

Abhandlungen

Renate Mayntz

Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens

I. Einführung

Der 1987 publizierte erste Band des Jahrbuchs zur Staats- und Verwaltungswissenschaft enthielt mehrere Aufsätze mit steuerungstheoretischen Themen. In diesem Zusammenhang hatte ich seinerzeit einige allgemeine Überlegungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen der strukturellen Beschaffenheit gesellschaftlicher Teilsysteme und ihrer politischen Steuerbarkeit angestellt (Mayntz 1987). Hintergrund war die in autopoietischen Modellen sozialer Systeme entwickelte These von der prinzipiellen Unmöglichkeit, mit den einer zentralen politischen Instanz verfügbaren Instrumenten zielsicher steuernd in bestimmte Systemprozesse einzugreifen. Im Gegensatz zu derartigen Annahmen argumentierte ich, daß die politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme (oder Regelungsfelder) erstens eine *empirische* Frage sei, und daß „Steuerbarkeit“ außerdem kein dichotomes Merkmal, sondern eine abgestufte Variable ist. Entsprechend ist auch Steuerungsresistenz als Kontinuum zu begreifen. Bei gegebener Handlungsfähigkeit der politischen Steuerungsinstanz (die natürlich ihrerseits eine Variable ist) hängt – so wurde weiter argumentiert – die politische Steuerbarkeit eines gesellschaftlichen Teilsystems von Merkmalen seiner Struktur ab. Dabei ist der Grad formaler Organisiertheit von besonderem Interesse. Am Ende einer Reihe eher allgemeiner und spekulativer Überlegungen zeigte sich allerdings, daß die Frage, ob und unter welchen Umständen eine hochgradige formale Organisiertheit, d. h. die Existenz mächtiger korporativer Akteure in einem Regelungsfeld, die politische Steuerbarkeit und die Fähigkeit zu problemlösenden Reaktionen begünstigt oder aber ganz im Gegenteil beeinträchtigt, sich noch nicht in Form einer empirisch fundierten Theorie beantworten läßt – auch wenn es durchaus einschlägige theoretische Ansätze gibt, die man zur Beantwortung der eben gestellten Frage heranziehen kann. Zu diesen Ansätzen gehören insbesondere Überlegungen zur Vetomacht starker organisierter Interessen; Modelle der politisch legitimierten Selbstregulierung (Selbstverwaltung), die einen staatlichen Steuerungsverzicht implizieren; sowie Ansätze der Korporatismusforschung, die zwar die staatliche Steuerungs-

higkeit durch den institutionalisierten Zwang zur Kompromißbildung eingeschränkt sehen, die Steuerbarkeit sozioökonomischer Prozesse und damit die Problemlösungsfähigkeit der Politik jedoch gleichzeitig tendenziell erhöht finden.

Eine Reihe empirischer Untersuchungen aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, die sich, zum Teil international vergleichend, mit der politischen Steuerung und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems – mit Reformversuchen und Reformblockaden, wie der Titel einer dieser Arbeiten lautet (Rosewitz/Webber 1990) – beschäftigen, bietet jetzt den willkommenen Anlaß, auf die damals formulierte Frage zurückzukommen und zu versuchen, bei ihrer Beantwortung einen Schritt weiterzukommen. Das Gesundheitssystem ist in verschiedenen Ländern zwar in wechselndem Maße, jedoch in den meisten Industrienationen durch einen hohen Grad formaler Organisiertheit gekennzeichnet, und zwar auch dort, wo wesentliche Gesundheitsleistungen von freiberuflich tätigen Ärzten erbracht werden. Gleichzeitig findet man im internationalen Vergleich im Gesundheitssektor recht unterschiedliche Ordnungsformen (Governance-Formen) repräsentiert, so die „Regierung durch Verbände“ in der bundesdeutschen Selbstverwaltung, die Ordnungsform Staat (oder Hierarchie) im staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens und starke Elemente marktlicher Regelung in den USA.¹ Empirische Untersuchungen zur Gesundheitsreform könnten deshalb etwas darüber aussagen, unter welchen (verallgemeinerbaren) Bedingungen gesellschaftliche Teilsysteme durch politische Interventionen gezielt veränderbar sind bzw. unter welchen Bedingungen Reformimpulse ins Leere laufen oder am Widerstand der Betroffenen scheitern. Dabei geht es, wohlgermerkt, nicht um mögliche Steuerungsdefizite in der Implementationsphase oder um die Zielgerechtigkeit erfolgreicher Interventionen, sondern enger und zugespitzter um die Möglichkeit, daß als Reformen, d. h. Veränderungen in wünschenswerter Richtung intendierte Interventionen sich *politisch* durchsetzen (verabschieden, beschließen) lassen. Damit wird auch der Reformwillen zumindest *eines* am Entscheidungsprozeß beteiligten Akteurs vorausgesetzt. In den hier herangezogenen Arbeiten steht insofern weniger das „Wollen“ als das „Können“, weniger die Stärke des wahrgenommenen Reformbedarfs (die Reformmotive) als die Stärke des Widerstands, auf den sie treffen, zur Debatte.² Widerstand gegen *politische* Steuerung ist auch weder mit fehlender Koordination gleichzusetzen (die auch durch Selbstregelung oder über funktionierende Märkte möglich ist), noch ist damit etwas über die Problemlösungsfähigkeit, die Funktionalität oder Disfunktionalität einer gegebenen sektoralen Ordnung gesagt.

Die Untersuchungen, auf die sich die nachfolgenden Ausführungen stützen, stammen von wissenschaftlichen Mitarbeitern oder Gästen des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung. Im einzelnen handelt es sich um folgende Arbeiten:

1. Die 1989 fertiggestellte Dissertation von Marian Döhler, der das Geschick „konservativer“, auf die Einführung bzw. Verstärkung von Elementen marktlicher Ordnung zielender Gesundheitsreformen durch die Regierungen von Ro-

nald Reagan, Margaret Thatcher und Helmut Kohl vergleichend untersucht hat.

2. Eine 1990 als Discussion Paper des MPIfG präsentierte Arbeit von Ellen Immergut, die den Erfolg oder Mißerfolg gesundheitspolitischer Reforminitiativen in Frankreich, der Schweiz und Schweden untersucht; diesen Initiativen war gemeinsam, daß sie die ökonomischen Interessen der niedergelassenen Ärzte auf ähnliche Weise (negativ) berührten.
3. Die 1990 publizierte Untersuchung von Bernd Rosewitz und Douglas Webber über Reformversuche und Reformblockaden im ambulanten Sektor des bundesdeutschen Gesundheitssystems nach 1945. Der empirische Kern dieser Arbeit sind 4 Fallstudien, die sich mit der Einführung von Vorsorgeuntersuchungen (und ihre mögliche Übertragung an den öffentlichen Gesundheitsdienst), der Zuständigkeitserweiterung von Krankenhäusern für die prä- und poststationäre Behandlung, der Reform des vertrauensärztlichen Dienstes und der Neuregelung des kassenärztlichen Vergütungsrechts beschäftigen.

Zusätzlich zu diesen drei Studien wurde stellenweise auf einige weitere einschlägige Arbeiten aus dem MPIfG zurückgegriffen (Alber 1989 a/b, 1990; Mayntz/Rosewitz 1988; Webber 1988, 1989, 1990). Dagegen wurde kein Versuch gemacht, für die folgende Analyse andere thematisch einschlägige Arbeiten heranzuziehen. Der folgende Versuch einer gewissermaßen synoptischen Verarbeitung der Ergebnisse einiger weniger empirischer Studien³ beansprucht denn auch nicht, einen eigenen Beitrag zum Thema Gesundheitsreform zu leisten; im Vordergrund stehen vielmehr steuerungstheoretische Überlegungen, die durch die genannten Untersuchungen angeregt wurden. Dabei wird unterstellt, daß die in den genannten Arbeiten getroffenen empirischen Behauptungen zutreffend sind; dagegen werden die Schlußfolgerungen der Autoren wie auch ihre Bewertung der Bedeutsamkeit einzelner Tatbestände für die Durchsetzung oder das Scheitern von Reforminitiativen nicht ohne weiteres übernommen.

II. Verbandliche Vetomacht als Ursache von Steuerungsversagen

Pluralistischen Vorstellungen zufolge ist staatliche Politik die Resultante der Einwirkungen gesellschaftlicher Interessengruppen. Die auf diesem Hintergrund zu sehende und zunächst speziell auf das politische System der USA bezogene Vetogruppen-Theorie betont die Fähigkeit organisierter Interessen, staatlichen Reformplänen Widerstand entgegenzusetzen, so daß diese aufgegeben werden müssen. Im Gesundheitswesen sind es vor allem die Ärzteverbände, die in diesem Sinne Vetomacht ausüben könnten. Wir stellen also zuerst die Frage, ob die erwähnten empirischen Untersuchungen zeigen, daß die am Organisationsgrad und der Ressourcenverfügung gemessene Verbandsmacht die wichtigste Restriktion für politische Steuerbarkeit ist. Die Antwort ist negativ: die hier betrachteten Studien

sprechen übereinstimmend gegen die These, daß die wie eben definierte Verbandsmacht der wichtigste Grund für das Scheitern von Reformvorhaben ist. Insbesondere Immergut und Rosewitz & Webber setzen sich ausdrücklich mit der Vetomacht-These auseinander, wobei Rosewitz & Webber dieser These selbst ursprünglich sogar zuneigten. Immergut findet die Ursachen für das Scheitern von Reforminitiativen (bei vorausgesetzter gleicher Betroffenheit der Ärzte als Interessengruppe) in Besonderheiten der politischen Entscheidungsstruktur. Diese bestimmen die *Einflußchance* von Ärzteverbänden. Die von Rosewitz & Webber herausgestellten Erklärungsfaktoren liegen ebenfalls zum Teil in Merkmalen des politischen Systems, daneben aber auch in institutionellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems selbst (Selbstverwaltung).

Die Handlungsfähigkeit und die Verhandlungsmacht organisierter Interessen ist selbstverständlich nicht bedeutungslos. Mit der Organisation der Ärzteschaft ist ein gezielt einsetzbares Drohpotential (Streikdrohung) verbunden. Ohne verbandsmäßige Organisation sind ihr Prestige und allenfalls eine damit verbundene unorganisierte Meinungsführerschaft die einzigen Machtressourcen der Ärzte. Die Fähigkeit zur (verbandsmäßig unterstützten) Patientenmobilisierung, die 1961 im Zusammenhang mit dem ersten Versuch einer größeren Gesundheitsreform vom damaligen Bundeskanzler Adenauer offenbar als wichtige Drohung empfunden wurde (Webber 1988, 185 f.), hängt dabei mit dem Kosten-Nutzen-Profil eines Reformvorhabens zusammen; sie ist gering, wenn die Reform nur die Ärzteinteressen negativ berührt, aber relativ gut, wenn mit einer Reform zugleich Versicherteninteressen tangiert werden. Diese Kongruenz besteht z. B. beim Thema „freie Arztwahl“, aber auch, wenn ein Reformpaket den Ärzten Honorareinbußen und den Versicherten zugleich eine höhere Selbstbeteiligung zumutet. Ähnlich ist auch die Fähigkeit von Ärzteverbänden zur Mobilisierung ihrer eigenen Mitgliedschaft (und damit ihr Drohpotential) situationsabhängig; sie sinkt z. B. mit dem wachsenden Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft und mit zunehmender Heterogenität der Interessen verschiedener Ärztesgruppen. Auch ist wichtig, ob das partikularistische Gruppeninteresse und das wahrgenommene Interesse der Allgemeinheit gleichlaufend sind (wie bei Reformen zur Leistungsverbesserung) oder sich widersprechen: Im zweiten Fall müssen Verbände wesentlich mehr Machtmittel einsetzen, um sich mit ihren Wünschen durchzusetzen. Während dabei öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie insbesondere den Ärztekammern die Orientierung am allgemeinen Wohl normativ zugemutet wird, müssen private Verbände wie der Hartmannbund sich um eine entsprechende *Darstellung* ihres zentralen Partikularinteresses (in diesem Fall: der Freiberuflichkeit ärztlicher Tätigkeit) eigens bemühen.

Im internationalen Vergleich variiert die Handlungsfähigkeit und Verhandlungsmacht der Verbände im Gesundheitswesen im allgemeinen und von Ärzteverbänden im besonderen erheblich. Nach Döhler ist das Verbandssystem in den USA z. B. sehr fragmentiert, während das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik

durch die Existenz einer relativ kleinen Anzahl von starken Verbänden gekennzeichnet ist (Döhler 1989, 348); er sieht darin *einen* der Gründe für die im Vergleich zur Bundesrepublik geringere amerikanische Reformresistenz. Was die Ärzte betrifft, ist es in der Bundesrepublik vor allem die Existenz des machtvollen Spitzenverbandes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, die den Eindruck eines hohen Grades an zentralisierter Organisation vermittelt. Tatsächlich gibt es daneben eine Vielzahl anderer Ärzteverbände, die – vielleicht mit Ausnahme des Hartmannbundes – in den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen nur gelegentlich ein wichtiges Wort mitzusprechen haben. Die Fallstudien von Rosewitz & Webber zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und zum Vertrauensärztlichen Dienst (VÄD) zeigen überdies, daß es in der Bundesrepublik auch Ärztegruppen gibt, die keinen handlungsfähigen korporativen Akteur bilden. Die Amtsärzte des ÖGD und die Ärzte des VÄD nahmen infolgedessen an den Auseinandersetzungen über die sie unmittelbar betreffenden Reformen selbst nicht aktiv teil, sondern wurden zu ihren passiven Objekten.⁴

In Deutschland sind Ärzteverbände und andere Verbände von „Produzenten“ von Gesundheitsleistungen auf dem Wege freiwilliger Organisation und zumindest seit der Mitte des 19. Jahrhunderts meist mit dem Ziel kollektiver Interessenvertretung entstanden (Mayntz/Rosewitz 1988, 141–145). Sie sind jedoch überwiegend zur Verteidigung von Interessen, die sie als bedroht wahrnahmen, aktiv geworden. Wichtige Verbesserungen ihrer ökonomischen Lage und professionellen Position verdanken die deutschen Ärzte politischen Interventionen, die nicht sie herbeigeführt haben. Insbesondere ist die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung, die die „ökonomische Nische“ der niedergelassenen Ärzte und dann auch der Krankenhäuser entscheidend vergrößert hat, nicht nur ohne das Zutun, sondern sogar z. T. gegen den Widerstand von Ärztevereinen eingeführt worden. Mehrfach wurde die Ärzteschaft in Deutschland auch Nutznießer von machtpolitisch motivierten Interventionen, durch die die Regierung die Krankenkassen – als Bastionen der Arbeiterbewegung – zu schwächen suchte (Mayntz/Rosewitz 1988). In diesen Fällen war die Macht ärztlicher Interessenorganisation tatsächlich kein entscheidender Faktor. *Obwohl* die auf Organisation und Ressourcenverfügung beruhende Macht von Interessengruppen ein wichtiger Faktor ist, ist deshalb die Aussage gerechtfertigt, daß Verbändemacht nicht nur keine hinreichende Ursache für das Verhindern unerwünschter, sondern auch keine notwendige Ursache für das Durchsetzen der Gruppe dienlicher Reformen ist.

In der Bundesrepublik sind im übrigen genaugenommen nur der Hartmannbund und andere Ärzteverbände mit freiwilliger Mitgliedschaft „reine“, nämlich private Interessenorganisationen; die starke Stellung der Ärzteschaft beruht dagegen vor allem auf der Existenz der (öffentlich-rechtlichen) KVB, dem Spitzenverband der regionalen KVen, die mit Mitgliedzwang und einem gesetzlichen Vertretungsmonopol ausgestattet sind. Auch die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen

sind keine normalen Interessenverbände, insofern sie auf dem Versicherungszwang beruhen und ihre Aufgaben und interne Struktur (Selbstverwaltung der Kassen) öffentlich-rechtlich geregelt sind. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind für ein idealtypisches Vetogruppen-Modell allenfalls Grenzfälle; sie „passen“ analytisch eher zu einem Selbstverwaltungsmodell.

III. Selbstverwaltung

Die Steuerungsresistenz speziell des deutschen Gesundheitswesens wird gewöhnlich mit der hier etablierten Selbstverwaltung und/oder mit korporatistischen Entscheidungsstrukturen in Verbindung gebracht, weshalb die mit diesen Faktoren operierenden Erklärungsansätze gut an diesem Beispielfall erörtert werden können. Während dabei Rosewitz & Webber (1990) in ihren Schlußfolgerungen nur die Selbstverwaltung als Blockadefaktor thematisieren, nennt Döhler zur Erklärung der geringen Reformneigung des deutschen Gesundheitswesens sowohl die „Dominanz verbandlicher Selbstregulierung“ (als Governance-Struktur) wie die „korporatistische Konzertation“ (als Muster der Beziehung zwischen Staat und Verbänden; Döhler 1989, 353). Dabei wird der Eindruck erweckt, daß beide Faktoren in dieselbe Richtung wirkten; dasselbe gilt für Webber (1990), der zwar sowohl die „collective self-administration“ wie den „sectoral corporatism“ als Faktoren eines spezifisch bundesdeutschen strukturellen Immobilismus nennt, anschließend jedoch zwischen beidem nicht mehr differenziert. Das entspricht der verbreiteten Neigung, den Korporatismusbegriff recht umfassend zu verwenden. (Neo)Korporatismustheoretiker konzentrieren ihre Aufmerksamkeit auf *verflochtene Entscheidungsstrukturen* zwischen Staat und Verbänden und stellen diese Pluralismusmodellen einseitiger Beeinflussung gegenüber (vgl. Schmitter 1974; v. Alemann/Heinze 1979). Da handlungsfähige Verbände („private interest government“) eine *Voraussetzung* der „Konzertierten Aktion“ von Staat und Verbänden sind, erscheint die verbandliche Selbstregelung leicht als Komponente korporatistischer Strukturen und wird entsprechend dem Korporatismusbegriff subsumiert.⁵ Eine solche begriffliche Praxis ist gewiß dadurch gerechtfertigt, daß eine auf (berufs)ständische Traditionen zurückgehende Selbstverwaltung historisch gesehen tatsächlich Korporatismus genannt wird. Gerade am Beispiel des bundesdeutschen Gesundheitswesens läßt sich jedoch zeigen, daß es in steuerungstheoretischer Perspektive wichtig ist, zwischen der Selbstverwaltung/Selbstregelung eines gesellschaftlichen Sektors einerseits und dem Zusammenwirken von Staat und Verbänden bei der Entwicklung und Implementation sektoraler Politik andererseits zu unterscheiden (um dann u. U. nach den Beziehungen zwischen beiden zu fragen). Hier soll deshalb von korporatistischen Strukturen nur mit Bezug auf die Beteiligung von organisierten Interessen an der Formulierung und Ausführung politischer Entscheidungen gesprochen werden, während die staatlich konzedier-

te (und meist prozedural geregelte) autonome Regulierung eines gesellschaftlichen Bereichs durch Verbände dem als Selbstverwaltung gegenübergestellt wird.⁶ Daß eine staatlich konzedierte Selbstverwaltung die Möglichkeiten politischer Ad-hoc-Steuerung einschränkt, ist ohne weiteres evident, denn die Konzession der Selbstverwaltung (auch der prozedural geregelten!) impliziert zwangsläufig den Verzicht auf bestimmte Arten der Intervention. So wie Tarifautonomie heißt, daß der Staat auf die Möglichkeit der Festsetzung von Löhnen und Gehältern verzichtet, bedeutet die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, daß der Staat weder die Versicherungsbeiträge noch die Preise von Arzt- und Krankenhausleistungen setzen bzw. verändern kann. Infolge des Finanzierungsmodus von Gesundheitsleistungen über Krankenkassenbeiträge entfällt in der Bundesrepublik auch die Möglichkeit einer direkten Steuerung durch staatliche Finanzaufweisungen, die z. B. die britische Regierung gegenüber dem dortigen staatlichen Gesundheitsdienst hat.

Der Steuerungsverzicht bleibt allerdings partiell, denn die institutionellen Regelungen, auf denen die Selbstverwaltung eines gesellschaftlichen Teilbereichs beruht, sind grundsätzlich durch legislative Akte im Rahmen der jeweiligen Verfassung veränderbar – ob sie nun gleichsam im staatsfreien Raum entstanden (und lediglich gesetzlich *zulässig*) sind oder staatlicherseits geschaffen wurden; letzteres gilt für die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ebenso wie für die in der Reichsversicherungsordnung (RVO) festgeschriebenen Versicherungsleistungen. Wenn andere politische Interventionen nicht zulässig sind, die politischen Ziele (z. B. Beschränkung des Kostenanstiegs) jedoch gerade aufgrund der Funktionsweise der etablierten Selbstverwaltung verfehlt werden, erscheint eine Reform der institutionellen Struktur sogar als einzige Lösung. Derartige Strukturereformen⁷, die die Rechte wichtiger korporativer Akteure bzw. die Rechte, Privilegien und den Status der von ihnen vertretenen Klientel verändern würden, stoßen jedoch in aller Regel auf besonders heftigen Widerstand. Ganz abgesehen von den Implikationen für konkrete finanzielle, Zuständigkeits-, Macht- und Autonomieinteressen tangieren Vorhaben der Strukturereform das herrschende institutionelle Arrangement, das sich oft auch dann auf einen breiten und stabilen Konsens stützen kann, wenn an seinem derzeitigen Funktionieren Kritik geübt wird. Das gilt natürlich nicht nur für eine institutionalisierte Selbstverwaltung, sondern z. B. auch für den britischen National Health Service (NHS); während die selbstverwaltete Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik in den Worten Döhlers „einen schwer anfechtbaren Status als Modellfall einer historisch erfolgreichen und für die Sozialintegration bedeutsamen Errungenschaft“ hat, symbolisiert der NHS „Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit und Gleichheit“ (Döhler 1989, 351). Für die Bundesrepublik kommt sicher verstärkend hinzu, daß staatlich konzedierte Selbstverwaltung im Rahmen prozeduraler Regelungen in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen praktiziert wird und insofern durch einen gesellschaftlichen Grundkonsens abgesichert erscheint. Aller-

dings ist ein bestehender Konsens hinsichtlich eines bestimmten institutionellen Arrangements nicht unerschütterbar. Für Webber (1990) kann er z. B. durch den Anpassungsdruck internationaler Konkurrenz oder durch transnationale Normierung (EG) in Frage gestellt werden; daß diese Faktoren gerade für das Gesundheitswesen bisher kaum relevant gewesen sind, ist für ihn ein wichtiger Grund für die besondere Steuerungsresistenz dieses Sektors etwa im Vergleich zum deutschen Telekommunikationssystem.

Die grundsätzliche Möglichkeit der politischen Veränderung institutioneller Strukturen eröffnet eine wichtige Einflußchance. Die – vielleicht nur angedeutete – Interventionsdrohung kann, gerade wenn die Art des institutionellen Arrangements von den Betroffenen grundsätzlich für wünschenswert gehalten wird, zur Selbstregelung (oder sogar Selbstdisziplinierung) im Interesse der von der staatlichen Politik vertretenen gesamtgesellschaftlichen Bedürfnisse bzw. der Bedürfnisse der Leistungsabnehmer motivieren. Wie wirksam eine derart politisch induzierte Selbstregelung sein kann, zeigt eindrucksvoll die Fallstudie zur Reform des kassenärztlichen Vergütungsrechts von Rosewitz & Webber (1990, Kap. 5). Hier haben politische Appelle zur Kostendämpfung die KBV angesichts der von ihr (vermutlich recht realistisch) wahrgenommenen Gefahr einer grundsätzlichen Strukturveränderung durch staatliche Intervention dazu motiviert, sich auch gegen den Widerstand von Teilen der Kassenärzteschaft für eine (zeitweilig recht wirksame) Selbstbeschränkung bei den Honorarforderungen einzusetzen.

Wenn die Selbstverwaltung als Ursache einer eingeschränkten Steuerbarkeit des deutschen Gesundheitswesens bezeichnet wird, ist allerdings nicht nur von Art und Umfang der rechtlich übertragenen Regelungsbefugnisse die Rede. Vielmehr beziehen sich Autoren, die diesen Erklärungsfaktor thematisieren, in der Regel zusätzlich auf bestimmte Merkmale der konkreten Selbstverwaltungsstruktur.

Überdauernde Selbstverwaltungsstrukturen sind gewöhnlich staatlich abgestützt, selbst wenn sie nicht staatlich geschaffen wurden. Das gilt auch für das deutsche Gesundheitswesen. Seine wichtigsten korporativen Akteure – einerseits Organisationen der „Produzenten“ von Gesundheitsleistungen, andererseits die Krankenkassen – sind zwar ursprünglich nicht durch politisches Fiat entstanden, später jedoch gesetzlich verankert und politisch überformt worden, wobei ihre Zuständigkeiten und z. T. auch ihre interne Entscheidungsstruktur (bei den Kassen) rechtlich geregelt wurden. Im Modell korporatistischer Entscheidungsstrukturen erscheint die staatliche Abstützung als „Gegenleistung“ für die Mitwirkung der Verbände insbesondere beim Vollzug staatlicher Politik. Tatsächlich ist plausibel, daß korporative Akteure, die im langfristigen Gruppeninteresse auch gegen aktuelle Mitgliederwünsche entscheiden und disziplinierend vorgehen müssen, ständig durch Voice- und Exit-Reaktionen von Mitgliedern gefährdet sind; dem läßt sich durch die Verleihung eines öffentlich-rechtlichen Status und die gesetzliche Übertragung von Regelungsbefugnissen entgegenwirken. Allerdings kann die Existenz eines starken äußeren „Feindes“ – eine Rolle, die sowohl eine Gegenorganisation

wie auch der Staat selbst spielen kann – hierfür ein funktionales Äquivalent sein. So können sich Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen in kapitalistischen Gesellschaften auch ohne gesetzliche Regelung ihres Verhältnisses gegenseitig stabilisieren, solange ein ungefähres Machtgleichgewicht zwischen ihnen besteht. Die Fähigkeit zur verbandlichen Selbstregelung ist insofern nicht notwendig an eine staatliche Abstützung (öffentlich-rechtliche Verfassung) gebunden.

Im Gesundheitssystem stehen die Organisationen der Leistungsproduzenten (insbesondere die in KVen organisierten Ärzte, aber auch andere Ärzteverbände sowie die in der DKG organisierten Krankenhäuser) den in den Krankenkassen organisierten Leistungsabnehmern (oder Verbrauchern) gegenüber. „Selbstregelung“ findet in erster Linie in Verhandlungen *zwischen diesen Organisationen* statt. Rechtlich ist festgelegt, wer dabei gemeinsam mit wem worüber zu entscheiden hat – so die KBV zusammen mit den Spitzenverbänden der Kassen über die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (EBM), die regionalen KVen zusammen mit den Krankenkassen über die Honorarsumme (Gesamtvergütung) und die Kassen mit den Krankenhausträgern über die Pflegesätze. Damit ist in die Selbstverwaltung des bundesdeutschen Gesundheitswesens ein Zwang zur Kompromißbildung zwischen den Interessen der Leistungsanbieter und den Interessen der Versicherten eingebaut.

Innerhalb des Verhandlungssystems von Kassen und Produzentenverbänden sind die Gewichte jedoch nicht gleich verteilt. Durch die Gewährung eines Vertretungsmonopols für die KVen wird auf seiten der Ärzte die Verbändekonkurrenz für ein ganzes Spektrum von Fragen ausgeschaltet, während auf seiten der Krankenkassen eine wenn auch begrenzte Konkurrenz besteht, und zwar sowohl zwischen den RVO-Kassen (AOK, Betriebs- und Innungskassen) wie zwischen diesen und den Ersatzkassen. Sowohl auf nationaler wie auf regionaler Ebene ist dadurch die Position der organisierten Kassenärzte stärker als die der Kassen. Es kommt hinzu, daß die ihrerseits selbstverwalteten Krankenkassen in sich mit den fallweise durchaus konfligierenden Interessen von Gewerkschaftsvertretern (Versichertenvertretern) einerseits und Arbeitgebervertretern (als gleichermaßen belasteten Finanziers) andererseits fertigwerden müssen. Daß zur Kompromißbildung zwingende Verhandlungssystem ist damit auf Kassenseite bereits zweistufig. Wenn man noch eine Stufe tiefer blickt, findet man, daß die Interessen auf der Gewerkschafts- bzw. Versichertenseite ihrerseits keineswegs einheitlich sind; insbesondere geht es dabei um die potentielle Gegensätzlichkeit der Interessen der Versicherten an niedrigen Beitragssätzen einerseits und an hohen Leistungen ohne Selbstbeteiligung andererseits. Als Ergebnis dieser institutionellen Konfiguration läßt sich immer wieder eine gewisse Handlungsschwäche der Krankenkassen ausmachen, die in den Auseinandersetzungen relativ selten früh, eindeutig und nachdrücklich Stellung beziehen und auch keine eigenständige, machtvolle Lobby darstellen, die proaktiv Ziele formuliert und durchzusetzen versucht. Ja, man hat ge-

legentlich den Eindruck, daß die Krankenkassen fast eher eine Arena, ein Regime darstellen als einen handlungsfähigen korporativen Akteur.

Wie besonders Alber (1989 a) betont, ist das Verhandlungssystem des selbstverwaltenden Gesundheitswesens außerdem durch eine starke Differenzierung der relevanten Entscheidungsarenen gekennzeichnet. Nicht nur wird über die Preise ambulanter und stationärer Versorgung getrennt verhandelt; im ambulanten Sektor werden, wie schon angedeutet, Verteilungsfragen zwischen Ärztegruppen auf Bundesebene entschieden, wo über die Gebührenordnung verhandelt wird, Fragen des Einkommensniveaus jedoch auf regionaler Ebene, wo die jährlichen Honorarverhandlungen stattfinden. Da auf beiden Seiten auf Bundesebene *Dachverbände* agieren, die gegen den unmittelbaren Druck der „Basis“ relativ isoliert sind, während sie andererseits ihren regionalen Mitgliedsverbänden keinebindenden Vorschriften machen können, bedeutet die Differenzierung der Arenen eine Entkoppelung der verschiedenen Entscheidungsprozesse und damit ein niedrigeres Konfliktniveau.

Die Frage stellt sich nun, inwiefern diese internen Strukturmerkmale des Systems der Selbstverwaltung für die *Steuerbarkeit* des Gesundheitswesens von Bedeutung sind. Ein auf Kompromißbildung angelegtes Verhandlungssystem erweist sich leicht als unfähig zur Reform aus eigener Kraft, solange es nicht durch eine staatliche Interventionsdrohung von außen unter Druck gesetzt wird. Das zeigen sehr deutlich die Fallstudien zur Reform des VÄD und zu den Versuchen einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (Rosewitz/Webber 1990, Kap. 2 und 4); in beiden Fällen „versickerten“ Reformvorhaben, die den Selbstverwaltungsinstanzen zur Konkretisierung und Implementation überlassen wurden, in langwierigen Verhandlungsprozessen zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem. Gleichzeitig können selbstregelnde gesellschaftliche Teilsysteme negative externe Effekte produzieren, denen entgegenzuwirken der Staat sich aufgerufen fühlen mag. Aus beidem erwächst politisch wahrgenommener Steuerungsbedarf, der – gerade wenn die staatlichen Eingriffsmöglichkeiten beschränkt sind – zur Bildung verflochtener (korporatistischer) Entscheidungsstrukturen, zu Verhandlungen zwischen politischen und Selbstverwaltungsinstanzen motivieren mag.

Ein solcher empirischer Zusammenhang zwischen Selbstverwaltung und Korporatismus ist jedoch keineswegs zwangsläufig. Man würde ihn vor allem dort vermuten, wo ein gesellschaftlicher Teilbereich quasi monopolistisch strukturiert ist (Dominanz *eines* starken korporativen Akteurs anstatt eines in sich ausbalancierten Verhandlungssystems). In einem selbstverwaltenden Verhandlungssystem, das aus den organisierten Vertretern gegensätzlicher Interessen besteht, können sich dagegen leicht faktische Kooperationsbeziehungen herausbilden, die auf dem gemeinsamen Interesse an der Erhaltung des Verhandlungssystems als solchem beruhen und so selbst einen stärkeren Verhandlungspartner motivieren, sich (in Grenzen) entgegenkommend zu zeigen.⁸ Derartige Tendenzen besitzen eine Ähn-

lichkeit mit den Folgen, die in der Volkswirtschaftslehre der Marktform des Oligopols zugeschrieben werden und die man, in nicht-ökonomischer Terminologie, einen „Schoneffekt“ im Verhältnis zwischen den Oligopolisten (verbunden u. a. mit einem sinkenden Innovationspotential) und einen „Verteidigungseffekt“, einer verstärkt defensiven Haltung nach außen bezeichnen könnte.⁹ Die empirischen Untersuchungen, die hier als Materialbasis dienen, sind dieser Frage zwar nicht ausdrücklich nachgegangen, doch spricht manches dafür, daß die Stabilität der Verhandlungsbeziehungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen und die erwiesene Kompromißfähigkeit *im* System einen besonderen Widerstand gegen politische Interventionen bedingen, die das einmal gefundene Gleichgewicht stören könnten. Fallweise schränkt das die Bereitwilligkeit von korporativen Akteuren im Gesundheitssystem ein, in Verfolgung ihrer eigenen Interessen politische Interventionen zu provozieren – ein Eindruck, den die Nachkriegsgeschichte besonders hinsichtlich der Kassen vermittelt, obwohl gerade sie als schwächerer Verhandlungspartner solche Hilfe brauchen könnten. Man kann also zusammenfassend festhalten, daß nicht nur eine institutionalisierte Selbstverwaltung prinzipiell die politischen Steuerungsmöglichkeiten einschränkt, sondern daß möglicherweise bestimmte („oligopolistische“) Selbstverwaltungsstrukturen die Steuerbarkeit des betreffenden gesellschaftlichen Teilsystems zusätzlich vermindern können.

IV. Korporatismus

Im Gegensatz zu dem gewöhnlich angenommenen positiven Zusammenhang zwischen Selbstverwaltung und Korporatismus (im hier benutzten Wortsinn) müßte die Abschließungstendenz eines intern als Verhandlungssystem strukturierten gesellschaftlichen Teilbereichs die Entwicklung verflochtener Entscheidungsstrukturen zwischen Staat und Verbänden eigentlich eher behindern. Tatsächlich zeichnet sich das bundesdeutsche Gesundheitswesen auch nicht durch besonders wirkungsvolle korporatistische Entscheidungsstrukturen aus.¹⁰ Gewiß werden die Spitzenverbände von Ärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern, Pharmaindustrie usw. von dem zuständigen Bundesressort (meist das BMA) im Prozeß der Vorbereitung von Gesetzesinitiativen früher oder später konsultiert. Außerdem gibt es die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als mögliche Arena für Aushandlungsprozesse zwischen den Vertretern konfligierender Interessen unter Staatsbeteiligung. Aber die Konzertierte Aktion hat sich kaum zu einem Forum entwickelt, auf dem gesundheitspolitische Interventionen tatsächlich ausgehandelt würden, sondern dient bestenfalls dem staatlich vermittelten Interessenausgleich bei der letztlich nur „indikativen“ Planung von Preisveränderungen.¹¹ Auch was die Mitwirkung der Verbände bei der Gesetzesvorbereitung angeht, vermitteln die sehr detaillierten Rekonstruktionen von Rosewitz & Webber nicht den Eindruck, daß

gesundheitspolitische Gesetzesinitiativen wirksam zwischen federführendem Ministerium und Verbänden *ausgehandelt* würden. Die Verbände im Gesundheitswesen benutzen vielmehr offenbar häufig den Weg über ihnen nahestehende politische Parteien bzw. Parteiflügel, um ihre Meinung zur Geltung zu bringen. Die Entscheidungsprozesse, die zum Erfolg oder Scheitern gesundheitspolitischer Initiativen führen, sind durch wechselnde Koalitionsbildungen gekennzeichnet, anstatt nach einem festen Muster in Form von Verhandlungen zwischen Staat, Anbieterverbänden und Krankenkassen abzulaufen. Zumindest tentativ läßt sich schließen, daß eine konzentrierte und zentralisierte Form der Interessenorganisation zwar eine Voraussetzung für wirksame korporatistische Arrangements ist, daß *bestimmte Arten der Relationierung von starken Verbänden* ihr Zustandekommen aber behindern bzw. ihre Wirksamkeit einschränken können.

Bei den dennoch natürlich immer wieder stattfindenden, meist bilateralen Kontakten zwischen politischen Akteuren und Akteuren des Gesundheitssystems wird, wie in korporatistischen Arrangements generell, die Fähigkeit dieser Akteure zum strategischen Handeln wichtig. Vor allem die Strategiefähigkeit der KBV ist für Rosewitz & Webber ein wichtiger Erklärungsfaktor, insbesondere für das mehrfache Hinausschieben der Reform des kassenärztlichen Vergütungsrechts im Interesse der Kostendämpfung. Die Fähigkeit der KBV, honorarpolitische Konzessionen zu machen, ist für Webber (1989, 297) auch ein entscheidender Faktor dafür, daß im Rahmen der Blümschen Reformbemühungen „eine Reform ‚gegen die Ärzte‘ nie ernstlich in Erwägung gezogen wurde“. Die Strategiefähigkeit der KBV beruht dabei nicht nur auf der Zwangsmitgliedschaft der Kassenärzte in einer KV, sondern auch auf der bereits erwähnten relativen Autonomie, die die Führung eines *Dachverbands* den Mitgliedern gegenüber gewöhnlich genießt. Die andere Seite dieser Medaille ist jedoch die begrenzte Verbindlichkeit der KBV-Beschlüsse für die regionalen KVen, die die Tauschfähigkeit der KBV-Führung in Verhandlungen mit den Trägern staatlicher Reforminitiativen wieder einschränkt. Daß die Strategiefähigkeit der Krankenkassen dennoch eher geringer ist als diejenige der KBV, wurde im vorigen Abschnitt schon ausgeführt.

Strategische Handlungsfähigkeit müssen aber auch die staatlichen Akteure in wirksamen korporatistischen Arrangements besitzen. Daß dies eine problematische Voraussetzung sein kann, wird immer dann leicht übersehen, wenn der Staat in einer Analyse als unitarischer Akteur erscheint, was tendenziell in Korporatismusmodellen geschieht. Berücksichtigt man dagegen die institutionelle Differenziertheit im politisch-administrativen System, dann wird schnell deutlich, daß die Handlungsfähigkeit des Akteurs „Staat“ durch die interne Fragmentierung von Zuständigkeiten und durch verfassungsmäßig bestimmte Abhängigkeitsbeziehungen zwischen verschiedenen politischen Akteuren so stark beeinträchtigt werden kann, daß ein dezidiertes und einheitliches staatliches Reformwille gar nicht erst entsteht. Das verweist auf die Notwendigkeit, in einer Analyse von Verhandlungsbeziehungen zwischen Akteuren des politischen und des Gesundheitssystems

nicht nur die Differenziertheit des letzteren, sondern auch des ersteren zu berücksichtigen.

V. Politische Entscheidungsstruktur

Wie eingangs schon hervorgehoben, wird die entscheidende Ursache von gesundheitspolitischem Steuerungsversagen in mehreren der hier herangezogenen Arbeiten weder ausschließlich noch auch nur primär in institutionellen Merkmalen des Gesundheitssystems gesehen, sondern zugleich oder sogar primär in Merkmalen der politischen Entscheidungsstruktur. Ellen Immergut sieht in ihrer – allgemeiner formulierten – Analyse die entscheidende Bedingung dafür, daß die Macht der organisierten Ärzteschaft im politischen Entscheidungsprozeß wirksam werden kann, in der *institutionell* determinierten Abhängigkeit einer reformbedachten politischen Instanz (in der Regel: die politische Exekutive) von einer anderen politischen Instanz, bzw. von dem Geschehen in einer anderen politischen Arena, auf deren Zustimmung sie jedoch aufgrund *situativer* Gegebenheiten nicht sicher rechnen kann. Zu den Konstellationen, in denen Vetomacht *nicht* ausgeübt werden kann, gehört im Umkehrschluß die autonome Exekutive eines Präsidialsystems, in dem Reformmaßnahmen unabhängig von parlamentarischer Zustimmung durch den Präsidenten angeordnet werden können. Vetomacht kann auch nicht ausgeübt werden, wenn die Exekutive, die in ihrer Entscheidung vom Parlament abhängig ist, dort über eine stabile Mehrheit verfügt. Daß die Parlamentsmehrheit für die Reform votiert, hängt wieder davon ab, wie sicher sich die Mehrheitsfraktionen der Loyalität ihrer Wähler sein können. Konstellationen, in denen diese Voraussetzungen fehlen, bieten Einfallstore für die Vetomacht der organisierten Interessen. Ausschlaggebend ist also, ob die auf Reformen bedachten politischen Entscheider sich in einer erschütterbaren Machtposition befinden, was von der institutionalisierten Zuständigkeitsordnung und den geltenden Entscheidungsregeln einerseits und von situativen Gegebenheiten andererseits (z. B.: ist die Parlamentsmehrheit, von der die Regierung abhängig ist, labil?) abhängt. Eine dritte Bedingung, die besonders in der Analyse von Immergut deutlich wird, ist *der Zugang* der negativ betroffenen Interessengruppe zu der Arena, in der der Entscheider Unterstützung suchen muß. Was die Arenen Regierung und Parlament angeht, geht es dabei im wesentlichen um die Verflechtung der Interessenverbände bzw. der von ihnen vertretenen Klientel mit einzelnen politischen Parteien; außerhalb dieser Arenen geht es dagegen um ihre Möglichkeiten, die Wähler unmittelbar zu beeinflussen, was vor allem in der Schweiz eine Rolle spielt, wo gesundheitspolitische Fragen auch durch Referendum entschieden werden können. In der speziell auf die Bundesrepublik bezogenen Arbeit von Rosewitz & Webber werden die im politischen Bereich liegenden Ursachen für das Scheitern von Reforminitiativen in zwei institutionellen Besonderheiten gesehen, die generell die

Konsensbildungsnotwendigkeiten bei politischen Entscheidungen erhöhen. Einerseits handelt es sich um das Verhältniswahlssystem, das in der Regel zur Bildung von *Koalitionsregierungen* zwingt, andererseits um den *föderalistischen Aufbau* der Bundesrepublik.¹² Diese Merkmale der politischen Struktur beinhalten Entscheidungsregeln, die einzelnen politischen Akteuren Vetomacht verleihen. In Koalitionsregierungen ist das der Koalitionspartner, im Föderalismus der Bundesrat – sofern es sich um zustimmungspflichtige Gesetze handelt. Diese institutionalisierten Zustimmungserfordernisse sind erkennbar Sonderfälle der von Immergut in allgemeinerer Form ins Zentrum ihrer Erklärung gerückten Abhängigkeitsrelationen. Wie dort auch, gilt jedoch auch für die von Rosewitz & Webber herausgestellten politisch-institutionellen Erklärungsfaktoren, daß kontingente *situative* Bedingungen zusätzlich erforderlich sind, damit die Konsensbildungszwänge in der politischen Struktur zu einer Blockade von Reforminitiativen eines politischen Akteurs – hier in der Regel die größere Regierungspartei bzw. ein von ihr geleitetes Ressort (zuständigkeithalber gewöhnlich das BMA) – führen.

Was den „Blockadefaktor Koalitionsregierung“ angeht, ist die Zusatzvoraussetzung entweder eine ideologisch bedingte Verschiedenheit der Standpunkte in der fraglichen Angelegenheit oder (was oft genug zusammenfällt) interessenheterogene Klientelbeziehungen. In dieser Hinsicht finden sich in der Bundesrepublik nicht nur SPD und CDU, FDP und CDU *oder SPD*, und CDU und CSU bei gesundheitspolitischen Streitfragen meist in verschiedenen Lagern. Wie die von Rosewitz & Webber analysierten Fälle belegen, ist auch die CDU in dieser Hinsicht selten „eines Sinnes“, sondern muß Kompromisse zwischen ihrem Mittelstandsfügel und dem Flügel der CDU-Sozialausschüsse suchen. Positiv und allgemeiner läßt sich also die hier angesprochene Bedingung politischer Handlungsfähigkeit als „Interessenhomogenität der Klientel der jeweils regierenden Partei(en) in der zur Entscheidung anstehenden Frage“ bezeichnen.

Beim „Blockadefaktor Föderalismus“ sind die kontingenten Zusatzbedingungen (neben der allgemeinen Bedingung, daß eine Entscheidung überhaupt der Zustimmung des Bundesrats bedarf) entweder zuwiderlaufende Länderinteressen und damit *landespolitisch* motivierter Widerstand, oder ein *parteilich* motivierter Widerstand im Falle unterschiedlicher politischer Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat. Mit einem landespolitisch motivierten Widerstand haben insbesondere Reforminitiativen der Bundesregierung im Krankenhaussektor immer wieder zu tun gehabt. Ein gutes Beispiel bietet aber auch die Auseinandersetzung um die Zuweisung neuer präventiver Aufgaben (Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen) an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Rosewitz/Webber 1990, Kap. 3), die an der Weigerung des Bundesrates scheiterte, einer Grundgesetzänderung zuzustimmen, die dem Bund die für die geplante Regelung notwendige Gesetzgebungsbefugnis verschafft hätte. In diesem Fall mußte die Bundesregierung, um ihr primäres Reformziel, die gesetzliche Verankerung von Vorsorgeuntersuchungen, zu erreichen, den Weg über eine Veränderung der Reichsversiche-

rungsordnung (die in ihren Kompetenzbereich fällt) wählen, was unvermeidlich die Zuweisung der neuen Aufgaben an die niedergelassenen Ärzte zur Folge hatte.

Wenn institutionell bedingte Konsensbildungserfordernisse zwischen den an einem Entscheidungsprozeß beteiligten *politischen* Akteuren Steuerungsaktivitäten sozusagen in statu nascendi verhindern können, dann betrifft das zunächst lediglich die Handlungsfähigkeit der Steuerungsinstanz. Nicht das fehlende „Können“, sondern das fehlende „Wollen“ wäre dann verantwortlich, wenn keine Steuerung stattfindet; über die *Steuerbarkeit* des Gesundheitssystems ist damit noch nichts gesagt. Das gilt jedenfalls, solange man von einer sauberen Trennung zwischen (politischer) Steuerungsinstanz und dem Gesundheitssystem als Steuerungsobjekt ausgeht. Genau dieses erweist sich jedoch bei näherem Zusehen für Entscheidungsprozeßanalysen immer dann als fragwürdig, wenn ein Politikfeld durch eine hochgradige organisatorische Differenzierung sowohl auf staatlicher wie auf gesellschaftlicher Seite bei gleichzeitiger hoher Interdependenz der Akteure gekennzeichnet ist. Die detaillierten Fallstudien von Rosewitz & Webber zeigen, daß an den sich oft über Jahre hinziehenden Politikentwicklungsprozessen in aller Regel *von Anfang an* nicht nur Akteure des politischen Systems beteiligt sind, sondern auch Akteure, die in der einen oder anderen Form im Gesundheitssystem eine Rolle spielen und von denen fallweise auch die Initiative ausgehen kann.¹³ Politische und gesellschaftliche Akteure bilden dabei Koalitionen von Reformbefürwortern bzw. Reformgegnern; ob eine Reforminitiative durchsetzbar ist, entscheidet sich in diesem Koalitionsbildungsprozeß.¹⁴ Damit werden die Koalitionsbildungschancen zum zentralen Faktor für Steuerbarkeit bzw. Steuerungsresistenz.

VI. Koalitionen: Politikentwicklung im Netzwerk

Als Ausgangspunkt für die Analyse von Politikentwicklungsprozessen in hochgradig differenzierten Politikfeldern bietet sich das Konzept des Policy-Netzwerks an.¹⁵ Zu Recht setzen Laumann und Knoke (1987; 1989, 17–55) den Netzwerkansatz nicht nur von marxistischen, elitentheoretischen und pluralistischen Ansätzen, sondern auch vom korporatistischen Ansatz ab – obwohl auch korporatistische Entscheidungsstrukturen verflochtene sind. Im idealtypischen Fall, der durch das „klassische“ Verhandlungssystem Staat/Arbeitgeberverbände/Gewerkschaften repräsentiert wird, verbinden als korporatistisch bezeichnete Entscheidungsstrukturen *wenige* Akteure auf *stabile* Weise. Der Korporatismusbegriff wird allerdings oft auf jede Art von Verhandlungssystem ausgedehnt, an dem politische Akteure und sektorale Interessen beteiligt sind. Da es jedoch durchaus folgenreich ist, wenn an die Stelle einer klar konturierten Dreiecksbeziehung ein weitverzweigtes Netzwerk von Akteuren tritt, ist es auch sinnvoll, hier begrifflich

zu differenzieren. Deshalb wird im folgenden zwischen korporatistischen Entscheidungsstrukturen (stabile Beziehungen zwischen wenigen korporativen Akteuren, wobei die staatliche Seite als unitarischer Akteur darstellbar ist) und Netzwerkstrukturen unterschieden.¹⁶ Während die „Fronten“ in korporatistischen Strukturen dauerhaft sind, entstehen im Policy-Netzwerk tendenziell wechselnde Koalitionen.

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem mit seiner fest institutionalisierten Selbstverwaltungsstruktur ist sicher nicht das beste Beispiel für ein netzwerkartig strukturiertes Politikfeld. Dennoch lassen sich die Folgen solcher Strukturierung daran ansatzweise erkennen. So zeigen die in dem Buch von Rosewitz & Webber beschriebenen Koalitionen, d. h. die Ad-hoc-Bündnisse in den verschiedenen Phasen der nachgezeichneten Entscheidungsprozesse, ein erstaunliches Maß an Variabilität. Diese Variabilität ist eine doppelte: Erstens nimmt in der Regel jeweils nur eine Untermenge der Akteure an jeder Auseinandersetzung aktiv teil, und zweitens finden sich nicht immer dieselben Akteure gemeinsam in der Koalition der Reformgegner bzw. Reformbefürworter. So finden sich die Arbeitgeber einmal auf der Seite der Ärzteverbände, dann wieder auf seiten des BMA, das gegen die Ärzteverbände ein Reformvorhaben durchsetzen will. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind ähnlich manchmal im gleichen, dann wieder in entgegengesetzten Lagern zu finden. Der entscheidende Grund hierfür ist, daß *handlungsleitend* jeweils ganz spezifische Präferenzen bezogen auf einzelne konkrete Regelungsvorschläge sind.

Generell gibt es mindestens zwei Typen von Koalitionen, nämlich advokatorische (A repräsentiert die Interessen von B) und eigeninteressierte (A und B verfolgen dasselbe Ziel aus verschiedenen eigenen Gründen). Advokatorische Koalitionen (etwa zwischen Ärzteverbänden und FDP) setzen einigermaßen stabile Verflechtungen voraus. Diese ergeben sich entweder als Folge institutioneller Regelungen (so die Beteiligung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern an der Selbstverwaltung der Krankenkassen) oder durch Repräsentationsbeziehungen, wie sie insbesondere die politischen Parteien (aber auch die Bundesländer!) mit bestimmten Klientelgruppen verbinden. Döhler (1989, 353–355) nennt ausdrücklich die Verflechtung politischer Parteien mit gesellschaftlichen Interessen als einen Faktor, der die besondere Reformresistenz des deutschen Gesundheitssystems erklärt; aber auch bei Rosewitz & Webber spielt dieser Tatbestand eine wichtige Rolle. So gehören z. B. die niedergelassenen Ärzte als eine wichtige Kategorie von Freiberuflern zur anerkannten Klientel der FDP, die sich auch aus ideologischer Überzeugung für ihre Interessen, zumal für ihre Selbständigkeit einsetzt. Die Folge der Verflechtungen zwischen politischen und gesellschaftlichen Akteuren ist, daß jede denkbare politische Intervention, deren Begünstigungsprofil über alle davon berührten gesellschaftlichen Interessengruppen nicht völlig homogen ist, auch innerhalb des politischen Systems kontrovers sein wird. Unter diesen Umständen geraten gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zum Gegen-

stand von Koalitionsbildungen, die quer zur Grenze zwischen politischem System und gesellschaftlichem Regelungsfeld verlaufen.

Eigeninteressierte Koalitionen sind kontingenter und deshalb auch schwieriger vorherzusagen, da die jeweiligen Koalitionsmöglichkeiten hier keineswegs durch eine dauerhafte Interessenkonstellation festgelegt sind, die sich aus der organisatorischen Verankerung abstrakt definierter Gruppeninteressen (etwa der Ärzte an Einkommen, der Arbeitgeber an geringen Beitragszahlungen, der Versicherten an guter Versorgung und niedrigen Beiträgen) ergäbe, sondern durch ad hoc gebildete Präferenzen, in denen sich die antizipierten Auswirkungen des zur Debatte stehenden, konkreten Vorschlags niederschlagen. Außerdem können geplante gesundheitspolitische Maßnahmen in der Regel mehrere verschiedene, dabei teilweise sogar konfligierende Interessen bei ein und demselben korporativen Akteur berühren. Der DGB kann so als Akteur in einem gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß je nachdem die Interessen des Personals im Gesundheitswesen, die gegen eine Selbstbeteiligung gerichteten ökonomischen Interessen der versicherten Arbeitnehmer, ihr Interesse an Leistungsverbesserungen durch die Krankenversicherung und das oft genug damit konfligierende Arbeitnehmerinteresse an stabilen Beitragssätzen zur Geltung bringen wollen: welches dieser Interessen jeweils dominant und damit für die Stellungnahme des DGB entscheidend wird, hängt von der vorgeschlagenen Maßnahme selbst ab, die insofern eine Art Stimulus ist, der einzelne Komponenten eines latenten Interessenspektrums aktiviert.¹⁷

Die Situation wird besonders kompliziert, wenn ein gesundheitspolitisches Vorhaben eine Mehrzahl von Maßnahmen bündelt, die bei mächtigen korporativen Akteuren jeweils verschiedene und u. U. konfligierende Interessen aktivieren. Dabei werden derartige Maßnahmenpakete u. U. sogar absichtlich geschnürt, um allen Akteuren, deren Konsens oder zumindest Toleranz für die Verabschiedung notwendig ist, einen guten Grund zur Zustimmung zu geben, auch wenn jeder Akteur dafür eine andere Maßnahme in Kauf nehmen muß, die er als Einzelvorhaben ablehnen würde. Dies war wohl die Logik von Blanks erstem Versuch einer Gesundheitsreform. Was hier tatsächlich geschehen ist, war, daß für zentrale Akteure sich die ihnen zugemuteten „Kosten“ des Pakets als gravierender darstellen als der ihnen jeweils zugedachte Gewinn. So kam eine breite Koalition von Reformgegnern zustande, die infolge ihrer Verflechtung mit den zuständigen politischen Akteuren das Vorhaben zum Scheitern brachten (vgl. Webber 1988).

Die jeweils handlungsleitenden Interessen bzw. Präferenzen können noch in einer zweiten Hinsicht kontingent sein, sofern sie von situativen Faktoren beeinflusst werden. So kann das Arbeitnehmerinteresse an stabilen Beitragssätzen wachsen, wenn diese ein hohes Niveau erreichen und/oder das Lohnniveau nur wenig oder gar nicht steigt. Bei den Arbeitgebern (als Beitragszahlern) können die allgemeine Wirtschaftslage und der Konkurrenzdruck eine ähnliche Rolle spielen – Beispiele, auf die auch Alber (1990) hinweist. Durch Veränderungen in den interessenbestimmenden Randbedingungen kann so ein Akteur vom Reformbefürwor-

ter zum Indifferenten oder gar Reformgegner werden. Einen solchen Positionswechsel hat z. B. die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in der Auseinandersetzung um das Recht der Krankenhäuser, bestimmte ambulante Leistungen zu erbringen, vollzogen (Rosewitz/Webber 1990, Kap. 2). Während die DKG zunächst auf dem Hintergrund von Kapazitäts- und Personalengpässen aktiv für eine entsprechende Ermächtigung der Krankenhäuser eintrat, weil man davon eine Senkung der Verweildauer bei stationärer Behandlung erwartete, scherte sie aus der Reformkoalition aus, als sich infolge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG, 1972) die ökonomische Situation der Krankenhäuser verbessert und ihre Kapazität erhöht hatte und die Befürworter mit dem (immer noch nicht durchgesetzten) Reformvorschlag nunmehr auch gegen die Krankenhäuser gerichtete Kostendämpfungsziele verbanden. Dieses Beispiel zeigt zugleich, daß die zurückliegenden sektorspezifischen – hier also gesundheitspolitischen – Entscheidungen ein wichtiger Bestandteil der interessenbestimmenden Randbedingungen sind.

Häufig gehört auch das kollektive Verhalten relevanter nicht organisierter Gruppen zu den situativen Kontextbedingungen, die in issue-bezogene Interessen- und Strategieformulierungen eingehen. Im Rahmen eines kollektiven Entscheidungsprozesses sind Koalitionen zwar nur zwischen korporativen Akteuren möglich. Nicht organisierte Gruppen, ob es sich nun um die Produzenten oder die Verbraucher in einer gegebenen Leistungsbeziehung handelt, können jedoch durch kollektives Verhalten die Entscheidungssituation verändern und auf diese indirekte Weise auch die Strategien der korporativen Akteure beeinflussen. An den Verhandlungsprozessen zwischen den Koalitionsmitgliedern können sie dagegen nur auf dem Wege einer advokatorischen Interessenrepräsentation teilnehmen. Es handelt sich hier um zwei deutlich voneinander unterschiedene Arten der Einbringung eines Gruppeninteresses: Nur korporative Akteure können ihre Ziele explizit und präzise formulieren, und nur sie sind gegebenenfalls in der Lage, Abmachungen (Tauschgeschäfte, Stillhalteabkommen usw.) zu treffen – ein Argument, das aus der Korporatismusliteratur hinreichend bekannt ist. Korporative Akteure reagieren aber ihrerseits auf das kollektive Verhalten nicht organisierter Gruppen, so wie Spieler in einer Spielsituation ohne Kommunikation bzw. in einem Spiel gegen die Natur; es sind sozusagen Umweltbedingungen, auf die sie sich einstellen müssen, deren Veränderung sie zu antizipieren suchen und die sie auch beeinflussen können; aber diese Handlungen sind von einer besonderen Art von Unsicherheit geprägt, da weder Kommunikation noch Verhandlung und Vereinbarung möglich sind (vgl. Scharpf 1989).

Ohne eine explizite Berücksichtigung institutioneller Rahmenbedingungen erklären allerdings die Interessen korporativer Akteure weder die Koalitionsbildungen noch die Entscheidungsergebnisse. Zu diesem Rahmen gehören sowohl die Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnisse und prozedural geregelten Abhängigkeiten wie die Verflechtungen, die advokatorische Koalitionen begründen können. In formalen Netzwerkanalysen werden Akteure nur nach wenigen kategorialen

Merkmale (z. B. ob es sich um Verbände, Unternehmen oder politische Instanzen handelt) klassifiziert, während an relationalen Tatbeständen vor allem finanzielle und informationelle Beziehungen und gemeinsame Gremienmitgliedschaften erfaßt werden (so auch bei Laumann/Knoke 1987); das erlaubt es kaum, z. B. die prozeduralen Regelungen für die Verhandlungen zwischen Kassenverbänden und KBV bzw. regionalen KVen, die Unterschiede zwischen RVO-Kassen und Ersatzkassen oder Verflechtungsformen abzubilden, wie sie die Selbstverwaltung der Krankenkassen impliziert. Genau derartige institutionelle Gegebenheiten sind es jedoch, die die Unterstützungsbedürfnisse und Koalitionschancen strukturieren.

Wenn hier die Pluralität von Akteursinteressen und die Kontextabhängigkeit ihres jeweiligen Gewichts als Erklärungsfaktoren für variable Koalitionsbildungen in Policy-Netzwerken betont würden, dann heißt das natürlich nicht, daß korporative Akteure in dualistischen Verhandlungssystemen (wie dem Tarifverhandlungssystem) und in stabilen korporatistischen Entscheidungsstrukturen *keine* multiplen und kontextabhängigen Interessen hätten. In überschaubaren und fest institutionalisierten Akteurssystemen wirkt sich dieser Tatbestand jedoch anders aus, denn hier ist die gegenseitige Kenntnis der jeweiligen Handlungsziele und Konzessionsmöglichkeiten unter den Beteiligten relativ gut, so daß die Interaktion zwischen ihnen tatsächlich als Prozeß der Kompromißbildung bei gegebenen Präferenzen ablaufen kann; in korporatistischen Arrangements (im engen, definierten Sinne) ist es dabei meist auch keine wesentliche Verfälschung der Wirklichkeit, den staatlichen Akteur als Träger des Reformwillens und Repräsentanten des Gemeinwohls zu betrachten. Politikentwicklungsprozesse in stark differenzierten, netzwerkartig strukturierten Politikfeldern unterscheiden sich davon in mehrfacher Hinsicht.

Erstens besteht im Policy-Netzwerk zwangsläufig ein großes Informationsdefizit der einzelnen Akteure, was die Interessen, Intentionen und Konzessionsbereitschaft aller potentiellen Mit- und Gegenspieler angeht. Koalitionsbildungen und Verhandlungen im Policy-Netzwerk können deshalb kaum ebenso rational kalkuliert sein, wie es etwa das Verhalten der Parteien in Tarifverhandlungen ist. Auch der Initiator einer bestimmten Intervention ist offensichtlich häufig nicht in der Lage, korrekt die Widerstände bzw. das Ausmaß an Unterstützung abzuschätzen, die er finden wird; andernfalls hätte eine ganze Reihe von Reformversuchen in der Art, in der es geschehen ist, nicht unternommen werden dürfen. Unter diesen Umständen sind eine geschickte Selbstdarstellung und Informationspolitik u. U. wichtiger für den Gang der Ereignisse als faktische Ressourcenpotentiale – worauf auch Stinchcombe (1989, 127) hinweist, wenn er formuliert: „What flows along power networks is often persuasion, not resources.“

Wenn ein Politikfeld netzartig strukturiert, d. h. durch die Präsenz zahlreicher Akteure unterschiedlicher Art gekennzeichnet ist, die auf komplexe Weise durch Abhängigkeits- und Verflechtungsbeziehungen verbunden sind, dann müssen

zweitens issue-spezifische Akteurssysteme immer erst durch selektive Mobilisierung gebildet werden; genau das ist es, was der Verweis auf die Notwendigkeit der Koalitionsbildung impliziert. Insbesondere wirksame Abwehrkoalitionen müssen dabei mindestens *einen* politischen Akteur einschließen, dessen Konsens notwendig ist, damit eine gegebene Entscheidung fallen kann, und der daher *politische* Vetomacht besitzt. Grenzüberschreitende Koalitionsbildung wird so zur Voraussetzung von verbandlicher Vetomacht.

Entscheidungsprozesse im Policy-Netz können drittens auch nicht sequenzialisiert, d. h. in Phasen aufgeteilt werden, so daß der Bildung eines politischen Willens anschließend seine Durchsetzung in der Interaktion mit gesellschaftlichen Akteuren folgt.¹⁸ Willensbildung und Durchsetzung laufen vielmehr parallel zueinander in ein und demselben Prozeß ab. Dabei haben die wichtigsten Strategien des Aufbaus einer „winning coalition“ – sei es von Reformbefürwortern oder Reformgegnern – zur Folge, daß auch die Handlungsziele wenigstens teilweise zur Disposition gestellt werden müssen. Das ist am deutlichsten der Fall, wenn Koalitionen selbst zum Verhandlungsgegenstand werden; die hier fälligen „side payments“ sind, zumal auf seiten der Reforminitiatoren, oft genug Konzessionen hinsichtlich der geplanten Maßnahmen. Etwas anders akzentuiert kann man auch sagen, daß die Beeinflussbarkeit der Koalitionsbildung durch manchmal geringfügig erscheinende Modifikationen der vorgeschlagenen Maßnahmen die Formulierung der operationalen Reformziele zu einem strategischen *Instrument* der Koalitionsbildung werden läßt. Aber auch, wenn ein Reforminitiator eine starke Gegenkoalition durch den Wechsel der Entscheidungsarena zu umgehen sucht, wie das im bereits erwähnten Beispiel der Einführung von Vorsorgemaßnahmen der Fall war, wo eine geplante gesundheitspolitische Maßnahme als versicherungspolitische undefiniert und dadurch der Zustimmungspflicht der Bundesländer entzogen wurde, werden die Reformziele auf der Maßnahmenebene verändert. In den von Rosewitz & Webber analysierten, sich oft über viele Jahre hinziehenden und dabei immer wieder neu ansetzenden Reformprozessen, die z. B. eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, eine funktionale Neubestimmung des VAD oder Kostendämpfung anstreben, haben sich so die operationalen Ziele auf der Maßnahmenebene beständig verändert. Der kollektive Entscheidungsprozeß im Policy-Netzwerk ist nicht nur ein Prozeß der Kompromißbildung zwischen vorgegebenen divergierenden Präferenzen, sondern ist immer zugleich ein Zielbildungsprozeß: Zielbildung und Durchsetzung (bzw. Kompromißbildung) sind untrennbar miteinander verwoben. Damit kann die Zielbildung, das den Entscheidungsprozeß in Gang setzende „Wollen“, auch nicht mehr nur ganz bestimmten der beteiligten Akteure zugerechnet werden. Das *ganze* Akteursystem, Reformbefürworter wie Gegner, ist an der Zielbildung ebenso wie an der Durchsetzung beteiligt. Eine klare Unterscheidung von Steuerungssubjekt und Steuerungsobjekt wird damit praktisch unmöglich: In Policy-Netzwerken läßt sich

eine „Gesetzgeberperspektive“ nicht ohne Verfälschung der Wirklichkeit aufrechterhalten.

VII. **Schlußfolgerungen: Sektorale Organisationsstruktur und politische Steuerung**

Kehren wir zum Schluß zurück zur Ausgangsfrage. Sie galt, was angesichts der häufigen illustrativen Bezugnahme auf Aspekte gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse in der Bundesrepublik in Vergessenheit geraten sein könnte, *nicht* den Voraussetzungen für bzw. Widerständen gegen gesundheitspolitische Reforminitiativen in diesem Land, sondern sehr viel allgemeiner dem Zusammenhang zwischen sektoraler Organisationsstruktur und politischer Steuerbarkeit. Deshalb soll hier auch nicht etwa versucht werden, abschließend das relative Gewicht von Verbandsmacht, korporatistischer Entscheidungsverflechtung und Selbstregelung für den wechselnd erfolgreichen Widerstand gegen gesundheitspolitische Steuerungsversuche in der Bundesrepublik zu erörtern oder etwas über den Grad auszusagen, zu dem sich dieser Politiksektor einer netzartigen Binnenstruktur nähert. Vielmehr sei kurz resümiert, welche länder- und bereichsübergreifenden Lehren man in steuerungstheoretischer Perspektive gewinnen könnte.

In analytischer Hinsicht hat sich gezeigt, daß es notwendig ist, zwei Unterscheidungen zu treffen, die in der Literatur nicht systematisch gemacht werden, nämlich erstens zwischen Selbstregelung/Selbstverwaltung einerseits und korporatistischen = verflochtenen Entscheidungsstrukturen zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren andererseits, und zweitens zwischen Entscheidungsstrukturen, die *wenige* korporative Akteure aus Politik und Gesellschaft auf *stabile* Weise verbinden einerseits (= korporatistische Arrangements im engeren Sinne) und einer netzartigen Struktur von Politikfeldern, in denen zahlreiche und auf komplexe Weise verflochtene und interdependente Akteure anzutreffen sind und sich fallweise (issue-spezifisch) an Politikentwicklungsprozessen beteiligen.

Zu den verschiedenen Typen sektoraler Organisationsstruktur, die sich nach Einführung dieser Differenzierungen ergeben, wurden sodann einige Thesen entwickelt, die – *auch* im Hinblick auf das deutsche Gesundheitswesen – teilweise weitere empirischer Prüfung bedürfen.

Erstens hat sich gezeigt, daß die Existenz weniger, zentralisierter und nicht um Mitglieder konkurrierender formaler Organisationen im Regelungsfeld die Steuerungsresistenz wohl erhöhen mag, daß aber auch große, zentralisierte Verbände selten für sich allein verbandliche Vetomacht besitzen.

Zweitens ergaben sich Hinweise darauf, daß eine institutionalisierte sektorale Selbstregelung Ausbildung und Wirksamkeit korporatistischer Arrangements dann nicht stützt, sondern im Gegenteil behindern kann, wenn sich ein zur Abschließung neigendes, auf interne Kompromißbildung angelegtes Verhandlungssy-

stem aus gesellschaftlichen Akteuren bildet, das für alle daran Beteiligten als solches einen Wert darstellt.

Drittens wurde deutlich, daß Verbandsmacht, Kompromißbildungszwänge in korporatistischen Strukturen und konzedierte Selbstverwaltung als Ansätze zur Erklärung unterschiedlich ausgeprägter Steuerungsresistenz dann unzureichend sind, wenn ein Politikfeld auf staatlicher wie auf gesellschaftlicher Seite durch einen hohen Differenzierungsgrad bei gleichzeitig ausgeprägten Interdependenzen gekennzeichnet ist, d. h. eine Netzwerkstruktur aufweist. In diesem Fall sind die institutionell strukturierten, im übrigen aber doppelt kontingenten Koalitionsbildungschancen entscheidend für den Erfolg oder Mißerfolg politischer Reforminitiativen. Die Tatsache, daß die jeweiligen Koalitionen der Reformgegner und -befürworter strukturell unterdeterminiert sind, schränkt dabei die Möglichkeiten einer vorausschauenden, kalkulierten Strategiewahl der beteiligten Akteure ein.

Abschließend sollte noch einmal betont werden, daß die hier im Mittelpunkt der Überlegungen stehende Resistenz gegen politische Steuerungsversuche nicht mit mangelhafter Problemlösungsfähigkeit gleichgesetzt werden darf. Politische Steuerung ist eine mögliche Ordnungsform unter mehreren, und es ist nicht gesagt, daß ihre Problemlösungsfähigkeit der institutionalisierten Selbstverwaltung oder auch einer Marktordnung grundsätzlich überlegen sein muß. Wohl hat Alber (1989 b) auf der Basis von OECD-Daten zeigen können, daß über staatliche Budgetierung gesteuerte Gesundheitssysteme in der Tat tendenziell kostengünstiger und effizienter (gemessen an der Relation zwischen Mortalitätsraten und Gesundheitsausgaben) sind. Wegen der Schwierigkeit, valide Indikatoren zu finden, läßt das jedoch nur begrenzt einen Schluß auf die relative Leistungsfähigkeit unterschiedlich verfaßter Gesundheitssysteme zu.

Anmerkungen

- 1 Wie in dem früheren Aufsatz (MAYNTZ 1987) benutze ich auch hier einen engen, an die Existenz von Steuerungssubjekten gebundenen Steuerungs begriff; nach dieser terminologischen Konvention ist der Markt zwar eine Ordnungsform, aber kein Modus der Steuerung.
- 2 Mit dieser analytischen Differenzierung soll nicht die wichtige Tatsache verdeckt werden, daß der politische Reformwillen von den antizipierten Durchsetzungschancen beeinflußt wird.
- 3 Für hilfreiche Kommentare zum ersten Entwurf dieses Aufsatzes danke ich vor allem JENS ALBER, MARIAN DÖHLER, FRITZ W. SCHARPF und DOUGLAS WEBBER.
- 4 Auf die Gründe dafür, daß es z. B. keinen schlagkräftigen Verband der Amtsärzte oder auch der Vertrauensärzte gibt, kann hier nicht eingegangen werden; vgl. jedoch hierzu ROSEWITZ & WEBBER 1990, Kap. 3 und 4.
- 5 Diese Praxis mag besonders dann naheliegen, wenn die Akteure auf Verbandsseite öffentlich-rechtlich verfaßt sind und deshalb auch als „parastaatlich“ bezeichnet werden (so u. a. KATZENSTEIN 1987); damit wird leicht stillschweigend impliziert, daß derartige Selbstverwaltungskörperschaften letztlich doch nichts weiter als ein verlängerter Arm des Staates sind. Schon RONGE (1980) beharrt demgegenüber kritisch auf der Unterscheidung von Staatsinterventionismus, Korporatismus und Selbstverwaltung.
- 6 Vgl. auch die explizite Unterscheidung bei TRAXLER 1986, 45.

- 7 WEBBER (1988, 157) definiert Strukturreformen durch die „... Umverteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten im Hinblick auf die Finanzierung, die Bereitstellung und die Regulierung von medizinischen Leistungen.“
- 8 Für die Beziehung zwischen Vollzugsbehörden und Betrieben ist diese Tendenz zu Kooperation und Bargaining selbst bei einer formell hoheitlichen Beziehung schon lange empirisch nachgewiesen; vgl. z. B. MAYNTZ u. a. 1978.
- 9 Vgl. z. B. TIROLE 1988, Teil II; in der volkswirtschaftlichen Standardliteratur interessieren Oligopole als Formen eingeschränkter Wettbewerbs – siehe etwa SAMUELSON & NORDHAUS 1989, Kap. 24.
- 10 Vgl. auch RITTER (1990, 74): „Die Sozialrechtsordnung hat sich dafür entschieden, die Steuerungsprobleme im Wege der Kooperation zu lösen. (...) Das führt zu einem ausgefeilten System kooperativer Rechtserzeugung, aus dem der Staat sich weitgehend zurückgezogen hat.“ (Hervorhebung R. M.).
- 11 So urteilt etwa HENKE (1988, 135): „Die KAiG als korporatistisches Verhandlungssystem ist derzeit auf kurzfristige Problemlösungen im Sinne eines Krisenmanagements angelegt. Eine mittel- bzw. längerfristige Perspektive fehlt weitgehend.“ Vgl. auch DÖHLER 1989, 102 ff.
- 12 Diese beiden Faktoren spielen auch in KATZENSTEINS Erklärung des politischen Inkrementalismus in der Bundesrepublik eine zentrale Rolle; vgl. KATZENSTEIN 1987.
- 13 „In der einen oder anderen Form“ heißt, daß es sich nicht nur um die Organisationen von Leistungsanbietern – Ärztenverbände, KVen, Krankenhausverband, Apothekerverband usw. – und die verschiedenen Krankenkassen handelt, sondern auch um Arbeitgeberverbände (insbesondere BDA) und Gewerkschaften (DGB), die über die Selbstverwaltung der Krankenkassen ins System eingebunden sind.
- 14 In einem für ein institutsinternes Seminar verfaßten Arbeitspapier hat auch JENS ALBER (1990) Koalitionsbildung ins Zentrum der Analyse gestellt. Dabei operiert er allerdings nur mit wenigen „Schlüsselakteuren“, so daß z. B. der Staat als unitarischer Akteur erscheint.
- 15 In der Arbeit von DÖHLER wird dieses Konzept auch benutzt – allerdings nicht als Grundlage einer systematischen Untersuchung von Koalitionsbildungen; bei ROSEWITZ & WEBBER, wo in sämtlichen Fallstudien Koalitionen genau beschrieben werden, spielen weder sie noch das Konzept des Policy-Netzwerks begrifflich eine Schlüsselrolle.
- 16 Die begriffliche Unterscheidung zwischen korporatistischen Entscheidungsstrukturen und Policy-Netzwerken ist auch in der Netzwerkliteratur eher unüblich; die Begriffe sind im Gegenteil oft in einem ganz ähnlichen Sinne benutzt worden. MARSH & RHODES (1990, 20) führen dazu aus: „The policy networks literature is in large part a development of the literature on sub-governments . . . This approach . . . offered a critique of the pluralist model of decision-making and power distribution. . . . The emphasis then was upon the existence of close, closed and continuing relations between interest groups and Government which negotiated policy between them to their own mutual advantage. As such, it clearly implied an elitist power structure. The model was particularly starkly captured by the image of the 'iron triangle', with the interest group, the bureaucracy and the politicians linked by common interests in a positive sum game“.
- 17 Die Existenz ambivalenter und zugleich policy-abhängiger Interessen betont auch ALBER (1990); außerdem verweist er auf die Kontextabhängigkeit der je aktuellen Interessen – siehe hierzu in diesem Text weiter unten. LAUMANN & KNOKE (1989) zufolge aktivieren auch im amerikanischen Gesundheitssektor anstehende politische Entscheidungen jeweils eng umschriebene „constituencies“, die sich von Fall zu Fall stark unterscheiden, obwohl die übergreifende Cleavage-Struktur recht stabil bleibt (1989, 34).
- 18 In der Organisationsforschung ist das ein bekannter Tatbestand; vgl. die Untersuchung von WITTE (1968; WITTE u. a. 1988), und erst kürzlich die Auseinandersetzung mit MINTZBERG und WATERS (1990) in der Zeitschrift *Organization Studies*.

Literatur

- ALBER, JENS, 1989 a: Structural Reforms in the West German Health Care System. Konferenz der Universität Maastricht, „Structural Reforms of National Health Care Systems“, 33 S.
- ALBER, JENS, 1989 b: Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. In: *Journal für Sozialforschung* 29 (3), 259–284.
- ALBER, JENS, 1990: Überlegungen zur Analyse von Gesundheitspolitik. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln, 10 S.
- v. ALEMANN, ULRICH/ROLF G. HEINZE (Hrsg.), 1979: *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- DÖHLER, MARIAN, 1989: *Zwischen Markt und Staat. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in der Bundesrepublik, Großbritannien und der USA*. Dissertation Konstanz.
- HENKE, KLAUS-DIRK, 1988: Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KaiG). In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), *Neokorporatismus im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 113–157.
- IMMERGUT, ELLEN, 1990: *Political Arenas: The Effects of Representation on Health Policy*. MPIfG Discussion Paper 90/5.
- KATZENSTEIN, PETER J., 1987: *Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semi-Sovereign State*. Philadelphia: Temple University Press.
- LAUMANN, EDWARD O./DAVID KNOKE, 1987: *The Organizational State: Social Choice in National Policy Domains*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- LAUMANN, EDWARD O./DAVID KNOKE, 1989: *Policy Networks of the Organizational State: Collective Action in the National Energy and Health Domains*. In: Robert Perrucci/Harry R. Potter (Hrsg.), *Networks of Power: Organizational Actors at the National, Corporate and Community Levels*. New York: Aldine/De Gruyter, 17–55.
- MARSH, DAVID/R.A.W. RHODES, 1990: *Policy Communities, Policy Networks and Issue Networks: Beyond a New Typology*. Referat anlässlich des ECPR-Treffens im April 1990 in Bochum.
- MAYNTZ, RENATE, u. a. 1978: *Vollzugsprobleme der Umweltpolitik. Materialien zur Umweltforschung Band 4*, Wiesbaden: Kohlhammer.
- MAYNTZ, RENATE, 1987: *Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme – Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma*. In: Thomas Ellwein/Joachim Jens Hesse/Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft Bd. 1*, Baden-Baden: Nomos, 89–110.
- MAYNTZ, RENATE/BERND ROSEWITZ, 1988: *Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems*. In: R. Mayntz u. a.: *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt/Main: Campus, 117–179.
- MINTZBERG, HENRY/JIM WATERS u. a. 1990: *Studying Deciding: An Exchange of Views between Mintzberg and Waters, Pettigrew, and Butler*. In: *Organization Studies* 11 (1), 1–16.
- RITTER, ERNST-HASSO, 1990: *Das Recht als Steuerungsmedium im kooperativen Staat*. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 1, 50–88.
- RONGE, VOLKER, 1980: *Einführung*. In ders. (Hrsg.): *Am Staat vorbei. Politik der Selbstregulierung von Kapital und Arbeit*. Frankfurt/Main: Campus, 11–29.
- ROSEWITZ, BERND/DOUGLAS WEBBER, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt/New York: Campus.
- SAMUELSON, PAUL A./WILLIAM D. NORDHAUS, 1989: *Economics*. 13. Ausgabe, New York: McGraw Hill.
- SCHARPF, FRITZ W., 1989: *Games Real Actors Could Play: The Problem of Complete Information*. MPIfG Discussion Paper 89/9.
- SCHMITTER, PHILIPPE C., 1974: *Still the Century of Corporatism?* In: *Review of Politics* 36 (1), 85–131.
- STINGCOMBE, ARTHUR L., 1989: *An Outsider's View of Network Analyses of Power*. In: Robert Perrucci/Harry R. Potter (Hrsg.), *Networks of Power: Organizational Actors at the National, Corporate and Community Levels*. New York: Aldine/De Gruyter, 119–133.
- TIROLE, JEAN, 1988: *The Theory of Industrial Organization*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- TRAXLER, FRANZ, 1986: *Interessenverbände der Unternehmer. Konstitutionsbedingungen und Steuerskapazitäten, analysiert am Beispiel Österreichs*. Frankfurt/Main: Campus.
- WEBBER, DOUGLAS, 1988: *Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland*. In: *Leviathan* 16. Jg., 156–203.

- WEBBER, DOUGLAS, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17. Jg., 262–300.
- WEBBER, DOUGLAS, 1990: All Quiet on the West German Front? In: *West European Politics*, Bd. 13, im Druck.
- WITTE, EBERHARD, 1968: Phasen-Theorem und Organisation komplexer Entscheidungsverläufe. In: *ZfbF* 20, 625–647.
- WITTE, EBERHARD, u. a. (Hrsg.), 1988: *Innovative Entscheidungsprozesse: Die Ergebnisse des Projektes Columbus*. Tübingen: Mohr.