

Manow, Philip

Book — Digitized Version

Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß

Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, No. 16

Provided in Cooperation with:

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

Suggested Citation: Manow, Philip (1994) : Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß, Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, No. 16, ISBN 3-593-35084-X, Campus Verlag, Frankfurt a. M.,
<https://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-0012-5A5E-A>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/209607>

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.

Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß



Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Köln

Philip Manow

Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß

Campus Verlag
Frankfurt/New York

94 1 1620

Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Bibliothek

OC-219

28420 000

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Manow, Philip:

Gesundheitspolitik im Einigungsprozess / Philip Manow. [Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln. –

Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1994

(Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 16)

ISBN 3-593-35084-X

NE: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung <Köln>: Schriften
des Max-Planck-Instituts . . .

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 1994 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main

Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen

Satz: Siegfried Lottes, Freiburg

Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Printed in Germany

Inhalt

Abkürzungen	8
Abgekürzte Zeitschriften/Zeitungen	11
Liste der Interviewpartner	12

Kapitel 1

Einleitung und Fragestellung

1.1 Einleitung	13
1.2 Fragestellung: Institutionelle Kontinuität und die stabilisierende Wirkung von Krisen	15
1.3 Aufbau der Arbeit	26

Kapitel 2

Der Politikprozeß (1): Voraussetzungen

2.1 Von der »Vertragsgemeinschaft« ...	28
2.2 ... zum »Institutionentransfer«	33
2.3 Das rentenpolitische und das gesundheitspolitische Politikfeld	37

Kapitel 3

Der Politikprozeß (2): »Agenda Setting«

3.1 Warnungen vor einem »Überstülpen«	46
3.2 Die sozialdemokratische Position	51

3.3	Das Paritätsprinzip	54
3.4	Das Gliederungsprinzip	62
3.5	Die Positionen der Verbände	73
3.6	Verbandliche Koalitionsbildung	76
3.7	Das saarländische Beispiel	79

Kapitel 4

Der Politikprozeß (3): Entscheidungen

4.1	Die Ostberliner Koalitionsvereinbarung	86
4.2	Die Position des BMA	90
4.3	Die »Angestelltenfrage«	96
4.4	Die »Kontraktion« exekutiver Zuständigkeiten im Einigungsprozeß	102
4.5	Die Verhandlungsposition	107
4.6	Der Verbändekonsens	115
4.7	Der 1. Staatsvertrag	118

Kapitel 5

Der Politikprozeß (4): Implementation

5.1	Die Überleitungsgesetze	123
5.2	Die Position der Ortskrankenkassen	126
5.3	Die strukturstabilisierende Wirkung der Kassenkonkurrenz	130
5.4	Die »Ambulatorienfrage«	137
5.5	Ein ministerieller Alleingang	149
5.6	Der Einigungsvertrag	154
5.7	Der Angleichungsmodus in der Renten- und in der Krankenversicherung	159

Kapitel 6	
Zusammenfassung	
6.1 Determinanten des Entscheidungsprozesses	164
6.2 Statik und Flexibilität im gesundheitspolitischen Netzwerk	167
Anhang	177
Literatur	180
Amtliche Publikationen und »graue« Literatur	180
Monographien und Zeitschriftenaufsätze	181

Abkürzungen

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AnV	Rentenversicherung der Angestellten
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	AOK-Bundesverband
ArV	Rentenversicherung der Arbeiter
BAföG	Bundesausbildungs-Förderungsgesetz
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BdB	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten
BEK	Barmer Ersatzkasse
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGW	Betriebliches Gesundheitswesen
BKaA	Bundeskanzleramt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BR-Drucksache	Bundesratsdrucksache
BT-Drucksache	Bundestagsdrucksache
CDA	Sozialausschüsse der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft
DA	Demokratischer Aufbruch
DAF	Deutsche Arbeitsfront
DAG	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft

DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNVP	Deutschnationale Volkspartei
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FRG	Fremdrentengesetz
GBL	Gesetzblatt der DDR
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl. I, S. 2606)
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I, S. 2266).
IKK	Innungskrankenkasse
IKK-BV	Bundesverband der Innungskrankenkassen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz vom 27.7.1977 (BGBl. I, S. 1069)
LDPD	Liberaldemokratische Partei Deutschlands
LVA	Landesversicherungsanstalt
NAV	Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands
OKK	Ortskrankenkasse
RAM	Reichsarbeitsministerium
RGBL	Reichsgesetzblatt
RM	Reichsmark
RRG '92	Rentenreformgesetz vom 18.12.1989 (BGBl. I, S. 2261)
RÜG	Rentenüberleitungsgesetz vom 25.7.1991 (BGBl. I, S. 1606)
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMAD	Sowjetische Militäradministration in Deutschland
SVG	Sozialversicherungsgesetz der DDR vom 28.6.1990 (GBl. Nr. 38, S. 486)

SVR KAIG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VAB	Versicherungsanstalt Berlin
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WRV	Weimarer Reichsverfassung
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes

Abgekürzte Zeitschriften/Zeitungen

dfg	Dienst für Gesellschaftspolitik
DNÄ	Die Neue Ärztliche
DOK	Die Ortskrankenkasse
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FR	Frankfurter Rundschau
HB	Handelsblatt
SZ	Süddeutsche Zeitung

Liste der Interviewpartner

Dr. K. Wirzbach	(KBV) am 20.12.1990.
Dr. G. Griesewell	(BMG) am 15.2.1991.
Dr. Bayer	(BPI) am 1.2.1991.
Dr. R. Vollmer	(BMG) am 4.4.1991.
Dr. M. Schönebeck	(PDS) am 9.11.1990, 26.3.1991.
F. Knieps	(AOK-BV) am 19.3.1991.
Kl.-D. Dietz	(SPD) am 5.2.1991.
Dr. W. Gerdelmann	(VdAK) am 30.11.1990.
H. Lange	(NAV) am 12.12.1990.
Dr. U. Preusker	(Marburger Bund) am 28.11.1990.
W. Hartmann-Besche	(BMA) am 24.10.1990.
Dr. J. Cronenberg	(FDP) am 15.5.1991.
Dr. K. Furmaniak	(BMA) am 28.11.1990.
K. H. Schönbach	(BdB) am 6.9.1991.
Dr. R. Paquet	(BdB) am 12.12.1990.
A. Engel	(IKK-BV) am 13.9.1992.
B. Jagoda	(CDU) am 22.10.1992.
Dr. J. M. von Stackelberg	(AOK-BV) am 31.3.1992.

Zusätzlich zu den hier aufgeführten Gesprächspartnern wurden mir freundlicherweise mehrere Interviewprotokolle mit Vertretern von KBV und BMA zur Verfügung gestellt, die Katrin Behaghel, Andreas Ryll und Douglas Webber geführt haben.

Kapitel 1

Einleitung und Fragestellung

1.1 Einleitung

Der ganz überwiegend verfolgte Vereinigungsmodus, die lineare Übertragung westdeutscher Institutionen auf das Beitrittsgebiet, war in der Sozialpolitik nach Sozialversicherungszweigen unterschiedlich umstritten. In der ostdeutschen Rentenversicherung waren den Rentnern nur die »Brosamen« belassen worden, »die vom Tisch einer auf die aktive Erwerbsbevölkerung fixierten Sozialpolitik fielen« (Hockerts 1992: 931), und die Rede von den »sozialen Errungenschaften der DDR« entbehrte hier jeder Grundlage. Die Übernahme der westdeutschen Strukturen und Leistungen der Rentenversicherung war somit nicht nur unkontrovers, sondern stellte neben der Einführung der DM in der DDR einen zweiten, von der DDR-Bevölkerung außerordentlich positiv bewerteten und deshalb auch wahlpolitisch attraktiven Vereinigungsschritt dar. Was die Arbeitslosenversicherung betraf, so hatte die DDR hier 1977 ihr ohnehin unbedeutendes Versicherungssystem abgeschafft, und folglich war auch hier ein modifikationsloser west-östlicher Institutionentransfer nicht strittig. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hingegen löste die deutschlandpolitische Entwicklung eine heftige sozialpolitische Kontroverse aus. Denn durch die Vereinigung sah sich die bundesdeutsche GKV mit einer immer erfolgreich unterdrückten Grundsatzalternative zu einem Zeitpunkt konfrontiert, zu dem auf bundesdeutscher Seite eine lebhafte und tiefgreifende gesundheitspolitische Debatte im Gange war. In ihr herrschte nur in einem Punkt weitgehende Einigkeit: Nur knappe zwei Jahre nach dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) war ein weiterhin bestehender Reformbedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung unstrittig. Der Bedarf an grundlegenden Strukturveränderungen war dabei auch regierungsoffiziell anerkannt. Für die 12. Legislaturperiode war bereits eine Reform der Krankenkassenstrukturen

angekündigt. In der bundesdeutschen GKV herrschte zum Zeitpunkt der Einigung also ein tiefgehender politischer Dissens, der dadurch weiter verschärft wurde, daß sich das DDR-Versorgungsmodell in mehrerer Hinsicht gegenüber dem von »Strukturdefiziten« gekennzeichneten westdeutschen System positiv abzuheben schien.

Angesichts dieser Konstellation konnte es nicht verwundern, daß im Zuge der deutschen Vereinigung von vielen Seiten, und keineswegs nur von »notorischen Kritikern« des Systems, zunächst davor gewarnt wurde, »unser gegenwärtiges System [der DDR] ungefiltert zu oktroyieren und es dann wieder zu reformieren«. ¹ Mit dem 1. Staatsvertrag, den gesundheitspolitischen Überleitungsgesetzen vom Sommer 1990 und schließlich dem Einigungsvertrag wurde hingegen genau dies – der annähernd modifikationslose Transfer der allgemein als reformbedürftig erkannten GKV-Strukturen – vollzogen. Mit Ausnahme der auf fünf Jahre beschränkten »Bestandsgarantie« für Polikliniken und Ambulatorien ² finden sich im geeinten Deutschland keine bedeutenden Abweichungen von den Regelungen des Sozialgesetzbuches der »alten« Bundesrepublik. Dies hat zu der Einschätzung geführt, daß zumindest in der Gesundheitspolitik die DDR ganz »zweifellos« im Vereinigungsprozeß »über den Tisch gezogen« wurde (Lehmbruch 1991: 602, Anm. 1 und 588).

Wenn aber die fast modifikationslose Übertragung der Strukturen der bundesdeutschen GKV vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdiskussion vielen als nahezu skandalöser Vorgang erschien (so etwa Stone 1991; Braun/Müller 1993), angesichts der immer wieder herausgestellten Beharrungskraft der GKV-Strukturen jedoch zum gewissermaßen »folgerichtigen« Politikresultat wird, stellt sich die Frage nach den Gründen für die besondere institutionelle Persistenz des bundesdeutschen Gesundheitssystems, es stellt sich die Frage nach den Stabilisierungsmechanismen und den Ursachen für die immer wieder gelingende Abwehr grundlegender Reformbestrebungen. Dies ist perspektivisch gewendet die Frage nach den staatlichen Steuerungsmöglichkeiten und den ihnen gesetzten Hindernissen im bundesdeutschen Gesundheitswesen. Es ist die Frage nach dem Verhältnis von »staatlicher Steuerung und institutioneller Eigendynamik« in dem gesundheitspolitischen Politikfeld. Diese Fragestellung steht im Kontext einer Forschungsperspektive, der in bezug auf das (bundes)deutsche Gesundheitswesen – im internationalen

1 So etwa der Leiter der (ehemaligen) Abteilung V »Gesundheit, Krankenversicherung« im BMA, Ministerialdirigent Karl Jung, in der *Ärzte-Zeitung* vom 6.3.1990.

2 S. den im Einigungsvertrag vom 31.8.1990 formulierten § 311 Abs. 2 SGB V.

Vergleich oder im historischen Längsschnitt – bereits mehrere Arbeiten des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung gefolgt sind (Alber 1988, 1989b; Webber 1988, 1989; Rosewitz/Webber 1990; Mayntz 1990; Döhler 1990, 1991; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992; Döhler/Manow-Borgwardt 1992a, 1992b). An diese Arbeiten will die folgende Darstellung der »Gesundheitspolitik im deutschen Einigungsprozeß« anknüpfen.

1.2 Fragestellung: Institutionelle Kontinuität und die stabilisierende Wirkung von Krisen

Als besonderes Merkmal der deutschen Sozialversicherung ist immer wieder ihre »erstaunliche Kontinuität« (Ritter 1983: 105) hervorgehoben worden. Ihre Institutionen haben sich als »bemerkenswert zählebig« erwiesen (Alber 1989a: 46). Sie haben in Konfrontation mit grundsätzlichen Reformbestrebungen eine außerordentliche Beharrungskraft bewiesen – gegenüber der Umstellung der Sozialversicherung auf privates Zwangssparen in den Krisen-jahren 1923 und 1931, gegenüber dem Plan eines einheitlichen »Versorgungswerkes des deutschen Volkes« unter den Nationalsozialisten oder gegenüber der Idee einer Einheitsversicherung, wie sie im Kontrollratsentwurf der vier Alliierten 1946/47 konzipiert worden war und kurz vor ihrer – dann doch nur in der sowjetischen Besatzungszone vollzogenen – Umsetzung stand. Angesichts äußerst wechselvoller Umweltbedingungen mit zwei Weltkriegen, zweimaliger Inflationszeit, mehreren Wirtschaftskrisen und vier unterschiedlichen politischen Regimen erschien Stolleis die Rentenversicherung wie eine »Arche der Kontinuität« (1989: 333). Auch hinsichtlich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde von ihrer »ausgeprägten Strukturkonstanz« (Döhler 1991: 463) gesprochen. Hier hieß es gar, sie befinde sich nach 100 Jahren »gewissermaßen noch im Urzustand« der Bismarckschen Gesetzgebung.³

Darstellungen, die eine ungebrochene Kontinuitätslinie der rechtlichen und institutionellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung behaupten, unterschlagen unter anderem, daß ihre heutige Gestalt Resultat eines längeren, mitunter sehr konfliktreichen Institutionalisierungsprozesses ist. Entgegen dem Bild eines »organischen Wachstums« kann die Geschichte der

3 Zitiert nach Webber (1988: 156).

GKV vielmehr als zum Teil erbitterter Kampf um ihre institutionell-rechtliche Ausgestaltung dargestellt werden (vgl. WSI 1981). Er hat erst 1931 – mit der 4. Brüning'schen Notverordnung – einen vorläufigen Gleichgewichtspunkt gefunden. Der mit ihm getroffene Kompromiß zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen und Staat wurde auch für das Nachkriegswestdeutschland mit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 weitestgehend verbindlich gemacht.

Doch die Kontinuitätsthese läßt sich andererseits auch nicht als vordergründiges Konstrukt derjenigen Interessen abtun, die den bestehenden Strukturen verpflichtet sind und die ihnen daher mit der Fiktion einer langen geschichtlichen Kontinuität höhere Legitimität zu verleihen suchen. Zum einen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung trotz bedeutender Änderungen der interorganisatorischen Rechtsbeziehungen ein hohes Maß an Kontinuität der Organisationen selbst in Verbindung mit einer hochgradig entwickelten »Ordnungskonformität« der Rechts- und Institutionenentwicklung zu verzeichnen. Zum anderen ist diese Entwicklung trotz ihres Konfliktreichtums in einem überwiegend inkrementalen Prozeß vonstatten gegangen. Die retrospektiv als weitreichend erkennbaren Wandlungen erfolgten ganz überwiegend nicht schubweise und radikal, sondern Schritt für Schritt. Dabei wird eine die institutionelle Kontinuität betonende Sichtweise gerade auch durch die spezifische Sequenz dieses Wandlungsprozesses nahegelegt. Denn gerade in Phasen drohenden Kontinuitätsbruchs, in Phasen radikaler politischer Reformbestrebungen und/oder tiefgreifender wirtschaftlicher Krisen läßt sich eher die Verfestigung »tragender Prinzipien« der deutschen Sozialversicherung konstatieren denn ihre grundlegende Reformierung. Dieses fast durchgängig zu beobachtende azyklische Muster institutionellen Wandels hat Veranlassung gegeben, in der Geschichte der GKV eine Abfolge von »Stabilisierungskrisen« (Döhler 1993: 127) zu sehen.

Auf der Suche nach Gründen für die Strukturkonstanz der bundesdeutschen GKV haben bisherige politikwissenschaftliche Untersuchungen einen vergleichsweise hohen Grad an Übereinstimmung erzielt. Sowohl in komparativer Perspektive (etwa Döhler 1990) als auch in Längsschnittuntersuchungen (Webber 1988, 1989; Rosewitz/Webber 1990) sind bei aller zwangsläufig unterschiedlichen Gewichtung übereinstimmend doch folgende Faktoren für die immer wieder hervorgehobene GKV-Strukturkonstanz verantwortlich gemacht worden (s. auch Mayntz 1990; Alber 1992): In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht eine hohe Verflechtung vieler und heterogener gesellschaftlicher Interessengruppen. Dies schließt enge Klientelbeziehungen

zwischen den gesundheitspolitischen Verbänden und dem Parteiensystem und – über die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane – Verflechtungen mit den Verbänden von Kapital und Arbeit ein. Dadurch ist die Governance-Struktur des Gesundheitswesens tief in die übergreifenden Regelungsstrukturen der Gesellschaft integriert. Sie ist gleichsam »überinstitutionalisiert« (s. Rieger 1992a: 62-63). Schon diese hohe institutionelle Integration macht grundlegende Reformen eher unwahrscheinlich (Olsen 1991: 132-133; in bezug auf wohlfahrtsstaatliche Institutionen Rieger 1992a: 56-69).

Zugleich ist die Fortentwicklung des rechtlichen und institutionellen Gefüges der GKV an sogenannten Strukturprinzipien orientiert, die den Bereich »zulässiger« Politikoptionen spürbar beschränken. Den Prinzipien kommen dabei in einem so hohen Maße politikstrukturierende Wirkungen zu, daß bereits der Quasi-Verfassungsrang dieser Ordnungsideen prominenter Gegenstand juristischer Diskussionen geworden ist.⁴ Hieraus resultiert eine auffällige Eigengesetzlichkeit der institutionellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu einer signifikanten Homogenisierung ihrer Organisationsmuster und ihres Rechtsgefüges beigetragen hat (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Manow-Borgwardt 1994). Man kann dies als einen Prozeß beschreiben, der ein ursprünglich recht heteronomes Gebilde zu einem »eng gekoppelten« System fortentwickelt hat.

In der GKV herrscht zudem ein hoher Autonomiegrad der Verbände, der auch im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen auffällt (Hendler 1988: 235). Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einem hohen Grad der Politikdelegation. Die zentralen Steuerungsleistungen werden im Regelfall nicht staatlich getroffen, sondern kollektivvertraglich zwischen den Spitzenverbänden der Ärzte und Krankenkassen ausgehandelt. Dies stellt den Staat in eine besondere Ressourcenabhängigkeit (Döhler 1991: 466). Vor allem die ärztlichen Verbände sind hochgradig organisiert und besitzen deswegen eine ausgeprägte Strategiefähigkeit, durch die sie oft die ohnehin labilen politischen Reformkoalitionen aufzubrechen vermögen.

Diese Strukturspezifika des Politikfeldes stehen darüber hinaus in besonderer Korrespondenz mit allgemeinen Ausprägungen des bundesdeutschen politischen Systems. Diese verleihen ihnen eine Verstärkung, die im Resultat bisweilen einer Allgemeinverteilung von Vetopositionen ähnelt. So bieten insbesondere die in der Bundesrepublik vorherrschenden Koalitionsregierungen, die föderative Staatsstruktur und die oft vermerkte starke »Verrechtli-

4 Schulin (1989: 70), Stolleis (1984: N25-N26), Heinze (1984: 46-71, insbesondere 61).

chung« der bundesdeutschen Politik (hierzu etwa Lepsius 1990: 77-81) den verschiedenen Interessenpositionen zahlreiche Vetopunkte, durch die gesundheitspolitische Reformvorhaben meist schon in der Phase der Politikformulierung auf das Format von Minimallösungen zurückgestutzt werden (Webber 1988, 1989).

Beispielsweise ist die FDP als Vertreterin partikularer Anbieterinteressen im Gesundheitswesen in einem Parteiensystem des »kompetitiven Zentrismus« (Lepsius 1990: 64-68), in dem die beiden großen Volksparteien zur Mehrheitserlangung zumeist auf eine Koalition mit den Freidemokraten angewiesen sind, in einer strategisch ungewöhnlich guten Position. Gesundheitspolitische Anbieterinteressen hatten deswegen lange Zeit privilegierte Möglichkeiten der Interessendurchsetzung. Die föderale Brechung politischer Entscheidungsprozesse macht sich insbesondere im Krankenhausbereich bemerkbar. So führt etwa der duale Modus der Krankenhausfinanzierung zu gravierenden gesundheitspolitischen Steuerungsdefiziten und resultiert in einer deutlichen Asymmetrie in der Verteilung von Nutzen und Kosten zwischen Ländern und GKV. Ein im zentralstaatlichen Interesse liegendes Arrangement scheiterte jedoch lange Zeit an den restriktiven Zustimmungsvoraussetzungen, die eine Reform auch von dem Einverständnis derjenigen abhängig machen, die von dem bestehenden Zustand profitieren. Als ein anschauliches Beispiel für die additive Wirkung von Entscheidungsverflechtungen in der GKV kann auch das Problem der kostenträchtigen Arztzahlenentwicklung gelten: Stand der zentralstaatlichen Festlegung von Niederlassungsgrenzen lange Zeit die verfassungsrechtliche Rechtsprechung (Berufsfreiheit, Art. 12 GG) entgegen, so fiel die umwegige Regulierung des Arztangebots über die Verringerung von Studienplätzen in die Zuständigkeit der Länder (Kultushoheit). Deren Interesse an Zugangsbeschränkungen ist jedoch nur gering ausgeprägt. Kurz: Das bundesdeutsche Gesundheitswesen scheint in geradezu klassischer Ausformung ein Beispiel für ein von »Politikverflechtung« (Scharpf/Reissert/Schnabel 1976) geprägten Sektor abzugeben, mit allen damit verbundenen Systemeigenschaften, wie etwa einem großen Trägheitsmoment im Anpassungsverhalten an veränderte Funktionsanforderungen und der Vorliebe für Niveau- statt für Strukturentscheidungen.

Dieses hinlänglich gefestigte Bild bedarf jedoch in wenigstens einer Hinsicht der Ergänzung oder Modifikation. Denn Erklärungen, die die Kontinuität von Strukturen allein durch den in ihnen inkorporierten Wandlungswiderstand, durch die Macht der Bestandsinteressen, erklären, sind auf eine offensichtliche Weise unvollständig. Zwar können sich Institutionensysteme

über einen längeren Zeitraum hinweg veränderten Umwelтанforderungen verweigern. Und zugleich sind institutionelle Reformen – wie die neuere institutionalistische Literatur ganz übereinstimmend konstatiert⁵ – ausgesprochen voraussetzungsvoll. Denn sie erfordern nicht nur die Überwindung machtvoller, durch die bestehenden Strukturen gedeckter Interessenkoalitionen, so daß Reformen die Fähigkeit verlangen, Aufmerksamkeit zu stabilisieren, Ressourcen zu mobilisieren und Widerstände zu brechen (Olsen 1992: 256). Zusätzliche Anforderungen an institutionelle Reformen liegen in der Unsicherheit über ihre Verteilungsimplicationen. Einer Reform bestehender Institutionen steht deswegen auch noch ein grundsätzlicher »fear of breakdown« (Shepsle 1989: 144) entgegen, nämlich die Angst, daß ein deutliches Unterschreiten des Leistungsniveaus der alten Ordnung mit für alle desaströsen Kosten folgt (s. auch Krasner 1984: 235). So erweisen sich auch offensichtlich dysfunktionale Ordnungen als stabil, »because sunk costs, vested interests, and the difficulty of conceiving of alternatives make it sensible to maintain them« (DiMaggio/Powell 1991: 7). Neo-institutionalistische Ansätze betonen daher als hervorstechendes Charakteristikum von Institutionen zunächst ihre »stickiness« oder die »institutional inertia« gegenüber Vorstellungen eines unmittelbaren und inkrementellen Anpassungsverhaltens an veränderte Umweltbedingungen.

Doch zugleich lassen sich Institutionensysteme mit gravierenden und lang andauernden Funktionsverfehlungen nicht ewig stabilisieren. Funktionsverfehlungen wachsen sich zu veritablen Performanzkrisen aus, die – oft in Verbindung mit allgemeinen gesellschaftlichen Krisensituationen als »periods with little slack« (Olsen 1991: 133) – zu grundlegenden Strukturänderungen führen. Daraus folgt die episodenhafte und dramatische Natur institutioneller Strukturwechsel. Ein Muster, das sich bereits klassisch in Croziers Darstellung des »bürokratischen Teufelskreises« beschrieben findet (Crozier 1964: 187-198).⁶

5 Vgl. für den organisationssoziologischen Strang des Neuen Institutionalismus die Beiträge in Powell/DiMaggio (1991) und Zucker (1988a). Für den politikwissenschaftlichen Strang des Neuen Institutionalismus s. March/Olsen (1984, 1989) und Krasner (1984, 1988). Als aktuellen Überblicksartikel Cammack (1992). Für die ökonomische Spielart des Neuen Institutionalismus Williamson (1975, 1985), Eggertsson (1990) und North (1992). Für die Anwendung des Neuen Institutionalismus der ökonomischen Spielart (insbesondere Transaktionskosten-Theorie und Rational Choice) auf die Analyse politischer Prozesse und Institutionen vgl. Shepsle (1989) und North (1990).

6 Bei seiner Diskussion von Entwicklungsdynamiken bürokratischer Organisationen hält Crozier fest: »Change will not come gradually on a piecemeal basis. It will wait until a serious question pertaining to an *important dysfunction* can be raised. ... Because of the

Dieser theoretische Argumentationsgang kann nun im Fall der deutschen Sozialversicherung insofern Bestätigung finden, als sich im historischen Rückblick zeigt, daß in Situationen grundsätzlicher Herausforderung die obengenannten Blockadefaktoren ganz überwiegend *nicht* für die jeweils gelingende Systemstabilisierung verantwortlich gemacht werden können. Denn in diesen gesellschaftlichen Umbruchs- und Krisenphasen waren meist auch die gängigen Einflußwege für Interessenverbände, Parteien oder Länder verschüttet, ja oft war noch nicht einmal die Fortgeltung bestehender Rechtsordnungen garantiert. Mit schlichten interessenbedingten Reformblockierungen läßt sich das Kontinuitätsphänomen der deutschen Sozialversicherung also kaum erklären. Und Vergleichbares scheint auch für die deutsche Vereinigung zu gelten. Denn als besonderes Kennzeichen des Einigungsprozesses gilt die Suspension von allem, »was es bislang in der Alltagspolitik der Bundesrepublik an Interessenvermittlung durch multilaterales Aushandeln gegeben hatte« (Lehmbruch 1990: 471, 1993: 50 und passim). Der Einigungsprozeß war – so die herrschende Interpretation – sowohl von der spürbar eingeschränkten Rolle der Bundesländer (Lehmbruch 1991: 587) wie auch von der »Kontraktion« ansonsten breit gestreuter politischer Entscheidungszuständigkeiten zugunsten einer außerordentlichen exekutiven Dominanz geprägt. Diese Faktoren haben zusammengenommen zu der Einschätzung geführt, im Einigungsprozeß habe sich das politische System der Bundesrepublik in einem »Ausnahmestand« befunden (Lehmbruch 1990: 471) und es sei erst nach dem Einigungsvertrag wieder in seine Normallage zurückgefallen.

Aus diesem Blickwinkel läßt sich nun auch der Umstand angemessener

necessarily long delays, because of the amplitude of the scope it must attain, and because of the resistance it must overcome, change in bureaucratic organizations is a deeply felt crisis. The essential rhythm prevalent in such organizations is, therefore, an *alternation of long periods of stability with very short periods of crisis and change*« (Crozier 1964: 196; Hervorhebung d. Verf.). Eine lange Liste übereinstimmender Zitate könnte angeführt werden. Siehe etwa Walter Powell (1991: 197): »change is neither frequent nor routine because it is costly and difficult. When change does occur ... it is likely to be episodic, highlighted by a brief period of crisis or critical intervention, and followed by longer periods of stability or path-dependent development.« Oder Krasner (1984: 234): »Institutional structures do not respond in any rapid and fluid way to alterations in the ... environment. Change is difficult. ... Institutional change is episodic and dramatic rather than continuous and incremental. Crises are of central importance.« Weitere übereinstimmende Einschätzungen finden sich bei Olsen (1992: 256), DiMaggio/Powell (1991: 11) oder Zucker (1988b: 24).

würdigen, daß die bundesdeutsche GKV trotz eines hohen Maßes an Strukturkonstanz auch auf wechselnde funktionale Anforderungen reagiert hat. Für die bis Mitte der siebziger Jahre dominante gesundheitspolitische Zielvorgabe der »Bedarfsdeckung« mag das noch als wenig verwunderlich gelten, denn in einem auf Zuwachs gestellten System werden manche Funktionsdefizite überdeckt. Vor allem die vergleichenden Studien von Jens Alber (1988, 1989a, 1989b) haben jedoch zeigen können, daß die gesetzliche Krankenversicherung, wie die deutsche Sozialversicherung generell, auch gegenüber der dann plötzlich erfolgten Funktionsumstellung von »Expansion« auf »Kontraktion« eine relativ hohe Responsivität bewiesen hat. Es ist also offensichtlich die Kombination einer national beschränkten Betrachtungsperspektive mit einer gewissen Distanzlosigkeit gegenüber den nicht interessenfreien Akteursdeutungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem, die lange Zeit (und oftmals heute noch) die pauschal skeptische Beurteilung seiner Steuerbarkeit veranlaßt hat.⁷

Es lassen sich mehrere Faktoren nennen, die bei – oder trotz – hoher struktureller Kontinuität die mindestens partielle Anpassungsfähigkeit der bundesdeutschen GKV garantieren konnten. Zunächst ist hier ihr Finanzierungsmodus zu nennen. Die in der Krankenversicherung realisierte reine Beitragsfinanzierung koppelt das System eng an den Wirtschaftsverlauf. D.h., Expansionspielräume können schneller genutzt, Kontraktionszwänge müssen jedoch auch rascher exekutiert werden als in Systemen, in denen staatliche oder private Finanzanteile ein konjunkturunabhängiges oder zumindest konjunkturverzögerndes Moment darstellen (Rieger 1992a: 98-99). Mit dem an die Lohnentwicklung gekoppelten Beitragsaufkommen ist somit ein Anpassungszwang vorhanden, der längerwährende Fehlentwicklungen in die eine (Unterangebot) oder die andere Richtung (Überangebot) vermeiden hilft. In Verbindung hiermit erweist sich auch die aus ganz anderen Gründen implementierte paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane mit Verbandsrepräsentanten der Sozialpartner als regulativ vorteilhaft. Sie wurde und wird mit den hälftig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu tragenden Sozialversicherungsbeiträgen legitimiert. Die prominente Beteiligung der Sozialpartner an der Regulierung des Systems gewährleistet nicht nur, daß Beitragserhöhungen Grenzen gesetzt sind. Wichtiger erscheint, daß sie einen bedeutenden Faktor im politischen Raum darstellt. Hier wirkt die Einbindung

7 Falls dieses Urteil nicht ohnehin einem konsequenten Empirieverzicht geschuldet ist; s. etwa Luhmann (1983).

der Sozialpartner dem häufig beklagten Ungleichgewicht in den Chancen zur Interessenartikulation und -durchsetzung entgegen, das immer dann auftritt, wenn Nutzen konzentriert und gruppenspezifisch anfallen, Kosten jedoch diffus-unspezifisch verteilt sind.

Eine sehr wichtige Steuerungsressource stellt auch die Ausdeutungsfähigkeit des Selbstverwaltungsprinzips dar (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a, 1992b, 1993). Sie ermöglicht den variablen staatlichen Steuerungszugriff und somit die hierarchische Überwölbung der Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungsparteien. Hierdurch erhöht sich zum einen ihre Kompromißbereitschaft. Zum anderen ist die staatliche Intervention in das Verhandlungssystem nicht irreversibel, sondern sie erfolgt zyklisch im Sinne von »Steuerungskonjunkturen«. Problemkonstellationen, die die Einigungsfähigkeit von Ärzteschaft und Kassen überfordern, veranlassen den Staat zur schrittweisen Überlagerung der Verhandlungslogik durch den Einsatz hierarchischer Steuerungsinstrumente bis hin zur vollkommenen Außerkraftsetzung des Selbstverwaltungsmoments (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b: 588). Dabei verstehen und legitimieren sich die staatlichen Eingriffe in das gesundheitspolitische Verbands- und Verhandlungssystem vor allem als Maßnahmen zur Wiederherstellung seiner selbstregulativen Kräfte.

Insofern wirkt auch der hohe Grad der Verbandsförmigkeit des bundesdeutschen Gesundheitswesens nicht alleine steuerungshemmend, denn die »organisierte Handlungsfähigkeit gesellschaftlicher Akteure« kann politische Steuerung auch begünstigen (Mayntz 1987: 106). Sie bietet vielfältige Ansatzpunkte für die Indienstnahme des Verbändesystems für staatliche Steuerungsziele – eine Strategie, deren seit 1977 zunehmende Inanspruchnahme unter dem Stichwort der »Korporatisierung« nachgezeichnet wurde (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a). Dies zeigt auch, daß die Handlungsfähigkeit und Positionsnahme gesundheitspolitischer Akteure keine externe, unbeeinflussbare Größe darstellt. Daß ein wichtiger Bereich des Staatshandelns in der Formierung und Organisation gesellschaftlicher Interessen besteht, ist des öfteren gegen eine pluralistische Perspektive vermerkt worden, nach der es eine autonome gesellschaftliche Sphäre gibt, in der »ursprüngliche« Interessen artikuliert und dann als »Input« in den politischen Entscheidungsprozeß gespeist werden (s. etwa Anderson 1979; Czada 1991; Walker 1991). Für die interessenformierende Rolle des Staates bietet auch die bundesdeutsche Gesundheitspolitik reiches Anschauungsmaterial. Und dies nicht nur in dem – bspw. in der Korporatismusliteratur prominenten – Sinne, daß der Staat mit der Gestaltung von Gelegenheitsstrukturen und der Beleihung autoritativer

Ressourcen die Verbandsbildung fördern und stabilisieren kann, Verbände von ihren internen Kollektivgut-Problematiken entlastet und sich somit handlungs- und verpflichtungsfähige Adressaten und Delegationsinstanzen für seine Politik schafft. Sondern auch in dem Sinne, daß Interessenfragmentierungen durch staatliche Politiken bewußt gefördert und verschärft werden, wenn dies die Durchsetzungsfähigkeit staatlicher Steuerungsziele erleichtert. Die Regulierung des GKV-Pharmasektors ist hier ein gutes Beispiel (Manow-Borgwardt 1992).

Auch die gesundheitspolitische Rolle des Parteienwettbewerbs ist nicht angemessen verstanden, wenn man ihm alleine die Verstärkung gesundheitspolitischer Konflikte oder ihre schlichte Verlängerung in den politischen Raum als Wirkung zuschreibt. Die klientelistischen Beziehungen zwischen Parteien und gesundheitspolitischen Interessenverbänden sind nicht »ehern«, sondern selbst Resultante von veränderungsfähigen Interessenkonstellationen. Insbesondere Gerhard Lehbruch (1976) hat gezeigt, daß dem Parteienwettbewerb eine blockierende Wirkung zukommen kann, wenn Parteien fragmentierte Entscheidungsstrukturen als Verhinderungspotential nutzen, daß ihm aber immer auch ein innovatives Moment anhaftet, das strukturell bedingte Entscheidungsblockaden überwinden hilft (Lehbruch 1976: 36-42). So ist es sicherlich zutreffend, dem Vorherrschen von Koalitionsregierungen in der Bundesrepublik einen gesundheitspolitisch insgesamt reformhemmenden Effekt zuzuschreiben, doch wird dieser Effekt in seiner Wirkung zumindest moderiert durch einen anderen Aspekt des politischen Wettbewerbs: dem Regierung/Opposition-Antagonismus. Denn für die Opposition bieten koalitionsinterne Entscheidungsblockaden oder systematische Bevorzugungen bestimmter Interessengruppen einen willkommenen Anlaß, der Regierung »sträfliche Untätigkeit« beziehungsweise »soziale Unausgewogenheit« vorzuwerfen und Mehrheiten durch alternative Politikkonzepte zu gewinnen.

Schließlich ist mit dem kollektivvertraglichen Regulierungsmodus in der GKV eine recht vorteilhafte Steuerungsform dominant. Zwar findet sich mit dem Kollektivvertragssystem der Konflikt zwischen Ärzten und Kassen institutionalisiert, und die verschiedenen Regulierungsgremien und -mechanismen gruppieren sich folglich entlang einer konsistenten Konfliktlinie. Wenngleich dadurch ein beständiger Interessenstreit in die Grundstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung eingewoben ist, so ermöglicht dies doch zugleich eine prozedurale Steuerung in Form des »tipping the balance« (Dunsire 1993), bei der staatliche Steuerungsziele auch durch die Umverteilung von Verhandlungsmacht und nicht nur per direkter Zielvorgabe erreicht werden

können. Ohnehin sind Verträge ein vergleichsweise offenes, universales Regulierungsinstrument.

Aber läßt sich aus diesen Überlegungen mehr gewinnen als die eher unbefriedigende Erkenntnis von einer »ambivalenten«, teils flexiblen, teils starren Reaktion der GKV-Strukturen auf staatliches Steuerhandeln? Wenn man Ambivalenz hier nicht schlicht als Uneindeutigkeit, sondern als ein polares Spannungsverhältnis versteht, das die *Voraussetzung für die Entwicklung eigendynamischer Prozesse* bildet (Mayntz/Nedelmann 1987: 662-667), führen diese Überlegungen insofern weiter, als sie als Hinweis auf eine allgemein für unwahrscheinlich gehaltene Verbindung von starker »Pfadabhängigkeit«, d.h. auch beträchtlicher institutioneller Rigidität, und einem in Grenzen flexiblen Anpassungsverhalten des bundesdeutschen Gesundheitswesens gelesen werden können. Oder um es in – wohlgermerkt metaphorischer – Aneignung der Luhmannschen Begrifflichkeit zu formulieren: Sie sind Hinweis darauf, daß das Gesundheitswesen möglicherweise ein gesellschaftliches Teilsystem ist, das hohe institutionelle Geschlossenheit mit zumindest partieller funktionaler Offenheit kombiniert.

Dies würde durchaus mit Prognosen kollidieren, wie sie etwa von dem in der Politikwissenschaft prominenten neo-institutionalistischen Ansatz getroffen werden: Aus dessen Sicht sind eine starke Verflechtung und ein hoher Grad institutioneller Homogenität grundsätzlich sehr prekäre Systemeigenschaften. Die Einschätzung »tightly coupled institutions may be unstable in the face of external shocks« (DiMaggio/Powell 1991: 29) gehört hier zum prognostischen Repertoire. Institutionensysteme mit einer stark eigengesetzlichen Entwicklung verselbständigen sich gegenüber ihrer Umwelt, was häufig zu sich weitenden Lücken zwischen Funktion und Funktionserfüllung führt. Hohe Strukturstabilität steigert die Wahrscheinlichkeit, daß Institutionen auf suboptimalen Entwicklungspfaden verbleiben und Änderungen in ihrer Umwelt nicht angemessen mitvollziehen. Daraus folgt jene bereits oben skizzierte Dynamik institutioneller Entwicklung, bei der sich die aufsummierten Funktionsverfehlungen in einer krisenhaften Zuspitzung, meist ausgelöst durch »externe Schocks«, manifestieren und einen institutionellen Umbau veranlassen.⁸ Die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschenden »Stabili-

8 Diese Sequenz (s.o. Croziers bürokratischer Teufelskreis) entspricht auch dem bei Rieger skizzierten »Teufelskreis«, mit dem dieser das Entwicklungsmuster der aus ganz ähnlichen Gründen strukturstabilen deutschen Arbeitslosenversicherung erklären will (Rieger 1992a: 237-238): »Der in der institutionellen Struktur angelegte Wandlungswiderstand verzögert notwendige Anpassungen an veränderte Funktionsbedingungen

sierungskrisen« stehen jedoch zu dieser Sequenz in einem offensichtlichen Kontrast.

Die nachfolgende Darstellung des externen Schocks, den das bundesdeutsche Gesundheitswesen in einer Phase tiefgreifender Reformdiskussion in Form der deutsch-deutschen Anpassungserfordernisse erlebte, und der Stabilisierungsreaktionen, die diesem Schock folgten, will dieser Vermutung eines Nebeneinanders von starker institutioneller Beharrungskraft mit einem in Grenzen flexiblen Anpassungsverhalten im deutschen Gesundheitswesen in einer Fallstudie nachgehen. Diese Fallstudie kann damit die Rekonstruktion langer historischer Entwicklungsstränge um eine schlaglichtähnliche, aber dafür detailreichere Analyse ergänzen.

Mit dem hier gewählten Fragezuschnitt sind bestimmte thematische Ausgrenzungen und Zuspitzungen verbunden. Gegenstand dieser Arbeit sind die gesundheitspolitischen Entscheidungen bezüglich der Ausgestaltung des gesamtdeutschen Gesundheitswesens, d.h., der Betrachtungszeitraum endet mit dem Einigungsvertrag. Die Umsetzung der mit ihm getroffenen Entscheidungen kommt nicht in den Blick (s. hierzu etwa Wasem 1992). Dabei konzentriert sich die Untersuchung auch im wesentlichen auf westdeutsche Akteure. Dies rechtfertigt sich nicht etwa durch den Umstand, daß der Entscheidungsprozeß fast vollständig von ihnen beherrscht wurde und daß auch dort, wo DDR-Akteure »ihre Interessen« artikulierten, sie ihnen meist von bundesdeutscher Seite souffliert worden waren (Abschnitt 6.1). Diese Perspektive ist vielmehr in der gewählten Fragestellung begründet: Es gilt, das Reaktionsmuster des bundesdeutschen Systems, das nun auch zum gesamtdeutschen System medizinischer Versorgung geworden ist, in Konfrontation mit einem in vieler Hinsicht strukturverschiedenen System zu rekonstruieren, zu einem Zeitpunkt, als in der westdeutschen GKV ein Konsens über den weiteren Bedarf an gesundheitspolitischen Strukturreformen bestand. Damit kann hier

und führt zu einer suboptimalen Lösung der anstehenden Probleme. Die zeitlich verzögerte oder ausbleibende sozialpolitische Reaktion verschärft das Problem und den Wandlungsdruck. Tiefer gehende und die institutionellen Grundlagen stärker berührende Maßnahmen werden notwendig, die wiederum ihrerseits den Wandlungswiderstand erhöhen, weil die strukturell dominanten Interessen noch stärker herausgefordert werden. Das mögliche Ergebnis dieser Spirale ist ein Strukturbruch: der Kollaps der bestehenden institutionellen Grundlage und die Notwendigkeit einer Neuorganisation der Einrichtung« (Rieger 1992a: 237-238). Problematisch erscheint mir nur, daß sich mit diesem Modell die »beeindruckende Kontinuität der deutschen Einrichtungen« (Rieger 1992b: 169) nun gerade *nicht* erklären läßt.

auch darauf verzichtet werden, zum wiederholten Male eine umfassende Beschreibung des DDR-Gesundheitswesens zu liefern (hierfür etwa Rolf 1975; Korbanka 1990; Frerich/Frey 1993). Die vorliegende Arbeit wird sich auf die Darstellung ausgewählter Systemunterschiede konzentrieren (paritätische Selbstverwaltung [Abschnitt 3.3], Gliederungsprinzip [Abschnitt 3.4], sozialversicherungsrechtlicher Sonderstatus der Angestellten [Abschnitt 4.3], Ambulatorienfrage [5.4]), an denen sich im Prozeß der deutschen Einigung besondere Konflikte entzündeten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Die nachfolgende Schilderung des Politikprozesses⁹ erfolgt zeitlich unterteilt in den Abschnitten 2 bis 5 (Voraussetzungen, »Agenda Setting«, Entscheidungsphase und Implementation). Dabei ist das Vorgehen jedoch nicht strikt chronologisch und narrativ, sondern verbunden mit zum Teil weit zurückgreifenden historischen Exkursen (insbesondere in Abschnitt 3), die den sozialpolitischen Stellenwert der im Vereinigungsprozeß aufbrechenden Kontroversen verdeutlichen sollen.

Darüber hinaus wird die Darstellung ergänzt durch einen Vergleich mit der Angleichung der beiden deutschen Rentenversicherungssysteme (vgl. etwa die Abschnitte 2.2, 2.3 und 5.7). Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) bietet sich hierfür insbesondere deswegen an, weil die am Tag der Maueröffnung mit der Verabschiedung des Renten-Reformgesetzes (RRG '92) vorläufig zum Abschluß gekommene Reformdiskussion einen interessanten Kontrast zu der in der GKV zu diesem Zeitpunkt gerade erst lebhaft werdenden

9 Die Rekonstruktion des politischen Entscheidungsprozesses stützt sich a) auf die Sekundärliteratur, b) auf die Auswertung von Artikeln in den einschlägigen Fachzeitschriften und der allgemeinen Tagespresse sowie einschlägiger sozialpolitischer Informationsdienste in dem Zeitraum von November 1989 bis Oktober 1990. Nicht zuletzt sind hier c) die knapp 20 Experten-Interviews zu nennen, die ich mit Verbands- und Parteipräsentanten und mit Vertretern der Ministerialbürokratie geführt habe. Alle Gesprächspartner waren direkt an dem hier geschilderten gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß beteiligt. Eine Liste meiner Interviewpartner findet sich dem Inhaltsverzeichnis nachgestellt. Ich bin allen Interviewpartnern für ihre Auskunftsbereitschaft sehr zu Dank verpflichtet. Da einige meiner Gesprächspartner um eine Anonymisierung der von ihnen gegebenen Informationen gebeten haben, können alle aus den Interviews angeführten Zitate nur mit verschlüsselter Quellenangabe belegt werden.

gesundheitspolitischen Kontroverse ermöglicht.¹⁰ Die Rentenpolitik erscheint auch deswegen als geradezu idealer Kontrollfall, weil sie ein engverwandtes Politikfeld mit großen Struktur- und Prinzipienähnlichkeiten und zum Teil identischen Akteuren definiert, das aber hinsichtlich der Konfliktrichtigkeit und der Parteipolitisierung eine von der Gesundheitspolitik deutlich unterschiedene Ausprägung besitzt (Abschnitt 2.3). Zugleich war – wiederum im markanten Kontrast zur Gesundheitspolitik – die Übernahme des bundesdeutschen Rentenrechts durch die DDR nahezu unstrittig. Nach der Darstellung des Politikprozesses folgt in Abschnitt 6 eine Analyse der verschiedenen Faktoren, die den Verlauf des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses erklären können, und es werden weiterführende Schlußfolgerungen angesprochen.

Die vorliegende Arbeit entstand am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln. Sie wurde ermöglicht durch ein Doktoranden-Stipendium der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V. Für die gewährte Unterstützung bin ich der Max-Planck-Gesellschaft zu Dank verpflichtet. Bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Diederich und bei Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Mayntz, die sich bereit erklärten, die Betreuung und Begutachtung der Dissertation zu übernehmen. Die Arbeit profitierte zudem von dem anregenden intellektuellen und zugleich sehr kollegialen Klima am Institut, für das ich allen Kollegen und Mitarbeitern sehr dankbar bin. Aus dieser allgemeinen Danksagung namentlich herausgehoben werden müssen meine Kollegen Jürgen Wasem sowie insbesondere Philipp Genschel und Marian Döhler, die mir in vielen Gesprächen Anregungen und Ideen vermittelt haben. Den weitaus größten Dank schulde ich allerdings Christiane, der ich die in vieler Hinsicht entbehrrungsreichen letzten Jahre zumuten mußte.

10 Am 9. November 1989, dem Tag der Maueröffnung, hatten CDU/CSU, FDP und SPD gegen die Stimmen der Grünen im Bundestag dem Rentenreformgesetz zugestimmt.

Kapitel 2

Der Politikprozeß (1): Voraussetzungen

2.1 Von der »Vertragsgemeinschaft« ...

Nach dem »Mauerfall« vom 9. November 1989 kristallisierte sich erst nach und nach heraus, daß eine staatliche Vereinigung binnen Jahresfrist den Orientierungsrahmen für das Handeln der beteiligten Akteure vorgab. Ob überhaupt die deutsche Vereinigung international im Bereich des politisch Möglichen lag, war zu Beginn des Jahres 1990 noch völlig unklar. Erst durch den rapiden Machtverfall des SED-Regimes, verursacht durch anhaltenden »Exit« und »Voice« der ostdeutschen Bevölkerung, kam ein sich ständig beschleunigender Prozeß in Gang, der immer deutlicher auf eine rasche Vereinigung beider deutscher Staaten hinauslief. Nach der Volkskammerwahl vom 18. März wurde die deutsche Wiedervereinigung noch im Jahre 1990 zu dem innenpolitisch allgemein angestrebten, und nach der Rußland-Reise des Bundeskanzlers am 16./17.7. auch außenpolitisch abgesegneten Ziel.

Die deutsche Vereinigung gewann ihre besondere Dynamik vor allem aus dem Zusammenwirken des Protestes der DDR-Bevölkerung mit dem Handeln westdeutscher politischer Akteure. Deren Handeln wiederum war sehr kompetitiv ausgerichtet, weil 1990 ein ausgeprägtes Wahlkampfjahr mit zwei Kommunalwahlen (Bayern und Schleswig-Holstein), fünf Landtags- bzw. Abgeordnetenhauswahlen (Saarland, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Berlin) und der Bundestagswahl war.¹ Die revolutionäre Ent-

1 Nach der Übertragung der Strukturen des bundesdeutschen Parteiensystems auf die DDR und nachdem die deutschlandpolitische Entwicklung immer offensichtlicher auf eine schnelle Wiedervereinigung hinauslief, müssen in dieser Aufzählung auch die Volkskammerwahl (vom 18.3.) und die ostdeutschen Kommunal- und Landtagswahlen (vom 6.5. und 14.10.) genannt werden. Damit summierte sich die Anzahl der Wahlen im Jahr 1990 auf 19!

wicklung in der DDR bekam dadurch eine weitere Zuspitzung und Beschleunigung (Lehmbruch 1990, 1991). Die besondere Geschwindigkeit des Einigungsprozesses erklärt sich aus diesem durchaus im Sinne strategischer Interaktion zu verstehenden Zusammenwirken der zwei bereits jeweils für sich äußerst dynamischen Handlungskonstellationen (Scharpf 1990: 20-21). Die Bundesrepublik bot der protestierenden DDR-Bevölkerung somit nicht nur eine »outside option«, was alleine die *interne* Durchsetzungskraft der ostdeutschen Protestbewegung bedeutend erhöhte (vgl. Sutton 1986), sondern mit ihr traten zugleich mehrere eigeninteressierte Akteure auf, die zu verschiedenen Zeitpunkten dem Geschehen starke Impulse gaben: Markiert sind diese Impulse etwa durch den Zehn-Punkte-Plan von Bundeskanzler Kohl vom 28.11.89, durch das Angebot zu einer Währungsunion vom 7.2.90, durch die von dem außenpolitischen Berater des Kanzlers, Horst Teltschik, lancierte Meldung von der drohenden Zahlungsunfähigkeit der DDR oder durch die mit der Umbenennung der ostdeutschen SDP am 13.1.90 zusammenhängende Ausweitung des bundesrepublikanischen Parteienwettbewerbs auf die DDR (Lehmbruch 1990: 469-470).

Mit der zunehmend deutlicheren Perspektive auf eine schnelle Vereinigung wechselten Sozial- und Wirtschaftspolitik ihre Positionen als Politikbereiche mit Leitfunktion. War in der Vorstellung einer allmählichen Entwicklung hin zu einer zwischenstaatlichen »Vertragsgemeinschaft« der Sozialpolitik noch die Funktion eines »Transmissionsriemens für das positive Zusammenwachsen beider Staaten«² zgedacht gewesen, so konzentrierte sich die Diskussion mit Hinblick auf eine rasche Vereinigung immer mehr auf die Wirtschaftspolitik und speziell auf die Währungspolitik als Träger dieser Entwicklung. Mit dem von Bundeskanzler Kohl am 7. Februar unterbreiteten Angebot einer baldigen Währungsunion wurden die verschiedenen Szenarien, die von einer noch länger bestehenden Zweistaatlichkeit oder einem längeren Zeitraum staatlicher Konföderation ausgegangen waren, zunehmend hinfällig. Zentrales Moment der Vereinigung war nun mit der Währungsunion der plötzliche, radikale Schnitt. Die mit ihm verbundene volkswirtschaftliche Schockwirkung wurde als politisch unvermeidlich angesehen. Dabei lag die *politische* Attraktivität der Währungsunion vor allem darin, daß sie trotz fehlender Übereinstimmung in den wirtschaftlichen Ausgangsvoraussetzungen mit dem

2 So der Staatssekretär des Bundesarbeitsministeriums, Jagoda, laut Neue Westfälische vom 30.12.1989.

– selbst eher im Bereich der Legende anzusiedelnden³ – Zusammenhang zwischen der Währungsunion von 1948 und dem »Wirtschaftswunder« Nachkriegsdeutschlands in Verbindung gebracht werden konnte (Lehmbruch 1992; Busch 1991: 201-203; Singer 1992: 84). Nicht zuletzt sollte die mit der Währungsunion verbundene schlichte territoriale Ausdehnung des Geltungsbereichs der westdeutschen Finanz- und Währungspolitik präjudizierend wirken. Mit ihr sollte der Gestaltungspielraum einer nach der Volkskammerwahl demokratisch legitimierten DDR-Regierung in den Verhandlungen über die deutsche Vereinigung von vornherein begrenzt werden (Busch 1991: 199; vgl. auch Willgerodt 1990: 8) – einer Regierung, von der alle politischen Beobachter zu diesem Zeitpunkt annahmen, daß sie sozialdemokratisch oder zumindest sozialdemokratisch dominiert sein würde.⁴

Nach dem überraschenden Sieg des konservativen Wahlbündnisses, der Allianz für Deutschland, in der Volkskammerwahl vom 18.3.1990 verstärkte sich die Tendenz zu einer raschen Vereinigung und einer weitgehend modifikationslosen Übernahme westdeutscher Strukturen, wenngleich – wie zu zeigen sein wird – gerade im Bereich der Sozialpolitik, und hierbei wiederum verstärkt im Bereich der Gesundheitspolitik, die Regierung de Maizière einer umstandslosen Übernahme westdeutscher Strukturen Widerstand entgegenbrachte. So stand der auf ostdeutscher Seite parteiübergreifende Konsens darüber, daß die sogenannten »sozialen Errungenschaften« der DDR über ihre staatliche Existenz hinaus erhaltenswert seien und in das wiedervereinigte Deutschland hinübergerettet werden sollten, im Kontrast zu dem allgemein artikulierten politischen Wunsch nach dem »bewährten« und ein hohes Wohlstandsniveau gewährleistenden Institutionensystem der Bundesrepublik Deutschland. Seitens der Bundesrepublik jedoch sollte nun mit dem ersten Vereinigungsschritt, dem 1. Staatsvertrag, in der Sozialpolitik – wie in den anderen Politikfeldern auch – die Übernahme der bundesdeutschen Strukturen durch die DDR dem Grunde nach festgeschrieben werden.

Daß der Sozialpolitik zunächst eine sehr viel prominentere Rolle in der

3 So zumindest Abelshauer (1983: 48-54). Dieser Darstellung widerspricht neuerdings Buchheim (1989).

4 Am 12. März 90 veröffentlichte das Infratest-Institut Ergebnisse einer Umfrage, nach der bei der Volkskammerwahl die SPD 44%, die CDU 20%, die DSU 5%, der Demokratische Aufbruch 1%, die PDS 10%, die FDP 2% und das Neue Forum 1% der Stimmen erhalten würden. Das Ergebnis der Volkskammerwahl brachte nur eine knappe Woche später für Sozial- und Christdemokraten annähernd umgekehrte Prozentzahlen (CDU 40,91%, SPD 21,84%).

deutschlandpolitischen Entwicklung zgedacht war, lag zum einen in der anfangs dominierenden Vorstellung begründet, über die schrittweise Angleichung der Lebensverhältnisse ließe sich ein – so die häufig bemühte Metapher – »Zusammenwachsen« der beiden deutschen Staaten realisieren, eine »gemeinsame Sozialpolitik [könne] als Brücke« für die stetige Annäherung beider Staaten dienen.⁵ Die vorherrschende Überlegung war, schon bestehende Sozialabkommen könnten zu umfassenden Gesamtvereinbarungen ausgearbeitet werden und die Sozialpolitik somit zum Kern der angestrebten »Vertragsgemeinschaft« werden. Zum anderen hatte die herausgehobene Rolle der Sozialpolitik aber auch darin ihre Ursache, daß in diesem Politikbereich die Öffnung der Grenzen für die Bundesrepublik zunehmend problematische Auswirkungen zeitigte, die sich zu einem wichtigen Wahlkampfthema zu entwickeln schienen. Wegen der täglich anschwellenden Übersiedlung aus der DDR und den hiermit verbundenen Auswirkungen auf die bundesdeutschen Sozialleistungssysteme und auf den Wohnungs- und Arbeitsmarkt wurde die deutschlandpolitische Entwicklung, die mit der Grenzöffnung zum alles beherrschenden Politikthema geworden war, auch und vor allem als ein sozialpolitisches Problem diskutiert. Hatte die deutschlandpolitische Entwicklung alle Akteure vollkommen unvorbereitet getroffen, so bestand hier zum Jahreswechsel 1989/90 ein Problem, das unmittelbares politisches Handeln erforderte.⁶

In einem 50seitigen Papier über die »sozialen Folgeprobleme« der deutschlandpolitischen Entwicklung hatte der SPD-Sozialexperte Rudolf Dreßler bereits Ende 1989 die Herausforderungen für die einzelnen Sozialversicherungszweige und mögliche Lösungsansätze skizziert. Als kurzfristige Maßnahme zur Verhinderung von Leistungsmißbrauch insbesondere beim Eingliederungs- und Arbeitslosengeld und bei der Sozialhilfe wurde hier der zwi-

5 So stellvertretend für viele der Staatssekretär des BMA, Jagoda, in einem Interview mit der Welt vom 3.1.1990. Dieser Vorstellung entsprach im wirtschaftspolitischen Bereich die von den anerkannten wirtschaftswissenschaftlichen Experten und Forschungsinstituten und auch noch am 6.2.90 (!) vom Bundeswirtschaftsminister erhobene Forderung nach einer längerwährenden ökonomischen Anpassung über ein System freier Wechselkurse (Busch 1991: 194; Singer 1992: 81 und 83 ff.).

6 1989 kamen insgesamt 343.854 Übersiedler aus der DDR in die Bundesrepublik, 1988 waren es 39.832 Übersiedler gewesen. Ihre Anzahl hatte sich also annähernd verzehnfacht. Im Januar 1990 kamen pro Werktag zwischen 1.800 und 2.300 Personen, insgesamt wurden in diesem Monat 58.043 Übersiedler aus der DDR gezählt. Dies ließ für 1990 bei ungebrochenem Übersiedlungsdrang eine weitere Verdoppelung der 89er Zahlen erwarten.

schenstaatliche Abgleich von Meldedaten vorgeschlagen – eine Idee, die wenig später auch von Bundesarbeitsminister Blüm aufgegriffen wurde (FR vom 28.12.1989). Als mittelfristige bis langfristige Problemlösung forderte Dreßler, mit der DDR mehrere Sozialabkommen abzuschließen. So sollte in seiner Vorstellung das Gesundheitsabkommen von 1974 zu einem »umfassenden Sozialversicherungsabkommen« ausgebaut werden. Im Bundesarbeitsministerium war zu diesem Zeitpunkt bereits eine Arbeitsgruppe eingesetzt worden, die diesbezügliche Gespräche mit den verantwortlichen staatlichen Instanzen der DDR vorbereitete und zu diesem Zweck die auf verschiedene andere Bundesressorts verteilten sozialleistungsrechtlichen Zuständigkeiten etwa beim Kindergeld, bei den Leistungen des Gesundheitsabkommens und beim BAföG im Vorhinein zu koordinieren suchte.

Die ersten Gespräche, die Staatssekretär Jagoda vom BMA am 3.1.1990 in Ost-Berlin mit Vertretern des Ministeriums für Arbeit und Löhne führte,⁷ blieben jedoch weitgehend im Unverbindlichen. Obwohl ein zweiter Gesprächstermin für Ende Januar/Anfang Februar in Bonn verabredet wurde, zeigte sich bald, daß vor der – zu diesem Zeitpunkt noch auf den 6. Mai terminierten – Volkskammerwahl keine verbindlichen Regelungen mehr getroffen werden konnten. Denn es erschien der Bundesregierung nun angesichts des rapiden Legitimitäts- und Machtverfalls des SED-Regimes außerordentlich problematisch, mit Vertretern des alten Regimes vertragliche Vereinbarungen zu treffen, die für eine nach der Volkskammerwahl demokratisch legitimierte und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht von der SED gestellten Regierung Verbindlichkeit besitzen sollten. Somit entfiel also zusehends die Option einer »Vertragsgemeinschaft«, die erstmals im November '89 von Ministerpräsident Modrow ins Spiel gebracht worden war, zentraler Bestandteil des sogenannten Zehn-Punkte-Plans von Bundeskanzler Kohl vom 28.11.1989 war und erneut anlässlich seines Besuches in Dresden am 19. Dezember zum Kern einer politischen Absichtserklärung der beiden Regierungschefs gemacht worden war. Dabei war geplant, daß erste vertragliche Übereinkommen im Rahmen dieser Vertragsgemeinschaft bereits im Frühjahr 1990 ratifiziert werden sollten. Mit der nun auf bundesdeutscher Seite vollzogenen Ablehnung vertraglicher Übereinkünfte mit dem SED-Regime hatte

7 Gesprächsthemen waren das Fremdretenrecht, das deutsch-deutsche Gesundheitsabkommen von 1974, das Problem der Wohnsitzunabhängigkeit des BAföG und eine »Ausbildungsoffensive« für Beschäftigte in den DDR-Betrieben (vgl. FAZ vom 4.1.1990).

sich aber die Bundesregierung allem Anschein nach auch der Möglichkeiten beraubt, die bislang deutsch-deutsche Vereinbarungen legitimiert hatten: nämlich Einfluß auf die weitere politische Entwicklung in der DDR ausüben zu können. Es stand also zu erwarten, daß die drängenden, vornehmlich sozialpolitischen Probleme nun für zumindest vier bis fünf Monate, bis zur Volkskammerwahl und der Konstituierung einer neuen ostdeutschen Regierung, nicht angegangen werden könnten.

2.2 ... zum »Institutionentransfer«

Das Anfang Februar eröffnete Angebot zur Einführung der DM in der DDR war ein Befreiungsschlag aus dieser unhaltbaren politischen Paralyse. Mit dem Angebot einer baldigen Währungsunion wurde die deutschlandpolitische Entwicklung bedeutend forciert. Infolge dieser Forcierung änderten sich auch die sozialpolitischen Orientierungen innerhalb weniger Tage radikal. Wie in der Wirtschaftspolitik, so schien nun auch in der Sozialpolitik die Lösung für die sozialpolitischen Problemlagen in der schlichten Übernahme der zentralen Strukturmerkmale des westdeutschen Sozialsystems zu liegen.

Die sozialpolitischen Aspekte einer Wirtschafts- und Währungsunion hatten in dem ursprünglichen Vorschlag von Bundeskanzler Kohl keine Erwähnung gefunden, und sie waren zunächst auch kein Element der deutschlandpolitischen Planungen auf bundesdeutscher Seite gewesen. Doch bereits wenige Tage nach dem Angebot zur Einführung der DM in der DDR skizzierte Bundesarbeitsminister Blüm, wie durch die Einführung einer Renten- und Arbeitslosenversicherung nach bundesdeutschem Vorbild in der DDR »die ganze Diskussion um die Höhe der Sozialleistungen für Übersiedler mit einem Schlag erledigt« wäre (Blüm, zitiert nach HB vom 12.2.1990). Bei seinen Vorstellungen stützte sich der Arbeitsminister vor allem auf ein Konzeptionspapier über die Angleichung der beiden deutschen Rentensysteme, das gemeinsam von dem Geschäftsführer und dem stellvertretenden Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Rudolf Kolb und Franz Ruland, erarbeitet worden war. Die Autoren hatten dabei neben der primären Zielsetzung ihrer Konzeption, Lösungsmöglichkeiten für »das Zusammenwachsen der beiden Alterssicherungssysteme und eine gerechte Eingliederung der Übersiedler in das bundesdeutsche Alterssicherungssystem« aufzuzeigen, auch noch darüber hinausgehende, politische Ziel-

setzungen berücksichtigt, nämlich darauf abgestellt, »den Rentnern in der DDR die nötige Perspektive (zu) bieten, die sie veranlaßt, in ihrer Heimat zu bleiben« (Kolb/Ruland 1990: 153 und 148). Konzeptionen, die diese Anreizwirkung entfalten sollten, mußten zwangsläufig die Rentenansprüche von DDR-Bürgern in der Bundesrepublik kürzen und/oder sie in der DDR-Rentenversicherung erhöhen.

Zwei Modelle zur Kürzung der Rentenansprüche von DDR-Übersiedlern waren Anfang Februar 1990 koalitionsintern diskutiert worden. Ein Modell sah generell 20prozentige Abschläge von dem gemäß des »Eingliederungsprinzips« berechneten Renten vor, wobei die bundesdeutsche Durchschnittsrente als Höchstgrenze gelten sollte. Das zweite Modell sah die Aufstockung der in der DDR erworbenen Rentenansprüche durch einen 50prozentigen »Kaufkraftausgleich« vor. Dem Modell 1 lag also das »Eingliederungsprinzip« minus Abschlag, dem Modell 2 das »Exportprinzip« plus Aufstockung zugrunde. Der jetzt von den zwei VDR-Funktionären formulierte Vorschlag sah die Neuberechnung der Rentenansprüche der DDR-Rentner in weitreichender Anlehnung an das bundesdeutsche Rentenrecht vor, dabei sollte jedoch das ostdeutsche Lohnniveau zugrunde gelegt werden. Dieser Vorschlag bedeutete zwar unmittelbar für etwa » $\frac{3}{4}$ « aller Vollrenten eine Einkommensverbesserung« (Salthammer 1991: 157), faktisch war damit jedoch auch eine spürbare Verschlechterung der Leistungsansprüche der ostdeutschen Rentner im Vergleich zu den Regelungen des Fremdrentengesetzes (FRG) verbunden.⁸ Denn nun sollte die auf der Basis des ostdeutschen Lohnniveaus berechnete Rente auch bei einem Wohnortwechsel in die Bundesrepublik ausbezahlt werden. Es galt also das Exportprinzip, das eine Übersiedlung von Ost nach West für den/die einzelne(n) deutlich »kostspieliger« werden ließ. Die besondere Überzeugungskraft und Eleganz des VDR-Modells resultierte daraus, daß es das politische Ziel einer über verminderte Leistungsansprüche geminderten Übersiedlung von DDR-Rentnern (bei erhöhten Rentenansprüchen

8 In der Begründung zum Gesetz zu dem Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (Vertragsgesetz) wurde die Einsparung, die durch den Ausschluß der Anwendung des Fremdrentenrechts für DDR-Übersiedler realisiert wird, mit 1,8 Mrd. DM pro 100.000 übersiedelnden Rentnern quantifiziert (BT-Drucksache 11/7350: 39-40). Um die Relation zu veranschaulichen: In der DDR gab es zum Zeitpunkt der Vereinigung ca. 2,7 Mio. Altersrenten. In einer Planrechnung des BMA wurde eine Beitragssatzsteigerung in der gesetzlichen Rentenversicherung um einen vollen Prozentpunkt prognostiziert, falls sich von diesen 2,7 Mio. Rentnern 500.000 zur Übersiedlung entschließen würden.

in der DDR) zu erreichen versprach, ohne daß der Rückgriff auf für die gesetzliche Rentenversicherung »systemfremde« Elemente wie die generelle Kappung von Leistungsansprüchen oder die Einführung eines Kaufkraftausgleichs nötig schien.⁹ In Reaktion auf das VDR-Modell wurde mit spürbarer Erleichterung vermerkt, daß man die noch kurz zuvor intensiv diskutierte Änderung des Fremdrentengesetzes für Übersiedler wohl nun »nicht mehr brauch[t]«. ¹⁰

Die mit der Rentenangleichung verbundene Leistungsver schlechterung (im Falle der Übersiedlung) bestand genau in der Differenz zwischen der Lohnhöhe West und Ost – sie war also zunächst keinesfalls unbeträchtlich (1990 und 1991 betrug sie zwischen 45 und 55%). Daß dieser Effekt in der Folge kaum mehr in den Kontext der Diskussion um Anreize für oder gegen eine Übersiedlung gestellt wurde und daß auch die aus dieser Regelung folgende deutliche (und verfassungsrechtlich problematische) Ungleichbehandlung bei den Rentenansprüchen von Aussiedlern und Übersiedlern (Binne 1991)¹¹ kaum öffentlich diskutiert wurde, zeigte den Wandel der vorherrschenden Problemsicht: Die Lösung für das Problem der verstärkten Zuwanderung der Menschen von Ost nach West wurde jetzt im Transfer bundesdeutscher Institutionen in umgekehrte Richtung gesehen. Eine Abkehr von den großzügigen

9 Sehr erhellend über die politikorientierende, bisweilen gar politikstrukturierende Funktion der sog. »Strukturprinzipien« der deutschen Sozialversicherung – wie hier das in der GRV besonders ausgeprägte Versicherungsprinzip – sind die Äußerungen von Bundesarbeitsminister Blüm in einem Interview mit der Welt vom 25.4.1990: »Gegen die Einführung eines Kaufkraftausgleichs hatte Blüm von Anfang an »größte Bedenken«. Dies sei die »falsche Schiene«. Es gehe nicht um Zahlungen nach dem Bedarfsprinzip. Dafür sei die Sozialhilfe zuständig.« Daß trotz dieser ordnungspolitischen Bedenken mit der Vereinheitlichung der beiden deutschen Rentenversicherungen – für das bundesdeutsche System – »systemfremde« Elemente wie der sog. Sozialzuschlag eingeführt wurden, dazu s.u., Abschnitt 5.7.

10 So der sozialpolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Günther, laut Stuttgarter Zeitung vom 13.2.1990. Im Fremdrentenrecht galt seit 1960 das Eingliederungsprinzip, das Aus- oder Übersiedler so wie Bundesbürger mit gleichem Beruf und gleichen Versicherungszeiten stellt – es behandelt also die im jeweiligen Herkunftsland geleisteten Beitragszeiten wie Beitragszeiten zur deutschen Rentenversicherung (§§ 15 und 17 FRG; Ruland 1988: 784, RZ 159).

11 Zusätzlich kompliziert wurde diese Ungleichbehandlung dadurch, daß je nachdem, ob Aussiedler im alten Bundesgebiet oder im Beitrittsgebiet ihren ständigen Wohnsitz nahmen, die Berechnung unterschiedlich erfolgte, also auch die Rentenhöhe unterschiedlich ausfiel. Eine Modifizierung des Fremdrentengesetzes erfolgte mit dem Rentenüberleitungsgesetz vom 25. Juli 1991 (BGBl. I, S. 1606); vgl. u., Abschnitt 5.7.

Regelungen des Fremdrentenrechts wurde aber nun auch deswegen als nicht besonders problematisch angesehen, weil die Einschätzung vorherrschte, daß die ost-deutschen Renten durch die Dynamisierung nach bundesdeutschem Vorbild rasch an der zum damaligen Zeitpunkt noch bald erwarteten Angleichung der Lebensverhältnisse teilnehmen könnten.¹²

Die rentenpolitischen Planungen hatten einerseits konkretere Vorstellungen über eine baldige deutsche Vereinigung zur Voraussetzung, andererseits wirkten sie verstärkend auf solche Vorstellungen zurück. Denn eine Angleichung der Rentensysteme gemäß dem Vorschlag von Kolb/Ruland erforderte eine nicht unbeträchtliche staatliche Anschubfinanzierung. Weil die ersten DM-Löhne erst einen Monat nach der Währungsunion ausgezahlt werden würden, standen in der Anlaufphase für die Rentenzahlungen knapp zwei Monate lang keine Beitragszahlungen zur Verfügung. Der Vorstandsvorsitzende der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Quartier, schätzte den einmaligen Finanzbedarf der GRV, falls man dem Angleichungsmodell von Kolb/Ruland folgen sollte, für die ersten beiden Monate auf 4,5 Mrd. DM, für die aber der Rückgriff auf die »gut gefüllten Rentenkassen« der westdeutschen Versicherungsträger nicht zugelassen werden dürfe (Quartier in HB vom 24.4.1990). Damit bestand alleine für die Rentenversicherung ein staatlicher Anschubbedarf in der Höhe von knapp einem Drittel der an die Bundesregierung adressierten Zahlungsforderung von 15 Mrd. DM, die noch Ministerpräsident Modrow während seines Besuches in Bonn am 13.2.1990 als »verspäteten Lastenausgleich« vergeblich eingefordert hatte. Daß jetzt Zahlungsströme in dieser Größenordnung relativ unproblematisch zum Bestandteil der Planungen der Bundesregierung zur deutsch-deutschen Sozialunion werden konnten, war ein deutlicher Hinweis darauf, daß nun auch die sozialpolitischen Konzeptionen zunehmend von der Vorstellung einer baldigen staatlichen Vereinigung geprägt wurden.

12 S. Kolb/Ruland (1990: 148). Vgl. auch die Begründung zum Gesetz zu dem Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (BT-Drucksache 11/7350: 39-40).

2.3 Das rentenpolitische und das gesundheitspolitische Politikfeld

Bezeichnenderweise blieb in dieser ersten regierungsamtlichen Konzeption über die sozialpolitische Dimension der Wiedervereinigung die gesetzliche Krankenversicherung gänzlich unerwähnt. Daß es sehr viel »schwieriger ... [ist], das Gesundheitssystem auf die DDR zu übertragen«, hatte der Bundesarbeitsminister bereits früh im Zusammenhang mit der Vorstellung seines sozialpolitischen Konzepts »Sozialstaat Deutschland« konzediert (Stuttgarter Zeitung vom 13.2.90). Diese Schwierigkeit hatte nur zum Teil ihre Ursache in den großen Unterschieden in der institutionellen Ausgestaltung beider Systeme, denn diese waren ja bspw. auch im Falle der Rentenversicherung ausgeprägt (s. etwa Schmähl 1990). Die »Auslassung« der gesetzlichen Krankenversicherung in der sozialpolitischen Konzeption der Bundesregierung hatte vielmehr darin ihren Grund, daß zum Jahreswechsel 1989/90 zwischen den bundesdeutschen gesundheitspolitischen Akteuren allenfalls von einem Konsens hinsichtlich des weiteren Bedarfs an substantiellen Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen werden konnte. Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), selbst eines der kontroversesten Reformwerke der christlich-liberalen Koalition, hatte strukturelle Reformen in der GKV etwa in der Frage des Kassenwahlrechts, der kassenartinternen oder kassenartenübergreifenden Finanzausgleiche oder in der Krankenhausfinanzierung frühzeitig aufgrund mangelnden politischen Konsenses innerhalb der Regierungsparteien ausklammern müssen (Webber 1989). Damit waren bspw. unterschiedliche Risikogemeinschaften und dadurch deutlich differierende Beitragssätze und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten als drängende gesundheitspolitische Probleme bestehen geblieben. Gleichwohl bestand Übereinstimmung hinsichtlich der Notwendigkeit von strukturellen Reformen in Fragen der Kassenorganisation und der Krankenhausfinanzierung. Deswegen war bereits bei der Verabschiedung des GRG ein weiteres gesundheitspolitisches Reformvorhaben, die sog. »Organisationsreform«, für die 12. Legislaturperiode des Bundestages angekündigt worden.¹³

Im deutlichen Kontrast hierzu war am Tag des Mauerfalls, dem 9. November 1989, durch die Verabschiedung der Rentenreform 1992 im Bundestag

13 Vgl. Allgemeine Begründung zum Regierungsentwurf des GRG (BR-Drucksache 200/88: 156).

mit den Stimmen der sozialdemokratischen Opposition ein parteiübergreifender Konsens (ohne Die Grünen) hinsichtlich der institutionellen Grundstrukturen und der leistungsrechtlichen Ausgestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung dokumentiert worden. Das Rentenreformgesetz (RRG '92) vom 18.12.1989 (BGBl. I, S. 2261), das nur innerhalb einer Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert worden war, war damit eine der wenigen bedeutenden Reformen der christlich-liberalen Regierungskoalition, die mit Zustimmung der Opposition verabschiedet wurden (vgl. Rüb/Nullmeier 1991: 451-454; ausführlich jetzt auch Nullmeier/Rüb 1993). Daß bei dem rentenpolitischen Entscheidungsprozeß der Mechanismus der Parteienkonkurrenz offenkundig ausgesetzt war, erscheint um so bedeutender, als mit dem Reformgesetz zwar erst zeitverschoben spürbare, aber insgesamt deutliche Einschränkungen im GRV-Leistungsrecht verbunden waren. Es war also bei dem RRG '92 nicht um die naturgemäß weniger konflikthafte Allokation von Zugewinnen gegangen, sondern um Verlustverteilung – ein klassischer Anlaß für parteipolitischen Konflikt.

Parteiübergreifende Konsensbildung war in der bundesdeutschen Rentenpolitik aber keineswegs ein Novum: Schon die Rentenreform von 1957 (Hockerts 1980: Kap. 4; 1990) war mit den Stimmen der Opposition verabschiedet worden und hatte im Vorfeld eine weitgehende »Konvergenz der Konzeptionen« von Opposition und Regierung offenbart (Hockerts 1990a: 98). Nicht anders war es im Fall der sozial-liberalen Rentenreform von 1972 gewesen (Hockerts 1992). Dem am 9. November 1989 verabschiedeten Rentenreformgesetz hatte sogar ein von CDU/CSU, FDP und SPD gemeinsam eingebrachter Gesetzentwurf zugrunde gelegen!¹⁴ Es ließen sich mühelos weiter zurückliegende Belege beibringen. Bereits für die Weimarer Republik vermerkte Geyer (1991: 416) regelmäßige »Ad-hoc-Koalitionen zumindest der Arbeitnehmerflügel von Regierungs- und Oppositionsparteien«, die bei rentenpolitischen und generell sozialpolitischen Entscheidungen immer wieder eine parteiübergreifende Mehrheitsbildung ermöglichten (ausführlicher diskutiert in Geyer 1987: 141-146).

Im markanten Kontrast zur konflikträchtigen Gesundheitspolitik fanden die beiden großen Volksparteien in der Geschichte der bundesrepublikani-

14 So auch Stolleis (1989: 339), wenn er in Würdigung der Rentenreform '92 schreibt: »Zum viertenmal in der Geschichte der Bundesrepublik gibt es derzeit eine große ›sozialpolitische Koalition‹ (Montanmitbestimmung 1951, Rentenreform 1957, Rentenreform 1972, Rentenreform 1989).«

schen Sozialgesetzgebung regelmäßig zu einem weitgehenden rentenpolitischen Konsens. Dabei verhalf sowohl die »Art sozialpolitische ›große Koalition« (Hockerts 1985a: 314) zwischen den christdemokratischen Sozialausschüssen (CDA) und den Sozialdemokraten als auch der zuweilen in eine rentenpolitische »Überbietungskonkurrenz« mündende Parteienwettbewerb¹⁵ wiederholt einem Modell zur Mehrheit, das durch seine Grundstrukturen in Äquidistanz zu sozialdemokratischen Vorstellungen einer Staatsbürger-Grundrente auf der einen Seite und marktorientierten Konzeptionen überwiegend privat gesicherter Altersversorgung auf der anderen Seite blieb. Die programmatische Nähe zwischen den beiden Volksparteien wurde dabei im Unterschied zur Gesundheitspolitik in der GRV nicht durch die parteipolitische Konstante wechselnder Regierungskoalitionen, die Freidemokraten, blockiert. Weder repräsentiert die FDP die Interessen spezieller Versichertengruppen in der Rentenversicherung, weil ihre »natürliche Klientel«, die freien oder verkammerten Berufe, eigene soziale Sicherungssysteme haben. Noch gibt es in der Rentenversicherung eine den Ärzten oder Zahnärzten vergleichbare Anbietergruppe, als deren natürlicher Interessenwahrer sich die FDP hätte verstehen können. So lange, wie die »Friedensgrenze« zwischen privater und gesetzlicher Alterssicherung nicht in Frage gestellt wurde – d.h., so lange, wie die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nicht substantiell verändert wurde (oder etwa gar die Sondersicherungen der freien Berufe in Frage gestellt wurden) – waren freidemokratische Positionen in der Rentenpolitik kaum berührt.

Zudem herrschte nicht nur eine rentenpolitische »Quasi-Koalition«¹⁶ zwischen Sozial- und Christdemokraten, tatsächlich waren grundlegende Weichenstellungen in der Rentenversicherung entweder noch vor der Konstituierung des ersten Deutschen Bundestages getroffen worden oder in die Zeit der Großen Koalition 1966-1969 gefallen. Dies gilt etwa für das hinsichtlich der Vereinheitlichung zwischen Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung bedeutsame Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz des Frankfurter Wirtschaftsrates 1948/49, dem im Wirtschaftsrat gerade ein »Konsens der großen Fraktionen, CDU/CSU und SPD«, zur Mehrheit verholpen hatte (Hockerts 1980: 90), wie auch für das ebenfalls wichtige 3. Rentenversicherungs-Änderungsgesetz vom 28.7.1969 (BGBl. I, S. 956; vgl. Hermann 1990: 114-

15 Besonders spektakulär in der Rentenreform von 1972; vgl. Hockerts (1992).

16 Oder »Krypto-Großkoalition«, wie es diesbezüglich bei Werner Conze heißt (zitiert nach Hockerts 1986: 30).

115), mit dem die Große Koalition den vollständigen finanziellen Verbund zwischen Arbeiterrentenversicherung (ArV) und Angestelltenrentenversicherung (AnV) durchgesetzt hatte. Somit waren wichtige rentenpolitische Vereinheitlichungsmaßnahmen und Inklusionsschritte (s. auch den Wegfall der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte 1968!) in Zeiten vorgenommen worden, in denen zwischen SPD und CDU der Regierung/Opposition-Schematismus ausgesetzt war bzw. in denen die Koalition aus SPD und CDU-Arbeitnehmerflügel die Koalition aus CDU-Wirtschaftsrat, CDU-Mittelstandsvereinigung und Freidemokraten dominieren konnte. Die mit dieser Rechtsvereinheitlichung in der GRV einhergehende Homogenisierung von Interessenpositionen erleichterte in den nachfolgenden politischen Entscheidungsprozessen die rentenpolitische Konsensbildung zwischen den Parteien.

Strukturmerkmale des Rentensystems wie Beitragsbezogenheit und Lohnersatzfunktion der Rente, Umlageverfahren, Dynamisierung der Renten etc. wurden nach der Adenauerschen Rentenreform nicht mehr ernsthaft in Frage gestellt.¹⁷ Wenn nach 1957 die Rentenversicherung zum politischen Thema wurde, ging es kaum mehr um Struktur-, sondern vornehmlich um Niveaufragen: Die Höhe der jeweiligen Rentenanpassung wurde wiederholt Gegenstand von dann auch z.T. sehr heftigen politischen Debatten. Dabei bildeten die eher ernüchternden Erfahrungen der Parteien mit einer Politisierung der Rentenanpassung, besonders ausgeprägt im Bundestagswahlkampf 1976, zusammen mit der Einsicht in die – angesichts der demographischen Entwicklung – längerfristig unabwendbare Reduzierung der Leistungsansprüche das wichtigste Motiv für den Konsens von Regierung und Opposition beim RRG '92. Zu seinem Hauptanliegen gehörte es, daß »künftig die Rentenversicherung aus der Tagespolitik herausgehalten wird« (Gesetzesbegründung, BR-Drucksache 120/89: 199).¹⁸

Eine Reihe verschiedener Strukturspezifika hatte in der gesetzlichen Kran-

17 Dies schließt nicht aus, daß im Zuge der Angleichung beider deutscher Alterssicherungssysteme eine mit dem Rentenreformgesetz '92 vorläufig abgeschlossene Debatte, die Debatte um die Mindestsicherung im Alter, wieder auflebte. Vgl. etwa Kirner/Vortmann/Wagner (1990); Bäcker/Steffen (1990); einen Überblick bieten Ruland/Rahn (1991).

18 Die mit dem Rentenreformgesetz eingeführte regelgebundene Rentenanpassung, die nicht mehr per einfachem Gesetz, sondern vom BMA auf dem Verordnungswege vorgenommen wird, entspricht dabei genau jener »Politik der Indexierung«, die Weaver als politische Strategie der »blame avoidance« bei unumgänglichen Leistungskürzungen analysiert hat (Weaver 1986, 1988).

kenversicherung die Ausbildung eines vergleichbaren politischen Konsenses lange Zeit verhindert.¹⁹ Zunächst ist in der GKV die Dominanz von Verbänden sehr viel stärker ausgeprägt als in der Unfall-, Arbeitslosen- oder Rentenversicherung, und es bestehen hier mit einer zergliederten Verbandslandschaft vielfältige und widersprüchliche institutionelle Eigeninteressen. Daß in der GKV weitreichende regulative Kompetenzen auf Verbandsebene delegiert sind, hat Ursachen, die auf den Gründungskontext der Bismarckschen Sozialgesetzgebung zurückgehen (Rothfels 1927; Vogel 1951; Stolleis 1979). Hier waren die Unfall- und Invalidenversicherung deutlich zentralistischer und etatistischer konzipiert worden, während es im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl als Resultat einer politischen Kompromißbildung mit der Zentrumsparterie als auch wegen des geringeren Interesses Bismarcks an ihrer institutionellen Ausgestaltung zu einer dezentraleren und mit vielfältigen verbandlichen Entscheidungsbefugnissen durchgesetzten Ausformung kam.²⁰ Mit diesen verschiedenen Autonomiegraden des Verbändesystems der Sozialversicherungszweige korrespondieren verschiedene Grade ihrer Finanzunabhängigkeit.²¹

Zugleich bestehen markante Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den anderen Sozialversicherungszweigen nicht nur in Hinblick auf die vergleichsweise stärkere Kompetenzzuweisung auf das Verbändesystem, sondern dieses Verbändesystem ist im Falle der GKV zugleich von mindestens zwei interferierenden Konfliktlagen gekennzeichnet: *Zum einen* ist es von einer zumeist antagonistischen Konfliktlage zwischen den Krankenkassen und der Leistungserbringerseite bestimmt. Durch das die deutsche Krankenversicherung dominierende Sachleistungsprinzip ist in die

19 Als erste Ausnahme von dieser Regel muß das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I, S. 2266) gelten, das nicht nur mit den Stimmen von SPD, CDU/CSU und FDP verabschiedet wurde, sondern dem – wie dem RRG '92 – ebenfalls ein von den Fraktionen gemeinsam eingebrachter Gesetzesentwurf zugrunde lag!

20 Noch heute gilt als Fortwirken dieser historischen Weichenstellung (auch für die erst 1927 eingeführte Arbeitslosenversicherung): »... in der Krankenversicherung bestehen für die Selbstverwaltungsträger größere Freiräume eigenverantwortlich gestalterischen Handelns als etwa in der Rentenversicherung.« Und für die Arbeitslosenversicherung: Die Bundesanstalt für Arbeit weist »eine außerordentlich enge Bindung zum Staat auf. ... Das Selbstverwaltungselement ist bei ihr nur schwach ausgeprägt« (Hendler 1988: 235 und 237). Vgl. die hiermit übereinstimmenden Einschätzungen bei Nullmeier/Rüb (1993: 304) bezüglich der GRV; ausführlich Emde (1991: 144-201) und Heffter (1969: 677-696); Ritter (1983: 28-41).

21 Einen sehr guten Überblick bietet Alber (1989a: 118-119).

Grundstrukturen des Systems ein beständiger Konflikt zwischen diesen beiden Seiten, insbesondere zwischen Kassen und organisierter Ärzteschaft, eingewoben. Der überwiegende Zweck der Krankenversicherung besteht nicht – im Unterschied zur Renten- und Arbeitslosenversicherung – in monetären Transfers an die Versicherten im »Schadensfall« (Rente, Arbeitslosengeld oder -hilfe), sondern der Krankenversicherung ist gesetzlich die Aufgabe zugewiesen, »die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern«. Zu diesem Zweck stellt sie den Versicherten »Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung« (§§ 1 und 2 Abs. 2 SGB V).²² Um diesem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, müssen die Krankenkassen in Vertragsbeziehungen mit den Ärzten, aber auch mit anderen Gesundheitsberufen und Leistungserstellern eintreten, in denen die Definition von Leistungen und deren Entgelt einen »natürlichen« und ständigen Konflikthanlaß bildet. Durch das Sachleistungsprinzip ergibt sich also eine potentiell konfliktreiche Beziehung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die in den anderen Versicherungszweigen keine Entsprechung findet. Dabei verschärft sich der Konflikt zwischen Kassen und Ärzten zumeist durch die Überschneidung mit parteipolitischen Konfliktlinien. Insbesondere der kleine freiliberale Koalitionspartner suchte seit Mitte der siebziger Jahre im Interesse seiner freiberuflichen Klientel im Gesundheitswesen die zuerst von der SPD, dann nach 1982 von der CDU/CSU angestrebten Kostendämpfungsmaßnahmen entscheidend abzuschwächen. Dabei konnte die FDP lange Zeit mit Erfolg die verstärkte Zuweisung von Regelungskompetenzen und Kontrollrechten an die Krankenkassen verhindern.

Zum anderen ist die gesundheitspolitische Verbandslandschaft durch einen »Kassenpluralismus mit einem hohen Maß organisatorischer Zersplitterung gekennzeichnet« (Alber 1992: 19; Hervorhebung weggelassen). Die Kassenarten sind voneinander durch verschiedene, heteronome Kriterien (gebiets-, betriebs- oder berufsbezogen) abgegrenzt. Diese Abgrenzungen haben zugleich unterschiedliche Wettbewerbsvoraussetzungen zur Konsequenz. Verschiedene Kassenwahlrechte etwa zwischen Angestellten und Arbeitern resultieren in unterschiedlichen »Risikomischungen« bspw. zwischen Orts- und

22 Diese Dominanz des Sachleistungsprinzips in der GKV wurde durch das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27.7.1969 (BGBl. I, S. 946) weiter verstärkt. Es muß als vorläufiger Abschluß eines langfristigen Prozesses gewertet werden, durch den der ursprüngliche Zweck der gesetzlichen wie freiwilligen Krankenversicherungen, die Lohnfortzahlung im Falle der Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit, allmählich von dem Zweck der Finanzierung medizinischer Dienstleistungen abgelöst wurde.

Ersatzkrankenkassen. Größter einzelner Erklärungsfaktor für die daraus resultierenden Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen verschiedener Kassenart, die z.T. 100% übersteigen, sind die unterschiedlichen Grundlohnsummenniveaus der ungleich zusammengesetzten Versichertengemeinschaften (Jacobs/Reschke 1991; Enquete-Kommission 1990: 189-201). Auch hier haben Interessenverflechtungen zwischen den Kassen und dem Parteien- und Verbändesystem dem Konflikt lange Zeit eine besondere Robustheit verliehen (zu diesen Verflechtungen s. Döhler 1990: 118-119, 1991: 466).

Im Gegensatz zur GKV hat sich in der Rentenversicherung zwischen der Arbeiter- und der Angestelltenversicherung kein vergleichbarer Konflikt ausgebildet wie zwischen Orts- und Ersatzkrankenkassen, weil Arbeiter und Angestellte in der GRV über einen Finanzausgleich »zu einem einheitlichen Solidarverband zusammengefaßt« sind (Ruland 1988: 736; vgl. § 218 SGB VI). Der Finanzausgleich zwischen den beiden Rentenversicherungsträgern wurde zunächst mit dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz von 1949 festgeschrieben, blieb aber noch an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Ohne Beschränkung wurde der Finanzausgleich 1969 unter der Großen Koalition eingeführt (3. Rentenversicherungs-Änderungsgesetz vom 28.7.1969 [BGBl. I, S. 956]). Daß die Große Koalition mit dieser Regelung »bisherige Privilegien der Angestellten wie keine Regierung zuvor antastete« (Rüb/Nullmeier 1991: 442), war vor allem auf das Motiv der Entlastung des Bundeshaushalts zurückzuführen.²³ Es sollte ein ansonsten notwendiger erhöhter Bundeszuschuß zur finanzschwachen ArV vermieden werden.²⁴ Somit besteht durch den vollständigen Finanzausgleich in der GRV kein Anreiz zur Konkurrenz um Mitglieder, die ohnehin zwischen der AnV und der ArV rechtlich und zwischen den einzelnen Versicherungsträgern der ArV wegen ihrer durchgängig territorialen Abgrenzung ausgeschlossen ist. Zudem ist das Leistungsrecht zwischen der AnV und der ArV mittlerweile voll angeglichen. Die hingegen in der GKV vorherrschenden unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen werden von den Kassen, für die sie relative Vorteilspositionen

23 Dies ist ein seit dem Ende der sechziger Jahre durchgängiges Motiv des Bundesgesetzgebers in der Sozialpolitik, das insgesamt zu einer signifikanten finanziellen Verflechtung sowohl innerhalb der verschiedenen Sozialversicherungszweige als auch zwischen ihnen geführt hat (vgl. Mackscheidt 1990; Manow-Borgwardt 1994).

24 Hockerts bezeichnet die Einführung des Finanzausgleichs als einen »durchaus aufregenden Vorgang«, der dafür Sorge, daß »seither Milliardenströme geräuschlos aus den Angestelltenbeiträgen in die Arbeiterkassen geflossen sind« (Hockerts 1990b: 39).

darstellen, gegen gesundheitspolitische Reformversuche verteidigt. Sie sind zudem einer der wichtigsten Gründe dafür, daß die Kassen in dem Konflikt mit der Leistungserstellerseite nicht immer geschlossen auftreten, sondern gegeneinander ausgespielt werden können.

Die hier skizzierten Unterschiede zwischen rentenpolitischem und gesundheitspolitischem Politikfeld und die daraus resultierende unterschiedliche Konfliktrichtigkeit beider Sozialpolitikbereiche haben ein deutliches Gefälle hinsichtlich des jeweiligen »institutionellen Konsenses« deutlich werden lassen (s. hierzu Mayntz 1992b, 1993). Angesichts dieser signifikanten Differenz im normativen Verbindlichkeitsgrad des bundesdeutschen Status quo zwischen Renten- und Gesundheitspolitik kann es nicht verwundern, daß das Bundesarbeitsministerium in der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst nicht – wie im Falle der Rentenversicherung – auf ein auf der Verbandsebene bereits konsensuales Modell zurückgreifen konnte, das als eine »Blaupause« für die Angleichung beider deutscher Gesundheitssysteme hätte dienen können. Insofern war der Konflikt der nächsten Monate um die gesundheitspolitische Ausgestaltung der Wiedervereinigung vorhersehbar. Die nun folgende vehemente Auseinandersetzung um die Strukturen eines gesamtdeutschen Gesundheitswesens war aber nicht nur eine Reprise der ohnehin anhängigen bundesdeutschen Reformdebatte, selbst wenn sie fast ausschließlich von westdeutschen Akteuren ausgetragen wurde. Denn mit der deutschen Einigung schien sich auch eine plötzliche und außerordentliche Ausweitung des gesundheitspolitischen Optionenraumes zu vollziehen: Längst in den unhinterfragten Strukturbestand sedimentierte institutionelle GKV-Charakteristika sahen sich mit der Vereinigung wieder in Frage gestellt. »Historische Kompromisse« in der bundesdeutschen Sozialversicherung standen zur Neuverhandlung an. Die Vereinigung der beiden deutschen Staatswesen war Anlaß zur Neuinszenierung des sozialpolitischen Prinzipienstreites, der die »doppelte Staatsgründung« (Kleßmann) begleitet hatte: Denn die Konflikte etwa um das Gliederungsprinzip in der Sozialversicherung (Abschnitt 3.4) oder um die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane (Abschnitt 3.3) waren in der Bundesrepublik mit dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz (1948/49) und dem Selbstverwaltungsgesetz (1951) und in der DDR mit der Verordnung über Sozialpflichtversicherung (1947) sehr unterschiedlichen institutionellen Lösungen zugeführt worden. Nun setzte die Aufgabe der Angleichung der unterschiedlichen Institutionen die in ihnen »gebundenen« Konflikte frei und stellte sie zur erneuten Entscheidung.

Doch auch wenn weder der sozialpolitische Prinzipienstreit der Nachkriegszeit als »Tragödie« noch seine im Zuge der Vereinigung erfolgende Neuinszenierung als »Farce« angemessen charakterisiert sind, so folgte doch der plötzlichen Ausweitung des gesundheitspolitischen Möglichkeitsraumes im Rahmen der Sozialunion die um so schnellere und radikalere Kontraktion: Nach einem kurzen und heftigen Aufflammen der Diskussion setzte sich auch in der Gesundheitspolitik der »Institutionentransfer« (Lehmbruch) als dominanter Vereinigungsmodus durch. Und dieser Institutionentransfer sollte sich – wie der Vergleich mit der rentenpolitischen Angleichung zeigen wird – besonders dramatisch an dem westdeutschen Status quo orientieren (Abschnitt 5.7).

Kapitel 3

Der Politikprozeß (2): »Agenda Setting«

3.1 Warnungen vor einem »Überstülpen«

Natürlich konnte das Ergebnis der Volkskammerwahl als deutliches Votum der DDR-Bevölkerung für die möglichst schnelle und umfassende Übernahme des bundesdeutschen Institutionensystems gewertet werden, aber da in Wahlen kein nach Sachthemen differenziertes Abstimmen möglich ist, war es eine zumindest gewagte Interpretation, das Wahlergebn auch als einen Auftrag zur vollständigen Übernahme des Sozialsystems der BRD zu verstehen.¹ Diese Interpretation scheint auch deswegen nicht aufrechterhalten werden zu können, weil die Verpflichtung auf wichtige Elemente des ostdeutschen Sozialstaates bei fast allen zur Wahl stehenden Parteien ein bedeutender, wenn auch nirgends näher konkretisierter Programmpunkt war.² Die Ost-CDU sah sich in ihrer sozialpolitischen Programmatik zunächst in einer Tradition einer gewerkschaftlich orientierten linksprotestantischen CDU und suchte ihre Identität unter Berufung auf prominente Vertreter des Berliner Gewerkschaftsflügels der CDU der Nachkriegszeit wie Jakob Kaiser und Ernst Lemmer. In ihrer sozialpolitischen Vorstellung wirkte die von diesen CDU-Politikern verkörperte Idee eines »Sozialismus aus christlicher Verantwortung«

-
- 1 So die pauschale Wahlinterpretation des Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Weinholz: Die Bürger hätten Bürokratie und Dirigismus abgewählt und damit auch dem staatlichen Gesundheitswesen eine Absage erteilt (DNÄ vom 20.3.1990).
 - 2 Vgl. für eine Synopse der Wahlaussagen der Parteien und Gruppierungen Das Parlament Nr. 11 vom 9. März 1990: 3-9; für die Gesundheits- und Sozialpolitik siehe 8-9. Umfassend Dokumentation (1990). Vgl. auch die Skizzierung der gesundheitspolitischen Passagen der Wahlprogramme von Ost-SPD und Ost-CDU in der Ärzte-Zeitung vom 28.2.1990.

nach (Focke 1978). Diese Akzentuierung bot jetzt zudem die Möglichkeit, nach der Emanzipation von der Rolle als Blockpartei einer sofortigen neuen »Vereinnahmung«, diesmal durch die bundesdeutsche CDU, entgegenzuwirken. In der Gesundheitspolitik bestanden bei den ostdeutschen Christdemokraten zusätzliche »Systemverpflichtungen«, denn als weniger wichtiges Ressort war das Gesundheitsministerium in der DDR traditionell von der CDU-Blockpartei besetzt worden.

Insbesondere in der Sozialpolitik zeigte sich bald, daß die bundesdeutschen Parteistrukturen als äußere Hülle schnell auf Ostdeutschland übertragen worden waren, während programmatisch erhebliche Differenzen fortbestanden. Die offene Erleichterung westdeutscher gesundheitspolitischer Interessenverbände über den überraschenden Sieg der bürgerlich-konservativen Parteien in den Volkskammerwahlen sollte sich als verfrüht erweisen.³ Die Sozialpolitik hatte in der DDR nach einer Zeit der Tabuisierung bis zum Ende der sechziger Jahre (vgl. Leenen 1977; Frerich/Frey 1993) in der Ära Honecker eine für das System immer wichtiger werdende Legitimationsfunktion übernommen. Arbeitsplatzsicherheit und die staatliche Garantie umfassender sozialer Versorgung sollten als legitimatorische Substitute dienen für den immer offensichtlicher werdenden Mangel an ökonomischer Leistungsfähigkeit. Die Politik umfassender sozialer Versorgung hatte dabei in der DDR Bevölkerung recht hohe Akzeptanzwerte (Winkler 1988: 23). Dem trugen nun alle DDR-Parteien programmatisch Rechnung, unabhängig davon, ob als ehemalige Block- oder neue Bürgerbewegungspartei, und zunächst auch unabhängig davon, ob die Liaison mit bundesdeutschen Parteien eine andere programmatische Akzentuierung verlangt hätte.

In der DDR waren noch von der Vorwahl-Volkskammer und dem zentralen Runden Tisch sozialpolitische Vorstellungen formuliert worden, die verdeutlichten, daß in diesem Bereich von keinem der politischen Akteure in Ostdeutschland eine umstandslose Aufgabe sogenannter »sozialer Errungenschaften« zugunsten des bundesdeutschen Sozialmodells angestrebt oder befürwortet wurde. Schon mit Hinblick auf die deutsch-deutschen Verhandlungen über eine Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion hatte der Runde Tisch in seiner vorletzten, 15. Sitzung am 5. März eine »Sozialcharta« verab-

3 Vgl. die Umfragen der Ärzte-Zeitung und der DNÄ unter westdeutschen Interessenverbänden; siehe DNÄ vom 20.3.1990: »Berufsverbände begrüßen Wahlergebnis in der DDR«; oder Ärzte-Zeitung vom 20.3.1990: »Jetzt ist der Weg freigemacht für die freiberufliche Tätigkeit des Arztes«.

schiedet (vgl. Sozialcharta 1990). In seiner letzten Sitzung am 12.3.1990 empfahl der Runde Tisch die Einsetzung einer eigenständigen Expertengruppe zur Sozialunion zwischen der Bundesrepublik und der DDR (Thaysen 1990: 138-149). Die Sozialcharta wurde am 7. März in der letzten Vorwahlsitzung der Volkskammer verabschiedet.⁴ Die im Vorspann der Sozialcharta formulierte grundsätzliche Vorstellung, die Sozialunion müsse über den Weg eines »wechselseitigen Reformprozesses beider deutschen sozialen Sicherungssysteme« vollzogen werden, deckte sich auch mit gesundheitspolitischen Forderungen des Rudolf-Virchow-Bundes, des größten Ärztenverbandes der DDR. Obwohl erst am 4. Februar offiziell gegründet, hatte der Virchow-Bund bereits Ende Februar »Leitlinien zur Gesundheitsreform in der DDR« vorgestellt. In ihnen sprach er sich gegen eine schlichte Übernahme der »konflikträchtigen Strukturen« der bundesdeutschen GKV aus und forderte in Hinblick auf die soziale Dimension der Vereinigung gleichfalls eine »gegenseitige Anpassung« und »Harmonisierung« beider Gesundheitswesen (Tagespiegel vom 28.2.1990 und DNÄ vom 3./4.3.1990).⁵ Die Leitlinien des Rudolf-

-
- 4 In bezug auf die Ausgestaltung eines gesamtdeutschen Gesundheitswesens sind die Punkte 2, 5 und 9 der Sozialcharta von Interesse. Hier wird formuliert: »... arbeitsmedizinische Dispensairebetreuung und gesundheitliche Überwachung durch ein Betriebsgesundheitswesen sind von den Unternehmern bereitzustellen und zu finanzieren; *Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger*; ein bürgernahes, modernes und pluralistisch organisiertes Gesundheitswesen ohne Vernachlässigung der öffentlichen Gesundheitsdienste und -leistungen [ist] aufzubauen; die staatlich subventionierte Prävention und Dispensaire sind zu bewahren; die freie Wahl des Arztes bzw. der Betreuungseinrichtung ist zu wahren; *Erhalt und Ausbau eines einheitlichen und staatlich garantierten Sozialversicherungssystems; Staatszuschüsse sind in bisherigem Umfang mindestens zu erhalten.* [Insgesamt sollen die] historisch gewachsene[n] soziale[n] Standards in beiden deutschen Staaten ... zu einem höheren sozialen Sicherungsniveau« zusammengeführt werden (Sozialcharta 1990: 256-262; Hervorhebungen des Verf.).
- 5 Die enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, eine rationale Arzneimitteltherapie gewährleistende Positivliste und der Jugendgesundheitschutz wurden u.a. in den Leitlinien des Virchow-Bundes als vorbildliche und erhaltenswerte Elemente des DDR-Gesundheitswesens herausgestellt. Auch bei der notwendigen verstärkten Einführung der freiberuflichen Niederlassung in privaten Praxen müsse die Vielfalt der Trägerschaft von Versorgungseinrichtungen bestehen bleiben. Der Einfluß des Rudolf-Virchow-Bundes auf die gesundheitspolitische Programmatik der Regierung de Maizière ist nicht unbedeutend gewesen. Lothar de Maizière war in der frühen Gründungsphase Justitiar des Verbandes, Sabine Bergmann-Pohl, die Volkskammer-Präsidentin und spätere parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, war Gründungsmitglied.

Virchow-Bundes waren genauso wie die Sozialcharta unter Beteiligung westdeutscher Akteure formuliert worden.

Der in Ostdeutschland vorherrschenden weitgehenden Akzeptanz des Systems sozialer Sicherung entsprach ein hoher Konsens, auf den sich die bundesdeutsche *Rentenpolitik* gründen konnte, während in der bundesdeutschen *Gesundheitspolitik* eine durch das GRG keineswegs verstummte grundsätzliche und vom grundsätzlichen Streit geprägte Reformdebatte geführt wurde. In ihr wurde kaum ein Strukturmerkmal *nicht* zum Gegenstand der Kontroverse gemacht. Die strukturellen Defizite in der westdeutschen GKV waren gerade erst durch die Veröffentlichung des Endberichts der Enquete-Kommission des Bundestages über die »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (BT-Drucksache 11/6380) am 12.2.1990 erneut ins öffentliche Bewußtsein gerückt worden (Hoffmann 1990). Der Enquete-Bericht dokumentierte zwar durch die jeweils in Mehrheits- und Minderheitsvoten auseinanderfallenden Kommissionsempfehlungen in erster Linie den grundsätzlichen politischen Dissens über *Richtung und Ausmaß* weiterer gesundheitspolitischer Reformen. Über den akuten Reformbedarf in der bundesdeutschen gesetzlichen Krankenversicherung war man sich hingegen einig. So hatte bspw. selbst die der christlich-liberalen Regierungskoalition nahestehende Kommissionsmehrheit einen »erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Neuordnung der Gliederungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung« konstatiert (Enquete-Kommission 1990: 201). Daß in diesem Punkt zwischen den gemäß den bekannten Proporzregeln ausgewählten Sachverständigen (Schulze-Fielitz 1984: 24-25) diagnostische Einigkeit bestand – bei Streit in Hinblick auf die notwendige Therapie –, dokumentierten die umfangreichen Reformforderungen, die auch die Kommissionsminderheit bezüglich der Kassenstrukturen formulierte. Nur wenig später bestätigte die Veröffentlichung des 1990er Gutachtens des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAIG) die unverminderte Notwendigkeit weiterer Reformen mit detaillierten Reformvorschlägen zu den Problemkreisen Arztzahlenentwicklung, Krankenhausfinanzierung und Organisationsreform (SVR KAIG 1990: 130-169).

Angesichts der in Westdeutschland geführten Reformdebatte war es nicht verwunderlich, daß nicht alleine in den Wahlkampfprogrammen der Ost-Parteien und in den Positionspapieren ostdeutscher Interessengruppen gegen eine umstandslose Übertragung der bundesdeutschen GKV-Strukturen auf die DDR Position bezogen wurde. Ende Februar sprach sich in einer gemeinsamen Pressekonferenz von DDR-CDU, Demokratischer Aufbruch und den

CDU-Sozialausschüssen mit dem CDA-Vorsitzenden Ulf Fink auch ein prominenter Bundespolitiker der christdemokratischen Regierungspartei gegen die modifikationslose Ausdehnung bundesdeutscher Strukturen im Gesundheitswesen aus.⁶ Auch der Leiter der Abteilung Krankenversicherung im BMA, Ministerialdirektor Jung, wandte sich Anfang März in einem Interview dagegen, »unser gegenwärtiges System [der DDR] ungefiltert zu oktroyieren und es dann wieder zu reformieren« (Ärzte-Zeitung vom 6.3.1990). Und, so deutete er an, möglicherweise könne man »die Organisationsreform des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems mit einer Gliederung der zukünftigen DDR-Krankenversicherung parallel schalten.«

Mit diesen Äußerungen war erstmals ein explizites »Coupling« (vgl. Kingdon 1984: 181-188) zwischen der »Sozialunion« und der westdeutschen Reformdiskussion in der gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen, mit der Folge, daß nun auch für den Einigungsprozeß die Vielzahl der ohnehin anhängigen GKV-Reformvorstellungen in Anschlag gebracht wurde. Im Kontext der bundesdeutschen Reformdebatte erschien die Vereinigung nun einigen Akteuren wie ein unvorhergesehenes, weit aufgestoßenes »policy window« (Kingdon 1984: 173-204).⁷ Doch alleine bei einer Verkoppelung von »Sozialunion« und »Organisationsreform« sollte es nicht bleiben. Die bundesdeutsche SPD, die den nun folgenden Reigen verbandlicher und parteipolitischer Stellungnahmen zur Ausgestaltung der deutsch-deutschen Sozialunion eröffnete, erweiterte die ohnehin schon beträchtliche Bandbreite der aktuellen Reformdiskussion nochmals. Die von dem Sozialexperten der SPD-Bundestagsfraktion, Rudolf Dreßler, am 8. März der Öffentlichkeit präsentierten »Ersten Schritte zur Sozialunion« kündigten in weiten Teilen den Restbestand an institutionellem Konsens in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, der auch in der vorangegangenen rein bundesdeutschen Reformdiskussion noch nicht in Frage gestellt worden war.

6 Es mache wenig Sinn, so Fink, heute in der Bundesrepublik bereits erkannte Systemmängel unreflektiert auf die DDR zu übertragen. »Dann ist eine Gesundheitsreform in der DDR doch schon von Beginn an programmiert« (Ärzte-Zeitung vom 22.2.1990).

7 Im Sinne einer »opportunity to push pet proposals or one's conceptions of problems« (Kingdon 1984: 204).

3.2 Die sozialdemokratische Position

Am 8.3.1990 wurde über den Sozialdemokratischen Pressedienst ein Diskussionspapier mit dem Titel »Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR« auszugsweise veröffentlicht (Dreßler 1990).⁸ In ihm waren als kurzfristige Maßnahmen die Herauslösung der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten aus dem Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB) und die Zusammenlegung mit der Staatlichen Sozialversicherung, die für Selbständige und die landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaften zuständig war, vorgesehen (4 k.F.). Verbunden mit der Zusammenlegung sollte bereits die – zumindest haushaltstechnische – Trennung der einzelnen Sozialversicherungszweige der Unfall-, Renten- und Krankenversicherung durch getrennte Rechnungsführung erfolgen (4 k.F.). Erst später sollte auch darüber entschieden werden, ob dieser rein finanziellen die volle organisatorische Aufteilung in eigenständige Sozialversicherungssparten folgen sollte. Bei dieser Entscheidung dürfe jedoch – so warnte der SPD-Sozialexperte – »das Organisationsmodell der BRD nicht unkritisch als Maßstab dienen«, weil es selbst mit zahlreichen Mängeln etwa in den Bereichen Prävention und Rehabilitation behaftet sei. »Deshalb bedarf es einer umfassenden kritischen Bestandsaufnahme und ggf. einer Neuordnung der Sozialversicherung auch in der heutigen Bundesrepublik« (5 k.F.).

Weiter forderte die SPD für den Bereich der DDR u.a. eine regionale Gliederung der Sozialversicherung auf der Ebene der neu zu gründenden Länder (4 k.F.), die Beibehaltung einer einheitlichen Versicherung für Arbeiter und Angestellte und die Einbeziehung des öffentlichen Dienstes in die Versicherungspflicht (7 k.F.).⁹ Bei der Einführung eines gegliederten Krankenversicherungssystems sollte für alle Versicherten vollständige Wahlfreiheit bestehen, wobei die Kassen einem Kontrahierungszwang unterliegen würden. Damit sollten auch in der BRD die freie Kassenwahl und der Kontrahierungszwang eingeführt werden und insgesamt gleiche rechtliche Grundlagen für alle Kassenarten gelten. Und – so hieß es weiter – wenn bei der Einführung

8 Die folgenden Zitate sind dem vollständigen Manuskript entnommen (Dreßler 1990). Die Zahlen in Klammern verweisen auf die Seiten des Manuskripts, das in eine kurze und eine ausführliche Fassung aufgeteilt ist. Die Abkürzungen k.F. und a.F. verweisen jeweils auf die Kurz- bzw. die ausführliche Fassung.

9 Ein Beamtenstatus für Beschäftigte im öffentlichen Dienst war noch unter der sowjetischen Besatzung abgeschafft worden. Der SMAD-Befehl Nr. 66 vom 17.9.1945 hatte das Deutsche Beamtengesetz von 1937 aufgehoben.

der Selbstverwaltung die Entscheidung zugunsten paritätisch mit Versicherten- und Arbeitgebervertretern besetzter Selbstverwaltungsgremien falle, müsse diese Regelung für alle Kassenarten gleichermaßen gelten (9 a.F.) – eine Formulierung, die auf die allein mit Versichertenvertretern besetzten Selbstverwaltungsgremien der Ersatzkassen zielte.

Mit diesen nüchtern formulierten Positionen waren mehrere grundlegende Strukturmerkmale des bundesdeutschen Systems zur Disposition gestellt. Zwar fand sich in dem Positionspapier gleichermaßen die Forderung nach dem Sachleistungsprinzip (6 k.F.), auf das die beiden Systeme ohnehin ausgerichtet waren, wie die Forderung nach einer mittelfristig zu realisierenden vollen Beitragsfinanzierung (6 k.F.), die in der Bundesrepublik, aber nicht (mehr) in der DDR verwirklicht war. Doch die Vereinigung der Sozialsysteme sollte nach den Vorstellungen der SPD auch mit grundlegenden Modifikationen am bundesdeutschen Kassenwahlrecht und am Gliederungsprinzip verbunden werden. So wurde etwa der Umstand, daß es in der DDR-Sozialversicherung keine Trennung nach Arbeitern und Angestellten und in der DDR überhaupt keinen beamtenrechtlichen Status für Beschäftigtengruppen des öffentlichen Dienstes gab, als chancenreicher Anknüpfungspunkt für Forderungen nach einem einheitlichen Kassenwahlrecht und der Integration der Beamten in die Sozialversicherung gesehen – mit entsprechenden Rückwirkungen auf das Sozialversicherungsrecht der Bundesrepublik.

Schließlich formulierte das SPD-Papier eine Einschätzung, die zur größten Befürchtung der bundesdeutschen Krankenkassen mit gesondertem Versichertenkreis werden sollte: Wenn die DDR-Sozialversicherung durch die neu zu gründenden regionalen Kassen auf Länderebene übernommen würde, könnte bei gleichem Wahlrecht für die Versicherten und Kontrahierungszwang der Kassen kaum ein Anreiz für andere Kassenarten bestehen, sich in den neuen Ländern zu gründen. Selbst dann also, wenn die Einführung des gegliederten bundesdeutschen Systems formal-rechtlich zugelassen werden sollte, würde sich auf dem Gebiet der DDR faktisch eine Einheitsversicherung oder zumindest eine deutlich dominierende Primärkasse etablieren.¹⁰ Schließlich

10 Mit einer gewissen politischen Unbekümmertheit hieß es hier: »Ob und wie das Tätigwerden unterschiedlicher Kassenarten im Gebiet der DDR *rechtlich und politisch verhindert* werden kann oder soll, kann zunächst offenbleiben. ... Der *organisatorische Vorsprung* der aus der gemeinsamen Sozialversicherung hervorgehenden Regionalkrankenkassen und die Aussicht der sich neu gründenden Krankenkasse, die gleiche Risiko- und Finanzstruktur wie die bereits bestehende Krankenkasse zu erreichen, *dürften den Anreiz einer Neugründung erheblich mindern*« (Dreßler 1990: 8 u. 9 a.F.; Her-

wurde in der Formulierung über die Einführung des Selbstverwaltungsprinzips in der DDR-Sozialversicherung eine Abschaffung des Paritätsprinzips zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern zwar nicht direkt gefordert, aber die Parität zwischen ihnen zumindest in Frage gestellt. Für die gesetzliche Rentenversicherung hingegen verlangten die Sozialdemokraten die Abschaffung der paritätischen Selbstverwaltung und deren Ersetzung durch die reine Versichertenselbstverwaltung (21 a.F.).

Zusammen mit den weiteren sozialdemokratischen Forderungen nach Erhalt der DDR-Positivliste für Arzneimittel und der Ausweitung ihrer Geltung auf das Bundesgebiet, nach der mittelfristig anzustrebenden »obligatorischen« Übertragung der Trägerschaft von Polikliniken und Ambulatorien auf die Kassen (also ihrer Umwandlung in Eigeneinrichtungen der Kassen, 15 a.F.) und nach einer verbindlichen Bedarfsplanung für die Niederlassung¹¹ ergab sich ein umfassender, hier nicht vollständig aufgeführter gesundheitspolitischer Forderungskatalog, dessen Umsetzung eine Aufkündigung verschiedener bundesdeutscher Nachkriegskompromisse nicht nur zwischen Ärzten und Krankenkassen (Sicherstellungsmonopol, Kasseneigeneinrichtungen) und den Kassenarten (Gliederungsprinzip), sondern auch zwischen Staat, Arbeitgebern und Gewerkschaften (paritätische Selbstverwaltung) bedeutet hätte.

Die SPD formulierte im Einigungsprozeß die Vorstellungen mit den weitestreichenden Reformimplikationen auch für die westdeutsche GKV. Dabei kamen sozialpolitische Forderungen wieder auf die Agenda, die im *westdeutschen* Diskussionskontext außerhalb der Bandbreite von als realisierungsfähig wahrgenommenen sozialpolitischen Optionen angesiedelt waren. Denn im DDR-Gesundheitssystem verkörperten sich zu einem gewissen Anteil eben die Prinzipien, die seit Bestehen der gesetzlichen Sozial- und Krankenversicherung von der Sozialdemokratie und der Arbeiterbewegung eingefordert worden waren, wenn auch mit wechselnder Intensität und mit zuletzt – in der Bundesrepublik – abnehmender innerer Überzeugung. Dabei gewannen nun die traditionellen sozialpolitischen Gestaltungsvorstellungen der SPD

vorhebungen des Verf.). Die Direktheit dieser Formulierung ist nur vor dem Hintergrund zu verstehen, daß zum Zeitpunkt ihrer Abfassung noch von einer länger bestehenden deutsch-deutschen Zweistaatlichkeit ausgegangen wurde. Die sozialpolitischen Forderungen des SPD-Sozialexperten richteten sich also an eine zumindest in Teilbereichen noch souveräne DDR, von der zudem zu erwarten stand, daß sie bald durch ein sozialdemokratisch geführtes Kabinett regiert werden würde.

11 Dabei seien »die vorhandenen Behandlungskapazitäten in Ambulatorien und Polikliniken zu berücksichtigen« (15 a.F.).

durch den Bezug auf das konkrete institutionelle Gefüge des sozialen Sicherungssystems in der DDR eine Relevanz, die sie seit den fünfziger Jahren in Westdeutschland nicht mehr gehabt hatten. Sie waren deswegen auch in den bundesrepublikanischen Reformdebatten zunehmend in den Hintergrund getreten.

Die frühe und maximale Positionierung der Sozialdemokraten hatte einen erheblichen »Agenda-Effekt«. Nachfolgende Stellungnahmen definierten sich offensichtlich in Abgrenzung und mit einer defensiven Akzentsetzung zu den sozialdemokratischen Reformforderungen. Für ein angemessenes Verständnis der nun folgenden Konflikte erscheint es deswegen wichtig, die Geschichte sozialpolitischer Reformvorstellungen der SPD zumindest im Ansatz zu rekonstruieren. Diese könnte – wie zu Recht angemerkt wurde – in ihrer Wirkung auf die Strukturentwicklung der deutschen Sozialversicherung »problemlos als Geschichte der kontraintentionalen Effekte« geschrieben werden (Döhler 1993: 128). Die deutsche Einigung sollte hier keine Ausnahme bilden.

Nachfolgend werden deshalb die historischen Konflikte um die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane (Abschnitt 3.3) und um das Gliederungsprinzip in der Krankenversicherung (Abschnitt 3.4) ausführlicher dargestellt. Vor dem Hintergrund der Darstellung dieser teilweise auf die Anfänge der deutschen Sozialversicherung zurückgehenden Konflikte und der unterschiedlichen Lösungen, die sie im bundesdeutschen und im sozialen Sicherungssystem der DDR erfahren haben, wird dann die Rekonstruktion des weiteren gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses wieder aufgenommen (Abschnitt 3.5 ff.).

3.3 Das Paritätsprinzip

Bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung dominierten die Arbeitnehmervertreter die Gremien der Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenkassen gemäß ihrem Anteil am Beitragsaufkommen im Verhältnis 3:2. Aber bereits 1908, im ersten Entwurf zur Reichsversicherungsordnung (RVO), waren die Hälftelung der Beiträge und verbunden hiermit auch die Einführung eines gleichgewichtigen Stimmenverhältnisses zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern intendiert gewesen (Born 1957: 239). In den parlamentarischen Auseinandersetzungen jedoch wurde die paritätische Besetzung

der Selbstverwaltungsgremien von den Parteien mehrheitlich abgelehnt: »Die Sozialdemokratie sah darin eine Verschlechterung der Stellung der Arbeiter. Die bürgerlichen Parteien hielten die Häufelung der Beiträge für eine zu große Belastung der Arbeitgeber, ... ohne daß die entsprechende Häufelung der Stimmen einen ausreichenden Ausgleich biete« (Born 1957: 241). Die RVO von 1911 ließ schließlich die 3:2-Besetzungsregel in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen unverändert, nachdem das ursprünglich mit der paritätischen Besetzung verfolgte Ziel – das Zurückdrängen des Einflusses der Sozialdemokratie in den Kassen – durch die Einführung des »itio in partes«-Prinzips gewährleistet schien.¹² Das »itio in partes«-Prinzip sollte allerdings kaum praxisrelevant werden, weil die RVO erst 1914 in Kraft trat und 1919 die alte Rechtslage weitgehend wiederhergestellt wurde (WSI 1981: 73; Reidegeld 1982: 34; Emde 1991: 150, Fn. 39).

Von den Nationalsozialisten wurde die Selbstverwaltung nicht vollkommen abgeschafft, faktisch aber durch die Verfolgung von Gewerkschaftlern und Sozialdemokraten, durch die Maßnahmen zur »Wiederherstellung des Berufsbeamtentums«¹³ u.a.m., kurz: durch die Maßnahmen des »inneren Terrors«, zerschlagen. Die Selbstverwaltung bekam darüber hinaus in der Krankenversicherung durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5.7.1934 (RGBl. I, S. 577) eine äußerst eingeschränkte, nur beratende Funktion zugewiesen. In der Gestalt eines sogenannten Beirats für die Krankenversicherung (Art. 7 § 3) wurde erstmals (!) die Parität zwischen den Versicherten und ihren »Betriebsführern« vorgeschrieben.¹⁴ Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien war aber gar nicht der bedeutendste

12 Das »itio in partes«-Prinzip machte Entscheidungen der Kassen-Selbstverwaltung von einer »doppelten Mehrheit« sowohl innerhalb der Gruppe der Versichertenvertreter als auch innerhalb der Arbeitgebergruppe abhängig.

13 Nach dem Gesetz über Ehrenämter in der sozialen Versicherung und der Reichsversorgung vom 18.5.1933 (RGBl. I, S. 277, mit verschiedenen Durchführungsverordnungen vom 19.5., 23.6. und 3.7.1933) konnte nach den Grundsätzen des Gesetzes über die Wiederherstellung des Berufsbeamtentums auch die Enthebung aus Ehrenämtern vorgenommen werden (Tennstedt 1977: 185; Prinz 1985: 224).

14 Zusätzlich besaßen in diesem Beirat auch noch ein Ärztevertreter und ein Vertreter der Gebietskörperschaft vollberechtigte Mitgliedschaft. Bei den Ersatzkassen, die gleichzeitig mit dem Aufbaugesetz und seinen verschiedenen Durchführungsverordnungen eine starke Änderung ihres Rechtsstatus erfuhren, behielt der Beirat die Kompetenz beschließender Aufgaben (12. Aufbauverordnung vom 24.12.1934, RGBl. I, S. 1537, §§ 12 und 13; vgl. Grünwald 1936: 28). Zugleich erfolgte für den Beirat der Ersatzkassen keine paritätische Besetzung!

Effekt der nationalsozialistischen Gesetzgebung und Verordnungstätigkeit in der Selbstverwaltungsfrage: Wichtiger und noch lange fortwirkend waren die deutliche Einschränkung der Selbstverwaltungsfunktionen und die auf die Versorgung »alter Kämpfer« ausgerichtete Personalpolitik, die die Bürokratisierung und Entpolitisierung der Selbstverwaltung nachhaltig förderten.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit war das Vorhaben, die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung zu re-etablieren, zwischen den Parteien nicht kontrovers. Über die genaue Ausgestaltung ihrer Wiedereinsetzung kam es jedoch zu einer »der härtesten innenpolitischen Auseinandersetzungen« der unmittelbaren Nachkriegszeit. Sie wurde »mit großer, ja erbitterter Intensität« geführt (beide zeitgenössischen Zitate nach Hockerts 1980: 132). 1948 war mit dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz der Beitragsanteil der Arbeitgeber zur Krankenversicherung von einem Drittel auf die Hälfte angehoben worden, was nach Meinung der Regierung Adenauer auch eine Änderung der Besetzung der Selbstverwaltungsgremien gemäß einer zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern paritätischen Aufteilung begründete. Sozialdemokratie und Gewerkschaften setzten sich hingegen vehement für die zwei Drittel/ein Drittel-Besetzungsregel ein und wollten diese bereits als politischen Kompromiß gegenüber ihrer grundlegenden Forderung nach einer reinen Versichertenselbstverwaltung verstanden wissen. In ihrer Argumentation verwiesen sie darauf, daß der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung de facto ein Lohnbestandteil sei und daher aus ihm keine Beteiligung der Arbeitgeber an den Gremien der Selbstverwaltung legitimiert werden könne. Darüber hinaus wies der DGB in einem Brief an Kanzler Adenauer darauf hin, daß die im Selbstverwaltungsgesetz vorgesehene paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane in der Krankenversicherung die »Verewigung des von Hitler diktierten Zustandes« bedeuten würde (zitiert nach WSI 1981: 93; Hervorhebung weggelassen). Nach einem außerordentlich langwierigen parlamentarischen Kräftemessen wurde mit einem denkbar knappen Abstimmungsergebnis das Selbstverwaltungsgesetz vom 22.2.1951 verabschiedet (BGBl. I, S. 124). Mit ihm wurde die Parität zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern durchgehend in allen Sozialversicherungszweigen eingeführt.¹⁵ Ausschlaggebend für dieses Ergebnis war letzt-

15 Heute normiert in § 44 SGB IV. Ausnahmen vom Paritätsprinzip bilden in der GKV die Ersatzkassen (§ 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV), bei denen die Selbstverwaltungsorgane nur mit Versichertenvertretern besetzt sind, und die Bundesknappschaft (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV), bei der eine zwei Drittel/ein Drittel-Aufteilung auf Arbeitnehmer- und

lich, daß die Abgeordneten des CDU-Gewerkschaftsflügels nach anfänglicher Ablehnung für den Paritätsgedanken gewonnen werden konnten, weil er der Vorstellung einer durchgängig »sozialpartnerschaftlich« verfaßten Wirtschafts- und Sozialordnung entsprach, wie sie zur gleichen Zeit im Kontext der Debatte um die Mitbestimmungsgesetzgebung allgemein diskutiert wurde (Hockerts 1980: 137-138 und 142).¹⁶

Unabhängig davon, wie man das Selbstverwaltungsgesetz heute werten will, ob als wichtige »sozialpolitische Integrationsklammer« (vgl. Kleßmann 1984: 236-251; i.d.S. auch Döhler 1991: 465) zwischen Staat, Arbeitgebern und Gewerkschaften in der Gründungsphase der Bundesrepublik oder als vollständigen Sieg der restaurativen Politik eines »Bürgerblocks« aus »Bundesregierung, Ärzten und Arbeitgeberverbänden«, die in »gemeinsamer Frontstellung gegen Sozialdemokratie und Gewerkschaften« zu keinerlei »Konzessionen in Strukturfragen« bereit waren (Alber 1992: 45): Die paritätische Besetzung der Gremien der Selbstverwaltung war fast 40 Jahre nach ihrer (erstmalig demokratisch legitimierten) Einführung eines der wenigen Strukturcharakteristika in der gesetzlichen Krankenversicherung, das *nicht* im Brennpunkt der sozialpolitischen Debatten stand (Hockerts 1980: 166-167). Es hatten sich nicht nur »die Sozialpartner arrangiert« (WSI 1981: 93), offen-

Arbeitgebervertreter festgeschrieben ist. Das Selbstverwaltungsgesetz schrieb somit für die Ersatzkassen die mit der 12. Aufbauverordnung von 1934 getroffene Regelung der reinen Versichertenselbstverwaltung fest (s.o.). Diese Sonderregelung wurde 1934 durch den ursprünglichen Rechtsstatus der Ersatzkassen als privatrechtliche »Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit« begründet (vgl. Grünewald 1936).

- 16 Hockerts merkt hierzu an, daß »die mit diesem Argument für die Zustimmung zur Regierungsvorlage werbende Gruppe eine Hypothek aufnahm, die dann in der Mitbestimmungsdebatte nur teilweise – im Montanmitbestimmungsgesetz 1951 – abgetragen wurde« (Hockerts 1980: 142-143). Die Idee einer paritätisch verfaßten Wirtschafts- und Sozialordnung hat dabei in Deutschland vielfältige und weit zurückreichende Wurzeln, die hier nicht näher ausgeführt werden können. »Wie prägend das Vorbild der Parität von Kapital und Arbeit im Tariffrecht für die Ausgestaltung der sozialen Selbstverwaltung« nicht erst in der Nachkriegszeit (Emde 1991: 164, Fn. 90), sondern bereits in der Weimarer Republik gewesen ist, ist m.W. noch nicht Gegenstand erschöpfender Analyse geworden. Die Einführung des Paritätsprinzips in die Sozialversicherung wie auch dessen »sinngemäße« Übertragung (siehe beispielsweise die paritätische Regulierung der GKV durch Kassen und Ärzte) ist ein markantes Beispiel für die von Rieger so bezeichnete »Logik der Generalisierung«, d.h. die »wiederholte Verwendung von grundlegenden Strukturprinzipien oder von Schlüsselmerkmalen sozialer Organisation, die sich deshalb in verschiedenen institutionellen Feldern finden lassen« (Rieger 1992b: 165).

kundig war man auch in der SPD später »nicht davon überzeugt, daß die [Versicherten-] Selbstverwaltung einen Hebel zur Verwirklichung ihrer eigenen sozialpolitischen Vorstellungen bot« (Berlepsch 1991: 480). »Je länger, je mehr« hatte sich die Parität von Versicherten und Arbeitgebern »als gleichsam naturgegebenes Konstitutionsprinzip des Sozialversicherungswesens zu etablieren vermocht« (Emde 1991: 151).

Dem Paritätsprinzip in der Selbstverwaltung konnten über einen »staatspolitisch wertvollen Faktor sozialer Integration« (Bogs 1977: 16) hinaus zunächst keine spezifisch gesundheits- oder sozialpolitischen Regulierungsleistungen zugeschrieben werden. Es wurde eher deswegen als zum Normalbild der Sozialversicherung gehörend betrachtet, weil es – übrigens im markanten Gegensatz zur Weimarer Republik (s. Geyer 1987: 119 ff.) – auch nicht einen besonderen Anlaß für permanente Interessendivergenzen gebildet hatte. Ursprüngliche Befürchtungen, daß die unterschiedliche Bereitschaft der Versicherten und der Arbeitgeber zur Integration neuer Leistungen in den Erstattungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen eine ständige Konfliktquelle zwischen den Sozialpartnern bilden würde, hatten sich spätestens mit dem Wechsel der Gesundheitspolitik von der Bedarfsdeckung zur Kostendämpfung (Döhler 1991: 472 ff.) weitgehend verflüchtigt. Mit dem Zurückdrängen satzungsrechtlicher Kompetenzen durch die anwachsende staatliche Normierung des materiellen Leistungsrechts war dieser potentielle Konfliktpunkt aber auch schon zuvor entschärft worden.¹⁷ Auch die Mitte der siebziger Jahre aufkeimende Debatte um eine Demokratisierung der Selbstverwaltung, die größere Versichertennähe durch Betroffenenpartizipation zu erreichen suchte, war bald wieder verebbt. Sie richtete sich auch weniger gegen das Paritätsprinzip, sondern eher gegen seine insbesondere durch das Institut der Friedenswahl verknöcherte Form.¹⁸ Mit der stetigen Ausweitung der ge-

17 »Der Leistungskatalog der Krankenkassen ist durch den Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr vereinheitlicht worden. ... Weit über 90% aller von den Krankenkassen erbrachten Leistungen sind verbindlich für alle versicherten Mitglieder festgeschrieben. Folge der breiten Verpflichtung auf Regelleistungen ist, daß sich das Leistungsangebot der Krankenkassen nur in Randbereichen voneinander unterscheiden« (Enquete-Kommission 1990: 190).

18 Die Möglichkeit zur Friedenswahl in der Sozialversicherung, also zur »Wahl ohne Wahlhandlung«, ist in § 46 Abs. 3 SGB IV normiert. Differenziert hierzu Diemer (1982). Sehr kritisch Haverkate (1988: 238): »Solche fiktiven Wahlen ... legitimieren nichts.« Daß bereits in der Weimarer Republik das Institut der Friedenswahl staatlich gefördert wurde (es wurde erst mit dem Selbstverwaltungsgesetz von 1951 auch gesetzlich sanktioniert) mit dem Ziel, die »Tarifparteien als Herren der sozialen Selbst-

setzlichen Versicherungspflicht oder des Versicherungsrechts auf Bevölkerungsgruppen, die nicht in abhängiger Beschäftigung stehen, verstärkte sich jedoch zunehmend die Diskrepanz zwischen der verbandsparitätischen Repräsentation in den Organen der Selbstverwaltung und dem mit dem Körperschaftsmodell verbundenen Anspruch auf Mitwirkung der Versicherten (als Körperschaftsmitglieder) an den Entscheidungen der Kasse.

Mit dem Primat der Kostendämpfung in der Gesundheitspolitik hatte sich die Einbindung der Arbeitgeber jedoch zunehmend als vorteilhaft erwiesen, denn die Interessen von Gewerkschaften und Arbeitgebern wiesen nun stärkere Kongruenz auf. Auch wenn die Arbeitgeberverbände höhere Selbstbeteiligungsregeln und das Ausdünnen des GKV-Leistungskatalogs als Sparmaßnahmen befürworteten (Webber 1988: 161-162) und damit im offensichtlichen Gegensatz zu gewerkschaftlichen Kostendämpfungsvorstellungen standen und stehen, konnten Bundesarbeitsminister verschiedener politischer Couleur auch dann auf politische Rückendeckung für ihre Reformvorhaben aus dem Arbeitgeberlager rechnen, wenn diese durch gesundheitspolitische Konzepte realisiert wurden, die nicht den prinzipiellen, eher markt-orientierten Reformzielen der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) entsprachen. Hier war regelmäßig der ordnungspolitische Purismus dem pragmatischen Interesse an einer Minderung der Lohnnebenkosten durch Senkung der Sozialversicherungsbeiträge untergeordnet.

So hatten die Arbeitgeberverbände mit dem DGB 1976 im Vorfeld des ersten gesundheitspolitischen Spargesetzes, dem Krankenversicherung-Kostendämpfungsgesetz (KVKG), eine »Kostendämpfungs-Koalition« gebildet (Webber 1988: 193), die sich im Vorfeld des Gesundheits-Reformgesetzes wiederholte (Webber 1989: 267). Daß sich DGB und BDA trotz divergierender Vorstellungen über den Reformmodus im Zuge der Blümschen Gesundheitsreform um eine gemeinsame Position bemühten, wird von Döhler gerade als Resultat des »Kooperationszwangs ... in den paritätisch besetzten Gremien der Sozialversicherung« gewertet (Döhler 1990: 478). Vornehmlich die Förderung und Stabilisierung dieser zunehmenden Interessenübereinstimmung zwischen der organisierten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft muß deshalb auch als hauptsächliches Motiv dafür genannt werden, daß sich heute auch die ehemals vehementen Gegner auf Gewerkschaftsseite zwar selten für das Paritätsprinzip aussprechen, aber mittlerweile die Forderung nach seiner

verwaltung« zu etablieren, zeigt ein interessanter Hinweis bei Emde (1991: 151, FN 42; Zitat Seite 157).

Abschaffung stillschweigend aus dem gewerkschaftlichen Forderungskatalog gestrichen haben:¹⁹ In dem Kampf gegen mächtige gesundheitspolitische Interessenverbände ist man froh, die politisch gewichtigen Arbeitgeberverbände als Koalitionspartner zu haben. Vereinzelt noch erhobene Forderungen nach der Abschaffung der Parität zugunsten einer »maßgebenden Mitwirkung der Versicherten«²⁰ gehören – so urteilte Billerbeck schon 1982 – zu einem »Restbestand rhetorischer Traditionen«, die »mit keinerlei Vorstellungen für ihre strategische Durchsetzung verbunden sind« (Billerbeck 1982: 58).²¹

Doch mit der deutsch-deutschen Sozialunion schien sich nun gerade jene lang blockierte Chance zur Durchsetzung der schon weitgehend abgeschriebenen Forderung nach der reinen Versichertenselbstverwaltung zu eröffnen. Denn in der DDR war diese traditionelle Forderung der deutschen Arbeiterbewegung bereits früh verwirklicht worden. Zunächst hatte die DDR in der Frage der Besetzung der Selbstverwaltungsgremien mit der Verordnung über Sozialpflichtversicherung vom Februar 1947 an den vor 1933 herrschenden Zustand angeknüpft. Diese Verordnung hatte die von den Nationalsozialisten eingeführte Parität abgeschafft und an ihre Stelle erneut die für Versicherte und Arbeitgeber traditionelle zwei Drittel/ein Drittel-Besetzungsregel festgeschrieben (vgl. die §§ 12-14 der Verordnung über Sozialpflichtversicherung). Wie wenig später die Bundesrepublik (durch das Selbstverwaltungsgesetz vom 22.2.1951; BGBl. I, S. 1242), so schrieb die DDR 1947 auch schon das Institut der »Listen-« oder, genauer, »Friedenswahl« fest – eine bereits zuvor schon weitverbreitete Praxis für die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane,

19 Vgl. Muhr (1977), DGB (1988/II: 33-34).

20 Diese traditionelle Formulierung der sozialdemokratischen Forderung nach einer Versichertenmajorität in der Selbstverwaltung lehnt sich an die Formulierung des Art. 161 der Weimarer Reichsverfassung (WRV) an: »Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfälle des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen *unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.*« Ob mit dieser Formulierung die Überzahl der Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsgremien generell gefordert wurde, war jedoch schon in der Weimarer Republik Gegenstand juristischer Kontroversen (Hendler 1984: 148; insbesondere FN 106; umfassend Strassert 1933: 89-98). Zur Entstehungsgeschichte des Art. 161 vgl. Strassert (1933: 96). Die Formulierung des Art. 161 WRV ging offensichtlich auf das Erfurter Programm der SPD von 1891 zurück (Ferber 1977: 113; Reidegeld 1982: 49).

21 Was nicht verhindert hat, daß im Zuge der deutschen Einigung auch seitens der Gewerkschaften vereinzelt gefordert wurde, die reine Versichertenselbstverwaltung in der Sozialversicherung einzuführen (vgl. Bäcker/Steffen 1990: 275).

die aber nun erstmals kodifiziert wurde. Die aus westdeutscher Sicht vorgebrachte Kritik, in der DDR werde somit die Selbstverwaltung zu einer »Verwaltung durch FDGB-Funktionäre« pervertiert (so Haas/Leutwein 1954: 115), ließ sich also nur unter Absehung der Tatsache kritisieren, daß der Wahlmodus der Friedenswahl auch in der bundesdeutschen Sozialversicherung vorherrscht und mit dem Selbstverwaltungsgesetz erstmals kodifiziert worden war. Allerdings waren die in der DDR in einer Durchführungsverordnung als Unternehmervvertretungen benannten Industrie-, Handels- und Handwerkskammern sowie die »Kreisausschüsse der Vereinigung der gegenseitigen Bauernhilfe«, die das Recht zur Listenerstellung hatten, bereits staatlich kontrolliert und nicht mit den westdeutschen Kammern zu vergleichen. In ihnen waren »Betriebe, Gewerkschaften und Verwaltung drittelparitätisch vertreten, wobei die Firmenvertreter aber von der Verwaltungsspitze ernannt wurden. Das Übergewicht in diesen Gremien lag mithin eindeutig bei der Verwaltung« (Zank 1990: 259). Die fortschreitende Etatisierung der DDR-Sozialversicherung zeichnete sich hier bereits ab. Mit der Überantwortung der Sozialversicherung in die Trägerschaft des FDGB 1956 wurde schließlich eine weitere Vertretung der Unternehmen in den Selbstverwaltungsgremien beendet (Liebscher/Thude 1960: 28-37 und 78 ff.; Frerich/Frey 1993: 274-278). Damit war die Forderung nach reiner Versichertenselbstverwaltung zwar formell erfüllt. Da dem FDGB jedoch nur die Rolle eines gewerkschaftlichen Appendix zur herrschenden Sozialistischen Einheitspartei zukam, war ihre reale Verwirklichung ad absurdum geführt.

Wie dieser Rückblick zeigen konnte, bezog die Sozialdemokratie im Einigungsprozeß hinsichtlich der Paritätsfrage also eine durchaus widersprüchliche Position. Aus der Zwischenlage einer nur noch »mitgeschleppten« Forderung nach der reinen oder zumindest überwiegenden Versicherten-Selbstverwaltung und der wachsenden Einsicht in die funktionalen Vorteile einer gleichgewichtigen Einbindung der Arbeitgeberverbände resultierte wohl auch die politisch wenig schlüssige »Konditional-Forderung« der SPD, im Zuge der deutsch-deutschen Sozialunion *entweder* das Paritätsprinzip durch die Mehrheit oder Alleinvertretung der Versicherten in den GKV-Selbstverwaltungsgremien zu ersetzen *oder* es – als »second best«-Lösung – flächendeckend, d.h. auch für die Ersatzkassen, zu verwirklichen (Dreßler 1990: 21 a.F.). Hier kollidierte offensichtlich eine überkommene Beschlußlage der sozialdemokratischen Partei mit der Erkenntnis, daß eine Vertretung der Arbeitgeber auch bei den Ersatzkassen möglicherweise deren »Privilegdenken« disziplinieren könnte, das aus ihrem tradierten Selbstverständnis als private

Versicherungsvereine herrührt und materiell durch ihre bessergestellte Risikogemeinschaft ermöglicht wird. So erklärt sich auch, daß die Forderung nach Abschaffung des Paritätsprinzips nur knapp zwei Jahre nach der deutschen Einigung *explizit* kein Bestandteil des sozialpolitischen Forderungskatalogs der SPD mehr ist.²² Die in unmittelbarer Reaktion auf die Veröffentlichung des SPD-Papiers erfolgte Kennzeichnung dieser Forderung als »alter sozialdemokratischer Ladenhüter«²³ war also nicht vollkommen unberechtigt.

In ganz ähnlicher Weise war aber auch die sozialdemokratische Position in der Frage der GKV-Organisationsstrukturen von einer mittlerweile fortgeschrittenen »Aussöhnung« mit dem bundesrepublikanischen Status quo gekennzeichnet. Trotzdem gab es auch hier eine Wiederholung traditionsreicher Konfliktkonstellationen. Auch hinsichtlich des nun folgenden Konflikts, ob die einheitliche Krankenversicherung der DDR durch das umstrittene Gliederungsprinzip der westdeutschen GKV substituiert werden sollte ermöglicht erst der Rückblick auf die vor allem von den Gewerkschaften und der Sozialdemokratie vorgetragene Kritik an dem »zersplitterten, unwirtschaftlichen und die Arbeiterklasse entsolidarisierenden« deutschen Sozialversicherungsmodell ein Verständnis der Konfliktlinien und sozialpolitischen Entscheidungen im Einigungsprozeß.

3.4 Das Gliederungsprinzip

Die Kritik an der Untergliederung der Sozialversicherung in unterschiedliche Versicherungszweige ebenso wie an der Zersplitterung in mehrere Kassenarten in der Krankenversicherung läßt sich bis auf den Gründungszeitpunkt der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland zurückverfolgen (vgl. etwa Reidegeld 1982: 41-53). Konnten für die Autonomie der Unfall-, Kran-

22 In einer aktuellen Positionsbestimmung sozialdemokratischer Sozial- und Gesundheitspolitiker heißt es nun: »Die paritätische Selbstverwaltung hat gesellschaftspolitisch gesehen den Vorteil, daß die Arbeitgeber politisch in die Verantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung eingebunden sind. Aus diesem Grund spricht sich auch der DGB für die paritätische Selbstverwaltung aus.« Deswegen vollziehe nun auch die Sozialdemokratische Partei die Abkehr von der »klassischen Beschlußlage« der Partei, also von der Forderung nach reiner Versichertenselbstverwaltung (dfg 30-92: 11).

23 So der FDP-Sozialexperte Cronenberg in einer Pressemitteilung (dfg 11-90: 3).

ken-, Renten- und schließlich – nach 1927 – auch der Arbeitslosenversicherung immer Argumente vorgebracht werden, die mit der Spezifik des jeweils versicherten Risikos auch die institutionelle oder zumindest finanzielle Trennung der Versicherungsträger begründeten (vgl. Ritter 1933: 32-47; Gitter 1969: 17-44), so erschien in der GKV mit der noch in den dreißiger Jahren an die 5.000 reichenden Zahl von Krankenkassen eine »zweckwidrige Vielfalt« (Gitter 1969) besonders offensichtlich.

In der Kritik an der Zergliederung der Kassen fanden sich immer wieder die Hinweise auf die hierdurch verursachten unnötig hohen Verwaltungskosten, auf die schnell eintretende Überforderung kleiner Risikogemeinschaften bei gehäuften oder besonders schwerwiegenden Leistungsfällen und – in bezug auf die Gesamtkonstruktion der Sozialversicherung – auf die äußerst dysfunktionalen Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen den Versicherungsträgern bei Rehabilitationsfällen oder präventiven Maßnahmen.²⁴ In der von den Imperativen der »Kostendämpfung« geprägten jüngeren Zeit wurde die zergliederte Kassenlandschaft vornehmlich als ein wichtiger Erklärungsfaktor dafür angeführt, daß die Kassen der im Vergleich mit ihnen »monolithisch« erscheinenden Interessenvertretung der Ärzte in den Honorarverhandlungen strukturell unterlegen sind (Smigielski 1980; Griesewell 1985; als spieltheoretische Modellierung dieses Zusammenhangs Ryll 1993).

Wenn insbesondere in der Weimarer Republik die durch eine Vereinheitlichung möglich erscheinenden Spareffekte es zu einer Regel werden ließen, daß immer »in Zeiten ungesunder wirtschaftlicher Verhältnisse die Bestrebungen, eine vereinheitlichte Sozialversicherung herbeizuführen, an Intensität gewannen« (Ritter 1933: 32),²⁵ so hat der Primat der Kostendämpfung in der

24 Reidegeld zählt stichwortartig folgende zeitgenössische Kritikpunkte auf: »Kompetenzstreitigkeiten, hohe Verwaltungskosten, Unklarheiten über Leistungsverpflichtungen, maßlose Verkomplizierung der Verfahren und Vorschriften, Verlust von Rechten bei Kassenwechsel, geringe Leistungsfähigkeit der kleinen Kassen, fehlende Möglichkeiten planmäßiger gesundheitspolitischer Aktion, geringe Durchsetzungsfähigkeit gegen Ärzte und Apotheker, ungleiche Risikoverteilung, Unfähigkeit der Errichtung und Unterhaltung von Anstalten zur Durchführung des Heilverfahrens« (Reidegeld 1982: 31, Fn. 47).

25 Dabei wurden oftmals – in einer z.T. unerwarteten Rückwirkung – die aus Kostensparnisgründen vorgenommenen Vereinheitlichungen in der Sozialversicherung mit dem Problem, für das sie eine Lösung darstellen sollten, identifiziert (Hinweise für diesen Zusammenhang geben Hudemann 1988: 308 und 310; Reidegeld 1982, insbesondere 182-187). Oder sie wurden wegen Befürchtungen über diesen Zusammenhang hintangestellt (vgl. Hockerts 1980: 67 über die Befürchtung von gewerkschaftlicher

bundesdeutschen Gesundheitspolitik seit Mitte der siebziger Jahre zwar auch zu einer Revitalisierung der Gliederungsdiskussion geführt. Aber sie wurde jetzt nicht mehr unter dem Aspekt einer Verschmelzung von Krankenkassen(arten) geführt, sondern sowohl in Hinblick auf die Angleichung des Wahl-, Leistungs-, Beitrags- und Vertragsrechts als auch in Hinblick auf die Einführung von finanziellen Ausgleichsmechanismen zwischen den Kassen und Kassenarten bei Beibehaltung ihrer organisatorischen Eigenständigkeit.²⁶

Noch im Vorfeld der Reichsversicherungsordnung von 1911 war eine Zusammenfassung der drei Sozialversicherungszeige erwogen worden,²⁷ doch

Seite zum Jahreswechsel 1946/47, »daß die Einheitsversicherung bei einer Verschlechterung der ohnehin düsteren Wirtschaftslage in einen Bankrott geraten könne, für den sie dann von ihren Gegnern zwar unberechtigt, aber propagandawirksam verantwortlich gemacht werde«). Daß die wenigen Beispiele realisierter institutioneller Vereinheitlichungen in der Geschichte der deutschen Sozialpolitik in Zeiten großer wirtschaftlicher Not fielen (und überhaupt erst von ihnen motiviert waren), führte also zu einem nicht zu unterschätzenden Diskreditierungseffekt, der die noch lang nachwirkende Gleichsetzung des Einheitsversicherungsgedankens mit »Mangelwirtschaft« erklären kann (i.d.S. etwa noch Gitter 1969: 25-26). Diese Gleichsetzung wurde auch in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen im Zuge des Einigungsprozesses ein prominentes Argument, bei der das DDR-Einheitsgesundheitswesen selber für seine - durch mangelnde Finanzzuweisungen verursachte - unzureichende Ressourcenausstattung verantwortlich gemacht wurde (vgl. etwa Arnold/Schirmer 1990: 115-116).

26 Dies ist jedoch auch ein weiter zurückreichender Grundzug der deutschen Sozialversicherungspolitik: In wirtschaftlichen Krisenzeiten, die sich schnell in Form finanzieller Probleme in den Sozialversicherungshaushalten bemerkbar machen, verstärkt der Staat finanzielle Ausgleichsmechanismen sowohl innerhalb der Sozialversicherungszweige als auch zwischen ihnen, vornehmlich mit dem Motiv der Entlastung des Reichs- bzw. Bundeshaushaltes von seinen diversen Defizitdeckungspflichten (s. Mörschel 1990; Mackscheidt 1990; für die Weimarer Zeit Geyer 1987: 178-179; 186 ff.). Hier spielen aber auch politische Gründe eine Rolle: Forderungen nach *organisatorischer* Verschmelzung soll die Spitze genommen werden. Zugleich ist es keine neuartige Entwicklung, daß sich durch den Zurückgang staatlicher Finanzzuweisungen in wirtschaftlichen Krisenzeiten (in Kombination mit Beitragserhöhungen und Leistungskürzungen) bei wachsender interner Finanzverflechtung eine signifikante Verstärkung des Versicherungsprinzips ergibt (s. Geyer 1987: 276 ff. und 1991: »konservative Stabilisierung«). Deswegen scheint es auch nicht angemessen, hierin einen neuen und tiefgreifenden Charakterwandel des deutschen Sozialstaats zu erblicken (so Nullmeier/Rüb 1993). Rieger (1992a: 98-99) zeigt bspw., daß diese Wirkung wirtschaftlicher Krisen auf die Sozialversicherung durchaus zu den »strukturellen Implikationen einer Beitragsfinanzierung« zählt.

27 Deren Trennung ohnehin eher Resultat des Zufalls als der planmäßigen Gestaltung war. Vgl. Reidegeld (1982: 28-29) in bezug auf die ursprünglich intendierte Zusammenfassung.

blieb die Vereinheitlichung und organisatorische Straffung schon damals unter Hinweis auf die mittlerweile fortgeschrittene »organisatorische und vermögensmäßige Verselbständigung der Versicherungsträger, deren Beseitigung gegen ihren Willen bedenklich sei« (Gitter 1969: 20), schließlich aus. Das Motiv der »Schonung bestehender Rechtssubjekte« (Gitter, zitiert nach Wigge 1992: 120-121) sollte sich auch im weiteren Diskussionsverlauf um eine Vereinheitlichung der Sozialversicherung, die ihren vorläufigen Höhepunkt in den nationalsozialistischen Plänen eines »Versorgungswerks des Deutschen Volkes« fand (Scheur 1967; Recker 1985), als wichtiger Blockadefaktor gegenüber umfassenden Reformbestrebungen erweisen. Die sozialversicherungsrechtlichen Organisationen hatten schnell ein »Interesse an sich selbst« ausgebildet, das zu einer Stabilisierung der Sozialversicherungsstrukturen bedeutend beitrug.

Das Eigeninteresse der Sozialversicherungsorganisationen fand durch die alsbald entstehenden Interessenverflechtungen zwischen den gesundheitspolitischen Verbänden, dem Parteiensystem und den zentralen Interessenorganisationen von Kapital und Arbeit (inklusive der Angestelltenbewegung) eine weitere Absicherung. Gewerkschaften und Arbeitgeber waren über ihre Beteiligung in der Selbstverwaltung einbezogen, und die Angestelltenbewegung war über die Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen und bei der Angestelltenversicherung in das System integriert. Zudem bestanden hier enge organisatorische Bindungen, weil einige Ersatzkassen aus den Berufskrankenkassen der Angestelltenverbände hervorgegangen waren.²⁸ Zu den Parteien entwickelten sich schnell bis heute fortbestehende Klientelbeziehungen, die gerade unter der Bedingung des Vorherrschens von Koalitionsregierungen sowohl in der Weimarer Zeit als auch in der Bundesrepublik eine weitere Stützmauer gegen grundsätzliche Umwälzungen in das System eingezogen haben (Webber 1988, 1989).²⁹

menfassung von Unfall- und Krankenversicherung.

- 28 Erfolgte die Einbindung von Arbeitgeberverbänden und freien Gewerkschaften durch das vom Reichsarbeitsministerium (RAM) geförderte Institut der sog. Friedenswahl (vgl. Emde 1991: 151, Fn. 42), so vollzog sich die Integration der Angestelltengewerkschaften durch die vom RAM im Jahre 1927 geschaffene Möglichkeit (nach § 503 Abs. 3 RVO), die Berufskrankenkassen der Angestelltenverbände mit Privatversicherungsstatus als Ersatzkassen anzuerkennen. »Hiervon ist dann auch in den allermeisten Fällen Gebrauch gemacht worden« (Schubert 1932: 29), und zwar auch von vielen Verbänden, die die Ersatzkassen zuvor bekämpft hatten.
- 29 Tennstedt (1977: 134, FN 72) skizziert die »parteilpolitische Profilierung der Spitzenverbände« für die Weimarer Zeit: »Der Hauptverband deutscher Krankenkassen steht

Insgesamt ergibt sich damit für das bundesdeutsche Gesundheitswesen ein »hohes Maß an Verflechtungsintensität« (Döhler 1990: 525): Durch die Verflechtungen zwischen den gesundheitspolitischen Verbänden und den Parteien einerseits und – über die »verbandliche Selbstverwaltung« – durch die Verflechtungen zwischen den gesundheitspolitischen Verbänden und den Sozialpartnern andererseits. Diesen starken Interessenverflechtungen mußte auch schließlich die sozialdemokratisch-gewerkschaftliche Position Tribut zollen, die sich zunächst in Fundamentalopposition zur staatlich verordneten und ständisch gegliederten Zwangsversicherung Bismarckscher Prägung befunden hatte (Ritter 1933: 3-7). Denn durch die Entwicklung der sozialdemokratischen Partei vom »parlamentarischen Arm« der Arbeiterbewegung zur Volkspartei im Nachkriegsdeutschland und durch das Verschmelzen der Weimarer Richtungsgewerkschaften zum DGB, also mit der Zunahme des jeweiligen internen Pluralismus von SPD und Gewerkschaften, bildete sich zugleich eine »multiplicity of ties« mit dem bestehenden gesundheitspolitischen Verbändesystem, die eine kompromißlose Ablehnung der Organisationsstrukturen der deutschen Sozialversicherung zunehmend politisch unhaltbar machte.³⁰ Zudem hatte sich bereits in der Weimarer Republik an der »Diskrepanz zwischen pragmatischer Reformarbeit und theoretischer Reformdiskussion in der Sozialversicherungspolitik« (Geyer 1987: 76) die grundlegend ambivalente Haltung der Sozialdemokraten zu verschiedenen Strukturmerkmalen der Sozialversicherung ersehen lassen, die als Ausdruck einer generelleren gesellschaftstheoretischen Widersprüchlichkeit gewertet werden muß. Auch in Sozialversicherungsfragen trug die Haltung der Sozialdemokraten Züge des »revolutionären Attentismus«. Die Forderung nach einem Umbau der Sozialversicherung zu einer »allgemeinen Versorgung« gehörte schon damals eher zu den »»Fernzielen«, während man in der Praxis auf die allgemeine Volksfürsorge stillschweigend verzichtete« (Geyer 1987: 148). Der in den fünfziger und sechziger Jahren endgültig vollzogene programmatische Wechsel von

der Sozialdemokratie nahe, der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen und der Reichsknappschaftsverein der Schwerindustrie und Deutschen Volkspartei. Der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands hat seine Führer im Zentrum und der DNVP. Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen deckt sich im wesentlichen mit den Interessen der Agrarier und ihrer Vertretung in der DNVP.« Für die aktuellen Affinitäten zwischen Parteien und GKV-Verbänden vgl. Döhler (1990: 118-119, 1991: 466).

30 Zu den z.T. deutlich divergierenden sozialpolitischen Positionen der Weimarer Richtungsgewerkschaften vgl. Ritter (1933).

SPD und Gewerkschaften trug schließlich auch der besonderen Attraktivität und hohen Akzeptanz Rechnung, die das »bürgerliche« westdeutsche, durchaus auch von einer ost-westlichen Systemkonkurrenz geprägte Sozialversicherungsmodell unter der Arbeiterschaft gewinnen konnte (Hockerts 1985b: 263). Ausdruck dieser Entwicklung war die weitgehende Akkomodation der Arbeiterbewegung mit dem »klassischen Modell« der Bismarckschen Sozialversicherung.

So hatte die SPD-Bundestagsfraktion schließlich 1988 in der Frage des Gliederungsprinzips als Abschluß eines langen innerparteilichen Meinungsbildungsprozesses konstatiert, daß die »sozialdemokratische und gewerkschaftliche Idealvorstellung« einer einheitlichen, regional gegliederten Krankenversicherung »politisch nicht zu realisieren« sei. Für sie gebe es selbst »innerhalb von SPD und Gewerkschaften keine Mehrheit« (zitiert nach dfg 13-88: 9; Hervorhebung weggelassen). SPD und Gewerkschaften fiel es u.a. deswegen schwer, in der Frage der Kassengliederung eine geschlossene Haltung einzunehmen, weil – im Falle der SPD – das »wahlpolitische Ziel, ihre Anhängerschaft in den neuen Angestelltenschichten zu vergrößern«, und – im Falle der Gewerkschaften – »der Wettbewerb um Mitglieder mit den Angestelltengewerkschaften« (Webber 1988: 163 und 162) der Forderung nach einer Einheitsversicherung und damit nach Abschaffung der Angestellten-Ersatzkassen und Rentenversicherung der Angestellten entgegenstanden (so auch bereits für die Weimarer Republik Hockerts 1985a: 305).³¹ Schließlich stand die sozialdemokratische Partei in der Weimarer Zeit auch deswegen den Ersatzkassen ambivalent gegenüber, weil diese zum damaligen Zeitpunkt noch keineswegs eindeutig den Charakter der »Krankenversicherung der Angestelltenschichten« aufwiesen. Die Forderung nach Abschaffung der damals noch zahlreicheren *gewerblichen* Ersatzkassen (der heutigen, eher marginalen Arbeiter-Ersatzkassen) fand jedoch bei den Sozialdemokraten kaum Unterstützung, weil diese zumeist sehr traditionsreichen Kassen direkt aus der Arbeiterbewegung entstanden waren und als eigentliche Vorläufer der gesetzlichen Krankenkassen gelten mußten. Es konnte somit schwerlich gerade von sozialdemokratischer Seite die Abschaffung dieser historischen Beispiele der

31 Die vernichtende Niederlage des DGB in den ersten Selbstverwaltungswahlen zur Angestelltenversicherung nach dem Kriege (1953) – die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft gewann hier die absolute Mehrheit – verdeutlichte SPD und Gewerkschaften, daß auch nach den vehementen Egalisierungsbemühungen der Deutschen Arbeitsfront (DAF) im Dritten Reich das »Sonderbewußtsein« der Angestelltenschichten nicht geringer ausgeprägt war (vgl. hierzu Prinz 1986, 1991).

auf Freiwilligkeit gegründeten proletarischen Solidarität befürwortet werden (vgl. Schubert 1932: 29).

Gleichfalls war die mit der Einführung einer Einheitsversicherung verbundene Abschaffung von Betriebskrankenkassen, deren Gründung sich zwar oftmals der Initiative des jeweiligen Firmenvorstands verdankte, die mit dem Errichtungsbeschluß aber immer auch die Zustimmung der Mehrheit der (abstimmenden) Beschäftigten gefunden hatte (s. § 148 Abs. 2 SGB V), in Partei und Gewerkschaften kaum mehrheitsfähig. Dadurch, daß die Personalkosten der Betriebskrankenkassen (BKKs) durch das Unternehmen zu tragen sind (§ 147 Abs. 2 SGB V; vormals § 362 Abs. 1 RVO), und durch ihre meist bessere Risikostruktur, können die BKKs oft günstigere Beitragssätze als die zuständige Ortskrankenkasse anbieten. Die Forderung nach der Auflösung von Betriebskrankenkassen stand also meist im Gegensatz zu den Interessen der in ihnen Versicherten, die oftmals zugleich gewerkschaftlich organisiert oder primäre Zielgruppe gewerkschaftlicher Organisationsbestrebungen sind. Gleiches trifft auf die Innungskrankenkassen zu. Auch bei ihnen bestehen »überlappende Mitgliedschaften« zwischen Innungen, SPD und Gewerkschaft, und somit waren auch hier die gewerkschaftlichen und sozialdemokratischen Positionen alles andere als eindeutig. In bezug auf die Entwicklung der sozialdemokratischen Reformpositionen konstatierte somit von Berlepsch zutreffend, »daß das Konzept der Einheitsversicherung noch nicht einmal in der Arbeitnehmerschaft konsensstiftend gewirkt hat; viel weniger reichte seine Attraktivität über deren Grenzen hinaus« (Berlepsch 1991: 465).

Diese Erfahrung veranlaßte eine Umorientierung sozialdemokratischer Sozialpolitik. Vor der organisatorischen Vereinheitlichung hatte jetzt die leistungsrechtliche Vereinheitlichung sozialpolitische Priorität.³² Für die nun eher rituelle Forderung nach einer Einheitsversicherung fand sich schließlich auch offiziell auf dem Godesberger Parteitag 1959 keine Mehrheit mehr (Berlepsch 1991: 478). Auch die IG Metall als diejenige Einzelgewerkschaft, die am längsten an der traditionellen Forderung nach einer Einheitsversicherung festgehalten hatte, vollzog schließlich 1989 in der Gliederungsfrage den Wechsel zu einer »ausgesprochen pragmatischen Gewerkschaftsposition« (HB vom 3.4.1989).³³

32 Ein ähnliche Position nahm nun auch der DGB ein. Hier wurde für die Verstärkung der »Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialleistungsträger« durch Arbeitsgemeinschaften votiert, statt durch institutionelle Neubegrenzungen in Konflikt mit den »vorhandenen organisatorischen Realitäten« zu kommen (DGB-Vorstandsmitglied Muhr, zitiert nach Hockerts 1985a: 313).

33 Vgl. Interview mit dem Leiter der sozialpolitischen Abteilung der IG Metall, Peter

In der DDR waren hingegen mit der über den SMAD-Befehl Nr. 28 vom 28. Januar 1947 in Kraft gesetzten Verordnung über Sozialpflichtversicherung genau jene ursprünglichen Forderungen von Gewerkschaften, Sozialdemokraten und Kommunisten nach einer Einheitsversicherung verwirklicht worden, die in der Bundesrepublik an dem hinhaltenden Widerstand der alten/neuen Ministerialbürokratie, der in ihrer Eigenständigkeit bedrohten Sozialversicherungsträger, der privaten Versicherungswirtschaft und am Widerstand der bürgerlichen Parteien gescheitert waren (Hockerts 1980; Reidegeld 1982; Hudemann 1988). Wenn die DDR-Sozialversicherung in bezug auf Versicherungszwang und Beitragsfinanzierung zunächst in deutlicher Tradition zur Bismarckschen Sozialversicherung stand, so war in bezug auf die Gliederung die bedeutsamste Abweichung von diesem Modell festzustellen. In Hinblick auf die »doppelte«, an Versicherungsrisiken und Berufsgruppen orientierte Gliederung des Bismarckschen Versicherungsmodells ließ sich die DDR-Sozialversicherung als weitgehende Verwirklichung der traditionellen sozialpolitischen Forderungen der Arbeiterbewegung verstehen. In der Krankenversicherung war die Zersplitterung in verschiedene Kassenarten aufgehoben und in der Rentenversicherung waren die Invaliden- und Angestelltenversicherung verschmolzen worden – es waren in der DDR-Sozialversicherung also alle Angestellten/Arbeiter-Differenzierungen beseitigt. Zugleich war eine Renten-, Unfall- und Krankenversicherung umfassende Einheitsversicherung geschaffen worden. Und mit der Suspension eines gesonderten beamtenrechtlichen Status für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes existierte in der DDR auch kein gesondertes soziales Versorgungssystem für Beamte mehr. Wie also beim Paritätsprinzip, so repräsentierte die DDR-Sozialversicherung auch in der Frage der Gliederung die Verwirklichung lange und lange vergeblich gehegter Hoffnungen von Sozialdemokraten und Gewerkschaften. Auch hier war es nachvollziehbar, wenn jetzt westdeutsche Sozialdemokraten und Gewerkschaften in der Einigung die wohl nicht so schnell wiederkehrende Chance zur Durchsetzung traditionsreicher Positionen in der Sozialpolitik sahen.

Es ist vor dem Hintergrund dieser Diskussionslage offensichtlich, daß die sozialdemokratischen Forderungen in bezug auf die Kassengliederung im Beitrittsgebiet – ebenso wie die Forderung nach der »reinen« Versicherten-

Kirch, im Handelsblatt vom 3.4.1989. Neugründungen von Betriebskrankenkassen wolle die Gewerkschaft nun »nicht mehr verhindern, sondern aktiv in ihren Verwaltungsorganen mitwirken«.

Selbstverwaltung – eine in sich widersprüchliche Zwischenposition markierten. Eine Vereinheitlichung der Kassen wurde seitens der SPD nicht explizit gefordert und lag mittlerweile offensichtlich auch außerhalb des Sets an sozialpolitischen Optionen, die aus ihrer Sicht eine Durchsetzungschance hatten. Faktisch wurde aber angestrebt, daß sich bei der Ausbildung eines verbandlich organisierten Krankenversicherungssystems in der DDR lediglich eine regional gegliederte Einheitskasse oder zumindest eine deutlich dominierende Primärkasse ausbildete. Wenn die langjährigen sozialdemokratischen Vereinheitlichungsbestrebungen immer wieder an den Interessen *bestehender* Sonderkassen aufgelaufen waren, so schien sich nun die Chance zu bieten, das *Entstehen* von solchen partikularen Organisationsinteressen in der DDR von vornherein zu verhindern. Da jedoch rasch deutlich wurde, in welchem hohem Maße die Gestaltung der DDR-Sozialversicherung die Organisationsinteressen der bundesdeutschen Krankenkassen berührte, stellten sich der sozialdemokratischen Strategie einer »umwegigen Zielerreichung« bald jene Interessen entgegen, die bislang auch eine »direkte Zielerreichung« immer zu verhindern wußten. Diese altbekannte Konfliktlinie bildete sich heraus, je deutlicher es wurde, daß die sozialdemokratische Konzeption sich nicht mehr als sozialpolitische Handlungsanleitung an eine (teil)souveräne DDR-Regierung adressieren konnte, sondern (nur noch) eine Position in den Verhandlungen über die Bedingungen des Beitritts der DDR zur Bundesrepublik markierte.

Zusammengenommen konnten die beiden historischen Rückblicke zeigen, daß die deutschlandpolitische Entwicklung die bundesdeutschen Akteure mit einem in vieler Hinsicht strukturell abweichenden System zu einem Zeitpunkt konfrontierte, als die Aussöhnung mit den Strukturen des bundesdeutschen Sozialversicherungsmodells auch bei seinen vormals vehementesten Gegnern – den Sozialdemokraten und Gewerkschaften – weitgehend vollzogen war. Die »formativen Jahre, in denen wirklicher Prinzipienstreit den Ausbau des Sozialstaats Bundesrepublik begleitete«, waren 1990 längst versunken (Hockerts 1992: 915), und SPD und Gewerkschaften hatten sich weitgehend »auf den Boden der Tatsachen« gestellt. Diese Einschätzung steht nicht im Widerspruch dazu, daß die deutschlandpolitische Entwicklung sich zugleich zu einem Zeitpunkt vollzog, zu dem in der Bundesrepublik die politische Debatte um Struktureingriffe in der GKV lebhaft geführt wurde und die Notwendigkeit baldiger Änderungen im Organisationsgefüge der Kassen weitgehend unstrittig war. Denn im Spektrum der in der gesundheitspolitischen Debatte gehandelten Reformkonzepte markierte die – wiederum von der SPD

vertretene – Forderung nach vollständig »freier Kassenwahl« bereits die extremste Position. Mit dieser Forderung aber wurde keiner Kasse mehr das »Existenzrecht« bestritten, vielmehr lag ihr implizit die Anerkennung des Gliederungsprinzips zugrunde.

So erklärt sich der Umstand, daß in dem sozialdemokratischen Konzeptpapier über die »Erste[n] Schritte zur Sozialunion« trotz der geschilderten sozialpolitischen Aussöhnungsprozesse eine Reihe tradierter und ins Grundsätzliche gehender sozialpolitischer Positionen erneut aufgeführt wurden, nicht aus schlichter Taktik. Es war nicht der Versuch, in Hinblick auf die bald anstehenden Einigungsverhandlungen zwischen einer – so die allgemeinen Erwartungen – von der SPD geführten DDR-Regierung und der Bonner Regierung bereits eine nicht durchsetzbare Maximalposition zu beziehen, mit der Absicht, sich dann wenigstens »auf halbem Wege« zu treffen. Die Position der SPD wurde nicht in Hinblick auf den sicher erwarteten Sieg der ostdeutschen SPD in der Volkskammerwahl am 18. März formuliert, »auch wenn natürlich alle Erwartungen in diese Richtung gingen« (Interview 911120). Vielmehr war es neben der institutionellen Gestalt des DDR-Gesundheitssystems, die es zu rechtfertigen schien, bereits weitgehend abgeschriebene programmatische Positionen erneut aufzunehmen, auch die Nähe zur Formulierung des SPD-Programms »Fortschritt '90« im Zeichen des anstehenden Bundestagswahlkampfes, die erklärt, daß umfangreiche Forderungen, die eher zur parteiprogrammatischen Liturgie und nicht mehr zum echten Glaubensbekenntnis gehörten, in das sozialdemokratische Diskussionspapier Eingang fanden.³⁴

Die thematische Verkoppelung von Sozialunion und Organisationsreform verlieh den Reformpositionen jedoch überraschenderweise keine zusätzliche Durchsetzungskraft. Mußte bereits die Konfrontation mit dem DDR-Gesundheitssystem den westdeutschen Verbänden gerade wegen des mangelnden gesundheitspolitischen Konsenses als Herausforderung erscheinen, so verstärkte die mit dem SPD-Papier vorgenommene Bezugnahme auf Elemente des DDR-Systems, die den besonderen Strukturdefiziten des bundesdeutschen Modells abhelfen sollten, Befürchtungen über eine durch die deutsche Vereinigung präjudizierte gesundheitspolitische Reformrichtung. Die Aussicht

34 Zum Zeitpunkt der deutschlandpolitischen Entwicklung war der zuständige SPD-Fraktionsarbeitskreis mit der Formulierung des sozial- und gesundheitspolitischen Abschnitts des Wahlprogrammes »Fortschritt '90« beschäftigt. Die »hier formulierten Programmziele konnten schnell in ein sozialpolitisches Szenarium für die Wiedervereinigung umgearbeitet werden« (Interview 911120).

auf eine bedeutende Gewichtsverschiebung in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung dadurch, daß bestimmten Positionen mit dem ostdeutschen Gesundheitssystem ein bereits institutionalisierter Referenzpunkt beschert wurde, förderte die rasche Bildung einer Defensiv-Koalition westdeutscher Interessenverbände. In ihr bestand Einigkeit darüber, daß die »Beibehaltung ›ostdeutscher Besonderheiten‹ im Gesundheitswesen – gerade weil sie normativ gut begründbar gewesen wären und eine mögliche Ausgangsbasis für größere Reformen im vereinigten Deutschland hätten darstellen können« (Wasem 1993: 126) – möglichst verhindert werden sollte. Somit war es gerade der fehlende Konsens innerhalb der bundesdeutschen GKV, der die Konfrontation mit der in dem DDR-Gesundheitssystem verkörperten grundsätzlichen Systemalternative wie einen Frontalangriff wirken ließ.

Darüber hinaus war mit den sozialdemokratischen Forderungen aber auch ein institutioneller Grundkonsens angegriffen, der selbst in der vorgängigen Debatte nicht in Frage gestellt worden war. Gegenüber solchen grundsätzlichen Herausforderungen war in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung jedoch immer wieder jener Mechanismus der »negativen Solidarität« zum Tragen gekommen, bei der die »gesellschaftlichen Gruppen ihre erheblichen Auffassungsunterschiede kurzfristig zurückstellten und sich ... zur Verteidigung der gegliederten Sozialversicherung zusammenfanden« (Prinz 1991: 450). Schließlich verdient ein weiterer Punkt hervorgehoben zu werden. Der mit dem SPD-Papier sehr weit geöffnete gesundheitspolitische Optionenraum machte den Akteuren deutlich, welche immense Menge an alternativen Ordnungen denkbar und möglicherweise im Zuge der deutschen Einigung durchsetzbar waren. Allein durch die schiere Fülle möglicher Abweichungen mußte der bundesdeutsche Status quo als »focal point« an Attraktivität gewinnen.³⁵ Er hatte vergleichsweise sichere Verteilungsimplicationen: D.h., er minimierte Unsicherheit. Und an ihm orientiert ließen sich alle Versuche einseitiger Interessenverfolgung erheblich leichter beobachten: D.h., er minimierte Kontrollkosten.

35 Siehe für das generelle spieltheoretische Argument Kreps (1990: 120 ff.). Verbindungen zur Theorie des Entscheidungsverhaltens unter Unsicherheit und ihren organisationssoziologischen (March/Simon: »satisficing«) oder politikwissenschaftlichen Anwendungen (Lindblom: »incrementalism«) sind offenkundig.

3.5 Die Positionen der Verbände

Nur wenige Tage nach Bekanntwerden der sozialdemokratischen Vorstellungen nahm Ersatzkassen-Geschäftsführer Fiedler in einer Pressekonferenz am 12.3.1990 eine jeglichen Reformüberlegungen schroff entgegenstehende Position ein (HB vom 13.3.1990). Quintessenz seines Konzepts war die sowohl schnelle als auch vollkommen modifikationslose Übertragung bundesdeutscher Strukturen auf die DDR. Nur durch eine sofortige Übertragung des gegliederten Systems der Bundesrepublik – so der Ersatzkassen-Geschäftsführer – könne in der DDR schnell ein leistungsfähiges Gesundheitswesen aufgebaut werden. Für die Aufnahme der Geschäftstätigkeiten von Ersatzkassen nannte Fiedler mit dem Datum der Währungsunion einen denkbar knappen Termin, den er sowohl mit einer sozialen »Flankierung« der Währungsunion als auch mit dem drohenden Zusammenbruch des medizinischen Versorgungssystems in der DDR zu legitimieren suchte (Ärzte-Zeitung vom 15.3.1990). Die Forderung nach der schnellen Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystems war mit der von Fiedler bekundeten Bereitschaft der Ersatzkassen verbunden, eine möglicherweise bis zur vollen Beitragsdeckung der Ausgaben notwendige Anschubfinanzierung »aus der Rücklage« oder durch Beitragssatzerhöhungen mitzutragen. Es war ein unmißverständliches Angebot an die Politik, wenn die Ersatzkassen zu einem Zeitpunkt, als die politische Diskussion bereits von der Frage nach den »Kosten der Einheit« beherrscht wurde, erklärten, daß »die Wirtschaftskraft der Ersatzkassen einen reibungslosen sozialen Ausgleich innerhalb ihrer bundesweit verbreiteten Solidargemeinschaften« ermögliche (HB vom 13.3.1990).

Einen Tag später wurde das Konzept des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) öffentlich.³⁶ Das AOK-Papier sprach sich gegen eine »kritiklose Übertragung bundesdeutscher Regelungen« aus und legitimierte diese Position unter Bezugnahme auf die »Leitlinien« des Virchow-Bundes, in denen die Polikliniken, Ambulatorien und »mit gewissen Abstrichen das Betriebsgesundheitswesen und eine mit derzeit kaum verfügbaren Arzneimitteln aufgestockte Positivliste« als »ausbaufähige Ansätze« im DDR-Gesundheitswesen genannt worden waren. Im Interesse einer effizienten und effektiven Soforthilfe, so schlugen die AOK-Experten vor, sollte an vorhandene oder in Kürze neu entstehende Strukturen angeknüpft werden: »Für die Sozialversicherung

36 Alle nachstehenden Zitate aus dem Positionspapier folgen der Dokumentation in dfg 10-90: 5 ff..

würde sich in diesem Sinne die Einführung einer regional ausgerichteten, selbstverwalteten Basiskrankenversicherung unter Anknüpfung an bereits bestehende Strukturen in der DDR empfehlen.«

Nach der Vorstellung des AOK-BV sollte die Angleichung zwischen beiden Gesundheitssystemen in vier Schritten erfolgen. In einer ersten Anpassungsphase sollte die institutionelle Trennung der Sozialversicherungszweige vom FDGB vorgenommen werden. Für den zweiten Reformschritt war der Abbau der Mischfinanzierung aus Beiträgen und Staatszuschuß vorgesehen. In der dritten Phase sollte die verstärkte Niederlassung von Ärzten vollzogen werden. In diesem Zusammenhang wiesen die Autoren aber »nachdrücklich auf Vorteile von Polikliniken und Ambulatorien hin«. Nachteile wie Anonymität, mangelnde Kontinuität im Arzt/Patienten-Verhältnis und Einschränkungen der freien Arztwahl wurden als »behebbarer Mängel« betrachtet. »Eine Trägervielfalt für den Bereich der Krankenversicherung nach dem nicht unumstrittenen bundesdeutschen Gliederungsprinzip wird frühestens in einem vierten Schritt angestrebt werden können.« In Übereinstimmung mit den sozialdemokratischen Forderungen war auch für die AOK-Autoren eine Reform der Krankenkassenstrukturen auf bundesdeutscher Seite »geradezu Voraussetzung einer Harmonisierung der Systeme. Erst wenn eine bundesdeutsche Organisationsreform in einem ersten Schritt die dringlichen Gliederungsprobleme ... lösen kann, kann in einem zweiten integrativen Reformschritt daran gedacht werden, durch eine umfassende Organisationsreform eine Harmonisierung der Strukturen der Gesundheitssysteme der DDR und BRD zu erreichen (Zulassung aller Kassenarten im Gebiet der DDR, Wahlfreiheit usw.)«

Diesem »sachlich« überzeugenden Konzept von Parallelreformen im bundesdeutschen und ostdeutschen Gesundheitswesen lag jedoch ein Vereinigungs-Szenario zugrunde, das zum Zeitpunkt seiner Veröffentlichung bereits revidierungsbedürftig war. In dem AOK-Papier waren in Anlehnung an eine Studie der Prognos AG (vgl. Prognos 1990: 8-15) drei Varianten der weiteren deutschlandpolitischen Entwicklung skizziert worden. Dabei war dem Konföderations-Szenario, das von einer über eine Vertragsgemeinschaft realisierbaren »schrittweise[n] Harmonisierung der Systeme« (dfg 10-90: 7) ausging, die größte Wahrscheinlichkeit zugebilligt worden. In diesem Szenario war es möglich, in zwei noch länger voneinander separierten Rechtsgebieten durch jeweilige gesundheitspolitische Reformen die Voraussetzungen für eine Synthese der Systeme zu schaffen. Dabei wurde für die DDR gefordert, daß auf zentraler Ebene weiterhin ein Ministerium für Gesundheit den Bereich der

Rahmenplanung und Koordination wahrzunehmen habe, jedoch an regionale Institutionen und hier besonders an die »auf Bezirksebenen bestehenden Abteilungen für Gesundheit und Sozialwesen« weitreichende Aufgaben delegiert werden sollten. Daß mit diesem Regionalisierungskonzept die Absicht verbunden war, die Vereinigung zwischen Ost und West zum Vorteil der nach dem Regionalprinzip organisierten Ortskrankenkassen zu präformieren, war für die interessierten Beobachter in den gesundheitspolitischen Konkurrenzverbänden offensichtlich (Interview 910421; Interview 920428).

In dem Maße, wie nicht die schrittweise, sondern die unmittelbare und umfassende Rechtsangleichung im Rahmen des 1. Staatsvertrages erforderlich wurde, verloren sowohl das AOK-Konzept als auch das hierin mit ihm übereinstimmende Konzept der SPD an politisch-pragmatischer Überzeugungskraft. Kritische Stimmen insbesondere der Ersatzkassen konnten nun gegenüber den bundesdeutschen Entscheidungsinstanzen ihre Interessenposition mit dem durchaus überzeugenden Argument verbinden, daß »man sehr viel Ärger kriegt«, wenn man zwei parallele Systeme habe und sowohl die DDR-Sozialversicherung als auch die bundesdeutsche GKV »die ganze Zeit über Teilreformen stabilisieren und aneinander annähern muß« (Interview 900245).

Das Ortskrankenkassenpapier war also – ebenso wie das sozialdemokratische Diskussionspapier – in gewisser Hinsicht *zu früh* formuliert worden. Nur kurze Zeit nach seiner Veröffentlichung war eine zentrale Prämisse seiner Konzeption – die Vorstellung einer noch länger währenden Zweistaatlichkeit oder Konföderation – bereits Makulatur geworden, denn mit dem überraschenden Sieg des konservativen Wahlbündnisses in der Volkskammerwahl hatte die Möglichkeit einer sehr schnellen deutschen Vereinigung konkrete Gestalt angenommen. War somit den Reformkonzeptionen von SPD und AOK ihre pragmatische Plausibilität entzogen, so war ihnen trotz des klaren konservativen Wahlsiegs doch nicht zugleich ihr Adressat abhanden gekommen. Denn die Ostberliner Regierung sollte sich auch unter christdemokratischer Führung als ausgesprochen rezeptiv gegenüber diesen Reformvorstellungen erweisen. Dennoch war mit der radikalen Veränderung ihrer zeitlichen Umsetzungsbedingungen auch ein entscheidender Wandel des Stellenwerts der Reformvorstellungen von SPD und AOK verbunden: Sie waren von Skizzen eines parallelen reformerischen Wandels in beiden deutschen Gesundheitssystemen zu *Forderungen in Verhandlungen über die Bedingungen eines (un)mittelbar bevorstehenden Beitritts* geworden.

3.6 Verbandliche Koalitionsbildung

Die sehr kritische öffentliche Resonanz auf die Vorstellungen der Ortskrankenkassen machte deutlich, daß den Ortskrankenkassen-Positionen ebenso wie den sozialdemokratischen Vorstellungen eine erhebliche »Anstoßwirkung« zukam (Interview 911034). Diese Anstoßwirkung manifestierte sich bald in einer gemeinsamen Stellungnahme aller Spitzenverbände der GKV unter Ausschluß des AOK-BV vom 28.3.1990, in der die schnellstmögliche Einführung eines gegliederten Systems in der DDR gefordert wurde. Bestärkt durch den Ausgang der Volkskammerwahl, formulierte das gemeinsame Positionspapier von Innungs-, Betriebs-, und Ersatzkassen sowie der Bundesknappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen das Ziel, *spätestens* zu Anfang 1991 ein gegliedertes Krankenkassensystem in der DDR einzuführen. Der Ausschluß der Ortskrankenkassen dokumentierte überdeutlich die Interessengegensätze zwischen den Kassenarten. Mit der Stellungnahme der GKV-Spitzenverbände war aber nicht nur eine demonstrative Isolierung der Ortskrankenkassen verbunden, sondern sie adressierte sich auch bereits an das Bundesarbeitsministerium. Denn es war bekanntgeworden, daß das Ministerium in seinem Ressortentwurf für die sozialpolitischen Artikel des 1. Staatsvertrages für einen längeren Übergangszeitraum votieren würde (ohne konkrete Terminvorgabe für sein Ende), in dem ein kassenartenneutraler Träger die DDR-Krankenversicherung übernehmen sollte (Abschnitt 4.2).

Gegen dieses Vorhaben bezog die gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der GKV Position. Hier hieß es an zentraler Stelle, daß es die Spitzenverbände für möglich hielten, »das soziale Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik ... relativ kurzfristig schrittweise in der DDR zu installieren. Dies ist aus Sicht der Spitzenverbände unabdingbare Voraussetzung für ein funktions- und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den sozialen Sicherungsbedürfnissen der DDR-Bürger entspricht. Die Spitzenverbände verstehen ihre Aussage als ein Angebot an die Politik in beiden Teilen Deutschlands, im Interesse der Bürger der DDR das Niveau der Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Sicherung zügig an das der Bundesrepublik anzugleichen.«³⁷

Die Kassenverbände forderten, daß bereits mit dem 1. Staatsvertrag sich beide Regierungen auf die Errichtung eines gegliederten Krankenversicherungssystem auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik verpflichten sollten. Die notwendigen Umsetzungsschritte, die in dem Konzept

37 Dieses und alle nachstehenden Zitate folgen der Dokumentation in dfg 13-90: 8-10.

der Spitzenverbände skizziert wurden und bis zum 1.1.1991 abgeschlossen sein sollten, waren die bekannten und weitgehend unstrittigen Forderungen nach Herauslösung der Sozialversicherung aus dem FDGB, der vorläufigen Verwaltung der Krankenversicherung in der bisherigen staatlichen Form, dem Beibehalten der Mischfinanzierung aus Beiträgen und Staatszuschüssen und nach investiven staatlichen Hilfen insbesondere im Krankenhausbereich. Der gut halbjährige Übergangszeitraum sollte für den Aufbau von Kassenorganisationen und die Mitarbeiterschulung genutzt werden, ebenso wie für den Aufbau von Organisationen auf der Leistungsanbieterseite. Dies beinhaltete die Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung (Aufbau von leistungsfähigen Organisationen der Ärzte, Zahnärzte usw.) und die Vorbereitung von Verträgen mit den Leistungserbringern.

Im Vergleich zu den detaillierten Vorstellungen über die organisatorischen Aspekte der Errichtung eines gegliederten Krankenkassensystems in der DDR blieb die Stellungnahme zu ihrer versorgungspolitischen Dimension mit der Forderung nach einer »Entstaatlichung der Anbieterstrukturen im Gesundheitswesen auf Basis von Trägervielfalt« eher vage. Wie diese zurückhaltende und eher am Rande getroffene Formulierung zeigte, war mit dieser Frage nicht das vordringliche Interesse der Kassen markiert. »Spätestens« mit dem 1.1.1991 sollte dann – so die Forderung der GKV-Spitzenverbände – die Umstellung auf die gegliederte und selbstverwaltete Krankenversicherung mit einheitlichem Krankenversicherungsrecht erfolgen. Damit sei die Aufgabe der staatsverwalteten Sozialversicherung beendet und die Krankenkassen könnten nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches ihre Tätigkeit aufnehmen. Zu diesem Zeitpunkt bereits sollte auch die Umstellung von dem Mischfinanzierungssystem mit erheblichen staatlichen Zuschüssen auf die kostendeckende Finanzierung aus Beitragsmitteln realisiert sein.

Die Koalitionsbildung der GKV-Spitzenverbände gegen die Ortskrankenkassen war möglich geworden, weil die *sofortige* vertragliche Verpflichtung auf die Einführung der gegliederten Krankenversicherung nach bundesdeutschem Muster in Verbindung mit einer *längeren* Fristsetzung zur Schaffung ihrer organisatorischen und personellen Voraussetzungen die Möglichkeit zu einem Kompromiß zwischen den verschiedenen Interessen und Zeitpräferenzen der Kassenarten aufgezeigt hatte (Interview 920428). Die Ersatzkassen, zentral organisiert, vergleichsweise homogen strukturiert, handlungsfähig und ressourcenreich,³⁸ hatten auf die schnellstmögliche Einführung des geglieder-

38 Vgl. für die Organisation der Ersatzkassen insbesondere Mayntz/Klitzsch/Ubeländer

ten Systems gedrängt. Das Datum der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion sollte nach ihren Vorstellungen bereits den Startschuß für die Aufnahme ihrer Geschäfte in der DDR geben. Das Drängen der Ersatzkassen war dabei auch durch das interne Konkurrenzverhältnis zwischen den beiden großen Kassen, der Barmer Ersatzkasse (BEK) und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), bestimmt. Rechtlich bestand für die Ersatzkassen die Möglichkeit zur unmittelbaren Aufnahme der Geschäftstätigkeiten, denn anders als Betriebs- oder Innungskrankenkassen sind die Ersatzkassen nicht auf Gründungsinitiativen von dritter Seite angewiesen – sie »können direkt akquirieren« (Interview 920428).

Die Betriebskrankenkassen hatten trotz ihres vitalen Interesses an der Etablierung ihrer Kassenart in der DDR Vorbehalte gegenüber sofortigen, ungeplanten Gründungsinitiativen. Nur insoweit, wie bereits bestehende BKKs durch Zweigniederlassungen bundesdeutscher Firmen mit eigener Krankenkasse in der DDR Fuß faßten, schien die Entwicklung aus verbandlicher Sicht problemlos. Anderenfalls wurde im Bundesverband befürchtet, daß durch eine schnelle Etablierung in der DDR eine Reihe wirtschaftlich maroder Betriebe zur Senkung ihrer Lohnnebenkosten Betriebskrankenkassen gründen würden. Diese würden entweder auf Dauer die Solidargemeinschaft der BKKs durch hohe Finanzausgleichsbedarfe strapazieren oder durch die im Konkursfall erfolgende Auflösung den Vorwürfen gegenüber der hochgradig selektiven Risikoauswahl der Betriebskrankenkassen (zu Lasten der Ortskrankenkassen) erneut Nahrung geben (Interview 911034). Ein Abwarten der ersten Wirkungen der mit der Einführung der DM in der DDR unvermeidlichen »Reinigungskrise« mußte somit aus verbandlicher Perspektive rational erscheinen. Die Innungskrankenkassen (IKKs) hatten als kleine Kassenart nicht die verbandlichen Ressourcen der Ersatzkassen und waren zudem abhängig von der vorgängigen Etablierung handwerklicher Organisationen. Damit kam der Kompromiß der GKV-Spitzenverbände – die Forderung nach der unmittelbar vertraglichen Fixierung des Endresultats eines längerfristigen Übergangszeitraums – auch ihrem Verbandsinteresse näher als die sofortige Einführung des gegliederten Kassensystems (Interview 920428).

Aber trotz dieser Präferenz für einen Übergangszeitraum war die Haltung von Betriebs- und Innungskrankenkassen in der Frage des gesundheitspolitischen Vereinigungsmodus aufgrund historischer Erfahrungen deutlich geprägt. Dies bezog sich auf die für die BKKs und IKKs »traumatisch« wirken-

den Erfahrungen mit der Eingliederung des Saargebiets in die Bundesrepublik zwischen 1957 und 1960. Sie war den Verbandsfunktionären als »mahndes Beispiel« noch in Erinnerung (Interview 920428; Interview 911034). Dieses Trauma wurde insbesondere auch deswegen aktiviert, weil in der Diskussion über den Vereinigungsmodus zwischen der DDR und der Bundesrepublik die Eingliederung des Saarlandes vor allem aus verfassungs- und staatsrechtlicher Sicht wiederholt als ein möglicher Präzedenzfall diskutiert wurde (vgl. Fiedler 1990; BMJ 1990: 34-37). Es war das bis dato einzige Beispiel eines Beitritts zum Geltungsbereich des Grundgesetzes nach Artikel 23. Warum die Verbandsfunktionäre aus dem saarländischen Beispiel die eindeutige Lehre zogen, daß trotz aller praktischen Probleme und zu erwartenden Komplikationen nur die äußerst schnelle Übertragung ihrer Kassenstrukturen ihre Interessen wahren konnte, erklärt sich bei näherer Betrachtung.

3.7 Das saarländische Beispiel

Die französische Besatzungszone und, mit einer nochmals abweichenden Rechtsentwicklung, das Saarland hatten in der Nachkriegszeit einen sozialpolitischen Sonderweg genommen.³⁹ In sehr viel stärkerem Maße als in der britischen und der amerikanischen Zone (hierzu Hockerts 1980) und nicht weit abweichend von den sozialpolitischen Maßnahmen in der sowjetischen Besatzungszone (Lehmann 1949) wurde in der französischen Zone eine Reform der Sozialversicherung durchgeführt, die in Übereinstimmung mit frühen Kontrollratsvorstellungen u.a. eine weitgehende Vereinheitlichung und Zentralisierung der Versicherungsträger mit sich brachte. Zugleich schrieb sie auch, entsprechend den traditionellen Forderungen von Sozialdemokratie und Gewerkschaften, die Dominanz der Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsgremien vor.

In der französischen Besatzungszone waren durch eine Verordnung vom 27. April 1946 alle Geschäftsstellen der Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen aufgelöst worden. Die in diesen Kassen bestehenden Mitgliedschaften gingen auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen über (Hudemann 1988: 258-259). Die Ersatzkassen mußten ihre Pflichtversicherten an die Ortskrankenkassen

39 Die Entwicklung in der französischen Zone ist erst seit kurzem umfassend historisch aufgearbeitet worden. Siehe jetzt Hudemann (1988).

abgeben, nicht hingegen die freiwillig Versicherten. Damit bekamen die Ersatzkassen in der französischen Besatzungszone wieder Privatversicherungscharakter. Die Rentenversicherung der Arbeiter und die der Angestellten wurden *einer* Landesversicherungsbehörde überantwortet, die Pflichtversicherungsgrenze wurde doppelt so hoch wie die entsprechende Grenze in der Bizone angesetzt (auf 7.200 RM), der Versichertenkreis wurde also in erheblichem Umfang auf Selbständige und Angestellte erweitert (Hudemann 1979: 398). In der französischen Besatzungszone war somit das neben der Versicherungsanstalt Berlin (VAB)⁴⁰ einzige Beispiel für eine Einheits(kranken-)versicherung in der Bundesrepublik geschaffen worden (Hudemann 1988: 22), wenngleich die süddeutsche Reorganisation nicht so umfassend ausfiel wie die Berliner Reform. Die Wiedenzulassung von Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen erfolgte nach Beendigung der französischen Besetzung in den neuentstandenen Ländern Rheinland-Pfalz, Württemberg-Hohenzollern und Baden durch Landtagsbeschlüsse bis zum Jahre 1949.⁴¹ Im Saarland hingegen wurde erst am Ende der Überleitungsgesetzgebung für die Eingliederung des Saargebiets, im April 1960, das Tätigwerden dieser Kassenarten erneut möglich.⁴² Das Gliederungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung war also im Saarland über zehn Jahre lang ausgesetzt.

Im Saarland wurde ohnehin die Sozialversicherung »noch umfassender neugestaltet« als in der eigentlichen französischen Zone (Hudemann 1988: 271). Deutlich beeinflusst von der weitreichenden französischen Sozialversicherungsreform der unmittelbaren Nachkriegszeit waren im Saarland »erhebliche Abweichungen gegenüber den organisatorischen Verhältnissen im Bundesgebiet entstanden« (Brockner 1960: 311). Die durch eine Verordnung vom 8.12.1946 als zentrale Versicherungsinstitution ermächtigte Landesversicherungsanstalt (LVA) des Saarlandes wurde mit Wirkung zum 1. Juli 1947 alleinige Trägerin der Sozialversicherung.⁴³ Mit der Übertragung der Kran-

40 Vgl. hierzu Reidegeld (1982). Ergänzt werden muß noch das weitere Beispiel einer Einheitskrankenkasse, der Ortskrankenkasse Bremerhaven-Wesermünde, geschaffen auf Anordnung der amerikanischen Militärverwaltung.

41 Vgl. die Darstellung bei Stolt/Vesper (1973: 24-26) mit Blick auf die Ersatzkassen. Detailliert hierzu jetzt Hudemann (1988: 307-386).

42 Hauptsächlich durch das Gesetz zur Neuordnung der Sozialversicherungsträger im Saarland (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz Saar) vom 28.3.1960 (BGBl. I, S. 194). Detailliert zu den anderen Übergangsregelungen Hauck (1960).

43 Ausgenommen von dieser Vereinheitlichung waren nur die Versicherungsträger im Saarbergbau (Knappschaft und Bergbauberufsgenossenschaft) sowie die eigenständigen

kenversicherung und der gleichzeitig vollzogenen Übertragung auch der Unfallversicherung und der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung auf die LVA-Saarland war die Sozialversicherung »weitgehend sozialisiert und zentralisiert worden« (Schmidt 1960: 641). Es war eine »Einheitsversicherung bei starker Berücksichtigung französischer Sozialversicherungstraditionen« geschaffen worden (Hudemann 1988: 271). Die Rentenversicherung war bereits zuvor in die Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalt verwiesen worden. Somit war im Saarland sowohl die sozialrechtliche Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten als auch die Trennung nach verschiedenen Sozialversicherungszweigen und – in der Krankenversicherung – nach verschiedenen Kassenarten aufgehoben. Mit Wirkung vom 1.7.1947 waren 8 Ortskrankenkassen, 29 Betriebskrankenkassen, 1 Innungskrankenkasse, 3 Verwaltungsstellen der Ersatzkassen und mehrere bergbauliche Krankenversicherungen, die von der Hüttenknappschaft getragen wurden, aufgelöst worden (Brocker 1960: 312). Zudem bestand gemäß der französischen Abtrennungspolitik zwischen dem Saarland und Frankreich seit dem 25. Februar 1949 ein Abkommen über soziale Sicherheit, das die weitgehende Angleichung der Sozialleistungen an das französische Recht bestimmte (Schmidt 1960: 638).

Erst gut 13 Jahre nach ihrer Auflösung wurde den verschiedenen Kassenarten die Aufnahme ihrer Versicherungstätigkeit im Saarland erneut rechtlich ermöglicht. Mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz Saar vom 28.3.1960 (BGBl. I, S. 194) wurden die notwendigen Überleitungsbestimmungen geschaffen, die eine Angleichung an die im weiteren Bundesgebiet geltenden Rechtsvorschriften gewährleisten sollten (vgl. zu weiteren Bestimmungen Hauck 1960). Mit dem Gesetz selbst wurde eine Ortskrankenkasse für das gesamte Saarland gegründet (§ 2 Abs. 1), der zugleich die Rechtsstellung eines Landesverbandes zugewiesen wurde (§ 2 Abs. 2), damit sie als Landesverband Mitglied des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (heute: AOK-BV) sein konnte. Die Ortskrankenkasse des Saarlandes trat in unmittelbare Rechtsnachfolge der Krankenversicherungsabteilung der LVA. Sie übernahm ihr Vermögen und ihre Verbindlichkeiten (§ 5 Abs. 1) sowie das gesamte Personal der Abteilung (§ 7). Die Gründung anderer Kassenarten im Saarland wurde mit dem Organisationsgesetz nicht vorgeschrieben, sondern gemäß der Reichsversicherungsordnung freigestellt. Es waren hierfür nur einige

gen Versicherungsträger der saarländischen Eisenbahn (Eisenbahnversicherungsanstalt und -betriebskrankenkasse; vgl. Brocker 1960: 312).

generelle Bestimmungen bezüglich der anteiligen Übernahme des Personals der LVA-Krankenversicherungsabteilung durch andere Kassenarten vorgesehen (§ 9), falls diese sich innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes gründen (§ 9 Abs. 3). Für Betriebs- oder Innungskrankenkassen, die bereits vor dem 1. Juli 1947 bestanden hatten, waren mit § 10 des Organisationsgesetzes erleichterte Rekonstitutionsbedingungen geschaffen worden. Für sie entfielen die Bestandsschutz-Klauseln für die zuständige Ortskrankenkasse nach den §§ 248 Nr. 1 und 251 Abs. 1 Nr. 1 RVO (heute entsprechend geregelt in den §§ 147 Abs. 1 Nr. 3 und 157 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

Die 13 Jahre währende Suspension des Gliederungsprinzips im Saarland blieb nicht ohne nachhaltige Auswirkungen auf die saarländischen Kassenstrukturen. Diese Auswirkungen waren den Verbandsfunktionären im Zuge des deutschen Einigungsprozesses durchaus präsent. Für die bundesweit operierenden Ersatzkassen war die Wiederaufnahme ihrer Geschäftstätigkeit im Saarland nach der 13jährigen Unterbrechung zwar kein gravierendes organisatorisches Problem, aber bezüglich ihres prozentualen Versichertenanteils blieben die Ersatzkassen bis weit in die siebziger Jahre signifikant hinter den im Bundesdurchschnitt erreichten Versichertenanteilen zurück (s. Tabelle 1). Ein Umstand, der sich nicht durch abweichende Berufs- bzw. Wirtschaftsstrukturen zwischen dem Saarland und dem übrigen Bundesgebiet erklären läßt (vgl. die Ausführungen und Tabellen 1 und 2 im Anhang).

Gravierender noch waren die Folgen für die Kassenarten, die auf Gründungsinitiativen von dritter Seite angewiesen waren. Sowohl die Betriebskrankenkassen als auch die Innungskrankenkassen taten sich mit ihrer erneuten Etablierung im Saarland außerordentlich schwer. Daß die Innungskrankenkassen bis heute im Saarland nicht repräsentiert sind, mag noch als wenig aussagekräftig gelten, wenn man bedenkt, daß sie auch vor 1947 mit nur einer Kasse im Saarland repräsentiert waren. Aber auch die Betriebskrankenkassen, bei denen 1947 immerhin 29 Kassen von der französischen Auflösungsverordnung betroffen waren, haben erst im Jahre 1990 (!) die erste *eigenständige* Betriebskrankenkassen Gründung vollziehen können.⁴⁴ Über 30 Jahre hinweg

44 Abgesehen von den vier Bundesbetriebskrankenkassen, die mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz ihre Geschäftstätigkeit auf das Saarland ausgedehnt hatten (s.o.), nahmen nach 1960 eine Reihe von BKKs ihre Tätigkeit in saarländischen Zweigniederlassungen von Unternehmen mit bereits bestehender Betriebskrankenkasse auf (Ford, Siemens, Bosch usw.). Die erste eigenständige BKK-Gründung im Saarland erfolgte jedoch erst 1990 bei der Firma ZF Getriebe GmbH, Saarbrücken.

Tabelle 1: Versichertenanteile nach Kassenarten im Saarland und im übrigen Bundesgebiet 1960-1990 (in %) ^a

	OKKs	BKKs	IKKs	EKs ^b
Saarland 1960 ^c	60,2	4,0	0,0	9,9
übriges Bundesgebiet 1960 ^c	56,5	13,6	3,6	19,6
Saarland 1961	60,2	4,0	0,0	11,9
übriges Bundesgebiet 1961	55,6	13,6	3,75	20,5
Saarland 1962	60,7	3,9	0,0	12,7
übriges Bundesgebiet 1962	55,1	13,6	3,9	21,1
Saarland 1963	59,8	4,0	0,0	13,5
übriges Bundesgebiet 1963	54,6	13,5	4,1	21,6
Saarland 1964	59,5	4,1	0,0	14,3
übriges Bundesgebiet 1964	54,0	13,6	4,3	22,0
Saarland 1965	59,4	3,9	0,0	14,9
übriges Bundesgebiet 1965	53,5	13,7	4,5	22,5
Saarland 1966	59,3	3,8	0,0	15,5
übriges Bundesgebiet 1966	53,0	13,5	4,6	23,1
Saarland 1967	58,8	3,7	0,0	16,5
übriges Bundesgebiet 1967	52,5	13,2	4,8	23,8
Saarland 1968	59,6	3,6	0,0	17,4
übriges Bundesgebiet 1968	52,7	13,4	4,8	24,0
Saarland 1969	59,5	3,9	0,0	17,4
übriges Bundesgebiet 1969	52,5	13,6	4,7	23,9
Saarland 1970	56,3	4,5	0,0 ^d	17,8
übriges Bundesgebiet 1970	52,0	13,8	4,7	24,5
Saarland 1975	54,2	5,6	0,0	23,7
übriges Bundesgebiet 1975	47,9	12,7	4,9	28,4
Saarland 1980	51,4	4,8	0,0	28,2
übriges Bundesgebiet 1980	46,3	12,2	5,3	30,9
Saarland 1985	48,4	4,3	0,0	32,9
übriges Bundesgebiet 1985	44,6	11,7	5,4	33,5
Saarland 1990	45,9	4,2	0,00002	36,7
übriges Bundesgebiet 1990	42,9	11,9	5,3	35,5

a Die Zeilen addieren nicht zu Hundert wegen der hier vernachlässigten Angaben zur Bundesknappschaft, See- und landwirtschaftlicher Krankenkasse.

b Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zusammen.

c Stichtag ist für alle Jahre jeweils der 1. Oktober.

d In den Rechenergebnissen für das Jahr 1970 sind durch einen offensichtlichen Fehler in der Zeilenzuordnung für die Innungskrankenkassen falsche Zahlen angegeben.

Quelle: Eigene Berechnungen nach BMA, verschiedene Jahrgänge.

verblieb der Versichertenanteil der saarländischen Betriebskrankenkassen auf einem Niveau von etwa vier Prozent. Diese vier Prozent erklären sich alleine

aus der mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz Saar erfolgten Er-streckung der bundesunmittelbaren Betriebskrankenkassen (Bahn, Post und Bundesverkehrsministerium) auf das Saarland. Die Anteilsdifferenz zum bun-desweit erzielten »BKK-Organisationsgrad« verblieb somit drei Jahrzehnte lang relativ konstant bei acht bis neun Prozentpunkten. Oder anders formu-liert: Im Saarland konnten die Betriebskrankenkassen nur ein Drittel ihres im Bundesdurchschnitt realisierten Organisationsgrades erreichen.

Diese historische Erfahrung spielte in der verbandlichen Strategiebildung von IKKs und BKKs im Zuge der deutschen Einigung eine bedeutende Rolle. Auch wenn kaum jemand erwartete, daß die Angleichung der beiden Ge-sundheitswesen einen Zeitraum von zehn oder mehr Jahren umfassen würde, war die Lehre aus dem saarländischen Beispiel für die Kassenverbände ein-deutig. In der DDR herrschte nun schon seit über 40 Jahren eine einheitliche Krankenversicherung, und jede Verlängerung dieses Zeitraums drohte – aus der Sicht der Sonderkassen – in einer weiteren Verfestigung von Mitglie-dschaftsverhältnissen zu resultieren. Zudem hatte auch die auf lediglich drei Jahre begrenzte Durchbrechung des Gliederungsprinzips in der restlichen französischen Besatzungszone (1946-1949) bereits zu einem im nachhinein nicht wieder vollständig ausgeglichenen Mitgliederverlust der Sonderkassen geführt, denn zahlreiche der aufgelösten Kassen waren auch nach 1949 ge-schlossen geblieben (Hudemann 1988: 378).⁴⁵ Folglich fürchteten die west-deutschen Krankenkassen mit gesondertem Versichertenkreis auch schon von einem kurzen Angleichungszeitraum bis zur Einführung des Gliederungsprin-zips nachteilige Folgen für ihre Organisationsbestrebungen.

Mit den in Tabelle 1 enthaltenen Angaben über die Mitgliederentwicklung der Krankenkassen im Saarland von 1960-1990 sind Beharrungstendenzen dokumentiert, die sich interessanterweise nicht nur auf die Ebene indivi-dueller Wahlentscheidungen beschränken, bei der bereits die Erhebung von Alber/Ryll (1990) sehr tiefgehende, »traditionalistische« Verfestigungen der Mitgliedschaftsverhältnisse bei geringer Kenntnis der Beitragssätze und Bei-tragssatzunterschiede aufzeigen konnte.⁴⁶ Überraschenderweise herrscht auch

45 So verzichteten 85 überwiegend kleinere BKKs mit insgesamt 35.571 Mitgliedern auf das ihnen bis Juli 1951 zustehende Recht der Wiedererrichtung. Dem standen bis Ende 1950 167 wiedergegründete Betriebskassen mit 141.350 Mitgliedern gegenüber. Der Mitgliederverlust belief sich bei den Betriebskrankenkassen auf rund ein Viertel (alle Angaben nach Hudemann 1988: 378) – er war also keineswegs unbedeutend.

46 Verschiedene empirische Untersuchungen haben immer wieder einen ganz ähnlichen Grad der Uninformiertheit über konkrete institutionelle Merkmale der Sozialversiche-

dort, wo zunächst ein Übergewicht rationaler Kalkulation über traditionale Mitgliedschaftsbindungen vermutet werden kann, nämlich bei den Kassen, die ihre Gründung Strategien »korporativer« oder »überindividueller Akteure« verdanken, ein erhebliches Ausmaß an Verfestigung einmal geschaffener Strukturen vor. Daß bis heute die rechtlich ermöglichte Gründung von Innungs- und Betriebskrankenkassen im Saarland von den Betrieben und Handwerksinnungen kaum wahrgenommen wurde, läßt sich nur als »Gewöhnungseffekt« an die bestehenden Strukturen verstehen. Eine solche Gewöhnung von DDR-Betrieben und -Innungen an einheitliche Versicherungsstrukturen mußte aus Sicht der Sonderkassen unbedingt vermieden werden. Dominante verbandliche Strategie war deswegen die sofortige organisatorische Etablierung um nahezu jeden Preis: Selbst die sehr hohen Kosten, die eine sofortige Einführung des gegliederten Systems einer kleinen Kassenart wie den Innungskrankenkassen auferlegte, mußten – abdiskontiert mit der Aussicht auf einen bleibenden Ausschluß von der Versicherung auf dem Gebiet der DDR – als tragbar erscheinen. Denn es erschien aus der Verbandsperspektive der IKK- und BKK-Bundesverbände als sehr wahrscheinlich, daß nach einem ein- bis zweijährigen Übergangszeitraum neben den Ortskrankenkassen »andere Kassenarten nie mehr ins Geschäft gekommen wären«. Es herrschte hier die Einschätzung vor: »Wenn wir nicht initiativ werden, haben wir keine Chance« (Interview 920428).

rung dokumentiert. Etwa die Untersuchung von Otto Neuloh aus den fünfziger Jahren bezüglich der Knappschaftsversicherung; Resultate werden referiert bei Geyer (1987: 218). Oder die von der Bundesregierung initiierte Umfrage zur Selbstverwaltung in der Sozialversicherung (insbesondere Sozialwahlen); Ergebnisse in Kurzfassung in BT-Drucksache 7/4244 vom 3.11.1975: 24-26.

Kapitel 4

Der Politikprozeß (3): Entscheidungen

4.1 Die Ostberliner Koalitionsvereinbarung

In den Ostberliner Koalitionsverhandlungen bildeten die von dem SPD-Sozialexperten Dreßler formulierten Reformvorstellungen die sozialdemokratische Verhandlungsgrundlage. Sie konnten in einem beträchtlichen Maße durchgesetzt werden. Folgende Punkte wurden am 12.4.1990 als gesundheitspolitisches Programm der Koalitionsvereinbarung festgehalten:

- »Krankenpflichtversicherung für alle Erwerbstätigen.
- Ein später mögliches gegliedertes Krankenversicherungssystem unter der Voraussetzung, daß jeder Versicherungsnehmer seine Krankenversicherung frei wählen kann (Wahlfreiheit der Versicherten, Kontrahierungszwang der Kassen).
- Schrittweise Angleichung der Leistungen der Krankenversicherung (unter Einschluß der präventiven Medizin) an BRD-Verhältnisse.
- Verschiedene Eigentumsformen der Gesundheitseinrichtungen.
- Arbeitsplatzschutz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei Privatisierungsvorhaben.
- Regionale kassen(zahn-)ärztliche Bedarfsplanung durch Krankenkassen als Sofortmaßnahme.
- Polikliniken in unterschiedlicher Rechtsträgerschaft bleiben eine wesentliche Stütze der bürgernahen ambulanten Versorgung.
- Leistungsfähige Strukturen (einschließlich kurativer Aufgaben) des Betriebsgesundheitsdienstes sind zu erhalten.
- Ausbau von Gesundheitserziehung, Gesundheitsschutz, Ausbau von Rehabilitation und Schaffung eines umfassenden Präventivsystems (Kinderschutz, Frauenschutz, Behindertenschutz, Altenschutz).
- prinzipielle Nutzung einer Positivliste für Arzneimittel.«

In der Präambel der Koalitionsvereinbarung hieß es: »Die Koalitionsfraktionen sind sich darin einig, daß der Inhalt zwischen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zu vereinbarenden Regelungen, insbesondere des zu erwartenden Staatsvertrages über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, den heutigen Vereinbarungen zwischen den Koalitionsfraktionen in ihren Grundzügen entsprechen müsse« (Grundzüge 1990: 1-2 und 18-22).

Diese gesundheitspolitische Ausrichtung wurde in der Regierungserklärung de Maizières grundsätzlich bestätigt. Im Kontext allgemeinerer gesundheitspolitischer Ausführungen sagte der DDR-Ministerpräsident: »Für alle Aufgaben der Krankenversicherung muß ein kassenneutraler Träger geschaffen werden. ... Das gewachsene System von Polikliniken und Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens ist sinnvollerweise zu erhalten, und die Niederlassungsfreiheit für Fachärzte ist zu sichern« (zitiert nach Deutschland-Archiv 5/1990: 804). Da die ostdeutsche SPD somit in dem Bereich der Gesundheitspolitik wichtige sozialdemokratische Forderungen hatte verbindlich festschreiben können, war es nicht überraschend, daß die Koalitionsvereinbarung in einer gemeinsamen Erklärung des bundesdeutschen SPD-Präsidiums mit der Ostberliner und Bonner SPD-Fraktion am 23.4.1990 ausgesprochen positiv bewertet wurde (vgl. dfg 16-90: 2).

Die weitgehende Übereinstimmung zwischen dem sozialdemokratischen Reformentwurf und dem Ostberliner Regierungsprogramm erklärte sich vor allem aus dem anfänglich noch von Mißverständnissen und Mißtrauen gekennzeichneten Verhältnis zwischen den ost- und westdeutschen Parteien des liberalen und konservativen Spektrums. Sowohl das liberale wie das konservative Wahlbündnis setzten sich aus ehemaligen Blockparteien zusammen, denen jeweils zwei unbelastete liberale oder konservative Neugründungen »beigegeben« waren.¹ Damit war bereits das Verhältnis innerhalb des Bundes freier Demokraten und der Allianz für Deutschland naturgemäß spannungsgeladen. Die Wahlbündnisse waren nur durch den massiven Druck der westdeutschen Parteien überhaupt zustande gekommen. Ihr Zusammengehen war

¹ Im Falle des liberalen Wahlbündnisses, des Bundes freier Demokraten, war dies die Blockpartei LDPD, die zusammen mit den Neugründungen Deutsche Forumspartei und der FDP in der DDR zur Wahl antrat. Die Erklärung zwischen den drei Parteien, ein Wahlbündnis zu gründen, erfolgte am 12. Februar (vgl. Berndt/Jansen 1992: 67-70). Das konservative Wahlbündnis, die Allianz für Deutschland, setzte sich ganz ähnlich aus der Ost-CDU und dem im Oktober 1989 gegründeten Demokratischen Aufbruch und der im Januar 1990 gegründeten DSU zusammen.

Resultat einer erst spät vollzogenen »Zweckehe«,² die diktiert wurde von der Notwendigkeit, angesichts kurzfristig bevorstehender Wahltermine durch flächendeckend vertretene Parteien repräsentiert zu sein. Das Bündnis aus alten Blockparteien und den neuen Parteien der Bürgerbewegung mit den bundesdeutschen Parteien als Geburtshelfern und zugleich dominanten Partnern dieser Liaison hatte eine »merkwürdige Verbindung von organisatorischer Kontinuität bei importierter Legitimität« (Lehmbruch 1993: 43) zum Ergebnis. Hierbei wurden von den bundesdeutschen Regierungsparteien die anfänglich massiven Vorbehalte gegenüber den erst kurz zuvor »gewendeten« Blockparteien bald hinter praktische Erwägungen zurückgestellt. Unter dem Eindruck eines deutlichen Zurückliegens in den veröffentlichten Umfrageergebnissen wogen die mit der Nutzung der intakten Parteiorganisationsnetze verbundenen logistischen Vorteile offensichtlich schwerer als moralische Bedenken. Somit war bereits das Verhältnis innerhalb der Wahlbündnisse, beispielsweise zwischen dem aus der Bürgerbewegung hervorgegangenen Demokratischen Aufbruch und der ehemaligen Block-CDU, von erheblichen Spannungen und persönlichen Animositäten gekennzeichnet. Gleiches galt für das ost-westliche Parteienverhältnis (Hesse 1990: 502-506; Helwig 1990: 511-514; Schmid 1992: 53-54; Berndt/Jansen 1992: 67-68).

Das Verhältnis zwischen ostdeutschen und westdeutschen Sozialdemokraten war nicht mit einer vergleichbaren Hypothek belastet. Die aus der Bürgerbewegung hervorgegangene SDP (gegründet am 7.10.1989) hatte zwar anfangs »gar nicht die Absicht ..., sich an der SPD zu orientieren« (Wardin 1992: 61). Nachdem aber der Demokratisierungsprozeß in der DDR im Januar offenbar irreversibel geworden war, war die SDP aus der Einheit der Oppositionsgruppen ausgesichert, hatte mit ihrer Namensänderung unübersehbar den Schulterschuß zur bundesdeutschen Sozialdemokratie vollzogen und reklamierte nun für sich das Erbrecht an der lange unterbrochenen sozialdemokratischen Tradition in Ostdeutschland. Nun verurteilte die Ost-SPD »die Zwangsvereinigung von SPD und KPD, erhob Anspruch auf einen Teil des SED-Vermögens, unterstützte vorbehaltlos die deutsche Einheit und strebte die Vereinigung mit der westdeutschen SPD an« (Barrios 1991: 143).

2 Im Falle der Allianz für Deutschland war erst am 5. Februar – also erst anderthalb Monate vor der Volkskammerwahl – ein Wahlbündnis zwischen Ost-CDU, Demokratischem Aufbruch und DSU unter erheblicher Einflußnahme der westdeutschen CDU beschlossen worden. Bezeichnend ist, daß »sich die Beteiligten aus der DDR [de Maizière, CDU; Schnur, DA; Ebeling, DSU] bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal persönlich kennenlernten« (Schäuble 1991: 45).

Somit war die Zusammenarbeit zwischen der ost- und der westdeutschen SPD weder durch die Vergangenheit belastet, noch bestand seitens der DDR-SPD ein ausgeprägtes Abgrenzungsbedürfnis gegenüber der bundesdeutschen Sozialdemokratie. Hingegen war es für die liberalen wie konservativen ehemaligen Blockparteien in dieser Phase einer ersten Identitätsfindung von großer Bedeutung, dem Eindruck einer erneuten »Vereinnahmung«, diesmal durch ihre westlichen Schwesterparteien, demonstrativ entgegenzutreten. Deswegen hatten Liberale und Konservative in den Koalitionsverhandlungen mit den Sozialdemokraten auf westdeutsche Berater verzichtet (Interview 910830) und suchten gerade auch in sozialpolitischen Fragen ein eigenes Profil. Die sozialpolitischen Vorstellungen der bundes- und ostdeutschen SPD, in deren Kern die Forderung nach Erhalt wichtiger Elemente des DDR-Sozialleistungsrechts stand, konnten dieses eher diffuse Bedürfnis in konkrete Forderungen überführen. Die Verhandlungen über die sozialpolitischen Sachgebiete wurden deshalb auch als wenig konflikthaft beschrieben. Die mit der Stellungnahme der SPD implizierte Wertung des Koalitionsergebnisses als Verhandlungserfolg *einer* – der sozialdemokratischen – Seite war, so ein Beteiligter, eher Resultat eines nachträglichen Profilierungsversuchs (Interview 911034). Diese forsche parteipolitische Vereinnahmung insbesondere der sozialpolitischen Passagen der Koalitionsvereinbarung durch die Sozialdemokraten hatte jedoch einen gegen die Absichten seiner Urheber zurückschnellenden Effekt: Durch sie wurden die *deutsch-deutschen* Vertragsverhandlungen bereits von dem *bundesdeutschen* Parteienwettbewerb imprägniert. Ungewollt förderten die Sozialdemokraten damit überhaupt erst die Formierung einer geschlossenen, Ost- und West-Christdemokraten übergreifenden programmatischen Linie. Als Konsequenz sollte die durchaus ausgeprägte sozialpolitische Orientierung der ostdeutschen CDU zurückgestellt und einer übergeordneten christdemokratischen »Parteiräson« geopfert werden.

Die sozial- und gesundheitspolitischen Passagen der Koalitionsvereinbarung lösten in der Bundesrepublik Bestürzung in den Kreisen aus, die erwartet hatten, daß mit dem Sieg des konservativen Wahlbündnisses in der DDR bereits einer schnellen und modifikationslosen Übertragung westdeutscher Strukturen auf die DDR der Weg geebnet sei. Die Koalitionsvereinbarung wurde als »Kehrtwende zur Planwirtschaft« kritisiert (Ärzte-Zeitung vom 23.4.1990), die Forderungen nach einem – zumindest vorläufig einzurichtenden – kassenneutralen Versicherungsträger in der GKV und nach kassenärztlicher Bedarfsplanung auf dem Gebiet der DDR erschienen insbesondere der westdeutschen Ärzteschaft als »Schreckensvisionen, die in der Regel nur zen-

tralistische Staatsmachten erzeugen können« (Ärzte-Zeitung vom 23.4.1990). Befürchtungen wurden laut, daß die DDR als »Trojanisches Pferd« für Vorhaben genutzt werde, die in der Bundesrepublik selbst umstritten oder nicht durchsetzbar« sind (DNÄ vom 23.4.1990). Als »außerordentlich enttäuschend« wurde das Ergebnis der Ostberliner Koalitionsverhandlungen auch von den traditionell der Ärzteschaft nahestehenden Freidemokraten gewertet. Der gesundheitspolitische Experte der FDP, Thomae, stellte öffentlich klar, daß aus Sicht der FDP der »Abschluß einer Sozialunion mit der Bundesrepublik unverzichtbar eine gegliederte Krankenversicherung mit Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkrankenkassen verlange.« Bonn müsse »kompromißlos darauf dringen, daß im geplanten Staatsvertrag der Aufbau eines solchen gegliederten Krankenversicherungssystems eindeutig festgeschrieben wird« (zitiert nach dfg 16-90: 3; Hervorhebungen weggelassen).

4.2 Die Position des BMA

Dieser Forderung kam der westdeutsche Vorentwurf zum 1. Staatsvertrag nur zum Teil nach. Bereits am 6. April waren grundlegende Vorstellungen der bundesdeutschen Seite für eine Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion der Öffentlichkeit bekanntgemacht worden. Einen Tag nach der Regierungserklärung de Maizières, am 17. April, wurde ein erster kompletter Vertragsentwurf öffentlich. Die Krankenversicherung war in diesem Entwurf speziell in Artikel 19 (dem späteren Artikel 21 des 1. Staatsvertrages) angesprochen, wobei die zentrale Regelung in Absatz 1 lautete: »Die für die Krankenversicherung zuständige Körperschaft wird zunächst kassenartenneutral errichtet, bis ein nach Kassenarten gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen ist« (vgl. dfg 16-90: 3). In dieser von dem zuständigen Ressort gewählten Formulierung spiegelte sich eine Position des BMA wider, die einer unmittelbaren Einführung des gegliederten Systems (wie von den Ersatzkassen gefordert) teils aus pragmatischen Gründen ablehnend gegenüber stand, teils wegen der vehement geführten bundesdeutschen Reformdebatte vor ihr zurückschreckte.

Zunächst schien eine sehr schnelle Einführung des gegliederten Systems bereits an den personellen Voraussetzungen zu scheitern. Für die nach einem andersartigen und durchaus komplizierten Regelwerk funktionierende bundesdeutsche Sozialversicherung wurde allein für die GKV ein Bedarf von

25.000 Personen veranschlagt.³ Im Sommer 1990 beschäftigte die DDR-Sozialversicherung insgesamt jedoch nur 6.400 Personen, von denen etwas weniger als zwei Drittel der Krankenversicherungssparte zugeordnet waren (DDR-SV 1990: 6). Neben diesen vornehmlich pragmatischen Erwägungen spielte im BMA auch die Überlegung eine Rolle, man könne durch eine institutionelle Übergangslösung für die ostdeutsche Krankenversicherung einen im staatlichen Vereinigungsprozeß selbst aufbrechenden gesundheitspolitischen Konflikt zunächst vermeiden. Angesichts des in der bundesdeutschen Reformdebatte zu diesem Zeitpunkt übereinstimmend konstatierten gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs zögerte man, sich früh und vorbehaltlos auf eine schlichte Übertragung des bundesdeutschen Systems auf die DDR festzulegen. Mit dem Art. 19 Abs. 1 waren keinerlei inhaltlich-substantielle Vorbedingungen für eine Vereinigung beider Gesundheitssysteme formuliert, etwa in Richtung einer vorgängigen Reformierung der Kassenwahlrechte in der Bundesrepublik. Es wurde aber auch keine verbindliche Frist für die volle Einführung der gegliederten Krankenversicherung konkretisiert, wie das von den Spitzenverbänden der GKV mit Ausnahme der Ortskrankenkassen gefordert worden war (Abschnitt 3.6).

Bereits im März war aus dem BMA signalisiert worden, daß man eine sofortige Einführung des gegliederten Systems ablehne. Diese Position des Arbeitsministeriums war aber – anders als die hierin übereinstimmende Position der Ortskrankenkassen – nicht durch konkrete Reformintentionen motiviert, die bereits *im Zuge der deutschen Einigung* und als *Voraussetzung* einer Synthese beider Gesundheitssysteme verwirklicht werden sollten. Im Ministerium war die Einführung eines gegliederten Krankenversicherungssystems nach bundesdeutschem Muster in der DDR grundsätzlich unumstritten. Die Orientierung auf das »deutsche Sozialversicherungsmodell« mit seinen immer wieder beschworenen »Strukturprinzipien« und seiner zumeist als Ausweis von Leistungsfähigkeit interpretierten institutionellen Kontinuität ist im Ministerium traditionell sehr hoch. Es ist ein Ordnungsmodell mit einem

3 Wenn man als bundesdeutschen Erfahrungswert eine(n) Sozialversicherungsfachangestellte(n) auf 450 Versicherte zugrunde legt, errechnet sich bei 11 Mio. neuen Versicherten in der DDR ein Bedarf von ca. 24.500 Kassenangestellten. Diese Rechnung scheint insofern noch optimistisch, weil man das bundesdeutsche Ausbildungs- und Ausstattungsniveau (etwa mit EDV) nicht umstandslos voraussetzen konnte. Bereits im April des Jahres 1991 beschäftigten die Krankenkassen in der DDR 22.750 Mitarbeiter (vgl. Ärzte-Zeitung vom 16.4.1991).

hohen »bürokratischen Rückhalt« (Eschenburg), dessen Bedeutung sich wiederholt in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung gezeigt hat.⁴

Dabei besitzen die strukturell in der Organisation der Exekutivgewalt in Deutschland ohnehin angelegten Einflußmöglichkeiten der Ministerialbürokratie⁵ im Falle des Arbeitsministeriums noch einmal eine verstärkte Ausprägung. Sowohl die Organisationsumwelt des BMA, die von mehreren zentralisierten und überwiegend als Körperschaften öffentlichen Rechts verfaßten Interessenorganisationen geprägt ist,⁶ als auch die häufigen parteipolitischen Blockaden durch das Vorherrschen von Koalitionsregierungen in der Bundesrepublik (betont von Webber 1988 und Rosewitz/Webber 1990) werden zwar in der Literatur vornehmlich als Reformhindernisse identifiziert. Sie können aber zugleich auch als Ursachen für einen erweiterten bürokratischen Einfluß

-
- 4 Zahlreiche Hinweise auf den »bürokratischen Rückhalt« für das deutsche Sozialstaatsmodell finden sich für die Weimarer Republik bei Hockerts (1985a: 303-307), Geyer (1991); für die nationalsozialistische Diktatur bei Scheur (1967) und Tennstedt (1977: 200-210), WSI (1981); Prinz (1986, 1991), Hockerts (1985a: 307-309); für die Nachkriegszeit bei Hockerts (1980: 47-50 und passim), Kaufmann (1973: 112 und FN 84). Auch in der Selbstdarstellung der höheren Ministerialbürokratie findet sich die prononcierte Selbstbeschreibung als »Träger des deutschen Sozialversicherungsgedankens« oder gar als »Retter der deutschen Sozialversicherung«, etwa während der großen Inflation von 1923 oder unter der nationalsozialistischen Diktatur, siehe bspw. Grieser (1954). Zum Teil sitzt die Literatur diesem von der höheren Ministerialbürokratie gepflegten Selbstbildnis auf. Siehe etwa für die nationalsozialistische Zeit die Kritik von Geyer (1987: 293-294 und 477, Anm. 80), daß die »dichotomische Sichtweise RAM [als »Retter« des gegliederten Sozialversicherungssystems, der Verf.] versus NSDAP [als Befürworter eines staatlichen Versorgungssystems, der Verf.] zu simplifizierend ist«. Gleichlautende Kritik auch schon von Tennstedt (1986: 22, Fn. 35).
- 5 Zusammenfassend hierzu Mayntz (1984, insbesondere 177-179, m.w.L.). Hier wird nach Darstellung verschiedener Strukturfaktoren, die den politischen Einfluß der Ministerialbürokratie fördern oder behindern können, ihre Bedeutung in der Bundesrepublik als »role of great influence in the development of policy« resümiert (Mayntz 1984: 179).
- 6 »... a plurality of relatively powerful groups with divergent, but not antagonistic, interests enhances the potential influence of the bureaucracy by offering it the opportunity to form coalitions and gain outside support for its favorite policies«, ist bereits bei (Mayntz 1984: 178) vermerkt. Übereinstimmende Überlegungen finden sich bei Lehmbruch (1987, insbesondere 32-39). Daß sich gerade die Entwicklung des gesundheitspolitischen Verbändesystems und der entsprechenden administrativen Strukturen als »Resultat eines wechselseitigen Anpassungsprozesses in einer (u.U. auch konflikträchtigen) Interdependenzbeziehung verstehen« läßt (Lehmbruch 1987: 27), ist an einem Fallbeispiel veranschaulicht bei Döhler/Manow-Borgwardt (1992b).

des BMA angesehen werden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a). Die häufigen verbandlichen Konflikte und parteipolitischen Paralyen in der Gesundheitspolitik haben eine ministeriale Autonomisierungstendenz befördert, denn in den vielfältigen Blockadesituationen konnte das Ministerium immer wieder ein »sachgerechtes« und »umsetzungsfähiges«, hochgradig historisch legitimiertes und in das sozialrechtliche Normengefüge eingepaßtes Sozialversicherungsmodell anbieten.

Dabei erhöhte sich die Durchsetzungsfähigkeit des von der Administration propagierten Politikmodells durch den vorab gewährleisteten »normative match« mit dem bestehenden Institutionensystem (Olsen 1991: 132). Denn die »systemkonformen« und d.h. meist inkrementalen Reformmaßnahmen können an der erhöhten Legitimität der bereits bestehenden sozialen und politischen Organisationsprinzipien teilhaben. Eine in der deutschen Sozialpolitik stark ausgeprägte Verfahrensweise, die genereller bei Zucker (1988b: 38-40) als »contagion of legitimacy« beschrieben ist (vgl. auch Riegers Konzept der institutionellen »Wahlverwandtschaften«; 1992a, 1992b). Es sind der anhaltende politische Entscheidungszwang und die Aussichtslosigkeit rein parteipolitisch ausgerichteter Reformen, die schließlich dazu führen, daß mit der politischen Selbstverpflichtung auf ausschließlich »ordnungskonforme« Eingriffe sich der Anspruch auf grundlegende Strukturveränderung in der GKV zumeist gar nicht mehr stellt. Durch den Konfliktreichtum der bundesdeutschen Gesundheitspolitik schien der Ministerialbürokratie also immer wieder auf eine ganz selbstverständliche Art und Weise die Rolle der »neutralen Kompetenz« (s. Heclo 1975) im politischen Entscheidungsprozeß zuzukommen. Diese gesundheitspolitische Präponderanz der Ministerialbürokratie kann sich zusätzlich nähren von einem in Deutschland traditionsreichen Anti-Parteien-Affekt. Zwar findet sich auch im angelsächsischen Bereich die wertende Dichotomie von interessengeleiteten »politics« versus sachgeleiteter »administration« (vgl. Hammond/Thomas 1989: 157). In Deutschland hat diese Entgegensetzung jedoch lange Zeit eine besonders extreme und noch heute fortwirkende Ausprägung besessen (Gusy 1993; Witt 1983; Zwehl 1983).

Wenn auch im Zuge der deutschen Vereinigung vollzogene substantielle Eingriffe in die GKV-Strukturen mit Sicherheit auf den Widerstand des BMA gestoßen wären, so sind doch Vorbehalte gegenüber Innovationen auf der *Versorgungsseite* des Gesundheitswesens im BMA nicht gleichermaßen ausgeprägt (Abschnitt 5.5). Dies vor allem deswegen, weil die stark politikorientierende Verpflichtung auf die sogenannten Strukturprinzipien der GKV nur

die Kassenorganisation und die Form der Beziehung zwischen den Kassen und Leistungserbringern betrifft, nicht aber *deren* Organisationsform. So impliziert etwa das Sachleistungsprinzip nicht zwangsläufig den mit dem Sicherstellungsauftrag verbundenen Monopolanspruch der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichfalls ist das Modell des einzelnen, in der Privatpraxis niedergelassenen Arztes zwar zur de facto dominierenden Form ärztlicher Versorgung geworden, es hat aber nie die höheren Weihen eines Strukturprinzips der deutschen Sozialversicherung verliehen bekommen. Daß in diesem Bereich die Status-quo-Ausrichtung des BMA weniger stark ausgeprägt ist, resultiert auch aus einem spezifischen Verständnis der Ressortzuständigkeit, das diese auf »die Sozialversicherung« und somit im Falle der GKV vornehmlich auf die Krankenkassen beschränkt sieht. Die organisierte Ärzteschaft wird im BMA als zur Umwelt des Systems gehörend betrachtet, sie tritt »lediglich« als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen in das ministeriale Blickfeld (Interview 911034). Diese Sichtweise erklärt, warum bislang eine direkt-formelle Beteiligung von Ärztevertretern am Prozeß der Gesetzesformulierung seitens des Arbeitsressorts immer abgelehnt wurde, während die Praxis der »Abordnung« von Personal aus den Landes- oder Bundesverbänden der verschiedenen Kassenarten zum BMA in Phasen der Gesetzesformulierung gängig und von den Beteiligten als weitgehend »unproblematisch« angesehen wird (Interview 911034; Interview 910830).⁷ Auch die Stellungnahme der Kassenverbände zu aktuellen gesetzlichen Vorhaben in Form der Formulierung konkreter Gesetzespassagen bzw. sogar in

7 In einem Interview wurde die Einschätzung geäußert, daß das Ministerium ohne die personell-sachkundige Unterstützung aus den Kassenverbänden nicht in der Lage wäre, umfangreiche Gesetze wie das Gesundheits-Reformgesetz in dem knapp veranschlagten Zeitraum zu formulieren (Interview 911034). In der Phase der Gesetzesformulierung zum GRG waren etwa 10 bis 15 »abgeordnete« Kassenvertreter direkt im Ministerium tätig. Sie traten bspw. in Besprechungen mit der Leistungsanbieterseite »als Repräsentanten des Ministeriums auf« (Interview 911034)! Die diesbezügliche Anmerkung von Döhler (1990: 492) über eine »mögliche Verwaltungskolonialisierung oder die ausgeprägte Abhängigkeit des BMAS von der Kooperation der Kassen« sieht diese Praxis zu einseitig als Weg verbandlicher Einflußnahme. Selbst diese außerordentliche Verflechtung zwischen Interessenverbänden und Ministerium scheint nicht unvereinbar mit einer Autonomie des Ressorts, wenn man die Definition für Autonomie von Luhmann (»Fähigkeit, die selektiven Kriterien für den Verkehr mit der Umwelt selbst zu setzen und nach Bedarf zu ändern« [zitiert nach Lehmbruch 1987: 35]) zugrunde legt. Vgl. auch in diesem Sinne die Definition staatlicher Autonomie bei Czada (1992: 183).

Form der Formulierung ganzer Gesetzesentwürfe – und zwar auch schon im Vorfeld der offiziellen Anhörungsverfahren – ist nicht unüblich und wird von den Beteiligten ebenfalls als nicht weiter problematisch angesehen. Der Ärzteschaft hingegen ist wie anderen Interessengruppen auch – zumindest im formellen Verfahren – die Möglichkeit zur Stellungnahme erst gegenüber dem Referentenentwurf zugewiesen.⁸ Gleichfalls ist im BMA die Personalrekrutierung aus den Kassen sehr entwickelt, während in Hinblick auf die organisierte Ärzteschaft bislang Beschäftigungswechsel nur in eine Richtung erfolgten – aus dem Ministerium zu den ärztlichen Interessenverbänden.

Zwar gab es in der zuständigen Fachabteilung, der Abteilung V des BMA, Überlegungen über reformerische Schritte im Zuge der deutschen Einigung. Dies vor allem, weil im Ministerium bereits mit der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes die konzeptionellen Vorüberlegungen für die angekündigte Nachfolge-Gesetzgebung, also speziell für die sogenannte Organisationsreform, aufgenommen worden waren. Zu Beginn des Jahres 1990 lagen dadurch eine Reihe von »Schubladenbestimmungen« vor, die sofort hätten umgesetzt werden können (Interview 910919). Diese hatten allerdings – entsprechend der auf »systemkonforme Eingriffe« ausgerichteten Politikorientierung der Ministerialbürokratie – vornehmlich inkrementalen Charakter. Sie sollten daher erst später im Zuge der nötigen Überleitungsgesetze relevant werden (Abschnitte 5.1 und 5.5). Es kann nicht überraschen, daß in dem Ressort keine Planungen vorangetrieben worden waren, die auf eine mit der Sozialunion entfernt vergleichbare Eventualität ausgerichtet waren. Mit dem 1. Staatsvertrag ging es zunächst um eine grundlegende Weichenstellung, für die es weder fertige Konzeptionen noch – abgesehen von der Angliederung des Saarlandes 1960 – historische Präzedenzfälle und schon gar keine »standard operating procedures« gab. Die Vereinigung mußte auch in der Gesundheitspolitik »improvisiert« werden (Lehmbruch 1990).

8 De facto gibt es hier natürlich auch vielfältige Vorab-Klärungen (Interview 900426). Trotzdem bleiben die signifikanten Unterschiede in der Beteiligung zwischen Kassen und Ärzteschaft an der Gesetzesformulierung zu betonen.

4.3 Die »Angestelltenfrage«

Die Position des verantwortlichen Ressorts ging dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) nicht weit genug. Vordringlichstes Ziel des VdAK war es, unter allen Umständen zu verhindern, daß in der DDR ein kassenneutraler Träger für einen Übergangszeitraum für die Krankenversicherung zuständig wurde. Dahinter standen – wie das saarländische Beispiel zeigte – nicht unberechtigte Befürchtungen über die ausgesprochene Beständigkeit einer solchen »vorläufigen« Lösung. Die Ersatzkassen versuchten mit ihren nun folgenden massiven politischen Interventionen die unmittelbare Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystems zu erreichen, ohne daß ein »Interregnum« eines kassenneutralen Trägers seine von den Ersatzkassen befürchtete Prägung würde entfalten können.

Unterstützung für ihre Forderung nach sofortiger Einführung des gegliederten Systems fanden die Ersatzkassen bei der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (DAG). Auch die DAG war von dem Plädoyer der Sozialdemokraten und Ortskrankenkassen für die Beibehaltung des »einheitlichen Arbeitnehmerbegriffs« in der DDR-Sozialversicherung alarmiert, denn man war sich bewußt, daß die soziale Differenzierung zwischen Arbeitern und Angestellten in Deutschland vor allem durch ihre sozial- und arbeitsrechtliche Kodifizierung stabilisiert wurde (Kocka/Prinz 1985: 236). Ja, nicht ohne Berechtigung konnte man »den Angestellten« sogar als »definitorisches Produkt der Versicherungsgesetzgebung« bezeichnen (Hockerts 1985a: 302; i.d.S. auch Kocka 1981: 140). Mit der sozialrechtlichen Abgrenzungsfrage waren folglich auch direkte Organisationsinteressen der Angestelltengewerkschaft berührt. Die flankierenden Interventionen der DAG waren also zum einen dadurch begründet, daß die DAG in den Selbstverwaltungsorganen der Ersatzkrankenkassen Einfluß ausübt⁹ und somit den Interessen der Ersatzkassen verpflichtet war. Darüber hinaus ging es aber auch um eine generelle Absicherung arbeits- und sozialrechtlicher Differenzierungen, die ebenfalls für die *spezifisch gewerkschaftlichen* Rekrutierungsvoraussetzungen von entscheidender Bedeutung waren. So wurde die von sozialdemokratischer Seite und den Ortskrankenkassen erhobene Forderung nach »Einebnung« der »in der Praxis längst überholten« sozialrechtlichen Unterscheidung zwischen An-

9 Während in den Ortskrankenkassen der DGB dominiert. Genauso sind die Landesversicherungsanstalten und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte »abgezielte Domänen der Verbandsmacht von DGB bzw. DAG« (Hockerts 1985a: 312).

gestellten und Arbeitern (Ehrenberg 1990: 119) im Zuge der sozialrechtlichen Anpassung der beiden Sozialsysteme seitens der DAG außerordentlich heftig »als Teil einer Gesamtstrategie zur Vernichtung des Angestellten und seiner Sozialversicherungseinrichtungen« angegriffen.¹⁰

Zunächst jedoch konnte diese Forderung alle sozialpolitische Vernunft für sich reklamieren: Es mache keinen Sinn – so der AOK-Vorsitzende Balzer – eine sozialrechtliche Differenz der DDR »anzudienen«, »die mit der angestrebten Organisationsreform der bundesdeutschen Krankenversicherung beseitigt werden« solle (Balzer laut FR vom 14.3.1990). Daß eine weitere sozialrechtliche Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten jeder »sachbezogenen Rechtfertigung« entbehrt, daß ohnehin die »Gesamtentwicklung zunehmend auf einen einheitlichen Arbeitnehmerbegriff hinausläuft« und daß schließlich auch die – sowieso nur noch in der Krankenversicherung durchgängig anzutreffende – Benachteiligung der Arbeiter gegenüber den Angestellten »keine mit der Verfassung (Art. 3 Abs. 1 GG) vereinbare Gründe mehr« findet¹¹ – auf diese deutlich formulierten Einschätzungen hatten sich – bei einer Gegenstimme – die nach den bekannten Proporzregeln ausgewählten Bundestagsabgeordneten und Sachverständigen der Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV einigen können (Enquete-Kommission 1990: 189). Man wird dies deswegen als einen weitgehenden »common sense« zwischen den maßgeblichen gesundheitspolitischen Interessengruppen und Parteien werten dürfen.

Doch diesem Konsens in der Sache stand – erwartungsgemäß – ein tiefgreifender Dissens über die Art und Weise der Aufhebung der überkommenen Differenzierungen gegenüber. Es ist an dieser Stelle weder möglich noch nötig, die zahlreichen Vorstellungen über die verschiedenen Wege der Ausweitung der bislang den Angestellten vorbehaltenen Kassenwahlrechte auf die einem »Zuweisungszwang« unterliegenden GKV-Mitglieder darzustellen.¹² Wichtig ist hier vielmehr, daß selbst mit der von der SPD geforderten sowohl zeitlich (»sofort«) als auch sachlich (»vollständig«) weitestreichenden

10 Siehe o.V.: »Vernichtungsstrategie«, in DAG-Journal 1990/11: 14.

11 Noch am 30. Mai 1990 hatte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil über die unterschiedlichen gesetzlichen Kündigungsfristen für Arbeiter und Angestellte erneut deutlich gemacht, daß aus Sicht des Gerichtes die arbeits- und sozialrechtlichen Differenzierungen zwischen den Berufsgruppen gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verstoßen.

12 Zuweisungssystem, modifizierte Wahlfreiheit, unbeschränkte Wahlfreiheit o.a.m., siehe Enquete-Kommission (1990: 201-218; vgl. auch das Minderheitenvotum 222-223).

Ausweitung der Kassenwahlrechte das »organisatorische Existenzrecht« der Ersatzkassen nicht grundsätzlich bestritten wurde, wengleich bei ihrer Realisierung der spezifische Organisationssinn einer gesonderten Krankenversicherung für Angestellte nach und nach entfallen wäre.

Das Plädoyer für die Beibehaltung der einheitlichen Versicherung von Arbeitern und Angestellten in der DDR war hingegen von anderer Qualität: Mit ihm stellte sich für die Angestelltenversicherung eine organisatorische Existenzfrage. Denn ein einheitlicher Arbeitnehmerbegriff in der DDR hätte für die Ersatzkassen zunächst einen faktischen Ausschluß von der Versicherungstätigkeit in der DDR bedeutet. Und es mußte als hochgradig unwahrscheinlich gelten, daß nach einem – bspw. vom Berliner AOK-Vorsitzenden Schirmer auf drei bis fünf Jahre veranschlagten (Ärzte-Zeitung vom 28.2.1990) – Übergangszeitraum, in dem schrittweise die medizinische Versorgung sichergestellt und eine beitragsfinanzierte Krankenversicherung geschaffen werden sollte, auf dem Gebiet der DDR eine sozialrechtliche Differenzierung erneut eingeführt werden würde, deren anachronistischer Charakter zuvor allgemein konstatiert worden war. Somit entschied die Frage über die Beibehaltung eines »einheitlichen Arbeitnehmerbegriffs« in der DDR zugleich die Kontroverse, auf welchem Wege eine Ausweitung der bislang hauptsächlich den Angestellten vorbehaltenen Kassenwahlrechte vollzogen werden sollte. Verbunden gewesen wäre diese Vorentscheidung mit einem für das Gebiet der DDR faktisch geltenden Gründungsverbot für Angestelltenkrankenkassen. Beides verletzte essentielle Interessen des VdAK.

Dabei kann hier dahingestellt bleiben, ob »echte« oder »gespielte« Naivität der Behauptung zugrunde lag, mit längeren Übergangszeiträumen bis zur Einführung des Gliederungsprinzips sei »nichts präjudiziert oder vorweggenommen«. ¹³ Ganz unabhängig von der Wahrhaftigkeit des öffentlich bekundeten und sachlich gut begründeten Motivs, nur dem »Prinzip der Versorgungssicherheit« Vorrang gewähren und lediglich dafür Sorge tragen zu wollen, daß »die Gesundheitsversorgung auch im Umbruch funktionieren kann« (AOK-Vorstandsvorsitzende Balzer laut FR vom 14.3.1990), mußten

13 Diese Einschätzung vertrat der SPD-Sozialexperte Dreßler in der Bundestagsdebatte vom 27. April 1990 (Stenographischer Bericht der 208. Sitzung, Plenarprotokoll 11/208: 16424). Daß man dies doch eher als gespielte Naivität wird werten müssen, zeigt ein Blick in das Diskussionspapier des SPD-Sozialexperten von Anfang März, in dem die Präjudizwirkung eines zunächst kassenneutralen Krankenversicherungsträgers ja ganz deutlich, geradezu unbekümmert ausgesprochen worden war (s. Dreßler 1990: 8 und 9 a.F.; s.o. Abschnitt 3.2).

nicht nur die Ersatzkassen, sondern alle bundesdeutschen Kassen mit einem gesonderten Versichertenkreis – und d.h. alle Kassen außer den Ortskrankenkassen – von langen Übergangszeiträumen einen bleibenden Ausschluß von der Versicherungstätigkeit in der DDR befürchten. Das wohl als Ausweis der eigenen sachlichen Motivation verstandene und in beruhigender Absicht gesprochene Plädoyer für ein »Vertagen« der Entscheidung, mit dem nichts vorentschieden sei, sondern das lediglich »Zeit und Raum für Überlegungen« schaffe, »ob in der DDR das sogenannte gegliederte System bundesdeutscher Art übernommen werden soll«,¹⁴ dürfte diese Befürchtungen eher noch bestätigt und bestärkt haben.

Zudem war mit der sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Forderung nach der Beibehaltung des einheitlichen Arbeitnehmerbegriffs wohl auch ein Effekt »politischer Psychologie« nicht hinreichend kalkuliert worden. Denn gerade mit Verweis auf die DDR, wo die sozial- und arbeitsrechtlichen Differenzierungen zwischen Arbeitern und Angestellten bereits früh radikal eingeebnet worden waren, hatte die DAG »in den 50er und frühen 60er Jahren gern ... die notwendige Zementierung der Angestellten-Sonderrechte in der Bundesrepublik« begründet (Kocka/Prinz 1985: 238). So erfuhr der für die Bundesrepublik bereits weitgehend stillgestellt gewähnte Konflikt um die Statusdifferenzen zwischen Arbeitern und Angestellten im Zuge der Vereinigung eine unerwartete Wiederbelebung. In erster Linie waren für diese Wiederbelebung die von einem echten »Bedürfnis nach einer entsprechenden Differenzierung in der DDR-Bevölkerung«¹⁵ wohl weitgehend entkoppelten Organisationshoffnungen korporativer Akteure verantwortlich. Doch waren die bei Angestelltengewerkschaft und Ersatzkassen gehegten Hoffnungen auf ein besonderes Statusbewußtsein der potentiellen Angestelltenschichten auch nicht vollkommen unbegründet. Sie konnten sich auf die in der DDR praktizierte Zwangsnivellierung stützen, die ja nicht nur die (bspw. sozialrechtliche) Gleichstellung, sondern etwa auch die steuerrechtliche *Schlechterstellung* des Angestellten im Zuge einer ideologisch begründeten Privilegierung des sogenannten Handarbeiters zur Konsequenz gehabt hatte.¹⁶

14 So Rudolf Dreßler in der Bundestagsdebatte vom 27. April 1990 (Stenographischer Bericht der 208. Sitzung, Plenarprotokoll 11/208: 16424; Hervorhebung des Verf.).

15 So die von Zweckoptimismus geprägte Einschätzung des Vorstandsvorsitzenden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Walter Quartier, laut HB vom 24.4.1990.

16 Die Einschätzung über einen »Bedarf« an der Arbeiter/Angestellten-Differenzierung in der DDR wurde auch in bezug auf die gewerkschaftliche Organisation seitens der

So schien es, daß ein Konflikt, dem in der Bundesrepublik durch einen mittlerweile weit fortgeschrittenen Abbau der Angestelltenonderstellung überwiegend seine rechtliche und lange zuvor schon die lebensweltliche Fundierung entzogen war (Prinz 1991; Hockerts 1985a: 320-321), hier noch auf konkrete Erfahrungssubstanz rechnen konnte. Aber genauso, wie erst das Gesetz über die Angestelltenversicherung von 1911 eine zuvor eher diffuse Statusdifferenz voll auszubilden und zu stabilisieren half und somit als hervorstechendes Beispiel für die interessenformierende und -generierende Kraft sozialpolitischer Institutionalisierungsprozesse gelten kann, so war der deutsche Vereinigungsprozeß nun ein Beispiel für die Rückwirkung der organisatorisch verfestigten Interessenlagen auf die weitere Entwicklung des sozialpolitischen Institutionensystems.¹⁷ Denn wichtiger als die Frage, ob es in der DDR-Bevölkerung tatsächlich den Wunsch nach der Rekonstitution der in der unmittelbaren Nachkriegszeit eingeübneten Statusunterschiede gab, war, daß es korporative Akteure gab, die sich mittlerweile unabhängig gemacht hatten von den gesellschaftlichen Konfliktlinien, denen sie ihre Entstehung verdankten, und in deren genuinem Organisationsinteresse jetzt die »Ausdeutung eines Nachholbedarfs an sozialer Differenzierung in der ehemaligen DDR« lag (Knieps 1990: 393).¹⁸

DAG erhofft und seitens des DGB befürchtet. So wurde das Organisationspotential der Angestelltengewerkschaft in der DDR als »handfester und interessenspezifischer« eingeschätzt (Lecher 1990: 322) als das des DGB, der zudem fürchten mußte, zu sehr in die Nähe des vollkommen diskreditierten FDGB gerückt zu werden: »Aufgrund der künstlichen Lohnkomprimierung und der systematischen Unterbewertung von Kopf gegenüber Handarbeit in der DDR ist ein Einkommensgefälle zuungunsten der technischen, intelligenten und Verwaltungsarbeit (wir im Westen würden sagen: Angestelltenarbeit) entstanden. Die hier tätigen Berufsgruppen sind überdies zum Teil im Rahmen des zentral-planwirtschaftlichen Wirtschaftssystems künstlich aufgebläht worden und fürchten im Zuge der Umstellung nun mit Recht überproportionale Arbeitslosigkeit. Diese Konstellation schafft geradezu ideale Organisationsbedingungen für eine angestelltenbezogene gewerkschaftliche Sondervertretung« (Lecher 1990: 322).

- 17 Der wohlfahrtsstaatliche »Institutionalisierungsprozeß [erzeugt] erst jene Konfiguration struktureller Interessen, die das Gewicht und die Durchsetzungschancen der einzelnen Interessenlagen bei der Gestaltung der zukünftigen Sozialpolitik bestimmen« (Rieger 1992a: 47).
- 18 Vgl. Krasner (1984: 225 und 1988: 72) und grundlegend Stinchcombe (1968: 80-130) über diesen Wirkungszusammenhang, daß »institutional arrangements ... are both a dependent variable at time t and an independent variable at time t+1« (Krasner 1988: 72). Siehe auch die ausführliche Diskussion bei Pierson (1992, 1993) über »policy feedbacks« und die auf Stinchcombe rekurrierenden Arbeiten des »historical

Wenn sich die Organisationshoffnungen von Ersatzkassen und DAG somit an ein möglicherweise gerade durch staatliche Nivellierungsbemühungen lebendig gehaltenes Angestellten-Sonderbewußtsein knüpften, war auch vorzeichnet, mit welcher Argumentationsstrategie die gesundheitspolitischen Vorstellungen von SPD und Ortskrankenkassen in der öffentlichen Auseinandersetzung angegriffen werden würden. Nach den öffentlichen Stellungnahmen von Ersatzkassen und Angestelltengewerkschaft zu schließen war die Forderung nach einer regional gegliederten Krankenversicherung ein Versuch zur erneuten Zwangskollektivierung der DDR-Bevölkerung: Hatten sich die DDR-Bürger gerade erst ihre *politischen* Freiheiten erkämpft, so würde ihnen nun in Gestalt der »regionalisierte[n] Zwangsversicherung«, bei der die Versicherten »bei Unzufriedenheit nicht durch Wahl einer anderen Kasse ausweichen können« (o.V. 1990: 14), empfindliche *sozialpolitische* Freiheitsbeschränkungen drohen. Diese Darstellung konnte auch auf die weitverbreitete Auffassung rekurren, daß das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung einer marktwirtschaftlichen Gesellschaft »wesensmäßig« sei (Gitter 1969: 43), während die Einheitsversicherung Strukturadäquanz mit einer Zentralverwaltungswirtschaft aufweise. In dieser auf bestimmte klar konturierte Ordnungstypen bezogenen Gegenüberstellung stand also auf der einen Seite das plurale, Wettbewerb und Wahlhandlungen ermöglichende Kassensystem bundesdeutscher Prägung, das geradezu als »organischer Bestandteil unserer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung« gewertet wurde.¹⁹ Auf der anderen Seite stand in dieser konstruierten »Adäquanzbeziehung« (Rieger 1992b: 166) zwischen Gesellschaftssystem und sozialstaatlichem Institutionengefüge die mit dem »Fürsorgeodium« (Hockerts) behaftete einheitliche und staatlich-zentralisiert gelenkte Krankenversicherung der DDR, an der sich die »Übertragung staatstypischer Operationskriterien auf das Gesundheitswesen« und die Staatsdominanz als DDR-weites Phänomen ersehen lasse (so bspw. Düllings 1991: 16).

Daß die Möglichkeit zur Wahl zwischen verschiedenen Kassen in dem »freien« Modell bundesdeutscher Prägung bestimmten Versichertengruppen

institutionalism«. Einen guten Überblick über diesen aktuellen Diskussionsstrang bieten Thelen/ Steinmo (1992).

19 Diese Formulierung findet sich in einem im Januar 1990 veröffentlichten Papier der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln, das von allen GKV-Verbänden, der Ärzteschaft, der Pharmaindustrie und der Privatversicherung getragen wurde und in Hinblick auf die anstehende Organisationsreform formuliert worden war (vgl. dfg 2-90: 8; Hervorhebung des Verf.).

vorbehalten war und der Vorschlag der Aufhebung der Angestellten/Arbeiter-Differenzierung auch darauf hinauslaufen konnte, die »freie Kassenwahl« erstmals für alle Versichertengruppen zu ermöglichen, war eine argumentative Differenzierung, die gegen die plakative Entgegensetzung von einheitlichem versus pluralem System kaum Gehör finden konnte. Die ostdeutschen Sozialversicherungsexperten zeigten sich zwar von der grob vereinfachenden Öffentlichkeitsdarstellung westdeutscher Interessenverbände kaum beeindruckt und verdeutlichten ihre Präferenz für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die mit der Möglichkeit zur »flächendeckenden Versorgung« ihrer Versicherungslogik sehr viel näher lagen als die »Risikoselektion« der Angestelltenversicherung (Interview 900127). Bei den Ortskrankenkassen hingegen bestanden massive Befürchtungen, daß die Diskreditierungsstrategie der Angestelltenkassen greifen könnte und die AOK im Bewußtsein der DDR-Bürger in die Nähe des gerade überwundenen SED-Zwangsregimes gerückt würden. Davon waren verheerende Auswirkungen auf die Mitgliederakquisition in den neuen Ländern zu erwarten (Interview 921046).

Von der Wirkung her sicherlich bedeutender als die aggressive Öffentlichkeitsarbeit waren jedoch die Versuche des VdAK, die politischen Entscheidungsprozesse direkt zu beeinflussen. Adressat der auch aus verbandsinterner Perspektive als »massiv« charakterisierten und mit Unterstützung der DAG aufgenommenen Lobbytätigkeit (Interview 900245) war – in durchaus zutreffender Wahrnehmung der lautlosen, aber radikalen Verlagerung von Entscheidungszuständigkeiten innerhalb der bundesdeutschen Exekutiven – nicht mehr das Bundesarbeitsministerium, sondern vornehmlich das Bundeskanzleramt (BKaA).

4.4 Die »Kontraktion« exekutiver Zuständigkeiten im Einigungsprozeß

Die Verhandlungen über den 1. Staatsvertrag wurden – ebenso wie die Verhandlungen über den Einigungsvertrag – sehr zentralisiert geführt. Die politischen Entscheidungsprozesse im Vereinigungsprozeß waren von einer ausgesprochenen »Kontraktion« exekutiver Zuständigkeiten geprägt (Lehmbruch 1991: 587). Es gab drei Hierarchie-Ebenen. Die oberste Ebene war die der Verhandlungsführung, auf bundesdeutscher Seite der »Kanzlerbeauftragte« Hans Tietmeyer (freigestelltes Mitglied des Direktoriums der Deutschen Bun-

desbank), auf seiten der DDR der »persönliche Beauftragte« des Ministerpräsidenten de Maizière, DDR-Staatssekretär Wolfgang Krause. Waren die die Währungsunion betreffenden Verhandlungen zunächst von einer gemeinsamen Expertenkommission unter der Ressortverantwortung der beiden Finanzminister, DDR-Finanzminister Romberg und Bundesfinanzminister Waigel, erfolgt, so markierte der nach der Volkskammerwahl vollzogene Zuständigkeitswechsel zu Krause und Tietmeyer als den neuen Verhandlungsführern eine weitere Zentralisierung des Entscheidungsprozesses, eine Schwächung von Ressortzuständigkeiten und damit auf bundesdeutscher Seite eine direktere Anbindung an das Kanzleramt. Unter der Ebene der Verhandlungsführung waren vier Arbeitsgruppen angeordnet mit der Aufgabendefinition (1.) Währung, (2.) Wirtschaftsreform/Wirtschaftspolitik, (3.) Haushalt und Finanzen und (4.) Soziale Sicherung. Den Vorsitz der letzten Arbeitsgruppe führte auf bundesdeutscher Seite der Staatssekretär des BMA, Bernhard Jagoda, auf seiten der DDR zunächst der stellvertretende Minister Noack, später Alwin Ziel, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit und Soziales. Auf einer dritten Ebene gab es zahlreiche Abstimmungen zwischen den ost- und westdeutschen Fachressorts, zumeist institutionalisiert in Form gemeinsamer Arbeitsgruppen der zuständigen Ministerialbürokraten.

»Wichtige Fragen« jedoch wurden weder in den Arbeitsgruppen noch auf Ressortebene, sondern »ganz oben« entschieden (Interview 911034). Das Bundeskanzleramt hatte somit eine Schlüsselposition inne. Insofern scheint das Ressortprinzip im Vereinigungsprozeß weitgehend ausgehöhlt und der für die Bundesrepublik typische hohe Grad der Sektoralisierung nach Teilpolitiken, institutionell abgesichert durch eine starke »Fragmentierung der Handlungskompetenzen ... zwischen den Ressorts« (Scharpf et al. 1976: 18),²⁰ durchbrochen. In der Tat gibt der Vereinigungsprozeß mehrere Beispiele für ein Übergehen von Ressortzuständigkeiten und das Außerkraftsetzen eingespielter Konsultationsroutinen, die sich insgesamt zu einem Bild der markanten »Entdifferenzierung« der für die bundesdeutsche Politik typischen komplexen Aushandlungsprozesse verdichten (Lehmbruch 1990, 1991). Offensichtlichste Beispiele waren die mehrmalige Entwicklung außenpolitischer Initiativen – wie der sogenannte Zehn-Punkte-Plan – im »Küchenkabinett« des Kanzleramts, ohne daß das Auswärtige Amt zuvor in Kenntnis gesetzt worden war. Die wohl deutlichste Verletzung formaler Zuständigkeiten war

20 Vgl. auch Katzenstein (1987: 19-23) und Mayntz (1980). Aus staatsrechtlicher Perspektive s. etwa Achterberg (1987); grundlegend bereits Böckenförde (1964).

die Initiative des Kanzlers zu einer Währungsunion ohne vorherige Abstimmung mit der Bundesbank und dem Finanz- und Wirtschaftsressort. Auch in der Frage des konkreten Umtauschkurses zwischen der Mark der DDR und der Deutschen Mark wurde die Dominanz zentraler politischer Entscheidungen über währungspolitische Vorstellungen der Zentralbank offensichtlich (vgl. Hartwich 1992; Busch 1991; Singer 1992).

Die außerordentliche Zentralisierung des Entscheidungsprozesses im Zuge der Wiedervereinigung erscheint vielleicht als weniger spektakulärer Bruch mit dem gängigen bundesrepublikanischen Politikmodus, wenn man bspw. die Einschätzung von Mayntz (1980: 147) in Betracht zieht: »[A]s decision maker, the Chancellor is always more actively involved in crisis management than in routine governing«. Ohnehin ist es für die bundesdeutsche Politik nicht außergewöhnlich, daß in Fragen von großer politischer Tragweite das Ressortprinzip nur sehr eingeschränkt gilt. Zu einem gewissen Teil ist somit der extrem zentralisierte politische Entscheidungsmodus im Einigungsprozeß strukturell in der organisatorischen Ausgestaltung der Exekutivmacht in der Bundesrepublik angelegt. Ein Struktureffekt, der in diesem konkreten Fall durch die Ressortzuständigkeit des Bundeskanzleramts für die operative Deutschlandpolitik, insbesondere auch für die ständige Vertretung in Ost-Berlin,²¹ gefördert wurde. Der für die Deutschlandpolitik zuständige Abteilungsleiter im Bundeskanzleramt, Ministerialdirektor Teltschik, gehörte außerdem zu dem engsten Beraterkreis des Kanzlers.

Ein sehr personalistischer Führungsstil und der Zuständigkeitswechsel in politischen Entscheidungen von der Exekutive auf informelle Gremien zwischenparteilicher Koordination (bspw. informelle Runden der Partei- und Fraktionsvorsitzenden, Koalitionsarbeitsgruppen, exklusive Beratungszirkel im Bundeskanzleramt) waren auch zuvor schon hervorstechende Charakteristika des Politikstils der Regierung Kohl. Dieser Entscheidungsstil war bspw. auch beim Gesundheits-Reformgesetz oder dem RRG '92 zum Tragen gekommen.²² Ohnehin scheint die »Verlagerung politischer Entscheidungen in

21 Gruppe 22 und Arbeitsstab 20 der Abteilung 2 des BKaA »Auswärtige und innerdeutsche Beziehungen; Entwicklungspolitik; äußere Sicherheit« unter Ministerialdirektor Teltschik. Sowohl das Auswärtige Amt wie auch das Ministerium für innerdeutsche Beziehungen haben gegenüber dem Bundeskanzleramt nur nachrangige deutschlandpolitische Kompetenzen.

22 Vgl. hierzu etwa die Schilderung des politischen Entscheidungsprozesses beim GRG von Wasem (1991: 74 und 75) und Döhler/Manow-Borgwardt (1992a: 87, Fn. 18). Vgl. für den Einfluß der Koalitionsarbeitsgruppe bei der Rentenreform 1992 auch

Gremien, deren Zusammensetzung und Logik sich parteipolitischen Kalkülen, nicht aber einer staatsrechtlichen Logik organschaftlichen Zusammenwirkens verdankt« (Schulze-Fielitz 1988: 257, vgl. auch 1984: 92 ff.), eine gleichsam unausweichliche Begleiterscheinung der Parteienkonkurrenz unter der Bedingung von Mehrparteien-Regierungen und somit auch ein von Politikstilen und Problemkonstellationen weitgehend unabhängiger Trend zu sein.²³ Gleichwohl markierte der Entscheidungsmodus *in der Frühphase* des Einigungsprozesses auch eine bedeutende Abweichung von diesen eher informellen, koalitionsinternen Abstimmungszwängen, denn die deutschlandpolitischen Initiativen des Kanzlers waren auch mit der FDP nicht abgesprochen. So trifft der provokant erscheinende Vergleich mit dem Entscheidungsverhalten einer »revolutionären Notstandsdictatur« (Lehmbruch 1993: 50) den Sachverhalt doch recht genau. Zentralisierung erscheint aber auch als geradezu »natürlicher« Entscheidungsmodus für sehr komplexe und sehr dringliche Entscheidungsfragen (Bolton/Farrell 1990: 805): »The decentralized solution, since it requires time to work, performs poorly if time is pressing. Centralization ... does not involve delay and consequently is a good system for »emergencies«, when delay is very costly.«²⁴

Es bleibt aber zu erklären, warum sich diese trotz allem exzeptionelle plötzliche »Kontraktion« (Lehmbruch 1991) einer ansonsten eher als »dispers« charakterisierten Exekutivmacht (Mayntz 1980) weitgehend konfliktfrei vollzog. Als wohl bedeutendsten Grund hierfür muß *einerseits* angeführt werden, daß mit der Dominanz des Kanzlerprinzips über das Ressort- und Kabinettprinzip im Vereinigungsprozeß kein Eingriff in den substantiellen

Nullmeier/Rüb/Blanke (1990: 11-12), jetzt ausführlich Nullmeier/Rüb (1993: 187 ff.). Anzumerken bleibt, daß in den genannten Darstellungen übereinstimmend konstatiert wird, daß die Verlagerung von Entscheidungszuständigkeiten in informelle Gremien den Einfluß der Ministerialbürokratie *erhöht* und nicht etwa verringert hat.

- 23 Die Entwicklung ist nicht alleine dem Parteienwettbewerb zuzurechnen, sondern auch der in der Bundesrepublik markanten Vorherrschaft von Koalitionsregierungen. Insbesondere sie haben einen »Bedarf an zusätzlichen, extrakonstitutionellen Beratungs-, Abstimmungs- und Entscheidungsgremien ...«, die über eine informale Abstimmung des gemeinsamen Handelns der Beteiligten hinaus die Entscheidungsfindung institutionalisieren und materiell maßgeblich bestimmen« (Schulze-Fielitz 1984: 92-93). Im übrigen scheint diese Entwicklung für die *lange Zeit* stark exekutiv dominierte bundesdeutsche Politik eher als Normalisierungsvorgang denn als Pathologie gewertet werden zu müssen.
- 24 Vgl. auch die historischen Hinweise von Bolton/Farrell (1990) auf die Zentralisierung von Entscheidungszuständigkeiten in Kriegssituationen.

Regelungsbestand der einzelnen Politikfelder verbunden war: Die extensive Wahrnehmung der Richtlinienkompetenz seitens des Kanzlers ging *inhaltlich* nicht zu Lasten der Ressorts oder zu Lasten des Kabinetts als Kollegialorgan. Die Zentralisierung des Entscheidungsprozesses diente im Gegenteil gerade dazu, die weitgehend unveränderte Übertragung der institutionellen Strukturen der jeweiligen Politikbereiche auf die DDR zu garantieren. Da die zentral verfolgte Strategie der »Duplizierung« bundesdeutscher Verhältnisse zumeist auch der Interessenlage der Ressorts entsprach, vollzog sich die signifikante Gewichtsverlagerung zwischen Kanzler- und Ressortzuständigkeiten weitgehend ohne interne Kompetenzstreitigkeiten. *Andererseits war bei materiellen Politikentscheidungen* der zentralen Entscheidungsfindung zum 1. Staatsvertrag ein dezentrales Verfahren vorgeschaltet. Der bundesdeutsche Entwurf zum 1. Staatsvertrag setzte sich aus den in den jeweils zuständigen Ressorts vorformulierten Passagen zusammen, und – mit Ausnahme der Gesundheitspolitik – wurde m.W. keiner der von den Ressorts vorgängig formulierten Vertragsartikel auf zentraler Ebene im nachhinein substantiell revidiert. Wenn im Bereich der Gesundheitspolitik eben dies geschah (Abschnitt 4.5), dann nicht mit absehbaren Rückwirkungen auf den institutionellen Status quo in Westdeutschland, sondern gerade mit dem Ziel der Beschleunigung seiner Übertragung auf die DDR. Das zentrale Überstimmen des vom BMA favorisierten Anpassungswegs sollte deswegen die gesundheitspolitische Ausnahme bilden, die das allgemeine Politikmuster bestätigt, weil hier das zuständige Ressort selbst zunächst etwas anderes als die schnelle und lineare Strukturübertragung anstrebte.

Im Bundeskanzleramt war bereits im Zuge der Auseinandersetzungen um das Gesundheits-Reformgesetz die Abteilung 3²⁵ zu »einer Art Clearingstelle« für Konflikte mit gesundheitspolitischen Interessengruppen geworden, die insbesondere die Christdemokraten als zu ihrer engeren Parteiklientel gehörend betrachteten (Interview 911120; Interview 911034). In dem BMA-Spiegelreferat des Bundeskanzleramtes²⁶ suchten – und fanden z.T. auch – die

25 »Innere Angelegenheiten; Soziales; Umwelt« unter dem Ministerialdirektor Baldur Wagner.

26 Spiegelreferat im BKaA ist nicht die gesamte Abteilung 3, sondern das Referat 311 (vgl. Bund transparent 1989: 136). Mit der Aufwertung der Zuständigkeiten des Bundeskanzleramtes gegenüber dem BMA in sozial- und insbesondere in gesundheitspolitischen Fragen wurden jedoch die Entscheidungen im BKaA zunehmend zentralisiert, also von dem Leiter der Gruppe 31, Ministerialrat Schulte, oder dem Abteilungsleiter, Ministerialdirektor Wagner, wahrgenommen.

Interessenverbände Gehör, die im Bundesarbeitsministerium selbst keine Möglichkeiten zur Einflußnahme mehr sahen. Dies war insbesondere die Pharmaindustrie, die sich in der Auseinandersetzung um den sog. Solidarbeitrag und die Festbetragsregelung des GRG Unterstützung aus dem Bundeskanzleramt erhofft hatte (Manow-Borgwardt 1992: 405). Aber auch die organisierte Ärzteschaft versuchte während der Auseinandersetzungen um das Gesundheits-Reformgesetz über das BKaA das zuständige Fachressort zu einem weiteren Entgegenkommen zu bewegen. Da nach Verabschiedung des GRG das Verhältnis zwischen dem BMA und einzelnen Interessengruppen des Gesundheitswesens nachhaltig gestört blieb, war das BKaA für diese Verbände zur wichtigsten Anlaufstelle innerhalb der Exekutive geworden und hatte somit eine – wenn auch rein informelle – Aufwertung erfahren. Durch die außerordentlich zentralisierte Entscheidungsfindung im Zuge des Vereinigungsprozesses wurden die gesundheitspolitischen Zuständigkeiten der Kanzleramtsabteilung 3 nun nochmals bedeutend ausgeweitet.

4.5 Die Verhandlungsposition

Die intensiven Bemühungen der Ersatzkassen, unterstützt von Interventionen der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, zeitigten bald Erfolg. Eine Woche nach der Veröffentlichung des ersten westdeutschen Entwurfs zum Staatsvertrag mit der DDR fand sich eine abweichende Formulierung zu dem vom BMA formulierten für die Krankenversicherung zentralen Art. 19.²⁷ In der schließlich am 24.4.1990 offiziell vom Kabinett verabschiedeten Fassung, die die Verhandlungsgrundlage für die bundesrepublikanische Seite bildete, war entsprechend den Vorstellungen der Ersatzkassen der Termin der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion auch als Datum für die Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystems nach bundesdeutschem Vorbild vorgesehen. Nun hieß es in dem ersten Absatz des Art. 18 knapp: »Mit Inkrafttreten dieses Vertrages wird ein gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen.«

Die Entscheidung, statt eines längeren Übergangszeitraumes für die sofortige Einführung des gegliederten Systems einzutreten, war zentral im

27 Vgl. auch Der Gelbe Dienst vom 30.4.90: »Vor allem der Kampf der Ersatzkassen wurde belohnt.«

Bundeskanzleramt gefällt worden. Es wurde damit aber nicht schlicht der Interessenposition der Ersatzkassen einseitig Rechnung getragen. Diese Entscheidung war vielmehr Resultante mehrerer verbandlicher und staatlicher Motive. Die ursprüngliche, inoffiziell mit der DDR abgestimmte Position, zunächst für einen Übergangszeitraum einen einzelnen, kassenneutralen Träger für die Krankenversicherung zu bilden, wurde vor allem deswegen verlassen, weil der DDR »ein Verhandlungspaket« präsentiert werden sollte, »dem das bundesdeutsche Recht ohne Modifikationen zugrunde liegt« (SZ vom 26.4.1990). Dahinter stand zunächst die Absicht, mit der Gesundheitspolitik keinen Präzedenzfall zu schaffen, der auch in anderen Politiksektoren Überlegungen über eine Abweichung vom westdeutschen Status quo veranlaßt und legitimiert hätte. Gerade an der von einem starken Dissens geprägten Gesundheitspolitik mußte der Wille dokumentiert werden, eine Belastung des Vereinigungsprozesses mit substantiellen politischen Reformdebatten unbedingt zu verhindern. Ein Entgegenkommen von bundesdeutscher Seite in den Verhandlungen zum 1. Staatsvertrag war deswegen auch nicht in *Struktur-*, sondern nur in *Niveaufragen* vorgesehen. Die Höhe des DM-Umtauschkurses und die generöse Ausgestaltung der Überleitung der DDR-Rentenansprüche in eine gesamtdeutsche Rentenversicherung sollten der vollständigen Übernahme des bundesdeutschen Rechts- und Institutionensystems durch die DDR gegenüberstehen.²⁸

Hierin manifestierte sich die Sorge, eine auch nur auf Teilaspekte beschränkte Neuverhandlung der Wirtschafts- und Sozialordnung eines geteilten Deutschlands würde in derartigen »Instabilitäten politischer, wirtschaftlicher und sozialer Art« resultieren, »daß am Ende die Einheit sogar daran scheitern könnte« (Schäuble 1991: 55). Diese Befürchtung war Ausdruck des Bewußtseins, daß Entscheidungen mit gravierenden Änderungen im gesellschaftlichen Status quo in dem föderal verflochtenen und institutionell fragmentierten politischen System der Bundesrepublik schon in politischen »Normalitätsphasen« kaum durchsetzbar sind (vgl. für viele etwa Schmidt 1989, 1990; Katzenstein 1987). Dieses Grundcharakteristikum bundesdeutscher Politik war auch in der durch die Wiedervereinigung gegebenen, von vielen als »Stunde der Exekutive« apostrophierten Ausnahme-situation nicht suspendiert. Diesem Umstand wurde nicht nur mit

28 Als Drittes ist hier die ebenfalls den westdeutschen Status quo nicht berührende Anerkennung der vor 1949 vollzogenen Enteignungen in der sowjetischen Besatzungszone zu nennen.

einem unnachgiebigen Veto gegenüber allen mit Strukturveränderungen am westdeutschen Status quo verbundenen Wünschen der DDR-Verhandlungsseite Rechnung getragen. Sondern es mußten zugleich auch alle Versuche »Bonner Ressorts« unterbunden werden, die Vereinigung zu nutzen, »um dabei die eine oder andere Wohltat hineinzuschmuggeln, die man bisher in der Bundesrepublik nicht durchsetzen konnte« (Schäuble 1991: 156). Ergänzt werden muß jedoch, daß dies keine besonders intensiven Kontrollmaßnahmen erforderlich machte. Denn was die Ministerialbürokratie betraf, so wirkte hier bereits eine durchaus effektive Selbstkontrolle gegenüber der Versuchung, im Zuge der Einigung langgehegte Reformintentionen zu verwirklichen. Auch aus ihrer Sicht konnte »die Einigung keine Spielwiese etwa für die Jahrzehnte alten Konflikte zwischen Bund und Ländern in der Krankenhausfinanzierung« bilden (Interview 910919). »Es war viel zu gefährlich, die Einigung mit diesen alten Konflikten zu belasten.«²⁹

Bei dem Eintreten für die sehr schnelle Einführung des bundesdeutschen gegliederten Systems in der DDR spielte zudem eine Rolle, daß eine Übergangslösung mit einem lediglich regional gegliederten, ansonsten aber einheitlichen und kassenneutralen Träger für die Krankenversicherung zu sehr seit langem formulierten gesundheitspolitischen Zielvorstellungen der Sozialdemokraten entsprochen hätte. In der vom Bundeskanzleramt veranlaßten Abkehr von einer kassenartenneutralen Übergangslösung für die DDR-Krankenversicherung machte sich nun also auch der über die sozialdemokratische Regierungsbeteiligung in die Vereinigungsverhandlungen eingespeiste bundesdeutsche Parteienwettbewerb bemerkbar. Gegen die im Bundesarbeitsministerium vorherrschenden *praktischen* Bedenken gegenüber einer sofortigen Einführung des gegliederten Systems setzten sich die eher *politischen* Befürchtungen durch, daß die Einrichtung einer regional gegliederten Einheitskasse für einen Übergangszeitraum prinzipiell der gesundheitspolitischen Position der Koalition widerspräche und damit auch eine spätere Organisationsreform in einer Weise präjudiziert wäre, die nicht mit ihren gesundheitspolitischen Vorstellungen verträglich war (vgl. SZ vom 26.4.1990). Eine vornehmlich pragmatisch begründete Haltung fiel der zunehmenden parteipolitischen Polarisierung zum Opfer, so daß schließlich auch das BMA die

29 Es gab zwar einige »Konfliktthemen, die man nun hätte lösen können.« Letztlich wurde aber versucht, »möglichst alle Konflikte aus der Einigung rauszuhalten« – was man auch aus einer »Begeisterung für die Sache« heraus verstehen müsse. »Im nachhinein erscheint es natürlich problematisch, wie alte Strukturängel in die DDR hineingetragen wurden« (Interview 910919).

schnelle Übertragung westdeutscher Strukturen befürwortete. Dabei war die Festlegung der westdeutschen Verhandlungsseite auf eine außerordentlich frühe Stichtagsumstellung schließlich auch als Teil einer Verhandlungstaktik zu werten, bei der gerade das Wissen um die sozialpolitische Orientierung der Ostberliner Regierung zu einer akzentuierteren westdeutschen Positionsformulierung führte. Es ging darum, eine »Ausgangsposition« für die Verhandlungen zu formulieren (Interview 920337).

Die Kehrtwende war durch eine weitere, fiskalpolitische Überlegung motiviert. In dem ersten bundesdeutschen Komplettentwurf für den 1. Staatsvertrag war eine staatliche Anschubfinanzierung für alle Sozialversicherungszweige (Arbeitslosen-, Renten-, Unfall- und Krankenversicherung) vorgesehen gewesen. In der schließlich am 24.4. offiziell vom Bundeskabinett verabschiedeten Fassung war zugleich mit der Festlegung auf das frühe Datum für die Einführung des bundesdeutschen Gliederungsprinzips nun diese Möglichkeit im Bereich der Krankenversicherung und der Unfallversicherung stillschweigend entfallen. Sie fand sich auch letztlich im 1. Staatsvertrag nicht mehr (vgl. Art. 25, 1. Staatsvertrag). War diese Entscheidung zunächst Überlegungen über eine möglichst »systemtreue« Angleichung der DDR-Sozialversicherung an das bundesdeutsche System geschuldet (Interview 920337), das staatliche Finanzierungsanteile an der Kranken- und Unfallversicherung – im Unterschied zur Renten- und Arbeitslosenversicherung – nicht kennt,³⁰ so war sie in einem bereits um die Kosten der Einheit kreisenden Diskussionskontext doch auch nicht frei von fiskalpolitischen Überlegungen.

An Stelle der im 1. Staatsvertrag ausgeschlossenen staatlichen Anschubfinanzierung in der Krankenversicherung wurde für die Kassen und anderen Sozialversicherungsträger die rechtliche Möglichkeit geschaffen, »die Sozialversicherung der Deutschen Demokratischen Republik beim organisatorischen Aufbau eines leistungsfähigen, gegliederten Sozialversicherungssystems im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde zu unterstützen und *dabei*

30 Da die Unfallversicherung eine »Exkulpation des Unternehmens von seiner Haftungs-pflicht« darstelle, gebe es keinen Grund, sie anders als durch Unternehmensbeiträge zu finanzieren (Interview 920337; vgl. dazu §§ 636-639 RVO). Und in der Frage der staatlichen Anschubfinanzierung für die gesetzliche Krankenversicherung spielten wiederum langjährige Forderungen der Sozialdemokratie nach einem staatlichen Finanzierungsanteil (angesichts versicherungsfremder Leistungen der GKV) ihre – negatorische – Rolle. Man wollte im Zuge der Vereinigung nicht einen Präzedenzfall für diese Forderung der SPD schaffen (Interview 920337).

eigene Mittel einzusetzen«. ³¹ Damit gehörten Aufbauleistungen der bundesdeutschen Sozialversicherungsträger für die DDR zu den »zugelassenen Aufgaben« nach § 30 SGB IV. Im Bundesrat formulierten Befürchtungen, diese Regelung werde »aus Wettbewerbsgründen« zu einem beitragsatzrelevanten Ausgaben-Wettlauf um die günstigste Startposition führen« (BT-Drucksache 11/7351: 3) und daher sollten die Kassen in Form einer kassenartenübergreifenden Arbeitsgemeinschaft per Gesetz zu einer »sinnvollen Zusammenarbeit ... angehalten werden«, wurde seitens der Bundesregierung nicht entsprochen. Obwohl mit dem Einigungsvertrag die Trennung der Beitragseinzugsgebiete zwischen den West- und Ost-Kassen auch über den Zeitpunkt der staatlichen Vereinigung hinaus gesetzlich vorgeschrieben werden sollte, ³² hatte die Bundesregierung damit – entgegen anderslautenden Zusagen – auch in der GKV die Verwendung westdeutscher Beitragsgelder zum Aufbau der ostdeutschen Sozialversicherungsstrukturen zugelassen. Die Ersatzkassen, die für ihre schnelle Etablierung in dem Gebiet der DDR mit dem Argument geworben hatten, ihre »bundesweit organisierte« Solidargemeinschaft sei »besser als regional gegliederte Kassen in der Lage, ein »Gliederungsnetz« in der DDR herzustellen und über dieses Netz Hilfe und Unterstützung zu organisieren« (DAK-Vorstandsvorsitzender Thenn laut Ärzte-Zeitung vom 2.4.1990), sahen sich beim Wort genommen.

Im Zuge der Entscheidung über die bundesdeutsche Position in den Verhandlungen zum 1. Staatsvertrag war jedoch nicht nur die Frage der Anschubfinanzierung in der Sozialversicherung diskutiert worden, sondern es war auch die Beteiligung der westdeutschen Kassen an der Deckung der bereits aufgelaufenen bzw. für 1990 absehbaren Defizite der DDR-Sozialversicherungen in Erwägung gezogen worden. Es war kein Zufall, daß diese Diskussion zeitlich mit den zwischen Bund und Ländern geführten Verhandlungen über ihre jeweiligen finanziellen Anteile an der DDR-Schuldenlast und an den absehbaren Aufbaukosten zusammenfiel (SZ vom 23.4.1990).

Am 26. April wurden einigungsbezogene Planungen des Finanzministeriums veröffentlicht, die zuvor schon inoffiziell bekannt geworden waren. Die Planungen des Bundesfinanzministeriums sahen vor, daß sich an der Finanzierung der DDR-Lasten neben Bund, Ländern und Gemeinden auch »die

31 In Artikel 22 § 5 des Ratifizierungsgesetzes zum 1. Staatsvertrag (BGBl. II, S. 518). Hervorhebung des Verf.

32 Siehe den § 311 Abs. 1 Buchstabe a SGB V nach Anlage 1, Kapitel VIII Sachgebiet G des Einigungsvertrages.

Sozialversicherungen angemessen beteiligen« müßten (HAZ vom 28.4.1990). Diese Forderung stand im Zusammenhang mit zeitgleich bekanntgewordenen Berechnungen des Bundesarbeitsministeriums, wonach 1989 die bundesdeutsche Krankenversicherung einen Einnahmeüberschuß von über 9 Mrd. DM verzeichnen konnte und die GRV einen Überschuß von weiteren 6 Mrd. DM. Diese günstige Finanzentwicklung sollte sich laut Berechnungen des Ministeriums auch 1990 fortsetzen. Für 1990 wurde für die gesetzliche Krankenversicherung ein erneuter Überschuß von knapp 11 Mrd. DM erwartet (vgl. Die Welt vom 25.4.1990). Die Rentenversicherung war gleichzeitig mit einer Schwankungsreserve in Höhe von annähernd 2 Monatsausgaben, das entsprach etwa 26 Mrd. DM, »so gut wie selten gepolstert« (HB vom 23.4.1990) und erwartete zudem nach dem Rentenreform-Gesetz '92 eine außerordentliche Aufstockung des Bundeszuschusses in Höhe von 300 Mio. DM im Jahre 1990 und von 2,3 Mrd. DM im Jahre 1991.³³ Diese insgesamt günstige Finanzsituation in der Sozialversicherung bot hinreichenden Anlaß für Planspiele des Bundesfinanzministeriums über deren Nutzbarmachung im Vereinigungsprozeß, mußte hier doch zwischen dem politischen Versprechen der Regierungsparteien, daß die deutsche Vereinigung für die Bundesbürger »belastungsfrei« erfolgen würde, dem weiter aufrechterhaltenen Plan einer Unternehmenssteuerreform in der 12. Legislaturperiode und der Tilgung der zunehmend deutlicher absehbaren Schuldenlast der DDR ein finanzpolitischer Ausweg gefunden werden. Die Berechnungen des BMA waren zwar für 1989 etwas großzügig ausgefallen und sollten auch in 1990 nicht in dem prognostizierten Umfang eintreten (vgl. Tabelle 2).

Die insgesamt günstige Kassenlage der Sozialversicherungsträger motivierte jedoch die finanzpolitische Absicht, sie zur Entlastung des Bundeshaushalts bei der Deckung der erwarteten DDR-Schulden heranzuziehen. Der fiskalische Zugriff auf die Sozialhaushalte lag um so näher, als es den Westländern bei den Verhandlungen über eine anteilige Lastenübernahme der DDR-Schulden gelungen war, ihre Interessenpositionen im großen Umfang durchzusetzen.

Das Resultat der Bund-Länder-Verhandlungen war eine »ungewöhnlich weitgehende Schonung der Länderfinanzen im Übergangsprozeß« (Mädling 1992: 189). Es zeigte sich, daß die Länder trotz der von ihnen beklagten faktischen Einflußlosigkeit auf den Gang der deutschlandpolitischen Entwick-

33 Siehe Artikel 81 des Rentenreformgesetzes vom 18.12.1989 (BGBl. I, S. 2261).

Tabelle 2: Finanzierungssaldi der Sozialversicherungszweige (West) 1985-1990 (in Mrd. DM)

Jahr	GKV	GRV	GRV-Schwankungsreserve ^a	Arbeitslosenversicherung
1985	-2,2	+2,4	+11,2 (1,0)	+2,1
1986	-0,8	+7,2	+17,8 (1,6)	-0,1
1987	+0,5	+4,2	+21,0 (1,8)	-1,1
1988	-1,2	+3,5	+23,3 (1,9)	-4,1
1989	+9,5	+3,7	+25,8 (2,0)	+0,1
1990	+5,9	+10,4	+34,9 (2,6)	+0,5

^a Absolut und in durchschnittlicher Monatsausgabe.

Quellen: Hofmann/ Weiß (1992:6) und VDR-Geschäftsbericht (1991).

lung durchaus zu einer effektiven Interessenwahrung in der Lage waren (vgl. auch Pilz/Ortwein 1992: 190-206). Zwischen Bund und Ländern wurde vereinbart, daß die neuen Länder erst ab 1995 in den Länderfinanzausgleich einbezogen werden, daß zur Deckung der Finanzierungsbedürfnisse ein Fonds Deutsche Einheit als Sondervermögen des Bundes geschaffen wird, bei dem der Anteil der Alt-Länder an dem Schuldendienst auf 47,5 Mrd. DM (von 115 Mrd. DM Gesamtumfang) beschränkt blieb,³⁴ und daß schließlich die Umsatzsteueranteile zwischen Bund und Ländern – begrenzt auf die Jahre 1991 und 1992 – auf 65:35 (zuvor 63:37) festgeschrieben werden.³⁵ Zudem wurde vereinbart, die bis zum Beitritt aufgelaufenen Schulden des Haushalts der DDR zunächst dem Treuhandvermögen zuzuweisen, »soweit sie durch die zu erwartenden Erlöse aus der Verwertung des Treuhandvermögens getilgt werden« können. Die verbleibende Restschuld wurde in die ausschließliche Verantwortung von Bund und neuen Ländern gelegt (Art. 34 des Vertragsgesetzes). Diese weitgehende Wahrung der Interessen der Alt-Länder fand schließlich ihren markantesten Ausdruck in der mit dem Einigungsvertrag vorgenommenen sogenannten Spreizung der Bundesratsstimmen, die das

34 Wobei »die Länder 20 Prozentpunkte von ihren Gemeinden erhalten« (Mäding 1992: 189).

35 Siehe Art. 31 und Art. 32 des Vertragsgesetzes, vom 25. Juni 1990 (BGBl. II, S. 518); vgl. auch Mäding (1992).

Stimmgewicht von West-Ländern zu Ost-Ländern von 41:23 auf 45:23 und somit annähernd zur Zwei-Drittelmehrheit verschob (Mädig 1992: 191).³⁶

Im Bereich der Sozialversicherung rief der Vorschlag, die Sozialkassen zur Deckung der aufgelaufenen Defizite in der DDR-Sozialversicherung heranzuziehen, von vielen Seiten energischen Protest hervor. Bezeichnenderweise fiel der Widerstand der Kassen als den von diesen Kostenüberwälzungsplänen unmittelbar Betroffenen ausgesprochen moderat aus. Die Innungskrankenkassen hatten schon zu einem frühen Zeitpunkt angedeutet, daß die Finanzierung notwendiger Übergangsmaßnahmen zum Teil auch von den Kassen geleistet werden könnte,³⁷ und die Ersatzkassen bestätigten jetzt sogar ausdrücklich, daß Beitragssatzerhöhungen im Zuge der Einigung notwendig werden könnten (Ärzte-Zeitung vom 17.4.1990). Es zeigte sich aber bald, daß das in der bundesdeutschen Sozialversicherung stark verankerte Versicherungsprinzip, das als Ausdruck seiner Beitragsgerechtigkeit und Leistungsorientierung gilt, ja geradezu »als die dem marktwirtschaftlichen System zwingend entsprechende Form der sozialen Sicherung« angesehen wird (Meinhold 1975: 361; s. auch Hockerts 1985b: 256; Geyer 1987: 40) und nun gegenüber der eher am Bedarfs- oder Fürsorgeprinzip ausgerichteten DDR-Sozialversicherung durchgesetzt werden sollte, gleichzeitig einer umstandslosen staatlichen Indienstnahme der Sozialversicherungsbudgets für »versicherungsfremde« Zwecke gewisse Barrieren setzt.

Angesichts der öffentlichen Proteste nahm die Bundesregierung von der geplanten Kostenüberwälzung zu Lasten der Sozialkassen bald wieder Abstand. Mit dem 1. Staatsvertrag schloß sie aber eine Anschubfinanzierung für die Krankenversicherung sowie eine staatliche Defizithaftung für die GKV nach dem Jahr 1990 aus. Wenn somit auch der Zugriff des Bundes auf die Haushalte der Sozialversicherungsträger zur Finanzierung der Defizite in der ostdeutschen Sozialversicherung für die GKV zunächst abgewendet war,³⁸ so zeigte sich an dem geschilderten Zusammenhang doch folgendes: Die Ent-

36 Erreicht wurde diese Spreizung dadurch, daß Länder mit mehr als 7 Mio. Einwohnern (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bayern, Baden-Württemberg) nun über 6 statt zuvor 5 Bundesratsstimmen verfügen. Als Grund für die Grenzziehung bei 7 Mio. Einwohnern ist die für den Parteienproporz zwischen den damals SPD-geführten Ländern NRW und Niedersachsen und den CDU- oder CSU-geführten Ländern Baden-Württemberg und Bayern neutrale Auswirkung anzusehen (Mädig 1992: 191).

37 Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes vom 14.3.1990 laut dfg 11-90: 4.

38 Für die Arbeitslosen- und Rentenversicherung erfolgte er *nach* der Bundestagswahl in einem beträchtlichen Ausmaß. Siehe dazu auch unten, Abschnitt 5.7.

scheidung für eine längere Übergangslösung in Form eines kassenneutralen Trägers hätte den Staat in eine unmittelbarere Verantwortung gestellt, zum einen, was die Sicherstellung der medizinischen Versorgung anging, aber vor allem, was deren Finanzierung betraf. Zwar war die Drohung der Ersatzkassen, sich einer Beteiligung am Aufbau von Kassenstrukturen in der DDR unter einem kassenneutralen Träger zu verweigern, nicht besonders glaubwürdig. Doch gab es kein nennenswertes staatliches Interesse, ihre Haltung einem Wirklichkeitstest zu unterziehen. Im finanzpolitischen Kalkül der Bundesregierung spielte vielmehr die Einschätzung eine wichtige Rolle, daß mit dem von allen Kassen getragenen Aufbau von Versicherungsstrukturen in der DDR eine schnellere Ablösung der Mischfinanzierung zugunsten einer reinen Beitragsfinanzierung zu erwarten war, der Staat also schneller aus seiner Zuschußpflicht entlassen würde. So ist die mit der Festlegung auf einen sehr frühen Termin für die Einführung des Gliederungsprinzips verbundene Delegation der organisatorischen Umsetzungsschritte an das Verbändesystem und der gleichzeitige Wegfall der Verpflichtung zur staatlichen Anschubfinanzierung sicherlich auch Resultat finanzieller Externalisierungsbestrebungen des Bundes.

4.6 Der Verbändekonsens

Aber nicht allein die Bundesregierung hatte einen gesundheitspolitischen Positionswechsel vollzogen. Für eine sofortige Einführung der bundesdeutschen GKV in der DDR wurde nun plötzlich auch von den Ortskrankenkassen Unterstützung signalisiert. In einem *gemeinsamen* Brief der GKV-Spitzenverbände an Bundesarbeitsminister Blüm hieß es (in einer den Verhandlungsstand zwischen der DDR und der Bundesrepublik nicht zutreffend wiedergebenden Formulierung),³⁹ die Spitzenverbände der Krankenkassen nähmen »mit Genugtuung« zur Kenntnis, »daß die Regierungen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland erklären wollen, ein gegliedertes Krankenversicherungssystem bereits vor Vollendung der staatlichen Einheit auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik zu errichten.«

In wortwörtlicher Übernahme der Erklärung der GKV-Spitzenverbände vom 28. März, die damals noch unter Ausschluß des AOK-Bundesverbandes

39 Die nachstehenden Zitate folgen der Dokumentation in dfg 17-90: 2-3.

zustande gekommen war (Abschnitt 3.6), unterschrieben nun auch die Ortskrankenkassen die Forderung, daß die »Weichen« für die Einführung des Gliederungsprinzips »von Beginn an in die richtige Richtung gestellt werden« sollten. Dies beinhalte »die rechtliche Möglichkeit für alle in der Bundesrepublik vorhandenen Arten der Gesetzlichen Krankenversicherung, umgehend mit den Vorarbeiten für die Sicherstellung der vollgültigen medizinischen Versorgung ... in der DDR zu beginnen«. Die zuvor schroff *inhaltlich* divergierenden Angleichungsszenarien von Orts- und Ersatzkrankenkassen waren nun zu einer allein durch praktische Umsetzungserfordernisse begründeten marginalen *zeitlichen* Differenz von ein oder zwei Monaten zusammengeschrumpft. Während der VdAK versicherte, »man sähe keine Schwierigkeiten, bereits Anfang Juli ein Netz von Ersatzkassen in der DDR in Betrieb zu nehmen«, veranschlagte der AOK-BV hierfür Ende April noch einen Zeitraum von drei bis vier Monaten (SZ vom 26.4.1990).

Der gemeinsame Brief der Kassenverbände an den Arbeitsminister liest sich wie ein geradezu klassisches Dokument korporatistischen Politikvollzuges. Als Gegenleistung für staatliche Domänensicherung erklärten hier die Kassen, daß sie »alle ihnen möglichen Maßnahmen ergreifen werden, um die personellen, organisatorischen und sonstigen Voraussetzungen für ein funktionsfähiges, gegliedertes Krankenversicherungssystem auf dem Territorium der DDR zu gewährleisten. Das schließt die uneingeschränkte Bereitschaft aller Kassenarten ein, zur Erreichung der angestrebten Ziele eng zusammenzuwirken und gemeinschaftlich zu helfen« (dfg 17-90: 2-3; Hervorhebungen der Dokumentation weggelassen). Mit dem Brief der GKV-Spitzenverbände war eine Einigung über ein gemeinsames Vorgehen beim Aufbau der Strukturen einer gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Gebiet der DDR dokumentiert. Diese Einigung zwischen den Kassenverbänden ermöglichte es der Bundesregierung, bei der Einführung der Krankenversicherung auf die organisatorischen und personellen – und nicht zuletzt auch finanziellen – Ressourcen der Kassen zurückzugreifen. Aber nicht nur dieser Sachverhalt mußte für die westdeutsche Regierung von Bedeutung sein. Vielmehr war mit dem Brief der Spitzenverbände auch eine Art verbandliche Gewährleistungsgarantie für den nicht risikolosen Weg einer schnellen und umfassenden Umstellung eines staatlich verfaßten auf ein verbandlich dominiertes Krankenversicherungssystem übernommen worden. Es waren somit nicht nur die konkreten Umsetzungsschritte an das Verbändesystem delegiert, sondern in einem gewissen Maße auch die Verantwortung für ihr Gelingen.

Der radikale Schwenk der Ortskrankenkassen war ein intern nicht unum-

strittenes Abrücken von zuvor vertretenen Positionen. Dabei zeigten sicherlich die drohende Isolation unter den Kassenverbänden und auch die schroffe Ablehnung ihre Wirkung, auf die die AOK-Konzeption auf Ärzteseite gestoßen war. Bedeutend für die strategische Kehrtwende des AOK-Bundesverbandes war aber auch die Unsicherheit über die Folgen der zunächst eingeschlagenen Strategie. Diese Unsicherheit schlug sich beispielsweise in der Befürchtung nieder, durch die Schaffung einer vorläufigen Einheitsversicherung mit umfassender Versicherungspflicht auf dem Gebiet der DDR bestehe für die AOK die Gefahr, »von Ostdeutschland unterlaufen« zu werden. Es bestehe die Gefahr, bei der organisatorischen Vereinigung der Kassen »auf der Strecke [zu] bleiben« (dfg 17-90: 3). Insoweit war die nun deutlich werdende Orientierung der Ortskrankenkassen auf den westdeutschen Status quo auch als eine verbandliche »least risk strategy« zu werten, die verhindern sollte, daß mit einem einheitlichen Versicherungsträger in Ostdeutschland auf Dauer ein neuer, eigeninteressierter Akteur auf Kassenseite geschaffen wird. Ein solcher einheitlicher Träger der Krankenversicherung wäre dabei in seiner auf keine besonderen Versichertengruppen beschränkten Zuständigkeit sozialrechtlich noch am ehesten den Ortskrankenkassen gleichgekommen und hätte damit gerade für sie eine zusätzliche Konkurrenz gebildet. Je stärker seitens des Ortskrankenkassenverbandes für die »Sachgerechtigkeit« längerer Übergangszeiträume mit dem Hinweis geworben wurde, eine in der Übergangszeit zuständige, nur regional gegliederte Krankenversicherung in Ostdeutschland müsse »ja nicht AOK heißen« (Oldiges laut DNÄ vom 14.3.1990), desto deutlicher wurde, daß ein solcher Vorschlag gerade für die Allgemeinen Ortskrankenkassen durchaus unerwünschte Folgen haben könnten.⁴⁰

Für die Verhandlungsposition der Bundesregierung war das Zustandekommen eines zwischenverbandlichen Konsenses von erheblicher Bedeutung. Die Entscheidung der Bundesregierung für die Forderung nach einer sofortigen

40 Auch historisch war die Haltung der Ortskrankenkassen gegenüber den Vereinheitlichungsbestrebungen in der Sozialversicherung immer ambivalent. Die Verbände der Ortskrankenkassen waren bspw. in den unmittelbaren Nachkriegsjahren Gegner einer Einheitssozialversicherung, weil mit einer Einheitsversicherung auch die Eigenständigkeit der Ortskrankenkassen verlorengegangen wäre (vgl. Hudemann 1988: 242 und 311). Und sie sprachen sich auch immer dann gegen die Idee einer Einheitskrankenversicherung aus, wenn nicht sie selbst, sondern andere Organisationen, wie beispielsweise im Saarland die Landesversicherungsanstalt, als Versicherungsträger vorgesehen waren.

Systemumstellung des DDR-Gesundheitswesens war endgültig gefallen, als die »Selbstverwaltung signalisierte: Wir können das« (Interview 920337).

4.7 Der 1. Staatsvertrag

Der weitere Entscheidungsprozeß verlief zeitlich ungemein gedrängt: Am 12.4.1990 war Lothar de Maizière zum Ministerpräsidenten gewählt worden, und die Vereidigung von Jürgen Kleditzsch (CDU) als Gesundheitsminister und Regine Hildebrandt (SPD) als Ministerin für Arbeit und Soziales war am 16. und 17.4. erfolgt. Bereits am 19. April fanden erste Gespräche zwischen den Ressortministern Ost und West zur Vorbereitung einer Sozialunion und zum vorrangigen Aufbau einer Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung in der DDR statt. Am 24. April wurden die jeweiligen ost- bzw. westdeutschen Entwürfe für den Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion von den Regierungskabinetten offiziell beschlossen.

In den anschließenden Verhandlungen traten die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Standpunkte rasch hervor. Dem Verhandlungsziel der Bundesregierung, das bundesdeutsche System bereits zum Termin der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (2.7.1990) auf die DDR zu übertragen, stand der Wunsch der Regierung de Maizière entgegen, an den eigenen Strukturen für eine Übergangszeit, zum Teil auch darüber hinaus, festzuhalten. Dieser Konflikt wurde bereits bei einem Treffen zwischen Kohl und de Maizière am 24. April deutlich (Ärzte-Zeitung vom 25.4.1990). Während in den Bereichen Renten- und Arbeitslosenversicherung schnell »weitgehende Übereinstimmung« erzielt werden konnte (Staatssekretär Seehofer laut Ärzte-Zeitung vom 26.4.1990), blieb die sofortige Übernahme des gegliederten Kassensystems umstritten.

Am 27.4.1990 begannen in Ost-Berlin die offiziellen Verhandlungen über den 1. Staatsvertrag. Weniger als einen Monat später, am 18. Mai, war das Vertragswerk unterschrieben. Über die Sozialversicherung wurde dabei nicht nur in der Arbeitsgruppe »Soziale Sicherung« unter BMA-Staatssekretär Jagoda und Staatssekretär Ziel vom DDR-Arbeitsministerium verhandelt. Sie war auch Verhandlungsgegenstand auf zentraler Ebene – in der Verhandlungskommission unter dem parlamentarischen Staatssekretär Krause und dem »Kanzlerbeauftragten« Tietmeyer und in Gesprächen zwischen Kohl und

de Maizière. Entgegen anderslautenden Meldungen blieb jedoch auch nach diesen Gesprächen die Bereitschaft der DDR zur sofortigen Übernahme des westdeutschen Systems zunächst aus. Hieran konnte weder die nicht ohne Eigeninteresse getroffene Prognose eines unmittelbar bevorstehenden Zusammenbruchs der medizinischen Versorgung in der DDR etwas ändern,⁴¹ noch entfaltete die Drohung ihre Wirkung, selbst einem nur für eine kurze Übergangszeit verantwortlichen einheitlichen Träger müßten die westdeutschen Kassen jegliche Unterstützung beim Umbau des DDR-Gesundheitswesens verweigern.

Auf der ostdeutschen Verhandlungsseite lehnte insbesondere die DDR-SPD die Festlegung auf einen konkreten Termin für die Angleichung an das bundesdeutsche Sozialrecht ab und berief sich dabei auf die Ostberliner Koalitionsbeschlüsse von Anfang April. CDU-Gesundheitsminister Kleditzsch hatte hingegen schon früh signalisiert, daß er zu den in den Koalitionsbeschlüssen enthaltenen sozialpolitischen Forderungen eine distanzierte Position einnahm.⁴² Das Ergebnis des hinhaltenden Widerstandes der ostdeutschen SPD in Verbindung mit der – »um überhaupt zu einer Entscheidung zu kommen« (Interview 920337) – wachsenden Kompromißbereitschaft der bundesdeutschen Verhandlungsseite war der Verzicht auf die Festschreibung eines konkreten Datums für die Einführung des gegliederten Krankenversicherungssystems im 1. Staatsvertrag. Bereits am 13.5.1990 waren die Expertengespräche über den Staatsvertrag beendet, und der Wortlaut der fünf Tage später offiziell verabschiedeten Fassung stand fest. Zwischen den jeweils intern verabschiedeten Vertragsentwürfen und der bilateralen Einigung

41 »Das staatliche Gesundheitswesen der DDR steht nach Einschätzung der Ersatzkassen kurz vor dem Kollaps. Der Vorsitzende des Verbandes der Angestellten Ersatzkassen, Kaula, forderte deswegen am Freitag in Bonn die sofortige Einführung des gegliederten Krankenkassen-Systems ...« (Münchner Merkur vom 5./6. Mai 1990).

42 Der CDU-Gesundheitsminister war Mitunterzeichner eines sogenannten Dissenspapiers, das sich gegen bestimmte Forderungen der Koalitionsvereinbarungen wandte, insbesondere in der Frage der zukünftigen Kassenorganisation (Ärzte-Zeitung vom 23.4.90). Bereits im Februar hatte sich Kleditzsch durch ein Bekenntnis zum westdeutschen Krankenversicherungssystem empfohlen. Anlässlich des 25. Stuttgarter Kongresses für aktuelle Medizin bekundete er, daß in seiner Sicht die »Bewußtseinsbildung in der Bevölkerung in der DDR« die vordringlichste gesundheitspolitische Aufgabe sei! »Es sei ... von entscheidender Bedeutung, die soziale Sicherheit in der Bundesrepublik klar zu dokumentieren und die Menschen im Osten von der Notwendigkeit eines Gesundheitssystems nach westlichem Vorbild zu überzeugen« (Kleditzsch laut DNÄ vom 20.2.1990).

auf den endgültigen Vertragstext lagen also weniger als drei Wochen. Am 18. Mai wurde der 1. Staatsvertrag⁴³ mit der DDR unterzeichnet und bestimmte in Artikel 21 Absatz 1.: »Die Deutsche Demokratische Republik leitet alle erforderlichen Maßnahmen ein, um ihr Krankenversicherungsrecht an das der Bundesrepublik anzugleichen.« Mit dieser Formulierung beließ der 1. Staatsvertrag der DDR in erster Linie nur zeitliche Umsetzungs»freiheiten« für die Angleichung an die Strukturen der bundesdeutschen GKV.

In der Frage der zeitlichen Gestaltung der Angleichung beider Gesundheitssysteme waren, wie aus früheren Entwürfen zum Art. 21 ersichtlich ist,⁴⁴ weiterreichende Vorstellungen der bundesdeutschen Regierung gescheitert. In dem endgültigen Vertragswortlaut entfiel jegliche konkrete Terminvorgabe. Nur in Artikel 18 waren die Spartentrennung von Renten-, Kranken- und Unfallversicherung und deren Übertragen auf eigenständige Träger mit dem Datum des 1.1.1991 verbunden, das »möglichst« eingehalten werden sollte (Art. 18 Abs. 2). Hier hieß es auch: »Ziel dabei ist eine Organisationsstruktur der Sozialversicherung, die der in der Bundesrepublik Deutschland entspricht.« In bezug auf die Versorgungsstrukturen wurde in Artikel 22, Abs. 2 spezifiziert:

»Neben der vorläufigen Fortführung der derzeitigen Versorgungsstrukturen, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig ist, wird die Deutsche Demokratische Republik schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern vornehmen, insbesondere durch Zulassung niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie selbständig tätiger Erbringer von Heil- und Hilfsmitteln und durch Zulassung privater und frei-gemeinnütziger Krankenhausträger.«

Die Forderung, die DDR solle sich dazu verpflichten, noch vor der staatlichen Vereinigung ein gegliedertes Kassensystem einzuführen, hatte sich gegenüber den ostdeutschen Widerständen nicht durchsetzen können.

Welche Bedeutung dieser »zeitlichen Öffnung« zuzuweisen war, konnte nicht von vornherein und allein mit Blick auf den Wortlaut der das Gesund-

43 Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik vom 18. Mai 1990 (BGBl. II, S. 537).

44 In früheren Numerierungen die Artikel 18 oder 19. So lautete die Fassung eines Anfang Mai formulierten Kompromiß-Entwurfes: »Artikel 19: Krankenversicherung (1) Die Deutsche Demokratische Republik leitet alle erforderlichen Maßnahmen ein, um ihr Krankenversicherungsrecht möglichst bald an das der Bundesrepublik anzugleichen. (2) Bis zum ... wird in der Deutschen Demokratischen Republik ein gegliedertes Krankenversicherungssystem geschaffen« (vgl. dfg 19-90: 4 und 10).

heitswesen betreffenden Artikel des Staatsvertrages beurteilt werden, sondern hing entscheidend von den nun folgenden Überleitungsgesetzen und dem Einigungsvertrag ab (Abschnitt 5). Auf seiten bundesdeutscher Interessenverbände jedenfalls hatten die Vertragsformulierungen noch längst nicht alle Befürchtungen ausgeräumt: Abweichungen vom westdeutschen Status quo schienen noch nicht mit hinreichender Detailliertheit ausgeschlossen. Befürchtet wurde hier, daß die Vertragsformulierungen sowohl »kräftige Dehnungsmöglichkeiten von der Zeit her« als auch »Änderungsmöglichkeiten von der Organisation her« zulassen (Ärzte-Zeitung vom 11.6.1990). So beließ etwa die mit dem Art. 18 Abs. 2 geforderte »Entsprechung« zwischen den westdeutschen und ostdeutschen Strukturen einigen gesundheitspolitischen Ausdeutungsspielraum.

Der gesundheitspolitische Konflikt war also noch keinesfalls endgültig entschieden, insbesondere auch, weil die versorgungspolitischen Fragen, also etwa die Poliklinik-Frage, in dem 1. Staatsvertrag noch kaum geregelt waren. Jetzt war allerdings die DDR-Verhandlungsseite dafür verantwortlich, auf spezifizierte Abweichungen von dem generell festgelegten Weg, der Angleichung an das bundesdeutsche Krankenversicherungsrecht, zu drängen. Denn das Über- bzw. Unterordnungsverhältnis zwischen Staats- und Einigungsvertrag war klar definiert und fand auch seinen Niederschlag in den jeweils diametral verschiedenen Verhandlungsstrategien auf bundesdeutscher Seite: War mit dem 1. Staatsvertrag die Verpflichtung auf den Art. 23 GG als Modus der Vereinigung verbunden, also der Beitritt der DDR zum Grundgesetz der Bundesrepublik festgeschrieben, und war mit ihm zugleich in den einzelnen Rechtsgebieten und Politikfeldern die Angleichung des DDR-Rechts an das der Bundesrepublik avisiert, so fiel dem Einigungsvertrag die Funktion zu, Überleitungs- und Ausnahmeregelungen von dieser generellen Zielrichtung zu bestimmen, die *im Interesse der DDR* vor der mit dem Beitritt verbundenen Auflösung ihrer staatlichen Existenz verbindlich formuliert werden sollten. So konnte die bundesdeutsche Verhandlungsseite »ohne abgestimmte Verhandlungs- und Vertragskonzeption« in die Verhandlungen zum Einigungsvertrag eintreten, weil »nach der Systematik des Artikel 23« nun die »Initiative notwendigerweise bei der DDR« lag (Schäuble 1991: 113). Die Verhandlungen zum 1. Staatsvertrag waren hingegen von dem früh

zeitig und außerordentlich detailliert ausformulierten Vertragsentwurf der bundesdeutschen Verhandlungsseite geprägt gewesen.⁴⁵

45 Es ist ein bezeichnender Vorgang, wenn die DDR-Verhandlungsseite auf das Etikett »Einigungsvertrag« statt »2. Staatsvertrag« insistierte, um von vornherein dem Eindruck entgegenzutreten, es handele sich um ein gegenüber dem 1. Staatsvertrag, bei dem die DDR »nicht viel eigenes beizusteuern« hatte! (Schäuble 1991: 125), zweitrangiges Vertragswerk (siehe Schäuble 1991: 125).

Kapitel 5

Der Politikprozeß (4): Implementation

5.1 Die Überleitungsgesetze

Die Verantwortung für die Überleitungsgesetze zur Umsetzung des 1. Staatsvertrages¹ lag bei einer Arbeitsgruppe aus Ministerialbürokraten des Bundesarbeitsministeriums und des Ostberliner Gesundheitsministeriums (Interview 910919). Die Gesetzgebungskompetenz lag zwar formalrechtlich allein bei DDR-Gesundheitsminister Kleditzsch, der Einfluß der westdeutschen Beamten war jedoch offensichtlich und dominierte zunehmend. Die Kassenverbände waren an der Formulierung der Entwürfe über ihre Mitgliedschaft in der »Arbeitsgruppe Sozialunion«² beteiligt. Für Anbieterverbände war keine entsprechende formelle Beteiligung an der Gesetzesformulierung vorgesehen. So waren bereits seit Mitte Juni verschiedene Entwürfe der Betriebs-, Ersatz- und Ortskrankenkassen zum Kassenerrichtungsgesetz in der

1 Zwischen dem 1. Staatsvertrag und dem Einigungsvertrag sind von der Volkskammer im wesentlichen vier Gesetze im gesundheitspolitischen Bereich verabschiedet worden, die eine Umsetzung und Konkretisierung der in dem Staatsvertrag festgeschriebenen Zielbestimmung leisten sollten. Es sind dies das Gesetz über die Sozialversicherung vom 28.6.1990 (Sozialversicherungsgesetz, GBl. Nr. 38, S. 486), das Gesetz über die Krankenhausfinanzierung in der DDR vom 30.8.1990 (Krankenhausfinanzierungsgesetz, GBl. Nr. 59, S. 1428), das Gesetz über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern vom 13.9.1990 (Krankenkassenvertragsgesetz, GBl. Nr. 61, S. 1533) und das Gesetz zur Errichtung von Krankenkassen, ebenfalls vom 13.9.1990 (Kassenerrichtungsgesetz, GBl. Nr. 61, S. 1538). Die drei letztgenannten sind dokumentiert in Vollmer (1990).

2 Die Arbeitsgruppe Sozialunion wurde Ende März konstituiert und setzte sich zusammen aus Vertretern beider Ministerien (BMA und Ministerium für Gesundheit, Ostberlin), Vertretern der privaten Krankenversicherung, des Bundesversicherungsamtes und aller west-deutschen Kassenverbände sowie ost- und westdeutschen Parlamentariern.

Arbeitsgruppe im BMA beraten worden, während von seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Beteiligung der Kassenärzte an diesen Beratungen erfolglos eingeklagt wurde (Ärzte-Zeitung vom 13.6.1990 und 18.6.1990). Erst als ein Verordnungsentwurf zur Regelung der Vertragsverhältnisse zwischen Kassen und Leistungserstellern vorlag, wurden die Anbieterverbände zu einer Sitzung der Arbeitsgruppe hinzugezogen und wenig später auch zu einer offiziellen Anhörung geladen.

Das erste der Überleitungsgesetze war das Gesetz über die Sozialversicherung (SVG) vom 28. Juni. Mit ihm wurde der erste Schritt zur Anpassung des Beitrags- und Leistungsrechts in der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung der DDR an das Recht der Bundesrepublik vollzogen. Das Sozialversicherungsgesetz folgte weitgehend dem bereits mit dem 1. Staatsvertrag vorgezeichneten Anpassungsweg. Es schrieb die Beitragsbemessungsgrenze für die Arbeitslosen- und Rentenversicherung in der DDR (2.700 DM monatlich) und für die Krankenversicherung fest (2.025 DM).³ Die Beitragssätze für die Sozialversicherungszweige wurden entsprechend dem (durchschnittlichen) Beitragssatz in der Bundesrepublik festgelegt – in der DDR-Krankenversicherung betrug er somit ab dem 1. Juli 12,8% (§ 36 Abs. 1). Der in der DDR umfangreichere Leistungskatalog der Krankenversicherung wurde vorerst beibehalten (§ 25 Abs. 3), seine Finanzierung wurde aber dem DDR-Staatshaushalt überantwortet (§ 71). Die Versicherungspflicht erstreckte sich auf alle Erwerbstätigen (§§ 10 und 14). Für Selbständige (ausgenommen Landwirte) waren Befreiungsmöglichkeiten von der Versicherungspflicht vorgesehen (§ 16 Abs. 1 und 2). Eine Pflichtversicherungsgrenze war nicht vorgesehen. Damit war das potentielle Marktsegment für private Krankenversicherer zunächst auf die Versicherung von Selbständigen beschränkt. Des weiteren waren im SVG die Überleitungsvorschriften enthalten, die die Zusammenführung der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten und der staatlichen Sozialversicherung der DDR betrafen. Mit dem SVG wurde zum 1. Juli in Form der neuen »Sozialversicherung der DDR« ein einheitlicher Träger geschaffen, der allerdings die Budgets der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung schon getrennt verwaltete (§ 32 Abs. 2).

3 Vgl. § 38 (Krankenversicherung) und § 42 (Rentenversicherung) des SVG. Diese Differenz entsprach dem in der Bundesrepublik herrschenden Abstand zwischen der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und der GRV (GKV in der Höhe von 75% der GRV-Bemessungsgrenze). Die DDR-Beitragsbemessungsgrenze betrug knapp 43% der in 1990 in der Bundesrepublik geltenden Grenzen von 4.725 bzw. 6.300 DM.

Das SVG sollte bereits am 7. Juni in erster Lesung von der Volkskammer beraten und noch im selben Monat verabschiedet werden, damit die ersten Regelungen zu Beginn des Julis, d.h. mit der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, in Kraft treten konnten. Obwohl Gesundheitsminister Kleditzsch öffentlich versicherte, daß nach dem Zeitplan seines Ministeriums ab dem 1.1.1991 die verschiedenen Kassenarten der Bundesrepublik ihre Geschäftstätigkeit in der DDR aufnehmen können sollten, rief das Fehlen einer verbindlichen Festlegung dieses Termins in dem Gesetzentwurf erneute Beunruhigung bei Ersatzkassen, westdeutscher Ärzteschaft und Freidemokraten hervor. In dem SVG war lediglich unverbindlich formuliert worden, daß der »Aufbau eigenständiger Versicherungsträger für die einzelnen Versicherungszweige ... zum 1. Januar 1991 anzustreben« sei (§§ 32 Abs. 1 und 33). Daß mit den »eigenständigen Versicherungsträgern« die unterschiedlichen Kassenarten der bundesdeutschen GKV gemeint waren, ging hieraus nicht zweifelsfrei hervor. Zugleich war mit der gewählten Formulierung (»ist anzustreben«) lediglich eine Absichtserklärung ausgesprochen, aber keine verbindliche Terminzusage gegeben.

Ärzte, Freidemokraten und Ersatzkassen werteten dies bereits als Zeichen der Absicht des DDR-Gesundheitsministers, doch noch für einen längeren Zeitraum einen einheitlichen, lediglich »regional gegliederten« Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen. Das, wogegen sich im Zuge der Verhandlungen um den 1. Staatsvertrag insbesondere die Ersatzkassen so vehement gewehrt hatten, drohte nun aus ihrer Sicht auf dem Weg der Umsetzungsgesetzgebung verwirklicht zu werden: Ein kassenneutraler Träger in der Krankenversicherung, der über einen längeren Zeitraum und mit Prägung für eine spätere Einführung des Gliederungsprinzips zunächst die alleinige Versicherungstätigkeit übernehmen würde. Ersatzkassen und Freidemokraten mahnten verbindliche Überleitungsregelungen mit festen Terminvorgaben an und forderten, daß die westdeutschen Kassen *sofort* die Möglichkeit erhalten sollten, Vorbereitungen für die Aufnahme ihrer Geschäftstätigkeit zum 1.1.1991 zu treffen. Und das BMA sah sich genötigt, offiziell zu dementieren, daß mit dem im 1. Staatsvertrag genannten »gegliederten System« lediglich eine regionale Aufteilung nach den fünf Ländern gemeint sein könnte. Die Bundesregierung – so versicherte der parlamentarische Staatssekretär des BMA, Seehofer – strebe die Übertragung bundesdeutscher Strukturen auf die DDR nach »Punkt und Komma« an (Staatssekretär Seehofer am 21.5.1990 laut dfg 23-90: 6).

5.2 Die Position der Ortskrankenkassen

Während das umstrittene Sozialversicherungsgesetz noch in den zuständigen Volkskammerausschüssen beraten wurde, wurde ein »Formulierungsvorschlag zu den Übergangsvorschriften beim Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung im heutigen Gebiet der DDR« bekannt, den der AOK-Bundesverband dem BMA zugeleitet hatte. Dieses bereits in Form eines Gesetzentwurfs gekleidete verbandliche Positionspapier wirkte auf Konkurrenz-kassen und westdeutsche Ärzteschaft wie eine Bestätigung ihrer schlimmsten Befürchtungen. In den Regelungen des AOK-Entwurfes fanden die von Ärzten und Ersatzkassen befürchteten »kräftigen Dehnungsmöglichkeiten von der Zeit her« und »Änderungsmöglichkeiten von der Organisation her« (s.o.), die die Artikel 18 und 21 des 1. Staatsvertrages aus ihrer Sicht belassen hatten und die auch durch das Sozialversicherungsgesetz noch nicht hinreichend detailliert ausgeschlossen schienen, ihren Niederschlag.⁴

Zwar war auch in der Präambel des AOK-Entwurfes zunächst grundsätzlich festgehalten, daß die DDR »ein Krankenversicherungssystem auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik Deutschland errichtet«.⁵ Doch daß mit dieser generellen Festlegung keineswegs die sofortige und umstandslose Übertragung der westdeutschen Strukturen intendiert war, machte die dem Vorschlag beigegebene Begründung deutlich. Hier wurde auf die vom Staatsvertrag belassenen »Spielräume in Hinblick auf eine endgültige Einführung der Gliederung« hingewiesen und festgehalten, daß sich deswegen aus der Präambel »lediglich eine Grundsatzentscheidung für das bundesrepublikanische Krankenversicherungssystem« ableite. Es sei damit noch keine Rechtsgrundlage für die Aufnahme der Geschäftstätigkeit der verschiedenen Kassenarten geschaffen. Insbesondere sei es nämlich durch den 1. Staatsvertrag nicht ausgeschlossen, daß für einen Übergangszeitraum ein ein-

4 Der Formulierungsvorschlag des AOK-Bundesverbandes wurde am 13.6.1990 erstmals in der Arbeitsgruppe Sozialunion als Entwurf für ein Kassenerrichtungsgesetz beraten. Er sah aber nicht nur Regelungen bezüglich des Aufbaus der Kassenstrukturen vor, sondern als einziger Kassenverband hatte der AOK-BV zugleich auch Vorstellungen über die Gestaltung der vertraglichen Beziehungen mit den Leistungsanbietern formuliert. Einen Tag zuvor waren Teile dieses noch nicht von den verbandlichen Selbstverwaltungsgremien autorisierten Entwurfs der Öffentlichkeit bekannt geworden. Auszüge hatte die Ärzte-Zeitung vom 13.6.1990 veröffentlicht.

5 Alle nachstehenden Zitate folgen der Dokumentation in dfg 23-90 und 24-90.

heitlicher Träger oder eine Kassenart »als Primärkasse« die gesetzliche Krankenversicherung durchführe.

Daß sich die Ortskrankenkassen selbst in dieser Rolle als Primärkasse sahen und von der für sie selbst nicht unproblematischen Vorstellung einer vorläufigen Zuständigkeit eines kassenneutralen Trägers für die DDR-Krankenversicherung Abstand genommen hatten, zeigte der § 2 Abs. 1. Hier hieß es, daß mit »Inkrafttreten dieses Gesetzes« – also bereits mit dem 1. Juli! – »Allgemeine Ortskrankenkassen für die entstehenden Länder der DDR als Gebietskrankenkassen errichtet [werden]«. Gegenüber den Anfang März veröffentlichten Forderungen nach langen Übergangszeiträumen war somit ein Schwenk vollzogen, wie er radikaler kaum hätte ausfallen können. In der Begründung wurde ausgeführt, daß allein die Ortskrankenkassen eine »flächendeckende und für alle Bürger zugängliche soziale Krankenversicherung« sicherstellen könnten, denn sie »bilden die einzige Kassenart, bei der keinerlei Einschränkungen des versicherten Personenkreises vorgenommen wird. Aus diesem Grunde ist sie allein in der Lage, ... die erforderliche Kontinuität im Versicherungsschutz sicherzustellen.« Hieraus leitete der AOK-Entwurf auch die im § 2 Abs. 3 vorgesehene Übernahme der gesamten Immobilien und der Sach- und Vermögenswerte der Sparte Krankenversicherung der DDR-Sozialversicherung durch die Ortskrankenkassen ab. Das vorhandene Personal und die »Mittel zur Finanzierung der Krankenversicherung« (womit die staatlichen Zuschüsse zur Krankenversicherung gemeint waren) sollten ebenfalls der AOK zukommen. Faktisch sollten die Ortskrankenkassen in unmittelbare Nachfolge der staatlich und gewerkschaftlich getragenen DDR-Krankenversicherung treten. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Forderungen war somit die sofortige Einführung der Ortskrankenkassen gefordert – ein langer Übergangszeitraum war nun nur noch für die vollständige Einführung des gegliederten Kassensystems, d.h. für die Aufnahme der Versicherungstätigkeit auch durch andere Kassenarten, vorgesehen.

In Fragen der Finanzierung forderte der Ortskrankenkassenverband, daß – falls »anderen Kassenarten die Möglichkeit zur Geschäftsaufnahme eingeräumt« würde – zwischen den Kassenarten »Einnahmeüberschüsse und Ausgabenunterdeckung ... entsprechend verrechnet werden« müßten. Nach den AOK-Vorstellungen sollte eine zentrale Einzugsstelle den Finanzausgleich sicherstellen.⁶ Auch diese Regelung zielte vornehmlich auf Konkurrenzver-

6 Das Handelsblatt kommentierte: »Auf der Finanzierungsseite läuft das AOK-Modell damit nahezu auf eine Einheitsversicherung mit zentraler Finanzverwaltung hinaus«

meidung. Wenn die Einführung des gegliederten Kassensystems in der DDR nicht verhindert werden konnte, so sollte ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich wenigstens dafür sorgen, daß kaum Anreize für einen Wettbewerb zwischen den Kassen beständen. Denn bei einem vollständigen Finanzausgleich sind Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen nur kurzfristige Ungleichgewichte: In einem System, in dem verschiedene Kassen um Mitglieder konkurrieren, entfallen somit Beitragssatzunterschiede als Wettbewerbsparameter. Und in einem System, in dem ein Nebeneinander verschiedener Kassen überhaupt erst entstehen müßte, entfallen Beitragssatzunterschiede als Anreiz zur Ausbildung unterschiedlicher Versichertengemeinschaften. Insgesamt stellten die skizzierten Regelungen des »AOK-Formulierungsvorschlags« für die anderen Kassenarten eine offene Herausforderung dar. Besonders die fehlende terminliche Konkretion für die Einführung des Gliederungsprinzips in Verbindung mit der Forderung nach der sofort zu vollziehenden und vollständigen Übernahme der DDR-Krankenversicherung durch die Ortskrankenkassen ließ die Konzeption des AOK-BV aus Sicht der Konkurrenz-kassen als unverhüllten Versuch erscheinen, für die DDR einen Monopolanspruch zu exekutieren (Interview 910421; Interview 920428).

Auch in bezug auf die medizinische Versorgungsseite waren im »Formulierungsvorschlag« des AOK-Bundesverbandes Forderungen enthalten, die sich aus Sicht der Ärzteschaft insgesamt zu einem Versuch der »Systemrevolution« addierten (Ärzte-Zeitung vom 13.6.1990). Hinsichtlich der ambulanten Versorgung hieß es beispielsweise, daß die Gesundheitseinrichtungen nicht unter den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) fallen sollten, sondern nach den Vorstellungen des AOK-BV gleichberechtigt neben den niedergelassenen Ärzten die medizinische Versorgung garantieren. Ferner sollten die KVen in der DDR nicht den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern den des eingetragenen Vereins besitzen beziehungsweise beibehalten (§ 30 Abs. 2).⁷ Weiterhin war vorgesehen,

(HB vom 4.7.1990).

- 7 Kassenärztliche Vereinigungen hatten sich in der DDR bereits als eingetragene Vereine gegründet. Durch die Anordnung zur Errichtung Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigungen vom 29.8.1990 (GBl. Nr. 59, S. 1448) wurden diese vereinsrechtlichen Gründungen bis zum 30. Juni 1991 mit der Wahrnehmung der Aufgaben einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts betraut (§ 10 der Anordnung). Eine entsprechende Regelung sah der Einigungsvertrag vor, s. § 311 Abs. 4 Buchstabe d) SGB V, laut Einigungsvertrag, Anlage I, Kapitel VIII, Sachgebiet G.

daß die Kassen an die KVen eine pauschalierte Gesamtvergütung entrichten. Polikliniken sollten die Vergütung direkt von den Kassen erhalten (§ 35 Abs. 2), deren Höhe und Struktur dabei in direkten Verträgen zwischen Kassen und Polikliniken ausgehandelt werden sollte (§ 26 Abs. 3). Des weiteren sah der Gesetzentwurf des AOK-Bundesverbandes vor, daß die Zulassung der Ärzte nach einem regionalen Bedarfsplan erfolgen müsse, der die »bestehende Versorgungslage« zu berücksichtigen habe. Schließlich wurden auch für den Arzneimittelbereich insgesamt weitreichende Forderungen formuliert, die den Krankenkassen deutlich erweiterte Regulierungsmöglichkeiten in diesem Gesundheitsbereich eröffnet hätten.⁸

Es kann nicht überraschen, daß diese Vorstellungen auf sehr scharfe Ablehnung seitens der freien Ärzteverbände und der KBV trafen. Der KBV-Vorsitzende Oesingmann warnte: »Wenn der AOK-Bundesverband derartige Vorstellungen auch nur in Erwägung zieht, setzt er seine gesamte Glaubwürdigkeit gegenüber seinen Vertragspartnern auf seiten der Kassenärzte aufs Spiel« (zitiert nach Ärzte-Zeitung vom 18.6.1990). In einer »konzertierten Aktion« äußerten zwei Tage später die FDP-Bundestagsfraktion, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ihre Sorge, daß die »DDR ihr staatliches Gesundheitswesen mit Hilfe der westdeutschen Ortskrankenkassen auf Dauer etablieren will« (Die Welt vom 21.6.1990). Der KBV-Vorsitzende Oesingmann wertete den AOK-Entwurf – mit Bezug auf den Ausschluß der Ärzte von der Arbeitsgruppe Sozialunion – sogar als Beweis dafür, daß »hinter dem Rücken der Betroffenen offenkundig unter Mitarbeit des Bundesarbeitsministeriums intern Gesetzesentwürfe für die DDR erarbeitet werden, die auf eine Abschaffung des Gebührensystems der Krankenversicherung und eine Beseitigung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen hinauslaufen« (zitiert nach Die Welt vom 21.6.1990). Der AOK-Entwurf, aus der Sicht der Ärzte

8 Die Leistungen der Apotheker und Pharmazeutischen Zentren sollten bis zur endgültigen Neuordnung pauschal vergütet werden (§ 55 Abs. 1) und Investitionen nur »in Abstimmung mit den Kassen« erfolgen (§ 55 Abs. 2). Für die Arzneimittelabgabe in Apotheken waren nach § 56 Abs. 1 das aut-simile- und das Wirtschaftlichkeits-Gebot festgeschrieben, d. h., Apotheker wurden verpflichtet, bei wirkstoffgleichen Medikamenten das billigere Präparat und zudem nur »wirtschaftliche Einzelmengen« abzugeben. Die zu Lasten der Kassen verordnungsfähigen Arzneimittel sollten in einer Übersichtsliste festgehalten werden (Positivliste). Die Übersicht war den verordnenden Ärzten zur Verfügung zu stellen (§ 58 Abs. 2). Nach Neuordnung des Arzneimittelrechts sollte eine »Weiterentwicklung auf der Basis von wirksamen Mitwirkungsmöglichkeiten der Kassen« erfolgen, wobei das »Ziel der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten« ist (§ 59 Abs. 2).

ein »strammer Marsch in Richtung Monopol« (Ärzte-Zeitung vom 18.6.1990), strebe offensichtlich an, die DDR »zum Modellversuch für ein völlig andersartiges bundesdeutsches Gesundheitswesen« zu machen (Ärzte-Zeitung vom 13.6.1990).

5.3 Die strukturstabilisierende Wirkung der Kassenkonkurrenz

Gegen die in dem AOK-Papier enthaltene Kombination aus tiefgreifenden kassenorganisatorischen und weitreichenden versorgungspolitischen Reformvorstellungen formierte sich schnell eine breite, aus heterogenen Interessenlagen gespeiste Abwehrfront. Eine Defensivkoalition aus (Zahn-)Ärzeschaft und Konkurrenzkassen, mit Unterstützung von FDP und CDU und angereichert mit der nun durch die »sozialistischen AOK-Pläne« ebenfalls alarmierten Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA),⁹ machte die Isolation der AOK nahezu perfekt. Zwar war man sich auch innerhalb des AOK-Verbandes bewußt, daß man für die Vorstellungen hinsichtlich der Gestaltung der Versorgungsstrukturen in der DDR, insbesondere für den Vorschlag direkter Vertragsbeziehungen zu den ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die »Rückendeckung durch eine andere große Kassenart«, und das hieß durch die Ersatzkassen, benötigte (Interview 911046). Eine solche Koalitionsbildung war aber durch die von der AOK zugleich verfolgte Zielsetzung in bezug auf die Kassen-Organisationsstrukturen praktisch ausgeschlossen. Denn dort, wo sich ein Akteur durch die Strategie eines anderen grundsätzlich in seinem Organisationsbestand bedroht sieht, ist ein thematisches Entkoppeln von konsensfähigen und dissentierten Entscheidungsbereichen, um zumindest im Bereich möglicher Interessenübereinstimmung beidseitige Wohlfahrtsverbesserungen zu realisieren, keine praktikable Strategie (s. allgemein Scharpf 1992). Zudem erfordert das Ausloten von vorteilhaften Kooperationsmöglichkeiten in einer auch von konkurrierenden Zielsetzungen geprägten Interessenkonstellation viel Zeit und eine institutionell abgesicherte Entkoppelung von Bereichen möglicher »absoluter Gewinne« gegenüber Bereichen ausschließlich »relativer Gewinne« (Benz 1992: 42-48; Scharpf

⁹ Zitat vom Sprecher der ABDA-Geschäftsführung, Pieck, laut Rheinische Post vom 27.6.1990.

1992: 84-91).¹⁰ Eine solche Trennung verlangt zudem oft die Anstoßkraft und Gewährleistung durch eine dritte Partei, d.h., sie bedarf zumeist staatlicher Stabilisierung. Dies sind Bedingungen, die für die Entscheidungen im Einigungsprozeß ganz offensichtlich nicht erfüllt waren. Wenn die Interessengegensätze zwischen den Kassen vollständig auf Bereiche möglicher Kooperationsgewinne zwischen ihnen durchschlugen, war dies also nur bedingt zu vermeiden. Eine solche Strategie hätte hier bedeutet, daß die Ortskrankenkassen in dem Bereich, der ihr verbandliches Kerninteresse umschrieb, nämlich der Sicherung ihrer organisatorischen Etablierung und der Akquirierung eines möglichst hohen Versichertenanteils im Beitrittsgebiet, schlicht jegliche Interessenverfolgung hätten suspendieren müssen. Eine Vorstellung, die nicht nur wegen der Einmaligkeit der Entscheidungssituation, die eine nur temporäre Suspension eben nicht zuließ, als unrealistisch angesehen werden mußte.

Die häufigen Positionswechsel des Ortskrankenkassenverbandes legen aber auch die generelle Frage nach dem Akteursstatus dieses Interessenverbandes nahe im Sinne der Fähigkeit, rational zu kalkulieren und entsprechend dieser Kalkulation absichtsvoll zu handeln.¹¹ In der Tat vollzog der AOK-BV im Verlauf des hier rekonstruierten Entscheidungsprozesses mehrmalige verbandliche Positionswechsel, die in der Zusammenschau annähernd die ganze Bandbreite vorstellbarer Strategieoptionen abdecken: Hatten die Ortskrankenkassen zunächst für sehr lange Übergangszeiträume und einen substantiellen Erhalt von Strukturen des DDR-Gesundheitswesens plädiert (Abschnitt 3.5), um dann im Zuge der Verhandlungen um den 1. Staatsvertrag doch eine schnelle Übertragung des GKV-Gliederungsprinzips zu befürworten (Abschnitt 4.6), so forderten sie nun die äußerst schnelle Übertragung *ihrer* Kassenstrukturen bei wiederum langen Übergangsphasen für die anderen Kassen und beträchtlichem Erhalt von Strukturen des DDR-Gesundheitswesens. Die Positionen waren dabei jeweils innerverbandlich umstritten, wobei die Konfliktlinien zum Teil zwischen Abteilungen, zum Teil durch unterschiedliche Zeithorizonte zwischen Geschäftsführung und Vorstand entstanden. Sie wurden wegen der zwischen BDA und DGB divergierenden Vorstellungen über

10 Zur in der Theorie internationaler Beziehungen wurzelnden »relative gains«-Debatte siehe die Beiträge von Snidal (1991) und Robert Powell (1991) sowie die Kontroverse zwischen Grieco, Snidal und Powell in *American Political Science Review* 1993 (87), 729-743.

11 Zur allgemeinen Diskussion des Akteursstatus »überindividueller Gebilde« vgl. etwa Geser (1990), Dan-Cohen (1986), Vanberg (1983, 1992); wegweisend Coleman (1974).

den Modus der Sozialunion zusätzlich in den paritätisch mit Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern besetzten Vorstand hineingetragen.¹²

Gegen den ersten Eindruck einer nahezu erratischen Strategieformulierung kann jedoch eingewandt werden, daß sich die mehrmaligen Positionswechsel des AOK-BV als durchaus angemessenes »updating« der sich rapide ändernden politischen Rahmendaten verstehen lassen. Die verbandlichen Positionswechsel bildeten nur die selbst äußerst wechselvollen politischen Bedingungen ab, unter denen die Strategieformulierung im turbulenten Vereinigungsprozeß erfolgen mußte.¹³ Die zunächst dominante Orientierung an einem weitgehenden Strukturerehalt im DDR-Gesundheitswesen erfolgte vor dem Hintergrund eines längeren zeitlichen Horizontes für die staatliche und damit auch sozialpolitische Angleichung, der auch adaptive Strategiekorrekturen zugelassen hätte. Je deutlicher eine sehr rasche staatliche Vereinigung ins verbandliche Kalkül gezogen werden mußte, desto stärker wurde die Status-quo-Orientierung wegen der hohen Unsicherheit über die Verteilungsfolgen innovativer Strategien. Dies war auch der Zeitpunkt, zu dem sich ein Konsens zwischen den verschiedenen Akteuren herstellen ließ, denn in dem Ziel der Bestandssicherung trafen sich die ansonsten heteronomen Interessenlagen (Abschnitt 4.6). Schließlich ließ sich in einem dritten Schritt *im Rahmen der nun weitgehend gesicherten Strukturübertragung* wieder eine partikulare und offensive Strategie verfolgen, die diese Strukturübertragung zum eigenen Vorteil außerordentlich forcieren wollte und nun auch die versorgungspolitische Dimension stärker akzentuieren konnte.

Eine ganz ähnliche, wenn auch nur zweischrittige Sequenz zeichnet Renate Mayntz für die Forschungspolitik im Vereinigungsprozeß nach, bei der sich bundesdeutsche Akteure nur so lange für den Erhalt ostdeutscher

12 Die unterschiedlichen Positionen von DGB und BDA wurden anlässlich der Anhörung vor dem Bundestags-Sozialausschuß zu den sozialpolitischen Passagen des 1. Staatsvertrages manifest. Der DGB plädierte dafür, die einheitliche Sozialversicherung »zunächst bis 1994 fortzuführen und in der Zwischenzeit die Organisationsreform in der Bundesrepublik zu realisieren«. Der BDA sah hierin eine »Verschiebung auf ungewisse Zeit«. Ein Beibehalten der Einheitsversicherung werde vom BDA abgelehnt. Und: »Übergangsstrukturen in der DDR dürfen nicht Präjudiz für die Bundesrepublik sein« (Zitate nach DNÄ vom 13./14.6.1990).

13 An der verwirrend wirkenden Anpassungsfähigkeit der Strategieformulierung wird allerdings auch das Trade-off-Verhältnis zwischen dieser verbandlichen Flexibilität und der Verlässlichkeit und Berechenbarkeit der Positionsformulierung deutlich und somit der Vorteil, den auch in dieser Hinsicht eine schlichte Status-quo-Orientierung besaß (siehe hierzu insbesondere Heiner 1983, 1988).

Strukturen einsetzen, »wie das für sie noch keine nennenswerten Kosten mit sich brachte, was wiederum nur so lange der Fall war, als man nicht für das gemeinsame deutsche, sondern für ein Forschungssystem zu entscheiden hatte, dem man nicht selbst angehörte« (Mayntz 1993: 52, 1992b). Unter der Bedingung einer schnellen Vereinigung einigten sich dann auch die westdeutschen forschungspolitischen Akteure rasch auf den Export ihrer etablierten Domänenabgrenzungen und somit auf die vollständige Umstrukturierung des DDR-Forschungssystems (Mayntz 1992b: 76-79). Wenn in der Forschungspolitik jener dritte, diesen Konsens partiell wieder aufkündigende Sequenzschritt fehlte, der in der Gesundheitspolitik mit dem oben skizzierten Vorstoß des Ortskrankenkassenverbandes markiert ist, so ist dies ein deutlicher Hinweis auf einen vergleichsweise hohen »institutionellen Konsens« im bundesdeutschen Forschungssystem, dem im bundesdeutschen Gesundheitswesen zwar nicht ein nur »strategische[s] Gleichgewicht« (vgl. Mayntz 1992b: 66) gegenüberstand. Aber der institutionelle Konsens war im gesundheitspolitischen Politikfeld sehr viel prekärer. Ansonsten belegen beide Politiksequenzen in nahezu perfekter Ausprägung den dualen, Zielverfolgung ermöglichenden und Erwartungssicherheit vermittelnden Charakter von Institutionen (Schimank 1992; Offe 1992: 1-14). Wenn sich etablierte Institutionensysteme, die die Zielverfolgung der Akteure erst ermöglichen, grundsätzlich herausgefordert sehen und somit die von ihnen vermittelte »Ordnungsleistung« gefährdet ist, wird der Status-quo-Erhalt selbst zum Ziel der involvierten (nicht der ausgeschlossenen) Akteure (Abschnitt 6.2).

Die durch das AOK-Positionspapier ausgelöste öffentliche Auseinandersetzung zeigte innerverbandlich schnell Wirkung, denn mit zunehmender gesundheitspolitischer Isolierung wuchsen die Befürchtungen über nachteilige Auswirkungen auf das vorrangige verbandliche Ziel: die rasche organisatorische Etablierung in der DDR (Interview 921046). Dabei war es schließlich nicht die hochkontroverse Frage der Gestaltung der Übergangsstrukturen in der DDR-Krankenversicherung, die seitens der Ortskrankenkassen revidiert wurde: Statt dessen vollzog der AOK-Vorstand Anfang Juli in den *versorgungspolitischen* Fragen eine erneute »Wende um 180 Grad« (Ärzte-Zeitung vom 2.7.1990). Der am 2. Juli verabschiedete abschließende Verbandsentwurf für ein Kassenerrichtungsgesetz sah nun u.a. die Vergabe eines einheitlichen Sicherstellungsauftrags an die Kassenerztlichen Vereinigungen vor. In den Leitlinien des Entwurfes bekannte sich die AOK ausdrücklich zur Förderung der Niederlassung von Ärzten in Einzel- oder Gruppenpraxen. Der Übergangscharakter einer Beteiligung der Polikliniken und Ambulatorien an

der Sicherstellung der medizinischen Versorgung wurde jetzt betont (vgl. Ärzte-Zeitung vom 2.7.1990). Als Abweichung vom bundesdeutschen Kassenarztrecht war lediglich vorgesehen, daß die Ärzte in Polikliniken und Ambulatorien wie niedergelassene Ärzte stimmberechtigte Mitglieder der KVen werden. In Fragen der Kassenstrukturen hingegen wurden die meisten der ursprünglichen Forderungen (sofortige Übernahme der Sparte Krankenversicherung durch die Ortskrankenkassen; kein verbindlicher Termin für die Einführung des Gliederungsprinzips; später ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich usw.) aufrechterhalten.

Wenn sich damit bereits abzeichnete, daß die bundesdeutsche Ärzteschaft ihr im Vereinigungsprozeß vordringlichstes Ziel, das KV-Sicherstellungsmonopol im Beitrittsgebiet, würde erreichen können, so war damit zwar die faktisch vorherrschende ambulante Versorgungssituation in der DDR auf den Kopf gestellt, bei der im Sommer 1990 knapp 400 privat niedergelassene Ärzte einer Zahl von über 20.000 an ambulanten Gesundheitseinrichtungen tätigen Ärzten gegenüberstanden (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ambulant tätige Ärzte in der DDR 1965-1989

Jahr	Ambulant tätige Ärzte	Einwohner je Arzt	darunter Ärzte in eigener Niederlassung	Anteil in %
1965	7.270	1.740	2.524	35
1970	10.690	1.375	1.888	18
1975	15.260	1.020	1.308	9
1980	16.730	950	863	5
1985	18.380	880	502	3
1988	21.120	790	367	2
1989	20.840	808	340	2

Quelle: SVR KAIG (1991: 117).

Dieses Politikergebnis war aber ein getreues Abbild der vorherrschenden gesundheitspolitischen Interessenkonstellation. Dabei waren die Ärzte weniger diejenigen, die die Kassen aktiv gegeneinander ausspielten, wie es vornehmlich in der Wahrnehmung verbandlicher Interessenvertreter erschien (Interview 911046; Interview 900127), als vielmehr passive Profiteure der gegen-

seitigen Blockierungen zwischen den Kassen. Die Kassen konzentrierten sich auf ihr jeweiliges verbandliches Primärinteresse und stellten deswegen entweder eigene Reformvorstellungen hintan, um die aus ihrem Interesse an einer *unveränderten* Übertragung bundesdeutscher Strukturen angestrebte Koalition mit der Ärzteschaft nicht zu gefährden.¹⁴ Oder sie revidierten – wie im Fall der Ortskrankenkassen – ihre ursprünglichen versorgungspolitischen Reformvorstellungen, um den aus ihrem Interesse an einer *veränderten* Übertragung bundesdeutscher Strukturen resultierenden Konflikt mit den Konkurrenzassen nicht durch eine zusätzliche Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft zu erschweren. Im Gegensatz zur zunächst dominanten Vorstellung bot die Wiedervereinigung also nicht die Chance zur Behebung von seit langem beklagten GKV-Strukturdefiziten, sondern die Entscheidungen über den gesundheitspolitischen Angleichungsmodus wurden von eben diesen Strukturen – wie hier der Kassengliederung – nachhaltig geprägt. Nur aus einer Position heraus, die von den strukturellen Voraussetzungen ihrer Durchsetzung abstrahiert, konnte es erscheinen, als stünden vorherige Politikentscheidungen mit der Vereinigung unterschiedslos zur Disposition. Doch die Vereinigung war alles andere als eine »geschichtslose« Entscheidungssituation. Vielmehr zeigte sich an dem baldigen Scheitern reformerischer Intentionen in der Gesundheitspolitik die stark einschränkende Wirkung vorhergehender, mittlerweile institutionell geronnener Politikentscheidungen auf den jetzt noch zulässigen Optionenraum im Sinne von »policy feedbacks«.¹⁵

Die Vergabe des ungeteilten Sicherstellungsauftrags an die KVen war von großer strategischer Bedeutung. Nicht etwa, weil damit die sofortige Zerschlagung der poliklinischen Strukturen möglich gewesen wäre. Diese Strategie wollte und konnte auch die KBV wegen der zunächst weiterhin zentralen Bedeutung der Polikliniken für die medizinische Versorgung in der DDR nicht verfolgen. Vielmehr konnten die KVen, ausgestattet mit dem Sicherstel-

14 So besonders prägnant in einem Interview: »Wir konnten die Idee mit den Ambulatorien nicht so entwickeln, wie wir eigentlich wollten. Denn damit wären wir der Ärzteschaft in die Quere gekommen, die aber – wenn auch aus ganz anderen und unseren teilweise entgegengesetzten Motiven – für eine 1:1-Kopie des westdeutschen Gesundheitssystems eintrat. Dieses Interesse der Ärzteschaft war unser ›Schiffchen‹, unsere ›Fähre‹, mit dem wir auch unser Anliegen der Einführung eines gegliederten Kassenwesens drüben verfolgen konnten« (Interview 900142).

15 Siehe hierzu die ausführliche Diskussion bei Pierson (1992, 1993). Vergleiche auch die bereits oben zitierten Ausführungen von Stinchcombe (1968) und Krasner (1984, 1988).

lungsauftrag, als zentrale Steuerungsinstanzen für einen kontrollierten »Substitutionsprozeß« von den ambulanten Gesundheitseinrichtungen zu den in privater Praxis niedergelassenen Ärzten fungieren. In Umkehrung der ursprünglich vorherrschenden Vorstellung, daß die Niederlassung nur dort gestattet werden sollte, wo Lücken in der medizinischen Versorgung durch bestehende Gesundheitseinrichtungen auftreten, kristallisierte sich nun mehr und mehr heraus, daß es umgekehrt zum Zwecke der »schrittweisen Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik mit privaten Leistungserbringern« (Art. 22 Abs. 2 1. Staatsvertrag) darauf ankam, mit zunehmender Niederlassung den Versorgungsanteil der Gesundheitseinrichtungen »entsprechend zu verringern«.¹⁶ Daß dieser Substitutionsprozeß sich schließlich außerordentlich schnell und umfassend vollziehen sollte (siehe Wasem 1992), war zu diesem Zeitpunkt noch für keinen der gesundheitspolitischen Verbände absehbar.

Wenn sich zwischen Ersatz- und Ortskrankenkassen kein versorgungspolitischer Interessenskonsens bei genereller Organisationskonkurrenz herstellen ließ, so sollte sich auch wenig später zwischen Betriebs- und Ortskrankenkassen eine versorgungspolitische Koalitionsbildung als unmöglich erweisen. Als die Betriebskrankenkassen Ende Juli ein eigenes Konzept vorlegten, das sich den Erhalt der Betriebsambulatorien als »bedeutenden Träger« der ambulanten medizinischen Versorgung zum Ziel machte (HB vom 25.7.1990), wirkte dieser Vorstoß auf die Ortskrankenkassen nicht nur »nicht ermutigend« (Interview 921046), sondern sogar eher bedrohlich, weil die BKK-Initiative aus Sicht der AOK vornehmlich als kassenpolitische Expansionsstrategie eingeschätzt wurde, die den eigenen verbandlichen Interessen entgegenstand.

16 So der im Einigungsvertrag formulierte § 311 SGB V, laut Einigungsvertrag vom 31.8.1990, Anlage 1, Kapitel VIII. Hiermit war die genaue Umkehrung des Prozesses eingeleitet, der mit der Anordnung über die Niederlassung der Ärzte vom 23.2.1949 in der DDR seinen Anfang genommen hatte. In § 1 dieser Anordnung war festgehalten worden, daß eine Niederlassungserlaubnis nur »unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, das Netz der öffentlichen Behandlungsstellen zu verstärken«, zu erteilen sei (vgl. Frerich/Frey 1993: 211). Zumindest für einige Ärzteguppen folgte also nun nach der »Zwangskollektivierung« eine »Zwangsprivatisierung«.

5.4 Die »Ambulatorienfrage«

In der sich mit der Angleichung der beiden Gesundheitssysteme stellenden »Ambulatorienfrage« zeigte sich nun auf seiten der Kassen die Wirkkraft eines über 40 Jahre währenden Gewöhnungsprozesses an das kollektivvertraglich regulierte Versorgungssystem der bundesdeutschen GKV. In ihm waren Eigeneinrichtungen der Kassen mittlerweile zu einem »Fremdkörper« geworden. Hinsichtlich der ambulanten Gesundheitseinrichtungen des DDR-Gesundheitswesens fanden die bundesdeutschen Kassen nur zu einer zwischen Konzeptlosigkeit und Ablehnung schwankenden Haltung. Der frühen sozialdemokratischen Forderung nach der »obligatorischen« Übernahme der Gesundheitseinrichtungen durch die Krankenkassen (Dreßler 1990: 15 a.F.; Abschnitt 3.2) fehlte schlicht ein Adressat. Sie traf bei den Ärzten – erwartungsgemäß – auf vehemente Ablehnung, bei den Kassen überwiegend auf ein »wohlwollendes Desinteresse«.

Die Ambulatorienfrage war – anders etwa als das Gliederungsprinzip oder die Frage der Besetzung der Selbstverwaltungsorgane – weniger parteipolitisch kontrovers als vor allem zwischen Kassen und Ärzten hochgradig konfliktbeladen. Dafür ist die besondere Geschichte des Ärzte-Kassen-Konflikts in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich. Denn Gründungen von Kasseneigeneinrichtungen, in denen mit angestellten Ärzten die medizinische Versorgung der Versicherten gewährleistet wird, waren vornehmlich in der Zwischenkriegszeit in Reaktion auf Ärztestreiks und dem daraus regelmäßig folgenden »vertragslosen Zustand« vorgenommen worden. Insbesondere nach dem großen Berliner Ärztestreik vom November 1923 bis Januar 1924 hatten die Kassen den Ausbau eigener Behandlungsstellen forciert (WSI 1981). Aufgrund dieses Gründungskontextes kam den Kassenambulatorien nie der Stellenwert einer medizinischen Versorgungsform neben anderen zu, sondern sie waren von vornherein Instrument in den zum Teil sehr leidenschaftlich geführten Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Kassen. Sie waren Mittel der Konfliktaustragung und als solches selbst auch prominenter Konfliktgegenstand. Die ausgesprochen allergischen Reaktionen ärztlicher Interessenverbände auf jegliche Initiativen zur Ausbildung kasseneigener Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich erklären sich daraus, daß den Kasseneinrichtungen aus ärztlicher Perspektive in dem Ärzte-Kassen-Konflikt allein die Funktion von »Streikbrecherbuden« zukam (WSI 1981: 157).

Denn in einem Versorgungssystem, das strikt auf das Sachleistungsprinzip

ausgerichtet ist, bilden Kasseneigeneinrichtungen eine wichtige Quelle der Gegenmacht gegenüber der organisierten Ärzteschaft. Waren die Krankenkassen ärztlichen Streiks lange weitgehend schutzlos ausgeliefert, entweder weil die in der RVO kodifizierte Sachleistungspflicht ein staatliches Zwangsschlichtungsverfahren veranlaßte, in dem den ärztlichen Interessen meist weitgehend entsprochen wurde, oder weil die Sachleistungspflicht die Kassen dazu zwang, die im Falle eines Streiks privat liquidierten, und d.h. sehr teuren Arztrechnungen ihrer Versicherten zu begleichen, so erweiterten die Eigeneinrichtungen die Verhandlungsautonomie der Kassen beträchtlich. Mit ihnen lief die zuvor äußerst effektive ärztliche Streikdrohung weitgehend ins Leere. Es war dieser bedeutende machtpolitische Aspekt, der Diskussionen über die medizinische Sachgerechtigkeit oder die ökonomischen Vorteile eines integrierten medizinischen Versorgungsmodells durch Ambulatorien entweder ganz verdrängt oder nachhaltig geprägt hat. Standen die Eigeneinrichtungen der Kassen somit von vornherein im Zentrum des Konflikts mit der Ärzteschaft, so erklärte sich die besondere Vehemenz der Auseinandersetzung um die Ambulatorien in der Weimarer Republik auch dadurch, daß der Konflikt um die Kassenambulatorien mit einer kritischen Phase ärztlicher Professionsbildung zusammenfiel (Döhler 1987: 18-22). Denn zu den wichtigsten Stationen in der Herausbildung der ärztlichen Profession in Deutschland gehörte die Durchsetzung der »freien Arztwahl«. Somit befürchteten die Ärzte von Ambulatorien nicht nur eine materiell bedeutsame Verschiebung im Machtgleichgewicht zwischen Kassen und Ärzten, sondern sie sahen den ärztlichen Professionsstatus als solchen gefährdet.

Daß die Versicherungsanstalt Berlin (VAB), die auf sowjetische Militär-anordnung geschaffene Einheitsversicherung, nach dem Kriege an die besonders in Berlin ausgeprägte Versorgung durch Kassenambulatorien anknüpfte (Reidegeld 1982: 110; WSI 1981: 500 ff.), verhalf schließlich einer argumentativen Frontstellung zur Ausbildung, die sich im ärztlichen Professionsgedächtnis nachhaltig festsetzte und im deutschen Einigungsprozeß erneut belebt wurde. Der Kampf der Berliner Ärzte gegen die VAB und ihre Gesundheitseinrichtungen war als sozialpolitische Variante des Kalten Krieges inszeniert worden. Die mit der Berliner Versicherungsanstalt realisierte Kombination aus Einheitsversicherung und Versorgung durch Kassenambulatorien eignete sich besonders dazu, den Interessenkonflikt zwischen Kassen und Ärzten ideologisch zu überhöhen und die VAB als ein »trojanisches Pferd des Ostens« zu diskreditieren (zitiert nach WSI 1981: 504). Insbesondere die Ambulatorien wurden als »aus dem östlichen Geist entsprungene Institutio-

nen« und als »Rückschritt im Heilwesen« geißelt. Sie – so hieß es – werden »auch von der Mehrzahl der Bevölkerung nicht gewünscht ..., weil sie einem autoritären politischen System entsprechen« (Zitate nach Reidegeld 1982: 134). Wenn die niedergelassenen Ärzte in Westdeutschland bis heute die Erbringung ambulanter Leistungen erfolgreich monopolisieren konnten (Rosewitz/Webber 1990: 37), stellte sich für sie mit der deutschen Einigung nun die Frage, »ob der jahrzehntelange Kampf der Kassenärzte ... umsonst war?« (Ärzte-Zeitung vom 29.3.1990).

Doch wie sich zeigen sollte, waren diesbezügliche Sorgen übertrieben. Zunächst war es der absolute Vorrang, den die schnelle organisatorische Etablierung auf dem Gebiet der DDR im Zielkatalog aller Krankenkassen besaß, der dafür verantwortlich war, daß sie neue gesundheitspolitische Konzeptionen entweder gar nicht oder nur außerordentlich halbherzig aufgriffen. »Wir hatten lange mit uns selbst genug zu tun gehabt, als daß wir uns auch noch um diese Strukturen hätten kümmern können« (Interview 921046). Die versorgungspolitische Abstinenz der Kassen war aber nicht nur durch aktuelle Handlungszwänge begründet, sondern hatte weiter zurückreichende Ursachen. Sie erklärt sich auch durch die Prägekraft des kollektiv-vertraglichen Regulierungsmodells in der GKV, das seit der 4. Brünningschen Notverordnung von 1931 ihr dominanter Modus der Ressourcenverteilung und der Steuerung des medizinischen Leistungsgeschehens ist. Die auch nach 1945 fortgeltende Dominanz der kollektivvertraglichen Regulierungsform in der Bundesrepublik hat andere Formen der medizinischen Versorgung zu mittlerweile weitgehend »verschütteten Alternativen« (WSI 1981) werden lassen. Die Zerschlagung der Ambulatorien unter den Nationalsozialisten und die vehemente Bekämpfung der eher spärlichen Anknüpfungsversuche an die gewaltsam unterbrochene Tradition dieser Versorgungsform in der Nachkriegszeit haben dazu geführt, daß den Kassen heute jegliche »Organisationserfahrung« fehlt, »die damit einhergeht, daß man selbst soziale Dienstleistung erbringen muß oder doch jedenfalls selbst inhaltlich über die Güte einer Sachleistung ... zu entscheiden hat« (WSI 1981: 186).

Generell wird das vielschichtige Vertragssystem mit der Ärzteschaft aus Kassensicht aber auch als »bewährt« eingeschätzt. Regulationsdefizite fallen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Wahrnehmung vieler Kassenvertreter eher mit Defiziten in den kollektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten zusammen: Die im Krankenhausbereich und im Pharmasektor lange Zeit ungebremste Kostenentwicklung, die im Kontrast zur in den achtziger Jahren insgesamt gelungenen ärztlichen Honorarzurückhaltung steht (s. Berg

1986), wird als Beweis des Mangels *an* und nicht als Beweis des Mangels *der* kollektivvertraglichen Regulierungen gewertet. Diese auch im BMA geteilte Einschätzung hat eine Politik motiviert, die Verpflichtungsfähigkeit von Verbänden des Pharma- und Krankenhausesektors auszuweiten und ihre funktionale Monopolisierung zu verstärken, also die Voraussetzungen für kollektivvertragliche Regulierungen auch in diesen Bereichen zu fördern (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a).¹⁷ Noch andere Aspekte verbuchen die Kassen als Positiva des bestehenden Systems. Beispielsweise sehen sich die Kassen in dem herrschenden Modell von der hoch konfliktiven Frage der Honorarverteilung innerhalb der verschiedenen Ärzteguppen entlastet. Zudem besteht durch ärztliche Konkurrenz ein innerärztliches Interesse an Wirtschaftlichkeitskontrollen und an einer fortschreitenden Rationalisierung von Praxisabläufen. Insgesamt bringt das bestehende über Verträge gesteuerte Modell ambulanter Versorgung auch aus Sicht einiger Kassenvertreter Rationalisierungseffekte mit sich, die mit angestellten Ärzten, die in Kasseneigeneinrichtungen die medizinische Versorgung der Versicherten erbringen, nicht zu realisieren wären (Interview 900245).

Wie sehr sich die Kassen mittlerweile von der Vorstellung entfremdet hatten, mit Eigeneinrichtungen auch direkt für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich zu sein, wurde in mehreren Interview-Äußerungen offensichtlich. In ihnen wurde das Erbringen medizinischer Dienstleistungen durch Kasseneigeneinrichtungen sogar als »völlig systemfremd« bezeichnet (Interview 920428).¹⁸ Bei den Innungskrankenkassen traf die Vorstellung der Übernahme bestehender Gesundheitseinrichtungen schon allein deswegen auf »totale Ablehnung« (Interview 920428), weil die direkte Versorgung der Patienten in Kasseneinrichtungen von den Innungen immer schon als manifeste Bedrohung des potentiellen Marktsegments und damit des

17 Bzw. dort, wo diese Korporatisierungsstrategie scheiterte – also insbesondere im Arzneimittelbereich – diesen Sektor der direkten Regulierung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen zugänglich zu machen (vgl. Döhler/Manow-Borgwardt 1992a und Manow-Borgwardt 1992).

18 Rückblickend wird hier angesichts der im Einigungsvertrag festgeschriebenen fünfjährigen Übergangszeit für die in der DDR bestehenden Gesundheitseinrichtungen sogar bedauert, daß man »nicht einen deutlicheren Schnitt gemacht hat«. Wie im Bereich der Währungs- und Wirtschaftspolitik hätte man auch im Gesundheitswesen »eine Art Crash-Kurs einschlagen sollen. Die Gelegenheit dazu war doch außerordentlich günstig – je schneller das geht, um so besser für alle Beteiligten« (Interview 900245).

Einkommens und freiberuflichen Status der gesundheitsbezogenen Handwerksberufe wie der Optiker, Hörgeräteakustiker oder Orthopädisten verstanden wurde.¹⁹ Die Ersatzkassen hingegen »sind überregional tätig und identifizieren sich nicht mit Eigeneinrichtungen vor Ort« (Interview 920428). Darüber hinaus hatten die Ersatzkassen nicht nur keine unmittelbaren Erfahrungen mit Eigeneinrichtungen, sondern – im Unterschied zu Orts- oder Betriebskrankenkassen – hatten sie in ihrer Verbandsgeschichte diese Versorgungsform auch nie praktiziert. Nach dem verbandlichen Selbstverständnis der Angestelltenkassen, das noch heute aus der Binnensicht im »Spannungsfeld zwischen privater Krankenversicherung und RVO-Kassen« verortet wird (Fiedler 1989: 245), hatte für sie die Kostenerstattung immer eine größere Rolle gespielt als das Sachleistungsprinzip (Schulin 1989; m.w.N.). Deswegen stehen den Ersatzkassen Vorstellungen über eine Eigenerbringung medizinischer Dienstleistungen durch die Kasse noch ferner, als dies bei den anderen ehemaligen RVO-Kassen ohnehin schon der Fall ist.

So hatten die Ersatzkassen in der Zeit der großen Ärztestreiks (1900 bis 1913; 1920 bis 1924) nie den Aufbau eigener Versorgungsformen zur Verminderung der Abhängigkeiten von den medizinischen Leistungserbringern betreiben müssen.²⁰ Nicht nur unterlagen die Ersatzkassen nur in beschränktem Maße der in der RVO normierten Sachleistungspflicht (Schulin 1989, insbesondere 34-58), die überhaupt erst den Streik zu einem so durchsetzungskräftigen Machtmittel der Ärzteschaft hatte werden lassen.²¹ Zudem war die weitgehende Eingliederung der Ersatzkassen in die RVO erst zu

-
- 19 Die bislang letzten Beispiele für die Auseinandersetzung um die direkte Erbringung medizinischer Dienstleistungen durch Kassen waren Klagen gegen die Brillenabgabestellen der AOK Düsseldorf und der AOK Leer, die von den jeweiligen regionalen Verbänden der Augenoptiker angestrengt wurden. Vielfache rechtliche Interventionen waren zuvor auch schon von den Augenoptiker-Innungen erfolgt (vgl. WSI 1981: 547-597).
 - 20 Zudem waren die Ersatzkassen zu dieser Zeit eine eher unbedeutende kleine Kassenart mit bspw. 1,46 Mio. Mitgliedern im Jahr 1929 = 6,5% Anteil an allen GKV-Versicherten (Angaben nach Tennstedt 1977: 116; s. auch übereinstimmend Schubert 1932: 206). Zum Vergleich 1990: 12,6 Mio. Versicherte, Anteil an den GKV-Mitgliedern insgesamt 37,7%, nach (BMG 1991: 172).
 - 21 Sie unterlagen der Sachleistungspflicht erst seit dem Inkrafttreten der RVO 1914 in bezug auf ihre *versicherungspflichtigen* Mitglieder. Die Sachleistungspflicht bezog sich jedoch auch nach 1914 nicht auf die *versicherungsberechtigten* (i.e. freiwilligen) Mitglieder der Ersatzkassen (Schulin 1989). Der Anteil der freiwilligen Mitglieder lag in den zwanziger Jahren bei etwa einem Drittel (vgl. Zahlen bei Schubert 1932: 207, Anlage V).

einem Zeitpunkt erfolgt,²² als der Ärzte-Kassen-Konflikt mit der 4. Brüning-schen Notverordnung vom 8.12.1931 eine durch das Sicherstellungsmonopol der KVen, durch Kollektiv-Verträge zwischen Ärzten und Kassen, durch die Bezahlung nach Kopfpauschalen und verbindliche Verhältniszahlen definierte Gleichgewichtslösung gefunden hatte, die auch für die Bundesrepublik maßgebend bleiben sollte. Und zeitgleich mit der im Zuge der nationalsozialistischen Vereinheitlichungsbestrebungen (vgl. Prinz 1986, 1991) verfolgten Beseitigung des rechtlichen Sonderstatus der Ersatzkassen²³ war unter den Nationalsozialisten auch die Zerschlagung der Polikliniken und Ambulatorien der Kassen betrieben worden (WSI 1981).

Der einzige Kassenverband, der im Zuge des deutsch-deutschen Vereinigungsprozesses die Übernahme ambulanter Gesundheitseinrichtungen in eigene Trägerschaft in Erwägung zog, war der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB). Das Engagement der Betriebskrankenkassen zielte auf das betriebliche Gesundheitswesen der DDR. Jedoch erst vergleichsweise spät, Ende Juli, hatten die BKKs ein Konzept öffentlich vorgestellt, das sich den Erhalt von Ambulatorien und poliklinischen Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens als einem »bedeutenden Träger der medizinischen Versorgung in der DDR« zum Ziel machte (Schönbach 1990; BdB 1990,

22 Mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung (Aufbaugesetz) vom 5.7.1934 (RGBl. I, S. 577) waren die Ersatzkassen erstmals als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung genannt worden. Sie wandelten sich mit den verschiedenen Durchführungsverordnungen zum Aufbaugesetz von Versicherungseinrichtungen des privaten Rechts zu Körperschaften des öffentlichen Rechts (15. Durchführungsverordnung zum Aufbaugesetz vom 1.4.1937, RGBl. I, S. 439) und unterlagen nun der Rechtsaufsicht des Reichsversicherungsamtes (Aufbaugesetz § 4); vgl. Scheur (1967: 91-93), Wigge (1992).

23 Es ist ein weiteres Beispiel für die an kontra-intentionalen Effekten reiche Geschichte der deutschen Sozialversicherung, daß mit der nationalsozialistischen Gesetzgebung, die auf die Einflußminderung bis Beseitigung der Angestelltenkassen zielte, der Anfang zu ihrem signifikanten Bedeutungszuwachs gelegt wurde (Scheur 1967: 93; Prinz 1986: 295-296). Scheur nennt als Grund für den bedeutenden Mitglieдерzuwachs der Ersatzkassen unter dem nationalsozialistischen Regime die im Vergleich mit den anderen Kassenarten größere Handlungsautonomie ihrer Selbstverwaltungsorgane (Scheur 1967: 93). Zusätzlich mag es eine Rolle gespielt haben, daß nach der »Säuberung« der Selbstverwaltung von Gewerkschaftlern und Sozialdemokraten insbesondere bei den Ortskrankenkassen die Kassenstellen extensiv zur Versorgung »verdienter Kämpfer« genutzt wurden. Unzutreffend ist die Darstellung bei Wigge, die in der Weimarer Zeit erstmals deutlich herausgebildete Angestelltengesetzgebung habe unter den Nationalsozialisten eine bruchlose Fortführung erfahren (Wigge 1992: 105).

1990a). Abgesichert war das BKK-Konzept durch Ergebnisse einer vom Bundesverband in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage über die Patientenzufriedenheit mit dem betrieblichen Gesundheitswesen (vgl. Schönbach 1990: 432; Tabelle 4) und durch betriebswirtschaftliche Gutachten über verschiedene Trägerschaftskonzepte, die eine Herauslösung aus den Betrieben und eine eigenständige Weiterführung der Gesundheitseinrichtungen gewährleisten sollten (vgl. Kahnert 1990).

Die Realisierungschancen der gesundheitspolitischen Konzeption der Betriebskrankenkassen schienen insbesondere wegen ihrem »fit« mit »existenziellen Interessen in der DDR« (BdB 1990a: 2) zunächst recht gut. Vor allem schien das BKK-Konzept Antworten auf die Probleme derjenigen Ärzteguppen bieten zu können, für die die Aussicht auf eine Niederlassung insgesamt wenig attraktiv war, insbesondere also für ältere und/oder in Teilzeit beschäftigte Ärzte und Ärztinnen. Dabei zielte das BKK-Konzept auf die Polikliniken²⁴ und Ambulatorien²⁵ großer Betriebe, die diese ab einer Zahl von 2.000 (Ambulatorien) bzw. 4.000 Mitarbeitern (Poliklinik) vorzuhalten verpflichtet waren.²⁶ Das waren zuletzt im Jahr 1989 154 Betriebspolikliniken und 364 Ambulatorien, zwischen einem Viertel und einem Drittel aller ambulanten Gesundheitseinrichtungen (siehe Tabelle 4).

Sowohl von der Zahl der Einrichtungen als auch von den Beschäftigtenzahlen und der Inanspruchnahme her deckte das sogenannte Betriebliche Gesundheitswesen (BGW) zwischen einem Viertel und einem Fünftel der gesamten ambulanten Versorgung in der DDR ab (Vgl. SVR KAIG 1991: 114-123). Zählt man die 3.000 Arzt- und Schwesternsanitätsstellen hinzu, waren im Betrieblichen Gesundheitswesen der DDR insgesamt 4.000 Ärzte und Zahnärzte und rund 16.000 weitere Mitarbeiter beschäftigt (SVR KAIG 1991: 120). Dabei war für die betrieblichen Ambulatorien und Polikliniken das von

24 Das sind Gesundheitseinrichtungen, die mindestens sechs verschiedene Fachabteilungen (inklusive einer zahnärztlicher Abteilung), ein Labor und eine Apotheke umfaßten.

25 Das sind Gesundheitseinrichtungen, die drei bis fünf Fachabteilungen (inklusive einer zahnärztlicher Abteilung) und ein Labor umfaßten.

26 Der Aufbau des betrieblichen Gesundheitswesens war bereits unter der sowjetischen Militäradministration zügig erfolgt; vgl. insbesondere den SMAD-Befehl Nr. 234 vom 9.10.1947, der in Punkt 11 den Aufbau von Sanitätsstellen und Betriebspolikliniken (hier noch ab einer Betriebsgröße von 5000 Beschäftigten) vorsah. Detailliertere Vorgaben wurden mit der Verordnung über die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten... vom 16.10.1947 erlassen. Beide Regelungen sind dokumentiert bei Lehmann (1949: 263-265). Als aktuellere Bestimmung vgl. die Verordnung über das Betriebs-Gesundheitswesen vom 11.1.1978 (GBl. Nr. 4, S. 61).

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertretene Konzept, das ihre Umwandlung in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften vorsah, schon aufgrund ihrer Größe weitgehend realitätsfern.

Tabelle 4: Einrichtungen und Beschäftigung des Gesundheitswesens der DDR insgesamt und des Betriebsgesundheitswesens 1989

1989	Polikliniken	Ambulatorien	ambulant tätige Ärzte	Mitarbeiter
insgesamt	626	1.020	20.840	160.000
Betriebsgesundheitswesen	154	364	4.000	16.000
Anteil in %	24,6	35,7	19,2	10

Quelle: SVR KAiG (1991: 114-121).

Das Modell einer Poliklinik GmbH war besonders auf die Interessen der im betrieblichen Gesundheitswesen tätigen Ärzte und Ärztinnen zugeschnitten. Ihr relativ hohes Durchschnittsalter und der ebenfalls relativ hohe Frauenerwerbsanteil, verbunden mit einem vor allem bei den Ärztinnen hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigungen, machten eine Niederlassung in privater Praxis für diese Beschäftigtengruppen wenig attraktiv bis nahezu ausgeschlossen. Deswegen sah das BKK-Modell mit einer Kapitalbeteiligung des Betriebes bzw. der Betriebskrankenkasse von bis zu 40%, einer ärztlichen Eigenbeteiligung von bis zu 20% (gesamte Ärztegemeinschaft) und der Kapitalbeteiligung anderer, externer Investoren (ebenfalls bis zu 40%) für die beschäftigten Ärzte eine deutlich geringere Investitions- und Verschuldungslast als bei einer Niederlassung in Privatpraxis vor. Falls sich dieses Modell nicht umstandslos umsetzen lasse, könne »für eine Übergangszeit« auch an die Übernahme von Betriebs-Ambulatorien und -Polikliniken als Eigeneinrichtungen der betrieblichen Krankenkasse gedacht werden, hieß es seitens des BdB (HB vom 25.7.1990).

Die Anstellung in einer Poliklinik GmbH sollte den Ärzten eine »berufliche Existenz ohne Verschuldung sichern« (BdB 1990a: 2). In der BKK-Konzeption war vorgesehen, daß die in den Betriebsambulatorien tätigen Ärzte angestellt bleiben und von der Poliklinik GmbH ein Fixgehalt beziehen. Über die ärztliche Kapitalbeteiligung sollten die Teilhabe am und der Anreiz zum ökonomischen Erfolg der GmbH gesichert sein. Die Finanzbetei-

ligung der Kassen und externer Investoren versprach eine schnelle Verbesserung der apparativen Ausstattung, was der Poliklinik GmbH Aussicht auf eine sinnvolle Ergänzungsfunktion zu den haus- oder allgemeinärztlichen Praxen geben konnte. Da sich – so der BdB – vermutlich zuerst Ärzte, deren Niederlassung einen weniger hohen Kapitalbedarf erfordert, also praktische und Allgemein-Ärzte, zur Niederlassung entschließen würden, eröffne sich die Perspektive, daß die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen sich zu »Gebietsärztlichen Gesundheitszentren« entwickeln und in eine fachärztliche und diagnose-betonte Komplementärrolle zur Niederlassung hineinwachsen. Damit würde auch die in der Bundesrepublik seit längerem diskutierte Unterteilung nach haus- und fachärztlicher Versorgung bereits in einem ersten Schritt verwirklicht (vgl. Schönbach 1990: 434; BdB 1990: 2). Neben dieser Korrespondenz mit essentiellen ärztlichen Interessenlagen schien das Betriebskrankenkassenkonzept – so warb jedenfalls der BdB – auch im Interesse der Versicherten zu liegen, »die eine spürbar verbesserte Versorgung wünschen«, im Interesse »der Betriebe, die unnötig hohe Lohnnebenkosten vermeiden wollen«, und im Interesse »des Staates, der ein möglichst zukunftsweisendes Gesundheitswesen fördern will« (BdB 1990a: 2-3). Bei diesen nahezu allseitigen Vorzügen lag das Modell einer Poliklinik GmbH nicht zuletzt auch im Interesse derjenigen, die es verfochten: Durch eine Poliklinik GmbH – so wurde eher en passant vermerkt – könnten die Betriebskrankenkassen gegenüber der Ärzteschaft an »Vertragsautonomie« gewinnen (BdB 1990a: 2).

Ärzeschaft und Konkurrenzassen erwarteten somit von dem gesundheitspolitischen Vorstoß der Betriebskrankenkassen zu Recht keinen Vorteilsgeinn. Mit der BKK-Initiative waren gesundheitspolitische und »kassenpolitische« Motive vermengt. Denn neben den angeführten Gründen spielte für die BKKn auch die Überlegung eine Rolle, gegenüber den DDR-Sozialversicherungsexperten, denen von der »Versicherungslogik her zunächst nur die Ortskrankenkassen mit ihrer Möglichkeit zur »flächendeckenden Versorgung« nahestanden« (Interview 900127), überzeugender das Eigenrecht betrieblicher Krankenkassen begründen zu können. Zudem wurde es für den BKK-Bundesverband zunehmend wichtig, sich bei den Betrieben in der DDR bekannt zu machen (Interview 900127). Die Initiative zum Erhalt der betrieblichen Gesundheitseinrichtungen schien dafür gut geeignet. Doch obwohl strategisch geschickt eingefädelt, mit einem grundsätzlichen Bekenntnis zum »Vorrang« der Niederlassung verbunden (Schönbach 1990: 434) und komplementär zu ihr angelegt, erwiesen sich die Durchsetzungskosten der Konzep-

tion aus verbandlicher Sicht bald als zu hoch. Auch wenn das Poliklinik-Modell des BdB nicht durch zeitgleich verfolgte Reformkonzepte im Bereich der Kassenstrukturen belastet war, erfuhr es keine Unterstützung durch andere Kassen und – wie zu erwarten war – massive Ablehnung durch die Ärzteschaft. Für die Konkurrenzkassen war offensichtlich, daß die BKKs mit ihrer allein auf das Betriebsgesundheitswesen ausgerichteten Initiative nur »Kassenpolitik« betrieben (Interview 921046; Interview 920428). Und obwohl die von dem Betriebskrankenkassenverband zur Diskussion gestellten Modelle speziell auf die Interessen der in den Ambulatorien und Polikliniken beschäftigten Ärztinnen und Ärzte zugeschnitten waren, blieb auch eine nennenswerte Unterstützung von deren Seite aus. Die ohnehin erst spät erfolgten und nicht unerheblich durch das Drängen westdeutscher Akteure (Interview 900127; Interview 910421) veranlaßten Gründungen von Interessenvertretungen der in ambulanten Gesundheitseinrichtungen angestellten Ärzte²⁷ erwiesen sich als weitgehend bedeutungslos für die Poliklinikfrage im allgemeinen und für die BdB-Initiative zum Erhalt des betrieblichen Gesundheitswesens im besonderen.

Nach direkten Interventionen der KBV, die den Betriebskrankenkassen-Vorstoß als »schwerwiegenden Einbruch in das System der kassenärztlichen Versorgung durch freiberuflich tätige Kassenärzte«²⁸ wertete, lenkte der Bundesverband bald ein. Bereits einen Monat nach der Präsentation der BdB-Vorstellungen befürwortete auch Betriebskrankenkassen-Geschäftsführer Schmeinck, daß für »das Gros« der betrieblichen Polikliniken Auffanggesellschaften gegründet werden müßten (Ärzte-Zeitung vom 20.8.1990). Und damit diese Auffanggesellschaften nicht zur Keimzelle für den längerfristigen Erhalt der betrieblichen Gesundheitseinrichtungen werden würden, erklärte sich die KBV bereit, sich an einer Treuhandgesellschaft zu beteiligen, die die Rechtsträgerschaft für bspw. durch den Konkurs des Betriebes bedrohte Polikliniken übernehmen sollte. Mit der Betonung der Feuerwehrfunktion einer solchen Treuhandgesellschaft und ihrer auf die betrieblichen Einrichtungen

27 Ein »Bundesverband der Polikliniken, Ambulatorien und angeschlossenen Arztpraxen e.V.« wurde am 1. August 1990 in Potsdam gegründet (Tagesspiegel vom 1.8.1990). Ebenfalls am 1. August 1990 gründete sich eine »Kassenärztliche Vereinigung nicht-niedergelassener Ärzte« in Berlin-Treptow (vgl. DNÄ vom 6.8.1990).

28 So der KBV-Vorsitzende Oesingmann in einem Protestbrief an den BdB-Vorsitzenden Heinz vom 19.7.1990. Hier wird auch angedroht, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich »mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln gegen eine solche Entwicklung zur Wehr setzen« werde.

beschränkten Zuständigkeit wurde deutlich gemacht, worüber wohl ohnehin kaum Illusionen bestehen konnten: Eine längerfristige Stabilisierung der ambulanten Gesundheitseinrichtungen wurde mit der Treuhandkonstruktion gerade nicht angestrebt. Vielmehr sollte ihre vorrangige Aufgabe darin bestehen, die rasche Umwandlung der Gesundheitseinrichtungen in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen zu gewährleisten (HB vom 21./22.9.1990). Für ihr Treuhandkonzept fand die KBV nun auch bei den anderen Kassenverbänden Unterstützung. Deren Motivlage war offensichtlich: »Da die Betriebskrankenkassen ein Auge auf die ... Polikliniken in den DDR-Unternehmen geworfen haben, wollten die Konkurrenzassen und die KBV unbedingt den Neu-Aufbau eines betrieblichen Gesundheitswesens in der DDR verhindern« (Die Welt vom 21.9.1990).²⁹

Die in den BKK-Konzeptpapieren ursprünglich vertretenen Vorstellungen sollten nun auf einige wenige Modellversuche beschränkt werden. Mit deutlich zurückgenommenem Anspruch war nicht mehr vom Erhalt des Betrieblichen Gesundheitswesens als bedeutender Träger der medizinischen Versorgung die Rede, sondern es sollte lediglich »experimentell ermittelt [werden], ob Betriebspolikliniken eine sinnvolle Ergänzung zwischen stationärem und ambulantem Sektor sein könnten« (BdB-Vorsitzender Heinz laut Ärzte-Zeitung vom 12.11.1990). Insofern, als durch die Poliklinik-Initiative des BdB eine Reihe von großen Unternehmen auf die Betriebskrankenkassen aufmerksam geworden waren, hatte sie aus Sicht des Bundesverbandes aber auch ihren Zweck in einem gewissen Maße erfüllt (Interview 900127; Interview 910421).

Nach der Initiative der Betriebskrankenkassen wurde zuletzt auch noch ein »überraschender mitternächtlicher« Rettungsversuch für die Gesundheitseinrichtungen aus der Volkskammer unternommen.³⁰ Die CDU-Fraktion der Volkskammer hatte einen Gesetzesentwurf zur Umstrukturierung des staatlich ambulanten Gesundheitswesens, Veterinärwesens und Apothekenwesens formuliert, der ursprünglich nur verhindern sollte, daß vor der Länderbildung in der DDR kapitalkräftige Investoren »mit Wohnsitz außerhalb der DDR die genannten Räume erwerben und dadurch die medizinische Betreuung gefährden könnten, da in den meisten Kommunen andere geeignete Räume für eine

29 Anzumerken bleibt, daß eine Poliklinik-Treuhand nach der Vereinigung nicht ins Leben gerufen wurde. Denn es zeigte sich für die beteiligten Akteure bald, daß die rapide Auflösung der alten ambulanten Versorgungsstrukturen nicht durch eine solche Aufgangsgesellschaft abgepuffert zu werden brauchte.

30 Zitat nach Rundschreiben 14/1990 des Marburger Bundes vom 6.8.1990.

Niederlassung nicht vorhanden« seien (Der Kassenarzt vom 26.9.1990). In dem Volkskammerausschuß für das Gesundheitswesen wurde dieser Antrag jedoch in einigen zentralen Punkten umformuliert. Diese Umformulierung zielte darauf hin, eine Auflösung oder Privatisierung von staatlichen Gesundheitseinrichtungen außerordentlich zu erschweren oder vollkommen auszuschließen. Insbesondere machte der § 2 Abs. 4 die »Zustimmung *aller ...* Fachärzte, Fachzahnärzte oder Tierärzte« zur Voraussetzung für einen Verkauf oder eine Verpachtung von staatlichen Gesundheitseinrichtungen und schrieb weiter vor, daß auch »begründete Einsprüche der Belegschaft ... in die Entscheidungsfindung einzubeziehen« sind.³¹ Dabei war die im ursprünglichen CDU-Antrag vorgesehene Befristung des Gesetzes bis zur Konstituierung der Länderregierungen in den Ausschußberatungen ebenso gestrichen worden, wie eine ursprünglich vorgeschriebene Zweidrittel-Zustimmung der in der Einrichtung beschäftigten Ärzte nun zu dem faktisch prohibitiven Einstimmigkeitsprinzip umgewandelt worden war. Ein Einspruchsrecht der Belegschaft war in dem ursprünglichen CDU-Antrag ebenfalls nicht vorgesehen gewesen (Der Kassenarzt vom 26.9.1990).

In der veränderten Fassung wurde das Gesetz am 22. Juli von der Volkskammer verabschiedet. Nachdem im DDR-Gesundheitsministerium realisiert worden war, welche jede Umstrukturierung faktisch unterbindenden Auswirkungen das Umstrukturierungs-Gesetz haben würde, konnte die nachträgliche heftige Kritik und Intervention des Gesundheitsministers zwar die Verkündung des Gesetzes nicht mehr verhindern. Aber der Einigungsvertrag wirkte hier als ein verlässlicher Korrekturmechanismus. Letztlich wurde das Umstrukturierungs-Gesetz für das weitere Schicksal der ambulanten Gesundheitseinrichtungen bedeutungslos, weil es im Einigungsvertrag nicht als fortgeltendes Recht der DDR eingestuft wurde. Damit wurde es durch die Regelungen des Einigungsvertrags ersetzt.

Wie an diesem Vorgang ersichtlich, wurden die relevanten politischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß nicht im parlamentarischen Raum getroffen – *weder* in der Volkskammer, *noch* im Bundestag, – sondern allein auf zentraler Ebene in den Verhandlungen zwischen der Bundesrepublik und

31 Vgl. Gesetz zur Umstrukturierung des staatlichen ambulanten Gesundheitswesens, Veterinärwesens und Apothekenwesens vom 22.7.1990 (GBl. Nr. 52, S. 1049; Hervorhebung des Verf.). Vgl. auch die Diskussion in der Volkskammer (Plenarprotokoll der 24. Tagung am 13.7.1990, 1. Lesung, S. 1048-1049 und Plenarprotokoll der 2. Lesung am 22.7.1990, 27. Tagung, S. 1251-1253).

der DDR gefällt. Die Einflußnahmemöglichkeiten der Parlamente beschränkten sich auf die Ja/Nein-Option gegenüber den fertig formulierten Verträgen. Der Zuständigkeitsbereich der Volkskammer war nach dem 1. Staatsvertrag darauf beschränkt, den mit ihm vorgezeichneten Weg der Vereinigung durch die Ratifizierung der notwendigen Überleitungsgesetze zu gewährleisten. Doch auch diese Überleitungsgesetzgebung war stark exekutiv dominiert, da für sie im hohen Maße juristisches Spezialwissen über bundesdeutsche Rechtsgebiete notwendig war. Dort, wo noch Gestaltungsspielräume in der Umsetzung bestanden, herrschten also die Ministerialbürokraten und nicht die Parlamente, und es war deswegen die Exekutive, die primärer Adressat von Einflußnahmeversuchen der (gesundheitpolitischen) Interessenverbände war. Wie nachfolgend dargestellt, übernahm die Ministerialbürokratie zuweilen aber auch selbst die Rolle des gestaltenden Akteurs im weiteren Angleichungsprozeß.

5.5 Ein ministerieller Alleingang

Am 28.6. war das Sozialversicherungsgesetz von der Volkskammer verabschiedet worden, ohne daß sich in ihm die seitens der Ersatzkassen und der Freidemokraten geforderten terminlichen oder inhaltlichen Konkretisierungen zur Einführung der bundesdeutschen GKV fanden. Zur gleichen Zeit wurden die Ressortentwürfe für die weiteren Überleitungsgesetze bekannt. Dem Entwurf zur Krankenkassen-Vertragsverordnung, die die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserstellern regeln sollte, folgte nur einige Tage später der Ressortentwurf zum Kassenerrichtungsgesetz.

Im Zuge der notwendigen Überleitungsgesetze hatte das BMA die Kassenverbände aufgefordert, in Form eines Gesetzestextes mit Begründung ihre Vorstellungen über den Weg der Angleichung der unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Krankenversicherung vorzulegen. Aber während die Entwürfe der Verbände nun nur noch in Detailregelungen Abweichungen vom bundesdeutschen Recht vorsahen, wirkten die vom BMA selbst vorgelegten Entwürfe zur Kassen-Vertragsverordnung und zum Krankenhausfinanzierungsgesetz als erneuter Vorschlag zur Abweichung vom Weg einer schlichten west-östlichen Strukturübertragung. So sah der § 1 der Vertragsverordnung vor, daß die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch bestehende kommunale oder

staatliche Gesundheitseinrichtungen inklusive des Betriebsgesundheitswesens erfolgen sollte. Dies hätte – ganz analog zu den Vorstellungen im AOK-Formulierungsvorschlag – ein Splitten des Sicherstellungsauftrages bedeutet und somit direkte Verträge zwischen Kassen und Gesundheitseinrichtungen ermöglicht. Ein weiterer, umstrittener Punkt, der ebenfalls schon im AOK-Entwurf zum Kassenerrichtungsgesetz formuliert worden war, schrieb in § 5 die »Ablehnung der Zulassung« vor, wenn für »den Ort der Niederlassung im entsprechenden Fachgebiet eine angemessene ärztliche Versorgung ... gewährleistet ist«. Weiterhin waren im Bereich der Arzneimittelversorgung deutlich über die bundesdeutschen Regelungen hinausgehende Bestimmungen vorgesehen, etwa wenn mit den §§ 14 und 15 die Festlegung von Festbeträgen und Negativlisten in die alleinige Kompetenz des Gesundheitsministers gelegt wurde.

Im Zentrum der Kritik stand auch die Bestimmung des Entwurfs zum Krankenhaus-Finanzierungsgesetz, die eine staatliche Förderung von Krankenhäusern vorsah und dabei auch die an Krankenhäuser angegliederten ambulant tätigen Versorgungseinrichtungen einbezog. Diese Regelung war zwar bereits auch in einer wenig beachteten Passage des 1. Staatsvertrages vom 18. Mai als Übereinkunft der Verhandlungspartner festgehalten worden,³² doch nun schien bundesdeutschen Interessenverbänden die Revision dieser Regelung möglich. Insgesamt hätten die Bestimmungen der Vertragsverordnung in Zusammenhang mit den Förderungsregelungen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes Ambulatorien und Polikliniken in ihrer Funktion als bedeutender Träger der medizinischen Versorgung zunächst entscheidend stabilisiert.

Am 5. Juli fand im Bundesarbeitsministerium eine erste Besprechung mit den Verbänden der Leistungserbringer im Rahmen der Arbeitsgruppe Sozialunion statt, in der der Entwurf zur Vertragsverordnung im Mittelpunkt stand. Am 6. Juli wurden an die Spitzenverbände der Krankenkassen und Leistungserbringer die drei Entwürfe zur Vertragsverordnung, zum Kassenerrichtungsgesetz und zum Krankenhausfinanzierungsgesetz in marginal geänderter Fassung verschickt, mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme bis zum 10.7. und der Einladung zur Anhörung im BMA am 12. Juli, – vormittags die

32 In Art. 21 Abs. 5 des Vertrags zur Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 18. Mai 1990 (BGBl. II, S. 537) hieß es: »Die Investitionen bei stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik werden aus Mitteln des Staatshaushaltes und nicht aus Beitragsmitteln finanziert.«

Krankenkassen, nachmittags die Leistungserbringer. Hinter dem Versuch, die für den Gesundheitsbereich zentrale Regelung der Vertragsbeziehungen nicht als Gesetz, sondern auf dem Verordnungswege rechtskräftig werden zu lassen, stand die Absicht, durch ein beschleunigtes Verfahren die Einflußmöglichkeiten von Interessengruppen zu minimieren. Diesem Zweck sollte auch die sehr knappe Terminsetzung dienen. Da die Verabschiedung der Kassen-Vertragsverordnung bereits für Ende Juli vorgesehen war, beschränkte sich die Zeit, die den Verbänden zur Verfügung stand, um zu den ausformulierten offiziellen Entwürfen schriftliche Stellungnahmen zu formulieren und diese in einer Anhörung noch einmal mündlich vorzutragen, auf eine knappe Woche – was seitens der Ärzteschaft als »unglaublicher Vorgang« bezeichnet wurde (KBV-Vorsitzender Oesingmann laut DNÄ vom 11.7.1990). Zum vorrangigsten Ziel der organisierten Ärzteschaft mußte es somit gehören, die enge Terminsetzung zu lockern, d.h. darauf zu drängen, daß die Vertragsverordnung als Gesetz verabschiedet wird. Dieser Forderung schloß sich die FDP an (DNÄ vom 10.7.1990; FAZ vom 10.7.1990).

In Reaktion auf die für die westdeutsche Ärzteschaft mit weitreichenden Interessenverletzungen verbundenen Regelungen der Kassen-Vertragsverordnung wurde nicht nur scharfe öffentliche Kritik geäußert und in einer detaillierten 14seitigen schriftlichen Stellungnahme grundlegende Änderungen gefordert, die in Anhörungen sowohl im Bonner BMA als auch im Ostberliner Gesundheitsministerium vorgetragen wurden. Insbesondere erschien es nun notwendig, die drohende Entwicklung durch »Intervention auf höchster politischer Ebene« (Ärzte-Zeitung vom 9.7.1990) abzuwenden. Wie bereits zuvor bei den Verhandlungen über den 1. Staatsvertrag erwies sich das Bundeskanzleramt erneut als wichtigste Anlaufstelle für die gesundheitspolitischen Interessenverbände. In einem gemeinsamen Brief des KBV-Vorsitzenden Oesingmann und des Präsidenten der Bundesärztekammer, Vilmar, an Bundeskanzler Kohl wurde die »Bestürzung der deutschen Ärzteschaft« über die vorgelegten Gesetzesvorlagen zum Ausdruck gebracht. Die Regelungen der Vertragsverordnung – so die Ärztefunktionäre – würden einen Bestandsschutz für bisherige Versorgungseinrichtungen vor der Konkurrenz durch niedergelassene Ärzte darstellen und stünden damit in Widerspruch zum Artikel 22 des Staatsvertrages, der die schrittweise Veränderung der Versorgungsstrukturen des DDR-Gesundheitswesens in Richtung des bundesdeutschen Modells als gesundheitspolitisches Ziel formuliert hatte (DNÄ vom 13./14.7.1990; Ärzte-Zeitung vom 13./14.7.1990; HB vom 13./14.7.1990). Außerdem sei die mit der Vertragsverordnung geplante Bedarfsplanung ver-

fassungswidrig, weil sie dem Recht auf freie Berufsausübung widerspreche. Der Ärztekammerpräsident und der KBV-Vorsitzende baten in ihrem Brief schließlich um ein persönliches Gespräch beim Kanzler, um die »Sorgen der Ärzteschaft um die künftige Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in einem geeinten Deutschland« erläutern zu können.

In einem zeitgleich an Bundesarbeitsminister Blüm gerichteten Schreiben machten Vilmar und Oesingmann ihrer »Enttäuschung« darüber Luft, »daß trotz mehrfacher Ersuchen auf Beteiligung an den Gesprächen ihres Hauses ... eine Anhörung erst zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem die Beratungen zu den Gesetz- und Verordnungsentwürfen bereits weitgehend abgeschlossen sind« (dfg 28-90: 3). Deutliche Kritik an dem Vorgehen des BMA wurde auch in einer Stellungnahme der FDP-Abgeordneten Cronenberg und Thomae laut. Sie bezeichneten es als »mehr als überraschend, daß sich die Mitarbeiter des Bundesarbeitsministeriums auf ein solches Vorgehen eingelassen hätten« (FAZ vom 28.6.1990). Die Kritik der Freidemokraten an dem Ressort fand ihren Höhepunkt in einem offenen Brief des Bundesvorsitzenden Lambsdorff an Minister Blüm, in dem er die Sorge vortrug, daß durch die Politik des BMA in der DDR Zustände geschaffen würden, die die Koalition in der BRD immer mit Recht bekämpft habe und die »uns durch die Hintertür der DDR eines Tages auch in der Bundesrepublik serviert werden könnten«. In diesem Zusammenhang sprach Lambsdorff auch insbesondere die Kassen-Vertragsverordnung an, bei der man fragen müsse, ob das BMA hierzu »nur ein oder gar beide Augen schließe« (alle Zitate aus HB vom 13./14.7.1990).³³

In der Anhörung zu den Gesetzesentwürfen gingen jedoch nicht nur die Ärzte, sondern nahezu alle bedeutenden gesundheitspolitischen Verbände auf deutliche Distanz zum Ressort. Selbst die Ortskrankenkassen, die in ihrem Anfang Juni bekanntgewordenen Formulierungsvorschlag eben jene Zwei-

33 Auch bei anderen Ärzteverbänden, Kassen und Parteien fielen die Stellungnahmen zu den Gesetzesentwürfen ausgesprochen kritisch aus. Der FDP-Abgeordnete Thomae kennzeichnete die Vertragsverordnung als »beklemmendes Beispiel für den Versuch, sozialistische Strukturen im Gesundheitswesen der DDR für eine möglichst lange Zeit aufrechtzuerhalten«. Der Berufsverband Deutscher Internisten prognostizierte »eine erneute Wanderungswelle von Patienten und Ärzten nach Westen« (DNÄ vom 12.7.1990). Der Hartmann-Bund sah in der Vertragsverordnung »neue Formen von Dirigismus und Zentralverwaltung im Gesundheitswesen« verwirklicht. »Die Ärzteschaft der DDR hat sich nicht gegen ein Zwangsregime aufgelehnt, um heute erneut die von ihr angestrebte Freiberuflichkeit bedroht zu sehen« (Hartmann-Bund-Vorsitzender Thomas laut DNÄ vom 3.7.1990).

teilung des Sicherstellungsauftrages gefordert hatten, die der Verordnungsentwurf nun vorsah, distanzierten sich und forderten jetzt, daß »die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ... als grundsätzliches Prinzip in die Gestaltung der vertraglichen Beziehungen zum Zuge kommen« solle (dfg 28-90: 5). Die Stellungnahme des VdAK formulierte eine ähnliche Fundamentalkritik. Nicht nur sprach sich der VdAK für die Vergabe des unumschränkten Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen aus, in seiner Stellungnahme bezog der Ersatzkassen-Verband auch Position gegen alle weiteren Regelungen, die möglicherweise die DDR-Ambulatorien und Polikliniken stabilisieren könnten.³⁴ Wenn sich mit dem VdAK und dem AOK-Bundesverband die beiden größten bundesdeutschen Kassenarten zu prononcierten Fürsprechern eines Primats der Niederlassung und des Sicherstellungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen gemacht hatten und dem Erhalt der ambulanten Gesundheitseinrichtungen in der DDR gleichgültig bis aktiv ablehnend gegenüberstanden, fiel die Zustimmung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zum Entwurf der Vertragsverordnung kaum mehr ins Gewicht. Das BMA als Urheber der Entwürfe war weitgehend isoliert und fand auch bei den Parteien der Bonner Regierungskoalition keine politische Unterstützung.

Angesichts dieser Konstellation konnten substantielle Modifikationen an den Entwurfsformulierungen nicht ausbleiben. Nach der in Anhörungen in Ost-Berlin (11.7.1990) und Bonn (12.7.1990) vorgetragenen Kritik zeichneten sich an drei besonders bemängelten und zentralen Bestimmungen grundlegende Änderungen ab: *Erstens* sollte den KVen in den neuen Ländern nun doch ein einheitlicher Sicherstellungsauftrag zugesprochen werden. *Zweitens* sollten jetzt Zulassungen zur Niederlassung nicht mehr nur im Falle von Lücken in der ambulanten Versorgung durch die Gesundheitseinrichtungen ausgesprochen werden können, und *drittens* deutete sich an, daß die Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die staatliche Förderung von Polikliniken und Ambulatorien (§§ 5, 8 und 13 KHG) gestrichen werden würden (vgl. DNÄ vom 16.7.1990; Ärzte-Zeitung vom 16.7.1990).³⁵ Ende

34 So sprach sich der VdAK gegen eine Bedarfsplanung aus, die den bereits durch Polikliniken und Ambulatorien gesicherten Versorgungsgrad berücksichtigt. Zudem plädierte er dafür, den Gesundheitseinrichtungen lediglich knapp befristete Bestandsgarantien zu erteilen, und sprach sich auch gegen eine staatliche Investitionsförderung für ambulante Einrichtungen aus.

35 In § 5 wurde der Passus, der die Voraussetzung zur Förderung von Krankenhäusern formulierte, die sich hier auch auf »die den Krankenhäusern angeschlossenen ambulanten

des Monats wurde zudem aus dem DDR-Gesundheitsministerium signalisiert, daß aus der Kassen-Vertragsverordnung nun doch noch ein Gesetzesentwurf gemacht werden solle: »Damit könnte die Regelung kaum mehr – wie vorgesehen – in diesem Monat beschlossen werden. Vielmehr dürfte ein längeres parlamentarisches Verfahren folgen. In dessen Verlauf könnten sich für die Betroffenen noch zahlreiche Möglichkeiten zur Einflußnahme ergeben« (DNÄ vom 20./21.7.1990). Damit war auch vorgezeichnet, wie die gesetzliche Krankenversicherung betreffenden Bestimmungen des Einigungsvertrags ausgestaltet werden würden.

5.6 Der Einigungsvertrag

Der Einigungsvertrag war nun also nicht mehr Anlaß für prinzipielle sozialpolitische Kontroversen. Dies lag nicht allein daran, daß sich mit dem 1. Staatsvertrag und dem zwischenzeitlich verabschiedeten Sozialversicherungsgesetz die Bandbreite gesundheitspolitischer Anpassungsmöglichkeiten bereits entscheidend verengt hatte. Zudem war der Einfluß der Sozialdemokraten auf das Kabinett de Maizière mittlerweile spürbar zurückgegangen.³⁶ Somit war die im Zuge der Verhandlungen zum 1. Staatsvertrag noch treibende Kraft gegen eine umstandslose Aufgabe von sozialpolitischen Eigenheiten der DDR jetzt weitgehend einflußlos. Wenn nun auch seitens der westdeutschen Kassenverbände kaum noch Stellungnahmen abgegeben wurden, die Strukturabweichungen vom bundesdeutschen Modell medizinischer Versorgung forderten (Abschnitt 5.5), so beschränkte sich in den Verhandlungen über die Regelungen des Einigungsvertrages die ostdeutsche Seite vornehmlich auf die Behandlung von Niveaufragen. Forderungen nach strukturellen Alternativen wurden in keinem Bereich mehr erhoben, und eine zeitliche

ten Einrichtungen, insbesondere Polikliniken und Ambulatorien« erstreckte, gestrichen. Auch § 8 wurde dahingehend geändert, daß nun »nur Pflegeheime für eine Übergangszeit von drei Jahren zur Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit Anspruch auf Finanzierung ihrer betriebsnotwendigen Investitionen haben« (vgl. Ärzte-Zeitung vom 27./28.7.90).

36 Die Auseinandersetzungen zwischen der DDR-SPD und der Allianz für Deutschland hatten am 15.8. zur Entlassung des SPD-Finanzministers Romberg geführt, der am 19.8. der Austritt der SPD aus der Regierung de Maizière folgte. Bereits vor diesem offenen vollzogenen Bruch hatte sich der Einfluß sozialdemokratischer Positionen auf das Regierungshandeln in Ost-Berlin merklich verringert.

Streckung des Angleichungsprozesses mit ihren möglicherweise strukturkonstituierenden Folgen stand nicht mehr ernsthaft zur Debatte. Auch hier kann nicht nur der Vergleich mit dem eng verwandten rentenpolitischen Politikfeld (Abschnitt 5.7), sondern auch der mit der Forschungspolitik im Vereinigungsprozeß (Mayntz 1992b) zeigen, daß die sowohl frühzeitig als auch sehr detailliert erfolgende Festlegung des Vereinigungsweges in der Gesundheitspolitik Ausdruck eines sehr prekären institutionellen Konsenses in der Gesundheitspolitik ist.

Strittig waren zu diesem Zeitpunkt nur noch die mit der Übernahme bundesdeutschen Sozialrechts verbundenen leistungsrechtlichen Nivellierungen »nach unten«. Dabei sprach sich die ostdeutsche Verhandlungsseite gegen die sofortige Anwendung der bundesdeutschen Zuzahlungsregelungen und gegen den sofortigen Abbau von Leistungen der DDR-Krankenversicherung dort aus, wo sie über das Leistungsrecht des SGB hinausgingen. Die bundesdeutschen Zuzahlungsregelungen konnten wegen des geringeren Lohnniveaus in der DDR zunächst ohnehin nur in einem verringerten Umfang eingeführt werden, und der Einigungsvertrag bestimmte mit dem § 310 SGB V³⁷ die hierfür geltenden Staffelungssätze.³⁸ Die Beitragsbemessungsgrenze für die GKV wurde von den im SVG festgelegten 2.025 DM noch einmal auf 2.250 DM erhöht, was einer Erhöhung der Beitragsgrenze auf 3.000 DM in der Rentenversicherung entsprach. Der für zunächst ein Jahr geltende feste Beitragssatz von 12,8%, den das Sozialversicherungsgesetz vorgeschrieben hatte, wurde mit dem Einigungsvertrag erneut bestätigt, obwohl er mittlerweile über dem durchschnittlichen Beitragssatz in der Bundesrepublik lag.

Wurden diese Maßnahmen bereits in Reaktion auf die sich im zweiten Halbjahr 1990 abzeichnende stark defizitäre Finanzentwicklung in der DDR-Kranken- und Sozialversicherung getroffen, so wurden angesichts der fortschreitend problematischen Finanzlage noch eine Reihe zusätzlicher Spar-

37 Folgende Paragraphen des SGB V werden in der Fassung zitiert, wie sie mit dem Einigungsvertrag vom 31. August 1990 (BGBl. II, S. 889), Anlage I [besondere Bestimmungen zur Überleitung von Bundesrecht], Kapitel VIII [Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung], Sachgebiet G [Krankenversicherung – gesundheitliche Versorgung] formuliert worden sind und als neues Kapitel 12 in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen wurden.

38 Die meisten Zuzahlungsregelungen entfielen vollständig in den ersten sechs Monaten (also bis zum 30. Juni 1991) und wurden ab 1. Juli 1991 in verringertem Umfang eingeführt. Beim Zahnersatz betrug die Kostenerstattung bis zum 30. Juni 1992 80% (60% in den alten Bundesländern). Eine Übersicht über die Regelungen findet sich bei Baum (1990: 606-607) und in SVR KAIg (1991: 216, Tab. A 6).

maßnahmen festgeschrieben. Mit dem § 311 Abs. 1b wurde für die Dauer von drei Jahren im Beitrittsgebiet ein zunächst 55prozentiger Preisabschlag auf Medikamente erhoben, der jährlich gemäß der Relation der beitragspflichtigen Einkommen in den neuen und alten Bundesländern auf dem Verordnungsweg neu festgesetzt werden sollte.³⁹ Auch für die ärztliche und zahnärztliche Gebührenordnung, die der Abrechnung bei privatärztlicher Behandlung zugrunde liegen, wurde ein 55prozentiger Abschlag festgeschrieben. Eine weniger detaillierte Gesetzesvorgabe stellte die allgemeine Verpflichtung zur Beitragssatzstabilität dar, wobei in § 311 Abs. 1a betont wurde, daß für sie allein das Beitragsaufkommen aus dem Beitrittsgebiet maßgebend ist.

Angesichts der sich weitenden Einnahmen-Ausgaben-Lücke und der Notwendigkeit, bereits im Januar den Ärzten und ambulanten Gesundheitseinrichtungen Abschlagszahlungen auf die gewährten Leistungen zu zahlen, lebte auch die Diskussion um eine staatliche Anschubfinanzierung für die GKV erneut auf. Wegen des Einspruchs des Bundesfinanzministeriums wurde den Kassen jedoch nur die Möglichkeit eröffnet, auf dem Kreditmarkt Darlehen »bis zur Höhe von 6 Monatsausgaben« aufzunehmen (§ 313 Abs. 9 Buchstabe a) SGB V). Die Finanzzuweisung in Höhe von 2 Mrd. DM, die der GKV Anfang 1991 aus alten Beitragszahlungen zur DDR-Sozialversicherung gewährt wurde, erfolgte bereits in der Form eines rückzahlbaren Betriebsmitteldarlehens – ein Instrument staatlicher Finanzzuweisung, das seit dem Rentenreformgesetz '92 auch in der Rentenversicherung im Falle temporärer Finanzknappheit zur Anwendung kommt (§ 214 Abs. 2 SGB VI).

Nach den vorausgegangenen Debatten war es nicht überraschend, daß mit dem Einigungsvertrag der Sicherstellungsauftrag uneingeschränkt den KVen zugesprochen wurde und daß die Niederlassung nun nicht mehr von dem bereits bestehenden Versorgungsgrad abhängig gemacht wurde. Des weiteren wurde den kommunalen, betrieblichen, staatlichen oder frei-gemeinnützig geleiteten Gesundheitseinrichtungen eine zunächst auf fünf Jahre beschränkte Zulassung zur ambulanten Versorgung garantiert (§ 311 Abs. 2 SGB V), über deren Verlängerung nach diesem Zeitraum der Zulassungsausschuß »im Benehmen« (also nicht »im Einvernehmen«!) mit der zuständigen Landesbehörde und unter Berücksichtigung »des Anteils der in freier Praxis niedergelasse-

39 Diese Regelung des Einigungsvertrags wurde bald nach heftigen, u.a. in einem Arzneimittel-Lieferboykott gipfelnden Auseinandersetzungen durch das sog. Verbändemodell abgelöst. Vgl. Erstes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. März 1991 (BGBl. I, S. 792).

nen Ärzte« entscheiden soll. In dem Maße, wie sich abzeichnete, daß den KVen in der DDR der ungeteilte Sicherstellungsauftrag zugesprochen werden würde, stand mit der Frage der Besetzungsrelation zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten in den KV-Gremien jedoch noch eine Frage von einiger strategischer Bedeutung zur Entscheidung an. Durch die Verhandlungszuständigkeit der KVen für Ärzte *und* ambulante Gesundheitseinrichtungen und durch die mit der Übernahme des bundesdeutschen Sozialgesetzbuchs gleichzeitig übernommene prominente Regulierungsfunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen stand zu erwarten, daß mit der Besetzungsfrage auch das weitere Schicksal der ambulanten Gesundheitseinrichtungen entschieden würde. Dabei hätten sich die KVen bei einer Mehrheit der angestellten Ärzte in den KV-Entscheidungsgremien etwa auch zu mächtigen Interessenvertretungen der Poliklinikärzte entwickeln können. Wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch in dieser Frage bald den weitgehend ungeschmälernten Vollzug ihrer Forderungen konstatieren durfte, so lag das vor allem daran, daß die organisierte Ärzteschaft bei der Einflußnahme auf die politischen Entscheidungsinstanzen nun kaum mehr auf organisierte Gegeninteressen stieß. Da die Kassen sich vordringlich darauf konzentrierten, ihre verbandliche Etablierung in der DDR zu sichern, hatte sich faktisch eine »Arbeitsteilung der Interessendurchsetzung« zwischen Ärzten und Kassen ergeben, durch die die Ärzte in Fragen der Gestaltung der DDR-Versorgungsstrukturen zunehmend in ein Interessenvakuum vorstießen. Es waren schließlich der Marburger Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – und nicht etwa die bundesdeutschen Kassenverbände – die das Fehlen eines Akteurs, der die Interessen von Poliklinik- und Ambulatorienärzten effektiv vertreten konnte, zumindest geringfügig ausgleichen konnten. Nachdem in Zwischenentwürfen zum Einigungsvertrag den in den ambulanten Gesundheitseinrichtungen angestellten Ärzten nur eine außerordentliche, d.h. nicht stimmberechtigte und zudem auf eine Quote von 20% beschränkte Mitgliedschaft in den Organen der KVen zugebilligt und die Neuanstellung von Assistenzärzten von der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig gemacht worden war,⁴⁰ fand sich nach Interventionen von Marburger Bund und DKG im Einigungsvertrag die paritätische Vertretung in den KVen – der Zustimmungsvorbehalt für die KVen bei Neuanstellungen in den Ambulato-

40 Diese sehr restriktive Regelung, die das baldige »personelle Ausbluten« der ambulanten Gesundheitseinrichtungen garantiert hätte, fand sich in dem Krankenkassen-Vertragsgesetz in § 11 Abs. 4.

rien und Polikliniken war ganz entfallen.⁴¹ Ansonsten barg der Einigungsvertrag nun keinerlei Überraschungen mehr: Die Regelungen über den gesetzlich versicherten Personenkreis (§ 309 SGB V), über die gestaffelt einzuführenden Zuzahlungsregelungen (§ 310 SGB V), über die vertraglichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserstellern (§ 311 SGB V) und über die Organisation und Finanzierung der Kassen (§§ 312 und 313 SGB V) brachten nirgends gravierende Abweichungen vom bundesdeutschen SGB. Lediglich im Arzneimittelbereich waren über das bundesdeutsche Recht deutlich hinausgehende ministerielle Kompetenzen festgeschrieben worden.

Schließlich wurde mit dem Einigungsvertrag nun auch die gesundheitspolitische Zielvorgabe präziser formuliert. Gegenüber dem Artikel 22 des 1. Staatsvertrags, der lediglich die Verpflichtung zur »schrittweisen Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland« formuliert hatte (Hervorhebung des Verf.), lautete die Verpflichtung nun, »die Niederlassung von Ärzten in freier Praxis ... mit dem Ziel [zu fördern], daß der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird« (§ 311 Abs. 10 SGB V; Hervorhebung des Verf.). Ebenso wurde die Einführung eines gegliederten Systems bundesdeutscher Prägung in der Krankenversicherung zum 1.1.1991 nun endgültig rechtsverbindlich gemacht: Hatten noch Entwürfe zum Kassenerrichtungsgesetz dem Gesundheitsminister bis zuletzt die Möglichkeit eröffnet, den Stichtag nach hinten zu verschieben, »wenn zum 1. Januar 1991 noch nicht alle zu errichtenden Ortskrankenkassen funktionsfähig sind« (§ 46 Satz 2 Entwurf zum Kassenerrichtungsgesetz), entfiel eine derartige Regelung im Einigungsvertrag.⁴² Die

41 Die Detailregelungen wiesen jedoch einige Fußangeln auf. Da für die Vertretung der angestellten Ärzte vorgeschrieben war, daß sie sich zu 60% aus den »ärztlichen Leitern« der Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen müsse (§ 311 Abs. 4 Buchstabe c) SGB V), war bereits eine Fraktionierung der Interessenvertretung der Poliklinikärzte in die gesetzlichen Regelungen »eingebaut«. Zugleich galten die Vertretungsregeln, insbesondere auch die drittelparitätische Besetzung des Zulassungsausschusses durch einen niedergelassenen, einen angestellten und einen ermächtigten Arzt, nur bis Ende 1995, also nur genauso lange, wie auch die pauschale Zulassung für die ambulanten Gesundheitseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V galt. Über eine Verlängerung der Zulassung können also ab 1996 anders zusammengesetzte Ausschüsse entscheiden.

42 Sie war auch in der letztlich am 13.9. verabschiedeten Fassung des Kassenerrichtungsgesetzes nicht mehr vorgesehen. Die Dokumentation dieses Gesetzes bei Vollmer (1990: 115-125) ist in dieser Hinsicht ebenso fehlerhaft, wie die von ihm dokumentierte Fassung des Krankenkassen-Vertragsgesetzes (1990: 127-133), die in den §§ 2,

Stichtagsumstellung zum 1.1.1991 war irreversibel festgelegt worden und die weitgehend modifikationslose Übertragung der Strukturen der westdeutschen GKV auf die DDR endgültig gesetzlich fixiert.

5.7 Der Angleichungsmodus in der Renten- und in der Krankenversicherung

Der Rentenversicherung waren Schrittmacher-, der Arbeitslosenversicherung Absicherungsfunktionen in der deutsch-deutschen Sozialunion zugewiesen. Beide Sozialversicherungszweige konnten deswegen leichter als die GKV in ein Konzept der sozialpolitischen Flankierung des Einigungsprozesses eingepaßt werden, weil bei ihnen durch eine unmittelbare staatliche Repräsentation in den Entscheidungsgremien (Arbeitslosenversicherung) oder eine staatliche Finanzbeteiligung (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) der direktere staatliche Zugriff legitimiert war. Zudem herrschte in beiden Sozialversicherungen zum Zeitpunkt des Mauerfalls auf bundesdeutscher Seite ein weitgehender Konsens über die jeweiligen strukturellen und leistungsrechtlichen Grundprinzipien vor, der sich in der Rentenversicherung am augenfälligsten in der am 9. November 1989 von Regierung und Opposition gemeinsam verabschiedeten Rentenreform dokumentiert hatte. Die von dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger entwickelte Konzeption für die rentenpolitische Angleichung beider Systeme (vgl. Kolb/Ruland 1990) hatte den politischen Entscheidungsinstanzen überhaupt erst die konzeptionelle Vorstellung für eine generelle Angleichung beider Sozialsysteme geliefert (Abschnitt 2.2).

Der herausgehobene Stellenwert der Rentenversicherung im deutschen Einigungsprozeß erklärte sich zudem aus der außerordentlichen wahlpolitischen Bedeutung der Renten. In diesem Bereich konnte einem großen Wählerpotential schnell eine spürbare Verbesserung ihrer unmittelbaren Lebensverhältnisse beschert werden. Hinzu kam, daß wegen der in der DDR vorherrschenden Produktivitätsorientierung der Sozialpolitik die DDR-Rentenversicherung ein sozialpolitisches Kümmerdasein gefristet hatte. Zum Teil war in der DDR das Rentenrecht der Weimarer Zeit fortgeschrieben oder im

4, 11 Abs. 2 und 12 Abs. 2 nicht mit dem Gesetzeswortlaut laut GBl. der DDR übereinstimmt.

Zuge der Angleichung von Angestellten- und Arbeiterrentenrecht eine »Nivellierung nach unten« vorgenommen worden, die die Privilegien der Angestellten durch die restriktiveren Bestimmungen der Invalidenversicherung ersetzte (vgl. Manow-Borgwardt 1994).⁴³

In der Rentenversicherung konnte somit keine Rede von »sozialen Errungenschaften der DDR« sein, während im Gesundheitsbereich der Hinweis auf bewahrenswerte Strukturelemente in der DDR größere Legitimation besaß – gerade auch angesichts der offenkundigen Defizite des westdeutschen Systems. Zudem hatte man bereits Ende 1989, noch unter dem SED-Regime, den Reformbedarf in der DDR-Rentenversicherung offiziell anerkannt und sich bei den Reformplänen explizit an dem bundesrepublikanischen Vorbild orientiert und beispielsweise die hier seit langem realisierte Dynamisierung der Renten gefordert (Hinweise bei Ruland 1990). Allein das in der DDR stärker ausgeprägte Element einer Mindestsicherung im Alter erschien einigen bundesdeutschen Akteuren als eine fortschrittliche sozialpolitische Regelung, die – wohlgerne auf deutlich angehobenem Leistungsniveau – in einem geeinten Deutschland beibehalten werden sollte (Diskussionsüberblick bei Ruland/Rahn 1991).

Doch gerade in dem Sozialversicherungszweig, in dem der ordnungspolitische Konsens in der BRD am höchsten zu veranschlagen war und in dem zwischen der DDR und der Bundesrepublik eine große Übereinstimmung in grundsätzlichen Fragen der Systemangleichung herrschte, lassen sich die weitestreichenden Abweichungen vom westdeutschen Kanon sozialpolitischer

43 Bei der Rechtsangleichung zwischen Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung wurde bspw. der restriktivere Arbeitsunfähigkeitsbegriff (Verlust von zwei Dritteln der Arbeitsfähigkeit) der Invaliditätsversicherung zugrunde gelegt. Außerdem wurden Witwenrenten nur bewilligt, wenn die Witwe selbst invalide oder älter als 60 Jahre war oder »ein Brustkind im Alter bis zu drei Jahren oder zwei Kinder im Alter bis zu acht Jahren besitzt« (so der § 48 der Verordnung über Sozialpflichtversicherung von 1947, der bis zur deutschen Vereinigung Geltung behielt! Vgl. später den § 19 der Rentenverordnung vom 23.11.1979; GBl. I, Nr. 43, S. 401). In der Bundesrepublik war bereits mit dem Sozialversicherungsanpassungsgesetz von 1949 der genau umgekehrte Weg einer »Nivellierung nach oben« eingeschlagen worden. Der restriktive Invaliditätsbegriff der ArV wurde hier durch den Erwerbsunfähigkeitsbegriff der Angestelltenversicherung (Verlust der Hälfte der Arbeitsfähigkeit) ersetzt, und die Voraussetzungen zum Erhalt einer Witwenrente wurden zugunsten der »unbedingten Witwenrente« – ursprünglich ein Privileg der Angestelltenversicherung – aufgehoben (Hockerts 1980: 91-95). Auch der restriktive Invaliditätsbegriff der DDR-GRV behielt bis zur deutschen Vereinigung seine Geltung; vgl. § 8 der Rentenverordnung vom 23.11.1979.

Ordnungsprinzipien verzeichnen. In dem Sozialversicherungszweig jedoch, der lediglich durch einen Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit weiterer Strukturreformen gekennzeichnet war – in der gesetzlichen Krankenversicherung –, erfolgte die Angleichung in detailgetreuer Orientierung auf eben diese allgemein als reformbedürftig erkannten Strukturen. In der Rentenversicherung hatte sich die ostdeutsche Verhandlungsseite bereits in den Verhandlungen zum 1. Staatsvertrag mit der Absicht, in der DDR vorhandene Elemente der Mindestsicherung auch im gesamtdeutschen Rentenleistungsrecht zu verankern, gegen bundesdeutsche Widerstände durchsetzen können. Im Rentenangleichungsgesetz der DDR vom 28.6.1990 (GBl. Nr. 38, S. 496) war mit »Duldung« der Bundesregierung (Interview 920337) die Einführung sogenannter Sozialzuschläge erfolgt (§ 18 Rentenangleichungsgesetz), die das Aufstocken der nun gemäß bundesdeutschem Recht berechneten Rentenansprüche auf einen Mindestbetrag von 495 DM garantierten (und damit den ostdeutschen Rentnern den Gang zum Sozialamt ersparen sollten). Dieses Element einer Mindestsicherung wurde im Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) vom 25.7.1991 auf Drängen der sozialdemokratischen Opposition in seiner Geltungsdauer verlängert, erhöht fortgeschrieben⁴⁴ und zudem – ein besonderer ordnungspolitischer »Fehltritt« in der strikt auf Beitragsleistungen bezogenen GRV – nach der Entwicklung der Sozialhilfesätze in Ostdeutschland dynamisiert. Konnten die ebenfalls zur Rentenangleichung zwischen beiden Staaten eingeführten »Auffüllbeträge«, die eine neu nach dem SGB VI berechnete niedrigere Rente auf das nach altem DDR-Recht höhere Niveau heben sollten, noch als Instrument des Vertrauensschutzes legitimiert werden,⁴⁵ so waren die Sozialzuschläge – auch wenn sie nur bis 1996 bewilligt werden sollten – deutlich »systemfremd«. Und es konnte nicht verwundern, daß die SPD hier eine Gelegenheit zur Verwirklichung alter Forderungen sah und darauf drängte, daß die Sozialzuschläge alsbald »in eine Soziale Grundsi-

44 Der Gesamtzahlbetrag aus Rente und »Zuschlag« wurde nun auf 600 DM für Alleinstehende und 960 DM für Verheiratete festgesetzt.

45 Gleichzeitig war es natürlich schwer zu legitimieren, daß die Finanzierung der »Auffüllbeträge« aus westdeutschen Beitragsgeldern erfolgen sollte, wenn es sich bei ihnen doch nur »um die Finanzierung der nach DDR-Recht gewährten Mindestleistungen handele« (so der Vorsitzende des Sozialbeirats, Schmähl, laut HB vom 27.6.1991). Die Befreiung des Bundeshaushaltes von diesen »eigentlich aus Steuern zu finanzierenden, allgemeinen Soziallasten« hatte pro Jahr immerhin einen Umfang von mehr als 7 Mrd. DM. Bis 1995, dem letzten Jahr voller Ausgleichszahlung, wird sich diese von der GRV zu tragende Finanzlast auf 30 Mrd. DM summieren (HB vom 28.6.1991).

cherung überführt werden, die sowohl im Osten als auch im Westen gelten müsse« (HB vom 18.3.1991). Schließlich war auch die Neuregelung der Berechnung der Rentenansprüche von Aussiedlern mehr pragmatisch denn prinzipientreu erfolgt: Galt für neu zuziehende Aussiedler im Beitrittsgebiet weiterhin das »Eingliederungsprinzip« (auf Basis des östlichen Lohnniveaus), so unterlagen ihre Rentenansprüche nach dem RÜG im Bundesgebiet einer pauschalen 30prozentigen Kappung.

Zugleich waren in der Rentenversicherung die Übergangsfristen für die rechtlich-organisatorische Angleichung der Systeme vergleichsweise großzügig gesteckt. Erst zum 1.1.1992, ein Jahr später als in der GKV, wurde die volle rechtliche Angleichung vollzogen. Der genaue Angleichungsmodus war in der GRV, wieder im markanten Kontrast zum Vorgehen in der Krankenversicherung, nicht mit dem Einigungsvertrag bereits en détail vorgeschrieben, sondern dem gesamtdeutschen Parlament überantwortet worden. Im Vertrauen auf den weitgehenden ordnungspolitischen Konsens zwischen den Parteien konnte die Angleichung des Rentenrechts somit zeitlich und inhaltlich deutlich offener gestaltet werden. Dieses Vertrauen in die rentenpolitische »Tradition des Konsenses« (vgl. Nullmeier/Rüb 1993: 347) sah sich schließlich mit der Verabschiedung des Rentenüberleitungsgesetzes vom 25.7.1991 (BGBl. I, S. 1606) mit den Stimmen von Regierung und Opposition nachträglich bestätigt.

In dem Sozialversicherungszweig hingegen, der zum Zeitpunkt der Maueröffnung von einem weitreichenden Dissens über seine Strukturmerkmale gekennzeichnet war, erfolgte die Strukturangleichung umfassender und wurde schneller vollzogen. Mit einem »Minimum als unvermeidbar angesehener Ausnahmeregelung« (Wasem 1993: 126), die aber nirgends tatsächlich strukturverändernden Charakter aufwies, wurden in der GKV die Regelungen des SGB V bereits zum 1.1.1991 in Kraft gesetzt. So waren in der GKV die Übergangszeiträume enger gesteckt, obwohl in der Krankenversicherung die praktischen Erfordernisse des Erhalts medizinischer Versorgungsstrukturen sicherlich ein behutsameres Vorgehen notwendig gemacht hätten als in den überwiegend auf monetäre Transfers ausgerichteten Sozialversicherungszweigen der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung. Mit dem Einigungsvertrag war die letzte Möglichkeit eines Hinausschiebens der Stichtagsumstellung, die der Entwurf zum Kassenerrichtungsgesetz (in § 46) bis zuletzt noch vorgesehen hatte, endgültig beseitigt worden und somit die zum 1.1.1991 zu vollziehende Übertragung der institutionellen Strukturen »nach Punkt und Komma« garantiert.

In Finanzfragen ergab sich nun wegen der stärkeren Verflechtung zwischen dem Bundeshaushalt und den Haushalten der Rentenversicherung (Bundeszuschuß nach § 213 SGB VI) und der Arbeitslosenversicherung (Bundespflicht zur Defizitdeckung bei der Bundesanstalt für Arbeit nach § 187 Arbeitsförderungsgesetz) ein annähernd umgekehrtes Angleichungsmuster. Für die gesetzliche Krankenversicherung, die keine Finanzzuweisungen aus dem Bundeshaushalt erhält (Ausnahme: landwirtschaftliche Krankenversicherung), wurde im Einigungsvertrag eine Trennung des Beitragseinzugs und damit auch der Mittelverwendung zwischen Beitritts- und ehemaligem Bundesgebiet »bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse« festgeschrieben (vgl. § 313 Abs. 1 SGB V). Diese Trennung gilt auch für alle Finanzausgleiche etwa im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner. Der Zeitpunkt der finanziellen Verschmelzung wurde in der GKV also zunächst offengelassen und die Finanzierung medizinischer Leistungen im Beitrittsgebiet durch im »alten« Bundesgebiet geleistete Krankenversicherungsbeiträge ausgeschlossen. Wenn die westdeutschen Beitragszahler über ihre Beiträge zwar die Aufbaukosten ihrer jeweiligen Kassenart in den neuen Ländern tragen mußten (Abschnitt 4.5), erfolgt in der GKV über diese einmaligen Zahlungen hinaus kein beständiger monetärer Transfer von West nach Ost.

In der Rentenversicherung hingegen wurde zwei Jahre früher, als es noch im Einigungsvertrag vorgesehen war, mit der am 1.1.1992 vollzogenen Angleichung des Rentenrechts auch der vollständige finanzielle Verbund hergestellt. Hier fand die Konsolidierungspolitik des Bundes insofern ihren Niederschlag, als das Defizit der ostdeutschen GRV durch die Einführung des Finanzverbundes vom Bund auf die Sozialversicherung verschoben wurde. Die Höhe direkter Finanztransfers von der Rentenversicherung West an die Rentenversicherung Ost betrug im Jahr 1992 4,6 Mrd. DM (VDR 1992: 60). In der Arbeitslosenversicherung war schließlich die vollständige Verschmelzung der BfA mit der Arbeitsverwaltung der DDR schon im Jahr 1991 erfolgt. Damit konnte sich der Bund im hohen Maße seiner Defizitdeckungspflicht gegenüber der ostdeutschen Arbeitslosenversicherung entledigen, welche im Jahr 1991 ein Defizit von 25,3 Mrd. DM und im Jahr 1992 ein Defizit von 42,7 Mrd. DM verzeichnete. Insbesondere die Beitragssatzerhöhung in der Arbeitslosenversicherung zum 1.4.1991 (von 4,3% auf 6,8%; ab 1.1.1992: 6,3%) bürdete diese Kosten zum großen Teil den Beitragszahlern auf.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Die vorangegangene Schilderung des politischen Entscheidungsprozesses hatte bereits mehrere Elemente herausgestellt, die seinen spezifischen Verlauf und sein Resultat erklären können. Sie sollen hier abschließend noch einmal zusammengefaßt werden. Diese Zusammenfassung ermöglicht einen systematischen Rückbezug auf die diese Untersuchung anleitende Fragestellung: auf die Frage nach den Gründen für das spezifische Muster der institutionellen Entwicklung des bundesdeutschen Gesundheitswesens, das insbesondere von »Stabilisierungskrisen« geprägt ist.

6.1 Determinanten des Entscheidungsprozesses

Zunächst war die Dominanz bundesdeutscher Akteure ein offenkundiges Merkmal des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses. Ursache hierfür war zuallererst das Fehlen von autonomen gesellschaftlichen Akteuren in der DDR, die aufgrund einer gewissen Staatsferne nicht in den Zusammenbruch der staatlichen Ordnung der DDR wie in einen Strudel hineingerissen worden wären. Doch die einzige Organisation, die diesem Kriterium annähernd genügen konnte, war die ostdeutsche Kirche. Der FDGB, der seine Zuständigkeit als Sozialversicherungsträger aus verbandlichem Eigeninteresse hätte verteidigen können, war als sogenannte Massenorganisation tiefgreifend diskreditiert. Er war eher eine Belastung als ein Rückhalt für die DDR-Sozialversicherung.

Die *neugegründeten* ostdeutschen Interessenverbände hingegen waren durch Organisationsstrukturen, die quer zu den sich ausbildenden Konfliktlinien standen, an einer effektiven Interessendurchsetzung gehindert. So be-

reitete es etwa dem Virchow-Bund, der ersten und mitgliederstärksten Verbandsgründung auf seiten der DDR-Ärzte, große Schwierigkeiten, zu einer Definition verbandlicher Zielsetzungen zu gelangen, weil er früh sowohl angestellten als auch niedergelassenen Ärzten die Mitgliedschaft ermöglicht hatte (und er zudem Ärzte und Zahnärzte organisierte). Bestehende Verbände waren also nicht funktional auf die anstehenden Entscheidungsfragen hin organisiert, und Verbände, deren Gründung durch die im Einigungsprozeß aufbrechenden Konflikte veranlaßt wurde, kamen zu spät, um die Entscheidungen selbst noch substantiell zu beeinflussen.¹ Zur besonderen »Tragik« dieser Verbandsneugründungen gehörte auch, daß sie, konfrontiert mit der dilemmatischen Wahl zwischen strategischer Effizienz und der Berücksichtigung der hohen partizipatorischen Ansprüchen ihrer Mitglieder, sich aus gut nachvollziehbaren Gründen zunächst eher für die umfassende demokratische Legitimierung verbandlichen Handelns entschieden (Erdmann 1992). Insgesamt konnten die ohnehin spärlichen und zersplitterten Versuche autochthoner Verbandsbildung durch die westlichen Akteure schnell organisatorisch verdrängt oder inkorporiert werden, genauso wie Versuche, durch Unterstützung eigenständiger Verbandsbildung in der DDR die Durchsetzung bundesdeutscher Interessen zu fördern (Beispiel: Poliklinikärzte), weitgehend fehlschlügen (Abschnitt 5.4).

Mit der Ausrichtung der alten DDR-Blockparteien und der neuen Parteien der Bürgerbewegung auf die bekannten Formationslinien des bundesdeutschen Parteiensystems bildeten schließlich auch die ostdeutschen Parteien keinen eigenständigen Faktor, der die Entscheidungsprozesse hätte beeinflussen können. Zudem hatte die Einbindung der Sozialdemokraten in die Regierung de Maizière einen paradoxen Effekt: Bei der DDR-SPD war die enge Anbindung an die westliche Schwesterpartei viel unproblematischer als beispielsweise bei der Ost-CDU. Die Übernahme programmatischer Positionen der West-SPD gewährleistete jedoch, daß der *bundesdeutsche* Parteienkonflikt verstärkt in die Einigungsverhandlungen Eingang fand, was innovative sozialpolitische Regelungen eher blockierte. So wurde eine ursprünglich gerade bei der ostdeutschen CDU stark verankerte sozialpolitische Orientierung durch die ganz ähnliche Positionsnahme der Sozialdemokraten tendenziell unterdrückt (Abschnitt 4.8). Wenn Gerhard Lehmbuch für den Einigungsprozeß die Aussetzung verflochtener Entscheidungsmuster durch die Par-

1 Vgl. die erst Anfang August gegründeten Interessenverbände der Poliklinikärzte (Abschnitt 5.4).

teienkonkurrenz vermerkt hat, so sorgte hier der Parteienwettbewerb also gerade für die Einspeisung bundesdeutscher Blockadesituationen in die Einigungsverhandlungen.² In diesen Einigungsverhandlungen war jedoch die Vorherrschaft der Bonner Regierung durch die strategischen Vorteile einer eingespielten Bürokratie gegenüber einer sich gerade erst formierenden Administration abgesichert (Lehmbruch 1990, 1991; Seibel 1992).³

Zusammen mit dem erheblichen Gefälle an politischer Routine und organisatorischen Ressourcen zwischen den beiden Verhandlungspartnern wirkte der hohe Termindruck, unter dem die Verhandlungen standen, als bedeutendes Hindernis gegenüber institutionellen Innovationen, die als Vorteilskombination östlicher und westlicher Strukturen hätten ausgehandelt werden können. Die anfänglich weit verbreitete Vorstellung, die Vereinigung biete die Chance auch »für ein Aufbrechen verkrusteter Strukturen im bundesdeutschen Gesundheitswesen« (BMA-Ministerialrat Zipperer laut *Ärztezeitung* vom 8.10.1990), es eröffne sich mit ihr die Möglichkeit, »aus beiden Systemen das im Interesse der Versicherten am besten Bewährte zu übernehmen« (Kirschner 1990: 97), erwies sich bald als illusorisch. Der mit der rigorosen zeitlichen Selbstbindung der politischen Akteure verbundene Verzicht auf eine inhaltlich offene Gestaltung des Vereinigungsprozesses war

-
- 2 Es ist eine kontrafaktische, aber durchaus plausible Annahme, daß sozialpolitische Vorstellungen der DDR-Regierung von der bundesdeutschen Verhandlungsseite wohl nicht so rigoros abgeblockt worden wären, wenn sie allein zwischen der westdeutschen CDU und ihrer stärker sozialpolitisch orientierten ostdeutschen Schwesterpartei hätten verhandelt werden müssen. Ein Indiz für diese Vermutung bietet die größere Bereitschaft der bundesdeutschen Verhandlungsseite in der Rentenpolitik, Abweichungen vom westdeutschen Status quo zuzulassen (Abschnitt 5.7). Eine Bereitschaft, die nicht allein mit Rekurs auf Wahlkampfkalküle erklärt werden kann, sondern eben auch den parteiübergreifenden rentenpolitischen Konsens zur Grundlage hatte.
 - 3 Dieser allgemeingültige Sachverhalt kann im Fall der gesundheitspolitischen Entscheidungen ein nochmals verstärktes Erklärungsgewicht für sich beanspruchen. Denn in bezug auf die Krankenversicherung gab es zwischen den Ministern für Gesundheit und für Arbeit und Soziales, Kleditzsch und Hildebrandt, Zuständigkeitsstreitigkeiten und überschneidende Kompetenzen, die eine Entscheidungsfindung und Interessenformulierung auf seiten der DDR erheblich erschwerten. Bis Anfang Mai (!) war unklar, welchem Ressort das Krankenversicherungssystem zugeschlagen wird (vgl. dfg 18-90: 2). Eine Weisung von Ministerpräsident de Maizière verwies schließlich die Krankenversicherung in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums. Dadurch waren die vor allem auf Drängen der West-SPD in die Koalitionsvereinbarungen hineingeschriebenen Vorstellungen von einem CDU-Gesundheitsminister zu vertreten, der bereits früh seine Distanz zu ihnen öffentlich dokumentiert hatte (Abschnitt 4.7).

dabei zumindest von westlicher Seite durchaus intendiert. Er verlieh der Politik der linearen Institutionenübertragung eine »aura of inevitability« (Kingdon 1984: 135).

6.2 Statik und Flexibilität im gesundheitspolitischen Netzwerk

Wenn somit die relevanten Entscheidungen in einem auf die bundesdeutschen Akteure beschränkten Politiknetzwerk getroffen wurden, so lassen sich hierin anhand der vorangegangenen Darstellung zwei durchaus bekannte Muster gesundheitspolitischer Interessenvermittlung identifizieren: ein Strukturen stabilisierendes Muster *zwischen den korporativen Akteuren* (1) und ein gegenüber wechselnden Funktionsanforderungen durchaus offenes Politikmuster *zwischen den korporativen Akteuren und dem Staat* (2).

(1) Zunächst war die Interessenkonstellation zwischen den korporativen Akteuren von dem Mechanismus der »negativen Solidarität« geprägt. Das Geschehen war gekennzeichnet von der Abfolge verschiedener Defensivkoalitionen, die wie hintereinandergelagerte Filter zuverlässig verhindern konnten, daß sich erfolgversprechende Koalitionen für Strukturabweichungen vom westdeutschen Modell bildeten. Diese in wechselnder Zusammensetzung auftretenden Koalitionen wurden vor allem von dem Kassenkonflikt um die jeweilige verbandliche Erstreckung auf das Beitrittsgebiet geprägt. Dabei stand dieser Konflikt, der für die Kassen den Charakter eines echten Null-Summen-Spiels hatte, einem Zusammengehen in Bereichen potentiell gemeinsamen Interesses, also insbesondere in der »Ambulatorienfrage«, entgegen. Wechselnde Koalitionsbildungen waren dabei insbesondere deswegen möglich, weil mit der Aufgabe der Komplettangleichung zweier Gesundheitssysteme nicht ausgewählte Strukturbereiche der GKV isoliert zur Disposition gestellt werden konnten.⁴ Vorstöße für Abweichungen von dem Weg einer

4 Der Vereinigungsprozeß markierte somit eher einen Rückschritt in dem bereits erreichten Niveau staatlicher Strategie- und Steuerungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik, die in letzter Zeit vor allem durch das Gegeneinander-Ausspielen gesundheitspolitischer Interessen signifikant zugenommen hatte. Im Falle des GRG mußte beispielsweise die Konzentration der staatlichen Kostendämpfungsmaßnahmen auf einen Sektor des Gesundheitswesens, den Arzneimittelsektor, als strategisch motivierte Entscheidung interpretiert werden, mit dem Ziel, die Bildung einer geschlossenen

reinen Duplizierung der westdeutschen GKV-Strukturen sahen sich dadurch blockiert, daß jedes durch spezifische Strukturveränderungen betroffene Interesse sich mit jedem anderen Interesse, das durch das bestehende institutionelle Arrangement privilegiert wurde, verbünden konnte. Durch die doppelte Konfliktlage in der bundesdeutschen GKV fanden sich somit immer mehrere negativ berührte Interessen, die wegen der weitverzweigten »Schachtelbeteiligungen« heterogener gesellschaftlicher Interessengruppen schnell Koalitionen zur Verteidigung der bestehenden Strukturen mobilisieren konnten.

Zugleich konnten in der Frage des Ob und Wann der Einführung des Gliederungsprinzips in der DDR verbandliche Interessen nicht auch nur kurzfristig suspendiert werden, um wenigstens im Bereich übereinstimmender Interessen für alle Seiten vorteilhafte Lösungen zu ermöglichen. Denn mit der deutschen Einigung war eine einmalige Entscheidungssituation gegeben, die in nur sehr geringem Maße Möglichkeiten zur nachträglichen Strategiekorrektur beließ: Insbesondere Innungs- und Betriebskrankenkassen hatten aus der Angliederung des Saarlandes die Lehre gezogen, daß nur sofortige Kassengründungen ihren bleibenden Ausschluß von der Versicherungstätigkeit auf dem Gebiet der ehemaligen DDR verhindern könnten (Abschnitt 3.6). Und daß ein arbeits- und sozialrechtlicher Sonderstatus der Angestellten in der DDR fehlte und in der Bundesrepublik zunehmend umstritten war, sahen die Ersatzkassen als besondere Interessengefährdung, der ebenfalls nur durch eine sehr rasche Erstreckung auf die DDR begegnet werden konnte (Abschnitt 4.3).

Aber auch unabhängig von dieser dominierenden Konfliktlage war bei den westdeutschen Kassen die Neigung, Polikliniken oder Ambulatorien als Eigeneinrichtungen zu übernehmen, nach mehr als 40jähriger Erfahrung mit dem Kollektivvertragsmodell nur sehr gering ausgeprägt. Erfahrungen mit der direkten Erbringung medizinischer Dienstleistungen waren bei ihnen durch diesen langen Unterbrechungszeitraum so weit entwertet, daß nun die ambulanten Gesundheitseinrichtungen gegen alle Nachteile der »liability of newness« zu kämpfen hatten (Stinchcombe 1965: 147-149). Der Erhalt von ostdeutschen Versorgungsstrukturen wurde ernsthaft nur dort erwogen, wo eine

Ablehnungsfront verschiedener Interessengruppen zu vermeiden (Manow-Borgwardt 1992: 411). Auch die Indienstnahme der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zur Regulierung des GKV-Arzneimittelsektors kann als staatliche Privilegierung von »Räuberkoalitionen« verstanden werden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 97-98).

Übernahme der DDR-Gesundheitseinrichtungen auch unmittelbare Vorteile für die kassenverbandliche Etablierung in den neuen Ländern versprach – bei den Betriebskrankenkassen (Abschnitt 5.4). Wenn gesundheitspolitische Initiativen jedoch nur in Erwartung von komparativen Wettbewerbsvorteilen ergriffen wurden, so war dies bereits ein hinreichender Anlaß für Widerstandsformierung seitens anderer gesundheitspolitischer Interessengruppen.

Insgesamt schlug der zwischen den Kassen herrschende Konflikt vollständig auf andere Entscheidungsfragen durch. Die Kassenverbände mit einem Interesse an der schnellen und modifikationslosen Einführung des bundesdeutschen Modells in der DDR suchten eine Koalition mit der in dieser Hinsicht interessengleichen Ärzteseite. Und die Ortskrankenkassen, die zunächst für eine Strategie des Erhalts von DDR-Versorgungsstrukturen plädiert hatten, vollzogen eine Kehrtwende, um eine umfassende Ablehnungsfront gegenüber ihren kassenpolitischen Initiativen zu verhindern (Abschnitte 5.3 und 5.5). Das gesundheitspolitische Entscheidungsmuster weist somit viele Ähnlichkeiten mit einer »negativen Koordination« der Beteiligten auf (Scharpf 1973: 85-113, 1993: 69-71). Im Einigungsprozeß gelang keine Koalitionsbildung mit positiver Zieldefinition. Vielmehr wurden die von unterschiedlicher Seite initiierten Gestaltungsvorschläge sequentiell auf Kompatibilität mit den Interessenlagen der anderen beteiligten Akteure geprüft, und es konnte angesichts der doppelten Konfliktlage in der GKV – des Konflikts zwischen den Kassen und zwischen den Kassen und der Ärzteschaft – nicht verwundern, daß es neben dem Status quo keine andere pareto-superiore oder auch nur mehrheitsfähige Konstellation zwischen den Akteuren gab. Somit kann der geschilderte Entscheidungsverlauf zunächst als eine eindrucksvolle Bestätigung der in bisherigen Untersuchungen gewonnenen Diagnose einer weitgehenden Blockierung von Strukturänderungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen gewertet werden.

(2) Doch genau diese Erklärung, die auf eine rein interessenbedingte und von allen Fragen nach »sachlicher Angemessenheit« entkoppelte Blockierung gebotener Strukturänderungen abstellt, kann – wie einleitend diskutiert (Abschnitt 1.2) – ganz offensichtlich nur die halbe Antwort auf die Frage nach den Gründen für die besondere institutionelle Beharrungskraft des bundesdeutschen Gesundheitswesens geben. Sie läßt vor allem die staatliche Interessenlage im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß ungeklärt. Waren der bundesdeutschen Verhandlungsseite im Einigungsprozeß, der von vielen als »Stunde der Exekutiven« apostrophiert wurde, wirklich keine anderen Mög-

lichkeiten gegeben als die des schlichten Vollzugs verbandlicher Blockadepolitik gegenüber der DDR?

Offensichtlich waren das extreme Tempo des Vereinigungsprozesses, sein hervorstechendes Charakteristikum als »Hau-Ruck-Verfahren« und sein Ergebnis, die modifikationslose Ausweitung des bundesdeutschen Rechts- und Institutionengefüges, auch Ausdruck einer »nach innen« nur eingeschränkten Souveränität der Bundesrepublik (Katzenstein 1987). Daß die von inneren Zwängen diktierte Strategie der schlichten territorialen Erstreckung bundesdeutscher Verhältnisse gegenüber einer DDR, die sich im fortgeschrittenen Auflösungsstadium staatlicher Ordnung befand, erfolgreich durchgesetzt werden konnte, sollte nicht umgekehrt dazu veranlassen, der bundesdeutschen Seite politische Gestaltungskompetenzen zuzuschreiben, die sie auch und gerade im Vereinigungsprozeß nicht hatte. Mit der deutschen Vereinigung war nur deshalb eine Abweichung von den in der Bundesrepublik allgegenwärtigen Konsultations- und Konsenszwängen verbunden, weil die dominant verfolgte Strategie – die modifikationslose Ausweitung des bundesdeutschen Institutionen- und Rechtsgefüges – den jeweiligen gesellschaftlichen Besitzstand weitgehend garantieren konnte. Dies ermöglichte prozedurale Abkürzungen von ansonsten langwierigen und mühsamen Abstimmungsverfahren. Doch wie oben gezeigt (Abschnitte 4.5 und 4.6) läßt sich der gesundheitspolitische Entscheidungsprozeß als einseitige verbandliche Interessendurchsetzung nicht angemessen verstehen. Vielmehr lag ihm auch ein korporatistisches Tauschmuster zugrunde, bei dem der staatlichen Domänensicherung die verbandliche Gewährleistungsgarantie für den Aufbau eines funktionsfähigen Krankenversicherungssystems gegenüberstand (Abschnitt 4.6). Und in diesen Tauschprozeß war auch jener Interessenverband einbezogen, der als systematischer Verlierer der bestehenden Strukturen die stärksten Motive zur Durchsetzung substantieller Reformen hatte: die Ortskrankenkassen.

An der wechselhaft erscheinenden Positionsnahme der Ortskrankenkassen läßt sich in der Tat der Verlauf des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses beispielhaft rekonstruieren. Mit dem ersten, sehr substantielle Reformvorstellungen formulierenden Positionspapier half der AOK-BV jenen breiten gesundheitspolitischen Optionenraum aufzuspannen, der die Konvergenz der gesundheitspolitischen Angleichungsvorstellungen auf das Konzept des schlichten west-östlichen Systemexports beschleunigte (Abschnitt 3.5). Zum Zeitpunkt der sehr frühzeitig – im 1. Staatsvertrag – getroffenen Grundsatzentscheidung über den gesundheitspolitischen Angleichungsmodus hatte sich dann auch bei den Ortskrankenkassen eine Status-quo-Orientierung durchge-

setzt, die Ausdruck der Unsicherheit über die Verteilungsimplicationen von substantiellen Status-quo-Abweichungen in einem gesamtdeutschen Gesundheitssystem war (Abschnitt 4.6). Vor dem Hintergrund dieser nur noch vom Termin her interpretationsfähigen Entscheidung für den weitgehend modifikationslosen Institutionentransfer versprachen sich die Ortskrankenkassen schließlich relative Wettbewerbsvorteile durch eine außerordentliche Beschleunigung der Übertragung ihrer Strukturen (Abschnitt 5.3).

Der Schwenk von radikalen Reformvorstellungen zu einer zeitlich radikalisierten Status-quo-Übertragung war auch von einem Wechsel der in Dienst genommenen Semantik begleitet. Die gesetzliche Krankenversicherung, eben noch als hochgradig reformbedürftig dargestellt, erschien nun als »im Grunde bewährt«. Der damit markierte Prozeß der Rückbesinnung auf einen institutionellen Konsens, der im Einigungsprozeß auch für andere Politiksektoren nachgezeichnet werden kann (s. bspw. Mayntz 1992b), war in der Gesundheitspolitik deswegen so frappant, weil hier zuvor besonders ausgeprägte Systemkritik vorherrschte. Man kann dies als ausgesprochenen Verbandsopportunismus werten. Jedoch ist es schwer zu begründen, warum hinter den vorherigen lauten Verbandsklagen über die GKV-Strukturdefizite ein geringeres Maß an Opportunismus zu vermuten ist. Wenn man nicht der Semantik des »unbedingten Reformbedarfs« gegenüber der Semantik des »bewährten Systems« von vornherein einen Bonus zubilligen will, läßt sich sehen, daß auch das bundesdeutsche Gesundheitswesen vielfältige Anlässe zur Inszenierung jenes »theatre of inadequacy« bietet, das Rudolf Klein für den britischen National Health Service als »built-in incentive to dramatize its own difficulties, to exaggerate shortcomings and to shock its audience« beschrieben hat (Klein 1983: 201). Ein staatsnaher Politikbereich wie das bundesdeutsche Gesundheitssystem, der zudem – was aus Steuerungsgründen als hoch vorteilhaft gelten kann (Dunsire 1993) – sowohl auf der Kassenseite als auch zwischen Kassen und Ärzten Interessenkonflikte institutionalisiert, erzeugt für die beteiligten Akteure *die Notwendigkeit*, im politischen Raum auf die staatliche Regulierung und damit auf die Gestaltung ihrer eigenen Handlungsbedingungen Einfluß zu nehmen. Dabei ist in dem pluralistischen Wettbewerb um die Ausgestaltung von Wettbewerbsbedingungen die öffentliche Plausibilisierung dringenden politischen Handlungsbedarfs (gemäß der jeweiligen Verbandsposition) Voraussetzung gelingender Interessendurchsetzung.

Damit soll nicht behauptet werden, daß die vielfach analysierten Strukturdefizite der bundesdeutschen Krankenversicherung als reine Konstrukte der

Interessengruppen anzusehen sind. Es zeigt sich aber, daß in Situationen, in denen es nicht um inkrementale Schritte zugunsten einzelner Verbandsforderungen geht, sondern in denen das System insgesamt zur Disposition steht, sich die Kalkulation der Akteure umfassend ändert. Partikuläre Interessenverfolgung findet im Normalfall vor dem Hintergrund bestehender Strukturen statt und sucht deren partielle Modifikation. Sie ist innerhalb eines Politikfeldes zulässig in einer gewissen Bandbreite und dominiert so lange, wie sie nicht zur Gefährdung des institutionellen Kernbestandes führt. Verbandliche Interessen werden unter »*ceteris paribus*«-Annahmen verfolgt. Interessenverfolgung ist legitim insofern, als sie nicht zugleich die »Bedingungen ihrer Möglichkeit« umfassend in Frage stellt. Man wird an Luhmanns »Legitimation durch Verfahren« erinnert: Die Struktur der Interessenvermittlung in einem Politikfeld hat darin ihre Funktion, »daß sie in den Prozessen, die sie strukturiert, nicht in Frage gestellt oder gar geändert werden kann« (Luhmann 1978: 146).

Von diesen »normal politics« unterscheiden sich die »politics in crisis« (um mit Thomas S. Kuhn zu reden). Im politischen Wettbewerb der Interessengruppen ist eine Ausschlußregel, die partielle Strukturänderungen (d.h. den *Verfahrensgegenstand*) von einer substantiellen Änderung der Chancen zukünftiger Interessendurchsetzung (d.h. von dem *Verfahren selbst*) trennt, schon im Normalfall viel prekärer als etwa in formalisierten Rechtssetzungs- oder Rechtsprechungsprozessen. Eine entsprechende Verfahrensregel kann sich hier nur auf einen vagen Konsens der Akteure gründen, der in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik etwa in den regelmäßigen Bekenntnissen zu den hinreichend ausdeutungsfähigen sogenannten GKV-Strukturprinzipien seinen Niederschlag findet. Sie markieren die äußersten Grenzen zulässiger Interessenverfolgung, doch ist deren Bereich faktisch wohl sehr viel enger gezogen. In Krisensituationen jedoch wird eine Trennung zwischen systemkonformer und systemtranszendierender Interessenpolitik vollends fragwürdig. Interessenpolitik steht nun nicht mehr unter einer »*ceteris paribus*«-Annahme. Deswegen wird in Krisen nahezu jede partikuläre Interessenverfolgung als Gefährdung des bestehenden institutionellen Arrangements gewertet und von anderen Akteuren scharf sanktioniert.⁵ Sie wird nur von denen durchgehalten,

5 Ein gutes Beispiel für den vorliegenden Fall ist die öffentliche Drohung des KBV-Vorsitzenden Oesingmann (s. Abschnitt 5.2) an die Adresse des AOK-BV: »Wenn der AOK-Bundesverband derartige Vorstellungen auch nur in Erwägung zieht, setzt er seine gesamte Glaubwürdigkeit gegenüber seinen Vertragspartnern auf seiten der Kassenärzte aufs Spiel.«

die sich im Durchschnittswert aller erwartbaren Alternativen besser stellen als durch den Status quo. Sie wird von anderen Akteuren als Herausforderung, Frontalangriff oder Provokation aufgefaßt und löst »entsprechend starke Reaktionen zur Verteidigung« bestehender Strukturen aus. »Diese oft stark emotionalisierten Reaktionen lassen darauf schließen, daß die institutionellen Grundlagen eines Politikfeldes berührt wurden« (Rieger 1992a: 17).

Damit tritt in Situationen fundamentaler Herausforderung der Wert stärker hervor, den das im Status quo enthaltene Muster der Arbeitsteilung, der Abgrenzung von Domänen und Einflußsphären für die Akteure besitzt. Dabei geht es nicht nur, aber auch um die Schließung eines politischen Netzwerkes gegenüber anderen Akteuren (s. Abschnitt 4.6). Hinzu kommt, daß ebenso wie für Individuen eine »Reputation«, oder für Organisationen eine »corporate culture« (Kreps 1990) in Politiknetzwerken der zwischen den Akteuren mitunter erst schmerzhaft gefundene Domänenkonsens, das »Muster von gegenseitig akzeptierten organisatorischen Identitäten, Kompetenzen und Interessensphären« (Mayntz 1992a: 28), einen Eigenwert besitzt. Er ist ein »valuable asset« (Kreps 1990: 111), in den die Akteure investiert haben und den sie nicht leichtfertig wieder aufgeben. Dieser Wert wird in Krisensituationen stärker gewichtet.

Dies hat mehrere Ursachen. Die Akteure haben zum Beispiel spezielle Kompetenzen erworben, die nun in Gefahr stehen, entwertet zu werden. Welches hohe Maß an auf eine bestimmte Regulierungsform gerichteter Spezialisierung in einem Verbändesystem bereits verkörpert ist, zeigte sich im hier dargestellten Fall etwa an dem »mismatch«, den die neuen ostdeutschen Ärzteverbände schon durch ihre Mitgliederstruktur gegenüber den anstehenden Entscheidungen aufwiesen (s.o.). Zugleich nimmt mit der Expertise, die die Verbände über lange Zeiträume hinweg in Erfahrung mit den bestehenden Strukturen gesammelt haben, auch das Unwissen über die Verteilungsfolgen und Funktionsmechanismen anderer Regulierungsformen zu. Dies zeigte sich hier insbesondere hinsichtlich der Ambulatorien und Polikliniken, denen die bundesdeutschen Kassen weitgehend konzeptionslos begegneten (Abschnitt 5.4). Besondere Vorteile bietet das Muster etablierter Interaktionsregeln den Akteuren auch durch die Erwartungssicherheit, die es über das Verhalten anderer vermittelt. Selbst sehr risikoaverse Akteure können nun ihre »worst case scenarios« präziser durchkalkulieren und somit differenzierte, d.h. für sie wohlfahrtssteigernde Strategien einschlagen. Der Status quo bietet den Akteuren bekannte Zuständigkeits- und Verteilungsregeln, bestimmt Sanktionsrechte und definiert Sanktionsmaßnahmen, wenn etablierte Spielregeln ver-

letzt wurden. Er ermöglicht Entscheidungen gerade auch bei neuen, unvorhergesehenen Problemen (Kreps 1990: 116-120). Er macht Zielerreichung möglich, weil nicht beständig über die Bedingungen der Zielverfolgung gestritten werden muß. Dies gewinnt für die Akteure gerade in Situationen an Wert, in denen jeder Anhaltspunkt verloren zu gehen droht, in denen jede Prämisse fraglich wird. In dem hier dargestellten Fall war es mithin gerade die Inflationierung gesundheitspolitischer Optionen, die insbesondere mit der Veröffentlichung der Reformvorstellungen von SPD und Ortskrankenkassen verbunden war, die den Status quo um so schneller zum fokalen Punkt der Interessen werden ließ (Abschnitte 3.2 bis 3.5).

Die Akteure haben mithin ein Interesse *im* Netzwerk und ein Interesse *am* Netzwerk, wobei letzteres der egoistischen Verfolgung von ersterem Grenzen setzt. Dies wurde bereits oben mit Hinweis auf die duale, sowohl Zielerreichung ermöglichende als auch Erwartungssicherheit vermittelnde Funktion von Institutionen erklärt (Schimank 1992; Offe 1992). Der in Krisen plötzlich vollzogene Wechsel von egoistischer Zielverfolgung zur gemeinsamen Status-quo-Orientierung läßt sich dabei – mit Anleihe bei Robert K. Merton – als Dynamik politischer »Evasion« bezeichnen:⁶ Partikulare Interessenverfolgung mit dem Ziel partieller Strukturänderungen wird in Situationen grundsätzlicher Herausforderung zurückgestellt (beziehungsweise von den Interaktionspartnern scharf sanktioniert). Statt dessen tritt das gemeinsame Interesse am Status-quo-Erhalt in den Vordergrund. Hier findet sich einer der Gründe für die strukturstabilisierende Wirkung von Krisen, die in der neo-institutionalistischen Literatur weithin unerklärt bleibt.⁷

6 Zur *gruppensoziologischen* Dynamik der Evasion schreibt Merton: »There is a band of behavior which, though it deviates from the strict letter of the law (or of the moral code), is socially allowed, without undue comment and without the application of sanctions. This is the band of institutionalized evasion which apparently varies in breadth from group to group, under varying conditions of exigency. In times of acute stress upon the group or society, in which it is threatened with disruption, there is, evidently, a narrowing of this band of permitted or allowable deviations; martial law exhibits this shift in the demand for strict conformity. At other times, when the same group is not subject to grave dangers, the band of permissiveness widens« (Merton 1963: 344-345; Hervorhebung des Verf.). Ich verdanke den Hinweis auf Merton, neben vielen anderen Anregungen zu diesem abschließenden Kapitel, Philipp Genschel.

7 »Little attention has been focused on how incumbents maintain their dominant positions or respond to threats during periods of crisis and instability«, konstatieren DiMaggio/ Powell (1991: 30). Einige empirische Fallstudien hingegen bestätigen genau jene Sequenz institutionellen Wandels, bei der Krisensituationen zunächst ver-

Dadurch gibt es auch ein über die jeweiligen Einzelinteressen hinausgehendes Interesse des Kollektivs, neuartige Leistungsanforderungen, die bei radikalen Umweltänderungen an ein Politiknetzwerk herangetragen werden, zunächst innerhalb der bestehenden Regelungsstrukturen zu lösen. Hier müssen die Investitionen, die Akteure hinsichtlich eines bestimmten institutionellen Arrangements getätigt haben (»sunk costs«), nicht als Anpassungshindernis wirken, wie in politikwissenschaftlichen Anwendungen des Konzepts der Pfadabhängigkeit und des »lock-in« überwiegend unterstellt (Krasner 1984, 1988; zu diesen Konzepten siehe Arthur 1988; David 1985), sondern sie können auch einen Anreiz zum Lernen und zum flexiblen Anpassungsverhalten bilden. Dabei ist es eine zunächst offene Frage, wie angemessen innerhalb bestehender institutioneller Strukturen auf neuartige Anforderungen reagiert werden kann. Diese Frage läßt sich wohl nur politikfeldspezifisch beantworten und nur in Hinblick auf konkrete Anforderungen. Ob aber eine erfolgreiche Adaption an neue Funktionen nun gelingt oder nicht – zunächst stellt das kollektive Bestandsinteresse der Akteure an einem Politiknetzwerk auch eine staatliche Steuerungsressource dar, denn staatliche Bestandsgarantien können an Bedingungen geknüpft werden. Dieser Zusammenhang zeigte sich an dem oben geschilderten gesundheitspolitischen Tauschprozeß, bei dem der staatlichen Domänensicherung eine verbandliche Gewährleistungsgarantie für den Aufbau der Krankenversicherung in der DDR gegenüberstand (Abschnitt 4.6). Dabei bleiben bei mißlingender Funktionserfüllung staatliche Interventionen vorbehalten.

Die Frage, wann und inwieweit eine stark pfadabhängige und eigendynamische Institutionenentwicklung wie die der bundesdeutschen Krankenversicherung notwendigerweise dysfunktionale Effekte zeitigt oder aber mit flexiblem Anpassungsverhalten an veränderte Umwelthanforderungen verträglich ist, läßt sich vermutlich erst dann systematisch beantworten, wenn ge-

festigend auf den Status quo wirken, die in ihm angelegten Problemlösungskonzepte verstärkt zur Anwendung kommen lassen und strukturelle Reformen sich (wenn überhaupt!) erst sehr zeitverschoben durchsetzen können – dann, wenn sich Status-quo-orientierte Strategien als offensichtlich unangemessen erwiesen haben. Der späte Wechsel von der Brüning'schen Deflationspolitik zum von den Nationalsozialisten praktizierten vor-keynesianischen Deficit-Spending wäre ein Beispiel. Ähnliches gilt für den Wandel der amerikanischen Handelspolitik durch den Reciprocal Trade Agreements Act von 1934 (Goldstein 1988; Haggard 1988). Eine analoge Interpretation ist auch für die Restauration der »klassischen deutschen Sozialversicherung« in der Gründungskrise der Bundesrepublik plausibel. Vgl. mit dahingehenden Einschätzungen Kaufmann (1973: 109-110), Hockerts (1986: 30-31) und Stolleis (1989: 335).

nauer bestimmt ist, was die »Spezifität geleisteter Investitionen«, also ihre »quasi irreversibility« in der Formulierung von Paul A. David (1985: 334), in diesem sozialpolitischen Kontext denn bedeutet. Entscheidend ist, wie sehr die Akteure mit »Investitionen« hinsichtlich eines institutionellen Arrangements die Breite ihrer zukünftigen Handlungsmöglichkeiten beschränken. Der pauschale Schluß von institutioneller Stasis auf suboptimale Funktionserfüllung scheint zumindest für das bundesdeutsche Gesundheitswesen nicht gerechtfertigt.⁸ Hier besteht kein Anlaß, die hohe Strukturkonstanz pauschal als Indiz für eine Anpassungsverweigerung zu werten. Das Muster gesundheitspolitischer »Stabilisierungskrisen« kann im Gegenteil eher dahin interpretiert werden, daß bestimmte Strukturcharakteristika der bundesdeutschen GKV, wie etwa seine Regulierung durch zentralverbandlich ausgehandelte Verträge gekoppelt mit der variationsfähigen »Zuschaltung« staatlich-hierarchischer Steuerung (Döhler/ Manow-Borgwardt 1992b), die Bewältigung unterschiedlicher funktionaler Anforderungen ermöglichen.

8 Ganz abgesehen davon stellt die Stabilität politischer Institutionen (vor allem sozialpolitischer Institutionen) häufig einen eminent wichtigen Wert dar (Kaufmann 1973), mit dem sich zunächst ein beträchtliches Maß an »suboptimalem Anpassungsverhalten« verrechnen ließe.

Anhang

Tabelle 1: Erwerbstätigenanteile im Saarland und im übrigen Bundesgebiet nach Stellung im Beruf 1960-1985 (in %)^a

Selbständige						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	10,5	10,8	9,1	7,2	7	8,5
Bundesgebiet	14,1	12,7	11,5	9,8	8,9	9,4
Angestellte und Beamte						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	30,4	32	39,2	43,2	43,8	47,1
Bundesgebiet	30,3	34,3	37,7	45,1	47,3	49,8
Arbeiter						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	59,2	57,2	51,7	49,6	49,3	44,4
Bundesgebiet	55,7	53	50,8	45,1	43,7	40,8

^a Vernachlässigt ist die Berichtskategorie »mithelfende Familienangehörige«, weil hier per definitionem eine Mitgliedschaft in der Sozialversicherung ausgeschlossen ist.

Quelle: Berechnet nach Statistisches Bundesamt (1988: Tab. 3.2).

Die Entwicklung der Relation zwischen Angestellten und Arbeitern im Saarland und im Bundesgebiet im Zeitverlauf ist aus Tabelle 1 (Anhang) in Annäherung ersichtlich, auch wenn die hier ausgewiesene statistische Berichtskategorie »Angestellte« nicht darüber definiert ist, daß die Person in der Bundesversicherung für Angestellte und/oder in einer Angestellten-Ersatzkasse versichert ist. Zwar liegt der Anteil der Arbeiter an den Erwerbstätigen

Tabelle 2: Erwerbstätigenanteile der Wirtschaftsbereiche im Saarland und im übrigen Bundesgebiet 1960-1985 (in %)

Land- und Forstwirtschaft						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	4,1	5,9	2,7	2,3	1,7	2
Bundesgebiet	13,7	11,4	9,2	6,7	5,4	4,8
Produzierendes Gewerbe						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	57,3	55,7	53,7	49	51	44,6
Bundesgebiet	48,8	49,7	49,2	46,5	45,2	41,6
Handel, Verkehr und Nachrichtübermittlung						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	20,9	17,3	20	22,5	16,2	18,7
Bundesgebiet	20,2	18,2	17,6	17,7	17,6	17,9
Übrige Wirtschaftsbereiche						
	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Saarland	17,7	21,1	23,7	26,3	31,1	34,7
Bundesgebiet	17,4	20,7	24	29,1	31,8	35,7

Quelle: Berechnet nach Statistisches Bundesamt (1988: Tab. 3.3).

im Saarland über die Jahre zumeist signifikant, d.h. hier um etwa 4 Prozentpunkte, über dem entsprechenden Anteil im übrigen Bundesgebiet, aber dies – so legt ein Blick auf Tabelle 2 (Anhang) nahe – ist eher dem unterproportionalen Anteil der Land- und Forstwirtschaft im Saarland geschuldet als einer erhöhten Bedeutung von Angestelltenberufen in der saarländischen Erwerbstätigenstruktur. Der in Tabelle 1 (Anhang) ausgewiesene relative Anteil der Beamten und Angestellten an den Erwerbstätigen im Saarland entspricht bei allen Schwankungen relativ genau dem Bundesdurchschnitt, zum Teil ist ihr Anteil im Saarland sogar höher (1970) als im Bundesdurchschnitt. Wenn bspw. 1970 im Saarland ein relativ höherer Anteil von Angestellten und Be-

amten als im Bundesgebiet zu verzeichnen ist, der Organisationsgrad der Ersatzkassen im Saarland als der Kassenart, die in den Angestelltenschichten ihre Klientel hat, jedoch 1970 noch immer um knappe 7 Prozentpunkte hinter dem im übrigen Bundesgebiet realisierten Organisationsgrad zurückbleibt (s. Tab. 1, Abschnitt 4.6), scheint die Schlußfolgerung gerechtfertigt, daß zu einem weit überwiegenden Teil die deutlichen Differenzen zwischen den Versichertenanteilen der verschiedenen Kassenarten im Saarland und im Bundesgebiet tatsächlich aus den unterschiedlichen »Startvoraussetzungen« der Kassen nach 13 Jahren Einheitsversicherung im Saarland zu erklären sind.

Diese Schlußfolgerung wird auch unterstützt durch die Tatsache, daß der Erwerbstätigenanteil der Wirtschaftssektoren, die überwiegend Personen im Angestelltenverhältnis beschäftigen (also insbesondere der tertiäre Sektor), sich im Saarland und im Bundesgebiet seit 1960 auf annähernd gleichem Niveau entwickelt hat (s. Tabelle 2, Anhang). Insofern bestätigt der Vergleich der saarländischen mit der im sonstigen Bundesgebiet herrschenden Beschäftigungsstruktur in bezug auf die Ersatzkassen die aus einer repräsentativen Versichertenbefragung gewonnenen Schlußfolgerungen von Alber/Ryll (1990): Selbst dort, wo Wahlrechte vorhanden sind, werden sie kaum wahrgenommen, vor allem weil bei den Versicherten ein äußerst geringer Informationsgrad über Beitragssatzhöhe und Beitragssatzunterschiede vorherrscht. Mitgliedschaftsverhältnisse sind somit in hohem Maße »traditionell verfestigt«. So erklärt sich, daß die allmähliche Angleichung der Versichertenanteile der Ersatzkassen zwischen dem Saarland und dem Bundesgebiet sich über lange Jahre vollzieht – noch 15 Jahre nach der Eingliederung des Saarlandes beträgt die Differenz im Organisationsgrad der Ersatzkassen knapp 5% (s. Tab. 1, Abschnitt 4.6). Dieser allmähliche Prozeß wird hauptsächlich aus der »natürlichen Fluktuation« zu erklären sein, d.h., bei dem Eingehen neuer Beschäftigungsverhältnisse wird nun vermutlich ein Angestellter auch einer Angestelltenkasse beitreten, während die 1960 »zunächst« der saarländischen Ortskrankenkasse überschriebenen Versicherten auch dann, wenn sie die Wahlmöglichkeit zu einer Angestelltenkasse hatten, offensichtlich zum großen Teil von ihrem Wahlrecht nicht Gebrauch machten.

Literatur

Amtliche Publikationen und »graue« Literatur

- BdB [Bundesverband der Betriebskrankenkassen], 1990: Die Poliklinik in der DDR – Gesundheitszentrum der Zukunft? Positionspapier des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. o.O. [Essen], 26.7.1990.
- BdB [Bundesverband der betriebskrankenkassen], 1990a: Die Poliklinik in der DDR – Aktionsfeld der Krankenkassen? Positionspapier des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. o.O. [Essen], 26.7.1990.
- BMA [Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (Hrsg.), [verschiedene Jahrgänge]: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ... Finanzieller und statistischer Bericht, Bonn.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.), 1991: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1991. Band 3 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- BMJ [Bundesjustizministerium], 1990: Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesministers der Justiz »Rechtsfragen, insbesondere Rechtsangleichung« im Rahmen des »Kabinettsausschusses Deutsche Einheit«. Bonn, 5.3.1990. Maschinenschriftliches Manuskript.
- DDR-SV [Sozialversicherung der DDR], 1990: Organisationsplan der Basiskrankenkasse(n) für das Gebiet der DDR. o.O. [Ost-Berlin], 6.6.1990. Maschinenschriftliches Manuskript.
- Deutscher Bundestag, 1990: Plenarprotokoll 11/197, Stenographischer Bericht der 197. Sitzung, Bonn, Donnerstag den 15.02.1990.
- Deutscher Bundestag, 1990a: Entwurf eines Gesetzes zu dem Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik – Erster Staatsvertrag –. BT-Drucksache 11/7350.
- Deutscher Bundestag, 1990b: Entwurf eines Gesetzes zu dem Vertrag vom 31. August 1990 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands –Einigungsvertragsgesetz –. BT-Drucksache 11/7760.
- Dokumentation, 1990: Die aktuelle Programmatik von Parteien und politischen Vereinigungen in der DDR. Herausgegeben von »Wahltreff 90« – Zentrum für politikwissenschaftliche Information und Dokumentation, Berlin: Eigenverlag.

- Dreßler, Rudolf, 1990: Erste Schritte zur Sozialunion Bundesrepublik Deutschland – DDR. Diskussionspapier. Bonn, 5.3.1990. Maschinenschriftliches Manuskript.
- Enquete-Kommission, 1990: Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«. BT-Drucksache 11/6380.
- Grundsätze, 1990: Grundsätze der Koalitionsvereinbarung zwischen den Fraktionen der CDU, der DSU, dem DA, den Liberalen (DFP, SFD, FDP) und der SPD vom 12. April 1990. o.O. [Ost-Berlin]. Maschinenschriftliches Manuskript.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], 1990: Tätigkeitsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung '90. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Prognos AG, 1990: Bewertende Beschreibung des Gesundheitswesens der DDR, für: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1988: Bevölkerungsstruktur und Wirtschaftskraft der Bundesländer. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- SVR KAIg [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen], 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- SVR KAIg [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen], 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- VDR [Verband Deutscher Rentenversicherungsträger], 1991: Geschäftsbericht 1991. Frankfurt a.M..
- VDR [Verband Deutscher Rentenversicherungsträger], 1992: Geschäftsbericht 1992. Frankfurt a.M..

Monographien und Zeitschriftenaufsätze

- Abelshauer, Werner, 1983: Wirtschaftsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland 1945-1980. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- 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.
- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. PVS-Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, Jens, 1989a: Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950-1983. Frankfurt a.M.: Campus.
- Alber, Jens 1989b: Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. In: Journal für Sozialforschung 29, 259-284.
- Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a.M.: Campus.
- Alber, Jens/Andreas Ryll, 1990: Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung – Welt hinter den Bergen oder Objekt rationalen Kalküls? In: Sozialer Fortschritt 7/1990, 165-172.

- Alber, Jens/Brigitte Bernardi-Schenkluhn, 1992: Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt a.M.: Campus.
- Anderson, Charles W., 1979: Political Design and the Representation of Interests. In: Philippe Schmitter/Gerhard Lehmbruch (eds.), Trends towards Corporatist Intermediation. London: Sage.
- Arnold, Michael/Berndt Schirmer, 1990: Gesundheit für ein Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Arthur, W. Brian, 1988: Self-Reinforcing Mechanisms in Economics. In: Philip W. Anderson et al. (eds.), The Economy as an Evolving Complex System. Redwood: Addison-Wesley, 9-31.
- Bäcker, Gerhard/Johannes Steffen, 1990: Sozialunion: Was soll wie vereinigt werden? In: WSI-Mitteilungen 5/1990, 265-281.
- Barrios, Harald, 1991: Von der Revolution zum Beitritt: Die Entwicklung eines gesamtdeutschen Wahl- und Parteiensystems. In: Ulrike Liebert/Wolfgang Merkel (Hrsg.), Die Politik zur deutschen Einheit. Probleme – Strategien – Kontroversen. Opladen: Leske + Budrich, 139-159.
- Baum, Georg, 1990: Wichtiges aus dem Einigungsvertrag für die Betriebliche Krankenversicherung. In: Die Betriebskrankenkasse 10/90, 602-607.
- Benz, Arthur, 1992: Zusammenarbeit zwischen den norddeutschen Bundesländern: Probleme, Lösungsversuche und Lösungsvorschläge. In: Arthur Benz/Fritz W. Scharpf/Reinhard Zintl, Horizontale Politikverflechtung: Zur Theorie von Verhandlungssystemen. Frankfurt a.M.: Campus, 29-49.
- Berg, Heinz, 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. St. Augustin: Asgard.
- Berlepsch, Hans-Jörg von, 1991: »Sozialistische Sozialpolitik«? Zur sozialpolitischen Konzeption und Strategie der SPD in den Jahren 1949 bis 1966. In: Klaus Tenfelde (Hrsg.), Arbeiter im 20. Jahrhundert. Stuttgart: Klett-Cotta, 461-482.
- Berndt, Rolf/Silke Jansen, 1992: Organisationsprobleme und Organisationserfolge aus Sicht der FDP. In: Frank Löbner/Josef Schmid/Heinrich Tiemann, Wiedervereinigung als Organisationsproblem: Gesamtdeutsche Zusammenschlüsse von Parteien und Verbänden. Bochum: Brockmeyer, 66-76.
- Billerbeck, Ulrich, 1982: Gesundheitspolitik und Korporatismus. Die Funktion der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen für die gesundheitspolitischen Positionen von Arbeitgebern und Gewerkschaften. In: Ulrich Billerbeck et al., Korporatismus und gewerkschaftliche Interessenvermittlung. Frankfurt a.M.: Campus, 47-87.
- Binne, Wolfgang, 1991: Unterschiedliches Rentenniveau für Aussiedler und Übersiedler – ein Verstoß gegen das Gleichheitsgebot des Grundgesetzes? In: Deutsche Rentenversicherung, H. 7, 493-504.
- Böckenförde, Ernst-Wolfgang, 1964: Die Organisationsgewalt im Bereich der Regierung. Eine Untersuchung zum Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot.
- Bogs, Harald, 1977: Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung. Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen, 5-96.

- Bolton, Patrick/Joseph Farrell, 1990: Decentralization, Duplication, and Delay. In: *Journal of Political Economy* 98, 803-826.
- Born, Karl Erich, 1957: Staat und Sozialpolitik seit Bismarcks Sturz. Ein Beitrag zur Geschichte der innenpolitischen Entwicklung des Deutschen Reiches 1890-1914. Wiesbaden: Franz Steiner.
- Brocker, Wilhelm, 1960: Änderungen in der Organisation der Krankenversicherung des Saarlandes. In: *Die Ortskrankenkasse* 42, 311-314.
- Buchheim, Christoph, 1989: Zur Kontroverse über den Stellenwert der Währungsreform für die Wachstumsdynamik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Peter Hampe (Hrsg.), *Währungsreform und Soziale Marktwirtschaft. Rückblicke und Ausblicke*. München: Olzog, 86-100.
- Braun, Bernhard/Rainer Müller, 1993: Gesundheitspolitik als erzwungener Strukturwandel – Das Beispiel der ambulanten Versorgung in der ehemaligen DDR. In: Hans-Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD*. Frankfurt a.M.: Campus, 55-95.
- Bund transparent, 1989: *Parlament, Regierung, Bundesbehörden*. 6. Auflage. Bad Honnef: K.H. Bock.
- Busch, Andreas, 1991: Die deutsch-deutsche Währungsunion: Politisches Votum trotz ökonomischer Bedenken. In: Ulrike Liebert/Wolfgang Merkel (Hrsg.), *Die Politik zur deutschen Einheit. Probleme – Strategien – Kontroversen*. Opladen: Leske + Buderich, 185-207.
- Cammack, Paul, 1992: The New Institutionalism: Predatory Rule, Institutional Persistence, and Macro-Social Change. In: *Economy and Society* 21, 397-429.
- Coleman, James, 1974: *Power and the Structure of Society*. New York: W.W. Norton.
- Crozier, Michel, 1964: *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago: University of Chicago Press.
- Czada, Roland, 1991: Regierung und Verwaltung als Organisatoren gesellschaftlicher Interessen. In: Hans-Hermann Hartwich/Göttrik Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik*. Bd. III: Systemsteuerung und »Staatskunst«. Opladen: Leske + Buderich, 151-173.
- Czada, Roland, 1992: Der Staat als »wirtschaftender« Akteur. Differenzierung, Autonomisierung und Leistungssteigerung in handlungstheoretischer Perspektive. In: Heidrun Abromeit/Ulrich Jürgens, (Hrsg.), *Die politische Logik wirtschaftlichen Handelns*. Berlin: Sigma, 171-214.
- Dan Cohen, Meir, 1986: *Rights, Persons, and Organizations. A Legal Theory for Bureaucratic Society*. Berkeley: University of California Press.
- David, Paul A., 1985: Clio and the Economics of QWERTY. In: *American Economic Review* 75, 332-337.
- DGB, 1988/II: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*. Bd. II: Vorschläge zur Strukturreform. Hrsg. von der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand. Köln: Bund Verlag.
- Diemer, Hans-Wolfgang, 1982: Demokratie und Selbstverwaltung – Anmerkungen zu Sozialwahlen. In: *Die Sozialgerichtsbarkeit*, H. 11, 432-437.

- DiMaggio, Paul J./Walter W. Powell, 1991: Introduction. In: Walter W. Powell/Paul J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1-38.
- Döhler, Marian, 1987: Historische und gesundheitspolitische Aspekte im Verhältnis zwischen medizinischer Profession und integrierten Versorgungssystemen in Deutschland. WZB Discussion Paper, IIM/IP 87-9. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der »Wende«. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in der Bundesrepublik, Großbritannien und den USA. Berlin: Sigma.
- Döhler, Marian, 1991: Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen. In: Bernhard Blanke/Helmut Wollmann (Hrsg.), *Die »alte« Bundesrepublik – Kontinuität und Wandel*. Leviathan Sonderheft 12/1991. Opladen: Westdeutscher Verlag, 463-481.
- Döhler, Marian, 1993: Ordnungspolitische Ideen und sozialpolitische Institutionen. In: Roland Czada/Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung und Regierbarkeit*. Festschrift für Gerhard Lehmbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 123-141.
- Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1992a: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3, 64-106.
- Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1992b: Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: *Politische Vierteljahresschrift* 33, 579-596.
- Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1993: Kontinuität durch Wandel: Zur Institutionengeschichte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. In: Dietrich Milles (Hrsg.), *Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 119-142.
- Düllings, Josef, 1991: Staatsdominanz und ihre Folgen für die Entwicklung der ambulanten Versorgung Ostdeutschlands. In: *Medizin – Mensch – Gesellschaft* 16, 13-20.
- Dunsire, Andrew, 1993: *Manipulating Social Tensions: Colibration as an Alternative Mode of Government Intervention*. MPIFG Discussion Paper 93/7. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.
- Eggertsson, Thráinn, 1990: *Economic Behaviour and Institutions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ehrenberg, Herbert, 1990: *Damit keiner unter die Räder kommt. Strategien für einen gesamtdeutschen Sozialstaat*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Emde, Ernst Thomas, 1991: *Die demokratische Legitimation der funktionalen Selbstverwaltung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Erdmann, Yvonne, 1992: *Aufbau und Entwicklung von Ärzteverbänden in Ostdeutschland*. In: Volker Eichener et al. (Hrsg.), *1992: Organisierte Interessen in Ostdeutschland*, Bd. 2. Marburg: Metropolis, 319-358.
- Ferber, Christian von, 1977: *Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance? Soziale Selbstverwaltung*, Bd. 1. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen, 97-199.
- Fiedler, Eckart, 1989: *Ersatzkassen im Spannungsfeld zwischen privater Krankenversicherung und RVO-Kassen*. In: *Die Ersatzkasse* 69, 245-253.

- Fiedler, Wilhelm, 1990: Die Rückgliederungen des Saarlandes an Deutschland – Erfahrungen für das Verhältnis zwischen Bundesrepublik Deutschland und DDR? In: Juristenzeitung, 668-675.
- Focke, Franz, 1978: Sozialismus aus christlicher Verantwortung. Die Idee eines christlichen Sozialismus in der katholisch-sozialen Bewegung und in der CDU. Wuppertal: Peter Hammer.
- Frerich, Johannes/Martin Frey, 1993: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Bd. 2: Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik. München: Oldenbourg.
- Geser, Hans, 1990: Organisationen als soziale Akteure. In: Zeitschrift für Soziologie 19, 401-417.
- Geyer, Martin H., 1987: Die Reichsknappschaft. Versicherungsreformen und Sozialpolitik im Bergbau 1900-1945. München: C.H. Beck.
- Geyer, Martin H., 1991: Soziale Rechte im Sozialstaat: Wiederaufbau, Krise und konservative Stabilisierung der deutschen Rentenversicherung 1924-1937. In: Klaus Tenfelde (Hrsg.), Arbeiter im 20. Jahrhundert. Stuttgart: Klett-Cotta, 406-434.
- Gitter, Wolfgang, 1969: Zweckwidrige Vielfalt und Widersprüche im Recht der Sozialversicherung. Wiesbaden: Chmielorz.
- Goldstein, Judith, 1988: Ideas, Institutions, and American Trade Policy. In: International Organization 42, 179-217.
- Grieser, Andreas, 1954: Die Rettung der deutschen Sozialversicherung. In: Deutsche Versicherungszeitschrift 8, 133-135.
- Griesewell, Gunnar, 1985: Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Christian von Ferber et al. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. Gedenkschrift für Ulrich Geißler. München: Oldenbourg, 555-579.
- Grünwald, Alexander, 1936: Die Neuordnung der Ersatzkassen der Krankenversicherung. In: Reichsarbeitsblatt (nichtamtlicher Teil), Teil IV, 26-29.
- Gusy, Christoph, 1993: Die Lehre vom Parteienstaat in der Weimarer Republik. Baden-Baden: Nomos.
- Haas, Gerhard/Alfred Leutwein, 1954: Die rechtliche und soziale Lage der Arbeitnehmer in der sowjetischen Besatzungszone. Bonn: Deutscher Bundes Verlag.
- Haggard, Stephen, 1988: The Institutional Foundations of Hegemony: Explaining the Reciprocal Trade Agreements Act of 1934. In: International Organization 42, 91-119.
- Hammond, Thomas H./Paul A. Thomas, 1989: The Impossibility of a Neutral Hierarchy. In: Journal of Law, Economics, and Organization 5, 155-189.
- Hartwich, Hans-Hermann, 1992: Die Beziehungen zwischen Bundesregierung und Bundesbank im deutschen und westeuropäischen Einigungsprozeß. In: Hans-Hermann Hartwich/Göttrik Wewer (Hrsg.), Regieren in der Bundesrepublik. Bd. IV: Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsfaktoren des Regierens im Bundesstaat – unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses. Opladen: Leske + Buderich, 247-276.
- Hauck, Karl, 1960: Die Neuordnung der Krankenversicherungsträger im Saarland. In: Die Betriebskrankenkasse 48, 201-206.
- Häussler, Bertram, 1993: Das Betriebsgesundheitswesen in der ehemaligen DDR. In: Hans-

- Ulrich Deppe et al. (Hrsg.), *Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD*. Frankfurt a.M.: Campus, 126-143.
- Haverkate, Görg, 1988: Die Einheit der Verwaltung als Rechtsproblem. In: *Veröffentlichung der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer*, Bd. 46. Berlin: de Gruyter, 217-258.
- Heclo, Hugh, 1975: OMB and the Presidency: The problem of Neutral Competence. In: *The Public Interest* 38, 80-98.
- Heffter, Heinrich, 1969: *Die deutsche Selbstverwaltung im 19. Jahrhundert. Geschichte der Ideen und Institutionen*. 2. Auflage. Stuttgart: Koehler.
- Heiner, Ronald A., 1983: The Origin of Predictable Behavior. In: *American Economic Review* 73, 560-595.
- Heiner, Ronald A., 1988: The Necessity of imperfect Decisions. In: *Journal of Economic Behavior and Organization* 10, 29-56.
- Heinze, Meinhard, 1984: *Möglichkeiten der Fortentwicklung des Rechts der Sozialen Sicherheit zwischen Anpassungszwang und Bestandsschutz*. Gutachten E für den 55. Deutschen Juristentag. München: C.H. Beck, 7-119.
- Helwig, Gisela, 1990: Bund freier Demokraten. Die Liberalen auf dem mühsamen Weg zur Vereinigung. In: *Deutschland-Archiv* 4/1990, 511-514.
- Hendler, Reinhard, 1988: *Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung*. In: Bernd Baron von Maydell/Franz Ruland (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*. Neuwied: Luchterhand, 224-239.
- Hesse, Jörg, 1990: Die Allianz für Deutschland. In: *Deutschland-Archiv* 4/1990, 502-506.
- Hockerts, Hans Günter, 1980: *Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegs-Deutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hockerts, Hans Günter, 1985a: *Sicherung im Alter. Kontinuität und Wandel der gesetzlichen Rentenversicherung 1889-1979*. In: Werner Conze/M. Rainer Lepsius (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zum Kontinuitätsproblem*. Stuttgart: Klett-Cotta, 296-323.
- Hockerts, Hans Günter, 1985b: *Ausblick: Bürgerliche Sozialreform nach 1945*. In: Rüdiger vom Bruch (Hrsg.), *Weder Kommunismus noch Kapitalismus! Bürgerliche Sozialreform in Deutschland vom Vormärz bis zur Ära Adenauer*. München: C.H. Beck, 245-273.
- Hockerts, Hans Günter, 1986: *Integration der Gesellschaft: Gründungskrise und Sozialpolitik in der frühen Bundesrepublik*. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 25-41.
- Hockerts, Hans Günter, 1990a: *Entwicklungslinien der 100jährigen Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung: Die Rentenreform 1957*. In: Franz Ruland (Hrsg.), *Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung*. Luchterhand: Neuwied, 93-104.
- Hockerts, Hans Günter, 1990b: *Metamorphosen des Wohlfahrtsstaats*. In: Martin Broszat (Hrsg.), *Zäsuren nach 1945. Essays zur Periodisierung der deutschen Nachkriegsgeschichte*. München: Oldenbourg, 35-45.
- Hockerts, Hans Günter, 1992: *Vom Nutzen und Nachteil parlamentarischer Parteienkonkurrenz. Die Rentenreform 1972 – ein Lehrstück*. In: Karl Dietrich Bracher et al. (Hrsg.), *Staat und Parteien. Festschrift für Rudolf Morsey zum 65. Geburtstag*. Berlin: Duncker & Humblot, 903-934.
- Hoffmann, Wolfgang, 1990: *Abschied von Illusionen*. In: *Die Zeit* vom 2.3.1990.

- Hofmann, Claus F./Thomas Weiß, 1992: Finanzen im Blickpunkt. In: *Bundesarbeitsblatt*, 1992/5, 5-10.
- Hudemann, Rainer, 1979: Sozialstruktur und Sozialpolitik in der französischen Besatzungszone 1945-1949. In: *Jahrbuch für westdeutsche Landesgeschichte*, Bd. 5. Koblenz: Selbstverlag der Landesarchivverwaltung Rheinland-Pfalz, 373-408.
- Hudemann, Rainer, 1988: Sozialpolitik im deutschen Südwesten zwischen Tradition und Neuordnung. Mainz: v. Hase & Köhler.
- Jacobs, Klaus/Peter Reschke, 1991: Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung zur Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Sigma.
- Kahnert, Bernd, 1990: Wie »modern« können die Betriebs-Polikliniken der DDR sein? In: *Die Betriebskrankenkasse*, 534-543.
- Katzenstein, Peter J., 1987: Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semi-sovereign State. Philadelphia: Temple University Press.
- Kaufmann, Franz-Xaver, 1973: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. 2. Auflage. Stuttgart: Enke.
- Kingdon, John W., 1984: Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: Little, Brown and Company.
- Kirner, Ellen/Heinz Vortmann/Gert Wagner, 1990: Übergang zum neuen Rentensystem schwierig. In: *DIW-Wochenbericht*, 14/1990, 167-171.
- Kirschner, Klaus, 1990: Gesundheitswesen gesamtdeutsch organisieren. In: *Soziale Sicherheit* 39, 97-103.
- Klein, Rudolf, 1983: The NHS and the theatre of inadequacy. In: *Universities Quarterly* 37, 201-215.
- Kleßmann, Christoph, 1984: Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955. (Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung, Bd. 193), Bonn.
- Knieps, Franz, 1990: Das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung im beigetretenen Teil Deutschlands. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, H. 11/12, 392-397.
- Kocka, Jürgen, 1981: Die Angestellten in der deutschen Geschichte 1850-1980. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kocka, Jürgen/Michael Prinz, 1985: Vom »neuen Mittelstand« zum angestellten Arbeitnehmer. Kontinuität und Wandel der deutschen Angestellten seit der Weimarer Republik. In: Werner Conze/M. Rainer Lepsius (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zum Kontinuitätsproblem*. Stuttgart: Klett-Cotta, 210-255.
- Kolb, Rudolf/Franz Ruland, 1990: Die Rentenversicherung in einem sich einigenden Deutschland. In: *Deutsche Rentenversicherung* 3, 141-153.
- Korbanka, Christian, 1990: Das Gesundheitswesen der DDR – Darstellung und Effizienzanalyse. Köln: Müller – Botermann.
- Krasner, Stephen D., 1984: Approaches to the state: alternative conceptions and historical dynamics. In: *Comparative Politics* 16, 223-246.
- Krasner, Stephen D., 1988: Sovereignty. An Institutional Perspective. In: *Comparative Political Studies* 21, 66-94.
- Kreps, David M. 1990: Corporate Culture and Economic Theory. In: James E. Alt/Kenneth

A. Shepsle (eds.), *Perspectives on Positive Political Economy*. Cambridge: Cambridge University Press, 90-143.

Lecher, Wolfgang, 1990: Gewerkschaften in Deutschland: Ost-West-Zukunft. In: WSI-Mitteilungen, 5/1990, 320-327.

Leenen, Wolf-Rainer, 1977: Zur Frage der Wachstumsorientierung der marxistisch-leninistischen Sozialpolitik in der DDR. Berlin: Duncker & Humblot.

Lehmann, Helmut, 1949: Die Sozialversicherung in der sowjetischen Besatzungszone. Berlin (Ost): Dietz.

Lehmbruch, Gerhard, 1976: Parteienwettbewerb im Bundesstaat. Stuttgart: Kohlhammer.

Lehmbruch, Gerhard, 1987: Administrative Interessenvermittlung. In: Adrienne Windhoff-Héritier (Hrsg.), *Verwaltung und ihre Umwelt*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 11-43.

Lehmbruch, Gerhard, 1990: Die improvisierte Vereinigung: Die Dritte deutsche Republik. Unentwegter Versuch, einem japanischen Publikum die Geheimnisse der deutschen Transformation zu erklären. In: *Leviathan* 18, 462-486.

Lehmbruch, Gerhard, 1991: Die deutsche Vereinigung. Strukturen und Strategien. In: *Politische Vierteljahresschrift* 32, 585-604.

Lehmbruch, Gerhard, 1992: The Institutional Framework of German Regulation. In: Kenneth Dyson (ed.), *The Politics of German Regulation*. Aldershot: Dartmouth, 29-52.

Lehmbruch, Gerhard, 1993: Institutionentransfer. Zur politischen Logik der Verwaltungsintegration in Deutschland. In: Wolfgang Seibel et al. (Hrsg.), *Verwaltungsreform und Verwaltungspolitik im Prozeß der deutschen Einigung*. Baden-Baden: Nomos, 41-66.

Lepsius, M. Rainer, 1990: Die Prägung der politischen Kultur der Bundesrepublik durch institutionelle Ordnungen. In: M. Rainer Lepsius, *Interessen, Ideen und Institutionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 63-84.

Liebscher, Gerhard/Günther Thude, 1960: Die Prinzipien und Aufgaben der Sozialversicherung in der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin (Ost): Tribüne.

Luhmann, Niklas, 1978: *Legitimation durch Verfahren*. 3. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Philipp Herder-Dorneich/Alexander Schuller (Hrsg.), *Die Anspruchsspirale – Schicksal oder Systemeffekt?* Stuttgart: Kohlhammer, 28-55.

Mackscheidt, Klaus, 1990: Finanzausgleichsmaßnahmen zwischen dem Bund und den Trägern der Sozialen Sicherung und zwischen den Trägern der Sozialen Sicherung untereinander. In: Willi Albers/Johannes Hackmann/Klaus Mackscheidt, *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung I*. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Bd. 194/I NF. Berlin: Duncker & Humblot, 145-182.

Mädig, Heinrich, 1992: Die föderativen Finanzbeziehungen im Prozeß der deutschen Vereinigung – Erfahrungen und Perspektiven. In: Hans-Hermann Hartwich/Göttrick Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik*. Bd. IV: Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsfaktoren des Regierens im Bundesstaat – unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses. Opladen: Leske + Buderich, 183-213.

Manning, Ehrenfried, 1956: *Die SPD und die Sozialversicherung von 1918 bis 1933*. Dissertation Marburg.

- Manow-Borgwardt, Philip, 1992: Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie? Das Beispiel der Festbeträge. In: Zeitschrift für Sozialreform 38, 398-416.
- Manow-Borgwardt, Philip, 1994: Die Sozialversicherung in der DDR und der BRD, 1945-1990: Über die Fortschrittlichkeit rückschrittlicher Institutionen. In: Politische Vierteljahresschrift 35, 40-61.
- March, James G./Johan P. Olsen, 1984: The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. In: American Political Science Review 78, 734-749.
- March, James G./Johan P. Olsen, 1989: Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics. New York: Free Press.
- Mayntz, Renate, 1980: Executive Leadership in Germany: Dispersion of Power or »Kanzlerdemokratie«? In: Richard Rose/Ezra N. Suleiman (eds.), Presidents and Prime Ministers. Washington D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 139-170.
- Mayntz, Renate, 1984: German Federal Bureaucrats: A Functional Elite between Politics and Administration. In: Ezra N. Suleiman (ed.), Bureaucrats and Policy Making. A Comparative Overview. New York: Holmes & Meier, 174-205.
- Mayntz, Renate, 1987: Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme – Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: Thomas Ellwein et al. (Hrsg.), Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1987/1. Baden-Baden: Nomos, 89-110.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaft und Staatspraxis 1, 283-307.
- Mayntz, Renate, 1992a: Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken. In: Journal für Sozialforschung 32, 19-32.
- Mayntz, Renate, 1992b: Die außeruniversitäre Forschung im Prozeß der deutschen Einigung. In: Leviathan 20, 64-82.
- Mayntz, Renate, 1993: Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen. In: Adrienne Héritier (Hrsg.), Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS-Sonderheft 24/1993. Opladen: Westdeutscher Verlag, 39-56.
- Mayntz, Renate/Wolfgang Klitzsch/Erich Ubeländer, 1982: Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens. Forschungsbericht 69, Reihe Gesundheitsforschung, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.
- Mayntz, Renate/Birgitta Nedelmann, 1987: Eigendynamische soziale Prozesse. Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 39, 648-688.
- Meinhold, Helmut, 1975: Systembezogene oder rational-pragmatische bzw. systematische Sozialpolitik. In: Heinz Sauer mann/Ernst-Joachim Mestmäcker (Hrsg.), Wirtschaftsordnung und Staatsverfassung, Festschrift für Franz Böhm zum 80. Geburtstag. Tübingen: J.C.B. Mohr, 359-381.
- Merton, Robert K., 1963: Social Theory and Social Structure. 8. Auflage. Glencoe: Free Press.
- Meyer, Gerd, 1989: Sozialistischer Paternalismus. Strategien konservativen Systemmanagements am Beispiel der Deutschen Demokratischen Republik. In: Ralf Rytlewski (Hrsg.), Politik und Gesellschaft in sozialistischen Ländern. PVS-Sonderheft 20/1989. Opladen: Westdeutscher Verlag, 426-448.

- Mörschel, Richard, 1990: Die Finanzierungsverfahren in der Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 619-661.
- Muhr, Gerd, 1977: Risiko und Chance für die Selbstverwaltung in der sozialen Krankenversicherung. Betrachtungen zum Ortskrankenkassentag 1977 aus gewerkschaftlicher Sicht. In: *Die Ortskrankenkasse* 12/1977, 429-440.
- North, Douglass C., 1990: A Transaction Cost Theory of Politics. In: *Journal of Theoretical Politics* 2, 355-367.
- North, Douglass C., 1992: Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Nullmeier, Frank, 1992: Der Zugriff des Bundes auf die Haushalte der Gemeinden und Parafisci. In: Hans-Hermann Hartwich/Göttrick Wewer (Hrsg.), *Regieren in der Bundesrepublik*. Bd. IV: Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsfaktoren des Regierens im Bundesstaat – unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses. Opladen: Leske + Buderich, 147-180.
- Nullmeier, Frank/Friedbert W. Rüb/Bernhard Blanke, 1990: Sozialpolitische Entscheidungsprozesse als Transformation von Bedürfnissen in relative Verteilungspositionen. Manuskript Universität Hannover.
- Nullmeier, Frank/Friedbert W. Rüb, 1993: Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat. Frankfurt a. M.: Campus.
- Offe, Claus, 1992: Designing Institutions for East European Transitions. Draft paper prepared for the Institutional Design Conference. The Austrian National University, Research School of Social Science, December 7-8, 1992.
- Olsen, Johan P., 1991: Modernization Programs in Perspective: Institutional Analysis of Organizational Change. In: *Governance* 4, 125-149.
- Olsen, Johan P., 1992: Analyzing Institutional Dynamics. In: *Staatswissenschaft und Staatspraxis* 3, 247-271.
- o.V. (1990): Vernichtungsstrategie. In: *DAG-Journal*, 11/1990, 14.
- Pierson, Paul, 1992: »Policy Feedbacks« and Political Change: Contrasting Reagan and Thatcher's Pension-Reform Initiatives. In: *Studies in the American Political Development* 6, 359-390.
- Pierson, Paul, 1993: When Effect Becomes Cause. Policy Feedback and Political Change. In: *World Politics* 45, 595-628.
- Pilz, Frank/Heike Ortwein, 1992: Das vereinte Deutschland. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Polster, Andreas, 1990: Änderungen des Fremdrenten- und Auslandsrentenrechts durch das Gesetz zum Staatsvertrag. In: *Deutsche Rentenversicherung*, H. 8, 508-516.
- Powell, Robert, 1991: Absolute and relative Gains in International Relations Theory. In: *American Political Science Review* 85, 1303-1320.
- Powell, Walter W., 1991: Expanding the Scope of Institutional Analysis. In: Walter W. Powell/Paul J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 183-203.
- Powell, Walter W./Paul J. DiMaggio (eds.) 1991: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

- Prinz, Michael, 1985: »Sozialpolitik im Wandel der Staatspolitik?« Das Dritte Reich und die Tradition bürgerlicher Sozialreform. In: Rüdiger vom Bruch (Hrsg.), *Weder Kommunismus noch Kapitalismus! Bürgerliche Sozialreform in Deutschland vom Vormärz bis zur Ära Adenauer*. München: C.H. Beck, 219-244.
- Prinz, Michael, 1986: *Vom neuen Mittelstand zum Volksgenossen. Die Entwicklung des sozialen Status der Angestellten von der Weimarer Republik bis zum Ende der NS-Zeit*. München: Oldenbourg.
- Prinz, Michael, 1991: *Die Arbeiterbewegung und das Modell der Angestelltenversicherung. Zu einigen Bedingungen für die besondere Bürgerlichkeit des Wohlfahrtsstaates in der Bundesrepublik*. In: Klaus Tenfelde (Hrsg.), *Arbeiter im 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Klett-Cotta, 435-460.
- Recker, Marie-Luise, 1985: *Nationalsozialistische Sozialpolitik im Zweiten Weltkrieg*. München: Oldenbourg.
- Reidegeld, Eckart, 1982: *Die Sozialversicherung zwischen Neuordnung und Restauration. Soziale Kräfte, Reformen und Reformpläne unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsanstalt Berlin (VAB)*. Frankfurt a.M.: Haag + Herchen.
- Rieger, Elmar, 1992a: *Die Institutionalisierung des Wohlfahrtsstaates*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rieger, Elmar, 1992b: *Strategien der Institutionenbildung*. In: *Journal für Sozialforschung* 32, 157-175.
- Ritter, Erich, 1933: *Die Stellungnahme der Gewerkschaften zu den Problemen der Sozialversicherung in Deutschland*. Dissertation Frankfurt a.M..
- Ritter, Gerhardt A., 1983: *Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich*. München: C.H. Beck.
- Rolf, Hartmut, 1975: *Sozialversicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst? Ökonomischer Effizienzvergleich der Gesundheitssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Rosewitz, Bernd/Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rothfels, Hans, 1927: *Theodor Lohmann oder die Kampfjahre der deutschen Sozialpolitik (1871-1905)*. Berlin: E.G. Mittler & Sohn.
- Rüb, Friedbert W./Frank Nullmeier, 1991: *Alterssicherungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Bernhard Blanke/Hellmut Wollmann (Hrsg.), *Die alte Bundesrepublik. Kontinuität und Wandel*. Leviathan Sonderheft 12/1991. Opladen: Westdeutscher Verlag, 437-462.
- Ruland, Franz, 1988: *Rentenversicherung*. In: Bernd Baron von Maydell/Franz Ruland (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*. Neuwied: Luchterhand, 733-828.
- Ruland, Franz, 1990: *Auswirkungen des Staatsvertrages auf die gesetzliche Rentenversicherung*. In: *Deutsche Rentenversicherung*, 455-467.
- Ruland, Franz/Monika Rahn, 1991: *Soziale Grundsicherung im Beitrittsgebiet – Modell für eine gesamtdeutsche Sozialordnung?* In: *Deutsche Rentenversicherung*, 365-380.
- Ryll, Andreas, 1993: *Bargaining in the German Ambulatory Health Care System*. In: Fritz W. Scharpf (ed.), *Games in Hierarchies and Networks*. Frankfurt a.M.: Campus, 315-337.

- Salthammer, Klaus 1991: Die Grundlagen für den Abschluß des Staatsvertrages und für die Verwirklichung der Sozialunion im Bereich der Alterssicherung. In: Karl Furmaniak/Hartmut Kiock (Hrsg.), *Programmforschung in der und über die (ehemalige) DDR. Werkstattbericht 13 der Gesellschaft für Programmforschung in der öffentlichen Verwaltung e.V.*, 153-160.
- Scharpf, Fritz W., 1973: *Planung als politischer Prozeß. Aufsätze zur Theorie der planenden Demokratie.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Scharpf, Fritz W., 1990: *Games Real Actors Could Play: The Problem of Connectedness.* MPIFG Discussion Paper 90/8. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.
- 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.* PVS-Sonderheft 24/1993. Opladen: Westdeutscher Verlag, 57-83.
- Scharpf, Fritz W./Bernd Reissert/Fritz Schnabel, 1976: *Politikverflechtung. Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik.* Kronberg/Ts.: Scriptor.
- Schäuble, Wolfgang, 1991: *Der Vertrag. Wie ich über die deutsche Einheit verhandelte.* Herausgegeben von Dirk Koch und Klaus Wirtgen. Stuttgart: Deutsche Verlags Anstalt.
- Scheur, Wolfgang, 1967: *Einrichtungen und Maßnahmen der sozialen Sicherheit in der Zeit des Nationalsozialismus.* Dissertation Köln.
- Schimank, Uwe, 1992: *Erwartungssicherheit und Zielverfolgung. Sozialität zwischen Prisoner's Dilemma und Battle of the Sexes.* In: *Soziale Welt* 43, 182-200.
- Schmähl, Winfried, 1990: *Alterssicherung in der DDR und ihre Umgestaltung im Zuge des deutschen Einigungsprozesses. Einige verteilungspolitische Aspekte.* ZeS-Arbeitspapier 10/90. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Schmid, Josef, 1992: *Die Vereinigung der CDU.* In: Frank Löbler/Josef Schmid/Heinrich Tiemann, *Wiedervereinigung als Organisationsproblem: Gesamtdeutsche Zusammenschlüsse von Parteien und Verbänden.* Bochum: Brockmeyer, 48-59.
- Schmidt, Manfred G., 1989: *Learning from Catastrophes. West Germany's Public Policy.* In: Francis G. Castles (ed.), *The Comparative History of Public Policy.* Cambridge, Mass.: Polity Press, 56-99.
- Schmidt, Manfred G., 1990: *Die Politik des mittleren Weges. Besonderheiten der Staatstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland.* In: *Aus Politik und Zeitgeschichte B 9-10/1990*, vom 23. Februar 1990, 23-31.
- Schmidt, Robert H., 1960: *Saarpolitik 1945-1957. Zweiter Band: Entfaltung der Saarpolitik zwischen »Wirtschaftsanschluß« und »Europäisierung« 1945-1953.* Berlin: Duncker & Humblot.
- Schmidt-Bleibtreu, Bruno, 1990: *Der Staatsvertrag in seiner rechtlichen Gestaltung und Umsetzung.* In: Klaus Stern/Bruno Schmidt-Bleibtreu: *Staatsvertrag zur Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (mit Vertragstext, Begründungen und Materialien). Verträge und Rechtsakte zur Deutschen Einheit, Bd. 1.* München: C.H. Beck, 47-75.
- Schmidt-Bleibtreu, Bruno, 1990a: *Der Einigungsvertrag in seiner rechtlichen Gestaltung und Umsetzung.* In: Klaus Stern/Bruno Schmidt-Bleibtreu: *Einigungsvertrag und Wahlvertrag*

- (mit Vertragstext, Begründungen und Materialien). Verträge und Rechtsakte zur Deutschen Einheit, Bd. 2. München: C.H. Beck, 57-87.
- Schönbach, Karl Heinz, 1990: Zur Reorganisation von Betriebs-Polikliniken und -Ambulatorien im System der ambulanten medizinischen Versorgung in der DDR. In: Die Betriebskrankenkasse, 430-446.
- Schubert, Richard, 1932: Die Ersatzkassen. Ihr Wesen und ihre Aufgaben. Berlin: Otto Elsner.
- Schulin, Bertram, 1989: Kostenerstattung der Ersatzkassen. St. Augustin: Asgard.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1984: Der informale Verfassungsstaat. Aktuelle Beobachtungen des Verfassungslebens der Bundesrepublik Deutschland im Lichte der Verfassungstheorie. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1988: Theorie und Praxis parlamentarischer Gesetzgebung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Seibel, Wolfgang, 1992: Notwendige Illusionen: Der Wandel des Regierungssystems im vereinten Deutschland. In: Journal für Sozialforschung 32, 337-361.
- Shepsle, Kenneth A., 1989: Studying Institutions. Some Lessons from the Rational Choice Approach. In: Journal of Theoretical Politics 1, 131-147.
- Singer, Otto, 1992: The Politics and Economics of German Unification: From Currency Union to Economic Dichotomy. In: German Politics 1, 78-94.
- Smigielski, Edwin, 1980: Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Bochum: Brockmeyer.
- Snidal, Duncan, 1991: Relative Gains and the Pattern of international Cooperation. In: American Political Science Review 85, 701-726.
- Sozialcharta 1990: Sozialcharta der DDR. In: Zeitschrift für Sozialreform H. 3/4, 1990: 256-262.
- Stern, Klaus/Bruno Schmidt-Bleibtreu, 1990: Staatsvertrag zur Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (mit Vertragstext, Begründungen und Materialien). Verträge und Rechtsakte zur Deutschen Einheit, Bd. 1. München: C.H. Beck.
- Stern, Klaus/Bruno Schmidt-Bleibtreu, 1990a: Einigungsvertrag und Wahlvertrag (mit Vertragsgesetzen, Begründungen und Materialien). Verträge und Rechtsakte zur Deutschen Einheit, Bd. 2. München: C.H. Beck.
- Stinchcombe, Arthur L., 1965: Social Structure and Organizations. In: James G. March (ed.), Handbook of Organizations. Chicago: Rand MacNally, 142-193.
- Stinchcombe, Arthur L., 1968: Constructing Social Theories. New York: Hartcourt.
- Stolleis, Michael, 1979: Die Sozialversicherung Bismarcks. Politisch-institutionelle Bedingungen ihrer Entstehung. In: Hans F. Zacher (Hrsg.), Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung von Sozialversicherung. Berlin: Duncker & Humblot, 387-411.
- Stolleis, Michael, 1984: Referat. In: Möglichkeiten der Fortentwicklung des Rechts der Sozialen Sicherheit zwischen Anpassungszwang und Bestandsschutz. Verhandlungen des 55. Deutschen Juristentages, Bd. 2. München: C.H. Beck, N9-N68.
- Stolleis, Michael, 1989: Die Rentenreform 1992 – Bilanz einer 40jährigen Rentenpolitik. In: Deutsche Rentenversicherung, H. 6/7, 333-343.
- Stolt, Erich/Ernst Albert Vesper, 1973: Die Ersatzkassen der Krankenversicherung. Bonn – Bad Godesberg: Asgard.

- Stone, Deborah, 1991: German Unification: East Meets West in the Doctor's Office. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 16, 401-412.
- Strassert, Heinrich, 1933: *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung*. Dissertation Berlin.
- Sutton, John, 1986: Non-cooperative Bargaining Theory: An Introduction. In: *Review of Economic Studies* 53, 709-724.
- Tennstedt, Florian, 1977: *Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Tennstedt, Florian, 1986: Sozialreform in Deutschland. Einige Anmerkungen zum Verhältnis von wissenschaftlichen (Vereins-)Initiativen und politischer Herrschaft seit dem 19. Jahrhundert. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 10-24.
- Thaysen, Uwe, 1990: *Der Runde Tisch oder: Wo blieb das Volk?* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Thelen, Kathleen/Sven Steinmo, 1992: Historical Institutionalism in Comparative Politics. In: Kathleen Thelen et al. (eds.), *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-32.
- Vanberg, Viktor, 1983: Organisationsziele und individuelle Interessen. In: *Soziale Welt* 34, 171-187.
- Vanberg, Viktor, 1992: Organizations as constitutional Systems. In: *Constitutional Political Economy* 3, 223-253.
- Vogel, Walter, 1951: *Bismarcks Arbeiterversicherung. Ihre Entstehung im Kräftespiel der Zeit*. Braunschweig: Westermann.
- Vollmer, Rudolf J., 1990: *Sozialversicherung und Gesundheitsrecht im beigetretenen Teil Deutschlands. Texte zur deutsch-deutschen Rechtsangleichung, Bd. 3*. Bonn: AOK-Verlag.
- Walker, Jack L. Jr., 1991: *Mobilizing Interest Groups in America. Patrons, Professions, and Social Movements*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Wardin, Peter, 1992: Der gesamtdeutsche Zusammenschluß der SPD. In: Frank Löbner/Josef Schmid/Heinrich Tiemann, *Wiedervereinigung als Organisationsproblem: Gesamtdeutsche Zusammenschlüsse von Parteien und Verbänden*. Bochum: Brockmeyer, 60-65.
- Wasem, Jürgen, 1991: Zur Entstehungsgeschichte des Gesundheits-Reformgesetzes. In: Bernd Baron von Maydell (Hrsg.), *Probleme sozialpolitischer Gesetzgebung – Das Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes*. St. Augustin: Asgard, 65-76.
- Wasem, Jürgen, 1992: Von der »Poliklinik« in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland. MPIFG-Discussion Paper 92/5. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.
- Wasem, Jürgen, 1993: Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsstrategien und Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel (Hrsg.), *Bericht über die Tagung »Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen«*. Würzburg: Tritsch, 119-170.
- Weaver, R. Kent, 1986: The Politics of Blame Avoidance. In: *Journal of Public Policy* 6, 371-398.

- Weaver, R. Kent, 1988: *Automatic Government: The Politics of Indexation*. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan* 16, 156-203.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Wigge, Peter, 1992: Die Stellung der Ersatzkassen im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GRG vom 20.12.1988. Berlin: Erich Schmidt.
- Willgerodt, Hans, 1990: Vorteile der wirtschaftlichen Einheit Deutschlands. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, H. 84. (Gutachten erstellt im Auftrag des Bundeskanzleramtes, Köln den 12. März 1990). Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln.
- Williamson, Oliver E., 1975: *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press.
- Williamson, Oliver E., 1985: *The economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.
- Winkler, Gunnar, 1988: Sozialpolitik in der DDR. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 32/88, 21-28.
- WSI [Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes], 1981: *Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik*. Köln: Bund Verlag.
- Witt, Peter-Christian, 1983: Kontinuität und Diskontinuität im politischen System der Weimarer Republik. Das Verhältnis von Regierung, Bürokratie und Reichstag. In: Gerhard A. Ritter (Hrsg.), *Regierung, Bürokratie und Parlament in Preußen und Deutschland von 1848 bis zur Gegenwart*. Düsseldorf: Droste, 117-148.
- Zank, Wolfgang, 1990: Wirtschaftliche Zentralverwaltungen und Deutsche Wirtschaftskommission (DWK). In: Hermann Weber/Martin Broszat (Hrsg.), *SBZ-Handbuch. Staatliche Verwaltungen, Parteien, gesellschaftliche Organisationen und ihre Führungskräfte in der Sowjetischen Besatzungszone 1945-1949*. München: Oldenbourg, 253-290.
- Zucker, Lynne G. (ed.), 1988a: *Institutional Patterns and Organizations*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Zucker, Lynne G., 1988b: Where Do Institutional Patterns Come from? Organizations as Actors in Social Systems. In: Lynne G. Zucker (ed.), *Institutional Patterns and Organizations*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 23-52.
- Zwehl, Konrad von, 1983: Zum Verhältnis von Regierung und Reichstag im Kaiserreich (1871-1918). In: Gerhard A. Ritter (Hrsg.), *Regierung, Bürokratie und Parlament in Preußen und Deutschland von 1848 bis zur Gegenwart*. Düsseldorf: Droste, 90-116.

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh
Differenzierung und Verselbständigung
Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme
1988 329 Seiten

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)
The Development of Large Technical Systems
1988 299 Seiten (copublished with Westview Press)

Clemens Schumacher-Wolf
Informationstechnik, Innovation und Verwaltung
Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken
1988 339 Seiten

Volker Schneider
Technikentwicklung zwischen Politik und Markt
Der Fall Bildschirmtext
1989 293 Seiten

Bernd Rosewitz, Douglas Webber
**Reformversuche und Reformblockaden im deutschen
Gesundheitswesen**
1990 349 Seiten

Raymund Werle
Telekommunikation in der Bundesrepublik
Expansion, Differenzierung, Transformation
1990 409 Seiten

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank
Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem
Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten
außeruniversitären Forschung
1990 444 Seiten

Bernd Marin, Renate Mayntz (Editors)

Policy Networks

Empirical Evidence and Theoretical Considerations

1991 331 Seiten (copublished with Westview Press)

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien

1992 700 Seiten

Arthur Benz, Fritz W. Scharpf, Reinhard Zintl

Horizontale Politikverflechtung

Zur Theorie von Verhandlungssystemen

1992 205 Seiten

Fritz W. Scharpf (Editor)

Games in Hierarchies and Networks

Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions

1993 448 Seiten (copublished with Westview Press)

Andreas Stucke

Institutionalisierung der Forschungspolitik

Entstehung, Entwicklung und Steuerungsprobleme des

Bundesforschungsministeriums

1993 297 Seiten

Susanne Lütz

Steuerung industrieller Forschungs Kooperation

Funktionsweise und Erfolgsbedingungen des staatlichen

Förderinstrumentes Verbundforschung

1993 251 Seiten

Uwe Schimank, Andreas Stucke (Editors)

Coping with Trouble

How Science Reacts to Political Disturbances of Research Conditions
1994 401 Seiten (copublished with St. Martin's Press)

Edgar Grande, Jürgen Häusler

Industrieforschung und Forschungspolitik

Staatliche Steuerungspotentiale in der Informationstechnik
1994 566 Seiten

Philip Manow

Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß

1994 195 Seiten

Renate Mayntz (unter Mitarbeit von Hans-Georg Wolf)

Deutsche Forschung im Einigungsprozeß

Die Transformation der Akademie der Wissenschaften
der DDR 1989 bis 1992

1994 301 Seiten

Katrin Behaghel

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung

Ein Verbandssystem unter Streß

1994 326 Seiten

Renate Mayntz (Hrsg.)

Aufbruch und Reform von oben

Ostdeutsche Universitäten im Transformationsprozeß

1994 312 Seiten