

Manow, Philip

Working Paper — Digitized Version

Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger

MPIfG Discussion Paper, No. 94/5

Provided in Cooperation with:

Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG), Cologne

Suggested Citation: Manow, Philip (1994) : Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger, MPIfG Discussion Paper, No. 94/5, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/125920>

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.

**Strukturinduzierte Politikgleichgewichte:
Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
und seine Vorgänger**

Philip Manow

94/5

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
Lothringer Str. 78
D-50677 Köln
Federal Republic of Germany

MPIFG Discussion Paper 94/5
ISSN 0944-2073
November 1994

(RFC822):	mpi@mpi-fg-koeln.mpg.d400.de	Telephone	0221 / 33605-0
(X400):	S=mpi;O=mpi-fg-koeln;P=mpg;A=d400;C=de	Fax	0221 / 33605-55
(PSI):	PSI%4505011006::MPI		

Abstract

The Health Care Reform Act of 1992 (*Gesundheitsstrukturgesetz*) represented a substantial reform of the German health sector. What factors led to this surprising political success in a policy sector which had long been marked by a multitude of institutional barriers to reform? A comparison with earlier attempts at reform reveals that a major difference was the sequencing of political decisions. It is argued in this paper, that this deviation from prior decision sequences resulted from a change in the character of the governmental decision-making process, which has become increasingly »informal« and »politicized« in recent years. This increase in informality and this change in the sequence of decision making produced perturbations in the »structure-induced« policy equilibrium, which for a long period had only allowed for small and incremental changes of the status quo in the German health care sector.

* * * * *

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat gleich mehrfach langjährige gesundheitspolitische Reformblockaden durchbrochen. In diesem Aufsatz wird nach den Gründen für diesen überraschenden Reformerfolg gefragt in einem Politiksektor, der sich bislang aufgrund seiner institutionellen Gestalt und der in ihm vorherrschenden Interessenkonstellation als ausgesprochen reformresistent erwiesen hatte. Der Vergleich mit vorhergehenden gesundheitspolitischen Reformanläufen zeigt, daß die veränderte Sequenzialisierung exekutiver Entscheidungsprozesse einen wichtigen Erklärungsfaktor für die sehr unterschiedlichen Politikergebnisse der verschiedentlichen Reformversuche darstellt. Die veränderte Sequenz politischer Entscheidungen wird hier als Resultat der zunehmenden »Informalisierung« und »Parteipolitisierung« exekutiver Entscheidungsprozesse interpretiert. Diese zunehmende Informalisierung und Parteipolitisierung hat dabei das »strukturinduzierte Politikgleichgewicht«, das lange Zeit nur inkrementale Status quo-Änderungen im deutschen Gesundheitswesen zuließ, stören können.

94/1522

Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Bibliothek

PLA-4/9405

28325 000

2. Notation: OC

Manow: Strukturinduzierte Politikgleichgewichte 3

Inhalt*

Abstract	2
1. Einleitung	5
2. Die institutionelle Stabilisierung der bundesdeutschen »Koalitionsdemokratie«	7
3. Das Gesundheitsstrukturgesetz und die Informalisierung exekutiver Entscheidungsprozesse	15
3.1 Die koalitionsinterne Einigung	15
3.2 Die Einigung mit der Opposition	24
4. »the perpetual flux of politics«	32
Literatur	34

* Ich bin Andreas Ryll für nie ermüdende Gesprächsbereitschaft, vielfältige Anregungen und Kommentare sehr dankbar. Hilfreiche Kritik kam darüber hinaus von Jens Altemeier, Marian Döhler, Jürgen Feick, Philipp Genschel, Hans-Willy Hohn, Susanne Lütz, Renate Mayntz, Fritz W. Scharpf, Jürgen Wasem und Raymond Werle. Ich danke auch den Herren Franz Knieps, Christoph Hermann und Gunnar Griesewell für ihre Gesprächsbereitschaft. Für verbleibende Fehler und argumentative Mängel bleibe ich allein verantwortlich.

1. Einleitung

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I, 2266-2334) verbundene gleich mehrfache Durchbrechung langjähriger gesundheitspolitischer Reformblockaden machen dieses Gesetz zu einem spektakulären Legislativakt. So wurde mit dem GSG ein kassenartenübergreifender und bundesweiter Finanzausgleich mit weitgehender Kassenwahlfreiheit für die Versicherten eingeführt. Kaum weniger einschneidend sind die für den stationären Sektor beschlossenen Reformen, die die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, eine befristete Ausgabenbedeckelung und mittelfristig entscheidend verbesserte Gestaltungskompetenzen der Kassen in der Krankenhausplanung umfassen. Ausgabenbudgetierungen schließlich wurden auch der Ärzteschaft und der pharmazeutischen Industrie aufgebürdet, was angesichts der ausgeprägten Durchsetzungspotentiale beider Akteure bemerkenswert ist.

Allein dies läßt eine politikwissenschaftliche Beschäftigung mit dem GSG geboten erscheinen. Auf der Suche nach den Gründen für die besondere Regelungreichweite und den grundlegend strukturreformierenden Gehalt des GSG wird hingegen schnell deutlich, daß das GSG von weit allgemeinerem Interesse ist - daß das GSG "auch ein Lehrstück über das politische System der Bundesrepublik" darstellt (Reiners 1993: 1). Denn die Antworten auf die Frage nach den Gründen für die überraschende staatliche Handlungsfähigkeit in einem bekannt reformresistenten Politikbereich werfen selber Fragen auf, die sehr viel grundsätzlicher sind als diejenigen, auf die sie eine Antwort zu geben vermeinen.

So wird das Zustandekommen des GSG vor allem mit Hinweis auf die sozialdemokratische Bundesratsopposition zu erklären gesucht, durch die die traditionelle gesundheitspolitische Blockadefunktion der FDP hätte »ausgehebelt« werden können (Perschke-Hartmann 1993, 1994; Blanke / Perschke-Hartmann 1994; Reiners 1993; Bandelow 1994). So offensichtlich zutreffend wie dieser Hinweis ist, so wenig mag er doch zu erklären, denn offen bleibt hierbei, warum freidemokratische Politikpositionen sich umstandslos überstimmen ließen. Wenn das GSG tatsächlich einen Fall darstellt, bei dem den Christdemokraten die Abstimmung mit der Opposition dazu diente, "koalitionsintern nicht durchsetzungsfähige Positionen" zu realisieren (Blanke / Perschke-Hartmann 1994: 9), bleibt die Außerkraftsetzung all jener institutionellen Vorkehrungen im politischen System der Bundesrepublik zu erklären, die genau diese fallweise Mehrheitsbildung zwischen einer der Koalitionsparteien und der Opposition ausschließen sollen (s. Abschnitt 2). Der Hinweis auf die blockadelösende Rolle der oppositionellen Bundesratsmehrheit erscheint in einer zweiten Hinsicht problematisch: Föderale Abstimmungszwänge gelten nach ganz einhelliger Meinung in der Literatur als strukturkonservierendes Moment. Sie sind ein hemmender Faktor gegenüber grundlegenden Reformen, der - positiv formuliert

- Kontinuität und Stabilität sichert, oder - negativ formuliert - notwendigen Strukturwandel in der Regel blockiert (Miller / Hammond 1987; Riker 1992; Tsebelis 1993; Lehmbruch 1976, 1986; Scharpf 1976, 1985). Die föderalen Entscheidungsverflechtungen in der Bundesrepublik befördern nach überwiegender Einschätzung einen inkrementalen Politikmodus, in dem vornehmlich Niveaufragen einer Entscheidung zugeführt werden können, während Strukturfragen wegen ihren Verteilungswirkungen regelmäßig blockiert sind. Auch in politikwissenschaftlichen Arbeiten über das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist der föderale Staatsaufbau immer wieder als ein besonderer Blockadefaktor gegenüber gesundheitspolitischen Reformen herausgestellt worden (Webber / Rosewitz 1990; Webber 1988, 1989).

Es stellt sich folglich die Frage, warum die für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik regelmäßig identifizierten institutionellen Trägheitsfaktoren »Koalitionsregierung« und »föderaler Abstimmungszwang« beim GSG teils nicht zum Tragen kamen, teils sogar eine genau entgegengesetzte Wirkungsrichtung besessen haben sollen. Es ist die These der nachfolgenden Ausführungen, daß diese überraschende Aussetzung bekannter Reformhemmnisse auf *Formveränderungen* der politischen Entscheidungsfindung zurückzuführen ist. Diese Veränderungen werden nachfolgend als »Informalisierung« und »Parteiopolitisierung« exekutiver Entscheidungsprozesse beschrieben. Zur Plausibilisierung dieser These ist es zunächst notwendig, einen knappen Überblick über die institutionellen Vorkehrungen in der bundesdeutschen »Koalitionsdemokratie« zu geben, die dem für Mehrparteienregierungen grundlegenden Problem wechselnder Mehrheitsbildung entgegenwirken sollen (Abschnitt 2). Insbesondere mit Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse wird der kürzliche Wandel dieser »institutionellen Schutzvorkehrungen« aufgezeigt. In den Abschnitten 3.1 und 3.2 wird der GSG-Entscheidungsprozeß vor dem Hintergrund dieser allgemeineren Überlegungen geschildert, und es werden die Unterschiede zu den Entscheidungsprozessen vorangegangener gesundheitspolitischer Reformenläufe herausgestellt. Die Ergebnisse dieses Vergleichs werden im abschließenden Abschnitt 4 mit Hilfe einer Theorie politischer Institutionen interpretiert, die nicht nur die *handlungsleitenden* und *handlungsbeschränkenden* Funktionen politischer Institutionen betont, sondern den beständigen Interessenkampf um ihre Ausgestaltung hervorhebt.

2. Die institutionelle Stabilisierung der bundesdeutschen »Koalitionsdemokratie«

In dem politischen System der Bundesrepublik mit seinem Vorherrschen von Mehrparteienregierungen lassen sich unschwer eine Reihe institutioneller Vorkehrungen identifizieren, denen ganz offensichtlich eine Schutzfunktion gegenüber der allgegenwärtigen Volatilität politischer Mehrheitsbildung (McKelvey 1976; Schofield 1978; Cohen 1979) und dem Opportunismus der Parteien zuzukommen scheint. Zuallererst sind hier die Koalitionsvereinbarungen zu nennen, deren fester Bestandteil heute die ausdrückliche "Ächtung" wechselnder Mehrheiten bildet (Schulze-Fielitz 1984: 48). Insgesamt haben die Koalitionsvereinbarungen seit 1949 als "verfassungsrechtliche Verträge zwischen den Parteien" (Schneider / Zeh 1989: 1311) einen signifikanten Bedeutungszuwachs erfahren, an dem sich eine Verlagerung der Politikdefinitions Kompetenzen von der Exekutiven auf die Parteien ablesen läßt. Zwar sind die Vereinbarungen nicht einklagbar, "sie haben also nur den Charakter von 'Naturalobligationen'" (ebenda). Ihr Bruch ist freilich "mit einer sehr weitreichenden politischen Sanktion, nämlich dem Ausscheiden des unzufriedenen Partners aus der Regierung, bedroht" (ebenda; s. auch Weingast 1989a: 700-701).

Der Koalitionsvereinbarung mit ihren sowohl inhaltlich-programmatischen Elementen als auch allgemein-prozeduralen Kooperationsversprechen wird Glaubwürdigkeit verliehen durch institutionelle Regelungen, die als "Formen (partei-)politischer Gewaltenteilung" (Schulze-Fielitz 1984: 83) das Überstimmen einer Partei durch die andere verhindern sollen. Hier ist zuallererst die Ressortverteilung zu nennen. Das Regierungsprogramm einer Mehrparteienregierung wird "*policed by the mechanism of portfolio allocation*" (Laver / Shepsle 1990: 874; kursiv im Original). Die Zuweisung von Ressorts auf Parteien ist vor allem ein »credible commitment« der Koalitionspartner untereinander, für die Verfolgung einer bestimmten Politik einzutreten. Koalitionsvereinbarungen sind immer nur »unvollständige Verträge«. Der Notwendigkeit, sich angesichts unvorhergesehener Ereignisse jeweils wieder von neuem auf eine gemeinsame Politik zu einigen, wird durch eine Ressortverteilung Rechnung getragen, durch die die Parteien die »Ausgewogenheit« zukünftiger Einigungen erwarten können. Teil dieses gegenseitigen commitments ist auch die seit 1949 durchgängig verfolgte Praxis, die Position des Vizekanzlers, auf den in Abwesenheit des Kanzlers seine Richtlinienkompetenz übergeht, dem kleineren Koalitionspartner zuzuweisen.

Bei der Ressortzuteilung existieren tradierte parteipolitische Domänen (»Erbhöfe«) in Bereichen, die für die jeweilige Parteiidentität von besonderer Bedeutung sind. Zum Beispiel ist es für den freidemokratischen Koalitionspartner zur Wahrung seines rechtstaatlich-liberalen Images immer wichtig gewesen,

entweder das Innen- oder das Justizressort zu seinem Zuständigkeitsbereich zählen zu können. Dabei ermöglicht auch die verteilte Besetzung von eng verwandten Ressorts oder von Ressorts mit potentiell überlappenden Zuständigkeiten (etwa Finanz- und Wirtschaftsministerium oder Justiz- und Innenressort) "informale institutionalisierte Machtbalancierungen" zwischen den verschiedenen Parteien einer Mehrparteienregierung (Schulze-Fielitz 1984: 82).¹

Über diese parteipolitisch austarierte Zuweisung von Portefeuilles gewinnt auch das von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf in ihren Untersuchungen zu den Entscheidungsprozessen in der bundesdeutschen Ministerialbürokratie entdeckte Vorherrschen eines zwischenressortlichen Abstimmungsmusters der "Negativen Koordination" (Mayntz / Scharpf 1973; Scharpf 1973, 1993, 1994), das zunächst eher als Mittel gegen die immer drohende Entscheidungsunfähigkeit durch Informationsüberladung im politisch-administrativen Entscheidungsprozeß interpretiert wurde, eine parteipolitisch stabilisierende Funktion. Dabei hat die Ressortabstimmung diese restringierende Funktion nicht nur zwischen unterschiedlichen Parteien einer Koalitionsregierung, sondern mitunter auch zwischen verschiedenen Flügeln ein und derselben Partei. So gehörte und gehört das Bundesarbeitsministerium traditionell zum Einflußbereich des christdemokratischen Gewerkschaftsflügels (CDA), während das Bundeswirtschaftsministerium und / oder das Bundesfinanzministerium als »countervailing power« im Einflußbereich von Mittelstandsvereinigung und christdemokratischer Arbeitgeberfraktion steht.

Die spezifische parteipolitische Zuweisung und Diversifikation von Portefeuilles an Parteien einer Mehrparteienregierung, in der Bundesrepublik ergänzt durch einen regionalen, konfessionellen und zunehmend auch geschlechtlichen Proporz, mit dem die großen Volksparteien ihren inneren Zusammenhalt abzusichern suchen, muß also als funktionales Äquivalent zur Aufspaltung von Policy-Zuständigkeiten (»jurisdictions«) auf Committees in einer präsidential geprägten Regierungsform wie dem US-amerikanischen System verstanden werden (Laver / Shepsle 1990: 888, 1993; Austen-Smith / Banks 1990: 891-892; Weingast 1989a: 699-701; Moe 1990: 238-242). Sie bringt Stabilität, weil sie Veto-Möglichkeiten in den von einer Partei oder von einem bestimmten Parteiflügel besonders valuierten Policy-Bereichen sichert. "One consequence of portfolios ... is to inhibit the ability of a coalition, acting as a government, to select from *the set of all possible policy outcomes*, since the only implementable outcomes for the

1 Zu dieser für das Justiz- und Innenressort und das Wirtschafts- und Finanzressort seit 1949 annähernd durchgängigen Praxis siehe die Übersicht im Datenhandbuch zur Geschichte des Deutschen Bundestages (1984: 304-321).

coalition are those generated by some allocation of portfolios among its members" (Austen-Smith / Banks 1990: 892; Hervorhebung des Verf.).

Zwar ist es - zumindest für den deutschen Fall - sicherlich unzutreffend, die politische Macht eines Ministers in seinem jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit der eines "policy dictators" gleichzustellen.² Die Trias von Ressort-, Kabinett- und Kanzlerprinzip moderiert hier Ressort- und dadurch auch Parteipartikularismen, weil ansonsten die vollkommene politische Handlungsunfähigkeit drohen würde (s. klassisch schon Böckenförde 1964: 168-173; Achterberg 1987). Auch hier ist eine latent immer vorhandene, bei politischen Problemen aktivierbare und je nach politischem Stellenwert variierbare "hierarchische Einbettung" (Scharpf 1993: 70-71, 1994: 36-41) der ansonsten nach Ressortabgrenzungen fragmentierten und partikularisierten Zuständigkeiten zu konstatieren. So gibt es keine uneingeschränkte Verfügungsgewalt einer Partei über ein Ressort und damit über einen ressortspezifischen Politikbereich. Diese nimmt ohnehin dann ab, wenn bestimmte Entscheidungsfragen mit hoher politischer Dringlichkeit und Wertigkeit getroffen werden müssen (Mayntz 1980). Böckenförde spricht von der "Polarisierung der Regierungsstruktur in Kanzlerprärogative auf der einen und Ressortselbständigkeit auf der anderen Seite" (1964: 175). Wegen des ausnahmslosen Vorherrschens von Koalitionsregierungen in der Bundesrepublik vermittelt zwischen diesen Polen weniger das Kabinett als Kollegialorgan, sondern zunehmend eine Reihe von "extra-konstitutionellen Beratungs-, Abstimmungs- und Entscheidungsgremien" (Schulze-Fielitz 1984: 93), die der Konsensfindung der Koalitionspartner dienen (hierfür detailreich und instruktiv Rudzio 1991; aus der Insider-Perspektive Schreckenberger 1992).

Aber selbst im Falle der verstärkten Inanspruchnahme der sogenannten Richtlinienkompetenz des Kanzlers bei drängenden und umstrittenen Entscheidungen wird diese im Regelfall nicht in Form einseitiger Positionsnahme im koalitionsinternen Streit exekutiert, sondern als Kompromißhandeln und der Handlungsfähigkeit der Regierung als Ganzem verpflichtet. Die Richtliniensetzung bleibt selber informell und »negatorisch« an die Koalitionsvereinbarung gebunden, die der Sache nach ja "nichts anderes [ist] als eine Vereinbarung über die 'Richtlinien der Politik'" (Huber zitiert nach Achterberg 1987: 639; Wewer 1990: 146-147). Zwar wird Entscheidungsbedarf gerade immer dann bestehen, wenn Koalitionsvereinbarungen keine hinreichend detaillierte Handhabe für den Umgang mit neuartigen Problemlagen bieten, aber zugleich erscheinen Richtlinien schwer denkbar, die dem »Geist und Inhalt« der Koalitionsvereinbarung offensichtlich entgegenstehen. Somit definiert die genannte Prinzipien-

2 So die von Laver / Shepsle (1990: 888, Fn. 2) selbst als "highly stylized" bezeichnete Modellannahme.

trias von Kanzler-, Kabinett- und Ressortprinzip ein flexibles Entscheidungskompetenz-Zuweisungssystem, das aber ohne Zweifel *im politischen Normalfall* dem Ressort weite Politikkompetenzen im Sinne der »Power to propose, to negotiate and to formulate« zuweist und dem Ressort auch *im politischen Ausnahmefall* eine bedeutsame »Power to veto« beläßt.

Institutionell abgesichert sind die koalitionsinternen Entscheidungsverflechtungen bspw. durch das sogenannte Kreuzstichverfahren, das Ministern der einen Partei oft einen (meist parlamentarischen) Staatssekretär anderer Parteizugehörigkeit mit »Aufpasserfunktionen« beordnet (Schulze-Fielitz 1984: 83): "Die konkurrierenden Parteien bewachen sich gegenseitig" (Grimm 1983: 370). Der »Kreuzstich« ist aber nicht unbedingt nur auf der Staatssekretärebene zu finden, sondern ist - wie in der hier interessierenden Gesundheitspolitik - zuweilen auch auf Abteilungsleiter- oder Unterabteilungsleiterebene »eingestickt«. An diesem Verfahren zeigt sich auch, daß mit der Zuweisung eines Ressorts auf eine Koalitionspartei nicht ihre unbeschränkte Verfügungsgewalt über diesen Policybereich (so Laver / Shepsle 1990, 1993; Weingast 1989a), sondern im Konfliktfall nur ein institutionalisiertes Vetorecht für ihn betreffende politische Entscheidungen verbunden ist.³

Das Kreuzstichverfahren kann als ein Indiz für die generell beobachtbare Entwicklung gelten, daß die im Verfassungsrecht enthaltenen, regierungsinternen »checks and balances« zunehmend überformt, zum Teil substituiert werden durch ein Netz von informalen Entscheidungsregeln, die den Parteienwettbewerb koalitionsintern domestizieren sollen (Grimm 1983: 352-372; Wewer 1990). Diese institutionellen Regelungen sollen als gewachsene Reziprozitätsregeln und Proporzprinzipien den vertrauensvollen Umgang der Koalitionspartner miteinander erleichtern und vor dem ständig drohenden Durchbruch der in einer Wettbewerbsdemokratie strukturell angelegten »Eigennutzorientierung« der Parteien schützen.⁴ Ausdruck dieser Entwicklung ist auch die immer deut-

3 Wird dieses Vetorecht durch Kanzler- und Kabinettsentscheid übergegangen, ist dies in dem politischen System der Bundesrepublik regelmäßig Anlaß für den Rücktritt des Ministers.

4 Eine andere Klasse von Proporzregeln, die die jeweilige parlamentarische Opposition einbezieht (und die in Schulze-Fielitz 1984 ebenfalls eine ausführliche Darstellung erfahren hat), ist als Reaktion auf die demokratischen Systemen inhärente "political uncertainty" zu verstehen (Moe 1990: 226-228, 242-248). Zu ihr zählen die informalen Proporzregeln bei der Berufung von Bundesrichtern, Rundfunkintendanten, bei der Besetzung der Leitung von Bundesbehörden (etwa Bundesrechnungshof, Verfassungsschutz) usw. usf. Sie prägen auch die Parlamentspraxis (hierzu insbesondere Schulze-Fielitz 1989). Hier ist die populäre, allein auf Ämterpatronage abstellende Kritik (»der Staat als Beute der Parteien«) oberflächlich.

licher sichtbare "Verlagerung politischer Entscheidungen in Gremien, deren Zusammensetzung und Logik sich parteipolitischen Kalkülen, nicht aber einer staatsrechtlichen Logik organschaftlichen Zusammenwirkens verdankt" (Schulze-Fielitz 1988: 257, 1984: 92-93; Rudzio 1971, 1991; Wewer 1990). Kennzeichen dieser informellen Gremien zwischenparteilicher Koordination wie der »kleinen« und »großen Kanzlerrunden«, denen in Bereichen mit spezialisierterem Aufgabenzuschnitt sogenannte Koalitionsarbeitsgruppen oder fraktionsübergreifende Arbeitskreise entsprechen, ist die prominente Repräsentation der Parteien in Person der Parteivorsitzenden und Fraktionsvorstände bzw. der jeweiligen Fraktionsexperten in den betroffenen Politikbereichen, die zusammen mit Vertretern der Exekutiven grundsätzliche politische Weichenstellungen treffen.⁵ Während die Kanzlerrunden oder Koalitionsgespräche heute normalisierte Instanzen im exekutiven Entscheidungsverlauf sind und somit als integrierte Version des vormals eher formalisierten, externen Gremiums des Koalitionsausschusses gelten können (Rudzio 1971, 1991; Bermbach 1970), sind die Koalitionsarbeitsgruppen und Arbeitskreise Ausdruck und Reflex des politischen Entscheidungssystems auf seine zunehmende Ausdifferenzierung in Politikfelder mit je eigenen Akteur- und Interessenkonstellationen (Lehmbruch 1979, 1987).

Wie für andere bedeutende Gesetzesvorhaben der jüngeren Vergangenheit (etwa die Steuerreform) so ist auch für zwei der letzten großen sozialpolitischen Reformen, das Gesundheits-Reformgesetz und die Rentenreform '92, die zunehmende Bedeutung solcher Koalitionsarbeitsgruppen übereinstimmend vermerkt worden (Wasem 1991: 74-75; Döhler / Manow-Borgwardt 1992: 87; Knieps 1989: 40-50, 1990: 13-14; Nullmeier / Rüb 1993: 187 ff.), und auch für das GSG - so wird weiter unten gezeigt werden - trifft die These von ihrem gewachsenen politischen Gewicht zu. Ihr Aufkommen und Bedeutungszuwachs markiert eine *Parteipolitisierung* der exekutiven Entscheidungsprozesse, mit der eine Verflüssigung von formell institutionalisierten, etwa über Ressortzuständigkeiten definierten Einfluß- und Einspruchsmöglichkeiten einhergeht. Dabei ist die Parteipolitisierung kein pauschaler Trend, sondern von Politikfeld zu Politikfeld unterschiedlich ausgeprägt und im Zeitverlauf schwankend. Für ihren Ausprägungsgrad scheint zum einen von Bedeutung, wie weit die jeweiligen programmatischen Positionen innerhalb einer Koalitionsregierung auseinanderliegen, d.h., wie stark (und wie aktuell) der gegenseitige Kontrollbedarf ist. Dar-

5 Schreckenberger sieht in den regelmäßigen Koalitionsgesprächen gar das heute "wichtigste Beratungs- und Entscheidungsorgan im Rahmen des parlamentarischen Regierungssystems. Sie sind so sehr in die Entscheidungspraxis der Regierung eingedrungen, daß man sie als ein quasi-staatliches Entscheidungsorgan charakterisieren kann. ... Die Koalitionsrunden haben sich ... zu einer Art »Lenkungsausschuß« fortentwickelt" (1992: 152; Hervorhebung im Original).

über hinaus ist entscheidend, inwieweit das betreffende Ressort aufgrund seines Aufgabenzuschnitts ohnehin in ein abgestimmtes regierungsinternes Entscheidungsverfahren eingebunden ist oder durch spezifische Umweltbeziehungen - etwa als traditionelles Klientel-Ministerium - eine größere binnenexekutive Entscheidungsautonomie besitzt. Hier ist eher mit dem "Abdriften einzelner Politikmaterien aus dem regierungsprogrammatischen Rahmen zu rechnen" (Murswieck 1990: 162) und der parteipolitische Kontrollbedarf mithin erhöht. Die Vermutung erscheint begründet, daß sich institutionelle Vorkehrungen zur Sicherung koalitionsinterner Ausgewogenheit um so deutlicher ausgebildet finden, je stärker die Verflechtungen zwischen dem Politikfeld und dem betreffenden Ressort ausgeprägt sind, je stärker das Ressort aus einem einheitlichen Verwaltungsverbund »ausdifferenziert« ist (Lehmbruch 1987).

In der hier interessierenden Sozial- und Gesundheitspolitik bestehen nun *sowohl* eine große programmatische Entfernung zwischen CDU / CSU und FDP *als auch* eine vergleichsweise hohe Entscheidungsautonomie des (der) christdemokratisch geführten Ressorts. Das Außenverhältnis des Bundesarbeitsministeriums (heute zusätzlich des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)) ist zwar sicherlich nicht als klientelistisch zu bezeichnen, doch bildet die Sozialversicherung einen im Vergleich klar abgegrenzten Zuständigkeitsbereich, durch den konkurrierende Regelungsansprüche anderer Ressorts immer erfolgreich abgewehrt werden konnten. So ließ sich durch den parafiskalischen Status der Sozialversicherung ein ausschließlicher Zuständigkeitsanspruch gegenüber dem Finanzressort gut begründen, während die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane einer advokatorischen Vertretung von Arbeitgeberinteressen durch das Wirtschaftsministerium viel von ihrer Legitimität nahm.

Dies alles macht erklärlich, warum in der Gesundheitspolitik die Aufwertung parteipolitisch geprägter Entscheidungsgremien mit der ausdrücklichen Absicht erfolgte, eine ansonsten vom zuständigen Ressort dominierte, von einem der Koalitionspartner als zu »einseitig« bewertete Politik stärker im Sinne koalitionsinterner Ausgewogenheit zu kontrollieren. Dennoch darf man sich das Verhältnis von exekutivem und parteipolitischem Einfluß nicht als einfaches Null-Summenspiel vorstellen, bei dem der eine nur auf Kosten des anderen hinzugewinnen kann. Wie weiter unten deutlich werden wird und wie auch schon für das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) (Döhler / Manow-Borgwardt 1992: 87) und für das Rentenreformgesetz vom 18.12.1989 (RRG '92) (Nullmeier / Rüb 1993: 189) vereinzelt vermerkt wurde, kann die Informalisierung von politischen Entscheidungsverläufen auch einen (beim GSG: außerordentlichen) Zuwachs an ministerialbürokratischer Durchsetzungskraft verursachen.

In der Summe ergibt sich das hier nur skizzenhaft entworfene Bild mehrfach abgesicherter *koalitionsinterner* Konsenszwänge, die teilweise die politische

Abstimmung mit funktional und territorial definierten gesellschaftlichen Interessenpositionen überlagern, sie teilweise verstärken und teilweise zusätzlich zu ihnen auftreten. Dabei macht die ausgewogene Verteilung von internen Vetopositionen eine parteipolitisch einseitige Interessendurchsetzung etwa durch wechselnde Mehrheitsbildung ausgesprochen unwahrscheinlich. Entstehungsgrund und Zweck dieses Zusammenspiels von informalen und formalen Regeln in der Regierungspraxis der Bundesrepublik ist - in transaktionskosten-theoretischer Argumentation - die Sicherung der "gains from exchange" zwischen den Parteien (Weingast 1989a). Eine Mehrparteienregierung erlangt nur dann Stabilität und kann nur dann ihre gemeinsamen politischen Ziele verfolgen, wenn Regeln die »Vereinbarungstreue« der Parteien sichern.⁶ Dabei ist die Aussicht auf eine stabile Kooperationsbeziehung eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür, daß politische Zugeständnisse der einen Partei in Erwartung eines intertemporalen Interessenausgleichs gegeben werden können.⁷

Die seit der Landtagswahl in Hessen vom 20.01.1991 bestehende (und seit der Landtagswahl in Rheinland-Pfalz vom 21.04.1991 noch einmal beträchtlich ausgeweitete) oppositionelle Bundesratsmehrheit hat nun auch im Falle des Gesundheitsstrukturgesetzes dem Tabu der fallweisen Kollusion des einen oder anderen Koalitionspartners mit der jeweiligen Oppositionspartei die Notwendigkeit gegenüber gestellt, für das politische Reformvorhaben der Regierung die Zustimmung der Mehrheit der Länder und hierüber auch der Oppositionspartei zu finden. Da insbesondere in sozialpolitischen Fragen die beiden großen Volksparteien sehr viel größere programmatische Übereinstimmung aufweisen, als jede von ihnen mit dem Freidemokraten besitzt (s. für die Gesundheits- und Rentenpolitik Manow 1994: 28-35), ergeben sich hier politische Kompromißzwänge, die von den Mitgliedern der christlich-liberalen Koalition sehr unterschiedlich bewertet wurden. Diese Situationen mit koalitionsintern ungleicher

6 Dies hat auch die durch den informellen Fraktionszwang ermöglichte interne Verpflichtungsfähigkeit der Parteien zur Voraussetzung.

7 Es ist offensichtlich, daß die institutionellen Eigenheiten des bundesdeutschen politischen Systems hier vornehmlich mit theoretischem Rekurs auf das Konzept des »structure induced equilibrium« von Kenneth Shepsle und Barry Weingast erklärt werden (vgl. hierzu Shepsle / Weingast 1981, 1984a, 1984b, 1987; Shepsle 1986; Weingast 1989a, 1989b; Weingast / Marshall 1988; eine kritische Diskussion bei Moe 1990). Ausgehend von der generellen Instabilität politischer Mehrheitsbildung (s. die »chaos theoreme« von McKelvey 1976; Schofield 1978; Cohen 1979) akzentuiert dieser Ansatz die stabilitätsgenerierende Funktion politischer Institutionen a) durch die Partionierung eines ansonsten zu weitgefaßten politischen Entscheidungsraumes und b) durch Zugangsbeschränkungen zu den somit voneinander entkoppelten politischen Agenden.

Verteilungswirkung bilden eine besondere Herausforderung für den regierungsinternen Interessenausgleich und stellen die politische Kompromißfindung vor gesteigerte Anforderungen. Institutioneller Ort für die prekäre Interessenvermittlung zwischen Bundesregierung und Länderparlament ist im Normalfall⁸ der Vermittlungsausschuß (VA) nach Artikel 77 Abs. 2 GG (s. etwa Dietlein 1989; Schäfer 1982: 203-209). Auch im Vermittlungsausschuß garantieren eine Reihe prozeduraler Regeln (bspw. Weisungsfreiheit der Mitglieder, qualifiziertes Quorum für Einigungsvorschläge, im Turnus wechselnder Vorsitz und die Möglichkeit, verbindliche Paketlösungen zu schnüren),⁹ daß nur sehr breit konsentrierte Lösungen einigungsfähig sind. Hinzu kommt eine vertrauliche, von der Öffentlichkeit abgeschirmte Atmosphäre, die eine konsensualistische Handlungsorientierung der Beteiligten fördern soll.¹⁰

Das Gegeneinander-Ausspielen der Akteure ist mithin auch im Vermittlungsausschuß institutionell ausgesprochen unwahrscheinlich gemacht. Der VA ist vielmehr ein "Katalysator der politischen Harmonisierung" (zitiert nach Schulze-Fielitz 1988b: 296). Dort, wo die koalitionsinternen *und* die zwischen Regierung und Opposition bestehenden Abstimmungszwänge nicht zu einer vollkommenen Entscheidungsblockierung führen, und dies ist seit 1972 eher selten der Fall gewesen, befördern seine prozeduralen Regelungen vielmehr die "Tendenz zur faktischen 'Allparteienmehrheit'" (stellvertretend für viele Thaysen 1985: 10; s. generell Lehbruch 1976). Dies rechtfertigt die Einschätzung, daß in dem bundesdeutschen Föderalismus eine oppositionelle Bundesratsmajorität nach dem parlamentarischen, von "Wettbewerbsregeln mit abschließendem Mehrheitsentscheid" geprägten Verfahren ein weiteres Entscheidungsverfahren "nach

-
- 8 Wie weiter unten ersichtlich werden wird, wird hier dem Umstand einige Bedeutung zugemessen, daß im Falle des Gesundheitsstrukturgesetzes der Vermittlungsausschuß nicht Ort politischer Kompromißbildung war.
- 9 Durch die Anordnung "gemeinsamer Abstimmung" verschiedener Änderungsvorschläge im Bundestag laut § 10 Abs. 3 Satz 1 Geschäftsordnung Vermittlungsausschuß läßt sich verhindern, daß im nachhinein ein "Gesamtkompromiß durch teilweise Annahme und teilweise Ablehnung ausgehöhlt wird" (Dietlein 1989: 1577).
- 10 Sie wird offensichtlich auch gerade *über den Ausschluß von Sachexperten* erreicht. So etwa Dietlein (1989: 1566): "Der Vermittlungsausschuß ist kein Expertengremium, sondern Instrument der politischen Kompromißfindung. Deshalb schränkt insbesondere § 4 Geschäftsordnung Vermittlungsausschuß den häufigeren Wechsel der Mitglieder ein und verhindert, daß je nach den anstehenden Vorlagen in den Vermittlungsausschuß Fachleute entsandt werden, deren politische Kompromißfähigkeit durch auf Details fixierte Expertenvorstellungen überlagert sein könnte".

dem Aushandlungsprinzip mit Konsenserfordernis" erzwingen kann (Grimm 1983: 364; Scharpf 1989: 131).

3. Das Gesundheitsstrukturgesetz und die Informalisierung exekutiver Entscheidungsprozesse

3.1 Die koalitionsinterne Einigung

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen besitzt das GSG einen teils exzeptionellen Status, teils erscheint es nur als besonders konsequente Fortentwicklung oben angedeuteter institutioneller Wandlungstendenzen. Dies wird bereits hinreichend deutlich, wenn man nur die wichtigsten Stationen des Gesetzgebungsverfahrens knapp rekonstruiert: Am 27.04.1992 wird der Rücktritt von Bundesgesundheitsministerin Hasselfeld (CSU) offiziell bekannt. Als ihr Nachfolger wird noch am selben Tag der parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit, Horst Seehofer (CSU), benannt. Trotz der vordergründig persönlichen Gründe für den Rücktritt, war offensichtlich, daß ihm strukturelle Ursachen und grundsätzliche Probleme zugrunde liegen. In einschlägigen Zeitungskommentaren wird der Rücktritt als Anzeichen dafür gewertet, daß sich die Regierung *wie in der Asylpolitik und bei der Pflegeversicherung ... in der Gesundheitspolitik seit geraumer Zeit in der Sackgasse befindet*.¹¹ Zwischen den Bonner Koalitionsparteien liegen *die Denkansätze für weitere kostendämpfungspolitische Maßnahmen im Gesundheitswesen weiterhin meilenweit auseinander*. Deswegen auch *darf bezweifelt werden, ob es dem neuen Gesundheitsminister Seehofer gelingen wird, die Gegensätze in der Koalition zu überwinden. Denn eine einvernehmliche Lösung ist nur mit Hilfe des Kanzlers und der FDP, mit einem gemeinsamen Kraftakt der Koalition, zustande zu bringen*. Die Prognose schien einfach, die Prognosesicherheit hoch: *Am Ende wird es wieder nur einen faulen Kompromiß geben*. Derweil schwankten die Vorhersagen für das erwartete Finanzdefizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 1992 zwischen 10 bis 14 Mrd. DM. Eine Erhöhung des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes von 12,5 auf 13% und höher schien unumgänglich.

Nur wenige Tage nach der Amtseinführung Seehofers am 6. Mai erfolgte am 11. Mai eine schnell als *gesundheitspolitischer Maulkorberlaß* bezeichnete Koali-

11 Ich habe darauf verzichtet, jedes der Zitate mit Fundstelle zu belegen. Alle Zitate sind entnommen aus der AOK-Presseschau der Nummern 79 / 1992 bis 192 / 1992. Die direkten Zitate sind kursiv gesetzt.

tionsabsprache, auf öffentliche Stellungnahmen schriftlicher oder mündlicher Art zu den jetzt unmittelbar geplanten Reformmaßnahmen bis auf weiteres zu verzichten. Zugleich wurde bereits die Terminplanung für das weitere Vorgehen bekanntgegeben: Für den Monat Mai wurden mehrere Klausursitzungen einer Koalitionsarbeitsgruppe angesetzt. Vom 13. bis 15., vom 21. bis 22. und vom 25. bis 29. Mai sollte die neue Gesundheitsreform *in internen Sitzungen abgeseget werden*. Mitglieder dieser Koalitionsarbeitsgruppe waren jeweils vier Vertreter der drei Koalitionsfraktionen.

Der nachstehende Überblick dokumentiert die personale Übereinstimmung zwischen der »Koalitionsarbeitsgruppe GSG« (12 Parlamentarier) mit den vorangegangenen Koalitionsarbeitsgruppen »RRG '92« und »GRG« (jeweils sechs Parlamentarier).¹² Die Teilnahme an zwei oder allen drei Arbeitsgruppen ist hell hervorgehoben. Neben dem im Vergleich erweiterten Umfang der GSG-Arbeitsgruppe ist bemerkenswert, daß bereits in dieser frühen Phase der Politikformulierung durch die Hinzuziehung der Sozialminister von Mecklenburg-Vorpommern (Klaus Gollert, FDP) und Sachsen (Hans Geisler, CDU) die Abstimmung mit Länderinteressen angestrebt wurde.¹³

12 Die persönlichen Erfahrungen, die Gesundheitsminister Seehofer als Mitglied der beiden Koalitionsarbeitsgruppen »RRG '92« und »GRG« hatte sammeln können, haben den Entscheidungsverlauf und -stil beim GSG erheblich beeinflußt (s. etwa das Interview mit Seehofer in der Süddeutschen Zeitung vom 20./21.06.1992: 11). Prägend waren dabei zum einen die Negativ-Erfahrungen mit der Gesundheitslobby und den parteipolitischen Partikularinteressen beim GRG. Zum anderen aber hatte das Rentenreformgesetz die Möglichkeit eines parteiübergreifenden Konsenses bei einem umfassenden sozialpolitischen Reformwerk mit bedeutendem leistungsrechtlichen Eingriff aufgezeigt.

13 Die frei- und christdemokratischen Ländervertreter bildeten hier die parteipolitische Ergänzung zu dem bayerischen Sozialminister Glück (bzw. seiner Stellvertreterin StaSekr. Barbara Stamm). Bei der CSU ist es traditionsreiche Praxis, Ländervertreter auch in eigentlich parlamentarische Entscheidungsgremien auf Bundesebene zu entsenden, die in sich die Funktion von Berichterstattern für die bayerische Landesregierung und Vertretern der Landesinteressen vereinen.

Überblick 1: Personelle Überschneidungen zwischen den Koalitionsarbeitsgruppen »Gesundheits-Reformgesetz«, »Rentenreform« und »Gesundheitsstrukturgesetz«

	GRG	RRG '92	GSG
Minister	Blüm	Blüm	Seehofer
Staatssekretär	Jagoda	Jagoda	Wagner
Abteilungsleiter	Jung	Niemeyer	Schulte
CDU	Günther	Günther	Jagoda
CDU	Süßmuth	Kolb	Hoffacker
CDU	-	-	Lohmann
CDU	-	-	Sopart
CDU	-	-	Geisler
CSU	Seehofer	Seehofer	Scheu
CSU	Glück/Stamm	Glück/Stamm	Glück/Stamm
CSU	-	-	Keller
CSU	-	-	Zöller
FDP	Cronenberg	Cronenberg	Cronenberg
FDP	Thomae	Heinrich	Thomae
FDP	-	-	Menzel
FDP	-	-	Friedhoff
FDP	-	-	Gollert

Dieses Procedere alarmiert die Interessenverbände. Es besteht die große Gefahr - so warnt mit einiger Hellsicht der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Oesingmann, am 11.5. vor der KBV-Vertreterversammlung, 'daß nach Beendigung des dreiwöchigen Tauziehens um eine politische Einigung das Handlungskonzept zur Bewältigung des Kostenanstiegs in der Krankenversicherung so fest gezurrt sein wird, daß wir vor vollendete Tatsachen gestellt werden' ... Die Mediziner sind vor allem bestürzt, daß die FDP, die bisher in allen Auseinandersetzungen um Sparmaßnahmen die Interessen der Ärzte vertreten hat, die Vereinbarung über die Klausurberatungen mitträgt.

Derweil ist schon zu Beginn der Klausurtagungen der Koalitionsarbeitsgruppe (am Nürburgring) ein unionsinterner Konsens hergestellt. Zusätzlich hat sich Seehofer die Unterstützung von Bundeskanzler Kohl für seinen Sparkurs mit dem Argument gesichert, daß durch die seit dem Rentenreformgesetz bestehende Nettorentenanpassung die Rentenerhöhung im Wahljahr 1994 um so niedriger ausfällt, je stärker sich die Beitragssätze in der Sozialversicherung entwickeln. *Die Union könne sich Netto-Rentenerhöhungen von möglicherweise unter 2% im Wahljahr politisch nicht leisten.* In den ersten Junitagen wurden die Ergebnisse bekannt, die die Koalitionsarbeitsgruppe in ihren Klausursitzungen getroffen hat. Bevor sie überhaupt öffentlich wurden, hatten das FDP-Präsidium und der CDU-Fraktionsarbeitskreis Gesundheit ihnen bereits am Montag, den 1.6. zugestimmt. Nach einem Koalitionsgespräch unter Leitung des Bundeskanzlers fanden die Ergebnisse am 3. Juni auch die Zustimmung der Fraktionen von CDU/CSU und FDP. In einer ersten Stellungnahme kündigte der sozialpolitische Experte der SPD-Fraktion Dreßler das Bundesratsveto der SPD-geführten Länder gegen die gesundheitspolitischen Maßnahmen der Bundesregierung an. Ende Juni lehnte die SPD das gesundheitspolitische Reformvorhaben der Regierungskoalition auch in einem offiziellen Präsidiumsbeschluß ab und kündigte ihr Bundesratsveto an.

Die Einigung der Arbeitsgruppe trug hingegen alle Merkmale eines politischen Kompromisses, bei dem insbesondere der FDP schon weite Zugeständnisse abgerungen wurden (s. Vereinbarung 1992). Der geplanten Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung im Krankenhaus und bei den Arzneimitteln (nun auch für Festbetragsarzneien) und der Aufteilung von Wahl- und Grundleistung im zahnmedizinischen Bereich stand das eher traditionelle, zunächst auf drei Jahre veranschlagte Kostendämpfungsinstrument durch Deckelungen und Budgetierungen bei den Arzneimitteln, den Ärztehonoraren, den Krankenhauskosten und erstmals auch bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen gegenüber. Eine tiefgreifende Strukturänderung fand sich hingegen im Krankenhausbereich mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips: Der pauschale Pflegesatz sollte ab 1996 durch differenzierte Fallpauschalen und Sonderentgelte ersetzt werden. Zusätzlich erfolgte eine (leichte) Einschränkung der Planungshoheit der Länder und eine (leichte) Ausweitung der Finanzierungszuständigkeiten der Kassen bei verstärkter Möglichkeit zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Krankenhausbereich. Strukturelle Änderungen waren auch durch verbindliche und recht restriktive Regelungen zur ärztlichen Bedarfsplanung angezeigt. Die Reformen an den Kassenstrukturen (Wahlrecht der Arbeiter und kassenarteninterne oder kassenarten-übergreifende Finanzausgleiche) waren noch nicht konkret geregelt, sondern lediglich in Aussicht gestellt. Das unmittelbare Sparvolumen des Reformgesetzes wurde mit 11,4 Mrd. DM beziffert. Die bspw. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie als *asymmetrisch* beklagte Verteilung dieser Sparlast sah ein Verhältnis von 3,2 Mrd. (Patienten / Versicherte)

zu 8,2 Mrd. (Anbieter) vor und mithin eine andere »Operationalisierung« des Kriteriums der sozialen Ausgewogenheit, als das noch im Falle des GRG - nie eingelöste - Versprechen einer gleichen Belastung von Patienten und Anbietergruppen.

Zugeständnisse in den nachfolgenden Gesprächen mit den Interessengruppen waren nun an eine anspruchsvolle Voraussetzung geknüpft. Jegliche Änderungsvorschläge der Verbände mußten nicht nur einen vergleichbar hohen Sparbeitrag leisten, sondern zusätzlich die »Tauschgerechtigkeit« zwischen den Koalitionspartnern berücksichtigen, also die Balance an wechselseitigen parteipolitischen Zugeständnissen wahren. *Wenn wir nur einen Baustein herausreißen, stürzt das ganze Konzept* - so brachte der BMG-Staatssekretär Baldur Wagner die politischen Konsenserfordernisse auf den Punkt (Interview mit der Ärzte-Zeitung vom 5. / 6. Juni 1992). Diese anspruchsvolle Bedingung *konsensfähiger Alternativen* wirkte als faktische Ausschlußregel und Vorschläge der Interessenverbände, die das koalitionsinterne Gleichgewicht bedrohten, beförderten eher eine »politische Schließung« der Koalitionspartner. Diese schon an der Verfahrenswahl einer Klausur besonders sinnfällig werdende politische Schließung der Parteien gegenüber den Verbänden war von einiger Bedeutung in einem Politikfeld, dessen lang anhaltende Reformresistenz auf die regelmäßige Bildung von "Querkoalitionen" zwischen Interessenverbänden, Parteien und - fallweise - der Länderopposition im Bundesrat beruhte (Mayntz / Scharpf 1994: 12, 32; Mayntz 1990).

So wurde mit jeweils einmonatigem Abstand am 14. Juli der Referentenentwurf vorgelegt und am 14. August der Regierungsentwurf dem Bundesrat zugeleitet, ohne daß es den gesundheitspolitischen Interessenverbänden gelang, substantielle Änderungen gegenüber dem im Mai getroffenen Koalitionskompromiß durchzusetzen. Dort, wo etwa auf Intervention der KBV ein individueller Regreß bei Überschreitung ärztlicher Arzneimittelbudgets durch einen kollektiven Regreß ersetzt wurde, entsprach dieses »Zugeständnis« recht genau den zuvor formulierten Bedingungen: *Über das grundsätzliche Konzept zur Kostendämpfung werde die Bundesregierung nicht mit sich reden lassen. Flexibilität ... bestehe aber in der Methodik* (Staatssekretär Wagner in der Ärzte-Zeitung vom 5. / 6. Juni 1992).

Der Kontrast zum Entscheidungsverfahren beim Gesundheits-Reformgesetz, das als ein Prozeß der zunehmenden "Entstellung" des ursprünglichen gesundheitspolitischen Reformvorhabens beschrieben wurde (Webber 1989: 273-296, Zitat von Seite 273; Döhler 1990: 484-502; Wasem 1991; Knieps 1989, 1990), ist evident. Bei dem GRG ließ das beständig in der Schwebe gehaltene politische Kompromißbildungsverfahren der Koalitionsparteien das Gesetz schließlich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner konvergieren. Die Einigung zwischen den Koalitionsparteien blieb "aufgrund immer wieder aufbrechender Meinungs-

verschiedenheiten ein konturloses Gebilde. So ... blieben teils positive, teils negative 'Salden', die naturgemäß Nachbesserungswünsche verursachten, was wiederum von den Verbänden als Ansatzpunkt für die Realisierung ihrer eigenen Forderungen genutzt werden konnte" (Döhler 1993: 8). Wiederholt wurde es notwendig, bereits gefundene Paketlösungen wieder aufzuschnüren, weil mittlerweile deren Geschäftsgrundlage entfallen war: So wollte etwa die FDP dem geplanten kassenfinanzierten Pflegegeld für Schwerstpflegebedürftige nur zustimmen, wenn im Krankenhaussektor substantielle Reformen an dem dualen Finanzierungsmodus erfolgen. Den CDU-Sozialausschüssen erschienen die von der FDP durchgesetzten erhöhten Selbstbeteiligungsregelungen im Arznei- und Krankenhausbereich allein dann tragbar, wenn mit dem GRG das kassenfinanzierte Pflegegeld und die Aussicht auf eine gesetzliche Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung festgeschrieben würde. Als die CSU schließlich über ihr Veto die weitgehende Ausklammerung des Krankenhaussektors aus dem Reformbereich des Gesetzes durchsetzen konnte, »rippelten« auch die hiermit verknüpften Kompromisse mit der FDP und den CDU-Sozialausschüssen wieder auf (Webber 1989: 269-279).

Der Unterschied zwischen den beiden gesundheitspolitischen Reformgesetzen ist somit in erster Linie ein Unterschied zwischen zwei *Sequenzen des politischen Entscheidungsprozesses*. Im GSG sind der im engeren Sinne politische Einigungsprozeß und die vom Ressort dominierte legislative Umsetzung *hintereinandergelagert*, während noch beim Gesundheits-Reformgesetz einem unmittelbar Beteiligten "das eigentliche Dilemma dieses Gesetzgebungsverfahrens" in der "Parallelarbeit von politischen und administrativen Institutionen" zu liegen schien (Knieps 1990: 13; Hervorhebung des Verf.). In der Tat lag in dieser Parallelität einer der besonderen Gründe, warum beim GRG der politische Kompromißbildungsprozeß bis zuletzt nicht zum Stillstand kam.¹⁴ Insbesondere kollidierten hier gängige Abstimmungsroutinen des Ressorts nach GGO II § 24 mit dem regierungsinternen Zwang zum Kompromiß zwischen sehr divergenten sozialpolitischen Positionen: Noch bevor im Dezember 1987 ein Koalitionskompromiß hinsichtlich des GRGs erreicht werden konnte, hatte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vorläufige Teilfassungen des Referentenentwurfes an die Kassenverbände verschickt, hauptsächlich zum Zwecke der sozialrechtlichen Fehlerkontrolle bei dem umfassenden Neukodifizierungsvorhaben, das mit dem GRG verbunden war (Integration des Krankenversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch V). Sowohl die Kassenverbände als auch die

14 Sowohl Döhler (1993: 7) als auch Bandelow (1994) weisen zu Recht darauf hin, daß die deutlich unterschiedliche Länge des Entscheidungszeitraumes von GRG und GSG einen wichtigen Erklärungsfaktor darstellt. Den engen Zusammenhang zwischen Kürze und Informalisierung des GSG-Entscheidungsprozesses macht Hassenteufel plausibel (1994: 212-213).

ebenfalls schnell in Kenntnis gesetzten anderen Interessenverbände konnten die ihnen zugegangenen Entwürfe zur gezielten Einflußnahme auf die Koalitionsarbeitsgruppe nutzen und bereits den Gang ihrer Einigung stark beeinflussen, d.h., den Bereich möglicher Kompromißbildung bedeutend einengen. Als schließlich der im Dezember 1987 mühsam getroffene *und in einigen Bereichen noch unabgeschlossene Koalitionskompromiß* in den Referentenentwurf umgesetzt wurde, führte die Neigung des BMA zur "Sachreform auf eigene Faust ohne hinreichenden Einbezug der Politiker" (Wasem 1991: 75) dazu, daß sich im nachhinein die politischen Akteure nicht mehr an getroffene Vereinbarungen gebunden fühlten und von zuvor gefundenen Kompromissen wieder abrückten, weil in ihrer Wahrnehmung nun die parteipolitische Ausgewogenheit des Reformwerkes nicht mehr gewahrt war. Der "ohnehin wacklige Konsens der Koalition [wurde] angesichts der von der Ministerialverwaltung besorgten Eröffnung zusätzlicher Kriegsschauplätze" wieder in Frage gestellt (Döhler 1993: 7). Das Ressort reicherte also den an Spannungslinien ohnehin nicht armen regierungsinternen Kompromißbildungsprozeß um eine weitere an. Nicht direkt in die Konsenszwänge der Koalition eingebunden, unterminierte es mit eigenen politischen Zielsetzungen den Parteienkompromiß.

Bei dem GSG hingegen folgte der zunächst deutlichen Dominanz »des Politischen«, sichtbar an der klaren zeitlichen Vorlagerung der koalitionsinternen Kompromißbildung in einem stark informal geprägten Rahmen, der von jeglichem Verbandseinfluß abgeschirmt war, das traditionelle ressortdominierte legislative Umsetzungsverfahren. In seinem Verlauf wird die koalitionsinterne Konsensfindung nicht wieder in Frage gestellt. Die Einflußnahme der Interessenverbände ist auf das nachgelagerte formale Verfahren beschränkt - auf den bekannten Instanzenweg mit Versendung des Referentenentwurfes, Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme und Anhörung der Verbände. Die ansonsten ressortdominierte Vorphase, die gerade der Abstimmung mit gesellschaftlichen Interessengruppen und dem Einfließen verbandlichen Sachverständes dienen soll, aber auch bereits die politischen Spannungslinien in der Regierung berücksichtigt, ist ersetzt durch den Prozeß parteipolitischer Kompromißfindung. Dieser Prozeß ist inhaltlich ausgesprochen offengehalten, während die nachfolgende Gesetzgebungsphase bereits einen sehr geschlossenen Charakter aufweist. Die für die Bundesrepublik traditionelle Zweiteilung des politischen Entscheidungsprozesses in eine normalerweise von der Ministerialbürokratie entscheidend mitgeprägte "Suchphase", und einer dann *im engeren Sinne politischen* "Durchsetzungsphase" (s. Scharpf 1973: 79), ist hier also in ihrem Charakter zumindest partiell verkehrt (Hassenteufel 1994: 212-213). Dies hatte eine außerordentliche Ausweitung des gesundheitspolitischen Optionenraumes zur Konsequenz.

Der stark optionenerweiternde Effekt einer unterschiedlichen Sequenzialisierung des Entscheidungsprozesses wird vielleicht noch deutlicher, wenn man zeitlich weiter zurückgeht und sich den Entscheidungsprozeß beim Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 vergegenwärtigt. Hier findet sich noch jener traditionelle zeitliche Vorlauf der Politikformulierung durch das Ressort, der schon beim GRG durch die 'Parallelarbeit von politischen und administrativen Institutionen' (s.o.) ersetzt worden war. Beim KVKG bildete das von dem Ressort formulierte Konzept, das "von vornherein auf einen Koalitionskompromiß, auf das 'Machbare' angelegt" war (Rosewitz / Webber 1990: 259), die Grundlage der koalitionsinternen Einigung, die schon nicht ohne einige einschränkende Modifikationen am Ressortentwurf vonstatten ging. In der nachgelagerten eigentlichen Durchsetzungsphase konnte die christdemokratische Opposition, konnten die Länder und die Interessengruppen dann nochmals einige Gesetzesbestimmungen verhindern oder in ihrer regulativen Kraft entscheidend abmildern (Rosewitz / Webber 1990: 262-276). Dieses Verfahren begünstigt also systematisch »kleine Lösungen«. Dabei ist es wichtig, die Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen den Reformgesetzen im Detail zu bewerten. Denn auch beim GSG bildete eine vom Ressort formulierte umfassende Reformkonzeption die Grundlage der Einigung der Koalitionsparteien vom Mai 1992 (Zipperer 1993: 26), und so mag man die hier betonten Unterschiede in der politischen Entscheidungssequenz zwischen KVKG und GSG für verfehlt halten.

Doch anders als bei der Reform von 1977 hatte das Ressort beim GSG nicht die politischen Spannungslinien vorweggenommen und die Kompromißpunkte der Parteien antizipiert, sondern eher als Ergebnis eines ministerialbürokratischen »brain stormings« eine Ansammlung von durchaus weitgehenden und alle Sektoren übergreifenden Reformvorstellungen formuliert, aus denen dann der Prozeß des parteipolitischen Interessenabtauschs gespeist werden konnte. Auch hierfür war wiederum die *veränderte Entscheidungssequenz* von Bedeutung. Die von den Fachreferaten des BMG erstellten Reformvorschläge "gingen direkt in die politische Diskussion und Entscheidung. Das ist ein anderes Verfahren, als wenn man »als Haus« einen Entwurf macht, der in die Ressortabstimmung geht. Man setzt sich so einem viel geringeren Risiko aus und kann es darauf ankommen lassen, was kommt oder was nicht kommt" (Interview; s. auch Hassenteufel 1994: 212-213).¹⁵ So scheint es durchaus gerechtfertigt, von dem

15 Der parteipolitisch dominierte Entscheidungsprozeß beim GSG hatte dabei zur Voraussetzung, daß die politischen Akteure (und die sie beratenden Vertreter der Exekutiven) zum einen ein hinreichend genaues Steuerungswissen und ein hohes Maß an Kenntnis von ihrem Regelungsbereich besitzen, und daß zum anderen eine hinreichend große Zahl an bereits ausgearbeiteten Reformkonzepten (mit unterschiedlichen Verteilungsimplicationen) zur Hand war, die einen um-

im engeren Sinne *parteilpolitischen* Charakter dieser ersten koalitionsinternen Einigungsphase zu sprechen, obwohl zugleich die Behauptung schlicht unzutreffend bleibt, bei dem GSG hätte die Ministerialbürokratie als politische Kraft nicht in Erscheinung treten können (Blanke / Perschke-Hartmann 1994: 8; Perschke-Hartmann 1994: 263-264). Im Gegenteil: Die eigentliche Pointe der geschilderten Entscheidungssequenzen scheint darin zu liegen, daß das beim GSG geübte Verfahren den politischen Zielen des zuständigen Ministeriums weitaus mehr Durchsetzungskraft verlieh, als die »Vorwegnahme« oder die eigenmächtige »Nachbesserung« des Parteienkompromisses durch das Ressort, die beim KVKG bzw. beim GRG beobachtet werden konnte. Beim GSG war der Einfluß des Ministeriums auch aus ressortinterner Sicht "maximiert" (Interview).

Allein der am Vergleich von KVKG, GRG und GSG abzulesende Strukturwandel des (gesundheits-)politischen Entscheidungsverfahrens, der hier als zunehmende *Informalisierung* des exekutiven Entscheidungsprozesses bezeichnet wurde, erscheint bemerkenswert. Wenn die am GSG erkennbare signifikante Zunahme staatlicher Steuerungsfähigkeit im deutschen Gesundheitswesen auch auf eine Reihe von grundlegenden Verschiebungen im sektoralen Interessengefüge zurückzuführen ist (Döhler / Manow 1994), so läßt sich doch die These vertreten, daß sich bereits in der zwischen KVKG, GRG und GSG unterschiedlichen Sequenzialisierung des politischen Entscheidungsprozesses eine besondere Erklärung für die dramatischen Unterschiede im Grad politischer Durchsetzungsfähigkeit finden läßt, die mit diesen Reformgesetzen verbunden ist. Dies läßt sich verdeutlichen, wenn man erneut die Analogie zum US-amerikanischen Regierungssystem oder auch die Analogie zu Entscheidungsprozessen in der EG (Tsebelis 1994) zieht. Der - wenn auch informell geprägte - Entscheidungsverlauf in dieser ersten Phase koalitionsinterner Einigung entspricht dann einer »restricted« oder »semi-closed rule«, bei dem das federführende Committee

fassenden politischen Interessenausgleich überhaupt erst ermöglichen (zu dieser und anderen Voraussetzungen gelingender Koppelgeschäfte s. Scharpf 1992). Diese Voraussetzung war vor allem erfüllt, weil sich im Zuge des nun mehr als 15jährigen Bemühens um Kostendämpfung staatliches Steuerungswissen akkumuliert hatte und somit vielfältige Steuerungskonzepte vorhanden waren, die politisch »abrufbereit« waren. So liegt der eigentlich spektakuläre Charakter des GSG auch weniger in der Anwendung innovativer Steuerungsformen, sondern eher in der geschickten Verknüpfung und besonders konsequenten Anwendung vieler im Ansatz auch schon zuvor verfolgter Strategien (Balzer 1993; Griesewell 1993). Hieran wird auch ein besonderer Zusammenhang zwischen materiellen Politikgehalten und der prozeduralen Form, unter der sie einer politischen Entscheidung zugeführt werden können, oder - in der Unterscheidung von Giandomenico Majone (1993, 1994) - zwischen den in einer »policy community« gehandelten Ideen und der »policy agenda«, anschaulich.

nicht nur eine ex post Vetomacht gegenüber jeglichen vom Congress initiierten Änderungen besitzt, sondern bereits den Erfolg von jedem Amendment an die (hier sogar einstimmige) Zustimmung des Committees binden kann (vgl. Shepsle / Weingast 1987; Weingast 1989b). Wenn dann schon im Committee aufgrund divergenter Positionen der Einigungspunkt »unique« ist, sind nachfolgende substantielle Veränderungen faktisch ausgeschlossen. Die Koalitionsarbeitsgruppe erscheint somit als "conditional agenda setter" (Tsebelis 1994): Wenn ihr - wie beim GSG - eine vorgängige Einigung gelingt, ist diese gegenüber den nachfolgenden formellen wie informellen politischen Verfahren außerordentlich robust. Wenn ihr hingegen - wie beim GRG - keine Einigung gelingt, dominieren parallele oder nachfolgende Politikprozesse den policy-outcome.

3.2 Die Einigung mit der Opposition

Doch damit ist erst die Hälfte der Geschichte des GSG-Gesetzgebungsverfahrens, und noch nicht einmal seine spektakulärste Hälfte, erzählt. Denn der weiterhin bestehende Zwang zum Konsens mit der sozialdemokratischen Bundesratsmehrheit machte die erneute Anwendung jenes Politikmusters der vertraulichen Einigung der Parteien unter Umgehung formaler Abstimmungswege möglich, das sich schon bei der koalitionsinternen Kompromißfindung so bewährt hatte. Hier ereignete sich nun genau das, wovor die Fülle der oben skizzierten formalen und informellen Regeln in der Regierungspraxis der Bundesrepublik schützen soll: Das »Überrollen« eines Koalitionspartners durch das Zusammenspiel mit der Opposition - die Bildung wechselnder Mehrheiten. Dabei ist es nicht ohne Ironie, daß dieses gesundheitspolitische *Spiel mit Bande* durch eben jene Informalisierung des politischen Entscheidungsprozesses begünstigt wurde, die ursprünglich von der FDP vorangetrieben worden war, um den als unausgewogen empfundenen Ressorteinfluß auf die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik zu schmälern.

Die zunächst geplante strategische Teilung der Reform in einen zustimmungspflichtigen Teil (Strukturreform; BT.-Drks. 12 / 3209), der insbesondere die in großer Nähe zu sozialdemokratischen Forderungen stehenden Reformmaßnahmen im Krankenhausbereich enthielt, und einen nicht-zustimmungspflichtigen Teil (3. SGB V-Novelle; BT.-Drks. 12 / 3210), mit dem vor allem die von der Opposition heftig bekämpften erhöhten Patientenzuzahlungen festgeschrieben werden sollten (s. zu diesem Vorgehen generell Fritz 1982), erwies sich als hinfällig, nachdem sich die Möglichkeit einer parteiübergreifenden Konsensbildung abgezeichnet hatte. Noch vor dem demonstrativen Scheitern der beiden GSG-Gesetzesentwürfe in der 1. Lesung im Bundesrat am 25. September hatten sich Regierung und Opposition darauf einigen können, den Bereich möglicher

Übereinstimmung in einer viertägigen Klausur (in Lahnstein) in den ersten Oktobertagen auszuloten. Am Ende dieser Klausurberatungen mit Vertretern der Koalition, der Länder und der SPD-Bundestagsfraktion stand ein gesundheitspolitischer Kompromiß, der die Regelungsreichweite des GSG nochmals außerordentlich ausweitete und vielfältige "Durchbrüche in interessenpolitisch blockierten Sperrzonen" mit sich brachte (Griesewell 1993: 48). Dieser Kompromiß wurde als gemeinsamer Gesetzesentwurf der Fraktionen von CDU / CSU, FDP und SPD in den Bundestag eingebracht und am 9. Dezember 1992 verabschiedet. Das Gesundheitsstrukturgesetz trat am 1. Januar 1993 in Kraft. Dabei weist das GSG durch seine Regelungsintensität und seinen vielfach strukturereformierenden Gehalt deutlich über alle vorangegangenen gesundheitspolitischen Reformanläufe hinaus. Es ist keine Übertreibung, das GSG als den weitestreichenden Staatseingriff in die gesetzliche Krankenversicherung seit der 4. Brüning'schen Notverordnung von 1931 zu werten, als eine "Zäsur" in der Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit (Reiners 1993: 43 und 27).

Angesichts der größeren Übereinstimmung in der sozialpolitischen Programmatik zwischen CDU / CSU und SPD konnte es nicht verwundern, daß der Preis, der für die Zustimmung der sozialdemokratischen Opposition gezahlt werden mußte, sehr einseitig verteilt war. So fest geknüpft, wie der koalitionsinterne Kompromiß zuvor noch gegenüber den Einflußnahmeversuchen der Interessenverbände erschien, so leicht ließ er sich jetzt »in Klausur« offenbar wieder lösen. Wichtige Regelungen, die noch im Mai Elemente des politischen Ausgleichs zwischen CDU / CSU und FDP darstellten, fielen nun dem parteiübergreifenden Kompromiß zum Opfer. Die von der FDP durchgesetzte Erhöhung der Patientenzahlungen bei Arzneimitteln und im Krankenhaus wurde deutlich abgemildert. Die Teilung der Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz in kassenfinanzierte Regel- und privatfinanzierte Wahlleistungen, die von den Freidemokraten als strategisch wichtiger erster Schritt in Richtung eines Gesundheitsversorgungsmodells mit gesetzlicher Grundversorgung und privater Zusatzversorgung besonders geschätzt wurde (und die die SPD aus eben diesem Grund entschieden als Schritt in die »Zweiklassenmedizin« ablehnte), entfiel vollständig. Wenn die FDP diese Niederlage mit der Begründung in einen Erfolg umzumünzen versuchte, hierdurch hätte eine *Vermischung der Grenze zwischen GKV und PKV* vermieden werden können, zeigte sich die ganze Hilflosigkeit des Versuchs, angesichts des Debakels beim parteiübergreifenden Kompromißfindungsverfahren politisch das Gesicht zu wahren. Die ursprünglich auf 3,2 Mrd. DM taxierte Höhe der mit dem GSG verbundenen Patientenzahlung wurde - bei sehr vorsichtiger Rechnung - auf höchstens 2,7 Mrd. DM zusammengestrichen. Dabei versteckt sich hinter dieser Summe ein weitaus größerer Umverteilungseffekt, denn in den 2,7 Mrd. DM sind auch 700 Mio. DM enthalten, mit denen die freiwillig in der GKV versicherten Rentner zusätzlich belastet wurden (und denen deswegen eine Entlastung bei der Zuzahlung um eben diese Sum-

me gegenübersteht). Dies traf insbesondere besser verdienende Beamte und Selbständige und damit eine der FDP nahestehende Klientel. Auch der zweite Bereich, in dem finanzielle Kompensation für die von der SPD durchgesetzte Verringerung der Patientenzuzahlungen gesucht wurden, repräsentierte eine traditionelle FDP-Klientel: Die Zahnärzteschaft. Der reduzierten Patientenbelastung stand schließlich eine Erhöhung des gesamten Spareffektes der Reform gegenüber, deren Höhe sich das Gesundheitsministerium bezeichnenderweise zu schätzen weigerte, um die parlamentarische Zustimmung zum Reformgesetz nicht zu gefährden.

Auch im Arzneimittelbereich gelang es der SPD, ihre mit einem marktliberalen Ordnungsmodell nicht sonderlich kompatible Vorstellung von einer Steuerung des Arzneimittelverbrauchs und der Arzneimittelkosten über Positivlisten und die Einrichtung eines Arzneimittelinstituts durchzusetzen. Schließlich fielen auch bei den tiefgreifenden Änderungen an dem Organisationsgefüge der Krankenkassen (Risikostrukturausgleich und Ausweitung des Kassenwahlrechte) freidemokratische Positionen gänzlich unter den Tisch. Sowohl der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich als auch die weitgehende Erweiterung von Kassenwahlrechten auf Arbeiter verletzte insbesondere die Interessen der Angestelltenkassen, deren Versicherte ebenfalls eine wichtige Zielgruppe der FDP darstellen. Resümierend läßt sich festhalten, daß der FDP in keinem Bereich eine über den Koalitionskompromiß vom Mai hinausgehende Interessendurchsetzung gelungen war, vielmehr mußte sie in fast allen Bereichen schon erreichte Positionen wieder aufgeben. Der *Ärzte-Zeitung* schien das *Image der FDP total ramponiert*. Angesichts der eher blassen Versuche zur politischen Ehrenrettung der in Lahnstein - zumindest physisch - anwesenden FDP-Parlamentarier hieß es: *Besser und ehrlicher wäre es gewesen, die FDP hätte sich dazu bekannt, daß ihre Positionen von den anderen Politikern nicht akzeptiert wurden. Sie hätte dann allerdings konsequenterweise auch in die Opposition gehen müssen* (Kommentar der *Ärzte-Zeitung* vom 07.10.1992).

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen über die Vielfalt institutioneller Vorkehrungen, die das Gegeneinander-Ausspielen von Mitgliedern einer Mehrparteienregierung verhindern sollen (s.o., Abschnitt 2), ist dieses krasse Beispiel wechselnder Mehrheitsbildung zu Lasten einer der Regierungsparteien außerordentlich erklärungsbedürftig. Zugleich wirft insbesondere der Vergleich mit dem KVKG von 1977, bei dem ebenfalls der Kompromißzwang mit einer oppositionellen Bundesratsmehrheit bestand, die Frage auf, warum die identische politische Konstellation 1977 blockierend und 1992 blockadelösend wirken konnte, warum den föderalen Abstimmungszwängen dort der ihnen gängig zugeschriebene Verhinderungseffekt zukam und sie hier überraschend optionenerweiternd wirkten?

Hierfür scheinen zunächst die zwischenzeitlich erfolgten Veränderungen in der gesundheitspolitischen Positionierung der Parteien verantwortlich zu sein. Während es sich die Christdemokraten als Oppositionspartei noch leisten konnten, gegenüber dem sozial-liberalen Reformvorhaben von 1977 eine fundamental ablehnende Haltung einzunehmen, sahen sie sich als Regierungspartei gezwungen, nun ihrerseits gegenüber dem liberalen Koalitionspartner auf eine effektive Regulierung der Gesundheitskosten zu drängen. Faktisch hatten sich damit die gesundheitspolitischen Positionen von CDU und SPD beträchtlich angenähert. Zugleich brachte der Regierungswechsel von 1982 auch eine inhaltliche Umorientierung der FDP mit sich, die sich besonders deutlich in der Sozialpolitik zeigte. Hier hat der »gemeinsame ideologische Nenner« der christlich-liberalen Koalition in Fragen einer marktliberalen Wirtschaftspolitik zunehmend eine frühere moderate sozialpolitische Position der FDP geprägt. Eine marktliberale Programmatik stellt die Freidemokraten aber tendenziell außerhalb des in der deutschen Sozialpolitik stillschweigend konsentierten Ordnungsmodells. Während also nach 1982 die programmatischen Gemeinsamkeiten zwischen CDU/CSU und den Sozialdemokraten wuchsen, schwanden sie zwischen ihnen und der FDP. Diese durch veränderte Koalitionszusammenhänge verursachten Positionswechsel der Parteien ergänzte schließlich noch der weitgehend lautlos vollzogene Interessenwandel der Länder. Sie, die seit den siebziger Jahren alle Versuche zur Kostendämpfung im Krankenhaussektor erfolgreich verhindern konnten, sahen sich durch ihre nach dem Mauerfall drastisch geänderte Finanzlage veranlaßt, ihre Position zu überdenken. Angesichts des stark schwindenden Anteils der Krankenhausneueinvestitionen an den gesamten Krankenhausaufgaben ließen sich die umfassenden Planungs-, Feststellungs- und Genehmigungskompetenzen der Länder ohnehin immer weniger legitimieren. In einer Situation finanzieller Knappheit versprach der Tausch dieser Regulierungskompetenzen gegen eine Reform der GKV-Organisationsstrukturen und Kassenfinanzen mit regionalem Einschlag den Länderinteressen eher zu entsprechen.

Dies alles mag erklären, warum die SPD-Opposition in die Einigungsverhandlungen von Lahnstein mit einem umfassenden Konzept hineingehen konnte, das die Reformintentionen Seehofers entscheidend zu *verstärken und zu radikalisieren* suchte (und sich nicht wie die christdemokratische Opposition beim KVKG »Verhinderung« zum Ziel gesetzt hatte). Es mag auch erklären, warum den Sozialdemokraten eine vorgängige Positionsangleichung zwischen SPD-Ländern und sozialdemokratischer Bundestagsfraktion gelang, die ihrer Drohung mit dem Bundesratsveto Glaubwürdigkeit verlieh und die in den mit dieser Vetodrohung erzwungenen Verhandlungen die Durchsetzung gemeinsa-

mer Interessen erleichterte (Reiners 1993: 22-23; Interviews).¹⁶ Doch ist hiermit noch nicht geklärt, warum sich die programmatische Übereinstimmung zwischen SPD und CDU / CSU im Falle des GSG auch so nahezu problemlos umsetzen ließ. Sie war ja etwa im Falle der Pflegeversicherung ungleich schwerer durchsetzbar und auch beim KVKG kamen die »Verhinderungsziele« der Opposition längst nicht so weitgehend zum Tragen wie die oppositionelle »Verschärfungsabsicht« beim GSG. Auch breiteste politische Mehrheiten brauchen einen Ort, an dem sie in Form verbindlicher Entscheidungen zum Tragen kommen können. Entscheidender noch: Daß das Lahnsteiner Klausurergebnis freidemokratische Politikpositionen in so offensichtlicher Weise vernachlässigen konnte, zeigt, daß der Verweis auf die veränderte Interessenkonstellation allein keine ausreichende Erklärung dieses Politikergebnisses liefern kann. Statt in einem »gemeinsamen Einigungsraum« von CDU / CSU, FDP, SPD und Ländern angesiedelt (was einem *allseitigen* Konsenserfordernis etwa im Vermittlungsverfahren entsprochen hätte), waren freidemokratische Positionen in dem Ergebnis der Lahnstein-Klausur faktisch nicht mehr repräsentiert.

Es sind somit wiederum die Unterschiede *im Verfahren*, denen hier zentrale Erklärungskraft zukommt. Wie oben bereits angedeutet, wird dabei dem Umstand, daß der noch beim KVKG wichtige Vermittlungsausschuß als institutionalisierter Ort der Kompromißfindung zwischen Bundestag und Bundesrat beim GSG durch eine erneute Klausur, diesmal unter Einschluß der sozialdemokratischen Opposition und der Ländervertreter, ersetzt wurde, besondere Bedeutung zugemessen. Ein wichtiger Unterschied muß schon darin gesehen werden, daß in der Klausur statt einer Zahl mehr oder weniger fachfremder und weisungsfreier Parlamentarier bzw. Ländervertreter der zuständige Ressortchef mit Unterstützung seiner Fachbeamtenschaft den politischen Kompromiß zu finden sucht. Zum einen ergaben sich dadurch beim GSG erneute politische Einfluß- und Gestaltungschancen des Ressorts. Zugleich waren in der Klausur - wiederum im Unterschied zum Vermittlungsausschuß - auch die Länder durch ihre

16 Zentrales Resultat der vorgängigen Angleichung der Interessenstandpunkte zwischen der SPD-Bundestagsfraktion und den Ländern war eine gegenseitige Moderierung ihrer Reformkonzeptionen, die hier nicht im Detail dargestellt werden kann (s. Reiners 1993: 22-23). Wichtig für unseren Zusammenhang ist jedoch, daß dieser Vorgang zeigt, daß eine oppositionelle Bundesratsmehrheit nicht grundsätzlich additiv-blockierend wirken muß, zusätzlich zu den koalitionsinternen Blockierungen und zu den Konflikten mit gesundheitspolitischen Interessengruppen als *weiterer* Blockadefaktor (so die generelle Annahme bei Rosewitz / Webber 1990: 299 ff.; Webber 1988, 1989). Vielmehr milderte oder löste beim GSG die oppositionelle Bundesratsmehrheit zwei Blockadefaktoren: sowohl regierungsinterne Blockierungen (s.u.) als auch - durch den Zwang zum vorgängigen Binnen-Interessenausgleich zwischen Ländermehrheit und parlamentarischer Opposition - föderale und parteipolitische Konflikte.

Fachressorts vertreten. Dies macht die Klausur zu einem eindeutig von Experten dominierten Verhandlungsgremium. In ihm können - bezogen auf das betroffene Politikfeld - mehr und andere Kompromißvorschläge einfließen, als in den VA, in dem statt dessen eine Einigung durch die Verknüpfung ansonsten sachfremder Politiken gelingen kann.¹⁷ Ohnehin ist eine Klausur in offensichtlicher Weise nicht vergleichsweise formalisiert und institutionell verfestigt wie das Verfahren im Vermittlungsausschuß, auch wenn der VA im Rahmen der Entscheidungsorgane des Bundes schon als eher informelles Gremium gilt. Die Klausur ist ein vergleichsweise offenes Verfahren mit weniger Vetopositionen, die zudem nicht institutionell vorgegeben sind und die Verhandlungen strukturieren, sondern selbst zum Gegenstand der Verhandlungen gemacht werden können. Insgesamt besitzt die Klausurtagung deutlich mehr Freiheitsgrade bei der politischen Kompromißfindung. Zudem steht sie unter einem höheren, selbstgesetzten Erfolgszwang, weil sie eine höhere öffentliche Aufmerksamkeit als das Vermittlungsverfahren auf sich zieht. Wir haben hier mit einer relativ »institutionenfreien« Verhandlungssituation eine realweltliche Annäherung an jene Modelle der public choice-Literatur, die Politikergebnisse allein aus der Zahl und der Präferenzverteilung der beteiligten Akteure herzuleiten sucht. Betrachtet man nun jedoch die Zusammensetzung der Klausur, wird die vor allem zu Lasten der FDP gehende bedeutsame Ausweitung der Regelungsreichweite des GSG durch die Lahnstein-Klausur erklärlich. Denn nun standen die drei FDP-Parlamentarier in der Verhandlungskommission zwischen den sozial- und christdemokratischen Vertretern aus Bund und Ländern auf verlorenem

17 Mit der gesteigerten Komplexität von Regulationsmaßnahmen und den gewachsenen Ansprüchen an ihre Steuerungsgenauigkeit wird dieses »log rolling« zwischen an sich unverbundenen Politikbereichen zu einem Kompromißfindungsverfahren, dessen mögliche Willkür und *generelle* Suboptimalität nicht mehr nur von den jeweiligen Politikexperten gefürchtet wird (Interviews; hier wurde der VA u.a. als "Vorstufe der Resignation" bezeichnet. "Es heißt, auf hoher See und vor Gericht ist man in Gottes Hand. Hier müßte man eigentlich den Vermittlungsausschuß ergänzen"; "Da kann man auch gleich Münzen werfen"). Auch aus einer der staatlichen Handlungsfähigkeit allgemein verpflichteten Sicht haben die Gefahren dieses Einigungsweges zunehmend die Umgehung des VA nahegelegt. Das bei der Pflegeversicherung erstmals geübte und dann schnell zur Routine gewordene Verfahren, daß der Vermittlungsausschuß die Verhandlungen an einen von ihm eingesetzten *und mit Experten beschickten* Unterausschuß delegiert, ist als Reflex auf die zunehmend spürbar gewordene Unzulänglichkeit des Kompromißbildungsverfahrens im VA zu werten. Über den beim KVKG gescheiterten Versuch, die Einigungsfähigkeit und die Kompromißqualität durch die Kooptation von Experten zu erhöhen, berichtet der ehemalige VA-Vorsitzende Vogel: "Die Mitwirkung von besonders sachverständigen Mitgliedern im Vermittlungsausschuß war alles andere als konstruktiv" (1989: 215-216). Der Bedeutungswandel des VA wäre lohnender Gegenstand einer genaueren politikwissenschaftlichen Analyse.

Posten und waren der Eigendynamik der Verhandlungen weitgehend schutzlos ausgeliefert (Interviews).

Überblick 2: Die Zusammensetzung der Lahnstein-Klausur

SPD-Verhandlungskommission	Verhandlungskommission der Koalition
R. Dreßler, MdB	Minister H. Seehofer, BMG
K. Kirschner, MdB	B. Jagoda, MdB (CDU)
M. Pfaff, MdB	P. Hoffacker, MdB (CDU)
K.-H. Haack, MdB	G. Scheu, MdB (CSU)
Ministerin Chr. Krajewski (Saarland)	W. Zöller, MdB (CSU)
Senatorin I. Stahmer (Berlin)	D. Cronenberg, MdB (FDP)
Senator O. Runde (Hamburg)	D. Thomae, MdB (FDP)
StaSekr B. Gantz-Rathmann (Niedersachsen)	B. Menzel, MdB (FDP)
StaSekr W. Bodenbender (NRW)	Minister H. Geisler (Sachsen, CDU)
StaSekr D. Affeld (Brandenburg)	Minister A. Glück/StaSekr B. Stamm (Bayern, CSU)

Zudem war ein *nachträgliches* Veto gegenüber dem Klausurergebnis nur um den Preis einer sehr grundlegenden Koalitionskrise möglich, weil bereits die zeitgleich verhandelte Pflegeversicherung seitens der Freiliberalen zur Koalitionsfrage erklärt worden war und die Blockierung einer weiteren, politisch drängenden Reform durch die FDP weder öffentlich gut zu legitimieren noch koalitionsintern zu ertragen gewesen wäre. Auch hier zeigt sich wieder der Zusammenhang zwischen Verfahrensweise und Politikergebnis: Die ursprünglich geplante Splittung des Gesetzes in zustimmungspflichtigen und zustimmungsfreien Teil einerseits und der Einigungsweg über eine Klausurverhandlung andererseits waren Verfahren, die politische Inhalte mit jeweils sehr unterschiedlichen Verteilungswirkungen zur Entscheidung stellten und dabei unterschiedlichen Akteuren die letzte Entscheidungsverantwortung zumuteten. Wenn es im ersten Fall um die Zustimmung der Länder zu einem Koalitionskompromiß gegangen wäre und der »Nichteinigungs-Punkt« hier durch das Inkrafttreten der von der Opposition abgelehnten erhöhten Patientenbelastun-

gen *ohne* den auch von der Opposition gewünschten Reformteil des Gesetzes markiert wurde, ging es im zweiten Fall um die Zustimmung der FDP zu einem umfassenden Kompromiß zwischen CDU, SPD und Bundesländern. Die Rückfallposition war hier der allgemein als untragbar angesehene Status quo oder allenfalls die Wiedereinsetzung eben jener getrennten Abstimmung über den rein kostendämpfenden und den auch reformierenden Teil des GSG. Diese erneute Splittung eines Gesetzes, das nun schon im Zusammenhang verhandelt worden war, war jedoch *nach* der Klausur von Lahnstein ebenfalls keine politisch glaubwürdige Option mehr.

Folglich lautet die hier vertretene These, daß erst die Informalisierung und besondere Sequenz des Entscheidungsprozesses im Falle des GSG eine gleichzeitige Auflösung parteipolitischer und föderaler Politikblockaden möglich machte, die der Bundesratsmehrheit der oppositionellen Sozialdemokratie *allein* nicht zugeschrieben werden kann. Denn daß die sozialdemokratische Bundesratsmehrheit bei Gesetzesvorhaben mit programmatischer Nähe von SPD und CDU/CSU die Möglichkeit bietet, in einem zweistufigen Entscheidungsverfahren erst dem liberalen Regierungspartner Zugeständnisse zu machen, in der Erwartung, diese dann in den Verhandlungen mit der sozialdemokratischen Opposition wieder aufzukündigen und somit »gezwungenermaßen« den eigenen politischen Präferenzen stärker zu folgen, deutete sich zwar bei mehreren Gesetzen der jüngsten Vergangenheit an.¹⁸ Doch gerade das Offensichtliche dieser Strategie und ihr meist expliziter Charakter machen deutlich, daß dies eher als Drohgebärde zu werten ist, die den liberalen Koalitionspartner zu einem weiteren Entgegenkommen bewegen soll, als ein tatsächlicher Lösungsweg für koalitionsinterne Konflikte. Wenn man - wie hier - politischen Akteuren die Fähigkeit zu rationalem Handeln und rationaler Erwartung unterstellt, wird man dieser als »föderaler Abstimmungszwang« nur dürftig kaschierten wechselnden Mehrheitsbildung kaum einen besonderen Erklärungswert für konkrete Politikergebnisse zubilligen können.¹⁹ Zumindest die spektakuläre Durchbrechung von gesundheitspolitischen Reformblockaden beim GSG ist durch die Konstellation einer Oppositionsmehrheit im Bundesrat und die "große Sachkoalition" zwischen CDU/CSU und SPD (Reiners 1993: 20; wortgleich Perschke-Hartmann 1994: 271 und *passim*) allein nicht zu erklären, sondern läßt sich nur

18 So etwa die Drohung des CSU-Ministerpräsidenten Stoiber, das bei dem Gesetz gegen die organisierte Kriminalität von der FDP durchgesetzte sogenannte Anwaltsprivileg im Bundesrat in Zusammenarbeit mit der SPD »zu korrigieren« (Stoiber-Interview im Handelsblatt vom 02.08.1993: 3).

19 Diese Form wechselnder Mehrheitsbildung ist in spieltheoretischer Begrifflichkeit »dynamisch inkonsistent« bzw. nicht teilspielperfekt.

verstehen, wenn man erneut und zentral auf die Informalisierung und auf die spezifische Sequenz des Entscheidungsprozesses abstellt.

4. »the perpetual flux of politics«²⁰

In den bisherigen politikwissenschaftlichen Erklärungen für die mit dem GSG verbundene spektakuläre Durchbrechung traditionsreicher Reformblockaden in der deutschen Gesundheitspolitik wird der blockadelösenden Rolle der oppositionellen Bundesratsmehrheit herausragende Erklärungskraft eingeräumt (Bandelow 1994; Reiners 1993; Perschke-Hartmann 1993, 1994; Blanke / Perschke Hartmann 1994). Doch die Positive Political Theory versichert uns: "... adding one veto player will *never* increase the size of the winset of the status quo" (Tsebelis 1993: 10; Hervorhebung des Verf.). Und in der Tat haben die obigen Ausführungen gezeigt, daß die »Absorption« der Vetoposition des traditionellen *partisan veto players* FDP durch den *institutional veto player* Bundesrat kritisch auf der Informalisierung, der parteipolitischen Prägung und der besonderen Sequenzialisierung des Entscheidungsprozesses beruhte. Erst sie haben eine »Verschmelzung« und gegenseitige Neutralisierung von Vetopositionen ermöglicht, die ansonsten additiv wirken und damit für die bislang zu beobachtenden Blockierungen gesundheitspolitischer Reformen verantwortlich zu machen sind. Die Entscheidungsfindung in dem weitgehend »institutionenfreien« Setting von Koalitionsarbeitsgruppen und Klausurverhandlungen hat, wenn man so will, in die durch die breite Streuung von Vetopositionen »stabile«, i.e. reformresistente, Gesundheitspolitik der Bundesrepublik ein Element heilsamer Instabilität eingespeist.

Mit dem Vergleich von KVKG, GRG und GSG konnte die zunehmende Verlagerung der Politikformulierung aus der Ressortverantwortung in Gremien koalitionsinterner Abstimmung verdeutlicht werden. Diese Verlagerung war zunächst mit der Absicht erfolgt, den traditionellen »bias« des Ressorts zugunsten eines bestimmten Steuerungsmodells besser im Sinne koalitionärer Ausgewogenheit zu kontrollieren. Mit der zunehmenden Informalisierung des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses - so die hier vertretene These - entfielen aber auch die institutionell abgesicherten Einspruchsmöglichkeiten, die in dem hergebrachten Verfahren der Negativen Koordination zwischen den Ressorts (Mayntz / Scharpf 1973) oder in der Sequenz von ressortdominierter Politikformulierung und nachträglichem Koalitionskompromiß verankert waren. Somit

20 Riker (1988: 197).

lautet ein ironisches Fazit unserer Überlegungen, daß erst die parteipolitischen Bemühungen zur Beschränkung der Durchsetzungskraft eines vor allem von der zuständigen Administration getragenen Ordnungsmodells seinen weitgehenden Triumph ermöglicht haben.

Dieses Resultat hat m.E. theoretische Implikationen. Der Umstand, daß die noch kurz zuvor getroffenen Diagnosen von der generellen Blockierung substantieller Reformen im deutschen Gesundheitswesen durch den Gang der Ereignisse offensichtlich tiefgreifend »falsifiziert« wurden, mag dazu Anlaß geben, erneut die geringe Schätzkraft politikwissenschaftlicher Analysen zu beklagen und dies als Hinweis auf einen unterentwickelten Stand der Theoriebildung zu deuten. Doch jenseits der Frage, wie sehr vorherige Einschätzungen durch das GSG tatsächlich »widerlegt« wurden bzw. wie exzeptionell der politische Kontext beim GSG war,²¹ zeigte der Vergleich der drei Gesundheitsreformen als ihr gemeinsames Moment den beständigen Interessenkampf um die Ausgestaltung politischer Institutionen. Weil politische Institutionen eine potentiell volatile Mehrheitsbildung durch die Auswahl bestimmter Politikergebnisse stabilisieren, haben sie eminente Verteilungswirkungen. Politische Akteure haben deswegen ein herausgehobenes Interesse an ihrer Ausgestaltung. Insbesondere für Akteure, die sich durch die Verteilungswirkungen bestehender Institutionen benachteiligt fühlen, bedeutet Interessenverfolgung meist nichts anderes als Veränderung derjenigen Institutionen, die bislang ihren Interessen entgegenstanden. So scheint das GSG eher ein guter Anlaß zu sein, auf eine sehr entwickelte politikwissenschaftliche Theorie zu verweisen, die aus diesen Gründen die generelle Instabilität politischer Institutionen und den "perpetual flux of politics" betont (Riker 1980, 1988; Zitat 1988: 197; Moe 1990). Ein solcher Ansatz, der berücksichtigt, daß politische Institutionen nicht nur handlungsbeschränkende und handlungsleitende Funktionen besitzen, sondern zugleich immer auch Objekt politischer Veränderungsstrategien sind, wird »überraschungsfreiere« Einschätzungen in dem Sinne liefern können, als das Wissen um die prinzipielle Ungleichgewichtigkeit politischer Institutionen zu seinem theoretischen Grundbestand gehört.

21 Wie wenig reproduzierbar die Politikbedingungen waren, die dem GSG zu seinem spektakulären Erfolg verholfen haben, zeigte sich nur wenig später, als CDU / CSU und SPD das für sie so überaus erfolgreiche informelle Politikmuster bei der Pflegeversicherung zu wiederholen trachteten. Eine bereits vereinbarte Klausurtagung zur Pflegeversicherung zwischen Regierung und Opposition mußte nach einem Veto der Freidemokraten wieder abgesagt werden: "Die Neigung der FDP zu einem Super-Lahnstein ist gering", kommentierte hierzu die FDP-Sozialexpertin Gisela Babel gegenüber dem Handelsblatt vom 08.09.1993.

Literatur

- Achterberg, Norbert, 1987: § 52 Innere Ordnung der Bundesregierung. In: Josef Isensee / Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. II: Demokratische Willensbildung - Die Staatsorgane des Bundes. Heidelberg: C.F. Müller, 629-664.
- Austen-Smith, David / Jeffrey Banks, 1990: Stable Governments and the Allocation of Policy Portfolios. In: *American Political Science Review* 84, 891-906.
- Balzer, Detlef, 1993: Gesundheitsstrukturgesetz - was ist eigentlich so neu daran? In: *DOK* 75, 21-24.
- Bandelow, Nils, 1994: Korporatismus und Parteienkonkordanz: Die Durchsetzung von Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen durch den taktischen Wechsel der Arena. Arbeitspapier der Forschungsstelle für Sozialwissenschaftliche Innovations- und Technologieforschung (SIT). SIT-wp-1-94. Ruhr-Universität-Bochum.
- Bermbach, Udo, 1970: Koalitionsausschuß. In: Hans-Helmut Röhring / Kurt Sontheimer (Hrsg.), Handbuch des deutschen Parlamentarismus. München: Piper, 237-239.
- Blanke, Bernhard / Christiane Perschke-Hartmann, 1994: Die Gesundheitsreform von 1992. Ein Sieg über die »Herrschaft der Verbände«? In: *German Politics*, im Erscheinen.
- Böckenförde, Ernst-Wolfgang, 1964: Die Organisationsgewalt im Bereich der Bundesregierung. Eine Untersuchung zum Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot.
- Cohen, Linda, 1979: Cyclic Sets in Multidimensional Voting Models. In: *Journal of Economic Theory* 20, 1-12.
- Datenhandbuch, 1984: Datenhandbuch zur Geschichte des Deutschen Bundestages 1949 bis 1982. 3. Auflage. Verfaßt und bearbeitet von Peter Schindler, herausgegeben vom Presse- und Informationszentrum des Deutschen Bundestages. Baden-Baden: Nomos.
- Dietlein, Max, 1989: § 57 Vermittlung zwischen Bundestag und Bundesrat. In: Hans-Peter Schneider / Wolfgang Zeh (Hrsg.), *Parlamentsrecht und Parlamentspraxis in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: de Gruyter, 1565-1578.
- Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der 'Wende'. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Sigma.
- Döhler, Marian, 1993: Ist das Gesundheitswesen reformierbar? Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Unv. Manuskript. Köln.
- Döhler, Marian / Philip Manow-Borgwardt, 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatswissenschaft und Staatspraxis* 3, 64-106.

- Döhler, Marian / Philip Manow, 1994: Strukturbildungsprozesse und staatliche Steuerungsfähigkeit im Gesundheitssektor. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Unv. Manuskript. Köln.
- Fritz, Gernot, 1982: Teilung von Bundesgesetzen. Berlin: Duncker & Humblot.
- Griesevell, Gunnar, 1993: Durchsetzung und Umsetzung. Das Gesundheitsstrukturgesetz im Spannungsfeld der Interessenpolitik. In: DOK 75, 39-48.
- Grimm, Dieter, 1983: Die politischen Parteien. In: Ernst Benda / Werner Maihofer / Hans-Jochen Vogel (Hrsg.), Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: de Gruyter, 317-372.
- Hammond, Thomas H. / Gary J. Miller, 1987: The Core of the Constitution. In: American Political Science Review 81, 1155-1174.
- Hassenteufel, Patrick, 1994: La réforme Seehofer: vers un abandon de l'auto-administration en Allemagne? In: Bruno Jobert / Monika Steffen (Hrsg.), Les politiques des santé en France et en Allemagne. Espace Social Européen (Dossier Special), 209-220.
- Knieps, Franz, 1989: SGB V Einleitung. In: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.), Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung GK-SGB V, Bd. 1. Neuwied: Luchterhand.
- Knieps, Franz, 1990.: Gedanken zur Entstehung des Gesundheits-Reformgesetzes. Unv. Manuskript. Bonn.
- Laver, Michael / Kenneth A. Shepsle, 1990: Coalitions and Cabinet Government. In: American Political Science Review 84, 873-890.
- Laver, Michael / Kenneth A. Shepsle, 1993: A Theory of Minority Government in Parliamentary Democracy. In: Fritz W. Scharpf (Hrsg.), Games in Hierarchies and Networks. Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions. Frankfurt a.M.: Campus, 429-446.
- Lehmbruch, Gerhard, 1976: Parteienwettbewerb im Bundesstaat. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lehmbruch, Gerhard, 1979: Parteiensystem und Interessenverbände in der Politikentwicklung. In: Sozialer Wandel in Westeuropa: Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziologie herausgegeben von Joachim Matthes. Frankfurt a.M.: Campus, 591-610.
- Lehmbruch, Gerhard, 1987: Administrative Interessenvermittlung. In: Adrienne Windhoff-Héritier (Hrsg.), Verwaltung und ihre Umwelt. Festschrift für Thomas Ellwein. Opladen: Westdeutscher Verlag, 11-43.
- Majone, Giandomenico, 1993: Wann ist Policy-Deliberation wichtig? In: Adrienne Héritier (Hrsg.), Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97-115.

- Majone, Giandomenico, 1994: Ideas, Interests, and Institutions: Explaining the Revival of Policy Analysis in the 1980s. Paper prepared for the XVIth World Congress of the International Political Science Association, August 21-25, 1994. Berlin.
- Manow, Philip, 1994: Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß. Frankfurt a.M.: Campus (im Erscheinen).
- Mayntz, Renate, 1980: Executive Leadership in Germany: Dispersion of Power or 'Kanzlerdemokratie'? In: Richard Rose / Ezra N. Suleiman (Hrsg.), Presidents and Prime Ministers. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 139-170.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerung und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 283-307.
- Mayntz, Renate / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), 1973: Planungsorganisation. Die Diskussion um die Reform von Regierung und Verwaltung des Bundes. München: Piper.
- Mayntz, Renate / Fritz W. Scharpf, 1994: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Unv. Manuskript. Köln.
- McKelvey, Richard D., 1976: Intransitivities in Multidimensional Voting: Models and Some Implications for Agenda Control. In: Journal of Economic Theory 12, 472-482.
- Miller, Gary J. / Thomas H. Hammond, 1989: Stability and Efficiency in a Separation-of-Powers Constitutional System. In: Bernard Grofman / Donald Wittman (Hrsg.), *The Federalist Papers and the New Institutionalism*. New York: Agathon Press, 85-99.
- Moe, Terry M., 1990: Political Institutions: The Neglected Side of the Story. In: Journal of Law, Economics, and Organization 6, 213-253.
- Murawieck, Axel, 1990: Die Bundesrepublik Deutschland - Kanzlerdemokratie, Koordinationsdemokratie oder was sonst? In: Hans-Hermann Hartwich / Göttrik Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik 1. Konzeptionelle Grundlagen und Perspektiven der Forschung*. Opladen: Leske + Budrich, 151-169.
- Nullmeier, Frank / Friedbert W. Rüb, 1993: Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat. Frankfurt a.M.: Campus.
- Perschke-Hartmann, Christiane, 1993: Das Gesundheits-Strukturgesetz von 1992. - Zur Selbstevaluation staatlicher Politik. In: *Leviathan* 21, 564-583.
- Perschke-Hartmann, Christiane, 1994: Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer. Opladen: Leske + Budrich.

- Reiners, Hartmut, 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz - 'Ein Hauch von Sozialgeschichte'? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Discussion Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik P93-210. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Riker, William H., 1980: Implications from the Disequilibrium of Majority Rule for the Study of Institutions. In: *American Political Science Review* 74, 432-446.
- Riker, William H., 1988: *Liberalism Against Populism. A Confrontation Between the Theory of Democracy and the Theory of Social Choice*. Prospect Heights, IL: Waveland.
- Riker, William H., 1992: The Justification of Bicameralism. In: *International Political Science Review* 13, 101-116.
- Rosewitz, Bernd / Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rudzio, Wolfgang, 1971: Entscheidungszentrum Koalitionsausschuß - Zur Realverfassung Österreichs unter der Großen Koalition. In: *Politische Vierteljahresschrift* 12, 87-118.
- Rudzio, Wolfgang, 1991: Informelle Entscheidungsmuster in Bonner Koalitionsregierungen. In: Hans-Hermann Hartwich / Göttrik Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik 2. Formale und informale Komponenten des Regierens in den Bereichen Führung, Entscheidung, Personal und Organisation*. Opladen: Leske + Budrich, 125-141.
- Schäfer, Friedrich, 1982: *Der Bundestag. Eine Darstellung seiner Aufgaben und seiner Arbeitsweise*. 4. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Scharpf, Fritz W., 1973: Fallstudien zu Entscheidungsprozessen in der Bundesregierung. In: Renate Mayntz / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Planungsorganisation. Die Diskussion um die Reform von Regierung und Verwaltung des Bundes*. München: Piper, 68-90.
- Scharpf, Fritz W., 1976: Die Theorie der Politikverflechtung. In: Fritz W. Scharpf / Bernd Reissert / Fritz Schnabel, 1976: *Politikverflechtung. Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik*. Kronberg: Scriptor.
- Scharpf, Fritz W., 1985: Die Politikverflechtungs-Falle. Europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich. In: *Politische Vierteljahresschrift* 26, 323-356.
- Scharpf, Fritz W., 1989: Der Bundesrat und die Kooperation auf der »dritten Ebene«. In: *Bundesrat (Hrsg.), Vierzig Jahre Bundesrat. Tagungsband zum wissenschaftlichen Symposium in der Evangelischen Akademie Tutzing vom 11. bis 14. April 1989*. Baden-Baden: Nomos, 121-162.

- Scharpf, Fritz W., 1992: Koordination durch Verhandlungssysteme: Analytische Konzepte und institutionelle Lösungen. In: Arthur Benz / Fritz W. Scharpf / Reinhard Zintl, Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen. Frankfurt a.M.: Campus, 51-96.
- Scharpf, Fritz W., 1993: Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Adrienne Héritier (Hrsg.), Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24. Opladen: Westdeutscher Verlag, 57-83.
- Scharpf, Fritz W., 1994: Games Real Actors Could Play. Positive and Negative Coordination in Embedded Negotiations. In: Journal of Theoretical Politics 6, 27-53.
- Schneider, Hans-Peter / Wolfgang Zeh, 1989: § 48 Koalitionen, Kanzlerwahl und Kabinettsbildung. In: Hans-Peter Schneider / Wolfgang Zeh (Hrsg.), Parlamentsrecht und Parlamentspraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: de Gruyter, 1297-1324.
- Schofield, Normann, 1978: Instability of Simple Dynamic Games. In: Review of Economic Studies 45, 575-594.
- Schreckenberger, Waldemar, 1992: Veränderungen im parlamentarischen Regierungssystem. Zur Oligarchie der Spitzenpolitiker der Parteien. In: Karl Dietrich Bracher et al. (Hrsg.), Staat und Parteien. Festschrift für Rudolf Morsey zum 65. Geburtstag. Berlin: Duncker & Humblot, 133-157.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1984: Der informale Verfassungsstaat. Aktuelle Beobachtungen des Verfassungslebens der Bundesrepublik Deutschland im Lichte der Verfassungstheorie. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1988a: Theorie und Praxis parlamentarischer Gesetzgebung - besonders des 9. Deutschen Bundestages (1980-1983). Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1988b: Der politische Kompromiß als Chance und Gefahr für die Rationalität der Gesetzgebung. In: Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Bd. 13: Gesetzgebungstheorie und Rechtspolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 290-326.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1989: § 11 Parlamentsbrauch, Gewohnheitsrecht, Observanz. In: Hans-Peter Schneider / Wolfgang Zeh (Hrsg.), Parlamentsrecht und Parlamentspraxis in der Bundesrepublik. Berlin: de Gruyter, 359-393.
- Shepsle, Kenneth A., 1986: Institutional Equilibrium and Equilibrium Institutions. In: Herbert F. Weisberg (Hrsg.), Political Science: The Science of Politics. New York: Agathon Press, 51-81.
- Shepsle, Kenneth A. / Barry R. Weingast, 1981: Structure Induced Equilibrium and Legislative Choice. In: Public Choice 37, 503-519.

- Shepsle, Kenneth A. / Barry R. Weingast, 1984a: Uncovered Sets and Sophisticated Voting Outcomes with Implications for Agenda Institutions. In: *American Journal of Political Science* 28, 49-74.
- Shepsle, Kenneth A. / Barry R. Weingast, 1984b: Political Solutions to Market Problems. In: *American Political Science Review* 78, 417-434.
- Shepsle, Kenneth A. / Barry R. Weingast, 1987: The Institutional Foundations of Committee Power. In: *American Political Science Review* 81, 85-104.
- Thaysen, Uwe, 1985: Mehrheitsfindung im Föderalismus. Thesen zum Konsensualismus der westdeutschen Politik. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Nr. B35 / 85, 3-17.
- Tsebelis, Georg, 1993: Decision Making in Political Systems: Comparison of Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism, and Multipartism. Duke University Program in Political Economy, Papers in International Political Economy. Working Paper No. 178. Durham, NC: Duke University.
- Tsebelis, Georg, 1994: The Power of the European Parliament as a Conditional Agenda Setter. In: *American Political Science Review* 88, 128-142.
- Vereinbarung, 1992: Vereinbarung der CDU / CSU und FDP zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung. Unv. Manuskript. Bonn.
- Vogel, Friedrich, 1989: Der Vermittlungsausschuß. In: Bundesrat (Hrsg.), *Vierzig Jahre Bundesrat. Tagungsband zum wissenschaftlichen Symposium in der Evangelischen Akademie Tutzing vom 11. bis 14. April 1989*. Baden-Baden: Nomos, 213-225.
- Wasem, Jürgen, 1991: Zur Entstehungsgeschichte des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG). In: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.), *Probleme sozialpolitischer Gesetzgebung - Das Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes*. St. Augustin: Asgard, 65-76.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan* 16, 158-203.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Weingast, Barry R., 1989a: The Political Institutions of Representative Government: Legislatures. In: *Journal of Institutional and Theoretical Economics (Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft)* 145, 693-703.
- Weingast, Barry R., 1989b: Floor Behavior in the U.S. Congress: Committee Power under the Open Rule. In: *American Political Science Review* 83, 795-815.

Weingast, Barry R. / William J. Marshall, 1988: The Industrial Organization of Congress; or, why Legislatures, Like Firms, are not Organized as Markets. In: *Journal of Political Economy* 96, 132-163.

Wewer, Göttrik, 1990: Richtlinienkompetenz und Koalitionsregierung: Wo wird die Politik definiert? In: Hans-Hermann Hartwich / Göttrik Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik 1. Konzeptionelle Grundlagen und Perspektiven der Forschung*. Opladen: Leske + Budrich, 145-150.

Zipperer, Manfred, 1993: Gesundheitsstrukturgesetz stellt neue Weichen in der Gesundheitspolitik. In: *DOK* 75, 25-38.