

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN  
Philosophische Fakultät III  
Institut für Sozialwissenschaften



## **DIPLOMARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades „Diplom-Sozialwissenschaftler“

### **Korporatistische Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen –**

*Ausdifferenzierung der korporatistischen Steuerung am Beispiel des  
Gemeinsamen Bundesausschusses*

Vorgelegt von:

**Marcel Holick**

Vorgelegt bei:

**Prof. Dr. Marian Döhler**

Berlin, 2006

## Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                                                                          |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung .....</b>                                                                                                  | <b>1</b>  |
| 1.1      | Fragestellung und Thesen .....                                                                                           | 2         |
| 1.2      | Aufbau und Struktur .....                                                                                                | 4         |
| <b>2</b> | <b>Theoretische Überlegungen.....</b>                                                                                    | <b>5</b>  |
| 2.1      | Korporatismus als Politikmuster .....                                                                                    | 5         |
| 2.2      | Varianten korporatistischer Politik.....                                                                                 | 9         |
| 2.3      | Motive für das Interesse des Staates an korporatistischen Arrangements.....                                              | 10        |
| 2.4      | Motive für das Interesse der Verbände an korporatistischen Arrangements.....                                             | 13        |
| 2.5      | Kritik an korporatistischen Arrangements und Problemlagen .....                                                          | 14        |
| <b>3</b> | <b>Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Korporatismus und Wettbewerb .....</b>                                       | <b>17</b> |
| 3.1      | Strukturelle Ausgangsbedingungen und korporatistische Steuerung im deutschen Gesundheitssektor .....                     | 17        |
| 3.2      | Korporative Koordination im Zuge der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen .....                                    | 26        |
| 3.3      | Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen .....                                                                        | 31        |
| 3.3.1    | <i>Beteiligte Akteure .....</i>                                                                                          | <i>35</i> |
| 3.3.2    | <i>Strukturelle Probleme und Abschaffung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen .....</i>                          | <i>36</i> |
| 3.4      | Steuerungswechsel in der Gesundheitspolitik – Reform der Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen.....                | 40        |
| 3.5      | Runder Tisch.....                                                                                                        | 45        |
| 3.6      | Auswirkungen des Steuerungswechsels auf die KVen und Krankenkassen .....                                                 | 50        |
| <b>4</b> | <b>Kompetenzerweiterungen des höchsten Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung.....</b>                                | <b>55</b> |
| 4.1      | Die Entwicklung bis zum BAK .....                                                                                        | 55        |
| 4.1.1    | <i>Der Zentralausschuss.....</i>                                                                                         | <i>55</i> |
| 4.1.2    | <i>Der Reichsausschuss.....</i>                                                                                          | <i>56</i> |
| 4.2      | Der BAK vor dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 .....                                                | 59        |
| 4.3      | Die systematische Aufwertung des BAK im Zuge der Kostendämpfungspolitik und der gesundheitspolitischen Spargesetze ..... | 60        |
| 4.3.1    | Bedeutung des BAK für die Regulierung des GKV-Leistungskataloges und Zusammensetzung .....                               | 67        |

|          |                                                                                                          |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3.2    | <i>Ausschuss Krankenhaus</i> .....                                                                       | 69         |
| 4.3.3    | <i>Koordinierungsausschuss</i> .....                                                                     | 71         |
| 4.4      | Staatlich verordnete Neuordnung der Selbstverwaltung seit 2004 –<br>Der Gemeinsame Bundesausschuss ..... | 73         |
| <b>5</b> | <b>Der G-BA als korporatistisches Regulierungsgremium</b> .....                                          | <b>76</b>  |
| 5.1      | Zusammensetzung und Struktur .....                                                                       | 77         |
| 5.2      | Aufgaben und Bedeutung des G-BA für den GKV-Leistungskatalog .....                                       | 80         |
| 5.3      | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit .....                                                       | 83         |
| 5.4      | Zur Rolle des Bundesgesundheitsministeriums für den G-BA .....                                           | 85         |
| 5.4.1    | <i>Selbstregulierung im Schatten staatlicher Hierarchie</i> .....                                        | 86         |
| 5.4.2    | <i>Konflikte mit dem Bundesgesundheitsministerium</i> .....                                              | 90         |
| 5.5      | Konfliktlinien und Kritik .....                                                                          | 92         |
| <b>6</b> | <b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b> .....                                                      | <b>97</b>  |
| <b>7</b> | <b>Ausblick</b> .....                                                                                    | <b>102</b> |
|          | <b>Literatur</b> .....                                                                                   | <b>103</b> |
|          | <b>Anhang</b> .....                                                                                      | <b>111</b> |

## 1 Einleitung

In Deutschland geht die Beteiligung von zentralisierten Interessensverbänden an der Politikformulierung und Implementation staatlicher Gesundheitspolitik bis in die Anfangsjahre der GKV zurück. Das deutsche Gesundheitswesen gilt mit seiner Vielzahl an spezifischen Gremien und Verfahren, die Verhandlungselemente aufweisen und die in der Gesundheitsversorgung allokativen und distributiven Wirkung entfalten, als ein Prototyp eines neokorporatistischen Verhandlungssystems (Lehmbruch 1988). Außerdem sind diese Verhandlungen von erheblicher Verbandslastigkeit geprägt (vgl. Webber 1988; Rosewitz/Webber 1990: 309ff.; Döhler/Manow 1995b: 33; Mayntz 1990), die auf der Funktionsfülle staatlich delegierter Aufgaben beruht. Durch zahlreiche Gesundheitsreformen seit den späten 1970er Jahren sind neben Institutionen der verbandlichen Selbstverwaltung weitere Gremien entstanden, die eine Einbindung der Interessensverbände des Gesundheitswesens in gemeinsame Entscheidungen mit staatlichen Akteuren bewirken sollen. Zu den Hauptaufgaben solcher Gremien gehören die Klärung von Ressourcenverteilungs- und Qualitätsfragen im Gesundheitswesen, des Weiteren haben sie die Funktion der Konsensbildung zwischen gesundheitspolitisch relevanten Akteuren im Prozess der Politikvorbereitung inne.

In den letzten Jahren zeichnet sich neben einer „Korporatisierung“<sup>1</sup> (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a; Döhler 2002: 32) im Gesundheitswesen als „gängige gesundheitspolitische Strategie“ (Döhler/Manow 1997: 119ff.; u. a. Alber 1992; Mayntz/Rosewitz 1988; Süllo 1982) zunehmend ein tief greifender Wandel in der politischen Steuerung des Gesundheitssektors ab, der in der Literatur auch als ein gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel (Gerlinger 2002; Rosenbrock/Gerlinger 2004) klassifiziert wird und durch den sich die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen des Korporatismus nachhaltig verändern. Mittels der Implementation von Wettbewerbs- und anderen Steuerungselementen in das Gesundheitssystem (z. B. Pauschalentgelte, Individualbudgets, Wettbewerb zwischen Krankenkassen) verfolgt der Gesetzgebers zunehmend die Intention, Leistungserbringer und Finanzierungsträger in ein Anreizsystem zu integrieren, „das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen bei der Erbringung, bei der Finanzierung und [...] auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu orientieren“ (Gerlinger 2002: 3).

---

<sup>1</sup> Der Begriff bezeichnet eine Reformstrategie des Staates, „in deren Kern der Versuch steht, die Kostenproblematik der GKV durch die Ausweitung der Kollektivvertragskompetenzen von Krankenkassen und Leistungsanbietern zu regeln“ (Döhler/Manow 1997: 119) und bei der die verbandlichen Strukturen im Gesundheitswesen im Sinne staatlicher Steuerungsziele instrumentalisiert werden können, also „den Prozess einer Organisationsveränderung“ (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 67).

## 1.1 Fragestellung und Thesen

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildet demzufolge die Tatsache, dass sich seit einigen Jahren ein Wandel in der Art und Gewichtung der politischen Steuerung im Gesundheitswesen vollzieht. Auf der einen Seite intervenierte der Gesetzgeber im Zuge der Gesundheitsreformen in den Regelungsbereich der Selbstverwaltung, begrenzte Entscheidungsspielräume korporatistischer Verhandlungsgremien und schwächte damit auch den einstmals großen Einfluss der relativ autonomen gemeinsamen Selbstverwaltung (Noweski 2004: 1). Auf der anderen Seite kann sogar ein partieller Bedeutungszuwachs korporatistischer Steuerungsinstrumente verzeichnet werden. Außerdem setzt sich auch der Trend zur staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an zentralisierte korporatistische Steuerungsgremien, die durch Verhandlungen unter staatlichen Rahmenvorgaben kollektiv verbindliche Beschlüsse fassen, fort (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 254).

Ein solches korporatistisches Steuerungsgremium, das für den Gesundheitssektor eine zentrale Bedeutung einnimmt und dessen Vorgänger bereits im Zuge der Kostendämpfung eine Aufwertung seiner Steuerungskompetenzen erfuhr (u. a. Döhler/Manow-Borgwardt 1992b), ist der Gemeinsame Bundesausschuss, der im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 geschaffen wurde und die Rechtsnachfolge seiner Vorgängerausschüsse antritt. Mit dieser Zusammenlegung führte der Gesetzgeber die Ausweitung der Selbstverwaltung auf den stationären Bereich, die Qualitätssicherung sowie die verstärkte Koordination zwischen den Selbstverwaltungsorganen weiter. Ferner erfolgt zunehmend eine Verlagerung von Entscheidungen über die Ressourcenverteilung auf dieses Verhandlungsgremium, denn der G-BA trifft im Hinblick auf das Leistungsrecht der GKV weit reichende Entscheidungen und steht den wettbewerblich dezentralen Steuerungselementen als ein zentrales korporatives Gremium gegenüber.

Da bis jetzt nur eine überschaubare Anzahl sozialwissenschaftlicher Studien (vgl. u. a. Döhler/Manow-Borgwardt 1992b; Greß/Niebuhr/Wasem 2003; Urban 2001) über den BAK angefertigt wurden und bis dato es an sozialwissenschaftlichen Analysen des G-BA fehlt, soll diese Arbeit u. a. einen Beitrag dazu leisten, den G-BA als das wichtigste und zentralste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu identifizieren und dessen aktuelle Bedeutung für den deutschen Gesundheitssektor herauszuarbeiten. So soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit dargestellt werden, dass dieser Ausschuss eine Schlüsselposition bei der korporativen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens einnimmt. Dabei zieht diese Arbeit ihr Substrat weitgehend aus den aktuellen Internetdarstellungen dieses Verhandlungsgremiums, aber auch aus diversen Artikeln und Erfahrungsberichten der in diesem Gremium teilnehmenden Verbände.

Die kurz angeschnittenen Entwicklungstendenzen lassen die These zu, dass die Bedeutung korporatistischer Verhandlungen trotz der Zunahme der Bedeutung von Wettbewerbselementen im deutschen Gesundheitssystem nicht abgenommen hat, sondern dass diese im Rahmen der gesundheitspolitischen Steuerungsstrategie eher ihren Monopolcharakter verloren haben. Es kann demzufolge aufgrund der parallel existierenden Steuerungsformen eine Hybridisierung der gesundheitspolitischen Steuerungsstrategie unterstellt werden, die zum einen auf korporatistische und zum anderen auf wettbewerbliche Steuerungselemente bzw. auf die Schaffung ökonomischer Anreizsysteme setzt. Da sich die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen des Korporatismus im Gesundheitswesen nachhaltig verändert haben, soll im Zuge dieser Arbeit gezeigt werden, dass sich auch die Art der korporatistischen Steuerung verändert hat, ohne dass sie Wettbewerb ausschließt. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, was sich an der korporatistischen Steuerung geändert hat.

Weiterhin kann die These aufgestellt werden, dass sich in der korporatistischen Steuerung ein inhaltlicher Wandel vollzieht. Dieser gestaltet sich in der Art, dass einerseits ein Niedergang der Makrokonzertierung, d. h., der Verbändeintegration im politischen Willensbildungsprozess zu verzeichnen ist. Andererseits aber durch die Zentralisierung und Vereinheitlichung von Steuerungskompetenzen in der gemeinsamen Selbstverwaltung, die mit der Stärkung und dem Ausbau der Bundesausschüsse und der partiellen Aufwertung der Krankenhausgesellschaften einhergeht, eine Fortsetzung des konstatierten Trends der Korporatisierung der politischen Steuerung in der GKV unterstellt werden kann. Der inhaltliche Wandel ist folglich dadurch gekennzeichnet, dass staatlicherseits nicht mehr in korporatistischen Makrokonzertierungsgremien Steuerungs- und Lösungspotentiale gesehen werden, wie dieses noch in der damaligen Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen üblich war, sondern zunehmend in Ressourcenverteilungs- und Qualitätsfragen im Gesundheitswesen. Daher kann unterstellt werden, dass es in den letzten Jahren einen Bedeutungswandel des Korporatismus im Gesundheitswesen gegeben hat, weg vom Korporatismus als System politischer Willensbildung in Form einer Makrokonzertierung, hin zu einer Ausdifferenzierung des Korporatismus als Form der Ressourcensteuerung. So steht nicht mehr die Beteiligung der Verbände in korporatistischen Gremien im Rahmen der Politikformulierung im Vordergrund staatlicher Handlungslogik, sondern die zunehmende Klärung von Detailfragen in korporatistischen Verhandlungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Auch drückt sich der Wandel der gesundheitspolitischen Steuerung dergestalt aus, dass die bisherigen Bundesregierungen neben einer korporatistischen Steuerung zugleich, durch die zunehmende Implementation von marktähnlichen Steuerungselementen, auf eine Wettbewerbssteuerung als zweites Standbein in der gesundheitspolitischen Steuerung setzen.

## 1.2 Aufbau und Struktur

Zunächst wurden neben einleitenden Bemerkungen die zu erörternde Fragestellung und Thesen vorgestellt, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden sollen.

In dem sich direkt anschließenden zweiten Kapitel wird ein kursorischer Überblick über die Grundmerkmale und Dispositionen des Korporatismus gegeben und der Schritt einer begrifflichen Abgrenzung angestrebt. Das zu entwickelnde Begriffsverständnis soll als Orientierung für die weitere begriffliche Verwendung im Rahmen dieser Arbeit dienen. Auch werden markante Motive, verbandlicher- wie auch staatlicherseits, für den Rückgriff auf korporatistische Verhandlungsstrukturen und immanente Konfliktlinien dargestellt.

Im darauf folgenden dritten Kapitel findet eine Auseinandersetzung mit der gesundheitspolitischen Steuerung und deren Wandel statt, wobei der Fokus, aufgrund des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit, auf die korporatistische und wettbewerbliche Steuerung gesetzt wird. Zunächst werden zur Verständnisuntermalung einleitende Bemerkungen zu den Möglichkeiten staatlicher Steuerung und den generellen strukturellen Ausgangsbedingungen des Gesundheitswesens vorgenommen. Dabei wird in groben Zügen auf die korporative Koordination im Zuge der Kostendämpfungspolitik eingegangen, die anhand des Beispiels der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plastiziert werden soll. In diesem Kontext werden die Funktionsweise, Zielstellung und Teilnehmer dieses Gremiums vorgestellt und Gründe aufgezeigt, die zu dem in der Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommenen Kälteschlaf der KAiG sowie zum abnehmenden Interesse des Gesetzgebers an dieser und zu ihrer letztendlichen Abschaffung geführt haben.

Neben dem Steuerungswandel und dessen Auswirkungen auf einzelne Akteursgruppen soll in einem kurzen Abriss der Runde Tisch als ein vorläufig letzter Versuch einer Makrokonzertierung im Gesundheitswesen charakterisiert werden.

Das sich anschließende vierte Kapitel rekonstruiert anhand der Institutionengeschichte die Stufen und Maßnahmen der sukzessiven Kompetenzausweitung des zentralen Entscheidungsgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bzw. dessen Nachfolger dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im fünften Kapitel wird der G-BA als ein korporatistisches Regulierungsgremium charakterisiert, wobei die immense Stellung und Bedeutung dieses Gremiums im bzw. für den Gesundheitssektor herausgearbeitet wird. Dabei wird neben den Aufgaben, der Zusammensetzung, der Funktionsweise und Problemlagen dieses Bundesausschusses auch auf die Rolle des Staates bei diesem eingegangen. In einem sechsten Kapitel werden die eingangs formulierten Überlegungen zum Gegenstand der Reflektion gemacht und Schlussfolgerungen gezogen. In einem sich anschließenden siebenten Kapitel wird ein Ausblick gegeben.