ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Döhler, Marian; Manow, Philip

Working Paper

Formierung und Wandel eines Politikfeldes: Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer

MPIfG Discussion Paper, No. 95/6

Provided in Cooperation with:
Max Planck Institute for the Study of Societies (MPIfG), Cologne

Suggested Citation: Döhler, Marian; Manow, Philip (1995) : Formierung und Wandel eines Politikfeldes: Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer, MPIfG Discussion Paper, No. 95/6, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/43726

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer

Marian Döhler und Philip Manow

95/6

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

Telephone 0221 / 33605-0
Fax 0221 / 33605-55
E-Mail mpi@mpi-fg-koeln.mpg.de
Home Page http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de

MPIFG Discussion Paper 95 / 6
ISSN 0944–2073
Oktober 1995

Abstract

Policy sectors are subject to a process of development which is neither easy to explain nor to comprehend empirically. This paper tries to contribute to a better understanding of policy sector evolution by employing an analytical distinction between political decision structures and sectoral constellations of interests. Using the history of German health policy since the late 1950s as a case, both dimensions are analyzed with regard to their particular differentiation and their mutual influence on each other. By contrasting different points in time, evidence is provided that the same factors, which routinely are used to explain the failure of major reform-attempts in the health sector such as coalition government, federalism and interest group power are by no means stable over time. Rather these factors are subject to change which, to a significant extent, resulted from the interaction between the decision structures and the constellations of interests. This description of the formation and the change of a policy field leads to methodological conclusions as well as to conclusions referring to the change of political decision processes in the German political system in general.

* * * * *

Gesellschaftliche Teilsektoren unterliegen einer Entwicklungsdynamik, deren empirische Erfassung und Erklärung vor nicht geringen Problemen steht. Die vorliegende Untersuchung versucht mit Hilfe der analytischen Unterscheidung zwischen politischen Entscheidungsstrukturen und sektoralen Interessenkonstellationen zu einem besseren Verständnis der Politikfeldgenese zu gelangen. Anhand der Geschichte des bundesdeutschen Gesundheitssektors seit den 50er Jahren werden beide Dimensionen unter dem Gesichtspunkt ihrer jeweils spezifischen Ausdifferenzierung sowie ihrer wechselseitigen Beeinflussung analysiert. Durch die Kontrastierung unterschiedlicher Zeitpunkte wird deutlich, daß jene Faktoren wie Mehrparteienkoalitionen, föderale Entscheidungsverflechtungen und Einflußnahme durch organisierte Verbandsinteressen, denen überwiegend die bisherige Blockierung von Gesundheitsreformen zugeschrieben wird, keine zeitlich invarianten Größen darstellen, sondern selbst erheblichen Veränderungen unterliegen, die durch die Interaktionen zwischen Entscheidungsstrukturen und Interessenkonstellation mit hervorgerufen werden. Aus dieser Darstellung der Formierung und des Wandels eines Politikfeldes ergeben sich sowohl methodische als auch generell auf die Veränderung politischer Entscheidungsverfahren in der Bundesrepublik bezogene Schlußfolgerungen.

Inhalt*

Abstract 2

1. Einleitung 5

1.1 Problemstellung 5

1.2 Interessenkonstellationen und Entscheidungsstrukturen 8

2. Gesundheitspolitik im Wandel der Entscheidungsstrukturen 11

2.1 Dimensionen der Ausdifferenzierung des gesundheitspolitischen Entscheidungssystems 11

2.2 Die Formierung des gesundheitspolitischen Entscheidungsgefüges 19

2.3 Akteurwechsel, Rollenfindung und veränderte Interessen im gesundheitspolitischen Entscheidungssystem 29

3. Gesundheitspolitische Interessenkonstellationen im Wandel 33

3.1 Positionsveränderungen im Verhältnis Staat – Verbände 33

3.2 Die Ausdifferenzierung von Rollen und Interessen im gesundheitspolitischen Akteursystem 43

3.3 Ordnungspolitische Leitbilder und reformpolitische Strategiediskurse 52

4. Schlußfolgerungen 60

4.1 Methodische Bedingungen einer Analyse langfristigen politischen Wandels 61

4.2 Empirische Aspekte sektoralen Wandels 63

Literatur 67

* Wir bedanken uns für hilfreiche Kommentare und Kritik bei Adrienne Héritier, Susanne Lütz, Martin H. Geyer, Fritz W. Scharpf, Renate Mayntz, Jürgen Feick und Christian Welzel.

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Im folgenden soll es darum gehen, einen Ansatz zum Verständnis der Entwicklungsdynamik gesellschaftlicher Teilsektoren zu entwickeln, dessen Leistungsfähigkeit über die Erklärung von Einzelphänomenen wie Gesetzgebungsprozessen, der Rolle von organisierten Interessen sowie zeitlich begrenzten Zustandsbeschreibungen (Expansion, Blockade, Transformation) hinausreicht. Unser Untersuchungsgegenstand ist – bewußt breit gewählt – die Genese des bundesdeutschen Gesundheitssektors seit der Nachkriegszeit. Wir wollen nachfolgend die Entwicklung des Gesundheitssektors aus wechselnden politischen Handlungschancen der Akteure, die im Zusammenhang mit Veränderungen der institutionellen Handlungsgrundlagen stehen, aus variierenden Problemanforderungen und aus Umbrüchen in den Akteur- und Interessenkonstellationen erklären. In empirischer Hinsicht knüpfen wir an eigene Untersuchungen zur Gesundheitspolitik an und versuchen, die dort enthaltenen Erklärungselemente mit einer älteren politikwissenschaftlichen Analyseperspektive anzureichern, wie sie etwa in dem – an Easton orientierten – Begriffspaar „Regierungsstruktur“ und „Interessenstruktur“ enthalten ist, mit dem Gerhard Lehmbruch in seiner Analyse von Proporzsystemen die institutionellen Mechanismen der Konfliktregulierung von den zu lösenden gesellschaftlichen Interessenkonflikten unterschieden hat (Lehmbruch 1967: 32). In Anlehnung an diese Begrifflichkeit wird nachfolgend analytisch zwischen *Entscheidungsstrukturen* einerseits und *Interessenkonstellationen* andererseits getrennt.

Der Rekurs auf diese analytische Leitdifferenz dient der Abgrenzung gegenüber zwei aktuellen Diskussionstrends. Zum einen wenden wir uns gegen eine analytische Sichtweise, die man als ‘Vernetzungsperspektive’ charakterisieren kann. In ihrem Mittelpunkt stehen eine Reihe säkularer Trendaussagen, denenzufolge im Verhältnis zwischen Staat und Gesellschaft eine zunehmende ‘Enthierarchisierung’ und ‘Verflüssigung’ stattfindet (vgl. für viele Willke 1983; Ladeur 1993; Dreier 1991). Dieser Befund soll vor allem den Autonomieverlust des Staates gegenüber gesellschaftlichen Akteuren und die sinkende Leistungsfähigkeit traditioneller hierarchischer Steuerungstechniken plausibel machen. Überspitzt formuliert ist der Staat in der Vernetzungsperspektive in seinem Verhalten ‘kooperativ’, er ist strukturell mit gesellschaftlichen Akteuren ‘verflochten’, seine politischen Ziele sind nur noch in fortgesetzten ‘Aushandlungsprozessen’ realisierbar, die ihrerseits in hybriden ‘Netzwerken’ angesiedelt sind, in denen weder die Gesetze des Marktes noch die der Hierarchie Geltung besitzen.

In diesem Diskussionszusammenhang scheint vor allem das Netzwerk-Konzept dem weit verbreiteten Bedürfnis nach einer begrifflichen Erfassung aktueller Entwicklungstrends im Verhältnis von Staat und Gesellschaft zu entsprechen (Kenis / Schneider 1991; Jansen / Schubert 1995). Für uns ist dabei weniger die Frage von Interesse, ob mit Hilfe der Vernetzungsperspektive eine zutreffende Abbildung gegenwärtiger Staatsentwicklung möglich ist. Vielmehr dienen uns die analytischen Konsequenzen und – wie wir meinen – Defizite des Vernetzungskonzepts als Ausgangspunkt für die Formulierung einer eigenen Frage- und Analyseperspektive. Generell wohnt der Debatte um Politiknetzwerke eine Tendenz zur zirkulären Argumentation inne, da mit der Wahl des analytischen Konzepts bereits eine Vorentscheidung zur Bestätigung von Entwicklungstrends getroffen wird, die eigentlich erst einer genaueren Beschreibung bedürften. An die Stelle präziser Institutionen- und Prozeßanalysen treten allzuoft diffuse Befunde und Trendprognosen etwa von der zunehmenden 'Verflüssigung', Vernetzung oder Entstrukturierung politischer Prozesse, die die Beantwortung der eigentlich relevanten Frage, 'Vernetzung von was?', kaum noch zuläßt.

Mit der Fixierung auf politik- oder issue-spezifische Netzwerke entgleiten insbesondere exekutive Strukturen, zumal wenn es sich nicht um augenfällige Makrostrukturen handelt, sehr rasch dem analytischen Interesse. Man kann daher einen Teil der Policy-Netzwerk-Literatur als radikale Absage an die autonome Relevanz politisch-administrativer Feinstrukturen interpretieren: Da das Netzwerk bzw. die Vernetzung die Handlungsparameter der Akteure bildet, ist es überflüssig, sich mit den Details staatlicher Binnenorganisation und Entscheidungsstrukturen zu beschäftigen. Sie scheinen wirkungsneutral aufgehoben in der Verschmelzung zwischen staatlichen Entscheidungsträgern und den Akteuren des Politiksektors. Dort, wo mit Rekurs auf diesen Ansatz behauptet wird, daß sich der Verlauf gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse „letztendlich" nur in Hinblick auf „die jeweiligen issue-spezifischen Koalitionsbildungen" erklären läßt (Perschke-Hartmann 1994: 21), bekommen Erklärungen entsprechenden Ad-hoc-Charakter, etwa wenn für den spektakulären Erfolg des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 die „große Sachkoalition" zwischen sozialdemokratischer Opposition und der CDU / CSU verantwortlich gemacht wird (ebenda: 264), ohne daß auf die erklärungsbedürftigen Bedingungen einer derartigen Verletzung der Koalitionspflicht gegenüber dem frei-liberalen Regierungspartner näher eingegangen wird.

Unsere analytische Unterscheidung setzt sich zum anderen auch gegenüber einer 'Variablen-Politologie' ab, deren Erklärungsansatz dem Vernetzungskonzept nahezu diametral entgegen zu stehen scheint. Wird die Bedeutung

von Strukturmerkmalen sowohl des jeweils betrachteten Politiksektors als auch der übergreifender politischer Entscheidungsstrukturen in dem Netzwerkansatz tendenziell vernachlässigt, so werden sie in diesem Ansatz hypostasiert. In den hier einer 'Variablen-Politologie' zugeordneten Ansätzen werden sektorale und politisch-administrative Strukturmerkmale als zeitlich invariant behandelt, sie werden überwiegend isoliert voneinander betrachtet, so daß weder aktuelle noch über die Zeit vermittelte Interaktionseffekte in den Blick kommen, und das Aufmerksamkeitsraster fällt normalerweise zu grob aus, um die Kontingenzen von Strukturen in ihrem Wirken auf Akteurhandeln und auf die Bildung von Koalitionen zwischen den Akteuren zu registrieren.

Bei der Anwendung auf die Gesundheitspolitik versuchen die Vertreter dieser Analyseperspektive die mangelnde staatliche Steuerungsfähigkeit durch die Isolierung allgemeiner sowie sektorspezifischer Strukturmerkmale zu erklären. Als Verursachungsfaktoren für die regelmäßige Blockierung grundlegender Strukturreformen werden speziell die föderale Politikverflechtung, das Vorherrschen von Koalitionsregierungen im politischen System der Bundesrepublik sowie die außerordentliche Verbandslastigkeit des bundesdeutschen Gesundheitswesens verantwortlich gemacht (vgl. insbesondere Webber 1988, 1989; Rosewitz / Webber 1990).

Doch offenbart die genauere Betrachtung gesundheitspolitischer Reformversuche gerade einen fehlenden Kausalzusammenhang zwischen der Inzidenz von Blockadefaktoren und Politikergebnissen, etwa wenn das spektakuläre Scheitern des ersten Versuchs einer durchgreifenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach 1945 unter dem damaligen Arbeitsminister Theodor Blank in eine Zeit fiel, in der die CDU im Bund mit absoluter Mehrheit regierte und in der eine föderalistische Konfliktdimension in der Sozialpolitik noch weitgehend fehlte, während das Zusammenwirken der 'Blockadefaktoren' Koalitionsregierung und föderale Politikverflechtung nach vorherrschender Einschätzung im Falle des GSGs gerade den besonderen Erfolg dieser Reform ermöglicht haben soll. Dies führt zu der Schlußfolgerung, daß die additive Wirkung von Variablen allein keine tragfähige Erklärung für die lange andauernde Reformträgkeit des bundesdeutschen Gesundheitssektors liefert. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, leidet dieser – in seinem grundsätzlichen Bemühen um sparsame Erklärung durchaus begrüßenswerte – Ansatz vor allem an der Unterkomplexität seiner Variablenkonzeption. Denn Faktoren wie Föderalismus, Verbändedominanz und Koalitionsregierung unterliegen nicht nur historischen Wandlungsprozessen, sondern verändern ihre Wirkungsrichtung auch durch Interaktionseffekte untereinander.

Beide Ansätze weisen unseres Erachtens komplementäre Defizite auf: Die 'Variablen-Politologie' unterschätzt die Veränderlichkeit institutioneller Strukturen und hat deswegen auch besondere Probleme, sektoralen Wandel zu erklären. Dieser Ansatz ist tendenziell statisch und scheint speziell für stabile Politikphasen (Reformblockaden) geeignet. Hingegen wird mit dem Netzwerkansatz die – trotz aller 'Verflüssigungsphänomene' – weiterhin bedeutsame handlungsleitende Kraft von Institutionen unterschätzt. Dadurch wird es äußerst schwierig, die institutionell vermittelte *Richtungskonsistenz* sektoralen Wandels zu verstehen. Erklärungen fallen bei diesem Ansatz vielmehr ausgesprochen spontan und situationsorientiert aus. Man kann daher sowohl die Vernetzungsperpektive wie auch die an einzelne hervorstechenden Strukturvariablen orientierten Ansätze als analytische Extrempositionen begreifen: erstere, weil sich in ihr handlungskanalisierende Strukturen tendenziell in diffuse Netzwerke auflösen, letztere, weil sie institutionelle Faktoren als statisch und in ihrer Wirkung als invariant behandeln. Was der Variablen-Politologie an Komplexität mangelt, ist in der Netzwerkperspektive im Übermaß vorhanden, und zwar in Form empirisch kaum noch spezifizierbarer Verflechtungszusammenhänge; die Erklärung selbst ist nicht mehr erklärbar. Aus diesen Überlegungen heraus wird nachfolgend der Versuch unternommen, eine sparsame, aber gleichzeitig empirisch anreicherungsfähige Konzeption zur Analyse von Politikfeldern zu entwickeln.

1.2 Interessenkonstellationen und Entscheidungsstrukturen

Hinter unserer analytischen Differenzierung steht die Vermutung, daß der Wandel von politischen Entscheidungsstrukturen und sektoralen Interessenkonstellationen von ihrer wechselseitigen Beeinflussung vorangetrieben wird. Dieser 'doppelten Kontingenz' im Verhältnis von Interessen und Entscheidungsstrukturen wird nachfolgend besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die sich daraus ergebende Notwendigkeit, Wandlungsprozesse der Interessenkonstellation von den Verfahren der politischen Entscheidungsfindung und deren Veränderungen getrennt zu behandeln, birgt den heilsamen Zwang in sich, von der Ebene globaler Trendaussagen auf die Ebene empirisch nachweisbarer Entwicklungsprozesse wechseln zu müssen. Obwohl dabei ein spezifischer Politiksektor im Vordergrund steht, kommen immer wieder generelle Wandlungsprozesse des bundesdeutschen Regierungssystems ins Spiel. Wir unterstellen allerdings nicht, daß die Gesundheitspolitik zentral gewesen ist für die Herausbildung neuer Verfahren der politischen Willensbildung, sondern lediglich, daß von ihr einzelne Impulse ausgingen. Daneben sollen Verweise auf andere Politiksektoren zeigen, daß sich Verän-

derungen vergleichbar mit denen in der Gesundheitspolitik auch in anderen Politikfeldern antreffen lassen. Dieses – sicherlich nicht immer gut erfaßbare – Hin- und Herpendeln zwischen generellen und sektorspezifischen Entwicklungen dürfte der politischen Praxis sehr viel näher kommen als es eine vollständig sektorfixierte Sichtweise wiedergeben könnte.

Unsere Unterscheidung macht darüber hinaus auch auf die Ungleichzeitigkeit von Entwicklungsprozessen in den exekutiven und den politikfeldspezifischen Strukturen aufmerksam (vgl. Bartolini 1993: 148), folgen doch beide einer jeweils eigenen, keineswegs synchronen Entwicklungslogik. So gehören die immer wieder hervorgehobenen Blockadefaktoren Koalitionsregierung, föderale Politikverflechtung und sektorspezifische Verbandsmacht nach unserer Unterscheidung unterschiedlichen Dimensionen an und entwickeln sich sowohl zeitlich als auch sachlich weitgehend unabhängig voneinander – was wohlgemerkt nicht heißt, daß sie nicht zu bestimmten kritischen Zeitpunkten vielfältig interagieren (s.u.). Die Ungleichzeitigkeit bspw. zwischen sektorspezifischen Reformzyklen und allgemein gesamtpolitischen Konstellationsänderungen (Koalitionswechsel, veränderte Bundesratsmehrheiten usw.) und ihre z.T. überraschenden Kumulationseffekte auf die staatliche Steuerungsfähigkeit in einem Sektor werden bei einer ‘Vermaschung’ politikfeldspezifischer und politikfeldunspezifischer Strukturen, wie sie im Netzwerkansatz regelmäßig vorgenommen wird, vernachlässigt – ein Defizit, das insbesondere bei einer historisch-genetischen Sektorrekonstruktion hervortritt.

Es liegt auf der Hand, daß die hier vorgenommene Differenzierung keine einfache ‘Sortierregel’ vorgibt, denn wo die Entscheidungsstruktur des politischen Systems endet und die Interessenstruktur des Regelungsfeldes beginnt, ist kaum eindeutig festzulegen. Ihre Grenze ist historisch variabel, der Grenzverlauf heute womöglich besonders unklar. Der hier zentrale Stellenwert der Unterscheidung verlangt dennoch nach operationalisierbaren Kriterien, bei denen wohl ein unscharfer Rand hingenommen werden kann, aber ein klarer Kern unverzichtbar bleibt. Zum Kern von Entscheidungsstrukturen werden hier vor allem jene Elemente gezählt, die Gegenstand der klassischen Regierungslehre sind (Fraktion, Ressort, Bundestag, Bundesrat, Kabinett, Kanzler usw. und alle vermittelnden Instanzen, die ihr Zwischenverhältnis regeln), doch erfordert unsere Fragestellung auch eine nähere Betrachtung von ‘Substrukturen’, also von informellen Arbeitszusammenhängen und Kommunikationskanälen unterhalb der verfassungsrechtlichen Formalstruktur des Politischen. Zur Interessenkonstellation zählen wir die korporativen Akteure in einem Politikfeld und stellen hier ihre Zahl, die Muster ihrer Koalitionsbildung, die Konfliktintensität ihrer Beziehungen, den Grad der

Ausdifferenzierung von Interessen, Machtverschiebungen usw. in den Mittelpunkt der Analyse.

Dabei muß gegenüber einem naheliegenden Mißverständis hervorgehoben werden, daß unsere Differenzierung zwischen Interessenkonstellationen und Exekutivstrukturen den Staat keineswegs als vollkommen interessenfrei und ausschließlich gemeinwohlverpflichtet konzeptualisiert. Vielmehr rechnen wir staatliche Akteure und deren Politikpositionen der jeweiligen Interessenkonstellation zu. Unser Interesse liegt andererseits auf den *Strukturen* des Entscheidungsprozesses, die in dieser Hinsicht eher wie ein formales, akteurfreies (und *insofern* interessenfreies) Gerüst verstanden werden, durch das alle Entscheidungen prozessiert werden müssen – das also auch die Durchsetzbarkeit der Interessen staatlicher Akteure bestimmt.

Beide Dimensionen werden begriffen als Bestandteil eines übergeordneten Entwicklungsprozesses, der begrifflich als *Ausdifferenzierung* des Gesundheitssektors zu einem eigenständigen Politikfeld erfaßt wird. Im Mittelpunkt steht dabei weniger die Sektorbildung im Sinne einer Grenzziehung zu anderen Politikbereichen, obwohl auch das eine Rolle spielt, als vielmehr die Binnendifferenzierung des Sektors, die aus dem Interaktionsprozeß der Akteure, aus ihrer zunehmenden 'Spezialisierung' und funktionalen Interdependenz resultiert. Man könnte diesen Vorgang als sektoralen 'Reifeprozeß' bezeichnen. Aber aufgrund der Fehldeutungsmöglichkeiten, die eine derartige Begriffswahl mit sich bringt, vor allem die naheliegende Vorstellung von einer zielgerichteten Entwicklung, die im vorliegenden Fall gerade nicht vorliegt, wird hier der neutrale Terminus der *Differenzierung* verwendet. Eine der wesentlichen Triebkräfte dieser politikfeldspezifischen Differenzierung besteht in den wechselseitigen Einflüssen, die von den Entscheidungsstrukturen auf die Interessenkonstellationen, und umgekehrt, ausgehen. Wenn wir uns dabei freizügig des Vokabulars der Makrosoziologie bedienen, etwa bei der als Prozeß funktionaler Differenzierung beschriebenen Entwicklung des ärztlichen Verbändewesens (Abschnitt 3.2), so muß betont werden, daß wir diese Sektorgenese dennoch primär als eine Entwicklung verstehen, die vom Handeln der Akteure vorangetrieben wird.

Der nachfolgenden Rekonstruktion der bundesdeutschen Gesundheitspolitik vom Gesetz über Kassenarztrecht (1955) bis zum Gesundheitsstrukturgesetz (1992) liegt somit eine Perspektive zugrunde, die mit der thematischen Ausdifferenzierung der Gesundheitspolitik, dem Anwachsen von Interaktionserfahrungen und der Rollenfindung der Akteure einen Prozeß zunehmender Sektoralisierung oder eben Differenzierung beschreibt, der allerdings nicht als ein fortschreitender Optimierungsprozeß zu verstehen ist. Im folgenden

werden anhand der Schilderung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik von 1955 bis 1992 zunächst die Dimensionen der Ausdifferenzierung des gesundheitspolitischen Entscheidungssystems identifiziert (2.1), die allmähliche Formierung des Entscheidungsgefüges dargestellt (2.2) und der Einfluß von Akteur- und Problemwechseln betrachtet (2.3). In dem zweiten Teil unserer Argumentation, der auf die gesundheitspolitischen Interessenkonstellationen abstellt, werden die Wandlungen des Staat-Verbände-Verhältnisses (3.1), die Ausdifferenzierung von Rollen und Interessen im Akteursystem (3.2) und die allmähliche Genese eines ordnungspolitischen Leitbildes dargestellt (3.3). Im Abschnitt 4 werden einerseits methodische Schlußfolgerungen angesprochen, andererseits wird versucht, aus der Darstellung der Sektorentwicklung verallgemeinerbare, auch für andere Politiksektoren relevante Trendaussagen zu gewinnen.

2. Gesundheitspolitik im Wandel der Entscheidungsstrukturen

2.1 Dimensionen der Ausdifferenzierung des gesundheitspolitischen Entscheidungssystems

Hans Günter Hockerts (1980) hat eindrucksvoll geschildert, wie sehr das Vorhaben einer umfassenden Sozialreform in der 2. Legislaturperiode des deutschen Bundestages geprägt – und vor allem lange blockiert – war von anhaltenden Domänenkonflikten zwischen Wirtschafts-, Finanz- und Arbeitsressort, bei denen ministeriale ‘turf battles’ mit grundlegendem Streit über generelle wohlfahrtsstaatliche Entwicklungsprinzipien verquickt waren. Seine vorläufige Befriedung fand der Ressortkonflikt mit Hilfe der Einrichtung eines komplizierten Zuständigkeitsgeflechts zwischen einem besonderen Kabinettausschuß (dem ‘Sozialkabinett’), einem interministeriellen Ausschuß, der hierzu das Pendant auf der ministerialbürokratischen Leitungsebene war, und dem sogenannten *Generalsekretariat für Sozialreform*, das im Bundesarbeitsministerium (BMA) ressortierte, mit der eigentlichen Federführung des Reformvorhabens betraut war und zugleich Vorsitz und Geschäftsführung des interministeriellen Ausschusses wahrnahm (Hockerts 1980: 298–299).

Die in der Exekutivstruktur der Bundesrepublik nicht sonderlich hervorgehobene Organisationsform eines besonderen Kabinettausschusses (Böckenförde 1964: 245–246; Morkel 1973; Busse 1993) ist dabei zum einen Indiz für die Intensität des Domänenstreits zwischen den Ressorts in dieser frühen Phase unklarer Kompetenzabgrenzungen (Wengst 1984: 250), bei dem wegen

der leicht antizipierbaren Langfristfolgen der anstehenden Zuständigkeitsregelungen auch organisatorische Detailfragen Anlaß zum Streit boten. Zum anderen diente die Einrichtung von Kabinettausschüssen unter Adenauer auch der Verlagerung von Ressortkompetenzen in das Bundeskanzleramt und der Zentralisierung der Entscheidungsfindung,[1] was etwa durch den Vorsitz des Kanzlers bei Kabinettausschüssen befördert wurde.[2] Die Federführung des Kanzlers im Sozialkabinett sollte vor allem verhindern, daß die Einbindung der reform-skeptischen Ressorts für Wirtschaft und Finanzen zu einer schlichten Entscheidungsblockade führte. Zu diesem Zweck hatte Adenauer die Sozialreform auch explizit seiner Richtlinienkompetenz unterworfen. Beim interministeriellen Ausschuß – als formalisiertes Gremium der Ressortabstimmung eigentlich ein typischer Ort 'negativer Koordination' (siehe Prior 1968) – lagen die Geschäftsführung und der Vorsitz beim Generalsekretariat für Sozialreform, und somit bestanden leichte Platzvorteile für das Arbeitsministerium, die gestärkt wurden durch die gemeinsame Geschäftsführung von Bundeskanzleramt und Generalsekretariat im Sozialkabinett (Hockerts 1980: 299).

Aber wenn die Rentenreform innerhalb dieser reformbegünstigenden Entscheidungsstrukturen nur durch wiederholte und massive Interventionen des Kanzlers gegen die vielfältigen regierungs- und parteiinternen Widerstände durchgesetzt werden konnte, so war mit dem nach 1957 zu beobachtenden Abebben des „sozialen Impetus" (Schewe 1978a: 185) zwangsläufig auch eine Einflußverschiebung zugunsten eher zögernd-bremsender Kräfte innerhalb der Regierung verbunden. Die für Adenauer konstatierte ambivalente Haltung zur Sozialpolitik, „notwendiges Element des sozialen Friedens und Ausgleichs einerseits, potentielles Element eines Eigeninitiative und Leistungsstreben abdrosselnden Versorgungsstaats andererseits zu sein" (Hok-

---

1 Dies zeigte sich besonders deutlich bei der Einsetzung eines besonderen Wirtschaftskabinetts im März 1951 im Zuge der Rohstoffbewirtschaftung in der Korea-Krise, die verbunden war mit dem Aufbau eines 'wirtschaftlichen Koordinierungsstabs' im Bundeskanzleramt. Daß hiermit seitens des Kanzlers tatsächlich ein Selbsteintritt in Ressortkompetenzen des Wirtschaftsministeriums angestrebt wurde, verdeutlicht der Plan Adenauers, den Vorsitz des Stabes einem mit „besonderen Vollmachten als Kommissar" ausgestatteten, im Bundeskanzleramt als Staatssekretär angestellten Beamten zu überantworten (Wengst 1984: 255; Zitat nach ebenda).

2 Zunächst wurde der Vorsitz des Kanzlers in Kabinettausschüssen aus Art. 65 Satz 4 GG abgeleitet (Honnacker / Grimm 1969: 68), seit 1973 ist der Vorsitz in den *Rahmenregelungen für den Geschäftsablauf der Kabinettausschüsse der Bundesregierung* als Teil der Geschäftsordnung der Bundesregierung (GOBReg) in § 1 festgeschrieben (Kabinettsbeschlüsse vom 31.01.1973 und 02.09.1974).

kerts 1978: 15), schlug nun eher zum wohlfahrtsskeptischen Pol aus. Die sozialpolitisch ambivalente Haltung Adenauers spiegelte hier wohl in der Bevölkerung weit verbreitete Einstellungen wider: Das die 50er Jahre kennzeichnende 'Streben nach Sicherheit' (Braun 1978) ließ sich eben nicht umstandslos in ein Programm expansiver Wohlfahrtsstaatsentwicklung übersetzen, sondern war auch mit Zweifeln an der finanziellen Solidität eines solchen Programms und Befürchtungen über seine dem individuellen Leistungsstreben entgegenwirkenden Folgen durchsetzt. Insbesondere nach dem innovativen 'großen Wurf' der Rentenreform schien nun zunächst eine sozialpolitische „Atempause" vonnöten (Schewe 1978a: 184; vgl. Hockerts 1980: 115, Fn. 36).

Der erste Entwurf für ein Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz vom 18. Dezember 1958 (KVNG) fiel also in eine Zwischenphase der Konsolidierung, die zwar sozialpolitische Randbereinigungen und wahltaktisch motivierten Sozialprotektionismus für spezielle Klientel wie Mittelständler, Vertriebene und Bauern zuließ (Handwerkerversicherungsgesetz 1960, Fremdrentengesetz 1960, Altershilfe für Landwirte 1961), aber weiteren umfassenden Reformschritten gegenüber skeptisch eingestellt war. Das lapidare Versprechen der Regierungserklärung von 1957, „die Sozialreform wird fortgesetzt werden", meinte nun eher inkrementale Fortentwicklung statt weiterhin forcierte Reform, was auch daran zu ersehen ist, daß unmittelbar auf dieses Versprechen die Warnung vor dem „Abgleiten in den totalen Versorgungsstaat" folgte. Daß dies nicht nur ein atmosphärischer Umschwung war, sondern sich auch in einem abgeknickten Wachstumspfad der Sozialausgaben niederschlug, hat Jens Alber gezeigt, der gerade mit Bezug auf das Zäsurjahr 1958 zwischen einer Phase des wohlfahrtsstaatlichen 'Take-off' von 1949 bis 1958 und einer Phase der 'Stabilisierung' von 1958 bis 1969 unterschieden hat (Alber 1989: 232–236).

In der Gesundheitspolitik hingegen sollte diese Konsolidierungsphase vornehmlich zur „Konfliktphase" (Holler 1978: 308) werden: Der sozialpolitischen Grundstimmung der Zeit folgend hatte der erste Entwurf zum KVNG durch den Plan zur Einführung umfassender 'Patientenselbstbehalte' bei Krankenhausaufenthalt, Arztbesuch und Arzneimittelkonsum, durch die Absicht der erstmaligen Einführung einer Pflichtversicherungsgrenze für Arbeiter und durch den Versuch der staatlichen Reglementierung der Kassen / Ärzte-Vertragsbeziehungen Rechnung getragen. Vor allem die umfassenden Selbstbeteiligungsregelungen verliehen dem Reformvorhaben einen leicht penetranten „sozialpädagogische[n] Grundzug" (Richter / Müller 1966: 12). Der Regierungsentwurf war insgesamt in einem „moralisierende[n] Ton" gehalten (Alber 1989: 273). Beobachter konstatierten einen „Stilwandel der Sozi-

alpolitik“ (Rohwer-Kahlmann 1960: 129–130),[3] – der sozialpolitische Experte der SPD-Opposition, Ernst Schellenberg, kanzelte den Gesetzentwurf als „kodifiziertes Mißtrauen“ ab.

Während damit den Gewerkschaften eine Unterstützung des Gesetzesvorhabens erschwert war, veranlaßte die Absicht des Arbeitsministers, die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Ärzten zu vereinheitlichen und einer stärkeren staatlichen Reglementierung zu unterwerfen, auf seiten der Ärzteschaft eine interessenpolitische Mobilisierung einschließlich ärztlicher Streikdrohungen und direkter Interventionen im Kanzleramt, deren aggressive Konfliktbereitschaft allgemein für Aufsehen sorgte. Dieses Aufsehen war nicht allein der Störung eines latenten Harmoniebedürfnisses geschuldet und der Entäuschung von „sozialen Rollenerwartungen, die an die Ärzteschaft als akademischer Stand gestellt wurden“ (Rauskolb 1976: 232). Vielmehr hatte es auch darin seine Ursache, daß sich durch die ärztliche Interessenmobilisierung ein in Deutschland traditionsreiches, öffentlich-rechtlich geprägtes Modell der Staat-Verband-Beziehungen (vgl. Winkler 1979; Abelshauser 1982) krisenhaft in Frage gestellt sah, das doch gerade erst mit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 grundsätzlich bestätigt worden schien. Das Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) war noch einer sozialpolitischen Rekonstruktionsphase zuzuordnen, die geprägt war vom Mangel an konzeptioneller Neuordnung angesichts drängenden sozialen Handlungsbedarfs in der ‘Gründungskrise’ der Bundesrepublik (Hockerts 1986). Es hatte im wesentlichen den mit der 4. Brüningschen Notverordnung von 1931 markierten Gleichge-

---

3 Dies entsprach durchaus dem Selbstverständnis Blanks, der für eine „Sozialpolitik neuen Stils“ plädierte, „die den Willen zur Selbsthilfe ermuntert und das Gefühl für Verantwortung und Gemeinsinn wachruft“ (Zitate nach Kleinmann 1984: 185). So auch der CDU-Sozialexperte Stingl: „Wir wollen doch mit der Krankenversicherungsreform nicht nur eine Verbesserung der Leistungen erreichen und deren Finanzierung im Ganzen haben, sondern auch ... gesellschaftspolitisch ein anderes Denken herbeiführen“ (Buchstab 1994: 835). Bezeichnend in diesem Zusammenhang ist, daß Blank anläßlich seiner Ernennung zum Arbeitsminister Adenauer dazu drängte, das Bundesarbeitsministerium umzubenennen in ‘Bundesministerium für Arbeit *und Sozialordnung*’. Die hieran deutlich werdende normative Ausrichtung des sozialpolitischen Gestaltungswillens schlug sich auch in einer erweiterten Zuständigkeit des BMA für die ‘freien Berufe’ nieder. Nach Blanks Vorstellungen sollte Sozialpolitik nun eindeutiger ‘Mittelstandspolitik’ werden, sollte ein „gesunder Mittelstand als Kristallisationspunkt der Sozialpolitik“ fungieren (Blank 1958: 401; vgl. hierzu auch die einschlägige Passage in der Regierungserklärung Adenauers 1957: „Wir brauchen aus staatspolitischen und kulturpolitischen Gründen unbedingt eine gesündere mittlere Schicht ...“, in der die erweiterte Zuständigkeit des BMA begründet wird).

wichtszustand zwischen Ärzten und Krankenkassen bestätigt – unter Integration einiger aus ministerialer Sicht als durchaus „bewährt“ angesehener Rechtsfortentwicklungen der nationalsozialistischen Zeit (Sauerborn 1953: 213). Insoweit, wie mit dem GKAR „the attribution of public status to interest groups“ (Offe 1981) auf dem Tausch zwischen dem Erhalt des Sicherstellungsmonopols für die öffentlich-rechtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrem Verzicht auf das ärztliche Streikrecht beruhte, konnte nun eine (immerhin vom Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geäußerte) ärztliche Streikdrohung durchaus als Bruch dieses Verband-Staat-Arrangements verstanden werden.

Hieran zeigte sich, daß die öffentlich-rechtliche Einbindung privater Interessenverbände – so traditionsreich sie für die deutsche Staatstradition auch generell gelten mag – für den Gesundheitsbereich doch noch relativ unerprobt war. Dies ist auch nicht weiter überraschend, wenn man sich vor Augen hält, daß das GKAR ein ‘institutionelles Gleichgewicht’ zwischen Kassen und Ärzteschaft reinstalliert hatte, das nie einem längeren Praxistest ausgesetzt gewesen war. Während die befriedende Wirkung des Kompromisses von 1931 Anfang der 50er Jahre den Beteiligten noch in deutlicher Erinnerung war und *aus diesem Grund* ein Rekurs auf die Brüningsche Notverordnung nahelag, so fehlten über sein tatsächliches Funktionieren doch bis dahin substantielle Erfahrungen. Denn schon 1933 waren mit der nationalsozialistischen Machtübernahme Selbstverwaltungslösungen in der gesetzlichen Krankenversicherung faktisch suspendiert worden, was seinen konsequenten Ausdruck in der Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) vom 2. August 1933 (RGBl. I, 567) gefunden hatte, mit der *alle* Beziehungen zwischen Krankenkassen und der Kassenärzteschaft in die alleinige Zuständigkeit der KVD übergegangen waren (vgl. Tennstedt 1977: 212–213).

Erst nach 1955 fielen also praktische Erfahrungen mit dem neuen / alten institutionellen Arrangement an, die die Ministerialbürokratie schnell zu dem Schluß kommen ließen, daß „die Spieße der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Kassen zu lang“ ausgefallen seien (zitiert nach Fromm 1960: 311). Aus dieser Einsicht erklärt sich der Versuch des Arbeitsministeriums, mit der Blank-Reform durch die Einführung von Einzelleistungsvergütung (§ 391 Abs. 1 RVO)[4] und einer per ministerialer Verordnung erlassenen einheitlichen Gebührenordnung (§ 391 Abs. 2 RVO) die strategische Handlungsfähigkeit der KVen empfindlich einzuschränken – einen besonders strategiefähigen Akteur zur „treuhänderischen Durchleitstelle für Kassenarzt-

4 Hier zitiert in der Fassung des Entwurfs zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG), BR.-Drks. 363 / 59.

Honorare“ herabzustufen (Der Spiegel 48/1960: 19). Und erst vor diesem Hintergrund werden die vehementen Abwehrreaktionen der KBV verständlich, die in so offensichtlichem Kontrast zu ihrer im Körperschaftsstatus begründeten politischen Maßhaltepflicht standen.

Die erste Blank-Reform markierte also nicht nur das Scheitern eines frühen Versuches der Kostendämpfung durch die Einführung von Selbstbeteiligungsregeln, sondern vor allem auch das Scheitern eines frühen staatlichen Versuchs zur grundlegenden Restrukturierung verbandlicher Interessenkonstellationen im deutschen Gesundheitswesen. Mit der Blank-Reform wurde nichts weniger als eine „Neuordnung der Machtverhältnisse“ angestrebt (Müller 1980: 527). Dies betraf nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Krankenkassen. So war mit dem KVNG beabsichtigt, den Bundesverband der Ersatzkassen in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts umzuwandeln und somit den anderen GKV-Spitzenverbänden gleichzustellen (§ 372 Abs. 3 RVO) und die insgesamt kostentreibenden Alleingänge der Ersatzkassen bei den Honorarverhandlungen durch eine für alle Kassen einheitliche Gebührenordnung zu erschweren (s.o.). Zugleich war die Verlagerung der Honorarverhandlungen auf die Bundesebene angestrebt (§ 391 Abs. 3 Satz 1 RVO) und für den Fall der Nicht-Einigung nicht etwa obligatorische Schiedsverfahren (wie noch im GKAR), sondern staatliche Festsetzungsrechte vorgesehen (§ 391 Abs. 3 Satz 4 RVO). In diesem Zusammenhang ist die erstaunliche Richtungskonsistenz der Blank-Reform mit der ab Mitte der 70er Jahre verfolgten Strategie der ‘Korporatisierung gesundheitspolitischer Interessen’ (siehe dazu weiter unten Abschnitt 3.3; generell Döhler/Manow-Borgwardt 1992a) hervorzuheben.

Für die hier im Mittelpunkt stehende Frage nach dem Verhältnis von Entscheidungsstrukturen und Interessenkonstellationen sind die berühmten Kanzlergespräche der Ärzteschaft, denen bis heute das letztendliche Scheitern der 1. Blank-Reform ursächlich zugeschrieben werden, von besonderer Aussagekraft (Eschenburg 1964a; Naschold 1967). Sie erinnern einerseits noch an den in Deutschland traditionsreichen verbandlichen Immediatzugang zur Exekutive, richten sich aber jetzt nicht an die Verwaltung, sondern sollen gerade deren Umgehung dienen.[5] Sie gewinnen ihre besondere Kraft aus der

5 Die direkten Verbandsinterventionen beim Kanzler fanden ihre verfahrensrechtliche Reflexion in der neuen Geschäftsordnung der Bundesregierung (GOBReg). Dies zeigt der Vergleich mit der Weimarer Geschäftsordnung (GORReg). § 11 Satz 2 der GORReg lautete noch: „Der Reichskanzler empfängt Abordnungen nur in Ausnahmefällen selbst, und zwar in der Regel nur auf Befürwortung des zuständigen Reichsministers und erst nach dem Empfang durch ihn oder in seiner Abwesenheit“. Der entsprechende § 10 Satz 2 der GOBReg war bedeutend

Durchmischung mit Wahlkalkülen.[6] Der verbandliche Appell an genuin politische Kalküle hätte sich eigentlich an die Parteien richten müssen, die aber mit der ihnen erstmals verfassungsmäßig (Art. 21 GG) zugewiesenen Rolle als Instanz der politischen Willensbildung in der Kanzlerdemokratie Adenauerscher Prägung noch ihre Probleme hatten. Die 'Immediatgespräche' beim Kanzler von Vertriebenen- und Bauernverbänden, von Ärzteschaft und BDI (Küpper 1985: 182–195) machen deutlich, daß in dieser Konstellation Interessenvermittlung tatsächlich weitgehend im Modus der „Verträge zwischen Regierungschef und Verbänden" (Eschenburg 1964a: 248) erfolgte – dies also nicht nur als Ausdruck der Hybris von Verbandsvertretern angesehen werden kann (ebenda: 250–251). Dies führte bei dem Blankschen Reformanlauf zu einer heute bizarr anmutenden Anmaßung 'verbandlicher Weisungsbefugnis', etwa wenn die KBV und Bundesärztekammer den CDU / CSU-Parlamentariern vorformulierte Abänderungsanträge für die Ausschußberatungen zusandten, mit dem offensichtlich ausreichend autorisierenden Zusatz versehen, „daß sie den Inhalt des Gesprächs mit dem Bundeskanzler richtig wiedergäben" (Richter / Müller 1966: 44; DOK 1960a: 487–488): „Auch im Bundesarbeitsministerium ließen sie durch ihre Beauftragten solche Änderungsanträge niederlegen, damit sie als Regierungsstellungnahme nützlichen Dienst tun könnten" (Richter / Müller 1966: 44–45).

Der Darstellung des Reformversuchs unter Theodor Blank wird im Rahmen unserer Überlegungen deshalb relativ viel Platz eingeräumt, weil sich an ihm ex negativo die Dimensionen einer ausdifferenzierten gesundheitspolitischen Entscheidungsstruktur aufzeigen lassen, und er zudem als „dramatisches Geschehen" (Richter / Müller 1966: 12) eine Krisensituation repräsentiert, die nachfolgende Konfliktlinien, Rollenverständnisse und Formen der sektoralen Interessenvermittlung entscheidend geprägt hat (vgl. Lehmbruch 1987: 29–30). Die Gesundheitspolitik besitzt zum Ende der 50er Jahre noch keine thematische Eigenständigkeit, sondern wird als Teil umfassender Sozialreform kon-

---

knapper und weniger restriktiv formuliert. Hier hieß es: „Der Bundeskanzler empfängt Abordnungen nur in besonderen Fällen". Adenauer hatte persönlich das in einer Entwurfsfassung noch enthaltene „in Ausnahmefällen" zum weicheren „in besonderen Fällen" umredigiert (Küpper 1985: 185). Gleichwohl war die unter Adenauer gängige Praxis der Immediatgespräche ohne Beteiligung (und z.T. auch ohne Kenntnis) der zuständigen Ressortminister auch durch diese weniger strenge Formulierung nicht gedeckt (Bermbach 1970: 232; Honnacker / Grimm 1969: 47; Hennis 1961: 35).

6 Die verbandsstrategische Nutzung wahlpolitischer Handlungszwänge ist prägnant auf den Nenner gebracht in dem oft kolportierten Satz Adenauers: „Das ist doch klar, gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat, dagegen ein Gesetz zu machen, ist außerordentlich schwierig".

zipiert. Von einem klar konturierten Politikfeld 'Gesundheitspolitik' kann zu diesem Zeitpunkt weder hinsichtlich eines abgegrenzten Sets an Themen noch hinsichtlich eines abgegrenzten Sets an Akteuren gesprochen werden. Dazu gehört, daß auch die exekutiven Entscheidungszuständigkeiten ganz offensichtlich erst wenig differenziert sind – die Domänen zwischen Kanzler und Minister und zwischen den Ministern sind noch nicht klar voneinander abgegrenzt. Zudem war auch insbesondere die christdemokratische Regierungspartei zur *sektorbezogenen* Interessenvermittlung wegen starker Klientelbindung nur bedingt fähig (s.u. Abschnitt 2.2), und die Parteien besaßen generell in Adenauers Kanzlerdemokratie ein noch unterentwickeltes Einflußgewicht. Nicht zuletzt zeigte sich im Verlauf des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses um das KVNG auch ein intensiver Status-Konflikt zwischen Bürokraten, Parlamentariern und 'Lobbyisten', der als Ausdruck des noch ungeklärten Beziehungsmodus zwischen Verwaltung, Politik und Interessenverbänden zu werten ist.[7] Es ging bei der Blank-Reform also auch um die konfliktreiche Verständigung über die „rules of appropriateness" (March / Olsen 1989) zwischen Staat und Verbänden und zwischen den Verbänden (etwa zwischen 'öffentlicher' KBV und 'freiem' Hartmannbund, s.u.) – ein Verständigungsprozeß, der zum Teil zu seltsamen Konstellationen führte, wenn bspw. die öffentlich-rechtliche Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrem Widerstand gegen das KVNG weitaus aggressiver agierte als der freie 'Kampfverband der deutschen Ärzteschaft', der Hartmannbund, der eher mit der Reformkonzeption des BMA sympathisierte. Schließlich offenbart das gescheiterte KVNG ein gering entwickeltes Steuerungswissen der Politik, das durch eine „moralisierte Argumentation" (Krüger 1975: 87) und „stark meinungsgebundene Hypothesen" (Naschold 1967: 269) ersetzt werden mußte. So hinterließ die Blank-Reform neben allen politischen Narben auch das starke Bedürfnis, zukünftig „der Sozialpolitik ein besseres wissenschaftliches Fundament zu geben" (Richter / Müller 1966: 116).

---

7 *Die Form* ärztlicher Interessenmobilisierung trieb einen beträchtlichen Teil zunächst skeptischer oder unentschlossener CDU-Parlamentarier in das Lager der Reformbefürworter und damit in eine Koalition mit dem Ressort, weil sie den seitens der KBV unverhohlen zur Schau getragenen Direktivanspruch eines Verbandes gegenüber Verfassungsorganen als Brüskierung des Parlaments und grobe Verletzung demokratischer Verfahren empfanden (DOK 1960a; Naschold 1967: 261).

2.2 Die Formierung des gesundheitspolitischen Entscheidungsgefüges

Um einen ersten Eindruck von den seither eingetretenen Gewichtsverschiebungen zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren zu bekommen, läßt sich das spektakuläre Geschehen um die Blank-Reform mit dem gut 30 Jahre später datierenden Gesundheitsstrukturgesetz kontrastieren, bei dem der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch zwei Tage nach der politischen Kompromißfindung zwischen den Parteien konzedieren mußte, daß er von dem genauen Inhalt der politischen Einigung bislang keine Kenntnis erlangt habe („Ich stehe im luftleeren Raum"; KBV-Vorsitzende Oesingmann in der Ärzte-Zeitung vom 07.10.1992). Die scheinbare *Verbandsallmacht* zu Beginn und weitgehende *Verbandsohnmacht* am vorläufigen Schluß bisheriger gesundheitspolitischer Reformversuche veranschaulicht das Ausmaß an zwischenzeitlich erfolgten Umbrüchen im grundsätzlichen Verhältnis von Verbänden, Parteien, Ressort und Regierung. Denn wer die Gründe für den unübersehbaren Einflußverlust der organisierten Ärzteschaft allein auf der Verbandsseite lokalisiert, wird trotz der unzweifelhaft zunehmenden ärzte-internen Interessenkonflikte (siehe Abschnitt 3.2) schwerlich einen verbandsspezifischen Indikator angeben können, der einen derart weitreichenden Verlust an Durchsetzungsfähigkeit plausibel begründet.

Wir finden hier vielmehr eine eindringliche Bestätigung für das bekannte Argument, daß Verbandsmacht sich nicht allein nach 'endogenen' Parametern (bspw. dem verbandlichen Organisationsgrad) bemißt, sondern immer auch eine durch 'exogene' Faktoren vermittelte Größe darstellt. Es sind insbesondere die exekutiven „target structures" (Almond 1958: 278), die über Einfluß bzw. Einflußlosigkeit verbandlicher Interessen entscheiden (Immergut 1992; Tsebelis 1993). Der Vergleich der Blank-Reform mit dem 1992er Gesundheitsstrukturgesetz zeigt dabei, daß in diesem Zusammenhang der gängige Schluß von einer „interne[n] Fragmentierung des politischen Zentrums" auf erhöhte verbandliche Durchsetzungsfähigkeit (so für die Gesundheitspolitik etwa Perschke-Hartmann 1993: 577) nicht ausreicht. Ließe sich doch mit Schellings „paradox of strategic advantage" (1963: 158) auch eine genau umgekehrte Kausalbeziehung plausibel machen (vgl. auch Krasner 1978; Putnam 1988), bei der verbandliche Einflußnahmeversuche gerade an der Fragmentierung politischer Verantwortlichkeiten scheitern, denn breit gestreute Entscheidungszuständigkeiten geben ja den Akteuren immer auch die Möglichkeit, lästige Verbandsinterventionen mit Hinweis auf den jeweils nur bescheidenen eigenen Beitrag zum kollektiven Entschluß abzuwimmeln.

Insbesondere die verbandliche Durchsetzungsmacht beim KVNG *unter den Bedingungen stark zentralisierter Entscheidungsfindung* und die weitgehende

Einflußlosigkeit der Verbände beim GSG *bei Beteiligung zahlreicher Akteure* zeigt, daß die Fragmentierung von Entscheidungsstrukturen nur einen ersten groben Indikator für die Erfolgswahrscheinlichkeit von Verbandsinterventionen darstellt. Dabei geben gerade Entscheidungsprozesse innerhalb sehr zentralisierter Strukturen ausgesprochen wenig Aufschluß über das 'wirkliche' Einflußgewicht gesellschaftlicher Gruppen, sondern eher Aufschluß über momentane Interessenkonstellationen oder über Idiosynkrasien der entscheidenden Akteure. Dies läßt sich exemplarisch an der Nähe von Sieg und Niederlage der Gewerkschaften bei der Montanmitbestimmung (1951) und dem Betriebsverfassungsgesetz (1952) aufzeigen. Wir meinen, daß entsprechend auch beim KVNG von einem 'Mythos vom Sieg der Ärzteschaft' gesprochen werden kann (vgl. Thum 1982) – wenngleich von einem lange nachwirkenden, die bundesdeutsche Gesundheitspolitik bis in die 80er Jahre hinein prägenden Mythos.

Denn die Blank-Reform erscheint bei genauerem Hinsehen weniger als ein Beispiel verbandlicher Durchsetzungsmacht, sondern vielmehr als Beispiel für die *Rückwirkeffekte exekutiver Strukturen auf gesellschaftliche Interessenkonstellationen*. Diese müssen einer primär dem pressure group-Modell verhafteten Analyse der Entscheidungsstrukturen entgehen, da diese Perspektive allein auf die Zugangsbedingungen ('points of access', Truman) für verbandliche Interessen fixiert ist (Lehmbruch 1987: 20). Erscheint die bis heute dominierende Lesart für das Scheitern des KVNG als exemplarischer Fall von 'veto group politics' schon deshalb als problematisch, weil diese Deutung des Geschehens die tiefgreifenden innerärztlichen Richtungskämpfe nicht berücksichtigt (s.u. und Naschold 1967: 192–201), so verdeckt diese Interpretation zudem, daß hier eine Vetogruppe überhaupt erst durch den Entscheidungsprozeß *konstitutiert* wurde – ärztliche Verbandsmacht zum großen Teil Ergebnis und nicht Bestimmungsfaktor des Entscheidungsprozesses war. Dem zeitgenössischen Urteil stand dieser Zusammenhang offensichtlich deutlicher vor Augen: „Das Gespräch mit dem Bundeskanzler hat für die Ärzteschaft eine ganz überraschende Folge gehabt, nämlich den Umstand, daß jetzt alle daran beteiligten ärztlichen Organisationen, und zwar die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Hartmannbund, der Marburger Bund und der Verband niedergelassener Ärzte sich nach monatelangem innerärztlichen Streit urplötzlich auf einer gemeinsamen Plattform gestellt sehen. Die ärztlichen Standesvertreter scheinen sich von dieser Überraschung noch nicht ganz erholt zu haben ...".[8]

---

8 DOK (1960b); vgl. auch Naschold (1967: 199) und s.u. Abschnitt 3.2. Dies entspricht dem gar nicht so seltenen Phänomen der „post-decision surprise, sometimes pleasant, sometimes unpleasant" (March 1994: 6).

Dieses Beispiel eines deutlichen Interaktionseffekts zwischen Entscheidungsstrukturen und Interessenkonstellationen legt es nahe, aktuellen Thesen von einer „neuen Ära staatlicher Politik“ durch die gelungene „Abschließung des politischen Zentrums“ gegenüber den gesundheitspolitischen Verbänden (Perschke-Hartmann 1994: 281, 276) ebenso mit Vorbehalt zu begegnen wie älteren Erklärungsmustern von der faktisch unbeschränkten Vetomacht der ‘Lobby in Weiß’. Diese Thesen erscheinen als speziell gesundheitspolitisches Abbild allgemeiner Diskussionskonjunkturen der 50 / 60er bzw. 80 / 90er Jahre, die einmal das Bild eines ‘Verbändestaats’, heute das eines ‘Parteienstaats’ perhorreszier(t)en. Beidemal handelt es sich um unzulässige Verallgemeinerungen zeitlich sehr begrenzter Vorgänge, die erst im Vergleich den Blick freigeben auf die säkulare Entwicklung der ihnen zugrundeliegenden Strukturmerkmale. Wenn man dieser mit der Extrapolation von singulären Entscheidungsprozessen verbundenen Gefahr einer starken Über- oder Untergewichtung oder gar vollständigen Vernachlässigung von Erklärungsvariablen entgehen will, hilft ein (in diesem Fall: Längsschnitt-) Vergleich, dessen leitendes Kriterium jedoch nicht aus ihm selbst heraus gewonnen werden kann. Die hier von uns gewählte analytische Leitdifferenz lenkt die Aufmerksamkeit generell auf im Zeitverlauf vollzogene Veränderungen im Modus der Interessenvermittlung, auf veränderte Formen der Umsetzung von gesellschaftlichen Interessen in kollektiv-verbindlichen Entscheidungen. Insbesondere hervorgehoben werden die Rückwirkungen, die einerseits die Entscheidungsstrukturen auf die Konstellation gesellschaftlicher Interessen haben, die andererseits von den Interessen zu den Entscheidungsstrukturen verlaufen. In diesem Abschnitt konzentriert sich die Darstellung auf einige wichtige Veränderungen in den Entscheidungsstrukturen und auf die Frage, wodurch sie bewirkt wurden und was diese Veränderungen im Hinblick auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse bewirkten.

Eine für den Strukturwandel politischer Entscheidungsprozesse sicherlich zentrale Entwicklung ist die tiefgreifende Veränderung des Verhältnisses zwischen Parteien und Interessengruppen, die sich seit den 50er Jahren vollzogen hat. Auch hier beeinflussen generelle, sektorunspezifische Entwicklungsdynamiken des politischen Systems sektorspezifische Formen der Interessenvermittlung, wie sich anhand der Auswirkungen des Regierungswechsels von 1969 auf die Stellung der Verbände in der Gesundheitspolitik verdeutlichen läßt. Es ist vielfach beschrieben worden, wie sich die CDU / CSU vom eher lockeren Zusammenschluß aus Honoratioren und Interessenvertretern, der sie zu einem „ideale[n] Vehikel für Interessengruppen“ (Heidenheimer 1961: 247) machte, zu einer modernisierten und durchorganisierten Volkspartei wandelte (vgl. Schmid 1990). Der mit dieser Entwicklung verbundene Autonomiegewinn gegenüber den Interessenorganisationen wird dabei vor

allem der zunehmenden Binnenpluralisierung der Partei zugeschrieben: die CDU hat im Zuge einer inneren 'Proporzionierung' ein mittelbares und stärker ausdifferenziertes Verhältnis zu den organisierten Interessen entwickelt. Dieser Prozeß läßt sich für die Gesundheitspolitik an der Besetzung des CDU-Bundesfachausschusses Gesundheit mit allen relevanten Interessengruppen und einer somit schrittweise für den gesamten Sektor repräsentativen Vertretung nachzeichnen (Döhler / Schmid 1988: 23–26).

Wenn dieser Prozeß der Binnenpluralisierung zunächst nur wie die parteiinterne Reproduktion gesundheitspolitischer Konfliktlinien aussah und lediglich die interne Entscheidungs- und Strategiefähigkeit zu verringern schien, so kommt darin auch ein Wandel der Umweltverknüpfungen der Partei zum Ausdruck. Denn Interessenberücksichtigung ist nun nicht mehr ausschließlich partikularistisch-gruppenbezogen und findet zudem im Modus parteiinterner Kompromiß- und Konsensbildung und „damit teilweise gebrochen und kontrolliert" statt (Schmid 1990: 260, Fn. 5). Dieses veränderte Verhältnis zwischen Partei und organisierten Interessen blieb in der Gesundheitspolitik zunächst noch verdeckt, da die breite interne Repräsentation gesundheitspolitischer Interessen es der oppositionellen CDU ermöglichte, sich zum Sprecher des Verbändewiderstands gegen die sozialliberalen Kostendämpfungsgesetze zu machen (insbesondere gegen das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977, das KVKG). Daß diese Position nun jedoch weniger wegen klientelistischen Bindungen als vielmehr wegen eines genuin parteipolitischen Konfrontationskalküls eingenommen wurde, zeigte sich schließlich, als die Union selbst in der Regierungsverantwortung auf Kostenregulierung drängte. Nun verhinderte gerade die breitere Repräsentation von Gesundheitsinteressen in der CDU die Durchsetzung spezieller Verbändeinteressen gegenüber der Partei.

Dabei hat der Wandel der Partei-Verbände-Beziehungen im Fall der Union hauptsächlich zwei Ursachen. Zum einen beinhaltete der parteiorganisatorische Modernisierungsprozeß in den frühen 70er Jahren den Versuch, die Verbreiterung der Interessenbasis der Partei mit einer gleichzeitigen Verringerung parteiinterner Heterogenität zu verbinden, denn für die Glaubwürdigkeit der CDU-Oppositionsrolle war nun vor allem ein 'geschlossenes' Erscheinungsbild wichtig. Dies unterschied sich deutlich vom Bild der Union in den 50er und 60er Jahren. Wenn Rueckert / Crane (1962) anhand des Abstimmungsverhaltens in der 2. Legislaturperiode des Bundestages ein im Vergleich zu anderen Parteien überdurchschnittlich hohes Maß abweichenden Stimmverhaltens der CDU-Bundestagsabgeordneten konstatiert hatten und dies insbesonders auf das Stimmverhalten von MdBs mit besonderer

Verbandsbindung zurückführen konnten (ebenda: 484–487),[9] so bekam nach dem Machtverlust von '69 der Zwang zu einem geschlossenen Auftreten der Fraktion in den Parlamentsabstimmungen erstmals besonderen Stellenwert.[10] Der erhöhte Zwang zur parteiinternen Konsensbildung ließ somit die in der CDU lange dominierende Bedeutung von Klientelbindungen tendenziell zurücktreten.

Im engen Zusammenhang hiermit stehen zweitens die massiven Anstrengungen der CDU-Opposition zur Ausbildung fundierter Gegenexpertise in der Auseinandersetzung mit der sozialliberalen Regierung. Die Union, die sich 20 Jahre auf den Sachverstand der Administration hatte verlassen können und dementsprechend Ende der 60er Jahre einen außerordentlich kleinen Stab an wissenschaftlichen Mitarbeitern und Fraktionsassistenten besaß (vgl. Veen 1973; Knorr 1975; detaillierte Angaben bei Schindler 1984: 289), war nun schon aus Glaubwürdigkeitsgründen gezwungen, den selbstgestellten An-

---

9 Hier bestand zunächst auch eine Korrespondenz innerparteilicher Entscheidungsstrukturen mit Strukturen der politischen Entscheidungsfindung, die der Vergleich mit der Weimarer Zeit deutlicher hervortreten läßt (vgl. allgemeiner Frye 1965). Die Entwicklung der Zahl der ständigen Ausschüsse und die der Zahl der in den Reichstag bzw. Bundestag gewählten Parteien kann dies veranschaulichen. In der Weimarer Republik besaß der Reichstag zwischen 15 und 17 ständige Ausschüsse, während die Zahl der in den Reichstag gewählten Parteien selbst in der Weimarer Normalitätsphase 1924–1928 immer zwischen 12 und 15 schwankte. Hingegen kam es nach 1949 zu einer rapiden 'Bereinigung' des Parteiensystems (die Zahl der in den Bundestag gewählten Parteien sank von 11 [1. Legislaturperiode] auf 6 [2.] auf 4 Parteien [3. Legislaturperiode]), während gleichzeitig die Zahl der Ausschüsse deutlich erhöht wurde (36–40, 36–38 und schließlich 26 Ausschüsse jeweils in der 1., 2. und 3. Legislaturperiode; vgl. Dechamps 1954; Falter / Lindenberger / Schumann 1986; Schindler 1984). Dieser Anstieg der Ausschußzahlen war quasi ein organisatorisches 'Ventil', das dem erhöhten Druck parteiinterner Konsensbildung zwischen heteronomen Interessen entgegenwirken konnte. Dechamps schrieb zur erhöhten Ausschußzahl des Bundestages: „Die Ausschüsse betrafen vielmehr nun auch genauer definierbare Interessenbereiche und zogen deshalb vornehmlich interessierte Abgeordnete an. ... Die Vervielfachung der Ausschußzahl bedeutete also nicht nur ihre weitere Verfachlichung, sondern darüber hinaus ihre größere und einseitigere Interessenhaftigkeit" (Dechamps 1954: 64). So galt auch für den Bundestag zunächst noch, was Frye für den Reichstag konstatiert hat: „the strongest professional groups were represented in the Reichstag without regard to party lines" (Frye 1965: 639).

10 In seiner Untersuchung über das Abstimmungsverhalten der Bundestagsfraktionen 1949–1990 belegt nun Saalfeld (1995, insbesondere 108–130) eindrucksvoll den sprunghaften Anstieg der Kohäsion in der CDU-Bundestagsfraktion im Wechsel von der 5. (1965–1969) zur 6. (1969–1972) Legislaturperiode.

spruch, eine 'Regierung im Wartestand' zu sein, durch den öffentlichen Ausweis ihrer fachlichen Kompetenz zu untermauern (als frappantes Beispiel vgl. die Auseinandersetzung um die 1972er Rentenreform; Hockerts 1992: 910–911). Daß zunächst bei der Union, seit 1982 auch bei den Sozialdemokraten der administrative Sachverstand der jeweiligen A- bzw. B-Länder zur Ausbildung oppositioneller Gegenexpertise diente, erklärt, daß es neben der generellen Politisierung des Bund-Länder-Verhältnisses in den 70er Jahren (s.u.) auch zur Etablierung *parteipolitisch geprägter* Konsultations- und Abstimmungsroutinen zwischen den Bundestagsfraktionen und den Länderadministrationen kam. Ohne sie hätten die Erfolgschancen eines hochgradig informellen Einigungsprozesses zwischen *Bundesparteien / -fraktionen* (von Regierung und Opposition!) und *Länderministerien*, wie er mit der Klausur von Lahnstein im Zuge des GSG-Entscheidungsprozesses markiert ist, wohl deutlich skeptischer beurteilt werden müssen (vgl. Manow 1994a).

Die Auseinandersetzung mit der Regierungspolitik der SPD / FDP-Koalition führte also zu einer den exekutiven Strukturen isomorphen Strukturausbildung in Partei und Fraktion, die sich als 'Schattenkabinett-Effekt' bezeichnen läßt.[11] Die nun zunehmend auf Ressortdomänen bzw. auf Politikfelder ausgerichtete Fraktions- und Parteistruktur bedeutete ebenfalls einen klaren Bruch mit der vormaligen, entlang von Klientelbindungen ausgebildeten Partei- und Fraktionsorganisation, in der die berufsständischen 'Mannschaften' (Handwerker, Beamte, Landwirte) und die speziellen Interessenzirkel der Vertriebenen, der mittelständischen Unternehmer und christlichen Gewerkschafter als CDU-interne 'Verbandsinseln' eine dominierende Rolle gespielt hatten.[12]

---

11 Am deutlichsten trat dieser 'Schattenkabinett-Effekt' in der 9. Legislaturperiode zutage, als die CDU-Fraktion im Zuge einer Organisationsreform ihre vorher 6 Arbeitskreise auf 15 erweiterte, die einen fast vollkommen deckungsgleichen Zuschnitt zu den damals 16 Bundesministerien besaßen (einzige Ausnahme: den Ministerien 'Bildung und Wissenschaft' und 'Forschung und Technologie' stand lediglich ein CDU-Arbeitskreis 'Bildung und Forschung' gegenüber; vgl. Schindler 1984: 283, 319–320). Wir argumentieren aber hier, daß auch schon vorher durch den Zwang zur Auseinandersetzung mit der sozialliberalen Regierung die alten Klientelbindungen zurücktraten und eine stärkere Sektor- bzw. Politikfeldorientierung der CDU hervortrat.

12 Zu den für die CDU der 50er / 60er Jahre charakteristischen 'Verbandsinseln' wie bspw. dem *Diskussionskreis Mittelstand* oder der *Arbeitsgemeinschaft Ernährung und Landwirtschaft* (vgl. detailliert Schneider 1955; Knorr 1975) ist auch jene Gruppierung aus ärztlichen MdBs zu rechnen, die zugleich Mitglieder im Bundestags-Gesundheitsausschuß waren und enge verbandliche Bindungen aufwiesen. Prominent waren in dieser Hinsicht insbesondere Dr. Gerhard Jungmann,

Dieses Argument besitzt in ähnlicher Form auch für die SPD Gültigkeit, die ja nie eine vergleichbare klientelistische Bindung zu besonderen Interessengruppen ausgebildet hatte. Bei der SPD waren es u.a. die in der ständigen Auseinandersetzung mit der Regierungspolitik gefestigten, an der Verteilung von Ressortverantwortlichkeiten orientierten Fraktionsstrukturen, die nach dem Regierungswechsel von '69 zu einer faktischen Aufwertung des Ressortprinzips während der sozialliberalen Koalition führten – eine Aufwertung, die zu der auf Koordination und integrative Planung ausgerichteten öffentlichen Programmatik der Sozialdemokraten in deutlichem Widerspruch stand.[13]

---

gesundheitspolitischer Sprecher der CDU, stellv. Vorsitzender im Gesundheitsausschuß (5. Wahlperiode), zugleich stellv. (zwischen 1963 und 1965: 1.) Vorsitzender des Hartmannbundes, Dr. Victoria Steinbiß, stellv. Vorsitzende im Gesundheitsausschuß (1953–1961), desweiteren Dr. Maria Pannhoff und Dr. Eckard Reith. Generell war die Rollendifferenzierung Parlamentarier / Verbandsvertreter noch nicht besonders fortgeschritten, was man auch an den vereinzelten Fällen (CDU-MdB Eckard Reith, SPD-MdB Siegfried Bärsch) der Finanzierung von Praxisvertretungen für ärztliche MdBs durch ihre Kassenärztlichen Vereinigungen ersehen kann (vgl. Der Spiegel 26 / 1960, S. 20–21: Blanks Spesenrapport; Eschenburg 1964b). Ein weiteres Beispiel für die noch sehr enge Verbindung zwischen Parlamentariern und Verbandspolitikern war der Abgeordnete der FDP, Dr. Richard Hammer, der Gründungsmitglied der 'Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzte' gegen die Krankenversicherungsreform war.

13 Trotz des Bemühens um positive Koordinierung des Regierungshandelns unter der sozialliberalen Koalition findet sich in den 70er Jahren das Ressortprinzip eher deutlicher ausgebildet, als in den 50er und 80er / 90er Jahren. Entgegen anfänglichen Hoffnungen wurden die vielen Kabinettausschüsse nicht zu Arenen der Koordination, sondern lediglich „Auffangbecken für Ressortvorlagen" (Morkel 1973: 62). In der Frühphase der Bundesrepublik waren Kabinettausschüsse Indiz noch fluider Kompetenzabgrenzungen und dienten Adenauer zur Zentralisierung und Hierarchisierung der Entscheidungsprozesse (s.o.). In der Ära der Großen Koalition wuchs die Zahl der Koalitionsausschüsse sprunghaft, weil sie als Arenen parteiübergreifender Kompromißbildung wichtiger zu werden schienen. Die Kompromißbildung fand dann doch eher im informellen Rahmen zwischen den Spitzenpolitikern der Koalitionsparteien (Kreßbronner Kreis) oder zwischen den Fraktionsführern Barzel und Schmidt statt (vgl. ausführlich Knorr 1975). Während der sozialliberalen Reformpolitik sollten sie der besseren Koordination der Regierungspolitik dienen. 1973 gab es 10, 1977 gab es 13 Ministerausschüsse (Morkel 1973; Busse 1993), nach dem erneuten Regierungswechsel 1982 verringerte sich ihre Zahl deutlich auf 6. An ihre Stelle treten nun vor allem informelle Koordinationsformen *zwischen den Koalitionsparteien* und nicht mehr zwischen den Ministerien (vgl. Schreckenberger 1992, 1994; Rudzio 1991; für die Gesundheitspolitik siehe Manow 1994a).

Vor dem Hintergrund der geschilderten Verschiebungen im Verhältnis Parteien – Verbände läßt sich nun auch deutlicher erkennen, daß es vor allem die Probleme parteiinterner Kompromißbildung waren, die bei der Blank-Reform für einen insgesamt chaotisierten politischen Entscheidungsprozeß verantwortlich gemacht werden können (zahlreiche Hinweise hierfür bei Buchstab 1994; Müller / Richter 1966). Dabei brachen in der CDU jene ausgesprochen divergierenden Interessenlagen auf, die Ausdruck der noch sehr heteronomen Zusammensetzung der Partei waren:

> ... der Arbeitnehmerflügel unter Leitung der Abgeordneten Heinrich Scheppmann, Josef Arndgen und Hans Katzer [setzte] den Selbstbeteiligungsvorschriften des Regierungsentwurfs Widerstand entgegen ..., ebenso einer Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter, während er zusätzlich die gleichzeitige Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter verlangte. Für die Bewahrung des Rechts der Ersatzkassen warfen sich die Sozialexperten Peter Horn und Margot Kalinke in die Schlacht. Auch die Standesorganisationen der Ärzte konnten sich auf engagierte Vertreter ihrer Ansichten unter den Abgeordneten stützen. Dem großen Teil der weniger sachkundigen Mitglieder verblieb, sich einerseits um Regierungstreue zu bemühen, andererseits um die Einheit der Fraktion zu sorgen (Müller 1980: 530).

Was bis heute vornehmlich der ärztlichen Verbandsmacht zugeschrieben wurde, ist bei genauerer Betrachtung also eher Resultat einer insgesamt heterogenen Interessenlage innerhalb der Christdemokraten, bei dem nicht die Ärzteverbände allein, sondern ebenfalls Gewerkschaften und Sonderkassen über 'ihre' parlamentarischen Vertreter solange miteinander unvereinbare Verbandspositionen in den politischen Entscheidungsprozeß einspeisen konnten, bis das Reform-Konzept des BMA erst in zentralen Punkten verändert, dann schließlich vollständig zurückgenommen werden mußte. Zu den wesentlichen Erfolgsbedingungen der direkten ärztlichen Verbandsinterventionen beim Kanzler ist somit auch der Umstand zu rechnen, daß diese sich gegen ein vornehmlich vom zuständigen Ressort getragenes Reformkonzept wandten, das innerhalb der CDU-Fraktion keine klare Mehrheit für sich beanspruchen konnte.[14]

---

14 Hierzu trug bei, daß die politischen Handlungsspielräume der Parlamentarier durch die immer näher rückende Bundestagswahl zunehmend eingeengt wurden. Bei den für die Regierungsparteien insgesamt ungünstigen Wahlprognosen wogen Bedenken gegen die unpopuläre Einführung verstärkter Selbstbeteiligungsregeln schwer und wurden zudem verschärft durch die wachsende Parteienkonkurrenz, die sich insbesondere in dem SPD-Entwurf für ein 'Rosinengesetz' niederschlug, das auf die alleinige gesetzliche Verwirklichung der im KVNG enthaltenen Leistungsverbesserungen zielte (Vorschaltgesetz vom 21. Juni 1960, Bt.Drks. 3 / 1926). Diese allgemeineren Kontextfaktoren kommen hier

Die Verschiebungen im Verhältnis Parteien – Verbände sind auch für den Verlauf und Erfolg späterer Gesundheitsreformen relevant. Diese sind geprägt von einem ständigen Bedeutungszuwachs der Parteien – Fraktionen bei der Politikformulierung, der durch die – plakativ formuliert – 'Entwicklung vom Klientelismus zur Sektorpolitik' als dominierende Parteiorientierung überhaupt erst ermöglicht wurde. Dabei entsprach das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.07.1977 (KVKG) in seiner Abfolge von Referentenentwurf, Ressortabstimmung, Koalitionsbeschluß, parlamentarischer Auseinandersetzung und schließlich im Vermittlungsverfahren stattfindender Abstimmung mit dem Bundesrat noch dem zweiphasigen Muster von administrativ geprägter „Suchphase" und parteipolitisch ausgefochtener „Durchsetzungsphase", das für das politische System der Bundesrepublik als prototypisch beschrieben wurde (siehe etwa Scharpf 1973: 79). Deutlich ist die hervorgehobene Ressortverantwortung, die sich an der dominierenden Rolle des BMA bei der Politikformulierung,[15] an einer nur 'Negativen Koordination' zwischen den Ressorts, und schließlich auch am Verzicht des Kanzleramts auf nachträglich-korrigierende Interventionen ablesen läßt, die ja zuvor (Blank-Reform) und auch später (GRG) die Durchsetzungschancen von Reformvorstellungen des Ressorts jeweils erheblich – bis zur vollständigen Rücknahme des Regierungsentwurfs – minderten.

Doch schon beim GRG ist die wichtige Rolle hervorzuheben, die eine erstmals eingerichtete Arbeitsgruppe aus 6 Parlamentariern der Koalitionsfraktionen bei der Politikformulierung spielte (Knieps 1990), wenngleich hier unklare Kompetenzabgrenzungen und Statuskonflikte zwischen Abgeordneten und Ministerialbürokraten zu einem unproduktiven Neben- und Gegeneinander zwischen Koalitionsarbeitsgruppe und Ressort führten. Beim Gesundheitsstrukturgesetz schließlich ist der Entscheidungsprozeß gänzlich 'informalisiert' (vgl. Manow 1994a): In zweimaligen Klausurverhandlungen zwi-

---

zusammen und bieten der verbandlichen Mobilisierung die nötige Resonanz im politischen Raum – eine Resonanz, die wenig später den Verbänden selbst im Sinne von eigenständiger 'Vetomacht' zugeschrieben werden sollte und die nachfolgende Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik entscheidend prägte.

15 Wiesenthal hat im Zusammenhang mit dem KVKG von der „Funktion der [SPD-]Parlamentsfraktion als Ratifizierungsorgan einer weitgehend administrativen Erfordernissen und Prioritäten untergeordneten Politik" gesprochen (1981: 70) und dies etwas apodiktisch als Indiz für die „ausschließliche Reklamefunktion parteipolitischer Programme" gewertet (ebenda). Man wird diese Relevanzlosigkeit der Parteiprogrammatik zumindest teilweise dem Umstand zuschreiben müssen, daß die SPD Mitte der 70er Jahre ein auf wohlfahrtsstaatliche 'Expansion', nicht aber auf 'Kontraktion' zugeschnittenes Programm besaß (s.u.).

schen den Koalitionsabgeordneten untereinander und zwischen Koalition und Opposition wurden alle Einzelheiten der Reform abgestimmt, die dann vom zuständigen Ressort (schließlich noch unter Mitarbeit von Fachbeamten aus den zuständigen Länderressorts) in Gesetzesform gebracht wurden, so daß wir hier also geradezu die Umkehrung des bekannten Modells von der bürokratisch geprägten Formulierungs- und der parteipolitisch geprägten Durchsetzungsphase beobachten können. Dabei ist das GSG ein geradezu klassisches Beispiel dafür, wie Prozeduren politischer Entscheidungsfindung in Antizipation interessenpolitischer Widerstände verändert werden (Manow 1994a). So führen also Interessenkonstellationen zu Veränderungen politischer Entscheidungsprozesse, was wiederum zu einem veränderten Einflußgewicht der gesellschaftlichen Interessen führt, so daß die einseitige Ursachenzuschreibung (beim GSG wahlweise: Verlust an ärztlicher Verbandsmacht oder Gewinn an staatlicher Entscheidungsautonomie durch eine oppositionelle Bundesratsmehrheit) den Kern des Geschehens gerade nicht trifft.

Der Einflußgewinn der Fraktionen im Prozeß der Politikformulierung ist auch für andere Politikbereiche beschrieben worden (bspw. Steuerreform: Mann 1994: 232–233; Rentenreform: Nullmeier / Rüb 1993: 189; Bahnreform: Lehmkuhl / Herr 1994: 635) und findet aktuell vielfache Bestätigung (etwa Asylpolitik: Bannas 1993; Reform des Beamtenrechts usw.). Er ist verbunden mit einer gegenüber den 50er, 60er und 70er Jahren deutlich veränderten Stellung der Ressorts im Politikprozeß, die für sie teils zu Einflußgewinn, teils zu Einflußverlust führt, je nachdem, ob Ressortzuständigkeiten sich mit den politischen Problemlagen decken bzw. besondere innerkoalitionäre Differenzen eine stärkere parteipolitisch geprägte Koordination erfordern. Wenn wir diese bereits öfter vermerkte, vor allem am Bedeutungszuwachs von Koalitionsarbeitsgruppen nun deutlich sichtbare Informalisierung politischer Entscheidungsprozesse (Schreckenberger 1992, 1994; Rudzio 1991) als einen Fall politischer Netzwerkbildung werten wollen, so läßt sich hier nun genauer angeben, was, wo, mit welchen Konsequenzen und vor allem, wodurch ermöglicht, ‘vernetzt’ wurde. Hier wurde insbesondere der Änderung der Umweltbeziehungen der Parteien (hier vor allem: der CDU) von einer klientelistischen Orientierung zu einer stärker auf Politikfelder ausgerichteten Bindung besondere Erklärungskraft zugewiesen, durch die die Parteien erst in die Lage versetzt wurden, von einer reaktiven Form der Interessenvermittlung zu einer stärker pro-aktiven Form zu wechseln, bei der die Parteien ihre Rolle weniger darin sehen, Modifikationsinteressen gesellschaftlicher Gruppen an von der Administration formulierten Gesetzesentwürfen durchzusetzen, als vielmehr darin, selbst bereits die Phase der Formulierung von Gesetzesentwürfen aktiv und mit Hinblick auf die jeweilige programmatische Parteiidentität zu bestimmen.

2.3 Akteurwechsel, Rollenfindung und veränderte Interessen im gesundheitspolitischen Entscheidungssystem

Will man der Zeitdimension als eigenständiger Erklärungsgröße angemessen Rechnung tragen, so ist an erster Stelle die schmerzhafte, tabuisierend wirkende Erfahrung mit dem KVNG zu nennen, die über mehrere Wechsel in den gesundheitspolitischen Akteur- und Problemkonstellationen hinweg ausgestrahlt hat. Das spektakuläre Scheitern der Blank-Reform wurde – wie gezeigt, mit zweifelhafter Berechtigung – vor allem der ärztlichen Verbandsmacht zugeschrieben und fortan war es Ausweis (gesundheits)politischer Klugheit im Sinne „antizipierender Reaktion“ (vgl. Scharpf 1987a: 120), diese Kausalhypothese nicht einem erneuten Praxistest zu unterziehen.

Daneben zeigte sich die gesundheitspolitische Bedeutung von Akteur-, d.h. hier vor allem Regierungswechseln ganz generell an dem Umstand, daß die Parteien ein wechselndes Selbstverständnis von ihrer Oppositionsrolle entwickelt haben, so daß einmal mehr ‘egoistisch-rationale’, dann mehr ‘kompetitive’ Interaktionsorientierungen zwischen ihnen vorherrschten (siehe hierzu Mayntz / Scharpf 1995a; Scharpf 1989). Sowohl die SPD nach 1949 als auch die CDU / CSU zwanzig Jahre später haben in ihrem Schwanken zwischen ‘Mitregieren-Wollen’ und ‘Opponieren-Müssen’[16] ganz parallele Lernsequenzen durchlebt. So sind es nicht nur programmatische Differenzen gewesen, sondern eben auch diese *Sequenzen der Rollenfindung*, die in der Rentenpolitik zwischen Regierung und Opposition wiederholt Erscheinungsformen einer konsensualen ‘Krypto-Groß-Koalition’ (Conze) gefördert haben, in der Gesundheitspolitik jedoch Anlaß für teils erbitterten Parteienstreit boten (Berlepsch 1991: 475–478; Hockerts 1992: 910; als Überblick Manow 1994b: 37–45).

Von der SPD unter Schuhmacher ist bekannt, daß sie lange Zeit der Vorstellung anhing, Opposition sei der „permanente Versuch, an konkreten Tatbeständen mit konkreten Vorschlägen der Regierung und ihren Parteien den positiven Gestaltungswillen der Opposition aufzuzwingen“ (Schuhmacher zitiert nach Günther 1993: 791). Während die Rolle der SPD in der Rentenreform von 1957 noch typischer Ausdruck dieses Selbstverständnisses war, zeigte sich wenig später an der Blank-Reform „ein neuer Stil sozialdemokratischer Oppositionspolitik“ (Berlepsch 1991: 477). Denn nach der 57er Wahl war der SPD nur die bittere Erkenntnis geblieben, daß der Wähler Wohltaten

16 Günther (1993) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen „instrumenteller Kooperation“ und „expressiver Konkurrenz“, was sich mit der hier getroffenen Unterscheidung nach ‘egoistisch-rationaler’ (maximize own gain) und ‘kompetitiver’ (maximize relative gain) deckt (Scharpf 1989).

doch der Regierung zurechnet, und das persönliche Trauma des SPD-Sozialexperten Schellenberg, die SPD (und also auch er) habe mit ihrem unermüdlichen rentenpolitischen Drängen, das die Regierung beträchtlich unter Handlungsdruck setzte und manche regierungsinterne Blockade zu lösen verhalf, eigentlich erst Adenauer zur absoluten Mehrheit verholfen (Berlepsch 1991: 477). Die Blank-Reform, die ganz von einer frühen Debatte um die 'Grenzen des Sozialstaats' geprägt war, bot hingegen eine gute Gelegenheit, grundsätzliche sozialdemokratische Alternativen herauszustellen, statt sich mit der arbeitsintensiven Ausarbeitung komplizierter Gesetzesinitiativen erneut zu verzetteln (Günther 1993: 802; Hennis 1974: 224): Ziel der Opposition war nun nicht mehr Mitgestaltung, sondern Verhinderung (Naschold 1967: 251).

Mit der Rentenreform von 1972 und dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 sind für die Oppositionszeit der CDU / CSU die entsprechenden Beispiele *konsensualer* rentenpolitischer und *konflikthafter* gesundheitspolitischer Gesetzgebung benannt. Die Christdemokraten hatten einige Zeit gebraucht, bis für sie aus dem Machtwechsel von 1969 ein „akzeptierter Rollentausch" (Schuster 1973) geworden war. Während bei der Rentenreform ihr Selbstverständis als 'natürliche' Regierungspartei noch zu einer „nahezu hemmungslose[n] Überbietungskonkurrenz" (Hockerts 1992: 905) führte, hat diese auf Mit- oder Besser-Regierung gerichtete Oppositionspolitik (vgl. Veen 1973: 45–49) später einer mehr prinzipiell-polarisierenden Haltung Platz gemacht. Beim KVKG war dann schon die Losung ausgegeben, die Koalitionspläne „auf breiter Front und nicht nur in einzelnen Punkten" in Frage zu stellen (zitiert nach Rosewitz / Webber 1990: 273).
Dieser Prozeß der Rollenfindung läßt sich ebenso am Umgang mit der neuartigen Konstellation einer oppositionellen Bundesratsmehrheit ablesen. Die 1969 zunächst unentschiedenen, nach 1972 dann eindeutig der CDU / CSU zugeneigten Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat stellten Regierung und Opposition gleichermaßen vor eine neue Situation, und die hierdurch in Gang gesetzten Lernprozesse lassen sich an der Debatte um die Rolle des Bundesrats als 'Instrument der Obstruktion oder der Integration' (siehe Fromme 1976; Lehmbruch 1976) ablesen. Auch hier stand erst eine „Phase des Abtastens" (Fromme 1976: 78–79), in deren Anschluß der Bundesrat eine stärker parteipolitisch eingefärbte Oppositionsrolle einnahm. Wenn nun in der Abfolge von Rentenreformgesetz (RRG '92) vom 18.12.1989 und Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 nicht erneut die Sequenz aus rentenpolitischem Konsens und gesundheitspolitischem Konflikt beobachtet werden konnte, so hat das auch mit dem Bedeutungszuwachs der Länder in der Gesundheitspolitik zu tun, die sich beim GSG der schlichten parteipolitischen

Instrumentalisierung der – seit April 1991 wiederum – gegenläufigen Mehrheiten zwischen Bund und Ländern entgegenstemmten.

Die erste oppositionelle Bundesratsmajorität fiel in eine Zeit, in der mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29.07.1972 (BGBl. I, S. 1009) die nur wenige Jahre zuvor in den Rang einer Bund / Länder-Gemeinschaftsaufgabe erhobene Krankenhausfinanzierung auf ein neues gesetzliches Fundament gestellt wurde. Erst mit dem KHG war also der Aufstieg der Länder zu entscheidenden gesundheitspolitischen Akteuren vollzogen, und erst jetzt bekam die in politikwissenschaftlichen Arbeiten zur bundesdeutschen Gesundheitspolitik immer wieder hervorgehobene 'föderale Entscheidungsverflechtung' Erklärungsgewicht – ein Erklärungsgewicht, dessen ausschließlich auf Blockade zielende Interpretation, wie man seit dem GSG weiß, auch 'nach vorn' zeitlich begrenzte Geltung besitzt. Solange wie es den Ländern nach 1972 nur darum ging, die mit dem KHG getroffene (und mit dem KVKG gefestigte), für sie vorteilhafte Teilung von Finanzierungs- und Planungsverantwortlichkeiten zwischen Kassen und Ländern zu verteidigen, reichte ihnen eine Blockadehaltung, die zunächst komplementär zum von der Parteienkonkurrenz angetriebenen Blockierungsinteresse der CDU / CSU war.[17] Sie war aber auch später in Zeiten gleichlaufender Mehrheiten in Bund und Ländern (also etwa beim GRG) durchsetzungskräftig, weil ja auch in diesem Fall einzelne Länder die Koalitionsbildung mit den (womöglich auch) aus parteipolitischen Motiven in Opposition befindlichen A-Ländern androhen konnten (Döhler / Manow-Borgwardt 1992a: 75–83). So handelte es sich um zwei separate Interessen, die nur durch die spezifische Frontstellung zur SPD-geführten Bundesregierung in eine zeitlich begrenzte Übereinstimmung gebracht worden waren (Webber 1989: 277–279; Döhler 1990: 419–432, 484–493).

Hier sind wiederum gleichbleibende Wirkungen, nämlich Reformblockaden, unterschiedlich verursacht. Im Fall des KVKG war es der von der Parteienkonkurrenz hervorgerufene Schulterschluß zwischen Ländern und oppositioneller Bundespartei, im Fall des GRG waren es die jetzt nicht mehr parteipolitisch motivierten, sondern föderalen Sonderinteressen der Länder. Werden diese unterschiedlichen Verursachungszusammenhänge nicht berücksichtigt, müssen auch Analysen des GSG als bislang spektakulärster Durch-

17 Daß die Union den Bundesrat in dieser Periode zunehmend als Ort der Oppositionspolitik nutzen konnte, weil die CDU-regierten Länder mit ihrer Bundespartei an einem Strang zogen (Hugger 1979: 146–167), verdeutlichte schon die „Rettung des Sicherstellungsauftrages"-Strategie der Länder anläßlich des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes (KVWG) vom 28.12.1976 (BGBl. I, S. 3871; vgl. Hugger 1979: 128). Sie läßt sich nicht aus spezifischen Länderinteressen erklären.

brechung der Reformblockaden einer falschen Ursachenzuschreibung aufsitzen. Hier haben nicht nur veränderte parteipolitische Frontlinien zu einem Präferenzwechsel beigetragen. Vor allem haben sich auch die Länderinteressen gewandelt. Die weitreichenden Konzessionen, denen die Länder im Zuge des GSG für den stationären Sektor zugestimmt haben, sind nicht etwa Ausdruck einer „Machtverschiebung im föderalen System zugunsten des Bundes und zulasten der Ländergesamtheit“ (Steckmüller / Wanek 1993: 143) oder gar einer Dominanz der SPD-Bundestagsfraktion geschuldet, sondern Resultat einer veränderten Interessenlage. Bei den Ländern sind seit Ende der 80er Jahre industriepolitische Standortinteressen erwacht, in denen hohe Krankenversicherungsbeiträge als Ansiedlungsbarriere für fremde und Wettbewerbshindernis für ansässige Unternehmen gelten.[18] Die Interessendivergenzen zu den auf Kostendämpfung drängenden Krankenkassen verringerten sich daher ebenso schleichend wie die Koalition zwischen Ländern und den Krankenhäusern erodierte. Mit den einigungsbedingten Finanznöten entstand dann noch ein zusätzliches Motiv für die Länder, nicht länger uneingeschränkt auf ihre Planungs-, Feststellungs- und Genehmigungskompetenzen für den Krankenhausbereich zu insistieren, um so die finanziellen Entlastungsmöglichkeiten einer geschmälerten Länderkompetenz für den stationären Sektor auszuschöpfen. Hier haben die Länder zeitlich verzögert eine ähnliche Lernsequenz wie der Bund durchlaufen, bei dem schon 1977 mit dem Wechsel der Ressortzuständigkeit für den Krankenhausbereich vom Gesundheits- auf das Arbeitsministerium „die ‘Kopernikanische Wende’ zugunsten der Kasseninteressen und entgegen der Länder- und Klinikinteressen“ (Alber 1992: 121, Fn. 83) stattgefunden hatte (näheres dazu bei Döhler / Manow-Borgwardt 1992a: 77 f.).

Die gewandelten Länderinteressen fielen – auch infolge der Erfahrungen mit der ‘Politisierung’ des Bundesrates in den 70er Jahren – mit einem geschärften Bewußtsein vom politischen Nutzen und der politischen Nutzbarkeit des Bundesrates zusammen. Dies tritt vor allem im Vergleich zur bundesrepublikanischen Frühphase hervor, in der die Länder bemüht waren, die über den Bundesrat laufenden Bund-Länder-Verhandlungen grundsätzlich im engen Rahmen bürokratisch-nüchterner Sachlichkeit zu halten. Im Gegensatz zu dieser frühen Konzeption des Bundesrates als sachorientiertem „Widerlager

18 Die Länder haben in der Gesundheitspolitik also keineswegs das Interesse verloren, sondern sie haben ein *anderes* Interesse entwickelt. Vgl. Arzt und Wirtschaft, Heft 5 / 1994: Die Länder drängen auf mehr Einfluß. Als weiteres Beispiel läßt sich die Länderinitiative zur Regionalisierung der Sozialversicherung nennen. Vgl. den Beschluß der Arbeitsgruppe ‘Föderalismus und Sozialversicherung’ der Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (o.V. 1992). Zum Hintergrund dieser Forderung vgl. Pitschas (1994: 291–293).

zur Parteienpolitik“ (Lehmbruch 1976: 66–71; für die sozialpolitische Gesetzgebung Pollmann 1994), verleiht in den 70er Jahren die Dynamik des Parteienwettbewerbs – überspitzt formuliert – der konkurrierenden Konzeption des Bundesrates als ‘parteipolitischem Widerlager’ zunehmendes Gewicht, so daß wir auch hier ein plötzliches Zusammenwirken ungleichzeitiger Prozesse des Interessenwandels und informeller Veränderungen im exekutiven Entscheidungsgefüge haben, das sich mit der Identifizierung von einzelnen, zeitkonstanten Faktoren zur Erklärung gesundheitspolitischer Politikergebnisse nicht adäquat erfassen läßt.

3. Gesundheitspolitische Interessenkonstellationen im Wandel

3.1 Positionsveränderungen im Verhältnis Staat – Verbände

Betrachtet man nun die Genese der anderen Seite unserer Analysedimensionen, die sektorspezifische Interessenkonstellation, dann sticht zunächst die immer wieder hervorgehobenen Verbändelastigkeit (Rosewitz / Webber 1990: 309 ff.; Alber 1992: 18) der bundesdeutschen Gesundheitspolitik hervor, die zum einen auf der Funktionsfülle staatlich delegierter Aufgaben beruht, zum anderen dadurch zum Ausdruck kommt, daß – in den Worten eines BMA-Beamten – im bundesdeutschen Gesundheitswesen „jede Absurdität mit Interessen durchsetzt“ (Interview BMA 15.02.1991) sei. Obgleich in dieser Konstellation zurecht eine der wesentlichen Restriktionen für staatliche Reformbemühungen gesehen wird, kann daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß organisierte Verbandsmacht als ‘prime mover’ immer schon vorhanden war. In der beinahe verselbständigten, weil kaum mehr hinterfragten These von der Veto-Macht der Verbände wird vor allem die Frage nach den Voraussetzungen dieses Einflußpotentials gern vernachlässigt. Durch die Rekonstruktion der *Formierungsphase* können hingegen Einsichten in die konstitutiven Elemente politischer Verbandsmacht gewonnen werden, die möglicherweise zu ganz anderen Beurteilungen über die Ursachen und die Dauerhaftigkeit des Verbandseinflusses führen.

In der hier besonders hervorgehobenen Phase der bundesdeutschen Nachkriegspolitik herrschte über die Rolle der Verbände noch keine Klarheit, was als typisches Merkmal sektoraler Formierungsphasen gelten kann. Ernst-Rudolph Huber gab die damals vorherrschende Stimmungslage wohl zutreffend wieder als er feststellte, Verbände „besitzen ein hohes Maß faktischer Verfassungsmacht, aber keinen legitimen Standort im Verfassungsrecht“

(Huber 1958: 54). Insbesondere war man in der jungen Bundesrepublik noch nicht im reinen mit der Anerkennung eines auch für *Interessenpolitik* umfassend legitimierten, pluralistischen Verbändewesens.[19] Dies wird an der eigentümlichen Ambivalenz im Umgang mit Verbandsorganisationen deutlich. Auf der einen Seite ist die öffentliche Debatte von Theodor Eschenburgs Warnung vor der 'Herrschaft der Verbände' geprägt, während auf der anderen Seite in der praktischen Politik Verbände beinahe routinemäßig in die Erfüllung öffentlicher Aufgaben integriert wurden. Der in der Politikwissenschaft erst sehr viel später systematisch beleuchtete Umstand, daß Verbände gleichzeitig sowohl als Interessenvertretung wie auch als Vollzugsträger staatlicher Politik fungieren, war zu diesem Zeitpunkt bereits Realität, die man aber normativ noch nicht verarbeitet hatte.[20] Das eine wurde laut beklagt, das andere stillschweigend praktiziert.

Die Verbands-Prüderie der 50er Jahre, die den Anti-Parteien-Affekt der Weimarer Republik abgelöst hatte (Lehmbruch 1986: 109), wirft nun die Frage auf, wie das Verbändesystem unter diesen Bedingungen zentrale gesundheitspolitische Kompetenzen übernehmen konnte und welche langfristigen Folgen aus dieser frühen Positionsbestimmung für das Verhältnis zwischen Staat und Verbänden resultierten. Als 'critical juncture' in der bundesdeutschen Nachkriegsgesundheitspolitik gilt das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17.08.1955 (BGBl. I, S. 513), das mit dem Sicherstellungsauftrag und dem öffentlich-rechtlichen Status der KVen eine zentrale Machtbastion der niedergelassenen Ärzte rechtlich absegnete. Es mag naheliegen, die im GKAR beinhaltete Privilegierung der Kassenärzteschaft primär den „Finessen verbandlicher Einflußnahme" (Labisch / Tennstedt 1991: 139) zuzuschreiben, aber dies trifft allenfalls auf Details zu. Einen durch ärztliche Verbandsmacht errungenen Lobby-Erfolg stellte das Kassenarztrecht nicht dar. Denn von staatlicher

---

19 Es ist ohne großen Suchaufwand möglich, ganz ähnlich gelagerte Konstellationen (Gesetzesvorbereitung durch einen Kabinettausschuß, noch ungeordnete verbandspolitische Konfliktlinien, geringes Wissen über sektorale Funktionszusammenhänge) auch in anderen, sich gerade formierenden Politiksektoren aufzuspüren. Die Verkehrspolitik bietet hierfür reichlich Anschauungsmaterial. Auch hier zeigten sich Ressortminister (Seebohm) und Kanzler irritiert vom „spielerisch-offensive[n] Stil" einiger Lobbyisten, „sich in aller Öffentlichkeit zur Interessenpolitik zu bekennen ..." (Klenke 1993: 181).

20 Die soziale Marktwirtschaft war von vornherein alles andere als eine verbandsfreie Veranstaltung, wobei allerdings die quasi-staatlichen Funktionen nicht freiwillig an die Wirtschaftsverbände abgetreten worden waren. Vielmehr zwang die wirtschaftspolitische „Lenkungslücke" (Abelshauser 1981: 312) in Ansätzen zu einer korporativen Marktwirtschaft mit starker Verbändebeteiligung, die der offiziellen Ideologie zuwiderlief.

Seite verbanden sich mit dem GKAR ebenso wie mit dem 1951 verabschiedeten Gesetz über die Wiederherstellung der Selbstverwaltung (Hockerts 1980: 130–146) und dem Tarifvertragsgesetz von 1949 (Nautz 1985) eher gesellschaftliche Befriedungsabsichten, hinter die andere Regelungsinteressen zurücktraten (Tennstedt 1976: 415). Zentral war bei all diesen Gesetzen der Schlichtungsgedanke, der auch beim Kassenarztrecht eine hervorgehobene Rolle spielte und in Form der Zwangsschlichtung (§ 368h RVO) Eingang in das Gesetz fand.[21]

Die umfangreiche Kompetenzdelegation auf das Verbändesystem stellte in der Gesundheitspolitik nicht nur aufgrund der Befriedungsintention, sondern auch aufgrund einer speziellen Rechtsform kein normatives Problem dar. Dies zeigt das am selben Tag mit dem GKAR verabschiedete Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen vom 17.8.1955 (BGBl. I, S. 524). Dabei stand eine Frage zur Diskussion, die in der parallel laufenden Materie des Kassenarztrechts gar nicht in Erscheinung getreten war, und zwar der öffentlich-rechtliche Verbandsstatus. Man wird mit der Vermutung sicher nicht fehlgehen, daß die einvernehmliche Entscheidung zwischen Arbeitsminister und Ländern (Siebeck 1980: 640) über die Beibehaltung der Rechtsform einer öffentlichen Körperschaft im Fall der Kassenverbände von einem Kontrollinteresse geleitet war, das im Hinblick auf die KVen in dieser Form weniger direkt zum Ausdruck kam. Folgt man der Interpretation von Hartwich, dann war mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sogar eine „Entstaatlichung“ (Hartwich 1978: 177) intendiert, da die Delegation weitreichender Kontrollbefugnisse an eine Körperschaft gegenüber ihren Mitgliedern staatliche Interventionen entbehrlich machen sollte. Entscheidend aber war, daß sich aus staatlicher Sicht mit dem Körperschaftsstatus auch Verpflichtungen verbanden, die nur wenige Jahre später im Zuge der Diskussion um das KVNG von Arbeitsminister Blank flagrant verletzt erschienen. Nicht nur, daß das aggressive Lobbying ausgerechnet der körperschaftlich verfaßten Ärzteverbände, insbesondere der KBV, die Hoffnungen auf eine staatliche „Verbandsdomestizierung“ (Winkler 1979: 173) durch öffentlich-rechtliche Einbindung in die mittelbare Staatsverwaltung erschütterte. Hinzu kam, daß die KBV ihren Feldzug gegen einen staatlichen Gesetzentwurf mit Hilfe von Zwangsbeiträgen finanzierte und sich damit eines

21 Das Interesse an einer Friedensformel wird plausibel, wenn man bedenkt, daß zu diesem Zeitpunkt noch viele Funktionsträger in Politik und Ministerialverwaltung lebhafte Erinnerungen an die Ärztestreiks von 1923 / 24 hatten. Vgl. etwa Sauerborn (1953) sowie die abschließende Beratung des GKAR im Bundestag (2. Deutscher Bundestag, Protokoll der 82. Sitzung, 25. Mai 1955, S. 4494–4522).

Mißbrauchs ihres privilegierten Körperschaftsstatus schuldig machte.[22] Das Faß zum Überlaufen brachte schließlich die mutmaßliche Androhung eines Ärztestreiks durch die KBV für den Fall, daß das KVNG mit einem unbefriedigenden Ergebnis endet, die ihrerseits die berühmte „Zuchthausdrohung" nach sich zog.[23] Derartige Irritationen können als Indiz für das Fehlen wechselseitig stabilisierter Erwartungen in den Staat-Verbände-Beziehungen gewertet werden. Die Akteure mußten in einer solchen, noch von vergleichsweise vielen Unwägbarkeiten geprägten Situation anfällig sein für 'stilbildende' Vorgänge. Hält man sich vor Augen, daß selbst für die Industrieverbände noch eine „Unsicherheit im Umgang mit dem Parlament und den politischen Parteien" (Ullmann 1988: 246) konstatiert wurde, dann ist leicht vorstellbar, daß die Blankschen Reformversuche mit ihrem für den damaligen

---

22 Seinerzeit erschien der Ärzteprotest als ein „lobbyistische[r] Aufstand, ... der eingeleitet und zu einem nicht unerheblichen Teile geführt [wurde] von den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigung und von den Repräsentanten dieser Körperschaften des öffentlichen Rechts unter bewußter Einschaltung der Öffentlichkeit. Er wurde also maßgebend getragen nicht von einer berufs- oder standespolitischen Vertretung, sondern von Teilen der 2. Staatsgewalt, also von Teilen des Staates, die die Bevölkerung versuchten gegen den Staat zu stellen: Staat gegen Staat. Dies gilt es festzuhalten, um eine Wiederholung zu verhindern im Interesse unserer staatlichen Ordnung, des ganzen deutschen Volkes" (Peters 1960: 331). In gleicher Weise sah auch Theodor Eschenburg durch das Vorgehen der KBV „Staat und Öffentlichkeit ... bedroht" (1960: 3), er sah durch den Wandel einer „Zwangsorganisation" zur „Kampforganisation" eine „tiefgreifende Änderung unseres Verfassungszustandes" angezeigt (ebenda).

23 In einer Stellungnahme des BMA vom 23. Juni 1960 hieß es, die Drohung mit einem Ärztestreik erfülle möglicherweise den Strafbestand der Nötigung eines Gesetzgebungsorgans, und dem Vorsitzenden der KBV, Voges, würden mithin bis zu 5 Jahren Zuchthaus drohen (Richter / Müller 1966: 43–44; Naschold 1967: 245, Fn. 53; Der Spiegel 28 / 1960, S. 13: „Ärzte ins Zuchthaus"). Während sich Arbeitsminister Blank umgehend von dieser Stellungnahme seines Hauses distanzierte und Adenauer sich später bei dem KBV-Vorsitzenden persönlich entschuldigte, wurde der verantwortliche Ministerialdirigent (Joachim Raack) zum Kasseler Bundessozialgericht versetzt, der zuständige BMA-Pressesprecher wurde entlassen. Adenauer beklagte sich im CDU-Parteivorstand, „der Ministerialdirigent des Herrn Blank habe mit seiner Verlautbarung einen solchen bürokratischen Hochmut gezeigt, daß er, der Bundeskanzler, entsetzt gewesen sei. ... Aber ihn, den Bundeskanzler, jucke es, wenn er das sehe, diesen Hochmut, der alles, was aufzubringen ist, gegen den Entwurf des Ministers aufbringt. Der Name des Ministers werde am wenigsten genannnt, um so mehr die Leute des Ministers. An diesem Abend, an dem er das alles gehört habe, sei er erschüttert gewesen, sei nach Hause gegangen und habe sich die ganze Nacht damit herumgeschlagen, weil die Wahl damit kaputtgehe" (Buchstab 1994: 725).

Erfahrungshorizont unerwartet schwierigen Verlauf die Rolle eines strategiebildenden Ereignisses einnehmen mußte.

Obwohl die Ursachen für dieses erste vollständige Scheitern eines regierungsamtlichen Gesetzentwurfs äußerst vielschichtig waren, galt für die Bonner Gesundheitspolitik fortan die schlichte Regel, daß Reformen nur im Konsens mit der Ärzteschaft realisierbar sind. Diese Schlußfolgerung entsprang der für Parlamentarier aller Fraktionen, insbesondere aber für die der Unionsparteien, frustierenden Erfahrung der Kanzlergespräche mit den Ärzteverbänden. Noch unmittelbar vor dem letzten der drei Gespräche am 12. Dezember 1960 empörten sich Mitglieder des Sozialausschusses über Adenauers Vorgehen: „Wir machen die Gesetze“ (Safran 1967: 197). Die parlamentarische Entrüstung mündete aber schließlich in eine Interpretation dieser Vorgänge, bei der Ursache und Wirkung regelrecht auf den Kopf gestellt wurden. Die vom stellvertretenden Ausschußvorsitzenden Peter Horn formulierte Einsicht, daß keine Entscheidung gegen die „geschlossene medizinische Front“ (Safran 1967: 197) durchzusetzen sei, ließ nämlich unberücksichtigt, daß ohne den einigungsstiftenden Immediatzugang zum Kanzler der offenkundige „ärztliche Bruderzwist“ (Richter / Müller 1966: 42) zwischen KBV und HB nicht überdeckt worden wäre.

Insgesamt stützen diese Vorgänge unsere Hypothese, daß hier eine Verklärung ärztlicher Verbandsmacht vorliegt, die im Kollektivgedächtnis der Akteure eine Interpretationsdynamik entfaltet hat, die organisierten Ärzteinteressen noch eine ereignisbeherrschende Wirkung zusprach, als der ‘veto point’ (Immergut 1992) Kanzlergespräch längst verstopft war.[24] Ganz ähnlich werden im übrigen die Spätwirkungen der Kanzlergespräche des damaligen BDI-Präsidenten Fritz Berg interpretiert: „Gerade diese spektakulären Auftritte“ hätten, „lange nachwirkend, den Blick für die Wirklichkeit verstellt“ (Mann 1994: 252), eine Wirklichkeit, die mehr von mühseligen Alltagskompromissen gekennzeichnet war als von glanzvollen Lobbyingerfolgen. Blanks gescheiterter Reformanlauf kann somit auch als Argument gegen die verbreitete Neigung ins Feld geführt werden, Reformversuche, die gemessen an den materiellen Politikzielen zu Recht als *erfolglos* bewertet wurden, auch für die Interessen- und Akteurkonstellation als vollkommen *folgenlos* anzusehen. Denn selbst – in diesem Falle: gerade – aus gescheiterten Gesetzgebungspro-

24 Noch im Vorfeld des GRG von 1988 wurde vom zuständigen Minister Norbert Blüm mit dem Argument zu punkten versucht, es werde „keine Reform gegen die Ärzte“ geben (Webber 1989: 296 f.). Vom zuständigen Abteilungsleiter Karl Jung wird berichtet, er habe anläßlich des GRG „alle Vorgänge [studiert], die zum Scheitern dieser [der Blankschen] Reformversuche führten“ (Knieps 1990: 9).

zessen können massive Konsequenzen für spätere Entscheidungssequenzen erwachsen.

Mit dem GKAR und der gescheiterten Krankenversicherungsreform von Theodor Blank waren in positiver wie in negativer Hinsicht wichtige Weichen für die Beziehungen zwischen Staat und Verbänden gestellt. Die Vorstellung, daß der Körperschaftsstatus mäßigend auf interessenpolitische Mobilisierung wirken könnte, wurde ad acta gelegt. Die Ärzteverbände wuchsen über die Rolle des gesundheitspolitischen Vollzugsorgans hinaus. Ihre zentrale Mitwirkung an Entscheidungen über strukturelle Weichenstellungen wurde bisweilen sogar als Interventionsschranke gedeutet. Noch 1971, als sich die Verhandlungsungleichgewichte zulasten der Kassen schon deutlich abzeichneten, betrachtete man das kassenärztliche Vertragssystem im Arbeitsministerium als sakrosankt: „Wir können uns darin ebensowenig einmischen wie in die Tarifautonomie“.[25] Das Scheitern der Blank-Reform hatte also eine „außerordentlich hohe Sensibilisierung des Themas Krankenversicherungsreform“ (Holler 1978: 309) hinterlassen, die faktisch zu einer „Tabuisierung des bestehenden Arztsystems“ (Rauskolb 1976: 234) führte. Doch die politische ‘Macht der Ärzte’ war eher passiv, sie bestand darin, daß ein – durch Außenzuschreibung – erfolgreich geführter Abwehrkampf tendenziell in eine staatliche Interventionsunfähigkeit umgedeutet wurde.

Nun ist nicht ohne weiteres verständlich, wie es im Anschluß an eine so ernüchternde Episode wie der Blank-Reform zur überaus „weichen“, verbandsfreundlichen Gründung der Konzertierten Aktion beim Wirtschaftsminister (KA) kommen konnte, die ausgerechnet im Jahre ihres Scheiterns ein Pendant im Gesundheitssektor fand. Hätte es im Gefolge der deutschen Staatstradition und ihrem gebrochenen Verhältnis zur Legitimität eines pluralistischen Verbändesystems nicht vielmehr nahegelegen, anstelle einer institutionellen Öffnung von Exekutivstrukturen, wie sie die KA unzweifelhaft darstellte, die Abschottung staatlicher Entscheidungsinstanzen vom Zugriff organisierter Verbandsmacht anzustreben? In gewisser Weise stellte diese erneute Weichenstellung einen Lernprozeß dar, in dessen Folge staatliche Entscheidungsstrukturen an sich wandelnde gesellschaftliche Interessenkonstellationen angepaßt wurden – ein weiteres Beispiel dafür, daß die Einflußvektoren zwischen beiden Sphären nicht einseitig ausgerichtet sind. Dieser erneute Rück-

25 So der später für das KVGK zuständige Ministerialbeamte Albert Holler (zitiert nach Rauskolb 1976: 156). Aus eigener Anschauung als Abteilungsleiter im BMA urteilte Dieter Schewe noch Ende der 70er Jahre: „Sein [Adenauers] Eingreifen zugunsten der Ärzte hat ... von 1958 an bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ... bewirkt, daß die Frage des Ärzteeinkommens brach gelegen hat“ (Schewe 1978b: 43).

kopplungseffekt wurde zuallererst von der Einsicht vorangetrieben, daß politische Problemlösungen in vielen Sektoren nicht mehr ohne die Mitwirkung gesellschaftlicher Großorganisationen zu erzielen sind. Diesem Schritt war als quasi letztes Aufbäumen eines konservativen Staatsverständnisses das Konzept der 'Formierten Gesellschaft' von Bundeskanzler Ludwig Erhard entgegengesetzt worden (Hildebrandt 1984: 160–170), dem explizit die Vorstellung einer Abschottung staatlicher Entscheidungsinstanzen gegen den Druck egoistischer Interessengruppen zugrunde lag.[26] Mit der aufkommenden keynesianischen Strategieorientierung erhielt jedoch das genaue Gegenteil, nämlich die Ausfüllung der wirtschaftspolitischen 'Lenkungslücke' durch eine institutionelle Einbindung der Verbände, jene normative Rechtfertigung, die ihr in den 50er Jahren versagt geblieben war.

Im neuen, sich während der Großen Koalition herausbildenden staatlichen Strategieverständnis erschien die KA daher nicht als offene Flanke gegenüber egoistischen Verbandsinteressen, sondern als 'runder Tisch der kollektiven Vernunft', der den Beteiligten die makroökonomischen Konsequenzen ihres Handelns verdeutlichen, Konsensbildungsprozesse durch einen staatlich moderierten Informationsaustausch fördern und als äußerstes Mittel zum 'Überredungsdirigismus' greifen sollte. Die Einrichtung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) im Jahr 1977 schloß an die sektorunspezifische Konzertierungsformel aus der Globalsteuerungsphilosophie an, gleichzeitig floß aber auch eine typisch sektorale Regulierungstradition mit ein. Bekanntermaßen verdankte die KAiG ihre Gründung einer Initiative der CDU / CSU-Bundestagsfraktion im Zuge der festgefahrenen Verhandlungen zum KVKG. Damit verband sich implizit die Vorstellung, daß durch eine freiwillige Verhaltensabstimmung gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen überflüssig würden (Hugger 1979: 168–179; Rosewitz / Webber 1990: 271–275). Die Konstruktionslogik der KAiG folgte sowohl dem für die GKV typischen Konfliktregelungsmodell von verbandlichen Aushandlungsprozessen, besaß aber aufgrund fehlender Verbindlichkeit auch deutliche Anklänge an die Konzertierte Aktion beim Bundeswirtschaftsministerium. Denn Empfehlungen der KAiG über die jährlichen Ausgabenzuwächse sollten nicht als *Verhandlungsergebnis* zustande

26 Im Kern dieser Vision, die die schwindende Mobilisierungskraft des Konzepts der sozialen Marktwirtschaft ergänzen sollte, stand ein aus Steuergeldern gespeistes 'Deutsches Gemeinschaftswerk', einer außerparlamentarischen Einrichtung, die zur Finanzierung jener Gemeinschaftsaufgaben gedacht war, die im Verteilungskampf der 'Gefälligkeitsdemokratie' auf der Strecke blieben (Hildebrandt 1984: 168). Dieser Versuch, „den allmählich mehr und mehr abdankenden Staat wieder zu inthronisieren" (Hildebrand 1984: 167) stieß auf breite Ablehnung, ja Unverständnis, und führte dazu, daß Erhards politische Reputation einigen Schaden nahm.

handlungsergebnis zustande kommen, sondern aus der *Einsicht* aller Beteiligten in ökonomische Notwendigkeiten, die erst in einem zweiten Schritt als Prämisse in die Honorarverhandlungen einfließen. „Das Mitwirken des Staates“, so der Arbeitsminister, „ist hierbei auf Kooperation angelegt“ (Ehrenberg 1977: 1173). Auf einen Steuerungsanspruch wurde trotz dieser Konsens- und Kooperationsbekenntnisse nicht ganz verzichtet. Dieser Anspruch sollte jedoch weniger *gegen* als vielmehr *mit* den – auf das gemeinsame Steuerungsziel der Kostendämpfung verpflichteten – Verbänden durchgesetzt werden. Die KAiG war demnach nicht als Kommandobrücke für einen, sondern für viele Steuermänner konzipiert.

Zu den anfänglichen Befürchtungen, daß mit dieser Institution ein interventionistischer Brückenkopf entstehen könnte, der dem Arbeitsminister erlauben würde, Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit im Gesundheitssektor zu untergraben, mischte sich angesichts nur kurzfristig währender Steuerungserfolge die Befürchtung „einer weiteren Abschwächung unabhängiger staatlicher Führungskraft“ (Bogs 1982: 455), da organisierten Interessen durch die KAiG neue Einflußmöglichkeiten bis hin zur Kolonisierung des Staates eröffnet worden sei. Daß beide Vermutungen in der Praxis keine Bestätigung fanden, läßt die Folgerung zu, daß sowohl die Kolonisierungs- wie auch die Instrumentalisierungsthese (vgl. dazu Lehmbruch 1987) auf zu schlichten Wirkungsvorstellungen basieren, um die Beziehungen zwischen Staat und Verbänden adäquat abzubilden. Plausibler erscheint es, die KAiG als Element eines „institutional enrichment“ (in Anlehnung an Hollingsworth 1990: 46) zu begreifen. Die KAiG war einerseits ein Instrument der Kostendämpfungspolitik, aber gleichzeitig auch eine zusätzliche Arena der Entscheidungsvorbereitung, die durch dauerhaften Informationsaustausch Unterstützung für Gesetzgebungsvorhaben mobilisieren sollte. Die Öffnung von Entscheidungsstrukturen für gesellschaftliche Interessen durch die KAiG war also kein ‘Dammbruch’ gegenüber anbrandenden Verbandsinteressen, sondern eher der Versuch, der egoistischen Interessenverfolgung durch einen institutionalisierten und rational begründbaren Konsenszwang die Spitze zu nehmen. Daß der Arbeitsminister anläßlich der konstituierenden Sitzung der KAiG im Dezember 1977 nur ein einziges Mal von ‘Selbstverwaltung’ sprach, und zwar um festzustellen, daß die KAiG „nicht im Widerspruch zu den Prinzipien der Selbstverwaltung“ (Ehrenberg 1977: 1173) stehe, weist auf eine erneute Weiterentwicklung in den Beziehungen zum Verbändesystem hin. Im Erwartungshorizont der von Globalsteuerung geprägten Gesundheitspolitik hatte die Selbstverwaltung zwar nicht ausgedient, aber sie war doch ins zweite Glied zurückgetreten.

Nur wenige Jahre später erfolgte dann die Rückbesinnung auf die Selbstverwaltung als zentralem Adressaten gesundheitspolitischer Forderungen um so stärker, als die KAiG nur noch zur Außendarstellung konträrer Positionen und Forderungskataloge genutzt wurde und damit die Illusion einer „Versachlichung der Auseinandersetzung“ (Ehrenberg 1977: 1174) durch Information und Transparenz verflogen war. Im ‘Vorrang der Selbstverwaltung’, der von maßgeblichen Unionspolitikern nach dem Regierungswechsel von 1982 propagiert wurde (Döhler 1990: 433), schwang anfänglich noch die Ehrfurcht vor diesem Realität gewordenen Beispiel für sozialpolitische Subsidiarität mit. Aber die auch hier schnell eintretende Ernüchterung sorgte für eine erneute Verschiebung im Bedeutungsgehalt des Selbstverwaltungskonzepts. Selbstverwaltung galt spätestens seit Mitte der 80er Jahre aus der Sicht des zuständigen Arbeitsministeriums als Selbstverwaltung der Verbände, denen auch Leistungen (Kostendämpfung) abgefordert und nötigenfalls sogar Beschränkungen auferlegt werden können. Mit dem abnehmenden Interesse an der KAiG verlor sich auch die Neigung zu umfassender und konsensorientierter Konzertierung zwischen Staat und Verbänden,[27] zumal das immer stärker ausdifferenzierte und zu vielfältigen Querkoalitionen tendierende Verbändesystem im Gesetzgebungsprozeß vornehmlich als Störfaktor in Erscheinung trat (Mayntz 1990).

Dies markiert die vorläufig letzte Positionsveränderung im Staat-Verbände-Verhältnis, bei der die noch in den frühen 70er Jahren als Voraussetzung für erfolgreiche Steuerung hervorgehobene Fähigkeit zur „Interessenberücksichtigung“ (Scharpf 1973: 76 f.) einer Tendenz des Staates zur ‘Interessenvernachlässigung’ gewichen ist, von der vor allem jene Partikularinteressen betroffen sind, die die gesamtwirtschaftliche Sinnhaftigkeit ihrer Forderungen nicht plausibel machen können. Zwar gab Gesundheitsminister Seehofer auch im Vorfeld der aktuellen ‘dritten Stufe’ der Gesundheitsreform das „Dialogprinzip“ (Ärzte Zeitung vom 09. / 10.12.1994) aus, aber unter anderen Bedingungen als in früheren Jahren. An die Verbände wurde die Forderung nach einem „Konkretheitsanspruch“ (Handelsblatt vom 09. / 10.12.1994) von Gesprächsergebnissen gerichtet, oder in der weniger verklausulierten Formulierung eines Ministerialbeamten: „Wer hier nur schwafelt, verabschiedet sich von den weiteren Beratungen“ (Ärzte Zeitung ~~vom 09.01.1995). Damit v~~erbunden ist auch eine neue Rollenverteilung

27 Die jüngsten Bestrebungen der Bundesregierung zur Einführung von Mehrheitsentscheidungen in der KAiG, die „das ungeschriebene ‘Gesetz der Einstimmigkeit’„ (BT-Drks. 12 / 8570: 34) ablösen soll und von öffentlichen Zweifeln des Gesundheitsministers an der Erhaltenswürdigkeit der KAiG in ihrer jetzigen Form begleitet wurde (Ärzte Zeitung vom 15.12.1993), offenbaren, daß die Konsensherstellung nicht mehr als oberstes Ziel staatlicher Gesundheitspolitik fungiert.

Damit verbunden ist auch eine neue Rollenverteilung zwischen Staat und Verbänden, die es für Partialinteressen erschwert hat, ihre in den 80er Jahren erfolgreich praktizierte NIMBY-Strategie weiterhin plausibel zu machen. Tendenziell ist das abwehrende 'not in my backyard' der Verbände durch das fordernde 'where in your backyard?' der Regierungsparteien ersetzt worden. Daß es sich dabei nicht bloß um eine leere Drohung handelt, unterstreicht der Umstand, daß die in der Vergangenheit wenig kooperationsbereiten freien Ärzteverbände von diesen Vorfeldberatungen ausgeschlossen sind. Das in den 'Petersburger Gesprächen' zum Zuge kommende Prozedere ist ebenso wie die 'Lahnsteiner Klausurgespräche' im Vorfeld des GSG von dem Bestreben gekennzeichnet, durch Veränderung von (hier: informellen) Entscheidungsstrukturen die sektorale Interessenkonstalletion in zielkonformer Weise zu disziplinieren. Diese in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ganz und gar nicht selbstverständliche Fähigkeit des Staates zur Unterscheidung zwischen 'insidern' und 'outsidern' ist aber nicht dadurch erklärt, daß die zuständigen Politiker „die Abschließung des politischen Zentrums" beschlossen und „sich auf die eigenen Interessen" (Perschke-Hartmann 1993: 577, 576) besonnen hätten. Dann fragt man sich natürlich, warum dazu anderthalb Jahrzehnte, ein Regierungswechsel und gleich mehrere als wenig erfolgreich geltende Gesetzgebungsverfahren notwendig gewesen sein sollen.

3.2 Die Ausdifferenzierung von Rollen und Interessen im gesundheitspolitischen Akteursystem

Während der Differenzierungsprozeß im Hinblick auf Entscheidungsstrukturen vor allem strukturelle und prozedurale Aspekte der Entscheidungsfindung betraf, ist in bezug auf Interessenkonstellationen unter Ausdifferenzierung vor allem die Identitäts- und Rollenfindung der Akteure und daran anschließend die Herausbildung spezifischer Interessen und Handlungsstrategien zu verstehen. Damit soll nicht unterstellt werden, daß die Akteure in der Formierungsphase des Gesundheitssektors noch keine eigenen Interessen gehabt und verfolgt hätten. Aber die vorhandenen Eigeninteressen sind im Laufe der Zeit präziser und vielfältiger geworden, das Strategierepertoire eindeutiger und konsequenter. Denn auch der rationalen Wahl verpflichtetes Handeln bedarf des Erfahrungswissens. Um zu wissen, was man will, müssen die Konsequenzen des eigenen und des Handelns anderer Akteure durchschaubar sein. Das setzt ein nicht unwesentliches Maß an sektoraler Funktionskenntnis einschließlich der Fähigkeit zur korrekten Einschätzung des politischen Gegners voraus. Diese Bedingungen waren seinerzeit in weiten Bereichen noch nicht erfüllt.

Vergleicht man die heutige Situation mit der der 50er Jahre, dann kann nicht nur eine erheblich geringere Ausdifferenzierung von Verbandsinteressen, sondern auch noch ein anders gearteter Verlauf von Konfliktlinien festgestellt werden. So hatte der 'Kampf gegen die Einheitsversicherung' vornehmlich Ersatzkassen, alte Ministerialbürokratie und Privatversicherung in einer interessen*übergreifenden* Koalitionsbildung zusammengeführt (Hockerts 1980: 47 f.), die einer situationsbezogenen Frontstellung geschuldet war und mit deren Verschwinden verblaßte. Der für die 50er Jahre ebenso charakteristische Mangel an Interessendifferenzierung ist indessen keine Größe, die sich einfach an der Zahl von Verbandsorganisationen festmachen läßt. Sie waren überwiegend schon gegründet. Vielmehr ist es deren Abwesenheit in wichtigen gesundheits- und sozialpolitischen Debatten, die auf einen vergleichsweise geringeren Grad an Interessendifferenzierung hindeutet. Nicht nur der gesamte Krankenhaussektor und die pharmazeutische Industrie sind als handelnde Akteure kaum auszumachen. Darüber hinaus traten auch die Länder sozialpolitisch nur selten in Erscheinung (Safran 1967: 152), sogar die Kassenverbände gelangten, etwa in den beiden Reformanläufen unter Theodor Blank, kaum über eine Statistenrolle hinaus (ebenda: 127). Während die Inaktivität von Krankenhäusern, pharmazeutischer Industrie und Ländern noch mit ihrer fehlenden Integration in die Finanzierung der GKV, also mangelndem Interesse erklärt werden kann, greift dieses Argument im Falle der Kassenverbände nicht.

Denn sie hatten zu Beginn der 50er Jahre im Zentrum der Auseinandersetzung um die Wiederherstellung der Selbstverwaltung und der Befestigung des Gliederungsprinzips in der GKV gestanden (Hockerts 1980: 130–169). Interessanterweise konnte auch bei diesem für einzelne Kassenarten existentiell bedeutsamen Ereignis die Vorherrschaft *parteipolitischer* Aktivitäten beobachtet werden. Ursächlich dafür war aber nicht etwa das Fehlen eigenständiger Interessen auf seiten der Kassenverbände, sondern der Umstand, daß hier noch ein anderer Modus der Interessenvermittlung dominierte. Verbandliche Interessenpolitik erfolgte damals noch direkt durch parlamentarische Gewährsleute, die erstaunlich offen für die Sonderinteressen ihrer Klientel eintreten konnten (vgl. für die Ersatzkassen: Hockerts 1980: 146 f.; allg. Bethusy-Huc 1962: 127 ff.). Ein autonomes Verbands-Lobbying mußte daher als suboptimal in den Hintergrund treten.

Damit kontrastierten nun in auffälliger Weise die Ärzteverbände, die zwar ebenfalls über 'ihre' Parlamentarier verfügten (vgl. Naschold 1967: 228), gleichwohl auf eine eigenständige Verbandspolitik nicht verzichten mochten. Mehrere Indizien lassen den Schluß zu, daß die starke ärztliche Verbandspräsenz nicht allein auf standespolitische Bedrohungsängste zurückführbar ist,

sondern auch als Resultat innerärztlicher Richtungskämpfe und noch unentschiedener Domänenkonflikte gesehen werden muß (Safran 1967: 119). Klare Interessengegensätze prägten zwar auch die Kassenlandschaft, konnten aber durch politisch eindeutige Zuordnungen in den Kategorien des Parteienwettbewerbs abgearbeitet werden. Während sich die Unionsparteien und die FDP stets den Ersatzkassen und ihrer Angestelltenklientel verbunden fühlten, galten die Ortskrankenkassen als eindeutig der sozialdemokratisch-gewerkschaftlichen Interessensphäre zurechenbar (Safran 1967: 127–145; Hockerts 1980: 50).

Anders war dies bei den Ärzteverbänden. Deren Domänenkonflikte ließen sich nicht über Sozialmilieus oder Wählerbindungen reproduzieren, so daß die Kapazität der Parteien zur Interessenvermittlung ausgereizt war. Mit diesem Dilemma wurde auch der Bundeskanzler konfrontiert: „Adenauer respected the medical profession and was sympathetic to the demands of the doctors. But which ones?“ (Safran 1967: 119). Wir können hier also eine Art ‘Kompatibilitätslücke’ zwischen innerverbandlichen Konfliktlinien und parteipolitischen Mustern der Problembearbeitung beobachten. Die Entscheidungsstrukturen des Parteiensystems verfügten noch über kein routinisiertes Verfahren der Interessenvermittlung zu jenem Teil der gesundheitspolitischen Interessenkonstellation, die von den Ärzteverbänden repräsentiert wurde. Direkte Kanzlerinterventionen waren eine Reaktion auf diese funktionalen Defizite. Daher erscheint eine Interpretation der Kanzlergespräche als Versuch eines Interessenclearing in einer verfahrenen Gesetzgebungssituation als plausibel.[28] Ihr Sinn hätte demnach weniger darin bestanden, einer mächtigen Interessengruppe zu Diensten zu sein, als vielmehr darin, die das Gesetzgebungsverfahren paralysierenden innerprofessionellen Konflikte zu beenden. Folglich läßt dies den Befund, „für die Bundesregierung schien es allmählich nur noch ärztliche Gesprächspartner zu geben“ (Richter / Müller 1966: 42 f.), in einem anderen Licht erscheinen, als es die gängige Lesart von der allmächtigen ärztlichen Lobby nahelegt.

Eine Beleuchtung verbandsinterner Sollbruchstellen stärkt die These, daß die ärztliche Verbandsmacht während der 50er Jahre noch alles andere als gefestigt war und daher kaum von einem konzertierten Schlag der Ärztelobby die Rede sein konnte. Die Divergenzen zwischen den ärztlichen Verbandsorgani-

28 Hinweise dazu bei Safran (1967: 184) sowie Naschold (1967: 199). Ebenfalls eine Rolle gespielt haben dürfte die Bestrebung der Union, einen Schulterschluß zwischen Ärzteschaft und Gewerkschaften zu verhindern (Rosewitz / Webber 1990: 182). Bis heute gilt das 1976 von Hockerts getroffene Urteil von der „bisher noch nirgends fundiert dargestellten ... Beteiligung [Adenauers] an der Krankenversicherungsreform 1960 / 61“ (Hockerts 1976: 479).

sationen standen den Interessenunterschieden zwischen den verschiedenen Kassenarten in kaum etwas nach. Verantwortlich dafür waren die noch ungeklärten und umstrittenen Fragen nach der verbandspolitischen Kompetenzabgrenzung (vgl. allg. Stobrawa 1989: 47 f.; Safran 1967: 115), insbesondere zwischen Hartmannbund und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Offenbar war durch den Umstand, daß die Bundesärztekammer (BÄK) als quasi natürliche Arena für innerärztliche Kompromißbildung „ihre Führungsrolle nur zögernd und zurückhaltend ausübte“ (Naschold 1967: 195), im Vorfeld des ersten Blankschen Reformanlaufs ein Machtvakuum entstanden, um dessen Ausfüllung nun KBV und HB konkurrierten.

Diese Konkurrenz war eine Spätfolge des ‘Friedensschlusses’ von 1931 / 32, der die Einführung der KVen zum Gegenstand hatte. Mit diesem politischen Erfolg war nämlich der HB in die Gefahr geraten, überflüssig zu werden, denn die wirtschaftliche Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte war unbestritten auf die KVen übergegangen und deren Bundesvereinigung verstand sich überdies auch noch als politische Interessenvertretung ihrer Mitglieder. Folgerichtig monierte der Hartmannbund im Zuge der Auseinandersetzungen um die Blank-Reform hinsichtlich der intensiven Lobbytätigkeit der KVen auch die Art und Weise, „mit der sich die ärztlichen Körperschaften über die ihnen gesetzlich gesteckten Grenzen hinwegsetzten“ (Hartmannbund 1980: 30). Diese Konfliktlinie wurde zusätzlich angereichert durch die dazu wiederum querliegenden Forderungen des Marburger Bundes und des NAV nach freier Zulassung zur Kassenarztpraxis (Naschold 1967: 193). Entsprechend idiosynkratisch und unkoordiniert verlief die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteverbände, nachdem sie sich 1958 mit dem KVNG konfrontiert sahen. Vor allem diese Differenzen geben Anlaß dazu, das gemeinsame Auftreten der Ärzteverbände in den Kanzlergesprächen als Resultat wechselseitigen Mißtrauens zu interpretieren, das vor allem dem Ziel diente, Sonderverhandlungen einzelner Verbände mit dem Kanzler zu unterbinden (so z.B. Safran 1967: 119).

Die interaktive Kompetenz organisierter Interessen hängt in beträchtlichem Umfang von der Fähigkeit zur raschen Reaktion auf unterschiedliche Lösungsalternativen ab. Während heute jeder Verband in der Lage ist, zu beinahe jedem Vorschlag eine detaillierte Stellungnahme abzugeben, also eine klare Interessenposition formulieren kann, war diese Fähigkeit Ende der 50er Jahre noch deutlich geringer ausgeprägt. Hierzu trug ebenso der Mangel an Erfahrungen im Umgang mit Reformoptionen bei wie das noch schwach entwickelte Verständnis von den Wirkungsmechanismen und Funktionszusammenhängen innerhalb der GKV. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung etwa mit den Anreizstrukturen verschiedener Honorierungsformen und

Selbstbeteiligungsregeln setzte erst Anfang der 70er Jahre ein. Der durch immer neu eingespeiste Kompromißvorschläge chaotisierte Gesetzgebungsverlauf der Blank-Reform (Richter / Müller 1966: 58) stützt zudem die Vermutung, daß es allen Beteiligten noch an der Kompetenz zur antizipativen Reaktion mangelte. Sowohl das zuständige Ressort wie die Bundestagsfraktion der Union zeigten sich immer wieder überrascht von den Reaktionen auf ihre Kompromißvorschläge. Auch diese Überlegungen sprechen dagegen, die Gesundheitspolitik der 50er Jahre als schlichte Rekonstruktion abzutun. Die Akteure bewegten sich noch erkennbar unsicher auf einem Terrain, dessen morphologische Struktur zwar noch der früherer Jahre entsprach, deren Interaktionsanforderungen sich aber beträchtlich gewandelt hatten.

Wie oben bereits angedeutet, resultierte diese Interaktionsunsicherheit aus dem Mangel an Erfahrung im Umgang mit einem institutionellen Arrangement, das zwar schon 1931 in seinen Grundzügen etabliert, aber dann bis zu seiner Wiedereinsetzung durch das Gesetz über Kassenarztrecht faktisch suspendiert worden war. Dieses Argument trifft auch für die zunächst unklare Arbeitsteilung und den konfliktreichen Prozeß der Rollendifferenzierung zwischen freiem Hartmannbund und öffentlicher KBV zu. Denn auch hier gab es vor 1955 kaum eine Gelegenheit Erfahrungen zu sammeln, hatte doch der Hartmannbund schon seit 1933 die Geschäftsführung der KVD übernommen, um dann 1936 aufgelöst und in die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands überführt zu werden (vgl. Tennstedt 1977: 214). Die nach 1945 allmählich wieder hergestellte Doppelstruktur ärztlicher Interessenvertretung, die sich später gemäß der These vom ärztlichen Spiel- und Standbein zu einer interessenpolitisch zentralen Organisationsressource entwickelte, basierte zunächst keineswegs auf einem funktionstüchtigen System verbandlicher Arbeitsteilung, sondern führte zu einem intensiven Konflikt um angestammte Verbandsdomänen und -zuständigkeiten, der soweit ging, daß man sich zunächst gegenseitig die Existenzberechtigung absprach.

Daher erlangte die Blank-Reform auch für die Rollenverteilung innerhalb des Verbändesystems einen weichenstellenden Effekt. Die mit dem BMA gleichgerichteten Bemühungen des HB, die KVen auf die Funktion einer „Verwaltungsstelle“ (Naschold 1967: 193) zu reduzieren und wie schon in der Weimarer Republik die Rolle des ärztlichen Monopolrepräsentanten im politischen Prozeß einzunehmen, waren mit diesem Gesetzgebungsverfahren endgültig gescheitert. Wohl verfügte der HB noch über ein ähnlich großes politisches Gewicht wie die KBV. Aber das Tandem KBV-BÄK hatte der Politik mit einer zwangsverpflichteten Mitgliederbasis als Verhandlungspartner auf lange Sicht mehr zu bieten als der HB. Die Kanzlergespräche des Jahres 1960 markierten für den HB den Beginn eines politisches Einflußverlustes, der sich

auch in einer ab 1961 deutlich abgeknickten Mitgliederentwicklung widerspiegelt (Hartmannbund 1975: 163; Groser 1992: 96–97). Der Hartmannbund fand zwar rasch seine neue Rolle als KBV-kritisches Ventil für professionellen Unmut über die Körperschaftsbürokratien, aber als Verhandlungsführer mit der staatlichen Seite verdrängte die KBV den einstigen Vertretungsmonopolisten zunehmend. Ohne die kanalisierende Wirkung exekutiver Entscheidungsstrukturen wäre dieses verbandspolitische 'clearing' wohl kaum so nachhaltig entschieden worden.

Was Beobachtern bis in die frühen 60er Jahre noch als Fragmentierung ärztlicher Verbandsinteressen erschien, entwickelte sich allmählich zu einem gut funktionierenden, über 'interloking directorates' verbundenen System der Arbeitsteilung (Veith 1988: 102–108). Mit der nun etablierten Rollenverteilung – Bundesärztekammer zuständig für berufs- und standespolitische Fragen, KBV für wirtschaftliche Belange und HB 'fürs Grobe' – verloren auch innerärztliche Konflikte an Sprengkraft. Bis in die jüngste Vergangenheit symbolisierte das „Kölner Dreigestirn" (Webber 1992: 246) aus den Vorsitzenden von KBV, HB und NAV professionelle Eintracht. Die in der Ära Adenauer noch vorherrschende *segmentäre* Differenzierung der ärztlichen Verbandslandschaft war durch eine *funktionale* Differenzierung abgelöst worden. Das reibungslose Ineinandergreifen der Verbandspolitik stärkte die Vorstellung von „der geschlossenen Front der ärztlichen Organisationen" (fast wortgleich: Rauskolb 1976: 157; Himmelmann 1975: 158; See 1977: 76), die beinahe zum geflügelten Wort geriet, wobei auch der ökonomische Erfolg der medizinischen Profession einigermaßen unbesehen mit politischer Potenz gleichgesetzt wurde. So wurden die mit dem Amtsantritt der sozialliberalen Koalition einhergehenden Umbrüche so gut wie gar nicht registriert. Unter der Oberfläche – einer durch Leistungsexpansion befriedeten Gesundheitspolitik – hatte sich jedoch einiges gewandelt.

Die in den 50er Jahren etablierten und im Verlauf der 60er Jahre wirksamen Personalverflechtungen zwischen Ärzteverbänden und Unionsparteien erodierten nach dem Amtsantritt der sozialliberalen Koalition.[29] Erst recht galt dies für den Immediatzugang zum Kanzler als Mittel der Interessenpolitik, der aufgrund der sektoralen Spezialisierung der Parteien sowie des gestärkten Ressortprinzips in der politischen Entscheidungsfindung keine Rolle mehr spielte. Diese Erfahrung mußte u.a. der NAV machen, der sich im Vorfeld der Beratungen zum KVKG dem Bundeskanzler als sachverständiger Verhandlungspartner anbot (Rodrega 1981: 230 f.). Zum „Markstein aller

29 Ganz ähnliche Entwicklungen lassen sich auch für die Industrieverbände nachweisen. Vgl. Ullmann (1988: 246); Mann (1994: 184 f.).

NAV-Aktivitäten“ (Rodrega 1981: 232), einem dreistündigen Gespräch mit Vertretern der Bundesregierung, erschien dann allerdings nur der zuständige Ressortminister Herbert Ehrenberg. Mitte der 70er Jahre galt daher: „Man hatte zwar die Geheim-Telefonnummer von Rhöndorf, die nur noch historischen Wert besaß, aber nicht die von Hamburg-Langenhorn“ (Neue Ärztliche vom 27.05.1986).[30] ‘Overlapping memberships’, wie sie für die Union und die Ärzteverbände in den vorangangenen Jahrzehnten charakteristisch waren, konnten sich zwischen SPD und medizinischer Profession schon aus ideologischen Gründen nicht mehr entfalten, was einer der wesentlichen Gründe dafür sein dürfte, daß die FDP zunehmend die Funktion ärztlicher Interessenrepräsentation übernahm.

Der Wechsel zur sozialliberalen Koalition, die sich „Sozialplanung, gestaltende und präventive Sozialpolitik“ sowie „umfassende soziale Sicherung für alle“ (Zöllner 1981: 157) auf die Fahnen geschrieben hatte, ließ auch in der Gesundheitspolitik eine Reformeuphorie entstehen, die auf der Anbieterseite regelrecht traumatisierend wirkte. Nicht nur, daß in den Bonner Ministerien laut über extensivere staatliche Planungs- und Steuerungskompetenzen nachgedacht wurde,[31] hinzu kam auch eine steigende Flut an medizinkritischer Literatur, deren Defizitanalysen die bereits vorhandene Stimmung für einschneidenden Reformbedarf im Gesundheitswesen verstärkten (Döhler 1991: 470–472; Groser 1992: 155–158). Angegriffen wurde vor allem die Ärzteschaft, die erstmals einer Phalanx von Kritikern gegenüberstand, deren Vorwürfe sich nicht nur gegen die ‘überhöhten Ärzteeinkommen’ richteten, sondern sogar die bis dahin unantastbare professionelle Autorität in Frage stellten. Einigermaßen fassungslos sah sich die Profession in eine – zudem häufig von kapitalismuskritischen Autoren ausgerufene – ‘Krise der Medizin’ hineingeredet.

So wie die Kanzlergespräche von 1960 die Ärzteverbände überhaupt erst auf eine gemeinsame Linie gebracht hatten, so förderte auch die Politisierung in

---

30 Helmut Schmidt persönlich beschied die Ärzteverbände anläßlich ihres Protests gegen das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz nur knapp: „... ich will den Herren, die für diese Art von Polemik die Verantwortung tragen, nur sagen: sie dürfen nicht darauf hoffen, bei jemandem wie mir Gehör zu finden“ (Schmidt 1977: 675).

31 Für einiges Aufsehen sorgte z.B. ein Vortrag des Gesundheitsstaatssekretärs Horst Wolters vor den Ortskrankenkassen im September 1973, zu dessen Inhalt die Ministerin Katharina Focke nur weniger Tage später auf einer Veranstaltung des Hartmannbundes beschwichtigend feststellte, sie könne aus Wolters Bemerkungen „nicht die Absicht zu totaler Systemveränderung im marxistischen Sinne entnehmen“ (Focke 1973: 1214). Vgl. dazu auch Groser (1992: 158–160).

der Frühphase der sozialliberalen Koalition einen von gemeinsamen Bedrohungsängsten getragenen Schulterschluß.[32] Die Wagenburgmentalität innerhalb der Ärzteschaft (vgl. Rosewitz / Webber 1990: 255) fand ein generelles Pendant in der von Union, Mittelstand und Industrie getragenen (und genährten) Furcht vor einer 'Systemüberwindung' durch ein sozialdemokratisch-marxistisches Bündnis. Ärztliche Standespolitik verstand sich nun als Teil einer Abwehrbewegung jener gesellschaftspolitischen Kräfte, die sich als 'bürgerlich' definierten.[33] Diese neue Interessenkonstellation war in erster Linie der veränderten parteipolitischen – in der damaligen Wahrnehmung wohl auch gesellschaftspolitischen – Konfliktlinie geschuldet. Die Ärztverbände schöpften ihre Kraft in dieser Phase nicht mehr aus klientelistischen Bindungen, sondern aus der Koalitionsbildung mit den oppositionellen Unionsparteien und anderen Leistungsanbietern, vor allem der pharmazeutischen Industrie, deren besondere Durchsetzungsfähigkeit – in zirkulärer Argumentation – wiederum der Koalition mit der mächtigen Ärzteschaft zugeschrieben wurde (Hugger 1979: 75).

Man könnte nun meinen, daß der Übergang vom Klientelismus zur Abwehrkoalition belanglos ist, solange das Ergebnis, nämlich die Verwässerung staatlicher Interventionsbemühungen wie insbesondere im ersten Kostendämpfungsgesetz von 1977, gleich bleibt. Daß diese Überlegung aber zu kurz greift, zeigen die Auswirkungen des abermaligen Regierungswechsels von 1982. Die klientelistischen Bindungen in die Unionsparteien konnten von der Ärzteschaft nicht reaktiviert werden: „Man hat keine Freunde mehr in der CDU / CSU, auf die man rechnen kann" (Randt 1992: 18). Und die in den 70er Jahren höchst wirkungsvollen Marxismus- und Systemüberwinder-Vorwürfe, die nun auch gegen die verantwortlichen Unionsminister gerichtet wurden,[34] liefen ins Leere – mehr noch: sie wurden nun nur noch als rhetorische Aberrationen einer vornehmlich um den eigenen Vorteil besorgten Anbieterseite

---

32 Da aber gleichzeitig „Dissens als Dauererscheinung ärztlicher Interessenpolitik" zu beobachten war, ist der Einschätzung zuzustimmen, daß die alleinige Konzentration auf – solidaritätsfördernde – Konfliktsituationen vielfach „zu unzulässigen Verallgemeinerungen über die Homogenität ärztlicher Interessen geführt" (Groser 1992: 120) hat.

33 Zur Tradition eines standespolitischen Selbstverständnisses, das die Ärzteschaft als „Kerntruppe des Bürgertums" im Kampf gegen Bolschewismus und Kommunismus sieht, vgl. Hubenstorf (1989, Zitat von Seite 204).

34 Norbert Blüm war demnach „schlimmer als der beste Ehrenberg" (Ärzte Zeitung vom 21.01.1988) und Horst Seehofer gar ein „Preisdiktator" und „Gesundheits-Stasi" (Die Zeit vom 12.06.1992: 30), der die GKV in eine „Gesundheitskolchose" zu verwandeln versuche.

wahrgenommen. Dies ist ein Beispiel für die Trägheitsmomente in dem Anpassungsverhalten von Akteuren, die zuvor erfolgreiche Strategien in gewandelten Handlungskontexten fortsetzen und intensivieren, bis sie ein offensichtliches Scheitern zur Wahrnehmung zwischenzeitlich erfolgter Umweltänderungen zwingt (vgl. Scharpf 1987b: 27).

Zu den bisher analysierten Indikatoren der sektoralen Interessen- bzw. Rollendifferenzierung einerseits und der Herausbildung von Konfliktlinien andererseits muß als dritte Dimension also auch der Wandel von Interessen Berücksichtigung finden, will man unerwartete Reformverläufe angemessen erklären. Die seit der zweiten Hälfte der 80er Jahre zu beobachtende Interessenkonstellation im Gesundheitssektor ist durch eine weitere Interessendifferenzierung gekennzeichnet, die aber – je nach Akteursegment – jetzt nicht mehr nur verbandsformierende Wirkung besitzt, sondern auch desintegrative Effekte zeitigt. Beide Effekte sind in entscheidendem Maße auf die staatliche Kostendämpfungspolitik seit dem KVKG zurückzuführen, deren mangelnde gesundheits*ökonomische* Wirksamkeit leicht vergessen ließ, daß sie dennoch gesundheits*politische* Folgen besaß.

So haben selbst bescheidene Kostendämpfungseffekte noch Verteilungskonflikte innerhalb der Anbieterseite verursacht. Die Interessenkoalition etwa zwischen niedergelassenen Ärzten und Pharmaindustrie geriet bereits mit der Einführung der Festbetragsregelung des GRG ins Wanken und ist seit der Seehofer-Reform endgültig zerbrochen, da die Ärzteschaft sich jeweils zulasten der Arzneimittelhersteller aus der Schußlinie zu manövrieren versuchte (Randt 1992: 16; Manow-Borgwardt 1992). Auch das früher so gut harmonierende System der ärztlichen Interessenvertretung ist mittlerweile „ein Verbandssystem unter Streß“ (Behaghel 1994), das gegenüber staatlichen Interventionen nur noch bedingt abwehrbereit ist. Vor allem die vielgerühmte Arbeitsteilung zwischen HB und KBV (Rauskolb 1976: 220 f.), die über „komplementäre Identitäten“ (Mayntz 1992: 32) abgesichert schien, ist brüchig geworden. Je mehr die KBV zum akzeptierten Verhandlungspartner des zuständigen Ministeriums aufstieg, um so weniger konnte der HB seine Ventilfunktion für ärztliche Unzufriedenheit ausfüllen. Denn in dem Maße wie die KBV die Verhandlungsführung im politischen Raum monopolisierte, verlor der HB an Einfluß. Die Versuche, sich statt dessen durch Kritik an der ‘kompromißlerischen’ Politik der KBV zu profilieren, haben den politischen Einflußverlust des HB nur noch verstärken können. Zu den ‘Petersberger Gesprächen’ wurde der fundamentalistische ‘Störenfried’ Hartmannbund von Gesundheitsminister Seehofer erst gar nicht mehr eingeladen (vgl. Die Welt vom 11.01.1995).

Für die KVen einschließlich ihres Bundesverbandes haben die politischen Kompromißzwänge ihrerseits ein schwerwiegendes Problem verursacht, nämlich die „Entstehung einer radikalen innerärztlichen Opposition“ (Webber 1992: 257). Sie findet ihren Ausdruck u.a. in regionalen Arbeitsgemeinschaften, „die als Hauptprodukt KV-Kritik anbieten“ (Groser 1992: 146 f.) und sich vor allem bei den Gremienwahlen als Gegenpol zu den alten Funktionärseliten verstehen. Zu dieser „Produktdifferenzierung im Verbändeoligopol“ (ebenda: 147) ist auch das Erstarken der Facharztverbände zu rechnen,[35] deren Mitgliederwachstum und innerärztlicher Einflußgewinn ebenfalls von Verteilungskonflikten genährt wird (ebenda: 141–146; Behaghel 1994: 160–165). Hier geht es vor allem um die KV-interne Honararverteilung, die vielfältige Konfliktlinien zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinern, zwischen ‘sprechender’ und ‘Apparatemedizin’, zwischen Internisten und Radiologen usw. hervorgerufen hat. Selbst der verblüffende Einfallsreichtum der kassenärztlichen Selbstverwaltung zur Herstellung von Verteilungsgerechtigkeit hat diese Konfliktherde nicht befrieden können. Das verbandspolitische „Schisma in Weiß“ (Die Zeit vom 11.02.1994) verstärkt den professionellen Machtverfall. Denn je mehr die Verbandsdifferenzierung um sich greift, desto geringer wird die Neigung von Ministerialverwaltung und Parteien sich mit den „wildgewordenen Fachverbänden“ (zitiert nach Groser 1992: 151) auseinanderzusetzen. Damit droht nicht zuletzt der Verlust jener „Strategiefähigkeit“ (Rosewitz / Webber 1990: 316 f.; Hassenteufel 1994: 216), die der organisierten Ärzteschaft die Fähigkeit eröffnete, politische Tauschgeschäfte einzugehen.

Auf der Gegenseite der Anbieterverbände ist durch die administrative ‘Korporatisierungsstrategie’ (vgl. Döhler / Manow-Borgwardt 1992a; Döhler 1995) eine spürbare Homogenisierung der Interessen zwischen den verschiedenen Kassenarten erzielt worden. Dem damit explizit verfolgten politischen Ziel, der Herstellung eines Verhandlungsgleichgewichts zwischen den Kassen- und den Anbieterverbänden, ist man um einiges nähergekommen. So praktizieren die Kassenverbände seit Mitte der 80er Jahre ein sog. ‘Federführungsmodell’ bei der Vereinbarung bundesweiter Rahmenverträge mit der Anbieterseite (§§ 125 ff. SGB V). In dieser funktionalen Ausdifferenzierung des Kollektivertragsmodells leiten die Ortskrankenkassen die Verhandlungen mit der Ärzteschaft, die Ersatzkassen mit den Krankenhäusern, die Innungskrankenkassen mit den Heil- und Hilfsmittelanbietern, und die Betriebskran-

35 Eine repräsentative Umfrage bestätigt den „Akzeptanzverlust der Zwangskörperschaften mit kollektivem Mandat“ bei „einem gleichzeitigen Zustimmungsgewinn für Verbände mit eher partikularer Zielsetzung“ (Andersen / Schulenburg 1990: 170).

kenkassen sind für Apotheken und Arzneimittelversorgung zuständig. Diese Arbeitsteilung hat die Konkurrenz der Kassenarten untereinander zwar kaum verringert, aber das gemeinsame Auftreten gegenüber der Anbieterseite doch beträchtlich gestärkt. Während die Entsolidarisierungseffekte bei den Anbietern ein nicht intendiertes, wenn auch nicht ganz ungern gesehenes Ergebnis staatlicher Gesundheitspolitik darstellen, so kann die Homogenisierung der Kassenverbände gegenüber den Leistungsanbietern als Paradebeispiel dafür gelten, das der Staat als 'architect of political order' (vgl. Döhler 1995) in Erscheinung tritt, die Formierung und der Wandel von Interessenkonstellation also nicht nur als 'bottom up'-Prozeß, sondern auch im 'top down'-Verfahren erfolgen kann.

3.3 Ordnungspolitische Leitbilder und reformpolitische Strategiediskurse

Die Sektoralisierung und Ausdifferenzierung eines Politikfeldes findet nicht nur auf der Ebene von Verbandsorganisationen sowie der Rollenwahrnehmung und Interessendefinition der Akteure, sondern auch auf der Ebene ordnungspolitischer Leitbilder statt. Ihre Wirkung auf das Akteurhandeln läßt sich vielleicht am besten mit dem Begriff des strategischen Orientierungswissens umschreiben: Leitbilder liefern normativ fundierte Richtungshinweise für politische Entscheidungen, schaffen begünstigte Strategieoptionen wie auch Ausschlußregeln für abweichende Vorschläge. Sie sind dabei jedoch nicht frei von Interessen der Akteure, sondern entwickeln sich unter deren Einfluß, ohne aber vollkommen von ihnen beherrscht zu werden. Als entscheidend für diese von Akteurinteressen distanzierte Geltungskraft von Ordnungsmodellen erweist sich oftmals der Umstand, daß ihnen historisch 'eingefrorene' Kompromißlinien zugrunde liegen, deren Überschreitung oder Auflösung für die Akteure mit schwer kalkulierbaren Risiken verbunden ist.

Für die Gesundheitspolitik sind vor allem die sog. 'Strukturprinzipien' der GKV zu nennen, die politikstrategische Abweichungen vom institutionellen Status quo bislang in engen Grenzen gehalten haben. Die strategiegenerierende Kraft dieses Ordnungsmodells (näheres bei Döhler 1993; für die Rentenpolitik vgl. Döring 1994) hat sich erst im Laufe der Politikfeldgenese herausgeschält. In den 50er Jahren stand zunächst die Wiederherstellung der „Klassischen Sozialversicherung" im Mittelpunkt der sozialpolitischen Kontroversen (Hockerts 1980: 131–160). Dabei konnten sich die Reformgegner, bestehend aus den Unionsparteien, der FDP, der privaten Versicherungswirtschaft, den Ersatzkassen und der Ministerialverwaltung jeweils gegen SPD

und Gewerkschaften als Befürworter sozialpolitischer Alternativen („Versichertenmehrheit“ in der Selbstverwaltung und „Einheitsversicherung“) durchsetzen. Durch die Frontstellung zur sozialdemokratisch-gewerkschaftlichen Forderung nach Errichtung einer ‘Volksversorgung’ geriet z.B. das heute eher selten diskutierte Versicherungsprinzip in den Vordergrund, von dem seine Befürworter geltend machen konnten, es sei „von gleichsam höherer eigentumsrechtlicher Dignität“ (Hockerts 1980: 227) als eine der politischen Willfährigkeit ausgesetzte Steuerfinanzierung. Im Rahmen dieser Gründungskonflikte dienten einzelne Elemente des Ordnungsmodells zuallererst der Abwehr alternativer Gestaltungsprinzipien.

Einen Schritt weiter ging die Sozialenquete-Kommission, als Reaktion auf die gescheiterten Blank-Reformen eingesetzt, die nach dem Abebben grundsätzlicher Konflikte um die Sozialversicherung die lange dominierende Interpretationsfolie für die erlaubte Reichweite von Reformversuchen lieferte. Ihre Bewertung, daß es sich bei der GKV um ein interdependentes „Gefüge von imponierender Geschlossenheit und innerer Konsequenz“ handele, welches sich durch einen „bewundernswerte[n] Prozeß des ‘Selbstaufbaus’„ konstituiert habe (Bogs et al. 1966: 168, 223), wurde als Signal verstanden, das – seither als ‘bewährt’ und ‘historisch gewachsen’ stilisierte – Ordnungsmodell nicht um kurzfristiger ökonomischer Vorteile willen aufs Spiel zu setzen. Daraus resultierte ein deutlicher Legitimationszuwachs des aus Prinzipien wie Selbstverwaltung, Solidarausgleich und Gliederung nach Kassenarten zusammengesetzten ordnungspolitischen Leitbildes der GKV. Wenn im Vorfeld des GRG festgestellt wurde, es sei außerordentlich schwierig, die wenigen „Inseln des Konsens im Meer der Widersprüche“ (Pfaff, zitiert nach Döhler 1990: 475) zu identifizieren, so steht dieser Befund keineswegs im Gegensatz zur hier behaupteten Gestaltungskraft des Ordnungsmodells. Vielmehr zeigt sich daran, daß das Ordnungsmodell nicht nur als Rückfallposition gegen alternative Modelle fungiert, sondern auch die Kanalisierung von Optionenvielfalt erlaubt und damit Erwartungssicherheit schafft.[36] Nunmehr war ein Entwicklungsstadium erreicht, in dem sich das Ordnungsmodell zu einer reformpolitischen Blaupause verdichtete.

Diese Wirkungsrichtung kristallisierte sich erstmals in der zweiten Hälfte der 70er Jahre heraus, als die Expansionsphase der frühen sozialliberalen Koalition abgeschlossen war und nun nach einem gleichermaßen funktionsfähigen wie ‘ordnungspolitisch’ legitimierten Instrumentarium zur Bewältigung der Kostenentwicklung gesucht wurde. Wenn man seinerzeit „mit Überra-

36 Insbesondere galt das den gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vereinigungsprozeß. Vgl. dazu ausführlich Manow (1994b).

schung“ feststellte, daß in der Begründung zum Krankenversicherungs-*Kostendämpfungs*gesetz „über die Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen so gut wie nichts ausgesagt wird“ (Hugger 1979: 142), dann lag der Grund dafür nicht etwa im Mangel an einer konzeptionell ausgerichteten „integrierten Systemplanung“ (Hugger 1979: 143), sondern vielmehr in der Unsicherheit, ja beinahe Unkenntnis über die Verursachungszusammenhänge der Kostenentwicklung. Dieses Wissen war gerade erst im Entstehen begriffen und noch weit vom Stadium fundierter Erkenntnisse entfernt, die gesetzgeberisches Handeln hätten anleiten können. Man *vermutete* zwar schon viel, *wußte* aber noch wenig.

In diese strategische Lücke stieß die Ministerialverwaltung des Arbeits- bzw. seit 1991 des Gesundheitsministeriums, die mit der sukzessiven Ausbreitung des Kollektivvertragsmodells vom Bereich der kassenärztlichen Versorgung auf den stationären und teilweise auch den Arzneimittelsektor eine mit den institutionellen Gegebenheiten der GKV kompatible, also ‘systemkonforme’ und damit tendenziell auch parteipolitisch mehrheitsfähige Strategie entwikkelte (Döhler / Manow-Borgwardt 1992a; Döhler 1995). Dabei gilt es zu bedenken, daß sich diese Korporatisierungsstrategie, in deren Kern die Herstellung eines Verhandlungsgleichgewichts durch die aktive staatliche Unterstützung von kollektivvertragsfähigen Verbandsstrukturen steht,[37] nicht ‘automatisch’ aus den Strukturprinzipien ableiten ließ. Es bedurfte nicht unerheblicher Interpretationsleistungen, um das Kollektivvertragsmodell als einen vorrangig legitimierten und anderen Verfahren überlegenen Steuerungsmodus zu etablieren. Dies gelang vor allem durch die Hervorhebung der ‘gemeinsamen Selbstverwaltung’ von Ärzte- und Kassenverbänden als eigentlichem Steuerungszentrum der Gesundheitspolitik, nach dessen Vorbild sich dann auch andere Leistungsbereiche umgestalten ließen (Döhler / Manow-Borgwardt 1992a; Döhler 1995). Aber erst der Umstand, daß mit den ‘Strukturprinzipien’ an ein ordnungspolitisch legitimiertes Modell angeknüpft werden konnte, verhalf der Korporatisierungsstrategie zum Durchbruch.

---

37 Im einzelnen handelt es sich vor allem um die *Hochzonung* von Verhandlungskompetenzen, z.B. auf die Ebene der Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen bei den Honorarverhandlungen oder vom Einzelkrankenhaus auf die Landeskrankenhausgesellschaften (§ 112 SGB V); die *Vereinheitlichung* von ehemals unterschiedlich gestalteten Verbandsstrukturen, insbesondere durch die weitgehende rechtliche Angleichung der Ersatzkassen an die anderen Kassenarten; sowie den *Funktionsausbau* von Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (näheres dazu in Döhler / Manow-Borgwardt 1992b) bzw. der Schiedsstellen im stationären Sektor.

Eine zentrale Rolle für die Entwicklung des gesundheitspolitischen Strategiediskurses hat die Konfrontation mit neuen Problemlagen gespielt, für die in den wenigsten Fällen abrufbares Wissen etwa aus parteipolitischen Programmtraditionen zur Verfügung stand. In den 50er Jahren ist eine klare Zurechnung *gesundheitspolitischer* Maßnahmen noch kaum möglich. Die „Sozialreform"-Debatte ist charakteristisch für die damalige Neigung zu umfassender Sozialpolitikkonzeption, ohne erkennbare Sektorgrenzen. Dies spiegelt auch die zeitgenössische Literatur wider, wo noch von einem umfassenden „deutschen Sozialplan" (Mackenroth) die Rede ist (vgl. Krüger 1975: 40–42). Im Vergleich zur beinahe technokratischen Detailfreude aktueller Reformdebatten erscheint der Diskussionsstil der 50er Jahre als weitschweifig, überaus prinzipienschwanger und wenig von klarem Funktionswissen geprägt. Spätere Verästelungen und die Herausbildung von Subdisziplinen, wie der Gesundheitsökonomie, fehlten damals noch ebenso wie parlamentarische Spezialisten für einzelne Sozialversicherungszweige. Man vergleiche nur die gesundheitspolitisch spezialisierten MdBs heute (Thomae, Kirschner, Pfaff, Hoffacker etc.) mit den sozialpolitischen Generalisten der 50er und 60er Jahre (Preller, Schellenberg, Horn, Stingl, Arndgen etc.). Als der „exponierte Marktwirtschaftler" (Hockerts 1980: 142) Theodor Blank 1965 zurücktritt, ist das insofern tatsächlich das „Scheitern einer Prinzipienpolitik" (Safran 1967: 232 f.),[38] als sein Nachfolger Hans Katzer, zugleich Vorsitzender der Sozialausschüsse, die Eigenständigkeit, d.h. die zunehmende Sektoralisierung der Sozialpolitik symbolisiert. An die Stelle einer stark wertorientierten 'Politik aus Prinzip' trat eine *sozialpolitische* Prinzipienpolitik (vgl. Kleinmann 1984: 184–188).

Mit der Sektoralisierung der Sozialpolitik gewann auch die Gesundheitspolitik als eigenständiges Gebiet langsam an Profil. Ablesen läßt sich das z.B. an der Politikberatung, deren thematische Breite lange Zeit mit fehlender inhaltlicher Tiefe korrelierte. Die Sozialenquete-Kommission benötigte 1966 noch weniger Raum für die Analyse der gesamten Sozialversicherung als 1988 die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung für nur einen von vier Sozialversicherungszweigen. Diese auf der Ebene ordnungspolitischer Diskurse stattfindende sektorale Ausdifferenzierung hat identitätsstiftenden Charakter erlangt. Die ab Mitte der 70er Jahre einsetzende wissenschaftliche Durchdringung des Gesundheitssektors ist natürlich auch von den Verbänden zur Stärkung ihrer eigenen Positionen funktionali-

38 Wie sehr die frühe bundesdeutsche Sozialpolitik als 'Prinzipienpolitik' ohne ein auch nur bescheidenes sachliches Fundament geführt wurde, hat Joachim Matthes (1964) auch an der Sozialhilfegesetzgebung und dem sie beherrschenden Subsidiaritätsstreit aufgezeigt.

siert worden. Interessanterweise mündete die Verwissenschaftlichung des gesundheitspolitischen Strategiediskurses – wie man vermuten könnte – nicht einfach in ein Übergewicht der zahlungskräftigen Anbieterverbände. Denn von der wachsenden Expertisierung und Technokratisierung wurde auch das Heranwachsen artikulationsfähiger Gegeninteressen begünstigt. Erschienen die Kassen in den 50er Jahren noch als „the most restrained subject in the debate“ (Safran 1967: 127), die ihre Interessen vornehmlich über personelle Verflechtungen in das Parteiensystem hinein zur Geltung bringen konnten, so haben insbesondere die Orts-, die Betriebs- und die Ersatzkrankenkassen mit dem Aufbau eigener Expertenstäbe und der Rekrutierung von akademisch qualifiziertem Personal[39] auf der Referenten- und zunehmend auch der Führungsebene gegenüber den lange Zeit als überlegen betrachteten Anbieterverbänden deutlich aufholen können.[40] Weil dadurch die Zahl der artikulationsfähigen Interessen angestiegen ist und politische Entscheidungen vor höhere Begründungszwänge stellt, müssen immer breitere Interessenlagen berücksichtigt werden, so daß folglicherweise immer weniger Sonderinteressen zum Zuge kommen können.

Besonders hervorhebenswert für den Zusammenhang zwischen zunehmendem Funktionswissen und der Weiterentwicklung des gesundheitspolitischen Strategiediskurses ist der Beitrag der Gesundheitsökonomie, die seit den 80er Jahren nicht nur den gesundheitspolitischen Schlagwort-Katalog beherrscht, sondern darüber hinaus zu einem bedeutsamen Perspektivenwechsel beigetragen hat (vgl. als Überblick Andersen 1992). Vordergründig betrachtet waren es vor allem die Versicherten, die in das Visier der neoklassisch inspirierten Gesundheitsökonomie gerieten. Bis heute ist die Deregulierung der Nachfrageseite, die durch einen Abbau des solidarisch finanzierten Versicherungsschutzes zu selbstverantwortlichem Handeln geführt werden soll, *das* Lieblingsthema der Gesundheitsökonomie. Die Präsenz gesundheitsökonomischer Denkfiguren hat aber gleichzeitig auch zu einer neuen Betrachtung der Anbieterseite geführt. Wurden Gesundheitsausgaben bis weit in die 70er Jahre mit mehr Leistungen für die Versicherten gleichgesetzt, so werden sie

---

39 Der jüngste Schritt der Krankenkassen zur Stärkung ihrer Humankapitalressourcen war das von ihnen geforderte und im GSG verankerte Verbot zum Abschluß von Arbeitsverträgen nach dem Dienstordnungsrechts (§ 358 RVO) ab 1993, dessen an den BAT angelehnte Besoldungsregeln und Dienstverhältnisse (§§ 351 ff. RVO) als Hindernis bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal und der Schaffung von Leistungsanreizen galt.

40 Parallelen zu diesem stärker artikulationsfähigen ‘Interesse der Sozialversicherung an sich selbst’ können wiederum in der Rentenversicherung beobachtet werden (vgl. Nullmeier / Rüb 1993: 317–324).

heute recht unverblümt als Einkommenszuwächse für Anbieter behandelt. Die Konsequenzen sind einigermaßen dramatisch, nicht zuletzt deshalb, weil sich unter dem Einfluß des neuen Blickwinkels die früher konträren parteipolitischen Realitätsinterpretationen angenähert haben (vgl. Döhler 1991).

Dieser Wandel betraf speziell die Unionsparteien. Noch 1986, in einer Art 'Hysteresis-Phase' gesundheitspolitischer Lernprozesse, hieß es in einem Positionspapier des zuständigen Bundesfachausschusses der CDU: „Die in Praxen und Krankenhäusern tätigen Ärzte, die Krankenschwestern, die vielen anderen Berufe des Gesundheitswesens ... sind nicht 'Anbieter im Gesundheitswesen', sondern Angehörige verantwortungsvoller Berufe, die ihre Pflicht erfüllen" (zitiert nach Döhler 1990: 225). Der von der Gesundheitsökonomie eingeleitete Perspektivenwechsel, der hier noch als „ideologische Kritik" (ebd.) begriffen wird, hat dann aber rasch und endgültig Oberhand gewonnen. Die Schutzwürdigkeit des Arztberufs, der Krankenhäuser und der pharmazeutischen Industrie vor ökonomischen Einschnitten und den Unbilden des Wettbewerbs ist seitdem kaum noch ein ernstzunehmendes Thema. Mit diesem perspektivischen Umschwung verlor auch die Vorstellung an Bedeutung, daß die gesamtgesellschaftliche Funktion der Anbieterseite sich darauf beschränken könne, staatliche Eingriffe quasi stellvertretend für andere interventionsbedrohte Sektoren, gar die Marktwirtschaft insgesamt, abzuwehren. An die Stelle der schlichten 'Freiheit statt Sozialismus'-Konfrontation trat „faktisch eine stärkere konjunktur-, wachstums- und einkommenspolitische Gemeinwohlbindung" der Gesundheitsproduzenten (Bogs 1982: 427; vgl. auch Mayntz 1992).

Dennoch war der Aufstieg der Gesundheitsökonomie kein gradliniger Siegeszug, sondern hat ambivalenten Charakter. Der geringe Einfluß auf gesundheitspolitische Weichenstellungen steht nicht nur in einem eigentümlichen Kontrast zur Allgegenwart ihrer theoretischen Versatzstücke. Der Marktradikalismus der Gesundheitsökonomie hat insbesondere in der Ministerialverwaltung und bei den 'SoPo'-Spezialisten der Parteien (mit Ausnahme der FDP) eine Stärkung des tradierten Ordnungsmodells bewirkt, die erst durch die Reibungsflächen zustande kommen konnte, die „die reine Lehre" bot (Knappe / Oberender 1990: 300 ff.). Dies deckt sich mit der Beobachtung, daß institutionelle Konsense mitunter erst durch einen „Bewußtwerdungsprozeß" (Mayntz 1992: 76) entstehen. So werden die Frustrationen der Befürworter radikalen Umsteuerns verständlich, für die sich die Politikkontinuität nur als ein jenseits aller Rationalität angesiedeltes Festhalten an den „Irrtümern von Gestern als Leitbilder für Morgen" darstellt (vgl. etwa Merklein 1992). Die ironische Wirkungsgeschichte der Gesundheitsökonomie bestätigt ein generelles Muster des Wissenstransfers in die Politik. Letztere „übernimmt viel-

fach Versatzstücke aus der Wirtschaftswissenschaft ..., konstruiert jedoch ein Argumentationsmuster, das einer eigenen Rationalität folgt“ (Singer 1993: 158).

Das Zusammenspiel des wachsenden sektoralen Funktionswissens mit einem Ordnungsmodell, das – unter dem Eindruck administrativer Definitionsbemühungen – zunehmend richtungweisende Wirkungen entfaltete, brachte zu Beginn der 90er Jahre einen gesundheitspolitischen Strategiediskurs hervor, in dem die Belastung der Anbieterseite gesamtwirtschaftlich legitimiert, für den Gesundheitssektor funktional geboten und gleichzeitig systemkonform implementierbar erschien. Eine wichtige Voraussetzung für diese Strategiebildung bildeten jene Lernprozesse, die die Parteien durchgemacht haben und – zumindest zwischen Union und SPD – auf eine programmatische Konvergenz hinauslaufen. Die Christdemokraten hatten während ihrer Regierungszeit bis ‘69 auf die Erarbeitung eines gesundheitspolitischen Programms weitgehend verzichtet und bei der Politikformulierung auf den Sachverstand der Administration vertraut, während die SPD als eine traditionell mehr programmatisch orientierte Partei mit einer Fülle ‘guter Absichten’ antrat (festgehalten etwa im Orientierungsrahmen ‘85 oder in den gesundheitspolitischen Leitsätzen von 1975). Doch die expansiv ausgerichtete SPD-Programmatik stand bald quer zum virulent werdenden Problem der ‘Kostenexplosion’, die nun ironischerweise von der oppositionellen CDU als Teil ihrer programmatischen Erneuerung und Profilierung im sozialpolitischen Bereich thematisiert wurde (Geißler 1974). Es waren die Gewerkschaften, die sehr rasch mit der Formel von der ‘einnahmenorientierten Ausgabenpolitik’ (vgl. Schmidt 1975) eine erste Groborientierung für den Umgang mit der plötzlichen Kostenproblematik lieferten, auf die die Sozialdemokraten gänzlich unvorbereitet waren mit ihrer auf ‘Integration’ und ‘Expansion’ zielenden Programmatik, mit ihren an die Entwicklung von ‘Sozialindikatoren’ geknüpften Hoffnungen auf eine Verwissenschaftlichung der Sozialpolitik im Dienste stetig steigender ‘Lebensqualität’. Das Konzept einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ließ sich beinahe mühelos in das – heute schon zur legislativen Richtschnur (vgl. §§ 71 Abs. 2, 85 Abs. 3, 141 Abs. 2 SGB V) erhobene – Prinzip der Beitragssatzstabilität übersetzen (Zöllner 1992) und harmonierte somit auch mit administrativem Pragmatismus, so daß nunmehr in der Gesundheitspolitik die Beitragssatzhöhe zum eigentlich handlungsleitenden ‘Sozialindikator’ wurde.

In den Auseinandersetzungen mit der sozialliberalen Kostendämpfungspolitik hatte schließlich auch die Union Ansätze eines eigenen gesundheitspolitischen Steuerungskonzepts entwickelt, das zunächst stark auf den ‘Vorrang der Selbstverwaltung’ als einem mit dem Subsidiaritätsgedanken hochgradig

kompatiblen Steuerungskonzept abstellte (Döhler 1990, 1991) und dabei auch – vor allem in Form der Konzertierten Aktion – das parteiintern geübte Konkordanzmuster des Interessenausgleichs für die Gesundheitspolitik zu kopieren suchte (Döhler / Schmid 1988: 24), aber schon bald diesen Steuerungsmodus mit intensiver werdenden staatlichen Vorgaben ergänzte (Döhler / Manow-Borgwardt 1992a; 1992b). 'Hierarchisch eingebettete' Verhandlungen vornehmlich im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassen und Ärzteschaft bildeten somit eine Art natürlichen Kompromißfokus, auf den ministerialbürokratischer Pragmatismus und unterschiedliche parteipolitische Steuerungskonzeptionen in Konfrontation mit einem hochgradig korporativ verfaßten und interessen-heterogenen Regelungsfeld konvergierten.

Man hat also über die Jahre den intelligenten Umgang mit Institutionen gelernt – mit Institutionen aus beiden der hier im Mittelpunkt stehenden Dimensionen: dem Politikfeld und den Entscheidungsstrukturen. So haben die Parlamentarier eine beeindruckende Expertise entwickelt (die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung war in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung), während sich auf seiten der Ministerialverwaltung die 'prozedurale Intelligenz' deutlich erhöht hat. Dies kann durchaus im Zusammenhang mit der Tendenz zur Bürokratisierung der Politik und Politisierung der Bürokratie gesehen werden, der auch ein im Vergleich zu den 50er Jahren deutlich anderer Typus des Parlamentariers und leitenden Ministerialbeamten entspricht.[41] Weil hier Steuerungserfolg aber davon abhängt, daß sich Lernprozesse in zwei Dimensionen vollziehen, sowohl hinsichtlich der *Steuerbarkeit* des Gesundheitswesens wie hinsichtlich der staatlichen *Steuerungsfähigkeit* (Mayntz 1987), ist er nicht zwangsläufig eine stetig steigende Größe, sondern die zeitverschobenen Wechsel von Entscheidungsakteuren und Problemkonstellationen haben diskontinuierlich gewirkt, zunächst mehrfach verzögernd, dann kumulativ. Dies legt die These nahe, daß es so etwas wie sektorale Reifestadien der Steuerung gibt: Je länger sich 'trial and error'-Wissen aus staatlichen Steuerungsbemühungen akkumuliert hat, um so eher wird man mit punktgenauen Steuerungsinitiativen rechnen können. Dies setzt freilich eine gleichbleibende Problemkonstellation voraus, die das gewonnene Steuerungswissen nicht entwertet.

---

41 Als besonders frappantes Beispiel sei hier der früher für die GKV zuständige BMA-Abteilungsleiter Karl Jung und sein verstörender Konfrontationsstil mit jenem geschmeidigen Politikmanagement des neuen BMG-Abteilungsleiters Gerhard Schulte verglichen (vgl. zu letzterem das treffende Portät in der Ärzte-Zeitung vom 12. / 13.11.1993: „Gerhard Schulte pflegt die Symbiose zwischen Politik und Beamtentum").

4. Schlußfolgerungen

Die Trennung zwischen Entscheidungsstrukturen und Interessenkonstellationen ist nicht theoriefähig und soll diesen Status auch gar nicht beanspruchen. Wir sehen in dieser Analyseperspektive vielmehr ein Hilfsmittel, um langfristige sektorale Entwicklungsprozesse sowohl in ihrer Komplexität transparent zu machen, gleichzeitig aber auch zu klaren Aussagen darüber zu gelangen, welches eigentlich die langfristigen Wandlungsprozesse sind, die die bundesdeutsche Politik an „Vielfalt und Interdependenz“ (Streeck 1987) reicher sowie – in einer ebenso verbreiteten Wahrnehmung – auch steuerungsunfähiger erscheinen lassen. Aus der hier eingenommenen Perspektive lassen sich zwei Arten von Schlußfolgerungen herausstreichen, die auch die Unterschiede zu den eingangs skizzierten Ansätzen deutlich machen.

4.1 Methodische Bedingungen einer Analyse langfristigen politischen Wandels

Beobachter (und Akteure) der bundesdeutschen Gesundheitspolitik haben lange von konstanten Politikresultaten, die sich vor allem in Gestalt von Reformblockaden niederschlugen, auf die Konstanz zugrundeliegender Faktoren geschlossen. Wie eingangs erwähnt sind primär die Veto-Macht organisierter Anbieterinteressen, die föderale Politikverflechtung, sowie die Konsenszwänge von Koalitionsregierungen als reformhemmende Faktoren identifiziert worden. Doch dieser Befund ist insbesondere deshalb problematisch, weil nicht ohne weiteres von einer zeitlich konstanten Wirkung dieser Faktoren ausgegangen werden kann. So ist die Rolle der Parteien im politischen Entscheidungsprozeß in den 90er Jahren eine grundlegend andere als in den 50er Jahren. Ihr Selbstverständnis als Interessenvermittler hat sich tendenziell von den partikularen zu den generellen Interessen verschoben. Das Abstimmen mit wechselnden Mehrheiten, in den 50er Jahren auch bei wichtigen Gesetzen (Montanmitbestimmung 1951, Rentenreform 1957) wiederholt praktiziert, ist heute zwischen den jeweiligen Koalitionspartnern weitgehend tabuisiert, so daß auch der Blockadefaktor ‘Koalitionsregierung’ nicht als zeitlich invariant behandelt werden kann. Gesundheitspolitische Ressortzuständigkeiten wechselten wiederholt und haben auch im Verhältnis zu ‘Kanzlerprärogative’, Kabinettsentscheid und Fraktionseinfluß variierendes Gewicht besessen. (Ärztliche) Verbandsmacht ist eine Variable, die – wie gezeigt – starken Schwankungen unterlag und sich in den 50er und frühen 60er Jahren auf anderen Koalitionsbildungen gründete als in den 70er und nochmals auf

andere in den 80er Jahren. Schließlich haben sich die Rolle und die Interessen der Länder ebenfalls tiefgreifend gewandelt usw. usf.

Als nicht minder problematisch erweist sich die implizite Annahme fehlender Interaktionseffekte zwischen den Erklärungsvariablen (Lieberson 1991: 313). Denn wie gezeigt, weisen die dem gesellschaftlichen Regelungsfeld und die der Struktur der Regelungsinstanzen zugeschriebenen Variablen einen hohen Grad der Eigen-Korrelation auf. Verbandliche Macht kann in einem doppelten Sinne nicht unabhängig von den Entscheidungsstrukturen, in denen sie zur Entfaltung kommt, konzeptualisiert werden: Zum einen entscheiden gerade die exekutiven Zielstrukturen über das Ausmaß verbandlicher Durchsetzungsmacht, zum anderen wirken diese Zielstrukturen in vielfältiger Weise auf die Konstellation gesellschaftlicher Interessen zurück. Denn es kann nicht unterstellt werden, daß Verbände sich gegenüber Entscheidungsstrukturen passiv verhalten, die für sie nur politische Enttäuschungen bereithalten. Und es ist ebenso unplausibel, daß staatliche Reformversuche immer wieder an denselben institutionellen Barrieren auflaufen, ohne daß die Veränderbarkeit dieser Strukturen selbst in den Blick gerät. Eine denkbare Reaktion auf seiten der Verbände besteht darin, daß sie auf einen verbesserten Zugang zum Entscheidungssystem hinarbeiten, wie etwa im Fall der Kanzlergespräche; eine andere Strategie kann die Anpassung von Verbandsorganisationen an die Erfordernisse der Entscheidungsstrukturen zum Inhalt haben. Dies gilt etwa für das bundesdeutsche Verbändesystem insgesamt, dessen starke Zentralisierung von jener bekannten Regelung der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien gefördert wurde, derzufolge die Ministerialverwaltung nur zu bundesweiten Organisationen Kontakte unterhalten soll (§ 24 Abs. 1 GGO II; Hennis 1961).

Geht man also von der sehr viel realistischeren Annahme aus, daß keiner der (Blockade-)Faktoren ‘für sich’, also zeit- und insbesondere kontextunabhängig wirkt, sondern immer nur durch die Interaktion mit anderen Systemelementen, Problemlagen und Akteurstrategien, dann wird klar, daß eine Variablen-Politologie, die eine – möglichst geringe – Zahl von Bestimmungsfaktoren zur Erklärung von Verlauf und Erfolg von Gesundheitsreformen zu isolieren sucht, in der Gefahr steht, unzureichende Schlußfolgerungen zu ziehen. Dies hängt speziell mit der häufig vernachlässigten Frage nach den *Geltungsvoraussetzungen* für Erklärungsfaktoren zusammen, die in einer statischen Analyse, die unhinterfragt zu verschiedenen Zeitpunkten die gleichen Kausalzusammenhänge unterstellt, gar nicht in den Blick kommen.

Wir haben diesem Problem dadurch versucht Rechnung zu tragen, daß wir einerseits die variierenden Effekte der Erklärungsvariablen durch einen histo-

rischen Vergleich mehrerer Reformversuche sichtbar gemacht haben. Damit wird eine Kontrollmöglichkeit für unterstellte Wirkungszusammenhänge geschaffen, wie sie von der Komparatistik durch den Vergleich mehrerer Fälle erzielt wird (Sartori 1991: 244). Ob der Vergleich historisch oder geographisch erfolgt, ist dabei von untergeordnetem Interesse, denn grundsätzlich gilt für alle Formen einer vergleichenden Erklärungsbildung: „Comparison is regularly used to eliminate conditions which at first appeared to be necessary to the explanation“ (Beer 1963: 16). Um das damit noch ungelöste Problem der Interaktionseffekte zwischen den Variablen angemessen zu berücksichtigen, die etwa durch veränderte Problemkonstellationen, durch Rollendifferenzierung und sektorale Reifeprozesse verursacht werden, haben wir uns andererseits dem gängigen (hermeneutischen) Verfahren des „creative re-enactment“ (vgl. Beer 1963) bedient, bei dem eine Rekonstruktion von Akteurkalkülen unter Berücksichtigung ihrer *jeweils zeitgebundenen* Handlungskompetenz, ihres Institutionenwissens, ihrer Erfahrungen und der zeitspezifischen Problemkonstellation erfolgt.

Dies führt zu der Schlußfolgerung, daß die zeitliche Interdependenz einen zentralen Stellenwert für die Verknüpfung von Variablen erlangt: Die Reformen der 70er und 80er Jahre sind ohne Berücksichtigung der „außerordentlichen Sensibilisierung“ (Holler 1978: 309), die das Scheitern der Blank-Reform hinterließ, nicht angemessen zu verstehen. Wenn noch beim GRG versucht wurde, konzeptionelle Lehren aus dem Scheitern der Blank-Reform zu ziehen (Knieps 1990), so ist wiederum das GSG nicht zu erklären, ohne die ernüchternden Erfahrungen der christlich-liberalen Koalition mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988. Das Verhalten der sozialdemokratischen Opposition beim GSG seinerseits muß im Zusammenhang mit der parteiübergreifenden Konsensbildung beim Rentenreformgesetz von 1989 gesehen werden usw. usf. Kurz: Eine Analyse gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse muß auch die ‘Sektorgeschichte’ als eigenständigen Faktor angemessen berücksichtigen. Hierzu gehören auch die zeitverzögerten Anpassungsreaktionen der Akteure, etwa wenn Verbände sich noch lange nachwirkend wie in erfolgreichen Phasen ihrer Interessenpolitik verhalten, auch wenn sich längst die Funktionsgrundlagen alter Strategien verändert haben, oder wenn staatliche Akteure einmal gemachten Erfahrungen auch in vollständig gewandelten Kontexten folgen, ohne es zu wagen, ‘altes Funktionswissen’ einer erneuten Überprüfung zu unterziehen. In rasch wechselnden Umwelten folgt Akteurhandeln häufig dem Muster „different stimulus / same response“ (Weick 1991), erscheint aber den Akteuren solange als adäquate Reaktionsform (und Akteuren wie Beobachtern gleichermaßen als Reaktionsmuster „same stimulus / same response“), wie die Konstanz von Handlungs*resultaten* die Veränderung des Handlungs*kontextes* verdeckt. In diesem

Fall scheinen erneute Kausalanalysen entbehrlich, da sich die erwartungskonformen Resultate als Bestätigung bereits schon einmal getroffener Ursachendeutungen verstehen lassen (vgl. March 1994, Kap. 2). Auch dies ist ein Fehlschluß, dem häufig gesundheitspolitische Akteure *und* sozialwissenschaftliche Beobachter unterliegen. Verdeckt wird dabei vor allem, daß sowohl mit variablen Wirkungsrichtungen ein und desselben Systemmerkmals gerechnet werden muß, als auch daß gleiche Politikergebnisse durch ganz unterschiedliche Faktorenbündel verursacht werden können (vgl. zum Problem der 'multiple conjunctural causations' Ragin 1987, insb. Kap. 3).

4.2 Empirische Aspekte sektoralen Wandels

Diese analytischen Probleme können auch in der Vernetzungsperspektive nicht befriedigend gelöst werden. Es fällt außerordentlich schwer, am Beispiel der Gesundheitspolitik eine Bestätigung für Entwicklungshypothesen wie die Enthierarchisierung zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren oder die Zunahme kooperativer Staatstätigkeit zu sehen. Weder ist das Staatshandeln in einer aufsteigenden Linie kooperativer geworden, noch kann generell von einer Enthierarchisierung gesprochen werden. Diesbezüglich scheint eher das Bild von einer Wellen- oder Pendelbewegung angemessen (Döhler / Manow-Borgwardt 1992b). Allenfalls ließen sich Indizien für die These wachsender Verflechtungen der Akteure untereinander finden. Aber abgesehen davon, daß bei derartigen Trendaussagen häufig nicht klar ist, ob sie einen empirischen Sachverhalt beschreiben oder ihn erklären sollen, ist die Vernetzungsperspektive zu wenig tiefenscharf, um zu konkreten Erklärungen für politische Wandlungsprozesse vorzudringen.

Dies ist im übrigen kein Spezifikum der Vernetzungsperspektive. Vor einem ganz ähnlichen Problem steht auch die traditionelle, in Diktion und Agenda noch an die 'Regierungslehre' angelehnte Politikwissenschaft, die Veränderungen im politischen Entscheidungsprozeß durchaus registriert, zu deren Erklärung dann aber meist zum personalistischen Argument von den verschiedenen 'Führungsstilen' des jeweiligen Bundeskanzlers Zuflucht nehmen muß.[42] Der bereits als Erkenntnisleistung gefeierte Befund, daß seit den 50er Jahren ein Übergang von der 'Kanzlerdemokratie' zur 'Koordinations-

42 Siehe hierzu aktuell etwa den Sammelband von Padgett (1994) und darin insbesondere die Beiträge von Abromeit, Müller-Rommel und Sturm. Eine Ausnahme in dieser Debatte stellt jedoch Doering-Manteuffel (1991) dar, dem es explizit um die „Strukturmerkmale" der Kanzlerdemokratie und um deren Änderung im Zeitverlauf geht.

demokratie' stattgefunden habe, mag als Ausgangspunkt zur Formulierung einer Fragestellung geeignet sein, erklärt ist damit jedoch noch nichts. Auch hier geht es nicht im strengen Sinne um die Erklärung eines Sachverhalts, sondern um die Darstellung einer Sektorgeschichte als einem Differenzierungsprozeß, der auch die institutionellen Grundlagen des Akteurhandelns einschließt. Läßt man die vorangegangene Analyse noch einmal unter dem Aspekt Revue passieren, worin die wesentlichen Wandlungsprozesse des Gesundheitsektors bestehen, dann bedürfen vier Punkte der besonderen Hervorhebung.

Erstens ist es gerechtfertigt, in der Gesundheitspolitik den Aufstieg der Parteien in der Politikformulierung zu konstatieren. Formal hat sich an ihrer Rolle im politischen Willensbildungsprozeß zwar nichts geändert. Geändert hat sich allerdings die Art und Weise, wie gesellschaftliche Interessen von Parteien aufgenommen, verarbeitet und in den Entscheidungsprozeß eingespeist werden. Tendenziell kann von einer gesteigerten Autonomie gegenüber Verbands- und Klientelinteressen ausgegangen werden. Die – häufig über direkte Personalverflechtungen gesicherte – direkte Weiterleitung von Verbandspositionen in die Bundestagsfraktionen hinein bildet jetzt eher die Ausnahme als die Regel. Denn mit ihrer auf Politiksektoren ausgerichteten Binnenmodernisierung hat die sektorale *Problemlösungs*orientierung die frühere *Klientel*orientierung bei den beiden großen Parteien in den Hintergrund gedrängt. Die Distanz zwischen den Interessenpositionen einzelner Verbände und der Parteiprogrammatik ist mit dieser Binnenpluralisierung größer geworden, am stärksten bei den Unionsparteien. Spezifische Verbandspositionen werden daher stärker gebrochen und von den parteiinternen Mechanismen der Kompromißbildung abgeschliffen. Die programmatischen Differenzen zwischen den Unionsparteien und der SPD sind auch in der Gesundheitspolitik noch sichtbar, aber die Übereinstimmung hat in weiten Bereichen einen erstaunlichen Umfang angenommen. Besonders gilt dies für den stationären Sektor, wo kaum noch parteipolitische Unterschiede auszumachen sind. Zudem hat die SPD den Wettbewerbsmechanismus, insbesondere zwischen den verschiedenen Kassenarten, akzeptiert, während die Unionsparteien nicht nur die Forderung nach größerer Selbstbeteiligung ad acta gelegt haben, sondern auch keine Scheu mehr zeigen, die medizinische Profession unter ein immer engeres Kostendämpfungsregime zu zwingen.

Zweitens ist der Bundesrat, und mit ihm die Länder, vollständig aus der ehemaligen Rolle als 'Widerlager zur Parteipolitik' herausgetreten und zu einer zentralen Arena des Parteienwettbewerbs geworden. Es wäre allerdings eine problematische Verkürzung der Realität, würde man diese Entwicklung schlichtweg unter das Label 'Parteipolitisierung' rubrizieren. Die Politisie-

rung des Bundesrates findet zwar durch das Medium Parteien statt. Dabei werden allerdings eher föderale Sonderinteressen als genuin parteipolitische Interessen transportiert, so daß aktuell seitens der SPD-Bundestagsfraktion gerade über eine 'Föderalisierung der Oppositionspolitik' geklagt wird. Daß sich die Länderregierungen nicht mehr ohne weiteres den politischen Ambitionen ihrer Bundesparteien unterordnen, dürfte eine wesentliche Ursache in den verschärften finanz- und steuerpolitischen Verteilungskonflikten zwischen beiden staatlichen Ebenen haben, was auch dazu führt, daß die Länder sozialpolitische Maßnahmen verstärkt unter föderalen Verteilungsaspekten wahrnehmen und sich entsprechend verhalten.

Drittens ist eine Tendenz zur Informalisierung des politischen Entscheidungsprozesses zu beobachten, die nicht allein auf den Gesundheitssektor beschränkt ist. Im Kern läßt sich diese These auf drei Umbrüche in der politischen Entscheidungsstruktur zurückführen. Zum einen gehört der direkte Zugriff organisierter Interessen auf das 'Zentrum der Macht' in Form von Kanzlergesprächen endgültig der Vergangenheit an. Zum anderen haben sich die Koalitionsfraktionen im Bundestag als zentrale Schnittstelle der Entscheidungsvorbereitung und -durchsetzung etabliert, die das schwierige Geschäft der Kompromißbildung bei umstrittenen Gesetzgebungsvorhaben immer stärker in Form von Koalitionsarbeitsgruppen an sich gezogen haben. Dies hat schließlich drittens die tradierte Ressorthierarchie zulasten der sog. 'klassischen' Ressorts wie dem Innen-, dem Justiz- oder dem Wirtschaftsministerium verschoben. Die Kompetenzdomänen dieser Querschnittsressorts werden zudem immer stärker zugunsten jüngerer Fachministerien (Umwelt, Forschung, Gesundheit) aufgeweicht. Diese vermeintlichen Leichtgewichte scheinen aufgrund ihres sektoradäquaten Zuschnitts weniger stark von einer Kompetenzüberlagerung durch Koalitionsarbeitsgruppen betroffen zu sein. Wenn das Arbeitsministerium als ebenfalls beinahe klassisches Ressort von einem Einflußverlust verschont blieb, so ist dies der Strukturkonstanz der Sozialversicherung als zentralem Adressatenfeld zuzuschreiben. Im Falle der Domänen anderer 'klassischer' Ressorts kommt hingegen jener Organisationsvorsprung der Parteien zum Tragen, der Ergebnis ihrer jeweils in den 60ern (SPD) oder 70ern (CDU) erfolgten Modernisierung ist.

Viertens schließlich hat sich die Interessenkonstellation des Gesundheitssektors fühlbar geändert. Im Vergleich zur heutigen Situation ist besonders auffällig, daß die 50er Jahre regelrecht ein politisches Erprobungsjahrzehnt darstellten, in dem die Akteure erst langsam an Interaktionskompetenz, Rollengewißheit und Interessenformulierungskapazität gewannen. Die Blank-Reform hat unter den Ärzteverbänden zu einem Abschluß von Domänenkonflikten beigetragen. Nach Abschluß dieser Formierungsphase waren es ver-

änderte Koalitionsbildungen, die zu einem Umbruch in der Verbändelandschaft beigetragen haben. Die Folgen der Koalitionsauflösung zwischen den Unionsparteien und den Anbieterverbänden, speziell den Ärzten, haben gezeigt, daß Verbandsmacht nicht allein auf organisatorischen Faktoren basiert, sondern auch in entscheidendem Maße von Verbindungen mit dem Parteiensystem bestimmt ist. Die Kassenseite ist demgegenüber durch politische Maßnahmen homogenisiert und damit gegenüber den Anbieterverbänden durchsetzungsfähiger geworden. Ihr Aufstieg ist ein wichtiges Element der Ausdifferenzierung des Gesundheitssektors, weil dadurch eine breiteres Spektrum an artikulationsfähigen Interessen entstanden ist.

All dies hat die Gesundheitspolitik nicht einfacher, teils auch unübersichtlicher, die Frontlinien vielfältiger und die Konsensbildungsprozesse mühsamer gemacht. Der Anspruch an die Tiefenschärfe politikwissenschaftlicher Analyse muß deshalb aber keineswegs reduziert werden.

Literatur

Abelshauser, Werner, 1981: Korea, die Ruhr und Erhards Marktwirtschaft: Die Energiekrise von 1950 / 51. In: Rheinische Vierteljahresblätter 45, 287–317.

Abelshauser, Werner, 1982: Ansätze „korporativer Marktwirtschaft“ in der Korea-Krise der frühen fünfziger Jahre. In: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 30, 715–756.

Alber, Jens, 1989: Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950–1983. Frankfurt a.M.: Campus.

Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a.M.: Campus.

Almond, Gabriel, 1958: A Comparative Study of Interest Groups and the Political Process. In: American Political Science Review 52, 270–282.

Andersen, Hanfried H., 1992: Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. In: Hanfried H. Andersen et al. (Hrsg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie. Bd. 1: Einführende Texte. Berlin: edition sigma.

Andersen, Hanfried H. / J.-Matthias Graf von der Schulenburg, 1990: Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb. Berlin: edition sigma.

Arbeitsgruppe, 1992: Beschluß der Arbeitsgruppe ‘Föderalismus und Sozialversicherung’ der Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder. In: Die Sozialversicherung 47, 197–198.

Bannas, Günter, 1993: Gewichtsverlust zweier klassischer Ressorts. In der Rechts- und Innenpolitik geben nicht die zuständigen Minister, sondern die Fraktionen den Ton an. In: FAZ vom 09.01.1993, 12.

Bartolini, Stefano, 1993: On Time and Comparative Research. In: Journal of Theoretical Politics 5, 131–167.

Beer, Samuel H., 1963: Causal Explanation and Imaginative Re-enactment. In: History and Theory 3, 6–29.

Behaghel, Katrin, 1994: Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß. Frankfurt a.M.: Campus.

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 in der Geschichte. Stuttgart: Klett-Cotta, 461–482.

Bermbach, Udo, 1970: Kanzlerdemokratie. In: Hans-Helmut Röhring / Kurt Sontheimer (Hrsg.), Handbuch des Parlamentarismus. München: Piper, 229–233.

Bethusy-Huc, Viola von, 1962: Demokratie und Interessenpolitik. Wiesbaden: Steiner.

Blank, Theodor, 1958: Die freien Berufe in der Sozialordnung. In: Bundesarbeitsblatt, 401–406.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang, 1964: Die Organisationsgewalt im Bereich der Bundesregierung. Eine Untersuchung zum Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot.

Bogs, Harald, 1982: Staat und Selbstverwaltung im gesundheitsökonomischen Planungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Harald Bogs et al. (Hrsg.), Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bogs, Walter et al. (Hrsg.), 1966: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission. Stuttgart.

Braun, Hans, 1978: Das Streben nach 'Sicherheit' in den fünfziger Jahren. In: Archiv für Sozialgeschichte 18, 279–306.

Buchstab, Günter, 1994: Adenauer: „... um den Frieden zu gewinnen". Die Protokolle des CDU-Bundesvorstands 1957–1961. Bearbeitet von Günter Buchstab. Düsseldorf: Droste.

Busse, Volker, 1993: Die Kabinettausschüsse der Bundesregierung. In: Deutsches Verwaltungsblatt 108, 413–417.

Dechamps, Bruno, 1954: Macht und Arbeit der Ausschüsse. Der Wandel der parlamentarischen Willensbildung. Meisenheim: Hain.

Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der „Wende". Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: edition sigma.

Döhler, Marian, 1991: Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen. In: Bernhard Blanke / Hellmut Wollmann (Hrsg.), Die 'alte' Bundesrepublik – Kontinuität und Wandel. Leviathan Sonderheft 12. Opladen: Westdeutscher Verlag, 463–481.

Döhler, Marian, 1993: Ordnungspolitische Ideen und sozialpolitische Institutionen. In: Roland Czada / Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung, Regierbarkeit. Festschrift für Gerhard Lehmbruch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 123–141.

Döhler, Marian, 1995: The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care. In: Governance 8, 380–404.

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, 571–596.

Döhler, Marian / Josef Schmid, 1988: Wohlfahrtsstaatliche Politik der CDU – Innerparteiliche Strukturen und Politikformulierungsprozesse. WZB-discussion paper IIM / IP 88–6. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Döring, Dieter, 1994: Anmerkungen zum Gerechtigkeitsbegriff der Sozialpolitik mit besonderer Berücksichtigung liberaler Vorstellungen zur Sozialversicherungspolitik. In: Dieter Döring et al., Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat. Marburg: Schüren.

Doering-Manteuffel, Anselm, 1991: Strukturmerkmale der Kanzlerdemokratie. In: Der Staat 30, 1–18.

DOK, 1960a: Unerbetener Einfluß auf die Gesetzgebung. In: Die Ortskrankenkasse 42, Nr. 20 (15. Oktober 1960), 487–488.

DOK 1960b: Tagungsberichte: 63. Deutscher Ärztetag und XIV. Generalversammlung des Weltärzteverbundes in Berlin. In: Die Ortskrankenkasse 42, Nr. 18 / 19 (15. September / 1. Oktober 1960), 473–476.

Dreier, Horst, 1991: Hierarchische Verwaltung im demokratischen Staat. Genese, aktuelle Bedeutung und funktionelle Grenzen eines Bauprinzips der Exekutive. Tübingen: Mohr.

Ehrenberg, Herbert, 1977: Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In: Bulletin des Presse- und Informationsamts der Bundesregierung, Nr. 127 vom 14.12.1977, 1173–1176.

Eschenburg, Theodor, 1960: Staat und Öffentlichkeit sind bedroht. Die Finanzmacht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – Der Vorsitzende drohte mit Streik. In: Die Zeit, Nr. 26 vom 15. Juli 1960, 3.

Eschenburg, Theodor, 1964a: Staatsführung durch Verträge zwischen Regierungschef und Verbänden? Der Irrtum der Ärztevereinigung: der Bundeskanzler ist weder Diktator im Staat noch in der Partei. In: Theodor Eschenburg, Zur politischen Praxis in der Bundesrepublik 1. Kritische Betrachtungen 1957–1961. München: Piper, 248–251.

Eschenburg, Theodor, 1964b: Besoldung von Abgeordneten durch Zwangsorganisationen? In: Theodor Eschenburg, Zur politischen Praxis in der Bundesrepublik 1. Kritische Betrachtungen 1957–1961. München: Piper, 156–159.

Falter, Jürgen / Thomas Lindenberger / Siegfried Schumann, 1986: Wahlen und Abstimmungen in der Weimarer Republik. Materialien zum Wahlverhalten 1919–1933. München: Beck.

Focke, Katharina, 1973: Grundsätze der Reformpolitik des Gesundheitswesens. In: Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, Nr. 123 vom 03.10.1973, 1214–1220.

Fromm, Ernst, 1960: Die Entscheidung liegt beim Deutschen Bundestag. In: Ärztliche Mitteilungen vom 20.02.1960, 307–318.

Fromme, Friedrich Karl, 1976: Gesetzgebung im Widerstreit. Wer beherrscht den Bundesrat? Die Kontroverse 1969–1976. Stuttgart: Bonn Aktuell.

Frye, Charles E., 1965: Parties and Pressure Groups in Weimar and Bonn. In: World Politics 17, 635–655.

Gaedt, Michael / Udo Schagen, 1974: Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung. In: Argument-Sonderband AS 4, 1–18

Geißler, Heiner, 1974: Krankenversicherungsbudget: Eine Vorausschätzung der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 1973–1978 sowie eine Analyse der Entwicklung in den Jahren 1960–1973. Mainz: Schmidt.

Groser, Manfred, 1992: Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Günther, Klaus, 1993: Expressive Konkurrenz und instrumentelle Kooperation: Zum bundesrepublikanischen Politikdesign der 50er Jahre. In: Axel Schildt / Arnold Sywottek (Hrsg.), Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. Bonn: Dietz, 791–804.

Hartmannbund, 1975: 75 Jahre Hartmannbund. Ein Kapitel deutscher Sozialpolitik. Bonn: Selbstverlag.

Hartmannbund, 1980: Der Hartmannbund. 80 Jahre Politik für Patient und Arzt. Bonn: Selbstverlag.

Hartwich, Hans-Herman, 1978: Sozialstaatspostulat und gesellschaftlicher Status quo. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hassenteufel, Patrick, 1994: La profession médicale face à l'Etat, une comparaison France / Allemagne. Dissertation. Universität Paris I.

Heidenheimer, Arnold, 1961: Der starke Regierungschef und das Parteien-System: Der 'Kanzler-Effekt' in der Bundesrepublik. In: Politische Vierteljahresschrift 2, 241–262.

Hennis, Wilhelm, 1961: Verfassungsordnung und Verbandseinfluß. Bemerkungen zu ihrem Zusammenhang im politischen System der Bundesrepublik. In: Politische Vierteljahresschrift 2, 23–35. Wiederabdruck in Wilhelm Hennis, 1968: Politik als praktische Wissenschaft. Aufsätze zur politischen Theorie und Regierungslehre. München: Piper, 188–200.

Hennis, Wilhelm, 1974: Die Rolle des Parlaments und die Parteiendemokratie. In: Richard Löwenthal / Hans-Peter Schwarz (Hrsg.), Die zweite Republik. 25 Jahre Bundesrepublik Deutschland – Eine Bilanz. Stuttgart: Seewald, 203–243.

Hildebrand, Klaus, 1984: Von Erhard zur Großen Koalition: 1963 – 1969 (Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4). Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.

Himmelmann, Gerhard, 1975: Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik zwischen sozialer Verantwortung und und privatwirtschaftlichen Interessen. In: Gegenwartskunde 2, 151–164.

Hockerts, Hans Günter, 1976: Adenauer als Sozialpolitiker. In: Dieter Blumenwitz et al. (Hrsg.), Konrad Adenauer und seine Zeit. Politik und Persönlichkeit des ersten Bundeskanzlers. Stuttgart: DVA, 466–487.

Hockerts, Hans Günter, 1978: Konrad Adenauer und die Rentenreform von 1957. In: Konrad Repgen (Hrsg.), Die dynamische Rente in der Ära Adenauer und heute. Stuttgart: Belser, 11–29.

Hockerts, Hans Günter, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hockerts, Hans Günter, 1986: Integration der Gesellschaft: Gründungskrise und Sozialpolitik in der frühen Bundesrepublik. In: Zeitschrift für Sozialreform 32, 25–41.

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.

Holler, Albert, 1978: Die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1945 bis 1975. In: Reinhart Bartholomäi et al. (Hrsg.), Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analysen. Bonn-Bad Godesberg: Neue Gesellschaft, 303–314.

Hollingsworth, J. Rogers, 1990: The Governance of American Manufacturing Sectors: The Logic of Coordination and Control. MPIFG Discussion Paper 90/4. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Honnacker, Heinz / Gottfried Grimm, 1969: Geschäftsordnung der Bundesregierung. München: Verlag für Verwaltungspraxis Franz Rehm.

Hubenstorf, Michael, 1989: 'Deutsche Landärzte an die Front!' Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus. In: Ärztekammer Berlin (Hrsg.), Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918–1945. Berlin: Edition Hentrich, 200–223.

Huber, Ernst Rudolf, 1958: Selbstverwaltung der Wirtschaft. Stuttgart: Kohlhammer.

Hugger, Werner, 1979: Handlungsspielräume und Entscheidungsfähigkeit des politisch-administrativen Systems der Bundesrepublik Deutschland untersucht am Beispiel Gesundheitswesen. Speyerer Forschungsberichte 10. Speyer: Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.

Immergut, Ellen, 1992: Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. In: Journal of Public Policy 10, 391–416.

Jansen, Dorothea / Klaus Schubert (Hrsg.), 1995: Netzwerke und Politikproduktion: Konzepte, Methoden, Perspektiven. Marburg: Schueren.

Kenis, Patrick / Volker Schneider, 1991: Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox. In: Bernd Marin / Renate Mayntz (Hrsg.), Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations. Frankfurt a.M.: Campus, 25–59.

Kleinmann, Hans-Otto, 1984: Theodor Blank (1905–1975). In: Jürgen Aretz et al. (Hrsg.), Zeitgeschichte in Lebensbildern, Bd. 6. Mainz, 171–188.

Klenke, Dietmar, 1993: Bundesdeutsche Verkehrspolitik und Motorisierung. Konfliktträchtige Weichenstellungen in den Jahren des Wiederaufstiegs. Stuttgart: Steiner.

Knappe, Eckhard / Peter Oberender (Hrsg.), 1990: Gesundheitsberichterstattung, Orientierungsdaten und Prioritätensetzung. Die Rolle der Experten im Gesundheitswesen. Gerlingen: Bleicher.

Knieps, Franz, 1990: Gedanken zur Entstehung des Gesundheits-Reformgesetzes. Vortrag vor der GRG-Projektgruppe des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit der Universität Bonn und der Gesellschaft für Entbürokratisierung. Unveröffentlichtes Manuskript. Bonn.

Knorr, Heribert, 1975: Der parlamentarische Entscheidungsprozeß während der Großen Koalition 1966 bis 1969. Struktur und Einfluß der Koalitionsfraktionen und ihr Verhältnis zur Regierung der Großen Koalition. Meisenheim am Glan: Hain.

Krasner, Stephen D., 1978: United States Commercial and Monetary Policy: Unraveling the Paradox of External Strength and Internal Weakness. In: Peter J. Katzenstein (Hrsg.), Between Power and Plenty. Madison, WI: Wisconsin University Press, 51–87.

Krüger, Jürgen, 1975: Wissenschaftliche Beratung und sozialpolitische Praxis. Die Relevanz wissenschaftlicher Politikberatung für die Reformversuche um die Gesetzliche Krankenversicherung. Stuttgart: Enke.

Küpper, Jost, 1985: Die Kanzlerdemokratie. Frankfurt a.M.: Lang.

Labisch, Alfons / Florian Tennstedt, 1991: Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 – ca. 1965). In: Thomas Elkeles et al. (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990. Berlin: Edition Sigma, 129–158.

Ladeur, Karl-Heinz, 1993: Von der Verwaltungshierarchie zum administrativen Netzwerk? In: Die Verwaltung 26, 137–165.

Lehmbruch, Gerhard, 1967: Proporzdemokratie. Politisches System und politische Kultur in der Schweiz und in Österreich. Tübingen: Mohr.

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

Lehmbruch, Gerhard, 1986: Grenzen des Parteienwettbewerbs – Parteien im Netzwerk der Politikverflechtung. In: Christian Graf von Krockow / Peter Lösche (Hrsg.), Parteien in der Krise. München: Beck, 105–114.

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

Lehmkuhl, Dirk / Christof Herr, 1994: Reform im Spannungsfeld von Dezentralisierung und Entstaatlichung: Die Neuordnung des Eisenbahnwesens in Deutschland. In: Politische Vierteljahresschrift 35, 631–657.

Lieberson, Stanley, 1991: Small N's and Big Conclusions: An Examination of the Reasoning in Comparative Studies Based on a Small Number of Cases. In: Social Forces 70, 307–320.

Mann, Siegfried, 1994: Macht und Ohnmacht der Verbände. Das Beispiel des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V. (BDI) aus empirisch-analytischer Sicht. Baden-Baden: Nomos.

Manow, Philip, 1994a: Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine Vorgänger. MPIFG Discussion Paper 94 / 5. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Manow, Philip, 1994b: Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß. Frankfurt a.M.: Campus.

Manow-Borgwardt, Philip, 1992: Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie? Das Beispiel der Festbeträge. In: Zeitschrift für Sozialreform 38, 398–416.

March, James G., 1994: A Primer on Decision Making. How Decisions Happen. New York: Free Press.

March, James G. / Johan P. Olsen, 1989: Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics. New York: Free Press.

Matthes, Joachim, 1964: Gesellschaftspolitische Konzeptionen im Sozialhilferecht. Zur soziologischen Kritik der neuen deutschen Sozialhilfegesetzgebung 1961. Stuttgart: Enke.

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. 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, 1992: Interessenverbände und Gemeinwohl – Die Verbändestudie der Bertelsmann Stiftung. In: Renate Mayntz (Hrsg.), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 11–35.

Mayntz, Renate / Fritz W. Scharpf, 1975: Policy-Making in the German Federal Bureaucracy. Amsterdam: Elsevier.

Mayntz, Renate / Fritz W. Scharpf, 1995a: Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: Renate Mayntz / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt a.M: Campus, 39–72.

Mayntz, Renate / Fritz W. Scharpf, 1995b: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. In: Renate Mayntz / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt a.M: Campus, 9–38.

Merklein, Renate, 1992: Die überfällige Reform: Das Gesundheitswesen im Strudel der Politik. Bad Homburg: Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung.

Morkel, Arndt, 1973: Kabinettausschüsse als Instrumente interministerieller Koordination. Gutachten für die Projektgruppe Regierungs- und Verwaltungsreform. Bonn: Selbstverlag.

Müller, Albert, 1980: Versuch einer Kostendämpfungspolitik unter Theodor Blank. In: Die Ortskrankenkasse 62, 521–535.

Naschold, Frieder, 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg im Breisgau: Rombach.

Nautz, 1985: Die Durchsetzung der Tarifautonomie in Westdeutschland. Das Tarifvertragsgesetz vom 9. April 1949. Frankfurt a.M.: Lang.

Nullmeier, Frank / Friedbert W. Rüb, 1993: Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat. Frankfurt a.M.: Campus.

Offe, Claus, 1981: The Attribution of Public Status to Interest Groups. Observations on the West-German Case. In: Suzanne D. Berger (Hrsg.), Organizing Interests in Western Europe. Cambridge: University Press, 123–158.

Padgett, Stephen (Hrsg.), 1994: Adenauer to Kohl: The Development of the German Chancellorship. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Perschke-Hartmann, Christiane, 1993: Das Gesundheits-Struktur-Gesetz von 1992. Zur Selbstevaluation staatlicher Politik. In: Leviathan 21, 564–583.

Perschke-Hartmann, Christiane, 1994: Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer. Opladen: Leske + Budrich.

Peters, Horst, 1960: Aphorismen zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform 6, 321–336.

Pitschas, Rainer, 1994: Regionalisierung der Rentenversicherung aus verwaltungswissenschaftlicher Sicht. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3, 289–296.

Pollmann, Klaus Erich, 1994: Sozialpolitik im bundesstaatlichen System. Die Mitwirkung des Bundesrats an den arbeitsrechtlichen und sozialen Bundesgesetzen 1949–1953. In: Jürgen Kocka et al. (Hrsg.), Von der Arbeiterbewegung zum modernen Sozialstaat. Festschrift für Gerhard A. Ritter zum 65. Geburtstag. München: Saur, 429–445.

Prior, Harm, 1968: Die interministeriellen Ausschüsse der Bundesregierung. Eine Untersuchung zum Problem der Koordinierung heutiger Regierungsarbeit. Stuttgart: Fischer.

Putnam, Robert D., 1988: Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-Level Games. In: International Organization 42, 427–460.

Ragin, Charles C., 1987: The Comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies. Berkeley: University of California Press.

Randt, Helmuth, 1992: Das Gesundheitsstrukturgesetz: Gewinner und Verlierer. In: Der Kassenarzt 47, 14–18.

Rauskolb, Christa, 1976: Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände. Frankfurt a.M.: EVA.

Richter, Max / Albert Müller, 1966: Kampf um die Krankenversicherung 1955–1966. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.

Rohwer-Kahlmann, Harry, 1960: 'Stilwandel der Sozialpolitik' oder ein mißglückter Entwurf zur Reform der Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform 6, 129–138.

Rosewitz, Bernd / Douglas Webber, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M: Campus.

Rudzio, Wolfgang, 1991: Informelle Entscheidungsmuster in Bonner Koalitionsregierungen. In: Hans-Hermann Hartwich / Göttrick Wewer (Hrsg.), Regieren in der Bundesrepublik 2. Formale und informale Komponenten des Regierens in den Bereichen Führung, Entscheidung, Personal und Organisation. Opladen: Leske + Budrich, 125–141.

Rueckert, George L. / Wilder Crane, 1962: CDU Deviancy in the German Bundestag. In: Journal of Politics 24, 477–488.

Saalfeld, Thomas, 1995: Parteisoldaten und Rebellen. Fraktionen im Deutschen Bundestag 1949–1990. Opladen: Leske + Budrich.

Safran, William, 1967: Veto-Group Politics: The Case of Health Insurance Reform in West Germany. San Francisco: Chandler.

Sartori, Giovanni, 1991: Comparing and Miscomparing. In: Journal of Theoretical Politics 3, 243–257.

Sauerborn, Maximilian, 1953: Kassenärzterecht in der Entwicklung. In: Bundesarbeitsblatt, 205–215.

Scharpf, Fritz W., 1973: Fallstudien zu Entscheidungsprozessen in der Bundesregierung. In: Renate Mayntz / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), Planungsorganisation. Die Diskussion um die Reform von Regierung und Verwaltung des Bundes. München: Piper, 68–90.

Scharpf, Fritz W., 1985: Plädoyer für einen aufgeklärten Institutionalismus. In: Hans-Hermann Hartwich (Hrsg.), Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Ihr Selbstverständnis und ihr Verhältnis zu den Grundfragen der Politikwissenschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, 164–170.

Scharpf, Fritz W., 1987a: Grenzen der institutionellen Reform. In: Thomas Ellwein et al. (Hrsg.), Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft. Bd. 1. Baden-Baden: Nomos, 111–151.

Scharpf, Fritz W., 1987b: Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa. Frankfurt a.M.: Campus.

Scharpf, Fritz W., 1989: Decision Rules, Decision Styles and Policy Choices. In: Journal of Theoretical Politics 1, 149–176.

Schatz, Heribert, 1973: Auf der Suche nach neuen Problemlösungsstrategien: Die Entwicklung der politischen Planung auf Bundesebene. In: Renate Mayntz / Fritz W. Scharpf (Hrsg.), Planungsorganisation. München: Piper.

Schelling, Thomas C., 1963: The Strategy of Conflict. New York: Oxford University Press.

Schewe, Dieter, 1978a: Von der ersten zur zweiten Rentenreform 1957–1976. Die Entwicklung der Gesetzgebung über die Rentenversicherung. In: Reinhart Bartholomäi et al. (Hrsg.), Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analysen. Bonn-Bad Godesberg: Neue Gesellschaft, 183–190.

Schewe, Dieter, 1978b: Diskussionsbeitrag. In: Konrad Repgen (Hrsg.), Die dynamische Rente in der Ära Adenauer und heute. Stuttgart: Belser: 42–45.

Schindler, Peter, 1984: Datenhandbuch zur Geschichte des Deutschen Bundestages 1949 bis 1982. 3. durchgesehene Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Schmid, Josef, 1990: Die CDU. Organisationsstrukturen, Politiken und Funktionsweisen einer Partei im Föderalismus. Opladen: Leske + Budrich.

Schmidt, Alfred, 1975: Die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Analyse – Diskussion – Wertung. In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Krankenversicherung 1975. Achtes Presseseminar des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.

Schmidt, Helmut, 1977: Zur Konsolidierung der Kosten im Gesundheitswesen. Rede auf dem Ortskrankenkassentag am 20. Juni 1977 in Hamburg. In: Zeitschrift für Sozialreform 23, 670–678, 743–747.

Schneider, Herbert, 1955: Das Wirken der Berufsverbände im Deutschen Bundestag. Dissertation. Tübingen.

Schreckenberger, Waldemar, 1992: Veränderungen im parlamentarischen Regierungssystem. Zur Oligarchie der Spitzenpolitiker der Parteien. In: Karl Dietrich Bracher et al. (Hrsg.), Staat und Parteien. Festschrift für Rudolf Morsey zum 65. Geburtstag. Berlin: Duncker & Humblot, 133–157.

Schreckenberger, Waldemar, 1994: Informelle Verfahren der Entscheidungsvorbereitung zwischen der Bundesregierung und den Mehrheitsfraktionen: Koalitionsgespräche und Koalitionsrunden. In: Zeitschrift für Parlamentsfragen 25, 329–346.

Schulze-Fielitz, Helmuth, 1984: Der informale Verfassungsstaat. Berlin: Duncker & Humblot.

Schuster, Hans, 1973: Der akzeptierte Rollentausch. In: Merkur 27, 1–14.

See, Hans, 1977: Ärztliche Standespolitik und Kostenentwicklung. In: Sozialwissenschaftliche Informationen für Unterricht und Studium (SOWI) 6, 73–79.

Siebeck, Theo, 1980: 25 Jahre Verbändegesetz. In: Die Ortskrankenkasse 62, 637–641.

Singer, Otto, 1993: Policy Communities und Diskurs-Koalitionen: Experten und Expertise in der Wirtschaftspolitik. In: Adrienne Héritier (Hrsg.), Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Stegmüller, Klaus / Volker Wanek, 1993: Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 – Eine gesundheitspolitische Wende mit offenem Ausgang. In: Demokratie und Recht, 134–145.

Tennstedt, Florian, 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blohmke et al. (Hrsg.), Sozialmedizin in der Praxis (Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3). Stuttgart: Enke, 385–492.

Tennstedt, Florian, 1977: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung (Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2). Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

Thum, Horst, 1982: Mitbestimmung in der Montanindustrie. Der Mythos vom Sieg der Gewerkschaften. Stuttgart: DVA.

Tsebelis, George, 1993: Decision Making in Political Systems: Comparison of Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartism. Working Paper No. 178, Papers in International Political Economy, Durham, NC: Duke University.

Ullmann, Hans-Peter, 1988: Interessenverbände in Deutschland. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Veen, Hans-Joachim, 1973: Die CDU / CSU-Opposition im parlamentarischen Entscheidungsprozeß. Zur Strategie und zum Einfluß der CDU / CSU-Bundestagsfraktion in der Gesetzgebungsarbeit des 6. Deutschen Bundestages (1969–1972). München: Vögel.

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

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, Teil II: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: Leviathan 17, 262–300.

Webber, Douglas, 1992: Die kassenärztliche Vereinigung zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. In: Renate Mayntz (Hrsg.), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 211–272.

Weick, Karl E., 1991: The Nontraditional Quality of Organizational Learning. In: Organization Science 2, 116–123.

Wengst, Udo, 1984: Staatsaufbau und Regierungspraxis 1948–1953. Zur Geschichte der Verfassungsorgane der Bundesrepublik Deutschland. Düsseldorf: Droste.

Wiesenthal, Helmut, 1981: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt a.M.: Campus.

Willke, Helmut, 1983: Entzauberung des Staats: Überlegungen zu einer sozietalen Steuerungstheorie. Königstein / Ts.: Athenaeum.

Winkler, Heinrich August, 1979: Pluralismus oder Protektionismus? Verfassungspolitische Probleme des Verbandswesens im deutschen Kaiserreich. In: Heinrich August Winkler, Liberalismus und Antiliberalismus. Studien zur politischen Sozialgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 163–174.

Zöllner, Detlev, 1981: Landesbericht Deutschland. In: Peter A. Köhler / Hans F. Zacher (Hrsg.), Ein Jahrhundert Sozialversicherung. Berlin: Duncker & Humblot.

Zöllner, Detlev, 1992: Beitragssatzstabilität: Eignung, Bedingungen und künftige Entwicklung. In: Sozialer Fortschritt 41, 58–61.