Michael Noweski
Der Gesundheitsmarkt - Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen
2012 / 2. aktualisierte und erweiterte Auflage / 34,80 € / Verlag Dr. Köster, Berlin
ISBN 978-3-89574-656-7

handlungsmacht der Kassen wollen die Zahnärzte durch Bildung von Genossenschaften entgegentreten.[1188] Der FVDZ selbst gründete zu diesem Zweck im Jahr 2008 die Deutsche Zahnärzte-Genossenschaft (DZGeG).[1189]

4.5 Auswertung

Betrachtet man die Verteilung der politischen Akteure[1190] auf die Koalitionen, wird deutlich, dass sich die Befürworter der Liberalisierung in der Überzahl befinden. Soweit Daten zu den Machtressourcen der einzelnen Akteure vorliegen, ist zudem festzustellen, dass die Liberalisierungskoalition über mehr Macht verfügt.

Im Jahr 2007 umfasste die Liberalisierungskoalition Wirtschaftswissenschaftler (Leader), den AOK-BV (Leader), den BKK-BV (Little Leader), den IKK-BV (Little Leader), den VdAK/AEV (Little Leader), die einzelnen Krankenhäuser (Little Leader), die Arbeitsgemeinschaft der GKV (Poor Leader), die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen (Poor Leader), die einzelnen privaten Krankenkassen und ihren PKV-Verband (Player), die Krankenhausgesellschaften (Player), die BDA (Little Player), den DGB (Little Player), den VFA (Little Player) und die Medien (Little Investor). Demgegenüber beteiligten sich an der Reregulierungskoalition die Kassenärztlichen Vereinigungen (Leader), die Ärztekammern (Little Player), der Hartmannbund (Little Player), die linken Gesundheitssystemforscher (Poor Player) und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Poor Player).[1191] Es ist zu folgern, dass im besagten Jahr die Liberalisierungskoalition über die Reregulierungskoalition dominierte.

Heute, im Jahr 2011, nach der Etablierung des GKV-Spitzenverbandes, zeigen sich leichte Verschiebungen. In jedem Fall haben die Bundesverbände der Kassen an Macht eingebüßt, da sie nicht mehr an der gemeinsamen Selbstverwaltung teilnehmen.[1192] Die Liberalisierungskoalition umfasst Wirtschaftswissenschaftler (Leader), den GKV-SV (Leader), die Krankenhausgesellschaften (Leader), den AOK-BV (Little Leader), den BKK-BV (Poor Leader), den IKK-BV (Poor Leader), den VdEK (Poor Leader), die einzelnen Krankenhäuser (Little Leader), die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen (Poor Leader), die privaten Krankenkassen und ihren PKV-Verband (Player), die BDA (Little Player), den DGB (Little Player), den VFA (Little Player) und die

---

schaft Einigkeit darüber schaffen, dass es keine Einzelverträge mit Kostenträgern gleich welcher Art geben darf. Der einzige wirkliche Vertragspartner des Zahnarztes kann nur sein Patient sein."

[1188] o. V. 2009, 27.

[1189] Sundmacher (Vorsitzender des FVDZ und Aufsichtsratsvorsitzender der DZGeG) 2009, 19.

[1190] Die Bundestagsfraktionen sollen ausgeklammert bleiben, da ihre Machtressourcen mit dem Wechsel der Regierungskoalitionen häufig und stark schwanken.

[1191] Noweski 2008a, 202f.

[1192] Repschläger 2010.

Medien (Little Investor). Demgegenüber beteiligen sich an der Reregulierungskoalition die Kassenärztlichen Vereinigungen (Leader), die Ärztekammern (Little Player), der Hartmannbund (Little Player), die linken Gesundheitssystemforscher (Poor Player), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Poor Player), die Zahnärztekammern (Poor Player) und der FVDZ (Poor Player). Es ist zu folgern, dass die Liberalisierungskoalition nach wie vor über die Reregulierungskoalition dominiert.

4.6 Interpretation

Wenn die Liberalisierungskoalition machtpolitisch überlegen ist, warum vollzieht sich die Liberalisierung des Kollektivvertragsrechts so langsam? Nur auf den ersten Blick liegt hier ein Widerspruch vor. Tatsächlich weisen Reformprozesse fast immer Verzögerungen auf. Die Politikwissenschaft kann dies begründen. Hierzu kommen acht verschiedene Theoreme in Frage: der Political Gridlock, die Feedback Inconsistency, Veto Player, Bargaining, der Policy Gridlock, Negotiated Regimes, der „Test Area Incrementalism“ und die Ausreifungstheorie.

4.6.1 Political Gridlock

Ein Political Gridlock liegt nicht vor. Dieser wäre Ursache der verzögerten Liberalisierung, wenn das Steuerungssubjekt ein Defizit an Political Informations aufwiese, also nicht feststellen könnte, welche Koalition stärker ist.[1193] Wie die Analyse aufzeigte, dominiert die Liberalisierungskoalition so sehr, dass diese Machtüberlegenheit dem Gesetzgeber aufgefallen sein dürfte. Er hatte also die Möglichkeit, der stärkeren Koalition nachzugeben.

4.6.2 Feedback Inconsistency

Die Überlegenheit der Liberalisierungskoalition ist auch der Grund dafür, dass eine Feedback Inconsistency auszuschließen ist. Sowohl das Political Feedback aus der politischen Umwelt als auch das Policy Feedback aus dem Politikfeld sind auf Liberalisierung gerichtet. Das Steuerungssubjekt musste annehmen, dass Liberalisierungsmaßnahmen sowohl bei den politikfeldunspezifischen als auch bei den politikfeldspezifischen Akteuren mehrheitlich auf Zustimmung stoßen würden.

4.6.3 Veto Player

Als wichtigste Erklärung des verzögerten Reformprozesses kann das Theorem der Veto Player herangezogen werden. Es führt gescheiterte Steuerungsversuche des Staates auf den Einspruch einzelner politischer Akteure zurück.[1194] Zumeist wird das

[1193] Neuman et al. 1997, 20.
[1194] Tsebelis 2002.

Scheitern von Gesetzgebungsverfahren untersucht. Hierbei verweigern einzelne Fraktionen innerhalb von Koalitionsregierungen oder in den Abstimmungsverfahren im Parlament ihre Zustimmung zu einem Gesetzentwurf.[1195] Seltener wird die Verweigerung der Implementation durch Regulierungsträger beleuchtet.[1196] Durch die deutsche Politikwissenschaft wurde das Scheitern von Gesundheitsreformen bereits mehrmals implizit[1197] und explizit[1198] mit Hilfe dieser Theorie erklärt.

Im vorliegenden Fall verhinderten die Union und die FDP als Agenten der niedergelassenen Ärzte die Abschaffung der Kollektivverträge. Im Jahr 1996 wurde der Entwurf der SPD zu einem „GSG II" von der bürgerlichen Regierungsmehrheit im Bundestag abgelehnt. Die Gesundheitsreform 2000 der rot-grünen Bundesregierung musste 1999 aufgrund einer Mehrheit der unionsgeführten Länder im Bundesrat auf nicht zustimmungspflichtige Reste zusammengestrichen werden, wobei der Ausschluss der KVen aus der Integrierten Versorgung aus dem Gesetz entfernt wurde. In den Konsensverhandlungen mit der Union zum GMG in 2003 musste Rot-Grün auf die Einzelverträge für sich neu niederlassende Fachärzte verzichten. Im Koalitionsvertrag von 2005 zwischen Union und SPD war keine Rede von einer Flexibilisierung oder Abschaffung der Gesamtverträge.[1199] Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 ließ sie fortbestehen. In der Koalitionsvereinbarung von Union und FDP von 2009 findet das Vertragssystem wiederum keine Erwähnung.[1200] Aus Sicht der Veto-Spieler-Theorie war nicht zu erwarten gewesen, dass die parlamentarischen Agenten der niedergelassenen Ärzte eine Gesundheitsreform anstreben, die vorhersehbar zu Protesten der KVen, Ärztekammern und des Hartmannbundes führen würde, obgleich die FDP inzwischen auch Wettbewerb in der ambulanten Versorgung gefordert hatte.

Neben dieser Rücksichtnahme aufgrund einer klassischen Agentenbeziehung kommen für die letzten Jahre aber auch weitere Faktoren in Betracht: Anzahl und Intensität der Forderungen nach Einzelverträgen waren ab dem Jahr 2007 allgemein rückläufig. Die Verträge der Kassen zur Integrierten Versorgung lieferten zunächst

---

[1195] Rosewitz/Webber 1990; Kirch 2008.
[1196] Gerlinger 1997a.
[1197] Rosewitz/Webber 1990; Bandelow 1998.
[1198] Weckert 2003.
[1199] Hier hieß es lediglich: „Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen werden neuen Bedingungen angepasst" (CDU/CSU/SPD 2005, 104).
[1200] Es bleibt bei einer Leerformel der Wettbewerbsrhetorik: „Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugute kommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht" (CDU/CSU/FDP 2009, 87).

keinen Nachweis, dass sie der überlegene Koordinationsmechanismus sein würden. Das konkreteste Konzept zur Umgestaltung des Vertragssystems hatte noch die KBV selbst vorgestellt, die mit einem Stufenmodell den Gesamtvertrag für die Kernversorgung zu bewahren suchte. Der gesundheitspolitische Fokus aller Parteien lag auf der Einnahmenseite und dem Widerstreit der Modelle von Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung. Die beiden liberalen Bundesgesundheitsminister Rösler und Bahr, wie auch ihre Staatssekretäre, waren überfordert. Die Gesetzgebung auf der Ausgabenseite musste sich folglich auf Korrekturen eher technischer Art beschränken,[1201] die vom Ministerium vorbereitet waren und sich vollständig in den Pfaden bewegten, die bereits eingeschlagen waren.

4.6.4 Bargaining

Eine Ursache für die Langsamkeit des Liberalisierungsprozesses liegt in der fehlenden Möglichkeit politischer Tauschgeschäfte.[1202] Hätte das Steuerungssubjekt den Schaden der Ärzte kompensiert, wäre ihr Widerstand geringer ausgefallen. Es liegt nahe anzunehmen, dass eine wesentliche Aufstockung der Honorare die Akzeptanz der Einzelverträge bei den Niedergelassenen verbessert hätte. Diese Möglichkeit war den Bundesregierungen durch das primäre Ziel der Beitragssatzstabilität jedoch versperrt.

4.6.5 Policy Gridlock

Ebenfalls erklärungskräftig ist das Theorem des Policy Gridlock. Der Gesetzgeber vermeidet Entscheidungen aus Unsicherheit über deren Wirkungen.[1203] Die Auswertung der Quellen legt nahe, die stagnierende Liberalisierung des Gesundheitsmarktes auf eine verbreitete Konzeptionslosigkeit der politischen Akteure zurückzuführen. Keiner der Beteiligten konnte plausibel prognostizieren, welche Folgen die Einzelverträge in der Versorgungspraxis haben würden. Niemand äußerte sich eingehender zu den neu entstehenden Regulierungsbedarfen oder entwickelte gar einen Entwurf für das kommende Regulierungssystem. Die Entwicklung zwischen dem GSG von 1992 und dem GMG von 2003 kann deshalb auch als Phase „intellektueller Genügsamkeit“ betrachtet werden. Den Wirtschaftswissenschaftlern reichte es, die KVen als Kartell zu entlarven. Dass Anbieterwettbewerb die überlegene Alternative sei, erschien ihnen selbstevident und keiner weiteren Erläuterung zu bedürfen. Das Problem der Sicherstellung der Versorgung in der Fläche wurde nicht vertieft. Die

---

[1201] Preisverhandlungen zwischen den Kassen und Arzneimittelherstellern, Maßnahmen gegen Ärztemangel.
[1202] Scharpf 1991, 626.
[1203] Wright 1996, 174; Coughlin 1994, 156.

linken Gesundheitssystemforscher sahen zwar die Risiken der Liberalisierung und kritisierten die Ökonomisierung der Leistungserbringung, weigerten sich aber, Vorschläge zur Reregulierung des neuen Systems zu unterbreiten.[1204] Erstens beobachtete man mit Genugtuung, dass die KVen entmachtet werden sollten. Zweitens war zu befürchten, dass Vorschläge zur Reregulierung die Liberalisierung nur noch beschleunigen würden, da in Aussicht gestellt würde, man könne die versorgungspolitischen Risiken des Wettbewerbs der Leistungserbringer hinreichend kompensieren. Die Union und die FDP beschränkten sich darauf, gleichzeitig mehr Wettbewerb, aber auch den Erhalt der KVen zu fordern. Sie gaben die wettbewerbskonforme Umgestaltung der Vertragsbeziehungen als Ziel aus, fanden hierfür aber kein Konzept.[1205] Die SPD machte sich seit Beginn der Neunziger für die Einzelverträge stark, überließ die weitere Ausgestaltung jedoch den Kassen. Ebenso der DGB. Die Arbeitgeber forderten selbstredend Wettbewerb auf allen Ebenen, äußerten sich aber nie zu Risiken oder Fragen der Reregulierung. Die Kassen versprachen zwar, mit Hilfe der Einzelverträge die Versorgungsprozesse zu integrieren und effizienter zu gestalten, sowie die Überkapazitäten abzubauen, wie sie die Sicherstellung gewährleisten würden, erklärten sie jedoch nicht.[1206]

Die Liberalisierungskoalition konnte argumentativ nicht überzeugen. Ihr fehlte ein Systementwurf. Für die SPD und die Grünen barg die Abschaffung der Gesamt-

---

[1204] Die Forderung nach dem RSA hatte bereits in den achtziger Jahren begonnen und stellt daher keine Innovation in besagtem Zeitraum dar.

[1205] Möllemann (gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion) 1995a, 182: „Es stellt sich grundsätzlich die Frage, wer mit wem verhandelt. Die Krankenkassen wollen die Möglichkeit haben, mit dem einzelnen Arzt oder einzelnen Arztgruppen zu verhandeln. Die Ärzte wollen dies überwiegend den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen. Daß ein einzelner Arzt nicht einer Kasse von neun Millionen Versicherten gegenübergestellt werden kann, leuchtet jedem ein.“ Lohmann (gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion) 2001, 5: „Ein vollständiger Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt auch die Einbeziehungen der Leistungserbringer. Sie müssen die Möglichkeit haben, um die beste Versorgungslösung, das heißt um Versorgungsstrukturen, Versorgungsqualität einschließlich der Vergütung zu konkurrieren. In Konsequenz dessen müssen die kollektivvertraglichen Strukturen überprüft werden, wobei unter Umständen eine Neuausrichtung des Sicherstellungsauftrages vorzunehmen ist. An der öffentlich rechtlichen Ausgestaltung der Selbstverwaltung sollte festgehalten werden. Grundsätzlich hat sich das Vertragssystem zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern bewährt. Überkapazitäten in den verschiedenen Versorgungsbereichen zeigen jedoch an, dass Effizienz und Zielgenauigkeit des Vertragssystems durch den Wettbewerb und größere dezentralere Verantwortung gesteigert werden können.“ Ebenso ausweichend Seehofer (stellv. Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion) 2001, 5; Fink (CDU-Mitglied im Bundestagsausschuss für Gesundheit) 2001, 14; Thomae (gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion) 2001, 12.

[1206] Zum Beispiel Hermann (stellv. Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg) 2006, 226. Hermann zitiert Cassel (2003), der eine Verpflichtung der Kassen zum Abschluss ausreichender Versorgungsverträge fordert (18). Wie immer fehlen Angaben zur Umsetzung und Sanktionierung. Entsprechend kritisch Beske et al. 2002, 66-76.

verträge ein hohes politisches Risiko, da nicht klar war, ob eine entsprechende Reform in einem Debakel enden würde. Selbst Kassenfunktionäre monierten im Vorfeld des GMG plötzlich die ungelösten Probleme der Sicherstellung der Versorgung sowie der Bereinigung der Budgets.[1207] Wegen der Unwägbarkeiten gelang es der Union in den Konsensverhandlungen von 2003, die SPD und die Grünen von der Abschaffung der Kollektivverträge abzubringen. Jenseits des Problems legislativer Agenten und Veto-Points im Gesetzgebungsprozess muss man bilanzieren, dass es der Liberalisierungskoalition nicht gelungen ist, das Steuerungssubjekt davon zu überzeugen, dass ein liberalisierter Gesundheitsmarkt funktionieren würde. Zur politischen Durchsetzung der Liberalisierung von Gesundheitsmärkten scheint es erforderlich, konkrete Konzepte zur Reregulierung beizubringen.

Wie schwierig dies im Fall der Versorgungssicherheit ist, erwies sich einmal mehr in den Jahren 2010 und 2011. Nachdem der AOK-Bundesverband zunächst den undurchführbaren Vorschlag unterbreitete, die Sicherstellung von den Landesbehörden sanktionieren zu lassen,[1208] obgleich diese noch nicht einmal im Ansatz über die sozialrechtliche Handhabe und die erforderlichen materiellen Ressourcen verfügen, präsentierte er nur ein Jahr später einen Entwurf mit reduziertem Risiko, der große Ähnlichkeit mit dem mehrstufigen Modell der KBV aufweist.[1209] Hierbei bleibt die Standardversorgung durch Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte durch die Gesamtverträge mit den KVen gesichert. Bei der übrigen fachärztlichen Versorgung sollen die einzelnen Kassen die Option erhalten, durch Ausschreibung eines Selektivvertrages für den entsprechenden Leistungsbereich aus Kollektivvertrag und Kontrahierungszwang mit den Leistungserbringern auszusteigen.

In diesem Modell wäre zwar das Risiko von Versorgungslücken auf einen Teilbereich eingegrenzt, jedoch keineswegs beseitigt. Einzelne Kassen könnten unattraktive Verträge gestalten[1210] und auf diesem Wege „unrentable“ Versicherte zum Kassenwechsel veranlassen. Diese wären dann von der Konkurrenz, beispielsweise jener in der kollektivvertraglichen Bindung, aufzufangen. Es bedarf also mindestens noch einer spezifischen sozialrechtlichen Vorschrift, die es den KVen erleichtert, gegen „Geisterverträge“ zu klagen.

[1207] Orde (stellv. Abteilungsleiterin Verbandspolitik beim IKK-Bundesverband)/Platz (Referent Ärztliche Versorgung beim IKK-Bundesverband) 2003.

[1208] Schönbach (Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband) 2010, 16.

[1209] Schönbach et al. 2011.

[1210] Beispielsweise könnten die Versorgungsverträge mit den Neurologen Dokumentationspflichten beinhalten, die viele Leistungserbringer von einer Teilnahme abhalten, wodurch die Versicherten lange Wege zu den wenigen vertraglich gebundenen Anbietern auf sich nehmen müssten bzw. bei den wenigen verbliebenen Anbietern längere Wartezeiten bei der Terminvergabe ertragen müssten.