

Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Hartmut Reiners vereint in seiner Person einen Reichtum an Erfahrung und Wissen über die deutsche Gesundheitspolitik, der seinesgleichen wohl vergeblich sucht: Er verfügt über eine langjährige Verwaltungserfahrung im Gesundheitswesen, hat an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen mitgewirkt, ist seit vielen Jahren an den politischen Debatten über die Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt und zugleich mit der wissenschaftlichen Debatte über ihre politische Steuerung bestens vertraut. Als Ökonom galt sein besonderes Interesse stets der ökonomischen Steuerung des Gesundheitswesens. Dem wachsenden Einfluss ökonomischer Expertise in der Gesundheitspolitik ist er mit wachsendem Misstrauen begegnet, vor allem weil er hier allzu häufig neoliberales Gedankengut am Werk sah. Der folgende Beitrag befasst sich mit den ordnungspolitischen Auswirkungen der fortschreitenden Ökonomisierung, die sich bei der Steuerung des Gesundheitswesens beobachten lässt.

■ Thomas Gerlinger

Bekanntlich ist seit Mitte der 70er Jahre die Kostendämpfung im Gesundheitswesen – genauer: die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – ein vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik. Allerdings haben sich die von Parteien und Regierungen verfolgten Handlungsstrategien im Zeitverlauf recht deutlich gewandelt. Bis zum Beginn der 1990er Jahre waren die gewachsenen Finanzierungs-, Versorgungs- und Regulierungsstrukturen in der GKV weitgehend unangetastet geblieben (Rosewitz/Webber 1990; Webber 1992). Jene Phase, die man als traditionelle oder strukturkonservierende Kostendämpfungspolitik bezeichnen kann, ist charakterisiert durch den Versuch einer Einbindung der Verbände in die Kostendämpfungspolitik (Döhler/Manow 1997) und einer insgesamt eher moderaten Veränderung der Regulierungsarchitektur und der Anreizsysteme in der GKV (Gerlinger 2002). Die Handlungsanreize für die beteiligten Akteure wiesen entweder in Richtung auf eine Ausweitung der Leistungsmenge oder waren zumindest nicht so beschaffen, dass sie die Akteure veranlasst hätten, aus eigenem

Thomas Gerlinger, Diplom-Politologe, Dr. phil. Dr. rer. med., Professor für Medizinische Soziologie, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie und Direktor des Instituts für europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt.

finanziellen Interesse die Erbringung, Finanzierung oder Inanspruchnahme von Leistungen wirksam einzuschränken. Insofern war diese Form der Kostendämpfungspolitik durch einen Widerspruch zwischen dem Globalziel der Beitragssatzstabilität und den finanziellen Anreizen für die Individualakteure gekennzeichnet.

Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Seit dem Beginn der 90er Jahre vollzieht sich eine umfassende Transformation des Gesundheitssystems in Richtung auf wettbewerbszentrierte Strukturreformen. Sie wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeleitet und ist bis heute nicht abgeschlossen (Rosenbrock/Gerlinger 2006). In ihrem Zentrum steht nun die Einführung von Steuerungsinstrumenten, die für die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) finanzielle Anreize schaffen sollen, sich am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Das normative Leitbild des Transformationsprozesses ist also der ökonomisch-rational handelnde Akteur, der sich an einer Begrenzung der erbrachten, bewiligten bzw. in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen orientiert.

Im Laufe dieses Transformationsprozesses wurde auf inkrementellem Wege das Set finanzieller Steuerungsinstrumente beständig erweitert (Gerlinger 2002). Es kamen solche Instrumente zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so stark an Gewicht gewannen, dass sie die Handlungsanreize für die beteiligten Akteure nachhaltig veränderten:

- Die Einführung der freien Kassenwahl für nahezu alle Versicherten in Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) führte zu einer erheblichen Verschärfung der Kassenkonkurrenz um Mitglieder.
- Die Einführung von Pauschalen bzw. (Individual-) Budgets bei der Vergütung medizinischer Leistungen verlagerte das Finanzierungsrisiko zu einem großen Teil auf die Leistungsanbieter.
- Die Privatisierung von Krankheitskosten ging deutlich über die bisherige Praxis hinaus. Sie äußerte sich zum einen in mehreren kräftigen Anhebungen von Zuzahlungen, die vor allem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992), dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997) und dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) vorgenommen wurden. Zum anderen wurde die Risikoprivatisierung durch eine risikoäquivalente Differenzierung von Versicherungskonditionen („Wahltarife“) vorangetrieben.
- Die Handlungsfreiheiten der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern wurden erheblich erweitert, insbesondere ihre Möglichkeiten, Verträge mit einzelnen oder mit Gruppen von Leistungserbringern abzuschließen. Selektivverträge gewannen gegenüber dem vorherrschenden Kollektivvertragssystem schrittweise an Bedeutung. Dies betraf vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als regionale Monopolvertretungen der Vertragsärzteschaft. Auf diese Weise sollten die Krankenkassen, bisher weitgehend auf die Funktion des Kostenträgers beschränkt, in die Lage versetzt werden, gegenüber den Leistungsanbietern Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen durchzusetzen.

Damit wurden alle GKV-Akteure zunehmend in ein System finanzieller Anreize einbezogen. Die Maßnahmen verfolgen das Ziel, bei den Individualakteuren in der GKV ein Interesse zu schaffen, sich bei der Erbringung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgabenbegrenzung zu orientieren. Der Wettbewerb avancierte zu einem Schlüsselbegriff für die ordnungspolitische Transformation des GKV-Systems. Dieses System finanzieller Anreize, verknüpft mit einem Wettbewerb unter Krankenkassen und Leistungserbringern, soll in einen geeigneten ordnungspolitischen Rahmen eingebettet werden, der die Kompatibilität des gesundheitspolitischen Regulierungssystems mit sozialstaatlichen Zielen gewährleisten und eine bessere und effizientere Versorgung hervorbringen soll.

Der Einsatz finanzieller Anreize beruht auf der Einschätzung, dass Leistungserbringer und Krankenkassen als Finanzierungsträger sich aus eigener Veranlassung nicht oder nicht hinreichend stark am Ziel einer qualitativ hoch-

wertigen und effizienten Versorgung orientieren (z. B. Wille 1999; Cassel et al. 2006). Finanzielle Anreize sollen dazu führen, dass sie genau dies tun. Dieser Befund ging einher mit einer Kritik am historisch gewachsenen Steuerungssystem der GKV und den von ihm geschaffenen Handlungsanreizen, die aus der Perspektive ökonomischen-rationalen Handelns kontraproduktive Wirkungen entfalteten.

Demzufolge waren es auf Seiten der *Leistungserbringer* die geltenden Vergütungsformen, insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip in der stationären und die Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung, von denen starke Anreize zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung ausgingen. Die *Krankenkassen* gossen durch das System der weitgehend starren Mitgliederrückstellungen de facto einen Bestandsschutz; ihre Konkurrenz um Mitglieder beschränkte sich vor dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl auf das Segment der Pflichtversicherten mit Wahlfreiheit, also vor allem der Angestellten, und der freiwillig in der GKV Versicherten. Zwar waren die Finanzierungsträger auch unter diesen Bedingungen bemüht, Beitragssatzanhebungen zu vermeiden, gleichwohl blieben absehbare Erhöhungen in ihren negativen Auswirkungen auf die Kasse begrenzt und überschaubar. Auf Seiten der *Versicherten* bzw. der *Patienten* fehlte, gemäß den hegemonialen Interpretationsmustern in Politik und Wissenschaft, jeder Anreiz, die Inanspruchnahme von Leistungen zu begrenzen, wenn diese unentgeltlich angeboten werden („moral hazard“).

Darüber hinaus zielt die Kritik auf die im deutschen Gesundheitswesen traditionell ausgeprägte korporatistische Regulierung. Die Kollektivverträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer als ein Kernelement des Korporatismus führten – so die verbreitete Überzeugung – dazu, dass die politische Steuerung im Gesundheitswesen durch private Interessen überformt würden, bipartistisch-korporatistische Entscheidungsgremien Vereinbarungen zu Lasten nicht anwesender Dritter fällten und die mit parastaatlichen Steuerungskompetenzen ausgestatteten verbandlichen Akteure in der GKV dazu neigten, an einmal geschaffenen Strukturen festzuhalten und so ihre Interessen zu verteidigen. Der Korporatismus sei in der Tendenz also innovationsfeindlich und führe im Ergebnis zu einer beklagenswerten Ineffizienz im Gesundheitswesen.

Für die beteiligten Akteure sind mit dem GSG eingeleiteten Paradigmenwechsel bekanntlich weit reichende Folgen verbunden. Die *Krankenkassen* verlieren mit der freien Kassenwahl ihre bisher de facto gegebene Bestandsgarantie. Der Beitragssatz – seit 2009 der Zusatzbeitrag – ist der entscheidende Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder. Daher ist jede Beitragssatzanhebung nunmehr mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen verbunden. Für die *Leistungserbringer* stellt die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets eine durchgreifende Veränderung der finanziellen Leistungsanreize dar. Diese Vergütungsformen schaffen den Anreiz, die Leistungen je Patient zu reduzieren bzw. nicht über die definierten Grenzen ansteigen zu lassen. Pauschalen und Budgets stellen aus Sicht der Finanzierungsträger eine zentrale Vo-

raussetzung für ein Wettbewerbssystem dar, weil – anders als bei retrospektiven Vergütungsformen – die Kosten der Versorgung damit besser kalkulierbar werden. *Patienten* müssen sich in wachsendem Maße an den Kosten ihrer Behandlung direkt beteiligen; *Versicherte* sehen sich der Anforderung gegenüber, sich auf einem zunehmend differenzierten Versicherungsmarkt als souveräne Nachfrager zu bewegen und nach den für sie günstigsten Angeboten zu suchen.

Im Zentrum dieses ordnungspolitischen Wandels steht die Etablierung einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen, kurz gesagt: eines regulierten Marktes, der auf die Etablierung einer gesteuerten Versorgung („managed care“) zielt. Dieser Wettbewerb ist bis heute überwiegend ein Kassenwettbewerb um Versicherte geblieben. Die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern wurden auch nach der Einführung der freien Kassenwahl überwiegend durch Kollektivverträge geregelt. Nicht die einzelne Krankenkasse, sondern ihre Verbände agierten zu meist als Verhandlungspartner, wobei die Verträge häufig in aller Regel eben „einheitlich und gemeinsam“ für alle Kassenarten abgeschlossen wurden (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Daher forderten die Krankenkassen eine Liberalisierung der Vertragspolitik, die es ihnen gestatten sollte, mit einzelnen oder Gruppen von Leistungsanbietern spezifische Versorgungsverträge zu schließen und gegebenenfalls auch zu kündigen. Die Wettbewerbssituation sollte sich also auch auf die Leistungsanbieter in ihren Beziehungen zu den Krankenkassen erstrecken.

Genau diese Liberalisierung des Vertragsrechts wurde in der Folgezeit eingeleitet und auf inkrementellem Wege fortgesetzt. Sie betraf insbesondere den Kernbereich der korporatistischen Ordnung, den ambulanten Sektor (Gerlinger 2002). Der Staat erweiterte die Handlungsspielräume der Individualakteure auf der Mikroebene in der Versorgungs- und Vergütungspolitik. In dem Maße, wie Handlungsmöglichkeiten der Individualakteure erweitert wurden, verloren Kollektivverträge an Bedeutung. Mittlerweile können Krankenkassen über besondere Verträge zur integrierten Versorgung, zur hausärztlichen Versorgung, zur ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, über Disease Management Programme und über Modellvorhaben ohne Zustimmung der KVen Verträge mit einzelnen oder Gemeinschaften von Ärzten abschließen. Von diesen Möglichkeiten wird rege Gebrauch gemacht, auch wenn der überwältigende Teil des Leistungsgeschehens nach wie vor in Kollektivverträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt ist. Der Trend zu einem weiteren Bedeutungsverlust solcher „gemeinsam und einheitlich“ zu treffenden Regelungen ist jedoch unübersehbar.

Verhaltenserwartungen

Das skizzierte System von Steuerungsinstrumenten wurde und wird mit der Erwartung implementiert, dass alle Akteure in der GKV ihr gesundheitsbezogenes Han-

deln an ihren finanziellen Interessen ausrichten. Diese Erwartung stützt sich darauf, dass die Nachteile eines anreizwidrigen Verhaltens gravierend sein können. In der Tat sind die finanziellen Handlungsanreize, welche die genannten Instrumente für die beteiligten Akteure setzen, außerordentlich stark. Den Krankenkassen drohen mit der Abwanderung von Versicherten ein Einnahmenrückgang, organisatorische Verwerfungen (z.B. Entlassung von Personal, Schließung von Geschäftsstellen), ein Autonomieverlust (Zwang zur Fusion) und möglicherweise sogar die Insolvenz. Für die Leistungserbringer bedeutet dieses Anreizsystem, dass ihr Versorgungshandeln durch die Aussicht auf höhere Gewinne oder auf die Vermeidung von Verlusten gelenkt wird. Diejenigen, die in diesem Wettbewerb nicht mithalten können, müssen mit gravierenden wirtschaftlichen Nachteilen rechnen: mit einer Kündigung oder Nichtverlängerung von Versorgungsverträgen, entsprechenden Einkommensverlusten und mit der Gefährdung einer großen Zahl von Arbeitsplätzen. Für die Entscheidungsträger in den jeweiligen Institutionen – ob es sich nun um Krankenhäuser oder um Krankenkassen handelt – ist mit dem Erfolg oder Misserfolg ihrer Institution auch die individuelle Reputation verbunden. Die Patienten werden also mit Akteuren umgeben, die bei der Krankenversorgung ein außerordentlich starkes finanzielles Eigeninteresse verfolgen.

Dieses Anreizsystem – so die Erwartung – setzt bei allen Beteiligten Energien frei, die Versorgungs- und Versicherungsangebote beständig zu verbessern. Es genügt nicht (mehr), bloß gute Lösungen anzubieten, vielmehr misst sich der Erfolg auf dem Krankenversicherungs- und -versorgungsmarkt daran, ob ein Akteur bessere Lösungen als die Konkurrenten bereitstellen kann. Im Ergebnis führe dies zu einer Rationalisierung von Versorgungsprozessen und einer Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität („Qualitätswettbewerb“). So gesehen ist der Wettbewerb ein Mechanismus zur beständigen Verbesserung von Problemlösungen, die auf anderen Wegen nicht oder nicht so rasch entwickelt werden könnten – eben, um es mit Hayek zu sagen, ein „Entdeckungsverfahren“ (Hayek 1969). Wettbewerb und finanzielle Anreize führten also zu einer optimierten Ressourcenallokation in der gesundheitlichen Versorgung und zu einer Steigerung gesellschaftlicher Wohlfahrt. Die Patienten, so das Versprechen, werden die Gewinner dieses Steuerungssystems sein. Die Qualitätstransparenz werde steigen, die Patienten würden von der verbesserten Qualität profitieren, auch weil der Wettbewerb zu einer Differenzierung von Versorgungs- und Versicherungsformen führe und damit an den spezifischen Versorgungsbedarf der Einzelnen angepasste Lösungen ermögliche. Anfangs wurden neben Qualitätsverbesserungen auch Ausgaben- und Preissenkungen in der medizinischen Versorgung in Aussicht gestellt, allerdings fallen diesbezügliche Prognosen seit Beginn dieses Jahrzehnts im Lichte der seither gemachten Erfahrungen doch deutlich zurückhaltender aus.

Schließlich wurde in der sich Mitte der 90er Jahre intensivierenden Debatte über eine Wettbewerbsordnung in der GKV die Erwartung geäußert, dass mit den skizzierten

Reformen ein sich selbst regulierendes System entstehen würde, das staatliche Intervention weitgehend überflüssig mache. Der Staat könne – und solle – sich auf die Formulierung eines allgemeinen Ordnungsrahmens beschränken, und die verbleibenden Regulierungsanforderungen könnten weitgehend von der (gemeinsamen) Selbstverwaltung erfüllt werden. Diese Leitidee fand ihren Ausdruck in der Formel von der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“.

Selbstbeschränkung des Staates?

Ein Blick auf die heutigen Realitäten in der GKV zeigt, dass die Erwartung, der Staat werde sich zurücknehmen und auf die Definition eines allgemeinen Ordnungsrahmens für die GKV beschränken, sich nicht erfüllt hat. Vielmehr geht die Etablierung einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen einher mit einer deutlichen Ausweitung staatlicher Intervention. Diese stellt eine Reaktion auf die Erfahrung dar, dass Krankenkassen und Leistungsanbieter den gesetzten finanziellen Anreizen folgen und dabei bisweilen auch die Bereitschaft erkennen lassen, das Ziel einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung gegenüber finanziellen Interessen zurückzustellen (Höppner et al. 2005, Woolhandler/Himmelstein 2007). Die Ausweitung staatlicher Intervention ist vor allem durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. Der Staat bedient sich bei seinen Steuerungsbemühungen zunehmend einer vielgestaltigen und detaillierten prozeduralen Steuerung. Neben den erwähnten finanziellen Anreizen verändert der Gesetzgeber Verfahrens- und Entscheidungsregeln in den Gremien der GKV, kreiert neue Institutionen, entzieht hier Kompetenzen und weist da neue Kompetenzen zu. Auf diese Weise verändert er die Interessenlage einzelner Akteure und stattet sie mit Handlungsressourcen aus, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass in den betreffenden GKV-Gremien Entscheidungen fallen, die mit den staatlichen Zielsetzungen übereinstimmen. Der Staat betätigt sich insofern als Architekt der politischen Ordnung in der Gesundheitspolitik (Döhler 1995). Dies betrifft insbesondere die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen.

2. Der Staat setzt der gesetzlichen Krankenversicherung einen zunehmend restriktiven Finanzrahmen. Dies wird insbesondere deutlich in der Budgetierung der Ausgaben, die seit 1993 für wichtige Leistungsarten gilt, und in der seit drei Jahrzehnten fortwährend engeren Fassung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Die mit der Gesundheitsreform 2007 getroffene Entscheidung, den Krankenkassen das Recht zur autonomen Beitragssatzfestsetzung zu nehmen und dieses Recht nunmehr ganz dem Staat zu übertragen, ist mit Blick auf die realen Handlungsspielräume der Krankenkassen der Endpunkt einer langen Entwicklung. Die Handlungsspielräume – und dies heißt vor allem: die finanziellen Verteilungsspielräume – der Krankenkassen und der Leistungserbringer werden also zusehends geringer.

3. Der Gesetzgeber überzieht die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Akteure mit einem immer dichteren Netz gesetzlicher Vorschriften. Dabei handelt es sich überwiegend um solche Bestimmungen, die die Modalitäten der Marktkonstitution regeln, also die Rechte und Pflichten der Akteure in einem zunehmend von finanziellen Anreizen geprägten Handlungssystem präzisieren und die Grenzen ihres Handelns definieren. Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass ihr Handeln in der neuen Wettbewerbsordnung mit den politischen Zielen der Marktschaffung kompatibel ist: die Beitragssätze sollen stabil bleiben, die Versicherten alle notwendigen medizinischen Leistungen erhalten sowie die Effizienz und die Qualität der Versorgung möglichst erhöht werden. Wahrgenommene Fehlanreize – etwa die Risikoselektion durch die Krankenkassen, der Verzicht auf medizinisch indizierte Leistungen durch Ärzte oder das Upcoding von Diagnosen im Zeichen diagnosebezogener Vergütungen bzw. Finanzmittelzuweisungen – sollen auf diese Weise korrigiert bzw. antizipierte Fehlanreize vermieden werden. Diese Notwendigkeit, den Prozess der Marktschaffung durch staatliche Re-Regulierung zu begleiten (z.B. Vogel 1996; Majone 1997; Lütz/Czada 2000), schließt neben der Rechtsetzung auch die Aufsicht über Krankenkassen und Leistungsanbieter ein. Sowohl das Bundesgesundheitsministerium selbst als auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und das Bundesversicherungsamt haben in diesem Zusammenhang einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren. Diese Absicht – nämlich zu verhindern, dass Leistungsanbieter dem Anreiz zur Kostensenkung auch unter Inkaufnahme von Qualitätsmängeln und Rationierungen folgen – wird nicht zuletzt in der rechtlichen Aufwertung der Qualitätssicherung deutlich. Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes fehlten Vorschriften zur Qualitätssicherung im Krankenversicherungsrecht nahezu völlig. Seitdem fanden derartige Bestimmungen nach und nach Eingang in die Gesetzgebung und verdichteten sich zu einem engmaschigen Vorschriftennetz, das durch noch ein weit umfangreicheres konkretisierendes Regelwerk der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzt wird.

In der gesundheitspolitischen Debatte werden Ausweitung staatlicher Intervention und wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens häufig und gern – und nicht selten mit großer Emphase – als Gegensätze behandelt. Ich halte diese Perspektive für unzutreffend. Weil ökonomische und gesundheitliche Handlungslogiken allenfalls partiell zur Deckung zu bringen sind, führen die Ausweitung finanzieller Anreize und die Einführung von Wettbewerbsmechanismen unweigerlich zu einem erhöhten Re-Regulierungsbedarf im Gesundheitswesen – zumindest so lange, wie die politischen Entscheidungsträger an einer solidarischen und wohlfahrtsstaatlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens festzuhalten gedenken.

Im Übrigen sind – staatlicherseits definierten Finanzdeckel und den kollektivvertraglich vereinbarten Rahmenbedingungen – die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen seit Mitte der 90er Jahre spürbar ausgeweitet worden. Sichtbar wird dies vor allem an den mittlerweile vielfältigen Optionen zum Abschluss von

Selektivverträgen mit Leistungsanbietern gerade in der vertragsärztlichen Versorgung und an den Möglichkeiten zum Angebot von Selbstbehalttarifen und Beitragsrückerstattungen für alle Versicherten. Mit diesen und anderen Bestimmungen setzt der Gesetzgeber den in den 90er Jahren eingeschlagenen Weg weiter fort. Dabei vollzieht sich dieser Wandel des Steuerungssystems unter restriktiven finanziellen Rahmenbedingungen.

Man kann diese Ausweitung staatlicher Intervention als ein Misstrauen des Gesetzgebers gegenüber den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung deuten, in Eigenregie unter Wettbewerbsbedingungen eine effiziente und hochwertige Versorgung sicherzustellen. Aber nicht nur die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, auch die Selbstverwaltung der Arbeitgeber und Versicherten *in* den Krankenkassen hat sich nicht als geeignetes Korrektiv für unerwünschte Ausweichreaktionen bei der Implementierung von Wettbewerbsmechanismen erwiesen. Dies gilt nicht nur für die Arbeitgeberseite, sondern auch für die Versichertenvertreter. Zum einen hat die mit dem GSG 1993 wirksam gewordene Organisationsreform den Einfluss der Selbstverwaltung auf das operative Geschäft der Krankenkassen spürbar geschwächt. Zum anderen haben die restriktive staatliche Rahmensetzung selbst sowie die vom Kassenwettbewerb ausgehenden Handlungszwänge die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung deutlich verringert.

Transformation des Korporatismus

Die Liberalisierung der Vertragspolitik und die Ausweitung staatlicher Intervention gehen mit einem entsprechenden Bedeutungsverlust korporatistischer Regulierung einher. Korporatistische Regulierungsfunktionen auf der Meso-Ebene werden zunehmend auf die Mikro-Ebene verschoben, wo Ärzte und Krankenkassen Steuerungsaufgaben als nach Maßgabe der geschaffenen Anreizstrukturen egoistisch-rational handelnde Wirtschaftssubjekte wahrnehmen. Zudem macht sich die Zunahme staatlicher Intervention für die auf der Makro- und der Meso-Ebene fortbestehenden korporatistischen Verhandlungssysteme als eine Einschränkung von Handlungsspielräumen bemerkbar. Insofern findet sich der auf anderen Feldern der Sozialpolitik identifizierte Trend einer Erosion des Korporatismus (z.B. Winter 2004; Trampusch 2006) auch im Gesundheitswesen wieder.

Mit Blick auf die GKV von einem Ende des Korporatismus zu sprechen, wäre indes unzutreffend, und ein solches Ende nahe zu legen, zumindest voreilig. Vielmehr lässt sich konstatieren, dass staatliche Gesundheitspolitik auch nach dem Übergang zu wettbewerbszentrierten Strukturreformen an korporatistischen Regulierungsstrukturen festhält. Nach wie vor werden gezielt Handlungskompetenzen an paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft zusammengesetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien delegiert, die unter staatlichen Rahmenvorgaben auf dem Verhandlungsweg kollektiv verbindliche Beschlüsse zur Regelung von Problemfeldern

fassen (Gerlinger 2002). Dies wird besonders deutlich in der Entwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Er erfuhr im Zuge des skizzierten gesundheitspolitischen Wandels der 1990er Jahren einen neuerlichen Bedeutungszuwachs (Urban 2001). Der GBA ist mittlerweile mit einem umfassenden Auftrag zum Erlass verbindlicher Richtlinien für nahezu alle Bereiche der ärztlichen Behandlung ausgestattet. Zudem hat er sämtliche Leistungen, die zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden oder verordnet werden sollen, im Hinblick auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit zu bewerten. Damit entscheidet er letztlich über den konkreten Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu Beginn dieses Jahrzehnts wurde der Wirkungskreis dieses Gremiums, der bis dahin auf den ambulanten Sektor beschränkt war, auf die gesamte medizinische Versorgung ausgeweitet, so dass wir es mittlerweile mit einer „transsektoralen Verhandlungsmaschinerie“ zu tun haben (Döhler 2002: 33). Zudem werden im stationären Sektor, in dem korporatistische Regulierungsformen in der Vergangenheit eine deutlich geringere Rolle spielten als in der ambulanten Versorgung, den Landeskrankhausgesellschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft seit einigen Jahren wiederholt wichtige kollektiv-verbindliche Entscheidungen übertragen. Auf Bundesebene ist vor allem von Bedeutung, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft damit beauftragt ist, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen von stationären Leistungen festzulegen und an aktuelle Entwicklungen anzupassen.

Diese Beharrungskraft zentralisierter korporatistischer Arrangements mutet in einem von wettbewerblichem Umbau geprägten Politikfeld zunächst befremdlich an. Dass eine Marktschaffung ein hohes Maß an politischer (Re-)Regulierung erfordert, ist oben bereits erläutert worden. Erklärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang aber, warum der Gesetzgeber weiterhin wichtige Regulierungskompetenzen an zentralisierte korporatistische Gremien delegiert und damit nicht die staatlichen Exekutivorgane – Ministerien und die ihnen zugeordneten Behörden – beauftragt. Folgende Gründe sollen hier hervorgehoben werden:

1. Die Erfüllung zahlreicher Steuerungsaufgaben erfordert ein hohes Maß an Expertenwissen, das in vielen Fällen in den beteiligten Verbänden, nicht aber in den zuständigen Ministerialbürokratien oder in den Parteien vorhanden ist. Dies gilt etwa für die Feststellung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen, für die Definition von Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung, für die ökonomische Bewertung medizinischer Leistungen und für ökonomische Aspekte von Versorgungsprozessen. Insofern ist der Staat bei der Feinsteuerung des Gesundheitswesens auf das in den Verbänden akkumulierte Wissen angewiesen.

2. In Deutschland wie in anderen entwickelten industriekapitalistischen Staaten gehört der Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung zum Kernbestand der Wohlfahrtskulturen (Ullrich 2000; Wendt 2003). Restriktionen bei der öffentlichen Finanzierung gesundheitlicher

Leistungen bergen daher für die betreffenden Regierungen erhebliche Legitimationsrisiken. Durch die Delegation entsprechender Entscheidungskompetenzen an Gremien wie den erwähnten Gemeinsamen Bundesausschuss lassen sich derartige Legitimationsrisiken verringern, denn diese Gremien agieren zumeist jenseits des Scheinwerferlichts der Öffentlichkeit und sind generell gegenüber Legitimationsrisiken unempfindlicher als Parteien, Regierungen und Parlamente. So stand die Aufwertung des Bundesausschusses bei der Überprüfung und Definition des Leistungskatalogs im Jahr 1997 in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den zuvor gescheiterten Bemühungen der konservativ-liberalen Koalition, einige Leistungen der Krankenkassen aus der paritätischen Finanzierung auszugliedern (Urban 2001). Hinzu kommt, dass die Entscheidungen in derartigen Gremien zumeist unter Verweis auf vorliegende wissenschaftliche Evidenzen getroffen werden. Die Mobilisierung der Ressource Wissenschaft erleichtert es, Entscheidungen über Leistungsausgliederungen zu legitimieren und sie nicht als politische Entscheidungen erscheinen zu lassen (Weingart 2001).

Die Entwicklung des Korporatismus im Gesundheitswesen ist also vielschichtiger, als es die Rede von seinem Niedergang oder Ende wahrnimmt. Vielmehr wird er mit dem skizzierten Paradigmenwechsel einem vielgestaltigen Umbau unterzogen: Er unterliegt *erstens* auf der Meso-Ebene einem Erosionsprozess und wird hier in seiner Steuerungsfunktion zunehmend durch Wettbewerbsbeziehungen auf der Mikro-Ebene ersetzt, er wird *zweitens* zunehmend zentralisiert, *drittens* als zentralisierter Korporatismus mit einer wachsenden Zahl von Aufgaben betraut und dabei zunehmend engeren staatlichen Vorgaben unterworfen („mehr Aufgaben, weniger Spielräume“) und dabei *viertens* weitgehend auf die Funktion der Ausformulierung von Rahmenbedingungen für die im Aufbau befindliche Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen beschränkt. Diese Transformation der korporatistischen Regulierung lässt sich als Wandel in Richtung auf einen staatlich domestizierten Wettbewerbskorporatismus kennzeichnen (Urban 2001).

Hartmut Reiners zählt die an Ökonomisierung, Wettbewerb und Deregulierung im Gesundheitswesen gerichteten Erwartungen zu den Mythen der Gesundheitspolitik und hat es dazu an klaren Worten nicht mangeln lassen (z.B. Reiners 2009). Er hat wiederholt gezeigt, dass die Logik dieser Anreizsysteme und bisherige Erfahrungen mit dem Wettbewerb eher Anlass zu der Befürchtung geben, dass sie die Erwartungen an eine hochwertige und effiziente Versorgung überwiegend nicht erfüllen und mit einer Reihe von unerwünschten, kontraproduktiven Wirkungen verbunden sind. Seine Analysen werden dringend gebraucht, und daher ist mit seinem Eintritt in den Ruhestand die Hoffnung verbunden, dass er künftig viel Zeit für sie finden wird.

Literatur

Cassel, Dieter/Ebsen, Ingwer/Greif, Stephan/Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine/Wasem, Jürgen (2006). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig

- umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, o.O. (Ts.).
- Döhler, Marian (1995): The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care, in: Governance, Vol. 8, No. 3, S. 380-404.
- Döhler, Marian (2002): Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Gellner, Winand/Schön, Markus (Hrsg.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik? Baden-Baden, S. 25-40.
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1997). Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen.
- Gerlinger, Thomas (2002). Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin.
- Hayek, Friedrich August von (1969). Der Wettbewerb als Entdeckungsvorgang, in: Ders., Freiburger Studien, Tübingen, S. 249-265.
- Höppner, Karin, Greif, Stefan, Rothgang, Heinz, Wasem, Jürgen, Braun, Bernard, Buitkamp Martin (2005): Grenzen und Dysfunktionalitäten des Kassenwettbewerbs in der GKV: Theorie und Empirie der Risikoselektion in Deutschland (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier Nr. 4/2005), Bremen.
- Lütz, Susanne/Czada, Roland (2000): Marktconstitution als politische Aufgabe: Problemskizze und Theorieüberblick, in: Czada, Roland/Lütz, Susanne (Hrsg.), Die politische Konstitution von Märkten. Wiesbaden, S. 9-35.
- Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas T (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.), Bern.
- Rosewitz, Bernd/, Webber D (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M./New York.
- Trampusch, Christine (2006): Status quo vadis? Die Pluralisierung und Liberalisierung der „Social-Politik“: Eine Herausforderung für die politikwissenschaftliche und soziologische Sozialpolitikforschung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 52. Jg., H. 3, S. 299-323.
- Ullrich, Carsten G. (2000): Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M./New York.
- Urban, Hans-Hürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin.
- Vogel, Stephen K. (1996): Freer Markets, More Rules. Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries, Ithaca/London.
- Webber, Douglas (1992): Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Mayntz, Renate (Hrsg.), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Gütersloh, S. 211-272.
- Weingart, Peter (2001): Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft, Weilerswist.
- Wendt, Claus (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden.
- Wille, Eberhard (Hrsg.) (1999): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden.
- Wille, Eberhard/Ulrich, Volker/Schneider, Udo (Hrsg.) (2007): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, Baden-Baden.
- Winter, Thomas von (2004): Vom Korporatismus zum Lobbyismus. Paradigmenwechsel in Theorie und Analyse der Interessenvermittlung, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen, H. 4, S. 761-776.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David (2007). Competition in a publicly funded healthcare system, in: British Medical Journal, Vol. 335, S. 1126-1129.