

Wolfgang Schroeder
Robert Paquet (Hrsg.)

Gesundheitsreform 2007

Nach der Reform
ist vor der Reform

BUNDESTAG GRUNDGESETZ POLITISCHES SYSTEM EUROPÄISCHE UNION
WAHLEN VERFASSUNG INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN POLITISCHE THEO
RIE PARTEIEN INSTITUTIONEN POLITISCHE KULTUR POLITISCHE ELITEN
PARLAMENTARISMUS DEMOKRATIE MACHT REGIERUNG VERWALTUNG FÖDER
ALISMUS POLITISCHE SOZIOLOGIE GLOBALISIERUNG POLITISCHE KOMMU
NIKATION PARTEIENSYSTEM RECHTSSTAAT GERECHTIGKEIT STAAT POLI
TISCHE ÖKONOMIE POLITIK BUNDESTAG GRUNDGESETZ POLITISCHES
SYSTEM EUROPÄISCHE UNION WAHLEN VERFASSUNG INTERNATIONALE
BEZIEHUNGEN POLITISCHE THEORIE PARTEIEN INSTITUTIONEN POLI
TISCHE KULTUR POLITISCHE ELITEN PARLAMENTARISMUS DEMOKRATIE
MACHT REGIERUNG VERWALTUNG FÖDERALISMUS POLITISCHE SOZIOLOGIE
GLOBALISIERUNG POLITISCHE KOMMUNIKATION PARTEIENSYSTEM RECHTS
STAAT GERECHTIGKEIT STAAT POLITISCHE ÖKONOMIE POLITIK BUNDES
TAG GRUNDGESETZ POLITISCHES SYSTEM EUROPÄISCHE UNION WAH
LEN VERFASSUNG INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN POLITISCHE THEORIE
PARTEIEN INSTITUTIONEN POLITISCHE KULTUR POLITISCHE ELITEN



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Wolfgang Schroeder · Robert Paquet (Hrsg.)

Gesundheitsreform 2007

Wolfgang Schroeder
Robert Paquet (Hrsg.)

Gesundheitsreform 2007

Nach der Reform
ist vor der Reform



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009

Lektorat: Frank Schindler

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist Teil der Fachverlagsgruppe
Springer Science+Business Media.

www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Krips b.v., Meppel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-531-15984-3

Inhalt

<i>Robert Paquet und Wolfgang Schroeder</i> Vorwort	9
--	---

<i>Robert Paquet und Wolfgang Schroeder</i> Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse	11
--	----

Regierung

<i>Wolfgang Schroeder</i> Experimentelles Regieren unter den Bedingungen der Großen Koalition	30
---	----

<i>Robert Paquet</i> Motor der Reform und Schaltzentrale: Die Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit in der Gesundheitsreform 2007	32
--	----

<i>Hartmut Reiners</i> Die Bundesländer bei der Reform der GKV	50
---	----

Parteien

<i>Nils Bandelow und Mathieu Schade</i> Konsens im Dissens? Konflikte in der Gesundheitsreform der Großen Koalition	58
---	----

<i>Wolfgang Schroeder</i> Die SPD und die Gesundheitsreform 2007: Vom Gesundheitsfonds zur Bürgerversicherung?	77
--	----

Arijana Neumann

Die Union zwischen Gesundheitsfonds und Rettung der PKV 89

Andreas Brandhorst

Bündnis 90/ Die Grünen und die Gesundheitsreform 2007: Das harte Brot der Opposition 103

Kassen

Andreas Hänlein

Zur Verfasstheit gesetzlicher und privater Krankenversicherungsunternehmen nach der Gesundheitsreform 2007 112

Robert Paquet

Krankenversicherung im Umbruch 118

Robert Paquet

Gesundheitsreform 2007: Die Kassen unter Druck 126

Timm Gennet

PKV und die Gesundheitsreform 2007: Verhinderung eines „schleichenden Todes“ 136

Leistungsanbieter

Robert Paquet

Herausforderungen für die Leistungserbringer: Von Kollektiv- zu Einzelverträgen 147

Detlev Heins

Die Krankenhäuser und die Gesundheitsreform 2007 152

Dominik von Stillfried und Stefan Gräf

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Gesundheitsreform 2007 159

Thomas Brauner

Die pharmazeutische Industrie und die Gesundheitsreform 2007 175

Selbstverwaltung und gesellschaftliche Interessen

Wolfgang Schroeder

Soziale Selbstverwaltung: Von der klassischen Beteiligungs- zur professionalisierten Effizienzinstitution? 188

Volker Hansen

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und die Gesundheitsreform 2007 198

Knut Lambertin

Die Gewerkschaften und die Gesundheitsreform 2007 204

Dorothea Bronner

Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Gesundheitsreform 2007: Auch künftig Organ der Selbstverwaltung 211

Stephan Etgeton

Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss 222

Wissenschaft und Medien

Rudolf Speth

Kommunikation von Reformen am Beispiel der Gesundheitsreform 2007 229

Andreas Lehr und Jutta Visarius

Gesundheitspolitik und neue kommunikativ-mediale
Entwicklungsmuster 237

Jürgen Wasem

Wissenschaftliche Politikberatung und Gesundheitsreform 2007 247

Anhang

Vergleich: „Eckpunkte“ und GKV-WSG 256

Dokumentation: Beschluss des CDU-Parteitages vom 1. Dezember
2003 in Leipzig: „Deutschland fair ändern.“ (Auszug) 262

Dokumentation: Beschluss des SPD-Parteitages vom 17.-19.
November 2003 in Bochum: „Unser Weg in die Zukunft.“
(Auszug) 268

Dokumentation: Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom
11. November 2005: „Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und
Menschlichkeit.“ (Auszug) 272

Chronik der Gesundheitsreform 2007 277

Die handelnden Personen 302

Glossar 320

Abkürzungsverzeichnis 329

Autoren 331

Vorwort

Die Gesundheitsreform 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-WSG) zielt im Kern auf eine Reform des Finanzierungsmodus und der Institutionenordnung des bundesdeutschen Gesundheitssystems. Der Gesundheitsfonds, die Entmachtung der Verbände der Krankenkassen sowie die neue Bedeutung einzelvertraglicher Regelungen zwischen den Kassen und Leistungsanbietern werden die Akteurslandschaft dieses Politikfelds massiv verändern. Dieser Prozess ist bereits im vollem Gange. Während sich die traditionellen Verbände bzw. Kollektivakteure der Gesundheitspolitik in diesen Gesetzgebungsprozess lautstark und offensiv einbrachten, weil sie sich herausgefordert fühlten und um ihren Platz kämpfen mussten, interessierte sich die breite Öffentlichkeit vergleichsweise wenig für diese Reform. Dabei steht jedoch eines fest: Rückblickend wird man konstatieren, dass mit diesem Gesetz der Weg zu einer grundlegend neuen Akteurskonstellation in der deutschen Gesundheitspolitik eröffnet wurde. Denn einer deutlichen Schwächung der Verbände steht die gestärkte Steuerungsfähigkeit des Staates sowie eine zunehmende Marktorientierung und Eigenständigkeit der einzelnen Kassen gegenüber. In diesem Band befassen wir uns mit der Rolle, dem Selbstverständnis und den Strategien der wesentlichen Akteure des deutschen Gesundheitswesens. Im Zentrum steht die Frage, wie sie die Reform beeinflusst haben und wie sie selbst von dieser Reform beeinflusst worden sind.

Ausgangspunkt für dieses Buch war ein Workshop, der von den Herausgebern im September 2007 in Berlin mit Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung und des BKK Bundesverbandes durchgeführt wurde. Teilgenommen haben zentrale Handlungsträger des Gesetzgebungsprozesses, die aus ihrer Perspektive die Entstehung, Bedeutung und Wirkungen des GKV-WSG reflektiert haben. Da „gutes Regieren“, und das heißt hier konkret die solide Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, maßgeblich von den beteiligten Personen und ihrem „Rollenverständnis“ abhängt, ist es unabdingbar, sich mit ihrer Wahrnehmung der Prozesse auseinanderzusetzen. Dies geschieht in dieser Studie nicht alleine in historischer Perspektive, sondern als zukunftsorientiertes Lehrbeispiel für Regierungshandeln unter den Bedingungen einer hochkomplexen Akteurskonstellation.

Mit dem 2009 bevorstehenden Inkrafttreten der wesentlichen Regelungen der Gesundheitsreform entwickelt sich aber nicht nur ein Wandel der Institutionen und ein Paradigmenwechsel in der politischen Steuerung hin zu mehr Staat, sondern auch eine andere Form des Wettbewerbs. Welche Konsequenzen hat die partielle Verstaatlichung der Gesundheitspolitik? Welche neuen Vertragsgestaltungen und Vertragspartnerschaften bilden sich heraus? Welche Rolle spielen zukünftig die verschiedenen Verbände? Wer sind die Gewinner und Verlierer? Gemäß dem Motto „Nach der Reform ist vor der Reform!“ skizzieren wir mit diesem Band zugleich die Bedingungen für die nächste Reformrunde, die sicher in der kommenden Legislaturperiode folgen wird. Deren Inhalt wird maßgeblich geprägt sein durch die in diesen Beiträgen dargestellten Interessen und Deutungen.

Dieses Buch ist das Ergebnis einer beeindruckenden Teamleistung. An erster Stelle möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren bedanken, die durch ihre Texte die Basis für das Gelingen dieses Projektes gelegt haben. Zu danken ist aber gleichermaßen dem Redaktionsteam: Ohne den unermüdlichen Einsatz von Florian Albert, Marike Bartels, Robert Fischbach, Samuel Greef, Arijana Neumann, Michael Reschke, Tanja Schöttner, Andreas D. Schulz und Susanne Wilhelm wäre dieses Werk in dieser vergleichsweise überschaubaren Zeit nicht zustande gekommen.

Wolfgang Schroeder (Kassel)
1. September 2008

Robert Paquet (Berlin)

Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse

Robert Paquet / Wolfgang Schroeder

Während in der Renten- und Arbeitsmarktpolitik zwischen 2001 und 2007 weitreichende Veränderungen der Strukturen, Leistungen und Ergebnisse mit wenigen Paukenschlägen durchgesetzt wurden, sind die Veränderungen in der Gesundheitspolitik eher schleichend. Sicher gab es auch in diesem Politikfeld in den letzten Jahren viele Veränderungen, die aber weitgehend in der Logik der Kostendämpfungspolitik verharrten. Die Gesundheitsreform 2007 unterscheidet sich davon deutlich und bricht aus dieser Entwicklungslogik aus. Zwar lässt sie den Leistungsbereich, der normalerweise die Bürger am stärksten interessiert, praktisch unberührt. Durch die Änderungen im Finanzierungssystem und die Organisationsreform der Krankenversicherung führt sie jedoch zu einer grundsätzlichen Strukturveränderung, die lange nachwirken wird. Daher bietet gerade dieser Gesetzgebungsprozess einen vertieften Einblick in neue Formen des experimentellen Regierens, in konträre Interessenlagen, schwierige Aushandlungsprozesse und vetoorientierte Akteursstrukturen.

Weil in der Gesundheitspolitik eher der evolutionäre Wandel dominiert, kann auch weiterhin auf die großen Veränderungen gewartet werden. Mit ihren Beschlüssen für die „Bürgerversicherung“ (SPD) und die „Solidarische Kopfpause“ (CDU/ CSU) haben sich die beiden großen Parteien neu zu positionieren versucht. Doch mit der Großen Koalition ist dem Denken in Dimensionen des Systemwechsels zunächst einmal eine Absage erteilt worden. Denn solche Debatten über die Zukunft des Gesundheitswesens verbreiten meist mehr Unsicherheit als Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Systeme. Diese hohe, zuweilen nervöse öffentliche Aufmerksamkeit ist einerseits darauf zurückzuführen, dass nahezu alle Bürgerinnen und Bürger von möglichen negativen Veränderungen in der Gesundheitspolitik betroffen sind. Andererseits ist es nicht nur ein Thema individueller Betroffenheit, denn in keinem anderen Politikfeld gibt es derart viele konkurrierende Akteure, die um Anteile, Einfluss und Gestaltung ringen. Dabei geht es auf der inhaltlichen Seite einerseits um die Qualität und die Kosten der

Gesundheitsversorgung, aber andererseits auch darum, dass der Gesundheitssektor mit seinem nahezu 11-prozentigen Anteil am Bruttoinlandsprodukt und mittlerweile weit über vier Millionen Beschäftigten ein wesentlicher wirtschaftlicher Faktor ist.

Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit der neuen Akteurskonstellation, die die Gesundheitsreform 2006/2007 geschaffen hat und mit den Veränderungen, die am 1. Januar 2009 in Kraft treten. Dabei wird keine „neutrale“ Perspektive eingenommen, sondern die mit- und gegeneinander ringenden Akteure und Interessengruppen kommen selbst zu Wort, eingerahmt durch verschiedene wissenschaftliche Beiträge. Durch die Akteursperspektive sollen die divergierenden Probleme und ihre Deutungen möglichst authentisch artikuliert werden, um die gravierenden Veränderungen sowie ihre Bedeutung für eine post-korporatistische Systemperspektive und einen aktivierenden Sozialstaat in einen interessenpolitischen Focus einzubinden. Die Akteure schildern aus ihrer Perspektive, welche Maßnahmen zu den von ihnen beobachteten Veränderungen führten und welche Auswirkungen sie für das Gesundheitssystem prognostizieren.

Das Buch geht von der These aus, dass das deutsche Gesundheitssystem bisher wesentlich von einer Vielzahl (relativ) starker Akteure geprägt ist. Dabei ist die Akteursarena in der Gesundheitspolitik sehr vielschichtig und bunt. Sie reicht von den Kräften der Regierung und der sie tragenden Parteien bis zu den Ländern. Dazu gehören aber auch die Kassen mit ihren Bundes- und Landesverbänden, ihren Selbstverwaltungen und den Hauptamtlichen, die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften. Außerdem natürlich die Akteure aus dem Bereich der Leistungserbringer, also beispielsweise die Organisationen der Ärzte, der Krankenhäuser, der Pharmaindustrie und der medizintechnischen Hersteller. Daneben gibt es die Patienten- und Verbraucherverbände, die wissenschaftlichen Beiräte, einzelne herausgehobene Wissenschaftler und – nicht zu vergessen – die Medien. Allein bei der Anhörung im Bundestag haben 94 Verbände teilgenommen; und dies war nur die Spitze des Eisbergs der Interessengruppen im Gesundheitswesen. Die genaue Zahl der Akteure, die sich in irgendeiner Weise von diesem Gesetzgebungsprozess betroffen sehen und versucht haben ihre Anliegen vorzutragen, lässt sich nur schwer ermitteln. Im Ergebnis stellt sich daher auch hier die Frage: Wer sind die Gewinner und wer sind die Verlierer dieser Reform?

Die Gesundheitspolitik ist ein ausgeprägtes Kampffeld. Die Beteiligten verfolgen zuweilen sehr unterschiedliche bis konträre Interessen, die durch das politische System ausbalanciert werden müssen. So sind die Versicherten sehr daran interessiert, mit möglichst geringen Beiträgen eine optimale Versorgungsqualität zu erhalten. Alle Leistungserbringer sind an hohen Vergütungen und Gewinnen

interessiert. Alle Kassen versuchen sich im Wettbewerb mit geringen Ausgaben, hohen Einnahmen und guten Leistungen zu profilieren. Bis in die 1990er Jahre reagierte die Regierungspolitik auf die veränderten medizinisch-technologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen einerseits durch Budgetierung in den Kollektivverträgen mit den Leistungserbringern und andererseits, indem sie den Leistungskatalog einschränkte, die Beiträge (vor allem zu Lasten der Mitglieder) erhöhte und die Zuzahlungen für die Patienten ausweitete. Ein wesentliches Ergebnis dieser Aktivitäten bestand darin, dass der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit über 30 Jahren relativ stabil gehalten werden konnte. Zugleich ist eine nachhaltige Stabilisierung des Beitragssatzes nur temporär, keinesfalls strukturell gelungen. Ursache dafür ist nicht zuletzt die Lohnbezogenheit der Beiträge. Die beitragspflichtigen Arbeitseinkommen (und die entsprechenden Lohnersatzleistungen wie Rente und Arbeitslosengeld) bleiben seit langem hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zurück. Diese Problemkonstellation bildet den Ausgangspunkt für die Entwicklung der fundamentalen Reformprojekte der beiden großen Parteien zur künftigen Finanzierung der GKV. Die Dringlichkeit des Reformbedarfs in diesem Bereich ergibt sich insbesondere aus der Annahme, dass die hohen Lohnnebenkosten ein wesentliches Hindernis für den Abbau der Arbeitslosigkeit darstellen.

Eine erste tiefgreifendere gesundheitspolitische Strukturreform, die nicht primär an der Kostenentwicklung ansetzte, war das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992, das über den Wettbewerb der Krankenkassen einen evolutionären Konzentrationsprozess in der GKV in Gang setzte. Waren es Anfang der 1990er Jahre noch über 1.000 gesetzliche Kassen, so reduzierte sich diese Zahl auf heute etwas mehr als 200. Außerdem wurden die Konturen der Kassenarten durch die zunehmende Wahlfreiheit der Versicherten immer mehr verwischt. Die Organisationsreform im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zieht die bereits damals angelegten Konsequenzen und ist insoweit eine Weiterführung der entsprechenden Ansätze des GSG.

1 Von der Gesundheitsreform 2003 zur Reform 2007

Spätestens seit den 1990er Jahren ist wegen der Lohnnebenkostendebatte das Ziel, dass der Beitragssatz stabilisiert oder gar reduziert werden müsse, die grundlegende Orientierungslinie der Gesundheitspolitik. Trotz mehrerer Refor-

men (Gesundheitsreform 2000, Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz 2002, Beitragssatzsicherungsgesetz 2003) gelang es der Bundesregierung bis 2003 nicht, den Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung zu stoppen (2000: 13,6 Prozent; 2002: 14,4 Prozent). Daher versuchte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt 2003 durch eine parteiübergreifende Gesundheitsreform, d.h. unter Einbeziehung der CDU/ CSU und der Bundesländer, einen größeren Schritt in Richtung auf eine nachhaltige Beitragssatzsenkung zu machen. Doch dieses Ziel wurde nicht erreicht. Wieder wurden keine strukturellen Reformen verankert, und wieder kam es nur zu einer einseitigen Belastung der Versicherten, bspw. durch die Einführung der Praxisgebühr, erhöhte Zuzahlungen sowie die einseitige Finanzierung des Krankengeldes und des Zahnersatzes durch die Mitglieder der Kassen. Statt der versprochenen „Jahrhundertreform“ kam – trotz der äußerst schmerzhaften Auseinandersetzungen innerhalb der beteiligten Parteien – ein Gesetz heraus, das bestenfalls für einen überschaubaren Zeitpunkt eine Senkung des Beitragssatzes ermöglichen konnte. Obwohl die Gesetzlichen Krankenkassen 2005 finanzierungstechnisch deutlich günstiger gestellt waren als 2003, sahen sie sich durch ihre drückende Schuldenlast und die hinter der Kostenentwicklung zurückbleibenden Einnahmen (Arbeitslosigkeit) nicht in der Lage, die Beiträge wie von der Politik gewünscht zu senken.

In der Abfolge der Reformen, insbesondere in der Gesundheitspolitik, scheint eine Regel sicher: Nach der Reform ist vor der Reform! Die Abstände zwischen den Reformanläufen werden immer kürzer, denn bereits nach kurzer Zeit zeigt sich, dass die jüngste Reform nicht die erwünschten Wirkungen erbringt und deshalb eine neue Reform erforderlich ist. Die frustrierenden Erfahrungen der beiden großen Parteien mit der informellen Großen Koalition von 2003, d.h. mit den Wirkungen des „GKV-Modernisierungsgesetzes“, führten jedoch zu einem Wandel. Nachdem in der bundesdeutschen Sozialpolitik über viele Jahrzehnte der Streit im Detail die Konkurrenz zwischen den Parteien beflügelte, entwickelte sich seit 2003 in der Gesundheitspolitik der Kampf *konkurrierender Grundkonzepte*. Während sich die CDU auf ihrem Leipziger Parteitag 2003 auf das Konzept der „Kopfpauschale“ festlegte, entschied sich die SPD im gleichen Jahr für die so genannte „Bürgerversicherung“. Diese politischen Richtungsentscheidungen spielten im Bundestagswahlkampf 2005 eine bedeutende Rolle. Doch mit der Großen Koalition mussten diese Grundkonzepte im Koalitionsvertrag (s. Anhang in diesem Band) explizit auf Eis gelegt werden und es begann die Suche nach Schnittmengen, die – unter den neuen Mehrheitsverhältnissen – im Sinne kleiner „dritter Wege“ wenigstens temporäre Handlungsfähigkeit beweisen sollten. Auf der Basis der vagen Zielformulierungen im Koalitions-

vertrag begann eine tastende Sondierungsphase, in der die heiklen Verhandlungen der Koalitionspartner für die „Eckpunkte“ einer Gesundheitsreform vorbereitet wurden. Bevor auf diese Inhalte eingegangen wird, rekapitulieren wir im Folgenden den zeitlichen Ablauf des Gesetzgebungsprozesses, der ein wichtiges Basismaterial für eine politikwissenschaftliche Akteursperspektive bieten kann.

2 Die Zeitachse: Von der stillen Startprogrammierung zur Unterschrift des Bundespräsidenten

Von den ersten Vorbereitungen der Reform bis zur Unterzeichnung des Gesetzes dauerte es fast anderthalb Jahre. Den Startpunkt bildete der am 11. November 2005 fixierte Koalitionsvertrag. Den Schlussstein des eigentlichen Gesetzgebungsprozesses setzte der Bundestag, indem am 2. Februar 2007 eine Mehrheit von 378 gegen 207 Stimmen für das Gesetz zu Stande kam. Danach folgte die Unterzeichnung des Gesetzes (26. März 2007) durch den Bundespräsidenten Horst Köhler. Politik als legislatorischer Aushandlungsprozess hat also eine zeitliche Dimension, die bei komplexen Gesetzesvorhaben in abwechselnden Phasen zeitlicher Verdichtung und zögerlicher „stopp-and-go-Prozesse“ verlaufen kann. In der Gesundheitspolitik ist dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein konflikthafter Prozess, in dem die zahlreichen Betroffenen versuchen, ihre jeweiligen Sonderinteressen einzubringen.

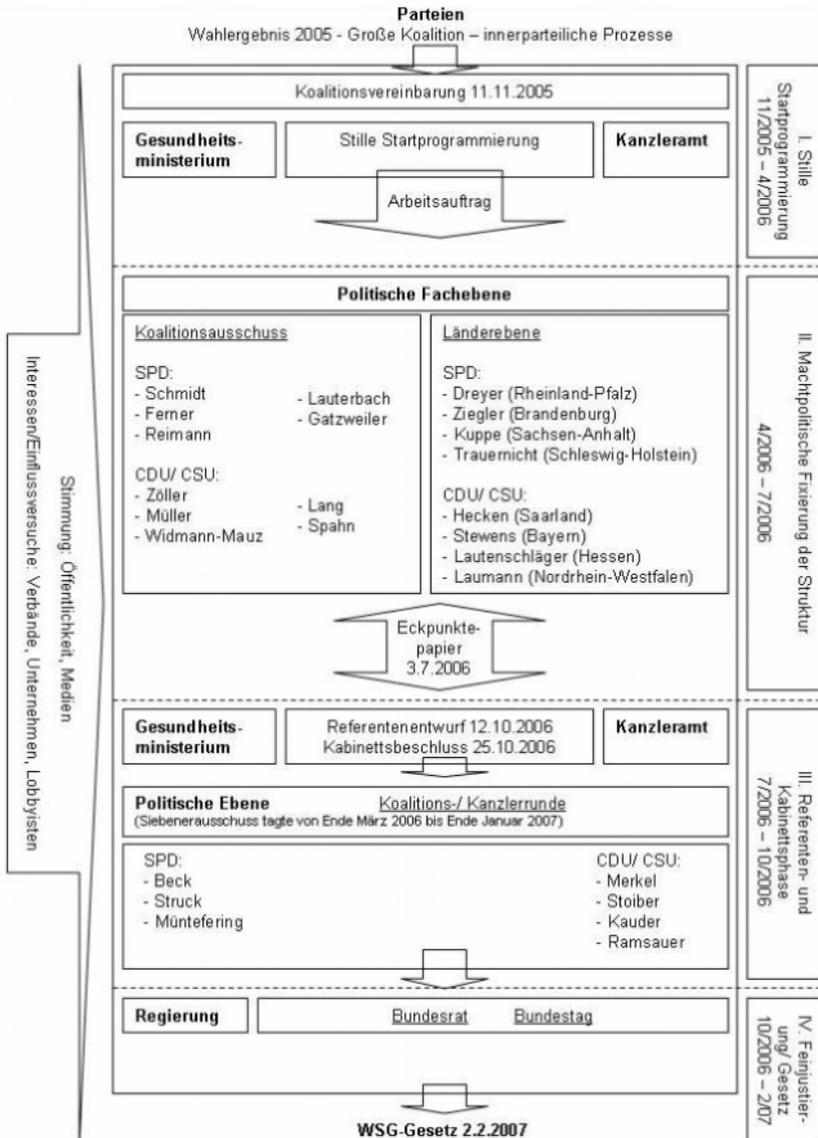
Um den Prozess besser zu verstehen, ist für die Gesundheitsreform 2007 eine Gliederung des Verlaufs in die folgenden vier Phasen sinnvoll, die durch unterschiedliche Akzente und Konflikte charakterisiert sind:

1. *Stille Startprogrammierung (November 2005 - April 2006)*: Mit Abschluss des Koalitionsvertrages am 11. November 2005 begann die eigentliche Startphase, in der die wesentlichen Eckpunkte des späteren Gesetzes vorgedacht und intern zwischen den zentralen Akteuren des Bundesgesundheitsministerium (BMG), der Parteien und des Kanzleramtes kommuniziert wurden. In dieser konzeptionellen Phase spielten auch einige wenige Wissenschaftler eine Rolle, die international vergleichend nach Strukturen suchten, die innovative Impulse für den Wandel des deutschen Institutionensystems geben konnten. Der wichtigste Referenzpunkt dieser Phase waren die Niederlande, wo es bereits einen (etwas anders konstruierten) „Gesundheitsfonds“ gab. Den Abschluss dieser Phase, in der die wichtigsten Grundgedanken erarbeitet wurden, die später den Charakter des GKV-WSG prägen sollten, bildeten

die Landtagswahlen in mehreren Bundesländern (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) am 27. März 2006. Hier drang kaum etwas an die Öffentlichkeit; gleichwohl herrschte bei den beteiligten Politikern eine nervöse Anspannung, wie der weitere Prozess organisiert und kommuniziert werden könnte.

2. *Machtpolitische Fixierung der Architektur (April 2006 - Juli 2006)*: Nach den Landtagswahlen startete die kooperative Aushandlung der Eckpunkte, beginnend mit dem Spitzentreffen der Regierungsparteien am 29. März und der daran anknüpfenden Gründung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 7. April. In ihr wurden die Eckpunkte vorbereitet, die am 3. Juli durch den Koalitionsausschuss beschlossen wurden.
3. *Referenten- und Kabinettsphase (Juli 2006 - Oktober 2006)*: Nach der Verabschiedung des Eckpunktepapiers wurde der Gesetzentwurf unter Federführung des Gesundheitsministeriums erarbeitet und – zum Teil mühsam – mit dem Koalitionspartner abgestimmt. Das BMG legte seit Mitte August mehrere so genannte „Arbeitsentwürfe“ vor, die einerseits Zwischenstände der innerkoalitionären Abstimmung dokumentierten, andererseits aber auch dazu dienten, für einzelne Regelungen – ohne Verbindlichkeit – die Resonanz zu „testen“ bzw. die verschiedenen Interessengruppen zu ermüden. Nach einer abschließenden Diskussion der Parteispitzen, insbesondere zur Frage der sozialen Begrenzung des Zusatzbeitrags, wurde am 12. Oktober der Referentenentwurf vorgelegt. Am 24. Oktober übernahmen die Fraktionen der Koalitionsparteien die „Formulierungshilfe“ des BMG als Gesetzentwurf zur Einbringung in den Bundestag. Am 25. Oktober beschloss das Bundeskabinett den gleichen Text.
4. *Feinjustierung, Änderungsanträge und Gesetzesabschluss (Oktober 2006 - Februar 2007)*: Mit dem Kabinettsbeschluss begann der Prozess der intensiven Aushandlung. Nach der mehrtägigen öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages und dem ersten Durchgang im Bundesrat ergab sich eine Welle von Änderungswünschen im Grundsatz und Detail. Nachdem der Gesundheitsfonds selbst aber durch die Spitzen der Koalition akzeptiert war, konzentrierten sich die Konflikte auf die weitere Entwicklung der privaten Krankenversicherung und die finanzielle Belastung der Länder (Konvergenzklausel).

Abbildung 1: Aushandlungsprozess Gesundheitsreform 2008



Darstellung: Schroeder/ Greef

Auch nach dem Inkrafttreten der Reform hält die Kritik bei fast allen Beteiligten – mit Ausnahme der Bundesregierung und der Partei- und Fraktionsspitzen der Großen Koalition – weiter an. Obwohl das Gesetz Stück für Stück umgesetzt wird, gibt jeder dieser Schritte willkommene Gelegenheiten neben der Detailkritik auch auf Grundsätzliches zurückzukommen. Das gilt insbesondere für die folgenden Themen: Umbau der GKV-Verbändestruktur, Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung, Vorbereitung und Umsetzung des Gesundheitsfonds und der Zusatzprämie, Einführung der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), Umsetzung der Vorgabe zur Einführung der Insolvenzfähigkeit der Kassen, Konkretisierung der Vergütungsreform für die niedergelassenen Ärzte und die Fragen nach den Umverteilungswirkungen des Gesundheitsfonds zwischen den Ländern. Bemerkenswert ist, dass diese Konflikte einerseits bis weit in die beiden Koalitionsparteien hinein wirken und auch im Jahre 2008 immer wieder für erhebliche Spannungen sorgen. Andererseits leisten mehrere Bundesländer nach wie vor massiven Widerstand gegen die Umsetzung bestimmter Teile des Gesetzes. Das gilt z.B. für Bayern und Baden-Württemberg bei der Einführung des Morbi-RSA und außerdem für Sachsen bei der Beschränkung der durch den Gesundheitsfonds ausgelösten Finanztransfers zwischen den Ländern. Dabei kommt auch die nachgelagerte Kritik weitgehend von den Akteuren, die die entsprechenden Einwände schon im Laufe der Reformberatungen vorgetragen haben. Gerade der einschneidende Wandel der Akteurskonstellation sorgt für massive Betroffenheit bei den Verlierern und produziert daher außerordentlich scharfe Auseinandersetzungen.

3 Eckpunkte des GKV-WSG

Im Zuge der Verhandlungen über einen mehrheitsfähigen Kompromiss zwischen den großen Parteien, wobei auch die Bund-Länder-AG wichtige inhaltliche Vorarbeiten leistete, haben sich die Beteiligten schließlich am 3. Juli auf ein Eckpunktetpapier geeinigt. Darin sind insbesondere folgende Zielsetzungen bedeutsam:

- Finanzierung der Krankenversicherungen über einen *Gesundheitsfonds* und *Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes* für alle Versicherten und Arbeitgeber; Umfinanzierung versicherungsfremder Leitungen über das Steuersystem; Begrenzung der eventuell erforderlichen Zusatzbeiträge aus sozialen Gründen auf maximal ein Prozent des Haushaltseinkommens.

- *Krankenversicherungsschutz für alle*, d.h. Pflichtversicherung bzw. Rückkehrmöglichkeit für alle Bürger in GKV oder PKV.
- *Erhaltung des pluralen Systems von GKV und PKV*; allerdings Ermöglichung des *Wechsels zwischen den PKV-Unternehmen*; Einführung eines kostengünstigen „*Basistarifs*“ in der PKV zum Schutz vor Überforderung einkommensschwacher PKV-Mitglieder.
- Reform der *ambulanten ärztlichen Vergütung* und Ablösung der Budgetierung der Arzthonorare; Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen.
- Öffnung der *Krankenhäuser* für die ambulante Versorgung.
- Einführung einer *Kosten-Nutzen-Bewertung von neuen Arzneimitteln* und weitere kostenbegrenzende Maßnahmen.
- Ausweitung des *Leistungskataloges*: Mutter-Vater-Kind-Kuren werden Pflichtleistungen; Einführung der geriatrischen Rehabilitation und von Leistungen der Palliativmedizin; Erweiterung der Leistungen zur Prävention in der GKV durch Einbeziehung von Impfungen in den Leistungskatalog.
- Erweiterung der Wahlmöglichkeiten durch *Wahltarife*.
- Bildung eines *einheitlichen Spitzenverbandes der Krankenkassen (SpiBu)* für die wettbewerbsneutralen Aufgaben der GKV; Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen und anderer Maßnahmen zur Intensivierung des Kassenwettbewerbs.
- Einführung des *morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)* zwischen den Krankenkassen.
- Erweiterung der *wettbewerblichen Elemente in den Vertragsbeziehungen* zwischen Kassen und Leistungserbringern, aber auch verpflichtende Einführung von *Hausarztтарifen* für alle Krankenkassen.

Im Zentrum des GKV-WSG steht dabei der Gesundheitsfonds, der als Grundidee von Anfang an Konsens zwischen den Koalitionären war. Daneben gibt es eine Fülle institutioneller und verfahrensorientierter Veränderungen, die die Aushandlungsprozesse und Akteurskonstellationen in der Gesundheitspolitik verändern. Die Dominanz institutioneller Themen hat schließlich dazu geführt, dass es bei diesem Reformprojekt kein größeres und durchgängiges Interesse einer breiten Öffentlichkeit an den Debatten gegeben hat.¹ Zwischen den Koalitionspartnern konnten die meisten Themenfelder weitgehend im Konsens konkretisiert werden. Die heftigsten Kontroversen hat es bei den Regelungen zur Morbiditäts-

¹ Um die Reform in der Öffentlichkeit besser „verkaufen“ zu können, wurde der Leistungskatalog sogar punktuell ausgeweitet.

orientierung des RSA und bei allen Fragen gegeben, die die Selbständigkeit und Entwicklungsperspektive der Privaten Krankenversicherung (PKV) tangierten. Insbesondere bei diesen Punkten brachen die Formelkompromisse der „Eckpunkte“ wieder auf und die tatsächlich dahinter liegenden Interessengegensätze kamen erneut zur Geltung.

Nachdem der Gesundheitsfonds als Grundidee zwischen den Koalitionären unantastbar war, entwickelte sich die Frage nach der Zukunft der PKV über einen längeren Zeitraum hinweg zum Dreh- und Angelpunkt der Konflikte. Während es das zentrale Ziel der Union war, die PKV als eigenständiges System zu erhalten, setzte die SPD darauf, die Doppelstruktur zwischen PKV und GKV, die aus ihrer Perspektive einen wesentlichen Anteil an einem System der Zwei-Klassen-Medizin trägt, aufzuweichen. Erst vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Frage der Solidarität im Gesundheitssystem erschließen sich die Gründe für die zahlreichen Verhandlungsschleifen der Reform.

4 Aushandlungsprozesse und die Inhalte des Gesetzes

Charakteristisch für das GKV-WSG 2007 ist, dass diese Reform die Bundesbürger vergleichsweise wenig interessierte. Dagegen waren die handelnden und unmittelbar betroffenen Kollektivakteure sensibilisiert wie bei kaum einer anderen Reform zuvor. Das geringe Interesse der Bürger lässt sich damit erklären, dass das GKV-WSG scheinbar keine direkt spürbaren Auswirkungen auf den Beitragssatz, die privaten Zuzahlungen oder auf für Patienten wahrnehmbare Strukturen der Versorgung hat. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds sind für die Bürger noch nicht abschätzbar, da dieser erst 2009 in Kraft treten wird. Dagegen haben die Verbände stärker reagiert, da die Reform für sie einschneidende Konsequenzen hat. Was die Wählerinnen und Wähler allerdings registriert haben, war die große Uneinigkeit sowohl innerhalb der Parteien als auch zwischen den Koalitionären, da diese Auseinandersetzungen über viele Wochen die Medien beschäftigten. Die Debatte war einerseits sehr emotional, weil besonders über Streitigkeiten in den Parteien berichtet wurde, andererseits für die Bürger auch schwer greifbar, weil sie die komplizierten Details – und damit auch oft den Kern der Konflikte – kaum durchdringen konnten.

Bei allen Differenzen hatten die Parteien der Großen Koalition aus der Vergangenheit gelernt, dass Gesundheitsreformen umso schwerer fallen und die Wirksamkeit umso geringer ist, je mehr Akteure an den Reformen beteiligt sind. Verhandlungsgruppen in der Größe von 50 Mitgliedern, wie sie noch beim Kom-

promiss von Lahnstein zum GSG gearbeitet hatten, sind problematisch, weil man davon ausgehen kann, dass alle Beteiligten unterschiedliche Verbindungen zu Lobbygruppen haben und im Rahmen von deren Interessen argumentieren. Der Vorteil der Großen Koalition lag nun erstens darin, dass sie nicht gezwungen war, die kleinen Parteien einzubinden, da auch ohne sie eine Mehrheit im Bundesrat gesichert war und zweitens darin, dass beide Partner – und zwar im Unterschied zu früheren informellen Großen Koalitionen in der Gesundheitspolitik – dazu entschlossen waren, die Belange der Verbände und Lobbyisten weitgehend zu ignorieren. Das BGM, als federführendes Machtzentrum der Reform war gegenüber den Verbänden so stark, dass man sie häufig einfach übergehen konnte.² Die Opposition kam in dieser Reform faktisch nicht vor und bot daher für die Verbände und Interessengruppen auch kaum einen öffentlichkeits- bzw. politikrelevanten Resonanzraum.

Während der Reform wurden die Leitlinien zunächst in der „Siebener-Runde“, bestehend aus der Kanzlerin, Vizekanzler Franz Müntefering, den Fraktionsvorsitzenden von SPD und Union, Peter Struck und Volker Kauder, CSU-Chef Edmund Stoiber, SPD-Chef Matthias Platzeck (ab Mai 2006 sein Nachfolger Kurt Beck) sowie CSU-Landesgruppenchef Peter Ramsauer verhandelt. Diese Gruppe trat auch während des Reformprozesses immer wieder zusammen, wenn es darum ging, große Kontroversen – beispielsweise die Ein-Prozent-Regelung beim Zusatzbeitrag für die Versicherten – zu verhandeln. Die Fachpolitiker mussten sich an die Vorgaben dieser Runde halten und konnten weniger frei diskutieren als bei früheren gesundheitspolitischen Reformen. Der Mangel an bekannten, durchsetzungsstarken „Sozialexperten“ aus den Fraktionen der Volksparteien und die Tatsache, dass die Koalitionäre selbst den Erfolg der Gesundheitsreform zur Schicksalsfrage ihrer Zusammenarbeit erklärt hatten, ließ die Reform zur „Chefsache“ werden. Dass die Reform nur auf wenigen Schultern lastete, beweist der kleine Teilnehmerkreis der Koalitionsrunde.

² Franz Knieps, der zuständige BMG-Abteilungsleiter schreibt zur neuen Standfestigkeit der Politik gegenüber dem Lobbyismus: „Was die korporatistischen Akteure insgesamt bei den Vorarbeiten zum GKV-WSG verwirrte und verärgerte, war der Wille der politisch Verantwortlichen, in der heißen Phase der Verhandlungen lobbyistische Einflüsse zurückzudrängen und direkte Eingriffsversuche zu ignorieren.“ (Knieps, Franz (2007): Hitler, Honecker und die Gesundheitsreform – Zur Entstehungsgeschichte des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, in: Ulrich, Volker/ Ried, Walter (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden, S. 874.)

Da die Parteien in der Großen Koalition nicht in der Lage waren, ihr jeweils ureigenes parteipolitisches Projekt umzusetzen sowie aus Enttäuschung darüber, dass die durch die Reform von 2003 angestrebte Kostendämpfung nicht funktionierte, verfolgten sie gemeinsam die Strategie der Entmachtung der Verbände der GKV und auch, wenngleich abgeschwächt, der einzelnen Kassen. Vor allem die GKV-Verbände waren aus der Sicht der Politiker für das Scheitern der zahlreichen vorangegangenen Reformen verantwortlich. Die Schwächung der Verbände erschien dabei für beide Seiten der Koalition als ein attraktiver Teilerfolg, der für jede Partei, die nach der nächsten Wahl regieren würde, eine bessere Ausgangsposition für künftige Reformen bietet.

Die Gesundheitsreform umfasst eine Reihe von institutionellen und leistungsrelevanten Veränderungen für alle Beteiligten – sowohl für die Versicherten, die Krankenkassen und die Leistungsanbieter. Die wesentlichen Änderungen in den für die Fragestellung dieses Buches maßgeblichen Bereichen werden im Folgenden kurz skizziert:

- Die *institutionellen Reformen* umfassen vor allem Veränderungen für die Krankenkassen. Ab dem 1. Januar 2009 gibt es nur noch einen einheitlichen Spitzenverband der Krankenkassen. Dieser regelt in Rahmenvereinbarungen die Vergütung für die stationäre und ambulante Versorgung und setzt die Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel sowie die Höchstbeträge für Arzneimittel fest. Die bisherigen Bundesverbände der Krankenkassenarten werden entmachtet und verlieren ihre öffentlich-rechtlichen Aufgaben. Mit der neuen Reform darf jede Krankenkasse im GKV-System mit anderen Kassenarten fusionieren. Die einzelnen Krankenkassen werden unabhängiger von den Verbänden und können neue verbandliche Zusammenschlüsse unabhängig von ihrer bisherigen Kassenart bilden. Die Kassenarten verlieren somit weiter an Bedeutung. Die Krankenkassen erhalten vor allem im Bereich des Vertragsrechts erweiterte Kompetenzen, womit auch das bisherige Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) weiter in Frage gestellt wird.
- Außerdem erhält der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)* eine neue Struktur. Er ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er konkretisiert den Leistungskatalog der GKV, z.B. in Form von Richtlinien.
- Die *Finanzierung der GKV* wird mit dem Gesundheitsfonds neu geregelt. Dieser ist künftig das zentrale Instrument der Finanzierung des Gesund-

heitssystemen, in den die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber eingezahlt werden. In ihn fließt auch der steuerfinanzierte Bundeszuschuss, der sich von 2,5 Milliarden Euro für das Jahr 2008, und 4,5 Milliarden Euro für 2009 jedes weitere Jahr um 1,5 Milliarden bis zu einer Höhe von 14 Milliarden Euro erhöhen soll. Die Höhe des Beitragssatzes beschließen nicht mehr die einzelnen Kassen, sondern die Bundesregierung wird in Zukunft einen allgemeinen und einheitlichen Beitragssatz festsetzen. Wenn die einer Kasse aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel ihre Ausgaben nicht decken, kann sich diese Kasse in begrenztem Umfang durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages refinanzieren. Nur für das Jahr 2009 gilt die politische Zusage, dass der allgemeine Beitragssatz so festgesetzt wird, dass der Fonds mit 100 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen gefüllt wird. In den Folgejahren kann sich diese Quote reduzieren, sodass für immer mehr Kassen die Erhebung von Zusatzbeiträgen notwendig wird. Im Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen wird neben dem Alter und Geschlecht künftig auch die Morbidität der Versicherten stärker berücksichtigt. Im Grundsatz steigt dadurch der Druck auf die einzelnen Kassen ihre Leistungsausgaben effizienter zu steuern. Dafür werden ihre Möglichkeiten zum Abschluss kassenspezifischer Verträge mit Leistungserbringern erweitert (z.B. durch Arzneimittel-Rabattverträge, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und andere Einzelverträge mit Ärztegruppen etc.).

- *Die Wahlrechte und die Vorsorgepflicht der Versicherten* werden im Sinne des Förderns und Forderns ausgebaut. Alle Bürgerinnen und Bürger haben die Pflicht eines Versicherungsschutzes in einer Krankenkasse. Nichtversicherte haben ein Rückkehrrecht in die Krankenkassen der GKV bzw. die Unternehmen der PKV in denen sie früher versichert waren. Die Versicherten der PKV erhalten in Zukunft die Wechselmöglichkeit zwischen PKV-Unternehmen ohne Verlust ihrer Alterungsrückstellungen. Die Versicherten der GKV erhalten erweiterte Möglichkeiten durch Wahltarife.
- Die *PKV* bleibt grundsätzlich als Vollversicherung neben der GKV erhalten, wird aber deutlich geschwächt. Die privaten Kassen müssen künftig einen Basistarif anbieten, der faktisch die Versorgungs- und Leistungskonditionen der GKV reproduziert. Der Basistarif ist für alle freiwillig Versicherten wählbar. Die Zugangsschwelle zur PKV-Versicherung wird weiter erhöht: Nur wenn das Einkommen über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren über der Versicherungspflichtgrenze lag, ist künftig ein Wechsel von der GKV zur PKV möglich.

5 Bewertung der Reform: Wenig Lob, viel Kritik

Das Wesentliche dieser Reform hat mit den Möglichkeiten der Großen Koalition zu tun. Gegenüber allen früheren informellen Großen Koalitionen in der Gesundheits- und Sozialpolitik ist sie jetzt formal gefestigt. Das gibt der Regierung andere und größere Machtchancen gegenüber den Interessengruppen dieser Sphäre, die sehr vielfältig und kleinteilig, aber auch aktiv sind. Andererseits musste die zentrale Kontroverse der beiden Parteilager zur künftigen Finanzierung der GKV neutralisiert bzw. zurückgestellt werden. Das Modell des Gesundheitsfonds war dafür eine geradezu geniale Lösung. Es lässt die Zukunft offen, führt aber *beide* politischen Blöcke näher an ihre künftigen Gestaltungsmöglichkeiten heran. Der Fonds schwächt außerdem die bisher (relativ) mächtigen Kassen und stärkt die Gestaltungsmöglichkeiten der Regierung. Auch wenn dies den Beteiligten am Beginn der Koalitionsverhandlungen nicht wirklich klar gewesen sein dürfte, war es eine Art List der Großen Koalitions-Vernunft, dass es so kam. Jedenfalls wurde dafür im Koalitionsvertrag früh eine tragfähige Kompromissformel gefunden.

Die Gesundheitsreform 2006/ 2007 wurde im Vorfeld und nach der Verabschiedung relativ kontrovers zwischen den Akteuren diskutiert. Während der Anhörungen, innerhalb der Bundestagsfraktionen wie auch im Gesundheitsausschuss, gab es immer wieder Gegenstimmen, die insbesondere das Fehlen der grundsätzlichen Finanzierungsreform, die Auswirkungen auf die Solidarität in der GKV oder die Regelungen zum Verhältnis von GKV und PKV kritisierten. Die Kritiker der Reform konnten sich allerdings nicht durchsetzen. Dafür war auch ein gut funktionierendes Management seitens der Koalitionäre verantwortlich: Die kritischen Stimmen in den eigenen Reihen wurden übergangen oder geschickt ausgeblendet. Der Unmut äußerte sich schließlich (allerdings eher symbolisch) „nur“ in der Weigerung von mehr als 50 Abgeordneten der Großen Koalition der Gesundheitsreform bei der Schluss-Abstimmung im Deutschen Bundestag zuzustimmen.

Die Kernpunkte der Reform beanspruchten jeweils beide Seiten für sich als Erfolg. Für die SPD ist die Gesundheitsreform ein „Einstieg in die Bürgerversicherung“ und für die CDU der „Einstieg in die Gesundheitsprämie“. Beide Parteien schafften sich damit in ihrer eigenen Wahrnehmung – und dies ist auch einer der Kritikpunkte – günstige Ausgangsbedingungen für eine Reform der Reform nach der nächsten Bundestagswahl.

Gerade die Bundesregierung sieht die institutionellen Reformen des Gesundheitswesens als deutlichen Fortschritt an. Insbesondere die SPD – die mit

Ulla Schmidt das Gesundheitsministerium führt – betont die Vorteile dieses Gesetzes für alle Beteiligten. Zwar bleibe die Bürgerversicherung weiterhin für die SPD das politische Ziel, doch wird die Versicherungspflicht für alle als ein sozialpolitischer Meilenstein auf dem Weg dorthin interpretiert. Die Gesundheitsministerin betont den Gewinn der Reform im Hinblick auf den dauerhaften Versicherungsschutz, die Rückkehrmöglichkeiten in die Krankenversicherung, den Rechtsanspruch auf Rehabilitation auch für Ältere, die Palliativmedizin, die Förderung der Prävention durch die GKV-Finanzierung der Impfungen, die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und die moderaten Kostensteigerungen. Steuerungspolitisch würden zukünftige staatliche Regelungen einfacher, da die verkrusteten Strukturen bei den Kassen und ihren historischen Verbänden aufgebrochen und Abstimmungsprozesse vereinfacht worden seien. Vor allem werden verbesserte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten, eine höhere Qualität der Versorgung, ein intensiverer Wettbewerb um Kosteneffizienz und eine Steigerung der Solidarität, etwa durch die Umgestaltung des RSA, als positive Effekte der Reform erwartet.

Ähnlich argumentiert die Union, die in der Gesundheitsreform vor allem einen Ausbau des Wettbewerbs in der GKV sieht. Wahlfreiheit, und Transparenz seien die Prinzipien eines zukünftigen Gesundheitswesens, die die Qualität und Effizienz der Leistungen verbessern würden. Die Möglichkeit der Kassen, mit Leistungserbringern Einzelverträge abzuschließen, sowie von weiteren Kassenfusionen seien Beispiele für Erfolge, die sich die Vertreter der Union in der Gesundheitsreform zuschreiben. Allerdings klingt hier bei der Union eine andere Saite mit. Die größten „Erfolge“ hatte die Union – sogar in ihrer eigenen Darstellung – in der *Verhinderung* weitergehender Reformabsichten der SPD. Das gilt z.B. für die ursprünglichen Pläne des BMG zu einer noch stärkeren Beschränkung des Aktionsradius der PKV, für die von der Union durchgesetzte Möglichkeit, Hausarztverträge auch mit den traditionellen Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen und für die auf Betreiben der Union nur eingeschränkte Umsetzung der Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich.

Einhellige Ablehnung kommt derweil von den Oppositionsparteien und den traditionellen Verbänden. Bündnis90/ Die Grünen vermuten z.B., dass sich der Wettbewerb zwischen den Kassen künftig nicht mehr auf die Qualität richten, sondern sich als intensiver Preiswettbewerbs um die Zusatzbeiträge abspielen wird. Damit würde erneut die verschärfte Konkurrenz um die zahlungskräftigeren GKV-Mitglieder entfacht. Der solidarische Ausgleich der Risikostruktur werde durch die „kleine Kopfpauschale“ konterkariert. Der Wettbewerb ginge wieder um gut verdienende und gesunde Mitglieder. Die Linke befürwortet im

Grundsatz das Fondsmodell, da es regionale Einkommensunterschiede ausgleiche und zu einem einheitlichen Beitragssatz führe. Kritisiert werden von ihr dagegen zwei Punkte: Die Beibehaltung der PKV und die Entwicklung der gesetzlichen Krankenkassen hin zu marktwirtschaftlichen „Unternehmen“, was als Bedrohung gesehen wird. Die Kassen wandelten sich zunehmend im Sinne des europäischen Unternehmensrechts, nach dem auch die Bestimmungen des Wettbewerbsrechts auf die GKV-Kassen Anwendung finden könnten. Der sozialpolitische Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen und das Solidarsystem würden damit langfristig untergraben. In der Tendenz sieht die FDP in dem GKV-WSG ein Wettbewerbsverhinderungsgesetz. Denn durch den Gesundheitsfonds, die geschwächten privaten Kassen und den SpiBu werde es zukünftig noch weniger Wettbewerb und weniger Transparenz als bisher geben. Deshalb brauche man ein Gesetz, das die gesetzlichen Kassen in private Unternehmen überführe.

Die Verbände betonten vor allem die einschneidenden institutionellen Veränderungen, die insbesondere mit ihren Organisationsinteressen kollidieren. Hier stehen die zentralisierte und staatliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, die neuen Instrumente zur Intensivierung des Wettbewerbes, der Bürokratieaufwand für den Gesundheitsfonds und die im GKV-WSG angelegten Kalkulationsunsicherheiten für die Kassen im Vordergrund. Als Ergebnis der Gesundheitsreform werden für die Versicherten und Patienten eine wachsende Bevormundung und (verdeckte) Leistungs- und Qualitätseinschränkungen befürchtet.

Im Hinblick auf das zentrale Konfliktthema der PKV wird deutlich, dass sie zwar als eigenständiges System neben der GKV erhalten bleibt, durch die Reform allerdings einige ihrer bisherigen Strukturprinzipien in Frage gestellt werden. Hier ist es der SPD besser als der Union gelungen sich mit ihren Veränderungsvorschlägen durchzusetzen, was z.B. am Basistarif am deutlichsten wird. Insbesondere war es von der Union riskant, sich auf die populistische Forderung von Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV einzulassen, die die Grundprinzipien privater Lebensversicherung, die bisher auch für die PKV galten, in Frage stellt. Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Mega-Kontroverse um Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie war der Streit um die PKV allerdings nur die entsprechende Farce, die auf der Vorderbühne gespielt wurde.

Die massivsten Strukturveränderungen im Gesundheitssystem gehen allerdings auf das Konto des Gesundheitsfonds. Durch seine Einführung verlieren die einzelnen Kassen ihr bisheriges Recht, die Beitragssätze festzulegen an die Bundesregierung, respektive an das BMG. Inwiefern sich die Parteien mit der Vereinheitlichung und Verstaatlichung der Beitragssatz-Festlegung einen Gefallen getan haben, muss sich in der Praxis nach der Einführung des Fonds erst noch

zeigen. Mit dem Recht, die Beitragssätze festzulegen ist nämlich auch die Pflicht der öffentlichen Rechtfertigung für deren Höhe verbunden. Ein hoher Beitragssatz könnte, ähnlich wie eine hohe Arbeitslosenquote, vor einer Bundestagswahl zum Nachteil für die Regierungspartei ausschlagen.

Weitere Kritik konzentriert sich zudem auch auf folgende Punkte:

- Aus *politischer Sicht* wird immer wieder hervorgehoben, die Reform habe im Hinblick auf die grundsätzlichen Finanzierungsfragen für die Zukunft der GKV versagt. Noch nicht einmal das kurzfristige Ziel der Reform – die Beitragssatzsenkung – sei erreicht worden. Gewerkschaften sehen in der Gesundheitsreform den Anfang einer Zerstörung der solidarischen Krankenversicherung. Gemeinsam ist allen Kritikern, dass die Reform zu einer Verstaatlichung des Gesundheitssystems, insbesondere durch die Festsetzung der Beiträge und den Fonds, führe. Der Beitragssatz könne so leicht zum Instrument von Wahlkämpfen werden. Durch den Steuerzuschuss von bis zu 14 Milliarden Euro werde ein Missverhältnis zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems geschaffen; der staatliche Einfluss auf die GKV sei in der Relation dazu zu hoch. Von anderer Seite wird eingewandt, dass auch Nichtversicherte durch ihre Steuern das GKV-System finanzierten, ohne entsprechende Leistungen zu erhalten, die nur den Mitgliedern einer Kasse vorbehalten blieben.
- Während mit der Gesundheitsreform 2003 (GMG) die *Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen* im Vordergrund der Auseinandersetzung standen, stehen bei der Gesundheitsreform 2007 vor allem *institutionelle Veränderungen* im Zentrum der Kritik. In diesem Zusammenhang wird von verschiedenen Seiten ein grundsätzliches Problem aufgeworfen: Es geht um die Rolle und die Funktion des Wettbewerbes im Gesundheitswesen. Dabei mag es dem Zeitgeist entsprechen, dass marktwirtschaftliche Prinzipien in nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche eindringen. Wettbewerb ist jedoch kein Wert an sich. Eine Politik der Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen muss sich die Frage gefallen lassen, wie viel Wettbewerb öffentliche Dienstleistungen vertragen. Wie weit passt die Sicherung eines öffentlichen Gutes wie „Gesundheit“ mit marktwirtschaftlichen Prinzipien zusammen, die primär auf Kostenreduzierung, Steuerung durch finanzielle Anreize und Effizienzsteigerung setzen? Eine verstärkte Wettbewerbsorientierung stellt die bisherigen primären Ziele des *korporatistischen Sozialstaates*, wie eine solidarische Gestaltung des Gesundheitssystems, kollektive Rahmenverträge mit gleicher Geltung für alle Versicherten oder kooperative Arrangements

zwischen dem Staat und den Verbänden der Leistungserbringer und Kassen grundsätzlich in Frage. Insoweit ist das GKV-WSG auch Teil einer grundsätzlichen Neuordnung des sozialstaatlichen Regimes in der Bundesrepublik Deutschland.³

6 Ausblick auf die Beiträge

Das GKV-WSG folgt in vielen Bereichen dem Entwicklungsmuster des „schleichenden Wandels“. Zugleich sind mit diesem Gesetz aber auch tiefgreifende Veränderungen eingeführt worden, die insbesondere die Akteurskonstellation betreffen. Weil dieser Wandel in der gesundheitspolitischen Arena tatsächlich die Strukturen verändert, widmet sich dieser Sammelband der Betrachtung der Reform durch die Brille einiger zentraler Handlungsträger. Obwohl die Halbwertszeit der einzelnen Reformbausteine noch nicht vorhergesagt werden kann, ist davon auszugehen, dass gerade die hier debattierten Veränderungen in der Akteurskonstellation von Dauer sein werden.

Die Beiträge über die gesundheitspolitischen Akteure sind in sechs Kapitel eingeteilt, um dem Leser den Überblick zu erleichtern. Diesen Kapiteln ist jeweils eine wissenschaftliche Rahmung vorangestellt, die die Perspektive der einzelnen Akteure einbetten und damit einordnen sollte. Diese einleitenden Beiträge sind unterschiedlich lang, je nachdem wie umfangreich und intensiv die folgenden Artikel bereits einen umfassenderen Einblick in das jeweilige Feld geben. Am Ende des Bandes schließt sich ein ausführlicher Anhang an, in dem neben der Dokumentation wichtiger Texte insbesondere ein Expertenverzeichnis und eine Zeittafel zur Reform 2007 enthalten sind.

Aus Regierungsperspektive kommt in der Gesundheitsreform 2007 dem BMG und den Ländern eine zentrale Rolle zu, wie Robert Paquet und Hartmut Reiners in ihren Beiträgen zeigen. Auf der Ebene der Parteien gab es zwischen CDU (Beitrag von Arijana Neumann) und SPD (Beitrag von Wolfgang Schroeder) auf der einen und den kleinen Oppositionsfraktionen auf der anderen Seite (Andreas Brandhorst, Bündnis90/ Die Grünen) hingegen deutliche Unterschiede, was

³ Vgl. dazu Paquet, Robert (2007): Der „vorsorgende Sozialstaat“ beginnt mit dem Abschied von der Sozialversicherung. Zur aktuellen Gesundheitsreform – Versuch einer Einordnung, in: Sozialer Fortschritt 9-10/2007, S.263 ff.; Platzeck, Matthias/ Steinmeier, Frank-Walter/Steinbrück, Peer (2007): Auf der Höhe der Zeit – Soziale Demokratie und Fortschritt im 21. Jahrhundert, Berlin.

ihre Interessen und Einflussmöglichkeiten im Gesetzgebungsprozess betrifft. Die institutionelle Neugestaltung hat zudem auf Seite der Kassen tiefe Spuren hinterlassen: Andreas Hänlein, Robert Paquet und Tim Gennet schildern, wie Gesetzliche und Private Krankenkassen vor und nach der Reform verfasst waren und sind und wie sie sich im Prozess positioniert haben. Doch auch die Leistungsanbieter müssen sich auf neue Rahmenbedingungen einstellen: Robert Paquet, Detlev Heins, Dominik von Stillfried und Stefan Gräf sowie Thomas Brauner bieten einen Einblick in die Situation von Krankenhäusern, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und pharmazeutischen Industrie und beschreiben, welche Herausforderungen sich z.B. aus der neuen Wettbewerbsordnung mit Einzelverträgen ergeben. Volker Hansen (BDA) und Knut Lambertin (DGB) schildern in ihren Beiträgen Ablauf und Folgen der Reform aus Sicht der Selbstverwaltung der GKV (für die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite). Dorothea Bronner beschreibt die Situation des G-BA nach der Gesundheitsreform, während Stephan Etgeton die Patientenbeteiligung in diesem Gremium aufzeigt. Wie diese Reform von Wissenschaft und Medien begleitet und beeinflusst wurde, schildern abschließend Rudolf Speth, Andreas Lehr und Jutta Visarius sowie Jürgen Wasem.

Experimentelles Regieren unter den Bedingungen der Großen Koalition

Wolfgang Schroeder

Gesundheitsreformen sind in Deutschland meist großkoalitionär angelegt. Sie werden dann im Zusammenspiel zwischen Regierung und Bundesgesundheitsministerium (BMG), dem Bundesrat und den Fraktionsspitzen ausgehandelt. Dieser Prozess, der in den folgenden Beiträgen nachgezeichnet wird, wird durch die gesundheitspolitischen Experten der beiden großen Parteien unterfüttert und bindet oft auch wichtige Verbände ein. Durch diese Parteienkonkordanz, besonders ausgeprägt auch beim Lahnsteiner Kompromiss zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992, wird die Konkurrenz der Parteien partiell ausgesetzt. Trotzdem verlaufen auch diese Aushandlungsprozesse nicht nur konsensual.

Die Gesundheitsreform 2007 zählt sicher zu den anspruchsvollsten, langwierigsten und komplexesten Gesetzesprojekten der Großen Koalition. Denn in keinem anderen Politikbereich ist die Zahl der handelnden Akteure und der dahinter stehenden Veto- und Gestaltungsressourcen so groß wie in diesem Feld. Deshalb ist es wichtig in zentralen Fragen ein starkes Steuerungszentrum zu haben. Wie in den folgenden Beiträgen gezeigt wird, haben die Kanzlerin und die zuständige Fachministerin in diesem Sinne das entscheidende Zentrum des Regierens in diesem Gesetzgebungsprozess gebildet. Tatsächlich hat die funktionierende Allianz zwischen Kanzleramt und Gesundheitsministerium – bei allen Eigeninteressen – maßgeblich dazu beigetragen, dass die früh gefundene Grundarchitektur des neuen Gesetzeswerkes über alle Kontroversen hinaus Bestand hatte. Flankiert wurde die koalitionäre Allianzpolitik beider Institutionen nicht nur durch die Fraktions- und Parteispitzen von CDU/ CSU und SPD, sondern auch durch eine konstruktive Verfahrenspolitik der Anfang April 2006 eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Letztere hat dazu beigetragen, dass die Vetoaktivitäten aus den Ländern zumindest begrenzt werden konnten, ohne dass sie ganz ausblieben.

Fast anderthalb Jahre waren nötig, um dieses Gesetzeswerk unter Dach und Fach zu bringen. Aber auch nach seiner Verabschiedung ist die Liste der offenen

Fragen und Probleme nicht kleiner geworden. Immer wieder probten einzelne Akteure, und das nicht nur aus der Opposition oder aus dem Verbandsbereich, sondern auch aus den Regierungsparteien, den Sturm auf gegen einmal gefundene Regelungen. Auch nach der Fixierung des Gesetzestextes hörte die Kritik nicht auf; allerdings wurden die Instrumente gewechselt: An die Stelle klassischen Lobbyings und publizistischer Kritik treten öffentliche Kampagnen oder richterliche Entscheidungen, um weitreichende Korrekturen des verabschiedeten Gesetzes nun *ex post* zu erreichen. Die Quelle der Ungewissheit besteht aber bei Weitem nicht nur in der Vielzahl der Kritiker und Vetospieler, sondern auch die ungewisse Wirkung der neu implementierten Strukturen und Verfahren, die die Rede von einem „experimentellen Politikstil“ rechtfertigen, trägt dazu bei.

So sprachen manche Beobachter schon im Sommer 2008 davon, dass das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WVG) zu einem der „wohl größten sozialpolitischen Experimente der jüngeren bundesdeutschen Geschichte wird“ (Mihm, Andreas (2007): Krankenkassen. Das Experiment Gesundheitsfonds, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 11.8.2008). Tatsächlich ist ungewiss, ob und wie die einzelnen Elemente des Gesetzes funktionieren. Deshalb spricht der Journalist und Gesundheitsexperte Andreas Mihm auch von einem Blindflug: „Es ist so, als würde ein neuer Airbus ungeachtet der Bedenken eines Teils der Konstrukteure vollbesetzt auf Probeflug geschickt; ein Blindflug als Testflug. [...] Noch werden die Bedenken von den politischen Spitzen in Fraktion und Regierung zur Seite gewischt. Zu groß ist die Angst in der Koalitionsführung, am Ende mit leeren Händen dazustehen. Bundeskanzlerin Angela Merkel und ihre Gesundheitsministerin gehen mit diesem Start des Gesundheitsfonds, ohne Netz und doppelten Boden, ein großes Wagnis ein“ (ebd.). Die Große Koalition nutzte die Gesundheitsreform dazu, um gleich zu Beginn ihrer Legislaturperiode mit einem ihrer größten Gesetzeswerke ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis zu stellen, was ihr trotz vielfältiger Kritik kurzfristig gelungen ist. Zumindest gelang es einen nach innen und außen abgesicherten Output in Gestalt einer veränderten Finanz- und Institutionenordnung zu entwickeln. Ob damit wirklich Antworten auf die strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems gegeben sind, die eine nachhaltige Perspektive haben, ist offen. Vermutlich ist aber eine solche Form des experimentellen Regierens in Zeiten nicht vereinbarter Positionen in grundlegenden Fragen und als Testlauf für innovative Politik notwendig. Irreversibel ist dieser Output in Form des Wettbewerbsgesetzes jedenfalls nicht.

Motor der Reform und Schaltzentrale: Die Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit in der Gesundheitsreform 2007

Robert Paquet

1 Ziele und Ausgangslage des Gesundheitsministeriums vor dem Start der Reform

Mit der Bildung der neuen Bundesregierung hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwar die Zuständigkeit für die Rentenversicherung verloren. Das Ministerium für Arbeit und Soziales – mit Vizekanzler Franz Müntefering an der Spitze – wurde faktisch im alten Ressortzuschnitt wiederhergestellt. Trotz dieser Beschneidung der Zuständigkeiten von Ulla Schmidt, die sich ursprünglich in der Fraktion als Rentenexpertin profiliert hatte, war das Ministerium von Anfang an voll arbeitsfähig. Die Kontinuität an der Spitze des Ministeriums und beim übrigen für die Gesundheitspolitik zuständigen Leitungspersonal sicherte von Anfang an den maßgeblichen Einfluss des BMG auf die gesundheitspolitischen Zielformulierungen der Großen Koalition.

Im Zusammenhang mit der Zielfindung der Regierung spielt auch die Amtstradition des Hauses an sich eine Rolle. Ziele wie etwa

- die Steuerung der Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch budgetierende Maßnahmen,
- die Begrenzung der Spielräume der Selbstverwaltung in den Körperschaften (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen – KVen – etc.) und
- die Stärkung der Gesetzlichen Krankenkassen zu Lasten der privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie
- die Stärkung der Solidarität unter den Mitglieder der GKV

waren und sind grundsätzliche Ziele des BMG und stehen in einer langen Kontinuität – weitgehend unabhängig von der Parteizugehörigkeit der Minister.

Außerdem gehört zu den langjährigen gesundheitspolitischen Zielen der SPD, die sich das BMG faktisch zu Eigen gemacht hat,

- die Abschaffung der Kassenarten¹,
- die Durchsetzung eines vollständigen Finanzkraftausgleichs sowie der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs (RSA),
- die Durchsetzung einer Organisationsreform der GKV mit einer drastischen Reduzierung der Zahl der Krankenkassen, der Förderung von (auch kassenartenübergreifenden) Fusionen und die Vereinheitlichung des GKV-Verbandesystems durch die Schaffung eines einheitlichen GKV-Spitzenverbandes,
- die Förderung der Hausarzt-Versorgung durch vertragliche Begünstigung und finanzielle Pauschalierungen,
- die Einführung einzelvertraglicher und wettbewerblicher Versorgungsmodelle unterhalb der Kollektivverträge der KVen mit dem Ziel, die KVen dadurch weiter zu schwächen.

Dass diese Ziele zum Teil widersprüchlich sind (z.B. gleichzeitig: Vertragswettbewerb und Zwang zu Hausarztverträgen etc.) störte das BMG dabei nicht. Der Koalitionsvertrag bereitete all diese Ziele hinreichend vor und trägt somit überwiegend die Handschrift des SPD-geführten BMG.

Einige Überlegungen und Konzepte, die den Zielen zu Grunde liegen, gehen bis auf die GKV-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages von 1988/89 zurück. Zudem stellt sich die aktuelle Gesundheitsreform als Fortsetzung der letzten größeren Reformaktion, dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (GMG) dar, verfolgt dessen Ziele und Lösungsansätze weiter und versucht, die dort offen gebliebenen Probleme zu lösen.

Das BMG war auf die Große Koalition insoweit gut vorbereitet, als bereits das GMG im Rahmen einer *informellen* Großen Koalition erarbeitet worden ist. Ungeachtet der (möglicherweise für den Alltagsbetrieb der Berliner Republik in ihrer Bedeutung überschätzten) Mega-Kontroverse „Bürgerversicherung versus Solidarische Gesundheitsprämie“ gab es viele Berührungspunkte zwischen den Koalitionspartnern; die wesentlichen handelnden Personen kannten sich (wenn-

¹ Das war schon in den Koalitionsverhandlungen Konsens. Kein maßgeblicher Unionspolitiker hat sich mehr für die Kassenarten stark gemacht.

gleich Horst Seehofer später ein fachfremdes Ressort übernahm) und man teilte gemeinsame Erfahrungen und Einschätzungen im Hinblick auf andere Akteure im Gesundheitswesen.

Gerade durch die GMG-Erfahrung hatte man gelernt, gemeinsam gefundene Positionen gegenüber Lobbyisten durchzuhalten und die Interessenvertreter abzuwehren. Auch wenn die Erfolgserwartungen, die an das GMG geheftet waren, sich bald als überzogen herausstellten, blieb bei den beteiligten Politikern doch ein gemeinsames Gefühl der Enttäuschung über die Verbände im Gesundheitswesen, die sich oft als wenig konstruktive Kritiker, und manchmal als echte Vetoplayer erwiesen hatten. Die Politiker konnten den Krankenkassen und vor allem ihren Bundesverbänden damit die Verantwortung für die mangelhafte Umsetzung verschiedener guter Ideen zuschreiben (z.B. Integrationsversorgung, bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung etc.). Und vor allem konnte man sie für das Scheitern des zentralen Zieles des GMG, der von der Politik fahrlässig angekündigten Senkung der Beitragssätze, verantwortlich machen.

Vor dem geschilderten Hintergrund fiel es in den Beratungen zum Koalitionsvertrag (vgl. Dokumentation im Anhang) nicht allzu schwer, eine Einigung zu erreichen. Dabei war das BMG ohnehin für die Ausformulierung zuständig. Das BMG hat die Vorlagen zum Koalitionsvertrag gemacht und dabei seine Interessen natürlich zur Geltung gebracht. Dabei stehen die einschlägigen Absichtserklärungen in der Kontinuität der informellen „Großen Koalition“ des GMGs. Die Tatsache, dass die zentrale Kontroverse „Bürgerversicherung versus Solidarische Gesundheitsprämie“ dort als offenes Problem formuliert wurde, hatte sogar eine entlastende Wirkung und bot dem BMG mit seinen fachlich überlegenen Ressourcen alle Möglichkeiten, die Union mit eigenen Formulierungen zu präjudizieren.

Dabei ist die persönliche Rolle von Ulla Schmidt nicht zu überschätzen. Einerseits hatte sie bereits vier Jahre Zeit, ihr Haus personell und inhaltlich zu konsolidieren und in Bezug auf ihre Person, loyale Arbeitszusammenhänge zu schaffen. Innerhalb der Partei und der SPD-Fraktion hatte sie durch die Zugehörigkeit zu den „richtigen“ Gruppierungen (Seeheimer Kreis, Landesgruppe Nordrhein-Westfalen, Frauen in der Fraktion) immer ausreichende Mehrheiten. Ebenso hat ihr das problemlose Verhältnis zu Franz Müntefering, dem Chef der SPD-Ministerriege, geholfen. Das wichtigste war jedoch, dass Ulla Schmidt sehr früh eine Verständigung mit Kanzlerin Angela Merkel gelang. Dabei musste sich die Übereinstimmung in dieser Phase noch gar nicht auf konkrete Inhalte beziehen.