheitsposition der Unionsparteien, und auch die Vermutung, daß gesundheitsökonomische Veröffentlichungen möglicherweise bei CDU/CSU-Parlamentariern gar nicht wahrgenommen werden, ist nicht zutreffend.¹³¹

Neben diesen systembedingten Faktoren gab es auch von den Gesundheitsökonomien selbst verursachte Hemmschwellen gegen eine Übernahme marktorientierter Reformoptionen. Vielfach besaßen die gesundheitsökonomischen Modelle einen zu geringen »realpolitischen« Gehalt. Sie orientier(t)en sich an idealtypischen Marktmodellen oder waren von US-amerikanischen Vorbildern inspiriert, was beides nur schwer mit den vorherrschenden sozialpolitischen Leitbildern und strukturellen Gegebenheiten zur Deckung gebracht werden konnte. Des weiteren widmete die Gesundheitsökonomie der gesamten Implementationsproblematik kaum Aufmerksamkeit. Insbesondere die entscheidende Frage nach der politischen Durchsetzbarkeit wurde vernachlässigt.

129 Wilhelm Heitzer, Marktsteuerung im Gesundheitswesen, in: Lebendige Krankenversicherung 9, 12. Presseseminar des BdO vom 4. bis 5. Juni 1984 in Maria Laach, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen 1984, S. 8.

130 Beitrag des Bundesausschusses Gesundheitspolitik zum Wahlkampfprogramm der CDU, Bonn 1986, S. 4 (hekt. Ms.).

131 Interviews mit CDU/CSU-Parlamentariern und Mitarbeitern haben ergeben, daß aus der Gesundheitsökonomie stammende Reformvorschläge nahezu vollständig wahrgenommen werden, allerdings begleitet von einer gewissen Skepsis gegenüber deren Realisierbarkeit.

Schließlich muß sich die marktorientierte Variante noch immer an einem früheren Entwicklungsstadium der Gesundheitsökonomie messen lassen, als die Disziplin noch eine »systemkonforme« Ausrichtung besaß. Die bis Ende der siebziger Jahre dominierende und stark durch die Arbeiten des Kölner Ökonomen Philipp Herder-Dorneich geprägte »Gesundheitsökonomik« war noch explizit als »Nicht-Markt-Ökonomik«¹³² konzipiert, deren bevorzugtes Verteilungsinstrument die »Steuerung auf mittlerer Ebene«¹³³ darstellte, also Verhandlungen zwischen Verbänden. Diese ältere Theorietradition, die vor allem unter Praktikern großen Einfluß besitzt, nahm das bestehende Modell der Gesundheitsversorgung »gegen die lautstarken Empfehlungen (...) der marktzentrierten Gesundheitsökonomie« in Schutz und war bemüht, »Pflöcke gegen die Flut manchesterlichen Eiferertums« einzuschlagen.¹³⁴ Diese Faktoren haben trotz der rhetorischen Allgegenwart gesundheitsökonomischer Denkmodelle einen politisch relevanten Praxistransfer behindert.

132 Vgl. zum Beispiel Philipp Herder-Dorneich, Arzneimittelökonomik - Ein Nicht-Markt-System und seine Steuerung, in: Medizin Mensch Gesellschaft, 1 (1977).

133 Siehe hierzu grundlegend: Philipp Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart: Kohlhammer 1966.

134 Theo Thiemeyer, Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände, in: Sozialer Fortschritt, 35 (1986), S. 99.

6. Gesundheitspolitik in der Ära Thatcher

6.1 Programmatische Vorgaben

Die Ausführungen in Kapitel 5 hatten gezeigt, daß die Bedingungen für die Formulierung von ordnungspolitischen Alternativen zum NHS eher ungünstig waren. Das Fehlen eines radikalen gesundheitspolitischen Reformprogramms darf andererseits aber auch nicht mit der ungeteilten Zustimmung der Konservativen zu den Prinzipien des NHS verwechselt werden. Denn es war unverkennbar, daß in einflußreichen Teilen der Partei eine unterschwellige Abneigung gegen den NHS entstanden war, die sich auf die verschärfte Konfrontation mit der Labour-Partei sowie auf wahlkampfaktische Überlegungen zurückführen ließ. Solange der keynesianische Konsens vorherrschte, bereitete es den Konservativen wenig Probleme, den NHS zu akzeptieren. Gemäß dem viel zitierten Diktum Margaret Thatchers, ihr Ziel sei es, den Sozialismus in Großbritannien zu zerstören, geriet die Konservative Partei seit Mitte der siebziger Jahre jedoch in zunehmende Konfrontation zu all jenen Institutionen, die mit der Labour-Partei in Verbindung gebracht wurden. An hervorgehobener Stelle zählte dazu auch der NHS, der - historisch nicht ganz korrekt - als »the jewel in Labour's crown« der Leistungsbilanz des politischen Gegners zugeschlagen wird.

Während der NHS für die traditionellen »One Nation Torys« noch eine wünschenswerte Einrichtung darstellte, die ihrem paternalistischen Verständnis von Sozialpolitik entsprach, so besaß der Gesundheitsdienst für die aus der unteren Mittelschicht stammenden Parteieliten um Margaret Thatcher einen sehr viel geringeren politischen und praktischen Stellenwert. Ihr Interesse galt mehr den Möglichkeiten des »exit« in den privaten Gesundheitssektor. Ähnlich wie in der hierzulande häufig gemachten Beobachtung, der Aufstieg eines Arbeiters zum Angestellten sei nicht nur in der veränderten Berufskleidung - Jackett und Krawatte anstelle des »Blaumanns« - erkennbar, sondern auch mit dem Wechsel von der Orts- in die Ersatzkrankenkasse verbunden, besitzt die private Zusatzversicherung in Großbritannien den Ruf einer besonderen Vergünstigung (»perk«) für höhere Angestellte.¹ Da die Mittelschicht die von den Kon-

¹ Vgl. Ben Griffith, Steve Iliffe und Geof Raynor, *Banking on Sickness: Commercial Medicine in Britain and the USA*, London: Lawrence and Wishart 1987, S. 64.

servativen am meisten umworbene Wählergruppe darstellte², war die Partei vor allem an der Förderung des privaten Gesundheitssektors interessiert.

Demgegenüber standen einschneidende Reformen, wie die Privatisierung des NHS, nicht zur Disposition. Aus gesetzestechnischen Gründen hätte diese Maßnahme zur Voraussetzung, daß der NHS zuvor in ein öffentliches Unternehmen umgewandelt wird, da nur dieser Rechtsstatus eine Privatisierung erlaubt. Zwar ist dieser Vorschlag seit den sechziger Jahren wiederholt aufgetaucht³, aber seine Realisierungschancen blieben stets gering, da - abgesehen von der Popularität des NHS, die einen derartigen Schritt zu einem politisch unkalkulierbaren Risiko machen würde - in der Konservativen Partei dafür keine Mehrheit vorhanden war.

Zum Zeitpunkt der Regierungsübernahme gehörte der NHS nicht in den Kernbereich politischer Prioritäten. Aus dem konservativen Parteiprogramm von 1979, das nur einen knappen Abschnitt über den NHS enthielt⁴, ließ sich die vielfach geäußerte Erwartung eines radikalen Kurswechsels⁵ nur auf sehr spekulativer Basis begründen. So wurde ausdrücklich herausgestrichen, daß keine Ausgabenkürzungen geplant seien. Der Schwerpunkt lag auf der Betonung einer größeren Effizienz im NHS, der Verwaltungsvereinfachung und Dezentralisierung. Von einem begrenzten strategischen Umschwung zeugte die Ankündigung, die »Vendetta« der Labour-Regierung gegen den privaten Gesundheitssektor zu beenden. Diese Maßnahme hatte zwar große ideologische, aber nur sehr begrenzte praktische Bedeutung (vgl. Kapitel 6.2.2). Soweit ein Strategiewechsel aus dem Parteiprogramm abgeleitet werden konnte, bezog sich das auf mögliche Änderungen im Finanzierungsverfahren des NHS. Diese potentiell weitreichendste Maßnahme wurde allerdings an den Erfahrungsbericht der Royal Commission geknüpft, die 1977 von der Labour-Regierung ein-

2 Vgl. Joel Krieger, *Reagan, Thatcher, and the Politics of Decline*, Cambridge: Polity Press 1986, S. 73 ff.; 84 ff.

3 So zum Beispiel John Wiseman, *A Health Corporation?* in: *British Medical Journal*, (1967), S. 102 f.

4 *Conservative Party, The Conservative Manifesto 1979*, London: Conservative Central Office 1979.

5 Siehe zum Beispiel Brian Abel-Smith, *The Welfare State: Breaking the Post-War Consensus*, in: *Political Quarterly* 51 (1980); Steve Iliffe, *Dismantling the Health Service*, in: Stuart Hall und Martin Jaques (Hrsg.), *The Politics of Thatcherism*, London: Lawrence & Wishart 1983; Geoffrey Weller und Manga Pranlal, *The Push for Reprivatization of Health Services in Canada, Britain, and the United States*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8 (1983).

gesetzt worden war. Insgesamt vermochten die programmatischen Aussagen am Beginn der Ära Thatcher kaum den Eindruck eines einschneidenden Kurswechsels oder auch nur einer kohärenten Strategie in der Gesundheitspolitik zu vermitteln. Sie standen sogar in einem gewissen Gegensatz zur ansonsten stark ideologisierten Rhetorik der Konservativen. Da aber auch von keiner Regierung erwartet werden darf, daß sie in einem Politikbereich mit offenkundig ausgeprägter Widerstandsfähigkeit gegen eine Wende mit gleicher Radikalität zu Werke geht, wie in erfolgversprechenderen Sektoren, ist die Erwartung eines abgestuften Vorgehens realistisch.⁶

6.2 Symbolische Politik und die Stärkung des privaten Sektors 1979 - 1982

6.2.1 Finanzierung

Wenn im Kontext des NHS von Finanzierung die Rede ist, dann bezieht sich dies in der Regel auf drei unterschiedliche Aspekte: (1) die parlamentarische Festsetzung des jährlichen NHS-Budgets, also die staatlichen Gesundheitsausgaben, (2) die Erhebung von Gebühren bzw. die Selbstbeteiligung für medizinische Leistungen und (3) das Verfahren der Steuerfinanzierung.

- (1) Die hier interessierende Frage, inwiefern die Gesundheitsausgaben der Regierung Thatcher ordnungspolitische Auswirkungen besaßen, läßt sich nicht eindeutig beantworten, da die Höhe der Zuwachsraten, die erforderlich sind, um das bestehende Versorgungsniveau des NHS aufrechtzuerhalten, eine umstrittene Größe darstellen. Bis Anfang der achtziger Jahre galt die Faustregel, daß eine jährliche Ausgabensteigerung von real mindestens 1,2 Prozent notwendig sei.⁷ Der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung und der rasche technologische Fortschritt der Medizin haben jedoch Kritik an derart niedrigen Ausgabenzuwächsen aufkommen lassen. In einer gemeinsam von der British Medical Association (BMA), dem Royal College of Nursing

6 Vgl. Norman Flynn, The 'New Right' and Social Policy, in: Policy and Politics, 17 (1989).

7 Vgl. Rudolf Klein, Health Policy, 1979 to 1983: the Retreat from Ideology? in: Peter Jackson (Hrsg.), Implementing Government Policy Initiatives: The Thatcher Administration 1979-83, London: RIPA 1985, S. 195.

(RCN) und dem Institute of Health Services Management (IHSM) in Auftrag gegebenen Untersuchung werden zum Beispiel Ausgabenzuwächse von mehr als zwei Prozent für erforderlich gehalten, um die Folgekosten demographischer Verschiebungen und technologischer Innovationen bei gleichbleibender Versorgungsqualität aufzufangen.⁸ Betrachtet man das NHS-Budget seit 1979 (vgl. Tabelle 6.1), dann zeigt sich, daß die Ausgaben seit der konservativen Regierungsübernahme im Durchschnitt von einem realen, aber geringfügigen Anstieg gekennzeichnet waren. Je nach politischem Standpunkt ist umstritten, ob die knappen Ausgabenzuwächse eine Bedarfsdeckung gesichert haben oder bereits einen Leistungsabbau darstellten. Wie noch zu zeigen sein wird, besaß die Ausgabenpolitik im Gesundheitssektor weniger ökonomische als vielmehr politische Auswirkungen.

Tabelle 6.1 Ausgaben für den National Health Service 1979 - 1989

	Gesamtausgaben in Mrd. Pfund	Nominaler Ausgabenzuwachs in %	Realer Ausgabenzuwachs in %
1979-80	7.712	19.5	-0.1
1980-81	9.971	28.6	1.2
1981-82	11.183	12.1	2.9
1982-83	12.197	9.1	1.5
1983-84	12.921	5.9	1.2
1984-85	13.871	7.4	2.8
1985-86	14.678	5.8	-0.1
1986-87	15.789	7.6	4.2
1987-88	17.367	10.0	4.8
1988-89	18.985	9.3	4.6

Quelle: Social Services Committee, Session 1985-86 und 1987-88, Public Expenditures in the Social Services, London: HMSO 1986 und 1988.

Im Vergleich zu anderen Positionen des Sozialbudgets, wie dem sozialen Wohnungsbau, dessen Anteil am Staatshaushalt von 7 Prozent 1978/79 auf 4 Prozent 1982/83 abgesenkt wurde⁹, ist der NHS aller-

8 Vgl. Michael O'Higgins, *Health Spending - A Way to Sustainable Growth*, London: Institute of Health Services Management 1987.

9 Vgl. Alan Murrie, *What the Country Can Afford? Housing Under the Conservatives 1979-83*, in: Peter Jackson (Hrsg.), *Implementing Government Policy Initiatives: The Thatcher Administration 1979-83*, London: RIPA 1985, S. 176.

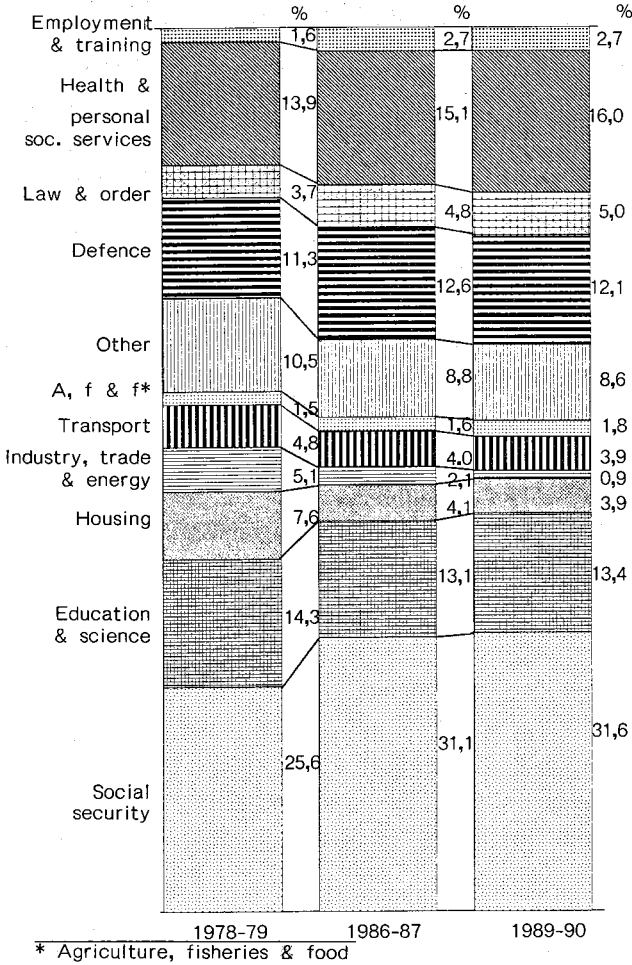
dings zu den bevorzugten Ausgabenbereichen zu rechnen. Bei einer Betrachtung der gesamten Sozialausgaben¹⁰ läßt sich eine klare sozialpolitische Prioritätensetzung erkennen. Eine deutliche Demontage fand beim sozialen Wohnungsbau statt. Die Bildungsausgaben stagnierten zwar, allerdings bei gleichbleibender Nachfrage. Vordergründig unbeschadet hat die Ausgabenpolitik der Regierung Thatcher nur die Sozialversicherung überstanden, also in der Hauptsache die Renten (vgl. Tabelle 6.2). Bei den Sozialversicherungsausgaben ist jedoch eine interne Umschichtung zu berücksichtigen, da - die ebenfalls unter den Posten Sozialversicherung subsumierte - Arbeitslosenunterstützung und die Familienbeihilfen gekürzt wurden. Der Ausgabenzuwachs in diesem Bereich resultierte vor allem aus der steigenden Zahl der Rentner.

Trotz der leichten Ausgabenzuwächse ist der Schluß gerechtfertigt, daß die Konservativen die Finanzbewilligungen für den NHS stets im untersten, politisch gerade noch akzeptablen Bereich gehalten haben. Der Eindruck strikter Austerität bestätigt sich bei der Analyse haushaltspolitischer Verfahrenstechniken. Ein von den Konservativen angewandtes Sparinstrument sind die sogenannten »efficiency savings«, die bereits unter der Labour-Regierung eingeführt wurden. Bei diesem Verfahren verlangt das Department of Health and Social Services (DHSS) von den Health Authorities, Rationalisierungsgewinne bei gleichbleibendem Leistungsniveau zu erwirtschaften. Die Finanzzuweisungen fallen dann um die Höhe der »erwarteten« Einsparungen geringer aus. 1981/82 waren dies 0,2 Prozent, 1982/83 0,3 Prozent und 1983/84 schließlich 0,5 Prozent. Hierzu stellte der Sozialausschuß des Unterhauses fest: »There is some suspicion that 'efficiency savings' are becoming a regular euphemism for 'expenditure cuts'«. ¹¹ Diese Bedenken trugen mit dazu bei, daß die efficiency savings im Haushaltsjahr 1984/85 durch das weniger strikte Verfahren der »cost improvements« abgelöst wurden.

Zum haushaltspolitisch wichtigsten Steuerungsinstrument für die Gesundheitsausgaben entwickelten sich die sogenannten »cash limits«¹²,

-
- 10 Vgl. Ray Robinson, *Restructuring the Welfare State: An Analysis of Public Expenditure, 1979/80 - 1984/85*, in: *Journal of Social Policy*, 15 (1986).
 - 11 Zitiert nach Christopher Ham, *Health Policy in Britain*, Houndmills: Macmillan 1985 (2. Auflage), S. 48.
 - 12 Vgl. Tom Jones und Malcolm Prowle, *Health Service Finance. An Introduction*, London: Certificated Accounts Education Trust 1982, S. 64 ff.

Tabelle 6.2 Entwicklung der öffentlichen Ausgaben 1978/79 - 1989/90



Quelle: The Government's Expenditure Plans 1987 - 88 to 1989 - 90, Vol. I, Cm 56-I, London: HMSO 1987, S. 21.

die ebenfalls schon 1976 eingeführt worden waren und auf rund 60 Prozent aller öffentlichen Ausgaben Anwendung finden.¹³ Grundlage dieses Verfahrens sind die jährlichen Ausgabenschätzungen durch die Treasury, in die auch die voraussichtliche Inflationsrate eingerechnet wird. Für die von den cash limits betroffenen Haushaltsposten - dies gilt im NHS für die Regional Health Authorities (RHAs), nicht aber für die Family Practitioner Committees (FPCs) - gelten die vom Parlament beschlossenen Finanzmittel als verbindliche Budgetdeckung, die auch bei einer höheren Inflationsrate als vorausgeschätzt nicht überschritten werden kann. Cash limits setzen jedoch keine verbindlichen Ausgabengrenzen fest, sondern lediglich Grenzen für die von der Treasury abrufbaren Gelder. Da den Health Authorities gestattet ist, bis zu einem Prozent ihres Budgets als Gewinnoder auch als Verlustvortrag in das folgende Rechnungsjahr zu übernehmen und auch zweckgebundene Finanzmittel zur Defizitdeckung umgewidmet werden dürfen¹⁴, ist noch eine gewisse Flexibilität vorhanden.

Die gesundheitspolitische Bedeutung der cash limits lag vor allem in der Möglichkeit versteckter Budgetkürzungen, da die Inflationsvorausschätzungen der Treasury nicht selten allzu optimistisch ausfielen.¹⁵ Zwar wurden so entstehende Diskrepanzen bisher in den Finanzzuweisungen des folgenden Jahres ausgeglichen, andererseits gibt es keinen Anspruch auf automatische Verlustdeckung, und im laufenden Jahr müssen die Defizite durch Kürzungen kompensiert werden. Ein nicht unwichtiger Aspekt der cash limits bestand in ihrer Instrumentalisierung als Waffe gegen Gewerkschaften und widerspenstige Kommunalparlamente, da sie die zentrale Kontrolle der kommunalen Finanzausgaben verbessern und als tarifpolitisches Signal für den öffentlichen Dienst gelten. Zusammenfassend stellt die Ausgabenpolitik der Konservativen also keine radikale Kehrtwendung dar, sondern »a hardening of the inherited soft-core monetarism of the Callaghan/Healey years.«¹⁶

13 Zur Verteilung siehe Howard Glennerster, *Paying for Welfare*, London: Basil Blackwell 1985, S. 36.

14 Vgl. David Allen, *Annual Reviews or No Annual Reviews: The Balance of Power between the DHSS and Health Authorities*, in: *British Medical Journal*, 285 (1982), S. 665.

15 Vgl. Jones und Prowle, *Health Service Finance*, a.a.O., S. 65.

16 Krieger, *Politics of Decline*, a.a.O., S. 94.

(2) Im Bereich der Selbstbeteiligung wurde hingegen ein spürbarer Umschwung von der Regierung Thatcher erwartet. Denn die Erhöhung bzw. Senkung der »user charges« besitzt für Labour wie für Konservative erhebliches ideologisches Gewicht und kann als gesundheitspolitisches Äquivalent zur Ver- bzw. Entstaatlichung der Stahlbranche in der Industriepolitik betrachtet werden. Die Konservativen haben daher die Selbstbeteiligung im NHS erheblich ausgeweitet. Seit 1979 sind zum Beispiel die Arzneimittelgebühren jedes Jahr angehoben worden, so daß der Selbstkostenanteil in diesem Ausgabenbereich von 3,2 Prozent im Rechnungsjahr 1978/79 auf 7,7 Prozent 1983/84 anstieg. Im selben Zeitraum wurde die Selbstbeteiligung für zahnmedizinische Leistungen sogar von 19,7 Prozent auf 27,7 Prozent angehoben.¹⁷ Obgleich damit eine Abkehr von der Politik der Labour-Regierung verbunden war, die eine Senkung der Selbstbeteiligung anstrebte, ist die aggregierte Wirkung gering geblieben. Ein Blick auf den Anteil der Gebühren an den Gesamtausgaben des NHS zeigt, daß dieser Anteil zwischen 1979 und 1988 lediglich von 2,1 Prozent auf 2,8 Prozent angewachsen ist.

Tabelle 6.3 *Finanzierungsquellen des NHS 1979 - 1988 (in Prozent)*

Jahr	Steuern	NHS-Beiträge	Selbstbeteiligung	sonst.
1978-79	88.0	9.6	2.1	0.3
1979-80	88.0	9.5	2.2	0.3
1980-81	89.1	8.2	2.4	0.3
1981-82	87.8	9.4	2.5	0.3
1982-83	85.7	11.3	2.7	0.3
1983-84	85.8	11.0	2.8	0.4
1984-85	85.6	11.1	2.8	0.5
1985-86	85.6	11.0	2.7	0.7
1986-87 (gesch.)	84.6	11.6	2.9	0.9
1987-88 (gesch.)	83.1	13.2	2.8	0.9

Quelle: Social Services Committee, Session 1987-88, Public Expenditures on the Social Services, London: HMSO 1988, S. 77.

17 Vgl. Stephen Birch, Increasing Patient Charges in the National Health Service: A Method of Privatizing Primary Care, in: *Journal of Social Policy*, 15 (1986), S. 177; Bernie O'Brien, The Effect of Patient Charges on the Utilization of Prescription Medicines, in: *Journal of Health Economics*, 8 (1989).

Die Selbstbeteiligung ist demzufolge von der Regierung nicht als strategischer Hebel für ordnungspolitische Zwecke eingesetzt worden. Eine wichtige Ursache für die moderate Belastung mit Gebühren ist darin zu suchen, daß sozial Schwache traditionell von der Selbstbeteiligung ausgenommen werden. Diese Regelung entsprach der bereits 1944 formulierten Grundphilosophie des NHS, die auch von den Konservativen - zumindest offiziell - nie in Frage gestellt wurde, nämlich der vom individuellen Einkommen unabhängige, gleiche und ungehinderte Zugang der gesamten Bevölkerung zur medizinischen Versorgung. Die Einlösung dieses Anspruchs macht die Befreiung einkommensschwacher Bevölkerungsschichten von der Selbstbeteiligung notwendig. So wurde 1979 bei rund 64 Prozent der insgesamt 375 Millionen Arzneiverordnungen eine Gebührenbefreiung gewährt. Bis 1985 hatte sich dieser Anteil sogar auf 73 Prozent (= 232,6 Millionen von 318,7 Millionen) erhöht.¹⁸ Da zur Feststellung des Anspruchs auf Gebührenbefreiung das administrativ einigermaßen aufwendige Verfahren der individuellen Bedürftigkeitsprüfung eingesetzt werden muß, wurde auch unter den Konservativen eine Güterabwägung zwischen den anfallenden Verwaltungskosten einerseits und den zusätzlichen Einnahmen andererseits vorgenommen, zumal die Steuerungswirkung von Gebühren auf unnötiges Inanspruchnahmeverhalten in Großbritannien selbst unter Gesundheitsökonomien als zweifelhaft gilt.¹⁹ Damit sind der Erhöhung der Selbstbeteiligung als Instrument der Kostenverschiebung relativ enge Grenzen gesetzt.²⁰ Da viele Konservative in der Selbstbeteiligung aber eine Prinzipienfrage erblickten, ist dieses Instrument stets in der Diskussion geblieben.

- (3) Eine weitaus brisantere Frage wurde von der Regierung Thatcher mit dem Reizthema der Steuerfinanzierung des NHS aufgegriffen, die zu den tragenden Prinzipien des Gesundheitsdienstes gehört. Daß dieses Thema im Wahlprogramm von 1979 Erwähnung fand, löste seinerzeit Spekulationen über mögliche Reformpläne der Regierung aus, obgleich die Äußerungen im Conservative Manifesto äußerst vage blieben: »The Royal Commission on the Health service is studying the financing of health care, and any examination of possible longer term

18 Vgl. O'Brien, *The Effect*, a.a.O., S. 113.

19 Vgl. Birch, *Increasing Patient Charges*, a.a.O., S. 173.

20 Vgl. Rudolf Klein, *Why Britain's Conservatives Support a Socialist Health Care System*, in: *Health Affairs*, 3 (1985), S. 46.

changes - for examples greater reliance on the insurance principle - must await their report«. ²¹ Diese Zurückhaltung wurde nicht von allen Konservativen geteilt. Die Äußerungen von Patrick Jenkin während der Oppositionszeit wurden bereits erwähnt ²², und Geoffrey Howe, damals noch Schatzkanzler, hatte im Frühjahr 1981 eine unter vielen »drys« verbreitete Auffassung, die aber selten ausgesprochen wird, folgendermaßen umrissen: »There is nothing particularly sacrosanct about the current arrangement whereby the NHS is financed largely through general taxation«. ²³ Dem liegt die Vorstellung zugrunde, daß das Verfahren der Steuerfinanzierung als Reaktion auf die Notsituation der unmittelbaren Nachkriegsjahre zu verstehen sei, aber nunmehr eine unzeitgemäße Abweichung vom in Europa dominierenden Versicherungsprinzip darstelle. Auch wenn dies keine Mehrheitsmeinung in der Konservativen Partei bildete, muß diesen Aussagen Gewicht beigemessen werden, da sie von Mitgliedern der Parteiführung ausgingen.

Der im Dezember 1979 veröffentlichte Bericht der Royal Commission enthielt eine klare Absage an Reformen der Steuerfinanzierung. Dennoch setzte Patrick Jenkin im Sommer 1980 eine regierungsinterne Arbeitsgruppe ein, deren Aufgabe in der Untersuchung von alternativen Finanzierungsoptionen bestand. Im November 1981 beendete die Arbeitsgruppe ihren Bericht mit der Empfehlung, genauere Untersuchungen zur Übertragbarkeit des Versicherungsprinzips durchzuführen, wie es in Frankreich, den Niederlanden oder der Bundesrepublik praktiziert wird. Der Inhalt des vertraulichen Papiers wurde noch im Dezember 1981 durch eine undichte Stelle im Central Policy Review Staff an die Presse lanciert, mit der Folge, daß der liberale Guardian eine Titelstory veröffentlichte, die der Regierung einschneidende Reformpläne für den NHS unterstellte. Wie kaum anders zu erwarten, löste diese Nachricht in der Öffentlichkeit und auch innerhalb der Konservativen Partei massive Proteste aus, so daß die Regierung entsprechende Vorhaben dementierte und der für den NHS zuständige

21 Conservative Manifesto 1979, a.a.O., S. 26.

22 Vgl. National Health Service: The Knives are Out, in: New Statesman vom 15.10.1982, S. 8.

23 Geoffrey Howe, Health and the Economy: A British View, in: Health Affairs, 1 (1981), S. 37.

Staatssekretär Gerard Vaughan aus der Regierung entlassen wurde.²⁴ Um der Absage an Reformpläne Nachdruck zu verleihen, wurde von Margaret Thatcher persönlich der auch später im Wahlkampf bedeutende Ausspruch verbreitet, »the NHS is safe with us«.²⁵

Dieser Slogan, der bis heute bei nahezu jedem Dementi Verwendung findet, mit dem die Konservativen den - auch aus den eigenen Reihen - immer wieder angeheizten Gerüchten entgegentreten, die Regierung habe radikale gesundheitspolitische Reformpläne, galt lange als eindeutiges Bekenntnis zu den bestehenden Strukturen des NHS, allerdings besteht Anlaß zu der begründeten Vermutung, daß es sich dabei mehr um ein Lippenbekenntnis als um eine programmatische Aussage gehandelt hat. Bereits auf dem Parteitag der Konservativen im Oktober 1982 gab es hierzu kritische Stimmen, und nach der Wiederwahl der Regierung bezeichnete die Bow Group es gar als Fehler, daß Margaret Thatcher durch ihr Bekenntnis zum Prinzip der Steuerfinanzierung anderen politischen Optionen den Weg verbaut habe.²⁶ Das öffentliche Bekenntnis zum NHS einerseits und wiederholte (rhetorische) Angriffe auf den NHS andererseits belegen, daß die Partei bezüglich des NHS über keine einheitliche Meinung und dementsprechend auch über kein kohärentes Strategiekonzept verfügt.

Allem Anschein nach war die erste Phase der konservativen Gesundheitspolitik von einer Art »Suchstrategie« bestimmt, die der Aufdeckung möglicher strategischer Ansatzpunkte für ordnungspolitische Reformen diene. Die daraus resultierenden Lernprozesse beinhalteten ganz sicher die Erkenntnis, daß das Finanzierungssystem des NHS einen denkbar schlechten Ansatzpunkt für einen Strategiewechsel bildete. In einer verbreiteten Deutung für die politische Kontinuität in diesem Bereich wird auf die ungebrochene Popularität des NHS in der britischen Öffentlichkeit verwiesen. Eine unmittelbare Plausibilität ist diesem Argument zwar nicht abzuspüren, andererseits hat die Regierung anlässlich verschiedener Auseinandersetzungen, die ebenfalls die gesamte Bevölkerung betrafen, eine Konfliktfähigkeit an den

24 Vgl. Rudolf Klein, *The Politics of Ideology vs. the Reality of Politics: The Case of Britain's National Health Service in the 1980s*, in: *Milbank Memorial Quarterly/Health & Society*, 62 (1984), S. 91.

25 Vgl. *The Knives are Out*, in: *New Statesman* vom 15.10.1982, S. 8-10.

26 Vgl. Robert Elmore, *The Thatcher Government and the National Health Service*, in: David S. Bell (Hrsg.), *The Conservative Government 1979 - 1984. An Interim Report*, London: Croom Helm 1985, S. 86.

Tag gelegt, die die These von der öffentlichen Meinung als allein handlungsleitendem Faktor in der Gesundheitspolitik zumindest als unvollständig erscheinen läßt.

Daneben gilt es zu bedenken, daß die Steuerfinanzierung in Verbindung mit den cash limits eine fast vollständige Kontrolle der NHS-Ausgaben ermöglicht, so daß der NHS nicht automatisch als Hindernis für die Haushaltssanierung erscheint. Zudem bot der NHS, gerade was die Kostenseite anbelangt, kaum eine politisch umsetzbare Angriffsfläche wie die Kostenentwicklung in den USA und der Bundesrepublik. Auch wahlkampfstrategisch hätte ein radikaleres Vorgehen wenig Sinn gemacht. Eine Ausgabenkürzung hätte keinen vergleichbaren Effekt gezeitigt wie zum Beispiel in der Wohnungspolitik. In diesem Politikfeld versprach die gleichzeitige Kürzung der Ausgaben für den sozialen Wohnungsbau und die preisgünstige Privatisierung von kommunalem Immobilienbesitz, im Sinne einer konservativen Wählermobilisierung zu wirken. Die negativ betroffenen sozialen Unterschichten würden ohnehin weiter Labour wählen, während die von den Immobilienverkäufen profitierende Mittelschicht sich möglicherweise von der konservativen Vision einer Nation der Grundbesitzer angesprochen fühlen würde,²⁷ was die hohe politische Priorität des Wohnungsbaus im konservativen Wahlprogramm erklärt. Eine Kürzung der NHS-Ausgaben wäre demgegenüber auch zu Lasten konservativ wählender Mittelschichten ausgefallen, so daß - strategisch folgerichtig - bei Sozialprogrammen mit einem hohen Anteil an Nutznießern aus der Mittelschicht die geringsten Einschnitte stattfanden.²⁸ Schließlich spielte der Umstand eine Rolle, daß sich innerhalb des Policy-Netzwerkes kein relevanter Akteur sonderliche Vorteile von einer rabiatischen Austeritätspolitik oder einer Umwälzung des Finanzierungssystems versprechen konnte. Die »Sozialisierung« der Gesundheitskosten durch die Steuerfinanzierung fungierte hier im Zusammenspiel mit der Kontrollierbarkeit der Ausgaben als institutionelles Schutzschild gegen die Mobilisierung von Akteuren, wie etwa den Arbeitgebern, für die eine Stabilisierung des Status quo weitaus vorteilhafter ist als eine möglicherweise kostenträchtige Versicherungslösung.

27 Näheres bei Krieger, *Politics of Decline*, a.a.O., S. 73 ff.

28 Vgl. Julian Le Grand, *Is Welfare Safe in Thatcher's Hands?* in: *New Society* vom 31.7.1987.

6.2.2 Die Stärkung des privaten Gesundheitssektors

Das zweite naheliegende »Testgebiet« für ordnungspolitische Alternativstrategien bot der private Gesundheitssektor, der ebenso zu einem außerordentlich sensiblen Bereich der britischen Gesundheitspolitik zu rechnen ist. Während von der breiten Front der Anhänger des NHS jede Maßnahme zur Förderung des privaten Gesundheitssektors als Versuch gewertet wird, die öffentliche Unterstützung für den NHS zu unterminieren, ist in der Konservativen Partei die Auffassung verbreitet, daß die Existenz eines privaten medizinischen Leistungsangebots eine unverzichtbare Voraussetzung für die Schaffung eines souveränen Konsumenten mit Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen »Angeboten« darstellt. Die Regierung Thatcher hat daher erwartungsgemäß einen gänzlich anderen Kurs eingeschlagen als ihre Vorgänger. Im Unterschied zur restriktiven Politik der Labour-Regierung, bemühte sich die Regierung Thatcher um eine Expansion des privaten Gesundheitssektors.

a) Deregulierung als Wachstumsförderung

Zu den symbolträchtigsten Maßnahmen gehörte dabei der Kurswechsel bei den sogenannten »pay-beds«, an denen sich Mitte der siebziger Jahre die bis dato schwerste Auseinandersetzung zwischen einer Regierung und der medizinischen Profession seit 1948 entzündet hatte.²⁹ Das Recht, Privatpatienten in staatlichen Krankenhäusern zu behandeln, war bekanntlich eine Konzession Bevans an die consultants, um deren Zustimmung zur Einführung des NHS zu erlangen. Für die Labour-Partei blieben die Privatbetten allerdings immer ein parasitärer Fremdkörper im NHS, der die Privilegierung der besser Verdienenden im - ansonsten einer egalitären Philosophie verpflichteten - NHS symbolisierte. Obwohl dieses Thema stets als gesundheitspolitischer »litmus test of ideology«³⁰ fungierte, nahm die Labour Party die Forderung nach Abschaffung der pay-beds erst 1974 in ihr Wahlprogramm auf. Auslöser hierfür waren die Ergebnisse eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses, der 1971 einige Anhaltspunkte dafür gefunden hatte, daß Privatpatienten eine bevorzugte station-

29 Vgl. Rudolf Klein, *The Politics of the National Health Service*, London: Longman 1983 S. 117-124.

30 Vgl. Klein, *The Politics of Ideology*, a.a.O., S. 98.

näre Versorgung zuteil wurde, da die pay-beds das Überspringen der Wartelisten (»queue jumping«) bei weniger dringenden Eingriffen (»non-emergency« oder »cold surgery«) ermöglichten.

1974 entsprach der Anteil der 4 500 pay-beds nur rund einem Prozent der NHS-Betten.³¹ Zwar handelte es sich damit quantitativ um eine marginale Größe, für die beiden Parteien hatten die pay-beds jedoch den Rang einer politischen Prinzipienfrage erlangt. Nach Meinung der Labour-Partei drohte mit den pay-beds die Wiedereinführung der Zwei-Klassen-Medizin im NHS, während der Angriff auf die pay-beds aus der Sicht der Ärzteschaft nicht nur das Konkordat von 1948 in Frage stellte, sondern auch eine lukrative Einkommensquelle tangierte. Nachdem sich der Konflikt zwischen der medizinischen Profession und der damaligen Ministerin, Barbara Castles, dramatisch zugespitzt hatte, wurde auf Intervention des damaligen Premierministers Harold Wilson ein Vermittler eingeschaltet, dem es gelang, ein für beide Seiten akzeptables Ergebnis auszuhandeln. Der Kompromiß sah vor, daß nur rund 1 000 pay-beds sofort abgebaut und die Kompetenzen für eine weitere Bettenreduzierung nicht dem Ministerium, sondern einer unabhängigen Kommission, dem Health Services Board (HSB), übertragen wurden. Das HSB, eine Art Regulierungskommission für den gesamten Privatbetten- und Krankenhaussektor, reduzierte zwischen 1976 und 1980 die Zahl der pay-beds von 3 444 auf 2 533.³²

Dieser Konflikt hatte zu einer symbolträchtigen Politisierung der pay-beds beigetragen, die es der Konservativen Partei erlaubte, eindeutig Stellung zu beziehen. So hieß es im Wahlprogramm von 1979: »We shall . . . allow pay-beds to be provided where there is demand for them.«³³ Dieses Vorhaben wurde im Mai 1980 mit dem Health Services Act (HSA)³⁴, der die Auflösung des HSB verfügte, in die Tat umgesetzt. Mit diesem Schritt hatte die Regierung Thatcher zwar das wichtigste Instrument zur Steuerung des privaten Sektors unter ihre Kontrolle gebracht, dennoch vermochte diese Deregulierung keinen beeindruckenden Wachstumsschub

31 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 118.

32 Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 123.

33 Zitiert nach Geoffrey Raynor, *Lessons from America? Commercialization and Growth of Private Medicine in Britain*, in: *International Journal of Health Services*, 17 (1987), S. 209.

34 Die Implementation erfolgte durch das DHSS Circular HC(80)10. *Private Medical Practice in NHS Hospitals and Control of Private Hospital Development*, 1980.

bei den Privatbetten auszulösen. Bis 1983, dem letzten Jahr, für das Daten verfügbar sind, erhöhte sich die Zahl der pay-beds von 2 533 (1980) lediglich auf 2 987³⁵, was auf gewisse Expansionshemmnisse im privaten Gesundheitssektor hindeutete.

Die Deregulierung des HSB wurde flankiert von einer Liberalisierung der Vertragsgestaltung für die Krankenhausärzte.³⁶ Bis zum Inkrafttreten des neuen Vertrages im Jahr 1980 durften consultants mit einem Vollzeit-Arbeitsvertrag keine Privatpatienten behandeln. Dies war nur Ärzten mit Teilzeitverträgen (»maximum part-time«) gestattet, wobei dann nur 9/11 des Gehalts ausbezahlt wurden. Die neue Regelung gestattete es nun auch ganztags tätigen Ärzten, ohne Gehaltsabzüge Privatpatienten, entweder in pay-beds oder Privatkrankenhäusern, bis zu einer Höhe von 10 Prozent ihres Gehalts zu behandeln. Zusätzlich wurde das Gehalt der Teilzeitbeschäftigten Ärzte auf 10/11 angehoben.³⁷ Die damit verbundenen finanziellen Anreize, einen Teil der Arbeitskraft dem privaten Sektor zu widmen, haben nicht unerheblich zur Stärkung dieses Marktsegments beigetragen³⁸, da hochqualifiziertes medizinisches Personal im privaten Sektor sehr knapp ist.

Der HSA beinhaltete noch eine weitere wichtige Förderung für den privaten Sektor, da die Genehmigungskompetenz für die Errichtung privater Krankenhäuser mit mehr als 75 Betten (in London mehr als 100), die zuvor beim HSB angesiedelt waren, auf das DHSS übergingen. Die genehmigungspflichtige Höchstgrenze wurde zudem auf 100 bzw. 120 Betten angehoben. Diese Versuche, die Wachstumsbedingungen für den privaten Krankenhaussektor zu verbessern, wurden 1980 durch zwei Rundschreiben des Department of Environment begleitet³⁹, mit denen die Vorschriften für die Stadt- und Raumordnungsplanung gelockert und den kommu-

35 William Laing, *Private Medical Care* 1985, London: Office of Health Economics 1985, S. 9.

36 DHSS Circular PM(79)11. *Pay Conditions of Service: Contract of Consultants and other Senior Members of Staff*, 1979.

37 Vgl. Geoffrey Raynor, *Health Care as a Business? The Emergence of a Commercial Hospital Sector in Britain*, in: *Policy and Politics*, 4 (1986), S. 443; Alan Maynard, *The Private Health Sector in Britain*, in: Gordon McLachlan und Alan Maynard (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trusts 1982, S. 148.

38 Ebd.

39 Die staatliche Raumordnungspolitik obliegt in Großbritannien dem Department of Environment. Vgl. Dennis Kavanagh, *British Politics. Continuities and Change*, Oxford: Oxford University Press 1985, S. 276.

nalen Behörden die Genehmigungskompetenz für private Krankenhäuser entzogen wurde. In diese Richtung zielte auch ein circular des DHSS⁴⁰, welches die Health Authorities anwies, beim Verkauf von NHS-eigenen Immobilien, Interessenten aus dem privaten Medizinsektor den Vorzug zu geben.⁴¹

Den vorläufigen Abschluß dieser Politik bildete ein circular des DHSS im August 1981, dessen Zielvorgabe, in der typisch gewundenen Sprache derartiger Rundschreiben formuliert, zwar wenig revolutionär aussah - »when planning in provision of NHS services (including short-term needs) health authorities should take into account the current and planned facilities available in the independent sector«⁴² -, dafür aber eine Regelung enthielt, die einen Bruch mit der Politik aller vorangegangenen Regierungen bedeutete: Den Health Authorities wurde erstmals gestattet, mit kommerziellen Organisationen Verträge abzuschließen. Das circular HC(81)1 markierte den Beginn einer Politik, deren strategisches Ziel darin bestand, die bis dahin relativ klaren Grenzen zwischen dem staatlichen NHS und dem privaten Gesundheitssektor aufzulösen.

b) Auswirkungen auf den privaten Gesundheitssektor

Die Auswirkungen der konservativen Gesundheitspolitik auf das Verhältnis zwischen NHS und privatem Gesundheitssektor lassen sich primär unter dem governance-Aspekt erfassen. Zunächst erwiesen sich verbreitete Spekulationen über die Expansionspotentiale des privaten Sektors als irrig, wie die Mutmaßung Gerard Vaughans, der die Grenzen dieses Marktsegments erst bei einem Leistungsumfang sah, der einem Viertel des NHS entsprechen würde.⁴³ Zwar geht eine Schätzung für das Jahr 1987 davon aus, daß die privaten Gesundheitsausgaben bei rund 9 Prozent der Kosten für den NHS liegen⁴⁴, was immerhin eine Verdoppelung seit Amtsantritt der Regierung Thatcher bedeutete, allerdings sprechen mehrere Indikato-

40 DHSS Circular HC(80)4. NHS Procedures for Carrying Out Land Transactions.

41 Vgl. John Mohan und Kevin Woods, Restructuring Health Care: The Social Geography of Public and Private Health Under the British Conservative Government, in: International Journal of Health Services, 15 (1985), S. 207.

42 DHSS Circular HC(81)1. Contractual Arrangements with Independent Hospitals and Nursing Homes.

43 Vgl. Raynor, Health Care as a Business?, a.a.O., S. 440.

44 Vgl. Laing, Private Medical Care 1985, a.a.O., S. 52.

ren für die Annahme, daß damit bereits das Ende der Expansionsphase erreicht ist. Besonders deutlich wird dies bei der privaten Krankenversicherung, die in den Jahren 1979 - 1981 zunächst einen bemerkenswerten Boom verzeichnen konnte, der zu rapide steigenden Versichertenzahlen führte. Wie Tabelle 6.4 zeigt, stieg der Anteil der privat versicherten Bevölkerung allein in diesen drei Jahren von 5 auf 7,3 Prozent an.

Tabelle 6.4 Mitglieder der privaten Krankenversicherung 1970 - 1986

Jahr	Versicherte (in Tausend)	Versicherte in Prozent der Gesamtbevölkerung
1970	1.982	3.6
1971	2.102	3.8
1972	2.176	3.9
1973	2.265	4.1
1974	2.334	4.2
1975	2.315	4.1
1976	2.251	4.0
1977	2.254	4.0
1978	2.388	4.3
1979	2.765	5.0
1980	3.577	6.4
1981	4.063	7.3
1982	4.182	7.5
1983	4.254	7.6
1984	4.367	7.8
1985	4.506 (5.142)*	8.0(9.1)
1986	4.587 (5.309)	8.1(9.4)

* In Klammern erscheinende Zahlen gelten für alle Versicherungsgesellschaften. Alle anderen Angaben beziehen sich nur auf die drei Marktführer BUPA, PPP und WPA.

Quelle: Marc Glendenning und William Laing, *The Politics of Health Care*, London: ABPI 1987, S. 10.

Dieses Wachstum beruhte auf mehreren Ursachen. Ein stimulierender Faktor war zweifelsohne der Wahlsieg der Konservativen im Mai 1979, der allgemein als Signal für eine Expansion der privaten Krankenversicherung gewertet wurde und sich gleichermaßen auf das Verhalten der Anbieter wie der Nachfrager niederschlug. Des weiteren schuf die bereits erwähnte Liberalisierung der Arbeitsverträge für Krankenhausärzte zusätzliche Angebotskapazitäten. Entscheidend war allerdings nicht primär die Politik der Regierung Thatcher, sondern die bereits seit Mitte der siebziger

ger Jahre andauernde Expansion von betrieblichen Gruppenversicherungen, mit denen die privaten Versicherungsgesellschaften ein neues Marktsegment erschließen wollten. Die »company purchase schemes« entsprechen einerseits dem Bedürfnis der Unternehmen nach zusätzlichen Anreizen für qualifizierte Arbeitskräfte und ermöglichten andererseits den Gewerkschaften vorzeigbare Tarifierfolge, wenngleich die damit verbundene Förderung des privaten Gesundheitssektors innerhalb der Gewerkschaftsbewegung nicht unumstritten blieb.⁴⁵ Die Nachfrage nach diesem Versicherungstyp wurde durch den Finance Act von 1981 unterstützt, der eine Steuerbefreiung für betriebliche Sozialleistungen bis zu einem Jahreseinkommen von 8 500 Pfund vorsah.⁴⁶

Wenn trotz dieser begünstigenden Einflußfaktoren der Boom des privaten Gesundheitssektors nur kurze Zeit anhielt, so kann dies mit der eigentümlichen governance-Struktur des Marktes für private Krankenversicherungen in Großbritannien erklärt werden. Die rasch wachsenden Mitgliederzahlen hatten paradoxerweise einen negativen Einfluß auf die Wachstumsbedingungen des privaten Versicherungssektors. Durch die betrieblichen Gruppenversicherungen verschlechterten zahlreiche »blue-collar workers« mit einer erheblich höheren Krankheitsinzidenz die Risikostruktur der Versichertenkollektive⁴⁷, so daß die privaten Krankenversicherer zu massiven Prämienanhebungen gezwungen waren. 1981 erhöhten die Marktführer BUPA, WPA und PPP ihre Prämien um 31 Prozent und 1982 gar um 39,8 Prozent. Die sinkende Attraktivität des privaten Versicherungsschutzes wiederum führte zu einem raschen Abflachen des Mitgliederwachstums. Betrug die Zuwachsrate 1980 noch 25,9 Prozent, so verringerte sie sich 1981 auf 13,9, 1982 auf 2,9 und 1983 auf 1,9 Prozent.⁴⁸ Ende 1986 hat die größte private Versicherungsgesellschaft, BUPA, den Prämienanstieg zwar auf 3 Prozent begrenzen können.⁴⁹ Gelingen konnte

45 Vgl. Joan Higgins, *Private Medicine: The Changing Scene*, in: *The Year Book of Social Policy 1986-87*, London: Longman 1987, S. 104.

46 Vgl. Gordon Forsyth, *The Semantics of Health Care Policy and the Inevitability of Regulation*, in: Gordon McLachlan und Alan Maynard (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1982, S. 63.

47 Vgl. Rudolf Klein, *The Politics of Ideology vs. the Reality of Politics: The Case of Britain's National Health Service in the 1980s*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health & Society*, 62 (1984), S. 101.

48 Alle vorangegangenen Daten aus Higgins, *Private Medicine*, a.a.O., S. 104.

49 Siehe zum Beispiel *Times* vom 10.6.1988, *Private Medical Insurance: Scheme Launched 'for the Healthy'*; *Financial Times* vom 22.1.1988, *Health Groups Join to Start Insurance Scheme*.

das jedoch nur aufgrund einer intensivierten Risikoselektion, die durch neue Versicherungspakete erzielt wurde, die vor allem den guten Risiken galten und daher nur für eine begrenzte Bevölkerungsschicht attraktiv sind.⁵⁰ Die offenkundig sehr fragile Risikostruktur setzte dem Mitgliederwachstum also relativ enge Grenzen, so daß auch Vertreter der privaten Versicherungswirtschaft keine nennenswerten Expansionspotentiale sehen.⁵¹ Dazu dürfte ebenfalls beitragen, daß die Unternehmen die Kostenbelastung durch Versicherungsprämien verstärkt zu spüren bekommen, wodurch eine Beschränkung betrieblicher Gruppenversicherungen auf höhere Angestellte wahrscheinlich wird.⁵² Dieser versicherungstechnisch einleuchtende Zusammenhang könnte nun zugespitzt die Annahme begründen, daß starkes Mitgliederwachstum erhebliche Störpotentiale für die ökonomische Vitalität der privaten Krankenversicherung besitzt und die Regierung Thatcher dem privaten Gesundheitssektor durch ihre Unterstützung eher geschadet als genützt hat.

Auch der public/private mix des gesundheitspolitischen Netzwerkes erwies sich als restriktive Größe. Traditionell lag der Schwerpunkt privater Versicherungsleistungen auf der stationären Versorgung. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist auch die ambulante Versorgung Gegenstand der Versicherung. Eine einleuchtende Erklärung für das begrenzte Leistungsangebot besteht im kostenlosen Zugang zum niedergelassenen Arzt, der durch den NHS gesichert ist und - anders als im Krankenhaussektor - keine langen Wartezeiten erfordert, so daß der Anreiz für eine zusätzliche private Versicherung fehlt. Das bedeutet auch, daß die Privatversicherer mit ihren Angeboten kaum über den stationären Sektor hinaus expandieren können. Denn bei ihrer Prämienkalkulation hängen die privaten Versicherungsgesellschaften stark von den Privatkrankenhäusern ab, deren Pflegesätze wiederum von der Auslastung durch privatversicherte Patienten bestimmt wird, die rund 80 Prozent des Umsatzes privater Krankenhäuser tragen.⁵³ Diese wechselseitige ökonomische Verflechtung bewirkt zudem, daß die Expansionshemmnisse des einen Sektors in den anderen übertragen werden.

50 Vgl. Financial Times vom 10.2.1988, Patients Insure Against Hard Times.

51 Vgl. Nick Bosanquet, Private Health Insurance and the National Health Service, in: The Geneva Papers on Risk and Insurance, 12 (1987), 350.

52 Vgl. Griffith u.a., Banking on Sickness, a.a.O., S. 66.

53 Vgl. Raynor, Health Care as a Business? a.a.O., S. 444.

Zwar erscheint auf den ersten Blick (vgl. Tabelle 6.5) die Zunahme privater Krankenhäuser seit der konservativen Regierungsübernahme mit einem Anstieg von rund 25 Prozent beachtlich zu sein, aber allein das Mengenwachstum vermittelt keinen ausreichenden Eindruck von der Expansionsfähigkeit des privaten Krankenhausesektors, denn viele der neu errichteten Hospitäler wurden Anfang der achtziger Jahre inmitten des Privatversicherungsbooms geplant, als noch optimistische Erwartungen die Investitionsentscheidungen bestimmten. Dafür, daß mittlerweile die Grenzen des Wachstums erreicht sind, spricht insbesondere der Umstand, daß Privatkrankehäuser nur eine Bettenauslastung von kaum 60 Prozent, in London gar nur 40 Prozent erzielen.⁵⁴ Angesichts des geringen Zuwachses bei Privatversicherungen wird es den Krankenhausbetreibern zunehmend schwer fallen, eine wirtschaftliche Bettenauslastung zu erzielen.⁵⁵

Tabelle 6.5 Das Wachstum privater Akutkrankenhäuser 1975 - 1988

<u>Jahr</u>	<u>Krankenhäuser</u>	<u>Betten</u>
1975	105	----
1976	128	----
1977	130	----
1978	141	----
1979	149	6.663
1980	153	7.027
1981	166	7.859
1982	180	8.679
1983	187	9.322
1984	199	10.059
1985	199	9.947
1986	198	10.025
1987	201	10.196
1988	204	10.473

Quelle: Daten für 1975 - 1979 aus Alan Maynard, *The Private Health Care Sector in Britain*, in: Gordon McLachlan und Alan Maynard (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1982, S. 151. Folgende Jahre: Independent Hospitals Association, *Survey of Acute Hospitals in the Independent Sector*, London: IHA 1988.

54 Vgl. Higgins, *Private Medicine*, a.a.O., S. 108.

55 Vgl. John Mohan, *Private Medical Care and the British Conservative Government: What Price Independence?*, in: *Journal of Social Policy*, 15 (1986), S. 346.

Dazu tragen auch die regionalen Verteilungsdisparitäten bei. Die massive Konzentration privater Krankenhäuser im wohlhabenden Südost-England und in London hat bereits die Sättigungsgrenze für Privatpatienten erreicht, und eine Expansion in noch weniger erschlossene Landesteile wird ihre Grenzen in der wirtschaftlichen Notlage dieser Regionen finden.⁵⁶

So ist es nicht ohne Ironie, daß die Regierung Thatcher mit ihrer Unterstützung des privaten Gesundheitssektors in mindestens dem gleichen Umfang kontraintentionale Ergebnisse erzielte, wie die Labour-Regierung mit ihrer gegen den privaten Gesundheitssektor gerichteten Politik. Während die sukzessive Reduktion von pay-beds während der siebziger Jahre in ein für britische Verhältnisse beachtliches Wachstum privater Krankenhäuser mündete, deren Anzahl von 105 (= 2 279 Betten) im Jahr 1975 auf 153 (= 3 150) Betten im Jahr 1980 wuchs⁵⁷, trug die Deregulierung des HSB zu einer Abflachung dieser Zuwachsrate bei. Denn die gleichzeitige Zunahme von pay-beds einerseits und privaten Krankenhausbetten andererseits begünstigte die Entstehung von Überkapazitäten, deren konkurrenzverschärfende Wirkung dem privaten Medizinsektor mittlerweile einige Probleme bereitet. Die jährlichen Zuwachsraten des privaten Krankenhausesektors, die - wie Tabelle 6.5 zeigt - alles andere als beeindruckend ausfallen, offenbaren, daß die ungleiche regionale Verteilung und die sinkende Kapazitätsauslastung als Wachstumsbremsen wirken.

Eine Bestätigung dieser Überlegungen bietet der Umstand, daß die Auflösung des HSB auch in den Reihen der privaten Krankenhauswirtschaft auf Kritik stieß. So entbehrte es nicht einer gewissen Ironie, daß ausgerechnet der Vorsitzende der Independent Hospitals' Group, die ja eigens zur Bekämpfung des HSB gegründet worden war, dessen Auflösung wie folgt kommentierte: »It was an error of judgement by the present government when it abolished the Health Services Board. If it had (...) remained a non-political body, it (...) could have been used to mastermind and oversee the integrated development of health services«.⁵⁸ Auch der Geschäftsführer der Association of Independent Hospitals kritisierte die Regierung mit dem Argument, sie würde den privaten Krankenhaussektor einer unfairen Konkurrenz aussetzen. Dahinter stand die nicht unbegründete Befürchtung, daß mit der Ausdehnung der pay-beds, für die

56 Vgl. Mohan und Woods, Restructuring Health Care.

57 Vgl. Alan Maynard, The Private Health Care Sector in Britain, in: Gordon McLachlan und ders. (Hrsg.), The Public/Private Mix for Health, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1982, S. 151.

58 Zitiert nach Mohan, Private Medical Care, a.a.O., S. 348.

aufgrund geringerer Kapital-Fixkosten niedrigere Tagessätze als in Privatkrankenhäusern erhoben werden, ein überlegener Konkurrent heranwachsen würde.⁵⁹ Die von den Verbandsvertretern im wohlverstandenen Eigeninteresse formulierte Kritik an der Auflösung des HSB läßt die Parallelen zur Privatversicherung deutlich werden. In beiden Marktsegmenten können die Wachstumsbedingungen weniger durch eine Deregulierung, als vielmehr durch eine regulative Flankierung verbessert werden, so daß die Regierung Thatcher ein Opfer ihrer eigenen Ideologie werden könnte.

Insgesamt vermittelt die governance-Struktur des privaten Gesundheitssektors den Eindruck einer marktstrategischen wie interessenpolitischen Anpassung an die Existenz des NHS, die auf politischem Wege nur sehr schwer veränderbar ist. Bereits in der vorherrschenden Eigencharakterisierung »independent hospitals« kommt eine deutlich defensivere Haltung zum Ausdruck als dies etwa der Begriff »private« signalisieren würde. Diese Sprachregelung wurde auch beibehalten, nachdem sich 1987 die beiden privaten Krankenhausverbände zur Independent Hospitals Association zusammenschlossen. In einem grundsätzlichen Statement des neuen Verbandsgeschäftsführers ist diese selbstgenügsame Marktphilosophie unverkennbar: »Independent Hospitals Association does not concern itself with seeking an alternative to the National Health Service. The NHS will form the basic system of health care delivery for the majority of the UK population for the foreseeable future. We are concerned only to find new sources of money to complement the NHS in areas where budgetary pressures force a low priority . . .«.⁶⁰ Diese subsidiäre Funktionswahrnehmung entspricht dem Umstand, daß der private Gesundheitssektor in Großbritannien vor dem Hintergrund der Prämisse operiert, daß der NHS den weitaus überwiegenden Teil der medizinischen Versorgung bereitstellt und private Anbieter nur eine Nischenfunktion übernehmen, die sich in einem hochspezialisierten Leistungsangebot, begrenzter Kapitalkraft und letztlich auch begrenzter Expansionsfähigkeit niederschlägt. Die Regierung Thatcher hat hier zwar einen unbestreitbaren Strategiewechsel vollzogen, aber mit ordnungspolitisch zweifelhaftem Erfolg. Damit erwies sich auch das zweite Testgebiet für eine Alternativstrategie als institutionell blockiert. Obwohl auf Dauer eine politisch induzierte Stärkung des

59 Zitiert nach Mohan, *Private Medical Care*, a.a.O., S. 348.

60 Anthony J. Byrne, *Developments in Healthcare Funding*, London 1987 (mimeo), S. 2.

privaten Gesundheitssektors nicht ausgeschlossen werden kann, hat dessen governance-Struktur für die Regierung Thatcher jene politischen Optionen verbaut, die auf eine rasche Ausdehnung des privaten Sektors zu Lasten des NHS abzielen.

c) Privatisierung an den Rändern des NHS: Das »contracting out«

Die Ankündigung aus dem Wahlprogramm, die »Vendetta« der Labour-Partei gegen den privaten Sektor zu beenden, hat nur in einem sehr begrenzten Bereich auch zu einer Privatisierung öffentlicher Aufgaben geführt, und zwar durch das »contracting out«. Dieser Begriff bezeichnet die Vergabe von Verträgen zur Güter- oder Dienstleistungsproduktion durch die öffentliche Hand an Private und bezieht sich in erster Linie auf weniger qualifizierte Dienstleistungen, die sogenannten »ancillary services«, die Instandhaltung, Textilwäsche, Gebäudereinigung und Catering u.ä. beinhalten. Die Vergabeprozedur selbst wird als »competitive tendering« bezeichnet und entspricht in etwa dem bundesdeutschen Submissionsverfahren. Die Vergabe von Serviceleistungen an private Firmen ist keine Erfindung der Konservativen, sondern wird seit geraumer Zeit im gesamten öffentlichen Sektor praktiziert. Im NHS konnten private Firmen allerdings nur schwer Fuß fassen, denn die Einführung eines »functional management« im Rahmen der Reorganisation von 1974 hatte im Zusammenspiel mit der damaligen Vorliebe für große Zentralkrankenhäuser das Interesse der NHS-Verwaltung an einer »Eigenproduktion« von Serviceleistungen verstärkt, so daß der Anteil privater Vertragsnehmer seither beständig abnahm.⁶¹

Innerhalb der Konservativen Partei fand dieses Problem erstmals 1978 größere Aufmerksamkeit. Auf dem Parteitag hatte die Conservative Medical Society ein Papier vorgelegt, in dem argumentiert wurde, daß bis zu einem Viertel aller Dienstleistungen an Private vergeben werden könnten. Seinen strategischen Stellenwert erlangte das contracting out aber erst im Zusammenhang mit dem »winter of discontent« 1978/79, weil die Streikwelle seinerzeit auch den NHS erfaßte und viele Krankenhäuser zwang, private Firmen hinzuzuziehen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Daher fand das contracting out in der Regierung Thatcher vor allem als

61 Vgl. Kate Asher, *The Politics of Privatisation: Contracting Out in the Public Sector*, Houndmills: Macmillan 1987, S. 25.

Instrument gegen die Streikfreudigkeit der NHS-Gewerkschaften Beachtung.⁶² Eines der ersten circulars des DHSS - von den Gewerkschaften als Freibrief für Streikbrecher («Scabs' Charter»)⁶³ bezeichnet - beinhaltet detaillierte Anweisungen und Sanktionen gegen Streikaktivitäten und erlaubte es den Regional Health Authorities, spezielle Finanzrücklagen für den Streikfall zu bilden.

Im Juni 1980 verschickte das DHSS einen ersten Entwurf für ein circular, der die Vorteile des contracting out hervorhob. Trotz des eher unverbindlichen Empfehlungscharakters machte die Andeutung, daß Krankenhausneubauten in Zukunft auch ohne eigene Wäscherei geplant und errichtet werden könnten⁶⁴, klar, daß die Regierung das contracting out - wenn erforderlich - forcieren würde. Im August 1981 folgte dann das offizielle circular⁶⁵, mit dem alle Health Authorities aufgefordert wurden, Serviceleistungen an private Firmen zu vergeben, wenn deren Angebote günstiger als die NHS-eigene Serviceproduktion seien sollten. Darüber hinaus wurde auch das contracting out von medizinischen Leistungen angeregt, zum Beispiel durch Vertragsbeziehungen mit privaten Krankenhäusern. Noch im September des gleichen Jahres zeigte sich die Regierung jedoch enttäuscht über die Ergebnisse ihrer Initiative, da nur wenige Health Authorities den Anregungen gefolgt waren.⁶⁶ Es sollte aber noch bis zum Februar 1983 dauern, bevor die Regierung weitere Schritte unternahm.

Ungeachtet des anfangs sehr mäßigen Erfolges der contracting-out-Initiative war dieses Instrument heftig umstritten. Während die Mehrzahl der Autoren - insbesondere gewerkschaftsnahe - dieses Verfahren als Privatisierung werten⁶⁷, wird es teilweise auch als Strategie zur Effizienzerhöhung eingestuft, da es auf einem Kostenvergleich zwischen der NHS-

62 Ebd., S. 26.

63 Politics of Health Group, Going Private. The Case Against Private Medicine, London 1981, S. 31; DHSS Circular HC(80)20. If Industrial Relations Break Down, 1979.

64 Vgl. Chrissie Oldfield, The NHS, in: S. Hastings und H. Levie (Hrsg.), Privatization, London: Spokesman 1983, S. 83.

65 DHSS Circular HC(81)1. Contractual Arrangements with Independent Hospitals and Nursing Homes and Co-operation between the NHS and Independent Medical Sector.

66 Politics of Health Group, Going Private, a.a.O., S. 26.

67 Vgl. Asher, The Politics of Privatisation, a.a.O., S. 7; Oldfield, The NHS, a.a.O.

und der externen Serviceproduktion beruht.⁶⁸ Wenn das contracting out - wie es hier geschieht - dennoch als Privatisierung betrachtet wird, dann mit der Einschränkung, daß es sich um die mildeste Form der Privatisierung handelt, da Planung, Finanzierung und Vertragsgestaltung unter öffentlicher Kontrolle verbleiben.⁶⁹

6.2.3 Die Reorganisation des NHS 1982

Die erste Phase der konservativen Gesundheitspolitik schloß im April 1982 mit einer Reorganisation des NHS ab, die bereits im Dezember 1979 in »Patients First«⁷⁰ angekündigt worden war. Diese Verwaltungsreform war, im Gegensatz zu den meisten gesundheitspolitischen Maßnahmen der Regierung Thatcher, kaum umstritten. Die beiden wichtigsten Ziele, die Entbürokratisierung und Dezentralisierung des NHS, konnten auf der Basis eines parteiübergreifenden Konsensus formuliert werden, der die Enttäuschung der 1974 unter der Regierung Heath durchgeführten Reform mit einer damals noch ungebrochenen Planungseuphorie widerspiegelte. Zu Beginn der achtziger Jahre war der Glaube in die Problemlösungskapazität von Zentralisierung, Planung und Organisationsreformen weitgehend erodiert. Die neue Philosophie basierte auf gänzlich anderen Prämissen, bei denen Steuerungsverfahren wie Dezentralisierung, lokale Autonomie und Verwaltungsvereinfachung dominierten.

Vordergründig bestand die Reform lediglich aus einer organisatorischen Vereinfachung des NHS, bei der die 90 Area Health Authorities (AHAs) aufgelöst und die vormaligen District Management Teams in 192 District Health Authorities (DHAs) umgewandelt wurden.⁷¹ Damit entfiel die mittlere Verwaltungsebene und die bis dahin den AHAs zugeordneten Family Practitioner Committees wurden - wie es schon im 1948 geschaffenen NHS-Aufbau der Fall war - administrativ wieder an das DHSS angebunden (näheres in Kapitel 6.3.4), so daß man beinahe von einer Rückkehr zu den Verhältnissen von vor 1974 sprechen könnte. Vordergründig besaß die 1982er Reform kaum ordnungspolitische Konsequenzen.

68 Vgl. Stuart Haywood und Wendy Ranade, *The New Right and Public Services: Theory Into Practice. The British National Health Service: 1979-1987*, Birmingham 1987, unveröff. Ms., S. 20.

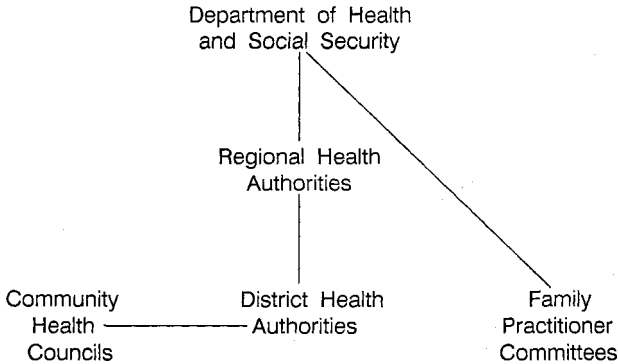
69 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 7.

70 Vgl. DHSS, *Patients First: the Reorganization of the NHS*, London: HMSO 1979.

71 Näheres hierzu bei Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 28 ff.

zen. Eine genauere Betrachtung ergibt jedoch mehrere Hinweise auf ordnungspolitische »Spätfolgen«.

Abbildung 6.1 Aufbau des National Health Service seit 1982



Quelle: Christopher Ham, *Health Policy in Britain*, Houndmills: Macmillan 1985 (2. Aufl.), S. 32.

Zu den wenigen umstrittenen Maßnahmen im Zuge der Reorganisation gehörte die geänderte Mitgliederzusammensetzung der neugeschaffenen DHAs.⁷² Neben dem Vorsitzenden besteht eine DHA aus 16 Vertretern der Ärzte, Krankenschwestern, Gewerkschaften und der Lokalverwaltung. Da die Zahl der Repräsentanten der lokalen Verwaltungsbehörden auf höchstens vier festgesetzt wurde, kam dies einer Reduktion dieser Mitgliederkategorie um wenigstens 25 Prozent gleich.⁷³ Diese Regelung zielte eindeutig gegen die administrative Beteiligung der häufig von der Labour Party beherrschten Lokalverwaltungen. Das DHSS war also offenkundig darum bemüht, die Veto-Positionen im NHS zu schwächen.

Eine andere - für das Zentrum-Peripherie-Verhältnis nicht unwichtige - Veränderung deutete sich mit »Care in Action« an, einem im Februar 1981 veröffentlichten - so der Untertitel - »Handbook of Policies and Priorities for the Health and Personal Social Services in England«, das als

72 DHSS Circular CH(81)6. The Membership of District Health Authorities, 1981.

73 Vgl. Rudolf Klein, *Health Services*, in: Peter M. Jackson (Hrsg.), *Government Policy Initiatives 1979-80: Some Case Studies in Public Administration*, London: RIPA 1981, S. 81.

Handlungsanleitung für die chairmen der neu zu bildenden DHAs konzipiert war. Einen auffälligen Bruch stellte die Abkehr von der nationalen Prioritätenplanung zugunsten bestimmter geographischer oder sozialer Problembereiche dar⁷⁴, die noch eines der zentralen Anliegen der 1974er Reform war.⁷⁵ Zwar wurde das Ziel der Prioritätensetzung selbst nicht aufgegeben, wohl aber deren zentrale Planung. Die Verteilung der Mittel sollte selbständig von den DHAs vorgenommen werden. Das strategische Kalkül der Regierung Thatcher ging über die bloße Planungsernüchterung hinaus. Im Vorwort hatte Patrick Jenkin deutlich gemacht, daß der NHS in Zukunft mit einem finanziellen Nullwachstum würde leben müssen. Die Beibehaltung zentraler Planungsvorgaben hätte aber auch die Verantwortlichkeit für die Verfehlung von Planungszielen im DHSS belassen. Daher liegt es nahe, die Dezentralisierung in einem ganz anderen Licht zu sehen, als es die regierungsamtliche Rhetorik vorgab: »If government seek to centralize credit in good times - to claim responsibility for the dividends of growth - equally, they have every incentive to diffuse the blame in a period of economic stagnation«.⁷⁶ Insgesamt blieb die Betonung von Dezentralisierung und lokaler Autonomie aber nur ein kurzes Intermezzo in der konservativen Gesundheitspolitik.

Der folgenreichste Kurswechsel fand hingegen kaum Beachtung. Care in Action beinhaltete auch eine Reihe von konzeptionellen Überlegungen zur Rolle der DHAs, so zum Beispiel das Recht, eigene Einnahmequellen auf lokaler Ebene zu erschließen, etwa durch die Vermietung von Werbe- und Verkaufsflächen oder die Einrichtung zusätzlicher pay-beds. Des weiteren war vorgesehen, die Kooperation der DHAs mit dem privaten Sektor auszubauen; dafür wurde den DHAs größere Flexibilität in der Planung des Dienstleistungsangebots zugesichert. Dieser Funktionskatalog für die DHAs rechtfertigt die These, daß das Verwaltungshandeln im NHS einen stärker unternehmerischen Zuschnitt erhalten sollte.⁷⁷

Schließlich sind auch die »Leerstellen« von Care in Action aufschlußreich. Dies gilt besonders für die organisatorische Integration der verschiedenen medizinischen Versorgungsbereiche, die in der 1974er Reform

74 Vgl. Judith Alsop, *Health Policy and the National Health Services*, London: Longman 1984, S. 131; Elmore, *The Thatcher Government*, a.a.O., S. 98;

75 Siehe Glennerster, *Paying for Welfare*, S. 133 ff.

76 Klein, *Retreat from Ideology*, S. 197.

77 Vgl. Celia Davies, *Viewpoint: Things to Come: The NHS in the Next Decade*, in: *Sociology of Health & Illness*, 9 (1987), S. 306.

noch eine wichtige Rolle gespielt hatten.⁷⁸ In Care in Action ist davon keine Rede mehr. Wie die Herauslösung der FPCs aus der allgemeinen NHS-Verwaltungsstruktur verdeutlicht, ist eher das Gegenteil der Fall, so daß die Reorganisation von 1982 als Versuch gewertet werden kann, den NHS organisatorisch zu fragmentieren, um so institutionell verfestigte Hemmschwellen gegen ordnungspolitische Interventionen aufzulockern. Um diese Handlungsmöglichkeiten auch ausschöpfen zu können, bedurfte es allerdings noch weiterer Schritte.

6.2.4 Fazit

Eine Bewertung der ersten Phase der konservativen Gesundheitspolitik bedarf zuerst der Feststellung, daß es zwischen 1979 und 1982 zu keinem umfassenden Kurswechsel gekommen ist. Vielfach hat der Symbolwert den materiellen Reformgehalt klar überstiegen, was für die Auflösung des HSB, die 1982er Reorganisation, die Erhöhung der Selbstbeteiligung und auch für die zurückhaltend ausgefallenen Maßnahmen zur Stärkung des privaten Gesundheitssektors gilt. Das Finanzierungssystem blieb unangestastet, die Ausgaben für den NHS wurden von Kürzungen verschont und stellten eine - wenn auch leicht forcierte - Fortsetzung der Austeritätspolitik der Labour-Regierung dar. Es verwundert daher kaum, daß gegen Ende der ersten Regierungsperiode bei vielen Beobachtern der Eindruck entstand, daß sich die Regierung von einer radikalen Reform des NHS verabschiedet hätte.⁷⁹

Geht man nun aber über die Beobachtung des unmittelbaren Einflusses einzelner Maßnahmen hinaus und rückt ihren potentiellen Beitrag zu einschneidenden Reformen in den Vordergrund, dann ergibt sich ein etwas anderes Bild. Daß die Förderung des privaten Sektors nicht weiter intensiviert worden ist, könnte auch als Ergebnis eines politischen Lernprozesses gewertet werden, der dem Umstand Rechnung trug, daß die Expansion des privaten Sektors nicht den Regeln eines Null-Summen-Spiels zu Lasten des NHS gefolgt war. Eine Bestätigung dieser Annahme kann da-

⁷⁸ Vgl. Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 93.

⁷⁹ Zum Beispiel Klein, *Why Britain's Conservatives Support*, a.a.O.; Michael O'Higgins, *Rolling Back the Welfare State: The Rhetoric and Reality of Public Expenditures Under the Conservative Government*, in: *The Yearbook of Social Policy in Britain 1982*, London: Routledge & Kegan 1983.

rin gesehen werden, daß die Konservativen zunehmend das Thema Kooperation zwischen NHS und privatem Sektor betont haben.

Der erste Abschnitt in der konservativen Gesundheitspolitik kann also als eine »strategische Suchphase« charakterisiert werden, die in erster Linie der Ortung von Sollbruchstellen im Policy-Netzwerk diene. Dementsprechend dürfte das Bekenntnis, »the NHS is safe with us«, mehr ein Beispiel für die »außer Kontrolle geratende Semantik von Begriffen«⁸⁰, darstellen, denn als Beleg für die Annahme eines »retreat from ideology«⁸¹, die sich gegen Ende der ersten Amtsperiode verbreitete.⁸² Daß dieser Ausspruch fortan als Meßlatte für die Glaubwürdigkeit der konservativen Gesundheitspolitik fungieren würde, war von Margaret Thatcher ganz sicher nicht beabsichtigt.

6.3 Der »New Managerialism«: Effizienzerhöhung und Hierarchisierung 1982 - 1985

Die erste Umorientierung der konservativen Gesundheitspolitik setzte bereits Ende 1982 ein. Lag der Schwerpunkt bis dahin auf Maßnahmen mit großem Symbolgehalt und entsprechendem Konfliktpotential, war seit der Ernennung des neuen Sozialministers Norman Fowler (1982 - 1987) weniger vom privaten Sektor, lokaler Autonomie und Dezentralisierung die Rede, sondern von »value for money«, »managerial efficiency« und »upwards accountability«. Das veränderte Vokabular signalisierte den Übergang zur Politik des »new managerialism«.⁸³ Als neu wird die Betonung von Managementmethoden und -orientierungen deshalb bezeichnet, weil eine ähnliche Begrifflichkeit bereits zu Beginn der siebziger Jahre unter Edward Heath Konjunktur hatte. Im Unterschied allerdings zum »social engineering«-Ansatz der damaligen Zeit ist der managerialism der Ära Thatcher nicht mehr an umfassender Planung, sozialer Prioritätensetzung und organisatorischer Integration orientiert, sondern an zentraler Kon-

80 Claus Offe, Strukturprobleme des kapitalistischen Staates, Frankfurt/ M.: Suhrkamp 1972, S. 89.

81 Vgl. Rudolf Klein, Retreat from Ideology, a.a.O.

82 Vgl. Dennis Kavanagh, Thatcherism and British Politics. The End of Consensus? Oxford: Oxford University Press 1987, S. 195 f.

83 Dieser Begriff findet sich bei Nick Davidson, A Question of Care. The Changing Face of the National Health Service, London: Michael Joseph 1987, S. 22 ff.

trolle bei dezentraler Verantwortlichkeit und der Mobilisierung von Rationalisierungsreserven.

6.3.1 Der Beginn des »New Managerialism«

Die Abneigung der Regierung Thatcher gegen den öffentlichen Sektor, seien es nun verstaatlichte Industrien, öffentliche Leistungsverwaltungen oder Whitehall-Ministerien, ist weithin bekannt. Ihren politisch-strategischen Ausdruck fand diese Haltung in einer emphatischen Vorliebe für privatwirtschaftliche Management- und Steuerungstechniken. Der Titel des 1986 veröffentlichten white paper »Using Private Enterprise in Government«⁸⁴ hat daher durchaus programmatischen Charakter. Die Politik der Regierung Thatcher im Umgang mit der staatlichen Verwaltung war deutlich an privatwirtschaftlichen Vorbildern orientiert, so daß mitunter bereits von einem »New Civil Service« die Rede ist.⁸⁵ Auch wenn in diesem Bereich strategische Inkonsistenzen anzutreffen sind und die Auswirkungen möglicherweise überschätzt werden, so bleibt festzuhalten, daß die Regierung Thatcher die Verwaltungsmodernisierung weitaus stärker vorangetrieben hat als die Reagan-Administration, die sich weitgehend auf jene politischen Bereiche des öffentlichen Dienstes konzentrierte, die dem Patronagesystem zuzurechnen sind. Daß die Management-Ideologie mit ihren Techniken zur Straffung hierarchischer Kontrollen, wie »performance assessment«, »appraisal«, »evaluation«, »review« oder »measurement«⁸⁶, mit geringfügigen Modifikationen auch auf den NHS übertragen werden konnte, ist zum einen darin begründet, daß das gesundheitspolitische Netzwerk - anders als die bundesdeutsche Selbstverwaltung - dem unmittelbaren Zugriff des Zentralstaats unterliegt. Zum anderen ist der managerialism das Resultat eines »spillover« aus dem Bereich des Civil Service in die Verwaltung des NHS hinein.

In der konservativen Gesundheitspolitik hielt der managerialism mit den - nach ihrem Initiator Lord Derek Raynor benannten - »Raynor Scru-

84 Geoffrey K. Fry, *The Thatcher Government, The Financial Management Initiative, and the »New Civil Service«*, in: *Public Administration*, 66 (1988).

85 Ebd.

86 Christopher Pollitt, *Beyond the Managerial Model*, in: *Financial Accountability & Management*, 2 (1986), S. 156.

tinies« Einzug.⁸⁷ Hierbei handelt es sich um eine Art Betriebsprüfung einzelner Leistungsbereiche, die seit 1979 im öffentlichen Dienst durchgeführt werden. In den durchschnittlich 90 Tage andauernden Untersuchungen sollen von Beamten aus anderen Sparten der Verwaltung Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgelotet werden. Die Philosophie der Raynor Scrutinies wurde von einem Beamten aus dem Management and Personnel Office, das der Premierministerin unterstellt und zumeist beteiligt ist, folgendermaßen umrissen: »The stance throughout the fieldwork is to take nothing for granted and to question radically all aspects of the work under scrutiny to the point of challenging its very existence«.⁸⁸ Eines der umstrittensten Ergebnisse war die Empfehlung, NHS-eigene Wohnheime für die Unterbringung des Pflegepersonals zu verkaufen, der 1984 ein entsprechendes circular folgte.⁸⁹ Die daraus resultierende Verschlechterung der Wohnsituation trug später mit zur abnehmenden Moral und zur Abwanderung des Pflegepersonals aus dem NHS bei.⁹⁰

Ein anderes Steuerungsinstrument, das im Zuge des managerialism modernisiert wurde, stellt die ministerielle Fachaufsicht dar. Erfolgskontrollen durch das DHSS und Rechenschaftspflichten der Health Authorities gegenüber dem Ministerium waren im Gesundheitsdienst traditionell gering ausgeprägt. Genauere Überprüfungen fanden in der Regel nur dann statt, wenn es um die Aufdeckung und Beseitigung von offenkundigen Mißständen ging.⁹¹ Eine striktere Führung und Erfolgskontrolle erschien in der Phase realer Ausgabensteigerungen entbehrlich und infolge der meist schwammig formulierten Zielvorgaben auch technisch problematisch. Daher kann es als - wenn auch systemkonforme - Innovation betrachtet werden, daß seit Januar 1982 erstmals jährliche Rechenschaftssitzungen (»annual reviews« bzw. »accountability reviews«) zwischen den chairmen der RHAs und Beamten aus dem DHSS stattfinden.⁹²

-
- 87 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 49, und allgemein Rosamund M. Thomas, *The Politics of Efficiency and Effectiveness in the British Civil Service*, in: *Revue Internationale des Sciences Administrative*, 49 (1983).
- 88 Ian Beesley, *The Raynor Scrutinies*, in: Andrew Gray und Bill Jenkins (Hrsg.), *Policy Analysis and Evaluation in British Government*, London: RIPA 1983, S. 33.
- 89 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 49; DHSS Circular HC(85)19. *Health Services Management. NHS Residential Accomodation for Staff*, 1985.
- 90 Zu diesem Problem siehe Times vom 24.8.1987, *NHS Paying Huge Bills for Agency Staff*.
- 91 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 110.
- 92 Vgl. Allen, *Annual Reviews*, a.a.O.; Patricia Day und Rudolf Klein, *Towards a New Health Care System?* in: *British Medical Journal*, 291 (1985).

Den direkten Auslöser für die Einführung der reviews bildete eine Serie von Anhörungen vor dem parlamentarischen Public Accounts Committee (PAC), bei denen Gesundheitsminister Norman Fowler durch insistentes Nachfragen mehrfach in Verlegenheit gebracht worden war.⁹³ Das PAC hatte kritisiert, daß im Strategiepapier Patients First keine klaren Projektionen für die Ausgabenentwicklung beinhaltet waren und damit die Rechenschaftspflicht (accountability) der Health Authorities gegenüber dem DHSS unterminiert werde.⁹⁴ Da die Stärkung der zentralen Kontrolle eines der wesentlichen Elemente der Managementphilosophie darstellt, bot diese Kritik der Regierung einen willkommenen Anlaß zur Straffung ihrer Aufsichtspflicht gegenüber den als »parochial«⁹⁵ geltenden Health Authorities. Die Einführung der annual reviews bedeutete zwar einen Umschwung von der Dezentralisierung zur Zentralisierung, der sich jedoch trickreich begründen ließ: »health authorities are given greater freedom to carry out central policies.«⁹⁶

Die annual reviews haben den ersten Erfahrungen zufolge weniger den Charakter unverbindlicher »Plauderstündchen«, sondern es herrscht eine »geschäftsmäßige« Atmosphäre⁹⁷, wobei das hierarchische Über- und Unterordnungsverhältnis bei den Sitzungen im DHSS weniger krass ausfällt als bei den anschließenden reviews, die die RHAs gegenüber den DHAs durchführen. Den Gegenstand der Sitzungen bilden zum Beispiel die medizinische Versorgung von Problemgruppen, die administrative Koordination zwischen den Health Authorities und den kommunalen Behörden, die Personalentwicklung, das contracting-out oder die Effizienz der erbrachten medizinischen Leistungen, zu deren Bewertung seit September 1983 ein Paket von »performance indicators« (PIs) herangezogen wird, welches unter anderem Leistungskategorien wie die Anzahl der Notfalloperationen, die Krankenhauseinweisungsquote, die durchschnittliche Pflegedauer sowie die Länge der Wartelisten für fakultative Operationen umfaßt.⁹⁸

93 Vgl. Christopher Pollitt, *Measuring Performance: A New System for the National Health Service*, in: *Policy and Politics*, 13 (1985), S. 3 f.

94 Vgl. John James, *Some Aspects of Policy Analysis and Policy Units in the Health Field*, in: Andrew Gray und Bill Jenkins (Hrsg.), *Policy Analysis and Evaluation in British Government*, London: RIPA 1983, S. 58.

95 Vgl. Pollitt, *Measuring Performance*, a.a.O., S. 4.

96 Allen, *Annual Reviews*, a.a.O., S. 667.

97 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 149.

98 Vgl. Pollitt, *Measuring Performance*, a.a.O., S. 2; DHSS, *Performance Indicators: The National Summary for 1981*, London: HMSO 1983.

Die PIs sorgen für die instrumentelle Aufrüstung des review-Prozesses. In der regierungsamtlichen Lesart sollten sie die Health Authorities in die Lage versetzen, ihre Effizienz in den verschiedenen Leistungsbereichen vergleichend zu bewerten, um daraus Schlüsse über Möglichkeiten zur Effizienzerhöhung ableiten zu können. Innerhalb des NHS wurde das Verfahren jedoch weitaus kritischer beurteilt: »There is a strong feeling abroad that the Review Process constitutes a formal manifestation of a growing centralist tendency in the management of the Health Service ...«⁹⁹ Daß die Anwendungsmöglichkeiten der PIs erstmals 1981 mit dem sogenannten »Duthie Report« auf die Tagesordnung gelangten, in dem die regionalen Differenzen bei Wartelisten für orthopädische Eingriffe verglichen wurden¹⁰⁰, machte eine Kritik an diesem Instrument außerordentlich schwierig. Denn Maßnahmen, die im Zusammenhang mit dem drängenden Problem der Wartelisten stehen, sind politisch außerordentlich populär, so daß Kritikern der PIs von vornherein die Angriffsfläche genommen war.

Zweifelsohne verfügt das DHSS mit den PIs nun über ein wirkungsvolles Steuerungsinstrument, das einen sehr viel direkteren Zugriff auf die Health Authorities ermöglicht als die circulars.¹⁰¹ Allerdings gilt besonders für den NHS, daß die Anwendung administrativer Machtmittel nur die Ultima ratio darstellt. Theoretisch könnte das DHSS zwar einen widerspenstigen RHA-chairman entlassen, praktisch würde dies allerdings den Gepflogenheiten des britischen Verwaltungshandelns derart widersprechen, daß eine so drastische Maßnahme - wie es ein Kenner der NHS-Verwaltung formulierte - der Anwendung der Atombombe gleichkäme.¹⁰² Innerhalb des NHS hat sich ein konsultativer Verwaltungsstil herausgebildet, der auch die Beziehungen zwischen DHSS und den Health Authorities prägt. Die Geltungskraft des Konsultationsprinzips mit ihren weitreichenden Konsequenzen für die zentralstaatliche Durchsetzungsfähigkeit bedarf allerdings einer gewichtigen Einschränkung, da sich die Regierung Thatcher schon des öfteren über ungeschriebene Gesetze und tradierte

99 Zitiert nach Pollitt, *Measuring Performance*, a.a.O., S. 9.

100 Vgl. Stephen Birch und Alan Maynard, *Performance Indicators and Performance Assessment in the UK National Health Service*, in: *International Journal of Health Planning and Management*, 1 (1986), S. 144.

101 Vgl. Christopher Ham, *From Efficiency Monitoring to Quality Assurance: The Development of Monitoring in the NHS*, in: *Hospital and Health Services Review*, 80 (1985), S. 113.

102 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 151.

Verhaltensnormen im Zentrum-Peripherie-Verhältnis hinweggesetzt hat.¹⁰³ Das krassste Beispiel für die ungenierte Machtausübung war zweifelsohne die Auflösung der notorisch von der Labour-Partei beherrschten Regionalparlamente im Jahr 1985, unter ihnen auch der Greater London Council.¹⁰⁴ London dürfte seither die einzige Millionenstadt der westlichen Welt ohne eine demokratisch gewählte Stadtregierung sein. Wenn die Regierung also über die typischen Machtmittel eines Zentralstaats verfügt und gewillt ist, diese ohne Rücksicht auf Verwaltungskultur und Gewohnheitsrechte einzusetzen, warum sollte ausgerechnet der NHS hierbei eine Ausnahme bilden? Die Antwort zu dieser Frage liegt in der Entscheidungsstruktur des Gesundheitsdienstes. Da auf allen Hierarchiestufen des NHS bis hinauf in das DHSS ein Nebeneinander von Verwaltungsbeamten und den verschiedenen Professionen der medizinischen Versorgung existiert, erfordert die Integration des bürokratischen und des professionellen Rationalitätsmodells sowohl auf der horizontalen wie auf der vertikalen Entscheidungsebene die Anerkennung professioneller Autonomie und die Entscheidungsfindung auf Konsensbasis. Eine rücksichtslose Subordination nachgeordneter Verwaltungseinheiten, wie bei der Lokalverwaltung, verbietet sich daher im NHS. Wie nachfolgend gezeigt werden kann, gibt es jedoch auch »intelligenter« und durchaus systemkonforme Strategien zur Erhöhung zentraler Steuerungskapazitäten. Man darf den managerialism auch nicht nur als eine von oben ausgehende Kolonisierung nachgeordneter Verwaltungseinheiten betrachten. Denn die Berufsgruppe der NHS-Verwalter hat von der Hierarchisierung auch profitieren können und die Implementation des neuen Steuerungsinstrumentariums mitgetragen. In den siebziger Jahren waren die Rechte und die Bezahlung der unteren Gehaltsgruppen im NHS unter dem Druck der Gewerkschaften erheblich verbessert worden. Damit einher ging eine Reduzierung der Dispositionsrechte der hohen Verwaltungsgrade, die nun durch die Anwendung neuer Kontrolltechniken ihre Position in der Organisationshierarchie stärken konnten.

103 Dies betont zum Beispiel Colin Crouch, Großbritannien unter der Regierung Margaret Thatcher, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 38/87 (1987).

104 Vgl. R.A.W. Rhodes, *Continuity and Change in British Central-Local Relations: 'The Conservative Threat' 1979-83*, in: *British Journal of Political Science*, 14 (1984); M. David Gefland, *Comparative Aspects of Contemporary British Central-Local Government Conflicts: The 1980 to 1985 Watershed Period*, in: *Urban Law and Policy*, 9 (1988).

6.3.2 Der »Griffiths Report«

Mit der Ernennung einer Kommission zur Untersuchung der Verwaltung des NHS, die Norman Fowler anlässlich der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage im Februar 1983 bekanntgab, erreichte der managerialism seinen Höhepunkt. Das »NHS Management Inquiry Team«, zu deren Leiter der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Londoner Großhandelskette »Sainsbury's«, Roy Griffiths, ernannt worden war, veröffentlichte seinen Bericht bereits im Oktober 1983. Nach einer Anhörung vor dem Social Services Committee (SSC) des Unterhauses, die zwischen Januar und Februar 1984 stattfand, begann die Implementation der Empfehlungen noch im Juni 1984. Wie kaum eine andere gesundheitspolitische Maßnahme der Konservativen hat der »Griffiths Report« seither Anlaß zu Spekulationen über die Zukunft des britischen Gesundheitsdienstes gegeben.

Der Griffiths Report kann zunächst in eine lange Reihe von Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit der NHS-Verwaltung und die Möglichkeiten zu ihrer Reform eingeordnet werden, die sich bis auf den »Guillebaud Report« von 1956 zurückverfolgen läßt.¹⁰⁵ Weil derartige Untersuchungen bisher von fast allen britischen Nachkriegs-Regierungen in Auftrag gegeben wurden, erregte auch weniger die Kommission als solche Aufsehen, als vielmehr deren Zusammensetzung. Denn von den vier Mitgliedern stammten drei aus der Privatwirtschaft und nur ein Mitglied hatte berufliche Erfahrungen im NHS sammeln können. Es war damit offenkundig, daß das »using private enterprise in government« nun auch auf den NHS angewandt werden sollte.

Das Griffiths-Team formulierte diesen Anspruch in aller Deutlichkeit: »We have been told that the NHS is different from business in management terms . . . These differences can be greatly overstated. The clear similarities between NHS management and business management are much more important.«¹⁰⁶ Dementsprechend wurde im gesamten Report die Meßlatte privatwirtschaftlicher Management- und Erfolgskriterien zugrundegelegt. Als zentrale Schwäche wurde »the lack of a clearly-defined

105 Vgl. John Carrier und Ian Kendall, NHS Management and the 'Griffith Report', in: The Year Book of Social Policy in Britain 1985-6, London: Routledge & Kegan Paul 1986, S. 196 ff.

106 Vgl. DHSS, NHS Management Inquiry - The Griffiths Report, London 1983, S. 10.

general management function throughout the NHS«¹⁰⁷ identifiziert, da keine Führungsstruktur mit klaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten vorhanden sei. Zurückgeführt wurde dieser Mangel vor allem auf das consensus management, das zur Verschleppung der Entscheidungsprozesse und suboptimalen Ergebnissen (»lowest common denominator decisions«) führe. Diese Defizitanalyse legte einen Reformschritt nahe, den das Griffiths-Team in das Zentrum ihrer Vorschläge stellte: die Einführung eines partiell aus der Privatwirtschaft zu rekrutierenden »general management« in den NHS. Ausgestattet mit weiten Entscheidungsfreiräumen, sollte sich diese neue Funktionselite als »final decision taker«¹⁰⁸ über das consensus management hinwegsetzen dürfen. Im einzelnen beinhaltet der Griffiths Report folgende Reformvorschläge:

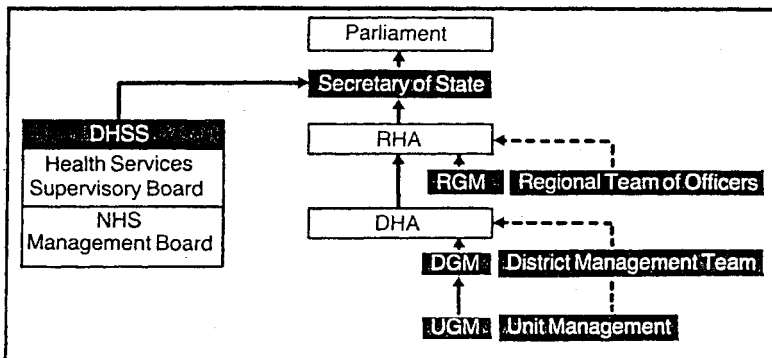
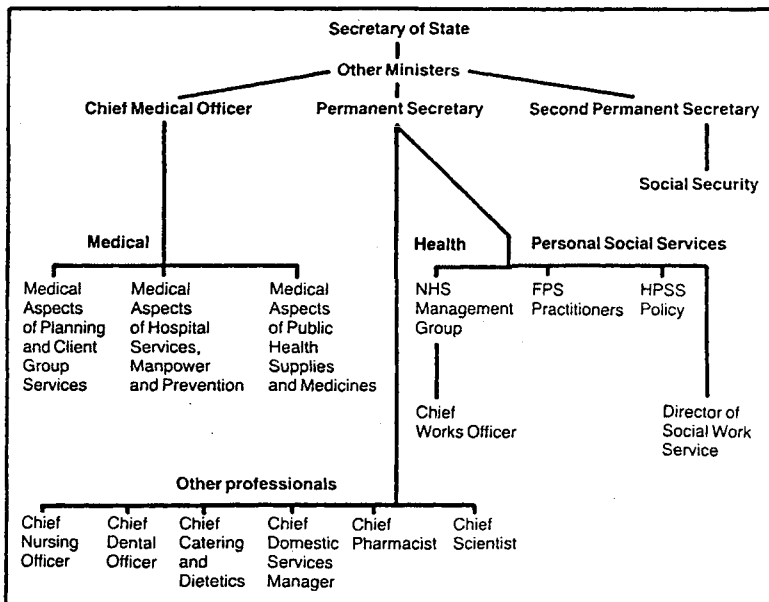
- Im DHSS sollte nach dem Vorbild der verstaatlichten Industrien ein »NHS Management Board« eingerichtet werden, welches die Verwaltungsführung (»leadership«) übernimmt.
- Das Management Board ist gegenüber einem Health Services Supervisory Board (HSSB) verantwortlich. Die Aufgabe des HSSB, dem der Minister, der Vorsitzende des Management Board, der Chief Medical Officer und zwei bis drei weiteren Personen mit »general management skills and experience«¹⁰⁹ angehören, soll strategische Zielperspektiven vorgeben und die Arbeit des Management Board kontrollieren.
- Auf allen Hierarchiestufen des NHS sollten »general manager« ernannt werden, die die Entscheidungsgewalt innehaben und für die Mittelverwendung verantwortlich zeichnen.
- Schließlich war vorgesehen, die Verantwortlichkeit für Entscheidungen auf die niedrigst mögliche Hierarchiestufe, das »unit«, das ein bis drei Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen umfaßt, zu verlagern, was auch die Einbindung von Ärzten in das Verwaltungsgeschehen beinhaltet, so daß sich folgender Verwaltungsaufbau für den NHS ergibt:

107 Ebd.

108 Ebd., S. 17.

109 Ebd., S. 3.

Abbildung 6.2 Aufbau des NHS-Management



Entnommen aus: Stephen Halpern, How Should the Center be Spread? in: Health and Social Service Journal, 17 (1985), S. 249.

a) Organisatorische und personelle Veränderungen

Diesen Reformvorschlägen hatte Roy Griffiths erkennbar das Organisations- und Führungsmodell des Konzerns Sainbury's zugrunde gelegt. Zwar entsprach die Adaption privatwirtschaftlicher Managementmodelle den Erwartungen, die Norman Fowler in den Griffiths Report gesetzt hatte, allerdings kollidierten insbesondere die dem NHS Management Board zugeordneten Führungsaufgaben sehr rasch mit institutionellen Restriktionen des britischen Regierungsapparates. Führung (»leadership«) war im Griffiths Report eine Chiffre für zentrale und an Effizienzkriterien orientierte Planung des Ressourceneinsatzes im NHS - eine Funktion, die vom DHSS nur unzureichend erfüllt werden konnte. Folgerichtig wurde eine gewisse Autonomie vom Beamtenapparat und der Verwaltungsroutine des DHSS als Voraussetzung für eine wirkungsvolle Führung gesehen: »the biggest danger is that the management board will become just another part of the Department«.¹¹⁰ Da allerdings die im Griffiths Report empfohlene Umwandlung des NHS in einen unabhängigen Staatsbetrieb als politisch zu brisant verworfen worden war, mußten das Management Board und das HSSB im DHSS angesiedelt werden.

Zwar wurde mit Victor Paige dann auch ein Manager mit privatwirtschaftlichem Hintergrund zum Vorsitzenden des Management Board berufen, allerdings erwies sich die Vermutung, daß nun - wie von Griffiths anvisiert - in großem Umfang Geschäftsleute aus Privatunternehmen »fresh blood« in die Spitze des NHS-Managements bringen würden, schon bald als verfrüht. Fünf der sechs Positionen im NHS Management Board wurden anfänglich mit Beamten des DHSS besetzt. Mittlerweile hat sich dieses Verhältnis auf 3:3 ausgeglichen¹¹¹, aber es deuten nach wie vor eine Reihe von Anzeichen darauf hin, daß die neu installierten Management-Gremien im DHSS die bürokratische Dominanz nicht auszugleichen vermochten.

Für die Tätigkeit des Management Boards erwies sich nicht nur die Nähe zu den Ministerialbeamten als Hindernis, sondern in noch stärkerem Maße die fehlende Bereitschaft der politischen Spitze des DHSS, we-

110 Vgl. Stephen Halpern, How Should the Center be Spread? in: Health and Social Service Journal, 17 (1985), S. 249. Eine ähnliche Auffassung findet sich bei John Redwood, The Chance to Manage Health, in: Spectator vom 6.9.1986, S. 14, der 1984 und 1985 Leiter des No. 10 Policy Unit war.

111 Vgl. Greg Parston, General Management, in: Robert Maxwell (Hrsg.), Reshaping the National Health Service, Berks: Policy Journals 1988, S. 29 f.

nigstens einen Teil ihrer Kompetenzen abzutreten. Das Management Board verfügt über keinerlei administrative Weisungsbefugnisse gegenüber den nachgeordneten Verwaltungseinheiten. Die chairmen der RHAs und der DHAs sind beispielsweise nicht gegenüber dem Management Board verantwortlich, sondern müssen direkt dem Minister Bericht erstatten. Das entscheidende Argument, mit dem der Gesundheitsminister und seine Staatssekretäre eine Kompetenzverschiebung zugunsten des NHS-Managements abgelehnt haben, ist die Rechenschaftspflicht des Ministeriums gegenüber dem Parlament. Denn im Fall erweiterter Kompetenzen für das Management hätte die politische Spitze des Ministeriums noch immer die Verantwortung, aber nicht mehr die Kontrolle über den NHS. Bezeichnenderweise wurden das Management Board und das HSSB in einem vom DHSS herausgegebenen Schaubild organisatorisch wie Stabsstellen und nicht wie administrative Leitungsorgane angesiedelt (vgl. Abbildung 6.2). Dies entsprach tatsächlich der seither geübten Praxis. Den strukturellen Defiziten vermochte auch das HSSB kaum etwas entgegenzusetzen. Seine Beziehungen zum NHS Management Board seien vielmehr durch »amusing trivialities«¹¹² gekennzeichnet. Die Beibehaltung des etablierten Kompetenzgefüges im DHSS hatte zur Folge, daß vom NHS Management Board kaum die erhofften Impulse ausgingen, und führte auch zum vorzeitigen Rücktritt von Victor Paige, der im Juni 1986 nach nur 16-monatiger Amtszeit demissionierte. Sein Nachfolger wurde der ehemalige Personalvorstand von IBM UK, Len Peach. Gleichzeitig übernahm DHSS-Staatssekretär Tony Newton den Vorsitz des HSSB¹¹³, was als weiterer Indikator für die personelle Dominanz der DHSS-Bürokratie gewertet werden kann.

b) Das General Management als neuer Akteur im Policy-Netzwerk

Während die Auswirkungen der Griffith-Reform im Zentrum als gering zu veranschlagen sind, waren mit der Einführung der general manager auf den nachgeordneten Hierarchiestufen des NHS weitreichende Folgen für das Policy-Netzwerk verbunden, die sowohl die (1) Akteurskonstellation, die (2) Anreizstruktur wie auch (3) den Politikstil der britischen Gesundheitspolitik tangieren.

112 Interview mit Victor Paige im April 1988.

113 Vgl. Parston, General Management, a.a.O., S. 29.

- (1) Im hier zugrundegelegten Analysekonzept wurde explizit von der Möglichkeit ausgegangen, daß das Auftreten eines neuen Akteurs¹¹⁴ die Möglichkeit einer Machtverschiebung oder gar einer Destabilisierung des Netzwerkes zur Folge haben kann. Im Falle des general manager ist eine Destabilisierung nicht auszumachen, dafür zeichnen sich aber auf zwei Ebenen Umbrüche im bestehenden Kräfteverhältnis innerhalb des NHS ab. Vergegenwärtigt man sich der in der britischen Diskussion häufig herausgestrichenen Unfähigkeit der Zentrale, also des DHSS, sich gegen die Widerstände und Veto-Rechte der Peripherie durchzusetzen, dann macht die Charakterisierung des neuen Akteurs als »the arm of the government in management«¹¹⁵ klar, daß mit der Griffiths-Reform die Zentrum-Peripherie-Beziehungen zugunsten der Zentrale verändert wurden. Denn mit dem general management ist eine vollkommen neue und vor allem durchgehende Hierarchielinie in die NHS-Verwaltung integriert worden, von der eine größere Folgebereitschaft gegenüber zentralen Vorgaben erwartet werden kann. Das darf nicht mit einer bloßen Zentralisierung verwechselt werden, da Entscheidungskompetenzen oder -funktion nicht zentralisiert worden sind. Eher angemessen erscheint der Begriff der »Hierarchisierung«, der darauf abhebt, daß die zentrale Handlungsfähigkeit durch den Abbau von Veto-Potentialen an der Peripherie gestärkt wird. Die »compliance« der general manager ist zudem durch die Einführung finanzieller Anreize bzw. Sanktionen erhöht worden. So besteht die Möglichkeit, einem general manager bis zu 20 Prozent einer Gehaltszulage (»performance-related pay«)¹¹⁶ zu streichen, wenn bestimmte Vorgaben, etwa im Rahmen der efficiency savings, nicht erfüllt werden. Auch liegt es in der Hand des - vom DHSS ernannten - chairman einer Health Authority, den general manager zu entlassen, wenn seine Leistungen nicht den Erwartungen entsprechen. Gegen die Erwartung einer vollständigen Gleichschaltung bzw. Subor-

114 Vgl. David Thompson, District General Managers: The Fourth Coalition?, in: Hospital and Health Services Review, 80 (1985); ders., Coalitions and Conflict in the National Health Service: Some Implications for General Management, in: Sociology of Health & Illness, 9 (1987), S. 150 ff.

115 Andrew Pettigrew, Lorna McKee und Ewan Ferlie, Understanding Change in the NHS, in: Public Administration, 66 (1988), S. 299.

116 DHSS Circular PM(86)7. General Managers: Arrangements for Remuneration and Conditions of Service, 1986. Näheres zur jährlichen »review«-Prozedur für General Manager siehe in Financial Times vom 8.7.1988, Health Service Pay Put to Performance Test.

dination des general management zugunsten des DHSS müssen aber einige relativierende Einwände berücksichtigt werden.

Ob der general manager die Funktion eines im konservativen Sinne handelnden »Rationalisierungsagenten« erlangt, ist von mehreren, teils nur schwer steuerbaren Bedingungen abhängig. Bereits die Rekrutierung der general manager erwies sich aus der Perspektive der Regierung als unbefriedigend. Wie sich an den Daten für 1986/87 ablesen läßt, hat das Verwaltungspersonal aus dem NHS den größten Teil der general manager-Positionen übernommen, während der Anteil von Externen gering blieb.¹¹⁷ Offensichtlich hing die überproportionale Stellenbesetzung mit NHS-Verwaltern nicht nur mit den strategischen Vorteilen der Amtsinhaber zusammen, sondern auch mit der mangelnden Qualifikation der Bewerber aus dem privaten Sektor: »Most applications from the private sector proved to come from middle-aged redundant, failed, executives - hardly the managerial shock-troops Griffiths had envisaged.«¹¹⁸ Ein anderer Grund dürfte darin zu suchen sein, daß die drei- bzw. fünfjährigen Verträge sowie die Besoldung keine ausreichenden Anreize boten, um in den NHS überzuwechseln. Des weiteren muß die Frage aufgeworfen werden, ob die general manager nicht einem Sozialisierungseffekt unterliegen, in dessen Folge NHS-spezifische Denk- und Verhaltensmuster übernommen werden. Ein - zugegebenermaßen nicht repräsentatives - Beispiel ist die Demissionierung des general manager des Royal Berkshire Hospital, der zuvor 30 Jahre bei Unilever tätig war, nur zwei Jahre nach seinem Amtsantritt, um gegen geplante Ausgabenkürzungen im Krankenhaus zu protestieren.¹¹⁹ Sogar im NHS Management Board wurde schon für eine ruhigere Gangart in der Gesundheitspolitik plädiert.¹²⁰ Da schließlich davon ausgegangen werden muß, daß auch ein kooptations-resistenter general manager mit den vielfältigen Reibungswiderständen innerhalb des NHS konfrontiert wird, schlägt ebenfalls gegen die Erwartung einer radikalen Veränderung relativierend zu Buche.

117 Vgl. The New UGMs - An Analysis of Management at the Unit Level, in: Health Service Journal vom 2.7.1987.

118 Roland Petchey, The Griffiths Reorganization of the NHS: Fowlerism by Stealth? in: Critical Social Policy, 17 (1986), S. 98.

119 Vgl. Times vom 18.12.1987, Hospital Manager Attacks Cutbacks.

120 Vgl. David Brindle, NHS Management is Declared Fighting Fit, in: Financial Times vom 29.1.1988

Andererseits hat die Griffiths-Reform an der Peripherie für eine erkennbare Machtverschiebung gesorgt, da das consensus management gegenstandslos geworden ist. Zwar sind vielerorts die management teams erhalten geblieben, allerdings nicht mehr als Entscheidungs-, sondern nur noch als Beratungsgremien.¹²¹ Die solchermaßen gestärkte Stellung des Managements gegenüber den Gesundheitsprofessionen hat sich bislang vor allem für das (häufig gewerkschaftlich organisierte) Pflegepersonal und andere nicht-medizinische Berufsgruppen negativ ausgewirkt.¹²² Weitaus komplizierter gestaltet sich das Verhältnis zwischen den general managern und der medizinischen Profession. Denn die unvermeidliche Interessenkollision zwischen sparsamer Mittelverwendung und der »clinical autonomy« kann hier nicht einfach mit Hilfe administrativer Weisungen überspielt werden. Während von seiten des Pflegepersonals eine zunehmende Deprofessionalisierung beklagt wird, hat eine Untersuchung über die Krankenhausärzte festgestellt: »Hardly any consultant we interviewed felt that general management had yet significantly lessened their autonomy ...«¹²³ Einen Indikator für die »stillen« Destruktionspotentiale der medizinischen Profession gegenüber dem general management stellen die Versuche dar, durch bessere Informationen über die Kosten medizinischer Diagnose- und Therapietechniken Krankenhausärzte zu einem effizienteren klinischen Entscheidungsverhalten zu veranlassen.¹²⁴ Eine der am weitesten ausgereiften Methoden zur Datenerfassung und Planung des Mitteleinsatzes wurde seit 1983 unter dem Begriff »clinical budgeting« in mehreren Pilotprojekten getestet.¹²⁵ Die Ärzteschaft reagierte jedoch äußerst reserviert, so daß die Ergebnisse der Pilotprojekte wenig erfolgversprechend ausfielen. Seit 1986 bemüht sich das NHS Management Board um eine Revitalisierung des

121 Vgl. Petchey, *The Griffiths Reorganization*, S. 99.

122 Vgl. Steve Harrison, *The Workforce and the New Managerialism*, in: Robert Maxwell (Hrsg.), *Reshaping the National Health Service*, Berks: Policy Journals 1988.

123 Christopher Pollitt u.a., *The Reluctant Managers: Clinicians and Budgets in the NHS*, in: *Financial Accountability & Management*, 4 (1988), S. 227.

124 Näheres hierzu bei Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 84 f., und David S. Grimes, *The Organisation and Management of Hospital Clinical Specialties*, in: David Allen, und James A. Hughes (Hrsg.), *Management for Health Service Administrators*, London: Pitman 1983.

125 Vgl. James Coles, *Clinical Budgeting as a Management Tool*, in: Robert Maxwell (Hrsg.), *Reshaping the National Health Service*, Berks: Policy Journals 1988, S. 127 ff.

nun in »resource management« umbenannten Verfahrens,¹²⁶ dem aber in Ermangelung von Sanktionen gegenüber kooperationsunwilligen Ärzten »no more than slow and patchy progress«¹²⁷ zugestanden wird.

- (2) Der eigentlich bedeutsame Einfluß der Griffiths-Reform, der als »managerialist bias«¹²⁸ umschrieben werden kann, bestand in einer Interessenverschiebung, die aus der veränderten Anreizstruktur des Managements resultierte. Greift man auf eine These von Haywood und Alaszewski zurück, die die Grenzen zentraler Steuerung folgendermaßen beschrieb: »the obstacle is the predominant ideology in the NHS which the center does not control«¹²⁹, dann kann die Griffiths-Reform in eine Kette von Maßnahmen eingereiht werden, die darauf abzielen, die Kontrolle über die Organisationsphilosophie im NHS zu erlangen. Im Gegensatz zur traditionellen »caring and curing«-Philosophie im NHS, die zudem häufig mit lokalen und professionellen Sonderinteressen befrachtet ist, hat die Regierung Thatcher kontinuierlich darauf hingearbeitet, Effizienz als dominierendes Kriterium bei der Entscheidungsfindung im NHS durchzusetzen.

Nun können hinsichtlich der Effizienzorientierung der general manager durchaus Zweifel geltend gemacht werden, da es sich ja zum großen Teil um ehemalige »administrators« handelt, die - häufig sogar in derselben Health Authority - lediglich die Funktion gewechselt haben. Bedenkt man aber, daß es sich hierbei nicht nur um eine andere Berufsbezeichnung handelt, sondern um eine funktionale, mit ökonomischen Anreizen verbundene Aufwertung der NHS-Verwaltung, die auch schon früher einen managerialist bias aufwies, aber nicht über die Mittel zu dessen Durchsetzung verfügte¹³⁰, dann wird verständlich, warum von der Griffiths-Reform nachhaltiger Einfluß auf das Selbstverständnis der Verwaltung ausging.

Äußeres Anzeichen war zunächst die 1984 erfolgte Umbenennung des Institute of Health Service Administrators in Institute of Health Ser-

126 Ebd., S. 131.

127 Pollitt u.a., *The Reluctant Managers*, a.a.O., S. 231.

128 Ewan Ferlie und Lorna McKee, *Planning for Alternative Futures in the NHS*, in: *Health Services Management Research*, 1 (1988), S. 14.

129 Stuart Haywood und Andy Alaszewski, *Crisis in the Health Service. The Politics of Management*, London: Croom Helm 1980, S. 64.

130 Vgl. Stuart C. Haywood, *Managing the Health Service*, London: Allen & Unwin 1974.

vice Managers. Seither fällt diesem Berufsverband, dem heute fast alle der rund 7 000 höheren Verwaltungsdienstgrade des NHS angehören, eine zentrale Rolle im Professionalisierungsbestreben der Verwaltung zu. Das IHSM unterstützt diesen Prozeß vor allem auf politischer Ebene und kann dabei auf die strategisch außerordentlich günstige Position als einer der wenigen Interessengruppen aufbauen, die der konservativen Gesundheitspolitik eher aufgeschlossen, wenn auch nicht vollends unkritisch gegenübersteht. Dabei ist das IHSM nicht unbedingt auf die typischen Einflußtechniken von Verbänden angewiesen, sondern kann auf die Übereinstimmung mit wichtigen Positionen der Regierung Thatcher und gemeinsame Problemdefinitionen zurückgreifen, wie die Betonung von Effizienzerhöhung als zentraler gesundheitspolitischer Aufgabe. Auch das Problem des Zugangs zum Entscheidungsprozeß stellt sich für das IHSM kaum. Im Jahresbericht 1985 - 1986 heißt es: »Throughout the year the Institute had cordial relations with the NHS Management Board which, it is pleasing to note, includes several members of the Institute.«¹³¹

Daß die general manager aber auch nicht als willfährige »Sparkommissare« im Dienste der Regierung betrachtet werden können, läßt sich an einem Arbeitspapier des IHSM demonstrieren, das Hinweise auf das Selbstverständnis der neuen Managementschicht erlaubt.¹³² Im Mittelpunkt steht die Unterscheidung zwischen drei Wertkategorien, die als handlungsleitend für die britische Gesundheitspolitik betrachtet werden. Bisher vorherrschend seien die auf den Beveridge-Report zurückgehenden »founding principles« wie Gleichheit und Kostenfreiheit der Versorgung sowie ein umfassendes Leistungsangebot (»comprehensiveness«). Diese Werte werden zunehmend mit einem Bündel von »emergent values« konfrontiert, mit denen die Konservativen assoziiert werden. Hierzu zählen Wahlfreiheit, Konsumentenorientierung, Effektivität und Effizienz. Das IHSM sieht sich als Vertreter der »pragmatic principles«, die zwischen beiden Wertkategorien angesiedelt sind. Hierbei wird einerseits die Ausschöpfung des ökonomisch »machbaren« betont, andererseits wird für gesundheitspolitische Reformen eine »social acceptability« gefordert, was sich durchaus als

131 Institute of Health Services Management, Annual Report 1985-86, London: IHSM, S. 12.

132 Vgl. Working Party on Alternative Delivery & Funding of Health Services, The Search for a System - Establishing the Criteria, Working Paper No. 1, London: Institute of Health Services Management 1988, S. 8 ff.

Absage an radikale Reformen interpretieren läßt. In diese Richtung zielt auch die Forderung nach der Berücksichtigung von Folgekosten; gesundheitspolitische Reformen müßten dem Grundsatz »smoothness of transition« genügen. Diese Problemwahrnehmung läßt die neue Managerschicht im NHS als Anhänger einer »sanften« und technokratisch angeleiteten Rationalisierungspolitik erscheinen.

- (3) Während die Griffiths-Reform auf die governance-Struktur im NHS vielfältige Auswirkungen besaß, kann sie auf der Ebene des politischen Entscheidungsprozesses mehr als Indikator für die Transformation politischer Handlungsmuster betrachtet werden, also als Element eines neuen Politikstils. Ham¹³³ hat auf den bedeutsamen Punkt hingewiesen, daß alle Empfehlungen des Griffiths Report im Rahmen der »delegated legislation« durchsetzbar sind und damit die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung entfällt. Die Umgehung parlamentarischer und konsultativer Reibungsflächen ist unter Margaret Thatcher zur Regel geworden. Während des gesamten Untersuchungszeitraumes von immerhin zehn Jahren hat die Regierung Thatcher nur wenige Gesetze verabschiedet, die den NHS betrafen, aber das DHSS hat währenddessen Hunderte von circulars produziert, die keineswegs nur der Regelung von Detailfragen galten. Die Nutzung der delegated legislation ist zwar kein alleiniges Spezifikum der Regierung Thatcher, bedenkt man allerdings, daß es im Gegensatz zu allen vorangegangenen Regierungen zumeist um ordnungspolitische Weichenstellungen zu Lasten des NHS geht, dann erscheint die strategische Nutzbarkeit dieses im britischen Regierungssystem verankerten Steuerungsinstrumentariums in einem anderen Licht.

Zwar findet das Konsultationsprinzip auch auf die delegated legislation Anwendung, allerdings kann gerade am Beispiel des Griffiths Report die Mißachtung bzw. die strategische Umdefinition etablierter Entscheidungstechniken beobachtet werden. Zunächst setzte die knappe Zeitspanne zwischen der Veröffentlichung des Griffiths Report Ende November 1983 und den Anhörungsterminen im Januar und Februar 1984 - bedingt durch die Weihnachts- und Neujahrsferien - die Akteure für die Vorbereitung ihrer Stellungnahmen unter massiven Zeitdruck. Zudem hatte die Anhörung vor dem Sozialausschuß des Unterhauses für die Regierung offenkundig nur akklamati-

133 Vgl. Ham, Health Policy in Britain, a.a.O., S. 34.

ven Charakter.¹³⁴ Denn das DHSS hatte die zentralen Elemente der Griffiths-Reform von vornherein als »non-negotiable« behandelt, so daß die Kritik, die im Anhörungsverfahren zum Beispiel mehrheitlich gegenüber der obligatorischen Einführung des general managers geäußert wurde, folgenlos blieb. Dies führt zu dem Schluß, daß die Anhörung dem DHSS lediglich der präventiven Erfassung möglicher Implementationswiderstände diene, der auch dadurch untermauert wird, daß dem circular HC(84)13¹³⁵, mit dem die Einführung der general manager in den Health Authorities eingeleitet wurde, nicht weniger als 20 Entwürfe vorausgingen.¹³⁶ Das DHSS war also bestrebt, ein »wasserdicht« formuliertes circular zu erstellen.

Ein weiteres Indiz dafür, daß sich die Regierung über traditionelle Entscheidungsprozeduren hinwegsetzt, besteht in der massiven Nutzung privatwirtschaftlicher Expertise zur Entscheidungsvorbereitung, wie sie hier mit der Ernennung des gesundheitspolitisch völlig unerfahrenen Roy Griffiths zum Ausdruck kam. Zwar wurde schon 1974 unter Edward Heath die Unternehmensberatung McKinsey mit einer umfassenden Organisationsanalyse des NHS beauftragt, seit 1979 hat die Verflechtung des gesundheitspolitischen Netzwerkes zur Geschäftswelt jedoch eine neue Dimension erlangt, die auf drei Ebenen nachgezeichnet werden kann. Rund 15 Prozent der Health Authorities haben ihre Buchführung und Rechnungsprüfung an private Firmen vergeben. Unter ihnen befinden sich international bekannte Namen wie Price Waterhouse, Coopers & Lybrand und Ernst & Whinney.¹³⁷ Spektakulärer noch sind die personellen Verflechtungen. Im NHS Management Board sind mit Len Peach (ehemals IBM) und Ian Mills (ehemals Price Waterhouse) zwei Manager aus der Londoner City vertreten, und Victor Paige war zuvor Chef der bekannten Freihandelszone »Port of London Authority«.¹³⁸ Auch Derek Raynor entstammt der Privatwirtschaft, nämlich dem Vorstand des Handelskonzerns Marks & Spencer. Schließlich haben Consulting-Firmen

134 Diese These vertritt zum Beispiel J.S. Oldham, Griffiths - Consultation or Compliance? in: Hospital and Health Services Review, 80 (1985), S. 85.

135 DHSS Circular HC(84)13. Implementation of the NHS Management Inquiry Report, 1984.

136 J.S. Oldham, Griffiths - Consultation or Compliance? a.a.O., S. 80.

137 Vgl. Financial Times vom 2.9.1987, NHS Audits Contracted Out.

138 Vgl. Phil Cohen, Strange Men Moving Into the NHS, in: New Statesman vom 18.4.1986, S. 15.

eine Reihe von Untersuchungen erstellt, die mitunter direkt in regierungsamtliche Strategiepapiere eingeflossen sind. So wurde Coopers & Lybrand 1981 mit der Auslotung von contracting out-Potentialen im kommunalen Sektor beauftragt¹³⁹, während Ernst & Whinney wesentliche Vorarbeiten zu »Primary Health Care« von 1986 geliefert hat (vgl. Kapitel 6.4.1).

Die Nutzung privater Management-Expertise und die nur noch formale Einhaltung des Konsultationsprinzips steht stellvertretend für den »Verfall politischer Verhaltensnormen« und die so hervorgerufene »Statistenrolle von Vermittlungsorganen«.¹⁴⁰ Denn seit ihrer Amtsübernahme hat die Regierung Thatcher weder in der Gesundheitspolitik noch anderswo eine Royal Commission eingesetzt. In diese Richtung deutet auch die schon 1980 erfolgte Auflösung eines vormals einflußreichen Beratungsgremiums wie dem Central Health Services Board.¹⁴¹ Ein Kommentator der regierungsfreundlichen Financial Times stellte zu diesem neuen Politikstil treffend fest: »Mrs. Thatcher is having no truck with time-consuming Royal Commissions or other long-winded reviews. She wants full control of the discussions, involving specially selected ministers, her own Policy Unit advisors and a few sympathetic outsider.«¹⁴² Die konservative Regierung hat damit ein Instrument der Entscheidungsvorbereitung suspendiert, dessen konsensbetontes und auf unabhängiger Expertise basierendes Verfahren stets als Bestandteil einer typisch britischen Form der Politikformulierung galt.

c) Die ordnungspolitische Bedeutung der Griffiths-Reform

Die Bewertung der Griffiths-Reform ist in Großbritannien überaus kontrovers ausgefallen. Sie reicht von der These, es handele sich um eine Rückkehr zum politischen Pragmatismus¹⁴³, über die Deutung, der NHS

139 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 37.

140 Vgl. Crouch, *Großbritannien*, a.a.O., S. 14.

141 Vgl. Ham, *Health Policy in Britain*, a.a.O., S. 106.

142 Peter Ridell, *Ailing UK Health Care Gets the Thatcher Treatment*, in: *Financial Times* vom 27.1.1988. Zur Rolle des No. 10 Policy Unit siehe den Erfahrungsbericht von David Willets, *The Role of the Prime Minister's Policy Unit*, in: *Public Administration*, 65 (1987). Willets ist seit Ende 1986 Direktor des CPS.

143 Zum Beispiel Klein, *Why Britain's Conservatives Support*, a.a.O.

würde in Zukunft analog zu den verstaatlichten Industrien die Konturen einer dynamischen Organisation annehmen¹⁴⁴, bis hin zu der Vorstellung, im NHS sei via general manager ein »take-over« durch private Geschäftsinteressen erfolgt.¹⁴⁵ Daß die Griffiths-Reform zu derart unterschiedlichen Beurteilungen Anlaß gab, ist ihrem ambivalenten Charakter zuzuschreiben. Denn eine eigenständige ordnungspolitische Auswirkung besitzt die neue Managementstruktur nicht. Selbst die unbestreitbare Machtverschiebung innerhalb der NHS-Verwaltung sowie die Stärkung zentraler Durchgriffschancen auf die Peripherie ändern nichts an den grundlegenden Funktionsprinzipien des NHS. Die Beschränkung des Reformprogramms auf die Verwaltung des NHS könnte auch als politische Prioritätensetzung verstanden werden, bei der der private Sektor bzw. eine wettbewerbsorientierte Gesundheitspolitik zugunsten einer schlichten Verwaltungsmodernisierung in den Hintergrund getreten sind.

Löst man sich allerdings von einer der engen ordnungspolitischen Betrachtungen und stellt die Veränderungen der Netzwerkstruktur in den Vordergrund, dann treten zwei Aspekte in das Blickfeld, die es rechtfertigen, die Griffiths-Reform als wichtigsten und folgenreichsten Schritt der konservativen Gesundheitspolitik zu bewerten. Erstens eröffnet das general management als neuer Akteure »strategic opportunities« für Steuerungsziele und -maßnahmen, denen gegenüber sich der NHS in seiner traditionellen Struktur als äußerst sperrig erwiesen hat, indem die »Interventionsfreundlichkeit« des NHS erhöht und die Implementationsgeschwindigkeit von Innovationen mit Hilfe der general manager beschleunigt werden kann.¹⁴⁶ Die Brückenkopffunktion dieses Akteurs wird später noch deutlich zutage treten.

Zweitens hat die Griffiths-Reform die »cognitive map« der Akteure und damit auch die Selektivität des Netzwerkes gegenüber strategischen Optionen verändert. In der britischen Diskussion wurde dies treffend als »management of meaning« bezeichnet, dessen Auswirkungen beschrieben wurden als »a process of symbolic construction and value use designed to create legitimacy for one's ideas, actions, and demands, and to delegitimize the demands of one's opponents.«¹⁴⁷ Mit den general managern

144 So zum Beispiel Gordon Best, *The National Health Service After Griffiths*, Aide Memoir for a Seminar at the European Health Policy Forum, Brussels, February 1987.

145 Vgl. Davidson, *A Question of Care*, a.a.O.

146 DHSS, *NHS Management Inquiry*, a.a.O., S. 12.

147 Pettigrew u.a., *Understanding Change*, a.a.O., S. 302.

drängen nun vornehmlich ökonomische Entscheidungskalküle in die etablierte Organisationskultur des NHS, wodurch auch auf der ideellen Ebene die Veto-Möglichkeiten professioneller und lokaler Sonderinteressen mit ihrer Orientierung an den traditionellen Beveridge-Prinzipien in die Defensive geraten. Weiter oben wurden Institutionen als »materialisierte Ideologien« bezeichnet, so daß die Vermutung naheliegt, daß mit der Erosion einer spezifischen Organisationskultur auch ein Verlust identitätsstiftender Elemente droht, was auf lange Sicht zu einer Auflösung jener breiten Koalition führen könnte, die den NHS trägt und legitimiert.

6.3.3 Vom »Contracting Out« zum »Buying In«

Anfang 1983 knüpfte die Regierung erneut an ihre contracting out-Initiative an. Die Debatte hatte zwischenzeitlich durch eine Veröffentlichung des Adam Smith Institute mit dem Titel »Reservicing Health« im Sommer 1982 einigen Auftrieb erhalten. Der Autor dieser Broschüre, Michael Forsyth, damals noch Abgeordneter der Konservativen im Westminster City Council, war gleichzeitig Eigentümer der PR-Agentur Michael Forsyth Associates, zu deren Kunden die Pritchard Services Group zählte, eines der größten Reinigungsunternehmen Großbritanniens. In Reservicing Health wurden die größere Effizienz privater Firmen gegenüber der angeblich schwerfälligen NHS-Bürokratie angepriesen und die These vertreten, daß ein verstärktes contracting out nicht nur erhebliche Einsparungsmöglichkeiten beinhalte, sondern zudem auch den Bedürfnissen der Konsumenten besser entsprechen würde.¹⁴⁸ Interessant ist dabei weniger die Nähe eines konservativen Abgeordneten zur Privatwirtschaft, als vielmehr das Verhältnis zwischen Konservativer Partei und den ihr nahestehenden Think tanks¹⁴⁹, das im vorliegenden Fall zwei interessante Aspekte beinhaltet: erstens das regelrecht symbiotische Verhältnis zwischen einzelnen Parteimitgliedern und parteiexternen Organisationen und zweitens der Umstand, daß das contracting out beileibe nicht die einzige Initiative war, die durch den Einfluß der Think tanks auf die Tagesordnung gelangte. Beide Aspekte können im Kern auf ein und dasselbe Netzwerkcharakteristikum zurückgeführt werden, und zwar die fehlende Verflechtung zwischen der Konservativen Partei und dem NHS, die einerseits den Rück-

148 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 37.

149 Kavanagh, *Thatcherism and British Politics*, a.a.O., S. 74 f.

griff auf externe »Ideologie-Produzenten« erlaubt und es andererseits den Akteuren des gesundheitspolitischen Netzwerks erschwert, auf die Programmformulierung einzuwirken, wie dies im bundesdeutschen Fall möglich war.

Das DHSS verschickte im Februar 1983 den Entwurf eines circulars, mit dem die Health Authorities zur Vergabe von Serviceverträgen an private Firmen aufgefordert wurden. Die Reaktionen zeigten, daß viele Health Authorities dem contracting out ausgesprochen skeptisch gegenüberstanden.¹⁵⁰ Die Bedenken aus dem NHS fanden jedoch keinen Eingang in das endgültige circular, das im September 1983 veröffentlicht wurde - im Gegenteil. Das DHSS war auf drohende Implementationswiderstände aufmerksam geworden und hatte deshalb die Bindungswirkung des circulars merklich verschärft. Neben finanziellen Anreizen und der Abschwächung der Anhörungsrechte in eine bloße Informationspflicht der Beschäftigten, die vom contracting out betroffen sein würden, sollte vor allem ein verbindlicher Zeitplan sicherstellen, daß die Health Authorities den Vorgaben des DHSS folgen würden.¹⁵¹ Bereits Anfang 1984 zeichnete sich ab, daß der anvisierte Zeitplan nicht eingehalten würde und die Health Authorities das contracting out nicht mit dem gewünschten Eifer vorantrieben. Dies wurde Gegenstand verschiedener parlamentarischer Aktivitäten, die speziell von den konservativen Abgeordneten Michael Forsyth und Christopher Chope ausgingen, die beide im Zuge der Wahlen vom Juli 1983 in das Unterhaus gelangt waren.¹⁵² Die Verbände der Privatwirtschaft, insbesondere die Contract Cleaning and Maintenance Association, beklagten gegenüber dem DHSS Verzögerungen und Hindernisse, die von den Health Authorities ausgingen.¹⁵³ Daher erhielten private Firmen, die sich beim Verfahren der Vertragsvergabe unfair behandelt fühlen, ein direktes Beschwerderecht gegenüber dem NHS Management Board. Dies führte wiederholt zu massiven Interventionen des DHSS in den Entscheidungsprozeß an der Peripherie.¹⁵⁴

150 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 30 f.

151 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 31. Einzelheiten finden sich im DHSS Circular HC(83)18. *Health Services Management, Competitive Tendering in the Provision of Domestic, Catering and Laundry Services*, 1983.

152 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 38.

153 Vgl. R. Mailly, *Competitive Tendering Approaches Adopted in the NHS*, in: *Health Care Management*, 1 (1986), S. 26.

154 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 186; Martin Loney, *The Politics of Greed. The New Right and the Welfare State*, London: Pluto Press 1986, S. 133.

Aus Daten, die das Social Services Committee für Mitte 1985 vorlegte, geht hervor, daß von 2 000 möglichen Verträgen nur 222 an private Firmen vergeben wurden. Auch die vom DHSS geschätzten Einsparungen beliefen sich 1985 auf lediglich 18,6 Millionen Pfund.¹⁵⁵ Der Wert des contracting out für die Regierung besteht aber nicht nur in ihrem Privatisierungseffekt oder den erzielten Einsparungen, sondern auch in der Schwächung der NHS-Gewerkschaften. Noch im gleichen Monat, in dem das circular HC(83)18 verschickt wurde, hob die Regierung die »Fair Wages Resolution« auf, die bis dahin die Tarifregelungen des öffentlichen Dienstes auch für private Vertragsfirmen verbindlich machte. Diesem Schritt folgte im November die Anweisung an die Health Authorities, daß die Verträge für private Firmen keine Regelungen über die Lohnhöhe oder die Arbeitsbedingungen enthalten sollen.¹⁵⁶

Anfänglich wurde damit die Position der privaten Anbieter gestärkt, die häufig nur einen geringen gewerkschaftlichen Organisationsgrad aufweisen und damit die Lohnkosten unter dem NHS-Niveau halten konnten. Mittlerweile haben jedoch viele gewerkschaftlich organisierte Arbeiter und Angestellte im NHS durch Konzessionen bei Löhnen, sozialen Leistungen und Arbeitsbedingungen ihre privaten Konkurrenten ausgestochen. Häufig wurde das NHS-Personal in ihren Bemühungen vom Management unterstützt, bei dem die Meinung vorherrscht, daß schlecht bezahltes Personal entsprechend schlechte Arbeit leistet. 1987 waren von den 1 181 möglichen Serviceverträgen nur 283 (= 20 Prozent) an private Firmen vergeben worden.¹⁵⁷ Damit hat das sogenannte »in-house tendering«, also die Vertragsvergabe an Bewerber aus dem NHS, einen Beitrag zur Sicherung der bedrohten Arbeitsplätze im NHS geleistet, jedoch um den Preis geringerer Löhne, schlechterer Arbeitsbedingungen und einer allgemein sinkenden Moral.

Der Umfang der Vertragsvergabe an private Firmen läßt es als fraglich erscheinen, ob das contracting out als »Trojanisches Pferd« der Privatisierung¹⁵⁸ gelten kann. Einwände gegen diese Einschätzung gewinnen dadurch an Gewicht, daß das contracting out theoretisch ja zugunsten

155 Vgl. Asher, *The Politics of Privatisation*, a.a.O., S. 189.

156 Robin G. Milne, *Competitive Tendering in the NHS: An Economic Analysis of the Early Implementation of HC(83)18*, in: *Public Administration*, 65 (1987), S. 150.

157 Vgl. Mike Sheaff, *NHS Ancillary Services and Competitive Tendering*, in: *Industrial Relations Journal*, 19 (1988), S. 97.

158 Vgl. Loney, *The Politics of Greed*, a.a.O., S. 109.

einer vollständigen Privatisierung des Servicebereichs hätte radikalisiert werden können, was aufgrund des damit verbundenen politischen Risikos - immerhin wären davon hunderttausende von NHS-Beschäftigten betroffen - aber ausgesprochen unwahrscheinlich ist.¹⁵⁹ Hinsichtlich des ordnungspolitischen Stellenwertes ist der Einschätzung von Haywood und Ranade zuzustimmen, die hierzu festgestellt haben: »... Ministers have succeeded in changing managerial behaviour to ensure concepts of efficiency, cost effectiveness and productivity are accorded more weight in the organisational culture«. ¹⁶⁰ Das contracting out kann also eher als Element der neuen Organisationskultur, denn als ordnungspolitisch folgenreiche Maßnahme betrachtet werden. Dabei ist einschränkend hinzuzufügen, daß sich einzelne DHAs bis heute weigern, Serviceleistungen an Private zu vergeben.¹⁶¹ Die contracting out-Initiative ist damit ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten wie auch für die Grenzen der Privatisierung im NHS. Einerseits hatten die entschiedene Vorgehensweise und die als Implementationshilfe angelegten Interventionen des DHSS gezeigt, daß die Regierung Thatcher auch im NHS Widerstände überbrücken kann. Andererseits sind trotz des general managements durchaus noch politische Destruktionspotentiale an der Peripherie vorhanden.

Eine andere Variante der Kooperation zwischen dem NHS und dem privaten Sektor, das als »buying in« bezeichnete »Einkaufen« medizinischer und pflegerischer Leistungen aus dem privaten Sektor, schien hingegen erhebliche ordnungspolitische Konsequenzen zu besitzen, da zentrale Dienstleistungskategorien des NHS tangiert werden. So war mit dieser Form des public/private mix stets der begründete Verdacht verbunden, daß die sukzessive Auslagerung der medizinischen Dienstleistungsproduktion den Status des NHS als Monopolanbieter unterminieren könnte. Da beim buying in drei Varianten unterschieden werden müssen, relativiert sich diese Annahme jedoch.

- (1) Die erste Variante besteht darin, daß die Health Authorities medizinische Dienstleistungen von privaten Krankenhäusern einkaufen. Häufig dient dies der Reduzierung von Wartelisten zum Beispiel für

159 Vgl. Tony Key, Contracting Out Ancillary Services, in: Robert Maxwell (Hrsg.), Reshaping the National Health Service, Berks: Policy Journals 1988, S. 80.

160 Stuart Haywood und Wendy Ranade, Privatising from Within: The National Health Service under Thatcher, Prepared for presentation at the XIVth World Congress of the IPSA, August 28th to September 1, Washington, DC 1988, S. 24.

161 Vgl. Key, Contracting Out, a.a.O., S. 69

Hüftgelenk-Operationen.¹⁶² Möglich wurde diese Kooperation dadurch, daß es die konservative Regierung den Health Authorities gestattete, mit kommerziellen Unternehmen Verträge abzuschließen. Im Dezember 1987 kündigte die Regierung sogar an, 5 Millionen Pfund aus dem NHS-Budget als zweckgebundene Mittel auszuweisen, mit denen die DHAs Kooperationsverträge mit privaten Krankenhäusern abschließen sollten, um damit die Wartelisten zu reduzieren. Diese Maßnahme zur Förderung des privaten Krankenhausesektors wurde trotz negativer Erfahrungen aus zwei vorangegangenen Modellversuchen verabschiedet, bei denen die Health Authorities zusätzliche Finanzmittel nicht in Anspruch genommen hatten, da die Operationskosten in privaten Krankenhäusern deutlich über denen des NHS lagen.¹⁶³ Mittlerweile gehen Schätzungen davon aus, daß rund 40 Prozent der Health Authorities Kooperationsverträge mit privaten Krankenhäusern abgeschlossen haben.¹⁶⁴ Neuerdings gibt es in der Regierung sogar die Überlegung, daß der NHS ganze Krankenhäuser aus dem privaten Sektor mieten könnte, um so die Baukosten zu sparen.¹⁶⁵ Diese Politik kann als Indikator dafür gewertet werden, daß die Regierung Thatcher nach wie vor das Ziel einer »mixed economy of welfare« anstrebt, allerdings die Förderung des privaten Sektors stärker den vom Netzwerk zugelassenen Strategievarianten angepaßt hat.

In diesem Zusammenhang ist der Hinweis erforderlich, daß das Verhältnis zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor auch dadurch charakterisiert ist, daß Mangelsituationen, die Kooperationsverbindungen erforderlich werden lassen, keineswegs nur im NHS auftreten. Als Margaret Thatcher sich im Sommer 1984 in einem privaten Krankenhaus einem ophtalmologischen Eingriff unterzog, mußten wichtige Teile der medizintechnischen Ausrüstung aus einem NHS-Krankenhaus geliehen werden.¹⁶⁶ Dieser Begebenheit kommt mehr als nur anekdotische Beweiskraft zu, denn sie verdeutlicht er-

162 Vgl. Stephen Birch, Policy Implications of Contracting Out Care: The Case of Total Hip Replacement, in: Hospital and Health Services Review, 80 (1985).

163 Vgl. Times vom 26.12.1987, NHS Offered £ 5m for Private Sector Deals to Cut Waiting.

164 Vgl. Paul Brotherton und Celia Miller, Private Inroads Into Healthcare, Ms. (Greater London Association of Community Health Councils), o.O. o.J. (1988), S. 3.

165 Vgl. Times vom 20.2.1988, Private Sector Seeks Hospital Contracts.

166 Vgl. Loney, The Politics of Greed, a.a.O., S. 102.

neut, daß der private Krankenhaussektor hochgradig spezialisiert ist und nur in begrenztem Umfang überhaupt eine Substitution für den NHS darstellen kann. Auch wenn die Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor unschärfer werden, erwächst dem NHS daraus zur Zeit keine Konkurrenz für die Kernbereiche der stationären Versorgung.

Der einzige Leistungsbereich, in dem der private Sektor seit der konservativen Regierungsübernahme einen massiven Wachstumsschub aufweist, ist der private Altenwohnheim- bzw. Pflegeheimsektor, der ebenfalls unter der Rubrik »buying in« betrachtet werden kann. Zwischen 1975 und 1982 hat sich die Zahl privater Pflegeheime um 60 Prozent (von 1 770 auf 2 830) erhöht.¹⁶⁷ Zwischen 1982 und 1984 gab es nochmals ein signifikantes Wachstum, und zwar um 45 Prozent auf 4 090. Während dieses Zeitraums stieg die Anzahl kommunaler Pflegeheime lediglich von 2 459 auf 2 673 an. Obwohl die geriatrische Pflege traditionell einen Randbereich der Gesundheitspolitik darstellt und nicht im Leistungskatalog des NHS beinhaltet ist, gibt es zwei Gründe, warum der private Pflegeheimsektor für die hier behandelte Problematik relevant ist.

Erstens basiert das Wachstum des privaten Sektors auf einer massiven staatlichen Subventionierung. Erst durch die Einführung der Supplementary Benefits (Requirements) Regulations 1980 erhielten Bewohner privater Pflegeheime einen Anspruch auf staatliche Finanzierung aus der Sozialversicherung.¹⁶⁸ Mit dieser Regelung wurde nicht nur das Wachstum des privaten Sektors angekurbelt, sondern die Ausgabenexpansion in diesem Bereich hat im Staatshaushalt einen weiteren konkurrierenden Budgetposten entstehen lassen. Zweitens wird der private Pflegeheimsektor und die politische Reaktion auf dessen Wachstum als Beispiel für ein neues Wohlfahrtsstaatsmodell gedeutet.¹⁶⁹ In einer von Day und Klein vertretenen These wird die Vermutung geäußert, daß mit wachsender Abhängigkeit des Staates von der privaten Dienstleistungsproduktion gleichzeitig ein steigender Bedarf

167 Daten nach John A. Vincent, Alan D. Tibbenham und David R. Phillips, *Choice in Residential Care: Myths and Realities*, in: *Journal of Social Policy*, 16 (1987), S. 437.

168 Näheres bei Helen Bartlett, *Social Security Policy and Private Sector Care for the Elderly*, in: *The Year Book of Social Policy 1986-87*, London: Longman 1987, S. 69.

169 Vgl. Patricia Day und Rudolf Klein, *The Business of Welfare*, in: *New Society* vom 19.7.1987

an staatlicher Regulierung der Kosten und der Qualität des privaten Sektors einhergehen würde. Als wichtigster Beleg für diese These gilt der Registered Homes Act von 1984, der eine Verschärfung bei der Zulassung, der Qualitätsüberwachung und bei der Festsetzung von Pflegegebühren vorsieht.¹⁷⁰ Die These von der Transformation des britischen Wohlfahrtsstaates vom Dienstleistungsproduzenten zum Dienstleistungsregulierer besitzt eine gewisse Plausibilität. Im Kontext der konservativen Gesundheitspolitik ist es allerdings wichtiger, den Registered Homes Act unter dem Aspekt einer auf Kontrolle ausgerichteten Hierarchisierung hervorzuheben.

- (2) Die zweite Kooperationsvariante zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor besteht darin, daß die Health Authorities zwecks »income generation« mit privaten Unternehmen Verträge abschließen, um zusätzliche finanzielle Mittel aufzubringen. Einer der spektakulärsten Fälle dieses neuartigen »fund raising« war die Eröffnung eines privaten Krebsvorsorgezentrums im renommierten Londoner St. Bartholomew's Hospital.¹⁷¹ Von untergeordneter Bedeutung ist die Erschließung neuer Einnahmequellen durch die Vermietung von Werbeflächen oder Verkaufsräumen innerhalb von NHS-Krankenhäusern an private Anbieter.¹⁷²
- (3) Schließlich sind als dritte Variante die sogenannten »joint ventures« zu nennen, die vor allem bei medizinischen Großgeräten Anwendung finden. So gibt es bereits mehrere Fälle einer gemeinsamen Finanzierung und Nutzung von extrakorporalen Stoßwellen-Lithotriptern (»Nierensteinzertrümmerer«).¹⁷³ Die beiden letztgenannten Varianten der Kooperation zwischen NHS und privatem Gesundheitssektor deuten auf einen Beziehungsmodus hin, der durch wechselseitige Vorteilsnahme gekennzeichnet ist. NHS und privater Gesundheitssektor kooperieren hierbei auf der Grundlage ihrer jeweils spezifischen Funktionsdefizite, was die weiter unten bereits ausgeführte These er-

170 Registered Homes Act, Nursing Homes and Mental Nursing Homes Regulations 1984, London: HMSO (S.I. 1548); DHSS Circular HC(84)21. Registration and Inspection of Private Nursing Homes and Mental Nursing Homes, 1984. Näheres bei Vyvyan, The Registered Homes Act 1984: Reform and Response, in: The Year Book of Social Policy 1986-87, London: Longman 1987.

171 Vgl. Birch, Policy Implications, a.a.O., S. 4.

172 Vgl. Times vom 12.8.1987, Health Service Privateer.

173 Vgl. Peter A. West, Sharing the Cost of High Technology Medicine: The Economics of Public and Private Co-operation, in: Hospital and Health Services Review, 61 (1986).

härtet, daß das Verhältnis zwischen NHS und privatem Sektor auch in Zukunft nicht der Logik eines Null-Summen-Spiels folgen wird¹⁷⁴, sondern eher ein symbiotisches Beziehungsmuster zu erwarten ist.

6.3.4 Die Steuerung der ambulanten Versorgung

Der bisherige Verlauf der konservativen Gesundheitspolitik hat deutlich gemacht, daß die Regierung Thatcher über kein kohärentes strategisches Konzept verfügte, bei dem sich einzelne politische Maßnahmen als Etappen auf dem Weg zur einer zielstrebig anvisierten Gesamtreform identifizieren lassen. Ebenso fehlte es an einer klar definierten Zielperspektive. Als treibende Kraft erwies sich vielmehr eine Mischung aus konservativen Wertpräferenzen, wahlkampfaktischen Opportunitätsabwägungen und an praxisorientierten Lernprozessen, was sicherlich in einem gewissen Gegensatz zum verbreiteten Image der Regierung Thatcher steht, die weithin als verschworene Gemeinschaft aus politischen Überzeugungstätern gilt. Andererseits sind damit Veränderungen keineswegs ausgeschlossen, da aus politischen Lernprozessen möglicherweise erst die Einsicht in Handlungsoptionen erwächst oder eine Steigerung der politischen Handlungsfähigkeit resultieren kann. Ein Beispiel für die eben beschriebene Eigendynamik war die Neuregelung des administrativen Status der Family Practitioner Committees (FPCs).

Politisch-strategisches Gewicht für die konservative Gesundheitspolitik besaß diese Maßnahme zunächst nicht, da es sich um eine Folgewirkung der NHS-Verwaltungsreform von 1982 handelte. Mit der Auflösung der AHAs mußten auch die Zuständigkeiten für die FPCs neu geregelt werden, die seit 1974 administrativ an die AHAs angebunden waren. In einem Diskussionspapier aus dem Jahr 1981¹⁷⁵ hatte das DHSS diese Frage zunächst offen gelassen und drei Varianten zur Disposition gestellt: eine Zuordnung der FPCs zu den DHAs, was der Beibehaltung des Status quo entsprochen hätte, eine Zuordnung zu den RHAs oder der Status unabhängiger Verwaltungseinheiten mit direkter Verantwortlichkeit gegen-

174 Vgl. Bosanquet, *Private Health Insurance*, a.a.O. und Rudolf Klein, *Towards a New Pluralism*, in: *Health Policy*, 8 (1987).

175 Vgl. DHSS Circular HN(FP)(81)12. *Arrangements for the Administration of Family Practitioner Services: A Consultative Paper*, 1981.

über dem DHSS.¹⁷⁶ Die beiden ersten Lösungen wären dem Bestreben nach einer möglichst weitgehenden Integration der verschiedenen NHS-Versorgungsbereiche entgegengekommen und fanden bei den Health Authorities und im DHSS Unterstützung. Daß die Entscheidung letztendlich doch zugunsten der dritten Variante fiel, beruhte zum einen darauf, daß die Integrationsphilosophie der frühen siebziger Jahre mit ihrem planerisch-technokratischen Einschlag als handlungsleitendes Kalkül erheblich an Bedeutung eingebüßt hatte, zum anderen ging sie auf intensive Bemühungen des General Medical Services Committee der BMA und der Society of FPC Administrators zurück. Die Präferenz dieser beiden Akteure für den »independent«-Status der FPCs entsprang einmal der Befürchtung, von den sehr viel größeren Health Authorities dominiert und vielleicht sogar in deren austeritäres Finanzkorsett integriert zu werden¹⁷⁷, zum anderen entspricht das aus der Entstehungsgeschichte des NHS herrührende Selbstverständnis der GPs noch dem von »independent contractors«, die sich zum bürokratisierten Krankenhausesektor einen gewissen Abstand bewahren.

Die Neuordnung des Verwaltungsstatus der FPCs wurde im Rahmen des Health and Social Security Act von 1984 parlamentarisch verabschiedet und trat im April 1985 in Kraft.¹⁷⁸ Die nun in der britischen Diskussion verbreitete Auffassung, daß die FPCs seit 1985 als independent oder gar als »free floating«¹⁷⁹ zu betrachten seien, ist nicht ohne weiteres plausibel. So stellt sich etwa die Frage, warum die direkte Anbindung an das DHSS so umstandslos als Autonomiegewinn für die FPCs verbucht wurde. Hierfür sind zumindest zwei Faktoren verantwortlich. Zum einen hat die immer wieder auflebende Diskussion um die Vor- und Nachteile einer stärkeren Integration der ambulanten Medizin in die Krankenhaus- und Gemeindeversorgung ein Interpretationsmuster begünstigt, bei dem die Trennung von FPCs und Health Authorities als Autonomiegewinn der FPCs gedeutet wird. Zum anderen war die Erwartung begründbar, daß auch eine administrative Anbindung an das DHSS nicht zu einer Vereinnahmung führen würde, da der Zugriff der FPC-Verwaltungen auf die

176 Vgl. Norman Ellis, Family Practitioner Committee Independence: What will it Mean, in: *British Medical Journal*, 290 (1985), S. 608.

177 Vgl. David Taylor, *Understanding the NHS in the 1980's*, London: Office of Health Economics 1984, S. 31.

178 DHSS Circular HC(FP)(85)10. Management Arrangements for Family Practitioner Committees, 1985.

179 Klein, *The Politics of the National Health Service*, a.a.O., S. 138.

Ärzte traditionell äußerst begrenzt war,¹⁸⁰ so daß auch die Anreize für das DHSS, in die FPCs hinein zu intervenieren, gering eingeschätzt wurden.

Diese Diskussion vermittelt den Eindruck, als sei die Neuordnung des FPC-Status das Resultat einer Koalition von GPs und FPC-Verwaltern einerseits und der Indifferenz der DHSS andererseits gewesen. Betrachtet man indes die aus dieser Reform resultierende Entwicklung der folgenden Jahre, dann drängt sich eher die Vermutung auf, daß die Entscheidung - selbst wenn dem DHSS die Konsequenzen noch nicht gänzlich klar gewesen seien konnten - in starkem Maße von der zentralisierten Netzwerkstruktur geprägt war. Angesichts der Tatsache, daß die FPCs zunehmend analog zu den Health Authorities behandelt werden, ist es schwer vorstellbar, daß das Gesundheitsministerium bei der Entscheidung für die Variante drei der FPC-Reform (Anbindung an das DHSS) lediglich den Forderungen der erwähnten Interessenkoalition nachgegeben hat.

Da die Funktionen, die früher den AHAs oblagen, auf das DHSS übergegangen sind, hat das Ministerium unter anderem Einfluß auf die Ernennung des chairman und der Mitglieder der FPCs gewonnen. Die Vorschlagslisten werden zwar auf lokaler Ebene erstellt, dabei müssen aber so viele Kandidaten genannt werden, daß dem DHSS eine Auswahlmöglichkeit bleibt.¹⁸¹ Zudem wird die Rechenschaftspflicht gegenüber dem DHSS stärker in Analogie zu den Health Authorities behandelt. So werden seit 1985 auch bei den FPCs »performance reviews« durchgeführt, bei denen die Erfüllung eines »profile and strategy statement« überprüft wird, das seither alle fünf Jahre von den FPCs vorgelegt werden muß.¹⁸² Daß sich dadurch die Kontrollfähigkeit des Zentrums gegenüber der Peripherie verbessert hat, kann kaum bezweifelt werden.¹⁸³

Während früher die circulars des DHSS den Filter der AHAs durchlaufen mußten, entfällt diese Hürde für die Durchsetzung zentraler Interessen nunmehr. Das DHSS hat zudem via delegated legislation auf eine Veränderung der Machtbalance an der Peripherie hingewirkt. Der FPC-Verwaltung wurden neue Planungs- und Kontrollfunktionen zugewiesen, die zwar für die professionelle Autonomie der GPs noch keine Auswir-

180 Vgl. Judith Alsop und Annabelle May, *The Emperor's New Clothes. Family Practitioner Committees in the 1980s*, London: Kings Fund 1986.

181 Ebd., S. 21.

182 Vgl. Ellis, *Family Practitioner Committee Independence*, a.a.O., S. 609 f.

183 Vgl. Alsop und May, *The Emperor's New Clothes*, a.a.O., S. 23.

kungen besitzen, aber die Selbstwahrnehmung der FPC-Geschäftsführer so beeinflusst haben, daß langsam eine Emanzipation von der einstmaligen Dienerrolle gegenüber der medizinischen Profession zu beobachten ist. Das DHSS konnte außer dem Professionalisierungsstreben der FPC-Verwaltungen auch die Verschiebung von Konfliktlinien nutzbar machen, die aus der administrativen Anbindung an das DHSS resultierte. In dem Maße, in dem die zuvor stets drohende Vereinnahmung durch die Health Authorities als einendes Element zwischen medizinischer Profession und FPC-Verwaltung entfallen ist, steigt nämlich die Neigung zu einer Neubestimmung der Verwaltungsfunktion, die wiederum in einer Kompetenzstärkung gegenüber den GPs ihre breitesten Entfaltungsmöglichkeiten finden kann. So hat innerhalb der Society of FPC Administrators der Einfluß der Ärzteschaft bereits abgenommen. Auch in den FPCs selbst zeichnen sich ähnliche Machtverschiebungen ab, zumal das DHSS seine Ernennungskompetenz nutzt, um die Vormachtstellung der GPs als Mitglieder in den FPCs zurückzudrängen.¹⁸⁴ Die administrative Neuordnung der FPCs, die die beachtlichen zentralstaatlichen Reorganisationskompetenzen bzw. die administrative »Formbarkeit« des NHS veranschaulicht, hat - auch wenn der Analogieschluß zum general manager überzogen wäre - zu einer Stärkung der Verwaltung geführt und darüber hinaus die Interventionsmöglichkeiten der Zentrale gegenüber der Peripherie in einem Bereich verbessert, der traditionell von fast allen Reformmaßnahmen ausgenommen blieb.

6.3.5 Die Steuerung der Arzneimittelausgaben durch die »Limited List«

Zeitgleich mit den Neuregelungen für die FPCs führte die Regierung auch eine Positivliste für Arzneimittel ein, die den Umfang der vom NHS finanzierten Präparate einschränkte. Im Gegensatz zu den meisten schon untersuchten Schritten war zur Einführung der »limited list«, die gegen massive Widerstände durchgesetzt werden mußte, ein gesundheitspolitischer Kraftakt erforderlich. Die Diskussion um Möglichkeiten zur Steuerung der Arzneimittelausgaben im ambulanten Sektor setzte 1983 ein. Wie schon bei den PIs spielte auch hier das Public Accounts Committee eine Katalysatorrolle, das in einem Bericht über die Entwicklung der Arzneimittelausgaben, die seit Amtsantritt der Regierung Thatcher stark zu-

184 Vgl. Ellis, Family Practitioner Committee Independence, a.a.O., S. 610 f.

genommen hatten, die Empfehlung aussprach, die Kapitalrendite der pharmazeutischen Industrie mit Hilfe des Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) von 25 auf 17 Prozent abzusenken.¹⁸⁵ Innerhalb des DHSS waren allerdings Zweifel über die Steuerungswirkung des PPRS im Hinblick auf die Arzneimittelausgaben des NHS aufgekommen, und bei der Suche nach einem Instrument zur Senkung der Arzneimittelausgaben der FPCs, deren Anteil an den NHS-Gesamtausgaben 1985 mit 1,57 Milliarden Pfund rund 11 Prozent betrug, geriet die Positivliste in das politische Blickfeld. Die Auswahl dieses Steuerungsinstruments hing eng damit zusammen, daß Kenneth Clarke, der zu diesem Zeitpunkt für den NHS zuständige Staatssekretär, auf eine Veröffentlichung der WHO aufmerksam geworden war, die eine Begrenzung der Arzneimittelverordnungen auf eine geringe Anzahl von »essential drugs« propagierte.¹⁸⁶ Das WHO-Konzept basierte auf einer sehr kritischen Haltung gegenüber dem - insgesamt als zu hoch betrachteten - Pro-Kopf-Verbrauch an Arzneimitteln in westlichen Industrienationen. Da dies auch eine Standardkritik in Großbritannien darstellte und eine Begrenzung der staatlich finanzierten Arzneimittel eine fühlbare Einsparung der NHS-Ausgaben versprach, war in der Konservativen Partei sehr schnell eine breite Mehrheit für dieses Konzept vorhanden.

Nach mehreren Monaten geheimer Vorbereitung kündigte Norman Fowler im November 1984 vor dem Unterhaus die Einführung der limited list an, in der alle auf Kosten des NHS verschreibungsfähigen Medikamente aufgenommen werden sollten.¹⁸⁷ Die daraus erwarteten Einsparungen wurden auf rund 100 Millionen Pfund pro Jahr beziffert. Dieses Vorhaben rief sowohl bei der BMA wie auch bei der Association of British Pharmaceutical Industry (ABPI) heftigen Widerspruch hervor. »That the announcement of the limited list caused a political furor would be an understatement.«¹⁸⁸ Während die BMA die Verordnungsfreiheit der GPs bedroht sah, mußte die pharmazeutische Industrie mit erheblichen Gewinneinbußen rechnen. Als »an unprecedented violation of the 'rules of

185 Vgl. Loney, *The Politics of Greed*, a.a.O., S. 120.

186 Die Informationen in diesem Abschnitt beziehen sich - soweit nicht anders angegeben - auf ein Interview mit David Taylor (ABPI) im April 1988.

187 Vgl. Joe Collier, *Licensing and Provision of Medicines in the United Kingdom*, in: *Lancet*, August 17 (1985), S. 377 ff.

188 Keith Macmillan und Ian Turner, *The Cost-Containment Issue: A Study of Government-Industry Relations in the Pharmaceutical Sectors of the United Kingdom and West Germany*, in: Stephen Wilks und Maurice Wright (Hrsg.), *Comparative Government-Industry Relations*, Oxford: Clarendon Press 1987, S. 128.

the game'«¹⁸⁹ wurde zudem das völlige Fehlen vorhergehender Konsultationen gewertet. Obgleich auf seiten der BMA die Abwehrfront weniger massiv ausfiel als beim ABPI¹⁹⁰, reagierten beide Verbände mit einer umfangreichen Protestkampagne gegen die limited list, die allerdings nicht die gewünschte Wirkung erzielte, sondern vielmehr einen »temporary collapse«¹⁹¹ der Beziehungen zwischen DHSS und ABPI verursachte. Die Verärgerung der Regierung Thatcher über die Kampagne gegen die Arzneimittelliste wirkte sich negativ auf ihre Konzessionsbereitschaft aus. Bereits vor der Anhörung im Unterhaus kündigte die Regierung an, daß sie lediglich Verbesserungsvorschläge annehmen würde, aber keine grundsätzlichen Änderungen am Konzept der Arzneimittelliste. Mit einigen taktischen Zugeständnissen versehen trat die limited list, in der die verschreibungsfähigen Präparate in sieben therapeutische Kategorien mit teils generischer Substitution eingeteilt sind, gegen alle Widerstände konzeptionell unverändert am 1. April 1985 in Kraft.¹⁹²

Zunächst stellt sich die Frage, warum eine konservative und klar industriefreundliche Regierung überhaupt ein regulatives Steuerungsinstrument wie die limited list zur Anwendung brachte. Hierfür waren wenigstens drei Gründe ausschlaggebend. Erstens muß daran erinnert werden, daß die Arzneimittelkosten einen der wenigen Ausgabenbereiche im NHS darstellen, die sich der zentralen Steuerung entziehen. Das DHSS kann zwar über das PPRS auf die Arzneimittelpreise Einfluß nehmen, nicht aber auf die Menge der Verordnungen - ein Umstand, der zunehmend als nicht akzeptable Regelungslücke perzipiert wurde. Zweitens sind die Grenzen der Industriefreundlichkeit der Regierung Thatcher stets dann erreicht, wenn die öffentlichen Ausgaben betroffen sind. Hier gab es offenkundig einen trade off, der politisch zugunsten einer Ausgabenbegrenzung entschieden wurde. Da der NHS - auch im Verständnis der konservativen Regierung - den Steuerzahler repräsentiert, der einen Anspruch auf sparsame Mittelverwendung hat, liegt es in Großbritannien fern, regulative Eingriffe in den Arzneimittelsektor als ordnungspolitischen »Sündenfall« zu betrachten, wie dies in der Bundesrepublik ohne Zweifel der

189 Ebd., S. 128; Brian W. Hogwood, *From Crisis to Complacency? Shaping Public Policy in Britain*, Oxford: Oxford University Press 1987, S. 57 f.

190 Näheres bei Macmillan und Turner, *The Cost-Containment Issue*, a.a.O., S. 131 f.

191 Interview mit David Taylor.

192 The NHS (General Medical and Pharmaceutical Services) Amendment (no. 3) Regulation 1985.

Fall wäre. Drittens schließlich gab es auch in der Konservativen Partei Kritik an der pharmazeutischen Industrie, die unter anderem der Höhe der Werbeausgaben galt, die ja letztlich durch den NHS finanziert werden, oder grundsätzlich aus dem Mißtrauen gegenüber Interessengruppen gespeist wurde, die über ein scheinbar kollaboratives Verhältnis zu den zuständigen Ministerien verfügen. Damit war insgesamt ein interventionsfreundliches Klima vorhanden.¹⁹³

Auch wenn die *limited list* gerade kein Beispiel für eine ordnungspolitische Wende repräsentiert, so ist der Vorgang doch von einigem Interesse, da sich die institutionell verankerten Handlungsressourcen des britischen Zentralstaats im Umgang mit industriellen Interessen veranschaulichen lassen. Eine offenkundig systematisch aktivierbare und damit in der Netzwerkstruktur verankerte Autoritätsreserve besteht darin, die Nicht-Verhandelbarkeit einer Entscheidung zu verfügen und damit das Konsultationsprinzip - zumindest zeitweise - auszusetzen. Im vorliegenden Fall hat der spezifische Beziehungsmodus zwischen Staat und pharmazeutischer Industrie, der maßgeblich durch das PPRS strukturiert wird, zusätzlich verstärkend gewirkt. Man wird vermutlich mit der These, daß bereits die Existenz des PPRS auf der Akzeptanz staatlicher Eingriffe in die Arzneimittelpreisgestaltung basiert, nicht ganz falsch liegen. Bedenkt man zudem, daß der britische Staat in Gestalt des NHS ein faktisches Nachfrage-monopol auf dem Arzneimittelmarkt besitzt, das mit einem regulativen Steuerungsinstrumentarium - dem PPRS - gekoppelt ist, dann erscheint die These plausibel, daß hier eine »resource dependence« der pharmazeutischen Industrie vom DHSS besteht, die dem Staat ein größeres Strategierepertoire erlaubt, als dies zum Beispiel in der Bundesrepublik der Fall ist, wo die »Distanz« zwischen beiden Akteuren größer ist und steuernde Eingriffe zumeist über die als intervenierende Variable wirkende GKV abgewickelt werden müssen.

6.3.6 Fazit

Die zweite Phase der konservativen Gesundheitspolitik war klar von der Strategie des managerialism geprägt, die auf der einen Seite zwar noch immer keine ordnungspolitische Wende bedeutete, andererseits aber durchaus Kontinuitätsbrüche beinhaltete, wie sie zum Beispiel durch das

193 Vgl. Macmillan und Turner, *The Cost-Containment Issue*, a.a.O., S. 118 ff.

buying in repräsentiert werden, das von einer Ausnahmeerscheinung zu einer Regelprozedur avancierte. Besonders auffällig ist die Zunahme der Interventions- und Regelungsdichte im NHS, die mit einer spürbaren Erhöhung zentraler Steuerungspotentiale verbunden war. Die Zentralisierung innerhalb des NHS fand aber weniger als Kompetenzverlagerung von unten nach oben statt, sondern vielmehr als Straffung der Organisationshierarchie, derzufolge die Gewährung größerer Freiräume (des Managements) an der Peripherie die Implementation zentraler Politikvorgaben erleichtert. Die Regierung Thatcher konnte hierbei auf jene Teile der NHS-Verwaltung bauen, die im Zuge der Demokratisierungsbestrebungen in den siebziger Jahren an Einfluß verloren hatten und nun infolge der Hierarchisierung ihre Einflußdomäne wieder ausbauen konnten. Im wesentlichen vollzog sich das über eine Kompetenz- und Funktionsausdehnung der leitenden Verwaltungsbeamten und Manager bei einer tendenziellen Schwächung des Pflegepersonals und - mit Abstrichen - der Ärzte im NHS-internen Entscheidungsprozeß.

Wie nicht nur die Griffiths-Reform, sondern auch andere Fallstudien verdeutlicht haben, ist der managerialism in erster Linie eine Technik zur Beeinflussung der Organisationsphilosophie des NHS im Sinne von »efficiency, economy« und »effectiveness«. ¹⁹⁴ Bedenkt man, daß sich die Einführung der general manager als spill-over aus der allgemeinen staatlichen Verwaltung vollzog, dann könnte dies die Entwicklungsmöglichkeiten auf eine bloße Verwaltungsmodernisierung begrenzen. Andererseits gibt es auch eine Orientierung am privaten Industriemanagement, was die These eines »privatising from within« ¹⁹⁵ hervorgebracht hat. Auch wenn derzeit noch beide Entwicklungsrichtungen möglich sind, lassen die bisherigen Erfahrungen den Schluß zu, daß die strategische Bedeutung der general manager vor allem darin besteht, daß ein potentieller Koalitionspartner für das DHSS geschaffen wurde, der nicht nur zu größerer Übereinstimmung mit den politischen Zielen der Regierung Thatcher neigt, sondern auch zur Erhöhung der Implementationsgeschwindigkeit gesundheitspolitischer Reformen beizutragen vermag. Denn das Selbstverständnis des general management ist mehr vom Streben nach organisatorischen Veränderungen geprägt als von der Erhaltung des Status quo.

Auch auf der Ebene der politischen Entscheidungsfindung hat der managerialism Spuren hinterlassen. Auf den ersten Blick könnte zum Bei-

194 Vgl. Pollitt, *Beyond the Managerial Model*, a.a.O.

195 Vgl. Haywood und Ranade, *Privatising from Within*, a.a.O.

spiel die Einführung der general manager zu der These herausfordern, daß das gesundheitspolitische Netzwerk durch einen neuen Akteur in seiner Stabilität erschüttert worden ist. Diese These läßt sich jedoch empirisch nicht erhärten, da weder ordnungspolitisch einschneidende Reformen stattfanden noch von einer völligen Umstülpung der Kräfteverhältnisse gesprochen werden kann. Indirekt hat der managerialism allerdings auch den Prozeß der Politikformulierung beeinflußt.

Managementtechniken stellen eine spezifische politische Instrumentenklasse dar, die in der Regel inkrementalistisch konstruiert sind, eher langfristig wirken und sich in die Verwaltungsroutine integrieren lassen, so daß großangelegte Strukturreformen entbehrlich sind. Für den politischen Entscheidungsprozeß hat dies zur Folge, daß derartige Maßnahmen fast ohne Ausnahme via delegated legislation implementiert werden können und sich parlamentarische Abstimmungen und innerparteiliche Diskussionsprozesse erübrigen. Politische Imponderabilien, wie Hinterbänkler-Revoluten, können daher umschifft werden. Der Wert des managerialism liegt also nicht zuletzt in der Möglichkeit, traditionelle, von den Reibungswiderständen des Konsultationsprinzips und parlamentarischen Abstimmungen geprägte Formen der Politikformulierung auszuhebeln.

Andererseits gilt es zu bedenken, daß die ordnungspolitische Funktionalisierbarkeit des managerialism auch an Grenzen stößt. So hat etwa die starke Bezugnahme auf private Management-Expertise zu einer Verengung des Horizonts für alternative Strategieoptionen geführt. Denn Geschäftsleute und Unternehmensberater sind in der Regel keine Visionäre, deren Ziel in einer vollständigen Reform des NHS liegt. Ihre Handlungsorientierung ist auf einer viel niedrigeren Ebene angesiedelt, nämlich der Verbesserung der Effizienz der »Firma« NHS. In diesem Zusammenhang liegt es auch nahe, den managerialism als funktionales Äquivalent für eine umfassende Marktreform zu betrachten, womit die vergleichsweise geringe gesundheitspolitische Radikalität der Regierung Thatcher zwischen 1982 und 1985 eine zusätzliche Erklärung findet.

6.4 Die Politik des begrenzten Wettbewerbs 1985 - 1989

Mitte der achtziger Jahre war es kaum möglich, aus den Äußerungen konservativer Politiker auf eine klare gesundheitspolitische Strategie oder Zielvorgabe zu schließen. Für Teile der Partei und einzelne Kabinettsmi-

nister konnte man zwar eine ordnungspolitische Reformbereitschaft unterstellen, andererseits existierte für radikale Lösungen keine Mehrheit in der Partei.¹⁹⁶ Hier dürfte die Einschätzung des langjährigen Thatcher-Beraters und IEA-Gründers Alfred Sherman zutreffen, der feststellte: »Conservatives themselves are divided over the NHS and welfare state in its present form. The party is by no means thoroughly Thatcherized.«¹⁹⁷

Abgesehen von innerparteilichen Widerständen sah sich die Gesundheitspolitik der Regierung Thatcher mit ähnlichen Problemen konfrontiert, wie sie in den siebziger Jahren für die sozialdemokratische Reformpolitik beobachtet wurden. »Wenn strukturverändernde Politik überhaupt eine Chance haben soll, dann braucht sie die Öffentlichkeit, die Politisierung von Problemen, die Mobilisierung von Erwartungen, Forderungen und Aktionsbereitschaft . . .«¹⁹⁸ Dieser Zustand würde heute als »policy window« beschrieben werden. Policy windows können sich unerwartet öffnen, aber ebenso schnell wieder verschwinden. Ihr Auftauchen hängt ab von einer fragilen Konstellation, in der sich verschiedene Prozesse von Problemdruck, mehrheitsfähigen Problemdefinitionen und Lösungskonzepten mit (neuen) politischen Koalitionen und Kräfteverhältnissen verbinden. Im britischen Fall fehlten dem bisherigen Politikverlauf all diese Merkmale. Die ungebrochene Popularität des NHS und das Fehlen einer Kostenentwicklung, die das Prädikat »Explosion« rechtfertigt, machten die Begründung einer radikalen Lösung fast unmöglich, zumal für einen Bruch mit den Grundsätzen des NHS allein aus Gründen der politischen Prinzipienfestigkeit der Regierung Thatcher das Mandat fehlte und sie sich dessen bewußt war. Ebenso fehlte eine visionäre Reformalternative. Mit der Forderung nach »mehr Markt« und »mehr Kooperation mit dem privaten Sektor« lassen sich weder einschneidende Reformen begründen noch meinungsbildende Prozesse auslösen.

Eine radikale Reform des NHS war also auch nach dem dritten Wahlsieg der Konservativen im Juli 1987 nicht zu erwarten, zumal Margaret Thatcher sich erst im Verlauf ihrer vierten Amtsperiode dem NHS zuwen-

196 Daten hierzu bei Peter Taylor-Gooby und Hugh Main Bochel, *Parliament and the Politics of Welfare*, in: *Year Book of Social Policy 1987-88*, Essex: Longman 1988.

197 Alfred Sherman, *Health Service in the U.K. Political Circus*, in: *Wall Street Journal* vom 23.8.1988.

198 Vgl. Fritz W. Scharpf, *Planung als politischer Prozeß*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1973, S. 70.

den wollte.¹⁹⁹ Der NHS erschien inmitten austeritärer Maßnahmen sogar als bevorzugter Politikbereich. Während die Regierung kaum eine Gelegenheit ausließ, um auf Einsparungen bei den Staatsausgaben und Personalabbau im Civil Service hinzuweisen, wurden in den Wahlkampfbroschüren die Ausgabenzuwächse und erhöhten Beschäftigtenzahlen im NHS als Leistungsbilanz ausgewiesen.²⁰⁰ Im Parteiprogramm von 1987 wurden sechs Grundsätze der konservativen Gesundheitspolitik formuliert, unter anderem eine stärkere Betonung präventiver Maßnahmen, die Verbesserung von Karrierechancen für das NHS-Personal und die Durchführung eines umfangreichen Modernisierungsprogramms für NHS-Krankenhäuser. Hinweise für eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitspolitik an marktwirtschaftlichen Prinzipien konnten allenfalls aus der Forderung nach größeren Wahlmöglichkeiten für die Konsumenten abgeleitet werden, während die Formulierung, »the NHS (...) is not a business, but it must be run in a business-like way,«²⁰¹ wiederum eher auf eine strukturneutrale Verwaltungsmodernisierung hindeutete.

Ein Ausdruck der ambivalenten Haltung der Regierung war auch, daß im Gegensatz zu den moderat erscheinenden Aussagen im Parteiprogramm mit John Moore ein neuer DHSS-secretary ernannt wurde, von dem eine deutlich schärfere Gangart in der Gesundheitspolitik erwartet wurde.²⁰² Moore war zuvor als Staatssekretär in der Treasury für die Koordination der Privatisierung öffentlicher Unternehmen zuständig²⁰³ und hatte sich dabei den Spitznahmen »Mr. Privatisation«²⁰⁴ eingehandelt. Moores Inaugural-Adresse vor dem konservativen Parteitag im Oktober 1987 blieb allerdings auslegungsfähig. Auf der einen Seite wurde das Bekenntnis zum NHS als »the vision of the Health Service to which we are all unshakeably committed«²⁰⁵ erneuert. Auf der anderen Seite wurde die

199 Vgl. Geoffrey Smith, Commentary, in: Times vom 6.1.1988.

200 Vgl. Conservative Central Office, *The Next Move Forward*, London: CCO 1987, S. 47.

201 Conservative Party, *The Conservative Manifesto 1987*, London: Conservative Central Office, S. 50.

202 Vgl. Times vom 25.9.1987, *Tories Signal Review of Welfare Cash*.

203 Vgl. David Heald, Großbritannien: Von der öffentlichen Kontrolle zur Privatisierung, in: Heidrun Abromeit, Gerhard Himmelmann und Ulrich Jürgens (Hrsg.), *Steuerungsinstrument öffentliche Wirtschaft?*, IIVG/dp 86-214, Wissenschaftszentrum Berlin 1986, S. 114 ff.

204 Julian Critchley, *A Star for the Nineties?* in: Times vom 29.9.1987.

205 Typescript der Rede von John Moore auf der Conservative Party Conference, 8.10.1987, S. 4.

Notwendigkeit der verstärkten Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Sektor betont: »We want this co-operation to continue and to grow, and we aim to encourage it.«²⁰⁶ Eine Ankündigung zu weitergehenden Reformmaßnahmen ließ sich daraus nicht ableiten und so sprach einiges dafür, daß die anvisierte stärkere Verschränkung von NHS und privatem Gesundheitssektor keinen ordnungspolitischen Bruch beinhalten würde. Darauf deutete auch die Reform der primären Gesundheitsversorgung hin, die die Regierung Thatcher schon seit mehreren Jahren angekündigt hatte.

6.4.1 Die Reform der primären Gesundheitsversorgung

Der primäre Gesundheitssektor, zu dem in Großbritannien insbesondere GPs, Zahnärzte, Apotheker und Optiker, also alle »independent contractors«, gerechnet werden, gehörte seit der Gründung des NHS zu jenen Versorgungsbereichen, die von den vielfältigen administrativen Rationalisierungs- und Reorganisationsbemühungen weitgehend unberührt blieben. Auch das Interesse der Regierung Thatcher am ambulanten Sektor war anfänglich sehr begrenzt und nur auf Einsparungsmöglichkeiten ausgerichtet.²⁰⁷ Die Einführung von marktförmigen Organisationsprinzipien und Anreizstrukturen wurde nicht in Erwägung gezogen. Das Augenmerk der Regierung galt allein den Ausgaben der FPCs, dem einzigen Budgetposten im NHS-Etat, der nicht durch Ausgabenfestsetzungen gesteuert werden konnte. 1982 gab die Regierung bei der Unternehmensberatung Binder Hamlyn ein Gutachten in Auftrag, das im Sommer 1983 vorgelegt wurde, aber keine Vorschläge zur Änderung des bestehenden Finanzierungsverfahrens für die FPCs beinhaltete. Dieses Ergebnis konnte die Regierung bei ihrer Suche nach Sparpotentialen im NHS zwar kaum zufriedenstellen, da offenkundig aber auch Unklarheit über den zukünftigen Kurs hinsichtlich der ambulanten Versorgung bestand, verzögerte sich die angekündigte Veröffentlichung eines amtlichen Diskussionspapiers mehrfach. Erst im April 1986 erschien das green paper Primary Health Care, das sich in starkem Maße an aktuelle Diskussionsprozesse angelehnt hatte.

206 Ebd., S. 15.

207 Zum Hintergrund siehe David Taylor, Primary Health Services, in: Robert Maxwell (Hrsg.), Reshaping the National Health Service, Berks: Policy Journals 1988.

Ein Diskussionsstrang, der wesentlich dazu beitrug, daß das Thema primäre Gesundheitsversorgung auf die politische Tagesordnung gelangte, ging von den niedergelassenen Ärzten selbst aus. Innerhalb dieses Professionssegments hatte die steigende Technisierung und Spezialisierung der modernen Medizin die Befürchtung aufkommen lassen, daß die zunehmende Verlagerung der medizinischen Versorgung in das Krankenhaus (»clinical drift«) zu einem Funktionsverlust der Allgemeinpraxis führen könnte.²⁰⁸ Der akademische Flügel der Allgemeinmedizin, repräsentiert durch das Royal College of General Practitioners, bemühte sich schon seit Beginn der achtziger Jahre, den ambulanten Sektor durch eine intensivere Aufgabendefinition, die Betonung präventiver Tätigkeiten und Initiativen zur Qualitätserhöhung bzw. Leistungsbewertung als innovatives Segment der medizinischen Versorgung zu etablieren.²⁰⁹ Mit diesen Versuchen der Statusaufwertung verband sich zweifelsohne auch das Anliegen, das tradierte Prestigegefälle zwischen GPs und consultants zu reduzieren. Da die bestehende Vertragsform zwischen FPCs und GPs aber keine Anreize für ein verändertes Verhalten der Ärzte beinhaltete, wurde unter den Modernisierungsbefürwortern auch die Möglichkeit HMO-ähnlicher Vertragsformen diskutiert, bei denen zum Beispiel kleine Gruppen von Ärzten um zeitlich begrenzte Verträge mit genau festgelegten Leistungsstandards konkurrieren sollten.²¹⁰ Ungeachtet der politischen Realisierbarkeit war das Thema Wettbewerb unter Ärzten damit zum Gegenstand der Diskussion geworden.

Seit Beginn der achtziger Jahre wuchs auch das Interesse der akademischen Gesundheitsökonomie an der Steuerung des Entscheidungsverhaltens der medizinischen Profession. Das Interesse an der engeren Verknüpfung von klinischen Entscheidungen und ökonomischer Knappheit im NHS basierte aber weniger auf der Kritik am Prinzip des NHS oder der Hinwendung zu liberalen Marktmodellen, sondern mehr vielmehr auf dem drohenden trade-off zwischen Therapiefreiheit und Verteilungsgerechtigkeit (»distributive justice«).²¹¹ Dieses Spannungsverhältnis resul-

208 Vgl. John Butler, *Wither General Practice? A Green Paper in Blue Covers*, in: *The Year Book of Social Policy 1986-87*, London: Longman 1987, S. 119 ff.

209 Vgl. Celia Davies, *General Practitioners and the Pull of Prevention*, in: *Sociology of Health & Illness*, 6 (1984).

210 Vgl. Dennis Pereira Gray, Marshall Marinker und Alan Maynard, *The Doctor, the Patient, and Their Contract*, in: *British Medical Journal*, 292 (1986).

211 Vgl. Alan Williams, *Keep Politics Out of Health!* paper prepared for the ECPR Joint Sessions of Workshops, Barcelona, March 25-30, 1985, S. 9.

tiert aus der strikten Begrenzung der finanziellen Ressourcen im NHS, die gerade dort, wo Kosten verursacht werden, nämlich bei klinischen Entscheidungsprozessen, aufgrund der »clinical autonomy« einer Kontrolle entzogen sind. Nutzt beispielsweise ein Arzt seine Therapiefreiheit extensiv, so besteht die Gefahr, daß 80 Prozent der Patienten generös therapiert werden, für die verbleibenden 20 Prozent dann aber die Mittel fehlen. Die ärztliche Therapiefreiheit droht also beständig mit dem Postulat der Verteilungsgerechtigkeit, einem zentralen Anliegen des NHS, in Kollision zu geraten. Eine andere Kritik an der Therapiefreiheit zielt darauf ab, daß infolge der ungenügenden Berücksichtigung knapper Mittel durch die medizinische Profession die Behandlung drängender Probleme, wie zum Beispiel die Versorgung körperlich und geistig Behinderter, im Konkurrenzkampf um Ressourcen auf der Strecke bleiben, so daß die These naheliegt: »The NHS works best when it provides a clear countervailing force to the dominant inclination of the medical profession.«²¹² Vor diesem Hintergrund wird der Argwohn britischer Gesundheitsökonomen gegenüber der medizinischen Profession verständlich.²¹³ Nunmehr wird in Großbritannien die Frage »Should Doctors be Concerned with 'Value of Money'?«²¹⁴ mit einem eindeutigen Ja beantwortet. Diese Diskussionsprozesse blieben nicht ohne Auswirkungen.

Parallel zur medizinischen Profession gelangten auch die anderen Leistungsanbieter in das politische Blickfeld. Den Ausgangspunkt bildete 1982 ein Bericht des Office of Fair Trading (OFT), einer 1973 geschaffenen Behörde, die Empfehlungen zur Beseitigung von restriktiven Handelspraktiken abgibt²¹⁵, in dem fehlender Wettbewerb zwischen Optikern für die hohen Preise von Sehhilfen verantwortlich gemacht wurde. Für die Regierung Thatcher bot dies eine Möglichkeit, ihre Vorstellungen von Konsumentensouveränität erstmals auch im Gesundheitssektor zu demonstrieren. Im Rahmen des Health and Social Security Act von 1984 wurde

212 Nick Bosanquet, *How to Save the Nation's Health: The Social Market View*, in: *Economic Affairs*, 4 (1984), April/Juni, S. 51.

213 Die schärfsten Formulierungen finden sich bei Gavin Mooney, *Efficiency and the Death of Clinical Freedom*, paper presented the EAPHSS meeting, London, 7-8 June, 1984.

214 Vgl. Michael Drummond und Ron Akehurst, *Should Doctors be Concerned about »Value for Money?«* in: *Journal of Management in Medicine*, 1 (1986/87).

215 Vgl. Ian Ramsay, *The Office of Fair Trading: Policing the Consumer Market Place*, in: Robert Baldwin und Christopher McCrudden (Hrsg.), *Regulation and Public Law*, London: Weidenfeld and Nicholson 1987.

der Markt für Sehhilfen massiv dereguliert und die Erstattungspflicht des NHS für Brillen radikal auf Kinder bis 12 Jahre, Sozialhilfeempfänger und medizinisch besonders schwere Fälle beschränkt. Die Optiker verloren ihr Abgabemonopol für Sehhilfen, und auch weniger qualifizierte Anbieter, zum Beispiel Drogisten, wurden zum Verkauf zugelassen. Ein Jahr darauf wurden die Bestimmungen über die zulässige Werbung für Sehhilfen liberalisiert.²¹⁶ Der vorläufig letzte Schritt zur Deregulierung des Optikermarktes bestand in der Einführung von Gutscheinen (»vouchers«) für Brillengestelle, die den (noch anspruchsberechtigten) Konsumenten die Wahl für die Zuzahlung zu einem teureren Gestell lassen soll, dessen Kosten nicht vom NHS getragen werden.²¹⁷

Die Deregulierungsinitiativen machten auch vor der medizinischen Profession nicht halt. Im August 1985 sprach das OFT die Empfehlung aus, das strikte Werbeverbot für Zahnärzte zu lockern, um so bessere Informationsmöglichkeiten für den Konsumenten zu schaffen.²¹⁸ Das professionelle Selbstregulierungsorgan, der General Dental Council, sah sich unter dem Druck der Regierung veranlaßt, mehr Informationen auf den Zahnarztpraxisschildern zuzulassen.²¹⁹ Schwereres Kaliber wurde dann gegenüber der Ärzteschaft aufgeföhren. Mit Unterstützung des DHSS begann die Monopolies and Mergers Commission (MMC), das britische Gegenstück zum Bundeskartellamt, diese Frage auch bei den GPs zu prüfen. Der Anfang 1989 erschienene Bericht der MMC beinhaltete ebenfalls die Forderung nach einer Liberalisierung des Werbeverbots.²²⁰ Auch hier steht zu erwarten, daß die Androhung gesetzlicher Regelungen die »compliance« der Ärzteschaft erzwingt.

Die beiden Kartellbehörden könnten nun als neue Akteure im gesundheitspolitischen Netzwerk begriffen werden, zumal schon die Gründung des OFT als »creation of a new 'player' in the political game«²²¹ galt. Dagegen spricht, daß es sich nur um eine temporäre Beteiligung am

216 Vgl. DHSS, *Primary Health Care: An Agenda for Discussion*, Cmnd 9771, London: HMSO, S. 32.

217 Ebd.

218 Ebd., S. 22.

219 Vgl. Feona McEwan, *UK Dentists: Nibbling at Marketing*, in: *Financial Times* vom 3.11.1987.

220 Vgl. Liz Gill, *Small Aids, Big Gain?*, in: *Times* vom 21.7.1988; J.D.J Havard, *Advertising by Doctors and the Public Interest*, in: *British Medical Journal*, 298 (1989); *Financial Times* vom 17.3.1989, *Family Doctors Free to Advertise Services*.

221 Ramsay, *The Office of Fair Trading*, a.a.O., S. 181.

gesundheitspolitischen Prozeß handelte und daher nicht von einer veränderten Akteurskonstellation gesprochen werden kann. Allerdings wurden die Kartellbehörden ja sozusagen aus einem anderen Politikfeld in das gesundheitspolitische Netzwerk »importiert« und haben dort ihre - von den moralischen Prämissen des »besonderen« Guts Gesundheit unbelastete - Meßlatte einer marktgesteuerten Ökonomie angelegt. Daß der Regierung Thatcher dieser Schritt überhaupt möglich war, findet eine Erklärung in der mangelnden Sektoralisierung des Netzwerks, die offenkundig zu schwach entwickelt ist, um eine Konfrontation mit kartellrechtlichen Kriterien abzuwehren. Die »challenging coalition« aus DHSS und den Kartellbehörden konnte die »professional monopolists« dabei aber nur »herausfordern« und nicht besiegen.²²² Immerhin geriet durch die Aktivitäten des OFT und der MMC die von Marktkräften isolierte Position der medizinischen Leistungsanbieter in das Blickfeld konservativer Liberalisierungsbefürworter.²²³

Es ist kaum verwunderlich, daß die Ärzteschaft auf Interventionen in professionelle Berufs- und Standesnormen außerordentlich sensibel reagiert. So paßt es ins Bild, daß das diskrete »backstairs network«²²⁴ zwischen der BMA und dem DHSS erodiert ist. Beide Akteure waren nicht nur anläßlich NHS-spezifischer Themen aneinander geraten, sondern auch aufgrund der liberalen Haltung der BMA in der Abtreibungsfrage²²⁵ oder ihrer Kritik an einer medizinischen Notfallplanung für den Fall eines Atomkrieges.²²⁶ Auch wenn die BMA nach wie vor von der Regierung konsultiert wird, spricht einiges dafür, daß die klientelistischen Beziehungen ihre Bedeutung verloren haben und die gesundheitspolitische Durchsetzungsfähigkeit der BMA merklich abgenommen hat. Dies belegt der Konflikt um die limited list oder die Anfang 1984 - gegen den Protest der BMA - eingeführten schärferen Kontrollen bei Praxisvertretungen.²²⁷ Die

222 Vgl. Mike Saks, *The Politics of Health Care*, in: *Teaching Politics*, 15 (1986), S. 428.

223 Vgl. *Times* vom 14.12.1987, *Tories Press for Change in NHS Funding*.

224 Harry Eckstein, *Pressure Group Politics. The Case of the British Medical Association*, Stanford: Stanford University Press 1960, S. 89.

225 Vgl. ausführlich David Marsh und Joanna Chambers, *The Abortion Lobby: Pluralism at Work?* in: David Marsh (Hrsg.), *Pressure Politics. Interest Groups in Britain*, London: Junction Books 1983. Weitere Informationen zum Verhältnis BMA/DHSS stammen aus einem Interview mit dem Chairman des BMA Council, John Marks, im April 1988.

226 Vgl. Griffith u.a., *Banking on Sickness*, a.a.O., S. 119.

227 Vgl. Griffith u.a., *Banking on Sickness*, a.a.O., S. 121.

vielfältigen Reibungsflächen, vor allem die grundsätzlichen Differenzen über die Höhe der staatlichen Gesundheitsausgaben, lassen die BMA, die ansonsten innerhalb der Konservativen Partei stets mit Wohlwollen rechnen konnte, in der Perspektive der Regierung Thatcher als eine jener zahllosen Interessengruppen erscheinen, die zur britischen Malaise beitragen und deren politischen Einfluß zu brechen eines der vordringlichsten Anliegen des Thatcherismus darstellt. Diese veränderte Konstellation hat mehrfach die Vermutung genährt, daß die Regierung Thatcher zu einer ernsthaften Auseinandersetzung mit der BMA bereit sei.²²⁸

Zunächst konnten die in Primary Health Care beinhalteten Überlegungen diese These nicht bestätigen.²²⁹ Die Reformziele - die Erhöhung des Leistungsstandards, die Förderung der Prävention, die Verbesserung der Effizienz, eine stärkere Konsumentenorientierung und größere Wahlmöglichkeiten - blieben insgesamt wenig kontrovers.²³⁰ Der Report behandelte aber auch einige Instrumente, die auf ein stärker wettbewerbsorientiertes Verhalten der GPs abzielten. Unter anderem sollte die ärztliche Praxisführung mit Hilfe finanzieller Anreize innovativere und konsumentenfreundlichere Züge erhalten. So wurde eine Zusatzvergütung (»good practice allowance«) für GPs in Aussicht gestellt, die sich nachweislich um ein breiteres Leistungsangebot, vor allem im präventiven Bereich, bemühen, ihre Sprechstundenzeiten ausdehnen, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen u.ä.m. Zusätzlich wurde in Erwägung gezogen, die Honorierung wieder stärker an der Kopfpauschale auszurichten, um die GPs zu mehr Wettbewerb um die Patienten zu veranlassen. Denn seit der grundlegenden Honorarreform von 1965 war der Anteil der Kopfpauschale in der ärztlichen Vergütung auf rund 45 Prozent abgesunken. Die verbleibenden 55 Prozent setzen sich aus mehreren Einzelleistungs- und Zusatzhonoraren zusammen.²³¹ Schließlich wurden Überlegungen für eine grundsätzliche Reform der bestehenden Verträge zwischen FPCs und den Leistungsanbietern angestellt. An mehreren Stellen wurde auf die Entwicklung der HMOs in den USA Bezug genommen

228 Davies, *Things to Come*, a.a.O., S. 313; Jill Sherman, *Doctors Under Pressure*, in: *Times* vom 21.1.1988.

229 Vgl. Butler, *Wither General Practice*, a.a.O., S. 128; Judith Alsop, *Primary Health Care - The Politics of Change*, in: *Journal of Social Policy*, 15 (1986), S. 490.

230 Vgl. DHSS, *Primary Health Care*, a.a.O., S. 49.

231 Einzelheiten bei Ruth Levitt und Andrew Wall, *The Reorganised National Health Service*, London: Croom Helm 1984 (3. Auflage), S. 190 ff.

und die Möglichkeiten der Einführung von profitorientierten »health care 'shops'«²³² diskutiert.

Eine wettbewerbsorientierte Rhetorik ist auch in dem im November 1987 veröffentlichten white paper »Promoting Better Health« beinhaltet, allerdings ohne praktische Konsequenzen. Weder die umstrittene good practice allowance noch die health care shops oder andere wettbewerbsfördernde Maßnahmen wurden in diesem Dokument erwähnt. Offensichtlich war man im DHSS zu der Überzeugung gelangt, daß die ablehnende Haltung der BMA gegenüber jeglicher Form von Wettbewerb, die die BMA während der Anhörung vor dem Social Services Committee zum Ausdruck gebracht hatte²³³, noch nicht überwunden werden konnte. Die im Zusammenhang mit dem white paper angekündigten Maßnahmen, die Anfang 1988 im Rahmen des Health and Medicines Act implementiert wurden, lassen drei strategische Elemente erkennen.²³⁴

Erstens wurden finanzielle Anreize in der Honorarstruktur verankert. Speziell geriatrische bzw. pädiatrische Leistungen, ambulante Operationen und Vorsorgeuntersuchungen werden zukünftig besser honoriert. Die ursprüngliche Intention, durch finanzielle Anreize für mehr Wettbewerb unter den niedergelassenen Ärzten zu sorgen, kann nur noch dadurch erahnt werden, daß die Zahl der Patienten, die bei einem GP registriert sein müssen, damit dieser in den Genuß der vollen Grundpauschale gelangt, auf 1 000 pro Praxis erhöht wurde. Die Anhebung der Arzthonorare wird kostenneutral finanziert. Dafür ist - als zweites Element - die Einführung einer Gebühr für Augentests und Zahnvorsorgeuntersuchungen vorgesehen. Drittens erhalten die FPCs größere Kompetenzen bei der Kontrolle der Praxiskosten der GPs. Diese Maßnahme geht in eine ähnliche Richtung, wie sie sich schon bei der Reorganisation der FPC-Zuständigkeiten andeutete und könnte zu einer beträchtlichen Aufwertung der FPC-Funktionen führen: »From being the DHSS's unwanted step-children, always being told cut their management salaries and costs, FPCs have suddenly emerged as the favoured child: central to the achievement of the new vision. They are to be given extra responsibilities, extra money, and extra staff.«²³⁵

232 DHSS, Primary Health Care, a.a.O., S. 10.

233 Social Services Committee, Session 1986-87. Primary Health Care, Minutes of Evidence, London: HMSO 1986, S. 177.

234 British Medical Journal, 295 (1987), Promoting Better Health, S. 1497 ff.

235 Patricia Day und Rudolf Klein, The Business of Welfare, in: New Society vom 19.7.1987.

Der ordnungspolitische Stellenwert der Reform der primären Gesundheitsversorgung ist gering und die Orientierung an den institutionell begünstigten Problembearbeitungsmechanismen innerhalb des NHS offenkundig. Die Kostenabwälzung durch die Erhebung einer zusätzlichen Selbstbeteiligung ist zwar unpopulär, aber politisch weniger riskant als eine direkte Konfrontation mit der Ärzteschaft, da der Konsument das schwächste Glied in der Kette der Akteure darstellt. Die Stärkung des FPC-Managements findet im Rahmen staatlicher Organisationskompetenzen statt und dürfte erst langfristig wirksam werden, da dem Verhältnis zwischen FPC-Verwaltung und GPs jahrzehntelang eingeübte Beziehungsmuster zugrundeliegen. Auch die Honorarreform beinhaltet keine ordnungspolitischen Konsequenzen. Allerdings zeichnet sich hier eine bemerkenswerte strategische Fixierung ab. Während der gesamten Diskussion um die Reform der primären Gesundheitsversorgung war von Privatisierung oder einem neuen public/private mix keine Rede. Vielmehr ist eine Konzentration auf den Wettbewerb innerhalb des NHS festzustellen.

6.4.2 Finanzierungskrise und »interne Märkte«

Trotz gewisser Ansätze zu mehr Wettbewerb blieb die gesundheitspolitische Strategie der Regierung Thatcher vorsichtig und tastend. Zur Jahreswende 1987/88 änderte sich das Schlagartig. Unter dem Eindruck einer massiven Auseinandersetzung um die Finanzsituation des NHS vollzog sich eine dramatische Radikalisierung der konservativen Gesundheitspolitik, deren Ausgangspunkt auf den Tag genau datierbar ist - nämlich auf den 4. Juni 1987. Dies - so jedenfalls sieht es der ehemalige DHSS-Staatssekretär Ray Whitney²³⁶ - sei der Tag gewesen, an dem es der Labour-Partei gelang, den NHS für die Unterhauswahlen zu funktionalisieren und damit eine Kettenreaktion der Kritik auszulösen, die die Regierung wie kaum ein anderes Ereignis zuvor in die Defensive zwang.

Während einer Pressekonferenz in London hatte der Labour-Partei-führer Neil Kinnock den Fall des zehnjährigen Mark Burgess geschildert, dessen anstehende Herzoperation nach 15-monatiger Wartezeit abermals verschoben worden war. Kinnock nutzte diesen Fall als Illustration, um die Folgen der von den Konservativen verschuldeten Unterfinanzierung

236 Vgl. Ray Whitney, *National Health Crisis. A Modern Solution*, London: Shephard-Walwyn 1988, S. 5.

publikumswirksam zu belegen. Von den Medien wurde dieses emotionsgeladene Thema rasch aufgegriffen und binnen kürzester Frist häuften sich Pressemeldungen, die ähnliche Vorfälle bzw. allgemeine Mißstände im NHS zum Gegenstand hatten. Der Labour-Partei war es somit gelungen, die in der Öffentlichkeit latent vorhandenen Zweifel, ob der NHS in den Händen der Konservativen tatsächlich sicher sei, zu bestärken. Die Gegenstrategie der Regierung, die mit zahlreichen Statistiken den Nachweis zu führen versuchte, daß der NHS niemals zuvor soviel zusätzliche Mittel erhalten habe wie seit 1979 unter Margaret Thatcher, fiel wenig überzeugend aus und konnte die Wogen der öffentlichen Kritik kaum beruhigen. Der Vorwurf der Unterfinanzierung sowie die Darstellung von Mißständen in der Patientenbetreuung sind zwar so alt wie der NHS; daß es dieses Mal aber nicht beim üblichen »theatre of inadequacy«²³⁷ blieb, beruhte auf dem Zusammentreffen mehrerer Faktoren, die über eine bloß wahlkampfaktisch motivierte Themenpolitisierung hinausreichen.

Unter anderen Umständen wäre die verschobene Herzoperation wahrscheinlich schon sehr bald in Vergessenheit geraten. In diesem Fall allerdings sorgte der aufgestaute Unmut über die austeritäre Budgetpolitik der Regierung dafür, daß sich die Meldungen über Mißstände im NHS mit ungewöhnlicher Hartnäckigkeit auf der politischen Tagesordnung festsetzten. Am häufigsten wurde der Mangel an Krankenschwestern beklagt²³⁸, der als Resultat der schlechten Bezahlung gilt. Ebenfalls als Folgeerscheinung von Personalmangel und Unterfinanzierung wurden sich häufende Terminverschiebungen bei Operation, die langen Wartelisten²³⁹, die Schließung von Operationssälen oder ganzen Krankenhausabteilungen²⁴⁰ ausgemacht. Dazu gesellten sich Pressemeldungen über lebensbedrohende Versorgungsengpässe etwa bei der Nierendialyse²⁴¹ oder der Behandlung von Krebspatienten.²⁴² Nahezu alle relevanten Akteure innerhalb des Netzwerkes erhoben daher die Forderung nach zusätzlichen

237 Vgl. Rudolf Klein, *The NHS and the Theatre of Inadequacy*, in: *Universities Quarterly*, 37 (1983).

238 Vgl. *Times* vom 15.10.1987, *NHS Losing Specialists to Private Hospitals*; *Times* vom 19.10.1987, *Nurses in Call for Action on Staffing*.

239 Vgl. John M. Yates, *Why Are We Waiting*, London: Oxford University Press 1987; *Times* vom 18.12.1987, »Blackspots« in Hospital Waiting Lists Warning.

240 Vgl. *Times* vom 12.1.1988, *1,400 Hospital Beds Lost in a Year*.

241 Vgl. *Times* vom 23.9.1987, *Hospital is Forced to Stop Treatment of New Kidney Patients*.

242 Vgl. *Times* vom 8.10.1987, *Patients are Dying on Waiting Lists, Says Cancer Doctor*.

Finanzmitteln für den NHS. So bezifferte zum Beispiel die NAHA den zusätzlichen Finanzbedarf allein für den Krankenhausesektor mit 935 Millionen Pfund²⁴³, und die pharmazeutische Industrie forderte gar einen Zuwachs von insgesamt 2 Milliarden Pfund.

Anfänglich zeigte sich die Regierung von diesen Forderungen unbeeindruckt. In ihrer jährlichen Ausgabenplanung, die Anfang November vorlag, war für den Krankenhausesektor nur eine Steigerung von 700 Millionen Pfund vorgesehen.²⁴⁴ Nach Abzug der erwarteten Inflationsrate ergab sich daraus ein reales Wachstum von 1,7 Prozent. Die FPCs erhielten hingegen 350 Millionen Pfund, was einem realen Wachstum von 5 Prozent entsprach. Zwar bewegte sich die 1,7-Prozentmarke für den Krankenhausesektor durchaus im Bereich der bereits in den Vorjahren gewährten Ausgabenzuwächse, aber für viele Health Authorities begann das Rechnungsjahr 1987/88 bereits mit einem Defizit, das unter anderem aus einer 1986 gewährten, zweistufigen Gehaltserhöhung für die NHS-Beschäftigten resultierte. Zudem machte sich die über Jahre hinweg geübte Praxis des »creative accounting« negativ bemerkbar. Aufgrund der knapp bemessenen Ausgabenzuwächse hatten zahlreiche Health Authorities zu buchhalterischen Tricks gegriffen, wie dem Aufschub von Zahlungsverpflichtungen oder der Reduzierung von Finanzrücklagen, um einen Leistungsabbau zu verhindern.²⁴⁵ Aus einer Erhebung der Labour-Partei ging hervor, daß rund die Hälfte der DHAs ein Defizit zu verzeichnen hatten.²⁴⁶

Den Höhepunkt öffentlicher Kritik am geplanten NHS-Budget stellte ein gemeinsames Statement der drei renommiertesten Royal Colleges dar, die normalerweise zu derartigen Problemen keine Stellungnahmen abzugeben pflegen. In der am 7. Dezember 1987 veröffentlichten Erklärung wurde das Bekenntnis zum NHS mit der Forderung nach mehr Geld verknüpft.²⁴⁷ Die Regierung wies diese Forderung zwar umgehend zurück, geriet dann aber sogar aus den eigenen Reihen unter Druck.²⁴⁸ Eine zu-

243 Vgl. Times vom 2.10.1987, Health Chiefs Call for Extra £ 936m to Avert Cuts.

244 Vgl. Times vom 4.11.1987, Health Service to Find More Cash Itself.

245 Vgl. Trevor Rippington, *The National Health Service - An Annual Report*, in: Peter Jackson und Francis Terry (Hrsg.), *Public Domain. The Public Services Yearbook 1988*, Open University 1988, S. 58 f.

246 Vgl. *Financial Times* vom 27.11.1987, Half Health Authorities 'Running a Deficit'.

247 *Social Services Committee, First Report, Ressourcing the National Health Service: Short Term Issues*, London: HMSO 1988, S. vi.

248 Vgl. *Times* vom 8.12.1987, Government Dismisses Criticism of NHS Policy; *Times* vom 9.12.1987, Health Cash to be Queried in Top Level Investigation.

sätzliche Verschärfung ergab die kurze Zeit später erhobene Forderung der organisierten Krankenschwestern nach einer zwanzigprozentigen Gehaltserhöhung²⁴⁹, die unter normalen Umständen problemlos als weit überhöht verworfen worden wäre, aber angesichts des offenkundigen Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal, der überdies der Regierung angelastet wurde, kaum zurückzuweisen war. Um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen, formierte sich - erstmals seit dem »winter of discontent« 1978/79 - eine rasch wachsende Streikfront der gewerkschaftlich organisierten Krankenschwestern und NHS-Arbeiter.

Die Forderungen nach höheren Ausgaben für den NHS hatte ihre Wurzeln nicht nur in der Finanznot. Day und Klein betrachten die NHS-Finanzkrise weniger als monetäres Problem, sondern als Reflex auf »... changing status and power. The introduction of general management has, inevitably and rightly, changed the rules of the game. The nursing hierarchy bitterly resents the diminution of its professional prestige. Consultants feel threatened, as, for the first time ever, managements start to look at the work they do for the district service. Life is clearly getting tougher for everyone in the NHS.«²⁵⁰ Diese Deutung stimmt überein mit der hier vertretenen These von der weitreichenden Bedeutung der Griffiths-Reform für die Machtbalance im NHS.

a) Die Finanzkrise als »policy window«

Eingedenk der mehrfach unter Beweis gestellten Fähigkeit der Regierung Thatcher, dem Druck von Interessengruppen, Presse und Öffentlichkeit zu widerstehen, kann es als zumindest bemerkenswert gelten, daß sich die Regierung in diesem Fall ein dreistufiges finanzielles Zugeständnis abringen ließ. Eine erste Finanzspritze für den NHS in Höhe von 100 Millionen Pfund²⁵¹ wurde von niemandem als ausreichend empfunden. Es drohte sogar eine offene Rebellion der konservativen Unterhausfraktion²⁵², die ausgelöst wurde von den insgesamt 6 Milliarden Pfund umfassenden Steu-

249 Vgl. Times vom 9.12.1987, NHS Nurses Seek 20% Pay Rise.

250 Patricia Day und Rudolf Klein, Treating the Symptoms of Mass Hysteria, in: Financial Times vom 24.2.1988.

251 Vgl. Times vom 17.12.1987, £ 100 Million Transfusion for the NHS.

252 Times vom 19.1.1988, Moore Will Rule Out More Cash for NHS; Times vom 18.1.1988, Lawson Faces Plea for NHS Over Tax Cuts; Financial Times vom 9.2.1988, Tories Demand NHS Bonus.

ersenkungsplänen von Schatzkanzler Nigel Lawson, während John Moore zum gleichen Zeitpunkt weitere finanzielle Zugeständnisse für den NHS ausschloß. Da Hinterbänklerrevolten in der konservativen Fraktion nicht mehr auf bloß symbolische Aktionen begrenzt sind, sondern auch Abstimmungsniederlagen der Regierung in Kauf genommen werden²⁵³, bewilligte die Treasury zusätzliche Mittel in Höhe von 44 Millionen Pfund.²⁵⁴ Eine Entschärfung der NHS-Finanzkrise trat aber erst nach der Zustimmung der Regierung zu den Empfehlungen der beiden Pay Review Bodies für beträchtliche Gehaltserhöhungen bei Krankenschwestern und etwas moderatere Anhebungen bei Ärzten und Zahnärzten ein. Die umfangreichen Gehaltserhöhungen, die bei Krankenschwestern durchschnittlich 15 Prozent, bei Ärzten und Zahnärzten durchschnittlich 7,9 Prozent ausmachten, verursachten einen finanziellen Mehraufwand von rund 749 Millionen Pfund, so daß die Regierung Thatcher mit rund 1,8 Milliarden Pfund einen Ausgabenzuwachs für den NHS zugestanden hatte, der doppelt so hoch ausfiel wie ursprünglich vorgesehen.²⁵⁵

Die Finanzkrise zur Jahreswende 1987/88 stellte in mehrfacher Hinsicht eine Wendemarke der konservativen Gesundheitspolitik dar. Bis dahin besaß der NHS im Gesellschaftsprojekt des Thatcherismus eher nachgeordnete Bedeutung.²⁵⁶ Die Verlaufsmuster der Gesundheitspolitik wiesen überwiegend inkrementalistische Züge auf, die - außer der Betonung des »value for money« und des managerialism - kaum eine langfristige Strategie erkennen ließen. Eine radikale Reform des NHS galt als unkalulierbares politisches Risiko. Aus dem näheren Umfeld der Premierministerin wurde zum Beispiel berichtet, daß Margaret Thatcher stets einen gesundheitspolitischen »minimalist approach«²⁵⁷ favorisiert habe, und dies obwohl ihre politischen Grundüberzeugungen fundamental von jenen Werten und Institutionen abweichen, die durch den NHS symbolisiert werden.

Es kann daher als mittlere Überraschung bezeichnet werden, daß im Dezember 1987 eine weitreichende Reform des NHS angekündigt wur-

253 Vgl. Thomas Saalfeld, Mrs. Thatcher's poodle? Das Verhältnis zwischen Regierung und Konservativer Fraktion, 1979 - 1988, Referat für die Jahrestagung des Arbeitskreises Deutsche England-Forschung in Mülheim/R. 11.- 13.5.1989.

254 Vgl. Financial Times vom 2.3.1988, All-Party MPs Urge Extra £ 1.5bn for Health Services.

255 Vgl. Times vom 22.4.1988, Nurses Given 15% to Stave Off NHS Crisis.

256 Vgl. Financial Times, Thatcher's Great Health Gamble.

257 Whitney, National Health Crisis, a.a.O., S. 10.

de.²⁵⁸ Die Ursachen dieser plötzlichen Reformbereitschaft sind vielfältig und müssen in ihrem kumulativen Auftreten betrachtet werden. Nicht abwegig erscheint die Überlegung, daß die Regierung - wie schon in den Auseinandersetzungen mit den Bergarbeitern oder Lehrern - die Zuspitzung eines Konflikts zum »Ernstfall« betreibt, der dann eine radikale Lösung ermöglicht. Daß allerdings die medizinische Profession ein anderen Interessengruppen überlegenes Veto-Potential zu mobilisieren vermag, dürfte der Regierung auch klar gewesen sein. Des weiteren hatte die Finanzkrise erneut gezeigt, daß in einem staatlich organisierten Gesundheitsdienst automatisch die jeweilige Regierung für alle Probleme, seien es die Wartelisten, Versorgungsengpässe oder die schlechte Bezahlung des Pflegepersonals, verantwortlich gemacht wird. Eine andere Überlegung könnte darauf abstellen, daß die Regierung Thatcher den Konsens über den NHS zwar nicht brechen, aber doch auflockern konnte: »the main legacy of the first eight years of Mrs. Thatcher's administration is a break in the established pattern of assumptions«.²⁵⁹ Zwar gilt dem NHS nach wie vor die uneingeschränkte Unterstützung einer breiten Bevölkerungsmehrheit, gleichzeitig wird aber auch die Existenzberechtigung des privaten Gesundheitssektors zunehmend anerkannt.²⁶⁰ Bis zu einem gewissen Grad dürften all diese Faktoren eine Rolle gespielt haben; entscheidend war indes ein anderer Zusammenhang. Im Verlauf der Finanzkrise kollidierte der NHS erstmals in größerem Umfang mit einem zentralen Anliegen der Regierung Thatcher, und zwar dem Ziel der Steuersenkung. Stellte der NHS bis dahin für die »drys« in Partei und Kabinett allenfalls ein Ärgernis dar, so machten die unter dem Druck von Öffentlichkeit, Hinterbänklern und Verbänden gewährten finanziellen Konzessionen deutlich, daß ein unvermeidlicher trade-off besteht zwischen dem steigenden Finanzbedarf des NHS und der Senkung öffentlicher Ausgaben. Daß die Finanzkrise als politische Handlungschance interpretiert wurde, beruhte also vor allem darauf, daß aus der Perspektive der Regierung nun ein plausibler Reformanlaß gegeben war. Anfang 1988 wagte Margaret Thatchers erstmals eine »root and branch«-Reform des NHS in Sinne konservativer Ordnungsprinzipien. Dieses Vorhaben kann als ent-

258 Vgl. Times vom 16.12.1987, NHS Rethink is Likely This Parliament.

259 Robert Maxwell, Conclusions and Implications, in: ders. (Hrsg.), Reshaping the National Health Service, Berks: Policy Journals 1988, S. 188.

260 Vgl. Marc Glendenning und William Laing, Politics of Health, London: ABPI 1987, S. 10.

scheidender Testfall für die Selektivität des Policy-Netzwerkes und seiner institutionellen Grundlagen betrachtet werden.

b) Entscheidungsprozeß und Reformoptionen

Für die vorliegende Fragestellung sind die Bedingungen, unter denen die NHS-Reform formuliert und entschieden wurde, besonders aufschlußreich. Es ist bekannt, daß Margaret Thatcher - ebenso wie andere Premierminister - in besonderem Maße auf das Instrument der Kabinettsausschüsse zurückgegriffen hat, wenn kritische Entscheidung anstanden.²⁶¹ Es entsprach daher einem gängigen Procedere, daß Ende Januar 1988 eine »NHS review group« im Prime Minister Office gebildet wurde.²⁶² Mit der Einsetzung eines Kabinettsausschusses sind zumindest zwei Effekte verbunden. Erstens verändert sich die »target structure« für organisierte Interessen, da der Entscheidungsprozeß aus dem zuständigen Ministerium in das Büro des Premierministers verlagert wird. Dies mindert nicht nur die Einflußchancen organisierter Interessen, sondern es wird zudem die strukturkonservative Ministerialverwaltung umgangen. Zweitens wird dem Premierminister eine direkte Kontrolle über inhaltliche Weichenstellungen ermöglicht. Daß die NHS-Reform einen beachtlichen Stellenwert erlangt hatte, läßt sich daran ablesen, daß Margaret Thatcher, die früher kein besonderes Interesse für die Gesundheitspolitik erkennen ließ, persönlich den Vorsitz der review group übernahm. Außer der Premierministerin gehörten John Moore und sein Staatssekretär Tony Newton, Sir Roy Griffiths, Schatzkanzler Nigel Lawson und sein Staatssekretär John Major sowie John O'Sullivan aus dem No. 10 Policy Unit zu den Mitgliedern. Die Koordinierung des Ausschusses erfolgte durch O'Sullivan, was als zusätzlicher Beleg dafür gewertet werden kann, daß Margaret Thatcher die NHS-Reform zur »Chefsache« erhoben hatte.

Große Bedeutung erlangte nun die Arbeitsweise der review group, die unter nahezu vollständigem Ausschluß der Öffentlichkeit und der betroffenen Verbände tagte. Die Regierung Thatcher war in der Gesundheitspolitik also nicht nur in der Lage, den Politikstil zu verändern, sondern es

261 Siehe hierzu allgemein Brian W. Hogwood und Thomas T. Mackie, *The United Kingdom: Decision Shifting in a Secret Garden*, in: dies. (Hrsg.), *Unlocking the Cabinet: Cabinet Structures in Comparative Perspective*, London - Beverly Hills: Sage 1985.

262 Vgl. Times vom 27.1.1988, *Thatcher Leads Radical Reform of NHS Funds*.

war ihr zudem möglich, die Entscheidungsstruktur zu manipulieren. Während zum Beispiel die BMA vergeblich darum bemüht war, ihren Standpunkt der Regierung nahezubringen, vermochten es die drei Think tanks, Center for Policy Studies, Institute of Economic Affairs und Adam Smith Institute, die policy-relevante Expertise im Entscheidungsprozeß zu monopolisieren und von ihnen favorisierte Reformkonzepte in die Ergebnisse der review group einfließen zu lassen. Daran kann abgelesen werden, daß die Regierung in Großbritannien über die - in der Bundesrepublik und den USA weitaus geringer ausgeprägte - Fähigkeit verfügt, Interessengruppen selektiv in »insiders« und »outsiders«²⁶³ zu trennen, wobei letztere dann kaum Chancen zur Einflußnahme auf politische Entscheidungen besitzen. Es bedarf der Erwähnung, daß in den fünfziger und sechziger Jahren die Titmuss-Schule eine ähnlich dominante Rolle in der sozialpolitischen Beratung der Regierung spielte, was wiederum den Schluß zuläßt, daß die hoch selektive Gewährung des »access« zum politischen Entscheidungsprozeß eine im britischen Regierungssystem systematisch vorhandene Ressource darstellt, die nicht erst von Margaret Thatcher geschaffen wurde.

Die Bedeutung der selektiven Umweltkontakte für inhaltliche Weichenstellungen war immens. Denn bis Ende 1987 besaßen die Think tanks kaum Einfluß auf die Gesundheitspolitik der Regierung Thatcher. Nun aber war dem »counter establishment«²⁶⁴ bewußt ein Einfallstor zum Entscheidungsprozeß geöffnet worden. Auf diese Weise wurden in der Regierung Thatcher erstmals Markt- und Wettbewerbsmodelle für den NHS ernsthaft diskutiert. Ein präziser empirischer Nachweis darüber, welche Ideen und Reformkonzepte auf den Einfluß der drei Think tanks zurückgehen, ist hier zwar nicht möglich, dafür erlaubt allerdings ein Vergleich zwischen Themen und Konzeptionen, die im Verlauf der Finanzkrise 1987/88 und der anschließenden internen »review« des NHS von den Think tanks thematisiert wurden, und den Inhalten des vom Kabinettsauschuß vorgelegten Reformprogramms, Rückschlüsse auf ihren politischen Einfluß.

263 Vgl. Wyn Grant, *The Role and Power of Pressure Groups*, in: R.L. Borthwick und J.E. Spence (Hrsg.), *British Politics in Perspective*, New York: St. Martin's Press, 1984; Hogwood, *From Crisis to Complacency?*, S. 42 und 71.

264 Vgl. Otto Singer, *Knowledge and Politics in Economic Policy Making - a Comparative Analysis of the Role of Economic Advisors in the USA, Great Britain and West Germany*, prepared for presentation at the ECPR Joint Sessions of Workshops, Bologna, 5-10 April 1988, S. 13; *Economist* vom 6.5.1989, *Of Policy and Pedigree*.

Bereits im Verlauf der NHS-Finanzkrise hatten die drei Think tanks sowie Mitglieder des rechten Parteiflügels eine wahre Flut von Reformvorschlägen produziert, die allesamt der Suche nach einem ordnungspolitischen Reformkonzept für den NHS galten.²⁶⁵ Die Vorschläge reichten von der Forderung nach einer vollständigen Privatisierung, die vom als »unabashed right-winger«²⁶⁶ geltenden ehemaligen DHSS-Staatssekretär Rhodes Boyson erhoben wurde, über die Einführung der verschiedensten Versicherungsmodelle als neue Finanzierungsform, bis hin zur fast originalgetreuen Wiedergabe amerikanischer Vorbilder, denen zufolge die Health Authorities in konkurrierende »HMUs« (Health Management Units)²⁶⁷ oder »MHCUs« (Managed Health Care Organizations)²⁶⁸ umgewandelt werden sollten. Dabei war die begriffliche Nähe zur »HMO«, dem amerikanischen Prototyp marktförmiger Steuerung des Gesundheitssektors, ganz sicher beabsichtigt. Die NHS-Finanzkrise unterschied sich durch eine »... acute epidemic of thinking the unthinkable«²⁶⁹ von vorangegangenen Diskussionen dieser Art. Aus Whitehall wurde die Reichweite der in Diskussion befindlichen Reformoptionen zwar mit »everything is on the table«²⁷⁰ umrissen, aber ganz so unstrukturiert verlief der Suchprozeß nicht.

Der typischen Dramaturgie derartiger Entscheidungsprozesse folgend, gelangten außer den zahlreichen Veröffentlichungen der konservativen Think tanks auch mehr oder minder konkrete Andeutungen über Beratungen der review group an die Öffentlichkeit, die erkennen ließen, daß vier Reformoptionen diskutiert wurden, von denen jeweils zwei als radikal und zwei als moderat eingestuft werden können. Die beiden radikalen Reformoptionen waren die Umstellung der Steuerfinanzierung auf eine Versicherungsbasis sowie verschiedene Varianten der Umwandlung von

265 Vgl. als - bei weitem nicht vollständige - Auswahl: John Peet, *Healthy Competition. How to Improve the NHS*, London: CPS 1987; Times vom 14.12.1987, Tories Press for Changes in NHS Funding; Times vom 1.1.1988, Thornycroft: *We Were Right 30 Years Ago*; Times vom 23.1.1988, Tories Look to Bigger Role for Private Health; Leon Brittan, *A New Deal for Health Care*, London: Conservative Central Office 1988; weitere Literatur bei Rudolf Klein, *Financing Health Care: the Three Options*, in: *British Medical Journal*, 296 (1988), S. 736.

266 Trevor Russel, *The Tory Party. Its Policies, Divisions and Future*, London: Penguin Books 1978, S. 106; Times vom 8.1.1988, Boyson Urges NHS Privatization.

267 Vgl. Times vom 14.1.1988, *Management Reform Proposed*.

268 Vgl. Times vom 26.2.1988, *Thatcher Opting for Mixture of NHS and Private Care*.

269 Klein, *Financing Health Care*, a.a.O., S. 734.

270 Vgl. Times vom 27.1.1988, *Thatcher Leads Radical Reform of NHS Funds*.

DHAs und FPCs in HMO-ähnliche Organisationen. Diese Reformoptionen wurden sehr bald verworfen. In den Vordergrund traten anstelle dessen die beiden moderaten Vorschläge, das Konzept der »internen Märkte« und das »opting out«.

Das Konzept der internen Märkte geht auf den amerikanischen Gesundheitsökonom Alain Enthoven zurück, der 1984 einer Einladung der Stiftung Nuffield Provincial Hospitals Trust gefolgt war.²⁷¹ Die Grundidee basiert auf der Beobachtung, daß zwischen den DHAs ein begrenzter Austausch von Patienten stattfindet, da nicht alle districts auch alle medizinisch erforderlichen Operationen und Behandlungen bereitstellen können. Bedingt durch die große Konzentration akademischer Lehrkrankenhäuser mit umfassendem Leistungsangebot finden die meisten Patientenüberweisungen von Norden nach Süden statt, insbesondere nach London. Dieser Patientenfluß unterliegt keinen festen Regeln und seine finanzielle Kompensation erfolgt zumeist mit beträchtlicher Verzögerung und nur auf Schätzwerten basierend auf dem Umweg über den RAWP-Verteilungsschlüssel, da die DHAs untereinander keine Leistungen in Rechnung stellen dürfen (»cross charging«).²⁷² Da die RAWP-Formel aber gleichzeitig für eine finanzielle Umverteilung in die entgegengesetzte Richtung sorgt, nämlich von Süden nach Norden, ist die Patientenüberweisung in den benachteiligten DHAs zunehmend in Mißkredit geraten.

Im Modell von Enthoven sollen die DHAs wie zuvor ein festes Budget zugewiesen bekommen, aber nun auch das Recht erhalten, ihre Patienten auf der Basis von ausgehandelten Preisen in andere Distrikte zu überweisen oder fehlende medizinische Dienste von privaten Krankenhäusern »einzukaufen«. Umgekehrt sollen die DHAs ihre freien Kapazitäten auf diesem internen Markt anbieten und daraus erwirtschaftete Überschüsse in ihrem Budget verbuchen dürfen. Die Herstellung eines internen Marktes basiert also auf der partiellen Trennung zwischen Finanzierung und Leistungsproduktion, um so den Mechanismus von Angebot und Nachfrage in Gang setzen zu können. Die DHAs, die im bestehenden Verfahren für Angebot und Nachfrage ein (regionales) Monopol besitzen, sollen

271 Vgl. Alain C. Enthoven, *Reflections on the Management of the National Health Service*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, Occasional Papers 5, 1985, S. 40. Zur Kritik an Enthovens Konzept vgl. Ray Robinson, *Efficiency and the NHS: A Case for Internal Markets*, London 1988 (IEA Health Unit Papers No. 2); Gwyn Bevan, *Reforming UK Health Care: Internal Markets or Emergent Planning?* in: *Fiscal Studies*, 10 (1989).

272 Vgl. Gwyn Bevan, *Catchment Populations, Health Maintenance Organizations and Cross Charging*, in: *Financial Accountability & Management*, 4 (1988).

durch den distriktübergreifenden Patientenfluß fallweise als Nachfrager auftreten, etwa beim »Einkauf« medizinischer Leistungen von anderen DHAs oder Privatkrankenhäusern, oder als Anbieter medizinischer Leistungen für ihre eigene Bevölkerung bzw. für Nachfrager aus anderen Regionen. Um eine derartige »culture of buying and selling«²⁷³ zu schaffen, sollen den DHA-Managern größere Handlungsfreiräume geschaffen werden, die Entscheidungen nach unternehmerischen Kriterien erlauben. Die Nähe zum amerikanischen HMO-Modell ist zwar unverkennbar, allerdings stellen die internen Märkte insofern ein systemkonformes Verfahren dar, als die Grundprinzipien des NHS - die zentrale Steuerfinanzierung, die überwiegend staatliche Organisation und die umfassende medizinische Versorgung ohne finanzielle Zugangsbarrieren - nicht in Frage gestellt werden. Enthoven selbst hat seinen Vorschlag ausdrücklich nicht als Strategie zur Privatisierung, sondern als »market socialism« bezeichnet.²⁷⁴ Daß sich in diesem Konzept Systemkonformität mit Markt- und Wettbewerbselementen verbinden, läßt seinen potentiell hohen politischen Stellenwert erahnen, zumal es der konservativen Gesundheitspolitik zuvor an einem attraktiven Reformmodell ermangelte.

Die zweite Reformoption, das sogenannte »opting out«, stellt hingegen einen partiellen Strukturbruch mit dem Finanzierungsprinzip des NHS dar. Hierbei handelt es sich um die Gewährung eines Steuernachlasses bzw. die Bereitstellung eines vouchers für Personen, die eine private Krankenversicherung abschließen. Dieser Vorschlag ist nicht neu, besaß aber lange Zeit keine ernsthaften Realisierungschancen, da die Treasury Steuernachlässe stets mit dem Argument abgelehnt hat, daß damit ein Präzedenzfall für die Forderung nach Steuerbefreiungen für andere öffentliche Dienstleistungen geschaffen würde.²⁷⁵ Es war offenbar ein Ergebnis der Arbeitsgruppe, daß Schatzkanzler Lawson diese Bedenken zurückstellte und das opting out zu einer möglichen Reformmaßnahme avancierte.²⁷⁶ In der Öffentlichkeit ist dieses Modell allerdings heftig umstritten. Erstens wird die Steuerbefreiung für eine private Krankenversicherung als Ausgangspunkt zu einem Zwei-Klassen-System der Gesundheitsversorgung betrachtet, da nur die guten Risiken ohne substantielle

273 Enthoven, *Reflections on the Management*, a.a.O., S. 41.

274 Enthoven, *Reflections on the Management*, a.a.O.

275 Vgl. *Financial Times* vom 6.2.1988, *Diagnosing the Real Problem*.

276 Vgl. *Times* vom 16.5.1988, *Patient May Be Allowed to Quit the NHS*.

Zuzahlung zur Versicherungsprämie den NHS verlassen könnten.²⁷⁷ Zweitens wäre eine abnehmende Unterstützung für den NHS zu befürchten, da bei Patienten mit einer privaten Krankenversicherung das Interesse an der Finanzierung des NHS aus dem allgemeinen Steueraufkommen sinken würde. Aus diesen Gründen droht mit dem opting out ein möglicherweise folgenschwerer ordnungspolitischer Kontinuitätsbruch, da das Prinzip der zentralen Steuerfinanzierung erodieren könnte.

Für den Verlauf der Diskussion um die NHS-Reform wurde auch eine überraschende Kabinettsumbildung im Juli 1988 relevant, aus der John Moore, der nach übereinstimmendem Urteil der Presse und der Konservativen Partei der Finanzkrise nicht hatte Herr werden können, als Verlierer hervorging. Sein Ministerium wurde in das Department of Social Security (DSS) und das Department of Health (DoH) aufgespalten. Moore blieb Minister des DSS, während das in der politischen Priorität nun gewachsene DoH von Kenneth Clarke übernommen wurde.²⁷⁸ Eine derartige Reorganisation war kurz zuvor von einflußreichen Kabinettsmitgliedern gefordert worden²⁷⁹, um die Kapazitäten des Gesundheitsministers für die NHS-Reform freizumachen. Die Kabinettsumbildung war nicht nur ein erneuter Beleg dafür, in welchem großem Umfang die Organisation der staatlichen Verwaltung im britischen Regierungssystem politisch disponibel ist.²⁸⁰ Inmitten einer kritischen Entscheidungsphase war mit diesem Personalaustausch auch eine inhaltliche Weichenstellung verbunden. Wenn die Times feststellte, »Mr. Clarke is instinctively a less radical thinker than Mr. Moore«²⁸¹, so kann daraus der Schluß gezogen werden, daß radikale Reformoptionen an Bedeutung eingebüßt hatten.

c) Die Reform des NHS

Nach gut einjähriger Beratungsdauer legte Gesundheitsminister Kenneth Clarke im Februar 1989 das white paper »Working for Patients« vor, daß

277 Vgl. Times vom 17.5.1988, Take Care With Health.

278 Vgl. Times vom 26.7.1988, Major Reshuffle Splits DHSS.

279 Vgl. Times vom 25.1.1988, Ministers Want New Health Post in the Cabinet.

280 Siehe hierzu den Überblick von Christopher Pollitt, Manipulating the Machine. Changing the Pattern of Ministerial Departments 1960-83, London: Allen & Unwin 1984.

281 Vgl. Times vom 26.7.1988, Divided Spoils.

von acht Arbeitspapieren begleitet wurde.²⁸² Zweifelsohne repräsentieren die darin beinhalteten Reformvorschläge die umfangreichste Reform des NHS seit seiner Gründung. Aus der Vielzahl von Einzelmaßnahmen können zwei generelle Tendenzen herausgefiltert werden. (1) Erstens ist vorgesehen, sowohl für den ambulanten wie für den stationären Sektor ein auf Wettbewerb und finanziellen Anreizen basierendes System interner Märkte einzuführen; zweitens (2) wird eine massive Stärkung und Erweiterung der Zugriffssphäre des Managements angestrebt.

- (1) Die Einführung eines internen Marktes basiert im wesentlichen auf zwei Maßnahmen. Allgemeine Akutkrankenhäuser mit mehr als 250 Betten können auf freiwilliger Basis in »self governing NHS hospital trusts« umgewandelt werden, die dann keiner direkten Kontrolle mehr durch die DHAs unterliegen. Der Sinn dieser Abkoppelung von der Linienorganisation des NHS besteht darin, den selbstverwalteten Krankenhäusern größere unternehmerische Handlungsfreiheiten zu eröffnen, um so effizienter wirtschaften zu können. Wie bisher werden diese Krankenhäuser einen großen Teil ihres Budgets von einer oder mehreren DHAs beziehen, wobei Art und Umfang der medizinischen Leistungen auf Vertragsbasis ausgehandelt werden. Zusätzliche Einkommensquellen sollen durch Verträge mit kommerziellen Firmen, privaten Krankenversicherungen, Privatpatienten und niedergelassenen Ärzten erschlossen werden. Die gegenüber den bisher zulässigen Formen der »income generation« drastisch erweiterten Freiräume gelten auch für die Lohn- und Gehaltszahlungen. Selbstverwaltete Krankenhäuser brauchen sich nicht mehr an die Tarife der Pay Review Bodies zu halten, sondern können die Bezahlungen ihrer Beschäftigten, einschließlich der Ärzte, individuell aushandeln. Eine wichtige Neuerung betrifft auch die Leitungsebene dieser Krankenhäuser, die durch einen »hospital trust« erfolgen soll. Aus diesem Gremium sind Ärzte mit vertraglichen Bindungen an das Krankenhaus, Mitarbeiter der Health Authorities und Gewerkschaftsrepräsentanten ausgeschlossen.
- (2) Für den ambulanten Versorgungssektor ist vorgesehen, daß Gruppenpraxen mit mehr als 11 000 Patienten - wiederum auf freiwilliger Basis - als »budget holders« agieren können. Im Unterschied zum bestehenden Honorierungsverfahren sollen diese Praxen mit einem festen

282 Vgl. Department of Health, 1989: Working for Patients, Cmnd 555, London: HMSO.

Budget wirtschaften, aus dem auch bestimmte Kategorien von Krankenhausaufenthalten finanziert werden müssen. Damit verbindet sich die Hoffnung, daß die GPs ein Interesse an der kostengünstigen Versorgung ihrer Patienten auch für den stationären Sektor entwickeln und Überweisungen daher in möglichst preiswerte Krankenhäuser vornehmen. Ein wesentlicher Anreiz soll - ebenso wie bei den selbstverwalteten Krankenhäusern - von der Möglichkeit ausgehen, daß Budgetüberschüsse einbehalten werden dürfen.

Die Mechanik dieser Reformvorschläge wurde von der Regierung mit »money follow patients« umschrieben und läßt erkennen, daß die Separierung zwischen Finanzierungsinstitution und medizinischer Dienstleistungsproduktion, wie sie für das Enthoven-Modell konstitutiv ist, auch die Grundlage der NHS-Reform bildet. Radikale Veränderungen, wie sie in der Frühphase der review group diskutiert wurden, sind in der Regierungsvorlage nicht bzw. nur noch in abgeschwächter Form wiederzufinden. Von weitergehenden Privatisierungen ist ebensowenig die Rede wie von einer Umstellung der NHS-Finanzierung auf Versicherungsbeiträge. Das anfänglich noch favorisierte Verfahren des opting out ist lediglich in symbolischer Form erhalten, nämlich als geringfügige Steuererleichterung für über 60jährige. Für den privaten Gesundheitssektor sind daher die Expansionspotentiale, die mit dem Konzept der Regierung verbunden sind, als gering einzuschätzen.²⁸³ Inwieweit das Konzept der internen Märkte auch implementiert wird, kann derzeit noch nicht endgültig abgeschätzt werden. Die zahlreichen Unklarheiten - etwa: was passiert, wenn ein NHS hospital trust oder ein budget holder kein Geld mehr hat? - lassen jedoch erwarten, daß eine Reihe von Abstrichen notwendig werden, die den internen Wettbewerb soweit zähmen, daß die negativen Folgekosten nicht in Kollision mit dem Ziel einer umfassenden Versorgung durch den NHS geraten.

Während diejenigen Passagen des white paper, die den internen Märkten gelten, als »short on detail, long on questions«²⁸⁴ charakterisiert wurden, fielen die Vorstellungen, die die Regierung zur Stärkung des Manage-

283 Diesen Schluß zieht der Mitinhaber einer Consulting-Firma, die speziell für den privaten Gesundheitssektor arbeitet, William Laing, *The White Paper and the Independent Sector: Scope for Growth and Restructuring*, in: *British Medical Journal*, 298 (1989).

284 *Economist* vom 25.2.1989, *National Health Service: Short on Detail, Long on Questions*.

ments entwickelt hat, wesentlich präziser aus. Eine im wesentlichen nomenklative Veränderung gilt den beiden Management Boards, die im Zuge der Griffiths-Reform im Gesundheitsministerium entstanden und nun in NHS Policy Board und NHS Management Executive umbenannt wurden. Dieser Schritt resultierte offenkundig aus den weiter unten schon beschriebenen Führungsproblemen der Management Boards, denen durch eine stärkere Abschottung von der Ministerialverwaltung und die Ernennung hochkarätiger Industriemanager²⁸⁵ entgegengewirkt werden soll. Wie schon bei der Griffiths-Reform finden die relevanten Veränderungen an der Peripherie statt.²⁸⁶ Die Leitungsebene der RHAs und der DHAs wird in Zukunft personell drastisch verkleinert, so daß die Vertreter der Lokalbehörden, der Gewerkschaften und eines großen Teils der medizinischen Berufe auf dieser Entscheidungsebene nicht mehr präsent sein werden. In den FPCs soll nicht nur die Anzahl der Mitglieder von 30 auf 11 reduziert, sondern erstmals auch die Position eines general managers eingerichtet werden. Da für die FPCs in Zukunft ein »caped budget« für Arzneimittel gilt, werden nun auch die GPs mit einem Management konfrontiert, daß immer größere Teile des Ressourcenflusses im NHS kontrolliert. Im Krankenhaus, wo die »managerial revolution« schon weiter fortgeschritten ist, ist ein noch weitergehender Einbruch in eine zuvor ausschließlich professionell kontrollierte Domäne zu verzeichnen, da in die Vergabeprozedur der »distinction« und »merit awards«, die ein wesentliches Element der Einkommenssteigerung im Karriereverlauf eines Krankenhausarztes ausmachen, zukünftig auch das Management eingeschaltet wird. Es steht zu erwarten, daß mit Hilfe dieses finanziellen Hebels der Zugriff der general manager auf die consultants eine Intensivierung erfahren wird.

Diese Maßnahmen unterstreichen, daß auch die jüngste NHS-Reform in weiten Teilen auf der Logik der Griffiths-Reform basiert: Auf allen Entscheidungsebenen werden die Handlungsspielräume der general manager ausgebaut, während gleichzeitig die Veto-Rechte lokaler und professioneller Interessen reduziert werden. Dies entspricht einer generellen Stoßrichtung des Thatcherismus, der sowohl im »Establishment« professioneller Berufe wie auch in der Widerspenstigkeit der »local authorities« eine Verschwörung gegen die Prinzipien der marktorientierten Gesell-

285 Vgl. Times vom 23.5.1989, Business Chiefs on Top NHS Board.

286 Vgl. Alan Bussey, Streamlining Management, in: British Medical Journal, 298 (1989).

schaft erblickt. In der Gesundheitspolitik sind diese beiden Unsicherheitsfaktoren von besonderer Relevanz, da die Durchsetzung des Modells der internen Märkte nicht nur die Existenz einer Funktionselite mit entsprechendem Managementwissen voraussetzt, sondern auch am Destruktionspotential lokaler und professioneller Eigeninteressen scheitern könnte. Nicht ohne Grund ist die Beteiligung von Ärzten und Krankenhäusern am internen Markt auf freiwilliger Basis geplant. Denn die Vorherrschaft des Managements ist noch nicht so weit vorangeschritten, daß über abweichende Interessen ohne weiteres hinweggegangen werden kann.

Die Reformpläne der Regierung Thatcher wurden mit massiver Kritik von nahezu allen Akteuren konfrontiert. Die Labour-Partei bezeichnete die NHS Trust Hospitals als Vorstufe zur Privatisierung und zur Etablierung eines Zwei-Klassen-Systems der Versorgung.²⁸⁷ Auch die Vertretung der Krankenschwestern warf der Regierung einen Bruch mit den Prinzipien des NHS vor.²⁸⁸ Die Hauptkritik, die eine Ökonomisierung medizinischer Entscheidungen und damit einhergehende Qualitätsverluste als Resultat der NHS-Reform hervorhebt, wurde von der BMA formuliert und von anderen wichtigen Verbänden mitgetragen, unter ihnen die pharmazeutische Industrie.²⁸⁹ Dieser Vorwurf erlangte zusätzliches Gewicht durch wohlbegründete Zweifel, ob der NHS mit Hilfe der internen Märkte billiger und effizienter zu bewirtschaften sei. Abgesehen von den Kosten eines umfangreichen Informationssystems, das neu errichtet werden muß, werden die ökonomischen Auswirkungen marktförmiger Verteilungstechniken selbst von britischen Gesundheitsökonomen bezweifelt.²⁹⁰ Die Front der Gegner reicht bis in die Reihen der Konservativen Partei.²⁹¹ Einer der wenigen Fürsprecher ist das IHSM, das der Regierung ein »qualified welcome« für die NHS-Reform signalisierte.²⁹² Die insgesamt äußerst kritische Rezeption des Entwurfs macht zwar klar, daß die Regierung weit von der Etablierung eines hegemonialen Diskurses im Gesundheitssektor entfernt ist, andererseits gibt es Anzeichen dafür, daß die

287 Times vom 6.2.1989, Labour Claims 320 Hospitals are Listed for NHS 'Opt Out'; Times vom 2.5.1989, Labour Launches Bitter Attack on NHS Scheme.

288 Times vom 5.4.1989, Clarke is Accused of Undermining NHS principles.

289 Vgl. Financial Times vom 5.6.1989, NHS Reform »Stress Cost not Quality«.

290 Vgl. Alistair McGuire, Paul Fenn und Ken Mayhew, The Assessment: The Economics of Health Care, in: Oxford Review of Economic Policy, 5 (1989).

291 Vgl. Times vom 31.3.1989, Tory MPs Criticizes Clarke; Times vom 17.4. 1989, Pressure on Clarke to Settle Dispute over Doctors' Pay; Times vom 26.5.1989, MPs Express Grave Doubts over Reforms Enforced Upon NHS.

292 Vgl. Times vom 28.3.1989, Health Funding Crisis »is Ignored«.

Regierung Thatcher die Interventionsfreundlichkeit des NHS im Sinne konservativer Ordnungsprinzipien erhöhen konnte.

Unter anderem kann dies aus der Beobachtung abgeleitet werden, daß die Kritik erkennbar defensiven Charakter besitzt und stark auf prozedurale Aspekte zielt. Bemängelt werden vor allem der forsche Zeitplan für die Implementation, der Verzicht auf vorgeschaltete Modellversuche, was zur Einführung eines völlig unerprobten und daher riskanten Verteilungsmodells führe, und schließlich - für den vorliegenden Zusammenhang entscheidend - das Fehlen jeglicher Konsultationen.²⁹³ Letzteres wird als wesentlicher Grund für die vehement vorgetragene Kritik der BMA am Vorhaben der Regierung gewertet.²⁹⁴ Zwar hat Gesundheitsminister Clarke nach der Veröffentlichung des white paper die Konsultationsphase für eröffnet erklärt²⁹⁵, ihr aber nur rein akklamatorischen Charakter zugebilligt, da fast im gleichen Atemzug die Grundprinzipien der NHS-Reform als »non-negotiable« bezeichnet wurden.²⁹⁶ So sehr die Mißachtung des Konsultationsverfahrens auch beklagt wurde, so deutlich wird an dieser Vorgehensweise, daß die Regierung Thatcher offenbar ohne ernsthafte Konsequenzen eine Politik der »kontrollierten Regelverletzung« betreiben kann.

Die Tatsache, daß der Widerstand der medizinischen Profession zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten variiert, ist weniger ein Resultat unterschiedlicher Betroffenheit, als vielmehr ein Indikator für die erweiterten staatlichen Durchsetzungschancen, die mit der Einführung des general managements entstanden. Die wesentlich aggressive Kritik wird von den GPs vorgetragen, deren Unterorganisation innerhalb der BMA, das General Medical Services Committee, ihren Mitgliedern sogar empfohlen hat, durch kollektive Ablehnung der budget holder-Option die Regierung zu Konzessionen zu zwingen.²⁹⁷ Demgegenüber hat die Vertretung der Krankenhausärzte Schwierigkeiten, aus ihren Reihen vergleichbare Widerstände zu mobilisieren. Unter dem Druck des general management hatten Anfang Mai 1989 bereits 134 Krankenhäuser ihr In-

293 Vgl. Times vom 3.2.1989, Putting the Patients Last.

294 Vgl. Financial Times vom 22.3.1989, Why Britain's Doctors are Up in Arms.

295 Vgl. Times vom 3.5.1989, Labour Launches Bitter Attack on NHS Scheme.

296 Vgl. Financial Times vom 4.4.1989, No Delay for Health Reforms, Says Minister; Times vom 4.4.1989, Fighting Reform is Waste of Money, Clarke tells Nurses.

297 Vgl. Financial Times vom 27.4.1989, Doctors Resist the Prescription; Times vom 28.4.1989, GPs Threaten Reform Sanctions.

teresse am »self-governing«-Status signalisiert.²⁹⁸ Daß von den niedergelassenen Ärzten die größeren Widerstände ausgehen, beruht zunächst auf den größeren »voice« und »exit«-Optionen der GPs, die - anders als die Krankenhausärzte - disziplinarisch nicht belangt werden können und ihre vertraglichen Bindungen an den NHS jederzeit beenden dürfen. Aber die entscheidende Rolle in der Abmilderung des Widerstandes von seiten der Krankenhausärzte haben die general manager gespielt, die der NHS-Reform vergleichsweise aufgeschlossen gegenüberstehen. Umgekehrt erklärt sich so auch die stärker entwickelte Ablehnung der NHS-Reform durch die GPs, die noch nicht unter dem Einfluß des Managements stehen.

Auch wenn die NHS-Reform noch manche Modifikation erfahren könnte und vieles bei ihrer Durchsetzung von der Implementation abhängt, hat der bisherige Diskussionsverlauf jene Veränderungen zu Tage treten lassen, denen das gesundheitspolitische Netzwerk im Verlauf der zehnjährigen Amtszeit der Regierung Thatcher unterlag. Als gesichert kann die These gelten, daß die Regierung Thatcher auf der Ebene der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung einen neuen Politikstil durchsetzen konnte, denn das Konsultationsverfahren hat heute in vielen Fällen nur noch symbolischen Wert. Bei den Verbänden ist die Mißachtung dieses traditionellen Entscheidungsmusters zwar auf heftige Kritik gestoßen, aber das Eingeständnis eines hohen BMA-Funktionärs, daß bei der umstrittenen NHS-Reform nicht mehr ernsthaft mit substanziellen Konzessionen der Regierung gerechnet wird²⁹⁹, zeigt in welcher einflußreicher Position sich die Regierung gegenüber den Interessen des Policy-Netzwerkes befindet. Ermöglicht wird der neue Politikstil zum einen durch die konsequente Ausschöpfung institutionell bedingter Autoritätsreserven (»non-negotiability«, »insiders«/»outsiders«), die das Westminster-Modell und ein zentralisierter Gesundheitsdienst eröffnen, und zum anderen durch den Abbau der Veto-Potentiale lokaler und professioneller Interessen, wodurch die resource dependency der Zentrale von der Peripherie erheblich gemindert wurde.

Die Einführung des general managements hat die Netzwerkstruktur am nachhaltigsten verändert. Bereits mehrfach erwähnt wurde die Rolle dieser Funktionselite als neuer Akteur, der zwar nicht zu einer Destabilisierung, aber doch zu einer Machtverschiebung innerhalb des Netzwerkes

298 Vgl. Times vom 8.5.1989, Hospital Doctors are Split over Whether to Opt Out.

299 Vgl. Financial Times vom 18.5.1989, BMA Advises Doctors to Resist Health Reform.

beigetragen hat, was an den erweiterten strategischen Optionen für die Regierung abgelesen werden kann. Gerade die jüngste NHS-Reform hat mit ihrem überaus deutlichen Rückgriff auf das Management die Brückenkopffunktion dieses Akteurs illustriert. Ein zweiter, ebenfalls schon angeklungener Aspekt besteht in der Verschiebung der Anreizstruktur durch das Management, dessen Effizienzorientierung langsam, aber kaum aufhaltbar die »operating ideology« des NHS verändert. Drittens schließlich ist via general management erstmals die Bildung einer Koalition zwischen Zentrum und - einem Teil der - ehemals nicht selten kooperationsunwilligen Peripherie möglich geworden. Ungeachtet der umstrittenen ökonomischen Wirksamkeit dieser Reform kann als sicher gelten, daß der NHS nicht zuletzt infolge der veränderten Akteurskonstellation in eine »post incrementalist era«³⁰⁰ eingetreten ist.

300 Rudolf Klein und Michael O'Higgins, *Social Policy after Incrementalism*, in: dies. (Hrsg.), *The Future of the Welfare State*, Oxford: Basil Blackwell 1985, S. 223.

7. Gesundheitspolitik in der Ära Reagan

Nach dem Wahlsieg der Reagan-Administration und dem Ergebnis der zeitgleich stattfindenden Senatswahlen, bei denen die Republikanische Partei erstmals seit 1954 wieder eine Mehrheit erlangte, wurden in den USA tiefgreifende Veränderungen für die Gesundheitspolitik vorausgesagt. Einer der führenden Fachjournalisten prognostizierte damals: »There is every likelyhood now that the mandate President Reagan has translated into proposed sharp reductions in the federal budget and a devolution to subnational governments will lead to a dramatically altered role for Washington in the health sphere.«¹ Diese Einschätzung schien vollauf gerechtfertigt, denn die Reagan-Administration konnte bezüglich ihrer Vorstellungen von einer radikal verringerten Rolle des Staates mit breitem Zuspruch rechnen. Hinzu kam, daß mit der Ernennung von Richard Schweiker zum secretary des Department of Health and Human Services (DHHS), von David Stockman zum Direktor des Office of Management and Budget (OMB) und der Wahl von David Durenberger zum Vorsitzenden des Health Subcommittee des bedeutsamen Senatsfinanzausschusses drei der wichtigsten republikanischen Marktreformbefürworter in strategisch entscheidende Positionen gelangt waren.

Während Schweiker und Durenberger - auch gesundheitspolitisch - als »moderates« eingestuft wurden, wartete David Stockman mit den vermutlich radikalsten Forderungen für eine Gesundheitsreform auf. Seinen Äußerungen kommt deshalb besondere Bedeutung zu, weil das OMB schon kurz nach Reagans Amtsantritt zur wichtigsten Schaltzentrale der Regierungspolitik ausgebaut wurde. Stockmans »neoconservative vision«² basierte auf der grundsätzlichen Ablehnung staatlicher Interventionen in den Gesundheitssektor. Da Gesundheit ein ökonomisches Gut wie andere sei, müßten hier die gleichen Regeln gelten wie für andere Wirtschaftssektoren. Denn nur das Profitstreben könne ein effizientes Marktverhalten herbeiführen. Diese Auffassung erfuhr folgende programmatische Zuspitzung: »... we ought to build any plan on the laissez-faire notion of a completely self-organizing provider market. (...) The kind of competitive

1 John K. Iglehart, Washington Report: The New Role of the Federal Government, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 6 (1981), S. 179. Vgl. auch John Arras, The Neoconservative Health Strategy, in: Ronald Bayer, Arthur L. Caplan und Norman Daniels (Hrsg.), In Search of Equity, New York: Plenum 1983.

2 Vgl. David Stockman, Premises for a Medical Marketplace: A Neoconservative's Vision of How to Transform the Health System, in: Health Affairs, 1 (1981).

health care system that I am talking about requires moving 180 degrees in the opposite direction, where government specifies nothing. (...) I think most hospitals will become parts of for-profit health care marketing operations or they will become for-profit on their own.³ Diese in der Tat radikale Sicht gehörte aber selbst in der Euphorie der frühen Reagan-Regentschaft eher zu den Außenseiterpositionen. Die wichtigste parteiübergreifende Gemeinsamkeit galt einem weniger ambitionierten Vorhaben, nämlich der Kürzung staatlicher Gesundheitsausgaben. Im Repräsentantenhaus, in dem die demokratische Partei die Mehrheit bewahren konnte, hatten sich sogar Abgeordnete zu einem Conservative Democratic Forum zusammengeschlossen, das einen Teil der von Reagan anvisierten Vorhaben stützte.⁴

Für den Gesundheitssektor waren vier Maßnahmebündel geplant: eine deutliche Reduktion der bundesstaatlichen Gesundheitsausgaben, ein nicht minder deutlicher Abbau regulativer Maßnahmen, eine Verlagerung gesundheitspolitischer Kompetenzen auf die Einzelstaaten und den privaten Sektor und schließlich gesetzgeberische Maßnahmen zur Förderung von Konkurrenz und Wettbewerb im Gesundheitssektor.⁵ Richard Schweiker präzierte Anfang 1981 die gesundheitspolitischen Vorhaben der Regierung.⁶ Neben der Schließung mehrerer Krankenhäuser des Public Health Service (PHS) und Einsparungen bei der staatlichen Ausbildungsförderung für Ärzte sind folgende Vorhaben als ordnungspolitisch relevant hervorzuheben:

- die bestehenden bundesstaatlichen Gesundheitsprogramme sollten zu einigen wenigen »block grants« zusammengefaßt werden;
- die Ausgaben für Medicaid sollten zeitweise auf einen maximal fünfprozentigen Anstieg begrenzt und den Einzelstaaten größere Flexibilität für die Programmgestaltung eingeräumt werden;
- geplant war zudem der Rückzug Washingtons aus dem HMO-Programm, dessen Finanzierung von privater Seite erfolgen sollte, sowie ein Auslaufen des PSRO-Programmes und der Gesundheitsplanung;

3 Ebd., S. 14 ff.

4 Vgl. Iglehart, Washington Report, a.a.O., S. 180.

5 Vgl. Judith Feder u.a., Health, in: John L. Palmer und Isabel V. Sawhill (Hrsg.), The Reagan Experiment, Washington, DC: Urban Center 1982, S. 271 f.

6 Vgl. Iglehart, Washington Report, a.a.O., S. 181.

- als ambitioniertestes Vorhaben kann die Ankündigung gelten, im Zeitraum von zwei Jahren gesetzliche Schritte zur Schaffung von mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitssektor zu unternehmen;
- schließlich war vorgesehen, die Aktivitäten des Public Health Service zu rationalisieren und dabei Zuständigkeitsüberlappungen der für die Technologiefolgen-Abschätzung im Medizinsektor zuständigen Behörden zu beseitigen.

7.1 Der Ausbau staatlicher Steuerungskapazitäten

Ein zentraler Bestandteil der »Reagan Revolution« war die Stärkung der Steuerungs- und Kontrollkapazitäten des Weißen Hauses gegenüber der Exekutive. Die heute dominierende Einschätzung geht davon aus, daß Reagan einen so großen Einfluß auf die Bundesverwaltung erlangt hat wie kein anderer Präsident seit Franklin D. Roosevelt. Wie sich anhand verschiedener Beispiele illustrieren läßt, handelte es sich hierbei aber weniger um eine Revolution, als vielmehr um eine taktisch mit großem Geschick durchgeführte Perfektionierung bestehender exekutiver Handlungsinstrumente, die insbesondere von demokratischen Vorläufern Reagans eingeführt worden waren. Das »Reaganizing«⁷ der Exekutive basierte auf zwei Strategien, nämlich der Zentralisierung von Steuerungskompetenzen im Weißen Haus, genauer: im OMB, und der massiven Politisierung der Verwaltung, die die unter anderen Präsidenten geübte Praxis bei weitem übertraf.

Im Mittelpunkt der Zentralisierung der Regierungsarbeit stand das Budget, dessen Vorbereitung fast vollständig in das OMB verlagert wurde. Der jährliche Haushaltsplan wurde von David Stockman und seinem Stab nach dem »top down«-Verfahren⁸ entwickelt, in dem die Ministerien und andere Behörden so gut wie kaum involviert wurden. Auch die langfristige Politikplanung und die Vorbereitung von Gesetzesinitiativen fand nicht

7 So das Wall Street Journal, zitiert nach Richard N. Nathan, *The Administrative Presidency*, New York: John Wiley 1983, S. 12.

8 Vgl. Lester M. Salamon und Alan J. Abramson, *Governance: The Politics of Retrenchment*, in: John L. Palmer und Isabel V. Sawhill (Hrsg.), *The Reagan Record. An Assessment of America's Changing Domestic Priorities*, Cambridge, MA: Ballinger 1984, S. 42.

mehr in den zuständigen Ministerien statt, sondern im Weißen Haus⁹, was auch für die Gesundheitspolitik relevant wurde, da das OMB mehrfach Gesetzentwürfe, die im DHHS entwickelt worden waren, blockierte.¹⁰

Ein weiterer Kompetenzzuwachs für das OMB ergab sich aus dem zu rascher Berühmtheit gelangten Executive Order 12291, einer im Februar 1981 erlassenen Verfügung des Präsidenten, die alle Regulierungsbehörden verpflichtete, eine Art Kosten-Nutzen-Analyse für geplante Regulierungen vorzulegen und vom OMB genehmigen zu lassen. Diese Maßnahme kam einer Beweislast-Umkehr auf Kosten der intervenierenden Behörde nahe. Die Überprüfung der Regulierungsvorhaben übernahm die im OMB angesiedelte »Task Force on Regulatory Relief«, die von ihrer Einrichtung 1981 bis zum Ende 1983 von Vizepräsident George Bush geleitet wurde. In der Praxis wurden zwar nur rund zwei Prozent der überprüften Regulierungen abgelehnt¹¹, allerdings dürfte bereits das Wissen um eine Prüfinstanz bei den betroffenen Behörden zu einer Selbstbeschränkung ihrer Aktivitäten geführt haben. Diese - mit der Zentralisierung politischer Kompetenzen verbundene - funktionale Aufwertung des OMB hatte insgesamt zur Folge, daß das Budget zum entscheidenden politischen Steuerungsinstrument wurde und das OMB die Rolle einer politischen »Filterinstanz«¹² einnahm.

Die zweite Strategie zur Stärkung der exekutiven Führungskompetenz bestand in der exzessiven Nutzung des »spoils system«, das unter Reagan in eine neue Dimension vordrang. Nicht nur die Spitzenpositionen wurden mit loyalen Parteigängern besetzt, sondern auch weniger bedeutsame Stellen sind unter Reagan nach parteipolitischen Kriterien neu besetzt worden. Auch hier konnte Reagan auf Regelungen zurückgreifen, die von seinem Amtsvorgänger Jimmy Carter eingeführt worden waren. In diesem Fall waren der 1978 verabschiedete Civil Service Reform Act, mit dem die

9 Vgl. Chester A. Newland, Executive Office Policy Apparatus: Enforcing the Reagan Agenda, in: Lester M. Salamon und Michael S. Lund (Hrsg.), *The Reagan Presidency and the Governing of America*, Washington, DC: Urban Institute 1985.

10 Linda Demkovich, Team Player Schweiker May Be Paying A High Price for His Loyalty to Reagan, in: *National Journal*, 14 (1982), S. 848.

11 Näheres dazu bei George C. Eads und Michael Fix, *Relief of Reform? Reagan's Regulatory Dilemma*, Washington, DC: Urban Institute 1984, S. 119 ff.

12 Vgl. Eads und Fix, *Relief of Reform*, a.a.O., S. 117, und für die Rolle des OMB insgesamt Bruce E. Johnson, *From Analyst to Negotiator: The OMB's New Role*, in: *Journal of Policy Analysis and Management*, 3 (1984); David G. Mathiasen, *The Evolution of the Office of Management and Budget Under President Reagan*, in: *Public Budgeting and Finance*, 8 (1988).

Anzahl der politisch ernannten Beamten um rund 7 800 Stellen ausgeweitet worden war.¹³ Einen wesentlichen Beitrag zur Personalpolitik der Reagan-Administration leistete die Heritage Foundation, die innerhalb ihres »job placement programs« eine umfangreiche Personaldatei mit parteipolitisch zuverlässigen Kandidaten für nahezu alle Regierungsfunktionen unterhielt.¹⁴ Reagan unterschied sich von anderen Präsidenten nicht nur durch den Umfang seiner Patronagepolitik, sondern auch dadurch, daß das Resultat nicht in der Ausdehnung des Behördenapparats bestand, sondern im genauen Gegenteil. Bis September 1983 verringerte sich die Zahl der Regierungsbeamten um 92 000 von 1 240 000 auf 1 148 000, was einem Anteil von 7,4 Prozent entsprach.¹⁵ Der Personalabbau wurde zudem erstmal systematisch als politisches Steuerungsinstrument eingesetzt. Unliebsame Regulierungsbehörden wie die Occupational Safety and Health Agency oder die Environmental Protection Agency sollten auf diese Weise in ihrer Handlungsfähigkeit beeinträchtigt werden.

Ein weiteres Element der ideologischen Gleichschaltung bestand in der umfangreichen Nutzung verwaltungsexterner Beratungskapazitäten. »To assure and maintain the ideological purity of the cabinet and subcabinet, the Reagan White House has relied on training and indoctrination activities to unusually high degree. During the transition, cabinet members learned about their departments from conservative task forces rather than from personnel within their agencies«.¹⁶ Das DHHS machte hiervon keine Ausnahme. Im Juni 1981 wurde eine »Private Sector Task Force« eingesetzt, die im November Empfehlungen für ein Marktreformgesetz vorlegte.¹⁷ Bemerkenswert an dieser Arbeitsgruppe war vor allem ihre Zusammensetzung, die die politischen Präferenzen der Reagan-Administration sehr gut widerspiegelt. Von den Vertretern der etablierten Verbände war niemand berücksichtigt worden. Dafür gehörten der Marktreform-Theoretiker Clark Havighurst, der über enge Bindungen zum American Enterprise Institute verfügt, und der Geschäftsführer der Federation of

13 Vgl. Elisabeth Sanders, *The Presidency and the Bureaucratic State*, in: Michael Nelson (Hrsg.), *The Presidency and the Political System*, Washington, DC: Congressional Quarterly Press 1988 (2. Auflage), S. 393.

14 Vgl. Ronald Brownstein, *Credentialing the Right*, in: *National Journal*, 18 (1986).

15 Vgl. Salomon und Abramson, *Governance: The Politics of Retrenchment*, a.a.O., S. 46.

16 Nathan, *The Administrative Presidency*, a.a.O., S. 74.

17 Vgl. U.S. Department of Health and Human Services, *Task Force Report on Competition Legislation*, hektogr. Ms. vom 30.11.1981.

American Hospitals, Michael Bromberg, zu den Mitgliedern. Den Vorsitz der Arbeitsgruppe übernahm David Winston, ein langjähriger Kongreßmitarbeiter von Richard Schweiker, der für die Heritage Foundation in deren »Drehbuch« der Reagan-Revolution, »Mandate for Leadership«, einen Abschnitt über die Gesundheitspolitik verfaßt hatte.¹⁸

7.2 Die erste Phase 1981 - 1982: Rückzug des Bundesstaates aus der Gesundheitspolitik

7.2.1 Medicare und Medicaid im Budgetprozeß

Daß die Reagan-Administration über ein präziseres gesundheitspolitisches Konzept verfügte als die Regierungen Kohl und Thatcher, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Gesundheitspolitik stets der Wirtschaftspolitik untergeordnet blieb. Zwei der wichtigsten Elemente der »Reagonomics«, die spürbare Senkung der Einkommens- und Unternehmensbesteuerung und die gleichzeitige Senkung der Staatsausgaben, zeichneten den Kurs für die Gesundheitspolitik vor.¹⁹ Im Mittelpunkt stand die Kürzung der staatlichen Gesundheitsausgaben, wobei das Interesse verständlicherweise den beiden größten Ausgabenblöcken Medicare und Medicaid galt (vgl. Tabelle 7.1). Seit 1970 hatten sich die Ausgaben beider Programme alle fünf Jahre verdoppelt, was einer jährlichen Steigerungsrate von über 15 Prozent entsprach. Der Anteil an den Gesamtausgaben des Bundes war dadurch zwischen 1965 und 1980 von 4,5 auf 11,8 Prozent angewachsen.²⁰ Medicare und Medicaid gehörten mit ihrem entitlement-Status zu jenen Programmen, die als »uncontrollable under existing law«²¹ galten. Reagan war der erste Präsident, der hier substantielle Kürzungen durchführen wollte.

18 Vgl. David A. Winston, *The Department of Health and Human Services*, in: Charles L. Heatherly (Hrsg.), *Mandate for Leadership. Policy Management in a Conservative Administration*, Washington, DC: Heritage Foundation 1981.

19 Vgl. Karen Davis, *Reagan Administration Health Policy*, in: *Journal of Public Health Policy*, 2 (1981).

20 Vgl. Feder u.a., *Health*, a.a.O., S. 274 f.

21 Allen Schick, *The Budget as an Instrument of Presidential Policy*, in: Lester M. Salamon und Michael S. Lund (Hrsg.), *The Reagan Presidency and the Governing of America*, Washington, DC: Urban Institute 1985, S. 99.

Tabelle 7.1 Ausgaben für Medicare und Medicaid 1973 - 1986

Jahr	Medicare Teil A. u. B.	prozentuales Wachstum	Medicaid (Bund und Einzelstaaten.)	prozentuales Wachstum
1973	9.479	7.5	8.640	
1974	11.348	19.7	9.983	15.5
1975	14.782	30.3	12.292	23.1
1976	17.779	20.3	14.135	15.0
1977	21.549	21.2	16.277	15.2
1978	25.218	17.0	17.966	10.4
1979	29.157	15.6	20.474	14.0
1980	35.025	20.1	23.301	13.8
1981	40.942	18.4	27.204	16.8
1982	49.267	20.3	29.399	8.1
1983	56.756	15.2	32.391	10.2
1984	62.546	10.2	33.891	4.6
1985	67.790	8.4	37.522	10.7
1986	74.785		41.027	9.3

Quelle: Daten für Medicaid und Medicare ab 1981 aus U.S. General Accounting Office, Medicare and Medicaid: Effects of Recent Legislation on Program and Beneficiary Costs, Washington D.C. 1987 und 1988. Daten für Medicare bis 1980 aus: Kenneth R. Wing, American Health Policy in the 1980's, in: Case Western Reserve Law Review, 36 (1986), S. 658.

Obwohl Medicare mit einem Ausgabenvolumen von 36,7 Milliarden Dollar (1980) dem Bundeshaushalt mehr als doppelt so hohe Kosten verursachte wie Medicaid mit nur 14,6 Milliarden Dollar, beschränkten sich die Kürzungsvorschläge im ersten Budget der Reagan-Administration vollständig auf das Medicaid-Programm. Medicare wurde zu diesem Zeitpunkt den Programmen des »safety net« zugerechnet, deren Benutzer (»the truly needy«) von den Haushaltskürzungen verschont bleiben sollten.²² Es dürfte aber nicht allein der höhere Status des Medicare-Programms gewesen sein, der die Aktivitäten der Regierung kanalisierte. Medicaid bot auch von der Programmstruktur her die größeren Angriffsflächen. Grundsätzlich sind zwar beide Programme aufgrund ihres entitlement-Status politisch nur schwer steuerbar. Bei Medicaid kann allerdings die Neudefinition der Anspruchsberechtigung bzw. des Leistungsumfan-

22 Vgl. John C. Weicher (Hrsg.), Maintaining the Safety Net. Income Redistribution Programs and the Reagan Administration, Washington, DC: AEI 1984.

ges auf die Ebene der Einzelstaaten verlagert und damit die politische Verantwortlichkeit dezentralisiert werden. Diese »strategic opportunity« machte sich die Regierung auch zunutze.

Von allen bundesstaatlichen Gesundheitsprogrammen sollten die größten Einsparungen bei Medicaid erzielt werden.²³ Im Haushaltsentwurf für das Jahr 1982 war eine »Medicaid cap« vorgesehen, die den Ausgabenzuwachs auf fünf Prozent beschränken sollte. Eine Lockerung der bundesstaatlichen Vorschriften sollte den Einzelstaaten die Möglichkeit geben, Anspruchsberechtigung und Leistungsumfang restriktiver und damit billiger zu formulieren. Diese Deckelung wäre einer Kürzung um 9 Milliarden Dollar für die Jahre 1983 bis 1985 gleichgekommen²⁴, ohne daß das Medicare-Programm betroffen wäre. Der Kongreß stimmte zwar mit der Notwendigkeit von Ausgabenkürzungen auch im Gesundheitssektor überein, nicht aber mit der Höhe und der Lastenverteilung. In dem 1981 vom Kongreß verabschiedeten Haushaltsgesetz, dem Omnibus Budget Reconciliation Act 1981 (P.L. 97-35 - OBRA), wurde daher auch das Medicare-Programm in die Kürzungen mit einbezogen. Anstelle der 9 Milliarden war nur eine Kürzung um 4,3 Milliarden Dollar vorgesehen, wobei 2,8 Milliarden auf Medicare und 1,5 Milliarden Dollar auf Medicaid entfielen. Die Einsparungen im Medicare-Programm wurden durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung erzielt.²⁵ Insgesamt entsprach dies einer Kürzung der Gesundheitsausgaben um 1,2 Prozent bei Medicare, um 2,7 Prozent bei Medicaid und um 6,9 Prozent bei den restlichen Gesundheitsprogrammen.²⁶ Bei diesen »Kürzungen« handelte es sich aber nicht um eine reale Absenkung der Ausgaben, sondern nur um eine Abflachung der prognostizierten Zuwachsraten. Wie Tabelle 7.2 zeigt, erzielten die sechs Haushaltsgesetze zwischen 1980 (noch unter Jimmy Carter) und 1986 bei den Zuwachsraten von Medicare eine Einsparung von - je nach Schätzung - 28,9 bis 35,9 Milliarden Dollar, während bei Medicaid sogar reale Senkungen der Programmkosten zu verzeichnen waren. Die kostenwirksamsten Haushaltsgesetze waren eindeutig die von 1981 und 1982.

23 Vgl. Lynn Etheridge, Reagan, Congress, and Health Spending, in: Health Affairs 2 (1983), S. 18.

24 Vgl. Diane Rowland, Barbara Lyons und Jennifer Edwards, Medicaid: Health Care for the Poor in the Reagan Era, in: Annual Review of Public Health, 9 (1988), S. 430.

25 Vgl. Feder u.a., Health, a.a.O., S. 283.

26 Vgl. Feder u.a., Health, a.a.O., S. 279.

Tabelle 7.2 *Geschätzte Einsparungen bei Medicare und Medicaid*

Gesetz	Vom Kongreß verabschiedet am	Medicare		Medicaid	
		CBO in Mill. \$	HCFA in Mill. \$	CBO in Mill. \$	HCFA in Mill. \$
ORA	5.12.1980	2.3	0.7	8	3
OBRA-81	13.08.1981	3.2	4.0	-2.885	-1.155
TEFRA	3.09.1982	23.1	20.3	-1.141	-1.428
DEFRA	18.07.1984	6.1	4.2	159	648
COBRA	7.04.1986	2.0	1.4	91	62
OBRA-86	21.10.1986	-1.0	-1.7	170	175
Zusammen		35.9	28.9	-3.598	-1.706

Quelle: U.S. General Accounting Office, Medicare and Medicaid. Updated Effects of Recent Legislation on Program and Beneficiary Costs, GAO/HRD-88-85, Washington D.C. 1988, S. 19; 29.

Im zweiten Haushalt der Reagan-Administration waren die massivsten Einsparungen für den Gesundheitsbereich beinhaltet.²⁷ Hervorhebenswert ist hier, daß die Budgetvorlage des OMB nun auch vor dem Medicare-Programm nicht mehr haltmachte. Im Haushaltsgesetz des Jahres 1982, dem Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (P.L. 97-248 - TEFRA), wurde die Selbstbeteiligung für Medicare abermals angehoben, indem die Obergrenze für die zulässige Gebührenerhebung durch Ärzte und Krankenhäuser ausgedehnt wurde. Zusätzlich wurde ein Ausgabendeckel für die Krankenhausausgaben pro Medicare-Fall beschlossen.²⁸ Im Medicaid-Programm wurde das Recht der Einzelstaaten erweitert, in eigener Regie Regelungen für eine Anhebung der Selbstbeteiligung zu erlassen. Inwieweit die Kürzungen der Haushaltsmittel für die staatlichen Gesundheitsprogramme nun einen ordnungspolitischen Umschwung repräsentieren, ist in den USA nicht unumstritten, da schon im letzten Haushalt der Carter-Administration, den diese nicht mehr selber verabschieden konnte,

27 Vgl. Etheridge, Reagan, Congress, and Health Spending, a.a.O., S. 20 f.

28 Vgl. Marian Gornick u.a., Twenty Years of Medicare and Medicaid: Covered Population, Use of Benefits and Program Expenditures, in: Health Care Financing Review, Annual Supplement (1985), S. 16.

erhebliche Einsparungen vorgesehen waren.²⁹ Vergleicht man aber die Ausgabenentwicklung beider Programme vor bzw. nach 1980 (vgl. Tabelle 7.1), dann zeigt sich, daß die Zuwachsraten deutlich geringer geworden sind. Auch die Selbstbeteiligung hat unter der Reagan-Administration an ordnungspolitischer Relevanz gewonnen.³⁰ Die größten ordnungspolitischen Konsequenzen ergaben sich jedoch nicht aus den Kürzungen oder der erhöhten Selbstbeteiligung, sondern aus prozeduralen Reformen, bei denen beide Programme mit marktförmigen Regelungen durchgesetzt wurden.

An erster Stelle sind diejenigen Elemente des OBRA 1981 und des TEFRA zu nennen, die den Einzelstaaten (Medicaid) bzw. den fiscal intermediaries (Medicare) neue Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung beider Programme eröffneten. In section 2175 des OBRA war eine Art Experimentierklausel für Medicaid beinhaltet, die den Einzelstaaten erlaubt, neue Formen der Gebührenerstattung zu erproben oder für ihre Medicaid-Benutzer mit »alternativen« Versicherungsgesellschaften, also zum Beispiel mit HMOs, Verträge abzuschließen.³¹ Arizona beispielsweise nutzte diese Regelung, um ein submissionsähnliches Vergabeverfahren für Leistungsanbieter (»competitive bidding«) einzuführen, die sich an der Medicaid-Versorgung beteiligen wollen.³² In die gleiche Richtung zielte eine Regelung im TEFRA, die Anreize für Medicare-Versicherte schuf, sich in einem HMO zu versichern.³³ Von diesen Regelungen schienen äußerst wirksame Wachstumsimpulse für den HMO-Markt auszugehen, was sich unter anderem daran ablesen läßt, daß die Zahl der Medicare-Anspruchsberechtigten, die in einem HMO versichert waren, von 595 000 im Jahr 1981 auf 1 117 000 im Jahr 1985 anstieg.³⁴ Die Förderung des HMO-

29 Vgl. Bette S. Hill und Katherine A. Hinckley, *Bitting the Bullet? Post-1980 Congressional Process and Medicare/Medicaid Decisions*, prepared for delivery at the 1988 Annual Meeting of the APSA, Washington, DC, September 2-4, S. 6 f.

30 Daten hierzu in U.S. General Accounting Office, *Medicare and Medicaid, Updated Effects of Recent Legislation on Program and Beneficiary Costs*, GAO/HRD-88-85 Washington, DC, 1988, S. 33.

31 Vgl. Gornick u.a., *Twenty Years of Medicare and Medicaid*, S. 17; Laura B. Gardner und Richard M. Scheffler, *Privatization in Health Care: Shifting the Risk*, in: *Medical Care Review*, 45 (1988).

32 Vgl. Diane G. Hillman und Jon B. Christianson, *Competitive Bidding as a Cost Containment Strategy for Indigent Medical Care: The Implementation Experience in Arizona*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9 (1984).

33 Vgl. John K. Iglehart, *Medicare Turns to HMOs*, in: *New England Journal of Medicine*, 312 (1985).

34 Vgl. Gornick u.a., *Twenty Years of Medicare and Medicaid*, a.a.O., S. 18.

Modells entsprach einer alten Forderung von Marktreformern wie Alain Enthoven, die im HMO-Modell den Idealtypus einer auf Markt- und Wettbewerbssignale reagierenden Organisationsform sehen. Auch wenn das Wachstum der HMOs nicht allein auf die Politik der Reagan-Administration zurückzuführen ist, so dürften die Zuwachsraten ohne politische Flankierung nicht erzielt worden sein. Zwischen 1980 und 1987 erhöhte sich die Zahl von HMOs von 230 auf 600. Damit einher ging ein entsprechender Anstieg der Versichertenzahlen, und zwar von 9 Millionen auf 27,7 Millionen.³⁵ Teilt man die Auffassung, daß diese Versicherungsform tatsächlich mit einem stärker konkurrenzgeprägten Verhalten verbunden ist - wofür es auch empirische Nachweise gibt -, dann ist der Schluß zulässig, daß hier ein ordnungspolitischer Wandel stattgefunden hat.

Hinsichtlich der Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben hatte die Reagan-Administration ihre gesteckten Ziele zwar nicht vollständig erreicht, aber gemessen an den Erfahrungen der Vergangenheit war sie doch ungewöhnlich erfolgreich. Insbesondere die Folgebereitschaft der Kongreßabgeordneten war dabei äußerst bemerkenswert, denn ihre Neigung, den Haushaltsentwürfen der Exekutive zu folgen, war nicht immer sehr groß. An diesem Punkt kommt nun das »reconciliation«-Verfahren und dessen souveräne Handhabung durch OMB-Direktor David Stockman als neue »standard operating procedure« ins Spiel³⁶, ohne die die ersten beiden Haushalte der Reagan-Administration wohl kaum in der vorliegenden Form hätten verabschiedet werden können.

»Reconciliation« bezeichnet im amerikanischen Haushaltsrecht ein - im Rahmen Budget Impoundment and Control Act von 1974 eingeführtes - Verfahren, mit dessen Hilfe die Ausgabefreudigkeit des Kongresses begrenzt werden sollte.³⁷ Bei der Anwendung der reconciliation werden die Haushaltsresolutionen, die von den beiden Haushaltsausschüssen im Senat und im Repäsentantenhaus bis zum 15. Mai (»first concurrent resolutions«) bzw. 15. September (»second concurrent resolutions«) jedes Jahres vorgelegt werden müssen, mit einer Serie von »instructions« versehen, die

35 Daten nach Geof Raynor, HMOs in the USA and Britain: A New Prospect for Health Care? in: *Social Science & Medicine*, 27 (1988), S. 305.

36 Vgl. John W. Ellwood, *The Great Exception: The Congressional Budget Process in an Age of Decentralization*, in: Lawrence C. Dodd und Bruce I. Oppenheimer (Hrsg.), *Congress Reconsidered*, Washington, DC: Congressional Quarterly Press 1985 (3. Auflage), S. 334.

37 Ebd., S. 330 f.; Alan Schick, *Congress and Money*, Washington, DC: Urban Institute 1980, S. 389 ff.

den zuständigen Kongreßausschüssen bei ihren Beratungen die Höhe der erlaubten Zuwächse bzw. Einsparungen vorgeben und sie zur Einhaltung eines festgesetzten Termins verpflichten. Etwaige Abweichungen zwischen den beiden Resolutionen sollen dann durch einen Ausgleich - die reconciliation - bereinigt werden. Solange jedoch erst die Vorgaben der zweiten Budgetresolution als verbindlich betrachtet wurden, blieb der disziplinierende Effekt der reconciliation gering. Das Scheitern der »legislative savings«-Strategie veranlaßte den Kongreß 1980, die reconciliation instructions bereits auf die Frühjahrsresolution anzuwenden.³⁸ Diese unscheinbare, aber entscheidende Veränderung der Geschäftsordnung konnte 1981 von der Reagan-Administration für ihre Sparpläne instrumentalisiert werden.

Ursprünglich war der reconciliation-Prozeß vom Kongreß als Instrument der Selbstdisziplinierung konzipiert worden; während der Beratungen zu den ersten beiden Haushalten der Reagan-Administration wurde das Verfahren nun aber in ein Hilfsinstrument der Exekutive umfunktioniert, denn die OMB-Vorlage konnte aus Zeitmangel in den Ausschüssen nicht gründlich bearbeitet werden. Der Kongreß folgte daher weitgehend den Vorstellungen des Weißen Hauses. Die eigentliche Leistung der Reagan-Administration bestand darin, die Abgeordneten davon zu überzeugen, daß ihre Zustimmung zum Gesamthaushalt einen Beitrag zur »fiscal responsibility«³⁹ darstellte und eigene Wünsche dahinter zurückzutreten hätten. Dies konnte freilich nur so lange funktionieren, wie eine Mehrheit im Kongreß bereit war, den Sparbeschlüssen der Regierung im großen und ganzen zuzustimmen. Die Erfahrung mit der - besonders während des 1981 verabschiedeten Haushalts - sichtbaren Dominanz der Exekutive und das entgegen den Beteuerungen der Reagan-Administration astronomisch wachsende Haushaltsdefizit ließen die Stimmung im Kongreß recht bald wieder umschlagen.⁴⁰ Durch einen 1982 gefaßten Beschluß wurde die Reichweite des reconciliation-Prozesses begrenzt.⁴¹

38 Ebd., S. 330.

39 Vgl. John F. Hoadley, *Easy Riders: Gramm-Rudman-Hollings and the Legislative Fast Track*, in: *Political Science*, 19 (1986), S. 35.

40 Vgl. Lance T. LeLoup und John Hancock, *Congress and the Reagan Budget: An Assessment*, in: *Public Budgeting and Finance*, 8 (1988), S. 36 ff.

41 Vgl. Roland Sturm, *Strategien institutioneller Politiksteuerung in der Budgetpolitik*, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen*, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen 1988, S. 322.

Während der ersten Phase der Reagan-Regentschaft im 97. Kongreß (1981 - 1982) besaß das reconciliation-Verfahren jedoch eine eminent große Bedeutung, die durch die Anwendung einer weiteren Gesetzgebungstechnik, die sogenannten »omnibus bills«, eine zusätzliche Aufwertung erfuhr. Dieses Verfahren erlaubt es, ein Paket von Gesetzen zu schnüren, über dessen einzelne Bestandteile nicht gesondert abgestimmt werden kann. So waren den ersten beiden Budgetgesetzen der Reagan-Administration auch Regelungen über die Dezentralisierung und die Deregulierung des Gesundheitssektors beinhaltet, deren Verabschiedung unter anderen Umständen sehr fraglich gewesen wäre. Die Reagan-Administration - so läßt sich festhalten - verdankte ihre anfänglichen Sparerfolge also dem Umstand, daß sie zu einem Zeitpunkt an die Regierungsverantwortung gelangte, dem eine tiefgreifende Flurbereinigung parlamentarischer Entscheidungs- und Verfahrensregeln vorangegangen war.

7.2.2 Der »New Federalism«

Neben der Deregulierung und der Senkung der Staatsausgaben stellte das Konzept des »New Federalism« die dritte Säule der Reagan'schen Innenpolitik dar. Auch in diesem Bereich standen die Chancen für eine substantielle ordnungspolitische Wende ausgesprochen günstig. Schon seit den frühen siebziger Jahren hatte es eine lebhaft diskutierte Diskussion um mögliche Reformen im Verhältnis zwischen Bund und Gliedstaaten gegeben.⁴² In einer häufig verwendeten Metapher wurde das Grundproblem damit beschrieben, daß aus der föderalen »Schichttorte« klarer Aufgaben- und Zuständigkeitstrennung ein »Marmorkuchen« aus vielfältigen politischen und finanziellen Verflechtungen geworden sei. Zumeist wurde beklagt, daß die stark angestiegenen finanziellen Hilfeleistungen aus Washington nicht die gewünschten Effekte hätten, sondern die Einzelstaaten in eine zunehmende finanzielle Abhängigkeit vom Bund gebracht hätten. Die Forderung nach einer klaren Aufgabentrennung und größeren Handlungsspielräumen für die Gliedstaaten bestimmten die politische Tagesordnung zum Zeitpunkt des Amtsantritts von Ronald Reagan.

42 Näheres dazu bei Jens Joachim Hesse und Arthur Benz, »New Federalism« unter Präsident Reagan, Speyerer Forschungsberichte 62, Speyer 1987, S. 17 ff., und Wolfgang Welz, Präsidientielles Regierungssystem und bundesstaatliche Ordnung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/88 (1988), S. 4 ff.

Frühere Reformbestrebungen, etwa unter Richard Nixon, der sich ebenfalls des Schlagworts vom »neuen Föderalismus« bedient hatte, zielten lediglich auf eine administrative Rationalisierung im Verhältnis zwischen Bund und Gliedstaaten. Reagan hingegen verband mit seiner Version des New Federalism weitergehende politische Ziele: »National financial support, as well as national rules and standards, were to be reduced or eliminated wherever possible«. ⁴³ Die Bestrebung, ein neues Verhältnis zwischen Bund und Gliedstaaten herzustellen, verdankte sich nicht allein der ordnungspolitischen Gradlinigkeit der Reagan-Administration, denn die Dezentralisierung war auch ein Konzept, um die Einflußkanäle demokratischer Wählerklientele und Interessengruppen von bundesstaatlichen Sozialprogrammen abzukoppeln. ⁴⁴

Die »devolution« bundesstaatlicher Funktionen sollte in einem zwei-stufigen Konzept realisiert werden. Für die erste Stufe war geplant, einen großen Teil der über 200 zweckgebundenen Finanzzuweisungsprogramme, die an teilweise detaillierte Verwendungs- und Ausführungsvorschriften des Bundes geknüpft waren (sogenannte »categorical grants«), zu 25 »block grants« zusammenzufassen, die den Einzelstaaten relativ große Spielräume bei der Mittelverwendung geben würden. Die zweite Stufe sah dann vor, rund 40 bundesstaatliche Programme auf die Einzelstaaten zu verlagern, während der Bund im Austausch dafür die alleinige Verantwortung für das kostenintensive Medicaid-Programm übernehmen würde. Der Vorschlag für die zweite Stufe (»swap« bzw. »turnback«) des New Federalism, den Reagan im Februar 1982 unterbreitete, hätte die Gebietskörperschaften mit zusätzlich 40 Milliarden Dollar belastet und wurde vom Kongreß ohne große Diskussion abgelehnt. ⁴⁵ Bei der Einführung der block grants hingegen war die Reagan-Administration um einiges erfolgreicher.

Nicht weniger als 77 categorical grants wurden durch den OBRA 1981 zu neun block grants zusammengesmolzen und rund 60 weitere Finanzzuweisungsprogramme wurden vollständig gestrichen. ⁴⁶ Dies hatte erheb-

43 David R. Beam, *New Federalism, Old Realities: The Reagan Administration and Intergovernmental Reform*, in: Lester M. Salamon und Michael S. Lund (Hrsg.), *The Reagan Presidency and the Governing of America*, Washington, DC: Urban Institute 1985, S. 418.

44 Vgl. Harold Wolman und Fred Teitelbaum, *Interest Groups and the Reagan Presidency*, in: Lester M. Salamon und Michael S. Lund (Hrsg.), *The Reagan Presidency and the Governing of America*, Washington, DC: Urban Institute 1985, S. 302.

45 Vgl. Hesse und Benz, »New Federalism«, a.a.O., S. 42.

46 Vgl. Beam, *New Federalism*, a.a.O., S. 422.

liche finanzielle Konsequenzen. Erstmals seit der Einführung bundesstaatlicher Finanzzuweisungen wurde der Bundesanteil real gekürzt, und zwar von 94,8 Milliarden im Jahr 1981 auf 88,2 Milliarden Dollar im Rechnungsjahr 1982.⁴⁷ Bei den Gesundheitsprogrammen fiel der Kompromiß zwischen Kongreß und Exekutive ähnlich aus.⁴⁸ Anstelle der Zusammenlegungen von 25 Programmen in zwei block grants wurden 21 Programme zu 4 block grants zusammengefaßt. Die darin beinhalteten Kürzungen betragen - Medicaid ausgenommen - nicht weniger als 16,4 Prozent.⁴⁹ Für Medicaid wurde eine stufenweise Absenkung des bundesstaatlichen Finanzierungsanteils um drei (1982), vier (1983) bzw. 4,5 Prozent für das Jahr 1984 eingeführt.⁵⁰

Auch hier waren es weniger die finanziellen Kürzungen, die die ordnungspolitisch relevanten Weichenstellungen ausmachten, sondern wiederum prozedurale Regelungen aus den Haushaltsgesetzen, deren Bedeutung mitunter so groß eingeschätzt wurde, daß daraus - fraglos überzogene - Vergleiche abgeleitet wurden wie zum Beispiel: »(...) the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981 is the single most important piece of legislation since the Social Security Act.«⁵¹ Dieses Urteil gilt den bereits erwähnten Regelungen im OBRA, die größere Gestaltungsspielräume der Einzelstaaten für das Medicaid-Programm vorsahen. »The act contained literally hundreds of changes in health programs, (...) some representing fundamental breaks with past Medicaid policy, with potentially far-reaching implications.«⁵² In der Tat erschien es anfänglich so, als würde die im OBRA beinhaltete Kombination aus finanziellem Druck und neuen gesundheitspolitischen Gestaltungsmöglichkeiten die Mehrzahl der Einzelstaaten dazu veranlassen, das Medicaid-Programm mit marktförmigen Steuerungselementen zu durchsetzen. Dabei ist die Regelung, daß die medizinische Versorgung von Medicaid-Benutzern auf ausgewählte Anbieter eingegrenzt werden darf, von besonderem Interesse. Mit dieser Abwei-

47 Vgl. Beam, *New Federalism*, a.a.O., S. 422.

48 Vgl. Randall R. Bovbjerg und Barbara A. Davis, *State's Responses to Federal Health Care »Block Grants«: The First Year*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health & Society*, 61 (1983).

49 Ebd., S. 530.

50 Vgl. Frank J. Thompson, *New Federalism and Health Care Policy: States and the Old Questions*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11 (1986), S. 651.

51 Richard P. Nathan, *The Impact of the »New Federalism«*, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 62 (1986), S. 104.

52 Drew Altman, *Health Care for the Poor*, in: *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 486 (1983), S. 113.

chung vom traditionellen »principle of free choice«⁵³ wurde offenkundig ein Weg gesucht, um den Medicaid-Markt für HMOs zu öffnen und das »competitive bidding« um Versorgungsaufträge zu einer Standardprozedur zu befördern. Dieses Verfahren ist in den USA heftig umstritten, nachdem ein entsprechendes Experiment Anfang der siebziger Jahre in Kalifornien, damals noch unter Gouverneur Ronald Reagan, zu skandalträchtigen Zuständen geführt hatte. Hier muß nun einschränkend hinzugefügt werden, daß durchaus nicht alle Staaten dem bereits erwähnten Beispiel Arizonas folgten. Ebenso gibt es Bundesstaaten, die ihre neugewonnene Handlungsfreiheit genutzt haben, um ihre Medicaid-Leistungen auszuweiten oder die Kriterien der Anspruchsberechtigung zu liberalisieren.⁵⁴

In den USA wird der Stellenwert von Ronald Reagans New Federalism überwiegend gering eingeschätzt.⁵⁵ Die negativen Bewertungen gründen sich im wesentlichen auf der Feststellung, daß trotz umfangreicher Einsparungen kaum tiefgreifende Verschiebungen im Kräfteverhältnis von Bund und Gliedstaaten erzielt wurden.⁵⁶ Allein bei Medicaid können beträchtliche Abweichungen von traditionellen Steuerungstechniken festgestellt werden. Ob die Einzelstaaten aber tatsächlich den Weg wettbewerbsorientierter Innovationen gehen, hängt letztlich vom Einzelfall ab. Die jeweiligen politischen Mehrheitsverhältnisse und die finanzielle Leistungskraft des jeweiligen Bundesstaates sind hierfür entscheidende Bedingungen,⁵⁷ die nicht von Washington aus gesteuert werden können. Allerdings eröffnet der amerikanische Föderalismus, der ja als Teil des gesundheitspolitischen Netzwerks, nämlich seiner dezentralen Struktur, betrachtet werden kann, auch politische Handlungsspielräume. Im Unterschied zur Bundesrepublik sind die direkten Interventionsmöglichkeiten des Bundes in den USA größer, da der Verwaltungsunterbau

53 Thompson, *New Federalism and Health Care Policy*, a.a.O., S. 653

54 Vgl. Lawrence D. Brown, *The New Activism: Federal Health Politics Revisited*, prepared for presentation at a conference on Health Policy at the New York Academy of Medicine, New York, March 10, 1988, S. 26 ff., und Laura B. Gardner und Richard M. Scheffler, *Privatization in Health Care: Shifting the Risk*, in: *Medical Care Review*, 45 (1988).

55 So etwa Paul E. Peterson, Barry G. Rabe und Kenneth K. Wong, *When Federalism Works*, Washington, DC: Brookings 1986, S. 216 ff.; Thompson, *New Federalism and Health Care Policy*, a.a.O., S. 654; Hesse und Benz, »New Federalism«, a.a.O., S. 102 ff.

56 Vgl. Peterson u.a., *When Federalism Works*, a.a.O., S. 218.

57 Vgl. Linda A. Bergtold, *Purchasing Power: Business and Health Policy Change in Massachusetts*, in: *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 13 (1988).

der Washingtoner Ministerien bis in die Gebietskörperschaften hineinreicht. Auch dürfte der Bundesrat eine wesentlich wirksamere Operationsbasis zur Formulierung und Durchsetzung regionaler Sonderinteressen darstellen als etwa die National Governors' Association, die zwar mit ihrer Opposition zum turnback-Vorhaben der Reagan-Administration erfolgreich war, politisch aber nur einen Interessenverband von vielen repräsentiert. Schließlich fehlt auf der Referenzebene des Netzwerks in USA ein handlungsleitendes Postulat wie die »Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet«⁵⁸, so daß Kompetenzverlagerungen, selbst wenn sie mit einer signifikanten Verschlechterung der sozialen Versorgung verknüpft sind, in den USA weder ein verfassungsrechtliches noch ein politisch tiefgreifendes Problem darstellen.

7.2.3 Deregulierung im Gesundheitssektor

Die Deregulierung nahm im Programm der Reaganomics neben der Haushaltspolitik die wichtigste Position ein. Daß die Reagan-Administration die bereits unter Ford und Carter eingeleiteten Deregulierungsbestrebungen als Fehlschlag wertete, beruhte auf einer neuen politischen Orientierung. Die Deregulierungsprogrammatische hatte unter Reagan eine deutlich unternehmerfreundliche Schlagseite erhalten, die sich vor allem in der Konzentration auf die sogenannte »social regulation« manifestierte, also den Bereich des Arbeitnehmer-, Verbraucher-, Umwelt- oder Gesundheitsschutzes, der für die Industrie mit erheblichen Kosten verbunden war. Daher gab sich die Reagan-Administration auch nicht mehr mit einer »regulatory reform« zufrieden, wie sie unter Ford und Carter praktiziert worden war, sondern beanspruchte »regulatory relief«⁵⁹, deren zentrales Anliegen die Verminderung der Regulierungskosten für die Privatindustrie darstellte. Taktisch hielt sich die Reagan-Administration eng an die »Regieanweisungen« der Heritage Foundation, die massive personelle Umbesetzungen und eine finanzielle Austrocknung von Regulierungskommissionen vorgeschlagen hatte.⁶⁰

58 Vgl. Welz, Präsidientielles Regierungssystem, a.a.O., S. 3.

59 Vgl. Eads und Fix, Relief or Reform, a.a.O., S. 107.

60 Vgl. Charles L. Heatherly (Hrsg.), Mandate for Leadership. Policy Management in a Conservative Administration, Washington, DC: Heritage Foundation 1981, S. 697 ff.

a) Die Deregulierung des National Center for Health Care Technology

Im Gesundheitssektor nahm die Deregulierung der Reagan-Administration ihren Ausgang an einer vergleichsweise marginalen Behörde. Als Folge der Haushaltskürzungen durch den OBRA 1981 erlosch die Finanzbewilligung für das National Center for Health Care Technology (NCHCT), das im Oktober 1981 aufgelöst wurde. Das NCHCT war erst drei Jahre zuvor als Instanz der medizinischen Technologiefolgen-Abschätzung im DHHS eingerichtet worden und stellte mit nur 35 Mitarbeitern und einem Jahresbudget von rund 4,1 Millionen Dollar alles andere als eine ins Gewicht fallende Größe dar.⁶¹

Das NCHCT, das im Rahmen des Health Care Technology Act (P.L. 95-623) gegründet worden war⁶², hatte die Funktion, Daten und Informationsbestände über Kosten, Effizienz und soziale Folgen neuer oder schon in Gebrauch befindlicher Medizintechnologien anzufertigen bzw. eigene Expertisen zu erstellen. Diese Informationen sollten unter wissenschaftlichen Einrichtungen und Regierungsbehörden verbreitet werden. Regulative Kompetenzen im eigentlichen Sinne erhielt das NCHCT nicht. Insofern ist die Bewertung, das »NCHCT was a classic 1970s solution that enhanced and concentrated power over technology assessment«⁶³ nur bedingt zutreffend. Einen Einfluß auf Verbreitung und Anwendung medizinischer Technologien erlangte das National Center nur indirekt durch Gutachten, die im Auftrage der Health Care Financing Administration (HCFA) angefertigt wurden. Die HCFA hat zu prüfen, ob die abgerechneten Leistungen - einschließlich neu eingeführter medizinischer Prozeduren und Techniken - als »reasonable and necessary«⁶⁴ eingestuft werden können und damit der Erstattungspflicht durch das Medicare-Programm unterliegen. Mit der Errichtung des NCHCT wurde dieser Prozeß

61 Vgl. Seymour Perry, *The Brief Life of the National Center for Health Care Technology*, in: *New England Journal of Medicine*, 307 (1982).

62 Vgl. Joyce C. Lashof, *Government Approaches to the Management of Medical Technology*, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 57 (1981), S. 37 f.

63 Susan Bartlett Foote, *Medical Technology Assessment: Past Present and Future*, in: *Milbank Quarterly*, 65 (1987), S. 68.

64 Vgl. Leonard D. Schaeffer, *Role of the HCFA in the Regulation of New Medical Technologies*, in: B.J. McNeil und E.G. Cravalho (Hrsg.), *Critical Issues in Medical Technology*, Boston: Auburn House 1982, S. 155; Gloria H. Ruby, David Banta und Ann Kesselman Burns, *Medicare Coverage, Medical Costs, and Medical Technology*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10 (1986).

erheblich beschleunigt und seine administrative Handhabbarkeit verbessert, denn zuvor war die HCFA darauf angewiesen, Fragen nach der Erstattungsfähigkeit ad hoc und auf informellem Wege mit staatlichen oder privaten Forschungsinstituten abzuklären. Der Einbeziehung des NCHCT in die Finanzierungspolitik der HCFA kam daher erhebliche gesundheitspolitische Brisanz zu.

Daß Entscheidungen über die Erstattungsfähigkeit von neuen Medizintechniken mit weitreichenden ökonomischen Konsequenzen verbunden sind, kann daran ermesselt werden, daß 1980 aus dem Etat der HCFA rund 40 Prozent der gesamten Krankenhausaussgaben in den USA finanziert wurden. Ein Vergütungsausschluß von diesem größten Finanzierungsträger kann die Marktchancen neuer Technologien erheblich beeinträchtigen. Zwischen 1978 und 1981 richtete die HCFA insgesamt 75 Anfragen an das NCHCT, von denen ca. 40 Prozent mit der Empfehlung beantwortet wurden, die betreffende Technik von der Erstattung des Medicare-Programmes auszuschließen. Eine Studie, in der sieben Fälle des Vergütungsausschlusses untersucht wurden, gelangte zu dem Ergebnis, daß in sechs Fällen Einsparungen zwischen 100 und 200 Millionen Dollar pro Jahr erzielt werden konnten und im siebenten Fall, einer neuen Behandlungstechnik für rheumatische Arthritis, dem Medicare-Programm sogar Kosten bis zu 10 Milliarden Dollar pro Jahr erspart wurden.⁶⁵ Aus der Sicht der staatlichen Verwaltung kann das NCHCT damit als eines der seltenen Beispiele einer wirkungsvollen »Regulierung« im Gesundheitssektor betrachtet werden.

Die wirtschaftlichen Einbußen für die medizintechnische Industrie riefen schon recht bald die Health Insurance Manufacturers Association (HIMA) auf den Plan. Ebenso wie die AMA, die geltend machte, daß allein die medizinische Profession in der Lage sei, über die Anwendung neuer Techniken zu entscheiden, sprach sich auch die HIMA gegen die 1981 fällig werdende Bewilligung neuer Gelder für das NCHCT aus.⁶⁶ Zwar gab es auch Verbände, die für die Erhaltung des National Center votierten, in der Deregulierungseuphorie der frühen Reagan-Administration kam ihnen jedoch nur geringes Gewicht zu. Der Widerstand gegen eine Weiterfinanzierung des NCHCT ging zudem nicht nur von den be-

65 Vgl. Perry, *The Brief Life*, a.a.O., S. 1098.

66 Vgl. David Blumenthal, *Federal Policy toward Health Care Technology: The Case of the National Center*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health & Society*, 61 (1983), S. 600 f.

troffenen Interessengruppen aus. Mit David Stockman und Richard Schweiker waren zwei exponierte Gegner des NCHCT, die bereits als Kongreßabgeordnete für dessen Auflösung eingetreten waren, in wichtige Entscheidungspositionen gelangt. Lynn Etheridge, zwischen 1978 und 1982 Leiter der Gesundheitsabteilung des OMB, gab die Wahrnehmung der Reagan-Administration wohl zutreffend wieder, als er das Center als »symbol of government and the future of health care regulation«⁶⁷ bezeichnete.

Während des parlamentarischen Entscheidungsprozesses fiel besonders ins Gewicht, daß sogar aus dem DHHS die Forderung nach einer Auflösung des NCHCT erhoben wurde. Entsprechende Äußerungen von Mitarbeitern des um Kompetenzen und Finanzmittel konkurrierenden Office of Medical Application Research (OMAR) wurden in den Ausschußberatungen als autoritativer Beleg für die Entbehrlichkeit des National Center zitiert.⁶⁸ Dieser interne Widerstand kann als Indikator dafür gewertet werden, daß das NCHCT bereits in eine problembehaftete administrative Infrastruktur implantiert worden war. Die organisatorische Fragmentierung und die Zuständigkeitsüberlappungen der für die Technologiefolgen-Abschätzung zuständigen Behörden und Verwaltungseinheiten sind ein besonders krasses Beispiel jener administrativen »Balkanisierung«, die die amerikanische Verwaltung immer wieder vor beträchtliche Probleme stellt.

Innerhalb des DHSS bestanden schon vor 1978 drei gesonderte Verwaltungseinheiten, deren Aufgaben denen des NCHCT sehr ähnlich waren.⁶⁹ Dies galt besonders für das 1977 gegründete OMAR, welches als Bestandteil der National Institutes for Health in einer institutionell weit aus besser gesicherten Position war. Die National Institutes stellen nicht nur den größten medizinischen Forschungsapparat der Welt dar, sondern sie werden bereits seit den fünfziger Jahren zusammen mit den Verbänden der Forschungsindustrie, der Lehrkrankenhäuser und den für die Forschungsförderung zuständigen Kongreßausschüssen zu den bekanntesten »iron triangles« in Washington gezählt.⁷⁰ Budgetkürzungen sind gegenüber diesem Teil des DHHS nur sehr schwer durchzusetzen. Das National

67 Zitiert nach ebd., S. 606.

68 Ebd., S. 602.

69 Vgl. Foote, *Medical Technology Assessment*, a.a.O., S. 66 ff.

70 Siehe Stephen Strickland, *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of United States Medical Research Policy*, Cambridge: Harvard University Press 1972, S. 32 ff.

Center war hingegen innerhalb des DHHS keiner größeren Verwaltungseinheit direkt zugeordnet, so daß trotz enger Kontakte zur HCFA der notwendige administrative Rückhalt fehlte. Die Deregulierung des NCHCT macht deutlich, daß die Reagan-Administration sich die fragmentierte Netzwerkstruktur zunutze machen konnte. Neben der Interessengruppenpolitik hat insbesondere die strukturell bedingte Konkurrenz im Verwaltungsapparat eine Deregulierung ermöglicht. Nach dem Ende des NCHCT wurden die Beratungsfunktionen auf das kleine Office of Health Technology Assessment im DHHS übertragen⁷¹, dessen Jahresbudget von nur 700 000 Dollar eine weitaus geringere Beratungskapazität für die HCFA bedeuten. Durch nachfolgende gesetzliche Regelungen wurden schließlich auch die Zugangsmöglichkeiten der Privatwirtschaft zum Prozeß der Technologiefolgen-Abschätzung verbessert.

b) Das langsame Ende der Gesundheitsplanung

Die beiden sehr viel bekannteren Regulierungsprogramme des Gesundheitssektors, die Gesundheitsplanung und die Qualitätskontrolle, erfuhren ein weniger abruptes Ende. Beide Programme symbolisierten die gescheiterten Kostendämpfungsversuche der siebziger Jahre und standen daher in der Deregulierungsliste der Reagan-Administration an vorderster Stelle. Die Gesundheitsplanung war nicht nur wegen ihrer geringen Auswirkung auf die Kostenentwicklung zum Gegenstand der Kritik geworden, sondern in noch stärkerem Maße durch die Certificate-of-Need Reviews (CON).⁷² Der National Health Planning Act hatte die Einzelstaaten zur Verabschiedung von CON-Gesetzen verpflichtet, die den Health Systems Agencies (HSAs) bzw. den übergeordneten State Health Planning and Development Agencies »planning with teeth« ermöglichen sollte, indem Krankenhausinvestitionen, die einen Umfang von mehreren hunderttausend Dollar (die Höhe wurde mehrfach verändert) überstiegen, unter ihren Genehmigungsvorbehalt gestellt wurden. Ziel war es seinerzeit, daß Bettenwachstum in den Griff zu bekommen. Da nicht genehmigten Krankenhauseinrichtungen und -neubauten ein Ausschluß von der Erstattung staatlicher Gesundheitsprogramme drohte, klagte die Krankenhausindu-

71 Vgl. Foote, Medical Technology Assessment, a.a.O., S. 71 f.,

72 Einzelheiten dazu bei David S. Abernathy und David A. Pearson, *Regulating Hospital Costs. The Development of Public Policy*, Ann Arbor: AUPHA Press 1979, S. 62 ff.

strie über eine Einschränkung ihrer Investitionsfreiheit; ein Argument, das besonders bei den Marktreformern, die den Zugang konkurrierender Leistungsanbieter propagierten, auf Zustimmung traf. Obwohl schon im Laufe der siebziger Jahre die HMOs von den CON-Beschränkungen ausgeklammert worden waren, sahen Vertreter der Reagan-Administration wie David Stockman, die die Ausdehnung kommerzieller Leistungsanbieter als Lösung ihrer Probleme betrachteten, in der Gesundheitsplanung nun ein Hindernis für mehr Markt und Konkurrenz im Gesundheitssektor.

Der erste Versuch zur Beendigung des Gesundheitsplanungsprogramms war bereits im OBRA von 1981 beinhaltet. Der Kongreß lehnte eine vollständige Streichung jedoch ab und beschloß anstelle dessen eine massive finanzielle Kürzung, durch die das Budget von rund 130 Millionen im Jahr 1981 auf 64 Millionen Dollar für das Jahr 1982 halbiert wurde.⁷³ Auch in den folgenden Jahren wurden einschneidende Kürzungen vorgenommen, so daß für die HSAs im Jahr 1986 nur noch 28 Millionen Dollar zur Verfügung standen. Die finanzielle Auszehrung des Programms läßt sich auf die schrittweise Erosion jenes Netzwerksegments zurückführen, das die Gesundheitsplanung stabilisiert hatte.

Während der siebziger Jahre fand die Gesundheitsplanung die politisch notwendige Unterstützung bei den (demokratischen) Vorsitzenden mehrerer Unterausschüsse, aus dem DHHS, speziell aus dem zuständigen Bureau for Health Planning, von Vertretern der Versicherungsindustrie und der American Health Planning Association (AHPA), der Interessenvertretung der HSAs. Daß ein kleiner Verband wie die AHPA, der ja keine mächtige Klientel vertrat, dennoch einigen Einfluß ausüben konnte, verdankte sie einer Koalition mit den eben genannten Akteuren, insbesondere den zuständigen Kongreßausschüssen, und dem Umstand, daß die AHPA während der siebziger Jahre der einzig aktive Verband der »medical community« im entsprechenden Netzwerksegment war. Die AMA und die AHA, die den Gesetzentwurf beide abgelehnt hatten, waren durch Konzessionen soweit zufriedengestellt, daß ihre nach wie vor bestehende Ablehnung keine nennenswerten politischen Aktivitäten nach

73 Vgl. Beth Fuchs, Health Policy in a Period of Resource Limits and Conservative Politics, in: Jerold L. Waltman und Donley T. Studlar (Hrsg.), Political Economy. Public Policies in the United States and Britain, Jackson - London: University Press of Mississippi 1987, S. 222.

sich zog. Ab 1981 begann sich diese Konstellation zugunsten der Gegner der Gesundheitsplanung zu verändern.⁷⁴

Ein erster Einbruch in die Stabilität des Netzwerksegmentes ging von der Mehrheitsverschiebung im Ausschußsystem des Kongresses aus. Da die Republikanische Partei 1980 die Mehrheit im Senat erlangt hatte, erhöhte sich auch die Zahl der ihnen zustehenden Ausschußvorsitze. Das für den vorliegenden Zusammenhang wichtige State Labor and Human Resources Committee erhielt auf diese Weise mit Orin Hatch (R-U) einen neuen Vorsitzenden. Eine der ersten Amtshandlungen von Hatch bestand in der Auflösung des unter Vorsitz von Edward Kennedy stehenden Subcommittee on Health, was für die Gesundheitsplanung praktisch einer Halbierung der parlamentarischen Unterstützung gleichkam. Des weiteren erschien das OMB im gesundheitspolitischen Netzwerk als neuer Akteur mit einer eindeutigen Präferenz für die Streichung des Programms. Da das OMB die Regierungsvertreter auswählen konnte, die von Kongreßausschüssen angehört wurden, kam ihm eine strategisch bedeutende Rolle zu.

Die Gegner der Gesundheitsplanung begannen sich ebenfalls neu zu formieren. Die AMA betrachtete das politisch angeschlagene Programm als Möglichkeit, um ihren Interessen nach mehreren parlamentarischen Niederlagen wieder zum Durchbruch zu verhelfen. Bei den Krankenhäusern, die ebenfalls als oppositionelle Kraft aktiv wurden, hatte sich eine neue Interessenlage eingestellt. Seit Beginn der achtziger Jahre, speziell nach der Einführung der Fallkostenpauschale (DRGs) für Medicare-Patienten im Jahr 1983 (vgl. Kapitel 7.4.1), setzte im Krankenhausesektor ein regelrechter Bauboom ein, der von der Erwartung getragen wurde, daß eine Erhöhung der internen Effizienz des Krankenhauses existenziell bedeutsam werden würde, um auf einem zunehmend konkurrenzorientierten Markt mit verschärften Regeln der Gebührenerstattung bestehen zu können.⁷⁵ Die von den CON-Gesetzen ausgehenden Investitionsbeschränkungen wurden von der AHA und FAHS daher zunehmend als dysfunktional betrachtet. Für die Republikaner, die die Gesundheitsplanung durchaus nicht alle ablehnten, bot sich die Chance, ein weiteres als »liberal« geltendes Regulierungsprogramm zu eliminieren. Und daß mit den DRGs schließlich ein weitaus erfolgversprechenderes Kostendämpfungs-

74 Vgl. Keith J. Mueller, *Federal Programs To Expire: The Case of Health Planning*, in: *Public Administration Review*, 48 (1988), S. 721 ff.

75 Vgl. *Business Week* vom 9.4.1984, *Why the Hospital Industry is Building so Fast*.

instrument verfügbar wurde, schwächte die Position der Gesundheitsplanung zusätzlich. Die vollständige Streichung der bundesstaatlichen Förderung durch die Aufhebung des National Health Planning Act im Jahr 1986 traf daher ein Programm, dessen Position innerhalb des Netzwerkes schon arg gelitten hatte.⁷⁶

Der ordnungspolitische Effekt der Aufhebung des National Health Planning Act ist darin zu sehen, daß ein wichtiges Element der staatlichen Regulierungsstruktur im Gesundheitssektor weitgehend beseitigt wurde: elf Bundesstaaten widerriefen ihre CON-Gesetze, und von den ehemals 205 HSAs bestehen heute nur noch rund 40, deren Existenz entweder mit finanzieller Unterstützung der Einzelstaaten oder auch von privater Seite aufrechterhalten wird.⁷⁷ Ausschlaggebend für diesen Erfolg war die dargelegte Machtverschiebung innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes sowie die Veränderung der Anreizstruktur bei mehreren wichtigen Akteuren, die, wie die AMA und Teile der Republikanischen Partei, ein sich bietendes policy window nutzten oder, wie die Verbände der Krankenhausindustrie, auf sich verändernde Marktstrukturen des Gesundheitssektors reagierten.

c) Von den PSROs zu den PROs

Die Deregulierung des Professional Standards Review Organization-Programms (PSROs) weist hierzu gewisse Parallelen auf. Im Hinblick auf die kostendämpfende Wirkung der PSROs war gegen Ende der siebziger Jahre ebenfalls eine allgemeine Desillusionierung eingetreten. Aber anders als bei der Gesundheitsplanung hatte das PSRO-Programm selbst während der siebziger Jahre keine feste Verankerung im Policy-Netzwerk erhalten. Die organisierte Ärzteschaft, der es gelungen war, die PSROs vollständig zu kolonisieren, hatte ihren aktiven Widerstand zwar aufgegeben, andererseits lag der AMA eine Unterstützung für das Programm fern. Die Einzelstaaten, die durch die Zuständigkeit der Qualitätskontrolle für Medicaid ebenfalls betroffen waren, betrachteten die PSROs aufgrund der ärztlichen Dominanz wiederum als unwirksames Regulierungsinstru-

76 Vgl. Julie Kosterlitz, So Long, Planning, in: National Journal, 18 (1986), S. 2476.

77 Vgl. David Kinzer, The Decline and Fall of Deregulation, in: New England Journal of Medicine, 318 (1988), S. 116.

ment, dessen Unterstützung sich erübrigte.⁷⁸ Ebenso fehlte es an der administrativen Rückendeckung aus dem DHEW. Denn das für die PSROs zuständige Bureau of Quality Assurance war im Public Health Service angesiedelt worden, einer Abteilung des Gesundheitsministeriums, die weder mit Medicare noch mit Medicaid in Verbindung stand. Dies änderte sich erst durch die Verlagerung in die 1977 gegründete HCFA. Doch zu diesem Zeitpunkt war die Unzufriedenheit gegenüber den PSROs bereits soweit angewachsen, daß das Programm Gegenstand einer Serie von kritischen Untersuchungen wurde, die die bestehenden Zweifel an der Notwendigkeit einer Weiterfinanzierung bestärkten.⁷⁹

Es kann daher kaum verwundern, daß die Reagan-Administration schon in ihrem ersten Haushaltsentwurf 1981 die finanzielle Förderung für die PSROs, die 1980 rund 155 Millionen Dollar betrug, gänzlich einstellen wollte. Der Kongreß lehnte diese Forderung indes ab und beschloß lediglich eine Kürzung auf 97 Millionen Dollar. 1982 wurde dann als Bestandteil des TEFRA der Peer Review Improvement Act (P.L. 97-248) verabschiedet, der eine Auslaufzeit für die bundesstaatliche Förderung bis zum Oktober 1984 vorsah.⁸⁰ An die Stelle der rund 200 PSROs ist ab 1984 für jeden Bundesstaat eine Peer Review Organization (PRO) getreten, die sich in mehrfacher Hinsicht von ihren Vorläufern unterscheiden.⁸¹ PROs erhalten keine garantierte staatliche Förderung mehr, sondern müssen auf jeweils zwei Jahre begrenzte Verträge bei der HCFA beantragen, deren Erneuerung von einer Leistungsbewertung (»performance review«) abhängig gemacht wird. 1986 hatte die HCFA Verträge mit 52 PROs abgeschlossen, die staatliche Mittel in Höhe von 170 Millionen Dollar erhielt.

78 Vgl. Frank J. Thompson, *Health Policy and the Bureaucracy. Politics and Implementation*, Cambridge, MA: MIT Press 1981, S. 146 f.

79 Vgl. Helen L. Smits, *The PSRO in Perspective*, in: *New England Journal of Medicine*, 305 (1981), S. 255.

80 Vgl. Douglas A. Hasting, *Legal Issues Raised by Private Review Activities of Medical Peer-Review Organizations*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8 (1983); Linda Demkovich, *Despite White House Hostility, Peer Review for Doctors Is Moving Ahead*, in: *National Journal*, 15 (1983), S. 2168-2169.

81 Näheres zu den PROs bei Dan Ermann, *Hospital Utilization Review: Past, Experience, Future Direction*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (1988), und Timothy St. Jost, *Administrative Law Issues Involving the Medicare Utilization and Quality Control Peer Review (PRO) Program: Analysis and Recommendation*, in: *Ohio State Law Journal*, 50 (1989).

ten.⁸² Diese vertraglichen Regelungen haben zur Folge, daß die PROs - im Gegensatz zu ihren Vorläufern - einer strikten zentralen Kontrolle durch die HCFA unterliegen und von der medizinischen Profession gesteuerte lokale Variationen ihrer Aktivitäten einem nationalen Standard gewichen sind.⁸³ Die Bedeutung der PROs für die HCFA besteht darin, daß mit ihrer Hilfe Manipulationen des neuen Honorierungsverfahrens für Krankenhausleistungen von Medicare-Patienten verhindert werden sollen. Alle Krankenhäuser, die Medicare-Patienten behandeln, müssen daher ihre Leistungen von einer PRO überprüfen lassen.⁸⁴ PROs besitzen darüber hinaus den Status von privaten Organisationen und dürfen somit auch als kommerzielle Unternehmen betrieben werden. Anders als den PSROs ist es ihnen ohne Einschränkung gestattet, im Dienste privater Auftraggeber medizinische Leistungen zu kontrollieren. Diese Regelung, die mit einem massiven Kontrollverlust der Ärzteschaft über die strategisch bedeutsamen Prüforganisationen verbunden ist, wurde dadurch noch verschärft, daß PROs sich nicht mehr, wie es ihren Vorgängerorganisationen noch vorgeschrieben war, überwiegend aus Ärzten zusammensetzen müssen.

Es darf erwartet werden, daß eine »Gefangennahme« der PROs durch die regionalen medical societies, wie sie noch bei den PSROs zu beobachten war, infolge dieser Interessenkonstellation kaum noch möglich sein wird. Dagegen steht nicht nur das ausgeprägte Interesse privater Auftraggeber an einer aggressiven Prüfung der von ihnen finanzierten medizinischen Dienstleistungen und die zentralisierte Kontrolle durch die HCFA, sondern auch die Etablierung eines völlig neuen Professionssegments innerhalb der Ärzteschaft - den sogenannten »review physicians«, von denen eine Verteidigung professionsspezifischer Handlungsorientierungen, wie der professionellen Autonomie, nicht erwartet werden kann.⁸⁵ Ihr Interes-

82 Vgl. Mark F. Baldin und Kathy A. Fackelmann, *Blizzard of Paperwork, New Rules are Burying PROs and Hospitals*, in: *Modern Health Care* vom 3.1.1986, S. 46.

83 Vgl. James W. Björkman, *Politicizing Medicine and Medicalizing Politics: Physician Power in the United States*, in: Giorgio Freddi und James W. Björkman (Hrsg.), *Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance*, London-Newbury Park: Sage 1988, S. 63 ff.

84 Vgl. Frank A. Sloan, Michael A. Morrissey und Joseph Valvona, *Effects of the Medicare Prospective Payment System on Hospital Cost Containment: An Early Appraisal*, in: *Milbank Quarterly*, 66 (1988).

85 Näheres dazu bei David A. Kindig und Santiago Lastiri, *Administrative Physicians: A New Specialty*, in: *Health Affairs*, 5:4 (1986).

se gilt den kommerziellen Möglichkeiten eines rapide expandierenden Markts für private »peer review firms«, die ihre Dienstleistungen, insbesondere die sogenannte »utilization review« (UR), ähnlich wie Wirtschaftsberatungsfirmen auf einem stark expandierenden Markt anbieten.

Der Verlauf dieser besonderen Mischung aus Deregulierung und Privatisierung zollte ganz offensichtlich der Interessenlage eines neuen Akteurs Rechnung - den Arbeitgebern, das heißt insbesondere der Großindustrie. Um das Interesse dieses neuen Akteurs verständlich zu machen, ist ein kurzer Rückblick nützlich. Im Sommer 1980 hatte die Industrie, vertreten durch die Washington Business Group on Health (WBGH), vor einem Kongreßausschuß noch ihre ausdrückliche Unterstützung für die PSROs bekundet. Der Hintergrund dieser nicht ohne weiteres verständlichen Parteinahme für ein staatliches Regulierungsprogramm ist in der wachsenden Kostenbelastung zu sehen, die vor allem der Industrie aus ihren betrieblichen Sozial- und Gesundheitsleistungen erwachsen. Willis Goldbeck, chairman der WBGH, wies vor dem Ausschuß darauf hin, daß die 200 Mitgliedsfirmen Gesundheitsleistungen für rund 55 Millionen Beschäftigte und deren Angehörige zu finanzieren hätten. Kontrollen bei den medizinischen Dienstleistungsproduzenten, speziell bei Krankenhäusern, hatten gezeigt, daß durch die Vermeidung überflüssiger Leistungen erhebliche Einsparungen erzielt werden konnten. Und genau diese Überprüfung war ja Aufgabe der PSRO. Goldbeck beklagte zugleich: »there are many cases where employers have turned to PSROs and been rejected, and therefore they have to come up with a totally private system.«⁸⁶ Für die Unternehmen stellten die PSROs also eine brachliegende Ressource im Dienste der Kostendämpfung dar, deren etablierte Beziehungen zu Ärzten und Krankenhäusern sowie ihr qualifiziertes Personal, ihre Datenverarbeitungseinrichtungen und ihr technisches Know how von der Industrie nicht im gewünschten Umfang für Überprüfungen betrieblicher Gesundheitsleistungen genutzt werden konnten. Das Ende des PSRO-Programms war also in gewissem Sinne auch ein Neuanfang. Denn die Privatisierung und Umwandlung der PSROs hat die Nutzung ihrer Kontrollkapazitäten durch den privaten Sektor ermöglicht. Die neuen PROs und andere Prüforganisationen dürfen sich daher der Unterstützung durch die Unternehmen sicher sein, denn »the driving force behind the UR movement has become the private employer frustrated by seeming-

86 Willis B. Goldbeck, A Private Sector Perspective on PSROs, presented to the Committee on Interstate and Foreign Commerce, Subcommittee on Oversight and Investigation, July 31, 1980, S. 9.

ly endless premium increases (. . .)«. ⁸⁷ Die Qualität der Beziehungen zwischen beiden Akteuren läßt sich daran ermessen, daß der Geschäftsführer der American Medical Peer Review Association (vormals American Association of PSROs), Andrew Webber, zuvor mehrere Jahre Mitarbeiter der WBGH war.

d) Fazit der Deregulierung

Die Deregulierung des Gesundheitssektors kann als insgesamt erfolgreiche Umsetzung programmatischer Vorgaben betrachtet werden. Die Reagan-Administration konnte sich dabei auf die partielle Destabilisierung jener Netzwerksegmente stützen, in die die staatlichen Regulierungsprogramme eingebettet waren. Bereits die Rahmenbedingungen fielen sehr günstig aus. Auf der politischen Agenda war die Deregulierung »the game in town« ⁸⁸ geworden. Gleichzeitig hatten die Regulierungsprogramme die in sie gesetzten Erwartungen bei der Kostendämpfung nicht erfüllen können, was dieses Steuerungsinstrument insgesamt diskreditiert hatte.

Betrachtet man nun die institutionellen Bedingungen für die Deregulierungspolitik im Gesundheitssektor, dann fallen mehrere Gemeinsamkeiten ins Auge. Alle drei Programme hatten haushaltstechnisch den Status von »discretionary programs«, das heißt, daß schon ihre Finanzierung eine parlamentarisch sehr verwundbare Flanke darstellte. Von ausschlaggebender Bedeutung war dann, daß die Netzwerkintegration erheblich nachgelassen hatte. Dies betraf zunächst die administrative Verankerung der Programme im Gesundheitsministerium, die nicht stabil genug war, um einen politisch wirksamen Flankenschutz zu generieren. In allen drei Fällen traten auch neue Akteure wie das OMB in das Netzwerk ein bzw. unterstützende Koalitionen brachen auseinander, da sich die Interessenlage der Akteure verändert hatte. Letzteres trifft besonders auf die Krankenhausindustrie (Gesundheitsplanung) und die Arbeitgeber (PSROs) zu. Infolge dieser Interessen- und Machtverschiebungen innerhalb der jeweiligen Segmente des gesundheitspolitischen Netzwerkes ließ die Unterstüt-

87 Andrew Webber und Willis B. Goldbeck, Utilization Review, in: Synthesis of Private Sector Health Care Initiatives, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health Human Services, Washington, DC 1984, S. IV.1.

88 John W. Kingdon, Agendas, Alternatives and Public Policies, Boston: Little, Brown 1984, S. 203.

zung für die drei Regulierungsprogramme nach und ermöglichte ihre Beendigung bzw. Auflösung durch die Reagan-Administration. Als hilfreich erwies sich dabei auch die starke Tendenz zur Subsystembildung innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes, die der Mobilisierung breiter Widerstände entgegengewirkt hat. Dieses Netzwerkcharakteristikum unterscheidet den amerikanischen Fall von der Bundesrepublik und Großbritannien, wo die Struktur der jeweiligen Netzwerke wesentlich homogener ausfällt.

Für eine Einstufung der ordnungspolitischen Tragweite der Deregulierungspolitik ist es unentbehrlich, auf einen Zusammenhang hinzuweisen, der von den Marktreformern immer wieder betont wird: Die Deregulierung stellt trotz ihrer unbestreitbaren ordnungspolitischen Qualität nur den ersten Schritt zu einer umfassenden Marktreform des Gesundheitssektors dar. Um ein marktförmig gesteuertes Versorgungssystem zu etablieren, bedarf es ergänzender legislativer Schritte, die die erforderlichen Anreizstrukturen für Anbieter und Nachfrager herstellen. Daß es der Reagan-Administration weder in ihrer ersten noch in der zweiten Legislaturperiode gelang, ein entsprechendes Marktreform-Gesetz zu verabschieden, stellt ohne Zweifel das entscheidende ordnungspolitische Manko ihrer Gesundheitspolitik dar. An Versuchen hat es nicht gemangelt.⁸⁹ Fast alle Gesetzentwürfe, seien sie nun von der Administration oder von Kongreßabgeordneten entwickelt worden, enthielten jedoch Regelungen, die den Interessen wichtiger Akteure, wie der Arbeitgeberseite, zuwiderliefen. Zu nennen sind dabei zum Beispiel die Verpflichtung für Unternehmen, bei einer betrieblich finanzierten Krankenversicherung eine Mindestzahl an Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versicherungsoptionen anzubieten, oder die Begrenzung des Steuerfreibetrages für Versicherungsprämien (»tax cap«).⁹⁰ Beide Regelungen, die in der Marktreform-Theorie als unverzichtbare Anreize für ein kostenbewußtes Wahlverhalten gelten, würden der Industrie gleichzeitig einen erheblichen finanziellen Mehraufwand verursachen⁹¹ und stießen daher auf strikte Ablehnung.

89 Vgl. Michael Michaelson, Reagan Administration Health Legislation: The Emergence of a Hidden Agenda, in: Harvard Journal on Legislation, 20 (1983), S. 591 ff.

90 Vgl. Linda Demkovich, Business Drive to Curb Medical Costs Without Much Help from Government, in: National Journal, 16 (1984), S. 1509.

91 Vgl. Jan Peter Ozga, The Views of Business, in: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 58 (1982), S. 98. Näheres zu dieser Problematik bei Alain Enthoven, Health Tax Policy Mismatch, in: Health Affairs, 4:4 (1985).

Obwohl der gesundheitspolitische Strategieumschwung der Reagan-Administration also an einem wichtigen Punkt letztlich unvollständig blieb, sind im Gesundheitssektor massive Umwälzungen zu beobachten.

7.3 Gesundheitspolitik ohne Staat: Die Restrukturierung des amerikanischen Gesundheitssektors

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich ausschließlich auf politische, das heißt von der Exekutive bzw. dem Kongreß ausgehende Steuerungsinitiativen. In Ergänzung zu dieser staatlichen Gesundheitspolitik muß nun auch auf zwei Entwicklungsprozesse eingegangen werden, die trotz ihres - im weitesten Sinne - »nicht-staatlichen« Charakters von kaum zu unterschätzender Bedeutung für die Destabilisierung des gesundheitspolitischen Netzwerkes sind. Dabei handelt es sich um den Aufstieg des medizinisch-industriellen Komplexes und die in Ansätzen bereits skizzierte Aktivierung der Arbeitgeber bzw. der Großindustrie zu kostenbewußten »Konsumenten« medizinischer Dienstleistungen. Beide Entwicklungen haben in den USA eine umfangreiche Diskussion über ihre Ursachen und Folgen für die Zugangsmöglichkeiten und die Qualität der Gesundheitsversorgung ausgelöst, die an dieser Stelle nicht vertieft werden kann. In erster Linie interessieren hier die politikrelevanten Auswirkungen auf die ökonomische Anreizstruktur und die Interessenlage der Akteure, der Einfluß auf Koalitionsbildungsprozesse und damit jener Veränderungen, die die strategische Selektivität des gesundheitspolitischen Netzwerkes in den USA determinieren.

7.3.1 Der Aufstieg des neuen medizinisch-industriellen Komplexes

Die Entstehung des medizinisch-industriellen Komplexes erstreckte sich über mehrere Jahrzehnte. Gleichwohl trägt die Diskussion in den USA alle Merkmale einer »plötzlichen Entdeckung«, ausgelöst durch einen kritischen Artikel im renommierten Fachjournal *New England Journal of Medicine*, in dem Herausgeber Arnold Relman vor den negativen Folgen der wachsenden Kommerzialisierung medizinischer Dienstleistungen

warnte.⁹² Schon diese abrupte Thematisierung kann als Indiz dafür gewertet werden, daß sich die Entstehung und Expansion des medizinisch-industriellen Komplexes weitgehend außerhalb der Reichweite und somit auch der Aufmerksamkeit staatlicher Gesundheitspolitik vollzog. Der Begriff »medizinisch-industrieller Komplex« freilich ist in den USA kein Novum. Bereits gegen Ende der sechziger Jahre wurde dieser Terminus von jenen »equal health advocates« eingeführt, die aus dem Umfeld des Health Policy Advisory Committee stammten, einem kleinen New Yorker Think tank, der Mißstände im Gesundheitssektor aus der Perspektive der amerikanischen Linken attackiert.⁹³ Die Kritik am »American Health Empire« galt seinerzeit noch den Verflechtungen (im Sinne von »interlocking directorates«) zwischen Krankenhäusern, Universitäten, medizinischer Profession und kommerziellen Unternehmen, wie Versicherungsgesellschaften, Pharmaindustrie und medizinischen Zulieferbetrieben. »Neu« ist am von Relman beschriebenen medizinisch-industriellen Komplex, daß der Konnex zwischen medizinischer Ethik und Profitorientierung heute nicht mehr auf die Verflechtung zu kommerziellen Unternehmen beschränkt ist, sondern den medizinischen Dienstleistungsprozeß als solchen erfäßt hat. Das heißt, daß Krankenhäuser, HMOs, Pflegeheime, Dialysestationen und ähnliche Einrichtungen direkt als kommerzielle »for-profit«-Unternehmen betrieben werden, und zwar nicht mehr als Einzelunternehmen, sondern als Bestandteile ständig wachsender Firmenkonglomerate.⁹⁴

a) Struktur und Wachstumstendenzen

Der neue medizinisch-industrielle Komplex hebt sich durch zwei Charakteristika vom Rest der Gesundheitsversorgung ab: zum einen durch den kommerziellen Rechtsstatus und zum anderen durch die ausgeprägte Nei-

92 Vgl. Arnold Relman, *The New Medical-Industrial Complex*, in: *New England Journal of Medicine*, 303 (1980).

93 Vgl. Barbara Ehrenreich und John Ehrenreich, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, New York: Random House 1970.

94 Als Auswahl aus der mittlerweile kaum noch überschaubaren Literatur zum medizinisch-industriellen Komplex vgl. Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books 1982; Bradford H. Gray (Hrsg.), *The New Health Care for Profit*, Washington, DC: National Academy Press 1983; Stanley Wohl, *The Medical Industrial Complex*, New York: Harmony Books 1984; Bradford H. Gray (Hrsg.), *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington, DC: National Academy Press 1986.

gung zur Bildung von großen Unternehmenskonglomeraten, die als »Multi-Institutional Health« bzw. »Hospital Systems« (MIHSs) bezeichnet werden. Die Datenlage zum Umfang und zur Wachstumsdynamik dieser Branche ist leider ausgesprochen desolat, da die Definitionen, die der statistischen Erfassung zugrunde liegen, innerhalb des letzten Jahrzehnts mehrfach verändert worden sind.⁹⁵ Dies gilt zum Beispiel für Krankenhausketten, bei denen häufig auch einzelne Krankenhäuser mitgerechnet werden, die nicht zum Eigentum eines MIHSs gehören, sondern lediglich auf Vertragsbasis durch die Kette gemanaged werden (»contract management«). Die Abweichungen der in den nachfolgenden Tabellen präsentierten Daten sind diesen verschiedenartigen Erhebungskriterien geschuldet.

Das Zentrum des medizinisch-industriellen Komplexes bilden die rund 250 (kommerziellen und gemeinnützigen) Multi-Hospital-Systems, denen 1985 rund 35 Prozent aller US-Krankenhäuser angehörten.⁹⁶ Die Marktkonzentration ist dabei weitaus größer als die Zahl 250 vermuten läßt. Zu den Krankenhausketten werden nämlich bereits Zusammenschlüsse von nur zwei Hospitälern gerechnet, so daß in der Statistik zum Beispiel die beiden Mills-Peninsula Hospitals in San Mateo, Kalifornien, neben dem Marktführer Hospital Corporation of America (HCA) erscheinen, einem weltweit operierenden Großunternehmen mit 471 Krankenhäusern und einem Jahresumsatz von 4,9 Milliarden Dollar (1986).⁹⁷ Allein die sechs führenden kommerziellen Krankenhausketten besitzen 58 Prozent aller Krankenhäuser dieses Marktsegments.⁹⁸ Vergleichbare Unternehmenszusammenschlüsse gibt es mittlerweile auch bei psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen, HMOs und poliklinischen Versorgungszentren. Immer häufiger treten auch Verflechtungen zwischen verschiedenen Organisationstypen auf. Im wesentlichen sind es die Krankenhausketten, von denen jene strukturellen Veränderungen und Anpassungsbewegungen

95 Vgl. Paul Donnelly, Policy Implications of Multi-Institutional Health Systems Development, prepared for presentation at the 1987 Annual Meeting of the APSA, Chicago, 1987, S. 4.

96 Patricia J. Arnold, The Invisible Hand in Health Care: The Rise of Markets Within the U.S. Health Care Sector, unveröff. Ms., University of Wisconsin 1986, S. 12.

97 Vgl. Richard L. Johnson, The Myth of Dominance by Health Care Corporations, in: Frontiers of Health Services Management, 3:4 (1987), S. 7.

98 Elisabeth W. Hoy und Bradford H. Gray, Trends in the Growth of Major Investor-Owned Companies, in: Bradford H. Gray (Hrsg.), For-Profit Enterprise in Health Care, Washington, DC: National Academy Press 1986, S. 250 ff.

ausgehen, die den medizinisch-industriellen Komplex konstituieren. Folgende Unternehmensstrategien lassen sich hier unterscheiden:⁹⁹

- Konversion: Dieser Begriff bezeichnet die Veränderung der Eigentümerstrukturen vom gemeinnützigen »not-for-profit« in den kommerziellen (»investor-owned«) Rechtsstatus. Eine Eigenheit des Wachstums von MIHSs besteht darin, daß weniger neue Versorgungseinrichtungen aufgebaut werden, als vielmehr bereits bestehende Krankenhäuser übernommen werden. Dieser Wachstumsprozeß ist in Tabelle 7.3 abgebildet.
- Konzentration: Die wichtigste Dimension des Konzentrationsprozesses im Gesundheitssektor besteht im Wachstum der MIHSs. Im Survey des Industriemagazins *Modern Healthcare* hat zum Beispiel die Zahl der Krankenhausketten zwischen 1982 und 1986 von 182 auf 164 abgenommen, während die Zahl der Krankenhäuser im gleichen Zeitraum von 1 740 auf 2 031 angestiegen ist. Wie sich an Tabelle 7.3 ablesen läßt, sind hierbei die katholischen und die kommerziellen Krankenhausketten am expansivsten.
- Horizontale Integration: Diese Unternehmensstrategie bezeichnet die Ausdehnung von MIHSs auf der Ebene von Organisationen, die auf der gleichen »Produktionsstufe« liegen; also Integration von Krankenhäusern in Krankenhausketten, von HMOs in HMO-Ketten usw. Verbunden ist damit der sukzessive Niedergang sogenannten »freestanding institutions«, das heißt unabhängiger Versorgungseinrichtungen.
- Vertikale Integration: Diese auch als »forward« bzw. »backward integration« bezeichnete Strategie besteht in der Ausdehnung des Unternehmens auf verschiedene Produktionsstufen der Gesundheitsversorgung. Eine Krankenhauskette kann bspw. durch die Aquisition einer Krankenversicherung »nach hinten« expandieren oder »nach vorne« durch die Angliederung von HMOs und anderen ambulanten Versor-

99 Zusammengestellt nach Starr, *The Social Transformation*, a.a.O., S. 428 ff.; David B. Starkweather, *U.S. Hospitals: Corporate Concentration vs. Local Community Control*, Public Affairs Report, 22 (1981), No. 2, Institute of Governmental Studies, University of California, Berkeley; Howard Zuckerman, *Industrial Rationalization of a Cottage Industry: Multi-Institutional Hospital Systems*, in: *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 468 (1983); David B. Starkweather und James M. Carman, *Horizontal and Vertical Concentrations in the Evolution of Hospital Competition*, in: *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 7 (1987); Stephen M. Shortell u.a., *Diversification of Health Care Services: The Effects of Ownership, Environment and Strategy*, in: *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 7 (1987).

gungseinrichtungen, die dann als »feeder systems« für die Mutterorganisation fungieren.

- Diversifizierung: Dieser Begriff wird im wesentlichen auf die organisatorische Verlagerung von medizinischen Leistungskategorien in den ambulanten Sektor angewandt, die früher der stationären Versorgung bedurften. Die beiden wichtigsten Beispiele sind das »freestanding surgery center« und das »freestanding urgent care center«. ¹⁰⁰ In diesen ambulanten Einrichtungen werden kleinere operative Eingriffe bzw. ein 24-Stunden-Service ohne Wartezeiten angeboten. Ursprünglich wurden beide Organisationsmodelle Ende der sechziger bzw. Anfang der siebziger Jahre von selbständigen Ärzten ins Leben gerufen. Heute gehören die meisten dieser Ambulanzen zu Krankenhausketten, wo sie die bereits erwähnte »feeder«-Funktion erfüllen. Die außerordentlichen hohen Wachstumsraten deuten auf den kommerziellen Erfolg der Diversifizierung hin. 1970 gab es in den USA drei surgery centers; 1985 waren es bei steigender Tendenz bereits 428. Das erste urgent care center wurde 1973 eingerichtet. 1982 waren es bereits 600 und für 1985 wird ihre Zahl auf rund 3 000 geschätzt.

Tabelle 7.3 Kommerzielle Krankenhäuser und Betten 1975 - 1984

	Investor-Owned Hospitals ^a	Percent of U.S. Hospitals ^b	Investor-Owned Beds ^a	Percent of U.S. Beds ^b
1975	378	6.3	51,230	5.3
1976	396	6.6	54,744	5.7
1977	420	7.0	58,357	5.9
1978	437	7.4	61,499	6.2
1979	464	7.8	66,039	6.7
1980	531	9.0	74,012	7.5
1981	580	9.9	79,002	7.8
1982	682	11.6	90,328	8.9
1983	767	13.1	99,958	9.8
1984	878	NA	113,122	NA

^aCommunity, psychiatric, and specialty hospitals owned by corporations that own or manage three or more hospitals.

^bNonfederal short-term general and other special hospitals.

Quelle: Bradford H. Gray (Hrsg.), *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington, DC: National Academy Press 1986, S. 28.

¹⁰⁰ Vgl. Gray, *For-Profit Enterprise in Health Care*, a.a.O., S. 35 ff.

Tabelle 7.4 Krankenhausketten in den USA 1981 - 1986

Betreiberstatus	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Kommerziell						
Betten	101.549	105.318	116.908	134.616	144.380	140.289
Anzahl	725	773	809	968	950	967
Gemeinnützig						
Betten	71.888	80.159	84.827	84.536	71.481	71.790
Anzahl	451	528	554	534	445	442
Katholisch						
Betten	46.165	47.600	58.423	58.674	81.124	85.035
Anzahl	198	202	250	257	339	358
Sonst. kirchliche Träger						
Betten	28.740	31.663	33.478	34.358	32.974	35.837
Anzahl	170	182	177	180	157	158
Öffentlich						
Betten	26.293	26.435	19.820	19.876	23.261	22.908
Anzahl	55	55	47	47	107	106
Insgesamt						
Betten	274.635	291.175	313.456	332.051	353.220	355.859
Anzahl	1.599	1.740	1.837	1.976	1.998	2.031
Ketten		182		174		164

Quelle: Modern Healthcare (verschiedene Hefte) 1983 - 1987.

Infolge der zweistelligen Wachstumsraten und der Konzentrationstendenzen war in den USA bis vor kurzem die Meinung weit verbreitet, daß der Gesundheitssektor bis zur Mitte der neunziger Jahre von einer Handvoll von Großunternehmen beherrscht werden würde, deren expansive Entwicklung zu einer weitgehenden Verdrängung unabhängiger und gemeinnütziger Versorgungseinrichtungen führen würde. Derartige Prognosen haben sich - wie die Daten in Tabelle 7.3 und 7.4 zeigen - als irrig erwiesen.¹⁰¹ Betrachtet man die Verschiebung der Eigentümerstrukturen im Längsschnitt, dann läßt sich die momentane Entwicklung als neue Welle

101 Vgl. Arnold, *The Invisible Hand in Health Care*, a.a.O., S. 12.

eines Zyklus verstehen.¹⁰² Denn Schwankungen im Verhältnis zwischen gemeinnützigen und kommerziellen Gesundheitseinrichtungen hat es seit der Jahrhundertwende schon mehrfach gegeben, ohne daß es zu einer vollständigen Verdrängung des einen oder anderen Eigentübertyps gekommen wäre.

Aber selbst wenn der Anteil kommerzieller Krankenhäuser mit 13,1 Prozent noch keine annähernd dominante Größenordnung erlangt hat, so deuten die Wachstumsraten dieses Marktsegments, die seit 1977 stets über 10 Prozent pro Jahr gelegen haben, dennoch auf eine beständige Expansion hin, die sich nicht nur auf den Krankenhaussektor erstreckt. Während es zum Beispiel bei Pflegeheimen schon traditionell einen hohen kommerziellen Anteil gegeben hat, stellt die wachsende Kommerzialisierung der HMOs eine bemerkenswerte Konversionsbewegung dar. Dieses Versorgungsmodell, das ursprünglich ja eine von der AMA als »sozialistisch« bekämpfte Alternative im Gesundheitssektor darstellte und bis weit in die sechziger Jahre ausschließlich gemeinnützigen Rechtsstatus besaß, ist mittlerweile bereits zu 35 Prozent in den Händen kommerzieller Eigentümer¹⁰³, was den vielzitierten Satz von Paul Starr, »the 'health center' of one era is the 'profit center' of the next«¹⁰⁴, bestätigt.

b) Entstehungsursachen

Die Ursachen für die Entstehung und das Wachstum des medizinisch-industriellen Komplexes haben nur wenig mit der Gesundheitspolitik der Reagan-Administration zu tun, wohl aber mit staatlichen Maßnahmen anderer Administrationen. Im wesentlichen haben zwei miteinander verknüpfte Ursachenbündel eine Rolle gespielt. Hierbei handelt es sich einmal um die Folgen staatlicher Finanzierungs- und Regulierungspolitik der sechziger und siebziger Jahre und zum anderen um eine kontingenztheo-

102 Diese These wird empirisch nachgewiesen bei Theodor R. Marmor u.a., *A New Look at Nonprofits: Health Care Policy in a Competitive Age*, in: *Yale Journal on Regulation*, 3 (1986); Mark Schlesinger, Theodor R. Marmor und Richard Smithey, *Nonprofit and For-Profit Medical Care: Shifting Roles and Implications for Health Policy*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12 (1987).

103 Vgl. Gray, *For-Profit Enterprise in Health Care*, a.a.O., S. 3; John K. Iglehart, *HMOs (For-Profit and Not-For-Profit) on the Move*, in: *New England Journal of Medicine*, 310 (1984).

104 Starr, *The Social Transformation*, a.a.O., S.448.

retisch begründbare Anpassungsbewegung des Krankenhausesektors an veränderte Umweltbedingungen.

Wenn kürzlich bemerkt wurde, »th(e) apparent transformation of the health care system is occurring with those in government as interested, but largely passive, spectators«¹⁰⁵, so unterschlägt diese Feststellung, daß staatliche Maßnahmen durchaus eine Rolle bei der Entstehung von MIHSs gespielt haben, wenn auch größtenteils unbeabsichtigt. An erster Stelle sind hier die umfangreichen bundesstaatlichen Finanzmittel zu nennen, die seit der Verabschiedung des Hospital Survey and Construction (Hill-Burton) Act von 1946 (P.L. 79-725)¹⁰⁶ und der Medicare/Medicaid-Gesetzgebung in den Gesundheitssektor geflossen sind. Krankenhäuser wurden durch diesen beständigen und kalkulierbaren Kapitalzufluß zu lohnenden Anlageobjekten: »By absorbing risk and uncertainty, Medicare created the conditions for accumulation within the hospital industry which initiated the transfer of control over investment decisions to the financial market.«¹⁰⁷

Die Abhängigkeit des Krankenhausesektors vom Zufluß privater Investitionen verstärkte sich, nachdem 1974 das Hill-Burton-Programm beendet wurde und staatliche Kapitalhilfen nicht mehr regelmäßig und in weit-aus geringerem Umfang vergeben wurden und, wie bereits ausgeführt, von der Zustimmung der jeweiligen HSA abhingen. An die Stelle staatlicher und philanthropischer Finanzmittel, deren Anteil am Krankenhausbau von 23 bzw. 21 Prozent im Jahr 1968 auf 12 bzw. 4 Prozent 1981 absank, traten zunehmend Gelder, die auf dem freien Kapitalmarkt beschafft werden mußten. Dieser Finanzierungsanteil stieg im gleichen Zeitraum von 38 auf 69 Prozent.¹⁰⁸ Für einzelne (»free standing«) Krankenhäuser wurde nun die Integration in Krankenhausketten - besonders in kommerzielle - außerordentlich attraktiv, da deren Zugangsmöglichkeiten zum privaten Kapitalmarkt erheblich besser ausfallen. Der Ausspruch eines Krankenhaus-Managers des kommerziellen Sektors, »we are the Hill-Burton pro-

105 Schlesinger, Marmor und Smithey, *Nonprofit and For-Profit Medical Care*, a.a.O., S. 428.

106 Näheres zu diesem Programm bei James E. Rohrer, *The Political Development of the Hill-Burton Program: A Case Study in Distributive Policy*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12 (1987).

107 Arnold, *The Invisible Hand in Health Care*, a.a.O., S. 36.

108 Vgl. Gray, *For-Profit Enterprise in Health Care*, a.a.O., S. 55.

gram of the 1980s«¹⁰⁹, beschreibt zutreffend die Anreizstruktur für autonome Krankenhäuser, die maßgeblich zur Entstehung und Ausdehnung von MIHSS beigetragen hat. Aus der Perspektive des »governance«-Ansatzes ist die damit verbundene Umschichtung der Krankenhausfinanzen gleichbedeutend mit der Verlagerung der Steuerungskompetenzen vom staatlich-philantropischen Sektor auf den profitorientierten privaten Finanzmarkt.

Als zweite wichtige Ursache für das Wachstum von MIHSS sind die staatlichen Regulierungsmaßnahmen der siebziger Jahre zu nennen, die bei den Krankenhäusern vielfältige organisatorische Anpassungsreaktionen auslösten.¹¹⁰ Insbesondere die Gesundheitsplanung und die Einführung der CON-Gesetze bedeuteten für den Krankenhaussektor eine Zunahme von »Umweltturbulenzen«, die mit den organisatorischen Kapazitäten des einzelnen Krankenhauses nur schwer zu bewältigen waren. Die staatliche Regulierung war dabei nur ein Element veränderter Umweltbedingungen. Hinzu kam auch das rapide Wachstum technologischer Innovationen, die zu einem signifikanten Anstieg des Kapitalbedarfs und der »manpower«-Ressourcen des stationären Sektors geführt haben. Ebenfalls zu nennen ist der seit Ende der siebziger Jahre wachsende Konkurrenzdruck, der infolge abflachender Zuwachsraten bei staatlichen und privaten Gesundheitsausgaben an Intensität gewonnen hat.

Kontingenztheoretisch läßt sich das Wachstum der MIHSS mit einem Strategiewechsel des Krankenhaussektors auf sich verändernde, ungewisse Umweltbedingungen erklären.¹¹¹ Die Wahl der Organisationsform fällt jetzt nicht mehr automatisch auf die des einzelnen, finanziell und organisatorisch unabhängigen Krankenhauses, sondern immer häufiger auf die eines Organisationsnetzwerkes, das nicht nur den Zugang zu überlebensnotwendigen Ressourcen sichern hilft, sondern auch über ein breiteres betriebswirtschaftliches Strategierepertoire verfügt und damit Adaptionsmechanismen wie die horizontale oder vertikale Integration erst ermöglicht: »the hospital chains bring strategic planning to the hospital. This permits

109 Zitiert nach Richard W. Foster, *Hospitals and the Choice of Organizational Form*, in: *Financial Accountability & Management*, 3 (1987), S. 353.

110 Siehe dazu Karen Cook u.a., *A Theory of Organizational Response to Regulation: The Case of Hospitals*, in: *Academy of Management Review*, 8 (1983), sowie Zuckerman, *Industrial Rationalization of a Cottage Industry*.

111 Vgl. Lynne G. Zucker, *Normal Change or Risky Business: Institutional Effects on the 'Hazard' of Change in Hospital Organizations 1959 - 79*, in: *Journal of Management Studies*, 24 (1987).

the hospital to analyze demographic trends, respond more effectively to changes, identify its competitive strengths and weaknesses, and find or develop its appropriate niche in the market.«¹¹²

c) Gesundheitspolitische Folgen

In den USA wird seit Beginn der achtziger Jahre eine intensive Diskussion über die Folgen geführt, die das Wachstum des medizinisch-industriellen Komplexes nach sich zieht. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen auf die Kosten, den Zugang und die Qualität der medizinischen Versorgung. Aus einer kürzlich vorgelegten Zusammenfassung der empirischen Forschung über kommerzielle Krankenhausketten, dem Kernelement des medizinisch-industriellen Komplexes, können folgende Ergebnisse hervorgehoben werden. Die Mehrzahl der Untersuchungen gelangte zu dem Ergebnis, daß die Behandlungskosten kommerzieller Krankenhäuser etwas höher ausfallen als die kirchlicher oder gemeinnütziger Krankenhäuser.¹¹³ Bei der Qualität und der Möglichkeit des Zugangs sind hingegen kaum Abweichungen festgestellt worden.¹¹⁴

Gegen die Validität und Repräsentativität dieser Untersuchungsergebnisse lassen sich nun eine Reihe von Einwänden erheben, die besonders der These gelten, daß die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung scheinbar ohne Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme bleibt. Die sich häufenden Presseberichte über das sogenannte »patient dumping«, also die Behandlungsverweigerung von nicht- oder unterversicherten Patienten, haben mittlerweile einen Umfang, der weit über das Stadium der »anecdotal evidence«¹¹⁵ hinausreicht. Noch schwerwiegender ist der Einwand, daß aus der Krankenhausstatistik, die den meisten Studien zugrunde liegt, zwar genauestens abgelesen werden kann, welche Patienten aufgenommen wurden, nicht aber, bei wievielen die Aufnahme dem Prinzip »no insurance, no admission« folgend verwei-

112 Richard B. Siegrist, Wall Street and the For-Profit Hospital Management Companies, in: Bradford Gray (Hrsg.), *The New Health Care for Profit*, Washington, DC: National Academy Press 1983, S. 48.

113 Dan Ermann und Jon Gabel, Investor-Owned Multihospital Systems: A Synthesis of Research Findings, in: Bradford H. Gray (Hrsg.), *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington, DC: National Academy Press 1986, S. 480 ff.

114 Ebd., S. 483 ff.

115 Ebd., S. 483.

gert wurde. Hinzu kommt, daß die Mehrzahl der Untersuchungen, die kaum Unterschiede beim »access« zwischen gemeinnützigen und kommerziellen Krankenhäusern feststellten, geographisch auf die Staaten des »sun-belt« beschränkt sind. Da es zu den grundlegenden Regeln des Investitionsverhaltens kommerzieller MIHSs gehört, die »charity case-load« bereits durch die Ansiedelung in prosperierenden Regionen mit geringer Armutsinzidenz gering zu halten, was sich durch die Konzentration der kommerziellen Anbieter in Kalifornien, Florida und Texas auch empirisch nachweisen läßt, kann der Wert so gewonnener Untersuchungsergebnisse mit Fug und Recht bezweifelt werden. Noch einen Schritt weiter gehen läßt sich aufgrund der Beobachtung, daß die im kommerziellen Sektor entwickelten Investitions-, Marketing- und Dienstleistungstechniken zunehmend auch bei kirchlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern Anwendung finden¹¹⁶ und damit eine Organisations- und Verhaltensnivellierung stattfindet, die die Frage aufwirft, ob die Differenzierung zwischen non-profit und for-profit überhaupt noch Sinn macht. Die hier angerissene Problematik ist nun von erheblicher Relevanz für die Stabilität und die Kräfteverhältnisse innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes.

Erstens kommt es zu einer Verschiebung in der governance-Struktur, die vor allem das Investitions- und Dienstleistungsverhalten von Krankenhäusern und andern Versorgungsträgern verändert hat. So ist zum Beispiel die Finanzierung weiter Teile des Krankenhaussektors den konjunkturbedingten Schwankungen des Wertpapierhandels ausgesetzt.¹¹⁷ Dies gilt zunehmend auch für den nicht-kommerziellen Sektor, der sich nicht nur in der Form der Kapitalbeschaffung, sondern auch in der Anwendung ökonomisch orientierter Managementtechniken dem kommerziellen Sektor annähert. In der Sprache der Transaktionskostenökonomie kann diese Verschiebung wirtschaftlicher Koordinationsmechanismen als Übergang von Hierarchie (Staat) und Clan (Philantropie) auf den Markt (kommerzielle Krankenhausketten) bezeichnet werden.

Zweitens bewirken die negativen Folgekosten der Kommerzialisierung, daß staatliches Handeln notwendig wird, um ein - im Vergleich zu Westeuropa deutlich niedriger angesiedeltes - Minimum an Absicherung

116 Siehe hierzu vor allem Schlesinger, Marmor und Smithey, *Nonprofit and For-Profit Medical Care*, und aus der Sicht katholischer Krankenhäuser Stuart J. Showalter und John L. Miles, *Restructuring Health Care Organizations While Retaining Recognition as a Catholic Institution*, in: *St. Louis University Law Journal*, 32 (1988).

117 Vgl. Siegrist, *Wall Street*, a.a.O.

im Krankheitsfall zu gewährleisten. So haben bereits einzelne Bundesstaaten ihren regulativen Zugriff auf den HMO-Markt gestärkt, da die Häufung von Konkursen Maßnahmen für den Verbraucherschutz erforderlich werden ließen.¹¹⁸ Weitere begünstigende Faktoren für die Rückkehr zu einer regulativen Gesundheitspolitik und damit zur Reaktivierung des Akteurs Staat bestehen in den wachsenden regionalen Versorgungsdisparitäten und - von politisch erstrangiger Bedeutung - der Verschlechterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für ganze Bevölkerungsschichten, vor allem für sozial Schwache und Alte.¹¹⁹

Drittens schließlich sind Auswirkungen auf die Akteurskonstellation des gesundheitspolitischen Netzwerkes zu beobachten. Daß die Homogenität der Interessenvertretung der Krankenhäuser durch die Existenz der FAHS geschwächt worden ist, wurde bereits in Kapitel 4.2.2 angesprochen. Dies beruht auf dem Umstand, daß kommerzielle Krankenhäuser mitunter einen gesundheitspolitisch gänzlich anderen Kurs als die AHA steuern, die zudem die Interessen unterschiedlicher Krankenhaustypen repräsentieren muß. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind die Folgen der Kommerzialisierung auch für die professionelle Autonomie der Ärzteschaft. Dieser Akteur gerät nämlich von zwei Seiten unter wachsenden Druck. Zum einen ist es die Ärzteschwemme, die Widerspruchs- und Abwanderungsmöglichkeiten reduziert, zum anderen unterliegen Ärzte - nicht mehr nur in kommerziellen - Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen einer an den Kriterien der Gewinnmaximierung ausgerichteten Überprüfung ihres klinischen Ordnungsverhaltens durch die Verwaltung.¹²⁰ Damit, so scheint es, verliert die medizinische Profession ihre einheitliche Organisationsgrundlage, denn anstelle kollektiven Widerspruchs ist eine Interessendifferenzierung nach Facharztgruppen oder Beschäftigungsverhältnis zu beobachten, die auch die politische Durchsetzungskraft der AMA geschwächt hat (vgl. Kapitel 7.4.2).

118 Vgl. Lynn Wagner, *States Exerting More Control Over HMOs*, in: *Modern Healthcare* vom 5.2.1988, S. 22; *Wall Street Journal* vom 11.8.1988, *HMO Regulation Gets Tougher as States Grapple with Health-Plan Red Ink*.

119 Vgl. Mark Schlesinger, *Paying the Price: Medical Care, Minorities and the Newly Competitive Health Care System*, in: *Milbank Quarterly*, 65, Supplement 2 (1987).

120 Siehe hierzu mehrere Aufsätze im Supplement 2, »The Changing Character of the Medical Profession«, der Zeitschrift *Milbank Quarterly*, 66 (1988).

7.3.2 »Prudent Buyers«: Arbeitgeber als neuer Akteur

Die zweite Facette der »Social Transformation of American Medicine«¹²¹ besteht in der seit Ende der siebziger Jahre stattfindenden Aktivierung der Arbeitgeber in der Gesundheitspolitik. Völlig inaktiv waren die Unternehmen natürlich zu keinem Zeitpunkt, und bei wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen vertraten sie auch häufig einen klar definierten Standpunkt.¹²² Insgesamt erschienen die Arbeitgeber als kollektiver Akteur aber nur sporadisch auf der politischen Bühne, so daß sie nicht als Element des gesundheitspolitischen Netzwerkes betrachtet werden konnten. Dies hat sich seit der »purchaser revolution«¹²³ der achtziger Jahre grundlegend geändert. Auslöser des neuerwachten Interesses waren der im Verlauf der siebziger Jahre rasch ansteigende Arbeitgeberanteil an den privaten Gesundheitsausgaben, der allein zwischen 1975 und 1980 von 33,4 auf 41,7 Prozent emporschnellte.¹²⁴ Wie sich an Tabelle 7.5 ablesen läßt, hat die Ausdehnung des Arbeitgeberanteils an den Gesundheitsausgaben zwar auch in den fünfziger und sechziger Jahren schon in großem Umfang stattgefunden, aber die Wahrnehmung dieser Kostenbelastung vollzog sich erst gegen Ende der siebziger Jahre. Während dieses Zeitraums erschienen in der Presse erstmals Zahlen über den Umfang von arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherungsleistungen, die aber in den meisten Fällen auf falschen Berechnungsgrundlagen fußten, zum Beispiel die von General Motors verbreitete Angabe, daß im Kaufpreis von 5 000 Dollar für einen Ford-PKW allein 2 000 Dollar an Gesundheitsausgaben beinhaltet seien.¹²⁵

121 Starr, *The Social Transformation*, a.a.O.

122 Vgl. Theodore R. Marmor, *The Politics of Medical Care*, Chicago: Aldine 1973, S. 24.

123 Eileen J. Tell, Marilyn Falik und Peter D. Fox, *Private-sector Health Initiatives: A Comparative Perspective from Four Communities*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health & Society*, 62 (1984), S. 357.

124 Vgl. Wilmer L. Kerns, *Private Social Welfare Expenditures 1972 - 85*, in: *Social Security Bulletin*, 51 (1988/August), S. 5.

125 Vgl. Harvey M. Sapolsky u.a., *Corporate Attitudes toward Health Care Costs*, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health & Society*, 59 (1981), S. 562.

Tabelle 7.5 Finanzierunganteile der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern, Beschäftigten und Staat 1950 - 1986

Year	Billions of dollars; percent of GMP			
	Employers	Employees	State	Total
1950	0.7 5.5%	8.6 67.8%	3.4 26.7%	12.7 100.0%
1960	3.4 12.6%	16.9 62.8%	6.6 24.6%	26.9 100.0%
1970	14.4 19.2%	32.8 43.7%	27.8 37.1%	75.0 100.0%
1980	61.4 24.7%	80.7 32.5%	105.9 42.8%	248.0 100.0%
1981	74.8 26.2%	89.4 31.3%	121.6 42.5%	285.8 100.0%
1982	86.3 26.8%	100.1 31.0%	135.9 42.2%	322.3 100.0%
1983	100.5 28.3%	106.1 29.8%	148.8 41.9%	355.4 100.0%
1984	109.6 28.1%	121.8 31.1%	159.7 40.8%	391.1 100.1%
1985	113.0 26.8%	133.6 31.6%	176.0 41.6%	422.6 100.0%
1986	122.9 26.9%	145.6 31.7%	189.7 41.4%	458.2 100.0%

Quelle: Clifford L. Staples, *The Politics of Employment-Based Insurance in the United States*, in: *International Journal of Health Services*, 19 (1989), S. 425.

a) Hintergründe

Der Umstand, daß sogar Amerikas Super-Manager Lee Iacocca dem Thema Gesundheitskosten eine Anekdote in seinem Bestseller »Mein amerikanischer Traum«¹²⁶ gewidmet hat, kann als Hinweis für die intensive Wahrnehmung dieses Problems selbst in den Führungsspitzen amerikanischer Großkonzerne gesehen werden. Iacocca beschreibt am Beispiel eines mehrwöchigen Krankenhausaufenthalts seiner mitversicherten Ehefrau die vermeintlich überdimensionierte betriebliche Krankenversiche-

126 Vgl. Lee Iacocca, *Eine amerikanische Karriere*, Berlin: Ullstein 1987, S. 377 f.

zung des Automobilkonzerns Chrysler. Von der Krankenhausrechnung in Höhe von 20 000 Dollar mußten die Iacoccas ganze 12,50 Dollar an Selbstbeteiligung aufwenden - und dabei handelte es sich um die Miete für den am Krankenbett aufgestellten Farbfernseher. Was Iacocca als Beispiel für den überdimensionierten betrieblichen Krankenversicherungsschutz verstanden wissen wollte, ist zwar alles andere als repräsentativ für den durchschnittlichen amerikanischen Arbeitnehmer. Denn eine umfassende betriebliche Gesundheitsversorgung ohne Selbstbeteiligung (»first dollar-coverage«) besteht zumeist nur in gewerkschaftlich hoch organisierten Industriezweigen. Aber unabhängig von der inhaltlichen Richtigkeit signalisieren derartige Daten und Darstellungen, daß die betrieblichen Gesundheitsausgaben speziell von der Großindustrie als zunehmend problematisch betrachtet wurden.¹²⁷

Bereits während der Initialphase des Arbeitgeber-Engagements im Gesundheitssektor wurden aber auch Zweifel an der Mobilisierungswirkung der Kostenentwicklung geäußert¹²⁸, die bis heute anhalten.¹²⁹ Auf diese Einwände muß kurz eingegangen werden, da sie der hier vertretenen These von der gesundheitspolitischen Aktivierung der Arbeitgeber entgegenstehen. Im Fall der Umfrage von Sapolsky u.a. läßt sich festhalten, daß die Erhebung, die hinsichtlich der Gesundheitskosten eine weitgehende Indifferenz der Betriebe ergab, zu einem frühen Zeitpunkt stattfand (1980), an dem das Bewußtsein für dieses Problem tatsächlich noch wenig entwickelt war. Wie die nachfolgende Darstellung gesundheitspolitischer Aktivitäten der Arbeitgeber zeigen wird, hat sich die Problemwahrnehmung seither allerdings erheblich verändert. Ein anderer Einwand bezieht sich darauf, daß betriebliche Gruppenversicherungen eine massive Steuersubvention genießen, die es verhindert, daß ein ausgeprägtes Kostenbewußtsein entsteht.¹³⁰ Diesem Argument kann entgegengehalten wer-

127 Vgl. Linda Demkovich, Controlling Costs at General Motors, in: Health Affairs, 5:3 (1986).

128 So etwa Sapolsky u.a., Corporate Attitudes, a.a.O.

129 Vgl. Gail Jensen, Michael A. Morrissey und John W. Markus, Cost Sharing and the Changing Pattern of Employer-sponsored Health Benefits, in: Milbank Quarterly, 65 (1987), S. 521 ff.

130 Die Versicherungsprämien werden bei den Arbeitnehmern nicht dem zu versteuernden Bruttoeinkommen zugerechnet, während die Arbeitgeber diese Ausgaben sogar als Geschäftskosten steuermindernd absetzen können. Vgl. zu dieser Problematik Sean Sullivan und Rosemary Gibson, Tax-Related Issues in Health Care Market Reform, in: Jack A. Meyer (Hrsg.), Market Reforms in Health Care, Washington, DC: 1983, S. 185 ff.

den, daß erstens der Umfang betrieblicher Abschreibungen von der Ertragslage der Unternehmen abhängig ist und die Kosten der Versicherungsprämien daher bei Umsatzrückgängen oder einer allgemeinen volkswirtschaftlichen Wachstumsschwäche deutlich spürbar werden. Wie Joseph Califano, der 1981 von Lee Iacocca in den Chrysler-Vorstand berufen wurde, um dort für die Rationalisierung des medizinischen Versorgungsprogramms zu sorgen, rückblickend ausführte, setzte eine Kombination von hohen Inflationsraten, rapide steigenden Erdölpreisen und der schweren Wirtschaftsrezession gegen Ende der siebziger Jahre die »smokestack industries« erheblich unter Druck und leitete den Blick auf die Sparpotentiale der betrieblichen Sozialleistungen.¹³¹ Zweitens ist eine Unterscheidung zwischen Großindustrie und kleinen Unternehmen erforderlich. Zum einen werden in kleineren Betrieben meist weniger Sozialleistungen geboten, zum anderen sind viele betriebliche Kostendämpfungstechniken größenabhängig und können bei kleinen Beschäftigtenzahlen kaum angewandt werden, so daß auch das Interesse an einer betrieblichen Kostendämpfung gering bleibt. Großunternehmen wie Chrysler mit einem Gesundheitsetat von rund 400 Millionen im Jahr 1984¹³² müssen diesem Budgetposten eher Aufmerksamkeit schenken, zumal viele Sparstrategien (siehe unten) möglich sind.

Außer der Kostenexplosion im privaten Gesundheitssektor haben bei der Mobilisierung der Arbeitgeberseite zwei weitere, scheinbar gegensätzliche Faktoren eine Rolle gespielt: die Regulierung während der siebziger Jahre und die Deregulierung zu Beginn der achtziger Jahre. Die siebziger Jahre stellten in der Wahrnehmung der amerikanischen Geschäftswelt ein Jahrzehnt permanenter Rückschläge dar. Die zahlreichen Regulierungsgesetze, die als Reaktion auf die politische Mobilisierung der Konsumentenschutzbewegung verabschiedet wurden, bedeuteten teilweise massive Einschränkungen der unternehmerischen Prärogative im Bereich des Umweltschutzes (Clean Air Act Amendments, Federal Water Pollution Control Act, Noise Pollution and Control Act), des betrieblichen Arbeitsschutzes (Occupational Safety and Health Act), der Konsumentensicherheit (Consumer Product Safety Act) usw.¹³³ Das traditionell anti-etatisti-

131 Vgl. Joseph A. Califano, *America's Health Care Revolution. Who Lives? Who Dies? Who Pays?* New York: Random House 1986, S. 15.

132 Ebd., S. 25.

133 Vgl. David Vogel, *The Power of Business in America: A Re-appraisal*, in: *British Journal of Political Science*, 13 (1983), S. 24 ff.; Richard A. Harris, *A Decade of Reform*, in: ders. und Sidney M. Milkis (Hrsg.), *Remaking American Politics*, Boulder, CO: Westview Press 1989.

sche, gegen jegliche staatliche Interventionen gerichtete Selbstverständnis der Geschäftswelt¹³⁴ erfuhr so eine politische Intensivierung, und es kann daher kaum verwundern, daß die Arbeitgeberseite zu den vehementesten Befürwortern des Reagan'schen Deregulierungsprogramms zu rechnen war. Auf der anderen Seite gehörten Arbeitgeberorganisationen wie die WBGH zu den exponiertesten Befürwortern der Gesundheitsplanung und der PSROs und traten sogar als Gegner einer Deregulierung im Gesundheitssektor auf. Offenbar war den Unternehmen ein schlecht reguliertes Gesundheitswesen lieber als ein vollends von Marktkräften beherrschtes, dessen Kostendynamik noch schwerer in den Griff zu bekommen ist. Die Deregulierung trug insofern zur gesundheitspolitischen Mobilisierung der Arbeitgeber bei, als die WBGH und zahllose Einzelunternehmen nach dem Wegfall des von staatlicher Seite finanzierten Regulierungsinstrumentariums bemüht waren, funktionale Äquivalente für die Kostendämpfung zu schaffen.

b) Strategien der Arbeitgeber

Bei den Aktivitäten der Unternehmen können vier strategische Varianten unterschieden werden.¹³⁵

- (1) Die ordnungspolitisch geringsten Auswirkungen sind vom »benefit redesign« zu erwarten, das in erster Linie aus der Anhebung der Selbstbeteiligung, der Einschränkung von betrieblichen Versorgungsleistungen oder dem Angebot verschiedener Versicherungsoptionen besteht, die im Versorgungsumfang von der relativ teuren »full coverage« bis zu entsprechend billigen Minimalpaketen reichen. Diese Maßnahmen, die in erster Linie in der Kostenabwälzung auf die Beschäftigten

134 Siehe dazu allgemein David Vogel, *Why Businessmen Distrust Their State: The Political Consciousness of American Corporate Executives*, in: *British Journal of Political Science*, 8 (1978).

135 Den nachfolgenden Ausführungen liegen unter anderem zugrunde: Marian Döhler, *Marktreform als Krisenregulierungsstrategie im Gesundheitssystem der USA*, Diplomarbeit, Universität Konstanz 1984, S. 91 ff.; Regina E. Herzlinger und Jeffrey Schwartz, *How Companies Tackle Health Care Costs*, Teil I und II, in: *Harvard Business Review*, (1985); Nancy S. Bagby und Sean Sullivan, *Buying Smart. Business Strategies for Managing Health Care Costs*, Washington, DC: AEI 1986; Myron D. Fottler, *A Comprehensive Incentive Approach to Employee Health Care Cost Containment*, in: *California Management Review*, 29 (1986); Frank B. McArdle (Hrsg.), *The Changing Health Care Market*, Washington, DC: Employee Benefit Research Institute 1987.

bestanden, müssen auch im Zusammenhang mit der gewerkschaftsfeindlichen Haltung der Reagan-Administration gesehen werden, die ihren spektakulärsten Ausdruck in der Zerschlagung der Fluglotsengewerkschaft im Jahr 1982 fand. Damit waren politische Rahmenbedingungen geschaffen, die in einem mehrere Jahre andauernden »concession bargaining« mündeten, bei dem sich die Zugeständnisse der Gewerkschaften auch auf den Abbau betrieblicher Sozialleistungen erstreckten.

- (2) Eine für die Struktur der Gesundheitsversorgung wesentlich folgenreichere Strategie besteht im Umbau bzw. der Straffung jener finanziellen und organisatorischen Arrangements, mit deren Hilfe die betriebliche Gesundheitsversorgung abgewickelt werden. Hierzu zählen Datenanalysen, die häufig der Kontrolle der Inanspruchnahme (»utilization review«) oder der verordneten Leistungen dienen, sowie Zweitgutachten über die medizinische Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen und operativen Eingriffen (»second opinion«). Diese Kontrollen werden entweder von privaten »peer review firms« oder den schon erwähnten PROs durchgeführt. Ein amerikanischer Beobachter hat zu den intensivierten Leistungskontrollen festgestellt: »Since the creation of Peer Review Organizations (. . .), the regulation of physician behaviour in the United States is surely stronger than any emerging European equivalent (. . .)«.¹³⁶

Nicht minder folgenreich für die Anbietermacht von Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungsindustrie sind die zahllosen neuen Varianten der Vertragsgestaltung. Die Unternehmen können beispielsweise den Zugang ihrer Belegschaft auf sogenannte »preferred providers« eingrenzen.¹³⁷ Dabei werden entweder Versorgungsverträge mit bereits bestehenden Preferred Provider Organizations (PPOs) abgeschlossen, oder es werden via »direct contracting« einzelne Krankenhäuser und Ärzte, die reduzierte Gebühren, Rabatte oder festgelegte Budgets akzeptieren müssen, unter Vertrag genommen. Da die »nicht gewünschten« Anbieter von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden, tragen derartige Regelungen, besonders wenn sie

136 Victor G. Rodwin, *American Exceptionalism in the Health Sector: Advantages of »Backwardness« in Learning from Abroad*, in: *Medical Care Review*, 44 (1987), S. 131. Näheres bei Joseph B. Stamm, *Private Utilization Review and Quality Assurance*, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 63 (1987).

137 Vgl. Jon Gabel u.a., *The Emergence and Future of PPOs*, in: *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 11 (1986).

von Großunternehmen mit zehntausenden von Beschäftigten, also potentiellen Patienten, eingesetzt werden, zu einer Konkurrenzverschärfung auf der Anbieterseite bei. Hierüber ist es bereits mehrfach zu erbitterten Auseinandersetzungen gekommen, so 1983 in Kalifornien, als der California Council of Employer Health Care Coalitions gegen den massiven Widerstand der California Medical Association verhinderte, daß das gesetzlich verbriefte Recht der Unternehmen, mit PPOs Versorgungsverträge abzuschließen, aufgehoben wurde.¹³⁸

Eine weitere Variante ist die »self insurance«, mit deren Hilfe die Unternehmen die Einschaltung von kommerziellen oder gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften umgehen können. Dabei übernimmt der Betrieb das Versicherungsrisiko und spart so den administrativen Aufwand bzw. die Gewinnmargen der Versicherungsgesellschaften. Laut einer Erhebung aus dem Jahr 1986 haben sich bereits über 50 Prozent der Unternehmen, die ihren Beschäftigten eine Krankenversicherung offerieren, diese Regelung zunutze gemacht.¹³⁹ Auch diese Versicherungsvariante hat den Konkurrenzdruck im Gesundheitssektor verschärft.

Schließlich haben viele Unternehmen der Großindustrie durch den Aufbau eigener Versorgungssysteme den »externen« Markt für Gesundheitsleistungen vollständig ausgeschaltet. So gibt es mittlerweile Unternehmen, die über eigene HMOs oder »in-house medical programs« verfügen.¹⁴⁰ Es versteht sich durchaus nicht von selbst, daß den Unternehmen diese Handlungsmöglichkeit offen steht. Denn außer der Umgehung des Anbietermarktes werden auch die Grenzen zwischen betriebsärztlicher und allgemeiner Gesundheitsversorgung aufgelöst. Vergewenwärtigt man sich, daß in der Bundesrepublik und Großbritannien der betriebliche Arbeitsschutz und die allgemeine Gesundheitsversorgung rechtlich, finanziell und organisatorisch klar voneinander getrennt sind¹⁴¹ und in der Bundesrepublik zusätzlich

138 Vgl. Demkovich, Business Drive to Curb Medical Costs, a.a.O., S. 1510.

139 Vgl. Jensen, Morrisey und Markus, Cost Sharing, a.a.O., S. 533 ff.

140 Vgl. Diana Chapman Walsh und Eileen J. Tell, In-House Medical Programs, in: Synthesis of Private Sector Health Care Initiatives, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health Human Services, Washington, DC 1984.

141 Vgl. für Großbritannien Fritz Böhle und Hanna Kaplonek, Interessenvertretung am Arbeitsplatz und Reformen im Gesundheitsschutz. Das Beispiel Großbritannien, Frankfurt/M. - New York: Campus 1980, und für die Bundesrepublik Adrienne Windhoff-Héritier, Politikimplementation. Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen, Königstein/Ts.: Athenäum 1980.

das Versorgungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen einen Vorstoß der Arbeitgeber auf das Territorium der medizinischen Versorgung als kaum vorstellbar erscheinen läßt, dann wird deutlich, daß es der - ehemals auch in den USA existenten - Trennung zwischen allgemeiner und betrieblicher Gesundheitsversorgung an einer entsprechend widerstandsfähigen institutionellen Befestigung gemangelt hat. Diese mangelnde Sektoralisierung ist ein generelles Charakteristikum des gesundheitspolitischen Netzwerkes, dessen Bedeutung vor allem darin zu sehen ist, daß externen Akteuren der »Zutritt« erheblich erleichtert wird.

- (3) Ein drittes Handlungsmuster wird von den Business bzw. Health Care Coalitions repräsentiert. Einer Definition der AHA folgend handelt es sich hierbei um »a voluntary alliance of discrete interests sharing the principle objective of improving health care cost effectiveness in a community.«¹⁴² Die Coalitions setzen sich in erster Linie aus Unternehmen zusammen, häufig gehören aber auch Vertreter der organisierten Ärzteschaft, der Krankenhäuser, der Versicherungsindustrie und der Gewerkschaften zu den Mitgliedern. Rund ein Drittel der 200 Coalitions, die seit Ende der siebziger Jahre häufig auf Initiative der lokalen Handelskammern gegründet wurden, lassen nur Unternehmen als Mitglieder zu (»business only«). Darin kommt eines der wesentlichen Gründungsmotive der Coalition-Bewegung zum Ausdruck, nämlich »to break business away from the providers.«¹⁴³

Die Business Coalitions werden von der Arbeitgeberseite als »institutional response to the growing awareness of the need for collective action«¹⁴⁴ betrachtet, deren Ziel darin besteht, die Handlungsfähigkeit der Unternehmen auf der lokalen und regionalen Ebene gegenüber der Anbieterseite zu stärken. Daß auch Vertreter der Leistungsanbieter zu den Mitgliedern gehören, verdankt sich zwei unterschiedlichen Kalkülen: Während die Arbeitgeberseite auf einen Kooptationeffekt spekuliert, versuchen Ärzte und Krankenhäuser die für sie negativen

142 Zitiert nach Döhler, Marktreform als Krisenregulierungsstrategie, a.a.O., S. 89. Näheres zu den Coalitions in ebd., S. 95-120.

143 So Willis Goldbeck zitiert nach Linda A. Bergtold, Business and the Pushcart Vendors in an Age of Supermarkets, in: International Journal of Health Services, 17 (1987), S. 11.

144 Willis B. Goldbeck, Health Care Coalitions, in: Synthesis of Private Sector Health Care Initiatives, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health Human Services, Washington, DC 1984, S. V.1.

Effekte durch eine organisatorische Kolonisierung zu minimieren. Die Aktivitäten der Coalitions weisen zwei Schwerpunkte auf. Zum einen geht es um die Bereitstellung von Beratungskapazitäten und Organisationshilfen für einzelne Unternehmen bei der Analyse von gesundheitsbezogenen Daten, dem benefit redesign, dem Abschluß von alternativen Versicherungs- und Versorgungsverträgen sowie dem Aufbau von betriebseigenen Versorgungssystemen.

Zum anderen zielen die Coalitions auf eine unternehmensgesteuerte Restrukturierung des Gesundheitssektors, also eine Verschiebung der Kräfteverhältnisse zugunsten der »corporate rationalizers«. Dieses Bemühen zeigt sich bei der Besetzung von strategisch bedeutsamen Positionen wie der Übernahme von HSAs, die für Coalitions aus einem bestimmten Grund von großer Bedeutung sind: »they were the repository of vitally needed data about the local health care system.«¹⁴⁵ Die Verfügung über diesen Datenpool versetzt die Unternehmen in die Lage, auf der Grundlage präziser Informationen über die Angebotsstruktur, die Versorgungsdichte, die Krankenhausverweildauer, das Inanspruchnahmeverhalten, den monetären Ressourcenfluß usw. Effizienzängel festzustellen und daraus neue Kostendämpfungsstrategien zu entwickeln. Darüber hinaus erlaubt die Übernahme von HSAs in denjenigen Staaten, die ihre CON-Gesetze nicht widerrufen haben, die Fortsetzung regulativer Steuerungstechniken durch Private. Die so gewonnenen Handlungsspielräume sind beachtlich: »Coalitions have been instrumental in stopping the construction of new hospitals, killing legislation that would increase medical cost, salvaging state laws that permit PPOs« u.ä.m.¹⁴⁶

Ein weiteres Handlungsfeld der Coalitions besteht in der aktiven Einflußnahme auf den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß auf der Ebene der Einzelstaaten. Deren gewachsenes Interesse an der Kostendämpfung kann daran abgelesen werden, daß zwischen 1982 und 1985 nicht weniger als 33 Einzelstaaten entsprechende Kommissionen und Initiativen ins Leben gerufen haben. In einer Reihe von Bundesstaaten wie Arizona, Ohio¹⁴⁷, Massachusetts und Kalifornien

145 Ebd., S. V.7.

146 Patricia Dempster, *Managing Employers Costs through Market Influence*, in: Frank B. McArdle (Hrsg.), *The Changing Health Care Market*, Washington, DC: Employee Benefit Research Institute 1987, S. 113 f.

147 Vgl. Döhler, *Marktreform als Krisenregulierungsstrategie*, a.a.O., S. 112; 115.

nien¹⁴⁸ ist es den Arbeitgebern bereits gelungen, den Gesetzgebungsprozeß zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Das Ziel war dabei entweder die Schaffung bzw. Stabilisierung rechtlicher Rahmenbedingungen, die die Nutzung alternativer Versicherungsmodelle, zum Beispiel PPOs und HMOs, durch die Arbeitgeber sichern sollte, oder die Verabschiedung von Regulierungsgesetzen, die zumeist die Einschränkung von Investitionen im Krankenhaussektor sowie die Begrenzung von Pflegesätzen zum Gegenstand haben. Diese Beispiele machen deutlich, daß die Coalitions weniger auf eine marktförmige Reorganisation des Gesundheitssektors hinarbeiten, als vielmehr ihr eigenes durchaus regulatives Steuerungsinstrumentarium ausbauen wollen. Dieser Umstand ist insofern bemerkenswert, als die Coalitions in den frühen achtziger Jahren als Beleg für die Reaktivierung des konkurrenzorientierten privaten Sektors gewertet wurden, der ein Gegenstück zur staatlichen Regulierung darzustellen schien.

- (4) Am Beispiel der vierten Strategievariante der Arbeitgeber - der Beeinflussung des bundesstaatlichen Entscheidungsprozesses - läßt sich die Differenz zwischen Rhetorik und Realität verdeutlichen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die gesundheitspolitische Aktivierung in Washington nicht auf die Gründung der WBGH beschränkt blieb. Spezielle Abteilungen und Arbeitsgruppen wurden auch von der American Chamber of Commerce und dem Conference Board eingerichtet;¹⁴⁹ ein Umstand, der nicht nur die Schwierigkeiten der Unternehmen zur Formulierung eines einheitlichen Interesses in der Gesundheitspolitik dokumentiert¹⁵⁰, sondern auch die These vom raschen Wachstum der Akteure im Netzwerk stützt. Interessant ist nun, daß die ursprünglich vorherrschende Meinung, die Wahl Reagans zum Präsidenten sei das Beste, was der Geschäftswelt passieren konnte, einer weitaus nüchterneren Einschätzung gewichen ist. Die Reagan-Administration, so die Bewertung von Willis Goldbeck, »has been more of a problem than a help.«¹⁵¹ Ausschlaggebend hierfür waren

148 Vgl. Bergtold, *Purchasing Power*, a.a.O.

149 Vgl. Bergtold, *Business and the Pushcard Vendors*, a.a.O., S. 8 ff.; Demkovich, *Business Drive to Curb Medical Costs*, a.a.O., S. 1508.

150 Die organisatorische Fragmentierung ist ein allgemeines Merkmal amerikanischer Arbeitgeberverbände. Vgl. dazu allgemein Vogel, *The Power of Business*, a.a.O. und Graham K. Wilson, *Interest Groups in the United States*, Oxford: Clarendon Press 1981.

151 Zitiert nach Demkovich, *Business Drive to Curb Medical Costs*, a.a.O., S. 1512.

vor allem die bereits erwähnten Meinungsverschiedenheiten bei der Besteuerung der Unternehmerbeiträge zur Krankenversicherung ihrer Beschäftigten.

c) Fazit

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß die Mobilisierung der Arbeitgeberseite als neuer Akteur einen beachtlichen Beitrag zur Verschiebung der Kräfteverhältnisse innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes geleistet hat, wenngleich die ordnungspolitischen Folgen ausgesprochen ambivalent geblieben sind. Auf der bundesstaatlichen Ebene ist in Gestalt der WBGH ein neuer Akteur hinzugetreten, der speziell die Interessen der Großindustrie wahrnimmt. Die politische Durchsetzungsfähigkeit variiert dabei. Während die WBGH sich bei der Deregulierung der Gesundheitsplanung nicht durchsetzen konnte, ist andererseits bekannt, daß die Arbeitgeberorganisationen mehrfach Gesetzentwürfe blockierten, die eine Reform der Besteuerung von Versicherungsprämien beinhalteten. Erfolgreich waren die Arbeitgeber auch bei der Honorarreform für Medicare-Krankenhausaufenthalte, auf die anschließend näher eingegangen wird. Der Anstoß zu diesem Gesetz ging allerdings von der HCFA aus. Die wechselhaften Erfolge der Arbeitgeber deuten an, daß allein die politische Mobilisierung dieses Akteurs noch nicht als Indikator dafür gewertet werden darf, daß marktorientierte Reformen nun bessere Durchsetzungschancen erhalten würden. Denn die Interessenlage der Arbeitgeber ist in vielen Fällen zu ambivalent, als daß eine eindeutige Marktpräferenz unterstellt werden könnte. Die mit der Mobilisierung der Arbeitgeber verbundene Veränderung der Netzwerkstruktur muß analytisch von staatlich veranlaßten ordnungspolitischen Umbrüchen, nach denen hier ja gefragt wird, unterschieden werden.

Dies gilt auch für ihren Einfluß auf die governance-Struktur, die sich nur schwer in den Kategorien von mehr oder weniger Markt fassen läßt. Einerseits geht von den Rationalisierungsbestrebungen der Unternehmen und der Business Coalitions ein verstärkter Konkurrenzdruck auf die Anbieterseite aus, der unter anderem die Entstehung von konkurrierenden HMOs und PPOs begünstigt, andererseits sind Techniken wie die Integration der Gesundheitsversorgung in die betriebliche Organisationshierarchie, die private Fortführung der staatlichen Gesundheitsplanung oder die intensiviere Kontrolle des ärztlichen Verhaltens nicht unbedingt markt-

oder wettbewerbsorientiert. Klar ist hingegen, daß dadurch die Anbietermacht, insbesondere die der medizinischen Profession, beschnitten wird. Das gilt nicht nur für die Kontrolle von Honoraren. In dem Maße, in dem die medizinische Profession ihre dezentrale ökonomische Entscheidungshoheit verliert und damit die Zahl der im Konfliktfall verwertbaren »exit«-Optionen reduziert sind, leidet auch ihre zentrale politische Durchsetzungsfähigkeit. Und dazu haben die Arbeitgeber einen nicht zu unterschätzenden Beitrag geleistet.

Die offenkundigen Parallelen zwischen der Entstehung des neuen medizinisch-industriellen Komplexes und der Aktivierung der Arbeitgeber, die in der amerikanischen Literatur zunehmend unter dem doppeldeutigen Begriff der »corporatization«¹⁵² behandelt werden, legen es nahe, beide Entwicklungsprozesse abschließend noch einmal gemeinsam zu betrachten. Hervorhebenswert ist zunächst, daß beide Prozesse zu wesentlichen Triebfedern der Restrukturierung des amerikanischen Gesundheitssektors gerechnet werden müssen, deren Einfluß auf die Gesundheitspolitik einen mindestens ebenso großen Stellenwert besitzt wie die Maßnahmen der Reagan-Administration. Die Feststellung, »there is currently a dynamism in the health care sector in the United States, which has no parallel in either Western Europe or Canada«¹⁵³, gilt einem Transformationsprozeß, der in dieser Radikalität außerhalb der USA kaum vorstellbar ist, da eine ähnlich gravierende Veränderung von Anreizen für einzelne Akteure, wie sie durch die Umbrüche der governance-Struktur verursacht worden ist, andernorts durch höhere Grade der Netzwerkverflechtung, der Akteursinterdependenz und der institutionellen Einbettung in politische oder soziale Friedensschlüsse - als die sowohl die Einführung der GKV als auch des NHS gesehen werden können - wenn nicht ausgeschlossen, so doch zumindest sehr unwahrscheinlich sind.

Der strukturelle Umbau der Gesundheitsversorgung in den USA kommt zweifellos dem Schumpeterianischen »process of creative destruction« sehr nahe. Der zunehmende ökonomische und politische Druck auf die Anbieterseite verursacht vielfältige Anpassungsreaktion und Innovationen, wie zum Beispiel die horizontale und vertikale Integration im Krankenhaussektor oder die Einbindung von Ärzten in HMOs, PPOs,

152 Vgl. J. Warren Salmon, *The Medical Profession and the Corporatization of the Health Sector*, in: *Theoretical Medicine*, 8 (1987); John B. McKinley und John D. Stoeckle, *Corporatization and the Transformation of Doctoring*, in: *International Journal of Health Services*, 18 (1988).

153 Rodwin, *American Exceptionalism in the Health Sector*, a.a.O., S. 147.

IPAs usw. Diese neuen Strukturen treten an die Stelle niedergehender Organisationsmodelle wie dem autonomen Krankenhaus oder dem niedergelassenen Arzt in der Einzelpraxis. Es liegt auf der Hand, daß es dadurch auch zu Machtverschiebungen innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes gekommen ist. Die traditionellen Anbieter medizinischer Dienstleistungen haben an politischem Einfluß verloren, weil ihre Fähigkeit zum Kooperationsentzug auf der Ebene der Dienstleistungsproduktion, also ihre ehemals stärkste Waffe, durch veränderte Hierarchiemuster und Kontrollstrukturen spürbar gesunken ist. Wenn die Destabilisierung des Netzwerkes durch neue Akteure wie die FAHS und die WBGH im vorliegenden Fall nicht umstandslos mit größeren Realisierungschancen für ein Marktreformgesetz gleichgesetzt werden kann, dann deshalb, weil die neuen Akteure keine potentiellen Koalitionäre für diese Strategie darstellen.

7.4 Die zweite Phase 1983 - 1988: Die Rückkehr zur regulativen Politik

Auf der Ebene der politischen Entscheidungsfindung bot die amerikanische Gesundheitspolitik zu Beginn der achtziger Jahre ein einigermaßen verwirrendes Bild. Einerseits haben die Kongreßreformen der siebziger Jahre zu einer Dezentralisierung des parlamentarischen Entscheidungsprozesses beigetragen, die mit verbesserten Zugangsmöglichkeiten organisierter Interessen verbunden waren. Auch die Zahl der im gesundheitspolitischen Netzwerk aktiven Verbände ist stark angewachsen. Dieser Eindruck spricht für eine wachsende strukturelle und prozessuale Fragmentierung. Andererseits können aber auch entgegengesetzte Entwicklungstendenzen ausgemacht werden.¹⁵⁴ So hat die Anwendung der reconciliation procedure das genaue Gegenteil einer Dezentralisierung bewirkt: der Entscheidungsprozeß wurde auf die Haushaltsausschüsse konzentriert, der Zugang für Interessengruppen erschwert und die Zahl der Akteure verringert. Nimmt man die Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen im OMB hinzu, dann könnte sich der Eindruck aufdrängen, daß die Durchsetzungsfähigkeit organisierter Interessen insgesamt im Sinken begriffen ist, während die staatliche Interventionsfähigkeit - bedingt durch

154 Vgl. Beth Fuchs und John F. Hoadley, Reflections from Inside the Beltway: How Congress and the President Grapple with Health Policy, in: Political Science, 20 (1987), S. 218 ff.; David Nexon, The Politics of Congressional Health Policy in the Second Half of the 1980s, in: Medical Care Review, 44 (1987).

gestiegene organisatorische Kohärenz der Entscheidungsinstanzen - zuge-
nommen hat.

Vordergründig lassen die Zentralisierung von Entscheidungskompe-
tenzen im OMB, die Politisierung der Washingtoner Verwaltung, die
haushaltspolitische Disziplinierung des Kongresses, der Aufstieg »korpora-
tiver« Akteure und die damit verknüpfte Verschärfung der Konkurrenz
im Gesundheitssektor zwar genau jene Voraussetzungen als gegeben er-
scheinen, die eine marktförmige Reorganisation ermöglichen, nämlich die
Stärkung staatlicher Interventionskompetenzen und die Destabilisierung
des gesundheitspolitischen Netzwerkes. Aber bereits die erwähnten Mei-
nungsverschiedenheiten zwischen Reagan-Administration und Unterneh-
men, die nicht selten widerspenstige Haltung des Kongresses und die trotz
gestiegener Fragmentierung kaum erhöhte Neigung der meisten Verbän-
de, sich den Unwägbarkeiten eines Marktreformgesetzes zu unterwerfen,
deuten eher auf ein komplexes ordnungspolitisches Gemisch mit ambiva-
lenten Ergebnissen hin.

Dem entspricht die gesundheitspolitische Bilanz der ersten Amtsperi-
ode der Reagan-Administration, in der der strategische Umschwung nach
den anfänglichen Erfolgen in der Realisierung von Kostenverlagerung,
Deregulierung und Dezentralisierung schon während des 98. Kongresses
(1983 - 1984) ins Stocken geriet. Und zwar nicht nur, weil eine legislative
Regelung, die die Anreizstrukturen für marktförmige Transaktionsmuster
im Gesundheitssektor hätte schaffen können, ausblieb und die massiven
strukturellen Veränderungen des Gesundheitssektors nur zu einem gerin-
gen Teil als Resultat politischer Aktivitäten der Reagan-Administration
gewertet werden können, sondern auch, weil sich die strategische Rich-
tung der staatlichen Gesundheitspolitik immer mehr vom Ziel »mehr
Markt und weniger Staat« entfernte. Den Einstieg zu dieser Entwicklung
bildete die Einführung der DRGs 1983.

7.4.1 Zwischen Konkurrenz und Regulierung: Die Steuerung der Krankenhauskosten durch DRGs

Die Verabschiedung einer neuen Honorierungsform für Krankenhausauf-
enthalte von Medicare-Patienten im Rahmen der Social Security Amend-
ments von 1983 (P.L. 98-21) stellt in den Augen vieler amerikanischer Be-
obachter die wichtigste und folgenreichste gesundheitspolitische Maßnah-

me der Reagan-Administration dar. Die Einführung der Diagnostic Related Groups (DRGs) - den diagnoseabhängigen Fallpauschalen - war in mehrerer Hinsicht ein ungewöhnliches Ereignis. Verblüffend war zunächst das rasante Tempo des Gesetzgebungsprozesses, der zwei Autoren zu der Bemerkung veranlaßte: »DRGs passed through Congress at the legislative equivalent of the speed of light.«¹⁵⁵ Die Ankündigung erfolgte im Dezember 1982, der Gesetzentwurf wurde im Januar 1983 in den Kongreß eingebracht, ohne große Debatte im März verabschiedet, von Präsident Reagan im April unterzeichnet und ab Oktober 1983 implementiert. Bemerkenswert ist dieser »legislative fast track«¹⁵⁶ nicht nur im Vergleich zum normalerweise langwierigen und komplizierten Gesetzgebungsverfahren, sondern auch deshalb, weil in kaum einem Kommentar der Hinweis auf den revolutionären Charakter der DRGs fehlt¹⁵⁷ und daher gerade mit einem zähen Ringen der beteiligten Akteure hätte gerechnet werden müssen. Dafür, daß eher das Gegenteil der Fall war, spricht jedoch ein breiter Konsens für das Gesetzgebungsvorhaben, was sich unter anderem daran ablesen läßt, daß die DRG-Honorarreform die einzige wichtige gesundheitspolitische Maßnahme der Reagan-Administration blieb, die nicht mit Hilfe der reconciliation procedure durch den Kongreß geschleust werden mußte.¹⁵⁸ Schließlich herrschte eine gewisse Verwirrung über den ordnungspolitischen Stellenwert des DRG-Gesetzes. Während zum Beispiel Lynn Etheredge die DRGs als marktformiges Steuerungsinstrument bezeichnete, das die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern verstärken würde¹⁵⁹, wurden die DRGs andererseits ebenso als regulatives Instrument betrachtet, dessen Anwendung mit einer signifikanten Erhöhung der staatlichen Interventionsmöglichkeiten im Gesundheitssektor verbunden ist.¹⁶⁰

155 James A. Morone und Andrew B. Dunham, Slouching Towards National Health Insurance: The New Health Care Politics, in: *Yale Journal on Regulation*, 2 (1985), S. 263.

156 Vgl. Beth Fuchs und John F. Hoadley, The Remaking of Medicare: Congressional Policymaking on the fast Track, paper presented at the annual meeting of the Southern Political Science Association, Savannah, Georgia, November 3, 1984.

157 So etwa Joel Menges, From Health Services Research to Federal Law: The Case of DRGs, in: Marion Ein Lewis (Hrsg.), *From Research into Policy. Improving the Link for Health Services*, Washington, DC: AEI 1986, S. 20.

158 Vgl. Nexon, *The Politics of Congressional Health Policy*, a.a.O., S. 74.

159 Vgl. Etheridge, *Reagan, Congress and Health Spending*, a.a.O., S. 20 f.

160 Vgl. Fuchs und Hoadley, *The Remaking of Medicare*, a.a.O., S. 17 f.; Bernhard J. Reilly und Robert W. Broyles, *The Re-Emergence of Regulatory Intervention*

a) Entstehung und Funktion von DRGs

Die Entstehung der DRGs - häufig auch als »prospective payment system« (PPS) bezeichnet - hängt eng mit der eigentümlichen Struktur des stationären Sektors in den USA zusammen, in dem durch die Dominanz des Belegbettenverfahrens das Krankenhaus in erster Linie die Funktion einer »verlängerten Werkbank« des niedergelassenen Arztes besitzt.¹⁶¹ Für die Krankenhausverwaltung ist in den USA der sogenannte »case-mix« eine entscheidende Größe für die Steuerung betriebsinterner Abläufe.¹⁶² Da die Zusammensetzung des Patientenguts auch als Entscheidungsgrundlage für die finanzielle Förderungswürdigkeit herangezogen wurde, entstand schon zu Beginn der sechziger Jahre ein reges Interesse an der Entwicklung einer administrativ handhabbaren Gruppenbildung des case-mix. Erforderlich war ein Klassifikationsschema, das - anders als der ICD-Schlüssel (Krankheitsarten nach der International Classification of Diseases) mit seinen weit über 7 000 Hauptdiagnosen - nur ein paar hundert Diagnosegruppen umfassen durfte. Erstmals wurde ein derartiges DRG-System 1975 an der Yale-Universität fertiggestellt und seitdem weiter verfeinert.

Das DRG-System setzt sich aus 23 diagnostischen Hauptkategorien zusammen, die wiederum aus (derzeit) 471 einzelnen Fallgruppen bestehen, die von der »komplikationslosen Neugeburt« (391), über den »Ober-schenkelbruch« (235), bis hin zur »Implantation eines permanenten Herz-schrittmachers bei akutem Myokard-Infarkt« (115) reichen.¹⁶³ Die Kostenberechnung erfolgt durch die Multiplikation des jeweiligen DRG-Gewichtungsfaktors mit einem standardisierten, nach Stadt und Land differenzierten Lohnkostenindex und einem aus der Zahl der Assistenzärzte berechneten Faktor für Ausbildungskosten. Die Honorierung erfolgt prospektiv, das heißt durch einen im vorhinein fixierten Betrag. Das so ge-

in American Health Policy, in: Hospital & Health Services Administration, 31 (1986); Alice Sardell und Harvey Catchen, Health Politics in the 1980s, in: Journal of Politics, 48 (1986); Michael D. Reagan, Regulation. The Politics of Policy, Boston: Little, Brown and Company 1987, S. 216 ff.

- 161 Vgl. Döhler, Marktreform als Krisenregulierungsstrategie, a.a.O., S. 13.
162 Vgl. Menges, From Health Services Research, a.a.O., S. 23; Franz M. Jagger und Donald F. Pugliese, A PPS Essential: Case-Mix Management Systems, in: Hospitals, 58 (1984).
163 Vgl. den Anhang in: Ernst & Whinney GmbH und GaW mbH Herdecke, Vorstudie zu diagnoseabhängigen Fallpauschalen, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 143, Bonn 1987.

schaffene Anreizsystem scheint einfach und durchschlagend: Gelingt es dem Krankenhaus, einen Patienten mit geringerem Aufwand zu behandeln als die Fallkostenpauschale an Honorar einbringt, darf der überschüssige Betrag einbehalten werden; liegen die Kosten höher, hat das Krankenhaus die Differenzen aus eigenen Mitteln zu decken. Ganz so einfach wie es hier scheint, ist aber weder die Handhabung noch die Anreizstruktur der DRGs.

Für den Gesetzgebungsprozeß war aber zunächst die einhellige Kritik an der seit 1965 geltenden Honorierungsform für Krankenhausaufenthalte von Medicare-Patienten ausschlaggebend. Analog zu den niedergelassenen Ärzten galt auch für Krankenhäuser der Grundsatz »usual, customary and reasonable« (UCR). Dieses im wesentlichen an regionalen Durchschnittswerten orientierte »retrospektive« Honorierungsverfahren erwies sich im stationären Sektor als ebenso kostentreibend wie bei den niedergelassenen Ärzten und entzog sich gleichermaßen staatlichen Steuerungsversuchen. Ein erster Versuch zu einer genaueren Definition dessen, was unter »angemessenen« Kosten zu verstehen sei, erfolgte unter der Nixon-Administration. Durch einen Passus (section 223) in den Social Security Amendments von 1972 wurden Krankenhäuser nach ihrer Größe und ihrem regionalen Standort zu Gruppen zusammengefaßt, um so Zuwachsraten der Pflegekosten festzusetzen (die Kapitalkosten werden gesondert erstattet).¹⁶⁴ Zwar blieb dieses Verfahren ohne erkennbare Auswirkungen auf die Kostenentwicklung, aber das Grundmuster - die Bildung von statistisch vergleichbaren Gruppen, denen ein festes Budget zugeordnet wird - findet sich auch bei den DRGs wieder.

b) Der politische Entscheidungsprozeß

Wie bereits ausgeführt, hatte die Reagan-Administration in ihrem ersten Budget darauf verzichtet, das Medicare-Programm in die Haushaltskürzungen einzubeziehen. Im darauf folgenden Jahr erzeugten die Ausgabenzuwächse von Medicare dann jedoch akuten politischen Handlungsbedarf. Denn zwischen 1967 und 1982 stiegen die Krankenhausausgaben von Medicare jedes Jahr um durchschnittlich 19,2 Prozent.¹⁶⁵ Trotz verschie-

164 Vgl. Michaelson, Reagan Administration Health Legislation, a.a.O., S. 586.

165 Vgl. Morone und Dunham, Slouching Towards National Health Insurance, a.a.O., S. 275.

dener Kostendämpfungsbemühungen nahmen diese enormen Zuwachsraten auch im Zeitverlauf kaum ab. Sie betragen zwischen 1978 und 1982 noch immer 18,4 Prozent, so daß sich für 1988 der finanzielle Kollaps des Hospital Insurance Trust Fund, aus dem die Krankenhausversorgung des Medicare-Programms finanziert wird, vorausberechnen ließ.¹⁶⁶ Zudem überragte Teil A (Hospital Insurance) des Medicare-Programms mit Ausgaben in Höhe von 34,3 Milliarden Dollar Teil B (Supplementary Medical Insurance) mit 14,8 Milliarden Dollar bei weitem.¹⁶⁷

Mit dem TEFRA vom September 1982 hatte der Kongreß auch den Auftrag an das DHHS erteilt, innerhalb von fünf Monaten ein prospektives Honorierungsverfahren für das Medicare-Programm zu erarbeiten. Bis zum Inkrafttreten des neuen Entgeltverfahrens galt eine strikte Begrenzung der Krankenhausaussgaben für Medicare. Demnach durfte das einzelne Krankenhaus die Durchschnittskosten einer ihm zugeordneten Gruppe, die Größe, Spezialisierungsgrad (case-mix) und Standort berücksichtigte, im Jahr 1983 um nicht mehr als 20 Prozent, 1984 noch um 15 Prozent und von da ab nur noch um 10 Prozent überschreiten.¹⁶⁸ Angesichts der vorangegangenen Zuwachsraten stellte diese Honorarbegrenzung einen radikalen Einschnitt dar und macht verständlich, warum die Krankenhausverbände die DRGs als vergleichsweise kleineres Übel einstuften. Daß Gesundheitsminister Schweiker dem Kongreß schon im Dezember 1982 ein implementationsfähiges Konzept unterbreiten konnte, verdankte sich den Vorarbeiten der HCFA, die schon seit den frühen siebziger Jahren - damals noch als Social Security Administration - eine aktive Rolle in der Entwicklung und Förderung alternativer Honorierungsformen gespielt hatte. Mit finanzieller und politischer Unterstützung durch die HCFA war zum Beispiel 1978 im Bundesstaat New Jersey ein »all payor DRG system« eingeführt worden, das als wichtiger Praxistest gewertet wurde.¹⁶⁹ Sicher hätten in der Reagan-Administration andere Reformkonzepte mit

166 Vgl. U.S. Congressional Budget Office, *Changing the Structure of Medicare Benefits: Issues and Options*, Washington, DC: Government Printing Office 1983, S. 13; 65.

167 Ebd., S. 11.

168 Vgl. Bette S. Hill und Katherine A. Hinckley, *Health Care Interest Groups: Congressional Budget, Maximizing Limited Opportunities*, prepared for delivery at the 1987 Annual Meeting of the APSA, Chicago, September 3-6, S. 28.

169 Vgl. Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 264 ff.; Harvey M. Sapolsky, James Aisenberg und James A. Morone, *The Call to Rome and Other Obstacles to State-Level Innovations*, in: *Public Administration Review*, 47 (1987).

einem klarer marktwirtschaftlichen Appeal, wie etwa die Ausgabe von Gutscheinen (»vouchers«) an die Medicare-Versicherten, größere Begeisterung ausgelöst als die technokratisch anmutenden DRGs, die dem republikanischen Abgeordneten Bill Gradison als »neither fish nor fowl«¹⁷⁰ erschienen. Allerdings waren die DRGs 1982 das einzig anwendungsfähige und vor allem rasch implementierbare Reformkonzept.

Die Reagan-Administration war bei dieser Gesetzesmaßnahme »essentially a bystander«¹⁷¹, so daß die DRGs weniger als politische, sondern eher als bürokratische Initiative gelten können. Ebenso bemerkenswert verlief der parlamentarische Entscheidungsprozeß, in dem es weder den betroffenen Interessengruppen noch einzelnen Abgeordneten gelang, grundsätzliche Veränderungen durchzusetzen. Was die parteipolitische Dimension eines so weitreichenden Reformkonzepts anbelangt, so gestattete es der hybride Charakter der DRGs, daß die unterschiedlichsten politischen Präferenzen Berücksichtigung zu erfahren schienen. Der republikanische Abgeordnete Moore zum Beispiel bezeichnete den Gesetzentwurf während der Ausschußberatungen als »a dynamic step toward the implementation of the marketplace forces of competition«; der Demokrat Richard Gephardt sah das genau anders herum: »Let us be clear about it. It is a regulation.«¹⁷²

Die Forderungen, die während der kurzen Beratungsphase von den Verbände erhoben wurden, lassen erkennen, daß sie die von den DRGs ausgehende Nutzen-Lasten-Verteilung sehr viel klarer erkannt hatten als die Abgeordneten.¹⁷³ Die AMA lehnte den Gesetzentwurf zwar ab, da ihre Mitglieder aber nicht unmittelbar betroffen waren, verharrete sie in einer »unqualified opposition«¹⁷⁴ und verzichtete auf aktive Einflußnahme. Die beiden Krankenhausverbände, AHA und FAHS, stimmten dem Gesetz aus unterschiedlichen Motiven zu, verlangten aber gleichzeitig eine Reihe von Modifikationen, die ihre unterschiedlichen Interessenlagen reflektierten. Die Zustimmung der FAHS basierte auf der Erwartung, daß die kommerziellen Krankenhäuser von der Reform profitieren können. Sie würden sich rasch auf profitable DRG-Kategorien umstellen können,

170 John K. Iglehart, Congress, Public Policy and the Future: A Conversation with Bill Gradison, in: Health Affairs, 4:4 (1985), S. 43.

171 Nexon, The Politics of Congressional Health Policy, a.a.O., S. 79.

172 Zitiert nach Fuchs und Hoadley, The Remaking of Medicare, a.a.O., S. 12.

173 Vgl. Fuchs und Hoadley, The Remaking of Medicare, S. 8 ff.; Hill und Hinckley, Health Care Interest Groups, a.a.O., S. 30 ff.

174 Fuchs und Hoadley, The Remaking of Medicare, a.a.O., S. 8.

indem defizitäre Abteilungen geschlossen oder ganze Krankenhäuser in Regionen mit einem günstigeren case-mix verlagert werden. Vergleichbare Anpassungsbewegungen sind den öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern aufgrund ihrer sozialen Verpflichtungen nicht möglich. Die AHA befürwortete die DRGs somit lediglich, um ein weiteres Jahr unter den strikten TEFRA-Kostenbegrenzungen zu vermeiden. Da die AHA eine außerordentlich heterogene Klientel vertritt, lautete ihre wichtigste Forderung, den national einheitlichen Gebührensatz durch krankenhausspezifische DRG-Gebühren zu ersetzen. Die FAHS mit ihrer homogenen, vornehmlich in den sun-belt-Staaten angesiedelten Klientel, in denen die Lohnkosten niedriger ausfallen, unterstützte diese Forderung verständlicherweise nicht. Der Kongreß beschloß zwar eine Differenzierung der DRG-Gebühren nach Stadt und Land, entsprach damit aber nur teilweise den Bedürfnissen der AHA. Während sich beide Verbände mit ihrer Forderung nach einer mehrjährigen Übergangsphase durchsetzen konnten, blieben sie bei anderen wichtigen Punkten erfolglos. Im endgültigen Gesetz war es den Krankenhäusern weder gestattet, von den Patienten zusätzliche Gebühren zu erheben noch einzelne DRGs gerichtlich überprüfen zu lassen. Auch andere Verbände konnten sich mit ihren Änderungsvorschlägen nicht durchsetzen, wie etwa die Health Insurance Association of America (HIAA), die eine Ausdehnung der DRG-Honorierung auf alle Versicherungsträger gefordert hatte, um eine krankenhauserne Kostenverschiebung («cost shifting») auf privatversicherte Patienten zu vermeiden.

Der erstaunlich geringe Einfluß partikularer Sonderinteressen kann nicht allein auf den Problemdruck und den technokratischen Charakter der DRGs zurückgeführt werden, sondern beruhte vor allem auf der veränderten Machtstruktur im Policy-Netzwerk sowie dem Umstand, daß die Medicare-Reform Bestandteil eines größeren Gesetzgebungspakets zur Sanierung der in Not geratenen Finanzen der Rentenversicherung war.¹⁷⁵ Dadurch wurde nicht nur die Aufmerksamkeit von der gleichzeitig beratenen Medicare-Reform abgelenkt, was zum Beispiel die Konsumenten- und »gray power«-Verbände, die den DRGs aus ähnlichen Gründe wie die HIAA skeptisch gegenüberstanden, als Akteure ausschaltete, da ihre Aufmerksamkeit der Rentenansanierung galt.¹⁷⁶ Zudem hätten mögliche

175 Vgl. Paul Light, *Artful Work. The Politics of Social Security Reform*, New York: Random House 1985, S. 206 ff.

176 Vgl. Fuchs und Hoadley, *The Remaking of Medicare*, a.a.O., S. 21.

Änderungswünsche bei der Medicare-Reform zur Folge gehabt, daß die Verabschiedung des gesamten Gesetzespakets verzögert worden wäre.

c) Konsequenzen der DRGs

Daß die Einführung der DRGs die Bewertung als »fundamental and radical«¹⁷⁷ oder sogar als »revolutionary change«¹⁷⁸ rechtfertigt, läßt sich an vier Punkten illustrieren. Erstens tragen die DRGs innerhalb des gesundheitspolitischen Netzwerkes zur Verfestigung jener Machtverschiebung zulasten der traditionellen Anbieter bei, die in Kapitel 7.3 beschrieben wurde. Schon vor der Verabschiedung der DRGs war offenkundig, daß die ehemals dominierenden Anbieterinteressen in der Gesundheitspolitik merklich an Durchsetzungsfähigkeit verloren hatten. Dieser Machtverlust zeigte sich hier erneut, wobei allerdings die Besonderheiten des Entscheidungsprozesses, wie der ideologisch ambivalente Charakter der DRGs und deren Integration in ein Gesetzespaket, relativierend zu Buche schlagen.

Die These von der netzwerkinternen Machtverschiebung wird an einem anderen Punkt zusätzlich deutlich. Während die Aktivierung der Arbeitgeber und des medizinisch-industriellen Komplexes zu neuen Akteuren für die traditionell von privaten Interessen dominierte amerikanische Gesundheitspolitik nicht unbedingt überraschend war, war bei der DRG-Gesetzgebung zumindest bemerkenswert, daß der Staat als »policy entrepreneur«¹⁷⁹ in Erscheinung getreten ist, da dies dem herkömmlichen Verhaltensmuster des »interest group pluralism« nicht entspricht. Im vorliegenden Fall war es ein Teil der Washingtoner Gesundheitsbürokratie, nämlich die HCFA, die mit ihrem technischen Know how, ihren Demonstrationsprojekten, ihren politischen Initiativen und ihren engen Kontakten zu den entscheidungsrelevanten Kongreßausschüssen die maßgeblichen Weichen für die Einführung der DRGs stellte, und zwar ohne sonderlich enge Kontakte zum Verbändesystem. Und es ist die HCFA, die mit den DRGs nun über ein Steuerungsinstrument verfügt, welches unbestreitbar den historischen Höhepunkt der staatlichen Interventionskapazität

177 Hill und Hinckley, *Health Care Interest Groups*, a.a.O., S. 29.

178 Menges, *From Health Services Research*, a.a.O., S. 2.

179 Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 288 ff.

tät im Krankenhaussektor darstellt.¹⁸⁰ Denn nachdem 1987 eine vierjährige Übergangsphase beendet wurde, entscheidet die HCFA - und nicht ein unabhängiges Sachverständigenngremium, wie es von der AHA gefordert worden war - mit Hilfe eines Systems »administrierter Preise«¹⁸¹ alljährlich über rund 40 Prozent aller Einkünfte des amerikanischen Krankenhaussektors.

Zweitens begünstigen die DRGs kommerzielle Krankenhäuser und beschleunigen damit den Prozeß der »corporatization« des Gesundheitssektors. DRGs produzieren eine ökonomische Anreizstruktur, die sowohl das Marktverhalten wie auch krankenhausinterne Abläufe beeinflußt. Dabei wird der Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern nicht notwendigerweise den Preis zum Gegenstand haben, sondern sehr viel wahrscheinlicher die Konkurrenz um den richtigen case-mix.¹⁸² Krankenhäuser mit einem hohen Anteil an zahlungsunfähigen und Medicare-Patienten schneiden dabei am schlechtesten ab, da ihre Möglichkeiten des internen cost shifting am geringsten ausfallen. Es liegt auf der Hand, daß der kommerzielle Sektor die größten Fähigkeiten zur Selektion eines betriebswirtschaftlich günstigen Mischungsverhältnisses von Patienten mit bestimmtem Versicherungsschutz und »lohnenden« Krankheitsbildern besitzt.

Im krankenhausinternen Funktionsablauf schaffen die DRGs Anreize zur Senkung der Verweildauer, zur Erhöhung der Fallzahlen, zur Errichtung von »product lines« entlang ähnlich behandelbarer Diagnosefälle und zum Ausbau von Management-Informationssystemen, die eine Kontrolle und Steuerung kostenrelevanter Betriebsabläufe ermöglichen.¹⁸³ Die solchermaßen ökonomisierte Anreizstruktur innerhalb des Krankenhauses ist zwangsläufig mit einer funktionalen Aufwertung des Manage-

180 Vgl. Fuchs und Hoadley, *The Remaking of Medicare*, a.a.O., S. 17, und John T. Tierney, *Organized Interests in Health Politics and Policy-Making*, in: *Medical Care Review*, 44 (1987), S. 102 f.

181 Vgl. Sloan u.a., *Effects of the Medicare Prospective Payment System*, a.a.O., S. 210.

182 Vgl. Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 278.

183 Siehe dazu Stuart E. Berki, *DRGs, Incentives, Hospitals and Physicians*, in: *Health Affairs*, 4:4 (1985); Robert B. Fetter und Jean L. Freeman, *Diagnostic Related Groups: Product Line Management within Hospitals*, in: *Academy of Management Review*, 11 (1986).

ments verknüpft.¹⁸⁴ Ob daraus eine verschärfte Kontrolle des ärztlichen Diagnose- und Therapieverhaltens resultiert, ist umstritten.¹⁸⁵ Unbestreitbar ist hingegen, daß kommerzielle Krankenhäuser, insbesondere MIHSs, mit ihrer größeren Adaptionsfähigkeit für geänderte Umweltbedingungen die besseren Chancen haben, die Ära der DRGs ohne Schaden zu überstehen. Das heißt auch, daß der Anschluß an eine Krankenhauskette mit professionellem Management und günstigerem »case-mix« an Attraktivität gewinnt.

Durch die DRGs werden kommerzielle Krankenhäuser zudem bei der Kapitalbeschaffung begünstigt. Denn auch nach der Einführung der DRGs erhalten die Krankenhäuser ihre Medicare-Einnahmen aus zwei Quellen.¹⁸⁶ In den DRGs sind nur die laufenden Betriebskosten beinhaltet. Die - aus Instandhaltungs-, Modernisierungs- und Erweiterungskosten zusammengesetzten - Investitionskosten werden von der HCFA, dem Anteil von Medicare-Patienten entsprechend, nachträglich erstattet. Das bedeutet, daß Investitionskosten zunächst durch das Krankenhaus vorfinanziert werden müssen. Die Ausgangslage für die Kapitalbeschaffung ist nun sehr unterschiedlich. Kommerzielle Krankenhäuser haben keinen Zugang zu öffentlichen Mitteln oder Spenden; sie sind auf private Investoren angewiesen. Da sie als Anlageobjekte aber nur dann attraktiv sind, wenn eine entsprechende Gewinnerwartung vorhanden ist, wurde in die Richtlinien des Medicare-Programms ein Ausgleichsmechanismus für ihre Kapitalbeschaffung eingebaut. Für kommerzielle Krankenhausinvestoren wird ein fiktiver Kapitalertrag berechnet, der der Zinsrate von festverzinslichen Wertpapieren entspricht, die vom bundesstaatlichen Federal Hospital Insurance Trust Fund ausgegeben werden. In der Praxis bedeutet das, daß kommerzielle Krankenhäuser eine staatliche Subventionierung für Investitionskosten erhalten, die ihre Fähigkeit zur Kapitalbeschaffung auf privaten Kreditmärkten erheblich verbessert. Mit der Einführung der DRGs erhält dieser Finanzierungsmodus eine zusätzliche Aufwertung. Denn der von den DRGs ausgehende Anreiz, die laufenden Betriebskosten zu mini-

184 Vgl. J. Rogers Hollingsworth und Ellen J. Hollingsworth, *Controversy about American Hospitals*, Washington, DC: AEI 1987, S. 70.

185 Vgl. Sanford L. Weiner u.a., *Economic Incentives and Organizational Realities: Managing Hospitals under DRGs*, in: *Milbank Quarterly*, 65 (1987), S. 463 ff.

186 Vgl. Steven Golub, *The Role of Medicare Reimbursement on Contemporary Hospital Finance*, in: *American Journal of Law & Medicine*, 11 (1986), S. 514 ff.; Uwe E. Reinhardt, *Financial Capital and Health Care Growth Trends*, in: Bradford H. Gray, (Hrsg.), *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington, DC: National Academy Press 1986.

mieren, kann am effektivsten durch die Umwandlung von Personal- in Kapitalkosten realisiert werden. Anstelle eines Laboranten ist zum Beispiel die Anschaffung eines aufwendigen automatischen Laboranalyse-Apparats attraktiver, da nicht nur die Personalkosten, die durch die DRGs begrenzt sind, wegfallen, sondern zusätzlich die Investitionskosten nach dem »capital cost reimbursement program« erstattet werden. Da kommerzielle Krankenhäuser die Finanzmittel für derartige Rationalisierungsmaßnahmen sehr viel leichter beschaffen können, ist ihre Anpassungsfähigkeit gegenüber dem DRG-System entsprechend größer. Demgegenüber hat sich die Finanzlage der gemeinnützigen und vor allem öffentlichen Krankenhäuser durch die Beendigung des Hill-Burton-Programms, das sinkende Spendenaufkommen und die angespannte Finanzlage der kommunalen Haushalte verschlechtert.¹⁸⁷

Die dritte bedeutsame Folge der Medicare-Honorarreform besteht darin, daß mit den DRGs ein interventionistischer Brückenkopf installiert wurde, der nicht nur zu einer Ausweitung der prospektiven Honorierung auf alle Leistungserbringer genutzt werden kann, sondern im Urteil mancher Autoren sogar als Vorspiel für die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung verstanden werden könnte.¹⁸⁸ Unbestreitbar können die DRGs zumindest als »strategic opportunity« für eine stärker regulative Ausrichtung staatlicher Gesundheitspolitik betrachtet werden, da sie einen politikstrategischen Präzedenzfall repräsentieren, an den weiter angeknüpft werden kann. Denn es liegt bereits aufgrund der »cost shifting«-Problematik nahe, daß sich nicht nur andere staatliche, sondern auch private Kostenträger eines prospektiven Honorierungsverfahrens bedienen, um der Honorarentwicklung Herr zu werden. Die medizinische Profession, die über Jahrzehnte hinweg alle Formen nach Einkommensregulierung, einschließlich Gebührenordnungen, kategorisch ablehnte, dürfte dieser Entwicklung kaum etwas entgegensetzen können.

Der weitere Politikverlauf machte dann klar, daß die DRGs in mehrerlei Hinsicht einen Wendepunkt markierten. Zwar hat die Reagan-Administration ihre Marktrhetorik auch nach 1983 beibehalten, in der Praxis aber gleichwohl eine Abkehr von der gesundheitspolitischen Strategie der ersten beiden Jahre vollzogen. Dies gilt für den Steuerungsanspruch eben-

187 Vgl. Hollingsworth und Hollingsworth, *Controversy about American Hospitals*, a.a.O., S. 132 ff.

188 So etwa die These von Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 291, und Rodger P. Hildreth, *Developments in Health Care*, in: *International Journal of Public Administration*, 11 (1988).

so wie für das Steuerungsziel. Denn seit 1983 hat sich die Reagan-Administration weitgehend auf Medicare und Medicaid konzentriert, so daß die DRGs zu Recht als Verzicht auf eine umfassende Kostendämpfung gewertet werden. Von nicht minder großer Konsequenz ist das neue, von den DRGs symbolisierte, Steuerungsziel der staatlichen Gesundheitspolitik, das häufig mit dem Eisenhower-Ausspruch »more bang for the buck« umrissen wird. Nicht mehr die Selbstbeteiligung und die Kostenverlagerung auf die Konsumenten oder die Einzelstaaten standen seither im Vordergrund, sondern die Einkommen der Leistungsanbieter: »The government is simply seeking to provide more care for less money by paring the growth of payment levels for hospitals, physicians' services, and virtually all other medically related services.«¹⁸⁹ Daß ausgerechnet unter der Reagan-Administration erstmals der Schritt gewagt wurde, die Einkommen der medizinischen Leistungsproduzenten zu beschneiden, war sicherlich nicht zu erwarten, kann aber anhand der neuen Konstellation innerhalb des Policy-Netzwerkes plausibel gemacht werden.

7.4.2 Gesundheitspolitik im fragmentierten Netzwerk

Gegen Ende der ersten Amtsperiode der Reagan-Administration waren nicht nur massive Umbrüche der governance-Struktur zu verzeichnen, sondern es wurden auch die Konturen einer neuen Akteurskonstellation sichtbar. Die drei wichtigsten Veränderungen betreffen erstens die Machtbalance zwischen Staat und Verbänden, die nicht mehr primär zugunsten privater Interessen ausschlägt, zweitens das neue Machtgleichgewicht der organisierten Interessen untereinander, das vor allem durch die Erschütterung der Machtposition der alten Monopolverbände AMA und AHA verändert worden ist, und drittens die daraus resultierende generelle Abnahme der Netzwerkstabilität.

189 John K. Iglehart, *The Political Contest over Health Care Resumes*, in: *New England Journal of Medicine*, 316 (1987), S. 640.

a) Die neue Struktur des gesundheitspolitischen Netzwerkes

Die wichtigste Veränderung im gesundheitspolitischen Netzwerk ist im gesunkenen Durchsetzungsvermögen organisierter Interessen zu sehen.¹⁹⁰ Teilweise wurde diese These zu dem Umkehrschluß zugespitzt, der Staat würde nun als entscheidender Akteur die Gesundheitspolitik weitgehend allein bestimmen.¹⁹¹ Diese Prognose geht m.E. jedoch zu weit. Hier werden nicht nur in übertriebenem Maße die Erfahrungen aus der DRG-Gesetzgebung und der sich daran anschließenden Reformdiskussion extrapoliert, sondern auch die Bedeutung des Kongresses als autonome Entscheidungsinstanz unterbewertet. Als besser fundiert kann die Einschätzung gelten, daß der Interessengruppeneinfluß auf die »big issues« der Gesundheitspolitik abgenommen hat¹⁹², Verbände aber bei Gesetzgebungsdetails bzw. bei Maßnahmen mit begrenztem Wirkungskreis ihre Wünsche durchaus noch durchzusetzen vermögen. Auch der in diesem Zusammenhang geäußerten These, daß eine wachsende Zahl von Interessengruppen sich wechselseitig blockiert und daraus eine größere staatliche Handlungsautonomie erwachse¹⁹³, liegt eine zu mechanische Vorstellung vom Politikprozeß zugrunde. Wie weiter unten noch zu zeigen sein wird, ist das Resultat dieser Konstellation nicht unbedingt die Dominanz des Staates in der Gesundheitspolitik, sondern eher ein »new activism«¹⁹⁴, bei dem der Staat nicht mehr nur passiv auf »group-pressures« reagiert.

Die Ursachen für diese neue Konstellation sind vielfältig. Eine wichtige Rolle hat zweifelsohne die Verschiebung von Entscheidungskompetenzen vom Kongreß in die Verwaltung (HCFA, OMB) gespielt, die für Interessengruppen nur schwer zugänglich ist.¹⁹⁵ Wie aus dem Beispiel der Außenhandelspolitik hervorgeht¹⁹⁶, ist der Transfer von Entscheidungs-

190 Vgl. Tierney, *Organized Interests in Health Politics*, a.a.O., S. 106 ff.; Nexon, *The Politics of Congressional Health Policy*, a.a.O., S. 77.

191 Vgl. Kenneth M. Bowler, *Changing Politics of Federal Health Insurance Programs*, in: *Political Science*, 20 (1987), S. 208; Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 284 ff.; Tierney, *Organized Interests in Health Politics*, a.a.O., S. 102 ff.

192 Vgl. Nexon, *The Politics of Congressional Health Policy*, a.a.O., S. 77.

193 Vgl. Morone und Dunham, *Slouching Towards National Health Insurance*, a.a.O., S. 284 ff.

194 Vgl. Brown, *The New Activism*, a.a.O.

195 Vgl. Tierney, *Organized Interests in Health Politics*, a.a.O., S. 109 f.

196 Vgl. Gerhard Lehmbuch, *Interest Groups, Government and the Politics of Protectionism*, in: *Außenwirtschaft*, 41 (1986), S. 279 f.

kompetenzen zwischen Kongreß und Exekutive im Regierungsapparat der USA nichts Ungewöhnliches. Ein weiterer Grund liegt in der Anwendung parlamentarischer Entscheidungsregeln wie der reconciliation oder der »fast track«-Gesetzgebungsverfahren, die die Schneisen für die pressure group-Politik drastisch verengt haben.¹⁹⁷ Schließlich hat die Bedeutung der Expertenstäbe im Kongreß und der Exekutive weiter zugenommen.¹⁹⁸ Da immer weniger Abgeordnete in der Lage sind, die komplexen technischen Details von Gesundheitsgesetzen nachzuvollziehen, wird die Entscheidungsvorbereitung zunehmend an die Mitarbeiterstäbe der Abgeordneten, der Kongreßausschüsse und -behörden und an das DHHS delegiert. Diese Akteure sind wiederum in deutlich geringerem Umfang als die an Wählerstimmen interessierten Abgeordneten für die Argumente und Einwände der Verbände offen.

Daß im Gesundheitssektor von einem »demand for legislation« durch organisierte Interessen, wie er von Paul Feldstein¹⁹⁹ noch in den siebziger Jahren ausgemacht wurde, heute keine Rede mehr sein kann, deckt sich mit einer empirischen Erhebung über den Einfluß der Reagan-Administration auf das Verbändesystem²⁰⁰, aus der zwei Entwicklungstrends besonders hervorhebenswert sind. Während Interessengruppen der »business community« unter Reagan einen besseren Zugang zu staatlichen Behörden verzeichnen konnten, gilt für Verbände aus dem sozialen Sektor das Gegenteil. Zweitens wurde generell eine Lockerung der Verbindungen zwischen Staat und Verbandssystem festgestellt, so daß die Stabilisierung dauerhafter Beziehungen erschwert worden ist. Eine wichtige Rolle hat hierbei die Zentralität des Verbändesystems gespielt, die etwa in dem Maße abnahm, in dem die Zentralisierung des Entscheidungsprozesses im Kongreß und politischer Steuerungskompetenzen in der Exekutive angewachsen ist. Eine Feststellung wie »in the health domain there are no gen-

197 John F. Hoadley, *Health Care in the United States: Access, Costs and Quality*, in: *Political Science*, 20 (1987); Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 218.

198 Vgl. Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 218; David White-man, *What Do They Know and When Do They Know It? Health Staff on the Hill*, in: *Political Science*, 20 (1987).

199 Vgl. Paul J. Feldstein, *Health Associations and the Demand for Legislation*, Cambridge, MA: Ballinger 1977.

200 Vgl. Mark A. Peterson und Jack L. Walker, *The Impact of the First Reagan Administration Upon the National Interest Group System*, prepared for delivery at the APSA Annual Meeting, New Orleans, 1985.

une peak associations«²⁰¹, die noch vor einem Jahrzehnt als kontrafaktisch verworfen worden wäre, zeichnet heute ein zutreffendes Bild von der zunehmenden Heterogenität der Akteurskonstellation.

Die Fragmentierung organisierter Interessen im gesundheitspolitischen Netzwerk der USA hat damit ein für europäische Verhältnisse ungewöhnliches Ausmaß erreicht. Wie bereits angedeutet, ist der Krankenhaussektor von dieser Entwicklung am stärksten betroffen. Die AHA scheint angesichts komplexer werdender Entscheidungskonstellationen - besonders im Urteil ihrer Mitglieder - immer weniger in der Lage, auf deren zunehmend heterogene Interessen Rücksicht nehmen zu können. Als zum Beispiel die AHA 1985 den (erfolglosen) Versuch unternahm, die Einführung der DRGs zeitweise auszusetzen, um eine längere Anpassungsfrist zu ermöglichen, kündigte die Humana Inc., der drittgrößte Krankenhauskonzern der USA, aus Protest gegen diesen Vorstoß die Mitgliedschaft in der AHA.²⁰² Neben der AHA und der FAHS sind in jüngster Zeit eine Reihe von zusätzlichen Krankenhausverbänden in Washington aktiv oder neugegründet worden. Bei den religiösen Krankenhäusern sind außer der Catholic Health Association und der Protestant Hospital Association neuerdings auch die Lutheran Hospital Association und seit 1984 das Consortium of Jewish Hospitals politisch aktiv.²⁰³ Wie die Gründung des University Hospital Consortium 1984²⁰⁴ sowie der American Small and Rural Hospital Association 1981²⁰⁵ verdeutlichen, bestehen eigenständige Organisationsinteressen im Krankenhaussektor nicht nur auf der Basis des Eigentümer- und Finanzierungsstatus, sondern auch aufgrund funktionaler und regionaler Besonderheiten. Gab es zu Anfang der achtziger Jahre noch fünf Krankenhausverbände, so sind es Ende der

201 Robert H. Salisbury u.a., Who Works With Whom? Interest Group Alliances and Opposition, in: *American Political Science Review*, 81 (1987), S. 1227.

202 Vgl. Julie Kosterlitz, Organized Medicine's United Front in Washington is Showing more Cracks, in: *National Journal*, 18 (1986), S. 84. Das dieser Entscheidung zugrunde liegende Interessenkalkül entsprang den bereits angesprochenen Vorteilen, die kommerzielle Krankenhäuser aus den DRGs ziehen.

203 Vgl. David Barkholz, Teaching Hospital Fuel Expansion of Consortium, in: *Modern Healthcare* vom 15.3.1985, S. 30 ff.; Jerome F. Brazda, Washington Hospital Lobbyists Working Together, But more Unity is Needed, in: *Modern Healthcare* vom 4.12.1987, S. 74.

204 Vgl. David Burda, UHC President Sees Growth, in: *Modern Healthcare* vom 29.1.1988, S. 56.

205 Vgl. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6 (1981), S. 569; Elizabeth C. White, Rural Hospitals Band Together to Regain Local Market Shares, in: *Modern Healthcare* vom 5.7.1985, S. 172.

achtziger bereits 15, und dies mit ansteigender Tendenz.²⁰⁶ Die organisatorische Differenzierung der Verbände erwächst nicht allein aus internen Meinungsverschiedenheiten, sondern stellt auch den strategischen Versuch dar, politische »Nischen« zu besetzen, da sich allgemeine gegenüber speziellen Organisationsinteressen immer schlechter vertreten lassen.

Den alles in allem bemerkenswertesten Einbruch in ihrer Machtposition mußte die AMA hinnehmen, die seit den dreißiger Jahren das Paradebeispiel einer erfolgreichen Interessenvertretung darstellte. Noch unter Richard Nixon ging der Einfluß der AMA so weit, daß es ihr gelang, die Ernennung eines ihr nicht genehmen Unterstaatssekretärs im DHEW zu verhindern. Doch der letzte große Lobbying-Erfolg datiert noch immer aus dem Jahr 1979, als die AMA gemeinsam mit der AHA, der FAHS und anderen Verbänden Jimmy Carters Hospital Cost Containment Act zu Fall brachte. Seither mußte die AMA eine Reihe von Mißerfolgen hinnehmen. Weder gelang es ihr, die von der Federal Trade Commission ausgehenden Liberalisierungsbestrebungen für professionelle Berufe zu beenden²⁰⁷, noch konnte sie - trotz einer 250 000 Dollar-Spende für den Gegenkandidaten - die Wiederwahl des kalifornischen Demokraten Fortney H. Stark verhindern, der als Vorsitzender des Ways and Means Subcommittee on Health im Repräsentantenhaus immer wieder für politische Maßnahmen eingetreten ist, die von der AMA strikt abgelehnt werden.²⁰⁸ Der abnehmende politische Einfluß und professionsinterne Spannungen haben auch das vormalige Vertretungsmonopol der AMA aufgeweicht.²⁰⁹ Als der von Fortney Stark geführte Unterausschuß im März 1987 eine Anhörung über neue Honorierungsformen für niedergelassene Ärzte durchführte, wurden das American College of Physicians, das American College of Surgeons und die American Academy of Family Physicians eingeladen, nicht aber die AMA.²¹⁰

Weitere Anzeichen einer professionsinternen Heterogenisierung sind die Absetzbewegungen einzelner Facharztgruppen, die durch separate Initiativen darum bemüht sind, in der von den DRGs ausgelösten Reformdiskussion um neue Honorierungsformen eine günstige Ausgangsposition

206 Vgl. Kosterlitz, *Organized Medicine's United Front*, a.a.O., S. 206.

207 Vgl. Steven Pressman, *Physicians' Lobbying Machine Showing some Signs of Wear*, in: *Congressional Quarterly* vom 7.1.1984, S. 15.

208 Vgl. Kosterlitz, *Organized Medicine's United Front*, a.a.O.

209 Vgl. Kosterlitz, *Organized Medicine's United Front*, a.a.O., S. 209.

210 Vgl. Bowler, *Changing Politics of Federal Health*, a.a.O., S. 208.

einzunehmen.²¹¹ Der Anspruch der AMA, »the voice of American medicine«²¹² zu sein, hat dadurch weiter an Gültigkeit verloren. Wenn kürzlich dennoch die These aufgestellt wurde, daß die AMA auf einer »universalistischen«²¹³ Organisationsgrundlage basiere, so kann dies nur als hoffnungslos veraltete Fehleinschätzung eingestuft werden.

Von der Heterogenisierung sind auch kleinere paraprofessionelle Berufsgruppen betroffen, etwa die American Nurses' Association (ANA), die noch zu Anfang der siebziger Jahre ein Vertretungsmonopol innehatte.²¹⁴ Mittlerweile sind mit der National League for Nursing, der American Association of Colleges of Nursing und der American Association of Nurse Executives drei weitere Berufsverbände hinzugetreten.²¹⁵ Hierzu ist anzumerken, daß Krankenpflegeberufe in den USA und Großbritannien über ein höheres Ausbildungs- und Qualifikationsniveau verfügen als in der Bundesrepublik. Die nicht selten mit einem - hierzulande unbekanntem - Hochschulabschluß in »nursing administration« oder »nursing economics« ausgerüsteten Pfleger(innen) verfügen über ein höheres Maß an professioneller Autonomie und neigen daher besonders in den USA zur Entwicklung von »institutional niches«²¹⁶, die auch politisch offensiv verteidigt werden.

Die hier beschriebenen Entwicklungen erhärten die These, daß die Netzwerkstabilität insgesamt erheblich nachgelassen hat. Kürzlich wurde die Akteurskonstellation im gesundheitspolitischen Netzwerk dadurch zutreffend charakterisiert, daß »players drift in and out of the process in particular order«, was dem Zustand einer »organized anarchy« gleichkäme.²¹⁷ Als Indikator für die Instabilität kann außer der Etablierung neuer Akteure (Arbeitgeber, kommerzieller Sektor, HCFA usw.) die rasch ver-

211 Vgl. John K. Iglehart, *Payment of Physicians under Medicare*, in: *New England Journal of Medicine*, 318 (1988), S. 866.

212 Vgl. Elton Rayack, *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*, Cleveland: World Publishing Comp. 1967, S. 12 ff.

213 Siehe David Wilsford, *The Cohesion and Fragmentation of Organized Medicine in France and the United States*, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12 (1987), S. 501.

214 Vgl. Feldstein, *Health Associations, a.a.O.*, S. 107 ff.

215 Vgl. Davis Burda, *Nursing Lobby Exerting New found Power in Washington*, in: *Modern Healthcare* vom 4.12.1987, S. 28 ff.

216 Vgl. Rue Bucher, *On the Natural History of Health Care Occupations*, in: *Work and Occupation*, 15 (1988).

217 James A. Morone, *Beyond the N Words. The Politics of Health Care Reform*, unveröff. Ms. 1988, S. 1.

änderliche Zusammensetzung von »advocacy coalitions« gewertet werden. Waren im Verlauf der DRG-Gesetzgebung die Meinungen zwischen AMA, AHA, FHAS und AARP noch geteilt, so haben diese vier Verbände, um die ANA verstärkt, erst kürzlich gegen weitere Kürzungen des Gesundheitsbudgets protestiert.²¹⁸ Dieses Bündnis war auf ein kurzfristiges »issue« hin orientiert und blieb daher wenig dauerhaft, was darauf hindeutet, daß es im Gesundheitssektor keine unverrückbaren »Lager« mehr gibt. Die von Alford Mitte der siebziger Jahre identifizierten Koalitionen der »professional monopolists« und der »corporate rationalizers« haben in ihrer damaligen Form aufgehört zu existieren. Hier sei nur an die Arbeitgeber erinnert, deren Interesse an einer Senkung ihrer Gesundheitsausgaben schwerlich mit dem Profitinteresse von kommerziellen Gesundheitsunternehmen in Einklang gebracht werden kann. Ein weiterer Indikator für die nachlassende Netzwerkstabilität ist die geringe Chance zur Bildung von stabilisierenden »iron triangles« oder »policy subsystems«, da die Errichtung von Expertensystemen im Kongreß (zum Beispiel Congressional Budget Office, Office of Technology Assessment, Physician Payment Review Commission) die resource dependence der Entscheidungsträger vom technischen Know how und der Informationsbereitstellung durch die Verbände gemindert hat.

Die wachsende Instabilität des Netzwerkes hat ohne Zweifel die Bandbreite institutionell »zulässiger« Strategieoptionen erhöht.²¹⁹ Damit stellt sich die Frage, warum es anstelle einer Fortführung der marktorientierten Politik zu einer begrenzten Rückkehr zum regulativ-interventionistischen Steuerungsmodell gekommen ist. Zunächst sollte bedacht werden, daß Veränderungen im Policy-Netzwerk, auch wenn sie auf eine Destabilisierung hinauslaufen, nur günstigere Voraussetzungen für die Implementation eines ordnungspolitischen Strategiewechsels schaffen. Die Nutzung dieser Handlungschance bedarf dann noch immer intentionalen staatlichen Handelns. Das politische System der USA ist diesbezüglich besonders voraussetzungsvoll, denn die aktive Rolle des Kongresses im Politikprozeß verlangt die fortgesetzte politische Initiative einer Regierung, die nur durch eine starke Führungsrolle verhindern kann, daß ihr die Kontrolle entgleitet. Die Reagan-Administration verlor im Bereich der Gesundheitspolitik aber schon gegen Ende der ersten Amtsperiode ihre

218 Vgl. Iglehart, Political Contest, a.a.O., S. 640.

219 Zu dieser Konstellation siehe Brown, New Activism, a.a.O. und Morone, Beyond the N Words.

Fähigkeit, die erforderlichen strategischen Impulse zu liefern.²²⁰ Zwar wäre es verkürzt, würde man den Verlauf der Gesundheitspolitik lediglich als Resultat vergebener Chancen interpretieren.²²¹ Andererseits kann diese These auch nicht vollends von der Hand gewiesen werden, denn die strategic opportunities, die sich zu Beginn der ersten Amtsperiode der Reagan-Administration eröffnet hatten, waren sowohl im Vergleich zu Großbritannien und der Bundesrepublik, wie auch gemessen an den begrenzten Handlungsmöglichkeiten, die früher in der amerikanischen Gesundheitspolitik bestanden, beachtlich.

Daß der Schwung in der Gesundheitspolitik nach den ordnungspolitisch insgesamt erfolgreichen ersten beiden Amtsjahren zusehends erlahmte, hängt zunächst damit zusammen, daß die Zustimmungsbereitschaft im Kongreß - wie bei allen amerikanischen Präsidenten - mit der Zeit nachließ.²²² Die Bilanz der Reagan-Präsidentschaft ist hierbei durch besonders extreme Ausschläge gekennzeichnet. 1981 war es Ronald Reagan gelungen, bei 82,4 Prozent aller namentlichen Abstimmungen («roll calls») zu Vorlagen der Exekutive eine Kongreßmehrheit hinter sich zu versammeln. Eine ähnlich hohe Zustimmung hatte zuletzt Lyndon Johnson im Jahr 1965 erreicht. Nach 1981 sank die Folgebereitschaft der Kongreßabgeordneten jedoch rapide bis auf 56,5 Prozent im Jahr 1986. Nicht einmal Jimmy Carter, dessen Präsidentschaft allgemein als wenig erfolgreich gilt, mußte derart schlechte Abstimmungsergebnisse hinnehmen.

Dazu gesellte sich in der Gesundheitspolitik ein Mangel an Führungsfähigkeit. Der Wirkungskreis des OMB blieb auf das Budget und die Kontrolle der Regulierungskommissionen beschränkt, das DHHS erwies sich mit seinen zahlreichen klientelistischen Bindungen an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen als »inhospitable to conservative appointees«²²³, und die Gesundheitsminister Schweiker bzw. ab 1983 Margret Heckler hinterließen den Eindruck eher schwacher Führungspersönlichkeiten ohne besondere strategische Perspektive. Gleichzeitig schlug die Stimmung im Kongreß langsam wieder zugunsten einer größeren staatlichen Verant-

220 Diese Auffassung findet sich auch bei Barry G. Rabe, *The Refederalization of American Health Care*, in: *Medical Care Review*, 44 (1987), S. 51, und Nexon, *The Politics of Congressional Health Policy*, a.a.O., S. 85.

221 Vgl. Rabe, *The Refederalization*, a.a.O., S. 59.

222 Eine gute Übersicht findet sich bei Winfried Steffani, *Opposition und Kooperation. Präsident und Kongreß in der Ära Reagan*, in: Hartmut Wasser (Hrsg.), *Die Ära Reagan: eine erste Bilanz*, Stuttgart: Klett-Cotta 1988, S. 86.

223 Brownstein, *Credentialing the Right*, a.a.O., S. 1764.

wortung im Gesundheitssektor um. Die Fortführung einer marktorientierten Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel die Reform der Besteuerung privater Krankenversicherungsprämien oder die Ausgabe von Gutscheinen an die Anspruchsberechtigten staatlicher Gesundheitsprogramme, stieß entweder auf parlamentarischen Widerstand oder versprach keine nennenswerten Einsparungen im Staatshaushalt.

Und genau darin dürfte eine der entscheidenden Ursachen für die Rückkehr zum interventionistischen Strategiemodell liegen. Mit dem explodierenden Haushaltsdefizit verengte sich nämlich das Zielspektrum der Reagan-Administration zunehmend auf die Budgetpolitik. Die Frage nach der treibenden Kraft der Reaganschen Gesundheitspolitik wußte der republikanische Abgeordnete Bill Gradison so zu beantworten: »I would say the three most important considerations are cost cutting, cost cutting, and cost cutting.«²²⁴ Während der Umbau des Gesundheitssektors in ein weitgehend marktgesteuertes Versorgungssystem ein langwieriges Vorhaben mit ungewissem Ausgang darstellte, versprach eine Steuerungstechnik wie die DRGs rasch wirkende Spareffekte. Der weitere Verlauf der Gesundheitspolitik der Reagan-Administration wurde unübersehbar von dieser starken Budgetfixierung geprägt.

b) Gesundheitspolitik im Zeitalter der »Megadeficits«

Bereits im Deficit Reduction Act von 1984 (DEFRA - P.L. 98-369) wurden die Konturen einer neuen strategischen Zielrichtung der Gesundheitspolitik sichtbar. Gesetzliche Veränderungen betrafen seither fast ausschließlich Medicare und Medicaid; Kürzungen bei Gesundheitsprogrammen gingen nicht mehr allein zu Lasten der Konsumenten, sondern betrafen zunehmend auch die Leistungsanbieter; und obwohl nach wie vor Budgetausterität dominierte, ergaben sich Möglichkeiten für einige bescheidene Leistungserweiterungen. Diese inhaltlichen Veränderungen stehen in Zusammenhang mit einem - vom Kongreß vollzogenen - »process of institutional adaption«²²⁵, der in der Anwendung eines ganzen Arsenal neuer bzw. noch in den siebziger Jahren kaum zur Anwendung gelangter Entscheidungstechniken besteht. Verfahrensregeln wie das »legis-

224 Iglehart, Conversation with Bill Gradison, a.a.O., S. 42.

225 Roger H. Davidson, The New Centralization on Capitol Hill, in: Review of Politics, 50 (1988), S. 348.

lative packaging«, die »reconciliation« oder die »fast track« und »omnibus bills« haben den Gesetzgebungsprozeß nachhaltig verändert. Der »obstacle course on Capitol Hill« - so ein bekannter Buchtitel aus den sechziger Jahren -, der geprägt war von einem dezentralisierten, wenig durchschaubaren und nicht selten chaotisch anmutenden Entscheidungsprozeß, in dem egozentrische Abgeordnete und »Ausschlußherrschaft« (Steffani) regierten, ist in den achtziger Jahren - besonders im Budgetprozeß - einem relativ zentralisierten, regelgebundenen und hierarchischen Entscheidungsstil gewichen. Der noch vor wenigen Jahren gewonnene Eindruck, es handele sich dabei um den Übergang zu einer »kollegialen« Form der Entscheidungsfindung²²⁶, hat sich mittlerweile zu der These verdichtet, daß der Kongreß von einer »new centralization«²²⁷ erfaßt worden ist.

Die Ursachen dieser Entwicklung sind unschwer erkennbar. Der Kongreß hat mit der Modernisierung seiner Geschäftsordnung auf eine ökonomische Verteilungssituation reagiert, für die die etablierten Verfahrensregeln zunehmend dysfunktional wurden. Da es den Kongreßabgeordneten in einer Ära der »megadeficits«²²⁸ immer seltener möglich ist, sich durch besondere Ausgabenfreudigkeit in ihrem Wahlkreis zu profilieren, wird das Abstimmungsverhalten mehr und mehr vom Kalkül der Schadensbegrenzung beherrscht: »(. . .) blame avoidance replaces credit claiming as a lawmaking strategy.«²²⁹ Der Umbau parlamentarischer »standard operating procedures« besaß für die Gesundheitspolitik auch inhaltliche Konsequenzen. Da der Kongreß in wachsendem Maße zum »legislative packaging« tendiert, bei dem ganze Gesetzesbündel zu einem Paket geschnürt werden, deren Abstimmung nach dem »Alles-oder-Nichts-Prinzip« erfolgt, wird die Zustimmungsbereitschaft zu derartigen »omnibus« oder »megabills« nicht selten dadurch zu sichern versucht, daß neben Leistungseinschränkungen auch selektive Leistungserweiterungen eingebaut werden.

Zwar standen Medicare und Medicaid weiterhin im Mittelpunkt, da ihr finanzieller Umfang beträchtlich größere Einsparungen ermöglicht, als wenn man zum Beispiel Kürzungen im Indian Health Service-Program

226 So zum Beispiel Steven S. Smith, *New Patterns of Decisionmaking in Congress*, in: John E. Chubb und Paul E. Peterson (Hrsg.), *New Directions in American Politics*, Washington, DC: Brookings, S. 204 ff.

227 Davidson, *The New Centralization*, a.a.O.

228 Vgl. Schick, *The Budget as an Instrument*, a.a.O.

229 Vgl. Davidson, *The New Centralization*, a.a.O., S. 354.

vornehmen würde. Die Konzentration auf die großen Budgetblöcke erhielt durch die Verabschiedung des Balanced Budget and Emergency Deficit Control (Gramm-Rudman-Hollings) Act (P.L. 99-177) im Jahr 1985 zusätzlichen Auftrieb. Da auf der anderen Seite aber auch eine Fülle von Einzelregelungen in den Haushaltsresolutionen beinhaltet sind, konnten unter dem Schutz von Gesetzespaketen auch selektive Programmerweiterungen den Kongreß passieren.²³⁰ So war im DEFRA außer einem »fee freeze« für die ambulante Behandlung von Medicare-Patienten auch eine lange Zeit umstrittene Leistungserweiterung des Medicaid-Programms beinhaltet.

Das Einfrieren der Ärztehonorare stellte für die AMA einen schweren Rückschlag in ihrer ansonsten so erfolgreichen Honorarpolitik dar, denn an der Gebührenbemessung durch die UCR-Formel hatte sich seit der Einführung von Medicare und Medicaid kaum etwas geändert. Staatliche Versuche, die expansive Dynamik der Honorarentwicklung in den Griff zu bekommen, blieben - wie bei der seit 1975 praktizierten Orientierung der jährlichen UCR-Anpassung an einen Medicare Economic Index - zaghaft und ohne nennenswerte Effekte.²³¹ Eine Eigenheit der Ärztehonorierung besteht darin, daß im Gegensatz zu Kanada und den meisten europäischen Ländern, wo keine zusätzlichen Gebühren (»extra« bzw. »balance billing«) von sozialversicherten Patienten erhoben werden dürfen, das amerikanische Medicare-Programm zwei Optionen beinhaltet, die dem Arzt die eigenständige Anhebung der Honorare erlauben. Eine Variante besteht darin, daß der behandelnde Arzt eine Abtretung vom Patienten (»assignment«) akzeptiert und seine Honorarforderung direkt an Medicare richtet. In diesem Fall dürfen vom Patienten keine zusätzlichen Gebühren erhoben werden. Bei der zweiten Variante, dem »non-assignment«, wird das Honorar direkt vom Patienten bezahlt, der dann gemäß der UCR-Gebührenbemessung eine Rückerstattung vom Medicare-Programm erhält. Bei diesem Verfahren ist es dem Arzt gestattet, über UCR hinausgehende Honorare zu erheben.²³² Des weiteren konnte der Arzt

230 Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 230; Brown, *New Activism*, a.a.O., S. 4 ff.; Bill Gradison, *Congressional Health Policy Issues*, in: Frank B. McArdle (Hrsg.), *The Changing Health Care Market*, Washington, DC: Employee Benefit Research Institute 1987.

231 Vgl. John F. Holahan, *Balance Billing and Physician Participation*, in: John F. Holahan und Lynn M. Etheredge (Hrsg.), *Medicare Physician Payment Reform. Issues and Options*, Washington, DC: Urban Institute 1986, S. 98.

232 Vgl. *Physician Payment Review Commission, Annual Report to Congress*, Washington, DC 1988, S. 129 ff.

nicht nur pro Fall (»case-by-case«) - eine Entscheidung, die je nach Einschätzung der Zahlungsfähigkeit des jeweiligen Medicare-Patienten gefällt wurde -, sondern zusätzlich auch nach Einzelleistungen (»claim-by-claim«) über das assignment entscheiden. Diese Praxis ist in den USA unter zunehmende Kritik geraten, da außer dem inflationären Effekt der UCR-Formel, die eine schwere Belastung für den Staatshaushalt darstellt, das balance billing mit dazu beigetragen hat, daß die Gesundheitsausgaben der über 65-jährigen mit rund 15 Prozent ihres Einkommens Mitte der achtziger Jahre wieder an jenem hohen Niveau angelangt waren, mit dem 1965 die Einführung von Medicare begründet wurde.²³³

Als der Kongreß 1984 - das der republikanische Mehrheitsführer im Senat, Robert Dole, vieldeutig als »the year of the doctor«²³⁴ bezeichnet hatte - erneut Einsparungsmöglichkeiten im Budget suchte, konnte es nicht ausbleiben, daß dem DRG-Kostendeckel für Teil A des Medicare-Programms nun entsprechende Schritte für Teil B folgen würden. Die AMA war zunächst darum bemüht, gesetzliche Maßnahmen durch einen Aufruf an ihre Mitglieder zu einem einjährigen Honorarstop abzuwenden.²³⁵ Mit dieser Strategie waren die AMA und andere Verbände zuletzt beim Hospital Cost Containment Act von 1979 erfolgreich gewesen. Damals hatte die Ankündigung eines »Voluntary Effort« der AHA, der FAHS und der AMA, der eine freiwillige Preisdisziplin vorsah, wesentlich zum Scheitern der Gesetzesvorlage beigetragen.²³⁶ Die erwiesenermaßen geringe Wirkung dieser »freiwilligen Bemühung« hatte die Glaubwürdigkeit derartiger Selbstbeschränkungsregelungen jedoch nachhaltig erschüttert.

Neben der deutlich reduzierten Veto-Macht der AMA verdankte sich die Entscheidung für eine Honorarbegrenzung vor allem den Kompromißzwängen der gestrafften parlamentarischen Verfahrensregeln. Ursprünglich gingen die Vorstellungen über die Einsparungen bei Medicare zwischen beiden Häusern des Kongresses weit auseinander. Der (seinerzeit noch republikanisch beherrschte) Senat verlangte Kürzungen in Höhe von 8 Milliarden, während das Repräsentantenhaus nicht mehr als 1 Milliarden Dollar konzedieren wollte. Unter dem Zeit- und Entscheidungs-

233 Ebd., S. 130.

234 Zitiert nach Linda Demkovich, Congress Eyes Limits on Doctors' Fees to Remedy Runaway Medicare Costs, in: National Journal, 16 (1984), S. 652.

235 Ebd., S. 654.

236 Siehe dazu ausführlich Abernathy und Pearson, Regulating Hospital Costs, a.a.O.

druck der Haushaltsresolution²³⁷ wurde im Vermittlungsausschuß zwischen den beiden demokratischen Ausschußvorsitzenden Dan Rostenkowsky (House Ways and Means) und Henry A. Waxman (House Energy and Commerce Subcommittee on Health) sowie Robert Dole, der im Senat den Vorsitz des bedeutenden Finanzausschusses führte²³⁸, und David Stockman schließlich ein Kompromiß ausgehandelt, der im Medicare-Programm Einsparungen von insgesamt 7,1 Milliarden Dollar vorsah, die zu einem Drittel durch einen Honorarstop erzielt werden sollten.²³⁹ Auf dem selbem legislativen Wege passierte auch das Child Health Assurance Program den Kongreß, das die Anspruchsberechtigung von Kleinkindern im Rahmen des Medicaid-Programms erweitert. An diesem Vorhaben war die Carter-Administration noch gescheitert.²⁴⁰ Zwar haben die Medicare-Versicherten einen großen Teil der Einsparungen aus dem DEFRA über die sukzessive Anhebung der monatlichen Prämien für die Supplementary Medical Insurance selbst zu tragen, andererseits ist erstmals eine direkte Steuerung der ärztlichen Honorare durchgesetzt worden.

Der Honorarstop galt für alle an Medicare teilnehmenden Ärzte. Um zu verhindern, daß die Ärzteschaft das Einfrieren ihrer Honorare durch die Erhebung zusätzlicher Gebühren bei den Patienten umgeht, wurde eine Unterteilung in »participating« und »nonparticipating physicians« vollzogen, die von mehreren Ärzteverbänden gerichtlich angefochten wurde, allerdings erfolglos.²⁴¹ Diejenigen Ärzte, die sich am Participating Physician and Supplier Program beteiligten²⁴², gingen damit die Verpflichtung ein, das assignment für alle Medicare-Patienten zu akzeptieren. Den nonparticipating physicians blieb es zwar unbenommen, auch weiterhin gesonderte Honorare vom Patienten zu verlangen, jedoch nur bei gleichzeitiger Inkaufnahme finanzieller Sanktionen. Die teilnehmenden Ärzte wurden in vielfacher Weise bevorzugt: ihr Honorarstop endete im Mai 1986, während er für die nicht teilnehmenden Ärzte bis zum Januar 1987 verlängert wurde; seit 1987 wurden die nicht teilnehmenden Ärzte

237 Vgl. Sturm, Strategien institutioneller Politiksteuerung, a.a.O., S. 318 ff.

238 Vgl. Nexon, The Politics of Congressional Health Policy, a.a.O., S. 73 ff.

239 Vgl. Linda Demkovich, Congress Eyes Limits on Doctors' Fees, a.a.O., S. 654.

240 Vgl. Nexon, The Politics of Congressional Health Policy, a.a.O., S. 82.; Brown, New Activism, a.a.O., S. 4 ff.

241 Jane Orient, Who Will Control Medical Care, in: The Freeman, März-Heft (1986), S. 109.

242 Vgl. Physician Payment Review Commission, Annual Report to Congress, S. 135.

partiell von der allgemeinen Honorarentwicklung abgekoppelt, da ihre jährliche UCR-Anpassung durch die Anbindung an eine »maximum allowable charge« niedriger ausfällt; zudem werden ihre Honorarforderungen langsamer beglichen. Der Erfolg dieser finanziellen Sanktionen blieb nicht aus: die Zahl derjenigen Ärzte, die das assignment akzeptierten, und damit das finanzielle Risiko der Patienten minderten, erhöhte sich zwischen 1984 und 1987 von 59,2 auf 73,4 Prozent.²⁴³

Die Ärztehonorare blieben auch im 99. Kongreß (1985 - 1986) Ziel der Gesundheitspolitik.²⁴⁴ Dieser Schritt war bereits aufgrund der Verschiebungen zwischen Teil A und Teil B, deren Kostenanteile am Medicare-Programm sich zwischen 1982 und 1988 von 70:30 auf 60:40 verschoben hatten, unausweichlich. Zu einem guten Teil ist dies auf die Steuerungswirkungen der DRGs zurückzuführen. Denn die durchschnittlichen Steigerungsraten der Krankenhausaussgaben von Medicare (Teil A) sind zwischen 1984 und 1988 von ehemals 19 auf nurmehr 6,9 Prozent gesunken.²⁴⁵ Während also im stationären Sektor der Ausgabenanstieg begrenzt werden konnte, war die Ausgabendynamik für die ambulante Versorgung ungebrochen. Vieles deutet darauf hin, daß in nicht allzuferner Zukunft ein an der Harvard School of Public Health entwickelter Gebührenmaßstab (»relative value scale«) für die Honorierung der ambulanten Behandlung von Medicare-Patienten eingeführt wird.²⁴⁶ Der spürbare Kostendämpfungseffekt und der Präzedenzfallcharakter der DRGs würden dann die Voraussetzungen für diese spektakuläre Reform gebildet haben.

Eine wichtige Weichenstellung in diese Richtung nahm der Kongreß mit dem COBRA (Consolidated Budget Reconciliation Act of 1985, P.L. 99- 272) vor. Als Bestandteil dieses Budgetgesetzes wurde die Physician Payment Review Commission (PPRC) ins Leben gerufen, deren Aufgabe darin besteht, als unabhängiges Sachverständigengremium die Anwendungsmöglichkeiten eines prospektiven Honorierungsverfahrens auch für

243 Vgl. Physician Payment Review Commission, Annual Report to Congress, S. 243.

244 Vgl. Julie Kosterlitz, Billing Bigger, in: National Journal, 19 (1987), S. 2960.

245 Vgl. Iglehart, Payment of Physicians under Medicare, a.a.O., S. 864.

246 Vgl. William L. Roper, Perspectives on Physician-Payment Reform, in: New England Journal of Medicine, 319 (1988), S. 865 ff. Zum Hintergrund der Diskussion siehe Kathryn M. Langwell und Lyle M. Nelson, Physician Payment Systems: A Review of History, Alternatives and Evidence, in: Medical Care Review, 43 (1986).

den Teil B des Medicare-Programms, also die niedergelassenen Ärzte, auszuloten.²⁴⁷ Zum Vorsitzenden der Commission wurde der politisch als liberal geltende Sozialwissenschaftler Philip R. Lee (UCLA) ernannt, der bereits in der Endphase der Johnson-Administration als »assistant secretary« im DHEW tätig war. Für die organisierte Ärzteschaft stellt die PPRC ein neuerliches Problem dar. Nicht nur, daß dieses Gremium vom Kongreß als eigenständiges Instrument zur Informationsgewinnung und Entscheidungsvorbereitung betrachtet wird, das die parlamentarische Abhängigkeit sowohl von organisierten Interessen wie von der Exekutive mindern soll; zudem hat der politisch kaum noch abwendbare Schritt der Einführung einer Gebührenordnung weitere Spannungen zwischen verschiedenen Facharztgruppen hervorgerufen. So haben beispielsweise die Radiologen, vertreten durch das American College of Radiology, gegen den ausdrücklichen Widerspruch der AMA eine gesonderte Gebührenordnung mit der HCFA vereinbart, da sie von einer DRG-ähnlichen Honorierung, wie sie von der PPRC angestrebt wird, eine Diskriminierung der Fachärzte gegenüber AllgemeinmedizinerInnen befürchteten.²⁴⁸

7.4.3 Der Ausklang der Ära Reagan: Von der ökonomischen Rationalisierung zur sozialen Schadensbegrenzung

Das Ende der Marktreform als hegemonialem Diskurs in der Gesundheitspolitik zeichnete sich im Verlauf des 100. Kongresses (1987 - 1988) ab. Am 1. Juli 1988 unterzeichnete Ronald Reagan den Medicare Catastrophic Coverage Act (P.L. 100-360 - MCCA), der lang beklagte finanzielle Lücken im Versicherungsschutz der Altersbevölkerung schließt und aufgrund der damit verbundenen Ausdehnung staatlicher Verantwortung bei den Markt-Puristen innerhalb der Reagan-Administration auf Widerspruch traf. Der MCCA stellt aber weder einen Widerruf der bisherigen Politik der Reagan-Administration dar noch ist es zutreffend, diesen Schritt lediglich als »accident of politics«²⁴⁹ einzustufen. Dieser Eindruck mochte sich aufgedrängt haben, als Ronald Reagan während einer Pressekonferenz im Januar 1986 auf die Frage nach den Leistungslücken von

247 Vgl. U.S. Congressional Budget Office, *Physician Reimbursement Under Medicare: Options for Change*, Washington, DC: Government Printing Office 1986.

248 Vgl. Iglehart, *Payment of Physicians under Medicare*, a.a.O., S. 866.

249 Vgl. Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 213.

Medicare keine konkrete Antwort zu geben wußte und damit ungewollt die öffentliche Aufmerksamkeit auf dieses Thema lenkte. Aber ganz so zufällig wie es scheint verlief der gesundheitspolitische Agenda-Wechsel nicht. Eher ist die Vermutung gerechtfertigt, daß das neuerwachte Interesse an den Kosten der »catastrophic illness« einen abermaligen politikstrategischen Umschwung reflektiert - diesmal wieder in Richtung mehr Staat.

a) Agenda-Wechsel in der amerikanischen Gesundheitspolitik

Die signifikanten Verschiebungen im gesundheitspolitischen Netzwerk hatten sich als strategisch ambivalent erwiesen, so daß sich keine eigendynamische Fortführung der Markt- und Deregulierungspolitik der Jahre 1981 und 1982 einstellte. Wie Kingdon an verschiedenen Beispielen gezeigt hat²⁵⁰, können politische Handlungschancen nicht beliebig über längere Zeiträume stabilisiert werden. Besonders in einem kaum berechenbaren Regierungssystem wie dem der USA, führen nicht genutzte Chancen in der Regel dazu, daß das window of opportunity sehr rasch und kaum wiederbringlich verschwindet. Und in der Tat hatte die Reagan-Administration ihre Chancen in der Gesundheitspolitik teilweise ungenutzt verstreichen lassen. Als nun der »Issue-Attention Cycle«²⁵¹ der Kostenentwicklung als einzig relevantem Problem der Gesundheitspolitik gegen Mitte der achtziger Jahre seinem Ende zuzuging, wurde auch die Fortführung der Marktstrategie immer schwerer. Zwar blieb das Problem der Kostenentwicklung bestehen, gleichzeitig drängten über Jahre hinweg unterdrückte Themen, wie Zugang zur medizinischen Versorgung oder Qualitätssicherung, die unter Reagan deutlich an Virulenz gewonnen haben, wieder auf die politische Tagesordnung. Damit tauchte ein im Rahmen des hier verwendeten Begriffs- und Erklärungsrahmens nur schwer zu bewältigendes Phänomen auf: Die abhängige Variable, also der Politikverlauf mit einem partiell erfolgreich vollzogenen Strategiewechsel, wird selbst zur unabhängigen Variable, deren Folgewirkungen wiederum Einfluß auf den Politikverlauf gewinnen. Solche zirkulären Wirkungszusammenhänge können nur sehr mittelbar auf institutionelle Bedingungen und Netzwerkstrukturen zurückgeführt werden. Dies gilt ebenfalls für das Phänomen des »policy learning«, das die Politik der Reagan-Administration

250 Vgl. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, a.a.O., S. 177 f.

251 Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, a.a.O., S. 178.

in ihrer Endphase beeinflusste. Obwohl kein Zweifel darüber besteht, daß Konkurrenz und Wettbewerb im Gesundheitssektor seit Beginn der achtziger Jahre signifikant zugenommen haben, ließ sich zu keinem Zeitpunkt ein schlüssiger Beleg für die kostensparende Wirkung dieser Entwicklung aufzeigen.²⁵²

Damit wird verständlich, warum das Thema »access«, zu dessen Verschärfung die Reagan-Administration selbst beigetragen hatte, in der öffentlichen Diskussion immer breiteren Raum einnahm.²⁵³ Die restriktivere Fassung der Anspruchskriterien für Medicaid, die Streichung ganzer Gesundheitsprogramme im Rahmen der Block Grant-Gesetzgebung und die starke Anhebung der ohnehin hohen Eigenleistungen für Medicare haben die finanziellen Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung weiter erhöht. Die Existenz von ca. 38 Millionen Amerikanern, die über keinerlei Versicherungsschutz für den Krankheitsfall verfügen, konnte nicht länger als privates Problem der Betroffenen abgewiesen werden.²⁵⁴ Einen wichtigen Einfluß auf die Themenkonjunktur übten auch die Kongreßwahlen Ende 1986 aus, die mit einer klaren demokratischen Mehrheit in beiden Häusern des Kongresses endeten. Einflußreiche Demokraten wie Edward Kennedy, der erneut den Vorsitz des für Medicare zuständigen Senate Labor and Human Resources Committee übernahm, oder Lloyd Bentsen, der Bob Dole als Vorsitzender des Finanzausschusses ablöste, nutzten die verbesserten Durchsetzungschancen für ihre politischen Präferenzen und griffen das Thema »access« bereitwillig auf.

Diese Konstellation konnte auch die Politik der Regierung nicht unbeeindruckt lassen. Die neue gesundheitspolitische Prioritätenliste der Reagan-Administration, die der Leiter der HCFA, William L. Roper, im Jahr 1986 vorstellte, liest sich stellenweise wie ein Kontrastprogramm zu den Forderungen der frühen achtziger Jahre.²⁵⁵ Neben der Ausdehnung von Medicare auf die »catastrophic illness expenses« stehen die Versorgung

252 Vgl. Lawrence D. Brown, Afterword, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (1988) (Special Issue on Competition in the Health Sector: Ten Years Later), S. 362; ähnlich Louis Quam, Post-War American Health Care: The Many Costs of Market Failure, in: *Oxford Review of Economic Policy*, 5 (1989).

253 Vgl. Hoadley, *Health Care in the Unites States*, a.a.O.

254 Zu dieser neueren Diskussion vgl. E. Richard Brown, Principles for a National Health Program: A Framework for Analysis and Development, in: *Milbank Quarterly*, 66 (1988).

255 Vgl. William L. Roper, Health Policy Priorities under the Reagan Administration, in: Frank B. McArdle (Hrsg.), *The Changing Health Care Market*, Washington, DC: Employee Benefit Research Institute 1987.

von Pflegefällen, Gesundheitsprogramme für sozial Schwache und die Qualitätssicherung im Mittelpunkt, und aus dem möglichst weitgehenden Rückzug des Staates ist nun die »cooperation between the public and private sectors«²⁵⁶ geworden.

Anders als in den siebziger Jahren konzentrierte sich die Diskussion um die finanziellen Zugangsbarrieren für einzelne Bevölkerungsgruppen nun weniger auf die Forderung nach einer gesetzlichen Krankenversicherung. In den Mittelpunkt rückten vielmehr die Leistungslücken von Medicare (»medigap«), da sie eine politisch besonders schutzbedürftige Bevölkerungsschicht tangierten. Indem das breite Thema Zugang zur medizinischen Versorgung mit rund 38 Millionen Betroffenen auf die finanziell leichter zu bewältigende Größenordnung von ca. 800 000 Personen zu rechtgestutzt wurde, die bei einer Ausdehnung von Medicare zu den Nutznießern gehören würden, wurde eine parlamentarische Lösung möglich.

Der Kongreß hatte bereits seit 1985 mehrfach die Initiative ergriffen und ohne Zutun der Reagan-Administration Gesetze verabschiedet, die eine neue Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik signalisierten. Dies galt sowohl für das Child Health Assurance Program, den Health Care Quality Improvement Act (P.L. 99-660), der die Position der Konsumenten gegenüber der medizinischen Profession bei ärztlichen Kunstfehlern stärken soll²⁵⁷, wie auch für eine in den COBRA 1985 eingebaute »anti-dumping«-Vorschrift, die es Krankenhäusern verbietet, die Aufnahme von medizinisch gefährdeten Patienten zu verweigern.²⁵⁸ Darüber hinaus wurden erneute Kürzungsvorschläge der Reagan-Administration für Medicare und Medicaid vom Kongreß abgelehnt.²⁵⁹ Mochte man die Austeritätspolitik unter Reagan als Rationalisierungsmaßnahme für die finanziell außer Kontrolle geratenen sozialpolitischen »breakthrough«-Programme der Great Society-Ära betrachten²⁶⁰, so kann die abermalige Wende in

256 Ebd., S. 256.

257 Siehe dazu ausführlich Jack R. Bierig und Robert M. Portman, *The Health Care Quality Improvement Act of 1986*, in: *St. Louis University Law Journal*, 32 (1988); U.S. Department of Health and Human Services, *Report of the Task Force on Medical Liability and Malpractice*, Washington, DC: Government Printing Office 1987.

258 Vgl. Nexon, *The Politics of Congressional Health Policy*, a.a.O., S. 83.

259 Vgl. Louis Stokes, *Present and Future Action on Federal Health Care Policy*, in: *Health Matrix*, 5 (1987), S. 40 ff.

260 So zum Beispiel Lawrence D. Brown, *New Policies, New Politics: Government's Response to Government's Growth*, Washington, DC: Brookings 1983.

der Gesundheitspolitik als Versuch der sozialen »rationalization« im Sinne einer Schadensbegrenzung verstanden werden.

b) Der Medicare Catastrophic Coverage Act

Das Vorspiel zum MCCA nahm seinen Ausgang an einer personellen Weichenstellung im Dezember 1985. Die Ernennung von Otis Bowen, damals Gouverneur von Indiana, zum neuen Gesundheitsminister hatte programmatischen Charakter. Denn Bowen - im bürgerlichen Beruf praktischer Arzt - war als ehemaliger Vorsitzender des für die Rentenversicherung zuständigen Advisory Council on Social Security für sein besonderes Engagement an den sozialen Problemen der Altersbevölkerung bekannt.²⁶¹ Der neue Gesundheitsminister legte bereits 1986 einen Report mit dem Titel »Catastrophic Illness Expenses« vor, in dem eine Begrenzung der Selbstbeteiligung von Medicare-Patienten auf 2 000 Dollar im Jahr sowie eine zeitlich unbegrenzte Krankenhausversorgung vorgeschlagen wurde. Die Finanzierung sollte über eine monatliche Prämie von 4,92 Dollar erfolgen. Ronald Reagan schloß sich während seiner »State of the Union Message« im Januar 1987 dem Vorschlag Bowens an.²⁶²

Die politische Bedeutung dieser Thematik wird ersichtlich, wenn man sich der für europäische Verhältnisse ungewöhnlich tiefen Leistungslücken von Medicare vergegenwärtigt. Da das Ziel einer umfassenden Absicherung in der amerikanischen Sozialpolitik nie als Leitlinie fungiert hat, werden selbst bei einem ohnehin selektiven Versicherungsprogramm wie Medicare nicht nur hohe finanzielle Eigenbeiträge fällig, sondern auch der Leistungsgewährung sind zeitlich und inhaltlich rigide Grenzen gesetzt.²⁶³ Über die Hospital Insurance (Teil A) wurden pro Einweisung zum Beispiel nur 90 Krankenhauspflegetage finanziert, ergänzt von einer einmaligen Reserve von 60 Tagen. Der Patient hat für jeden Krankenhausaufenthalt eine Eigenbeteiligung zu entrichten, deren Umfang sich zwischen 1967 und 1985 auf 400 Dollar verzehnfacht hat. Ebenso ist die Versorgung in einem Pflegeheim auf 100 Tage begrenzt. In der Supplementary Medical Insurance (Teil B) hat der Versicherte außer seiner monatlichen Prämie von 15,50 (1985) und einer Abzugsfranchise von 75 Dol-

261 Vgl. Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 213.

262 Vgl. *Congressional Digest*, 66 (1987) Supplement, *Catastrophic Health Insurance*, S. 102.

263 Vgl. Gornick u.a., *Twenty Years of Medicare and Medicaid*, a.a.O., S. 14 f.

lar pro Jahr zusätzlich eine prozentuale Selbstbeteiligung von 20 Prozent der anfallenden Kosten (unabhängig von assignment) zu tragen. Arzneimittelverordnungen, Vorsorgeuntersuchungen und zahnmedizinische Leistungen sind nur zum kleinen Teil oder gar nicht in Medicare beinhaltet. Angesichts dieser begrenzten Leistungsgewährung wird der Sinn des Begriffs »catastrophic« verständlich, der nicht der Krankheitsschwere, sondern den finanziellen Folgekosten gilt.

Politisch umstritten blieben die Art die Finanzierung und der Umfang der anvisierten Leistungserweiterung. Die Gegner aus der Reagan-Administration betrachteten den Vorschlag von Bowen als potentiellen »budget-buster«²⁶⁴, da die Kalkulation der Prämie viel zu niedrig ausgefallen sei und die zusätzlichen Kosten letztlich aus dem Bundeshaushalt gedeckt werden müßten. Beryl W. Sprinkel, Vorsitzender des Council of Economic Advisors, bezeichnete den Gesetzentwurf als »inconsistent with the administration's policies to strengthen competitive markets, to restrain the growth of federal spending, (and) to use private-sector solutions whenever possible (. . .)«.²⁶⁵ Von Seiten der Verbände kam der stärkste Widerstand von der durch die HIAA vertretene Versicherungsindustrie, die befürchtete, daß der Ausbau von Medicare den lukrativen Markt für private medigap-Versicherungen aushöhlen würde.²⁶⁶ Auch eine Reihe von republikanischen Abgeordneten sahen in einem steuerlich begünstigten individuellen Sparsystem die ordnungspolitisch geeignetere Lösung.²⁶⁷ Zwar wurde im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens eine Ausdehnung von Medicare auf die Hauskrankenpflege, wie sie vereinzelt von den Demokraten gefordert worden war, abgelehnt, aber der letztlich zustandene gekommene Kompromiß über den MCCA ist ein Beleg für das ideologische Ende der Ära Reagan im Gesundheitssektor.

Durch den MCCA traten eine Reihe von Leistungsverbesserungen in Kraft, die das finanzielle Risiko einer Erkrankung im Alter merklich senken.²⁶⁸ Die wichtigste Regelung betrifft die Krankenhausversorgung, für die das Medicare-Programm seit Januar 1989 ohne zeitliche Begrenzung

264 Vgl. Fuchs und Hoadley, *Reflections from Inside*, a.a.O., S. 214.

265 Zitiert nach Iglehart, *The Political Contest*, a.a.O., S. 643.

266 Vgl. John K. Iglehart, *Medicare's New Benefits: »Catastrophic« Health Insurance*, in: *New England Journal of Medicine*, 320 (1989), S. 330 ff.

267 Vgl. *Congressional Digest, Catastrophic Health Insurance*, a.a.O., S. 103.

268 Vgl. U.S. Senate Special Committee on Aging, *Aging America. Trends and Projections, 1987-88 Edition*, Washington, DC: Government Printing Office 1988, S. 2.; Iglehart, *Medicare's New Benefits*, a.a.O.

aufkommt. Immerhin bleibt aber die jährliche Selbstbeteiligung in Höhe von 594 Dollar (1989) bestehen. Ebenfalls ausgeweitet wurde die Zahl der erstattungsfähigen Pflegeheimtage, und zwar von 100 auf 150. Eine Begrenzung der finanziellen Belastungen gilt ab 1990 auch für Teil B von Medicare. Überschreitet die Summe der Abzugsfranchise, die bestehen bleibt, und die prozentuale Selbstbeteiligung die Grenze von 1 370 Dollar, werden von da ab anfallende Kosten der ambulanten Versorgung voll durch das Medicare-Programm gedeckt. Erstmals werden ab 1990 auch teilweise die Arzneimittelkosten von Medicare übernommen. Nachdem eine Grenze von 600 Dollar im Jahr überschritten wird, muß der Versicherte dann nur noch einen Teil der Kosten tragen. Für 1991 ist eine 50-prozentige Kostenübernahme durch das Medicare-Programm geplant, die in den folgenden Jahren schrittweise angehoben werden soll. Gegen diese Ausweitung des Medicare-Programms sprach sich bezeichnenderweise die Pharmaceutical Manufacturers Association aus, weil sie - sicher mit gutem Grund - befürchtet, daß in dem Moment, in dem der Staat in die Finanzierung der Arzneimittel eintritt, auch die Kosten zum staatlichen Problem werden und regulative Eingriffe zu erwarten sind.²⁶⁹ Damit erklärt sich auch, warum die pharmazeutische Industrie im hier behandelten amerikanischen Fall gar nicht in Erscheinung getreten ist.

Einen weiteren Beleg für den strategischen Umschwung am Ende der zweiten Amtsperiode Ronald Reagans bietet die Finanzierung des MCCA, die aus zwei Quellen erfolgt. Ein Teil der Kosten wird ab 1989 durch eine Zusatzprämie der Medicare-Versicherten in Höhe von 4 Dollar pro Monat getragen, während ein anderer Teil in Verbindung mit der jährlichen Einkommenssteuererhebung gedeckt wird. Diese zweite Finanzierungskomponente ist bis zu einem Maximalbetrag von 800 Dollar pro Jahr einkommensabhängig. Zwar werden durch den Umfang dieses Finanzierungsverfahrens kaum spürbare Umverteilungswirkungen ausgelöst werden, aber die Tatsache, daß hier erstmals eine einkommensabhängige Regelung in das Medicare-Programm eingebaut worden ist, stellt dank des vehementen politischen Widerstandes gegen derartige Reformen einen ordnungspolitisch bemerkenswerten Einschnitt dar. Daß in der Post-Reagan-Ära mit weitergehenden Maßnahmen zum Abbau bestehender Versorgungslücken an dieses Finanzierungsverfahren angeknüpft wird, ist nicht mehr unwahrscheinlich.

269 Vgl. Iglehart, Medicare's New Benefits, a.a.O., S. 333.

8. Gesundheitspolitik unter der christlich-liberalen Koalition

8.1 Programmatische Vorgaben in der Gesundheitspolitik

In Kapitel 5 wurde bereits ausgeführt, daß der sozialpolitische Strategiewechsel der CDU seit Mitte der siebziger Jahre, bedingt vor allem durch strukturelle Faktoren der Parteiorganisation, keineswegs so durchschlagend vollzogen worden war, wie in der öffentlichen Diskussion häufig unterstellt. Dieser Eindruck findet auch bei genauerer Betrachtung der in dieser Periode erarbeiteten Sachprogramme eine Bestätigung, insbesondere beim 1978 verabschiedeten gesundheitspolitischen Programm der CDU.¹ Obwohl die Union seither über das ausführlichste programmatische Dokument aller bundesdeutschen Parteien zur Gesundheitspolitik verfügt, sind die darin geäußerten Vorstellungen an vielen Stellen ausgesprochen vage, so daß sich nur wenige konkrete Schritte und Strategien herauskristallisieren lassen. Den Schwerpunkt bildet eine Auflistung programmatischer Allgemeinplätze über Freiheit und Solidarität, dem Recht auf Selbstbestimmung, der Pflicht zur Selbstverantwortung, dem Vorrang der Familie, der Bedeutung der Selbstverwaltung, den Grenzen der staatlichen Verantwortung usw., die der Neigung der CDU zu ambivalenten Programmaussagen entsprechen.² Ein der CDU nahestehender Autor hat zwar hierin - nach den Abweichungen durch die »der Dialektik zuneigende(n) Mannheimer Erklärung« (!?) - eine Rückkehr zur »theoretischen Grundorientierung des Normativismus« erblickt, muß aber gleichzeitig einräumen, daß »diese Stärke im Normativen (...) letztlich die Schwäche in der Programmatik« sei.³ So ist das gesundheitspolitische Programm im wesentlichen ein Bekenntnis zu den bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung einschließlich Solidarausgleich und Selbstverwaltung, angereichert mit Warnungen vor den Gefahren einer zentralisierten, kollektiven und sozialisierten Gesundheitsversorgung wie sie (angeblich) die SPD anstrebe.

1 Vgl. CDU-Bundesgeschäftsstelle, Gesundheitspolitisches Programm der CDU, Bonn 1978.

2 Vgl. Helga Michalsky, Parteien und Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Sozialer Fortschritt, 33 (1984), S. 136, und generell Ulrich Sarcinelli, Das Grundsatzprogramm der CDU, in: Heino Kaack und Reinhold Roth (Hrsg.), Handbuch des deutschen Parteiensystems, Bd. II, Opladen: Westdeutscher Verlag 1980.

3 Gerhard Wittkämper, Entwicklung und Kritik der gesundheitspolitischen Programme, in: Harald Bogs u.a. (Hrsg.), Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag 1982, S. 298.

Das bereits 1978 offenkundige Problem der Kostenentwicklung, das zweifellos den besten Ansatzpunkt für die Formulierung einer ordnungspolitischen Alternative geboten hätte, wurde erstaunlicherweise mit einiger Vorsicht behandelt. Neben der Forderung, das Leistungsangebot GKV neu zu bestimmen⁴ bzw. von »versicherungsfremden« (Rentnerkrankenversicherung, Mutterschaftsgeld, Sterbegeld usw.) Leistungen zu befreien⁵, setzte die CDU auf Substitution stationärer Leistungen durch den ambulanten Sektor.⁶ Von Markt, Konkurrenz und Wettbewerb ist im Programm an keiner Stelle die Rede, vielmehr wird ausdrücklich auf das Instrument der Konzertierte Aktion als Basis einer freiwilligen Verhaltensabstimmung verwiesen.⁷

Angesichts der in der Neuen Sozialen Frage angeklungenen Kritik gegen organisierte Interessen mag die Präferenz der CDU für ein korporatistisches Steuerungsverfahren im Gesundheitssektor verwunderlich erscheinen, da in der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAG) wiederum nur organisierte Interessen Berücksichtigung finden. Zur Klärung dieses vermeintlichen Widerspruchs muß berücksichtigt werden, daß die Verbändekritik der Union schwerpunktmäßig gegen die Gewerkschaften und keinesfalls gegen die Verbände des Gesundheits- und Sozialsektors gerichtet war. Im Verständnis der Unionsparteien ist die Organisationsform des Verbandes vielmehr ein konstitutives Element des Subsidiaritätsgedankens. Die Alternativen bei der Zuweisung sozialpolitischer Handlungskompetenzen bestehen im Denkmodell der CDU daher weniger zwischen Markt und Staat, sondern vielmehr zwischen Familie, Verband und Staat. Funktion und Arbeitsweise der KAG kommen dem gesundheitspolitischen Rollenverständnis der CDU sehr nahe: »Der Staat soll . . . eigene Leistungen nur so lange und soweit erbringen, wie sie nicht von Dritten in freier Selbstgestaltung und Verantwortung bei gleichen Kosten erbracht werden können«. Er schafft den »hierfür erforderlichen Ordnungsrahmen«, der wiederum »die Grundlage für ein abgestimmtes Handeln aller Verantwortlichen und Beteiligten« bildet.⁸ Die freiwillige Einbindung verbandsförmig organisierter Interessen in die volkswirtschaftliche Verantwortung, wie sie im Rahmen der KAG stattfindet, stellt

4 Vgl. CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 15.

5 CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 17 f.

6 Vgl. CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 18.

7 Vgl. CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 13.

8 CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 11.

also das ordnungspolitische Leistungsoptimum des Staates (Konzertierung ohne Intervention) im Gesundheitssektor dar.

Die Erwähnung der Sozialen Marktwirtschaft als generellem Ordnungsprinzip bleibt dem ebenfalls 1978 verabschiedeten Grundsatzprogramm vorbehalten, in dem festgestellt wird, daß »die Grundsätze der Sozialen Marktwirtschaft (. . .) nicht auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft beschränkt«, sondern »auch in Bereichen wie dem Gesundheits- und Bildungswesen oder dem Umweltschutz anwendbar und verstärkt einzusetzen«⁹ sind. Was dies konkret bedeutet, wird aber auch aus dem nachfolgenden Abschnitt über Gesundheitspolitik kaum ersichtlich: »Auch in der Gesundheitspolitik können wir auf Wirtschaftlichkeit nicht verzichten. Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen mit dem Ziel größerer Wirtschaftlichkeit weiterentwickelt werden. Dabei setzen wir nicht auf staatlichen Dirigismus, sondern auf das verantwortungsbeußte Zusammenwirken der Beteiligten«.¹⁰ Die Neigung zu korporatistischen Steuerungsformen bei der CDU dürfte vor allem auf die größere Vereinbarkeit dieses Steuerungsmodells mit dem Subsidiaritätsprinzip zurückgehen, das mit markt- und wettbewerbsbetonten Steuerungstechniken sehr viel schwerer zu vereinbaren ist.

Die Betonung der gemeinsamen Verantwortung aller Beteiligten¹¹ ist auch im Hinblick auf ein anderes, für die CDU charakteristisches Politikverständnis von Bedeutung: die nach Möglichkeit über Konsensbildung vorzunehmende Entscheidungsfindung. Im gesundheitspolitischen Programm findet dies seinen Ausdruck in der Forderung nach der Einrichtung von drei Sachverständigengremien, die der Bundesregierung und dem Bundesarbeitsminister als wissenschaftliche Beratungsinstanzen beigeordnet werden sollen.¹² Die Indienstnahme wissenschaftlicher Experten ist für die CDU nicht nur aufgrund ihrer programmatischen Unklarheiten hilfreich, sondern sie bietet auch die Möglichkeiten einer außerparteilichen Vorab-Konsensbildung, so daß das von alternativen Lösungsvorschlägen ausgehende Konfliktpotential in der eigenen Partei wie auch im Kontakt mit der Parteiumwelt von vornherein reduziert werden kann.

9 Grundsatzprogramm der CDU, in: Bruno Heck (Hrsg.), Die CDU und ihr Programm, Ernst Knoth: Melle 1979, S. 200.

10 Ebd., S. 203.

11 Siehe auch Heiner Geißler, Neue Soziale Frage, Freiburg i.Br.: Herder 1976, S. 116.

12 Vgl. CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 21.

Daß die Partei nur wenige konkrete Vorschläge entwickelte, hat neben den Zwängen des innerparteilichen Interessenausgleichs eine weitere Ursache in der damaligen Oppositionsrolle der Union. Das gesundheitspolitische Programm diente, wie andere Fachprogramme auch, vor allem der Verdeutlichung dessen, was die Unionsparteien nicht wollen. Die aus der Kritik am sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat heraus entwickelte Programmatik konnte daher kaum die Funktion einer Blaupause für eine künftige Regierungspolitik übernehmen. So unbestreitbar massiv die Wohlfahrtsstaatskritik der Unionsparteien in der Endphase der sozialliberalen Koalition auch ausfiel, so muß gleichzeitig bedacht werden, daß es sich hierbei um einen ideologischen Konfrontationsdiskurs handelte, der in erster Linie gegen die Sozialdemokratie und weniger gegen die Prinzipien des von den Unionsparteien maßgeblich geformten bundesdeutschen Sozialstaats gerichtet war.

Die häufig für die Rhetorik der Wende als charakteristisch betrachteten markt- und wettbewerbsorientierten Reformforderungen wurden vor allem von neoliberalen Wirtschaftswissenschaftlern in die politische Debatte eingeführt. Zwar fanden diese Vorschläge in Teilen der Union ein lebhaftes Echo, andererseits war ihr programmatischer Einfluß keineswegs so durchschlagend, wie dies teilweise unterstellt wird. Zum Zeitpunkt des Regierungswechsels und auch in der Folgezeit gab es kaum konkrete Pläne für (marktorientierte) Reformmaßnahmen in der Gesundheitspolitik. Heinrich Franke bezeichnete dies als »Theoriedefizit«, das dringend beseitigt werden müßte¹³, und auch ein anderer CDU-Autor vermochte im Anschluß an den Regierungswechsel nur »wenig Konzeptionelles«¹⁴ in der Gesundheitspolitik der Union zu erblicken. Häufig unterliegt die Kritik an den Unionsparteien der Fehleinschätzung, den marktwirtschaftlichen Rigorismus neoliberaler Ökonomenzirkel und Institute mit parteipolitischen oder regierungsamtlichen Verlautbarungen zu verwechseln. Was allerdings der Kronberger Kreis, das Kieler Institut für Weltwirtschaft oder auch der Sachverständigenrat fordern, kann noch lange nicht mit Zielen der Unionsparteien gleichgesetzt werden.

Von den als marktwirtschaftlich betrachteten Vorschlägen in der Gesundheitspolitik bestand nur hinsichtlich einer Erhöhung der Selbstbeteili-

13 Heinrich Franke, Grundsätzliche und aktuelle Fragen der Sozialpolitik aus der Sicht der CDU/CSU, in: Die Ersatzkasse, (1982), S. 13.

14 Thomas Möller, Gesundheitspolitik: Können Kostendämpfungsmaßnahmen konzeptionelle Lücken füllen? in: Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik (hrsg. von der Ludwig-Erhard-Stiftung), Heft 16 (3/1983), S. 31.

gung Einigkeit, aber nicht über deren Höhe. Dieses Instrument besaß den unbestreitbaren Wert einer politischen Mehrzweckwaffe: erstens schien die Selbstbeteiligung ein Mittel um der vorgeblichen Anspruchs- und »Null-Tarif-Mentalität«¹⁵ der Versicherten Einhalt zu gebieten; zweitens konnte sie als Schritt betrachtet werden, die Sozialleistungen wieder auf »die wirklich Bedürftigen« einzugrenzen; und drittens kam sie dem Ziel entgegen, unternehmerische Investitionen durch Beitragsentlastungen zu fördern. In den Regierungserklärungen vom Oktober 1982 und Mai 1983 wurde außer der Anhebung der Selbstbeteiligung¹⁶ als einzig konkreter Schritt in der Gesundheitspolitik die Reform der Krankenhausfinanzierung¹⁷ genannt. Zwar wurde auch das Postulat »weg von mehr Staat, hin zu mehr Markt« aufgestellt, im unmittelbaren Anschluß war dann aber wieder von »einer Atempause in der Sozialpolitik«¹⁸ die Rede, was - nimmt man den Begriff wörtlich - eher auf temporären Leistungsstillstand als auf marktorientierten Leistungsabbau schließen läßt.

Die Union verfügte also trotz aller Kritik am sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat über keine klare ordnungspolitische Alternativstrategie. Der wesentliche Unterschied zur sozialliberalen Koalition bestand in der expliziten Betonung der Anspruchsmentalität der Bürger. Ihr auf Konsensentscheidungen basierendes korporatistisches Politikverständnis, in dem den Verbänden und »freien Trägern« eine zentrale Rolle zukommt, hatte die Union keineswegs aufgegeben. Es bleibt damit festzuhalten, daß der Begriff des Neokonservatismus nur unter der Einschränkung für die Union Gültigkeit besitzt, als damit nur eine von mehreren innerparteilichen Strömungen bezeichnet wird.

8.2 Die Chancen der Krise 1982 - 1984

Unmittelbar im Anschluß an den Bonner Regierungswechsel forderte der CSU-Abgeordnete Kurt Falthäuser die Bundesregierung in einem programmatischen Artikel auf, die Chancen der Wirtschaftskrise zu »wir-

15 Haimo George, Analyse der wichtigsten Ursachen der Arbeitslosigkeit und Vorschläge zu ihrer Eindämmung (1983), abgedruckt in: Bernd Klees und Hansjörg Motz (Hrsg.), Sozialreader, Braunschweig: Steinweg 1985, S. 276.

16 Helmut Kohl, Reden 1982 - 1984, Bonn: Schriftenreihe »Berichte und Dokumentationen« der Bundesregierung 1984, S. 23.

17 Ebd., S. 127.

18 Ebd., S. 22.

kungsvoller Neuorientierung« zu nutzen.¹⁹ Für Falthäuser, wie für die Koalitionsparteien insgesamt, galt diese Neuorientierung in erster Linie der Beitragsbelastung der Unternehmen. 1982 hatte der Beitragssatz mit 12 Prozent seinen bis dahin höchsten Stand erreicht (vgl. Tabelle 8.1), woraus allgemein ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf abgeleitet wurde.

Tabelle 8.1 Durchschnittlicher Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen 1970 - 1988

Jahr	Beitragssatz
1970	8.20
1975	10.47
1980	11.38
1981	11.79
1982	12.00
1983	11.83
1984	11.44
1985	11.80
1986	12.20
1987	12.60
1988	12.90

Quelle: Daten bis 1986 aus BMJFFG (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1987 - Stuttgart: Kohlhammer, S. 213; ab 1987: Bundesarbeitsblatt, Heft 7-8/1989, S. 162.

Die auch Jahre nach dem Regierungswechsel verbreitete These, es gehe der christlich-liberalen Koalition »um eine prinzipielle Systemveränderung«²⁰ des bundesdeutschen Sozialstaates, traf bereits zu diesem frühen Zeitpunkt nicht zu. Wenn es in der Gesundheitspolitik ein Instrument gab, an dem sich die ordnungspolitische Radikalität der Koalition hätte erweisen können, so muß die Selbstbeteiligung hier an erster Stelle genannt werden.

19 Kurt Falthäuser, Gesundheitspolitik - Plädoyer für eine Reformpolitik in den Achtziger Jahren, in: Die Sonde, 16 (1983), S. 19.

20 Michael Müller und Karlheinz Maldaner, Die Politik der Neokonservativen. Die Bundesrepublik im Zeichen von Restauration und Umbau, in: Neue Gesellschaft, 33 (1986), S. 912.

8.2.1 Selbstbeteiligung in der GKV

Die Selbstbeteiligung ist in der bundesdeutschen Diskussion das zentrale und gleichzeitig am heftigsten umstrittene Instrument einer marktorientierten Gesundheitspolitik. Sie gilt in der Gesundheitsökonomie als »Schlüssel für die Marktbefähigung der Versicherten«²¹ und ist in der deutschen Sozialpolitik des öfteren diskutiert worden. Parteien und Verbände haben sehr unterschiedliche Meinungen zu diesem Steuerungsinstrument.²² Zu den erklärten Befürwortern der Selbstbeteiligung sind CSU, FDP, die privaten Krankenversicherer und die Arbeitgeberverbände zu rechnen. Die entschiedensten Gegner waren die Gewerkschaften und die SPD; letztere obwohl die bis dahin umfangreichsten Erhöhungen der Selbstbeteiligung während der Amtszeit der sozialliberalen Koalition stattgefunden hatte. Eine eher ablehnende Haltung nahmen auch die Kassenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein.²³ Innerhalb der CDU war die Selbstbeteiligung umstritten. Im gesundheitspolitischen Programm von 1978 heißt es: »Eine Kostenbeteiligung des Patienten kann . . . von Bedeutung sein«.²⁴ Diese deutungsfähige Aussage entsprach dem innerparteilichen Diskussionsstand. Während die Sozialausschüsse die Selbstbeteiligung zu diesem Zeitpunkt ablehnten, wurde ihre Ausdehnung vom Wirtschaftsrat und der Mittelstandsvereinigung explizit gefordert, wenn auch nicht ohne Einschränkungen. Eine ebenfalls ambivalente Haltung fand sich bei den Ärzteverbänden, die eine Selbstbeteiligung zwar nicht grundsätzlich ablehnten, ihr aber auch nicht gera dewegs zustimmten, sondern eine Erprobung verschiedener Modelle vor einer flächendeckenden Einführung für angebracht hielten.²⁵

Für die Heftigkeit, mit der das Konzept der Selbstbeteiligung immer wieder diskutiert wird, sind mehrere Gründe verantwortlich. Zunächst ist die Wirksamkeit der Selbstbeteiligung als Steuerungsinstrument umstrit-

21 Bodo Scharf, Mehr Markt - Mehr Wirtschaftlichkeit? in: WSI-Mitteilungen, 38 (1985), S. 575.

22 Siehe als Überblick Thomas Ruf, Zur Selbstbeteiligung der Versicherten, Köln (PKV-Dokumentation 8) 1982, S. 11 ff.

23 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Geschäftsbericht 1982/83, Düsseldorf 1983, S. 31.

24 CDU, Gesundheitspolitisches Programm, S. 20.

25 Bundesärztekammer, Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1986, S. 120.

ten.²⁶ Der Stand der empirischen Forschung läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß eine geringfügige Erhöhung der Selbstbeteiligung kaum einen Einfluß auf die Kosten der Gesundheitsversorgung ausübt, sondern meßbare Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten, dem Parameter, auf das Selbstbeteiligungsregelungen zielen, erst bei einer fühlbaren Selbstbeteiligung (ca. ab 20 Prozent) zu erwarten sind. Dies führt - zweitens - zu einem normativen Konflikt. Denn grundsätzlich beruhen alle Selbstbeteiligungsmodelle auf der Annahme, daß die Versicherten infolge fehlender ökonomischer Anreize zu häufig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und daß dieses Verhalten (»moral hazard« bzw. »Trittbrettfahrer«) ohne Schaden für die Gesundheit verändert werden könnte. In letzter Konsequenz geht es hier um unterschiedliche Auslegungen des Solidarprinzips. Während die Befürworter der Selbstbeteiligung den Mißbrauch des Solidarausgleichs reduzieren möchten, sehen die Gegner einen Verstoß gegen das zentrale Konstruktionsprinzip der GKV. Dabei geht es nicht nur um einen theoretischen Disput, sondern um die ordnungspolitischen Konsequenzen für die Struktur der GKV, die je nach Art der Selbstbeteiligung erheblich sein können.

Die partielle Überwälzung des Krankheitsrisikos auf den Versicherten ist den zahllosen Varianten und Mischformen der Selbstbeteiligung gemein.²⁷ Ordnungspolitisch relevante Folgen sind theoretisch bei allen Selbstbeteiligungsmodellen möglich, wenn sie nur eine bestimmte Höhe erreichen. In der Praxis dürften allerdings Bonus-Malus-Regelungen als

26 Bundestags-Drucksache 10/3374, Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, 1985, S. 81.

27 Generell können drei Formen der Selbstbeteiligung unterschieden werden (vgl. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Selbstbeteiligung, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) 1987):

- Zunächst gibt es die direkte Kostenbeteiligung. Hierzu rechnen fixe oder prozentuale Gebühren auf Krankenscheine, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhaus- und Kuraufenthalte usw. sowie sogenannte Franchisen, bei der der Versicherte bis zu einem festgelegten Betrag (pro Jahr oder pro Behandlung) die Kosten der medizinischen Versorgung selbst trägt.
- Eine weitere Variante stellen Prämien- und Beitragsrückerstattung (»Bonus-Malus-Systeme«) dar, die für die Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gezahlt werden. Dabei können erstmalige Arztkontakte oder Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen werden.
- Schließlich ist der Leistungsausschluß zu nennen, bei dem bestimmte Leistungen aus der Erstattungspflicht der GKV ausgenommen werden (zum Beispiel durch Arzneimittellisten oder durch Unterteilung in Grund- und Zusatzversicherung). Hierzu zählen auch die sogenannten Wahltarife, bei denen der Versicherte zwischen Leistungspaketen mit jeweils unterschiedlicher Prämienhöhe wählen kann.

Instrument der Strukturveränderung ausscheiden. Die direkte Selbstbeteiligung und der Leistungsausschluß können hingegen sehr rasch strukturelle Wirkungen entfalten. Eine denkbare Folge einer substantiellen Anhebung der direkten Selbstbeteiligung wäre zum Beispiel die Ausweitung von privaten Zusatzversicherungen, also die Expansion eines nach privatwirtschaftlichen Kalkülen gesteuerten Marktes. Wahltarife oder eine Trennung in Grund- und Zusatzleistungen hätten ähnliche Folgen; zudem wäre mit einer umfangreichen Abwanderung guter Risiken zu rechnen, so daß die Beitragssätze einzelner Kassen(arten), in denen die pflichtversicherten schlechten Risiken verbleiben, rapide in die Höhe zu schnellen drohen. Bei der Ausdehnung des privaten Versicherungsmarktes würden außerdem die kollektivvertraglichen Beziehungen zunehmend von privaten Einzelverträgen ergänzt werden, so daß die möglichen Auswirkungen einer Selbstbeteiligungsregelung grundlegende Konstruktionsprinzipien der GKV wie den Solidarausgleich und das Sachleistungsprinzip tangieren können.

a) Die Selbstbeteiligung nach der Wende

Die Bedeutung der Selbstbeteiligung lag kurz nach dem Regierungswechsel nicht nur in einem möglichen Ertrag für die Beitragssatzstabilität der GKV und damit auch der Begrenzung der Lohnnebenkosten, sondern muß ebenso im Zusammenhang mit der »geistig-moralischen Wende« gesehen werden, deren oberstes Anliegen in der Bekämpfung der mutmaßlichen Anspruchsmentalität bestand. Hier war kaum ein Instrument besser geeignet als die Selbstbeteiligung, um der Bevölkerung die neuen sozial- und gesundheitspolitischen Prioritäten vor Augen zu führen.²⁸ Um die Auswirkungen der beiden Haushaltsbegleitgesetze von 1983 (Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts vom 20. Dezember 1982 - BGBl. I S. 1857) und 1984 (Gesetz über die Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte vom 22. Dezember 1983 - BGBl. I S. 1532) auf die Höhe der Selbstbeteiligung in der GKV und den originären Beitrag der christlich-liberalen Koalition einschätzen zu können, ist ein Rückblick auf die bereits während der

28 Siehe hierzu die Blaupausen der »Wende« Otto Graf Lambsdorf (S. 263) und dem niedersächsischen Ministerpräsidenten Georg Albrecht (S. 285), beide abgedruckt bei Klees und Motz, Sozialreader, a.a.O.

sozialliberalen Ära eingeführten Selbstbeteiligungsregelungen erforderlich.

Tabelle 8.2 Selbstbeteiligung und andere direkte Belastungen der GKV-Versicherten 1977 - 1985 (in Millionen DM)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983*	1984	1985
Zahnerersatz	1.351	1.439	1.618	1.838	2.028	1.839	1.845	2.021	2.156
Kieferorthopädie	4	9	9	10	10	11	12	13	13
Arzneimittel	533	545	582	644	689	966	1.135	1.118	1.116
Bagatellarzheim.	---	---	---	---	---	---	275	400	400
Heil- u. Hilfsm.	13	27	35	39	42	160	166	191	200
Krankenhausauf.	---	---	---	---	---	---	210	210	210
Kuren	---	---	---	---	---	---	20	20	20
Fahrtkosten	1	2	2	2	2	70	80	92	95
Insgesamt	1.902	2.022	2.246	2.533	2.771	3.046	3.743	5.459	5.630
GKV-ausgaben insges. (in Mrd.)	69.823	74.788	81.063	89.833	96.390	97.22	100.69	108.67	114.00
Anteil Selbstb. in %	2.7	2.7	2.8	2.8	2.9	3.1	3.7	5.0	4.9

* Höhe der Selbstbeteiligung ab 1983 inklusive Beitragspflicht für Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachtsgeld) und Lohnersatzleistungen.

Quellen: Heinz Berg, Bilanz der Kostendämpfung im Gesundheitswesen 1977 - 1984, Bonn: WIdO 1984, S. 35, BMFJG (Hrsg.) Daten des Gesundheitswesens, Stuttgart: Kohlhammer, S. 217, BPI (Hrsg.), pharma daten 83, Frankfurt 1983, S. 95; Der Apotheker v. 21.4.1986, S. 4.

Den entscheidenden Einschnitt im Gesundheitssektor markierte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom Juli 1977, mit dem eine Reihe von direkten Selbstbeteiligungsregelungen eingeführt wurden.²⁹ Zu nennen sind die Umwandlung der seit 1970 geltenden Verordnungsblattgebühr von 20 Prozent, aber maximal 2,50 DM pro Rezept in eine generelle Rezeptgebühr von 1,- DM; die Begrenzung der Erstattungspflicht bei zahn- und kieferorthopädischen Leistungen auf maximal 80 Prozent der Kosten und die Begrenzung der Zuschüsse für Haushalts-hilfen, Badekuren, Fahrtkosten. Wie aus Tabelle 8.2 ersichtlich, kumulierten sich die direkten Belastungen auf rund 1,9 Milliarden DM, was einem Selbstbeteiligungsanteil von 2,7 Prozent an den Gesamtausgaben der GKV entsprach. Eine nochmalige Ausdehnung der Selbstbeteiligung erfolgte im Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom Dezember 1981, welches bereits im letzten Jahr der sozialliberalen Koalition den Selbstbeteiligungsanteil auf 3,1 Prozent ansteigen ließ.

Durch die im Haushaltsbegleitgesetz von 1983 beinhalteten Selbstbeteiligungsregelungen wurde dieser Anteil um 0,6 Prozent auf insgesamt 3,7 Prozent angehoben. Die beiden Selbstbeteiligungsregelungen mit den stärksten Kostenverschiebungen (vgl. Tabelle 8.2), die Ausgrenzung der sogenannten Bagatellarzneimittel aus der Erstattungspflicht und die Kostenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten, gehen interessanterweise auf die Kostendämpfungspolitik der sozialliberalen Koalition zurück. Bereits im KVKG von 1977 war die Einführung einer Bagatellarzneimittelliste vorgesehen. Mit der Erarbeitung wurde seinerzeit der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen betraut, der im Oktober 1979 eine entsprechende Liste vorlegte, die den Ausschluß von Arzneimitteln vorsah, für die Publikumswerbung betrieben wird, die also keiner Rezeptpflicht unterliegen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) untersagte allerdings das Inkrafttreten dieser Arzneimittelliste, so daß der Ausschluß von Bagatellarzneimitteln erst im Haushaltsbegleitgesetz von 1983 erfolgte.³⁰ Auch die Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte, die 1983 wirksam wurde, beruhte auf einer gesetzlichen Regelung, die - auf Drängen der FDP - im Sozialversicherungsänderungsgesetz 1982 noch unter der sozialliberalen Koalition zustandegekommen war. Die ohnehin

29 Vgl. Heinz Berg, Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen: 1977-1984, Sankt Augustin: Asgard 1986, S. 15 f.

30 Ebd.

vorgesehene Zuzahlung von 5,- DM pro Tag und maximal 7 Tage wurde lediglich auf 14 Tage und maximal 70,- DM pro Jahr aufgestockt.

Im Haushaltsbegleitgesetz von 1983 wurden also größtenteils die bereits bestehenden Selbstbeteiligungsregelungen ausgeweitet bzw. bereits geplante Maßnahmen wie die Bagatellarzneimittelliste endgültig durchgesetzt, lediglich die Zuzahlung von 10,- DM pro Tag während eines Kuraufenthalts stellte ein neues Element der Selbstbeteiligung dar. Die Einführung der Beitragspflicht für Lohnersatzleistungen (Arbeitslosenunterstützung, Krankengeld usw.) und Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw.) im Haushaltsbegleitgesetz von 1984 haben zwar die GKV-Versicherten 1984 mit insgesamt 1,4 Milliarden DM³¹ zusätzlich belastet, sie sind aber eher als Beitragserhöhungen zu werten, deren Kosten auch die Arbeitgeberseite zu tragen hat. Eine weitere Ausdehnung der Selbstbeteiligung hat es bis zur Verabschiedung des Gesundheitsreform-Gesetzes 1988 (Kapitel 8.5.2) nicht gegeben.

b) Eine »neue Dimension« der Selbstbeteiligung?

Angesichts des in den Koalitionsparteien verbreiteten kollektiven Mißbrauchsvorwurfs und der zahllosen Ankündigungen, die Selbstverantwortung der Versicherten zu stärken, der »Anspruchs-« und »Freibiermentalität« bei der Inanspruchnahme sozialer Leistungen entgegenzutreten und dem Subsidiaritätsprinzip durch die Förderung familiärer und ehrenamtlicher Selbsthilfe einen breiteren Raum zu geben, ist die Erhöhung der Selbstbeteiligung in der ersten Amtsperiode der christlich-liberalen Regierung erstaunlich moderat ausgefallen. Einschätzungen von Kritikern, die in der Ausweitung der Selbstbeteiligung »eine neue Dimension erschlossen«³² glauben oder ein Beispiel »der marktökonomischen Brückenkopfbildung«³³ sehen, erscheinen in Anbetracht der bereits unter der sozialliberalen Koalition eingeführten Selbstbeteiligungsregelungen als überzogen. Sie müssen aber auch vor dem Hintergrund der Konfliktlinie gesehen werden, die die Selbstbeteiligungsdiskussion durchzieht. Während die Marktreformer in der Selbstbeteiligung einen normativen Wert an sich er-

31 Ebd., S. 35.

32 Hans-Ulrich Deppe, Krankheit kann ohne Politik nicht geheilt werden, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1987, S. 114.

33 Rolf Rosenbrock, Die Kolonisierung des Sozialstaats, IIVG-pre 85-213, Wissenschaftszentrum Berlin 1985, S. 13.

blicken, wird dieses Konzept von den Gegnern als potentielles Einfallstor für sehr viel weitergehende Maßnahmen gedeutet. Aus der hier zugrunde gelegten Perspektive erhebt sich indes eher die Frage, aus welchen Gründen die Erhöhung der Selbstbeteiligung zu einem Zeitpunkt, an dem die Chancen für eine drastische Ausweitung äußerst günstig standen, nicht sehr viel drastischer ausgefallen ist. Mit Blick auf die vom Policy-Netzwerk eröffneten Handlungschancen deuten sich insbesondere zwei Faktoren als erklärungsträchtig an:

- (1) Wie ein Erfahrungsbericht der Bundesregierung, der dem Bundestag 1984 vorgelegt wurde, zeigte, war die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligungsregelungen der beiden Haushaltsstrukturgesetze nachweislich gering.³⁴ Dieses ernüchternde Ergebnis hatte zur Folge, daß an den zukünftigen Einsatz dieses Instruments drei einschränkende Bedingungen geknüpft wurden: Eine Selbstbeteiligung soll einen spürbaren Einfluß auf das Inanspruchnahme-Verhalten haben, dabei aber gleichzeitig sozialverträglich bleiben, und es soll sichergestellt werden, daß die Kosten nicht nur auf die Versicherten abgewälzt werden, sondern tatsächlich eine Kostenersparnis erzielt wird. Da sich mit gutem Grund argumentieren läßt, daß eine sozial tragbare Selbstbeteiligung nicht auch gleichzeitig kostendämpfend wirken kann³⁵, war das politische Risiko für eine weitere Ausdehnung der Selbstbeteiligung relativ hoch, zumal kein entsprechender Gegenwert zu erwarten war. Eine ähnliche Kosten-Nutzen-Dimension besaß auch die in der Union aufkommende Diskussion um die gesetzliche Absicherung des Pflegefallrisikos.³⁶ Die Erhöhung der Selbstbeteiligung bzw. die Ausgrenzung geringfügiger Risiken wurde in diesem Zusammenhang zunehmend als Möglichkeit gesehen, um finanziellen Handlungsspielraum für eine Pflegefallversicherung zu gewinnen. Da aber in der 10. Legislaturperiode kein Pflegeversicherungsgesetz zustande kam, entfiel auch eine wichtige Begründung für eine erhöhte Selbstbeteiligung. Zur Einordnung dieser Diskussion muß auf jene innerparteilichen Widerstände hingewiesen werden, die sich aus der engen Verflechtung der

34 Vgl. Bundestags-Drucksache 10/2661, Bericht über die Erfahrungen mit den Regelungen in der GKV über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht sowie über Zuzahlung bei Krankenpflege und Kuren.

35 Vgl. Martin Pfaff, Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig »sozial tragbar« und »kostendämpfend« sein? in: Sozialer Fortschritt, 35 (1986).

36 Vgl. Bundestags-Drucksache 10/1943, Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Bonn 1984.

CDU mit Akteuren des Policy-Netzwerkes ergeben. Erst kurz vor dem Regierungswechsel hatten die Sozialausschüsse ihr gesundheitspolitisches Programm verabschiedet, in dem eine Ausweitung der Selbstbeteiligung - insbesondere die zeitweise von der FDP geforderten Wahltarife - abgelehnt wurden und nur die Ausgrenzung »geringfügiger Risiken« als denkbare Maßnahme Erwähnung fand.³⁷ Zwar sind die Sozialausschüsse weit davon entfernt, ihre politischen Präferenzen innerparteilich regelmäßig durchsetzen zu können. Aber in der Frage der Selbstbeteiligung wären kompensatorische Leistungen, wie zum Beispiel ein Pflegegesetz, erforderlich geworden, um nicht - wie schon unter Blank - der Zustimmung dieses wichtigen Teils der Partei verlustig zu gehen.

Aber selbst bei Parteigruppierungen, die eine andere Auffassung als die Sozialausschüsse vertreten, deutet einiges darauf hin, daß vor allem der Symbolwert der Selbstbeteiligung im Vordergrund stand. Das heißt, daß die Selbstbeteiligung gedanklich, wie in der FDP, kaum einmal in den Dienst struktureller Reformen gestellt wurde, sondern eher die Funktion des erhobenen Zeigefingers gegenüber potentielltem Mißbrauch zu erfüllen hatte - eine Bedingung, die mit der moderaten Anhebung der Selbstbeteiligung bereits erfüllt war.

- (2) Schließlich stand im Rahmen der Haushaltsbegleitgesetze die Budgetkonsolidierung durch die Senkung der Nettoschuldenaufnahme im Vordergrund. Hier kommt nun eine Facette der dezentralen Netzwerkstruktur ins Spiel, denn eine Anhebung der Selbstbeteiligung wäre nur von sehr mittelbarem Nutzen gewesen, da die Ausgaben der GKV - im Unterschied zu Großbritannien und den USA - vom Bundeshaushalt abgekoppelt sind und sich daher keine Einsparungen erzielen lassen.

8.2.2 Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Die Reform der Krankenhausfinanzierung durch das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) und die Verordnung

37 Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft - CDA, Gesundheitspolitik - Am Menschen orientiert. Gesundheitspolitisches Programm der CDA, mimeo, Königswinter 1982, S. 16; Selbsthilfe, aber keine »Selbstbeteiligung«, in: Deutsches Arzteblatt, 79 (1982) Nr. 42, S. 19-20.

zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BPfIV) vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1665) bildeten die wichtigsten gesundheitspolitischen Maßnahmen der christlich-liberalen Koalition in der 10. Legislaturperiode. Um den Problemkontext erfassen zu können, erfolgt zunächst ein Rückblick auf die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung insbesondere in der Phase zwischen 1972 und 1984.

a) Vom »Jahrhundertgesetz« zum Reformbedarf

Anders als die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen blieb das Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bis zum Jahr 1936 frei von staatlichen Regelungen. Die Krankenhausfinanzierung erfolgte im wesentlichen über die mit den Kassen ausgehandelten Pflegesätze, aus denen allein jedoch keine Kostendeckung erzielt werden konnte. Es blieb daher die Aufgabe der Krankenhausträger (Kommunen, freigemeinnützige Verbände und private Träger), für die ungedeckten Kosten aufzukommen. Durch die »Preisstopverordnung« vom 26.11.1936 wurde die bis dahin bestehende Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Krankenhäusern aufgehoben und Preiserhöhungen ausgeschlossen. Die Preisbindung für Pflegesätze blieb auch in der Nachkriegszeit erhalten. Da die Höhe der Pflegesätze weit unterhalb der Kostendeckungsgrenze blieb und die Defizite auch durch die Krankenhausträger nicht ausgeglichen werden konnten, verschlechterte sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser beständig. Aus Erhebungen der Bundesregierung ging hervor, daß die jährliche Unterdeckung von rund 490 Millionen DM im Jahr 1959 auf rund 2 Milliarden im Jahr 1969 anstieg. So galten die Krankenhäuser in den sechziger Jahren als »Stiefkinder der Wohlfahrtsgesellschaft«.³⁸ Zwar war es üblich, daß Gemeinden und Länder Subventionen ausschütteten, allerdings geschah dies nur ungleichmäßig, in zu geringem Umfang und zudem auch ohne jeglichen Rechtsanspruch der Krankenhäuser.

Mehrere Versuche der Bundesregierung in den sechziger Jahren, einen vollkostendeckenden Pflegesatz einzuführen, scheiterten am Widerstand der Sozialversicherungsverbände, insbesondere der Krankenkassen.

38 Vgl. Michael Dalhoff, Krankenhausfinanzierung und Krankenhauspolitik - ein neues Gesetz und kein Ende der Probleme, in: Soziale Sicherheit, 34 (1985), S. 101.

sen³⁹, die die finanzielle Sicherstellung des Krankenhaussektors als Aufgabe der öffentlichen Hand betrachteten. Sowohl den Interessen der Sozialversicherungsverbände an stabilen Pflegesätzen als auch denen des Staates an einer dauerhaften Sicherstellung der Krankenhausfinanzierung kam in dieser Situation ein Vorschlag des sozialdemokratischen Staatssekretärs im niedersächsischen Sozialministerium, Walter Auerbach, entgegen, der 1966 das Modell des zweigeteilten Pflegesatzes entwickelt hatte. Diesem Modell zufolge sollten die laufenden Betriebskosten über die Pflegesätze finanziert und die Investitions- oder Vorhaltekosten durch staatliche Zuschüsse gedeckt werden. Die Diskussion um die Krankenhausfinanzierung fiel nun auch mit der sich zunehmend durchsetzenden Vorstellung zusammen, daß sich der Bund zur Sicherung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet an Investitionen beteiligen sollte, die die Finanzkraft der Länder und Gemeinden übersteigen.⁴⁰

Durch die 1969 im Grundgesetz verankerten Gemeinschaftsaufgaben (Art. 91a GG) und Investitionshilfen (Art. 104a GG) wurden die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Beteiligung des Bundes an den Aufgaben der Länder geschaffen («kooperativer Föderalismus»), die im Bereich der Krankenhausfinanzierung durch die Bundeskompetenz zur konkurrierenden Gesetzgebung über die »wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze« (Art. 74 Nr. 19a) konkretisiert wurden. Auf dieser Grundlage wurde 1972 das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) verabschiedet, mit dem erstmalig ein Rechtsanspruch auf öffentliche Förderung eingeführt wurde, der eine dauerhafte Sicherstellung der Krankenhausfinanzierung, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Standortverteilung sowie »sozial tragbare« Pflegesätze zum Ziel hatte. Die Schwerpunkte des unmittelbar nach seiner Verabschiedung als »Jahrhundertgesetz« gefeierten KHG lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:⁴¹

-
- 39 Vgl. Karl Jung, Krankenhaus und Krankenhausfinanzierung, in: Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (Hrsg.), Das Krankenhaus zwischen Recht und Wirklichkeit, 13. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital 85, Köln usw.: Kohlhammer 1985, S. 157 f.
- 40 Siehe hierzu ausführlich Fritz W. Scharpf, Bernd Reissert und Fritz Schnabel, Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik, Kronberg/Ts.: Scriptor 1976.
- 41 Vgl. Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 161.

- Wichtigster Bestandteil war die Einführung des »dualen Finanzierungs-systems«, bei dem die Betriebs- und Behandlungskosten über den Pflege-satz und die Investitionskosten durch öffentliche Mittel gedeckt wur-den.
- Die finanziellen Mittel für die Investitionskosten wurden durch eine »Mischfinanzierung« aufgebracht, bei der der Bund ein Drittel und die Länder jeweils zwei Drittel beisteuern sollten. Der Bundesanteil wurde jedoch plafondiert, so daß die prozentuale Beteiligung des Bundes ins-gesamt nur rund 23 Prozent erreichte.
- Für die Krankenhäuser galt ab 1972 das »Selbstkostendeckungsprin-zip«, das eine Art Finanzierungsgarantie für »die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses« (§ 4 I KHG) darstellte.
- Die Durchführung des KHG wurde den Ländern übertragen, die damit zum wichtigsten staatlichen Akteur in der Krankenhauspolitik aufstie-gen. Ihnen wurde die Aufgabe zugewiesen, einen jährlichen Kranken-hausbedarfsplan aufzustellen. Die Bedarfsplanung, über die die Länder allein entschieden, wurde zum Dreh- und Angelpunkt der Kranken-hauspolitik, denn die Aufnahme in den Bedarfsplan begründete nicht nur den Anspruch eines Krankenhauses auf finanzielle Förderung, son-derm war gleichzeitig mit einem Kontrahierungszwang für die Kassen verbunden, das heißt, sie konnten Verträge mit diesen Krankenhäusern nicht ablehnen bzw. kündigen.

Das KHG war eine eindeutig distributive gesetzliche Regelung, deren »politische Geschäftsgrundlage« die finanzielle Beteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung der Länder bildete, ohne daß deren Handlungsmöglichkeiten nennenswert eingeschränkt wurden. Die zunächst vom Bund beanspruchten Mitwirkungsrechte an der Bedarfsplanung hatten die Länder bereits im Gesetzgebungsverfahren abwehren können, so daß die Kompetenzen des Bund-Länder-Koordinationsausschusses im KHG auf eine Beratungsfunktion beschränkt wurden.⁴² Die Beteiligung des Bundes an der Gesetzesdurchführung bestand letztlich nur in der Erstellung von Richtlinien für die bundeseinheitliche Durchführung, die wiederum den Ländern erhebliche Spielräume ließen. Die Rolle der Länder in der Krankenhauspolitik wurde zusätzlich durch die 1973 verabschiedete Bundes-pflegesatzverordnung (BPflV) erweitert, die den jeweiligen Länderbehörden das Recht zur eigenständigen Festsetzung der Pflegesätze übertrug,

⁴² Vgl. Scharpf u.a., Politikverflechtung, a.a.O., S. 211.

wenn auch auf der Basis von vorangegangenen »Einigungsverhandlungen« zwischen Kassenverbänden und Krankenhäusern.⁴³

Das KHG, das seinerzeit zwar nicht vorbehaltlos, aber unter weitgehender Zustimmung aller Beteiligten verabschiedet wurde, erwies sich in den folgenden Jahren als außerordentlich problematisches Gesetz, das nur einen Teil der Erwartungen erfüllen konnte und gleichzeitig eine Fülle von unerwünschten Nebenwirkungen hervorbrachte. Andererseits sorgte das KHG für unbestreitbare Verbesserungen. Zwischen 1972 und 1984 wurden insgesamt 46,2 Milliarden DM an öffentlichen Fördermitteln ausgeschüttet⁴⁴, die einen wesentlichen Beitrag zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Krankenhausversorgung geleistet haben. Diese Positivbilanz wurde allerdings schon in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre von beträchtlichen Fehlentwicklungen überlagert.

Die Kritik galt erstens der Umsetzung der Krankenhausbedarfsplanung. Im Mittelpunkt stand der Vorwurf, daß es niemals zu einer am »wirklichen Bedarf« orientierten Planung gekommen sei, sondern die Bedarfspläne der Länder ausschließlich politische Entscheidungen darstellten⁴⁵, in denen weder die Interessen der Krankenhäuser noch die der Patienten ausreichend Berücksichtigung fänden. Da es zu keinem Zeitpunkt gelang, wissenschaftlich fundierte und plausible Bedarfsindikatoren für die Standort- und Einzelobjektplanung zu entwickeln, (von einer Verzahnung mit dem ambulanten Sektor ganz zu schweigen), suchten die zuständigen Länderministerien Zuflucht in quantifizierbaren Verteilungsschlüsseln, wie dem Verhältnis der Bettenanzahl zur Pro-Kopf-Bevölkerung.⁴⁶ Dies habe - so die Kritik - nicht nur den Entscheidungsfreiraum der Krankenhausträger übermäßig eingeschränkt, sondern zudem weder die regionale Entstehung von Bettenüberhängen verhindern noch zum Abbau von Unterversorgungen beitragen können.⁴⁷

43 Näheres hierzu bei Christa Altenstetter, Ziele, Instrumente und Widersprüchlichkeiten der deutschen Krankenhauspolitik, vergleichend dargestellt am Beispiel der Implementation der Bundespflegesatzverordnung, P/82-2, Wissenschaftszentrum Berlin 1982.

44 Vgl. Hermann Hoffmann, Zur Situation des Krankenhauswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart: Kohlhammer 1985, S. 115.

45 Vgl. Christa Altenstetter, Krankenhausbedarfsplanung: was brachte sie wirklich? München: Oldenbourg, S. 27.

46 Vgl. Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 163 f.

47 Vgl. Albert Holler, Das Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Fragen nach der Versorgungseffizienz, in: Christian von Ferber u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München: Oldenbourg 1985, S. 164.

Zweitens wurde beklagt, daß das KHG zur Unwirtschaftlichkeit und Ineffizienz im Krankenhaussektor beitrage.⁴⁸ Das System der dualen Finanzierung habe zu einer Trennung der Verantwortlichkeit für die Finanzierung einerseits und die Leistungserbringung andererseits geführt. Während die Länder die Entscheidungsgewalt über die Investitionen erhielten, nicht aber für die Folgekosten verantwortlich gemacht werden konnten, bliebe den Krankenhäusern die Leistungsverpflichtung erhalten, ohne daß sie die Kosten beachten mußten, aber auch ohne daß sie einen nennenswerten eigenen Entscheidungsfreiraum über die Mittelverwendung der staatlichen Zuwendungen erhielten. Von seiten der Krankenhausträger wurde beklagt, daß die Aufspaltung in unterschiedliche Finanzquellen dem Grundsatz der »einheitlichen Betriebsführung« entgegenstünde. Es wurde zudem geltend gemacht, daß das Selbstkostendeckungsprinzip das Interesse des einzelnen Krankenhauses an einer wirtschaftlichen Betriebsführung unterminiere, da Verluste automatisch ausgeglichen wurden und Gewinne nicht einbehalten werden konnten. Schließlich wurde der pauschalierte Pflegesatz als Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer betrachtet.⁴⁹

Am schwersten wog der dritte Vorwurf gegenüber dem KHG, das nach Meinung vieler Kritiker eine wesentliche Ursache für die Kostenexplosion im Krankenhaussektor darstellte. Während die GKV 1970 noch lediglich 25,2 Prozent (= 6 Milliarden DM) ihrer Mittel für die stationäre Versorgung, also die Pflegesätze, aufwandte, hatte sich dieser Anteil bis 1984 auf 32,1 Prozent (= 33,2 Milliarden DM) erhöht. Zwar lagen die Steigerungsraten anderer Leistungskategorien, wie zum Beispiel der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder der zahnärztlichen Versorgung, teilweise erheblich über denen der Pflegesätze. Aber allein die Größenordnung der GKV-Ausgaben für die stationäre Versorgung von rund 33 Milliarden DM (1984) rückte die Krankenhäuser zunehmend in den Mittelpunkt der Kritik.⁵⁰

Diese Situation wurde durch einen vierten Vorwurf, der von der Krankenhauseite erhoben wurde, zusätzlich kompliziert. Trotz der umfangreichen finanziellen Förderung durch die öffentliche Hand waren die zur Verfügung gestellten Mittel für den Investitionsbedarf offenbar nicht aus-

48 Ebd., S. 163 f.

49 Vgl. Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 164.

50 Vgl. BMJFG, Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1985 -, Stuttgart: Kohlhammer 1985, S. 222 ff.

reichend, so daß sich zu Beginn der achtziger Jahre bei den Ländern ein »Antragstau« der Krankenhäuser in Milliardenhöhe ergeben hatte.

Damit galt das KHG vor allem hinsichtlich seiner Zielsetzungen, der finanziellen Sicherstellung des Krankenhausesektors bei sozial tragbaren Pflegesätzen, wenn nicht als gescheitert, so doch zumindest als dringend reformbedürftig. Bereits 1977 hatte die sozialliberale Koalition versucht, die Krankenhäuser in den Geltungsbereich der KAG-Empfehlungen aufzunehmen, also in die Kostendämpfungspolitik miteinzubeziehen und die Kassen stärker an der Aufstellung der Bedarfspläne und der Festsetzung der Pflegesätze zu beteiligen. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch am Einspruch der Länder im Bundesrat, ebenso wie ein Novellierungsversuch im Jahr 1980, bis der wachsende Problemdruck die Verabschiedung des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes (KHKG) von 1981 ermöglichte, mit dem auch die Krankenhäuser in die Empfehlungsvereinbarungen der KAG aufgenommen wurden. Mit diesem Gesetz mußten die Länder auch einige von ihnen bis dahin allein beherrschten Entscheidungsdomänen aufgeben. Die Bedarfspläne sollten fortan in enger Abstimmung mit der regionalen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen aufgestellt werden und die Festsetzung der Pflegesätze nur noch im Falle der Nicht-Einigung zwischen Kassen und Krankenhäusern durch die Länderbehörden erfolgen.

Das KHG geriet aber nicht nur im Zuge der Kostendämpfungspolitik in die Kritik, sondern es zeichnete sich auch eine allgemeine Unzufriedenheit der beteiligten Akteure ab. Die Krankenhäuser waren unzufrieden, weil sich ihre finanzielle Situation nicht weiter verbesserte, die Länder, weil sie einen Teil ihrer Kompetenzen seit den KHG-Novellierungen zumindest teilen mußten, und die Krankenkassen schließlich, weil ihnen die Mitwirkungsrechte nicht weit genug gingen und die Pflegesatzverhandlungen nach wie vor unter dem Grundsatz der Selbstkostendeckung geführt werden mußten. Hinzu kam, daß die gesamte Reformdebatte vor dem Hintergrund einer grundsätzlich gewandelten Beurteilung des Krankenhausesektors stattfand.⁵¹ Die noch zu Beginn der siebziger Jahre dominierende Auffassung, daß das Krankenhaus uneingeschränkt im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stehen habe, ist spätestens seit der Verabschiedung des »Bayern-Vertrages« 1979 einer eher gegen das Kranken-

51 Vgl. Walter Satzinger, Harald Leidl und H. Lindenmüller, *The 'Anti-hospital Bias' in West German Health Policy: A Reaction to Economic Crisis or a New Trend in Medical Care?*, in: Werner v. Eimerem u.a. (Hrsg.), *Third International Conference on Systems Science in Health Care*, Berlin usw.: Springer 1984.

haus gerichteten Stimmungslage gewichen, die im Slogan »soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig« zum Ausdruck kommt. Insbesondere die Feststellung, das der stationäre Sektor maßgeblich für die Kostenexplosion verantwortlich sei, hat die Bildung eine großen »Anti-Krankenhaus-Koalition«, bestehend aus Krankenkassen, Ärzteverbänden und BMAS begünstigt, der die Krankenhäuser ohne den Beistand der Länder kaum etwas entgegenzusetzen haben.

b) Der Entscheidungsprozeß

Gerade weil sich die Krankenhausfinanzierung aus der Sicht der Bundesregierung zu einem massiven Kostenproblem ausgewachsen hatte, ist es einigermaßen verblüffend, daß bei der Diskussion um die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung weniger die Kostenfrage und die Möglichkeiten ihrer marktförmigen Lösung im Mittelpunkt standen, als vielmehr die seit 1980 von den Ländern erhobene Forderung nach der Auflösung der Mischfinanzierung. Zwar hatte bereits die sozialliberale Koalition eine Finanzentflechtung akzeptiert, ohne aber der Forderung der Länder nach einem entsprechenden Finanzausgleich für die freiwerdenden Mittel zuzustimmen.⁵² Erst nach dem Regierungswechsel wurde der Abbau der Mischfinanzierung möglich. Für die christlich-liberale Koalition, speziell für die CDU/CSU, besaß die Entflechtung der Bund-Länder-Finzen offenbar hohe Priorität, da die Forderung nach finanziellen Ausgleichszahlungen grundsätzlich anerkannt wurde und der Abbau der Mischfinanzierung einen expliziten Bestandteil der Regierungserklärung Helmut Kohls nach der Bundestagswahl 1983 bildete.⁵³ Die Finanzentflechtung war einerseits ein ideologisch wertvolles Anwendungsbeispiel für den Geltungsbereich des Subsidiaritätsprinzips, andererseits stellte sie unverkennbar ein Zugeständnis an die unionsregierten Bundesländer dar.

Die Bundesregierung begründete die Auflösung der Mischfinanzierung damit, daß man wieder zu einer klaren Aufgabentrennung zwischen Bund und Ländern kommen wolle. Dies traf sich mit der Interessenlage der Länder, von denen die bürokratische Gängelung durch den Bund beklagt wurde. Letzteres traf aber gerade im Fall der Krankenhausfinanzierung

52 Vgl. Hartmut Klatt, Reform und Perspektiven des Föderalismus in der Bundesrepublik Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 28/86 (1986), S. 28 f.

53 Vgl. Kohl, Reden, a.a.O., S. 121.

nicht zu. Ein maßgeblich beteiligter Ministerialbeamter aus dem BMAS hat die Bundesbeteiligung an der Krankenhausfinanzierung als »ein Musterbeispiel für ein einfaches, die Länder kaum belastendes Verfahren«⁵⁴ bezeichnet. Das Interesse der Länder wird verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß sie der Einführung der Gemeinschaftsaufgaben 1969 vor allem deshalb zugestimmt haben, weil sie davon eine spürbare Verbesserung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erhofften. Da diese Erwartung infolge der Wirtschaftskrise ab 1973/74 und der abnehmenden finanziellen Verteilungsspielräume des Bundes enttäuscht wurde, entfiel eine der zentralen Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit des kooperativen Föderalismus, nämlich »daß potentiell konfliktträchtige Materien auf das Niveau von distributiver Politik heruntertransformiert werden«⁵⁵ können. Auf seiten der Länder dürfte das hinter der Entflechtungsforderung stehende Kalkül vor allem darin bestanden haben, den Bund vollständig aus der Krankenhausfinanzierung hinaus drängen zu können und die eigenen Handlungsspielräume zu erweitern. Denn der Umstand, daß der Bundesanteil an der Krankenhausfinanzierung bis 1983 auf nurmehr 18 Prozent abgesunken war⁵⁶, ließ die Bundesvorgaben aus der Sicht der Länder als zunehmend hinderlich erscheinen.⁵⁷ Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung betraf damit in erster Linie das Bund-Länder-Verhältnis und erst in zweiter Linie die Kostendämpfungspolitik.

Als die christlich-liberale Koalition an die Regierung gelangte, bestand unter allen Beteiligten Konsens über die Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausfinanzierung, wenngleich die inhaltlichen Vorstellungen auseinandergingen. Die Reformvorschläge kreisten im wesentlichen um die Elemente der bestehenden Krankenhausfinanzierung, die seit langem kritisiert wurden: das Selbstkostendeckungsprinzip, die Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern, das duale Finanzierungssystem und das Verfahren der Krankenhausbedarfsplanung. Obwohl eine Neuordnung der Krankenhausfinanzen als ordnungspolitischer Hebel hätte genutzt werden können, beschränkte sich die Bundesregierung von vorn-

54 Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 185.

55 Gerhard Lehmbuch, Parteienwettbewerb im Bundesstaat, Stuttgart: Kohlhammer 1976, S. 153.

56 Christa Altenstetter, Hospital Policy and Resource Allocation in the Federal Republic of Germany, in: A.J. Grote und L. Wade (Hrsg.), Public Policy Across Nations: Social Welfare in Industrial Settings, Greenwood: JAI Press 1985, S. 251.

57 Ebd., S. 256

herein auf eine Mängelkorrektur der bestehenden Regelungen.⁵⁸ Ein erster Regierungsentwurf, der im wesentlichen auf die Empfehlungen der im April 1983 eingesetzten Beratergruppe (nach ihrem Vorsitzenden, dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, »Wannagat-Kommission« benannt) zurückging, beinhaltete folgende Regelungen:

- Die Auflösung der Mischfinanzierung unter Beibehaltung des dualen Finanzierungssystems.
- Den Rückzug des Bundes aus der Krankenhausbedarfsplanung durch Einschränkung der bundesgesetzlichen Vorgaben.
- Größere Handlungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung - in diesem Falle Krankenkassen und Krankenhäuser - bei der Krankenhausplanung und den Pflegesatzverhandlungen. Letzteres unter Herstellung der Vertragsfreiheit, was bedeutete, daß die Aufnahme eines Krankenhauses in den Bedarfsplan die Kassen nicht mehr automatisch verpflichten sollte, mit dem entsprechenden Krankenhaus Pflegesatzverhandlungen zu führen, wenn ihnen die Kosten als zu hoch erscheinen.
- Die Modifizierung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die Einführung von leistungsbezogenen, prospektiven (im Gegensatz zum bis dato gültigen retrospektiven) Honorierungsverfahren sowie die Möglichkeit, Gewinne einzubehalten, und den Wegfall des automatischen Defizitausgleichs.

Obwohl sich diese Vorschläge weitgehend im Rahmen der seit langem diskutierten Reformmaßnahmen bewegten, spitzte sich das Gesetzgebungsverfahren auf einen Konflikt zwischen Bund und Ländern zu, so daß das ursprüngliche Vorhaben eines gemeinsam getragenen Gesetzentwurfs im Juli 1984 fallen gelassen wurde. Als zentrales Streitobjekt erwiesen sich die unter den Stichworten »Vertragsfreiheit« und »Stärkung der Selbstverwaltung« in den Regierungsentwurf eingebauten Versuche, die Kompetenzen der Kassen gegenüber den Länderverwaltungen auszubauen. Dem lag die plausible und aus den Erfahrungen der Förderpraxis der Bundesländer belegbare Annahme zugrunde, daß die Krankenkassen ein größeres Interesse an einer Kostendämpfung im Krankensektor besitzen. Denn die Haltung der Länder ist nicht nur durch einen abstrakten Anspruch auf Planungshoheit geprägt, sondern auch durch das Interesse an der finanziellen Sicherstellung »ihrer« Krankenhäuser, die mit der Modifizierung des Selbstkostendeckungsprinzips und den erhöhten Kompeten-

58 Vgl. Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 188.

zen der Krankenkassen zumindest hätte eingeschränkt werden können. Denn zweifellos hätten die Kassen nicht nur einen rigorosen Bettenabbau, sondern auch die Herausnahme zahlreicher Krankenhäuser aus der Bedarfsplanung gefordert.

Trotz der eindeutigen Interessenlage der Länder entbehrt es nicht einer gewissen Ironie, daß gerade jene Passagen des Gesetzentwurfs, die einen ansatzweisen Wettbewerb der Krankenhäuser um niedrige Pflegesätze und eine sparsame Wirtschaftsführung zum Gegenstand hatten, am Widerstand der unionsregierten Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein scheiterten. Im Juli 1984 brachten diese vier Bundesländer einen eigenen Gesetzwurf in den Bundesrat ein, der im Gegensatz zur Regierungsvorlage die Planungshoheit der Länder hervorhob. Im Oktober 1984 wurde die zustimmungspflichtige Regierungsvorlage im Bundesrat mit der Stimmenmehrheit der unionsregierten Bundesländer abgelehnt und anstelle dessen der Beschluß gefaßt, den Länderentwurf in den Bundestag einzubringen. Da die Anrufung des Vermittlungsausschusses aus Termingründen nicht in Frage kam, wurde über die noch strittigen Punkte ein »außerparlamentarischer« Kompromiß zwischen dem Bundesarbeitsminister und dem bayerischen Ministerpräsidenten ausgehandelt, der die Grundlage für den am 5. Dezember abschließend beratenen Gesetzentwurf bildete.⁵⁹

In der Presse wurde das KHNG als Sieg des besonders engagierten bayerischen Ministerpräsidenten Franz-Josef Strauß über den Bundesarbeitsminister und den nur zögerlich eingreifenden Kanzler interpretiert.⁶⁰ Dahinter stand indes das ausgeprägte und mit einem Veto-Recht im Bundesrat bewehrte Interesse der Länder an ihrer Planungshoheit, das auf folgenden Erwägungen beruht. Erklären läßt sich das große Engagement der Länder unter anderem daraus, daß das KHG von 1972 in den Ländern zur Entstehung spezieller Planungsbürokratien mit eigenständigen Zielperspektiven geführt hat.⁶¹ So läßt sich zum Beispiel das ausgeprägte Interesse der bayerischen Staatsregierung an der möglichst ungeteilten Planungshoheit darauf zurückführen, daß das KHG in Bayern in enger Verzahnung

59 Vgl. Jung, Krankenhaus, a.a.O., S. 192.

60 Vgl. zum Beispiel Selecta vom 14.1.1985, Noch nie hat sich Strauß so eingesetzt, S. 128; Der Spiegel - Nr. 47 - vom 19.11.1984, Kohl läßt Blüm hängen, S. 14.

61 Vgl. Christa Altenstetter, Reimbursement Policy of Hospitals in the Federal Republic of Germany, in: International Journal of Health Planning and Management, 1 (1986), S. 205.

mit der Landesentwicklungsplanung implementiert wurde.⁶² Eine Kompetenzerweiterung der Kassen und Krankenhausträger mußte der bayerischen Verwaltung daher als potentieller Störfaktor bei der Umsetzung nicht nur gesundheitspolitischer Prioritäten erscheinen. Ähnliche Überlegungen gab es auch in anderen Bundesländern. Die landespolitische Bedeutung des Krankenhaussektors führte dazu, daß die CDU/CSU-Landesfürsten ihr politisches Gewicht voll zugunsten ihrer Länder einsetzten. Der Einflußfähigkeit territorialer Sonderinteressen kam neben dem Veto-Recht im Bundesrat auch die föderale Struktur der CDU entgegen, wie sich dies am gesetzgebungstechnisch zumindest bemerkenswerten Umstand erahnen läßt, daß das KHNG, einem »unfreiwilligen Eingeständnis« Helmut Kohls zufolge, durch das CDU-Präsidium »auf den Weg gebracht wurde.«⁶³ Im KHNG waren folgende Regelungen beinhaltet:⁶⁴

- Die Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern wird kostenneutral aufgelöst, wofür die Länder eine jährliche Ausgleichszahlung von 930 Millionen DM erhalten, die dem zuletzt gültigen Volumen der Bundesbeiträgen entspricht. Die Länder sind jetzt allein für die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausfinanzierung zuständig.
- Das duale Finanzierungssystem bleibt mit geringfügigen Änderungen bestehen. Die zeitweise diskutierte Form der »monistischen« Finanzierung über den Pflegesatz, für die eine Reihe betriebswirtschaftlicher Gründe sprachen, erschien der Bundesregierung »aus sozialpolitischen und gesamtwirtschaftlichen Gründen auch weiterhin nicht vertretbar.«⁶⁵
- Der Gestaltungsfreiraum der Länder wird durch eine Vereinfachung der bestehenden Bundesvorgaben erweitert. Gleichzeitig wird ein bundesweit gültiger ausdrücklicher Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf finanzielle Förderung eingeführt.
- Die Durchführung des novellierten KHG durch die Länder hat die Stärkung des Grundsatzes der Trägervielfalt zu beachten. Mit diesem

62 Vgl. Fritz Schnabel, Politischer und administrativer Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Vergleichend dargestellt an den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg, Diss. Konstanz 1980, S. 288 ff.

63 DIE ZEIT - Nr. 39 - vom 21.9.1984, Wann endlich lernt die Regierung regieren? S. 5.

64 Einzelheiten bei Rudolf J. Vollmer und Gerd Hoffmann, Staatliche Planung und Vertragsfreiheit im neuen Krankenhausrecht, Melsungen: Bibliomed 1987.

65 BMAS, Grundzüge des Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, o.O., o.J. (Bonn 1985), S. 11.

Passus soll der Wettbewerbsnachteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser ausgeglichen werden, die anders als Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft nicht in gleichem Maße auf freiwillige Zuschüsse ihrer Trägerverbände zurückgreifen können.

- Das Selbstkostendeckungsprinzip bleibt in modifizierter Form erhalten. In Zukunft muß der Pflegesatz jedoch im voraus kalkuliert werden; es erfolgt keine nachträgliche Kostenerstattung mehr. Das Krankenhaus erhält zusätzlich die Möglichkeit, Gewinne einzubehalten, muß aber auch Verluste selbst tragen. Mit diesen Maßnahmen sollen Anreize für eine sparsame Wirtschaftsführung geschaffen werden.
- Die Verbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaften werden stärker als bisher an der Krankenhausplanung beteiligt und können ihre Pflegesätze eigenständig aushandeln. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, erfolgt eine Festsetzung durch eine unabhängige Schiedsstelle. Gültigkeit erhalten die Pflegesatzvereinbarungen aber erst mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.
- Schließlich wird das duale Finanzierungssystem durch die Einführung von Investitionsverträgen aufgelockert, die den Krankenkassen und Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnen sollen, betriebskostensenkende Investitionen auch außerhalb der staatlichen Förderung zu finanzieren.

c) Die ordnungspolitische Bedeutung der Reform

Die Bedeutung der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung für die Stärkung von Markt und Wettbewerb muß - selbst gemessen an der außerordentlich restringierten bundesdeutschen Definition dieser Begriffe für den Gesundheitssektor - als gering bezeichnet werden. Der größte Effekt wurde noch durch die Auflösung der Mischfinanzierung erzielt, die eine Dezentralisierung von Zuständigkeiten bedeutete. Die ordnungspolitische Relevanz dieser Maßnahme dürfte indes gering bleiben, da der Bund in die Planungshoheit der Länder schon vorher kaum eingegriffen hat. Die von der Bundesregierung hervorgehobene Erweiterung der Gestaltungsfreiheit der Länder wird von diesen mit dem Hinweis auf die verstärkte Mitwirkung der Kassenverbände an der Aufstellung der Krankenhaus-

pläne und der Pflegesatzverhandlungen bestritten.⁶⁶ Dagegen läßt sich einwenden, daß bei der Krankenhausplanung die Beteiligung der Kassen und der Krankenhausträger unterhalb der Zustimmungsgrenze verbleibt. In der Grundsatzvorschrift des § 7 Abs. 1 KHNG heißt es, daß die »im Lande Beteiligten eng zusammen(arbeiten)« bzw. »einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben« sind. Da außerdem die »Zahl der unklaren und unbestimmten Rechtsbegriffe«⁶⁷ erhöht worden ist, eröffnen sich den Ländern neue Handlungsspielräume. So bestimmt zum Beispiel das jeweilige Landeskrankenhausgesetz, wer zu den »Beteiligten« gehört und was im jeweiligen Krankenhaus- bzw. Investitionsplan zu regeln ist. Auch die These, daß mit dem KHNG die »Wiederherstellung der Vertragsfreiheit im Pflegesatzverfahren«⁶⁸ gelungen sei, bedarf erheblicher Abstriche. Zwar werden die Pflegesätze nun von den Kassen- und den Trägerverbänden der Krankenhäuser ausgehandelt, wobei letztere beratend für ihre Mitglieder tätig sind bzw. Rahmenvereinbarungen abschließen, so daß die staatliche Pflegesatzfestsetzung entfällt. Aber nach wie vor ist die Genehmigung der Landesbehörde erforderlich. Da auch zuvor Einigungsverhandlungen üblich waren, ist der Innovationsgehalt dieser Regelung gering.

Die Neigung der Länder, sich bei diesen Neuregelungen als Verlierer zu begreifen, ist zwar anfechtbar, spielt aber hier unter einem anderen Aspekt eine große Rolle. Das KHNG stellt aus der Sicht der Länder und der Krankenhausverbände einen weiteren Schritt zur Aushöhlung ihrer Rechte dar.⁶⁹ Als Ausgangspunkt dieser Entwicklung gilt das Jahr 1976, denn »seit diesem Zeitpunkt wurden immer mehr Grundgedanken des Leistungsrechts aus dem Bereich der ambulanten Krankenversorgung wie zum Beispiel Sicherstellungsauftrag, Vertragssystem, Entgeltsystem, Schiedsamt usw. auf die Erbringung von Krankenhauspflege übertragen.«⁷⁰ 1976 wurde die Zuständigkeit für den Krankenhaussektor vom Gesundheitsministerium auf das BMAS übertragen. Die Bedeutung dieser institutionellen Verschiebung war immens, denn sie bewirkte eine Umorientierung der bundesstaatlichen Krankenhauspolitik und führte zur

66 Vgl. Ernst Bruckenberger, Von der parallelen Kompetenz bis zur Letztentscheidung der Krankenkassen bzw. des BMA, in: Das Krankenhaus, 80 (1988), S. 198.

67 Ernst Bruckenberger, Landesrechtliche Umsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, in: Der Städtetag, (1986), S. 785.

68 Vollmer und Hoffmann, Staatliche Planung, a.a.O., S. 56.

69 So vor allem Bruckenberger, Von der parallelen Kompetenz, a.a.O., S. 198.

70 Bruckenberger, Von der parallelen Kompetenz, a.a.O., S. 198.

Bildung einer neuen Koalition im gesundheitspolitischen Netzwerk. Während das Gesundheitsministerium von der Kostenproblematik nahezu vollständig abgekoppelt war, bildet die Kostenentwicklung der GKV das zentrale Problem für das BMAS. Die Feststellung, daß dadurch »die 'wirtschaftliche Sicherung der Krankenkassen' gegenüber der 'wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser' immer mehr die Oberhand«⁷¹ gewann, ist zwar überspitzt, aber durchaus nicht realitätsfern.

Das BMAS war seitdem in einer - mit »anti-hospital bias«⁷² versehenen - Koalition mit den Kassenverbänden darum bemüht, deren Durchsetzungsvermögen gegenüber der Krankenhaus-Länder-Koalition zu verbessern. Daß dabei keine wettbewerblichen Lösungen angestrebt wurden, hat zunächst mit dem Veto-Recht der Länder zu tun. Aber die Klage eines Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, daß das BMAS mit seiner »sozialversicherungsrechtlich geprägte(n) Gedankenwelt«, Versuche unternähme, »die Organisations- und Funktionsformen des Sozialversicherungswesens auch dem Krankenhaussektor aufzuzwingen,«⁷³ weist auf eine nicht minder bedeutsame Selektionsleistung des Netzwerkes hin. Offenkundig ist das BMAS bestrebt, das im ambulanten Sektor erprobte Strategierepertoire nun flächendeckend für das gesamte Netzwerk verbindlich zu machen. Das KHNG und die 1985 verabschiedete BPfIV weisen mit ihrer Stärkung von Kollektivverhandlungselementen zweifellos in diese Richtung. Das - aus dieser Perspektive - erfolgreiche KHNG führt zu dem Schluß, daß im gesundheitspolitischen Netzwerk Problembearbeitungsmuster begünstigt werden, die eine strukturelle und prozedurale Anpassung an das »Kernmodell« der deutschen Gesundheitspolitik, Kollektivverhandlungen zwischen öffentlich-rechtlichen Verbänden, anstreben.⁷⁴ Insofern steht das KNHG auch in unübersehbarer ordnungspolitischer Kontinuität zur sozialliberalen Koalition.

71 Bruckenberg, Von der parallelen Kompetenz, a.a.O., S. 198.

72 Vgl. Satzinger u.a., The 'Anti-hospital Bias', a.a.O.

73 Peter Buchholz, Sind die Krankenhäuser Opfer einer verfehlten Gesundheitspolitik? in: Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (Hrsg.), Das Krankenhaus zwischen Recht und Wirklichkeit, 13. Deutscher Krankenhausstag und Interhospital 85, Köln usw.: Kohlhammer 1985, S. 68.

74 Für nähere Ausführungen zu dieser Überlegung vgl. Marian Döhler, Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformversuche im Gesundheitssektor, Ms. Köln 1990.

8.3 Gesundheitspolitik ohne Konzept 1985 - 1986

Mit der moderaten Erhöhung der Selbstbeteiligung und der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung waren die programmatischen Vorgaben der christlich-liberalen Koalition aufgebraucht. Die beiden Fallstudien erlauben als vorläufige Beurteilung lediglich, daß sich Entwicklungstrends fortsetzten, die bereits unter der sozialliberalen Koalition zu beobachten waren. Weder gab es ordnungspolitische Umbrüche noch erkennbare Veränderungen der Netzwerkstruktur. Ansatzweise konnte vielmehr gezeigt werden, daß die strategische Selektivität vor allem systemkonforme und struktureneutrale Maßnahmen begünstigt. Die zweite Phase der christlich-liberalen Gesundheitspolitik, die um 1985 herum einsetzte, unterschied sich von der ersten Phase im wesentlichen durch das weitgehende Fehlen programmatischer Vorgaben, so daß sich die staatliche Gesundheitspolitik fast vollständig an den Schwankungen des durchschnittlichen Beitragssatzes orientierte. Nachdem 1984 der Beitragssatz auf das Niveau von 1978 gesunken war, setzte sich die bereits im zweiten Halbjahr 1984 abzeichnende Tendenz zu erneuten Beitragssatzanhebungen in der GKV zu Beginn des Jahres 1985 massiv fort.⁷⁵ Ein Minimalkonsens bestand lediglich darüber, daß etwas gegen die steigenden Beitragssätze getan werden müsse, vollends unklar war zu diesem Zeitpunkt jedoch, wie dies geschehen sollte. Das Konzept der Koalition wurde im Herbst 1985 von Arbeitsminister Blüm folgendermaßen beschrieben: »Die Bundesregierung handelt nach dem Grundsatz der Subsidiarität. Die Selbstverwaltung hat Vorfahrt vor dem Gesetzgeber.«⁷⁶ Es stand also zu erwarten, daß es die Politik der Bundesregierung bleiben würde, eine Problemverlagerung in die Selbstverwaltung hinein zu betreiben.

Der Zeitraum zwischen ca. 1984 und 1986 war vor allem geprägt durch die wiederholte Feststellung, daß die Wende ausgeblieben sei. Dies ließ sich nicht nur für die Gesundheits- und Sozialpolitik⁷⁷, sondern zum Beispiel auch für die industriellen Beziehungen oder die Telekommunikation

75 Vgl. Bundesarbeitsblatt 12/1984.

76 Norbert Blüm, Grundsätze und Ziele der Gesundheitspolitik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin: Duncker & Humblot 1986, S. 23.

77 Vgl. Jens Alber, Der Wohlfahrtsstaat in der Wirtschaftskrise - Eine Bilanz der Sozialpolitik in der Bundesrepublik seit den frühen siebziger Jahren, in: Politische Vierteljahresschrift, 27 (1986).

zeigen⁷⁸, zwei Bereiche, in denen die Regierungen Reagan und Thatcher die Wende mit aller Konsequenz durchexerziert hatten. In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ließ sich gleichzeitig die scheinbar paradoxe Beobachtung machen, daß der ausbleibenden Wende in der politischen Praxis eine deutliche Wende in der Theorie gegenüberstand. Die Radikalisierung gesundheitspolitischer Forderungen ist dokumentiert in einer Reihe von Tagungen und anderen medienwirksamen Aktionen, die in erster Linie von marktorientierten Ökonomen getragen wurden. Im Januar 1984 veranstaltete zum Beispiel die Martin-Schleyer-Stiftung ein Symposium über Marktsteuerung im Gesundheitswesen, dem ein Monat später eine ganzseitige Anzeige in mehreren überregionalen Tageszeitungen (unter anderem FAZ und Welt) folgte, in der 30 bekannte Wirtschaftswissenschaftler sich veranlaßt sahen, vor den Folgen der Kostenentwicklung zu warnen. Das Bundesarbeitsblatt widmete seine Dezember-Ausgabe dem Thema »Ordnungspolitische Alternativen im Gesundheitswesen«, und im Januar 1985 äußerte sich die Deutsche Bundesbank in ihrem Monatsbericht erstmals zu den steigenden Ausgaben der Kassen.⁷⁹ Dem folgte im März 1985 ein von großem Publicity-Aufwand begleitetes Symposium des BMAS über »Ordnungspolitische Alternativen der Gesundheitspolitik«, auf dem in der Mehrzahl marktorientierte GesundheitsökonomInnen ihre bereits im Bundesarbeitsblatt vorgelegten Thesen nun einer größeren Öffentlichkeit unterbreiteten.⁸⁰

Während die gesundheitspolitische Diskussion durch eine Vielzahl von Veröffentlichungen und Tagungen über marktorientierte Reformen

78 Vgl. Hans Kastendiek und Hella Kastendiek, *Konservative Wende und industrielle Beziehungen in Großbritannien und der Bundesrepublik*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, 26 (1985); Douglas Webber, *Die ausbleibende Wende bei der Deutschen Bundespost. Zur Regulierung des Telekommunikationswesens in der Bundesrepublik Deutschland*, in: *Politische Vierteljahresschrift*, 27 (1986).

79 Vgl. Clemens-August Andreae und Engelbert Theurl (Hrsg.), *Marktsteuerung im Gesundheitswesen*, Köln: Bachem 1985; FAZ vom 22.2.1984; *Bundesarbeitsblatt* 12/1984; *Aktuelle Tendenzen in der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: *Monatsberichte der Deutschen Bundesbank* Nr. 1/1985, S. 29-39. Der Vollständigkeit halber sei hinzugefügt, daß im September 1985 der renommierte Verein für Sozialpolitik seine Jahrestagung dem Thema *Gesundheitsökonomie* widmete (vgl. Gérard Gäfgen (Hrsg.), *Ökonomie des Gesundheitswesens*, Berlin: Duncker und Humblot 1986) und im November der Sachverständigenrat eine marktorientierte Reform der GKV forderte. Vgl. *Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*. III: *Wege zu einer Reform*, Bundestags-Drucksache 10/4295 vom 22.11.1985, S. 166-178.

80 Vgl. BMAS, *Symposium »Ordnungspolitische Alternativen der Gesundheitspolitik« - Tagungsmappe* -. Bonn 1985 (heft. Ms.).

den Eindruck vermittelte, als sei die Einführung von mehr Markt und Wettbewerb nur noch eine Frage der Zeit, geschah mit der Ernennung von Rita Süßmuth zur Gesundheitsministerin, die Heiner Geißler Mitte 1985 ablöste, eine personelle Weichenstellung, die in eine ganz andere Richtung deutete. Mit dieser Personalentscheidung wurde das Gesundheitsministerium (BMFFJG) nicht nur als gesundheitspolitische Instanz reaktiviert, sondern es wurden auch inhaltliche Akzente gesetzt. Der schon unter Geißler geplanten Einrichtung der Arbeitsgruppe Prioritäre Gesundheitsziele folgte im Juli 1986 die Gründung des Fachreferats Gesundheitsberichterstattung.⁸¹ Beide Maßnahmen stehen im Zusammenhang mit der auch innerhalb der Union kritisierten Reduktion der Gesundheitspolitik auf reine Kostendämpfung.⁸² Tendenziell stellt die politische Aufwertung nicht-ökonomischer Orientierungsdaten eine andere ordnungspolitische Richtung dar, als sie von Markt- und Wettbewerbsanhängern repräsentiert wird.

8.3.1 Steuerung der Medizintechnik: Die Großgeräte-Richtlinien

Seit Beginn der achtziger Jahre ist der rasch zunehmende Einsatz medizintechnischer Geräte, insbesondere bei Anlagen mit hohen Investitionskosten, zum Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen geworden. Galt die Medizintechnik bis dahin vor allem als positive Begleiterscheinung der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft, so ist diese Auffassung nun einer kritischeren Beurteilung gewichen, die sich sowohl auf den medizinischen Nutzen als auch auf die ökonomischen Effekte der Medizintechnik bezieht.⁸³ Unbestritten ist, daß medizinisch-technische Innovationen einen zentralen Beitrag zur Verbesserung von Diagnose- und Therapieverfahren geliefert haben. Mittlerweile zeichnen sich allerdings auch eine Reihe von Grenznutzenphänomenen ab, die den Einsatz der Medizintechnik zwar nicht grundsätzlich in Frage stellen, zumindest aber

81 Vgl. Wolfgang Lange, Fortschritte bei den »prioritären Gesundheitszielen«, in: Deutsches Ärzteblatt, 83 (1986), S. 528.

82 Vgl. zum Beispiel Rudolf Henke, Wider das Dogma der schematischen Kostendämpfung in der Gesundheitspolitik, in: Die Sonde, Nr. 2 (1987).

83 Siehe als Überblick Frank E. Münnich und Karl Oettle (Hrsg.), Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Stuttgart: Bleicher 1984; Ministerium f. Arbeit, Gesundheit, Familie und Soziale Ordnung Baden-Württemberg (Hrsg.), Medizinisch-technische Großgeräte, Berlin 1986.

die Frage nach deren kontrollierter Verbreitung und Anwendung aufwerfen.⁸⁴

Bei der Beurteilung der ökonomischen Folgekosten der Medizintechnik konzentrierte sich die Diskussion zunächst auf die Expansionsrate der Großgeräte und des so entstehenden Amortisationszwangs. Obwohl die Bundesrepublik bei der Gerätedichte international bereits eine Spitzenstellung einnimmt, sind die Zuwachsraten ungebrochen. So beanspruchten zum Beispiel allein die Ausgaben für Computer-Tomographie nur sechs Jahre nach der Einführung dieses Geräts im ambulanten Sektor 1984 rund 130 Millionen DM, was immerhin 0,7 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben für die ambulante Versorgung entsprach.⁸⁵ Einer Schätzung zufolge, die sich auf Anfang 1986 bezog, wurden durch Großgeräte im Krankenhaus rund 1 Milliarden DM und in der Praxis rund 650 Millionen DM an Kosten verursacht. Dies entsprach immerhin 3 Prozent der GKV-Ausgaben für die ambulante und 2 Prozent für die stationäre Versorgung.⁸⁶ Dabei ist keineswegs gesichert, daß neue Technologien jeweils alte ersetzen. Vielmehr besteht der begründete Verdacht, daß die »Kumulationseffekte« die »Substitutionseffekte« klar übersteigen.⁸⁷ Damit war das Schlagwort vom »diagnostischen Overkill« geboren. Da Großgeräte tendenziell immer teurer werden, ihre Folgekosten und ihr medizinischer Nutzen volkswirtschaftlich kaum abschätzbar sind, wurde seit 1982 die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung für einen bedarfsgerechten und ökonomisch sinnvollen Geräteinsatz diskutiert.

Im stationären Sektor war schon 1982 im Rahmen des KHKG eine Abstimmungspflicht für die Anschaffung und Nutzung von medizinisch-technischen Großgeräten eingeführt worden (§ 11a KHG), die vorschreibt, daß die Betriebskosten von Geräten, die unter Umgehung oder ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde angeschafft wurden,

84 Vgl. Stefan Kirchberger, Technischer Fortschritt in der Medizin, und Heinz-Harald Abholz, Das Dilemma medizinisch-technischer Entwicklungen, beide in: Medizin und Technologie (Argument SB 141) 1986. Von der Industrie wird dies freilich anders gesehen. Vgl. Bernhard Halfpap, Was kostet uns die Gesundheit wirklich? in: Elektromedica, 54:1 (1986).

85 Vgl. Kirchberger, Technischer Fortschritt, a.a.O., S. 10.

86 Vgl. Ernst Bruckenberger, Großgeräte-Richtlinien als Stein der Weisen? in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Heft 2 (1986), S. 17.

87 Ernst Bruckenberger, »Diagnostischer Overkill« - und das niedersächsische Kooperationsmodell, in: Deutsches Arzteblatt, 82 (1985), S. 2176.

nicht über den Pflegesatz gedeckt werden dürfen.⁸⁸ Anders stellte sich die Situation bei den niedergelassenen Ärzten da. Seit 1977 bestand für Kassenärzte lediglich eine »Anzeigepflicht« bei der jeweiligen KV. Diese wiederum hat »im Benehmen mit der für die Krankenhaus(bedarfs)planung zuständigen Landesbehörde und der Krankenhausgesellschaft« einen »wirtschaftlichen Einsatz der Geräte zu sichern« (§ 368n Abs. 8 RVO). Sanktionsmöglichkeiten gegen Kassenärzte, die gegen die Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ein Großgerät anschaffen, waren in dieser Regelung nicht vorgesehen.

Daß das Thema Großgeräte überhaupt zu einer steuerungsbedürftigen Materie wurde, ist in erster Linie ein Ergebnis der Wachstumsdynamik dieses Sektors, die nicht nur das allgegenwärtige Interesse an einer Kostendämpfung weckte, sondern auch den Verteilungskonflikt zwischen ambulantem und stationärem Sektor erneut ausbrechen ließ. Während es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) um die Sicherung der Arztpraxis als Standort für medizinisch-technische Großgeräte ging, lag es im Interesse der Krankenhäuser und der Kassenverbände, daß die Zunahme der Großgeräte im ambulanten Sektor durch bindende Vorgaben gesteuert wird. Neben der Mengenregulierung mußten also auch die Fragen der Steuerungskompetenz und der Standortverteilung gelöst werden.

Im November 1983 wurde durch das - seinerzeit noch - SPD-regierte Hessen ein Gesetzentwurf über die »Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes von medizinisch-technischen Großgeräten in der kassenärztlichen Versorgung« in den Bundesrat eingebracht.⁸⁹ Dieser Gesetzentwurf sah eine dem stationären Sektor analoge Bedarfsplanung für Großgeräte vor und stieß damit auf heftige Ablehnung durch die KBV, die dies »als Angriff auf die freiberufliche Stellung des Kassenarztes«⁹⁰ wertete. Die ablehnende Haltung der KBV hinterließ aber keine nachhaltige Wirkung, denn im Juni 1984 brachte auch das unions regierte Bundesland Baden-Württemberg einen entsprechenden Gesetzentwurf in den Bundesrat ein⁹¹, der zwar keine bindende Bedarfsplanung, sondern eine am Einzelfall orientierte gemeinsame Abstimmung zwischen KVen, Kassen, Krankenhausgesellschaft und Länderverwaltung vorsah, aber ebenso wie der

88 Rolf Hohberg, Standortentscheidung für medizinisch-technische Großgeräte, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, 9 (1986), S. 5.

89 Bundesrats-Drucksache 10/1675.

90 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 83' der KBV, Köln-Löwenich: Deutscher Ärzte-Verlag 1983, S. 47.

91 Vgl. Bundesrats-Drucksache 10/1625.

hessische Entwurf Sanktionsmöglichkeiten beinhaltete.⁹² Im Juni 1985 überwies der Bundesrat den hessischen Entwurf - um einige Änderungsanträge Baden-Württembergs ergänzt - an den Bundestag, wo schließlich auch die SPD-Fraktion einen eigenen Gesetzentwurf vorlegte⁹³ und beide Entwürfe zur weiteren Beratung an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung überwiesen wurden.

Während das Interesse der Länder an einer gesetzlich abgesicherten Verzahnung des Großgeräte-Einsatzes klar durch deren Planungshoheit für den stationären Sektor geleitet wurde, die durch einen medizintechnischen Wildwuchs im ambulanten Bereich in Frage gestellt zu werden drohte, nahm die Bundesregierung eine ambivalente Haltung ein. Auf der einen Seite betonte sie die wirtschaftliche Bedeutung der elektromedizinischen Geräteindustrie, was auf gewisse Vorbehalte gegenüber einer gesetzlichen Regelung schließen läßt. Auf der anderen Seite stimmte sie mit den Ländern darin überein, daß die für den ambulanten Sektor bestehenden Regelungen zum Großgeräte-Einsatz nicht ausreichend seien.⁹⁴ Aus der CSU-Landesgruppe wiederum wurde grundsätzlicher Widerspruch gegen eine gesetzliche Regelung laut. Ihr gesundheitspolitischer Sprecher sah keinen Handlungsbedarf und lehnte die Gesetzentwürfe mit dem Argument ab, daß die vorhandene Anzeigepflicht ausreichend sei und eine gesetzliche Regelung zu einer ordnungspolitisch unerwünschten staatlichen »Interventionsspirale« führen würde.⁹⁵

In dieser widersprüchlichen Interessenkonstellation setzte sich erneut ein von der Netzwerkstruktur begünstigter Modus der Problemregulierung durch. Anstelle einer gesetzlichen Regelung stand der Bundesregierung nämlich die Möglichkeit offen, den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (BAK) als Selbstverwaltungsorgan mit einer Problemregulierung zu betrauen. So wurde vom BMAS eine Lösung auf Selbstverwaltungsebene angeregt, was die KBV veranlaßte, ihre ablehnende Haltung zu lockern, und in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einen Maßnahmenkatalog vorzubereiten, der eine gesetzliche Regelung überflüssig machen sollte. Das Einlenken der KBV wurde wesentlich durch die Verlagerung der Entscheidung in die Selbstverwaltung

92 Vgl. Hohberg, Standortentscheidung, a.a.O., S. 6.

93 Vgl. Bundestags-Drucksache 10/1329.

94 Vgl. Bundestags-Drucksache 10/3374, Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, S. 18 f.

95 Kurt Faltlhauser, Medizinisch-technische Großgeräte: Staatliche Investitionslenkung? in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9 (1984).

bestimmt, denn »Selbstverwaltungslösungen sind elastischer als strikte gesetzgeberische Regelungen und damit für den Betroffenen eher erträglich.«⁹⁶ Daß diese Einschätzung zumindest aus der Perspektive der KBV zutreffend ist, läßt sich an den Richtlinien für den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (Großgeräte-Richtlinien) vom 10. Dezember 1985 (Beilage Nr. 60 zum Bundesanzeiger vom 27. März 1986) ablesen, die vom BAK, der in sinnfälliger Anlehnung an den Sprachgebrauch auch als »Regelungsgeber« titulierte wird, verabschiedet wurden und durch Bekanntgabe im Bundesanzeiger verbindliche Gültigkeit erlangten. Die Richtlinien haben folgenden Inhalt:

- Es werden neun verschiedene Gerätetypen aufgelistet, die unter den Begriff Großgeräte zu rechnen sind.
- Die regionale Verteilung soll eine Reihe von Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren berücksichtigen. Als Grundlage für die anzustrebende Gerätezahl dienen Meßzahlen (= Gerät pro x-tausend Einwohner), die für jeden Gerätetyp festgelegt sind.
- Es ist eine gegenseitige Unterrichtung zwischen KVen und Kassen einerseits sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und der Landeskrankengesellschaft andererseits vorgesehen.
- Der Kassenarzt, der die Anschaffung eines Großgerätes beabsichtigt, muß dies ein halbes Jahr zuvor bei der zuständigen KV anzeigen und an einem »Beratungsgespräch« teilnehmen. Die Einführung von Sanktionen bei Nichtbeachtung der KV-Empfehlung bleibt den vertraglichen Vereinbarungen zwischen KVen und Kassenverbänden vorbehalten.
- Schließlich ist eine »Bestandsschutzklausel« beinhaltet, die alle vor Inkrafttreten der Richtlinien vorhandenen Geräte sowie die Ersatzbeschaffung von möglichen Sanktionen ausnimmt.

Die Großgeräte-Richtlinien sind sicher kein entscheidender Testfall für die ordnungspolitische Gradlinigkeit der christlich-liberalen Koalition. Aus der Perspektive der strategischen Selektivität des Policy-Netzwerkes sind aber sowohl der hier gewählte Ort der Problembearbeitung wie der Inhalt der Richtlinien aufschlußreich. Unter steuerungstheoretischen Gesichtspunkten können die Richtlinien als Beispiel einer Angebotsregulierung betrachtet werden, wobei diese Klassifikation jedoch nur formaler Natur ist, denn die (regulative) Bindungswirkung der Großgeräte-Richtli-

96 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 86', S. 100.

nien ist eher gering, wie sich an der Kritik von seiten der Länder und der Krankenhäuser ablesen läßt. Demnach verfehlen die Richtlinien ihr Ziel, den wirtschaftlichen und bedarfsorientierten Geräteinsatz, vollständig.⁹⁷ So war die Gerätedichte im Bundesdurchschnitt bereits höher als in den Meßzahlen veranschlagt. Da infolge der Bestandsschutzklausel bereits bestehende Standorte nicht ausgeschlossen werden können, würden die Meßzahlen ausschließlich einen Gerätezuwachs zur Folge haben, nämlich in den statistisch noch unterversorgten Gebieten. Die Meßzahlen - so wurde von seiten der Krankenhäuser beklagt - umfassen auch den stationären Sektor, obwohl die Zulassung von Großgeräten laut KHG in die Kompetenz der Länder fällt. Den vorgesehenen Benennungsvorgängen wurde keine Regelungswirkung zuerkannt, da das Problem von Standortkonflikten ausgeklammert blieb, so daß auch keine Koordination zwischen ambulanten und stationärem Sektor möglich wurde. Dafür hätten die Richtlinien bereits eine unerwünschte Nebenwirkung verursacht, da es vor ihrem Inkrafttreten zu einem Boom von angezeigten Neuinstallationen im ambulanten Sektor kam. Schließlich sei die Frage der Sanktionen bei ungenehmigtem Einsatz von Großgeräten noch immer ungeklärt. In einzelnen Bundesländern wurden zwar auf Landesebene Sanktionsmöglichkeiten (Vergütungsausschluß) vertraglich ausgehandelt, in Baden-Württemberg beispielsweise können diese Sanktionen allerdings nicht angewandt werden, da sich die beteiligten Verbände und die Landesbehörde noch nicht auf Bedarfsindikatoren für die Standortverteilung von Großgeräten einigen konnten.⁹⁸

Diese im großen und ganzen plausible Kritik kann nun nicht einfach auf einen Fehltritt des Gesetzgebers, der die Problembearbeitung weitergeleitet hat, oder auf die Entscheidungsunfähigkeit der Selbstverwaltung zurückgeführt werden. Der hier beobachtbare Modus der Problembearbeitung entspricht vielmehr der strategischen Selektivität institutionell verankerter Handlungsmuster und Anreizstrukturen. Bei den Großgeräte-Richtlinien handelte es sich um eine jener gesundheitspolitischen Entscheidungen bei der - wie so oft unter der christlich-liberalen Koalition - nicht die Alternative »mehr Markt oder mehr Staat« zur Disposition stand, sondern »mehr Staat oder mehr Selbstverwaltung«. Die Verschiebung der Verantwortung von der Bundesregierung auf die Selbstverwaltung, in diesem Fall den BAK, ist in der bundesdeutschen Gesundheitspo-

97 Bruckenberger, Großgeräte-Richtlinien, a.a.O.

98 Vgl. Hohberg, Standortverteilung, a.a.O., S. 6.

litik ein Handlungsmuster mit langer Tradition. Diese zumeist mit dem »Vorrang der Selbstverwaltung« begründete Vorgehensweise könnte im vorliegenden Fall mit gewisser Berechtigung als bequeme Möglichkeit der Politikentlastung interpretiert werden. Andererseits bedarf es aber auch der Bereitschaft der Selbstverwaltung, das Problem aufzunehmen. Im bundesdeutschen Gesundheitssektor ist diese Bereitschaft generell vorhanden, und zwar keineswegs nur unter Androhung staatlicher Interventionen. Denn im gesundheitspolitischen Netzwerk ist die »Regierung durch Verbände« nicht nur »das Nebenprodukt einer ernsthaften Interventionsabsicht des Staates, die er sich 'abkaufen' läßt«⁹⁹, sondern regelmäßig die von allen Akteuren angestrebte Steuerungsform. Während staatlicherseits das Moment der Politikentlastung als handlungsleitend gelten darf, ist im Verständnis der Repräsentanten der Selbstverwaltung jede von ihnen ausgehandelte Entscheidung ein Beleg von Kompetenz und Selbststeuerungsfähigkeit. Diese Haltung ist natürlich nicht nur ideeller Natur, denn bei Aushandlungsprozessen innerhalb der Selbstverwaltung können unkalkulierbare Problemlösungen weitgehend ausgeschlossen werden. Diese Form der Problembearbeitung trägt damit wesentlich zur Erwartungssicherheit bei - einer Handlungsorientierung, die angesichts begrenzter Verteilungsspielräume zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Auch der Umstand, daß die Richtlinien inhaltlich außerordentlich vage blieben, entspricht in mehrerlei Hinsicht den funktionalen Erfordernissen einer Selbstverwaltungslösung. Generell tendieren die vertraglich ausgehandelten Regelungen der Selbstverwaltung zu einer substantiell eher unbestimmten Form der prozeduralen Steuerung. Eine Problemlösung im Sinne strikter Ressourcenzuteilung wäre in einem Verhandlungssystem auch dysfunktional, weil dies in der Regel Gewinner und Verlierer voraussetzt. Die inhaltliche Unbestimmtheit der Großgeräte-Richtlinien entspricht damit den Anforderungen an flexibel handhabbare Lösungen, die den Akteuren im Einzelfall begrenzte Gewinn- und Verlustmöglichkeiten eröffnen und damit eine fortgesetzte Kooperationsbereitschaft begründen.

99 Helmut Voelzkow, Josef Hilbert und Rolf G. Heinze, »Regierung durch Verbände« - am Beispiel der umweltbezogenen Techniksteuerung, in: Politische Vierteljahresschrift, 28 (1987), S. 97 f.

8.3.2 Arzneimittelpolitik zwischen Kostendämpfung, Branchenschutz und Markttransparenz

Die Arzneimittelpolitik unterliegt in der Bundesrepublik traditionell dem Zielkonflikt zwischen der Notwendigkeit staatlicher Regulierungen zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit bzw. zur Kostendämpfung und dem Interesse an der Sicherung einer internationalen Spitzenposition der pharmazeutischen Industrie als »Apotheke der Welt«. Die christlich-liberale Koalition hat seit ihrer Amtsübernahme zwei für den Arzneimittelsektor wichtige Maßnahmen durchgeführt bzw. veranlaßt, und zwar das zweite Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) sowie die Verabschiedung der Preisvergleichsliste für Arzneimittel durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Beide Maßnahmen waren seit längerer Zeit Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion.

a) Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes

Über die Notwendigkeit einer Novellierung des AMG bestand innerhalb der Koalition Einigkeit. Eine Gesetzes-Novelle war aus drei Gründen erforderlich geworden. Erstens lag der Bundesregierung ein Erfahrungsbericht über das 1976 verabschiedete und am 1.1.1978 in Kraft getretene Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vor¹⁰⁰, der mehrere Änderungsvorschläge zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit beinhaltete. Zweitens mußte das Arzneimittelgesetz - einer EG-Richtlinie von 1983 gemäß - an europäische Standards angepaßt werden. Dies betraf unter anderem die Angabe eines Verfalldatums und die Einführung von Fachinformationen für Apotheker und Ärzte. Drittens hatte schließlich die Klage eines Arzneimittelherstellers gegen die Nicht-Aufnahme in die von der Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt herausgegebene Transparenzliste dazu geführt, daß das Bundesverwaltungsgericht 1985 die Tätigkeit der Kommission aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage untersagte und damit eine rechtliche Absicherung der Kommission im AMG notwendig wurde.¹⁰¹

100 Vgl. Bundestags-Drucksache 9/1355.

101 Vgl. Manfred Groser, Die Organisation von Wirtschaftsinteressen in der pharmazeutischen Industrie in der Bundesrepublik Deutschland, IIM/LMP 85-3, Wissenschaftszentrum Berlin 1985, S. 20.

Im März 1985 legte das zuständige BMFJG einen Referentenentwurf vor, der den geänderten Anforderungen Rechnung trug.

Nach der Anhörung der betroffenen Verbände lag dem Kabinett im Oktober 1985 ein erster Gesetzentwurf vor.¹⁰² Als wesentlicher Konfliktpunkt erwies sich die von den »forschenden« Unternehmen der Pharmaindustrie seit Ende der siebziger Jahre erhobene Forderung nach einem wirksamen Nachahmerschutz. In der Bundesrepublik gilt seit 1978 für neue Wirkstoffe, für die Entdeckung neuer Anwendungsgebiete bereits bekannter Wirkstoffe sowie für neue Herstellungsverfahren ein genereller Patentschutz von 20 Jahren. Nach Ablauf der Patentschutzfrist können Nachahmerfirmen (Zweitmelder) auf die beim Bundesgesundheitsamt (BGA) hinterlegten Prüfunterlagen des Erstanmelders »Bezug nehmen«, das heißt, erneute Tierversuche und klinische Prüfungen für die Zulassung des Nachahmer-Präparats sind nicht erforderlich. Diese seit 1979 geltende Praxis ist bei den forschenden Pharma-Unternehmen auf zunehmende Kritik gestoßen. Der ständig steigende Forschungsaufwand für die Entwicklung neuer Wirkstoffe, der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) mit durchschnittlich 80 - 200 Millionen DM pro neu entwickeltem Wirkstoff beziffert wird, sei in absehbarer Zeit nicht mehr finanzierbar, da vom Zeitpunkt der Patentanmeldung bis zur anwendungsreifen Entwicklung und der Zulassung des Arzneimittels durch das BGA nicht selten mehr als 10 Jahre vergehen. Die pharmazeutische Industrie geht von einer ökonomischen Nutzungszeit von durchschnittlich sechs bis acht Jahren aus¹⁰³, was zur Folge habe, daß die effektive Patentschutzzeit so kurz werde, daß die Forschungsaufwendungen sich kaum noch amortisieren würden, mithin die Innovationsfähigkeit und damit die internationale Wettbewerbsfähigkeit der bundesdeutschen Pharmaindustrie auf dem Spiel stünden.¹⁰⁴ Einzelne Hersteller von Markenpräparaten mußten bereits erhebliche Umsatzverluste durch Generika hinnehmen. So hat zum Beispiel die Bayer AG (Leverkusen) nach dem Auslaufen des Patentschutzes für ihr umsatzstärkstes Produkt, das Herz- und Kreislaufmittel

102 Vgl. Harald Clade, Novelle zum Arzneimittelgesetz: Politur mit Schrammen, in: Deutsches Ärzteblatt, 83 (1986).

103 Vgl. pharma daten 85, S. 31.

104 Vgl. Erwin Rahner, Zweitmelder-Regelung rückt näher, in: Die Pharmazeutische Industrie, 48 (1986), S. 4-5.

»Adalat«, rund 50 Prozent (= 50 Millionen DM) des Marktanteils an billigere Nachahmerfirmen verloren.¹⁰⁵

Noch im Oktober 1985 monierte der Vorsitzende des BPI, daß im Entwurf die sogenannte »Zweit-anmelder-Problematik« keine Berücksichtigung gefunden habe.¹⁰⁶ Als die Vorlage im Dezember 1985 erstmals dem Kabinett zur Beratung vorlag, beinhaltete sie nun plötzlich eine Regelung über Zweit-anmelder mit erheblichen Konsequenzen für den Arzneimittelmarkt.¹⁰⁷ Der Gesetzentwurf sah zunächst eine Kompromißlösung zwischen der geltenden Zulassungspraxis und der Forderung der Pharmaindustrie nach einer zehnjährigen Verwertungssperre vor. Zweit-anmelder sollten demzufolge nach Ablauf einer fünfjährigen Sperrfrist nach der Zulassung die Möglichkeit der Bezugnahme dann erhalten, wenn der Erstanmelder eine Ausgleichszahlung erhält oder der Zweit-anmelder die notwendigen Unterlagen selbst zur Verfügung stellen kann. Das Recht zur Bezugnahme für den Zweit-anmelder sollte nach Ablauf einer zehnjährigen Verwertungssperre ohne Einschränkungen gelten.¹⁰⁸ Wie im Nachhinein der zuständige Ministerialdirektor ausführte, wäre der neueingefügte Passus zur Zweit-anmelder-Problematik »ohne das Drängen des Bundesarbeitsministers nicht zustandegekommen.«¹⁰⁹ Der Auslöser dieses überraschenden Engagements war der »Stabilitätsbeschluß« des BPI im Oktober 1985, mit dem der Verband die Stabilisierung der Arzneimittelpreise für die Dauer von zwei Jahren zusagte.¹¹⁰

Die zweistufige Regelung zur Zweit-anmelderfrage ging der pharmazeutischen Industrie jedoch nicht weit genug. Sie fand in diesem Punkt Unterstützung von der FDP und von der Mittelstandsvereinigung der CDU¹¹¹, die beide den Interessen der pharmazeutischen Industrie nahe stehen. Während der parlamentarischen Beratung der AMG-Novelle erwies sich die zweistufige Nachahmerregelung der Bundesregierung als

105 Vgl. Nürnberger Nachrichten vom 26./27.4.1986, »Generika« bereiten Pharmaindustrie Kopfschmerzen.

106 Rolf Madaus, »Deshalb kann die pharmazeutische Industrie nicht abseits stehen ...« in: Die Pharmazeutische Industrie, 47 (1985), S. 1012.

107 Vgl. DIE ZEIT - Nr. 6 - vom 31.1.1986, Valium für den Wettbewerb.

108 Die Neue Ärztliche vom 7.4.1986, Generica werfen Probleme mit dem geltenden Patentschutz auf.

109 Karl Jung, BPI-Stabilitätsbeschluß konstruktiver Beitrag zur Kostendämpfung, in: Die Pharmazeutische Industrie, 48 (1986), S. 1457.

110 Ebd.

111 Vgl. Die Neue Ärztliche vom 5.3.1986, SPD wie Bundesrat gegen Medikamentenmuster.

nicht mehrheitsfähig, so daß am Ende schließlich eine zehnjährige Verwertungssperre in die am 11. Juli 1986 verabschiedete Zweite Novelle zum Arzneimittelgesetzes vom 11. Juli 1986 (BGBl. I S. 1287) aufgenommen wurde. Als Verhandlungsmasse diente offenbar der Umfang der erlaubten Arzneimittelmuster, deren Anzahl von sechs auf nurmehr zwei pro Jahr, pro Arzt und pro Arzneimittel reduziert wurde. Aufgrund der fehlenden Kontrollmöglichkeiten ist diese Einschränkung für Pharmaindustrie und Ärzteschaft problemlos zu verkraften.¹¹²

Der Entscheidungsprozeß der AMG-Novelle legt zunächst die These nahe, daß es sich hierbei um ein schlichtes Tauschgeschäft handelte, bei dem die potentiell kostendämpfende Konkurrenz der Nachahmerfirmen dem Zugeständnis eines zweijährigen Preisstops geopfert wurde. Da das Argument von der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der pharmazeutischen Industrie, die durch den Nachahmerschutz verbessert werden könnte, bei der christlich-liberalen Koalition wohl kaum in Frage gestellt wird, erscheint das Zugeständnis einer Konkurrenzschutzklausel auch politisch plausibel. Wie verträgt sich das nun aber mit dem staatlichen Interesse an der Kostendämpfung? Hier bietet die institutionelle Ausgestaltung des Akteurs Staat eine einleuchtende Erklärung.

Die Federführung für die AMG-Novelle lag beim Gesundheitsministerium, das ja in einer strategisch gänzlich anderen Position angesiedelt ist als das BMAS. Das BMFFJG war nun mit dem Problem konfrontiert, daß das BGA als nachgeordnete Behörde direkt von der Auseinandersetzung um die Zweitanmelder-Problematik betroffen war. Zunächst ist dabei der Hinweis wichtig, daß das BGA mit gutem Grund als »captured agency« betrachtet werden kann. Bereits für die Gründungsphase der Vorgängerbehörde, des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, gibt es Hinweise auf eine Verwaltungskolonisierung durch die »Pharmazie«¹¹³, und es besteht der begründete Verdacht, daß sich diese »policy legacy« bis in den heutigen Tag erhalten hat.¹¹⁴ Das entscheidende Einfallstor für die pharmazeutische Industrie stellt die gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung ex-

112 Vgl. Rolf Reher, Kostenfaktor Arzneimittelmuster, in: Die Ortskrankenkasse, 69 (1987).

113 Belege für die These finden sich bei Jürgen Holsten, Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die Pharmazie, Diss. FU Berlin 1977.

114 Anhaltspunkte dafür bei Axel Murswiek, Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und den USA, Opladen: Westdeutscher Verlag 1983, und besonders bei Sylvia Zacharias, Arzneimittelzulassung und Verbraucherschutz, Frankfurt/M. - Bern: Peter Lang 1986.

terner Sachverständiger in den 42 Zulassungs- und Aufbereitungskommissionen dar (§ 25 AMG 1976)¹¹⁵, die im BGA für den Bereich Arzneimittelsicherheit tätig sind. Zwar stellte die Pharmaindustrie 1980 nicht mehr als 27 der insgesamt 205 Mitglieder¹¹⁶, da aber zudem vielfältige Abhängigkeiten des BGA in der Informationsbeschaffung vorhanden sind, ist die These zulässig, daß ein halbwegs störungsfreies Verhältnis zur pharmazeutischen Industrie von erheblicher Bedeutung ist, um die Handlungsfähigkeit des BGA nicht zu gefährden. Durch die Zweitanmelder-Problematik wurde dieses Kooperationsverhältnis einer ernsthaften Belastung ausgesetzt. Denn seit der Veröffentlichung des umstrittenen Bezugnahme-Erlasses durch das BGA im Jahr 1979 hatte die pharmazeutische Industrie mit erheblichem Gutachter-Aufwand die Rechtmäßigkeit der Bezugnahme bestritten¹¹⁷, so daß nicht auszuschließen war, daß dieser Dissens längerfristig zu einer ernsthaften Verschlechterung der Beziehungen zwischen BGA und Pharmaindustrie hätte beitragen können. Das Gesundheitsministerium unterliegt also aufgrund anderer Umweltkontakte und -anforderungen einer Prädisposition zugunsten der Pharmaindustrie, die im BMAS nicht anzutreffen ist.

Im vorliegenden Fall hat also die Verwaltungssegmentierung und die unterschiedlich gelagerten Interessen und Verflechtungen staatlicher Ministerien eine gewichtige Rolle gespielt. Dies zeigt sich unter anderem daran, daß die Regelung der Zweitanmelder-Frage im Sinne der Pharmaindustrie und der Preisstillhalte-Appell des BPI aus der Sicht des BMAS nur ein Element eines »barter exchange«, also eines mehrstufigen politischen Tauschprozesses darstellen sollte. Die Kassenverbände, bei denen die Verwertungssperre auf heftige Kritik gestoßen war, hatten als finanzielle Kompensation die Neugestaltung der zum gleichen Zeitpunkt vom BAK beratenen Preisvergleichsliste gefordert.¹¹⁸ Das BMAS stimmte darin mit den Kassenverbänden überein und betrachtete die Zweitanmelder-

115 Vgl. Murswieck, Staatliche Kontrolle, a.a.O., S. 180.

116 Angaben nach Zacharias, Arzneimittelzulassung, a.a.O., S. 263.

117 Vgl. Leigh Hancher und Matthias Ruete, Legal Administrative Culture as Policy Determinants: Licensing and the Drug Industry, paper presented at the ESRC Conference on Government and Industry Relations in Major OECD Countries, Trinity Hall, Cambridge, December 11-13, 1985, S. 35 f.

118 Vgl. Handelsblatt vom 24.4.1986, Die Pharma-Industrie besteht auf einer neuen Preisvergleichsliste.

Regelung daher auch als Vorleistung für die Zustimmung der Industrie zu einer erweiterten Preisvergleichsliste.¹¹⁹

b) Die Preisvergleichsliste

Mit der AMG-Novelle war der Bundesregierung nun zusätzlicher Handlungsbedarf entstanden, da mit Rücksicht auf die Krankenkassen der zweite Teil des Tauschgeschäfts fällig wurde. Über eine Neufassung der seit 1977 gültigen Preisvergleichsliste des BAK wurde bereits seit 1984 diskutiert, nachdem der Versuch direkter Preisverhandlungen zwischen dem BPI und den Kassenverbänden im Oktober 1984 gescheitert war.¹²⁰ Grundsätzlich kann zwischen drei verschiedenen Formen von Arzneimittellisten unterschieden werden.¹²¹ Den ersten Typ repräsentieren die sogenannten »Transparenzlisten«, die eine Marktübersicht in Form eines Vergleichs von Arzneimittelpreisen, meist in Form der durchschnittlichen Tagesbehandlungskosten beinhalten. Daneben existieren die sogenannten »Negativlisten«, in denen aufgrund verschiedener Kriterien einzelne Arzneimittelgruppen von der Erstattungspflicht durch die Krankenkassen ausgenommen werden. Drittens gibt es die sogenannten »Positivlisten«, in der alle erstattungsfähigen Arzneimittel beinhalten sind. Während zum Beispiel in Österreich die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels erst durch den Hauptverband der Krankenkassen festgestellt werden muß¹²², fallen in der Bundesrepublik alle Medikamente - seit 1983 mit Ausnahme sogenannte »Bagatell-Arzneimittel« -, einschließlich der neu auf den Markt gelangenden, automatisch in die Erstattungspflicht der GKV. Dieser faktisch ungehinderte Zugang zum Absatzmarkt der GKV war eine der wichtigsten Wachstumsdeterminanten der bundesdeutschen Pharmaindustrie, womit auch die hochgradige Sensibilität der Branche gegen jegliche Beschränkung in Form von Arzneimittellisten verständlich wird.

Je nach den zugrundegelegten Klassifikationen und der Verbindlichkeit können Arzneimittellisten erhebliche Auswirkungen auf die Absatzchancen einzelner Präparate besitzen. So hat zum Beispiel die 1983 einge-

119 Vgl. Jung, BDI-Stabilitätsbeschluß, a.a.O., S. 1457.

120 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 84', S. 67 ff.

121 Näheres hierzu bei Theodor Sproll, Arzneimittellisten und Kostendämpfung. Staatliche Steuerung im Arzneimittelbereich, Diss. Konstanz 1986, S. 46 ff.

122 Renate Wieland, Arzneimittellisten in der Bundesrepublik, der Schweiz und in Österreich, in: Medizin-Mensch-Gesellschaft, 11 (1986), S. 18.

führte Bagatell-Arzneimittelliste, die Arzneimittel zur Therapie geringfügiger Krankheiten aus dem Leistungskatalog der GKV ausschließt und damit alle Merkmale einer Negativliste aufweist, nur deshalb zu keinen größeren Auseinandersetzungen Anlaß gegeben, weil die Zahl der ausgeschlossenen Arzneimittel gering war und es sich ausschließlich um nicht verschreibungspflichtige Medikamente handelte, so daß eine Substitution des Umsatzausfalls durch den privaten Konsum (Selbstmedikation) erwartet werden konnte. Angesichts des politischen Stellenwerts, den die Aufrechterhaltung bzw. Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der (pharmazeutischen) Industrie einnimmt, kann es kaum verwundern, daß es in der Bundesrepublik, anders als in der Schweiz oder Österreich, keine Positivliste gibt.

Gleichwohl sind hierzulande mehrere Arzneimittellisten in Gebrauch¹²³, die dem Typ der Transparenzliste entsprechen, wie zum Beispiel die vom BPI herausgegebene »Rote Liste« oder die nach Indikationsgebieten geordnete Liste der Transparenzkommission beim BGA, einer seit 1976 tätigen unabhängigen Sachverständigen-Kommission, deren Aufgabe darin besteht, »pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz herbeizuführen und dadurch die Kräfte des Marktes zu aktivieren.«¹²⁴ Insbesondere die von staatlicher Seite initiierten Transparenzlisten entstanden im Zusammenhang mit der Kostendämpfungspolitik, so auch die seit 1977 jährlich aktualisierte Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die zahlreichen Arzneimittellisten trugen allerdings kaum zu einer erhöhten Markttransparenz bei und besaßen daher auch kaum Steuerungswirkungen auf die Arzneimittelkosten. Der geringe Einfluß der Listen, insbesondere der Preisvergleichsliste des Bundesausschusses, wurde auf zwei gravierende Mängel zurückgeführt.¹²⁵ Zum einen berücksichtigte die Preisvergleichsliste nur Monopräparate (Arzneimittel mit nur einem Wirkstoff), was nur knapp 22 Prozent des gesamten Verordnungsvolumens in der GKV entsprach. Zum anderen fehlten therapeutische Hinweise für den Arzt, so daß die Substitution teurer Medikamente durch vergleichbare billigere Präparate oder Generika erheblich erschwert wurde. Es lag daher nahe, im Zuge der ohnehin notwendigen Neufassung der Preisvergleichsliste des Bundesausschusses auf

123 Vgl. Sproll, Arzneimittellisten, a.a.O., S. 50.

124 Zitiert nach Murswieck, Staatliche Kontrolle, a.a.O., S. 467.

125 Vgl. Horst Dieter Schirmer, Die »neue« Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in: Die Pharmazeutische Industrie, 48 (1986), S. 35.

die Arzneimittelkosten einzuwirken. In ihrer Herbstsitzung 1984 sprach sich die Konzertierte Aktion dafür aus, auch Kombinationspräparate und »zusätzliche Informationen über Qualität und Wirksamkeit eines Arzneimittels«¹²⁶ in die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses aufzunehmen.

Zunächst hatte der Erfahrungsbericht und die Stellungnahme der Ärzte- und Kassenverbände mit der am 1.1.1983 eingeführten Negativliste gezeigt, daß die erhofften Einsparungseffekte nicht eingetreten waren. Eine Positivliste oder gar eine Marktzugangskontrolle wie in Österreich standen zu keinem Zeitpunkt ernsthaft zur Debatte. Die Positivliste wurde mit Blick auf die pharmazeutische Industrie als »ordnungspolitisch unerwünscht« eingestuft¹²⁷ und wäre politisch auch kaum durchsetzbar gewesen. In Ermangelung realistischer Alternativen blieb somit als Handlungsoption nur noch das Konzept der Transparenzliste, die überdies als marktkonformes Mittel gilt, da hier allein mit Hilfe von Informationen (Preistransparenz) das Ordnungsverhalten der Kassenärzte zu beeinflussen versucht wird.¹²⁸ In dieser Ansicht wurde das BMAS auch durch den Jahresbericht des Bundeskartellamts bestärkt, indem als Ursache für den fehlenden Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt die mangelnde Markttransparenz herausgestrichen wurde.¹²⁹ Schließlich kam die Transparenzliste einem allgemeinen Handlungsmuster in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik entgegen. Gesetzliche Regelungen beinhalten häufig keine klar definierten gesetzlichen Vorgaben, sondern unverbindliche und auslegungsfähige Regelungen, deren Konkretisierung als Aufgabe der Selbstverwaltung betrachtet wird.

Die Entscheidung für den Typ der Transparenzliste hätte die Auseinandersetzung um die Einführung der erweiterten Preisvergleichsliste somit entbehrlich machen können, da im Konzept der Transparenzliste impliziert ist, daß sie ein unverbindliches Informationsinstrument darstellt. Daß es dennoch zu einem zähen Ringen um die inhaltliche Ausgestaltung der Preisvergleichsliste kam, beruhte auf dem Umstand, daß das BMAS den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit ihrer Erarbeitung beauftragte. Während die von der Transparenzkommission beim BGA herausgegebene Liste lediglich eine allgemeine Informationsfunktion hat,

126 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85', S. 93.

127 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 84', S. 72.

128 Vgl. Schirmer, Preisvergleichsliste, a.a.O., S. 34.

129 Vgl. Schirmer, Preisvergleichsliste, a.a.O., S. 34.

bedeutet die Herausgabe einer Liste durch den BAK, daß ihr Inhalt zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots in der kassenärztlichen Versorgung herangezogen werden kann und rechtliche Bindungswirkung erhält.

Die Einschaltung des Bundesausschusses durch das BMAS geschah aber nicht nur, um der erweiterten Preisvergleichsliste zu größerer Wirksamkeit zu verhelfen, sondern auch mit Blick auf mögliche Gegner und Befürworter. Während die Krankenkassen die Preisvergleichsliste ohne Einschränkung befürworteten, war die Zustimmung der Ärzteschaft keineswegs gesichert. Da alle Regelungen, die das Verordnungsverhalten betreffen, sehr schnell als Angriff auf die Therapiefreiheit gewertet werden, ist die Einbindung der Ärzteschaft in den Entscheidungsprozeß ein wirkungsvolles Mittel, um etwaige Kritik abzufangen.

Die Diskussion um die erweiterte Preisvergleichsliste war von Anbeginn durch die widerstreitenden Anforderungen bestimmt, daß die Liste einerseits nicht über die Funktion eines Informationsinstruments hinausgehen sollte, andererseits aber nur dann sinnvoll sein konnte, wenn sie einen Einfluß auf das Verordnungsverhalten und damit die Arzneimittelkosten ausüben würde. Bei den Beratungen über die Neukonzeption im Juli 1985 hatte sich der Bundesausschuß »auf Drängen der Krankenkassen«¹³⁰ darauf verständigt, die Liste nach 9 Indikationsgebieten zu gliedern, die wiederum in drei Gruppen unterteilt wurden.¹³¹

A = Mittel, die allgemein zur Behandlung im entsprechenden Indikationsgebiet geeignet sind;

B = Mittel, die in besonderen Fällen zur Behandlung im entsprechenden Indikationsgebiet eingesetzt werden können;

C = Mittel, bei deren Verordnung besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Diese Gruppeneinteilung bildete den Kern der Auseinandersetzung, da sich der BAK hiermit auf das heikle Gebiet der qualitativen Arzneimittelpewertung vorgewagt hatte. Unmittelbar nach Bekanntgabe der ersten Version der Preisvergleichsliste im Mai 1986 wurden rund 500 Einsprüche von 100 Mitgliedsfirmen des BPI an den Bundesausschuß gerichtet, für deren Formulierung der BPI einen »Leitfaden« herausgegeben hatte.¹³²

130 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85', S. 93.

131 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85', S. 94.

132 Vgl. Frankfurter Rundschau vom 13.6.1986, Pharmaindustrie verpaßt Minister Blüm eine bittere Pille.

Kritisiert wurde neben der »mittleren rechnerischen Tagesdosis«, als Verfahren zur Preisermittlung, insbesondere die A,B,C-Einteilung, die nach Auffassung des BPI dazu führen würde, daß Arzneimittel, die in die Gruppe »C« eingeordnet sind, aus Angst vor einem drohenden Arzneimittel-Regreß bald nicht mehr verordnet werden würden.¹³³ Daß die Preisvergleichsliste als Instrument zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots eingesetzt werden würde, war zwar durchaus möglich, daß sie allerdings kaum als Grundlage für Arzneimittel-Regresse dienen, sondern allenfalls ein zusätzliches Bewertungskriterium für die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit sein würde, mußte jederman klar sein, der mit dem komplizierten Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung vertraut ist.¹³⁴

Als anfechtbar erwies sich auch weniger ihr möglicher Einfluß auf das Ordnungsverhalten, als vielmehr das Selektionskriterium für die Gruppeneinteilung, bei dem einfach Kombinationspräparate mit mehr als drei Wirkstoffen in die Gruppe C eingeordnet worden waren. Obwohl die medizinisch-pharmakologische Bewertung von Wirkstoffkombinationen zunehmend kritisch ausgefallen ist¹³⁵, gab es eine Reihe von plausiblen Argumenten, die gegen die A,B,C-Einteilung sprachen. Der Bundessausschuß dürfte sich der Anfechtbarkeit seiner Arzneimittel-Kategorisierung bewußt gewesen sein, denn der pharmazeutischen Industrie wurde ohne Zögern eine Berücksichtigung ihrer Einsprüche zugesagt.¹³⁶

Die mögliche Funktionalisierung der Preisvergleichsliste als Instrument für Regreßansprüche rief auch die freien Ärzteverbände auf den Plan, die das Konzept der Liste massiv kritisierten.¹³⁷ Während der Widerstand der Ärzteverbände merklich nachließ, nachdem der Bundesarbeitsminister im Juli damit drohte, selbst eine Preisvergleichsliste herauszugeben, wenn der Bundessausschuß sich dazu nicht in der Lage sähe¹³⁸, kündigten eine Reihe von Pharmaunternehmen dessen ungeachtet Verwaltungsklagen gegen die Preisvergleichsliste an. Durch ein vom BPI in

133 Vgl. Selecta vom 2.6.1986, Neue Preisvergleichsliste für den Kassenarzt; Der Deutsche Arzt, Nr. 10 (1986), Regreßansprüche gegen die Ärzte drohen.

134 Näheres hierzu bei Marian Döhler, Regulating the Medical Profession in Germany: The Politics of Efficiency Review, mimeo, Wissenschaftszentrum Berlin 1987.

135 Vgl. Selecta vom 2.6.1986, »Die Listen sind ein notwendiges Übel«.

136 Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 7.7.1986, Kraftprobe mit der Pharmaindustrie um Preisvergleichsliste.

137 Vgl. Der Apotheker vom 28.7.1986, Preisvergleichsliste: Konflikte unter Ärzten.

138 Ebd.

Auftrag gegebenes Gutachten des Frankfurter Staatsrechtlers Erhard Denninger sah sich der Bundesausschuß veranlaßt, eine Reihe von Änderungen, wie zum Beispiel die Berücksichtigung von Herstellerangaben bei der Berechnung der Tagesdosis, in die Liste aufzunehmen.¹³⁹ Das ursprünglich für April 1986 angegebene Fertigstellungsdatum mußte mehrfach verschoben werden. Zahlreiche Hersteller machten in ihren Einsprüchen - tatsächlich vorhandene - sachliche Fehler geltend, so daß eine Vielzahl von Modifikationen vorgenommen werden mußten, wollte der Bundesausschuß einer Flut von Verwaltungsgerichtsverfahren vorbeugen.¹⁴⁰ Bedenkt man, daß zum Beispiel die Transparenzkommission beim BGA für eine Transparenzliste, die nur jeweils ein Indikationsgebiet abdeckt, mehrere Jahre benötigt, ist es unschwer vorstellbar, daß bei einer Menge von insgesamt 14 Millionen Einzeldaten die hektische Erarbeitung der Preisvergleichsliste zwangsläufig zu einer Häufung von fehlerhaften Angaben führen mußte. Daraus resultierte auch eine entscheidende Konzession an die pharmazeutische Industrie, der halbjährliche »Nachbesserungs-Sitzungen« zugestanden wurden, bei denen Herstellereinwände berücksichtigt werden sollten.¹⁴¹ Noch buchstäblich bis zur letzten Minute vor der endgültigen Verabschiedung der Preisvergleichsliste am 23. September 1986 wurde auf Einsprüche von Herstellerfirmen eingegangen.

Anders als bei den Großgeräte-Richtlinien waren mit der Preisvergleichsliste explizit ordnungspolitische Zielsetzungen verknüpft. Denn die Herstellung von mehr Markttransparenz ist eine Maßnahme im Dienste einer stärker marktorientierten Wahl des verordnenden Arztes, die letztlich den Preiswettbewerb innerhalb der pharmazeutischen Industrie erhöhen soll. Es darf nun als wahrscheinlich gelten, daß die Preisvergleichsliste zur Erreichung dieses ordnungspolitischen Anliegens nur in sehr begrenztem Umfang beizutragen vermag. Zunächst gilt es zu bedenken, daß die Liste insgesamt nur 46 Prozent aller zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel beinhaltet.¹⁴² Des weiteren handelt es sich in erster Linie um ein Informationsinstrument, an daß sich der Arzt nicht in jedem Einzelfall zu halten braucht. Da bekannt ist, daß die Pharmaindustrie durch vielfälti-

139 Vgl. A+S aktuell - Nr. 14/15 - vom 15.7.1986, Preisvergleichsliste. Konsequenzen des Denninger-Gutachtens.

140 Vgl. Ärzte Zeitung vom 25.9.1986, Wird die Preisvergleichsliste durch Klagen zu Fall gebracht?

141 Vgl. Ärzte Zeitung vom 22.9.1986, Ausschuß berät morgen über Preisvergleichsliste.

142 Vgl. Handelsblatt vom 9./10.5.1986, Preisvergleichsliste für Arzneimittel.

ge Maßnahmen und Anreize das ärztliche Ordnungsverhalten beeinflussen kann, werden sich die wirtschaftlichen Lasten in engen Grenzen halten, so daß der von der pharmazeutischen Industrie erhobene Vorwurf einer politisch motivierten Marktreinigung zugunsten von Generika-Herstellern kaum haltbar ist. Der Wert der Liste wurde schließlich dadurch entscheidend gemindert, daß ein Gemeinschaftsgutachten des Zentrallaboratoriums der deutschen Apotheker und der Universität Heidelberg den Nachweis führen konnte, daß bis zu 80 Prozent der Generika eine geringere Bioverfügbarkeit besitzen als die Markenpräparate. Da ein vergleichbarer therapeutischer Effekt bei den betreffenden Generika erst bei einer teilweise sehr viel höheren Dosierung erzielt werden kann, wird das Konzept der »mittleren rechnerischen Tageskosten« fraglich.¹⁴³ Betrachtet man die Preisvergleichsliste unter dem Aspekt der »non-decisions«, da ja weitaus wirksamere Mittel zur Stärkung des Preiswettbewerbs zur Verfügung stehen, ist man leicht versucht, in diesem Entscheidungsprozeß einen erneuten »Sieg der Industrie« zu erblicken.

Wenn es tatsächlich ein Sieg dieses Akteurs war, dann war damit aber zumindest eine potentielle Spätfolge verbunden. Mit Hinweis auf das »Koppelgeschäft Preisvergleichsliste/Zweitenmelderregelung« hatte der Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes das widerspenstige Verhalten der pharmazeutischen Industrie kritisiert, denn »es gebe politische Konten, die überzogen werden könnten.«¹⁴⁴ Diese Feststellung sollte später noch eine Bestätigung erfahren. Vorerst bleibt als auffälliges Merkmal dieser Fallstudie hervorzuheben, daß die Institution des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine regelrecht kanalisierende Wirkung für strategische Optionen zu besitzen scheint. Die wachsende Relevanz des BAK, die nicht nur auf dem ordnungspolitisch begründeten »Vorrang der Selbstverwaltung« fußt, sondern auch auf der begrenzten Handlungsfähigkeit des BMAS, die einen Rückgriff auf dieses Gremium erforderlich macht, wenn überhaupt noch Entscheidungen zustande kommen sollen, ist eingedenk der ehemals kaum registrierten Existenz dieses Gremiums bemerkenswert. Der tendenzielle Aufstieg des BAK zu einer gesundheitspolitischen »Nebenregierung« macht deutlich, daß die strategische Selektivität des gesundheitspolitischen Netzwerkes die Substitution staatlicher Regelungen durch Selbstverwaltungslösungen begünstigt.

143 Vgl. Ärzte Zeitung vom 25.5.1987, Eine tragende Säule der erweiterten Preisvergleichsliste ist eingestürzt.

144 Süddeutsche Zeitung vom 29.8.1986, Bald Preisvergleichsliste für Arzneimittel.

Darüberhinaus darf nicht vergessen werden, daß die Indienstnahme des BAK nicht nur den Bundesarbeitsminister von der direkten Verantwortung entbindet, sondern auch Ärzte und Krankenkassen können vom Bundesausschuß profitieren, da ihnen das Recht zusteht, bindende Regelungen zu vereinbaren, die zu Lasten Dritter gehen. Während die Richtlinien des Bundesausschusses in den vergangenen Jahrzehnten kaum relevante Auswirkungen auf andere Leistungsanbieter hatten, hat ihre zunehmende Funktionalisierung für die Kostendämpfung, wie zum Beispiel bei den Großgeräte-Richtlinien oder bei der Preisvergleichsliste, neuerdings die Frage aufgeworfen, ob die Selbstverwaltung hier nicht zu weit gehe¹⁴⁵, da Ärzten und Krankenkassen die Möglichkeit einer »Räuberkoalition« eröffnet wird.

8.3.3 Ärzteschwemme und kassenärztliche Bedarfsplanung

Kaum ein gesundheitspolitisches Thema der letzten Jahre hat ärztliche Ständesvertreter so sehr in Aufregung versetzt wie die sogenannte »Ärzteschwemme«.¹⁴⁶ Einen ersten Höhepunkt erreichte die Diskussion um ein drohendes Überangebot an Ärzten schon 1978. Auf der Basis verschiedener Prognosen und Modellrechnungen war man in der KAG zu der Einschätzung gelangt, daß die Zahl der neu auf den Arbeitsmarkt drängenden Mediziner als »übermäßig« zu betrachten sei¹⁴⁷, ohne daß daraus jedoch ein politischer Handlungsbedarf abgeleitet wurde. Die Forderung der ärztlichen Ständesvertreter nach einer Steuerung des Ärzteangebotes erhielt erst zu Beginn der achtziger Jahre durch eine veränderte Interessenstellung Auftrieb. Die Popularisierung gesundheitsökonomischer Hypothesen über das Arztverhalten und dessen ökonomische Folgen trugen in Verbindung mit der Kostenproblematik dazu bei, daß sich zur »Schreckenskurve« der Ärzte vor drohenden Einkommensverlusten eine nicht minder progressiv verlaufende »Angstkurve« der Krankenkassen vor

145 Vgl. Kurt Faltlhauser, Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, Einführungsreferat auf dem gesundheitspolitischen Kongress der CSU am 12.7.1986, S. 23.

146 Vgl. Philipp Herder-Dorneich und Alexander Schuller (Hrsg.), Die Ärzteschwemme, Baden-Baden: Nomos 1985.

147 Vgl. Bodo Scharf, »Ärzteschwemme« - Krise der medizinischen Versorgung oder Krise des Bildungssystems? in: WSI-Mitteilungen, 10 (1979), S. 547.

steigenden Ausgaben hinzugesellte.¹⁴⁸ Das neuerwachte Interesse der Krankenkassen an einer Begrenzung der Arztzahlen beruhte auf Verhaltensannahmen wie der Hypothese von der »doppelten Dynamisierung der Ärzteinkommen«, das heißt Honorarerhöhungen plus einer steigenden Zahl von Einzelleistungen, der »Zieleinkommenshypothese«, derzufolge ein Arzt so viele Leistungen produziert, bis ein anvisiertes »Zieleinkommen« erreicht ist, oder der Hypothese der »angebotsinduzierten Nachfrage«. Die Vorstellung, daß eine wachsende Zahl von Ärzten auch zunehmende Kosten produzieren würde, verdrängte die früher mit dem Arztangebot verbundenen Fragen der Bedarfsbefriedigung und der Versorgungsgerechtigkeit weitgehend.

Tatsächlich hatte sich als Folge der Bildungsexpansion die Zahl der berufstätigen Ärzte zwischen 1970 und 1982 von rund 99 000 auf rund 146 000 erhöht. Damit sank die Zahl der Einwohner je Arzt von 612 (1970) auf 421 (1982), so daß die Bundesrepublik im internationalen Vergleich der Ärztedichte einen der oberen Ränge einnimmt.¹⁴⁹ Als zentrales Problem erwies sich nun der Umstand, daß die rechtlich zulässigen Formen der Steuerung des Ärzteangebots sehr eng eingegrenzt sind. Bis 1960 wurden die Kassenärzte nach einem Verteilungsschlüssel zugelassen, der zuletzt einen Kassenarzt pro 500 Einwohner vorsah (§ 368a Abs. 1 RVO). War diese Vorgabe erreicht, konnte die jeweilige KV eine Zulassung verweigern. Diese Praxis wurde durch das »Kassenarzt-Urteil« des Bundesverfassungsgerichts am 23. März 1960¹⁵⁰ für rechtswidrig erklärt, da sie gegen den Verfassungsgrundsatz der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) verstoße. Die Niederlassungsfreiheit ist seither mit dem Recht auf Zulassung als Kassenarzt verknüpft.

Lange Zeit war diese Rechtslage unproblematisch, da alle herangezogenen Bedarfsindikatoren auf zumindest regional vorhandene Versorgungsdefizite hinwiesen. Noch 1976 wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (KVWG) eine Regelung verabschiedet, deren Ziel im Ausgleich von unterversorgten Regionen bestand.¹⁵¹ Das mit

148 Vgl. Günter Neubauer, *Ärztenschwemme - Sprengsatz oder Reformchance für das Gesundheitswesen?* in: *Sozialer Fortschritt*, 34 (1985), S. 98.

149 Vgl. Bundestags-Drucksache 10/3374, *Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens*, S. 47.

150 Vgl. Bundesverfassungsgericht - *Entscheidungssammlung*, Bd. 11, S. 30 ff.

151 Zur Bedarfsplanung in den siebziger Jahren siehe Elisabeth Redler, *Charakteristika und Instrumente der Gesundheitsplanung in der Bundesrepublik Deutschland*, in: Winfried Nelles und Reinhard Oppermann (Hrsg.), *Partizipation und Politik*, Göttingen: Schwarz 1980.

dem KVWG geschaffene Instrument der kassenärztlichen Bedarfsplanung entsprach in seinen Intentionen dem »eigentlichen« Ziel des Kassenarztrechts, nämlich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor der Prämisse einer tendenziell bestehenden Unterversorgung. Das KVWG sah erstmals eine Beteiligung der Kassen an der Bedarfsplanung vor, indem der Bundesausschuß Richtlinien zu erlassen hat, »die insbesondere einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren bei der Ermittlung und Feststellung des Standes und des Bedarfs an ärztlicher Versorgung gewährleisten« (§ 368p Abs. 7 RVO). In diesen Richtlinien wurden facharztbezogene Verhältniszahlen für die Ärzteverteilung festgesetzt, so daß zum Beispiel auf einen Allgemeinarzt 2 400, auf einen Gynäkologen 16 000 und auf einen Neurologen 50 000 Einwohner kommen sollten.¹⁵² Das Instrumentarium, das der für die Sicherstellung verantwortlichen KV zur Verfügung stand, beschränkte sich vollständig auf positive Anreize, wie die Ausschreibung von Kassenarztsitzen für unterversorgte Regionen, im Rahmen der KV-eigenen »Niederlassungsberatung« zur Verfügung gestellte statistische Informationen, Umsatzgarantien, Darlehen oder Praxisvorfinanzierungen.¹⁵³ Zulassungsbeschränkungen waren nach dieser Rechtslage nicht zulässig, obwohl sie in einigen besonders übertersorgten Gebieten praktiziert wurden.

Seit Inkrafttreten des KVWG im Jahr 1977 hat die Zahl der statistisch unterversorgten Regionen ständig abgenommen, während in einer zunehmenden Zahl von KV-Bezirken eine Überversorgung auftrat. 1981 gab es im Bundesdurchschnitt nur bei praktischen Ärzten, die einen Versorgungsgrad von 97,9 Prozent aufwiesen, einen zusätzlichen Bedarf. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte lag in allen anderen (Fach)Arztgruppen über 100 Prozent der geplanten Verhältniszahl. Während die Überversorgung bei HNO- und Hausärzten mit 105,3 bzw. 105,1 Prozent noch sehr moderat ausfiel, war die durchschnittliche Versorgungsdichte bei Orthopäden und Urologen bereits bei jeweils 132,3 Prozent angelangt.¹⁵⁴ Seit 1984 gibt es im Bundesdurchschnitt in keiner Arztgruppe mehr eine Unterversorgung. Der Grad an Überversorgung, der seit 1981 ununterbrochen anstieg, hatte 1986 bei Internisten mit 168,6 Prozent und Neurologen mit 196,2 Prozent im Bundesdurchschnitt seine Spitze erreicht.¹⁵⁵

152 Vgl. Michael Arnold u.a., Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, Köln-Löwenich: Deutscher Ärzte-Verlag 1984 (2. Aufl.), S. 146.

153 Ebd., S. 147.

154 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 82', S. 65.

155 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 86', S. 95.

Die bereits in den siebziger Jahren ansetzenden Steuerungsversuche über den Numerus Clausus wurden durch zahllose Gerichtsurteile und eingeklagte Zulassungen zum Medizinstudium unterlaufen. Ebenso wirkungslos blieben auch Reformen der medizinischen Ausbildung, mit denen unter anderem die Vorbereitungszeit zur kassenärztlichen Zulassung erweitert wurden, wie durch den »Arzt im Praktikum«, da diese Maßnahmen lediglich aufschiebende Wirkung hatten. Erstmals stand die Ärzteschwemme 1983 im Mittelpunkt des Deutschen Ärztetages, wo die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung erhoben wurde. Von den Vertretern der KBV und der Kassenverbände und später auch der Bundesregierung wurden Begriffe wie »Ärztenschwemme« oder »Zulassungssperre«, die das bezeichneten, worum es eigentlich ging, weitgehend vermieden und durch die unverfänglichere Sprachregelung von der »Verbesserung der Bedarfsplanung« ersetzt. Diese nicht nur rhetorisch gemeinte Formulierung zollte der vom Verfassungsgericht geschaffenen Rechtslage Tribut, die flächendeckende Zulassungssperren oder -hemmnisse ausschließt. Darauf mußte auch die Begründung für eine Reform zugeschnitten werden. In der öffentlich geführten Debatte wurden - wohl auch aus Rücksicht auf die wachsende Zahl an jungen Medizinern - als Ziel einer verbesserten Bedarfsplanung die »Qualitätssicherung« und die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern herausgestrichen.¹⁵⁶ Eine Gefahr für die Qualität der kassenärztlichen Versorgung würde sich laut KBV durch einen wachsenden Konkurrenzdruck ergeben, der die um Patienten bemühten Kassenärzte zu (kostentreibenden) Gefälligkeitsverordnungen oder gar völlig überflüssigen Leistungen veranlassen würde.¹⁵⁷ Während dieses Argument eher als un verhohlene Drohung einer »Flucht in die Menge« bei ausbleibendem Konkurrenzschutz denn als Qualitätssicherung gedeutet werden konnte, hatte die KBV mit ihrer Betonung des »Hausarztes« zumindest ein Argument, das sich in die allgemeine Stimmungslage einpaßte.

Von der Gesundheitsökonomie wurde die Ärzteschwemme seit jeher unter ganz anderen Vorzeichen betrachtet. Die Warnung vor einem drohenden Überangebot an Ärzten gilt zumeist als Versuch einer künstlichen Angebotsverknappung, hinter der sich nicht sehr viel mehr als das Ziel der Einkommenssicherung verbirgt. In der Ärzteschwemme wird daher weniger eine Bedrohung als vielmehr die Chance erblickt, daß der vom stei-

156 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 84', S. 94.

157 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 84', S. 94.

genden Angebot ausgelöste Konkurrenzdruck mit Leistungs-, Qualitäts- und Preiswettbewerb in marktconforme Bahnen kanalisiert werden kann.¹⁵⁸ Unzweifelhaft ist die These vom ökonomisch inspirierten Konkurrenzschutz plausibel, aber der marktwirtschaftliche Rigorismus zur Beseitigung des Ärztekartells, der innerhalb von ökonomischen Diskussionszirkeln Beifall finden mag, widerspricht dem bestehenden Organisations- und Rechtsgefüge der GKV fundamental, wenn zum Beispiel wie bei Neubauer¹⁵⁹ die Aufhebung des Versorgungsmonopols der KVen und die Einführung der Vertragsfreiheit für neu auf den Arbeitsmarkt strömende Ärzte gefordert wird, die - befreit vom Zwang der Kassennarntzulassung und den monopolistischen Honorarvorgaben der KVen - in freie Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen eintreten könnten. Wenn marktwirtschaftliche Lösungsmodelle im Diskussionsprozeß um die Regulierung des mutmaßlichen Ärzte-Überangebots weder bei der Bundesregierung noch bei den Krankenkassen ansatzweise eine Rolle spielen, dann sowohl deshalb, weil zentrale Organisationsmerkmale der kassenärztlichen Versorgung dagegen sprachen, wie auch aufgrund eines kollektiven Erfahrungshintergrundes bei den Akteuren, besonders der Ärzteschaft, demzufolge gerade die Ablösung von Einzel- durch Kollektivverträge, die mit der Einführung der KVen eng zusammenhing, eine Weichenstellung darstellte, die wesentlich zur Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung beigetragen hatte.

Hinter den Novellierungsbestrebungen stand in erster Linie die KBV, deren Forderung nach einer Verbesserung des Bedarfsplanungsinstrumentariums sich die Spitzenverbände der Kassen noch 1983 anschlossen. Im Juni 1984 sagte der Bundesarbeitsminister eine Prüfung der von der KBV vorgelegten Vorschläge zu. Das von der KBV entwickelte Modell führte die Unterscheidung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ein. Dem KBV-Modell zufolge sollte über diejenigen KV-Planungsbezirke eine Zulassungssperre verhängt werden, bei denen der Versorgungsgrad mit Fachärzten 100 Prozent erreicht hat und der Anteil der Hausärzte unter 60 Prozent der Gesamtzahl der Ärzte bleibt.¹⁶⁰ Voraussetzung für die Durchführung dieser Form der regional begrenzten Zulas-

158 So zum Beispiel Neubauer, Ärzteschwemme, a.a.O.

159 Vgl. Neubauer, Ärzteschwemme, a.a.O., S. 101. Vgl. auch Walter Krämer, Die Ärzteschwemme - Gefahr für wen? in: Soziale Sicherheit, 9 (1983).

160 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 84', S. 97 f.

sungssperre war eine Änderung der RVO, also eine Gesetzesinitiative von seiten des zuständigen BMAS.

Die Zusage des Bundesarbeitsministers für eine Novellierung der Bedarfsplanung erhielt die KBV im Frühjahr 1985 nach »zahlreichen Gesprächen (...), insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vorbereitung der diesjährigen Honorarvereinbarungen.«¹⁶¹ Zwar lag eine verbesserte Bedarfsplanung auch im Interesse der Bundesregierung, deren Motive sich hierbei mit denen der Kassen deckten, die Zusage zu einer Gesetzesinitiative in einem verfassungsrechtlich außerordentlich heiklen Feld war jedoch alles andere als selbstverständlich und ging - wie obiges Zitat erkennen läßt - auf das Konto eines Tauschgeschäfts zwischen KBV und BMAS. Die KBV sicherte demnach für die Verabschiedung eines Bedarfsplanungsgesetzes zu, die Honorarforderungen bis Mitte 1988 im Gleichklang mit der Grundlohnsummenentwicklung verlaufen zu lassen.¹⁶²

Daß mit einem Bedarfsplanungsgesetz eine Reihe von juristisch schwierigen Problemen berührt wurden, geht aus der langen Vorbereitungszeit für den Referentenentwurf hervor, der erst im Januar 1986 vom BMAS vorgelegt wurde. Dieser Entwurf hatte wesentliche Elemente des KBV-Modells berücksichtigt, insbesondere die Möglichkeit von zeitlich und regional begrenzten Zulassungssperren. Bereits unmittelbar nach dessen Bekanntwerden machten das Justiz- und das Wirtschaftsministerium schwerwiegende Bedenken gegen die rechtliche Zulässigkeit geltend. Die Kritiker beriefen sich auf die sogenannte »Stufentheorie« des Bundesverfassungsgerichts, die besagt, daß einer Zulassungssperre erst »weichere« Instrumente, wie zum Beispiel Honorarabschläge, vorgeschaltet werden müssen. Dies wiederum rief die KBV auf den Plan, deren Vorsitzender Häussler arztzahlsteuernde Vergütungsregelungen, die alle Ärzte eines KV-Bezirks treffen würden (Honorarabschläge nur für neuzugelassene Kassenärzte sind infolge des Gleichbehandlungsgrundsatzes nicht zulässig), als »völlig unvertretbar« ablehnte.¹⁶³ Denn mit der faktischen Honorardeckelung bis 1988 hatte die KBV ohnehin schon ein innerhalb der Kassenärzteschaft umstrittenes Zugeständnis gemacht, dessen Geschäfts-

161 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85', S. 126.

162 Vgl. Frankfurter Rundschau vom 29.4.1986, Niederlassungssperre für Ärzte in überversorgten Gebieten? Kölner Stadt-Anzeiger vom 29.4.1986, Bessere Verteilung der Ärzte angestrebt.

163 Zitiert nach A+S aktuell - Nr. 3 - vom 11.2.1986, Bedarfsplanungsgesetz: Zum Scheitern verurteilt.

grundlage - zeitlich begrenzte Honorarzurückhaltung gegen langfristigen Konkurrenzschutz - konterkariert zu werden drohte. Zudem war nach Auffassung des Justizministeriums nur eine Sperrung von 50 Prozent der Kassenarztstellen möglich.¹⁶⁴ Da auch der gesundheitspolitische Sprecher der CSU-Landesgruppe den Gesetzentwurf als »ordnungspolitisch anrühlich« bezeichnete, machten sich innerhalb der KBV-Führung Befürchtungen breit, daß der Gesetzentwurf durch draufgesattelte Ergänzungen der Kritiker möglicherweise in eine unerwünschte Richtung verändert werden könnte, so daß man sich bereits auf ein Scheitern der Gesetzesinitiative einstellte.¹⁶⁵

Obwohl durch die Diskussion um den Referentenentwurf für alle Beteiligten absehbar war, daß das Bedarfsplanungsgesetz keine echten Steuerungsmechanismen gegen die Ärzteschwemme, sondern allenfalls verbesserte Verteilungsinstrumente beinhalten würde, hielt das BMAS am Gesetzesvorhaben fest. Neben der administrativen und (koalitions)politischen Eigendynamik, die einmal begonnene Gesetzgebungsprozesse erlangen können, dürfte für die Haltung des BMAS in erster Linie das Kalkül ausschlaggebend gewesen sein, daß selbst die Verabschiedung einer verwässerten Regelung das Problem zurück an die Selbstverwaltung verweisen würde. Das BMAS wäre dann von der verfassungsrechtlich prekären und bei den Verbänden umstrittenen Materie entlastet.

Der Widerstand gegen das Bedarfsplanungsgesetz richtete sich nicht nur gegen Detailfragen. Außer der CSU lehnten auch die privaten Krankenversicherer und der Marburger Bund, der Verband der Krankenhausärzte, die geplante Regelung insgesamt ab.¹⁶⁶ Der Marburger Bund, der seinerzeit die Verfassungsklage gegen die Zulassungsbeschränkung angestrengt hatte¹⁶⁷ und zudem auch viele Medizinstudenten zu seinen Mitgliedern zählt, mußte ebenso wie die privaten Krankenversicherungen (PKV) befürchten, daß alle Steuerungsversuche, die sich nur auf die kassenärztliche Versorgung beschränken, die Krankenhäuser und den privaten Versicherungsmarkt zwangsläufig zum »Notventil« für die ausgesperrten Ärzte machen würde.

164 Vgl. Ärzte Zeitung vom 4.3.1986, Die KBV hat sich schon auf ein Scheitern eingestellt.

165 Ebd.

166 Vgl. Die Neue Ärztliche vom 30.4.1986, Bedarfsplanung wird verabschiedet.

167 Vgl. Kurt Gelsner, Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte, Frankfurt/M.: Peter Lang 1985, S. 111 ff.

Eine entschärfte Fassung des Referentenentwurfs wurde im Mai 1986 vorgelegt. Die Sperrung eines KV-Planungsbezirks (die KV Bayern hat zum Beispiel insgesamt 71 Planungsbezirke) sollte jetzt nur auf einzelne Facharztgruppen bezogen und bei einer Überversorgung von mindestens 80 Prozent zulässig sein, wobei 50 Prozent der Planungsbezirke auch weiterhin für eine Niederlassung offenbleiben müssen. Diese regionalen Zulassungssperren dürften höchstens für drei Jahre ausgesprochen werden. Der Bundesausschuß sollte nicht, wie ursprünglich vorgesehen, selbständig über die Kriterien einer Überversorgung entscheiden können, sondern nur innerhalb eines gesetzlich vorgegebenen Rahmens. Auch auf eine prozentuale Festlegung des Anteils von Fach- und Hausärzten wurde verzichtet, lediglich »ein ausgewogenes Verhältnis« müsse gewährleistet sein. Neu war nur die Ermächtigung für die KVen, finanzielle Anreize für das Ausscheiden von Kassenärzten ab dem 62. Lebensjahr bereitstellen zu dürfen. In dieser Fassung wurde das Gesetz vom Bundeskabinett verabschiedet und an den Bundestag überwiesen.¹⁶⁸ Nachdem Abgeordnete der CSU und der CDU-Mittelstandsvereinigung den Gesetzentwurf ausdrücklich mißbilligten¹⁶⁹, wurde das Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung (BGBl. I S. 2593) am 19. Dezember 1986 in der vom Kabinett verabschiedeten Fassung angenommen.

Mit dem Bedarfsplanungsgesetz konnte schlußendlich jedoch niemand zufrieden sein. Die KVen hatten lediglich ein Instrument zur Verteilung von Ärzten erhalten. Von Konkurrenzschutz kann keine Rede sein, da die Honorarverteilung nach wie vor für einen gesamten KV-Bezirk gilt, also auch die »abgeschobenen« Kassenärzte am Gesamthonorar beteiligt bleiben, was verbandsintern die Frage nach der Sinnhaftigkeit der dafür »eingetauschten« Honorardeckelung aufwarf.¹⁷⁰ Auch Vertreter der Bundesregierung und der CDU verteidigten das Gesetz nur noch, weil sie für dessen Inkrafttreten verantwortlich zeichneten und bemühten sich schon vor der Verabschiedung, die Erwartungen in das Bedarfsplanungs-Gesetz zu dämpfen. Norbert Blüm betonte, daß mit dieser Maßnahme »ein Zei-

168 Vgl. Ärzte Zeitung vom 14.5.1986, Bedarfsplanung: Kabinett läßt Gesetz passieren.

169 Vgl. Ärztliche Praxis vom 16.8.1986, Bedarfsplanung: Der Unions-Mittelstand schießt bei Blüms Gesetzgebung quer; Falthäuser, Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, a.a.O.

170 Medical Tribune vom 20.2.1987.

chen« gesetzt werden sollte¹⁷¹, und der Abgeordnete Becker (CDU), im Bundestag an der Gesetzesberatung maßgeblich beteiligt, erkannte dem Gesetz lediglich den Rang einer »Übergangslösung« zu.¹⁷² Selbst die Kassen, die ursprünglich zu den Begünstigten gehören sollten, sahen keine Verbesserung, sondern verweigerten sogar ihre Mitarbeit an der Sperrung von KV-Bezirken in den zuständigen Länderausschüssen der Ärzte und Krankenkassen, in diesem Fall den Zulassungsausschüssen, mit dem Einwand, daß die Abschiebung von Kassenärzten in noch »absatzfähige« Regionen eine Kostensteigerung zur Folge haben werde.¹⁷³ Die Vorsitzenden des AOK-Bundesverbandes deuteten das Kalkül des BMAS wohl zutreffend, als sie Arbeitsminister Blüm vorhielten, einen »unfairen Weg« der Problemverschiebung in die Selbstverwaltung beschritten zu haben.¹⁷⁴

Daß in diesem Gesetz kaum noch etwas von den ursprünglich erhofften Intentionen verwirklicht worden war, entspricht zunächst den hohen verfassungsrechtlichen Hürden, vor die Zulassungsbeschränkungen gleich welcher Art gestellt sind, denn »nur zur Abwehr nachweisbarer oder höchst wahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut können solche Maßnahmen in Betracht gezogen werden.«¹⁷⁵ Selbst zur Legitimation des im Gesetz vorgesehenen »Überlaufmodells« mußte von seiten des BMAS das juristisch gestelzte Argument bemüht werden, daß »ein höherwertiges Rechtsgut geschützt werden müsse - nämlich die Qualität der ärztlichen Versorgung und die Erhaltung ihrer Finanzierbarkeit.«¹⁷⁶ Auf eine nicht minder eigenwillige Lesart des Kassenarzt-Urteils ließ sich die Bundesregierung ein, als sie sich der Auffassung des Arbeitsministers anschloß, daß Honorarabzüge im Vergleich zu einer begrenzten Zulassungssperre die härtere Sanktion darstellen.¹⁷⁷

Die schwierige Rechtslage allein ist jedoch als Erklärung für den Gesetzgebungsverlauf und dessen Resultat nicht ausreichend. Zwei weitere

171 Zitiert nach Ärzte Zeitung vom 24.6.1986, Das Problem steigender Arztzahlen ist viel zu lange ignoriert worden.

172 Die Neue Ärztliche vom 1.7.1986, Nur eine Übergangslösung.

173 Vgl. Ärzte Zeitung vom 15.5.1986, Ortskrankenkassen halten neues Gesetz für völlig ungeeignet.

174 Ebd.

175 Hans-Jürgen Papier, Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht, Köln: Verband der PKV e.V. (PKV-Dokumentation 11/85) 1985, S. 15.

176 Zitiert nach Frankfurter Rundschau vom 29.4.1986, Niederlassungssperre für Ärzte in überversorgten Gebieten?

177 Vgl. Die Neue Ärztliche vom 15.5.1986, Gesetz soll jetzt die Arztzahl regeln.

Faktoren bedürfen hier der Berücksichtigung. Eine wesentliche Triebfeder ist in der Eigendynamik der Interaktionsprozesse zwischen Staat und Selbstverwaltung zu sehen. Daß hier erneut ein Tauschprozeß stattfand, läßt dieses Handlungsmuster als »standard operating procedure« in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik erscheinen. Die Dringlichkeit einer Problemlösung wurde von der gleichlautenden Forderung der Kassen und der KBV unterstrichen. Für das BMAS bot die Gesetzesinitiative nicht nur die Möglichkeit, sich zumindest zeitweise vom politischen Handlungsdruck zu entlasten, sondern wandelte das Angebot honorarpolitischer Zurückhaltung in einen verpflichtungsfähigen Tatbestand um, den einzuklagen dem Arbeitsminister die Chance eröffnete, an einer ganz anderen Frontlinie - nämlich der Kostendämpfung im Rahmen der KAG - Pluspunkte für sich zu verbuchen. Die starke Verflechtung der Akteure sowie der verschiedenen Steuerungsgebiete begünstigt derartige Tauschgeschäfte, so daß auch genügend Anreize vorhanden sind, um ein »ordnungspolitisch anrühiges« Vorhaben in die Tat umzusetzen. Als der KBV klar werden mußte, daß ihre Erwartungen in ein Bedarfsplanungs-Gesetz nicht erfüllt werden würden, war es für eine »Rückabwicklung« bereits zu spät; nicht zuletzt deshalb, weil damit die Erwartungssicherheit im Verhältnis zwischen BMAS und Ärzteschaft destabilisiert worden wäre. Und genau dies zu vermeiden lag im höchsten Interesse der KBV, die bestrebt war, durch honorarpolitische Mäßigung einen Anspruch darauf zu begründen, bei der angekündigten »Strukturreform« der GKV möglichst unbehelligt zu bleiben. Gleichwohl kann die KBV hier nicht als Verlierer eingestuft werden, da das Problem der Ärzteschwemme ja nicht gelöst ist und früher oder später wieder an das BMAS zurückfällt. Im Gegensatz zu einer Untersuchung, die die Funktionsfähigkeit gesundheitspolitischer Tauschprozesse an die Möglichkeit zur Erzielung von »Einigungsgewinnen« gebunden sah¹⁷⁸, könnte man hier feststellen, daß Tauschprozesse auch auf der Basis von »Einigungsverlusten« abgewickelt werden können.

Der offensichtlich ausgeprägte Zwang, Problemlösungen innerhalb bestehender Strukturmuster zu finden, verweist auf die zweite bedeutsame Variable, die das Bedarfsplanungsgesetz geprägt hat. Auch hier ist auffällig, daß trotz anhaltender Diskussionen um eine marktgesteuerte Lösung der Ärzteschwemme, diese Option von den Akteuren nicht einmal ansatzweise in Betracht gezogen wurde. Die Unvereinbarkeit mit dem KV-Mo-

178 Vgl. Helmut Wiesenthal, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ein korporatistisches Verhandlungssystem der Sozialpolitik, in: Ulrich von Alemann (Hrsg.), Neokorporatismus, Frankfurt/M. - New York: Campus 1981, S. 200.

dell mag ein wesentliches institutionelles Hindernis für ein »spill-over« wettbewerblicher Strategien sein. Aber auch institutionelle Arrangements sind nur so stabil, wie die Zustimmung, die ihnen von den relevanten Akteuren entgegengebracht wird. Im Fall der KVen kann sich die Ärzteschaft auf eine gemeinsame Problemwahrnehmung mit den meisten Akteuren verlassen, die aus dem historischen Modellcharakter der KVen als wesentlichem Element der Kollektivverhandlungen erwächst und diesem Strukturmuster erhebliche Stabilität verleiht.

8.4 Zwischenbilanz

Bei den soeben behandelten Entscheidungsprozessen, denen es durchweg an ordnungspolitisch hervorhebenswerten Folgen mangelt, drängt sich vor allem die Stabilität des Policy-Netzwerkes als Erklärungsmuster auf. Weder sind nennenswerte Veränderungen in der Anreizstruktur der Akteure zu beobachten, die ein Interesse an mehr Markt begünstigen könnten, noch haben sich die Kräfteverhältnisse zwischen den Akteuren signifikant verändert; neue staatliche Handlungsinstrumente sind ebensowenig geschaffen worden wie neue Verteilungs- oder Handlungsmuster. Obwohl dieses Bild von institutioneller und prozeduraler Verfestigung den Zustand des Policy-Netzwerkes zutreffend wiedergibt, lassen sich bei genauerer Beobachtung auch Veränderungen innerhalb des Netzwerkes aufzeigen, die für die Beurteilung der strategischen Selektivität von großer Bedeutung sind.

Zunächst ist festzuhalten, daß die Bundesregierung ihre - sehr bescheidenen - Steuerungsziele mit Hilfe von etablierten Verfahrensweisen und im Rahmen dominanter Strukturmuster angestrebt hat. Der Vorrang der Selbstverwaltung, mit dem die politikentlastende Delegation von regelungsbedürftigen Tatbeständen an den Bundesausschuß begründet wurde, ist ebenso dazuzurechnen, wie die Tauschgeschäfte mit der pharmazeutischen Industrie und der KBV. Vergegenwärtigt man sich nun der für die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung konstatierten Zunahme an Kollektivverhandlungen, den Verhandlungselementen bei den Großgeräte-Richtlinien und der Bedarfsplanung (wiederum bedingt durch die Einschaltung des Bundesausschusses), so läßt sich daraus die These ableiten, daß auf struktureller und prozeduraler Ebene ein Prozeß abläuft, der große Ähnlichkeit mit dem von DiMaggio und Powell beschriebenen »institu-

tional isomorphism«¹⁷⁹ besitzt, also der Homogenisierung unterschiedlicher Organisationsmodelle innerhalb eines Beziehungsnetzwerkes. Im bundesdeutschen Fall ist dabei die Variante des »mimetischen« Isomorphismus¹⁸⁰ zu beobachten, bei dem erfolgreiche Vorbilder von anderen Organisationen nachgeahmt werden. Es ist gewiß kein Zufall, daß in einer Phase wachsenden Steuerungsbedarfs nicht nur die Übertragung des KV-Modells aus dem ambulanten in den stationären Sektor empfohlen wird¹⁸¹, sondern sogar ein ehemaliger Vorsitzender des BPI öffentlich über die Anwendungsmöglichkeiten des »Körperschaftsmodells« auf die pharmazeutische Industrie nachdenkt¹⁸² oder von seiten der Apotheker die Einrichtung eines Bundesausschusses »Apotheken und Krankenkassen« gefordert wird.¹⁸³ Derartige Forderungen und Gedankenspiele werden vor dem Hintergrund einer veränderten Anreizstruktur verständlich.

Trotz aller Kritik kann das Modell der Kollektivverhandlungen zwischen öffentlich-rechtlichen Körperschaften als heimliches Ideal der Ressourcensteuerung im bundesdeutschen Gesundheitssektor bezeichnet werden. Diese Modellvorstellung wurde vor allem vom BMAS geprägt, das ein Interesse daran hat, das im Rahmen dieses Modells anwendbare Repertoire an Kostendämpfungstechniken auch auf andere Leistungssektoren übertragen zu können. Mitunter scheint sich dabei eine strategische Schnittmenge mit den Interessen einzelner Akteure zu ergeben, für die eine Anpassung an das dominierende Modell die Reduzierung von Unsicherheit oder eine Schadensbegrenzung zu versprechen scheint.

Wenn die These von einer auf der Referenzebene angesiedelten strategischen Orientierungsmarke, deren Einfluß auf die politische Entscheidungsrealität auf der »Stimmigkeit« mit den vorhandenen Netzwerkstrukturen und den »cognitive maps« der Akteure basiert, zutrifft - und das wird hier unterstellt -, dann läßt sich unschwer erahnen, welche Auswirkungen dies für das staatliche Strategierepertoire besitzt. Die bisher dargestellten Verlaufsmuster der Gesundheitspolitik, die dominierende Form

179 Vgl. Paul J. DiMaggio und Walter W. Powell, The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, in: American Sociological Review, 48 (1983).

180 Ebd., S. 151.

181 Vgl. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht, Stuttgart: Bleicher 1987.

182 Ärzte Zeitung vom 26./27.8.1988, Gemeinsames Dach für alle als Körperschaft?

183 Pharmazeutische Zeitung vom 14.4.1988, Ein Bundesausschuß der Apotheken und der Krankenkassen.

der Problemwahrnehmung und die daraus resultierenden Lösungsstrategien lassen eigentlich nur den Schluß zu, daß Ordnungspolitik im hier definierten Sinne immer unwahrscheinlicher wird, da die Bandbreite verfügbarer Alternativen abnimmt. Tendenziell müßte die staatliche Gesundheitspolitik darauf hinauslaufen, alle noch offenen Flanken des Netzwerkes durch isomorphistische Anpassung zu integrieren. Wie aus den vorangegangenen Abschnitten hervorgeht, sind zum Beispiel im Krankenhaus- bzw. Arzneimittelsektor derartige Möglichkeiten zur Ausdehnung netzwerktypischer Problemregelungsmuster »jenseits von Markt und Staat« vorhanden.

8.5 Versuch der Strukturpolitik 1987 - 1988

8.5.1 Der Weg zur Strukturreform

Der Ausgangspunkt der Diskussion um die Notwendigkeit einer »Strukturreform« der gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich in das Jahr 1984 zurückverfolgen. 1983 und 1984 waren die durchschnittlichen Beitragssätze zur GKV erstmals seit 1979 wieder leicht gesunken, aber bereits Ende 1984 zeichnete sich ein erneuter Anstieg der Beitragssätze ab (vgl. Tabelle 8.1).¹⁸⁴ Arbeitsminister Norbert Blüm hatte auf der Herbstsitzung der KAG im November 1984 auf die sich anbahnende Entwicklung hingewiesen und dabei deutlich gemacht, daß die Bundesregierung von den drohenden Beitragssatzerhöhungen Beeinträchtigungen der gesamtwirtschaftlichen Situation befürchte und daher eine Senkung der Ausgaben notwendig werde.¹⁸⁵ Die vorrangige Wahrnehmung der Beitragssätze als Lohnnebenkosten und als Hemmschuh des konjunkturellen Aufschwungs bestimmten in der Folgezeit die Politik der Bundesregierung. Nachdem die Entwicklung der GKV-Ausgaben auch Anfang 1985 weiter expansiv verlaufen war, kündigte das BMA im Vorfeld der Frühjahrssitzung der KAG »neue Weichenstellungen« an, sollte es den Beteiligten nicht gelin-

184 Nur am Rande sei hier erwähnt, daß diese Entwicklung auch mit den geringen Lohn- und Gehaltserhöhungen dieser Jahre zusammenhing, die zu einer sehr niedrigen Steigerung der Grundlohnsumme führten, so daß die Anhebungen der Beitragssätze in der GKV auch auf geringere Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen zurückzuführen sind.

185 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85, S. 18.

gen, den Ausgabenanstieg »hart zu begrenzen«. ¹⁸⁶ Obwohl unter anderem mit einer gesetzlichen Festschreibung der Beitragssätze gedroht wurde, was für die Anbieter reale Einkommenseinbußen bedeutet hätte, kam in der KAG, vor allem durch den Widerstand der Länder, keine Empfehlung zustande.

Im April 1985 legte das BMAS »10 Grundsätze« für ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept vor, die im Auftrag der KAG erarbeitet worden waren. ¹⁸⁷ Der Stellenwert der 10 Grundsätze als strategisches Konzept der Bundesregierung ist vordergründig als gering einzustufen. Es lassen sich aber trotz des sehr allgemein gehaltenen Charakters gewisse Rückschlüsse auf gesundheitspolitische Optionen gewinnen. Zum einen wird klar, daß die Bundesregierung keinen ordnungspolitischen Umbau der GKV anstrebt, sondern in erster Linie an der Beitragssatzstabilität interessiert ist. Unter dem Zwischentitel »mehr Wettbewerb« werden aber der Arzneimittelmart und der Bereich der Heil- und Hilfsmittel als Sektoren bezeichnet, in denen Preiswettbewerb stattfinden kann. Dies deckt sich mit der in der bundesdeutschen Kartellpolitik herrschenden Auffassung, daß der Gesundheitssektor - mit der wichtigen Ausnahme der pharmazeutischen Industrie - als »wettbewerblicher Ausnahmereich« zu behandeln sei. ¹⁸⁸ Als bedeutsam ist auch die Forderung zu werten, daß »unabhängige Sachverständige« im Auftrag der KAG Vorschläge für die Ausschöpfung von »Wirtschaftlichkeitsreserven« und den Abbau von »Versorgungsdefiziten« erarbeiten sollten. ¹⁸⁹

a) Weichenstellungen im Vorfeld

Die Einrichtung eines Sachverständigenrates (SVR) für die KAG war das erste konkrete Resultat, das aus den 10 Grundsätzen des BMAS hervorging. Mit Zustimmung der KAG wurden noch im Dezember 1985 die »sieben Weisen« des neuen SVR berufen und mit dem Auftrag versehen,

186 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85, S. 20.

187 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 7 - vom 9.4.1985, Zehn Grundsätze des Bundesarbeitsministers.

188 Vgl. Wolfgang Korte, Gesundheitswesen als wettbewerblicher Ausnahmereich, in: Friedrich Geigant und Peter Oberender (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen: Bleicher 1985.

189 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 7 - vom 9.4. 1985.

jährlich zum 31. Januar ein Gutachten vorzulegen, in dem »die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren, positive und negative Entwicklungen aufzuzeigen« und »unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überverordnungen zu entwickeln«¹⁹⁰ sind.

Dieser Vorgang ist aus mehreren Gründen hervorhebenswert. Zunächst ist daran zu erinnern, daß die Einschaltung wissenschaftlicher Expertise in den Entscheidungsprozeß bereits als Forderung im gesundheitspolitischen Programm der CDU von 1978 auftauchte und damit als CDU-typische Form der Entscheidungsvorbereitung und -findung gelten kann. Überdies entspricht die Konstruktion des SVR einem charakteristischen Handlungsmuster der bundesdeutschen Politikberatung, das sich aus dem Vergleich der Nutzung wissenschaftlicher Expertise in den USA und der Bundesrepublik verdeutlichen läßt. Während in den USA das gängige Verfahren darin besteht, »... to isolate the consideration of scientific components of the choice, and then to integrate the results of this evaluation with economic and political concerns in a later step«¹⁹¹, wird in der Bundesrepublik von der wissenschaftlichen Beratung »wo immer möglich,« die »Skizzierung kompromißfähiger Lösungen«¹⁹² erwartet, die die politischen Entscheidungsinstanzen entlasten. Der Effekt dieses Verfahrens besteht in der Konfliktminimierung: »... once decisions have been agreed upon, they are less likely to be challenged.«¹⁹³ Dies setzt allerdings voraus, daß in den Beratungsgremien die betroffenen Interessen angemessen repräsentiert sind. Und das läßt sich nur durch das Proporzprinzip bewerkstelligen, das in der Bundesrepublik ja nicht nur auf die CDU, sondern auch auf viele Organisationen Anwendung findet.

190 Erlaß über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Dezember 1985, abgedruckt in: Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden: Nomos 1987, S. 157.

191 Robert Coppock, Interactions Between Scientists and Public Officials: A Comparison of the Use of Science in Regulatory Programs in the United States and West Germany, in: Policy Sciences, 18 (1985), S. 387.

192 Frank Klanberg, Gutachten, Gutachten ... und keine Entscheidungen? Anmerkungen zum Bericht der Sachverständigenkommission Alterssicherungssysteme, in: Finanzarchiv, N.F. 42 (1984), S. 225.

193 Coppock, Interaction Between Scientists, a.a.O., S. 387.

Es verwundert daher kaum, daß die Mitglieder des SVR einen für den Gesundheitssektor spezifischen Proporz widerspiegeln. Unter den sieben Mitgliedern sind allein vier Ärzte, unter ihnen eine ehemalige FDP-Ministerin aus dem Saarland (Rosemarie Scheurlein) und der ehemalige Leiter des Zentralinstituts der KBV (Prof. Friedrich-Wilhelm Schwartz). Die Ökonomen des SVR können als der CDU (Prof. Klaus-Dirk Henke) bzw. der SPD nahestehend (Prof. Martin Pfaff) betrachtet werden. Der einzige Sozialwissenschaftler dieses Gremiums, Prof. Detlev Zöllner, war bis Mitte der siebziger Jahre hochrangiger Beamter im BMAS und dürfte ebenfalls den Sozialdemokraten zurechenbar sein. Alle SVR-Mitglieder können in ihrer gesundheitspolitischen Ausrichtung als moderat bezeichnet werden, und - soweit sich eine derartige Zuordnung vornehmen läßt - alle einflußreichen Interessen des gesundheitspolitischen Netzwerkes, mit Ausnahme der Krankenhäuser und der pharmazeutischen Industrie, können sich vertreten fühlen.

Ein weiterer naheliegender Aspekt, unter dem sich der SVR bewerten läßt, ist das Moment der Politikentlastung, das in den vorangegangenen Abschnitten bereits eine wichtige Rolle gespielt hat. Hierbei erscheint die Vermutung gerechtfertigt, daß die Bundesregierung, insbesondere das BMAS gesundheitspolitische Reformvorschläge durch ein Gremium vorselektieren läßt, das sowohl über wissenschaftliche Reputation verfügt wie auch - aufgrund der Proporzbesetzung - der Anerkennung der beteiligten Verbänden (relativ) sicher sein kann. Dieses Verfahren entspricht nicht nur der in der Parteistruktur der CDU begründeten Neigung, Entscheidungen durch präventive Konsensbildung abzusichern, sondern auch den funktionalen Erfordernissen der Entscheidungsfindung und Politikimplementation des gesundheitspolitischen Netzwerkes, in dem der Staat in starkem Maße auf die Kooperation des Verbändesystems angewiesen ist. In eine etwas andere Richtung zielt die These von Christian von Ferber, der im SVR das Beispiel »einer erfolgreichen Monopolisierung gesundheitspolitischer Meinungsbildung«¹⁹⁴ erblickt. In diesem Urteil schwingt zwar eine gewisse Überschätzung der Rolle des SVR gegenüber der Artikulationsfähigkeit organisierter Interessen mit, gleichzeitig wird jedoch darauf aufmerksam gemacht, daß ein neuer Akteur in das gesundheitspolitische Netzwerk eingeführt wurde, der zwar keine grundsätzliche Ände-

194 Christian von Ferber, Zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 33 (1987), S. 778.

rung der Kräftekonstellation bewirken kann, aber durchaus strategische Vor- oder Nachteile für einzelne Akteure zu schaffen in der Lage ist.

Im Herbst 1985 entschieden sich die Koalitionsparteien dazu, gesetzgeberische Maßnahmen gegen die Kostenentwicklung einstweilen zurückzustellen und erst nach den Bundestagswahlen im Januar 1987 aktiv zu werden.¹⁹⁵ Dieser relativ lange Entscheidungshorizont war zweifellos wahlpolitischen Erwägungen geschuldet, gleichzeitig gab es aber auch innerhalb der Koalition noch keinerlei schlüssige und vor allem konsensfähige Reformkonzepte, und das erste Gutachten des SVR war vor 1987 ebenfalls nicht zu erwarten. In der Herbstsitzung der KAG 1985 hatte man sich zwar darauf verständigt, daß der SVR »keine Vorarbeiten«¹⁹⁶ für die Strukturreform leisten sollte, aber dabei dürfte es sich eher um eine Sprachregelung gehandelt haben, um die Unabhängigkeit des SVR nicht in Zweifel geraten zu lassen. Es dürfte einleuchten, daß alle Äußerungen dieses Gremiums inmitten einer heftig geführten Reformdiskussion zumindest Signalcharakter gehabt haben dürften, wenn nicht sogar inhaltliche Weichenstellungen nach sich gezogen haben.

Während die Einrichtung des SVR als »positive« Weichenstellung betrachtet werden kann, fanden auch mehrere »negative« Weichenstellungen statt, mit denen die Reichweite der geplanten Strukturreform beträchtlich eingegrenzt wurde. Von vornherein war klar, daß der Krankenhaussektor ausgespart bleiben würde, und dies obwohl es sich eindeutig um jenen Ausgabeposten handelte, der die größten Zuwachsraten aufzuweisen hatte (vgl. Tabelle 8.3). Die Bundesregierung konnte die Ausklammerung dieses prekären Bereichs mit der erst seit 1985 wirkenden Neuordnung der Krankenhausfinanzen begründen. Zudem hatte eine Auseinandersetzung während der Herbstsitzung der KAG von 1985, in der sich die Länder unter Berufung auf ihre Alleinzuständigkeit dem Ansinnen des Arbeitsministers nach einer aktualisierten Datensammlung für die Abschätzung des Bedarfs an Krankenhausbetten verweigert hatten¹⁹⁷, der Bundesregierung erneut vor Augen geführt, daß eine Kooperationsverweigerung der Länder sehr wahrscheinlich wäre und dann die gesamte Reform scheitern könnte.

195 Vgl. Douglas Webber, Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviathan, 17 (1989), S. 9 (hier zitiert nach der Paginierung der Druckfahnen).

196 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 85', S. 31.

197 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 86', S. 13.

Tabelle 8.3 *Aufwendungen der GKV 1960 - 1986 (in 1 000)*

Jahr	Ambulante zahn-ärztliche Behandlung	Ambulante zahn-ärztliche Behandlung	Zahnarztbesuche	Arzneien	Heil- und Hilfsmittel etc. von Stellen	Stationäre Behandlung	Bar-Krankenkassen (Krankenkosten)	Vor- und Mutterschaftsleistungen ¹	Sonstige Leistungen ²	Leistungsausgaben insgesamt	Sachleistungen	Verwaltungskosten etc.	Ausgaben insgesamt		
1960	1 874 121	467 604	288 580	1 093 376	212 463	1 585 376	2 688 042	78 453	392 871	324 224	6 985 120	5 849 758	3 115 362	547 493	9 512 613
1965	3 194 651	953 279	401 197	2 020 627	372 120	2 947 198	3 698 233	146 606	680 917	499 634	14 914 462	10 545 504	4 368 958	871 026	15 785 488
1970	5 457 907	1 708 111	828 225	4 223 997	667 355	6 009 426	2 467 414	248 051	1 101 113	1 137 649	23 849 248	20 266 467	3 582 781	1 329 649	25 179 097
1975	14 122 375	5 222 061	6 471 839	11 371 607	4 955 521	23 252 017	5 941 204	714 492	2 145 603 ³	3 759 850	77 435 016	69 196 837	8 238 179	3 628 212	81 063 228
1980	15 357 921	5 517 701	7 351 188	12 572 506	4 880 769	25 465 301	6 653 988	775 245	3 036 054	4 246 343	85 955 716	76 193 629	9 762 087	3 878 019	89 833 736
1983	17 763 470	6 290 585	6 664 269	14 449 190	5 234 009	30 969 598	5 781 353	725 541	2 955 657	5 073 975	95 897 347	86 593 897	9 303 450	4 699 063	100 692 381
1984	18 924 105	6 562 897	7 338 253	15 544 673	6 063 882	32 215 074	6 301 101	875 295	2 656 712	6 079 465	103 561 457	94 011 509	9 549 948	5 118 022	108 679 479
1985	19 660 048	6 658 054	7 066 010	16 602 987	6 512 165	35 049 110	6 378 564	965 514	2 736 960	6 486 811	108 703 773	98 891 354	9 722 419	5 404 211	114 107 984
1986	20 295 422	7 164 570	6 897 049	17 625 586	7 220 753	37 469 260	6 874 814	1 036 214	2 516 962	6 940 712	114 061 342	104 081 154	9 960 188	5 896 135	119 867 476
Veränderungen in %															
1971	+24,8	+18,4	+45,9	+17,7	+33,5	+27,3	+19,9	+82,7	+16,8	+17,5	+24,1	+24,8	+20,2	+19,5	+23,8
1975	+13,4	+21,5	+100,4	+12,9	+23,2	+15,0	+9,4	+22,1	+5,3	+19,7	+18,3	+19,5	+8,9	+7,5	+17,7
1980	+8,8	+5,7	+13,6	+10,6	+12,1	+9,5	+12,0	+8,1	+41,5	+12,9	+11,0	+10,1	+18,5	+6,9	+10,8
1981	+7,4	+7,6	+10,3	+8,4	+8,0	+7,3	-3,2	+17,3	+7,0	+11,3	+7,3	+8,2	-0,2	+8,0	+7,3
1982	+2,6	+2,3	-13,8	+1,1	-4,3	+8,3	-2,0	-19,5	-5,6	-5,7	+0,5	+1,2	-5,1	+9,8	+0,9
1983	+5,0	+3,4	-4,6	+4,9	+3,7	+4,6	-2,0	-0,6	-3,7	+13,8	+3,5	+3,8	+0,5	+5,5	+3,6
1984	+6,5	+4,5	+10,1	+7,6	+15,9	+7,3	+9,0	+20,7	-10,1	+19,8	+8,0	+8,6	+2,6	+8,9	+7,9
1985	+3,9	+1,4	+4,5	+6,8	+7,4	+5,5	+1,2	+9,2	+8,0	+6,7	+5,0	+5,3	+1,8	+5,6	+5,0
1986	+3,2	+7,6	-10,0	+6,2	+10,9	+7,0	+8,5	+8,0	-8,0	+7,0	+4,9	+6,0	+2,7	+7,4	+5,1
1960-1965	+11,3	+15,3	+8,4	+13,1	+12,0	+13,5	+6,8	+13,3	+11,7	+9,1	+10,7	+12,5	+7,0	+9,8	+10,7
1965-1970	+11,4	+12,4	+15,6	+15,9	+12,4	+15,3	-5,1	+11,2	+10,2	+19,1	+10,0	+14,0	-3,9	+8,9	+10,0
1970-1975	+15,6	+19,3	+38,2	+16,1	+31,1	+23,9	+13,6	+33,7	+8,9	+13,8	+19,5	+20,6	+12,5	+16,2	+19,4
1975-1980	+6,4	+6,0	+12,0	+7,2	+13,6	+7,7	+7,4	-3,8	+12,4	+14,3	+8,1	+8,1	+8,6	+6,6	+8,1
1980-1985	+5,1	+3,8	+0,0	+5,7	+5,9	+6,6	-0,8	+4,3	-2,1	+8,8	+4,8	+5,4	-0,1	+6,9	+4,9

¹ Vorbeugung = Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Berieselungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, insbesondere Kurien.
² Sachleistungen = Sachleistungen im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung, einschließlich sonstiger Heilressourcen, verfahrenstechnischer Dienstleistungen, Genesenduldsorten, Sterbegeld etc.
³ Sachleistungen = Krankenposten sowie Berieselungen, verfahrenstechnischer Dienstleistungen, Genesenduldsorten, Sterbegeld etc.
⁴ Berieselungen = Krankenkosten sowie Berieselungen bei Genesenduldsorten, vorbeugenden Maßnahmen, Mutterschaftsgeld und Mutterschaftsurlaubsgeld, Sterbegeld.
⁵ Von 1979 bis 1986 einschließlich Mutterschaftsurlaubsgeld.

Quelle: BMFJG (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1987, Stuttgart: Kohlhammer 1987, S. 210.

Auf gänzlich andere Weise hatte sich die Ärzteschaft aus dem Schußfeld bringen können, nämlich durch präventive Zugeständnisse. Die KBV hatte 1986 in Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der GKV nicht nur einer »Deckelung« der Arzthonorare durch die freiwillige Anbindung der Gesamthonorare an die Grundlohnsummenentwicklung zugestimmt, sondern sich zudem bereit erklärt, bis 1988 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der in Kombination mit der Gebührenordnung die Höhe kassenärztlicher Honorare bestimmt, zu novellieren.¹⁹⁸ Da das explizite Ziel der Honorarreform in der kostenneutralen Höherbewertung der sogenannten »zuwendungsintensiven Leistungen« zulasten technischer Leistungen bestand, war zu erwarten, daß dies bei einzelnen Facharztgruppen mit ausgeprägtem Technikeinsatz (zum Beispiel Radiologen, Labormediziner) zu empfindlichen Einkommenseinbußen führen würde. Daß sich die KBV mit der EBM-Reform auf ein überaus brisantes Unternehmen eingelassen hatte, das zeitweise sogar in eine Basisrevolte gegen die KBV-Führung zu kulminieren drohte, brachte die Kassenärzte in eine günstige Ausgangsposition. Der Vorleistungscharakter des novellierten EBM, der im Oktober 1987 nach heftigen Kontroversen in Kraft trat, wurde sogar von den Ortskrankenkassen als »Einstieg in die Strukturreform«¹⁹⁹ anerkannt. Einen ähnlichen Effekt besaß die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte durch das BMAS, wengleich es hier im Juni 1987 zu einem eintägigen Streik der Zahnärzte gekommen war.²⁰⁰ Sowohl Ärzte wie Zahnärzte hatten aber durch moderate Vertragsabschlüsse mit den Kassen im Urteil des BMAS »einen wichtigen Stabilisierungsbeitrag« geleistet.²⁰¹

b) Reformoptionen

Die nun stattfindende gesundheitspolitische Debatte konzentrierte sich in zunehmendem Maße auf den Begriff »Strukturreform«. Folgt man der Definition von Christian von Ferber, kann von einer Strukturreform dann

198 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 86', S. 37.

199 Anton Schlichtig, Reform des Bewertungsmaßstabes - Ärzte, in: Die Ortskrankenkasse, 69 (1987), S. 341.

200 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 11 - vom 29.7.1987, Ausgewogen für Patienten und Zahnärzte; Anne Meurer, Neue Gebühren für Zahnarztbehandlung, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 11 (1987).

201 BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 6 - vom 24.6.1986, Ärzte und Zahnärzte leisteten einen wichtigen Stabilisierungsbeitrag.

gesprochen werden, »wenn wesentliche Merkmale des Systems der GKV verändert werden.«²⁰² Zu diesen Merkmalen sind die bereits in Kapitel 4.1.3 erwähnten Strukturprinzipien wie Beitragsfinanzierung, paritätische Selbstverwaltung, Finanzhoheit, öffentlich-rechtlicher Status, Umfang und Gliederung der Versicherungspflicht, Solidar- und Sachleistungsprinzip sowie der Sicherstellungsauftrag der KVen zu rechnen. Der Umfang dieses Prinzipienkatalogs setzt die Hürden für eine Strukturreform nicht sonderlich hoch an, da selbst geringfügige Änderungen schon den Status einer Strukturreform beanspruchen können. Die Hürden für eine ordnungspolitische Reform sind dieser allgemein anerkannten Begriffsdefinition zufolge hingegen recht hoch, denn als systemgerecht gilt die »Weiterentwicklung« der GKV und nicht ihre Umwälzung. Die Bundesregierung beabsichtigte mit der Besetzung dieses Begriffs daher auch nicht, eine gedankliche Verbindung zur Systemüberwindung herzustellen. Er diene vielmehr der Absetzung von den als kurzatmig und erfolglos bewerteten »K-Gesetzen« der sozialliberalen Koalition und als symbolische Begründung des Anspruchs auf »eine wirkliche Reform«²⁰³, die nicht an Symptomen kuriert, sondern die Ursachen der Kostenentwicklung angeht. Allerdings bemächtigten sich so gut wie alle Akteure dieses Begriffs und definierten die Forderung nach einer Strukturreform aus ihrem jeweiligen Eigeninteresse heraus. Hinter dem Begriff Strukturreform verbargen sich daher ebenso marktorientierte wie strukturneutrale Reformmodelle.²⁰⁴ Die zwischenzeitlich auf Antrag der SPD-Bundestagsfraktion eingesetzte Enquête-Kommission hat drei unterschiedliche Modelle für eine marktwirtschaftliche Reform der GKV herausgearbeitet, die in der Strukturreformdiskussion auftraten.

Eine ordnungspolitisch radikale Option wäre das sogenannte »Duale Versicherungssystem«.²⁰⁵ Dieses Modell basiert auf einer Trennung des GKV-Leistungskatalogs in eine einkommensabhängig finanzierte Grundversorgung und eine Zusatzversicherung, deren Finanzierung nach dem Äquivalenzprinzip erfolgen soll, die Versicherungsprämie also wie in der

202 Christian von Ferber, Soziale Krankenversicherung im Wandel - Weiterentwicklung oder Strukturreform? in: WSI-Mitteilungen, 38 (1985), S. 585.

203 BMAS, ... gute Besserung. 25 Stichworte zur Erneuerung unseres Gesundheitswesens, Bonn 1988, S. 17.

204 Einen Überblick bieten Martin Pfaff und Susanne Busch, Forderungen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick, in: Sozialer Fortschritt, 36 (1987).

205 Vgl. Bundestags-Drucksache 11/3267, Zwischenbericht der Enquête-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bonn 1988, S. 177.

PKV in Abhängigkeit vom individuellen Versicherungsrisiko errechnet wird. Während die Grundversorgung, die nur die »medizinische Basisversorgung«²⁰⁶ umfaßt, wie bisher von den gesetzlichen Krankenkassen - allerdings mit einer empfindlichen Selbstbeteiligung - angeboten werden soll, ist für die freiwillige Zusatzversicherung eine rein marktwirtschaftliche Angebotsorganisation vorgesehen, in der Vertragsfreiheit und eine freie Wahl des Versicherungsträgers ohne staatliche Interventionen herrscht. Im dualen Versicherungssystem wäre das Solidarprinzip auf einen Restbestand reduziert und die etablierten Strukturen der GKV zugunsten eines auf Angebot und Nachfrage reagierenden privaten Versicherungsmarktes zurückgedrängt. Vertreten wird diese Forderung im wesentlichen von marktradikalen Gesundheitsökonomen, die auf stillschweigende Sympathie in Teilen der FDP rechnen können.

Ein zweites Konzept wird als »Erweiterte Vertragsfreiheit« bezeichnet. Im Gegensatz zur vorangegangenen Reformoption liegt diesem Modell »die Überzeugung zugrunde, daß es bei sorgfältiger und zurückhaltender Interpretation des Solidarprinzips möglich sei, dezentrale marktwirtschaftliche Steuerungselemente mit einem sozialen Krankenversicherungssystem zu vereinbaren.«²⁰⁷ Im Mittelpunkt steht die Forderung, daß die Kassen durch ihre Selbstverwaltung größere Freiräume in der Festlegung des Leistungskatalog und der Gestaltung unterschiedlicher Tarife erhalten sollen, um auf diese Weise einen verstärkten Wettbewerb zwischen verschiedenen Kassenarten zu erreichen. Die Höhe der Selbstbeteiligung soll zum Beispiel nicht gesetzlich festgelegt sein, sondern auf individuellen Entscheidungen des Versicherten beruhen, der zwischen Tarifen mit unterschiedlichem Selbstbehalt und unterschiedlicher Prämienhöhe wählen kann. Ebenfalls wird erwogen, das Sachleistungsprinzip in einzelnen Leistungsbereichen durch das Kostenerstattungsprinzip zu ersetzen. Damit verbunden ist die Erwartung, daß die Kostenerstattung zur einer »Kostentransparenz« für den Versicherten führt, der - anders als beim Sachleistungsprinzip - die anfallenden Kosten für medizinische Leistungen zunächst vorstrecken muß, sich deren Höhe bewußt wird und darauf mit einem »kostenbewußten« Inanspruchnahmeverhalten reagiert.²⁰⁸ Hinter der Forderung nach Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips, die vor allem von der FDP und der Zahnärzteschaft getragen wird, verbergen sich

206 Ebd., S. 178.

207 Ebd., S. 181.

208 Ebd., S. 169.

aber auch »grundsätzlich andere Konzeptionen der Steuerung der Leistungserbringung«²⁰⁹, die gegen die kollektivvertragliche Preisbildung gerichtet sind.²¹⁰

Die dritte Reformoption schließlich, die »Stärkung des Versicherungsprinzips«²¹¹, zeichnet sich dadurch aus, daß im Gegensatz zu den beiden anderen Varianten bestehende Strukturen der GKV nicht angetastet werden sollen. Diese Variante kann in der Nähe der Unionsparteien angesiedelt werden, da wichtige Bestandteile, wie zum Beispiel die Ausdünnung des GKV-Leistungskatalogs um die sogenannten »versicherungsfremden Leistungen«, zu einer alten Forderung aus dem gesundheitspolitischen Programm der CDU von 1978 gehören.²¹² In diesem Konzept beinhaltet ist auch die »Neubestimmung des versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Personenkreises«²¹³, und es wird hervorgehoben, daß bei dieser Reformoption nicht nur die Nachfrageseite, sondern auch die Anbieter durch verstärkte Anwendung des Wirtschaftlichkeitsprinzips in die Pflicht genommen werden sollen.

Es wäre müßig an dieser Stelle auf die kaum überschaubare Zahl an Reformkonzepten²¹⁴ einzugehen, da diese sich - bei allen Unterschieden im Detail - im wesentlichen den eben besprochenen Reformoptionen zuordnen lassen. Wichtig ist der Hinweis darauf, daß es der Bundesregierung sichtlich schwer fiel, die wenigen »Inseln des Konsens' im Meer der Widersprüche«²¹⁵ zu identifizieren und Einigung über ein bestimmtes Reformkonzept zu erzielen. Obwohl nach der Bundestagswahl vom Januar 1987 allen Beteiligten klar war, daß die Vorlage eines Reformkonzepts immer dringlicher wurde, einigten sich CDU/CSU und FDP bei den Koalitionsverhandlungen im Februar - zweifellos mit Blick auf die im April

209 Jürgen Wasem, Kostenentwicklung in der Krankenversicherung: Steuerung durch kollektive Verträge oder durch individuelle Anreize? in: Arbeit und Sozialpolitik, 41 (1987), S. 274.

210 Ebd., S. 277 f.

211 Vgl. Enquête-Kommission Strukturreform, S. 178 ff.

212 Vgl. CDU, Gesundheitspolitisches Programm, a.a.O., S. 17 f.

213 Vgl. Enquête-Kommission Strukturreform, a.a.O., S. 179.

214 Für eine ausführliche Diskussion der zahllosen Reformmodelle siehe Enquête-Kommission Strukturreform, a.a.O.; Dieter Heimsath und Bernd Hillebrand, Optionen für die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bestandsaufnahme von Reformvorschlägen, Stuttgart: Bleicher 1986; Hartmut Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen - Ausgangspunkte und Konzepte, WiO-Materialien, Bd. 30, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 1987.

215 Pfaff und Busch, Forderungen zur Strukturreform, a.a.O., S. 255.

anstehende Landtagswahl in Hessen - darauf, die Entscheidung über ein Strukturreformkonzept noch einmal zu vertagen.²¹⁶ Damit hatte die Regierung auch Zeit gewonnen, um das just zu diesem Zeitpunkt erschiene-
ne erste Gutachten des SVR zu berücksichtigen. Wie sich später zeigen sollte, besaß dieses Gutachten allen Beteuerungen zum Trotz durchaus eine wichtige Wegweiserfunktion für die Strukturreform.

Hervorhebenswert am ersten Gutachten des SVR ist vor allem die massive Kritik, die gegenüber den Funktionsdefiziten des Arzneimittelsektors und dem Bereich der zahnmedizinischen Versorgung geübt wurde. Im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung wurde moniert, daß der Verbrauch in der Bundesrepublik - gemessen an internationalen Standards - sehr hoch sei und ohne Qualitätseinbußen gesenkt werden könne.²¹⁷ Ursachen dieser »Übermedikation« lägen in den fehlenden wirtschaftlichen Anreizen für die verordnenden Ärzte und im mangelnden Kostenbewußtsein der Patienten. Des weiteren wurde das Preisniveau als überhöht eingestuft, was auf den schwachen Preiswettbewerb in der pharmazeutischen Industrie und ihre hohen Werbeaufwendungen zurückzuführen sei. Die Empfehlungen des Rates für den Arzneimittelbereich beinhalteten die Einführung einer prozentualen Selbstbeteiligung für die Patienten, mehr Markttransparenz, eine verbesserte Fortbildung für die niedergelassenen Ärzte sowie die Förderung des Preiswettbewerbs durch Re-Importe und die verstärkte Nutzung von Generika in der kassenärztlichen Versorgung. Ähnlich fiel die Kritik hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgung aus.²¹⁸ Die hohen Pro-Kopf-Ausgaben stünden in keinem vernünftigen Verhältnis zum dadurch erzielten Nutzen für die Volksgesundheit, insbesondere der teure Zahnersatz sei zu Unrecht gegenüber der Zahnerhaltung in den Vordergrund getreten. Auch hier sahen die Gutachter erhebliche Einsparpotentiale, die durch die »Schaffung eines entsprechenden Gebührenrahmens«²¹⁹, mehr Preiswettbewerb im Bereich zahntechnischer Leistungen und durch eine Begrenzung der Kieferorthopädie »auf das Maß des zahnmedizinisch Notwendigen«²²⁰, erschlossen werden

216 Vgl. Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 12.2.1987, Koalition vertagt strittige Reform des Gesundheitswesens.

217 Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden: Nomos 1987, S. 152.

218 Ebd., S. 154 ff.

219 Ebd., S. 156.

220 Ebd.

könnten. Beim Krankenhaussektor ließ es der SVR im wesentlichen bei einer Mängelliste und dem Hinweis auf jene Instrumente bewenden, die im Zuge der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung geschaffen worden waren. Die ambulante ärztliche Versorgung wurde im ersten Gutachten nicht behandelt, offiziell deshalb, weil das zuständige Ratsmitglied Prof. Paul Lüth verstorben war und der neue Gutachter Prof. Peter Helmich sich nicht schnell genug einarbeiten konnte. Die engen Kontakte des SVR zum BMAS lassen jedoch die These zu, daß hier eine bewußte Prioritätensetzung vollzogen wurde, zumal Koalitionspolitiker wie Beamte des BMAS frühzeitig betont hatten, daß es »keine Reform gegen die Ärzte«²²¹ geben werde.

c) Positionen der wichtigsten Akteure zur Strukturreform

Da hier die These vertreten wird, daß aufgrund vielfältiger Abhängigkeiten des Staates (auf der Bundesebene) von den Akteuren des gesundheitspolitischen Netzwerkes dessen Fähigkeit zur autonomen Politikformulierung relativ gering ausfällt, ist es an dieser Stelle angebracht, auf die Positionen der Akteure zur Strukturreform einzugehen, wobei es für den hiesigen Zweck ausreicht, auf einige besonders hervorstechende programmatische Forderungen einzugehen, die im späteren Entscheidungsprozeß relevant wurden.

Zwischen den gesundheitspolitischen Forderungen des DGB und den beiden Arbeitgeberverbänden, BDI und BDA, lassen sich auf den ersten Blick kaum Gemeinsamkeiten identifizieren. Während die Arbeitgeber den wesentlichen Grund für die Kostenentwicklung im Mangel an »Eigenvverantwortung« und »gesundheitsbewußte(m) Verhalten«²²² der Versicherten erblicken und dementsprechend für eine deutliche Erhöhung der Selbstbeteiligung eintreten, ist nach Auffassung des DGB von allem die »Anbieterdominanz« im Gesundheitswesen ursächlich für die steigenden Kosten. Die Forderungen nach Erhöhung der Selbstbeteiligung und der Ausdünnung des Leistungskatalogs der GKV werden vom DGB als »So-

221 Selecta vom 28.12.1987, Der Arzt steht unter ungeheurem Druck.

222 Pressedienst der Deutschen Arbeitgeberverbände - Nr. 4 - vom 27.1.1987, Klaus Murmann: Prioritätenliste für die nächste Legislaturperiode.

zialabbau« strikt abgelehnt.²²³ Umso bemerkenswerter ist es, daß BDA und DGB sich im Verlauf der Strukturreformdebatte um die Erarbeitung eines gemeinsamen Positionspapiers bemühten.²²⁴ BDA-Präsident Klaus Murman hat sicherlich auch das Kalkül des DGB mit folgendem Hinweis zutreffend beschrieben: Die »Übereinstimmung zwischen den sozialen Gruppen sei wegen der gesellschaftspolitischen Bedeutung und wegen der gemeinsamen Verantwortung in der Selbstverwaltung von hohem Wert«.²²⁵ Daß die Arbeitgeberverbände trotz ihrer durchaus radikalen Rhetorik die Strukturreformdiskussion nicht unbedingt als »strategic opportunity« für einen marktförmigen Umbau der GKV nutzten, findet eine plausible Begründung im fortgesetzten Kooperationszwang mit den Gewerkschaften in den paritätisch besetzten Gremien der Sozialversicherung.²²⁶ Diese Einbindung wirkt nicht allein durch die gemeinsame Arbeit in der GKV pazifizierend, sondern Konflikte in einem Feld der Sozialversicherung können sich auch auf die Entscheidungsfindung in anderen Bereichen negativ auswirken. Die Arbeitgeber mußten hier beispielsweise auch die anstehende Reform der Rentenversicherung und den dort notwendig werdenden Konsensbedarf einkalkulieren. Über weite Strecken der Reformdiskussion drängte sich sogar der Eindruck auf, daß die Arbeitgeber die Strukturreform lediglich als Vehikel für die Modifikation der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall betrachteten, für die in den ersten 6 Wochen seit 1969 die Arbeitgeber aufkommen müssen. Daher dürfte das »Nachschieben« radikalerer Forderungen, wie die Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip, durch den BDA²²⁷ wohl in erster Linie enttäuschten Erwartungen geschuldet sein, da die Lohnfortzahlung von der Bundesregierung nicht angetastet wurde.

Wie bei anderen Akteuren war auch die Haltung der Ärzteschaft nicht einheitlich, aber hier kann die Position der KBV als maßgeblich gewertet

-
- 223 Näheres zur Haltung des DGB bei Alfred Schmidt, Erwin Jahn und Bodo Scharf (Hrsg.), *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, Bd. I, Köln: Bund-Verlag 1987.
- 224 Vgl. Handelsblatt vom 28./29.11.1986, DGB und BDA gründen eigene Arbeitsgruppe; Kurz-Nachrichten-Dienst der Deutschen Arbeitgeberverbände - Nr. 55 - vom 28.7.1987, Arbeitgeber/Gewerkschaften: Gemeinsames Papier zur Strukturreform in der Krankenversicherung kommt.
- 225 Pressedienst der Deutschen Arbeitgeberverbände - Nr. 4 - vom 27.1.1987, Klaus Murmann: Prioritätenliste für die nächste Legislaturperiode.
- 226 Vgl. Bernd Süllow, *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung*, Frankfurt/M. - Bern: Peter Lang 1982.
- 227 Vgl. *Ärzte Zeitung* vom 22.9.1987, Das Sachleistungsprinzip ist den Arbeitgebern ein Dorn im Auge.

werden. In ihrer Grundsatzentschließung zur Strukturreform bekannte sich die Vertreterversammlung im Mai 1987 zu den »tragenden Säulen«²²⁸ der GKV, dem Solidar- und dem Sachleistungsprinzip. Eine Differenzierung in Grund- und Zusatzversorgung wurde ebenso abgelehnt wie eine »Vermarktung«²²⁹ der GKV. Hinsichtlich des Leistungsumfanges tat sich die KBV aus verständlichen Gründen mit einer klaren Aussage sehr viel schwerer. Denn eine Ausdünnung des Leistungskatalogs könnte auch ärztliche Einkommensquellen betreffen. Aus der Formulierung, es sei Aufgabe des Gesetzgebers die GKV vor »Ausgaben (zu) schützen, die ihrer eigentlichen Aufgabe nicht entsprechen«²³⁰, ließ sich jedoch entnehmen, daß die Ärzteschaft sehr wohl mit der »Stärkung des Versicherungsprinzips« leben kann. Eine deutliche Absage wurde hingegen jeglicher Form von Vertragsfreiheit erteilt, weil damit ein »Rückfall in Zeiten« drohe, »in denen die ständigen Kämpfe zwischen Ärzte und Krankenkassen gerade ein modernes Kassenarztrecht jetziger Prägung provoziert haben, um den sozialen Frieden zu gewährleisten.«²³¹

Hier besteht nun eine außerordentlich interessante Differenz zwischen Ärzten und Zahnärzten. Während die KBV eindeutig für die Aufrechterhaltung des Sachleistungsprinzips eintritt, wurde mit ähnlicher Klarheit von seiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die Einführung der Kostenerstattung gefordert.²³² Diese Haltung ist nicht ohne weiteres verständlich, denn das Recht der Kassen zur Bar- oder Kostenerstattung war historisch von der Ärzteschaft heftig bekämpft worden, da es die Wirksamkeit von Ärztestreiks minderte. Denn das Sachleistungsprinzip hatte die Kassen zur Bereitstellung ärztlicher Versorgung verpflichtet, so daß sie im Streikfall »von vornherein am kürzeren Hebel«²³³ saßen. Das Kalkül der Zahnärzte findet dennoch eine Reihe plausibler Erklärungen. Ein wichtiger Aspekt ist darin zu sehen, daß sich die Produktion zahnärztlicher Leistungen nicht nur von den Produzenten selbst sehr viel besser im

228 Deutsches Ärzteblatt - Nr. 21 - vom 21.5.1987, Thesen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, S. B-1021.

229 Ebd., S. B-1012.

230 Ebd., S. B-1022.

231 Ebd.

232 Vgl. Tagesspiegel vom 7.2.1987, Zahnärzte fordern Kostenerstattungssystem.

233 Peter Krause, Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung: ihre verfassungsrechtliche Problematik, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos 1988, S. 264.

Dienste der Einkommensmaximierung funktionalisieren läßt, sondern umgekehrt auch besser standardisierbar und damit - durch die Kassen bzw. KZVen - im Sinne der Wirtschaftlichkeit kontrollierbar wird. Daher ist es nur konsequent, daß die Zahnärzteschaft die Hoffnung artikulierte, »bei der Abkehr vom Sachleistungsprinzip sei es mit 'Honarardeckeln', Wirtschaftlichkeitsprüfungen und andere 'sachleistungstypischen Interventionen' und 'Kontrollschikanen' vorbei.«²³⁴ Hinzu kommt, daß zahnmedizinische Leistungen, insbesondere Zahnersatz, erst lange nach dem 2. Weltkrieg in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurden und seither stets Elemente der Kostenerstattung (für Zahnersatz wurden immer »Zuschüsse« gewährt) vorhanden waren. Im Gegensatz zur medizinischen Profession, in deren Kollektivgedächtnis wesentliche Bestandteile der GKV, wie Solidar- und Sachleistungsprinzip, aufgrund historischer Lernprozesse noch immer positiv besetzt sind, mangelt es der Zahnärzteschaft an derartigen Kollektiverfahrungen. Diese Überlegung könnte man auf die These zuspitzen, daß sich die Professionalisierung der Zahnärzteschaft vor allem unter dem Eindruck eines in den frühen siebziger Jahren einsetzenden, raschen Aufstiegs in die Ränge der einkommensstärksten Facharztgruppen vollzog. Die daraus resultierende »Philosophie des Geldes« könnte ein Bekenntnis zum Sachleistungsprinzip als Fraternalisierung mit dem falschen Verteilungsmodus und der falschen gesellschaftlichen Institution erscheinen lassen, da der Markt doch sehr viel näher liegt.

Im Unterschied zur KBV, deren »Thesen« zur Strukturreform als Hinweis darauf verstanden werden können, daß man sich selbst eher als beobachtender Dritter einstuft, hatten die Spitzenverbände der GKV einen Katalog gemeinsamer »Forderungen« verabschiedet²³⁵, der einer »Strategie der Systemkonformität« entsprach, wie sie frühzeitig von einem Kassenvertreter angemahnt worden war.²³⁶ Dem Bekenntnis zu den »tragenden Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung«²³⁷ verliehen die Kassen dadurch besonderen Nachdruck, daß sie in der GKV selbst keinen Reformbedarf sahen. Ebenfalls abgelehnt wurde die Ausweitung der Selbstbeteiligung sowie eine Neuabgrenzung des pflichtversicherten Personenkreises. Da die Ausgabenentwicklung von den »Strukturen der Lei-

234 Wasem, Kostenentwicklung, a.a.O., S. 279.

235 Vgl. Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, 69 (1987).

236 Vgl. Selecta vom 17.11.1986, Testballons vor Reformspektakel.

237 Vgl. Gemeinsame Forderungen, a.a.O., S. 98.

stungserbringung«²³⁸ verursacht seien, müßten dort die entscheidenden Reformschritte vollzogen werden. Es folgten die bekannten Forderungen nach einer wirksamen Angebotssteuerung für die Niederlassung von Kassenärzten, nach einer Straffung der Kriterien in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, nach einer Stärkung der Verhandlungsposition der Kassen gegenüber den Krankenhäusern und nach Preisverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie.²³⁹ Insbesondere im Hinblick auf die Forderung nach Stärkung des Verhandlungselementes in den Beziehungen zu den Leistungsanbietern können die Kassen als eine der wesentlichen Triebkräfte einer immanten Strukturentwicklung des bundesdeutschen Gesundheitssektors gesehen werden, die auch den strategischen Kalkülen der Koalition, insbesondere den Unionsparteien, nicht fern steht.

Die Haltung der Länder war - bedingt durch die parteipolitische Zusammensetzung der jeweiligen Landesregierung - uneinheitlich, läßt sich aber im wesentlichen durch das Pochen auf die Planungshoheit im stationären Sektor beschreiben. Die Krankenhäuser plädierten in ihren »Positionen« zur Strukturreform (wie immer) für eine bessere »Verzahnung« zwischen ambulantem und stationärem Sektor.²⁴⁰ Interessant ist insbesondere, daß die DKG die Forderung nach Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen unterstützte. Diese Forderung, die sich in unterschiedlich intensiver Form bei fast allen Akteuren wiederfindet, beruht bei den Leistungsanbietern schlichtweg auf dem Kalkül, daß sich auf diese Weise die Finanznöte der Kassen, die sich ja auf die medizinischen Leistungsproduzenten fortpflanzen, lindern lassen und so neue Verteilungsspielräume entstehen. Der Hinweis mag trivial erscheinen, aber bei diesem kurzen Resümee wichtiger Positionen zur Strukturreform wurde wiederholt deutlich, daß jene Versicherten, die von der Stärkung des Versicherungsprinzips betroffen und jene Personengruppen, die via »Neuabgrenzung« ausgegrenzt werden sollten, eine amorphe und daher kaum organisierbare Interessengruppe darstellen, die sich zudem erst dann formieren kann, wenn eine Entscheidung getroffen wurde.

Eine weitere Eigenheit der Verbandslandschaft im gesundheitspolitischen Netzwerk, die als erneuter Beleg für die hier vertretene These gelten kann, daß Verflechtungen einen wesentlichen Koordinationsmecha-

238 Vgl. Gemeinsame Forderungen, a.a.O., S. 98.

239 Vgl. Gemeinsame Forderungen, a.a.O., S. 101.

240 Vgl. Wolfgang Klitzsch, Medizinisch orientierte Reform des Gesundheitswesens. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Die Ortskrankenkasse, 69 (1987).

nismus in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik darstellen, besteht im Zusammenschluß etablierter Verbände zu »action-sets«, die als zeitweiliges Aktionsbündnis der Absicherung bzw. Verstärkung der eigenen Position in einer turbulenten Umwelt dienen. So wurde im Vorfeld der Strukturreform nicht nur die »Aktionsgemeinschaft der Heilberufe« reaktiviert, in der vor allem Hartmannbund und FVDZ »falsche(n) Entwicklungen«²⁴¹ vorbeugen wollen, sondern es wurden unter Federführung der DKG auch eine »Bundeskrankenhauskonferenz«, als Zusammenschluß von Ärzte-, Pflege- und Krankenhausverbänden, ins Leben gerufen,²⁴² ein Beispiel, dem in Form einer »Ständigen Konferenz der Berufsverbände im Gesundheitswesen« der Marburger Bund und die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft folgten.²⁴³

Während bei den Verbänden noch eine Identifikation in gewisse »Lager« möglich ist, entsteht bei den Koalitionsparteien das Bild eines nahezu unentwirrbaren Interessengeflechts, welches - personell und ideologisch abgestützt - auf einem ökonomisch, politisch und geographisch motivierten Klientelismus basiert. Noch am eindeutigsten ist die Haltung der FDP, die sich als Interessenwahrer der Marktwirtschaft und der freien Berufe versteht und dabei besondere Nähe zur mittelständischen Pharmaindustrie ihres »Stammlandes« Baden-Württemberg und zu den Zahnärzten erkennen läßt. Die Haltung der CSU ist vor allem durch ihre Krankenhauspolitik und durch die günstige Wirtschaftsstruktur bestimmt. Bedingt durch ökonomische Disparitäten schwelen auch zwischen unionsregierten Bundesländern latente Konflikte. So wird zum Beispiel die von Niedersachsen und Berlin (seinerzeit noch CDU/FDP-regiert) erhobene Forderung nach einem Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen von Bayern und Baden-Württemberg aus naheliegenden Gründen strikt abgelehnt. Die beiden südlichen Bundesländer könnten aufgrund der geringen durchschnittlichen Beitragsätze nur verlieren.²⁴⁴

Als vollends undurchsichtig ist die Interessenlage innerhalb der CDU zu bezeichnen. Denn insbesondere durch ihre Vorfelddorganisationen ist

241 Vgl. Der Gelbe Dienst - Nr. 25 - vom 25.11.1987, Aktionsgemeinschaft der Heilberufe wieder aktiviert.

242 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 14.1.1987, Krankenhauslobby propagiert »bessere Verzahnung« zwischen ambulant und stationär.

243 Ärzte Zeitung vom 5.2.1987, Marburger Bund und DAG gründen ständige Konferenz.

244 Näheres zu dieser Kontroverse bei Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 33 f.

die Union an unterschiedlichste Interessenlagen gebunden. Die Sozialausschüsse lehnen mit Rücksicht auf ihre Klientel die Erhöhung der Selbstbeteiligung ab, solange die Bedingungen einer realen Steuerungswirkung und der Sozialverträglichkeit dieses Instruments nicht gesichert sind. Eine gewisse Nähe zum DGB läßt sich auch in der Forderung nach strikterer Kontrolle der Kassenärzte erkennen.²⁴⁵ Im Gegensatz dazu treten die Mittelstandsvereinigung und der Wirtschaftsrat für eine spürbare Selbstbeteiligung ein.²⁴⁶ Der Wirtschaftsrat artikuliert im innerparteilichen Meinungskonzert zudem die Interesse der großen Pharma-Konzerne, während die Mittelstandsvereinigung im Vorfeld der Strukturreform mit dem Bundesverband der freien Berufe, dem vor allem Ärzteverbände angehören, eine Kommission Gesundheitspolitik bildete²⁴⁷, von der man ärztliche Standespolitik erwarten durfte. Auf die Nähe der Parteien zu bestimmten Kassenarten wurde bereits hingewiesen. Zusätzlich dürfen die Kassen bei Arbeitsminister Blüm und im BMAS auf recht weitgehende Kooperationsbereitschaft hoffen.

Als eine relativ zuverlässige Orientierungsmarke für den Reformkurs zeichnet sich mithin allein das BMAS ab. Der federführende Ministerialdirektor Karl Jung hatte die Eckpunkte der Strukturreform in enger Anlehnung an die oben als »Stärkung des Versicherungsprinzips« erwähnte Option frühzeitig umrissen.²⁴⁸ Auch hier steht das Bekenntnis zu den »bewährten Prinzipien« am Beginn. Daß festgehalten werden soll an der »Freiberuflichkeit der Gesundheitsberufe und der freien Arztwahl,«²⁴⁹ kann als versteckte Absage an marktorientierte Reformmodelle wie der HMO gewertet werden, denen ja eine Begrenzung der Arztwahl zugrundeliegt. Die gesundheitspolitische Manövriermasse wird in erster Linie im Leistungsumfang und dem Eigenbeitrag der Versicherten angesiedelt, wengleich - der »sozialen Symmetrie« zu Liebe - betont wird, daß »Probleme in allen Bereichen«²⁵⁰, also auch bei den Leistungserbringern zu

245 Vgl. Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 4.9.1987, CDU-Sozialausschüsse wollen die Ärzte schärfer kontrollieren; CDA-Bundesvorstand, Strukturreform im Gesundheitswesen, mimeo, o.O., o.J. (Königswinter 1987).

246 Siehe hierzu die Beiträge in: Strukturreform des Gesundheitswesens - Strategien zur Begrenzung der Kostenlawine, hrsg. v.d. Mittelstandsvereinigung der CDU/CSU, Bonn: Mittelstands-Verlagsgesellschaft 1987 (MIT-Jahrbuch 87).

247 Ärzte Zeitung vom 26.2.1986.

248 Vgl. Karl Jung, Strukturreform im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst, 67 (1987).

249 Ebd., S. 119.

250 Ebd.

lösen sind. Die nicht eben sensible Feststellung, »Gesundheit wird mehr als bisher die Kraft sein müssen, mit Störungen leben zu können,«²⁵¹ machte allerdings mehr als deutlich, wo die Kostendämpfung ansetzen würde.

8.5.2 Das Gesundheitsreform-Gesetz

Die Entstehung des Gesundheitsreform-Gesetzes vollzog sich über vier Schritte der politischen Entscheidungsfindung. Im Sommer 1987 wurde zunächst eine Koalitionsarbeitsgruppe eingerichtet, die bis zum Herbst die Eckpunkte der Reform festlegen sollte, allerdings verzögerte sich dieser Termin aufgrund von Meinungsverschiedenheiten bis zum Dezember 1987. Im Januar legte das BMAS dann einen Referentenentwurf vor, dem im Mai 1988 ein erster Gesetzentwurf im Bundestag folgte. Die endgültige Verabschiedung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreform-Gesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), dessen Inkrafttreten seit langem auf den 1.1.1989 festgelegt war, fand im wahrsten Sinne des Wortes erst »fünf Minuten vor Zwölf« statt. Der anderthalb Jahre währende Entscheidungsfindungsprozeß basierte - unter Zugrundelegung der bereits erwähnten Weichenstellungen - auf einer Mischung von »Koalitionspoker«, Lobbyismus, Interessenausgleich und Kompromißlösungen, dem jedes strategische Kalkül abging. Die Entscheidungsfindung war ein geradezu klassisches Beispiel des »garbage can decision-making«²⁵², bei dem Zieldefinitionen infolge situativer Handlungszwänge hochgradig disponibel werden und das letztendliche Resultat von Zufälligkeiten geprägt ist. Damit ist aber nicht gesagt, daß die Selektionsleistungen des Policy-Netzwerks keine Rolle gespielt haben, sondern nur, daß das Resultat im Rahmen der »zulässigen« Strategieoptionen kontingent war.

251 Ebd.

252 Vgl. James G. March und Johan P. Olson, *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen: Universitetsforlaget 1976.

a) Der Entscheidungsprozeß

Als die Koalitionsarbeitsgruppe Ende November 1987 ihre Entschlüsse über die Grundsätze der Strukturreform vorlegte, ließen sich vier Schwerpunkte des Reformkonzeptes erkennen. Erstens sollte der größte Teil der Einsparungen durch eine Leistungsausgrenzung und empfindlich erhöhte Zuzahlungen beim Zahnersatz auf der Seite der Versicherten erzielt werden. Von dieser »Neubestimmung der Solidarität« erwartete das BMAS, das kurz darauf die Be- und Entlastungseffekte spezifizierte, Einsparungen in Höhe von rund 7 Milliarden DM, wobei die quantitativ größten Posten durch die Erhöhung der Zuzahlungen zum Zahnersatz (2,6 Milliarden), den Wegfall des Sterbegeldes (1,1 Milliarden) und die Einschränkung bei der Erstattung von Fahrtkosten (800 Millionen) zustandekommen sollten.²⁵³ Daß die Sozialausschüsse derart umfangreichen Belastungen der Versicherten zustimmten, ging erklärtermaßen auf das Konto einer Leistungserweiterung, für die sie sich seit längerem besonders eingesetzt hatten: die soziale Absicherung im Pflegefall, die den zweiten wichtigen Bestandteil der Strukturreform ausmacht.²⁵⁴ Die Ankündigung, die Strukturreform werde einen Einstieg in die Finanzierung der häuslichen Pflege beinhalten, diene einerseits zur Herstellung eines Konsens über die Höhe der Belastungen für die Versicherten sowie andererseits als Beleg für die soziale Ausgewogenheit des Reformpakets. Das BMAS bemühte sich mehrfach, diesen Zusammenhang mit Hilfe einer fiktiven und außerordentlich gewagten Rechnung über die finanziellen Auswirkungen des GRG zu verdeutlichen.²⁵⁵ Demnach sollte die GKV um rund 14 Milliarden DM entlastet werden, wobei dann neue Leistungen in Höhe von rund 7 Milliarden DM, bestehend aus der Pflegeversicherung mit einem geschätzten Ausgabevolumen von 6,5 Milliarden DM und neuen Vorsorgeleistungen, an die Versicherten zurückgegeben werden sollten. Sollte diese Rechnung aufgehen, würden die Beitragssätze durchschnittlich um einen Prozentpunkt auf rund 12 Prozent zurückgehen und damit Versicherte und Arbeitgeber um jeweils 3,5 Milliarden DM entlasten. Die Sym-

253 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 19 - vom 8.12.1987. Solidarität und Eigenverantwortung. Entscheidung über Grundsätze der Strukturreform im Gesundheitswesen.

254 Diese Thematik war schon seit längerer Zeit in der CDU diskutiert worden. Vgl. Josef Schmid, Landesverbände und Bundespartei der CDU. Organisationsstrukturen, Politiken und Funktionsweisen einer Partei im Föderalismus, Diss., Universität Konstanz 1988, S. 170 ff.

255 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 19 - vom 8.12.1987.

metrie dieser Rechnung besteht darin, daß die Belastung der Versicherten durch Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung durch Leistungsausweitung an anderer Stelle und finanzielle Entlastungen durch geringere Beiträge ausgeglichen werden.

Der dritte wichtige Bestandteil des Reformkonzepts, die Höhe der Selbstbeteiligung und die Einführung der Pflegeversicherung, war durch Kompromißzwänge entstanden. Mitte Oktober 1987 schien die Koalitionsarbeitsgruppe in eine Sackgasse zu geraten. Uneins war man vor allem über die Höhe der Selbstbeteiligung. Aus den Unionsparteien wurde die von der FDP geforderte und den Arbeitgebern unterstützte Einführung einer generellen 20-prozentigen Selbstbeteiligung für Arzneimittel als »unausgewogen«²⁵⁶ betrachtet. Gleichzeitig war der Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel- darauf hatte das BMAS im selben Monat erneut hingewiesen - das letzte Reservat im Gesundheitssektor, in dem zumindest ansatzweise eine Erhöhung des Wettbewerbs möglich schien.²⁵⁷ Zusätzlich verkompliziert wurde die Lage durch die von Norbert Blüm erhobene, allerdings nicht näher definierte Forderung nach einem »Solidarbeitrag« der pharmazeutischen Industrie in Höhe von 1,7 Milliarden DM. In dieser verfahrenen Situation wurde in der Arbeitsgruppe die Idee der Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel geboren. Dieses Konzept sieht vor, daß die GKV für wirkungsgleiche Arzneimittel nur noch einen festen Betrag erstattet, dessen Höhe sich an preisgünstigeren - in der Regel generischen - Präparaten orientiert und der Patient, sollte er auf einem teureren Markenpräparat bestehen, den Differenzbetrag aus eigener Tasche zu decken hat. Auf eine analoge Regelung einigte man sich für die Heil- und Hilfsmittel. Die Festbeträge wurden sogleich als »Kernstück der Reform« gefeiert, denn »sie verbinden auf originelle Weise den Schutz der Solidarität mit den Möglichkeiten des Wettbewerbs.«²⁵⁸ In der Tat schien die Koalition den gesundheitspolitischen »Stein der Weisen« entdeckt zu haben. Die Festbeträge machen eine generelle Selbstbeteiligung überflüssig und können daher als sozial ausgewogen gelten. Gleichzeitig erzeugen sie Wettbewerbsdruck unter den Anbietern, ihre »Angebote in der Nähe des Festbetrages anzusiedeln und sich nicht wechselseitig mit Höchstpreisen zu überbieten.«²⁵⁹ Schließlich erlauben

256 Vgl. A+S aktuell - Nr. 21 - vom 20.10.1987, Strukturreform: Gemeinsamkeiten der Koalition verbraucht?

257 BMAS, Damit unsere Krankenversicherung gesund bleibt, Bonn 1987, S. 22.

258 BMAS, . . . gute Besserung, 25 Stichworte, S. 15.

259 BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 19 - vom 8.12.1987, S. 2.

die Festbeträge den Krankenkassen erhebliche Einsparungen, die vom BMAS mit insgesamt rund 2 Milliarden DM beziffert wurden²⁶⁰, und tragen damit zur Beitragssatzstabilität bei. Bei der Pharmaindustrie lösten diese Pläne massive Kritik aus. Diese Maßnahme sei »schlimmer als der beste Ehrenberg«,²⁶¹ es drohten Verlust der Forschungs- und Wettbewerbsfähigkeit dieser Industrie; zahllose Arbeitsplätze seien in Gefahr und notfalls werde man den »Gang nach Karlsruhe«²⁶² antreten. Obwohl bis zur Gesetzesverabschiedung noch mehrere Nachbesserungen im Sinne der pharmazeutischen Industrie vorgenommen wurden, stellte das Konzept der Festbeträge eine massive Interessenverletzung eines außerordentlich einflußreichen Akteurs dar, und so kann es als bemerkenswert gelten, daß diese Maßnahme letztlich den Bundestag passierte.

Als vierter Bestandteil der Strukturreform kann die Vielzahl von Detailregelungen angesehen werden, die - im Sinne einer gleichmäßigen Belastung »aller Beteiligten« - die Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen betrafen. Obwohl daraus, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine nennenswerten Belastungen für diese Akteure resultierten, mobilisierten Ärzte und Zahnärzte eine derart heftige öffentliche Gegenwehr, daß das BMAS sich mehrfach veranlaßt sah, mit Stellungnahmen gegen die »Patienten-Desinformation durch Ärzteverbände« an die Öffentlichkeit zu treten.²⁶³ Bei den Kassenärzten stießen vor allem zwei Vorhaben auf massive Ablehnung, und zwar die Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Umwandlung des - aus historischen Gründen bei den Landesversicherungsanstalten angesiedelten²⁶⁴ - Vertrauensärztlichen Dienstes in einen »medizinischen Dienst der Krankenkassen«. Beide Maßnahmen wurden als Anschlag auf die Therapiefreiheit und als drohende »Überbürokratisierung«²⁶⁵ abgelehnt. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wurden im wesentlichen zwei neue Prüfarten eingeführt, die sogenannte Richtgrößenprüfung, bei der ein Kassenarzt dann einer Prü-

260 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 5 - vom 15.3.1988, Bundesarbeitsminister startet Informationsaktion zur Strukturreform.

261 Ärzte Zeitung vom 25.1.1988, »Das ist schlimmer als der beste Ehrenberg«.

262 Vgl. Handelsblatt vom 30./31.10.1987, Pharmaindustrie droht mit Karlsruhe.

263 Vgl. BMAS (Hrsg.), sozialpolitische Informationen - Nr. 2 - vom 29.1.1988, Solidarische Erneuerung unserer Krankenversicherung. Zur Kritik am Reformkonzept, und - Nr. 5 - vom 15.3.1988,

264 Zum historischen Hintergrund siehe Gine Elsner und Heidi Knake-Werner, Der vertrauensärztliche Dienst - Eine geschichtlicher Abriß, o.O. o.J. (Bremen ca. 1985).

265 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Tätigkeitsbericht 88', S. 45.

fung unterzogen wird, wenn das Volumen der von ihm verordneten Leistungen eine von den Vertragsparteien vereinbarte »Richtgröße« überschreitet, und die Stichprobenprüfung, die vorsieht, daß pro Quartal bei zwei Prozent der Kassenärzte automatisch die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise überprüft wird.²⁶⁶ Im Januar 1988 waren dabei noch fünf Prozent vorgesehen, in der verabschiedeten Fassung des GRG hatten die Kassenärzte eine Absenkung auf jene zwei Prozent durchgesetzt (§ 116 SGB V).²⁶⁷ Angesichts der bisherigen Erfahrungen mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung²⁶⁸ ist Skepsis hinsichtlich ihrer tatsächlichen Wirksamkeit angebracht. Auch beim Medizinischen Dienst, der fortan auf Landesebene von den Krankenkassen getragen und zu ihrer Unterstützung tätig werden soll (§ 275-283 SGB V), gelang den Ärzteverbänden eine wichtige Abschwächung, da die Gutachten nicht - wie anfänglich geplant - von festangestellten Ärzten, sondern nun von freiberuflichen Gutachtern durchgeführt werden, die sich - ebenso wie die Prüfarzte - hauptsächlich aus Kassenärzten rekrutieren.²⁶⁹

Den aus ordnungspolitischer Sicht tiefgreifendsten Bruch gab es im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, in dem mit der Einführung einer generellen - nun auch auf die zahnärztlichen Honorare bezogenen - 50-prozentigen Selbstbeteiligung für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen nicht nur die radikalste Leistungsausgrenzung vorgenommen wurde, sondern durch den Übergang zum Kostenerstattungsprinzip (§ 29, 39 SGB V) auch mit einem der hochgehaltenen Strukturprinzipien der GKV gebrochen wurde. Interessanterweise liefen die KZBV und der FVDZ Sturm gegen diese Regelungen, obwohl sie genau ihren kurz zuvor erhobenen Forderungen entsprachen.²⁷⁰ Dieser Meinungsumschwung resultierte zum Teil aus einer im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung, die das BMAS ermächtigen sollte, die Honorare für einzelne Leistungskategorien auf dem Verordnungswege festzulegen; ein Vorhaben, das auf Betreiben der FDP im GRG nicht mehr beinhaltet war. Außerdem darf ver-

266 Vgl. Franz-Heinz Schäfer, Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird effizienter gestaltet, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4 (1989).

267 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 25. Da das GRG - im Rahmen der Vereinheitlichung des Sozialrechts - als fünfter Teil des Sozialgesetzbuches kodifiziert wurde, das die RVO ersetzt, wird nachfolgend der jeweilige SGB-Paragraph zitiert.

268 Vgl. Döhler, Regulating the Medical Profession, a.a.O.

269 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 25.

270 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 26 ff.

mutet werden, daß die Zahnärzte hier Opfer einer gebräuchlichen Strategie wurden, derzufolge sich radikale Reformmodelle solange bequem verfechten lassen, wie ihre Realisierung unwahrscheinlich ist. Mit der Forderung nach Kostenerstattung und Selbstbeteiligung konnte lange Zeit die Nähe zum Markt und die gleichzeitige Abneigung gegen Krankenkassen und deren Kontrolltechniken demonstriert werden. Als die Bundesregierung nun den ureigensten Anliegen der Zahnärzte entsprach, machte sich die »Angst vor der eigenen Courage« bemerkbar, da mit beiden Regelungen Nachfrageeinbrüche und Umsatzeinbußen drohten. Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung einer außerordentlich einberufenen Vertreterversammlung der KZBV im Januar 1989 zu verstehen, die »mit knapper Mehrheit«²⁷¹ die reine Kostenerstattung durch eine »duale Lösung« abmilderte. Anstelle vom Versicherten sofort den Gesamtbetrag einzufordern, der sich ja rasch auf mehrere tausend DM addieren und damit die Zahlungsunfähigkeit bzw. - aus der Sicht der Zahnärzte - ein »Bonitätsrisiko« verursachen kann, einigte man sich darauf, den Kassenzuschuß mit der KZV abzurechnen und dem Versicherten nur dessen Selbstbehalt in Rechnung zu stellen.

Daß der Krankenhaussektor trotz aller Widerstände nicht vollkommen ausgespart blieb²⁷², verdankte sich einer Koalition aus FDP, die auf politische Folgen in den Ländern kaum Rücksicht zu nehmen braucht bzw. eine Gegenleistung für ihre Zustimmung zur Pflegeversicherung verlangte, und dem Arbeitsminister, dem die Interessen der Kassen an einem Ausbau ihrer Rechte gegenüber den - unter dem Schuttschirm der Länderministerien stehenden Krankenhäusern - aus Kostengründen nahestanden. So gelang es, zwei Regelungen aus dem Referentenentwurf bis zur Gesetzesverabschiedung hinüberzuretten, nämlich die Einführung einer »Preisvergleichsliste« (§ 39 Abs. 2 SGB V),²⁷³ an der sich die Krankenhauseinweisungen der niedergelassenen Ärzte zukünftig orientieren sollen, und die Einführung eines Initiativrechts der Krankenkassen für die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern (§ 110 SGB V). »Während die Kassen diese Vorschläge unisono für wirkungslos

271 Vgl. Wolfgang Heller, Zum Prinzip der Kostenerstattung, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4 (1989).

272 Rudolf Grupp, Grundsätze und Perspektiven im Krankenhausbereich, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4 (1989).

273 Vgl. Fritz Beske u.a., Gutachten zum Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte nach § 38 des Entwurfs eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Kiel: Schmidt & Klaunig 1988.

hielten, betrachteten sie die Länder und Kommunen als unannehmbar, der deutsche Landkreistag gar 'mit Bestürzung'«. ²⁷⁴ Im Tausch für die Einführung einer Selbstbeteiligung von 10 DM pro Krankentag, die - in ihrer früheren Höhe von 5 DM - wegen erwiesener Wirkungslosigkeit eigentlich aufgehoben werden sollte, willigte die FDP schließlich in eine Reihe von Abstrichen an beiden Regelungen durch den Bundesrat ein. So wurden unter anderem das Kündigungsrecht der Kassen unter den Zustimmungsvorbehalt der Länderministerien gestellt und zusätzlich qualifizierende Bedingungen an die Vertragskündigung geknüpft. ²⁷⁵ Daß die Länder ihre Interessen aber nicht nur über den Bundesrat zu artikulieren vermögen, sondern auch die »vertikale Ressortkompanei« der Fachbürokratien eine Rolle spielt, läßt sich daran erahnen, daß das BMAS im Rahmen mehrerer »Schnellumfragen« bei den Ländern um einen Katalog von Vorschlägen zur Strukturreform nachgesucht hatte, mit der Versicherung, daß die »Länderwünsche« dann »auf Staatssekretärsbene koordiniert werden.« ²⁷⁶

Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, daß die gesetzlichen Krankenkassen seit Ende der siebziger Jahre ihre Position im gesundheitspolitischen Netzwerk, speziell gegenüber den Leistungsanbietern verbessern konnten, und zwar in erster Linie durch die Interessenkoinzidenz mit dem an Beitragssatzstabilität orientierten BMAS. Die Änderungen im Prüfverfahren und die Einführung des Medizinische Dienstes können als Belege des gestiegenen Durchsetzungsvermögens der Kassen gewertet werden. Gleichzeitig hat aber auch die interne Interessendifferenzierung zwischen den Kassenarten und teilweise sogar zwischen Kassen der gleichen Art in verschiedenen Regionen zugenommen. Hervorgerufen werden die Interessenunterschiede vor allem durch die Beitragssatzunterschiede, die mittlerweile zwischen 8 und 16 Prozent schwanken. ²⁷⁷ Obwohl die Problematik dieser sozialen Ungleichbehandlung in der christlich-liberalen Koalition durchaus anerkannt wurde, hatte man Ende 1987 Maßnahmen wie einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich aus der Strukturreform

274 Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 17. Siehe auch Bruckenberg, Von der parallelen Kompetenz, a.a.O., S. 198 ff.

275 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 17.

276 A+S Aktuell - Nr. 19 - vom 21.9.1987, Strukturreform: BMA startet zwei Schnellumfragen.

277 Siehe Guntram Bauer und Franz Schönhoven, Risikostruktur und Beitragssatzunterschiede in der GKV, in: Die Ortskrankenkasse, 70 (1988).

ausgeklammert²⁷⁸, da vielfältige Konflikte durch die enge Verflechtung der verschiedenen Kassenarten mit gesellschaftlichen Akteuren drohten. Wenn der Bundesregierung dennoch zwei Regelungen aus dem GRG, die Kassen betreffen, als »erster Einstieg in die Organisationsreform«²⁷⁹ gelten, so handelt es sich um eine gehörige Übertreibung. Denn die Einführung eines auf Länderebene angesiedelten kassenartbegrenzten Finanzausgleichs (§ 266 SGB V), der zudem an strenge Kriterien gebunden ist, wird an der Problematik der Beitragssatzdifferenzen kaum etwas ändern. Auch die Einführung der Möglichkeit für Arbeiter, bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in eine private Krankenversicherung überzuwechseln (§ 6 Abs. 1 SGB V), betrifft nur einen Bruchteil der Versicherten und ist durch das dann einsetzende Rückkehrverbot in die GKV, das auch im Rentenalter gilt, wenig reizvoll.

Daß bei den Kassen keine weitergehenden Schritte eingeleitet wurden, hängt mit den schwer kalkulierbaren Folgewirkungen wettbewerbsfördernder Maßnahmen, aber auch mit der komplizierten Interessenlage zusammen. Eine Verschärfung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Kassenarten hätte zum Beispiel zur Voraussetzung, daß zunächst die bestehenden Wettbewerbsvorteile der Ersatz- und der Betriebskrankenkassen gegenüber den Ortskrankenkassen abgebaut werden, da andernfalls, etwa infolge der Erhöhung der Wahlfreiheit als einem der wichtigsten Instrumente zur Wettbewerbsstimulierung, mit massiven Wanderungsprozessen der Mitglieder und daraus resultierenden schwerwiegenden ökonomischen Folgen für die Ortskrankenkassen gerechnet werden müßte.²⁸⁰ Da die privilegierten Kassenarten aber ein vitales und durch Interessenverflechtung machtpolitisch abgestütztes Interesse an der Aufrechterhaltung bestehender Ungleichgewichte besitzen, ist eine ordnungspolitische Reform hin zu mehr Wettbewerb in der GKV außerordentlich unwahrscheinlich. Daß beim GRG möglicherweise aber auch eine sehr eigentümliche Form der Interessenvermittlung relevant gewesen sein könnte, kam durch einen Eklat zum Vorschein. Der Leiter der Abteilung Krankenversicherung im BMAS, Karl Jung, erteilte im Januar 1988 dem Mitarbeiter

278 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O., S. 31.

279 Thomas Vielhaber, Ein erster Einstieg in die Organisationsreform der GKV, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4 (1989).

280 Näheres hierzu bei Robert Paquet, Umverteilung und Wettbewerb in der GKV, TU Berlin 1987 (Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen Bd. 19); Dieter Cassell, Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe Gesundheitsforschung, Bd. 149 des BMAS, Bonn 1987.

einer gesetzlichen Krankenkasse Hausverbot, angeblich weil sich dieser mit internen Unterlagen des Ministeriums versorgt hatte.²⁸¹ Der eigentliche Grund für den Rausschluß waren allerdings - scheinbar von jenem Kassenvertreter in Umlauf gebrachte - Indiskretionen über den bemerkenswerten Umstand, daß auf Kosten des Ministeriums monatelang fünf Fachleute aus der GKV, unter ihnen allein drei Vertreter der Ersatzkassen mit ihrer bekannten Abneigung gegen Organisationsreformen und Finanzausgleich, im Hause (!) mit der Bearbeitung der Strukturreform betraut waren. Dieser Zwischenfall läßt allerlei Spekulationen über eine mögliche Verwaltungskolonisierung oder die ausgeprägte Abhängigkeit des BMAS von der Kooperation der Kassen zu, die hier nicht weiter vertieft werden sollen. An dieser Stelle mag der Hinweis auf den gänzlich anders verlaufenen Entscheidungsprozeß zur jüngsten NHS-Reform in Großbritannien genügen, um die Eigenheiten der Staat-Verbände-Beziehungen im deutschen Fall zu beleuchten.

Kurz vor der endgültigen parlamentarischen Verabschiedung des GRG legte die Bundesregierung erneut eine Berechnung der finanziellen Auswirkungen des Gesetzes vor, die erkennen ließ, daß die Stärkung des Versicherungsprinzips mit einer Schlagseite zu Lasten der Versicherten realisiert wurde.²⁸² Unter der Rubrik Minderausgaben sind sowohl Einschnitte aufgelistet, die die Versicherten betreffen, wie auch Einsparungen, die bei den Leistungserbringern erzielt werden sollen. Während diejenigen Posten, die einen höheren finanziellen Beitrag der Versicherten verlangen, durchaus realistisch kalkuliert sind, müssen die als »Strukturreffekte« bezeichneten Einsparpotentiale bei den Leistungsanbietern als rein fiktive Größe gelten, deren Höhe sich vermutlich aus dem Anspruch auf soziale Symmetrie ergab. Damit werden auch die als Mindereinnahmen verbuchten Entlastungen der Beitragszahler durch die erwartete Senkung der Beiträge zur GKV fragwürdig. Die Leistungsverbesserungen nehmen sich demgegenüber bescheiden aus. Den größten Posten der Mehrausgaben bildet die Pflegeversicherung, die trotz der anvisierten Ausgaben von 5,1 Milliarden DM äußerst karg ausfällt. Ab 1989 wird für pflegebedürftige Personen von den Kassen eine Pflegekraft für höchstens 4 Wochen pro Jahr finanziert, deren Kosten einen Betrag von 1 800 DM nicht überschreiten darf. Ab 1991 werden dann bis zu 25 Stunden pro Mo-

281 Vgl. Der Gelbe Dienst - Nr. 1 - vom 1.1.1988, Hausverbot für Kassenangestellte.

282 Vgl. BMAS, Die Gesundheitsreform. Erneuerung des Gesundheitswesens in Stichworten, Bonn 1989.

nat finanziert bzw. eine Geldleistung zur Pflegefinanzierung in Höhe von 400 DM pro Monat bereitgestellt. Zu den Mehrausgaben zählen auch verschiedene präventive Leistungen, die neu in den Erstattungskatalog der GKV aufgenommen wurden und von nicht wenigen Kritikern lediglich als neue Einkommensquelle für Ärzte und Zahnärzte betrachtet werden. Die Mindereinnahmen beinhalten auch die »Neuabgrenzung des pflichtversicherten Personenkreises«. Die 190 Millionen DM sollen nicht allein aus dem Übertritt ehemals pflichtversicherter Arbeiter in die PKV erzielt werden, sondern vor allem durch die Begrenzung des preiswerten Studentenbeitrages zur GKV, der nunmehr nur noch bis zum 14. Semester bzw. bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres in Anspruch genommen werden kann. Von da ab ist der gut doppelt so hohe Mindestbeitrag zu entrichten.

b) Ordnungspolitischer Immobilismus und kein Ausweg?

Insgesamt kann festgehalten werden, daß der ordnungspolitische Gehalt des GRG zwar als gering zu veranschlagen ist, aber dennoch über alle anderen gesundheitspolitischen Maßnahmen der christlich-liberalen Koalition hinausreicht. Diese Bewertung basiert auf einer Bilanzierung der zahlreichen Einzelbestandteile des GRG und kann im einzelnen folgendermaßen begründet werden:

Zunächst können die Leistungsausgrenzungen und die Anhebung der Selbstbeteiligung als - wenn auch bescheidener - ordnungspolitischer Bruch eingestuft werden.²⁸³ Die Höhe der Belastungen, die den Versicherten durch das GRG entstanden, stellen dabei das entscheidende Bewertungskriterium dar. Auch wenn mit Hilfe vielfältiger Ausnahmeregelungen die Folgen für einkommensschwache Bevölkerungsschichten abgemildert wurden, so kumuliert sich doch insgesamt eine zusätzliche Belastung von mindestens 5 bis 6 Milliarden DM. Geht man realistischerweise davon aus, daß es zu keiner Senkung der Beitragssätze kommen wird und damit auch keine finanziellen Entlastungseffekte für die Versicherten eintreten, dann hat mit dem GRG eine Privatisierung des Versicherungsrisikos in bisher ungekanntem Ausmaß stattgefunden. Denn addiert man die neuen Belastungen mit dem für 1985 veranschlagten Umfang der Selbstbeteiligung von 5,6 Milliarden DM (siehe Tabelle 8.2) und legt man

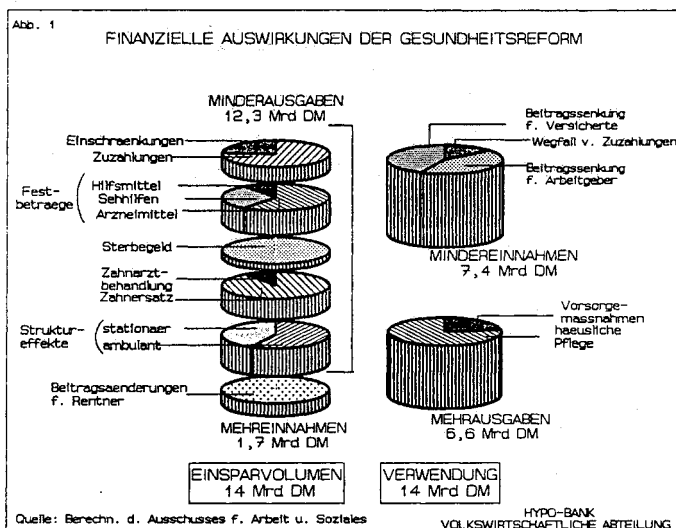
283 So etwa Hans-Ulrich Deppe u.a., *Strukturreform im Gesundheitswesen: Was bleibt vom »Jahrhundertwerk«?* in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 34 (1988).

Tabelle 8.4 Berechnungen der Bundesregierung über finanzielle Auswirkungen des Gesundheitsreform-Gesetzes

BERECHNUNGEN DER BUNDESREGIERUNG ÜBER DIE FINANZIELLEN AUSWIRKUNGEN DES GESUNDHEITREFORMGESETZES AUF VOLLUMMEN UND STRUKTUR DER EINKOMMEN UND AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG		in Mio DM
Tabelle	Einnahmen	in Mio DM
Ausgaben		
I. Minderausgaben	I. Mindereinnahmen	7.180
durch Leistungskürzungen:	durch Erleichterungen der Beitragszahler:	3.170
- Festbeträge bei Arzneimitteln	- Beitragsentlastungen für Versicherte	1.150
- Erhöhung der Zahlung bei Arzneimitteln ohne Festbetrag	- Neugestaltung der Härtefallregelungen	600
- Ausschluß wirtschaftlicher Arzneimittel	- Wegfall von Zuzahlungen bei	90
- Zuzahlung bei Heilmitteln von 10 %	Arzneimitteln (wenn dafür Festbeitrag gilt)	3.170
- Festbeträge für Brillen, Kontaktlinsen, Wegfall des Anspruchs	Brillen	
auf Brillen bei gleichbleibender Sehfähigkeit	- Beitragsentlastungen für Arbeitgeber	
- Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel	durch Einführung der Versicherungspflichtgrenze bei Arbeitern	190
- Festbeträge für Hilfsmittel	(Nettoeffekt)	
- Festbeträge für Hörgeräte		
- Ausschluß von Bagatellhilfsmitteln	II. Mehreinnahmen	
- Neugestaltung der Zahmersatzleistungen	durch Anpassung des Beitragsatzes der Rentner an die Höhe des	1.650
- Neugestaltung der kieferorthopädischen Leistungen	durchschnittlichen Beitragsatzes der GKV	
- Zuschußbeschränkung bei Badekuren		
- Einschränkungen bei den Fahrtkosten		
- Einschränkungen der Kostenübernahme im Ausland		
- Wegfall des Sterbegeldes (mit Übergangsregelung)		
- Kostenübernahme bei Arbeitsunfällen durch die Unfallversicherer		
- Erhöhung der Zahlung bei stationärer Behandlung		
- Struktureffekte durch verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfung		
im ambulanten Bereich		
2.100		
im stationären Bereich		
1.570		
II. Mehrausgaben		
durch neue Leistungen:		
- Zahnärztliche Gruppenprophylaxe		
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen		
- Zahnärztliche Versorgungsuntersuchungen		
- Neue Leistungen bei häuslicher Pflege		
- Bonus bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge		
- (Beitragsrückzahlung bei Nichtanspruchnahme von Leistungen)		
K. A.		
Saldo: Minderausgaben	Saldo: Mindereinnahmen	-5.720
+ 5.720		

Quelle: BT-Ausschuß für Arbeit und Soziales

Abbildung 8.1 *Finanzielle Auswirkungen der Gesundheitsreform*



Quelle: BT-Ausschuß für Arbeit und Soziales

für 1989 ein Ausgabevolumen der GKV von rund 130 Milliarden DM zugrunde, dann hätte sich der Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben der Kassen von 4,9 Prozent im Jahr 1985 auf rund 8,5 Prozent im Jahr 1989 erhöht. Aus drei Gründen ist es daher gerechtfertigt, hier von einer - zumindest partiellen - ordnungspolitischen Wende zu sprechen. Gemessen an der Erhöhung der Selbstbeteiligung in den vorangegangenen Jahren ist zum einen vom GRG ein beachtlicher Schub für die Ausweitung privater Risikoübernahme ausgelöst worden.²⁸⁴ Des Weiteren war damit beim Zahnersatz die Einführung des Kostenerstattungsprinzips verknüpft, dessen Nähe zu stärker marktgesteuerten Formen der Leistungsabwicklung unverkennbar ist. Schließlich wurde damit ein von kaum jemandem vorausgeahnter Wachstumsschub für die privaten Krankenversicherungsunternehmen ausgelöst, die schon kurz vor Inkrafttreten des

284 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 27.7.1989, Privatversicherung wächst.

GRG mit einem neuen Leistungspaket auf den Markt getreten waren, das sich explizit an Personen richtete, die die vom GRG geschaffenen Leistungslücken, insbesondere beim Zahnersatz, durch eine private Zusatzversicherung ausgleichen wollen. Zwar scheint sich hier eine ähnliche Entwicklung wie im britischen Fall anzubahnen, da mehrere Privatversicherer auf den neuen Mitgliederstrom mit Prämienanhebungen reagiert haben.²⁸⁵ Aber selbst wenn sich das Wachstum der PKV nur als zeitweiliger und von der Bundesregierung überdies nicht intendierter Ausfluß des GRG erweisen sollte, ist dem Umfang der Risikoprivatisierung eine ordnungspolitische Dimension nicht abzusprechen.

Den zweiten wichtigen Ansatzpunkt für eine ordnungspolitische Bewertung bilden die Festbeträge. Laut GRG hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Gruppen zu bilden für Arzneimittel mit (1) denselben Wirkstoffen, mit (2) pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen sowie für Präparate mit (3) pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung (§ 35 Abs. 1 SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dann einen einheitlichen Festbetrag zu bestimmen. Sollte sich die von der Bundesregierung sogar in den Gesetzestext aufgenommene Erwartung erfüllen, die Festbeträge würden »einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen« (§ 35 Abs. 5 SGB V), so wäre damit eine ordnungspolitische Weichenstellung für mehr Markt im Arzneimittelsektor verbunden. Nach anfänglich nahezu euphorischen Reaktionen aus den Koalitionsparteien hat sich mittlerweile eine gewisse Ernüchterung über den potentiellen Beitrag der Festbeträge zu mehr Wettbewerb eingestellt.²⁸⁶ Im GRG waren verschiedene Elemente des Festbetragkonzeptes entschärft worden. So beinhaltet das Gesetz nun ein Anhörungsrecht der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker, deren Stellungnahmen »in die Entscheidung einzubeziehen« (§ 35 Abs. 2 SGB V) sind. Auch die Möglichkeit einer Anfechtungsklage durch betroffene Hersteller wurde eingefügt (§ 92 Abs. 3 SGB V).

Neben derartigen Abstrichen spricht gegen eine durchschlagende Wirkung der Festbeträge zunächst die Tatsache, daß patentgeschützte Arzneimittel ausgenommen sind (§ 35 Abs. 1 SGB V) und damit kaum die Hälfte des gesamten Marktes erfaßt wird. Der (forschenden) Pharmaindustrie eröffnet sich zudem die Ausweichmöglichkeit einer Beschleunigung des

285 Vgl. Wirtschaftswoche, Nr. 30, vom 21.7.1989, Schaden für Senioren.

286 Vgl. Herbert Reichelt, Arzneimittel-Festbeträge, in: Die Ortskrankenkasse, 70 (1988).

Produktzyklus. Eine weitere Mutmaßung gegen die wettbewerbsfördernde Wirkung der Festbeträge besteht darin, daß die Generika-Hersteller ihre Preise den Festbeträgen angleichen, so daß das Preisniveau allgemein ansteigt. Auch läßt sich die These vertreten, daß die Preisbildung über Festbeträge einen Kompromiß zwischen Wettbewerb und Verhandlungen darstellt, da die Festbeträge nicht identisch sein sollen mit dem billigsten Generikum, sondern lediglich »an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten« (§ 35 Abs. 5 SGB V) sind. Dies läßt auch die Deutung zu, daß hier eine Art »garantiertes Mindesteinkommen« für die pharmazeutische Industrie geschaffen wurde, da unterhalb der Festbeträge keinerlei Anreiz mehr zum Preiswettbewerb besteht. Die vielfältigen Einwände gegen die wettbewerbsfördernde Wirkung der Festbeträge lassen gegenüber den anfänglichen Einschätzungen ihren ordnungspolitischen Stellenwert zwar als geringer erscheinen, aber selbst dann muß hier von einer Wettbewerbsverschärfung im Pharmasektor ausgegangen werden. Selbst die Ortskrankenkassen gehen von einem Einsparpotential von rund 1,6 Milliarden DM aus, das zulasten der pharmazeutischen Industrie gehen wird²⁸⁷ und die Frage aufwirft, wie diese klare Interessenverletzung politisch realisierbar wurde.

Die gängigen Urteile über das GRG verweisen auf den »Lobbyismus«²⁸⁸ der Leistungsanbieter, die mit Hilfe einer »lähmende(n) Mixtur aus Samaritersyndrom und Interessenklüngel«²⁸⁹ tiefgreifende Reformversuche abzuwehren vermochten, so daß am Ende nicht mehr als »symbolische Politik«²⁹⁰ zu verbuchen ist. Dies entspricht auch der von Nobert Blüm im Vorfeld des GRG formulierten Problemwahrnehmung, bei der Strukturreform handele es sich um eine »sozialpolitische Mutprobe« in einem »von Interessengruppen verminte(n) Feld«.²⁹¹ Bei näherer Betrachtung erweist sich die Lobbyismus-These jedoch nur von begrenzter Erklärungskraft. Insbesondere bei den Festbeträgen für Arzneimittel stellt sich - trotz aller Einwände gegen ihre wettbewerbsfördernde Wirkung - die Frage, warum die Industrie, der dieses Konzept ja immerhin als »Ver-

287 Ebd., S. 664.

288 Vgl. Webber, Norbert Blüms Gesundheitsreform, a.a.O.

289 DIE ZEIT - Nr. 10 - vom 5.3.1987, Ein chronisches Leiden. Bonn hat immer noch kein Konzept für die Reform des Gesundheitswesens.

290 Jost Bauch, Das Gesundheitsreformgesetz - Ein Paradigma symbolischer Politik, in: Medizin - Mensch - Gesellschaft, 14 (1989).

291 Medikament & Meinung vom 14.8.1987, »Mutprobe im verminten Feld des Gesundheitswesens«.

rat an der erfolgreichen Ordnungspolitik Ludwig Erhards«²⁹² erschien, ihre Position nicht durchsetzen konnte.

Eine plausible Erklärung bietet eine Analyse von Veränderungen der Netzwerkstruktur. Erstens gilt es zu bedenken, daß sich Macht und Einfluß der pharmazeutischen Industrie nicht allein aus ihrer gesamtwirtschaftlichen Bedeutung und der damit verbundenen Mobilisierungsfähigkeit von Politikern (und Gewerkschaften: siehe IG Chemie) speisen. Die pharmazeutische Industrie verfügt über zwei bedeutsame Kontaktflächen zum politischen System, trifft dabei aber auf unterschiedliche Interessenlagen. Während es - wie in Kapitel 8.2.3 ausgeführt - durchaus gerechtfertigt ist, beim BGA von einer Verwaltungskolonisierung zu sprechen, muß im Fall des BMAS bedacht werden, daß diese Verwaltung im Gegensatz zum BGA nicht nur massiven »cross-pressures« ausgesetzt ist, die auf der für das BMAS handlungsleitenden Kostendämpfungsfunktion sowie einer neuen Koalitionsbildung mit der Kassenseite beruhen, sondern im vorliegenden Fall auch aus dem Realisierungszwang eines für die christlich-liberale Koalition als zentral eingestuften Gesetzgebungsvorhabens resultierten. Eine Verwaltungskolonisierung dürfte angesichts der turbulenten Umgebung des BMAS und der fehlenden resource dependence zur Pharmaindustrie so gut wie ausgeschlossen werden können.

Zweitens wären die Festbeträge als Lösung wohl kaum in Frage gekommen, wenn sich seit Beginn der achtziger Jahre die Marktstruktur des Pharmasektors, also ein Element der governance-Struktur, nicht beträchtlich verändert hätte. Erst die Tatsache, daß der Marktanteil der Nachahmerfirmen an den Arzneimittelverordnungen der GKV zwischen 1981 und 1987 von 6,1 Prozent auf 17,2 Prozent emporgeschnellt war²⁹³, machte eine großflächige Substitution von Markenpräparaten technisch überhaupt möglich. Diese Verschiebung im Arzneimittelmarkt hat also eine neue strategische Option eröffnet.

Drittens schließlich kann die spezifische Ausgestaltung der Festbetragsregelung im GRG als Bestätigung der weiter vorn geäußerten Isomorphismus-Hypothese gesehen werden. Denn der Arzneimittelsektor ist noch immer von den vorherrschenden Steuerungsstrukturen und -regelungen der GKV ausgenommen. Bedenkt man, daß die Festbeträge mit einem Verhandlungselement versehen sind, dann ist es nicht abwegig, dies als Vorstufe zu direkten Preisverhandlungen mit der pharmazeutischen

292 Ärzte Zeitung vom 23.11.1987, Jung; Zwang nur als letzte Möglichkeit.

293 Vgl. Enquête-Kommission Strukturreform, a.a.O., S. 306.

Industrie zu verstehen, wie sie von den Kassen gefordert werden. Zwei Ministerialbeamte des BMAS haben die strategische Logik der Festbeträge in aller Deutlichkeit umrissen: »Die Zersplitterung der Verhandlungsmacht auf der GKV-Seite - vor allem durch das Privilegdenken der Ersatzkassen verursacht - war kurzsichtig und für die Beitragszahler folgenreich. (...) Das Festbetragskonzept zwingt die Nachfrageseite deshalb zu einer gemeinsamen Durchsetzung ihrer Interessen gegenüber der Pharmaindustrie . . .«²⁹⁴ Diese Äußerungen weisen deutlich in Richtung einer politisch gewollten Verhandlungslösung für den Arzneimittelbereich.

Vor dem Hintergrund des GRG erscheint es damit plausibel, für das gesundheitspolitische Netzwerk von einer »immanenten Entwicklungslogik« auszugehen, die sich freilich nicht urwüchsig oder durch eine »hidden hand« vollzieht, sondern auf der Selektivität der Netzwerkstrukturen für das im ambulanten Sektor bestehende Steuerungsmodell basiert. Der ambulante Sektor besitzt für die deutsche Gesundheitspolitik deshalb Modellcharakter, weil sich hier zuerst Kollektivverhandlungen zwischen öffentlich-rechtlichen Körperschaften herausgebildet und als funktional erfolgreich erwiesen haben. Es läßt sich nun argumentieren, daß dieser Bereich bereits sein evolutionäres »Reifestadium« erreicht hat und die quasi entwicklungslogische Folgerung, die auch die politischen Entscheidungsträger verinnerlicht haben, darin besteht, in einer Art nachholenden Modernisierung nun die anderen Sektoren diesem Modellfall anzugleichen. Wenn diese Hypothese zutrifft, dann müßten strukturelle Weichenstellungen im bundesdeutschen Gesundheitssektor tendenziell mit einer Zunahme kollektiver Verhandlungslösungen und der strukturellen Anpassung der Akteure an die Erfordernisse dieses Steuerungsmodells - also im Idealfalle die Übernahme des KV-Modells auch auf den Krankenhaus- und den Arzneimittelsektor - verbunden sein. Wie am KHNG oder den Festbeträgen abgelesen werden kann, ist eine isomorphistische Anpassungsbewegung zum Teil bereits Realität geworden. Für die Frage nach den ordnungspolitischen Handlungsmöglichkeiten bedeutet dies, daß Markt und Wettbewerb gegenüber dem Kollektivverhandlungsmodell kaum Chancen haben.

Das GRG, so läßt sich als Resümee festhalten, ist mit seinen zentralen Bestandteilen dem im Netzwerk institutionalisierten Entwicklungspfad gefolgt. Die »Stärkung des Versicherungsprinzips« vollzog sich abermals

294 Werner Schneider und Wolfgang Hartmann-Besche, Arzneimittelfestbeträge sollen den Preiswettbewerb stärken, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 4 (1989), S. 19.

über den am wenigsten sanktionsfähigen Akteur - die Versicherten. Der politikentlastende Vorrang der Selbstverwaltung findet sich wieder in der Aufwertung des BAK, dem außer der Zuständigkeit für die Festbeträge weitere »Richtlinien-Kompetenzen« zugewiesen wurden. Damit hat auch die Relevanz von Verhandlungen zwischen Verbänden zugenommen. Diese Form der systemkonformen Problembearbeitung produziert nun aber ein möglicherweise schwerwiegendes Steuerungsdilemma, da die begrenzte Reichweite von Gesetzen wie dem GRG den politischen Handlungsbedarf kaum verringert. Prekär ist dabei weniger die mangelnde Steuerungswirkung der Kostendämpfung, als vielmehr der Umstand, daß selbst geringfügige Reformen mit erheblichen Konfliktpotentialen belastet sind und die Gefahr eines weitgehenden Immobilismus droht. Da im GRG die konfliktrichtigsten Themen, wie die Ärzteschwemme oder Organisationsstruktur der GKV, zudem noch ausgeklammert blieben, gleichzeitig aber weiterer Handlungsbedarf in diesen Problemzonen besteht, stellt sich die Frage, auf welche Weise das Dilemma zwischen begrenzten Ressourcen und ebenfalls begrenzten Möglichkeiten der Externalisierung der Lasten gelöst werden kann. Hier soll nun abschließend ein denkbarer Ausweg aus diesem Steuerungsdilemma skizziert werden, der auch zeigt, daß der Entwicklungspfad der bundesdeutschen Gesundheitspolitik auch gangbare Lösungswege bereithält und nicht notwendigerweise im Stillstand enden muß.

Seit einigen Jahren wird in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik mit wachsender Intensität über »medizinische Orientierungsdaten«, »Gesundheitsberichterstattung« und »prioritäre Gesundheitsziele« debattiert. Den Ausgangspunkt dieser Diskussion bildete ein Passus im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977, der der KAG nicht nur die Entwicklung wirtschaftlicher, sondern auch medizinischer Orientierungsdaten zuwies (§ 405a Abs. 1 RVO). Insbesondere die KBV war schon frühzeitig darum bemüht, die medizinischen Orientierungsdaten als funktionales Äquivalent zur Grundlohnsumme in die Entscheidungsfindung der KAG zu integrieren, wohinter sich außer dem Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgung zweifellos auch das strategische Kalkülbarg, eine legitimierte Hemmschwelle für die Reichweite der Kostendämpfungspolitik zu etablieren. Lange Zeit bestand das zentrale Problem in der fehlenden Definition dessen, was unter medizinischen Orientierungsdaten zu verstehen sei und in welcher Form sie in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung einfließen sollten. Seitdem die Anbindung einzelner Ausgabenbereiche an die Grundlohnsumme in den Empfeh-

lungsvereinbarungen der KAG aufgegeben wurde und insbesondere dem BMAS die eingeschränkte Steuerungswirkung der Grundlohnsomme gegenüber dem stationären Sektor bewußt wurde, gewannen medizinische Daten als gesundheitspolitische Orientierungsmarke an Relevanz. Durch verschiedene Forschungsprojekte über die Erstellung prioritärer Gesundheitsziele²⁹⁵ und eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung²⁹⁶ hat die Bundesregierung zu einer spürbaren politischen Aufwertung von Gesundheitsdaten beigetragen. Hierbei handelt es sich vor allem um Daten über demographische Entwicklungen, Gesundheitsindikatoren, Angebotskapazitäten, Inanspruchnahmeverhalten, Finanzlage und Umfang des Versicherungsschutzes.²⁹⁷ »Die Bundesregierung erwartet aus der Erarbeitung derartiger Orientierungsdaten einen wichtigen Beitrag zur Bestimmung von Zielen und Prioritäten im Gesundheitswesen.«²⁹⁸

Oberflächlich betrachtet scheint das Interesse an Gesundheitsdaten mit dem »Ringeln um mehr Rationalität in der Gesundheitspolitik«²⁹⁹ oder dem »Informationsbedarf der Entscheidungsträger«³⁰⁰ plausibel begründet werden zu können. Die in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchende Mahnung, eine Gesundheitsberichterstattung müsse »ordnungspolitisch neutral«³⁰¹ sein, verweist allerdings auf einen anderen Hintergrund. Nicht nur staatliche Stellen, sondern auch andere Akteure versprechen sich offenkundig den scheinbar objektiven Datenkranz einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung für ihre Zwecke nutzen zu können. Nachdem sich die ökonomischen Orientierungsdaten politisch verschlissen haben, weisen die medizinischen Orientierungsdaten einen Ausweg, der den Erfordernissen des gesundheitspolitischen Netzwerkes nach einer verhandelbaren Entscheidungsgrundlage entspricht. Die Wei-

295 Vgl. Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten. Entscheidungsgrundlage für eine realistische Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 1987.

296 Vgl. Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung - Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag - Endbericht, Bd. I., Kiel 1989.

297 Vgl. Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1987, S. 24.

298 Vgl. Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1987, S. 24 f.

299 Deutsches Ärzteblatt vom 6.4.1989, Ringeln um mehr Rationalität in der Gesundheitspolitik.

300 Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, a.a.O., S. 46.

301 Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, a.a.O., S. 46; Sachverständigenrat, Jahresgutachten 1987, S. 26 f.

terentwicklung der Gesundheitsberichterstattung könnte dazu führen, daß nicht mehr direkt über Preise und Mengen verhandelt wird, sondern über medizinische Bedarfsschwerpunkte, für die dann ein - wiederum über Verhandlungen zu bestimmendes - Budget bereitgestellt wird. Damit kann die Problematik der Ressourcenverteilung konfliktreduzierend, politikentlastend, flexibel und mit begrenzten Gewinn- und Verlustrisiken bewältigt werden.

IV. Vergleich

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die Versuche von Parteien bzw. Regierungen, deren Programmatik als »neokonservativ« charakterisiert wurde, ordnungspolitische Reformen im Gesundheitssektor durchzusetzen. Dabei wurde davon ausgegangen, daß die Formulierung von strategischen Alternativen und die Bedingungen ihrer Durchsetzung abhängig sind von einer institutionellen »opportunity structure«, deren länderspezifische Ausprägung mit Hilfe des Konzeptes der Policy-Netzwerke erfaßt werden kann. Die materielle Politikanalyse aus Teil III bezog sich auf das jeweilige Land. In den nun folgenden beiden Kapiteln sollen die bisher gewonnenen Ergebnisse unter explizit vergleichenden Gesichtspunkten systematisch aufgearbeitet werden. In Kapitel 9 wird zunächst die Frage zu klären sein, in welchem Umfang die ordnungspolitische Wende durchgesetzt wurde. Das abschließende Kapitel 10 gilt dann den institutionellen Determinanten der jeweiligen Politikverläufe.

9. Ordnungspolitische Bewertung

Um aus einer vergleichenden Perspektive die Frage beantworten zu können, inwieweit die Gesundheitspolitik der Regierungen Thatcher, Reagan und der christlich-liberalen Koalition zu einer Realisierung ordnungspolitischer Veränderungen oder Brüche geführt hat, müssen die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, also zunächst die Differenzen im Anspruch an ordnungspolitische Veränderungen, und ihre Bedeutung für die hier verfolgte Fragestellung thematisiert werden. Daran anschließend ist eine kritische Diskussion des Bewertungsmaßstabes erforderlich, anhand dessen die Frage nach der ordnungspolitischen Wende beurteilt werden soll. Da es sich bei den untersuchten Policy-Netzwerken um Interaktionssysteme handelt, denen drei unterschiedliche Organisationsmodelle der Gesundheitsversorgung zugrunde liegen, sind die möglichen Meßkategorien für den Vollzug der Wende, wie der Grad der Privatisierung oder Deregulierung, auch unter jeweils länderspezifischem Gesichtspunkten zu beurteilen. Erst im Anschluß an diese Untersuchungsschritte kann eine abschließende ordnungspolitische Bewertung vorgenommen werden.

9.1 Politikverlauf und Reichweite des Strategiewechsels

Wie weiter unten noch näher auszuführen ist, finden Erklärungs- und Bewertungsversuche in der vorliegenden Arbeit unter weitgehendem Verzicht auf quantifizierende Methoden und Analyseverfahren statt. Um die Grundannahmen, die Variablenkonstruktion und die Ergebnisse transparent und nachvollziehbar zu gestalten, kommt ihrer Konfrontation mit Plausibilitätstests und alternativen Erklärungsansätzen eine nicht unerhebliche Bedeutung zu.

Ein wesentlicher Ausgangspunkt für die hier verfolgte Fragestellung bestand in der Annahme, daß die untersuchten Parteien einen - mehr oder minder intensiven, aber zumindest erkennbaren - Strategiewechsel vollzogen haben, den sie als Regierungspartei auch durchzusetzen versuchen. Wie am Beispiel der bundesdeutschen CDU gezeigt werden konnte, war die ordnungspolitisch ausgerichtete neokonservative Strömung innerparteilich aber allenfalls zeitweise dominant und verlor im Zeitverlauf dann weitgehend ihre Konturen, so daß sich die Frage aufdrängt, ob der deutsche Fall mit seiner »halben Wende«¹ als neokonservativ hätte eingestuft werden dürfen. Denn eine Beschränkung auf die ideologisch sehr viel konsequenter vollzogenen Kurswechsel durch die Regierungen Thatcher und Reagan könnte die »Verzerrungen« durch den »Ausreißer« Bundesrepublik verhindern. Da hier aber explizit von der Überlegung ausgegangen wird, daß die Fähigkeit, in ordnungspolitisch alternativen Kategorien zu denken, gerade ein Ergebnis netzwerkspezifischer Selektionsleistungen darstellt, ist es gerechtfertigt, die Unterschiede in der Intensität des politischen Strategiewechsels als Bestandteil der erklärungsbedürftigen Varianz zwischen den drei Fällen zu behandeln. Die Bundesrepublik ist daher im Sinne der Fragestellung nicht etwa »weniger brauchbar«, sondern hier wird zu klären sein, warum die Wende gemessen an Großbritannien und den USA bereits auf programmatischer Ebene von so begrenzter Reichweite war.

1 Vgl. Josef Schmid, Kontinuität und Wandel der CDU - Eine »halbe Wende« durch politische Fragmentierung? Ms. Konstanz 1987. Dieser Befund hat vielfältige und über einzelne Politikfelder hinausreichende Bestätigung gefunden. Vgl. zum Beispiel Manfred G. Schmidt, West Germany: The Policy of the Middle Way, in: Journal of Public Policy, 7 (1987); Helmut Weidner, Die Umweltpolitik der konservativ-liberalen Regierung im Zeitraum 1983 bis 1988: Versuch einer politikwissenschaftlichen Bewertung, FS II 89-304, Wissenschaftszentrum Berlin 1989.

Bei einer Betrachtung der Politikverläufe kann in allen drei Fällen zunächst eine ca. zweijährige Phase der Umsetzung programmatischer Vorgaben ausgemacht werden, der dann eine partielle strategische Umorientierung in den USA und in Großbritannien bzw. der Übergang zu einer reaktiven Politik ohne ordnungspolitischen Initiativdrang in der Bundesrepublik folgte. Während im britischen Fall der Rückzug auf systemkonforme Instrumente (zum Beispiel die *general manager*) aber auch weiterhin ordnungspolitisch genutzt werden konnte und die jüngste NHS-Reform eine Bestätigung für die Annahme darstellt, daß eine ordnungspolitische Zielsetzung verfolgt wurde, könnte hinsichtlich der beiden anderen Fälle eingewandt werden, daß die ideologische Konsistenz des Strategiewechsels überschätzt worden ist und nicht ordnungspolitische Zielsetzungen, sondern Faktoren wie politische Opportunität oder ökonomischer Problemdruck als handlungsleitend betrachtet werden müssen.

Der Erklärungsanspruch des institutionellen Ansatzes kann gegenüber diesen möglichen Einwänden durchaus bestehen. Zunächst ist zwar zu konzedieren, daß Regierungspolitik in aller Regel auf kurzfristige Erfolge angewiesen ist, und die Aufgabe ordnungspolitischer Gradlinigkeit zugunsten vorzeigbarer Resultate als intervenierende Variable des Politikverlaufs nie vollkommen ausgeschaltet werden kann. Allerdings spielen für den Politikverlauf auch Lernprozesse oder die Antizipation von - institutionell verankerten - Widerständen eine Rolle, so daß strategische Inkonsistenzen geradezu als Indikator für die Wirksamkeit institutioneller Variablen betrachtet werden können. Auch gegenüber dem Erklärungsansatz »ökonomischer Problemdruck« bieten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mehrere Belege für die Notwendigkeit einer institutionellen Erklärung. Daß von der Wahrnehmung ökonomischer Probleme Anstöße für politische Entscheidungsprozesse ausgehen, ist selbstverständlich. Allerdings darf daraus nicht geschlossen werden, daß die Existenz eines ökonomischen Problemdrucks auch die Bandbreite strategischer Wahlmöglichkeiten determiniert.

Am deutlichsten kann dies am britischen Fall illustriert werden, denn dort hat die Regierung Thatcher trotz des Ausbleibens einer Kostenexplosion im Gesundheitssektor mit der jüngsten NHS-Reform erhebliche politische Anstrengungen unternommen, die man - gerade eingedenk der damit verbundenen politischen Risiken - eigentlich erst in einer wirtschaftlichen Problemsituation erwarten dürfte. Umgekehrt hat im amerikanischen Fall die Zunahme des Problemdrucks in Form des Haushaltsdefizits

nicht verhindert, daß ein strategischer Umschwung zugunsten selektiver Leistungserweiterungen stattfand, die dem Staatshaushalt zusätzliche Kosten bescheren. Im deutschen Fall hätte schließlich das Gesundheitsreform-Gesetz, die Wirksamkeit der Problemdruck-Hypothese unterstellt, eigentlich sehr viel radikaler ausfallen müssen, da der durchschnittliche Beitragssatz - der politisch präferierte Indikator für die Belastung der Wirtschaft - seinen historischen Höhepunkt erreicht hatte. Diese Beispiele legen die These nahe, daß ökonomischer Problemdruck eher ein relatives Phänomen darstellt, dessen Wirksamkeit nicht absolut (zum Beispiel als Staatsverschuldung oder als Höhe der Abgabenbelastung) gemessen werden kann, sondern sich erst aus der Interpretation durch die Akteure ergibt, und daß diese Problemwahrnehmung geprägt ist von institutionellen bzw. netzwerkspezifischen Bedingungen.

Schließlich muß kurz auf eine Eigenheit des amerikanischen Falles eingegangen werden. Die Bewertung aus dem internationalen Vergleich hat die - zumindest relative - Konstanz der Rahmenbedingungen der Untersuchungseinheiten während des Beobachtungszeitraumes zur Voraussetzung. Hier taucht im Fall der USA das Problem auf, daß seit den Kongreßwahlen Ende 1986 die Demokratische Partei im Senat und im Abgeordnetenhaus über die Mehrheit der Sitze verfügt. Der Verlust der Stimmenmehrheit wäre für Großbritannien und die Bundesrepublik gleichbedeutend mit dem Abschluß des Untersuchungszeitraumes, da eine zentrale Voraussetzung für die Fragestellung entfallen wäre. Im amerikanischen Regierungs- und Parteiensystem kommt hingegen Begriffen wie »Mehrheit« oder »Regierung/Opposition« eine andere, weitaus weniger klare Bedeutung zu als in Europa, so daß der Mehrheitsverlust der Republikanischen Partei zwar als restriktive Größe zu berücksichtigen ist, aber die Frage nach der ordnungspolitischen Durchsetzungsfähigkeit der Reagan-Administration keineswegs hinfällig wird.

9.2 Ordnungspolitik als Bewertungsproblem

In Kapitel 1 wurde eine Definition des Begriffs »Ordnungspolitik« vorgenommen, die sich am Sprachgebrauch der »Wende« orientierte und als Bewertungskriterium einen Kontinuitätsbruch zur Politik der Vorgängerregierung zugrundelegte. Die im Verlauf der materiellen Politikanalyse an jeden Entscheidungsprozeß anschließende fallbezogene Bewertung bedarf

nun einer vergleichenden Zusammenfassung und Bilanzierung. Eine derartige Bewertung hat (1) das jeweilige Gewicht einzelner Maßnahmen für den gesamten Gesundheitssektor, (2) die abweichende Wahrnehmung und Einstufung der Strategiewechsel-Kriterien, (3) die unterschiedlichen Ausgangspunkte der drei Länder, (4) die länderspezifisch begrenzte Anwendungsfähigkeit des verwendeten Kategorienschemas und (5) die ordnungspolitische Ambivalenz einzelner Maßnahmen einzukalkulieren. Die Notwendigkeit zur Berücksichtigung dieser fünf Faktoren läßt sich im einzelnen wie folgt begründen.

Die hier verwendeten Strategiewechselkriterien, Deregulierung, Dezentralisierung, Ausgabenkürzungen (mit ordnungspolitischen Effekten), Privatisierung sowie die Einführung bzw. Stärkung des Wettbewerbs, besitzen aus der einzelstaatlichen Perspektive sehr unterschiedliche Bedeutungen, so daß davon ausgegangen werden muß, daß länderspezifisch geprägte Wahrnehmungen und Diskurse über Ordnungspolitik existieren. Zum Beispiel kann das bundesdeutsche Verständnis von Markt und Wettbewerb im Gesundheitssektor gegenüber den britischen und vor allem amerikanischen Begriffsdeutungen als ausgesprochen restringiert betrachtet werden. Während sich hierzulande die niedergelassenen Ärzte in zunehmend hartem Wettbewerb mit ihren Kollegen wännen², dürfte die bundesdeutsche Konstruktion der Kassenärztlichen Vereinigungen, ihres Versorgungsmonopols, das völlige Fehlen der Vertragsfreiheit in der GKV, die ständisch kontrollierten Wettbewerbsbeschränkungen und die Nicht-Anwendbarkeit kartellrechtlicher Normen auf den gesamten Gesundheitssektor (mit Ausnahme industrieller Produzenten) für den amerikanischen Betrachter vermutlich schon die Erwähnung des Begriffs Wettbewerb als vollkommen unangemessen erscheinen lassen. Wie sehr länderspezifische Diskussionskontexte eine Verschiebung von Bewertungskriterien bewirken können, läßt sich an einem Beispiel aus dem britischen Fall demonstrieren. Dort würde die Umstellung der NHS-Finanzierung von Steuern auf Versicherungsbeiträge als fundamentaler ordnungspolitischer Bruch wahrgenommen werden, während diese Maßnahme im bun-

2 Vgl. hierzu die empirischen Ergebnisse von Hanfried H. Andersen, Leistungsangebot, Versicherungsverhalten und Regulierung im Gesundheitswesen, Arztebefragung 88': Datenerhebung und Rücklaufanalyse, mimeo, Wissenschaftszentrum Berlin 1988; Hanfried H. Andersen und J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg, Konkurrenz und Kollegialität - Ärzte im Wettbewerb. Eine empirische Untersuchung, Berlin: edition sigma 1990.

desdeutschen Begriffsraster lediglich der ordnungspolitisch moderaten »Stärkung des Versicherungsprinzips« zurechenbar wäre.

Für die ordnungspolitische Bewertung unerlässlich ist auch die Berücksichtigung der unterschiedlich ausgeprägten staatlichen Interventionstiefe im Gesundheitssektor. In allen Typologien taucht das amerikanische Gesundheitssystem am »pluralistischen«, also von staatlichen Interventionen am wenigsten durchdrungenen Ende des Kontinuums auf, während der britische NHS zumeist das andere Extrem repräsentiert.³ Hier stellt sich nun die Frage, ob derart unterschiedliche Ausgangspunkte nicht auch völlig verschiedenartiger Bewertungskriterien bedürfen, die zum Beispiel berücksichtigen, daß ein ordnungspolitischer Umschwung in den USA sehr viel tiefgreifendere Abweichungen von bestehenden Strukturmustern zur Voraussetzung hat als in Großbritannien, wo schon geringe Einschnitte als ordnungspolitischer Erfolg gewertet werden müßten, da dort der Weg zu mehr Markt und Wettbewerb weiter und beschwerlicher ist als in den USA. Hier wird zwar gerade danach gefragt, welche Realisierungschancen eine in ihren Grundzügen kompatible Strategie in unterschiedlichen institutionellen Kontexten besitzt, aber dies enthebt die ordnungspolitische Bewertung natürlich nicht der Berücksichtigung des Interventionsgefälles zwischen den drei Ländern.

Auch die begrenzte Aussagekraft einzelner ordnungspolitischer Kategorien muß in Rechnung gestellt werden. In der bundesdeutschen Diskussion ist etwa die Kategorie »Privatisierung« auf den Gesundheitssektor so gut wie gar nicht angewandt worden;⁴ die Forderung nach Privatisierung (mit Ausnahme der Risikoprivatisierung durch Selbstbeteiligung) von Krankenhäusern oder Versicherungsträgern oder der Ausweitung der privaten Krankenversicherung darf als Randerscheinung gelten. Daß dieses Instrument keine Anwendung erfuhr, darf nun aber nicht umstandslos gleichgesetzt werden mit dem Ausbleiben der Wende, sondern es gilt lediglich, daß im deutschen Fall andere Strategiewechsel-Kriterien relevant sind. Des weiteren gilt es zu bedenken, daß Steuerungsinstrumente wie die DRGs eingesetzt wurden, deren ordnungspolitischer Stellenwert nicht nur in parteipolitischen Auseinandersetzungen, sondern auch in der Ge-

3 So zum Beispiel aus jüngster Zeit Julio Frenk und Avedis Donabedian, *State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables*, in: *Health Policy and Planning*, 2 (1987).

4 Vgl. den zusammenfassenden Überblick von Klaus König, *Entwicklung der Privatisierung in der Bundesrepublik Deutschland - Problem, Stand, Ausblick*, in: *Verwaltungs-Archiv*, 79 (1988).

sundheitsökonomie strittig ist, so daß dieses Instrument allenfalls als ordnungspolitisch ambivalent bezeichnet werden kann.

Schließlich stellt sich das Problem, daß nicht jede Maßnahme oder jeder Entwicklungsprozeß, der eine institutionelle Veränderung der Netzwerkstruktur bewirkt, auch gleichzeitig als ordnungspolitisches Resultat bewertet werden darf. Dies gilt zum Beispiel für die Griffiths-Reform in Großbritannien, die zwar die Netzwerkstruktur nachhaltig verändert hat, aber selbst keine ordnungspolitisch relevante Dimension besaß. Der instrumentelle Charakter der Reform war als Voraussetzung etwa für die Implementation der internen Märkte dann aber von erheblicher Bedeutung. Das bedeutet, daß - wenn beide Bewertungsebenen nicht zusammenfallen - analytisch eine Trennung zwischen Veränderungen des Policy-Netzwerkes und ordnungspolitischen Umbrüchen erfolgen muß.

Da in der Gesundheitsforschung in großem Umfang mit statistischen Daten gearbeitet wird, hätte es hier nahegelegen, eine quantitative Bewertung des ordnungspolitischen Strategiewechsels vorzunehmen. Eine Analyse der Gesundheitspolitik der drei Regierungen ließe sich - zum Beispiel auf der Basis von OECD-Daten - in ihren Effekten auf die Kostendämpfung, den »national effort« zur Krankheitsbewältigung und möglicherweise sogar hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung quantifizieren, aber hier wird ja nicht nach den erzielten Wirkungen gefragt, sondern nach der Durchsetzbarkeit einer bestimmten politischen Strategie, und diese Frage läßt sich quantitativ sehr viel schwerer erfassen.

Die vorhandenen Datenbestände, speziell der OECD⁵, erweisen sich vor allem aufgrund ihrer hohen Aggregation als wenig geeignet, um aus ihnen Aufschlüsse über ordnungspolitische Veränderungen zu gewinnen. Dies gilt zum Beispiel für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttosozialprodukt oder gemessen als Verhältnis zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben (vgl. Tabelle 9.1). Die vermeintliche Präzision bei der Erfassung des »public/private mix«, wie sie zum Beispiel von Robert Maxwell in seiner vielbeachteten Untersuchung »Health and Wealth«⁶ erzielt wird, läßt sich mit Hinweis auf die national unterschiedlichen Erhebungstechniken und Definitionen der beiden Sektoren »öffent-

5 Vgl. OECD, *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditures, Costs and Performance*, Paris: OECD 1985.

6 Vgl. Robert J. Maxwell, *Health and Wealth. An International Study of Health-Care Spending*, Lexington, MA: D.C. Heath 1981.

lich« und »privat«⁷ durchaus in Zweifel ziehen. Aggregatdaten über Ausgabenniveaus sind für den vorliegenden Zweck außerdem zu wenig trennscharf, um verlässliche Aussagen zu ermöglichen. Ein weiteres Problem, das sich nicht aus der Datenqualität, sondern aus den spezifischen Bedürfnissen der hier verfolgten Fragestellung ergibt, besteht im time lag der OECD-Daten von ca. drei Jahren, der es (jetzt noch) nicht erlaubt, Aussagen über die für den britischen und bundesdeutschen Fall erst kürzlich in die Wege geleiteten Reformen zu machen.

Tabelle 9.1 Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in OECD-Ländern 1960 - 1985

	Gesundheitsausgaben Insgesamt in %				Öffentliche Gesundheitsausgaben in %			
	1960	1975	1980	1985	1960	1975	1980	1985
Australien	4.6	5.7	6.6	6.8	2.4	3.6	4.1	4.9
Österreich	4.4	7.3	7.9	8.2	2.9	5.1	5.4	5.3
Belgien	3.4	5.8	6.6	7.1	2.1	4.6	5.3	5.5
Canada	5.5	7.3	7.4	8.4	2.4	5.6	5.5	6.4
Dänemark	3.6	6.5	6.8	6.1	3.2	5.9	5.8	5.2
Finnland	4.2	6.2	6.3	7.3	2.3	4.9	5.0	5.6
Frankreich	4.2	6.7	7.4	8.4	2.4	5.3	6.0	6.8
BR-Deutschland	4.7	7.8	7.9	8.2	3.2	6.3	6.3	6.4
Griechenland	2.9	4.0	4.2	4.2	1.7	2.5	3.6	4.1
Island	5.9	...	6.9	7.8	2.3	6.5	5.7	6.4
Irland	4.0	7.7	8.5	8.0	3.0	6.3	8.0	6.9
Italien	3.9	6.7	6.8	6.7	3.2	5.8	5.6	5.4
Japan	3.0	5.6	6.6	6.6	1.8	4.1	4.6	4.8
Niederlande	3.9	7.7	8.2	8.3	1.3	5.9	6.5	6.5
Neuseeland	4.4	6.4	7.2	5.5	3.6	5.3	6.0	4.4
Norwegen	3.3	6.7	6.6	6.4	2.6	6.4	6.5	6.2
Portugal	...	6.4	5.9	5.7	0.9	3.8	4.3	4.0
Spanien	2.3	5.1	5.9	6.0	1.2	3.6	4.3	4.3
Schweden	4.7	8.0	9.5	9.4	3.4	7.2	8.8	8.5
Schweiz	3.3	7.1	7.2	7.9	2.0	4.7	4.7	5.4
Großbritannien	3.9	5.5	5.8	6.1	3.3	5.0	5.2	5.2
USA	5.2	8.4	9.2	10.7	1.3	3.6	3.9	4.4
OECD Durchschnitt	4.0	6.8	7.1	7.3	2.4	5.1	5.5	5.6

Quelle: OECD, *The Future of Social Protection*, Paris: OECD 1988, S. 42

7 Vgl. für Überlegungen zur Qualität der OECD-Daten Jens Alber, *Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich*, Ms. Köln, S. 5 ff. (in gekürzter Fassung erschienen in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit, International und historisch vergleichende Analysen*, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) 1988.

Die Erhebung einzelstaatlicher Daten wäre bei der geringen Zahl von nur drei Fällen eine alternative Vorgehensweise, um zu aussagekräftigen Informationen zu gelangen. Aber auch hier ergeben sich gewisse Schwierigkeiten, die speziell aus der begrenzten Aussagekraft quantitativer Meßzahlen für alle drei Länder resultieren. Theoretisch könnten zum Beispiel aus dem Verhältnis zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern oder der Anzahl privatversicherter Personen die - jeweils gemessen zu verschiedenen Zeitpunkten - Anhaltspunkte über den Erfolg der Privatisierung, also eines wesentlichen Elements des ordnungspolitischen Strategiewechsels, abgeleitet werden. Aus dem amerikanischen Fall ging jedoch hervor, daß die Kommerzialisierung sowie die Ausdehnung eines konkurrenzorientierten Marktverhaltens im Krankenhaussektor durchaus nicht an den Eigentümerstatus gebunden ist. Dieser Einwand gilt auch für den NHS, da die Einführung der »internen Märkte« innerhalb eines staatlichen Organisationsgehäuses stattfindet, ordnungspolitische Veränderungen also auch ohne die Konversion von Eigentumsverhältnissen möglich sind. In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik schließlich war die Privatisierung von Krankenhäusern gar kein Element der strategischen Wende, so daß Verschiebungen - die im übrigen minimal sind - nicht als Indikator für den Vollzug der Wende herangezogen werden können. Von der staatlichen Gesundheitspolitik weitgehend unabhängige Veränderungen in der Eigentümerstruktur des Gesundheitssektors gab es zwar auch in den USA, aber dort war die Kommerzialisierung ausdrücklich gewollt.

Diese Beispiele mögen ausreichen, um die Problematik einer ordnungspolitischen Bilanzierung neokonservativer Gesundheitspolitik und die Notwendigkeit zur Berücksichtigung der oben genannten fünf Faktoren deutlich gemacht zu haben. Wenn also eine quantitative Bewertung der vorliegenden Fragestellung als nicht angemessen erscheint, bliebe als Alternative eine Art Bilanzierung, bei der die ordnungspolitische Relevanz der untersuchten Entscheidungsprozesse anhand einer einfachen Rangordnung kategorisiert wird. Dieses Verfahren bietet sich nicht zuletzt deshalb an, weil der Untersuchungsgegenstand ein hochkomplexes Politikfeld darstellt, bei dem sich die ordnungspolitischen Alternativen nicht auf einige wenige Optionen zuspitzen lassen. Vielmehr müssen im vorliegenden Fall rund 30 einzelne Entscheidungsprozesse in die Bewertung einfließen.

9.3 Neokonservative Gesundheitspolitik - eine ordnungspolitische Bilanz

Um nun eine Gesamtbilanzierung der drei Länder vornehmen zu können, sind in Tabelle 9.2 die wesentlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen und Entwicklungen zusammengefaßt und anhand einer vierstelligen Skala einer ordnungspolitischen Bewertung unterzogen. Im Fall Großbritanniens konnten die anfänglichen Initiativen der Regierung Thatcher zur Deregulierung und zur Stärkung des privaten Gesundheitssektors sowie zur Auflösung der Trennlinie zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor durch das contracting out ordnungspolitische Wirkungen erzielen, die einen mittleren Stellenwert beanspruchen können. Daß von den nachfolgenden Maßnahmen nur noch die Einführung der internen Märkte als (partieller) Vollzug des Strategiewechsels gewertet werden kann, ist insbesondere dem instrumentellen Charakter politischer Schritte wie der Hierarchisierung, der NHS-Reorganisation von 1982 oder der Griffiths-Reform zuzuschreiben, die zwar keine ordnungspolitischen Wirkungen erzielten, aber einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung des Zentralstaats bei der Politikdurchsetzung geleistet haben. In den USA sind es vor allem die Wettbewerbselemente bei Medicare und Medicaid, die Deregulierung der Gesundheitsplanung und der Qualitätskontrolle, die als ordnungspolitischer Umschwung gewertet werden können. Daß der Deregulierung des NCHCT nur ein geringer ordnungspolitischer Stellenwert beigemessen wird, hängt mit der sehr begrenzten Relevanz dieser Maßnahme für den gesamten Gesundheitssektor zusammen. Zwei ebenfalls ordnungspolitisch relevante Entwicklungen, die Aktivitäten der Arbeitgeber und die Expansion des medizinisch-industriellen Komplexes, können deshalb in der Bewertung nicht berücksichtigt werden, weil sie keine staatlichen Maßnahmen darstellen. Im bundesdeutschen Fall ist es außerordentlich schwer, überhaupt eine Maßnahme auszumachen, die den programmatischen Erfordernissen der Wende entspricht. Lediglich die Dezentralisierung der Krankenhausfinanzierung und Teile des GRG, vor allem die Ausweitung der Selbstbeteiligung und die Einführung der Kostenerstattung, deuten in diese Richtung.

Eine Addition der zugeordneten Skalenwerte zu einer Endsumme verbietet sich schon aufgrund der Komplexität der Bewertungskriterien. So wäre zum Beispiel eine quantitative Gewichtung der einzelnen Entscheidungsprozesse erforderlich, die meßtechnisch ebenso schwer zu bewältigen sein dürfte wie die Einordnung ambivalenter Maßnahmen oder die

Tabelle 9.2 Bilanz der untersuchten Entscheidungsprozesse

Jahr	Kurztitel	in Kap.	Inhalt	ordnungspolitische Bewertung
Großbritannien				
1980	Health Services Act	6.2.2	Deregulierung des HSB	1-2
1980-88	NHS-Budget	6.2.1	Ausgabenbegrenzung	0
1981	Care in Action	6.2.3	Stärkung d. Management/Dezentralis.	1
1981-83	Contracting Out	6.2.2	Privatisierung von Serviceleistungen	1-2
1982	Patients First	6.2.3	Reorganisation des NHS	0
1983	Performance Indicators	6.3.1	Stärkung des DHSS	0
1983	Griffiths-Report	6.3.2	Einführung der General Manager	0
1984	HSS Act	6.3.4	Verwaltungsreform für FPCs	0
1985	Limited List	6.3.5	Regulierung des Arzneimittelangebots	0
1986	Primary Health Care	6.4.1	Finanzielle Anreize für GPs/Effizienz	0
1987	Promoting Better Health	6.4.1	Honoraranreize/Selbstbeteiligung/ Stärkung des FPC-Managements	0
1989	NHS-Review	6.4.2	Stärkung des Managements/ Einführung interner Märkte	2
USA				
1981-88	Medicare/Medicaid-Budget	7.2.1	Ausgabeneinsparungen/Selbstbeteiligung/ Wettbewerb durch "competitive bidding"	2
1981	National Center (OBRA)	7.2.3	Deregulierung des NCHCT	2
1981	New Federalism (OBRA)	7.2.2	Dezentralisierung und Ausgaben- kürzungen durch Block Grants	1
1982-86	Nat. Health Planning Act	7.2.3	Deregulierung der Gesundheitsplanung	2
1982	Peer Review Impr. Act	7.2.3	Deregulierung/ Privatisierung d. PRSÖs	2
1980-88	Wachstum des Medizini- sch-Indust. Komplexes	7.3.1	Kommerzialisierung und Wettbewerbsverschärfung	
1980-88	Kostendämpfung durch Arbeitgeber	7.3.2	Kosteneinsparungen und Konkurrenzverschärfung	
1983	DRGs	7.4.1	Prospektiver Pflegesatz	1
1984	DEFRA	7.4.3	Honorarstop für Ärzte/Selbstbeteiligung	0
1985	COBRA (PPRC)	7.4.3	Kommission für Gebührenordnung	0
1988	Medicare Catastrophic Coverage Act	7.4.4	Leistungserweiterung für Medicare	0
Bundesrepublik				
1982/83	Haushaltsbegleitgesetz	8.2.1	Erhöhung der Selbstbeteiligung	0-1
1984	Krankenhaus- Neuordnungsgesetz	8.2.2	Dezentralisierung der Krankenhausfinanzierung/Verhandlungen	1
1985	BfIV	8.2.2	Pflegesatzreform	0
1985	Großgeräte-Richtlinien	8.3.1	Angebotsregulierung für Medizintechnik	0
1986	AMG-Novelle	8.3.2	Konkurrenzschutz für Arzneimittel	0
1986	Preisvergleichsliste	8.3.2	Erhöhung der Markttransparenz	0
1986	Kassenärztliche Bedarfsplanung	8.3.3	Steuerung der Niederlassung	0
1988	Gesundheitsreform- Gesetz	8.4.2	Selbstbeteiligung/Leistungsausgrenzung/ Pflegeversicherung/Festbeträge	1

Ordnungspolitischer Stellenwert: 3 = stark; 2 = mittel; 1 = gering; 0 = ohne ordnungspolitische Auswirkungen.

Tatsache, daß der endgültige ordnungspolitische Effekt bei wichtigen Maßnahmen, wie der NHS-Review, noch gar nicht abschließend beurteilt werden kann. Vor allem soll Tabelle 9.2 eine Lese- und Interpretationshilfe bieten und nicht als Grundlage einer quantitativen Gewichtung einzelner Entscheidungsprozesse fungieren, die letztlich die Leistungsfähigkeit dieser Zusammenstellung hoffnungslos überstrapazieren würde. Nach wie vor ist nur eine Bewertung möglich, die sich auf Plausibilitätskriterien gründet. Diese Vorgehensweise mag für diejenigen, denen die »quantitative Überprüfbarkeit« von Hypothesen gegenüber »intuitive(r) Evidenz«⁸ als das überlegene methodische Verfahren gilt, nur als wenig ertragreich erscheinen. Jedoch sollte einsichtig geworden sein, daß quantifizierende Beurteilungsverfahren, die eine eindeutige Variablenkonstruktion voraussetzen, hier schon aus technischen Gründen ausscheiden.⁹

Die in Kapitel 1 formulierte Frage, in welchem Umfang es den Regierungen Thatcher, Reagan und der christlich-liberalen Koalition gelungen ist, die Wende im Gesundheitssektor durchzusetzen, kann folgendermaßen beantwortet werden. Die weitgehendsten ordnungspolitischen Veränderungen sind im amerikanischen Fall zu beobachten, während in der Bundesrepublik die Wende im Gesundheitssektor die geringsten ordnungspolitischen Spuren hinterließ. Großbritannien ist in der Mitte zwischen diesen beiden Fällen anzusiedeln.

Diese Bewertung bedarf an mehreren Stellen einer präzisierenden Ergänzung. Im amerikanischen Fall wurde deutlich, daß staatliche, also parteipolitisch angeleitete Politik nur eine Teilerklärung für den ordnungspolitischen »Erfolg« des Strategiewechsels unter Reagan bietet. Diese Tatsache macht die Betrachtung der USA unter der Fragestellung eines parteipolitisch intendierten Strategiewechsels jedoch nicht hinfällig. Denn die Gesundheitspolitik der Reagan-Administration hat ja durchaus ordnungspolitische Wirkungen erzielt, auch wenn sie die Varianz im Vergleich zu Großbritannien und der Bundesrepublik nur partiell zu erklären vermag. Daher liegt es nahe, die Zweifel an der Vergleichbarkeit des amerikanischen Falles nicht als Einwand, sondern als Bestandteil des Ergebnisses zu werten, nämlich daß der ordnungspolitische Strategiewechsel auch auf Erschütterungen der ökonomischen Anreizstruktur basieren kann, zu deren

8 Erich Weede, Demokratie, Verteilungskonkordien und Stagnation. Antwort auf Gerhard Lehmbuch, in: Politische Vierteljahresschrift, 27 (1986), S. 422.

9 Zu diesem Problem siehe Charles Lockart, Explaining Social Policy Differences among Advanced Industrial Societies, in: Comparative Politics, 16 (1984).

Veränderung staatliche Interventionen kaum einen Beitrag geleistet haben. Schließlich ist zu bedenken, daß die ökonomische Transformation wiederum ein politisches »feedback« auslöste, da die negativen Folgekosten der Kommerzialisierung einen strategischen Umschwung hin zu größerer staatlicher Verantwortung in der Gesundheitsversorgung bewirkten, hier also eine Umkehr zwischen abhängiger und unabhängiger Variable beobachtet werden kann. Die notwendige Konsequenz aus diesen Überlegungen besteht darin, die USA im Sinne der Fragestellung nicht auszuklammern, jedoch ihren Sonderstatus - als Folge der nur partiell gültigen Kausalverbindung zwischen staatlicher Politik und ordnungspolitischer Umstrukturierung - als Relativierung der oben vorgenommenen Einstufung zu bewerten. Die Feststellung, daß der Vollzug der ordnungspolitischen Wende in den USA die tiefgreifendsten strukturellen Veränderungen hervorrief, muß daher stets mit der Einschränkung versehen werden, daß dieses Resultat nur teilweise als Ausfluß der »Reagan Revolution« verstanden werden darf.

Die größte Plausibilität kann die Einordnung des bundesdeutschen Falles beanspruchen, wengleich die Bewertung »Scheitern der Wende« hierzulande wohl kaum unwidersprochen bleiben dürfte. Denn unter dem kritischen Sammelbegriff »Sozialabbau« wird auf die vielfältigen sozialpolitischen Verschlechterungen unter der christlich-liberalen Koalition hingewiesen, womit die Auffassung begründet wird, daß die gesundheits- und sozialpolitische Wende in vollem Gange sei. Die im Zuge dieser Diskussion erfolgten Bewertungen können aber insofern nicht als Einwand gegen die oben vorgenommene Beurteilung in Anspruch genommen werden, als die hier verwendeten Strategiewechsel-Kriterien nicht die Verschiebung sozialer Lasten, sondern die ordnungspolitisch relevanten Strukturveränderungen im Gesundheitssektor zum Gegenstand haben. Schließlich sollte die Wende auch an ihrem eigenen Anspruch gemessen werden. Dann nämlich macht es wenig Sinn, bereits vom Vollzug der gesundheitspolitischen Wende auszugehen, wenn die von der sozialliberalen Koalition betriebene Kostendämpfungs- und Sparpolitik fortgeführt wird. Denn die neue Regierung war ja nicht bloß mit dem Ziel einer Systemstabilisierung auf niedrigerem Niveau angetreten, sondern mit dem Anspruch auf ordnungspolitische Weichenstellungen in Richtung mehr Markt und weniger Staat.

Eingedenk der nur begrenzten Relevanz staatlicher Politik im amerikanischen Fall muß auch die Frage erörtert werden, ob die gesundheitspo-

litische Wende in Großbritannien nicht höher eingestuft werden müßte als in den USA. Die Begründung für diesen Einwand könnte einmal auf die Ausgangsposition eines hohen staatlichen Interventionsniveaus abheben, demzufolge im britischen Fall schon geringfügige ordnungspolitische Verschiebungen - aufgrund der größeren »Marktferne« - als relevant im hier definierten Sinne gewertet werden müßten. Zum anderen könnte der Politikverlauf in Großbritannien die These herausfordern, daß Markt und Wettbewerb auch ohne Beseitigung etablierter Organisationsstrukturen implementiert werden können, der NHS mithin nur noch als »alter Schlauch« existiert, der aber mit »neuem Wein« gefüllt wurde.

Wenn die Intensität der ordnungspolitischen Veränderungen im britischen Fall hier in der Mitte zwischen der Bundesrepublik und den USA angesiedelt wird, so basiert diese Einordnung im wesentlichen auf zwei Maßstäben. Erstens ist der Umfang der (Risiko)Privatisierung und Deregulierung sowie die Begrenzung der Ausgabenzuwächse im NHS deutlich geringer ausgefallen als die entsprechenden Schritte in den USA. Zweitens ist im britischen Fall, im Unterschied zu den USA, ein hohes Maß an struktureller Kontinuität zu beobachten, die über die Aufrechterhaltung einer institutionellen »Fassade« weit hinausreicht. Zwar signalisiert der Begriff »interne Märkte« auf semantischer Ebene den Vollzug der Wende, in der Praxis wird diese Form von Markt, wenn nicht ohnehin noch ordnungspolitische Abstriche vorgenommen werden, in Form komplexer Aushandlungsprozesse stattfinden, in denen Parameter wie Angebot und Nachfrage vielfältige bürokratische und professionelle Filter zu durchlaufen haben, so daß die NHS-Version einer »culture of buying and selling« nicht annähernd mit amerikanischen Verhältnissen gleichgesetzt werden kann. Es bleibt an dieser Stelle festzuhalten, daß trotz der Abstriche, die am einzig »erfolgreichen« Fall der USA vorgenommen werden müssen, die Umsetzung der programmatischen Zielperspektive »mehr Markt und weniger Staat« in den drei untersuchten Fällen genügend Varianz hervorgebracht hat, um eine fruchtbare Diskussion politisch-institutioneller Variablen und Netzwerkstrukturen zu ermöglichen.

10. Institutionelle Arrangements und die Selektivität von Policy-Netzwerken im Gesundheitssektor

Die Argumentation dieses letzten Abschnitts reflektiert die komplexe Natur von Kausalzusammenhängen, wie sie im Rahmen des hier verwendeten Analyserasters entstehen. Policy-Netzwerke und ihre institutionelle Fundierung spielen als Determinanten des Politikverlaufs nämlich eine zweifache Rolle. Zum einen wirken sie als relativ konstante Rahmenbedingungen politischen Handelns. Zum anderen sind es gerade die Veränderungen der Netzwerkstrukturen, die über längere Zeiträume hinweg die Selektivität verändern und neue Handlungschancen eröffnen. Dies wiederum bedeutet, daß Policy-Netzwerke auch zum Gegenstand politischer Handlungsstrategien werden können. Diesem Umstand wird hier Rechnung getragen, indem in Kapitel 10.1 zunächst noch einmal die wichtigsten institutionellen Konstanten Staat, organisierte Interessen und ihre Verflechtungen mit staatlichen Akteuren, Parteien, ökonomischen Steuerungsstrukturen und »institutionalisierten« Ideologien unter dem Aspekt ihrer relativen Bedeutung für die drei Länder vergleichend erörtert werden. In Kapitel 10.2 erfolgt dann die »Dynamisierung« der Analyse, bei der es darum gehen soll, die Rolle von Stabilität bzw. Veränderung der Netzwerkstrukturen für die Durchsetzbarkeit der ordnungspolitischen Wende herauszuarbeiten.

10.1 Institutionelle Rahmenbedingungen im Vergleich

- (1) Staat: Wie die mittlerweile florierende Diskussion um »Bringing the State Back In«¹ signalisiert, eröffnet diese Variable breiten Spielraum für die Konstruktion von Erklärungsmodellen für Politikverläufe und -resultate. Gerade für den vorliegenden Zusammenhang, bei dem die »state capacity« eine wesentliche Voraussetzung für die Überwindung etablierter Verteilungskonkordien und der Einführung von »mehr Markt« darstellt, sind institutionelle Merkmale der Staatsorganisation für den Politikprozeß von großer Bedeutung. Grundsätzlich kann die staatliche Handlungsfähigkeit entlang folgender institutioneller

¹ Vgl. Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer und Theda Skocpol (Hrsg.), *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press 1985; Gabriel A. Almond, Eric A. Nordlinger, Theodore J. Lowi und Sergio Fabbrini, Symposium: *The Return to the State*, in: *American Political Science Review*, 82 (1988).

Eigenheiten bestimmt werden: erstens der Merkmale des allgemeinen Staatsaufbaus und der Regierungsorganisation, zweitens der Steuerungsinstrumente, die der jeweiligen Regierung speziell in der Gesundheitspolitik zur Verfügung stehen, drittens der Verwaltungsorganisation und ihrer Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Politikdurchsetzung und viertens der Position des Staates gegenüber dem Interaktionsgegenstand, also dem gesundheitspolitischen Netzwerk (vgl. Kapitel 10.2).

Einer der grundlegenden Unterschiede zwischen den drei Ländern ist im föderalen Staatsaufbau der Bundesrepublik und der USA zu sehen, dem im britischen Fall ein unitarischer Zentralstaat gegenübersteht. So hat in der Gesundheitspolitik der Regierung Thatcher die Fähigkeit, Widerstände an der Peripherie durch den Einsatz zentraler Machtmittel auszuhebeln, eine wichtige Rolle gespielt. Insbesondere ist hierbei an die Subordination lokaler wie professioneller Sonderinteressen zu denken. In der Bundesrepublik hat demgegenüber der föderale Staatsaufbau eine fast ausschließlich restriktive Wirkung auf die gesundheitspolitische Durchsetzungsfähigkeit der christlich-liberalen Koalition ausgeübt. Die USA nehmen diesbezüglich eine eher ambivalente Position ein. Zwar haben die Bundesstaaten durch ihren Widerstand die »New Federalism«-Initiative der Reagan-Administration zum Stillstand gebracht, da die Bundesverwaltung aber - anders als in der Bundesrepublik - über einen eigenen Verwaltungsunterbau verfügt und die Einzelstaaten im politischen Entscheidungsprozeß keine Veto-Position besitzen, die auch nur annähernd dem Bundesrat entspräche, hat sich der föderale Staatsaufbau der USA nur bedingt als restriktive Größe erwiesen.

Auch hinsichtlich der Regierungsorganisation bestehen signifikante Differenzen, die aus einsichtigen Gründen hier nur ansatzweise gestreift werden können. Die Fähigkeit des Regierungschefs, »political leadership« zu entfalten, ist durch mehrere Faktoren geprägt. Im Vergleich der hier behandelten Länder dürften kaum Zweifel darüber aufkommen, daß die Summe der institutionalisierten (innenpolitischen) Handlungsmöglichkeiten des britischen Premierministers über die des Präsidenten und des Bundeskanzlers hinausreichen.² Der britische Premier braucht sich, anders als sein amerikanischer Kollege,

² Siehe hierzu allgemein Richard Rose und Ezra N. Suleiman (Hrsg.), *Presidents and Prime Ministers*, Washington, DC: AEI 1980.

über parlamentarische Mehrheiten kaum Gedanken zu machen. Die straffe und nur relativ selten von Hinterbänklerrevolten durchbrochene Fraktionsdisziplin stellt eine wesentliche Handlungsressource dar, die durch die hervorgehobene Position des Regierungschefs im Kabinett, den zentralisierten Aufbau britischer Parteien und den - infolge des Mehrheitswahlsystems - fehlenden Zwang zur Rücksichtnahme auf Koalitionspartner zusätzlich akzentuiert wird. Zwar neigen britische Politikwissenschaftler dazu, eher die Restriktionen der politischen Führung hervorzuheben³, aber Margaret Thatcher hat überzeugend die nahezu autoritären Potentiale verdeutlicht, die das britische Regierungssystem in sich birgt.

Demgegenüber ist das bundesdeutsche Regierungssystem von einer Vielzahl moderierender und Kompromißlösungen fördernder Strukturen und Regelungen durchsetzt.⁴ Bereits die Position des Bundeskanzlers ist um einiges schwächer als die des Premierministers. Die grundgesetzliche Verankerung des Kabinetts- und des Ressortprinzips (Art. 65 GG) kann nur in wenigen Ausnahmefällen durch die Richtlinienkompetenz des Kanzlers überspielt werden. Es überwiegt der Zwang zu Kompromißlösungen. Der gänzlich andere Status des Kabinetts kommt unter anderem dadurch zum Ausdruck, daß in Großbritannien das »cabinet reshuffle« selbst bei häufiger Anwendung als typisches Recht der Regierungschefs gilt, während hierzulande Kabinettsumbildungen leicht in den Ruch geraten, Befreiungsschläge eines politisch in die Enge getriebenen Kanzlers zu sein. Zwar kann sich die Bundesregierung ebenfalls auf eine straffe Fraktions- und Parteidisziplin verlassen, aber das Überwiegen von Koalitionsregierungen erzeugt dafür auf einer anderen Ebene wiederum Aushandlungs- und Kompromißzwänge und kann als eine wesentliche Komponente der »Politik des mittleren Weges«⁵ gelten, die für die Bundesrepublik mittlerweile eine Art Markenzeichen geworden zu sein scheint. Es ist daher kein Zufall, daß unter der christlich-liberalen Regierung Koalitionsausschüsse, die per definitionem Organe des über Parteigrenzen

-
- 3 Vgl. Richard Rose, *British Government: The Job at the Top*, in: Richard Rose und Ezra N. Suleiman (Hrsg.), *Presidents and Prime Ministers*, Washington, DC: AEI 1980.
 - 4 Vgl. Renate Mayntz, *Executive Leadership in Germany: Dispersion of Power or »Kanzlerdemokratie«?*, in: Richard Rose und Ezra N. Suleiman (Hrsg.), *Presidents and Prime Ministers*, Washington, DC: AEI 1980.
 - 5 Vgl. Manfred G. Schmidt, *West Germany: The Policy of the Middle Way*, in: *Journal of Public Policy*, 7 (1987), S. 167 ff.

hinausreichenden Interessenausgleichs und der Konsensbildung darstellen, als wesentliches Element der Entscheidungsvorbereitung fungieren⁶, während im britischen Fall das Instrument der Kabinettsausschüsse vorherrscht, die eher einer Zentralisierung und Isolierung der Entscheidungsvorbereitung dienen.

Der amerikanische Präsident ist, zumindest was das Kabinett angeht, formal sogar in einer noch stärkeren Position als der Premierminister. Denn das US-Kabinett verdient diese Bezeichnung kaum, dort finden weder Abstimmungsprozesse statt noch werden politische Weichen gestellt. Die Kabinettsmitglieder sind eher Berater des Präsidenten und müssen zudem mit einer hochgradig fragmentierten und partiell autonomen Ministerialbürokratie umgehen, in der sich bis in den heutigen Tag charakteristische Unterschiede zum europäischen Verwaltungsmodell erhalten haben. Der Zugriff des Präsidenten auf den Verwaltungsapparat der Exekutive kann zwar auf die Hebel der Budgetpolitik und der Ämterpatronage zurückgreifen, aber nicht nur die »unabhängigen« Regulierungskommissionen, sondern auch die Ministerialverwaltung, die vielfältige Implementationsaufgaben zu bewältigen hat, haben sich gegenüber politischen Initiativen aus dem Weißen Haus immer wieder als äußerst sperrig erwiesen, so daß der Präsident als Chef der Exekutive nur bedingt über diese verfügen kann. Die aber entscheidende und nie dauerhaft ausschaltbare Problematik präsidialer Führung besteht im Zwang, für jede politische Initiative erneut eine Mehrheit im Kongreß hinter sich versammeln zu müssen. Peter Lösche hat diese Restriktion für eine dauerhafte politische Führungsfähigkeit kürzlich auf die zutreffende Formel vom »Koalitionsbildungsstaat« gebracht. Damit ist nicht gesagt, daß die Regierungsform der »separate institutions, sharing powers« nur inkrementale Politik erlaubt, also prinzipiell ordnungspolitische Umbrüche behindert. Spielräume für eine radikale Politik können sich vor allem in politischen Umbruchphasen ergeben⁷, halten aber selbst dann nur über kurze Zeiträume an, wie die ersten 100 Tage unter F.D. Roosevelt oder die erste Phase der Reagan-Präsidentschaft gezeigt haben. Bezogen auf grundlegende Organisationsmerkmale des Regierungssystems läßt sich festhalten, daß die politischen Führungsspitzen in den

6 Vgl. zu den Koalitionsausschüssen der sozialliberalen Koalition Mayntz, *Executive Leadership in Germany*, a.a.O., S. 159.

7 Vgl. Stephen Skowronek, *Notes on the Presidency in the Political Order*, in: *Studies in American Political Development*, 1 (1987).

USA und der Bundesrepublik über geringere Handlungsfreiräume und -kapazitäten verfügen als in Großbritannien.

Bei den staatlichen Steuerungsinstrumenten müssen vor allem zwei wichtige Differenzen hervorgehoben werden. Charakteristisch für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik ist der Umstand, daß der Staatshaushalt (des Bundes) als Steuerungsinstrument kaum eingesetzt werden kann. Der historisch verankerte parafiskalische Status der Krankenkassen und die Dominanz der Länder bei den Krankenhausinvestitionen erschweren dem Bund intervenierende Eingriffe erheblich. Wenn auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung Einfluß genommen werden soll, so muß dies in Form einer gesetzlichen Regelung geschehen, die den Leistungsumfang, das Recht zur Inanspruchnahme, die Höhe der Selbstbeteiligung o.ä. zum Gegenstand hat. Anders als in Großbritannien und den USA, wo die öffentlichen Gesundheitsausgaben direkte Bestandteile des Staatshaushaltes sind und sich im Zuge der jährlichen Budgetfestsetzungen steuern lassen, können in der Bundesrepublik die Ausgaben der GKV nicht unter dem Schutzschild eines Haushaltsgesetzes festgelegt werden, wo andere einflußreiche Interessen und fiskalische trade-offs das normative Gewicht von Gesundheitsausgaben mindern. Die GKV-Ausgaben, die einen wesentlichen Bestandteil der Gesamtausgaben für Gesundheit bilden, treten hierzulande also nicht in direkte Konkurrenz zu anderen Ausgabeposten des Staatshaushaltes. Allenfalls wäre an die Berücksichtigung der GKV-Beiträge zur gesamten Abgabenbelastung zu denken, die den fiskalischen oder auch rentenpolitischen Spielraum einschränkt. Zwar hat der einstmalige Status der Sozialversicherung »als weitgehend autarke, von den volkswirtschaftlichen Prozessen versicherungsmathematisch abgeschottete einzelwirtschaftliche Veranstaltung«⁸ mit hoher »eigentumsrechtlicher Dignität«, die »einer Beeinträchtigung durch politische Entscheidungen«⁹ weitgehend entzogen ist, erheblich gelitten, etwa durch Lastenverschiebungen zwischen einzelnen Versicherungszweigen. Aber nach wie vor läßt sich die Sozialversicherung nur mittelbar und sehr begrenzt für die Sanierung der Staatsfinanzen funktionalisieren. Die besondere Konstruktion einer dezentralen und mit Finanzhoheit ausgestatteten Selbstverwaltung hat daher das Instrument der Budgetsteuerung für

8 Hans Günter Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S. 224.

9 Ebd., S. 227.

den Gesundheitssektor der Bundesrepublik weitgehend ausgeschaltet. In Großbritannien und in besonderem Maße in den USA können die Gesundheitsausgaben hingegen als budgetpolitische Manövriermasse genutzt werden, zu deren Steuerung sich dann auch haushaltspolitische Instrumente wie die cash limits oder die reconciliation procedure heranziehen lassen.

Der zweite wichtige Unterschied besteht in der Mobilisierbarkeit von internen Verwaltungsanordnungen als politischem Steuerungsinstrument. Die Regierung Thatcher konnte hierbei in großem Umfang auf jene Handlungsressourcen zurückgreifen, die sich aus der »delegated« bzw. »secondary legislation« ergeben, also dem »ermächtigungs«artigen Charakter der britischen Gesetzgebungstechnik, die der Exekutive beträchtliche Handlungsspielräume bei der Gesetzesimplementierung gewährt. Mit Hilfe der circulars des Gesundheitsministeriums war die Regierung in der Lage, auch umstrittene Maßnahmen ohne parlamentarische Abstimmungen in die Realität umzusetzen. Hier sei nur an die Einführung der general manager erinnert, zu der zwar auch eine Anhörung vor dem Unterhaus stattfand, die aber - wie andere Konsultationsverfahren auch - lediglich akklamatorischen Charakter besaß. Eine wesentliche Rolle hat dabei auch der hierarchisch-zentralisierte Aufbau des NHS gespielt, der den verwaltungsinternen Zugriff auf die Gesundheitsversorgung überhaupt erst ermöglicht. Während das britische Gesundheitsministerium auf die Ämterbesetzung im NHS Einfluß nehmen kann, wäre demgegenüber im bundesdeutschen Fall wohl schon die Vorstellung absurd, die Regierung könnte den Versuch unternehmen, die Geschäftsführer zum Beispiel der Ortskrankenkassen durch Manager aus der Privatwirtschaft zu ersetzen. Nicht nur, daß einem derartigen Vorhaben grundlegende Prinzipien der Selbstverwaltung (Wahl sämtlicher Organe, Personalhoheit) entgegenstünden, auch ermangelt es der Bundesregierung aufgrund föderaler Kompetenzverteilungen und dem weitgehenden Fehlen einer durchgehenden Bundesverwaltung einem direkten Zugriffsrecht auf den Gesundheitssektor. Nur in wenigen Ausnahmefällen kann das BMAS durch den Erlass von Richtlinien (§ 94 SGB V) nicht-legislative Steuerungsformen zum Einsatz bringen. In den USA spielen die »executive orders« eine geringere Rolle als die circulars in Großbritannien, bedingt durch das konkurrenzartige Verhältnis zum Kongreß, der zunehmend weniger bereit ist, die alleinige Kontrolle der Exeku-

tive über die Verwaltung anzuerkennen.¹⁰ Immerhin erwies sich dieses Steuerungsinstrument im Fall der Stärkung des Office of Management and Budget (OMB) gegenüber den Regulierungsbehörden als bedeutsam. In Großbritannien wird hingegen die Rechenschaftspflicht des zuständigen Ministers gegenüber dem Parlament als ausreichend empfunden, um eine demokratische Kontrolle der delegated legislation zu gewährleisten.¹¹ Die Möglichkeit durch verwaltungsinterne Anordnungen politische Reformen in Szene zu setzen, ist also sowohl in Großbritannien wie - mit gewissen Abstrichen - auch in den USA stärker ausgeprägt als in der Bundesrepublik.

Als drittes Merkmal der Variable Staat sticht aus dem Vergleich die ausgeprägte Verwaltungssegmentierung¹² in den USA hervor, die in den beiden anderen Ländern keine Entsprechung findet. Ob die Fragmentierung der Washingtoner Verwaltung als staatliche Handlungsressource oder aber als Restriktion zu werten ist, läßt sich nicht generell beantworten. Allgemein wird man vermutlich zu der These neigen, daß eine fragmentierte Verwaltung eher zu einer Schwächung staatlicher Steuerungskapazitäten beiträgt¹³, weil sie Koordinationsprobleme aufwirft und leichter durch externe Interessen kolonisierbar ist. Vor allem in historischer Perspektive hat sich die Fragmentierung der US-Gesundheits- und Sozialverwaltung im eben beschriebenen Sinne als Hemmschuh für den Versuch erwiesen, eine universelle und nicht nur gruppenspezifisch ausgelegte Krankenversicherung einzuführen. Andererseits kann Verwaltungssegmentierung auch zum Zweck der administrativen Kompetenzerhöhung durch Spezialisierung stattfinden, was wiederum mehr für die Stärkung staatlicher Handlungsfähigkeit sprechen würde.

Der ambivalente Charakter der Verwaltungssegmentierung kann als Beispiel dafür gewertet werden, daß sich die Wirkungen institutioneller Arrangements erst aus der Konfrontation mit einer bestimmten

10 Vgl. Michael Assimow, *Delegated Legislation: United States and United Kingdom*, in: *Oxford Legal Studies*, 3 (1983), S. 259 ff.

11 Ebd., S. 274.

12 Vgl. Gerhard Lehbruch, *Administrative Interessenvermittlung*, in: Adrienne Windhoff-Héritier (Hrsg.), *Verwaltung und ihre Umwelt*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1987, S. 13.

13 Vgl. Dietrich Rueschemeyer und Peter B. Evans, *The State and Economic Transformation: Toward an Analysis of the Conditions Underlying Effective Intervention*, in: Peter B. Evans, Dietrich Rueschemeyer und Theda Skocpol (Hrsg.), *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press 1985, S. 55 ff.

Strategie ablesen läßt. Für die Deregulierungsstrategie der Reagan-Administration erwies sich die Fragmentierung der Bundesverwaltung mehrfach als hilfreich, weil die verwaltungsinternen Kompetenzkonflikte und die - von einer organisatorischen Isolierung herrührende - Unfähigkeit, bürokratischen Flankenschutz zu mobilisieren, die für die Regulierung zuständigen Behörden(segmente) politisch angreifbar werden ließ, zum Beispiel das National Center for Health Care Technology. Hier ist aber zu bedenken, daß sich dort, wo die Deregulierung erfolgreich war, zuvor jene vertikal-klientelistischen Verflechtungen, die für eine Verwaltungssegmentierung typisch sind und stabilisierende Wirkungen besitzen, gelockert hatten. In der britischen und bundesdeutschen Gesundheitspolitik spielte dieses staatliche Organisationsmerkmal nur im Verhältnis zur pharmazeutischen Industrie eine Rolle. Während im deutschen Fall die administrative Kompetenzteilung zwischen Arzneimittelzulassung bzw. -kontrolle einerseits und die Steuerung der Arzneimittelkosten andererseits die Einflußfähigkeit industrieller Interessen unterstützt, hat in Großbritannien die umfassende Zentralisierung der Zuständigkeiten im Gesundheitsministerium eine Stärkung staatlicher Handlungsfähigkeit bewirkt.

- (2) Organisierte Interessen und Verflechtungsstrukturen: Bei einem Vergleich der Systeme organisierter Interessen im Gesundheitssektor fallen zuerst die Unterschiede zwischen der Bundesrepublik und den USA ins Auge. Während das Policy-Netzwerk hierzulande beherrscht wird von einer relativ kleinen Anzahl öffentlich-rechtlicher Spitzenverbände mit Repräsentationsmonopol, ist das amerikanische Verbändesystem von einer Vielzahl stark spezialisierter Organisationen gekennzeichnet, bei denen nur noch wenige Vertretungsmonopole anzutreffen sind. In Großbritannien ist die Anzahl gesundheitspolitisch relevanter Verbände zwar etwas größer als in der Bundesrepublik, aber auch dort verfügen die großen Interessengruppen über relativ unangefochtene Vertretungsmonopole. Allerdings kann im britischen Fall der Zugang zum politischen Entscheidungsprozeß stärker von staatlicher Seite gesteuert werden. Die in der britischen Politikwissenschaft mittlerweile gängige Kategorisierung von Interessengruppen in »insider« und »outsider«¹⁴ macht auf einen Grad an staatlicher Selektion

14 Vgl. Richard Rose, *Politics in England. Persistence and Change*, London: Faber & Faber 1986, S. 263; A. Grant Jordan und Jeremy J. Richardson, *British Politics and the Policy Process. An Arena Approach*, London: Allen & Unwin 1987, S. 189.

tionsfähigkeit gegenüber gesellschaftlichen Interessen aufmerksam, wie er in der Bundesrepublik und den USA nicht festgestellt werden kann. Im amerikanischen Fall spielt diese Unterteilung allerdings auch eine geringere Rolle, weil der »access« zum politischen Entscheidungsprozeß vorwiegend über den Kongreß bzw. einzelne Kongreßabgeordnete stattfindet, also einen Bereich, auf den Präsident und Exekutive nur sehr begrenzt einwirken können.

Entsprechend lassen sich die dominierenden Formen der Interessenvermittlung und die damit zusammenhängenden Verflechtungsstrukturen zwischen staatlichen und privaten Akteuren charakterisieren. Der britische Fall wird durch den Modus hierarchische Konsultation beherrscht, das heißt, Interessengruppen werden zwar in aller Regel angehört, aber über ihren insider/outsider-Status wird staatlicherseits befunden. Dies entspricht sowohl dem hierarchisch-zentralistischen Staatsaufbau wie auch dem analog konstruierten NHS. In den USA herrscht hingegen im Gesundheitssektor das pluralistische Lobbying vor, das durch immer neu entstehende ad hoc-Koalitionen und das Fehlen organisierter Kontaktflächen zwischen Staat und Verbänden gekennzeichnet ist. Zwar bestehen noch immer eine Reihe von »sub-governments« mit starken vertikalen Verflechtungen, aber selbst diese weitgehend stabilen Beziehungsnetzwerke können heute durch die größere personelle Fluktuation der Ausschußvorsitzenden mitunter relativ schnell ausgehebelt werden. »Erbhöfe«, wie sie in früheren Jahrzehnten die Regel waren, sind heute deutlich seltener zu finden. Der bundesdeutsche Gesundheitssektor läßt sich am besten als System korporatistischer Konzertierung¹⁵ von Interessen beschreiben, bei der miteinander in Verteilungskonflikten stehende Verbände in einen staatlich organisierten Steuerungsverbund mit gesamtwirtschaftlichen Zielen integriert sind. In diesem Steuerungsverbund, der über ein hohes Maß an Verflechtungsintensität und struktureller Stabilität verfügt, treten die Akteure auf der Basis von Verhandlungen zueinander in Kontakt, wobei auch die staatliche Seite weitgehend auf den Einsatz von Autoritätsreserven zugunsten von Kompromissen, politischen Tausch- und Kompensationsgeschäften sowie »moral suasion« verzichten muß. In allen drei Ländern ist der Staat bei der Informationsbeschaffung und der Politikimplementation in mehr oder minder

15 Vgl. Gerhard Lehbruch, Concertation and the Structure of Corporatist Networks, in: John H. Goldthorpe (Hrsg.), Order and Conflict in Contemporary Capitalism, Oxford: Clarendon Press 1984, S. 62 f.

großem Umfang auf die Mitwirkung organisierter Interessen angewiesen. Aber diese »resource dependence« besitzt in der Bundesrepublik die eindeutig größte politische Relevanz, da Verbände nicht nur als »pressure groups« in Erscheinung treten, sondern teilweise auch als »Vollzugsträger«, die diese Funktionen teils auf hoheitlicher Basis erfüllen.

- (3) Parteien: Parteien bzw. Parteiensysteme haben als institutionelle Variable in der vorliegenden Fragestellung in zweifacher Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt: zum einen als Träger und Vermittlungsinstanzen der ideologischen Wende, zum anderen als Regierungspartei, die nach ordnungspolitischen Veränderungen strebt. Dem institutionellen Ansatz folgend wurde insbesondere nach den organisatorischen Bedingungen gefragt, die die Fähigkeit einer Partei zur Formulierung eines ordnungspolitischen Alternativprogramms bestimmen. Daß diese Fragestellung nur sehr bedingt auch auf den amerikanischen Fall Anwendung finden kann, ist mehrfach zur Sprache gekommen. Die erklärungsträchtigen Differenzen finden sich vor allem zwischen der britischen Conservative Party und der bundesdeutschen CDU. Gegenüber der Rolle als Oppositionspartei nimmt die Relevanz der Parteiorganisation für die Politikformulierung naturgemäß ab, wenn die Partei an der Regierung beteiligt ist, da hier die Anzahl der beteiligten Akteure weitaus höher liegt, andere institutionelle Rahmenbedingungen herrschen und daher spezifische Regeln der Entscheidungsfindung gelten. Für die Bundesrepublik gilt dies in noch stärkerem Maße als für Großbritannien, was aus der Parteistruktur heraus erklärbar ist. Der hierarchische Aufbau der britischen Conservative Party, die geringe Relevanz dezentraler Parteigliederungen für die Willensbildung und Programmentwicklung erlauben dem Parteiführer - unabhängig vom Regierungs-/Oppositionsstatus - eine dominierende Rolle in der Politikformulierung. Allerdings haben die gering entwickelten Organisationskapazitäten des Parteiapparats und ein Mangel an mobilisierbarer radikaler Expertise die Entwicklung eines ordnungspolitischen Kontrastprogrammes für den Gesundheitssektor bis in die jüngste Zeit behindert. Ein gänzlich anderes Bild bietet die CDU, die größte der drei Parteien in der christlich-liberalen Koalition. Es handelt sich um eine organisatorisch komplexe Partei mit einer ausgeprägt polyzentristischen Machtverteilung, die im Verlauf der siebziger Jahre eine beachtliche Kapazität zur Programmformulierung entwickeln konnte. Bedingt durch die Existenz von ideologisch heterogenen

innerparteilichen Gruppierungen, die vielfältigen Außenkontakte und Verflechtungen ihrer Vorfeldorganisationen mit gesellschaftlichen Interessen sowie die historisch begründete, positive Identifikation mit den Prinzipien der »klassischen Sozialversicherung« hielt sich die programmatische Radikalisierung in der Gesundheitspolitik allerdings deutlich in Grenzen. Im Gegensatz dazu hatte sich in den USA die Alternative »Marktreform« schon vor dem Wahlsieg Ronald Reagans als parteiübergreifender und geradezu hegemonialer Diskurs etablieren können. Abseits jeglicher Form von Partei- oder Fraktionsdisziplin konnten einzelne (auch demokratische) Abgeordnete direkt auf gesundheitsökonomische Modellvorstellungen zurückgreifen und in Gesetzentwürfe einbauen. In der Bundesrepublik - und in geringerem Umfang auch in Großbritannien - steht davor die Parteiorganisation als Filterinstanz, die sowohl gesellschaftlichen Forderungen wie auch alternativen Politikoptionen sozusagen »ihren Stempel aufdrückt«.

- (4) Governance: Politikstrategische Interessen können in beachtlichem Umfang auf die Existenz bestimmter ökonomischer Anreizstrukturen zurückgeführt werden. Diese als »governance« bezeichneten sektoralen Steuerungsmechanismen fungieren als Referenzpunkte für die Akteure, die eine Abwägung von Kosten und Risiken bestimmter Strategien und eine daran anschließende rationale »strategic choice«¹⁶ erlauben. Für den vorliegenden Zusammenhang ist die ökonomische Steuerungsstruktur besonders unter dem Gesichtspunkt von Interesse, inwiefern die strategische Option »mehr Markt« für einen oder mehrere Akteure so attraktiv werden kann, daß daraus entsprechende politische Forderungen abgeleitet werden. In nennenswertem Umfang war diese Situation nur in den USA gegeben, und selbst dort blieb die Forderung nach mehr Markt zumeist sehr selektiv, so etwa im Fall der Krankenhausindustrie, die für eine Deregulierung der Gesundheitsplanung eintrat, oder der Arbeitgeber, die ein Interesse an der Privatisierung der PSROs äußerten. Es muß aber auch daran erinnert werden, daß die Antitrust-Aktivitäten der FTC zu einer Stärkung von Konkurrenzmechanismen im Gesundheitssektor beitrugen und damit die Marktsteuerung als ideologischen Referenzpunkt für die

16 Vgl. John Child, *Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice*, in: *Sociology*, 6 (1982), und Helmut Wiesenthal, *Rational Choice*. Ein Überblick über Grundlinien, Theoriefelder und neuere Themenakquisition eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas, in: *Zeitschrift für Soziologie*, 16 (1987).

Gesundheitspolitik gestärkt haben. Für die beiden anderen Fälle kann festgehalten werden, daß die Akteure keine besondere Präferenz für marktförmige Steuerungsmechanismen entwickelt haben. Sie definieren ihre Eigeninteressen unter starker Bezugnahme auf den institutionellen Kontext, wobei außer mikroökonomischen Risikoabwägungen auch kollektive Lernprozesse und die Existenz stabiler Beziehungsmuster eine Rolle spielen. Im Vergleich zum sehr viel kleineren privaten Gesundheitssektor Großbritanniens weist der private Markt für Gesundheitsdienstleistungen in der Bundesrepublik, zu dem beispielsweise auch alle niedergelassenen Kassenärzte zu rechnen sind, kaum eine größere Expansionsneigung auf. Für die Regierungen beider Länder ergaben sich aus den Institutionen des privaten Marktes heraus mithin kaum Ansatzpunkte für eine ordnungspolitische Wende.

- (5) Reflexionsebene: Politische Strategien und Optionen besitzen in aller Regel eine länderspezifische Prägung, mitunter kann sogar in einem Land ein bestimmter Modus der Problemlösung als selbstverständlich gelten, der andernorts »undenkbar« wäre. Die Anwendbarkeit politischer Strategien ist also nicht nur abhängig von institutionellen Bedingungen, sondern wird auch von ideologischen »Leitbildern« und »belief systems« bestimmt. David Converse hat letzteren Begriff definiert als »a configuration of ideas and attitudes in which the elements are bound together by some form of constraint or functional interdependence.«¹⁷ Kollektive Wertmaßstäbe und Interpretationsregeln existieren natürlich nicht losgelöst vom institutionellen Kontext, sondern in symbiotischer Beziehung zu diesen. Denn Institutionen sind geschaffen worden als Resultat dominanter Ideen und zur Durchsetzung der damit verbundenen Wert- und Zielvorstellungen.¹⁸

In der Sozialpolitik, mit ihren stark normativen Bezügen, wird man in besonderem Maße eine handlungsleitende Wirkung von belief systems für die Akteure erwarten dürfen. In der Bundesrepublik und Großbritannien bestehen mit der selbstverwalteten GKV und dem staatlichen NHS zwei Organisationsgebilde im Gesundheitssektor, die in hohem Maße Träger und Gegenstand normativer Wertungen und sozialpolitischer Leitbilder sind. Der NHS gilt nicht nur als zentrale Säule des britischen Wohlfahrtsstaatsmodells, der mehr als andere In-

17 Zitiert nach Judith Goldstein, *Ideas, Institutions, and American Trade Policy*, in: *International Organization*, 42 (1988), S. 182.

18 Ebd., S. 181 f.

stitutionen der Sozialpolitik Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit und Gleichheit symbolisiert, sondern im NHS ist auch eigenständige Organisationskultur entstanden. Auch in der Bundesrepublik besitzt die GKV einen schwer anfechtbaren Status als Modellfall einer historisch erfolgreichen und für die Sozialintegration bedeutsamen Errungenschaft. Dem amerikanischen Policy-Netzwerk ermangelt es hingegen an einem institutionellen Kern, der als Träger eines sektoralen belief systems fungieren könnte. Dort herrschen fragmentierte und klientelbezogene Gesundheits»programme« vor¹⁹, die nur soviel politische Unterstützung mobilisieren können wie sie Nutznießer haben. Dementsprechend variiert auch die Fähigkeit zur Thematisierung marktorientierter Reformvorschläge. Am weitgehendsten konnte dies in den USA mit einem Gesundheitssektor gelingen, der eine starke Nähe zur »Marktkultur« anderer Wirtschaftszweige aufweist. In Großbritannien und der Bundesrepublik bestehen hingegen strategische Referenzpunkte (»welfare state«, »Selbstverwaltung«), die sich nur schwer umgehen lassen und der »Denkbarkeit« eines markt- und konkurrenzgesteuerten Gesundheitssektors Grenzen setzen.

10.2 Netzwerkstrukturen zwischen Stabilität und Veränderung

Eine der zentralen Grundannahmen dieser Untersuchung besteht darin, daß im Falle einer mangelnden goodness-of-fit-Relation zwischen Marktstrategie und Netzwerkstrukturen die Realisierung der Wende ein gewisses Maß an Veränderung, Modifikation oder Destabilisierung eines Policy-Netzwerkes zur Voraussetzung hat. Genau genommen ist diese Annahme schon in der Problemstellung beinhaltet, denn die neokonservative Programmatik impliziert notwendigerweise das Streben nach Strukturbrüchen. Da nun die institutionelle Perspektive davon ausgeht, »... that something persists over time and that change is not instantaneous and costless,«²⁰ hat die anschließende Diskussion nicht nur zu berücksichtigen, welche »strategic opportunities« bzw. »constraints« sich aus den konstanten Charakteristika des jeweiligen Netzwerkes ergeben, sondern auch, welche Veränderungen in der Struktur der Policy-Netzwerke die strategi-

19 Vgl. H. Brinton Milward und Ronald A. Francesco, *Subsystem Politics and Corporatism in the United States*, in: *Policy and Politics*, 11 (1983).

20 Stephen D. Krasner, *Sovereignty. An Institutional Perspective*, in: *Comparative Political Studies*, 21 (1988), S. 73.

sche Selektivität determiniert haben. Als »Wegweiser« durch die nachfolgende Argumentation kann Tabelle 10.1 herangezogen werden, in der jene Modifikationen der Netzwerkstruktur zusammengefaßt sind, die seit Beginn des Untersuchungszeitraums (vgl. Tabelle 4.4) festgestellt werden können.

Tabelle 10.1 Veränderungen der Policy-Netzwerke Ende der achtziger Jahre

	Großbritannien	USA	Bundesrepublik
Struktur	Zunahme der Hierarchisierung	Zunahme der Fragmentierung	Zunahme der Politikverflechtung
Akteure	General Management als neuer Akteur, dadurch Koalition zwischen Zentrum und Peripherie	zahlreiche neue Akteure, insb. Arbeitgeber und kommerzielle Anbieter, instabile Koalitionen	Kaum neue Akteure, moderate Verschiebungen von Koalitionen
Governance	Stärkung der Effizienzorientierung, interne Märkte als neues Verteilungsinstrument	tiefgreifender Umbruch durch Kommerzialisierung, Ausweitung der Marktsteuerung	Ausdehnung von Kollektivverhandlungen, geringfügige Stärkung des privaten Sektors
Handlungsmuster	neuer Politikstil, Konsultationsprinzip wird übergangen, kein Klientelismus mehr zwischen BMA und DoH	Schwächung von organisierten Interessen, parlamentarischer und bürokratischer Aktivismus	keine signifikanten Veränderungen
Selektivität	erhöhte Chancen für die Einführung interner Marktmechanismen	wechselnde Handlungschancen, nach Deregulierung Rückkehr zu staatlicher Regulierung	keine signifikanten Veränderungen

Die Netzwerkanalyse ist innerhalb der Sozialwissenschaften seit längerer Zeit als Subdisziplin etabliert, die auch über ein spezielles methodisches Instrumentarium von teilweise erheblicher Finesse verfügt. Die Netzwerkanalyse bedient sich häufig quantitativer Techniken der Graphen- und Clusteranalyse oder der Bestimmung von Zentralitäts- und Dichtemaßen, die Aufschlüsse über Machtstrukturen und resource dependencies erlauben.²¹ Zumeist werden quantitative Untersuchungsmethoden auf einfach

21 Siehe zum Beispiel Berry Wellman, *Network Analysis: Some Basic Principles*, in: Randall Collins (Hrsg.), *Sociological Theory* 1983, San Francisco: Jossey-Bass 1983; Steven K. Paulson, *A Paradigm for the Analysis of Interorganizational Networks*, in: *Social Networks*, 7 (1985), und als empirische Anwendung Volker Schneider, *Tauschnetzwerke in der Politikentwicklung*, in: *Journal für Sozialforschung*, 26 (1986).

strukturierte Netzwerke angewandt, während bei komplexen Beziehungsnetzwerken qualitative Analysen vorherrschen.²² Vergegenwärtigt man sich des Aufwandes, den quantitative Netzwerkanalysen bei komplexen Fällen selbst für beschränkte Zeiträume oder einzelne Entscheidungssituationen erfordern²³, dann wird einleuchten, daß für die vorliegende Untersuchung, die nicht nur drei Länder, sondern auch rund 30 Fallstudien mit teilweise wechselnden Akteurskonstellationen umfaßt, der Einsatz quantitativer Meßtechniken kaum möglich gewesen wäre.

10.2.1 Strukturmerkmale der gesundheitspolitischen Netzwerke

Die Struktur eines Netzwerkes zerfällt in folgende Dimensionen: den inneren Aufbau, der den Grad der Zentralisierung, der Segmentierung und der Subsystembildung umfaßt, die Verflechtungsintensität und den Grad der Systemintegration. Betrachtet man den Aufbau der drei Policy-Netzwerke, dann fällt zuerst die große Übereinstimmung mit vorherrschenden Organisationsmustern des politischen Systems bzw. des Staatsaufbaus ins Auge. Der NHS weist eine zentralisierte und hierarchisch gesteuerte Gliederung auf, die dem britischen Staatsaufbau entspricht. Auch das gesundheitspolitische Netzwerk in den USA erscheint mit seiner ausgeprägten Fragmentierung, der organisatorischen Vielfalt und Heterogenität als getreues Abbild jenes institutionellen »patchwork«²⁴, als welches der amerikanische Staat charakterisiert wird. Eine nicht minder große Koinzidenz besteht zwischen dem dezentralen und durch Politikverflechtung beherrschten gesundheitspolitischen Netzwerk und dem »semi-sovereign state«²⁵ der Bundesrepublik. Diese Beobachtung läßt sich mit wechselsei-

22 Vgl. Howard Aldrich und David A. Whetton, Organization-sets, Action-sets and Networks: Making the most of Simplicity, in: Paul C. Nystrom und William H. Starbuck (Hrsg.), Handbook of Organizational Design, Bd. I, Oxford: Oxford University Press 1981, S. 400.

23 Dies zeigt zum Beispiel die Untersuchung von Edward O. Laumann und David Knoke, The Organizational State. Social Choice in National Policy Domains, Madison: University of Wisconsin Press 1987.

24 Vgl. Stephen Skowronek, Building a New American State, Cambridge: Cambridge University Press 1982, S. 37 ff.

25 Vgl. zu diesem Begriff Peter J. Katzenstein, Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semi-sovereign State, Philadelphia: Temple University Press 1987, S. 87.

tigen Anpassungsvorgängen zwischen staatlicher Verwaltung und privaten Akteuren begründen.

Für Großbritannien und die USA sind diese Netzwerkcharakteristika, und ihre teilweise politisch betriebene Zuspitzung, als Voraussetzungen für die staatliche Fähigkeit zur Autonomisierung von gesellschaftlichen Interessen gedeutet worden: »For Thatcher, the increased concentration of state power (...) has provided the opening for expanded independence. For Reagan, on the contrary, the state's very institutional fragmentation and irresolution (...) have provided him with the leverage to secure an unusual insulation from the pressure of interests.«²⁶ Das Argument ist einleuchtend; sowohl Fragmentierung als auch Zentralisierung eröffnen politische Handlungsspielräume und Optionen. Während die Regierung Thatcher gegenüber den nachgeordneten Verwaltungseinheiten eine hierarchisch kontrollierbare »financial responsibility« einklagen konnte, hierbei auch legitimiert war, eine ganze Batterie neuer Kontrolltechniken einzusetzen, konnte der Reagan-Administration gerade die Fragmentierung der Verwaltung nutzen. Die - nicht ohne Hintersinn als »balcanized« bezeichnete - Regulierungsstruktur mit ihrer nur punktuellen Verankerung im Netzwerk, ihren inneradministrativen Rivalitäten und ihrem fiskalisch verwundbaren Status, erleichterte eine erfolgreiche institutionelle Demontage. Die im Gegensatz zu Großbritannien und der Bundesrepublik in den USA stark ausgebildete Tendenz zur Subsystembildung hat es der Reagan-Administration zudem ermöglicht, gesundheitspolitische Konfliktpotentiale klein zu halten, weil mit der Deregulierung einzelner Programme immer nur partikuläre Interessen verletzt werden mußten. Subsysteme oder - wie es hier bezeichnet wurde - Netzwerksegmente können zwar durch starke vertikale Verflechtungen gekennzeichnet sein, die aber keine ähnlich stabilisierende Wirkung besitzen wie jene horizontalen Verflechtungen im bundesdeutschen Fall, wo korporatistische oder kollektivvertragliche Verbindungen zwischen Institutionen und Akteuren einen politischen Angriff auf einen Teil als Angriff auf das Ganze erscheinen lassen.

Die vertikale Verflechtungsdimension bezieht ihre Stabilität aus der Existenz von Spitzenorganisationen mit monopolartigem Vertretungsanspruch, den sie teilweise aus ihrem öffentlich-rechtlichen Status herleiten. Die horizontale Verflechtung zwischen Spitzenverbänden unterschiedli-

26 Joel Krieger, *Reagan, Thatcher, and the Politics of Decline*, Cambridge: Polity Press 1986, S. 34.

cher Akteure, die ihren Ausdruck vor allem in formalen Organisationszusammenschlüssen wie der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAG) oder dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen findet, hat ebenfalls eine außerordentliche Stabilität bewiesen. Erklären läßt sich das mit der hohen Systeminterdependenz der GKV, wo besonders im Gegensatz zum amerikanischen Fall die Möglichkeiten zur Subsystembildung gering ausgeprägt sind. Die schon 1966 von der Sozialenquete-Kommission festgestellte »imponierende Geschlossenheit und innere(r) Konsequenz«²⁷ beruht einmal auf dem - alle Teilsegmente des Netzwerkes - umfassenden Finanzierungsmechanismus GKV, zum anderen auf einer Eigenart der horizontalen Verflechtungsebene, die nur im bundesdeutschen Fall auch Parteien und die Sozialpartner einschließt. Die CDU stellt im Vergleich zu FDP oder SPD einen Extremfall der Verflechtung mit dem gesundheitspolitischen Netzwerk dar, die sich über alle wesentlichen Binnenstrukturen der Partei (Landesverbände, Ausschußsystem, Bundesfachausschüsse) erstreckt und den meisten relevanten Akteuren des Netzwerkes die Einwirkung auf den innerparteilichen Willensbildungsprozeß erlaubt. Daß unter diesen Bedingungen von der CDU kaum ordnungspolitisch radikale Impulse ausgehen konnten, dürfte plausibel sein.

Einen ebenfalls stabilisierenden Effekt besitzt die gleichzeitige Einbindung von Gewerkschaften und Arbeitgebern in die Selbstverwaltung der GKV, die beide Akteure zu Bestandteilen des Netzwerkes mit Verantwortung für dessen Funktions- und Bestandsfähigkeit macht. Vergleichbare »boundary spanning roles«²⁸ von Gewerkschaften und Arbeitgebern finden sich weder in Großbritannien²⁹ und schon gar nicht den USA. Da es nun zu den gesicherten Erkenntnissen der Interorganisationstheorie gehört, daß mit Zunahme der Verflechtungsbeziehungen auch die Stabilität eines Systems steigt³⁰, erweist sich dieses Netzwerkcharakteristikum speziell für den bundesdeutschen Fall als erklärungskräftig. Denn die interorganisatorische Verflechtung kann als Strategie gewertet werden, bei der staatliche wie auch private Akteure »einen Teil ihrer Autonomie mit dem

27 Walter Bogs u.a., Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart: Kohlhammer 1966, S. 198.

28 Vgl. Aldrich und Whetton, Organization-sets, a.a.O., S. 392.

29 Vgl. Hans Kastendiek und Hella Kastendiek, Konservative Wende und industrielle Beziehungen in Großbritannien und der Bundesrepublik, in: Politische Vierteljahresschrift, 26 (1985).

30 Vgl. Aldrich und Whetton, Organization-sets, a.a.O., S. 392 f.

Ziel« opfern, die »begrenzten Handlungsmöglichkeiten jeder einzelnen Organisation durch 'Konzertierung' als kollektives Gut aller möglichst wieder herzustellen.«³¹ Verflechtungsbeziehungen werden sich zwar in allen drei Ländern finden lassen, aber der entscheidende Unterschied besteht darin, daß in Großbritannien der (Zentral)Staat aufgrund der hierarchischen Netzwerkstruktur in weit geringerem Umfang auf eine Konzertierung von Akteuren angewiesen ist, in den USA das Ausbleiben horizontaler Verflechtungen und die - durch Subsystembildung - begrenzte Stabilisierbarkeit vertikaler Verflechtungen temporäre Handlungsspielräume eröffnet, während im bundesdeutschen Fall das staatliche Strategierepertoire in Abhängigkeit vom »Vorrang der Selbstverwaltung« formuliert werden muß. Dies kann auf die These zugespitzt werden, daß mit steigender Verflechtungsintensität die Stabilität zunimmt und damit die Chancen für ordnungspolitische Veränderungen abnehmen.

Ähnliches gilt auch für das Netzwerkcharakteristikum »Systemintegration«. Systemintegration muß zunächst unterschieden werden von Sektoralisierung. Während sich ersteres auf stabilisierende Verflechtungen (auch ideeller Natur) zu anderen Netzwerken bezieht, beschreibt der Grad der Sektoralisierung die Abschottung des Netzwerkes gegenüber potentiellen trade-off-Situationen zu anderen Sektoren - hierbei ist in erster Linie an gesamtwirtschaftliche Implikationen der Gesundheitsausgaben bzw. jene institutionellen Mechanismen zu denken, die die Verschränkung zu anderen Finanzströmen regeln - sowie die Fähigkeit, eigenständige Handlungsmuster und Diskursstrukturen (zum Beispiel Gesundheit als »besonderes Gut«) gegenüber einer turbulenten Umwelt zu stabilisieren. Dabei liegt die These nahe, Sektoralisierung als Fähigkeit zur Abwehr von »Übergriffen« aus anderen Sektoren zu begreifen.

Für alle drei Fälle kann insofern ein gewisses Maß an Sektoralisierung festgestellt werden, als Gesundheitspolitik als »Sache von Spezialisten« betrachtet wird. Auch eine Internationalisierung durch Handelsverflechtungen oder den europäischen Integrationsprozeß ist diesem Politiksektor weitgehend fremd geblieben.³² Dies darf natürlich nicht gleichgesetzt werden mit einer vollkommenen Isolierung, da zum Beispiel Gesundheitsausgaben in den volkswirtschaftlich relevanten Datenkranz gehören. Aller-

31 Wolfgang Streeck, Vielfalt und Interdependenz: Probleme intermediärer Organisationen in sich ändernden Umwelten, IIM/LMP 87-3, Wissenschaftszentrum Berlin 1987, S. 28.

32 Eine der wenigen Ausnahmen bildet der Arzneimittelsektor, der zunehmend in EG-Normen eingebunden wird.

dings ist in der vergleichenden Perspektive die Sektoralisierung des gesundheitspolitischen Netzwerkes in der Bundesrepublik am stärksten ausgeprägt. Auf die parafiskalische Struktur der GKV wurde bereits hingewiesen. Hinzu kommen die mit dem Selbstverwaltungsmodell verbundenen, öffentlich-rechtlich stabilisierten Verbände mit Selbststeuerungskompetenzen, die eine erhebliche Interventionshürde bedeuten. Oberflächlich betrachtet scheint auch der NHS mit seiner eigenständigen Organisation und einer bürokratischen Sonderkultur über eine zuverlässige institutionelle Isolierung zu verfügen. Allerdings wird die »Schutzfunktion« dieser Sektoralisierung dadurch entscheidend gemindert, daß der NHS einen integralen Bestandteil des britischen Staatsapparats darstellt und auf diese Weise strategische »spill overs« ermöglicht wurden. Die ursprünglich im Civil Service einsetzende Verwaltungsrationalisierung gelangte so als Griffiths-Reform, mit den bekannten Konsequenzen, auch in den NHS. Der amerikanische Fall weist bereits aufgrund seiner organisatorischen Heterogenität ein weitaus geringeres Maß an Sektoralisierung auf³³, so daß unter anderem die Deregulierung ohne Schwierigkeiten in den Gesundheitssektor »überspringen« konnte.

Während die Sektoralisierung sich also auf die »negative ties«³⁴ eines Netzwerkes bezieht, beschreibt die Systemintegration die »positiven« Verbindungslinien, wobei hier in erster Linie die ideelle Einbindung des gesundheitspolitischen Netzwerkes in das jeweilige Wohlfahrtsstaatsmodell gemeint sind. Diesbezüglich kann sowohl für die Bundesrepublik wie auch für Großbritannien von einer starken Systemintegration ausgegangen werden. Die GKV und der NHS gelten in beiden Ländern als zentrale Säulen wohlfahrtsstaatlicher Leistungsproduktion und verfügen daher über hohen Symbolwert und eine beträchtliche gesellschaftliche Legitimation. Anders stellt sich dies in den USA dar.

Das gesundheitspolitische Netzwerk besteht nicht nur aus einer Vielzahl einzelner Segmente, denen ein »identitätsstiftender« institutioneller Kern fehlt; selbst wenn man Medicare und Medicaid einen derartigen Status zubilligen würde, entstünde das Problem, daß die Identifikation eines Wohlfahrtsstaats, zu dem »strong ties« entwickelt werden könnten, in den USA kaum möglich ist. Nicht nur, daß der amerikanische Wohlfahrtsstaat - anders als dies in Großbritannien und der Bundesrepublik der Fall ist -

33 So auch Laumann und Knoke, *The Organizational State*, a.a.O., S. 391 ff.

34 Vgl. dazu Mark S. Granovetter, *The Strength of Weak Ties*, in: *American Journal of Sociology*, 78 (1973), S. 1378.

durch seine klientelistische Struktur stark fragmentiert ist; darüberhinaus fand in den USA auch keine dauerhafte Verschränkung zwischen wohlfahrtsstaatlichen und ökonomischen Strategien statt³⁵, so daß die Sozialpolitik nicht den Status eines kompensatorischen Elements gesamtgesellschaftlicher Entwicklungsstrategien - etwa als wohlfahrtsstaatlich-keynesianische Symbiose - erlangen konnte. Im deutlichen Gegensatz dazu werden in der Bundesrepublik spezifische Strukturelemente der GKV von allen Akteuren als unveräußerliche Bestandteile eines gesamtgesellschaftlichen »Ordnungsprinzips«³⁶ betrachtet. Insbesondere die Konstruktion einer paritätischen Selbstverwaltung war von Anbeginn als »institutionalisiertes Integrationszentrum«³⁷ des Gesellschaftsprojektes »Soziale Marktwirtschaft« konzipiert.³⁸ Strategien, die einer Überwindung etablierter Strukturen und Verfahrensweisen bedürfen, stoßen damit auf eine schwer überwindbare Hürde. Denn die Selbstverwaltung ist - entgegen anders lautenden Einschätzungen - nicht entpolitisiert, sondern lediglich neutralisiert. Die Integration der Sozialpartner hat auf der einen Seite zwar blockadeähnliche Situationen zu Folge, womit in der Regel die Entpolitisierungsthese begründet wird, auf der anderen Seite wirkt die massive politische Durchdringung auch als Schutzschild gegen Strukturreformen. Denn gegen den breiten, nicht nur von den Sozialpartnern getragenen politischen Konsens über den strukturellen Status quo läßt sich kaum erfolgreich vorgehen.

Der bundesdeutsche Fall stellt also eine - im Sinne der Netzwerkstabilität - nahezu ideale Konstruktion dar, indem ein hohes Maß an Sektoralisierung gepaart ist mit starker Systemintegration. Für den britischen Fall kann zwar eine starke Systemintegration konstatiert werden, die sich jedoch strategisch durch die nur mittelmäßig entwickelte Sektoralisierung - wenigstens partiell - überwinden läßt. Damit dürfte plausibel sein, daß in den USA die Anwendbarkeit marktorientierter Strategieoptionen durch Sektoralisierung und Systemintegration am geringsten restringiert wird.

35 Vgl. Theda Skocpol, *The Limits of the New Deal System and the Roots of Contemporary Welfare Dilemmas*, in: Margaret Weir, Ann Shola Orloff und Theda Skocpol (Hrsg.), *The Politics of Social Policy in the United States*, New Jersey: Princeton University Press 1988, S. 301.

36 Vgl. Reinhard Hendler, *Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip*, Köln: Heymanns 1984.

37 Vgl. Hockerts, *Sozialpolitische Entscheidungen*, a.a.O., S. 42.

38 BT-Drucksache 11/3267, *Zwischenbericht der Enquête-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*, Bonn 1988, S. 189 f.

10.2.2 Die Akteurskonstellation

Policy-Netzwerke verdanken ihre Stabilität zu einem nicht unerheblichen Teil dem Umstand, daß dieselben Akteure über längere Zeiträume hinweg in »routinemäßigem« Kontakt zueinander stehen und über diese interaktive Persistenz einen stabilen Erwartungshorizont und berechenbare Austauschbeziehungen erzielen können. Aus der Perspektive der neokonservativen Wende stellten sich derartige Akteurskonstellationen aber nicht selten als »distributional coalitions« dar, denen es gelingt, die sektorale Verteilungskonstellation durch die Ausschaltung von Markt und Konkurrenz zu ihrem Vorteil zu gestalten und dabei Kosten in großem Umfang zu externalisieren. Daher war die neokonservative Programmatik notwendigerweise auf die Erschütterung von Verteilungscoalitionen ausgerichtet. Die Durchführbarkeit dieses Ziels hing unter anderem ab von der Stabilität netzwerkspezifischer Verflechtungen bzw. Koalitionen und der Resistenz des Netzwerkes gegen das Eintreten neuer Akteure. Beide Faktoren können die strategische Selektivität erheblich verändern.

Betrachtet man die jeweiligen Akteurskonstellationen, so sticht zunächst die Differenz im Wachstum gesundheitspolitisch relevanter Akteure hervor. In den USA fällt dabei auf, daß das gesundheitspolitische Netzwerk noch während der sechziger Jahre von einer überschaubaren Anzahl großer Spitzenverbände beherrscht wurde. Diese stabile Akteurskonstellation ist von zwei Entwicklungen nachhaltig erschüttert worden. Zum einen haben etablierte Interessenorganisationen, wie die AMA und - in noch stärkerem Maße - die AHA, ihre Repräsentationsmonopole während des Untersuchungszeitraums durch die Entstehung stärker spezialisierter Verbände weitgehend eingebüßt. Zum anderen sind mit den Arbeitgebern und dem medizinisch-industriellen Komplex zwei Akteure von besonderer Relevanz hinzugetreten, so daß insgesamt die Fragmentierung des Netzwerkes zugenommen hat. Auffällig im Vergleich zu den beiden anderen Fällen ist die Aktivierung der Arbeitgeber, die als Akteur in Großbritannien gar nicht in Erscheinung treten und in der Bundesrepublik durch die Integration in die Selbstverwaltung als Stütze einer »Pro-Markt-Koalition« nur sehr begrenzt einsatzfähig sind. Zwar läßt sich das auch von den amerikanischen Arbeitgebern und dem kommerziellen Gesundheitssektor nur bedingt sagen, aber ihr Auftreten hat das Kräfteverhältnis, die möglichen Varianten der Koalitionsbildung und die governance-Struktur des gesundheitspolitischen Netzwerkes erheblich verändert.

Die Bundesrepublik ist demgegenüber durch ein hohes Maß an Kontinuität und Stabilität gekennzeichnet, was insbesondere für die Anzahl relevanter Akteure gilt, die sich so gut wie nicht verändert hat. Wenn neue Akteure auftauchten, wie etwa die Bundeskrankenhauskonferenz oder die Aktionsgemeinschaft der Heilberufe, dann handelte es sich zumeist um die Überflechtung bereits bestehender Verbandsorganisationen, die durch ein konzertiertes Auftreten auf größere Durchsetzungsfähigkeit für ihre Positionen spekulieren. Weder ging davon eine Destabilisierung aus noch wurden neue Koalitionen ermöglicht. Bezeichnend für den bundesdeutschen Fall ist die Tatsache, daß der Sachverständigenrat als einzig wirklich neuer Akteur durch das Proporzprinzip ordnungspolitisch »entschärft« worden ist.

Die Akteurskonstellation in Großbritannien ist ebenfalls durch relativ große Stabilität gekennzeichnet. Der zahlenmäßige Anstieg gesundheitspolitisch relevanter Akteure ist nur wenig größer als hierzulande. Allerdings muß auf zwei wichtige Unterschiede hingewiesen werden: erstens war die Regierung Thatcher in der Lage, mit dem general management einen neuen und für die interne Machtverteilung überaus wichtigen Akteur im Netzwerk zu etablieren, der als »Koalitionspartner« im Zentrum-Peripherie-Konflikt und gegen professionelle Sonderinteressen funktionalisiert werden kann, und zweitens gelang es, in einer wichtigen Phase der politischen Entscheidungsfindung dem »counter establishment« der Politikberatung den Vorzug vor etablierten Interessengruppen zu geben und auf diese Weise den Rückgriff auf ein marktorientiertes Reformkonzept zu ermöglichen.

Mit welchen Faktoren kann nun die unterschiedlich entwickelte Resistenz der Policy-Netzwerke gegenüber neuen Akteuren erklärt werden? Einen Erklärungsansatz bietet die Struktur des politischen Systems. In den USA mit seinen »multiple points of access« sind organisierte Interessen weit weniger darauf angewiesen, sich etablierten Einflußkanälen anzupassen als in der Bundesrepublik und Großbritannien. Solange es gesundheitspolitisch um die Verteilung von Wachstumsdividenden ging, war die Form einer »encompassing organization« angemessen, da sie einer Interessengruppe politisches Gewicht verlieh. In einer Situation begrenzter oder gar abnehmender Verteilungsspielräume wächst hingegen der Anreiz zur Interessendifferenzierung, die noch am ehesten Erfolge in einer »pol-

icy niche«³⁹ verspricht. Die Vielfalt möglicher Kontaktflächen zum politischen Entscheidungsprozeß, das rasche Wechseln von »auf Sand gebauten« Koalitionen⁴⁰ und die ausgeprägte Neigung zur Subsystembildung muß partikuläre Sonderinteressen geradezu ermutigen, ihr Glück auf eigene Faust zu suchen. Es dürfte daher auch kein Zufall sein, daß der Begriff des »policy entrepreneurs«⁴¹ in den USA geprägt wurde. Denn die geringe Verflechtungsintensität und die Instabilität von Koalitionen führt teilweise zu offenen Entscheidungssituationen, die von politischen Unternehmern, zu denen auch die einzelnen Kongreßabgeordneten zu rechnen sind, ausgenutzt werden können.

Im Gegensatz dazu ist im gesundheitspolitischen Netzwerk der Bundesrepublik nicht nur einer Interessendifferenzierung, sondern auch der Emergenz neuer Akteure recht zuverlässig vorgebeugt. Neben der vielfach belegten Vorliebe der Ministerialverwaltung⁴² zu Verhandlungen mit Spitzenverbänden - wodurch es Sonderinteressen sehr schwer haben, im politischen Entscheidungsprozeß Gehör zu finden - ist mit der Konstruktion öffentlich-rechtlicher Körperschaften für Regierung und Ministerien ein »natürlicher« Ansprechpartner geschaffen worden, der kaum umgangen werden kann. Alternative Kanäle der Interessenvermittlung sind in der Bundesrepublik also äußerst rar, und die daraus resultierende Probleme, im politischen Entscheidungsprozeß in die relevanten Sphären vorzudringen, hat den Zutritt neuer Akteure stark behindert.

Im britischen Fall verdankt sich das Entstehen neuer Akteure weniger der endogenen Genese des Verbändesystems, wie in den USA, sondern stellt ein Resultat staatlicher Interventionen dar. Ausschlaggebend waren hierbei staatliche Autoritätsreserven und die begrenzte Sektoralisierung zwischen NHS und allgemeiner Verwaltung. Die Einführung der general manager wurde ermöglicht durch ein spill-over des managerialism in den NHS. Eine wesentliche Handlungsressource der Regierung Thatcher besteht also darin, daß der NHS als Teil des Staatsapparates politische Zu-

39 Vgl. Edward C. Page, *Political Authority and Bureaucratic Power. A Comparative Analysis*, Brighton: Weatsheaf Books 1985, S. 96.

40 Vgl. Anthony King, *Building Coalitions in the Sand*, in: ders. (Hrsg.), *The New American Political System*, Washington, DC: AEI 1978.

41 Vgl. Theodor R. Marmor und Philip Fellmann, *Policy Entrepreneurship in Government: An American Case Study*, in: *Journal of Public Policy*, 6 (1987).

42 Diese »Vorliebe« ist freilich in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien geregelt. Vgl. Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf, *Policy-Making in the German Federal Bureaucracy*, Amsterdam: Elsevier 1975, S. 136.

griffsmöglichkeiten schafft, die im selbstverwalteten Netzwerk der Bundesrepublik nicht zur Verfügung stehen.

Ebenfalls muß auf die Beziehungen zwischen den Akteuren, speziell den Verbänden hingewiesen werden. Während in der Bundesrepublik die Verbände durch Kollektiverhandlungen ein stabiles und in gewisser Weise auch gegenüber neuen Akteuren »exklusives« Interaktionssystem entwickelt haben, fehlt in den USA das Element der Kollektiverhandlungen sowohl zwischen den Verbänden wie auch im Verhältnis zwischen Verbänden und Staat. Neuen Akteuren wird der »Zutritt« in diese - lediglich von Marktmechanismen gesteuerte und daher unstrukturierte - Konstellation erleichtert.

Der Beitrag der Akteurskonstellation zum ordnungspolitischen Strategiewechsel kann folgendermaßen zusammengefaßt werden. Den deutlichsten Erschütterungen war das Netzwerk in den USA unterworfen. Hier haben die Entwicklungsdynamik des Verbändesystems und die Umbrüche in der ökonomischen Steuerungsstruktur ein ganzes Bündel neuer Akteure hervorgebracht, die die Kräfteverhältnisse im gesundheitspolitischen Netzwerk signifikant verschoben haben. Alte »Monopolisten« im Verbändesystem, wie die AMA und die AHA, haben zugunsten neuer Organisationen, die professionelle Sonderinteressen, kommerzielle oder von Arbeitgebern artikulierte Positionen wiedergeben, an Einfluß verloren, ohne aber das an ihre Stelle neue Akteure mit ähnlicher Dominanz treten konnten. Das zahlenmäßige Wachstum der Akteure hat daher die staatliche Handlungskapazität verbessert, da die Heterogenisierung organisierter Interessen zu deren Schwächung beigetragen hat. Die Reagan-Administration war an dieser Entwicklung zwar nur am Rande beteiligt, konnte aber von ihr profitieren, da die Veto-Potentiale der Leistungsproduzenten - das ehemals wichtigste politische Hindernis - deutlich abgenommen haben. In Großbritannien blieb das Netzwerk zwar stabil, aber mit Hilfe der general manager konnte die Regierung Thatcher ihre Steuerungskapazitäten gegenüber professionellen und lokalen Sonderinteressen steigern und die »Brückenkopffunktion« dieses neuen Akteurs im Dienste der strategischen Wende einsetzen. In der Bundesrepublik schließlich blieb die Stabilität des Netzwerkes nicht zuletzt deshalb gewahrt, weil die öffentlich-rechtliche Privilegierung der wichtigsten Spitzenverbände neuen Akteuren wenig Raum bietet. Die einzig nennenswerte Verschiebung in der Akteurskonstellation - die seit den siebziger Jahren enger werdende Koalition zwischen den Verbänden der Krankenkassen und dem BMAS - hat

bezeichnenderweise die Ausbreitung von Kollektivverhandlungen begünstigt und nicht zu mehr Markt geführt.

10.2.3 Ökonomische Steuerungsstrukturen

Dieses Netzwerkcharakteristikum ist für die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen eines ordnungspolitischen Strategiewechsels zum einen hinsichtlich der strategisch verwertbaren Sollbruchstellen der governance-Struktur von Belang. Zum anderen ist zu klären, inwieweit Verschiebungen oder Brüche zu einer anderen Anreizstruktur für die Akteure geführt haben. Hierbei steht insbesondere die Frage im Raum, ob die - sich erhöhenden - Transaktionskosten der bestehenden Steuerungsstruktur bei einem oder auch mehreren Akteuren einen kritischen Schwellenwert erreichen, der nun stärker marktorientierte Austauschbeziehungen als ökonomisch profitabel erscheinen läßt. Dabei ist zu bedenken, daß die Akteure nicht ohne weiteres von einem Steuerungsmechanismus auf einen anderen »umschalten« können, selbst wenn dabei Effizienzvorteile zu erwarten wären.⁴³ Denn ihre Wahlmöglichkeiten sind in starkem Maße durch das institutionelle Arrangement konditioniert, das auch technologische und ökonomische Modernisierungszwänge kanalisiert.

Die drei untersuchten Fälle weisen signifikante Unterschiede in der governance-Struktur des Gesundheitssektors auf. In Großbritannien ist Gesundheit eindeutig eine Domäne staatlicher Planung, in der Markttransaktionen, sieht man einmal vom sehr kleinen privaten Sektor ab, keine Rolle spielen. In den USA ist der Staat zwar auch ein wichtiger Akteur in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, aber er ist nur einer von vielen Marktteilnehmern, der zudem einen erheblichen Teil seiner Leistungsabwicklung an Private delegiert hat. In der Bundesrepublik dominiert das »private interest government« öffentlich-rechtlicher Verbände, die marktförmige Austauschbeziehungen weitgehend durch Kollektivverhandlungen ausgeschaltet haben.

Die hier nun naheliegende Vermutung, daß die Größe des privaten Gesundheitssektors ausschlaggebende Bedeutung für die Realisierbarkeit eines ordnungspolitischen Strategiewechsels besitzt, weil sich neokonservative Regierungen dessen Expansionsdrang zunutze machen können, erweist sich interessanterweise als nur begrenzt tragfähig. Zwar ist die Re-

43 Vgl. Krasner, Sovereignty, a.a.O., S. 83.

gierung Thatcher bei ihrem Versuch, den privaten Gesundheitssektor zu aktivieren, auf beträchtliche Probleme gestoßen, die mit der - durchaus größenabhängigen - Nischenfunktion dieses Versorgungssegments gegenüber dem dominierenden NHS zusammenhängen. Gegen die generelle Gültigkeit des Größenarguments spricht jedoch vor allem der bundesdeutsche Fall. Obwohl der private Gesundheitssektor eine beachtliche Größe aufweist - immerhin sind rund ein Drittel aller Krankenhäuser in Privatbesitz, und die niedergelassenen Ärzte sind selbständige »Unternehmer«, selbst wenn sie ausschließlich Kassenpatienten behandeln -, ist seine Expansionsneigung relativ gering. Ebenso wie in Großbritannien ist zum Beispiel die private Krankenversicherung mehr an der Stabilisierung eines günstigen Risiko-poolings interessiert, als an einer möglicherweise riskanten Marktexpansion in die Sphäre der GKV-Versicherten. Was den privaten Krankensektor anbelangt, so hat hier das Verfahren der Investitionsförderung durch die Krankenhausplanung der Länder, in der die ausgeprägten Verflechtungen zwischen Parteien und kirchlichen und vor allem kommunalen Krankenhäusern zum Tragen kommen, eine nennenswerte Expansion privater Kliniken verhindert. Dies läßt die These zu, daß die governance-Struktur für private Akteure den Schwellenwert, von dem ab die Option »mehr Markt« geringere Transaktionskosten gegenüber den bestehenden Verhältnissen erwarten läßt, sehr hoch angesiedelt hat.

Ein zweites wichtiges Argument, das klären hilft, warum die christlich-liberale Koalition die ökonomische Steuerungsstruktur nicht als strategischen Hebel nutzen konnte, zeigt ein Vergleich mit Großbritannien. Während im britischen Fall die klare Trennlinie zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor von der Regierung Thatcher als politische Sollbruchstelle behandelt werden konnte, etwa beim »contracting out« von Service-Dienstleistungen, treten hierzulande bereits im Stadium der Abgrenzung zwischen beiden Sektoren definitorische Schwierigkeiten auf. Wohl spricht man vom »Privatpatienten«, der »privaten Krankenversicherung« oder dem »Privatkrankenhaus«, aber der übergreifende und identitätsstiftende Begriff »privater Gesundheitssektor« ist hierzulande nicht gebräuchlich. Wenn also schon die definitorische Trennung der beiden Domänen Probleme bereitet, dann muß eine politische Strategie, die die eindeutige Unterscheidung zwischen öffentlich und privat zur Zieldefinition benötigt, ins Leere gehen. Denn was öffentlich und was privat ist, erweist sich als zu ambivalent, um darauf eine politische Strategie aufbauen zu können. Diese Ambivalenz wird zusätzlich verstärkt durch den im wahrsten Sinne des Wortes »intermediären«, nämlich zwischen Markt und

Staat angesiedelten Status der Selbstverwaltung. Die immer wieder aufbrechende Diskussion, ob es sich bei dieser Organisationsform um eine »Vergesellschaftung des Staates« oder eine »Verstaatlichung der Gesellschaft« handelt - wobei sich für beide Sichtweisen plausible Argumente ins Feld führen lassen⁴⁴ -, unterstreicht, daß die Kernelemente des gesundheitspolitischen Netzwerkes einer ordnungspolitisch verwertbaren Dichotomisierung in »öffentlich« und »privat« nicht zugänglich sind. Vergewärtigt man sich außerdem jene ständischen und durch die KVen institutionalisierten Wettbewerbsbeschränkungen oder gesetzliche Vorschriften wie der Bundesärzteordnung, die fest schreibt: »Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe« (§ 1 Abs. BÄO Fass. v. 16.4.1987, BGBl. I S. 1218), dann ist die These hinreichend begründbar, daß Markt und Wettbewerb von der governance-Struktur in bemerkenswertem Umfang ferngehalten wurden.

Eine gänzlich andersgeartete Situation findet sich in den USA. Dort hat die governance-Struktur eine regelrechte Umwälzung erfahren, so daß es gerechtfertigt ist, von einer neuen »transaction matrix« zu sprechen. Im Falle des medizinisch-industriellen Komplexes war es einerseits der Bruch im staatlichen Finanzierungsfluß, der nach der Beendigung des Hill-Burton-Programms eintrat und Krankenhäuser zur Kapitalbeschaffung auf privaten Finanzmärkten zwang und andererseits die Regulierungswelle Mitte der siebziger Jahre, die turbulente Umweltbedingungen schuf und als Antwort darauf neue Organisationsformen hervorbrachte. Mit dem Vorstoß des privaten Finanzkapitals und kommerzieller Management-techniken in den Gesundheitssektor ging auch eine Veränderung des Marktverhaltens einher. Investitionsrenditen, Profitmaximierung, das Vordringen in neue Märkte und der Kapazitätsausbau lösen zunehmend die ehemals dominierende, einzelbetrieblich orientierte und behäbige Kleinunternehmer-Perspektive ab.

Der Umschwung hin zu kommerziellen Markttransaktionen im Stile multinationaler Großunternehmen inklusive von Fusionen und »take overs« hat wiederum die amerikanischen Kartellbehörden auf den Plan gerufen. »The mere fact the antitrust policy toward hospital mergers is a topic of interest is an indication of (. . .) the increased participation of the private sector in the hospital industry as well as the increasing importance

44 Siehe hierzu theoretisch Streeck, Vielfalt und Interdependenz, a.a.O., S. 29, und praktisch Theo Thieme, Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Winterstein, (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaats II, Berlin: Duncker & Humblot 1984, S. 65.

of competition in the operating environment of hospitals.«⁴⁵ Die bereits in den siebziger Jahren einsetzende rigorose Anwendung kartellrechtlicher Vorschriften auf den Gesundheitssektor erwies sich als eines der hervorsteckenden Merkmale des amerikanischen Falles. Zwar sind auch in Großbritannien mit den Aktivitäten des Office of Fair Trading und der Monopolies and Mergers Commission erste Anzeichen in diese Richtung vorhanden, die aber im Vergleich zu den USA eher zaghaft ausfielen. Die Antitrust-Verfahren, die die Federal Trade Commission seit den siebziger Jahren besonders gegen die American Medical Association anstrebte, haben nicht nur wichtige Machtbastionen dieses Akteurs erschüttert, sondern auch die politisch-strategische Behandlung des Gesundheitssektors als ein Markt unter anderen begründet. Der Umstand, daß die FTC überhaupt in den Gesundheitssektor vordringen konnte, verdeutlicht die geringe sektorale Isolierung des Netzwerkes, die ein relativ problemloses spillover der »Marktphilosophie« zuläßt. Auch hier repräsentiert die Bundesrepublik das andere Extrem mit einem Gesundheitssektor, der fast durchgängig als »wettbewerblicher Ausnahmebereich« eine äußerst starke Resistenz gegen marktformige Steuerungstechniken aufweist.

Die zweite Entwicklung, die aus veränderten ökonomischen Anreizstrukturen resultierte, bestand in der Aktivierung der Arbeitgeber, vornehmlich großer Industrieunternehmen, die angesichts rapide steigender Kosten für die medizinische Versorgung ihrer Beschäftigten nicht länger gewillt sind, sich dem Preisdiktat der Anbieterseite zu unterwerfen. Die Ironie dabei ist, daß die Arbeitgeber Kosten- und Konkurrenzdruck auf die Leistungsanbieter produzieren, indem sie - mit Williamson gesprochen - »Märkte« durch »Hierarchien« ersetzen. Denn der freie, ungehinderte Zugang der Beschäftigten zu Ärzten und Krankenhäusern wird in wachsendem Umfang durch eigene Versorgungssysteme oder vertraglich geregelte Zugangsbarrieren (HMOs, PPOs usw.) gesteuert, die den Anbietern zwar einen beständigen Kundenstamm sichern, aber durch Honorarkonzessionen und rigide Kontrollprozeduren des Leistungsverhaltens erkaufte werden müssen.

Insgesamt boten die ökonomischen Steuerungsstrukturen in der Bundesrepublik und mit Abstrichen auch in Großbritannien nur schwache Ansatzpunkte, um einen ordnungspolitischen Strategiewechsel in Gang zu

45 Roger D. Blair und James F. Fesmire, Antitrust Treatment of Nonprofit and For-Profit Hospital Mergers, in: *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 7 (1987), S. 261.

setzen. Und selbst im amerikanischen Fall hatte die Transformation der governance-Struktur politisch ambivalenten Charakter. Auf der einen Seite fügte sich die offenkundige Vitalität privater Gesundheitsunternehmen und ihr Expansionsdrang vorzüglich in jene »Vision« einer von Konkurrenz und Markt gesteuerten Gesundheitsversorgung ein wie sie etwa David Stockman vorschwebte. Auf der anderen Seite konnte die Interessenslage privater Akteure nur sehr bedingt für die ordnungspolitische Wende eingespannt werden. Verbände wie die FAHS traten zwar für eine Deregulierung ein (jedenfalls soweit sie sich davon Vorteile versprechen konnten), andererseits sperrten sie sich gegen gesetzliche Vorstöße zur Schaffung von mehr Wettbewerb und votierten - im Einklang mit vielen anderen Verbänden - für eine Niveaustabilisierung der staatlichen Gesundheitsausgaben, die für sie ja eine wichtige Einkommensquelle darstellt. Die Bildung einer politisch schlagkräftigen Koalition zwischen Reagan-Administration, Arbeitgebern und kommerziellen Gesundheitsunternehmen war daher nicht möglich. Ähnlich verhielt es sich auch in Großbritannien, wo die Arbeitgeber deshalb nicht als Partner in einer »Anti-NHS-Koalition« zur Verfügung standen, weil sie gar nicht als Akteur innerhalb des Netzwerkes in Erscheinung traten.

10.2.4 Politische Handlungsmuster

Für den vorliegenden Argumentationszusammenhang ist die Berücksichtigung netzwerkspezifischer Handlungsmuster oder Politikstile deshalb unentbehrlich, weil charakteristische Formen der Interessenvermittlung und Entscheidungsfindung Aufschlüsse über die staatlichen Handlungskapazitäten, also auch die Potentiale zur Durchsetzung der Wende erlauben. Begreift man Politikstile - wie es hier geschieht - weniger als kulturell geprägtes Normensystem, sondern vielmehr als Repertoire von erlernten Verhaltensregeln, welches auf institutionell begründeten resource dependencies zwischen den beteiligten Akteuren basiert, dann vermag der Grad der Stabilität dieser Variable auch Rückschlüsse über die strategische Selektivität des Netzwerkes zu vermitteln.

Als dominierende Handlungsmuster in der Gesundheitspolitik wurden die hierarchische Konsultation in Großbritannien, das pluralistische Lobbying in den USA und die korporatistische Konzertation in der Bundesrepublik herausgestrichen. Diese Politikstile - und in noch stärkerem Maße

ihre Veränderung - reflektieren die Handlungskapazitäten des Staates gegenüber gesellschaftlichen Akteuren. Auf den ersten Blick scheinen der britische und der deutsche Fall gleichermaßen geprägt zu sein durch große Kontakthäufigkeit zwischen Verwaltung und organisierten Interessen mit bargaining-Charakter und dem Bemühen um die Herstellung von Konsenslösungen und kooperativen Staat-Verbände-Beziehungen.⁴⁶ Bei genauerer Betrachtung läßt sich jedoch zeigen, daß in Großbritannien Konsultationen im Verhältnis zwischen Staat und Verbänden überwiegen, während in der Bundesrepublik Verhandlungen vorherrschen. Durch die häufig synonyme Verwendung beider Begriffe gerät eine wesentliche Differenz aus dem Blickfeld. Das Konsultationsverfahren bezieht sich auf die Anhörung, Beratung und Meinungsäußerung von Interessengruppen gegenüber staatlichen Entscheidungsinstanzen und impliziert deren prinzipielle Bereitschaft zur Berücksichtigung dieser Meinungsäußerungen. Der konsultative Entscheidungsstil in Großbritannien ist jedoch eine »convention«⁴⁷, also eine nicht einklagbare, stillschweigende Übereinkunft, die keine institutionelle Verfestigung erfahren hat, auf die keinerlei Rechtsanspruch besteht⁴⁸ und die jederzeit gebrochen werden kann. In diesem Zusammenhang ist auch der Verlust klientelistischer Bindungen zum Gesundheitsministerium zu deuten, die der britischen Ärzteschaft lange Zeit einen privilegierten Zugang zum politischen Entscheidungsprozeß gesichert haben. Daher wird der britische Politikstil als »hierarchisch« bezeichnet. Verhandlungen hingegen finden zwischen tendenziell gleichberechtigten Partnern statt, deren Verhältnis nicht durch die wohlwollende Akzeptanz der stärkeren Seite gegenüber der schwächeren geprägt ist, sondern durch annähernde »Waffengleichheit«.⁴⁹ Die resource dependence fällt also bei Verhandlungen in geringerem Maße asymmetrisch aus als bei konsultativen Beziehungen.

Daraus kann gefolgert werden, daß die entscheidende Restriktion für die Gewinnung größerer gesundheitspolitischer Handlungsautonomie im

46 Vgl. für die Bundesrepublik Kenneth Dyson, *West Germany: The Search for a Rationalist Agenda*, in: Jeremy J. Richardson (Hrsg.), *Policy Styles in Western Europe*, London: Allen & Unwin 1982, und für Großbritannien A. Grant Jordan und Jeremy J. Richardson, *British Politics and the Policy Process. An Arena Approach*, London: Allen & Unwin 1987.

47 Page, *Political Authority and Bureaucratic Power*, a.a.O., S. 105.

48 Vgl. A. Grant Jordan und Jeremy J. Richardson, *Government and Pressure Groups in Britain*, Oxford: Clarendon Press 1987, S. 135.

49 So schon Harry Eckstein, *Pressure Group Politics: the Case of the British Medical Association*, London: Allen & Unwin 1960, S. 23.

bundesdeutschen Fall in der hochgradigen Abhängigkeit des Staates vom Verbändesystem besteht, das in seiner Eigenschaft als Vollzugsträger nur sehr bedingt vermittels staatlicher Interventionen überwunden werden kann. Im Unterschied zur Regierung Thatcher und der Reagan-Administration, die beide eingefahrene politische Regelsysteme durchbrechen konnten, hat es die christlich-liberale Koalition nicht vermocht, vom Politikstil der korporatistischen Konzertation abzuweichen. Gesundheitspolitische Entscheidungen, selbst wenn sie aufgrund gesunkener Verteilungsspielräume durchaus nicht konfliktfrei ablaufen, basieren nach wie vor auf dem Versuch, Lösungen durch eine umfassende, vom Proporzprinzip beherrschte Integration des Verbändesystems zu erzielen. Dabei muß betont werden, daß die Interessenvermittlung im bundesdeutschen Policy-Netzwerk nicht einfach als »Herrschaft der Verbände« stattfindet, denn deren Bewegungsspielraum ist durch den öffentlich-rechtlichen Status, die Einbindung in tri- bzw. bipartistische Gremien wie die KAG oder den Bundesausschuß auch eingegrenzt. Die korporatistische Konzertation beinhaltet automatisch ein Element wechselseitiger Machtabtretung⁵⁰, was möglicherweise ausschlaggebend ist für die mitunter quälende Länge von Entscheidungsprozessen, bei denen niemand »siegt«, am Ende aber auch niemand zufrieden sein kann. In der Bundesrepublik kommt es daher häufiger als in Großbritannien und auch den USA zu blockadeartigen Situationen, von denen natürlich jene Akteure profitieren, denen an der Beibehaltung einer bestimmten Politikstrategie gelegen ist.

Wie vertragen sich diese Schlußfolgerungen nun mit der hierzulande verbreiteten Lobbyismus-These, die nicht selten eine überlegene Position organisierter Interessen gegenüber dem Staat behauptet. Zunächst wird hier die politische Bedeutung der Verbände gar nicht bestritten, ganz im Gegenteil. Aber die Betonung der »pressure group-politics« hebt einen Modus der Interessenvermittlung über Gebühr hervor, der in der Bundesrepublik eher als Oberflächenphänomen zu werten ist. Die lärmende Präsenz von Interessengruppen täuscht nämlich darüber hinweg, daß der Umfang der (interessen)politisch disponiblen Manövriermasse vergleichsweise gering ausfällt. Wenn hierzulande gesundheitspolitische Reformen sehr häufig scheitern oder nur geringe Abweichungen vom Status quo bewirken, dann ist das zwar auch, aber nicht in erster Linie den lobbyistischen Fertigkeiten der beteiligten Verbandseliten zuzuschreiben. Die vorangegangenen Ausführungen legen vielmehr die These nahe, daß die bundes-

50 Vgl. Streeck, Vielfalt und Interdependenz, a.a.O., S. 28.

deutsche Gesundheitspolitik in stärkerem Maße als die beiden anderen Fälle von einer institutionell »geronnenen« strategischen Ausrichtung geprägt ist, die sich in einer Kombination aus intensiver Politikverflechtung zwischen fast allen beteiligten Akteuren, funktionaler Abhängigkeit des Bundesstaates vom Verbändesystem und geringen staatlichen Autoritätsreserven niedergeschlagen hat.

Von dieser institutionellen und prozeduralen Stabilität hebt sich die Gesundheitspolitik in Großbritannien durch den bemerkenswerten Umstand ab, daß die Regierung Thatcher wiederholt in der Lage war, die Regeln der konsultativen Entscheidungsfindung zu übergehen, und sich im Gegensatz zu den gängigen Vorstellungen von einem »typisch britischen« Politikstil vielfach kompromißunwillig zeigte. In dieser offenkundigen Fähigkeit zur Mißachtung etablierter Entscheidungsregeln liegt ein wesentlicher Schlüssel zum Verständnis für die ordnungspolitische Durchsetzungsfähigkeit der Regierung Thatcher. Dabei spielt insbesondere eine Rolle, daß das Konsultationsprinzip dadurch ausgesetzt werden kann, daß eine anstehende Entscheidung als »non-negotiable« deklariert wird und damit externem Einfluß weitgehend entzogen ist. Ermöglicht wurde dies durch die konsequente Ausschöpfung schon existierender Handlungsressourcen, wie der *delegated legislation* oder der *insider/outsider*-Differenzierung, und die Schaffung neuer Handlungsspielräume, insbesondere durch das *general management*, die die Regierung Thatcher in die Lage versetzt hat, das *consensus management* zu übergehen und so ihre Positionsvorteile gegenüber Veto-Potentialen aus dem NHS auszubauen.

Der Politikstil in der amerikanischen Gesundheitspolitik, dessen kollektive Handlungsrationalität mit ihrer Betonung der »*adversarial politics*« kaum Anreize für längerfristige Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren aufweist, schien traditionell als »*the clearest example of the weakness of public authority in the face of interest group pressure . . .*«. ⁵¹ Die pluralistische Interessenvermittlung war vor allem dadurch gekennzeichnet, daß der Staat als passiver Adressat gesellschaftlicher Forderungen fungierte, Politik also im wesentlichen auf die Initiative privater Interessen reagierte. Zumindest für die Gesundheitspolitik ist der Geltungsbe reich dieser These jedoch merklich geringer geworden. Auch wenn das pluralistische Lobbying noch immer das dominierende Handlungsmuster

51 Page, *Political Authority and Bureaucratic Power*, a.a.O., S. 94.

darstellt, so ist doch ein »new activism«⁵² von seiten staatlicher Akteure und besonders des Kongresses zu beobachten, der mit dem traditionellen Pluralismus-Modell nicht mehr übereinstimmt, da nun auch der Staat als »policy entrepreneur« in Erscheinung tritt, und das durchaus nicht ohne Erfolg. Im wesentlichen waren es vier Gründe, die dieses neue Handlungsmuster ermöglichten.

Von ausschlaggebender Bedeutung war zweifellos die wachsende Fragmentierung innerhalb des Verbändesystems, die den Einfluß organisierter Interessen merklich gemindert hat. Zusätzlich ist infolge der administrativen Zentralisierung - insbesondere ist hier an die Rolle der Health Care Financing Administration bei den DRGs zu denken - der Stellenwert der Kooperation mit dem Verbändesystem gesunken. Auch im Kongreß wird das Geschäft der Lobbyisten behindert, nachdem Verfahrensregeln wie die reconciliation procedure ein neuartiges Abstimmungsverhalten bei den Kongreßabgeordneten bewirkt haben. Schließlich hat das phänomenale Wachstum der Mitarbeiterstäbe der Abgeordneten und der Kongreßbehörden die Abhängigkeit der politischen Entscheidungsinstanzen von Informationen aus dem Verbändesystem reduziert. In der Gesundheitspolitik ist der amerikanische Staat damit noch kein »starker Staat« geworden, aber mit Sicherheit ein aktiver.

Es kann also festgehalten werden, daß in der Bundesrepublik die politischen Handlungsmuster stabil geblieben sind, während in den USA und Großbritannien Abweichungen zu beobachten sind. In Großbritannien hat die Regierung Thatcher mehrfach demonstriert, daß sich das Konsultationsprinzip ohne große politische Risiken und Folgekosten übergehen läßt, während die christlich-liberale Koalition selbst in einer kritischen Situation, die zur Entscheidungsschlacht über Wohl und Wehe der »guten alten Krankenversicherung« (Norbert Blüm) hochstilisiert wurde, nicht in der Lage war, vom tradierten Entscheidungsverfahren abzuweichen. Denn die starke Interdependenz zwischen Staat und Selbstverwaltung macht Koordinations- und Abstimmungsprozesse zum höchsten Gebot politischer Handlungsrationalität. Im amerikanischen Fall ist das etablierte pluralistische Verfahren der Interessenvermittlung dadurch modifiziert worden, daß der Staat als eigenständiger Akteur eine größere Rolle spielt als noch in den siebziger Jahren. Die Ironie der Gesundheitspolitik unter Ro-

52 Vgl. Lawrence D. Brown, The New Activism: Federal Health Politics Revisited, prepared for presentation at a conference on Health Policy at the New York Academy of Medicine, New York, March 10, 1988.

nald Reagan bestand darin, daß während seiner Amtszeit die staatlichen Handlungsspielräume zwar größer geworden sind, aber nur über kurze Zeit im Dienste der ordnungspolitischen Wende genutzt werden konnten. Diese Veränderungen der Netzwerkstruktur stehen nun theoretisch den Verfechtern einer stärker interventionistischen Strategie offen. Die Instabilität des Policy-Netzwerkes erfaßt im amerikanischen Fall also auch ordnungspolitische Handlungschancen.

10.2.5 Die strategische Selektivität von Policy-Netzwerken

In der vorliegenden Untersuchung wird versucht, das - mehr oder minder erfolgreiche - Bestreben, eine neokonservative Programmatik im Gesundheitssektor umzusetzen, unter dem Gesichtspunkt der »Strategiefähigkeit« eines Netzwerkes gegenüber einer ordnungspolitischen Alternative zu erklären. Diese goodness-of-fit-Relation zwischen Strategie und Netzwerk wurde hier als strategische Selektivität bezeichnet, die sich aus der Summe der Netzwerkcharakteristika ergibt. Abschließend soll die Selektivität unter Konzentration auf (1) ideologische, (2) instrumentelle, (3) strukturelle und (4) die Akteursebene betreffende Aspekte rekonstruiert werden.

(1) Eine Betrachtung der ideologischen oder Referenzebene vermittelt insbesondere Aufschlüsse über die Modalitäten des »agenda setting«, bei dem beträchtliche Unterschiede festzustellen waren. Während sich die gesundheitspolitischen Netzwerke in Großbritannien und der Bundesrepublik gegenüber marktförmigen Lösungskonzepten als wenig zugänglich erwiesen, vollzog sich das spill-over der Deregulierung und anderer Marktkonzepte in das gesundheitspolitische Netzwerk der USA nicht nur ohne große Widerstände, sondern auch mit einer Intensität, die einen nahezu »hegemonialen Diskurs« für markt- und wettbewerbsorientierte Steuerungstechniken hervorbrachte.

Für den amerikanischen Fall wurde bereits darauf hingewiesen, daß die gering ausgeprägte Sektoralisierung des Netzwerkes das »Eindringen« einer ordnungspolitischen Alternative begünstigt hat, während die Policy-Netzwerke in der Bundesrepublik und Großbritannien strategisch bereits anders »besetzt« waren. Insbesondere waren die ordnungspolitischen Sollbruchstellen in unterschiedlichem Maße nutzbar. In den USA war die Situation für eine Marktreform am günstigsten, denn die Diskreditierung der regulativen Gesundheitspolitik überstieg

nicht nur bei weitem die Kritik am NHS und der GKV, sondern mit dem HMO-Modell existierte bereits ein »lebender Beweis« für die Funktionsfähigkeit marktwirtschaftlicher Organisationsmodelle. Die Regierung Thatcher konnte hingegen schwerlich die Überlegenheit des privaten Sektors vorführen, denn dazu eigneten sich zum Beispiel die kleinen und schlecht ausgestatteten Privatkrankenhäuser kaum. Die Sollbruchstelle zwischen öffentlich und privat ließ sich lediglich im nicht-medizinischen Service-Bereich politisch verwerten.

Eine wesentliche Sperre gegen die Adaption privatwirtschaftlicher Produktions- und Verteilungsstrukturen bildet im britischen Fall die Tatsache, daß unter fast allen Beteiligten die Überlegenheit eines staatlich organisierten Systems grundsätzlich anerkannt wird. Hierbei spielen sowohl historische Erfahrungswerte als auch die Symbolisierung einer egalitären und »gerechteren« Gesellschaft durch den NHS eine Rolle. Auch die potentiellen Lieferanten einer ordnungspolitischen Alternativstrategie, die Gesundheitsökonomien, haben das Modell und seine Wertmaßstäbe internalisiert, so daß die Regierung Thatcher auf die ihr nahestehenden Think tanks zurückgreifen mußte. Im bundesdeutschen Fall fehlte die Trennlinie zwischen öffentlich und privat als strategisches Einfallstor sogar gänzlich. Die GKV ist in der bundesdeutschen Öffentlichkeit zwar in sehr viel geringerem Maße eine Institution mit sozialpolitischem Wertbezug, dafür aber um so mehr bei den betroffenen Verbandseliten, die zur Verteidigung des Status quo auf die zahlreichen »Strukturprinzipien« bauen konnten, die automatisch als Meßlatte für Reformmodelle herangezogen werden. Dies gilt auch für breite Teile der Unionsparteien, deren kollektiver Erfahrungshintergrund aus der Nachkriegsära eine stark positive Identifikation mit dem Status quo bewirkt hat. Das seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung geringe Maß an Strukturbrüchen hat einer Betrachtungsweise Vorschub geleistet, bei der die Genese des GKV-Systems als »Weiterentwicklung« gilt, und schon allein die Internalisierung dieser positiv-evolutionären Perspektive wirkt nahezu als kognitive Blockade gegenüber strukturverändernden Reformvorschlägen, die ja zwangsläufig »Brüche« voraussetzen.

- (2) Die instrumentelle Ebene beschreibt das Repertoire staatlicher Handlungs- und Steuerungsinstrumente, die im Dienste einer ordnungspolitischen Wende genutzt werden können, bzw. die Fähigkeit einer Regierung, die »tools of government« - falls erforderlich - auch auszubauen, um auf diese Weise die strategische Selektivität des

Netzwerkes zu überwinden. In besonderem Maße sticht hierbei der Kontrast zwischen den USA und Großbritannien einerseits und der Bundesrepublik andererseits hervor.

In den USA konnte die Reagan-Administration auf ein beachtliches Instrumentarium zurückgreifen, das von der Ämterpatronage, der Funktionalisierung des Budgetprozesses, der Stärkung des OMB, bis hin zu den executive orders des Präsidenten reichte, mit deren Hilfe die Politik der Regulierungsbehörden beeinflusst werden kann. Auch die britische Regierung verfügt in großem Umfang über staatliche Handlungsinstrumente, wie zum Beispiel die Ernennungsrechte für Verwaltungspositionen im NHS, die Budget- und Personalhoheit, das neu eingeführte general management und die vielfach unterschätzte delegated legislation, die die Überwindung von Widerständen ermöglichen. Noch zu Beginn der achtziger Jahre konnte ein Autor feststellen, daß die delegated legislation in Großbritannien deshalb frei von Kontroversen blieb, »because government seeks to accomplish relatively little through this technique.«⁵³ Mittlerweile trifft diese Feststellung nicht mehr zu. Unter der Regierung Thatcher werden die - breite Ermessensspielräume begründenden - »statutory instruments« nicht nur immer häufiger eingesetzt, sondern die Technik der Gesetzgebung zielt in zunehmendem Maße auf die Schaffung administrativer Handlungsfreiräume: »Increasingly, particular within fields such as social security and local government, primary legislation has become a skeletal enabling framework conferring not just the functions of detailed implementation but the power to determine major policy questions on ministers.«⁵⁴

In der Bundesrepublik stehen, bedingt unter anderem durch den föderalen Staatsaufbau und die tendenziell autonome Selbstverwaltung, Steuerungsinstrumente dieser Art nicht zur Verfügung. Darin besteht eine wichtige Erklärung für das Ausbleiben der Wende in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik. Wenn nicht einmal der Versuch unternommen wurde, die staatliche Fähigkeit zur autonomen Politikformulierung und Implementation auszubauen, sieht man einmal vom Sachverständigenrat ab, dann hängt dies nicht nur mit der geringeren Radikalität des angestrebten ordnungspolitischen Umschwungs zusammen, sondern basiert vor allem auf der Antizipation des ausgeprägten

53 Vgl. Assimow, *Delegated Legislation*, a.a.O., S. 269.

54 J.D. Hayhurst und Peter Wallington, *The Parliamentary Scrutiny of Delegated Legislation*, in: *Public Law*, 32 (1988), S. 551.

staatlichen Kooperationszwangs mit den Akteuren des öffentlich-rechtlichen Verbändesystems. Das rationale Kalkül des Staates muß im bundesdeutschen Gesundheitssektor darin bestehen, durch Konzertierung, Überflechtung und Verbesserung des »generalized exchange« verbandsförmig organisierte Interessen für die Mitwirkung an staatlichen Steuerungszielen zu interessieren. Im Gegensatz dazu war in Großbritannien der Versuch einer temporären Autonomisierung des Zentralstaats durch die Einschaltung regierungsfreundlicher Beratungseinrichtungen, bei gleichzeitigem Ausschluß NHS-interner Interessen, erfolgreich. Da im amerikanischen Fall das Niveau der Verflechtungen der Exekutive mit organisierten Interessen von vornherein deutlich geringer ausfiel, bedurfte es entsprechend geringerer staatlicher Autonomisierungsbestrebungen, um Reformen, die Verbandsinteressen widersprechen, entwickeln zu können. Daher kann festgehalten werden, daß sowohl Großbritannien wie auch die USA auf der instrumentellen Ebene über die besseren Voraussetzungen verfügt haben, um ordnungspolitische Veränderungen im Gesundheitssektor durchzusetzen.

- (3) Die strukturellen Aspekte der Netzwerkselektivität bestehen aus den verschiedenen Graden der Zentralisierung, der Sektoralisierung und der Systemintegration, die politische Zugriffsmöglichkeiten institutionell steuern. Hier ließ sich zeigen, daß die »Systemkonformität« einer Strategie in Großbritannien und in besonderem Maße in der Bundesrepublik ein entscheidendes Kriterium für deren politische Realisierbarkeit darstellte. Der Unterschied zwischen den beiden Ländern bestand vor allem darin, daß in der Bundesrepublik die »Prinzipien der gegliederten Krankenversicherung« die Anwendbarkeit marktorientierter Strategien in noch stärkerem Maße eingeschränkt haben, als dies für die Grundsätze des NHS galt. Demgegenüber bestanden in den USA kaum erkennbare Grenzen für institutionell »zulässige« Strategien.

Die Stabilität struktureller Charakteristika von Policy-Netzwerken darf nicht umstandslos gleichgesetzt werden mit Stillstand. Stabilität kann gerade das Ergebnis von Anpassungsprozessen sein. Dies gilt speziell für den deutschen Fall. Die in Kapitel 8.5.2 vertretene Hypothese, die für das hiesige Policy-Netzwerk einen strukturellen und prozeduralen Isomorphismus unterstellt, der eine Organisationsangleichung und die Zunahme der Politikverflechtung zur Folge hat, besitzt wichtige Implikationen für die strategische Selektivität. Geht

man davon aus, daß es sich dabei um ein »self-reinforcing positive feedback«⁵⁵ handelt, bei dem ein einmal eingeschlagener Entwicklungspfad nur sehr schwer wieder verlassen werden kann, dann läßt sich plausibel machen, daß Strategien, die die Begehung eines anderen »Pfades« zur Voraussetzung haben, mit großer Wahrscheinlichkeit der »Sogwirkung« der etablierten und institutionell verfestigten Struktur- und Handlungsmuster erliegen.

Betrachtet man nun die grundlegenden strukturellen Charakteristika der drei Länder, die sich auf die Begriffe »Fragmentierung« (USA), »Hierarchisierung« (Großbritannien) und »Verflechtung« (Bundesrepublik) zuspitzen lassen, dann können folgende Aussagen über die Bedingungen des politischen Zugriffs auf das jeweilige Netzwerk gemacht werden. Sowohl die hierarchische wie auch die fragmentierte Struktur im britischen bzw. im amerikanischen Fall haben die Anwendung ordnungspolitisch alternativer Maßnahmen tendenziell begünstigt, da sich Widerstände durch die Mobilisierung von Autoritätsreserven bzw. unter Ausnutzung der Instabilität des Netzwerkes überwinden ließen. Im Gegensatz dazu hat die stark verflochtene Netzwerkstruktur in der Bundesrepublik, mit ihren ausgeprägten Interdependenzen und Konsenszwängen, die politische Anfälligkeit des Systems für ordnungspolitische Alternativen außerordentlich gering gehalten.

- (4) Die Ebene der Akteure schließlich umfaßt die Stabilität der Beziehungen, die Interessenlage der Akteure, die - auch ökonomisch bedingte - Kontingenz dieser Präferenzen, die Koalitionsbildung und die Mobilisierungs- bzw. Zugangsmöglichkeiten einzelner oder neuer Akteure. Hier konnte gezeigt werden, daß insbesondere die Stabilität bzw. Instabilität einer Akteurskonstellation eine wesentliche Determinante für die Realisierbarkeit einer ordnungspolitischen Alternativstrategie bildet. Ablesen ließ sich dieser Zusammenhang daran, daß in Großbritannien und der Bundesrepublik mit ihren stabilen Netzwerken der ordnungspolitische Umschwung - in freilich unterschiedlichem Maße - nicht die Qualität des amerikanischen Falles erreicht hat. Auch die Präferenzen der Akteure, die eine wesentliche Grundlage für die Netzwerkstabilität bilden, erwiesen sich im britischen und im bundesdeutschen Fall als wesentlich konstanter als in den USA. Unter den Bedingungen der Instabilität und Unsicherheit, wie sie in

55 Krasner, *Sovereignty*, a.a.O., S. 83.

den USA vorherrschen, ändern sich Präferenzen sehr viel rascher als im bundesdeutschen Gesundheitssektor, wo die institutionelle Stabilität einen wesentlichen Referenzpunkt für die Interessen der Akteure bildet. Daraus darf allerdings nicht geschlossen werden, daß im bundesdeutschen Fall alle Akteure mit den bestehenden Strukturen der GKV gleichermaßen zufrieden sind. Aber die Trägheit des Prozesses der Präferenzenbildung und vor allem die geringen Chancen, ordnungspolitisch alternative Vorstellungen durchsetzen zu können, haben die Herausbildung einer einflußreichen »Systemopposition« verhindert.

Ein wesentliches Element der strategischen Selektivität bildet auch die Mobilisierbarkeit der Akteure für ordnungspolitische Veränderungen. Dabei wurden fundamentale Unterschiede sichtbar, die institutionell begründbar sind. Während die Arbeitgeber in der Bundesrepublik durch die Einbindung in die Selbstverwaltung und in Großbritannien durch eine Abkoppelung vom Ressourcenfluß des Gesundheitssektors weitgehend integriert bzw. neutralisiert sind, wurden sie in den USA zu einem zentralen Akteur der ordnungspolitischen Transformationsbewegung. Abgesehen von der Kostenexplosion, die die betriebliche Krankenversicherung unvermittelt traf, sind die amerikanischen Arbeitgeber frei von den Restriktionen einer »Sozialpartnerschaft« und besitzen daher keinerlei Loyalitäten zu den vorherrschenden Strukturmustern der Gesundheitsversorgung. Demgegenüber bildet die Integration von Klasseninteressen in die Selbstverwaltung ein zentrales Element jener strategischen Selektivität des bundesdeutschen Netzwerkes, die auch in Entwicklungskrisen nicht in Kontinuitätsbrüchen, sondern in der systemkonformen »Weiterentwicklung« mündete.

10.3 Zusammenfassung

Den Ausgangspunkt dieser Untersuchung bildete die Frage, inwieweit der ordnungspolitische Strategiewechsel zu »mehr Markt und weniger Staat«, wie er von den Regierungen Thatcher, Reagan und der christlich-liberalen Koalition programmatisch anvisiert wurde, im Gesundheitssektor realisiert werden konnte. Dabei wurde davon ausgegangen, daß sich die jeweiligen Gesundheitssektoren, die hier - unter Zugrundelegung eines institutionellen Ansatzes - als Policy-Netzwerke analysiert wurden, gegenüber

ordnungspolitischen Reformbestrebungen in unterschiedlichem Maße als zugänglich erweisen würden und daß diese strategische Selektivität vor allem durch institutionelle Varianzen in den Charakteristika der jeweiligen Policy-Netzwerke erklärt werden kann.

Als Ergebnis ist festzuhalten, daß der Strategiewechsel im Gesundheitssektor mit höchst unterschiedlicher Intensität vollzogen wurde. Während in den USA fundamentale Umbrüche zu einem markt- und wettbewerbsgesteuerten Gesundheitssystem zu verzeichnen sind, blieben die dominierenden Strukturmuster des NHS in Großbritannien bestehen, konnten allerdings durch verschiedene Marktelemente aufgelockert werden. Die Bundesrepublik ist demgegenüber durch weitgehende strukturelle und prozessuale Kontinuität im Gesundheitssektor gekennzeichnet; eine Wende zu mehr Markt ist ausgeblieben.

Diese Unterschiede lassen sich durch die Strukturmerkmale des jeweiligen gesundheitspolitischen Netzwerkes und ihre institutionelle Fundierung erklären. Während in den USA die fragmentierte Struktur von Verwaltung und Verbändesystem im Zusammenspiel mit einer rapiden Umwälzung ökonomischer Anreizstrukturen die ordnungspolitische Wende stark begünstigt haben, erwies sich die Selektivität des Netzwerkes in den anderen Fällen gegenüber der Marktstrategie als eher hinderlich. Besonders interessant ist dabei die Differenz zwischen der Bundesrepublik und Großbritannien. Daß die Regierung Thatcher in größerem Umfang in der Lage sein würde, Marktelemente in den Gesundheitssektor einzuführen, war nicht ohne weiteres zu erwarten. Dieses Ergebnis steht auch in einem gewissen Kontrast zu jener - von der konservativen wie auch der kritischen Staatstheorie gleichermaßen anerkannten - Formel, die lautet: »Je umfangreicher die staatlich erhobenen Ansprüche auf Ordnung und Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte werden und je größer der dafür benötigte Einsatz von Ressourcen wird, desto aussichtsloser wird gleichzeitig der Anspruch auf (a) souveränes und 'bindendes' wie der auf (b) 'rationales' Entscheiden.«⁵⁶ Diese These mag in der Regel Gültigkeit beanspruchen dürfen, aber im Einzelfall sieht es mitunter ganz anders aus. Denn Großbritannien mit seinem verstaatlichten Gesundheitswesen war gerade aufgrund dieses Umstandes in der Lage, partiell marktförmige Steuerungsverfahren einzuführen, wohingegen die staatlichen Steuerungsver-

56 Claus Offe, Die Staatstheorie auf der Suche nach ihrem Gegenstand. Beobachtungen zur aktuellen Situation, in: Thomas Ellwein u.a. (Hrsg.), Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, 1 (1987), S. 311.

suche im »selbstverwalteten«, also nicht direkt der staatlichen Organisationssphäre zurechenbaren bundesdeutschen Gesundheitssektor auf eine offenkundig schwer überwindbare Hürde für ordnungspolitische Reformen stießen. Für die vergleichende Politikforschung wird es also auch in Zukunft darauf ankommen, daß generalisierende Aussagen über die staatliche Handlungsfähigkeit und die Anwendbarkeit strategischer Optionen nur unter Bezugnahme auf sektorale und länderspezifische Varianzen formuliert werden können.

Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen

AARP	American Association of Retired Persons
ABPI	Association of British Pharmaceutical Industry
ACHC	Association of Community Health Councils
AEI	American Enterprise Institute
AFL-CIO	American Federation of Labor - Congress for Industrial Organization
AHA	American Hospital Association
AIH	Association of Independent Hospitals
AMA	American Medical Association
AMG	Arzneimittelgesetz
ASI	Adam Smith Institute
BAK	Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
BDA	Bundesverband Deutscher Arbeitgeber
BFAG	Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik
BGA	Bundesgesundheitsamt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BPflV	Bundespflegegesetzverordnung
BMA	British Medical Association
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMFFJG	Bundesministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BUPA	British United Provident Association
CBO	Congressional Budget Office
CDA	Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft
CHCs	Community Health Councils
CHPR	Center for Health Policy Research (AEI)
CHSC	Central Health Services Council
CON	Certificate-of-Need
CPS	Center for Policy Studies
COBRA	Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act
COHSE	Confederation of Health Services Workers
CRD	Conservative Research Department
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DEFRA	Deficit Reduction Act
DHEW	Department of Health, Education and Welfare
DRGs	Diagnostic Related Groups

DHA	District Health Authority
DHSS	Department of Health and Social Services
DHHS	Department of Health and Human Services
DoE	Department of Environment
FAHS	Federation of American Health Systems
FBDZ	Freier Bund Deutscher Zahnärzte
FPCs	Family Practitioner Committees
FTC	Federal Trade Commission
GP	General Practitioner
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMSC	General Medical Services Committee
GRG	Gesundheitsreform-Gesetz
HC	Health Circular
HSSAA	Health and Social Services and Social Security Adjudication Act
HCCA	Hospitals Cost Containment Act
HCFA	Health Care Financing Administration
HCQIA	Health Care Quality Improvement Act
HIAA	Health Insurance Association of America
HIMA	Health Industry Manufacturers Association
HMO	Health Maintenance Organization
HSA	Health Systems Agency
HSB	Health Services Board
HSSA	Health and Social Security Act
HSSB	Health Services Supervisory Board
IEA	Institute of Economic Affairs
IHA	Independent Hospitals Association
IHG	Independent Hospitals Group
IHSM	Institute of Health Services Management
IPA	Independent Practice Association
KAG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MCCA	Medicare Catastrophic Coverage Act

MMC	Monopolies and Merger Commission
MIHs	Multi-Institutional Health Systems
NAHA	National Association of Health Authorities
NALGO	National and Local Government Officers' Association
NCHCT	National Center for Health Care Technology
NHS	National Health Service
NIA	National Insurance Act
NUPE	National Union of Public Employees
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act
OFT	Office of Fair Trading
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMAR	Office of Medical Application Research
OMB	Office of Management and Budget
OTA	Office of Technology Assessment
PIs	Performance Indicators
P.L.	Public Law
PKV	Private Krankenversicherung
PPP	Private Patients Plan
PPAC	Prospective Payment Assessment Commission
PPRC	Physician Payment Review Commission
PROs	Professional Review Organizations
PSROs	Professional Standards Review Organizations
RAWP	Resource Allocation Working Party
RCGP	Royal College of General Practitioners
RCN	Royal College of Nursing
RCP	Royal College of Physicians
RCS	Royal College of Surgeons
RegHA	Registered Homes Act
RHA	Regional Health Authority
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
TEFRA	Tax Equity and Fiscal Responsibility Act
UCR	usual, customary and reasonable
VA	Veterans Administration
VHA	Voluntary Hospitals of America Inc.
WBGH	Washington Business Group on Health
WPA	Western Provident Association

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

	Seite
Abbildung 2.1 Dimensionen der Netzwerkanalyse	38
Abbildung 4.1 Die Struktur des National Health Service 1948 - 1974	107
Abbildung 4.2 Die Struktur des National Health Service 1974 - 1982	109
Tabelle 4.1 Zahl der gesetzlichen Krankenkassen 1980 - 1987	118
Tabelle 4.2 Teilnehmer der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen	124
Tabelle 4.3 Krankenversicherungsschutz der US-Bevölkerung 1983	170
Tabelle 4.4 Charakteristika der Policy-Netzwerke zu Beginn der achtziger Jahre	184
Tabelle 6.1 Ausgaben für den National Health Service 1979 - 1989	230
Tabelle 6.2 Entwicklung der öffentlichen Ausgaben 1978/79 - 1989/90	232
Tabelle 6.3 Finanzierungsquellen des NHS 1979 - 1988 (in Prozent)	234
Tabelle 6.4 Mitglieder der privaten Krankenversicherung 1970 - 1986	243
Tabelle 6.5 Das Wachstum privater Akutkrankenhäuser 1975 - 1988	246
Abbildung 6.1 Aufbau des National Health Service seit 1982	252
Abbildung 6.2 Aufbau des NHS-Management	263
Tabelle 7.1 Ausgaben für Medicare und Medicaid 1973 - 1986	325
Tabelle 7.2 Geschätzte Einsparungen bei Medicare und Medicaid	327
Tabelle 7.3 Kommerzielle Krankenhäuser und Betten 1975 - 1984	352
Tabelle 7.4 Krankenhausketten in den USA 1981 - 1986	353
Tabelle 7.5 Finanzierungsanteile der Gesundheitsausgaben von Arbeitgebern, Beschäftigten und Staat 1950 - 1986	361
Tabelle 8.1 Durchschnittlicher Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen 1970 - 1988	410
Tabelle 8.2 Selbstbeteiligung und andere direkte Belastungen der GKV-Versicherten 1977 - 1985 (in Millionen DM)	414
Tabelle 8.3 Aufwendungen der GKV 1960 - 1986 (in 1 000)	471
Tabelle 8.4 Berechnungen der Bundesregierung über finanzielle Auswirkungen des Gesundheitsreform-Gesetzes	494
Abbildung 8.1 Finanzielle Auswirkungen der Gesundheitsreform	495
Tabelle 9.1 Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in OECD-Ländern 1960 - 1985	510
Tabelle 9.2 Bilanz der untersuchten Entscheidungsprozesse	513
Tabelle 10.1 Veränderungen der Policy-Netzwerke Ende der achtziger Jahre	530