

Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie

Marian Döhler
Philip Manow-Borgwardt

91/9

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
Lothringer Str. 78
D-5000 Köln 1
Federal Republic of Germany

MPIFG Discussion Paper 91/9
ISSN 0933-5668
Oktober 1991

(RFC822): mpi@mpi-fg-koeln.mpg.dbp.de
(X400): S=mpi;O=mpi-fg-koeln;P=mpg;A=dbp;C=de
(PSI): PSI%4505011006::MPI

Telephone 0221 / 33605-0
Fax 0221 / 3360555

Abstract

Research into German health policy has been dominated by doubts about government's capacity for reform. These skeptical views were based on assumptions such as the strong influence of organized interests, the functional relevance of self-governing associations, the intensive interlocks between different levels of government or barriers caused by the mechanisms of coalition government. It is argued in this paper that these policy conditions, although relevant for suppressing radical reforms, cannot be regarded exclusively as restraints to governmental action in health policy. Rather these institutional characteristics can be employed by the federal government for an incremental strategy of corporatizing the health sector. The corporatization strategy has gained ideological credibility and political momentum because it is based on an already established and widely acknowledged mode of governance: resource allocation through negotiations between peak associations. This paper shows how the federal government has slowly, but perceptively, transferred this governance model from its origins in ambulatory care to the hospital and pharmaceutical sectors since the late 1970s.

* * * * *

In Untersuchungen zum bundesdeutschen Gesundheitswesen dominiert bisher eine skeptische Einschätzung der staatlichen Reformfähigkeit, die mit Hinweisen auf die ausgeprägte Verbändedominanz, die funktionale Abhängigkeit des Staates von den Implementationsleistungen der Selbstverwaltung, die vielfältigen föderalen Verflechtungen und parteipolitisch verursachten Paralyse begründet wird. Dagegen wird in der vorliegenden Arbeit argumentiert, daß diese Politikbedingungen nicht generell als Reformhindernisse betrachtet werden können. Zwar werden systemverändernde Reformoptionen recht zuverlässig unterdrückt, gleichzeitig ermöglichen die sektoralen Politikbedingungen aber auch eine staatliche Steuerungsstrategie, die als Korporatisierung medizinischer Versorgungssektoren bezeichnet wird. Diese gesundheitspolitische Strategie gewinnt ihre ordnungspolitische Legitimität und ihre politische Durchsetzungsfähigkeit, weil sie an einem Ordnungsmodell orientiert ist, das im ambulanten Versorgungssektor seit langem existiert: Kollektivverträge zwischen verpflichtungsfähigen Verbänden. In diesem Papier wird nachgezeichnet, wie die Gesundheitspolitik der jüngsten Vergangenheit das korporative Ordnungsmodell im Sinne staatlicher Steuerungsziele strategisch fortentwickelt und in zunehmendem Umfang auf den Krankenhaus- und Arzneimittelsektor übertragen hat.

Inhalt*

Abstract	2
1. Einleitung	5
2. Staatliches Steuerungsversagen in der Gesundheitspolitik?	6
3. Die Ausdifferenzierung des korporativen Ordnungsmodells in der kassenärztlichen Versorgung	14
4. Die analoge Korporatisierung im Krankenhaussektor	20
5. Exklusive Korporatisierung: Die Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten	29
6. Zusammenfassende Schlußfolgerungen	39
6.1 Die sektorale Diffusion des korporativen Ordnungsmodells	39
6.2 Korporatisierung als ordnungspolitisches "Paradigma"	41
6.3 Politische Durchsetzungsbedingungen des korporativen Ordnungsmodells	44
6.4 Korporatisierung und staatliche Steuerungsfähigkeit	46
Literatur	49

* Für hilfreiche Kommentare und Verbesserungsvorschläge sind wir Jürgen Feick, Philipp Genschel, Renate Mayntz, Heinz Rothgang, Uwe Schimank, Jürgen Wasem und Raymund Werle zu Dank verpflichtet. Ebenfalls danken möchten wir unseren Gesprächspartnern aus dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

1. Einleitung

In der gesundheitspolitischen Diskussion galt das vorherrschende analytische Interesse bislang weniger der konkreten Gesetzgebungspraxis, als vielmehr der ausgeprägten Verbändedominanz, den vielfältigen föderalen Verflechtungen und parteipolitische Paralyse, die insgesamt der staatlichen Handlungsfähigkeit enge Grenzen zu setzen scheinen (Rosewitz/ Webber 1990; Webber 1988; Veith 1989; Wiesenthal 1981). Indem die Konzentration auf gesundheitspolitische Handlungsrestriktionen eine - mit Verweisen auf das Scheitern bisheriger Reformversuche - empirisch plausibilisierte Steuerungsskepsis nahelegte, die in dem Stichwort "Reformblockade" ihr diagnostisches Kürzel gefunden hat (Rosewitz/ Webber 1990; Blanke/ Perschke-Hartmann 1990; Mayntz 1990), konnte eine analytische Aussparung der konkreten Staatstätigkeit auch kaum als gravierender Mangel erscheinen.

Die als Reformhindernisse identifizierten Politikbedingungen dürfen allerdings nicht als strategieunabhängig und damit als generell wirksam betrachtet werden. Wie im folgenden gezeigt werden soll, sind es mitunter gerade die aus unterschiedlichen Klientelabhängigkeiten resultierenden parteipolitischen Blockaden, die es ermöglichen, mit - zwar als "systemkonform" etikettierten, aber dennoch substantiellen - Reformvorstellungen die gesundheitspolitische Gesetzgebung der jüngeren Vergangenheit zu prägen. Auch die These, daß die Durchdringung des bundesdeutschen Gesundheitssektors mit hoch organisierten Verbänden seine Steuerungsfähigkeit eher beeinträchtigt (Mayntz 1990: 303), ist zumindest unvollständig. Die Dominanz von zentralisierten Verbänden mit z.T. öffentlich-rechtlichem Status, insbesondere die Selbstverwaltung, wirkt zweifellos gegenüber bestimmten gesundheitspolitischen Reformstrategien als Hindernis, andererseits kann diese Struktur aber auch im Sinne staatlicher Steuerungsziele instrumentalisiert werden. Sie dient, wie in den Abschnitten 3 bis 5 gezeigt werden soll, als Anknüpfungspunkt für eine staatliche Reformstrategie, die hier als "Korporatisierung" gesundheitspolitischer Sektoren bezeichnet wird.

Die nähere Analyse dieser auf die spezifischen Handlungsbedingungen des Gesundheitssektors abgestimmten Reformstrategie erscheint uns grundlegend für das Verständnis der erstaunlichen Pfadabhängigkeit der bundesdeutschen Gesundheitspolitik und ihrer - trotz des vorherrschenden Eindrucks eines politischen Immobilismus - beobachtbaren Steuerungserfolge (vgl. z.B. Alber 1988 aus komparativer Perspektive). Diese Analyseperspektive ist damit auch ein Schlüssel zur Klärung der in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik latent vorhandenen Widersprüchlichkeit zwischen genereller Steuerungsskepsis und verhaltenem Steuerungsoptimismus, die

ihren Ausdruck beispielsweise in den eigentümlich ambivalenten Beurteilungen der Wirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) findet. Denn der - mit Verweis auf ihre mangelnde Verpflichtungsfähigkeit begründeten - negativen Einschätzung ihrer Steuerungskapazitäten (Smigielski 1980: 284; Eberle 1985; Henke 1988: 130; Webber 1988: 195) stehen häufig auch diffus-positive Elemente gegenüber, etwa dergestalt, daß die KAiG "im großen und ganzen als nützliche Einrichtung" (Henke 1988: 128) angesehen werden kann. Die Hilflosigkeit dieser Einschätzungen wird offenbar, wenn auf die Frage, warum die Existenz der KAiG trotz der ihr allseits attestierten Wirkungslosigkeit noch nie ernsthaft in Frage gestellt wurde, mit konstruiert anmutenden Motivunterstellungen geantwortet wird, etwa der These, daß die "Beteiligten sicher an diesem Forum festhalten (werden), schon allein, um das freiheitliche System der Krankenversicherung zu erhalten" (Eberle 1985: 216). Die eigentümliche Ambivalenz in der Beurteilung ist keineswegs nur auf die KAiG beschränkt, sondern gilt auch für andere Strukturmerkmale der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Grund dafür besteht u.E. darin, daß in der Literatur zwar die gesundheitspolitischen Handlungsrestriktionen angemessen analysiert werden, darüber jedoch die Fähigkeit des Staates zur "Bearbeitung" dieser Restriktionen vernachlässigt wird.

2. Staatliches Steuerungsversagen in der Gesundheitspolitik?

Stellt man die Frage nach der staatlichen Reaktion auf die Reformresistenz des bundesdeutschen Gesundheitswesens, hat dies Konsequenzen sowohl in methodischer wie auch in theoretischer Hinsicht. Methodisch erscheint uns eine Verschiebung von der Fallstudientechnik hin zu einer entwicklungsgenetischen Rekonstruktion politischer Entscheidungsprozesse notwendig, die längere Zeiträume übergreift. So kann vermieden werden, daß durch kurzfristige Betrachtungszeiträume langfristige Politikdynamiken ausgeblendet werden und dadurch der Sequenzcharakter politischer Entscheidungen, also ihre Einbindung in eine Handlungskette mit strategischer Zielrichtung oder mit spezifischer Pfadabhängigkeit nur unzureichend abgebildet wird. In theoretischer Hinsicht ergeben sich Konsequenzen für die Indikatorenbildungen zur Bemessung von Steuerungserfolg bzw. -mißerfolg.

Zum einen wird die gängige Orientierung an parteipolitisch formulierten Zielvorstellungen problematisch. Wenn z.B. die durch die Rhetorik der "Wende" im Anschluß an den Regierungswechsel von 1982 geschürten Erwartungen auf eine Rehabilitation von "Marktkräften" im Gesundheitswesen nicht eingelöst werden konnten (Döhler 1990: 405-502), so darf daraus nicht um-

standslos auf generell wirksame Reformblockaden geschlossen werden. Stattdessen ist hier lediglich die Schlußfolgerung, daß die Strategie "mehr Markt" gescheitert ist, da sie ein zu geringes Maß an "Systemkonformität" aufwies. Dies gilt auch für die sozialliberalen Reformversuche hin zu einer präventiven und von staatlichen Planungsimpulsen koordinierten Gesundheitspolitik, denen aus ähnlichen Gründen eine Realisierung versagt blieb (Döhler 1991). Wenn daraus konsequenterweise gefolgert wird, daß parteipolitisch angeleitete Steuerungsversuche gescheitert sind, dann ist damit andererseits die Vorstellung nicht unvereinbar, daß - vermittelt über die Ministerialbürokratie - eine systemkonforme und politisch durchsetzbare Reformstrategie wirksam wird. Politische Handlungschancen ergeben sich gerade aus scheinbaren Blockadesituationen heraus, weil die Ministerialverwaltung in derartigen Konstellationen ein ordnungspolitisches Steuerungsmodell vertritt, das mit jenem sozialpolitischen Grundkonsens kompatibel ist, den fast alle Akteure teilen (vgl. zum historischen Hintergrund Döhler 1990: 65 ff.). Diese Überlegung gewinnt dadurch an Relevanz, daß die Fixierung auf parteipolitisch formulierte Reformvorstellungen leicht aus dem Blick geraten läßt, daß sowohl im Subsidiaritätsprinzip der katholischen Soziallehre als auch in der Demokratisierungs- und Mitbestimmungsprogrammatik der Sozialdemokratie ideologische Anknüpfungspunkte an das Selbstverwaltungsprinzip vorhanden sind, die über Parteigrenzen hinausgehen. Obwohl mit der FDP und der Zahnärzteschaft zumindest zwei Akteure vorhanden sind, die mit diesem Konsens nicht übereinstimmen und mit ihrer Präferenz für das Kostenerstattungsprinzip bewußt einen Stützpfeiler des Gesamtsystems in Frage stellen, ist zweifelhaft, ob die Schlagworte "mehr Markt" bzw. "mehr Staat" überhaupt als Mehrheitspositionen begriffen werden können, deren mangelnde Realisierung Rückschlüsse auf die *staatliche* Steuerungsfähigkeit zuläßt. Darüber hinaus wird bei einer entwicklungsgenetischen Betrachtung das verbreitete - von parteipolitischer Rhetorik geschürte - Ausschauhalten nach "tiefgreifenden" Strukturreformen ohnehin problematisch, da anders als bei Fallstudien nunmehr die möglichen Kumulationseffekte inkrementaler Politikveränderungen in den Blick geraten. Damit wird auch die Bewertungsebene für staatliche Steuerungsleistungen hinfällig, die sich an einer "technokratischen Feinsteuerungssillusion" (Nahamowitz 1988: 67) orientiert, wie sie während der 70er Jahre vorherrschte.

Zum anderen wird eine Indikatorenbildung problematisch, bei der die Verletzung von Verbandsinteressen als zentrales Kriterium für staatlichen Steuerungserfolg fungiert. Die Gleichsetzung von staatlicher Steuerung mit Beschneidung von Gruppeninteressen wird zumeist in Form der folgenden Argumentation eingeführt: Da Staat und Verband als - prinzipiell gleichrangige - Tauschpartner aufgefaßt werden, werden zwischen ihnen nur solche

"Kontrakte" realisiert, die im beiderseitigen Interesse liegen. D.h.: Angesichts einer mangelnden Verpflichtungsfähigkeit der KAiG und der ebenfalls auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basierenden Vereinbarungen auf der Selbstverwaltungsebene werden nur dort Vereinbarungen getroffen, "wo sich alle Beteiligte Vorteile ausrechnen" (Winter 1990: 341; i.d.S. für die Selbstverwaltung Rosewitz/ Webber 1990: 310). Im Umkehrschluß wird dann gefolgert, daß ein Erfolg gesundheitspolitischer Reformen nur in dem unwahrscheinlichen Fall zu erwarten ist, wenn sie durch die hoch selektiv wirkende Kumulation von verbandlichen Vetopositionen "hindurchfallen". Weil diese Bedingung einer multilateralen Interessenneutralität jedoch weniger als Selektionskriterium, sondern vielmehr als praktische Ausschließungsregel für Strukturreformen wirkt, erscheint die Gleichzeitigkeit von gesundheitspolitischer "Strukturfixierung" und schlichter Kostenexternalisierung zu Lasten nicht-organisierter und schwer organisierbarer Interessen als dominantes Kennzeichen der bundesdeutschen Gesundheitspolitik (Wiesenthal 1981). Auch wenn Tauschbeziehungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen aufgrund seiner ausgesprochenen Verbändedominanz und der auf Einvernehmen ausgerichteten Steuerungsinstanz der KAiG vorzuherrschen scheinen, ist diese Schlußfolgerung nicht unproblematisch.

Hier wird nämlich vernachlässigt, daß der Tausch zwischen Staat und Verbänden eine grundsätzliche Asymmetrie besitzt. Daß die Beleihung mit autoritativen Ressourcen oder die Gestaltung verbandlicher Organisationsstrukturen eine staatliche Steuerungsressource darstellt, mit der er die Präferenzordnung und die Handlungsfähigkeit von organisierten Interessen beeinflussen kann, fand in der Literatur zumeist nur als Hinweis darauf Berücksichtigung, daß die *Androhung* staatlicher Intervention oftmals als Anreiz zur verbandlichen Selbstregulierung wirkt (vgl. etwa Rosewitz/ Webber 1990: 229ff.). Für *tatsächliche* Veränderungen an dem inner- und zwischenverbandlichen Organisationsgefüge schien jedoch das Gültigkeit zu besitzen, was bereits die Analyse von Reformblockaden erbrachte: Wenn die gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen den Verbänden ein faktisches Vetorecht zubilligen, läßt sich schlüssig erwarten, daß jeder Versuch, durch Veränderungen an den Entscheidungsstrukturen ihre Blockadewirkungen aufzuheben, durch eben dieselbe verbandliche Vetomacht verhindert wird.

Daß die Veränderung verbandlicher Organisationsstrukturen dennoch eine wichtige staatliche Steuerungsressource darstellt, der eine - etwa im Vergleich zu dem Bereich industrieller Beziehungen - größere Bedeutung zuzumessen ist, hat jedoch auch unmittelbare Plausibilität. Beispielsweise sind der staatlichen Gestaltung verbandlicher Entscheidungsstrukturen - zumindest auf Kassenseite - durch die "Mitgliedslogik" (Schmitter/ Streeck 1981) ver-

gleichsweise wenig Grenzen gesetzt,¹ und aufgrund des öffentlich-rechtlichen Status vieler gesundheitspolitischer Verbände müssen diese ohnehin als reaktiv gegenüber staatlichen Steuerungsmaßnahmen eingeschätzt werden. Ein gutes Beispiel für diesen Zusammenhang sind die im Zuge der Kostendämpfungsgesetze eingeführten Kompetenzverschiebungen bei den Krankenkassen auf die Ebene von Landes- und Bundesverbänden, die sich heute als bedeutende, aber weitgehend konfliktfrei eingeführte "Vereinheitlichung, Zentralisierung und konkordante Konzertierung" darstellt, die "klare Konturen einer ordnungspolitischen Strategie erkennen" läßt (Alber 1991: 141). Diese Veränderungen führten dazu, daß die noch in den siebziger Jahren zum zentralen Argument für die strukturelle Unterlegenheit der Kassenseite in den Verhandlungen mit der Ärzteschaft angeführte "Kassenkonkurrenz" heute fühlbar an Bedeutung verloren hat. Ein weiterer Beleg für den hier behaupteten Zusammenhang findet sich im Arzneimittelsektor der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Daß die Selbstverwaltung dem gesetzlichen Auftrag zur Umsetzung der Festbetragsregelung zwar nicht konfliktfrei, aber insgesamt effektiv nachkommt, gewinnt vor dem Hintergrund des Umstandes an Bedeutung, daß der erstmalige Versuch einer Regulierung der Arzneimittelkosten über die Selbstverwaltung in Form des sog. "Arzneimittelhöchstbetrages" an dem mangelnden Umsetzungswillen von Kassen und Ärzteschaft scheiterte. Die hier deutlich werdende Verschiebung des "Kontraktraumes" zwischen Staat und Verbänden oder zwischen den Verbänden untereinander läßt sich vornehmlich mit gezielt vorgenommenen Veränderungen an dem Organisationsgefüge der relevanten Entscheidungsgremien erklären (s. hierzu Abschnitte 3 und 5).

Uns geht es nun darum zu zeigen, daß staatliche Steuerung stattfindet und daß dabei durchaus Erfolge zu verzeichnen sind. Die Plausibilisierung dieser Hypothese setzt voraus, daß erstens gezeigt werden kann, *was* durch staatliche Interventionen gesteuert wird und zweitens, *wie* Steuerung angesichts vielfach belegter Reformhindernisse überhaupt möglich ist. Der Referenzpunkt unserer Grundhypothese ist dabei der "Aufstieg korporativer Ordnungsformen" (Oberender 1988: 295), der sich in den Strukturen des Gesundheitswesens insbesondere durch die Ausbreitung des Kollektivvertrags als zentralem Steuerungsmodell der Ressourcenverteilung nachweisen läßt. Der hier verwendete Begriff der Korporatisierung rekuriert dabei weniger auf die Frage, inwieweit der Gesundheitssektor als ein Beispiel für einen neokorporatistisch regulierten Politikbereich angesehen werden kann, sondern bezieht sich auf

1 Diese Feststellung besitzt Gültigkeit unabhängig davon, ob je nach Entscheidungsfall die oder der einzelne Versicherte, die einzelne Kasse oder die Landesverbände der Kassen als 'Verbandsmitglieder' aufgefaßt werden müssen.

den von James Coleman geprägten Begriff des "korporativen Akteurs", mit dem er intermediäre Instanzen mit Akteureigenschaften bezeichnet (Coleman 1974).

Der Begriff Korporatisierung bezeichnet nachfolgend den Prozeß einer Organisationsveränderung, die angeleitet wird durch die normativen Vorgaben des korporativen Ordnungsmodells. Hierbei handelt es sich um einen abstrakten *Idealtypus*, dessen normative Geltungskraft aus seiner Affinität mit realen Strukturprinzipien der deutschen Sozialpolitik herrührt. Dieses korporative Ordnungsmodell kann auf drei Ebenen nachgezeichnet werden, die allerdings nicht als gleichgewichtig zu verstehen sind:

- In *normativer* Hinsicht ist mit dem korporativen Modell eine abstrakte ordnungspolitische Leitvorstellung gemeint, wie sie nicht nur für die deutsche Sozialversicherung insgesamt Gültigkeit besitzt, sondern auch in anderen Sektoren über eine breite gesellschaftliche Akzeptanz verfügt. Im Hinblick auf die GKV wird dieses Modell spezifiziert durch das Selbstverwaltungsprinzip, das durch seine Verbindung mit dem Subsidiaritätsprinzip eine zwischen gesellschaftlicher Selbststeuerung und Staatsaufsicht oszillierende Auslegungsfähigkeit erhält.
- Eine Konkretisierung erfährt dieses normative Leitbild auf zwei darunter liegenden Ebenen. Auf der *prozeduralen* Ebene umfaßt das korporative Ordnungsmodell vor allem Kollektivverträge, organisierte Zwangsschlichtung und damit die Ausschaltung von Autonomieräumen individueller Akteure.
- Schließlich gibt es eine *institutionelle* Dimension, die - in idealtypischer Weise - körperschaftlich verfaßte und damit verpflichtungsfähige Verbandsorganisationen einschließt, die bei konträrer Interessenlage in Gremien einer gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden sind.

Wichtig ist für die nachfolgende Argumentation zum einen, daß das als Idealtypus charakterisierte Ordnungsmodell keineswegs nur ein analytisches Konstrukt darstellt, sondern vielmehr auf der Ebene der handelnden Akteure als normatives Orientierungswissen präsent ist, wenn auch die Zustimmung je nach Akteur variiert. Zum anderen ist dieser Idealtypus zu unterscheiden von den sektoralen *Realtypen* der Regulierung, die den Interessenlagen der dort handelnden Akteure entsprechen. Zwischen dem ordnungspolitischen Idealtypus einerseits und den sektoralen Realtypen andererseits ergibt sich nun ein Spannungsverhältnis, da im Prozeß der Korporatisierung die sektoralen Realtypen dem idealtypischen Ordnungsmodell teilweise gegen heftige Widerstände angepaßt werden. In tabellarischer Form stellt sich dies folgendermaßen dar:

Schaubild 1: Idealtyp des "korporativen Ordnungsmodells" und sektoral dominierende Regulierungsformen²

	Idealtyp des "korporativen Ordnungsmodells"	Realtypen der sektoralen Regulierung		
		Ambulanter Sektor	Krankenhaussektor	GKV-Arzneimittelsektor
Normative Ebene	Selbstverwaltung zwischen Eigenregulierung und Staatsintervention	Primat der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und KVen.	"Trägerpluralismus" mit seiner Gemengelage konfessioneller, kommunaler und privater Trägerideologien	"Freier Wettbewerb"; Zuständigkeit des Wettbewerbsrechts
Prozedurale Ebene	Kollektivvertragliche Regulierung vor allem der Kosten des Leistungsgeschehens auf möglichst zentraler Ebene (Bundesebene)	Dezentrale Preisverhandlungen	"Selbstkostendeckungsprinzip"	(Arzneimittel)-"Verordnungsfreiheit" (Keine Positiv- oder Negativlisten), keine Preisverhandlungen
Institutionelle Ebene	Verpflichtungsfähige Verbände mit Gemeinwohlbindung (Körperschaften öffentlichen Rechts, KÖR)	Kassenärztliche Vereinigungen als regionale KÖR (mit Betonung auf der Rolle als Interessenwahrer gegenüber den Kassen gem. § 75 Abs. 2 SGB V	Privatrechtlicher Status der Trägerverbände und Landeskrankenhausgesellschaften	Wirtschaftsverbände mit Vereinsstatus

Im Prozeß der Korporatisierung kollidieren die sektoralen Autonomieansprüche mit dem korporativen Ordnungsideal auf drei Ebenen. Auf der *normativen* Ebene gibt es im ambulanten Sektor den ständigen Konflikt um das staatliche Interventionsrecht in die Selbstverwaltung, der Ausdruck der Auslegungsfähigkeit des Selbstverwaltungsgedankens ist. Die vornehmlich gegen staatliche Interventionen gerichtete Ausdeutung des Subsidiaritätsprinzips steht hier als wichtigstes Argument gegen die in der subsidiären Stufenhierarchie der Steuerungskompetenz beinhalteten und im Falle des Versagens der niedrigeren Ebenen legitimierten staatlichen "Ersatzvornahmrechte". Sei sie nun staatsfrei oder staatsgeleitet ausgedeutet, im Arzneimittelsektor und in abgeschwächter Form im Krankenhaussektor steht die normative Leitvorstellung vom Vorrang verbandlicher Regulierung im grundsätzlichen Konflikt mit den - hier mit Verweisen auf wettbewerbliche oder konfes-

- 2 Hier wird - wegen der Dominanz der Kostendämpfung in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik - der Arzneimittelbereich nur in seiner finanziellen Auswirkung auf die Finanzen der GKV thematisiert. Somit steht der in diesem Bereich vorherrschende, unter Berufung auf das Prinzip des "freien Wettbewerbs" begründete Widerstand gegen staatliche Interventionen oder kollektivvertragliche Regulierungen nicht im Widerspruch etwa mit der langen Tradition direkter und relativ "dichter" staatlicher Regulierung im Bereich der Arzneimittelsicherheit.

sionell-freigemeinnützige Prinzipien verteidigten - sektoralen Autonomieansprüchen.

Dem entspricht auf *prozeduraler* Ebene der Konflikt zwischen einer möglichst zentralen kollektivvertraglichen Steuerung vor allem der Kosten des jeweiligen Leistungsgeschehens beispielsweise über gedeckelte Vergütungsvereinbarungen, Verträgen mit einzelnen Krankenhausträgerverbänden bzw. Landeskrankenhausesellschaften oder Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie, und den sektoralen Regulierungsformen, die eine vertragliche Internalisierung der entstandenen Kosten bislang vollständig oder teilweise verhindern und die hier mit den Stichworten "dezentrale Preisverhandlungen", "Selbstkostendeckungsprinzip" oder "Arzneimittelverordnungsfreiheit" (nicht erschöpfend) angesprochen sind. Eine kollektivvertragliche Einbindung der Kosten ist im Bereich der Arzthonorare jedoch zweifellos am weitesten fortgeschritten.

Auf der *institutionellen* Ebene schließlich steht das Steuerungsideal verpflichtungsfähiger Verbände mit Gemeinwohlbindung - also tendenziell Körperschaften des öffentlichen Rechts - im Konflikt mit den sektoralen Realtypen. Hier ist es wiederum der Sektor der kassenärztlichen Versorgung, der am ehesten den Anforderungen des korporativen Ordnungsmodells entspricht, wenngleich der Tendenz zur Zentralisierung der Verhandlungskompetenzen (Bundesempfehlung) und zur Verpflichtung der Kollektivverträge auf das Prinzip der Beitragssatzstabilität eine Vorstellung von der Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen entgegengehalten wird, die sie als regionale KÖR mit primärer Zuständigkeit für die Wahrung der Interessen der Ärzte gegenüber den Kassen sieht. Im Krankenhaussektor und im Bereich der Arzneimittelversorgung besitzen die potentiell für zentralisierte vertragliche Regulierungen in Frage kommenden Verbände (Krankenhausträgerverbände, Landeskrankenhausesellschaften, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, BPI) privatrechtlichen Status und haben - etwa als eingetragene Vereine (BPI) - minimale Verpflichtungsfähigkeit gegenüber ihren Mitgliedern.

Es mag wenig überraschend sein, daß wir in der Durchsetzung des hier skizzierten korporativen Ordnungsmodells der Ministerialverwaltung, also (bislang) dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), eine zentrale Rolle zuschreiben. Daß es strategiefähige administrative Langfristinteressen gibt, die die inhaltliche Gestaltung politischer Entscheidungen in starkem Maße prägen, ist - auch im internationalen Vergleich - vielfach gezeigt worden.³ Hier soll es auch nicht um eine erneute Bestätigung bürokrati-

3 Vgl. z.B. Heclo (1974: 301ff.), Weir/ Skocpol (1985). Zum Stand der Diskussion in der Bundesrepublik vgl. Schulze-Fielitz (1988: 285ff.), Dreier (1991: 195ff.).

scher Politikrelevanz gehen. Vielmehr wird an eine Überlegung aus der Organisationstheorie angeknüpft, in der Organisationen die Fähigkeit zur Definition relevanter Umweltausschnitte und insbesondere zur Manipulation von Umweltsegmenten zugebilligt wird (Child 1972). Diese Überlegung ist etwa von Olsen aufgegriffen worden, wenn er feststellt: "Government ... is in the business of shaping its environment rather than adapting to it" (Olsen 1991: 130).

Wir unterstellen dabei keine generell überlegene administrative Handlungs- und Strategiefähigkeit, sondern gehen davon aus, daß es spezifische Umweltbedingungen sind, die die staatliche Steuerungsfähigkeit unterstützen und in dieser Form in anderen Politiksektoren nicht anzutreffen sind. Die Strukturmerkmale des Gesundheitssektors, insbesondere die verbandliche Selbstverwaltung, schaffen für das BMA nämlich eine eigentümliche "opportunity structure", die sich strategisch fortentwickeln und für staatliche Steuerungsziele in den Dienst nehmen läßt. Das heißt auch, daß die Organisationsmuster des Gesundheitssektors zunächst nur als strategische Chance zu betrachten sind, aber dann - nachdem sie bereits Gegenstand staatlicher Steuerungsmaßnahmen waren - zu Indikatoren für die erfolgreiche Korporatisierung werden. Wohlgermerkt zielen wir nicht auf bloße Umweltselektionseffekte ab. Denn selbst wenn Umweltbedingungen ihren Beitrag zur Durchsetzung einer bestimmten Politikstrategie leisten, so wirkt die Organisationsumwelt immer erst durch die Konfrontation mit den Handlungen der Akteure, so daß es eine politische Entscheidungsautomatik durch Umweltselektion nicht geben kann.

Wichtige Bestandteile des korporativen Ordnungsideals entsprechen den in der GKV institutionalisierten Beziehungen zwischen Ärzten und Kassenverbänden im Bereich der kassenärztlichen Versorgung. Dessen erfolgreiche Organisationsgeschichte sowie die gleichzeitige Einbindung "von eher konträr ausgerichteten Verbandsinteressen auf einen gemeinsamen Organisationszweck" (Prätorius 1979: 256), also von Arbeitgebern und Gewerkschaften in die Selbstverwaltung, ist ursächlich für den breiten Konsens über die normative und funktionale Sinnhaftigkeit des korporativen Ordnungsmodells. Mit dem Sozialrecht ist zudem ein eigenständiges Normengefüge vorhanden, das gegenüber den impliziten Steuerungsprämissen des korporativen Ordnungsmodells mit Selbstverwaltung, körperschaftlichen (Zwangs)organisati-

Nur am Rande sei hier erwähnt, daß bereits die wesentlichen Elemente des Krankenversicherungsgesetzes von 1883 nicht - wie vielfach angenommen - von Bismarck selbst entworfen wurden, sondern aus der Feder des Ministerialbeamten Theodor Lohmann stammten (Rothfels 1927: 55ff.).

onen und Kollektivverträgen sehr viel offener ist als für die im Wirtschaftsrecht herrschenden Denkfiguren der Vertragsfreiheit und des Autonomieanspruchs der Wirtschaftssubjekte. Die Korporatisierung setzt sich aber keineswegs mit evolutionärer Zwangsläufigkeit durch. Die Ausbreitung dieses Ordnungsmodells kommt vielmehr einer konfliktreichen "Landnahme" anders organisierter Sektoren gleich und erfordert jeweils große politische Kraftanstrengungen.

Es ist daher nicht ausreichend, lediglich die unterstellte Korporatisierungstendenz nachzuweisen. Die offenkundig nicht konfliktfreie Durchsetzbarkeit wirft zusätzlich die Frage auf, warum ausgerechnet dieses Ordnungsmodell gegenüber alternativen Regulierungsstrategien den Vorzug erhält. Schließlich gilt es zu klären, warum die Korporatisierung sich immer wieder als politisch durchsetzbar erweist. Zunächst wird aber in den folgenden Abschnitten (3 bis 5) die diachronische und sektorale Diffusion des korporativen Ordnungsmodells in drei unterschiedlich "ausgereiften" Entwicklungsstadien und in drei sektorspezifischen Varianten nachgezeichnet: in seiner fortgeschrittensten Variante im ambulanten Versorgungssektor, in einer mittleren Entwicklungsstufe im Krankenhausbereich und in einem quasi embryonalen Stadium in der Arzneimittelversorgung.⁴ In Abschnitt 6 werden wir dann die Fragen nach der überlegenen Konsensfähigkeit (6.2) und den politischen Durchsetzungsbedingungen (6.3) des korporativen Ordnungsmodells zusammenfassend aufgreifen und in Hinblick auf die Frage nach der staatlichen Steuerungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik diskutieren (6.4).

3. Die Ausdifferenzierung des korporativen Ordnungsmodells in der kassenärztlichen Versorgung

Bei Strukturbeschreibungen des bundesdeutschen Gesundheitswesens findet sich neben der Kategorisierung als korporatistisch organisierter Sektor auch häufig die Einschränkung, daß dieses Strukturprinzip keine durchgängige Geltung besäße (Lehmbruch 1988: 22; Winter 1990: 340). Dabei wird Bezug genommen auf eine durch die Schmittersche Korporatismusdefinition geprägte Typologisierung von Systemen der Interessenvermittlung, bei der auf Verbandsseite die hierarchische Gliederung, die politische Verpflichtungsfähigkeit

4 Der für unsere Fragestellung nicht weniger ergiebige Heil- und Hilfsmittelbereich wird aus Gründen der Platzersparnis und seiner geringeren quantitativen Relevanz für die Gesundheitsausgaben nicht behandelt. Anstelle dessen sei verwiesen auf Heinze (1990: 176f.).

sowie die tendenzielle Monopolisierung politischer Repräsentation als Voraussetzungen für korporatistische Steuerung definiert werden. Diese Bedingung war im bundesdeutschen Gesundheitssektor nur zum Teil erfüllt. Vor allem der fragmentierte Aufbau der Kassenseite und ihrer Verbände entsprach nicht den Erfordernissen an einen korporatistischen Steuerungsverbund. Folgerichtig ist daher die gesundheitspolitische Debatte der 70er Jahre von der Kritik durchzogen, daß die strategische und kostentreibende Überlegenheit der Kassenärzte auf ein organisatorisches Defizit der Kassenseite zurückzuführen sei. Deren hochgradige Zersplitterung sowie die honorarpolitischen Absetzbewegungen der Ersatzkassen aus einer notwendigen Einheitsfront der Kassenseite - so das Argument - würden es den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erlauben, die Krankenkassen bei den Honorarverhandlungen gegeneinander auszuspielen (mit weiteren Nachweisen Smigielski 1980: 32ff.). Die Dominanz der KVen war allerdings erst im Anschluß an eine schrittweise Entmachtung der Kassenseite in der Nachkriegszeit entstanden.

Da sich das Kollektivvertragsmodell im ambulanten Sektor nunmehr zu Lasten der Krankenkassen als "extrem gleichgewichtslos" (Bogs 1982a: 11) erwiesen hatte, war die staatliche Gesetzgebung seit Mitte der 70er Jahre von dem Bestreben gekennzeichnet, die Kassenseite durch eine Homogenisierung ihrer Verbandsstrukturen gegenüber den KVen zu stärken. Wie an anderer Stelle bereits dargelegt (Döhler 1991), gewann eine organisatorische Umstrukturierung des Verbandesystems insbesondere durch die Einführung der KAiG an Dringlichkeit, da die "angemessene Berücksichtigung" (§ 368f Abs. Reichsversicherungsordnung - RVO) ihrer - ohnehin unverbindlichen - Ausgabenempfehlungen bei Fortbestehen der strukturellen Unterlegenheit der Kassenseite während der Honorarverhandlungen vollends zur Fiktion zu geraten drohte. Sicherlich wäre es übertrieben, der KAiG eine sachzwangartige Sogwirkung für die nachfolgende Gesetzgebung zu unterstellen, aber immerhin erhielten Maßnahmen, die auf eine Umstrukturierung des Verbandesystems abzielten, eine politische Plausibilität, die ansonsten nicht ohne weiteres vorhanden gewesen wäre.⁵ Es liegt daher nahe, in der KAiG "das Dach einer durchgehenden ... Rechtserneuerung" (Bogs 1982: 469) zu sehen, die letztlich auf die Schaffung einer Verbandsstruktur abzielt, die zwar selbstverwaltet bleibt, aber gleichzeitig für staatliche Steuerungsintentionen ansprechbar wird.

Der solchermaßen angestoßene Transformationsprozeß vollzog sich auf zwei Ebenen (ausführlich Alber 1991). Zum einen gewann die *gemeinsame* Selbstverwaltung an Relevanz, in dem die Steuerung immer weiterer Leistungsparamete-

5 In besonderem Maße gilt das für den Krankenhaussektor. Näheres dazu in Abschnitt 4.

ter der alleinigen Kontrolle der Ärzteschaft entzogen und auf paritätisch mit Kassenvertretern besetzte Ausschüsse übertragen wurde. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28.12.1976 (BGBl. I S. 3871) getan, das eine von Kassen und KVen gemeinsam zu erarbeitende Bedarfsplanung für die regionale Verteilung der Kassenärzte einführt (Hugger 1979: 104 ff.). Deutlicher wurde diese Tendenz dann im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.7.1977 (BGBl. I S. 1069), mit dem z.B. die prekäre Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die bis dahin allein in der Verantwortung der KVen lag, auf paritätisch besetzte Prüf- und Beschwerdeausschüsse verlagert und ein ebenfalls paritätisch besetzter Bewertungsausschuß für die Modernisierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes eingesetzt wurde, der die abrechnungsfähigen Leistungen und deren Wert definiert. Zum anderen kann eine Zentralisierung und Vereinheitlichung auf der Ebene der Kassenverbände beobachtet werden. Durch das KVKG wurden nicht nur die Landesverbände der Krankenkassen als Verhandlungsführer gestärkt, sondern zudem die Sonderstellung der Ersatzkassen durch eine Anpassung an die RVO abgemildert (Wiesenthal 1981: 60).

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2606) stellt diesbezüglich eine konsequente politische Fortsetzung der Korporatisierungstendenz dar. Unter anderem wurde die symbolisch für die Kassenverbandslandschaft so bedeutsame Trennung in RVO-Kassen einerseits und Ersatzkassen andererseits aufgehoben (Hein 1990: 192). Darin äußert sich die fortschreitende Vereinheitlichung der Rechtsstellung der verschiedenen Kassenarten, die honorarpolitische Alleingänge verhindern soll. Erstmals wird im GRG darüber hinaus der Begriff "Spitzenverbände" erwähnt (§ 213 SGB V), und zwar nicht lediglich als inhaltsleere Legaldefinition, sondern mit Entscheidungsbefugnissen insbesondere für die Umsetzung der Festbetragsregelung (§ 213 Abs. 3 SGB V) und - wie es in der Gesetzesbegründung hieß - um "gesetzlich neue Formen der Kooperation" (zit. nach AOK-Verlag: 550) zu ermöglichen. Bezeichnenderweise steht diese Kooperation auch unter der Androhung der Ersatzvornahme,⁶ der ministerialen "Rute im Fenster", die Einigungsdruck auf die Selbstverwaltung ausüben soll.

Die generelle Einschätzung eines Vertreters der pharmazeutischen Industrie, "die Expansion der mittelbaren Staatsverwaltung im Gesundheitswesen wird auch durch die Politik nachhaltig und, wie ich meine, naiv gefördert" (Münich 1988: 297), beschreibt die Korporatisierung zwar zutreffend, ist jedoch an einem entscheidenden Punkt grundverkehrt. Denn die Ausbreitung des

6 Und zwar gleich mehrfach: § 30 Abs. 4; § 213 Abs. 3 SGB V.

korporativen Ordnungsmodell geschah nicht naiv, sondern in vollem Bewußtsein der damit verbundenen ordnungspolitischen Weichenstellungen.

Die im GRG verankerten Kompetenzzuweisungen an die Spitzenverbände vermitteln den Eindruck einer zweifachen Instrumentalisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung: zum einen als eine Art "enabling legislation", die das Verbändesystem anmahnd in die Lage zu einer kollektivvertraglichen Selbstregulierung setzen soll, zum anderen aber bei ungenügender Wahrnehmung dieser Funktion die ministerielle Ersatzvornahme ermöglicht. Das Ziel dahinter ist eindeutig: Der Staat schafft sich sein Steuerungsobjekt bzw. ist darum bemüht, das Interventionsfeld für staatliche Steuerungsimpulse empfänglich zu machen.⁷ Dabei gilt es zu bedenken, daß das letztendliche Ziel des BMA stets darin bestand, die Selbststeuerungsfähigkeit des Verbandssystems so zu erhöhen, daß für weitere staatliche Eingriffe keine Notwendigkeit mehr besteht.

Die Korporatisierung des ambulanten Sektors läßt sich nicht nur anhand der Modifikation der Verbandsstrukturen nachweisen. Eine gesundheitspolitisch kaum beachtete Institution hat nämlich seit Mitte der 80er Jahre einen bemerkenswerten Bedeutungszuwachs erfahren - gemeint ist der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (BAK). Dieses zentrale Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung wurde 1955 im Rahmen der Neuformulierung des Kassenarztrechts (Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17.8.1955 BGBl. I S. 513) eingeführt. Als Vorbild (Prange 1956: 248) diente dabei der 1923 im Zusammenhang mit dem "Berliner Ärztestreik" (Tennstedt 1977: 125ff.) eingerichtete Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Nicht nur Struktur, Funktion und prozedurale Regelungen wurden in enger Anlehnung an den historischen Vorläufer konzipiert, sondern bei den ersten Vorsitzenden der beiden Bundesausschüsse⁸ handelte es sich um pensionierte Beamte des BMA, die schon in der Weimarer Republik im damaligen Reichsarbeitsministerium tätig waren (Prange 1956: 248).

Mit dem Bundesausschuß "sollte zwar keine Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Rechtssinne geschaffen, aber doch verdeutlicht wer-

7 Die staatliche Strategie, durch Verbandsgründung oder Organisationshilfen Ansprechpartner im gesellschaftlichen Bereich zu schaffen, war bereits im Zusammenhang mit der Korporatismusdebatte hervorgehoben worden. Diese Strategie ist nicht nur in anderen Politikfeldern (vgl. Schimank 1983: 77ff.; Schenkluhn 1990: 140) und in anderen Ländern (Walker 1983) zu beobachten, sondern zudem relativ unabhängig von korporatistischen Steuerungsnetzwerken.

8 Für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung gelten analoge Regeln. Vgl. 91 § Abs. 1 SGB V.

den, daß die Beteiligten einer Kooperationspflicht schlechthin unterliegen, die vor allem die Pflicht beinhaltet, alles zu unterlassen, was dem gemeinsamen Bestreben zuwiderlaufen könnte" (Schneider 1983: 85). Dieses "gemeinsame Bestreben" wird definiert durch sozialrechtliche Generalklauseln wie z.B. der Verpflichtung der Leistungsträger zur Bereitstellung von Sozialleistungen "in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell" oder "rechtzeitig und ausreichend" (§ 17 Abs. 1 u. 2 SGB I). Dazu gehört auch das Wirtschaftlichkeitsgebot, das im Zuge des GRG durch das Gebot der Beitragssatzstabilität ergänzt und verschärft wurde.

Auch hierbei handelt es sich um einen kaum merklichen Entwicklungsprozeß. Während die staatliche Beteiligung an der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Formierungsphase der 50er Jahre noch auf die "Aufsicht" über "die Einhaltung von Gesetz und Satzung" (Prange 1956: 250) beschränkt war, wurde im Anschluß an die Kostendämpfungsgesetzgebung der 70er Jahre schon von einer "Erläuterungskompetenz" (Bogs 1982a: 5) gesprochen, die schließlich im GRG über die Ausdehnung ministerieller Ersatzvornahmrechte noch einmal verdichtet wurde (Wasem 1990: 312). Das innerhalb des BMA geäußerte diffuse Unbehagen an den "Umsetzungsdefiziten", dem auch erfolgversprechend konzipierte Gesetze durch die Selbstverwaltung ausgesetzt seien (Interview), kann - neben dem Organisationsgedächtnis - als weiteres Indiz dafür betrachtet werden, daß die Ministerialverwaltung das GRG als Gelegenheit nutzte, um durch kleine Akzentverschiebungen im Gesetzestext ihre strategische Position gegenüber dem BAK zu verbessern.

Mit den erhöhten Zugriffschancen korrespondiert auch die funktionale Aufwertung des BAK (Bogs 1982: 473; Döhler 1990: 453f.), was dieses ehemals betuliche Gremium schon in die Nähe einer "absolutistisch anmutende[n] Nebenregierung"⁹ hat rücken lassen. Die wichtigste Aufgabe des BAK besteht in der Verabschiedung von Bedarfsplanungs-, Vertrags- und Wirtschaftlichkeitsrichtlinien, deren Umfang seit Beginn der 80er Jahre beträchtlich erweitert wurde (§ 92 SGB V). So ist der BAK z.B. seit 1985 für die Erstellung von Richtlinien für den "bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten" (§ 92 Abs. 1) zuständig. Mit dem GRG ist diesem Gremium sogar die Aufgabe zugewiesen worden, über "die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens" (§ 135 Abs. 1 SGB V) neuer medizinischer Verfahren zu entscheiden. Neue Diagnose-

9 So Günter von Lojewski im gesundheitspolitischen Boulevard-Blatt Medical Tribune (1989: 52). Zur Gegendarstellung vgl. Deutsches Ärzteblatt v. 7.9.1989, Über unser Schicksal wird nicht im dunkeln entschieden, B-1730f. Für eine ähnliche Bewertung siehe Abholz (1990: 9).

und Therapieformen sind jetzt nur noch zu Lasten der GKV erstattungsfähig, wenn der Bundesausschuß eine positive Empfehlung abgegeben hat. Diese Regelung ist deshalb von großer Bedeutung, weil seit dem GRG auch die Ersatzkassen Mitglied im BAK sind und dadurch die Ablehnung neuer medizinischer Verfahren für *alle* Kassenarten rechtsverbindlich ist. Aufgrund der Kassenkonkurrenz war früher der Ausschluß neuer Diagnose- und Therapieformen kaum möglich (Abholz 1990: 10).

Die rechtliche Bindungskraft der Richtlinien war lange umstritten. Unmittelbar nach der Einrichtung des BAK ging man noch davon aus, daß es sich um "keine bindenden Rechtsnormen" (Prange 1956: 249) handele. Tendenziell hat sich in der jüngeren Vergangenheit aber die Meinung durchgesetzt, daß - abhängig vom Richtlinienotyp - verbindliche Maßstäbe mit Rechtsnormcharakter (Bredehorn 1988: 130) gesetzt werden. Das GRG hat diese juristischen Interpretationsspielräume schließlich klar begrenzt, denn fortan gelten die Richtlinien als "Bestandteil der Bundesmantelverträge" (§ 92 Abs. 7 SGB V), die "für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich" (§ 81 Abs. 2 SGB V) sind. Angesichts der weitreichenden Definitionskompetenzen des BAK für die "ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten" (§ 92 Abs. 1 SGB V) kommt dieser Regelung beträchtliche Bedeutung zu. Von Seiten des BMA, das zu den Sitzungen des BAK und seiner Ausschüsse häufig Beamte entsendet, wird zwar formell auch nach dem GRG nicht mehr als ein "Beobachterstatus" in Anspruch genommen, gleichzeitig klingt aber auch an, daß die Androhung der Ersatzvornahme als Mittel der Politik in dem Maße zunimmt, wie die gesundheitspolitische Bedeutung des BAK gewachsen ist (Interview).

Obwohl der BAK eine etablierte Einrichtung der Selbstverwaltung darstellt, rechtfertigt sein Bedeutungszuwachs, insbesondere die gestiegene Relevanz für die staatliche Steuerung durch die Ausdehnung der Richtlinienkompetenz und deren erhöhter Verbindlichkeit, in diesem Gremium eine *Ausdifferenzierung* der korporatistischen Steuerung aus der KAiG heraus zu sehen. Eine Erhöhung staatlicher Steuerungskapazitäten ist also nicht bloß über "plumpe und grobe staatliche Ingerenzen" (Bogs 1982: 12) zu erreichen, sondern kann auch als organisatorische Ausdifferenzierung auf eine andere Steuerungsebene stattfinden.

4. Die analoge Korporatisierung im Krankenhaussektor

Während im Bereich der ambulanten Versorgung mit den öffentlich-rechtlichen KVen und den Krankenkassen günstige institutionelle Anknüpfungspunkte für eine Korporatisierung vorhanden waren, bot der Krankenhaussektor hier sehr viel schlechtere Handlungsmöglichkeiten. Zu keinem Zeitpunkt hatte es Ansätze zu einer körperschaftlichen Organisation der Krankenhausverbände gegeben, die als Vollzugsträger gesundheitspolitischer Steuerungsaufgaben hätten fungieren können. Da die Pflegesatzverhandlungen in fast allen Bundesländern auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses bzw. der einzelnen Krankenkasse stattfanden, bestand dazu - zumindest von der Finanzierungsseite her - auch kaum Veranlassung. Verbandsförmige Zusammenschlüsse, wie die 11 Trägerverbände oder die Landeskrankenhausesellschaften, blieben ihrem Selbstverständnis gemäß immer freiwillige Interessenvertretungen. Erst in der Rekonstruktionsphase nach dem 2. Weltkrieg kam es 1949 überhaupt zur Gründung einer trägerübergreifenden und bundesweiten Verbandsorganisation, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Lorenser 1989: 88ff.).

Da der Krankenhaussektor bis in die 70er Jahre hinein von einer sozialrechtlichen Durchdringung ausgenommen blieb, wie sie die kassenärztliche Versorgung schon seit den 1920er Jahren kennzeichnete, blieben die Trägerautonomie, nicht nur im Sinne der Freiheit von staatlichen Eingriffen, sondern auch der Freiwilligkeit ihrer Verbandsstruktur, sowie das Prinzip der Trägervielfalt als sektorale Ordnungsideale dominant. Dieser heterogene Pluralismus reflektiert die unterschiedlichen Sozialmilieus und Interessenanbindungen der Krankenhäuser, deren Organisationsphilosophien von der kommunalen Selbstverwaltung über die verschiedenen Spielarten kirchlicher Wohlfahrtstätigkeit bis hin zur privatwirtschaftlichen Nutzenmaximierung reichen. So erklärt sich beispielsweise, daß Repräsentanten des Krankenhaussektors den Begriff der "Selbstverwaltung" für sich stets zurückgewiesen haben, da "die Krankenhäuser bislang ihren Verbänden kein Mandat übertragen haben, für sie im Sinne von Selbstverwaltung tätig werden zu können" (Buchholz 1985: 69). Anlaß für die Krankenhäuser, die Differenz zum ambulanten Sektor mit seiner uniformen öffentlich-rechtlichen Organisation hervorzuheben, gab es allerdings erst seit Ende der 70er Jahre.

Zum Dreh- und Angelpunkt der Krankenhauspolitik wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29.7.1972 (BGBl. I S. 1009), welches - ohne daß dies intendiert gewesen wäre - jenen politischen Handlungsbedarf mitverursachte, der seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre auch im Krankenhaussektor eine Korporatisierungstendenz einleitete. Das KHG war im wesent-

lichen eine Reaktion auf die desolate Finanzlage des stationären Sektors (Holler 1985: 157ff.), dessen einzig berechenbare Einkommensquelle die über Verhandlungen mit den Krankenkassen erzielten Pflegesätze waren. Die noch in der finanziell schwierigen Nachkriegszeit vom Wirtschaftsministerium erlassenen Preisrechtsvorschriften untersagten es den Krankenhäusern allerdings, in ihren Pflegesätzen alle anfallenden Kosten geltend zu machen, so daß diese Finanzquelle allein nicht ausreichte, um den beträchtlichen Modernisierungs-, Erweiterungs- und Neuerrichtungsbedarf der Krankenhäuser zu decken (Jung 1985: 156). Auch die Betriebskostenzuschüsse der Trägerorganisation vermochten eine wachsende Verschuldung nicht aufzuhalten. Gleichzeitig setzten sich die Verbände der Sozialversicherung erfolgreich gegen die Einführung eines "vollkostendeckenden" Pflegesatzes zur Wehr. Diese widerstreitenden Positionen und Handlungsanforderungen führten im KHG, das all diese Probleme lösen sollte, zu einem eigentümlichen Gemisch aus Finanzierungsverantwortung und Steuerungskompetenzen.

Mit dem KHG wurden drei Ziele angestrebt, und zwar die wirtschaftliche Sicherstellung des stationären Sektors, eine bedarfsgerecht gegliederte Verteilung der Krankenhäuser und schließlich die Sicherung sozial tragbarer Pflegesätze (Altenstetter 1985: 14ff.). Zu diesem Zweck wurde das "duale System" der Krankenhausfinanzierung eingeführt, in dem die Pflegesätze zur Deckung der laufenden Betriebs- und Personalkosten beitragen sollten, während die sog. Investitionskosten (Neu-, Um- und Erweiterungsbau) von Bund und Ländern gemeinsam in einem System der "Mischfinanzierung" aufzubringen waren. Für die Pflegesätze galt fortan das "Selbstkostendeckungsprinzip", das einer Finanzierungsgarantie für alle anfallenden Betriebskosten gleichkam. Den Krankenkassen blieb in den Pflegesatzverhandlungen kaum eine Möglichkeit zur Kostensteuerung, da deren Ergebnis der "Festsetzung" durch die zuständige Landesbehörde vorbehalten war. Da die Länder als Implementations-träger des KHG fungierten, wurden sie auch im Hinblick auf die Investitionskosten in einer strategisch überlegenen Position angesiedelt. Über die Förderungswürdigkeit eines Krankenhauses entschied die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, den die Länder im Rahmen ihrer "Planungshoheit" autonom treffen konnten. Den Kassen wurden dabei nur Anhörungsrechte eingeräumt. Dies war für die Krankenkassen um so problematischer, als die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan einen Kontrahierungszwang nach sich zog, d.h. die Kassen konnte nicht mehr wie zuvor darüber bestimmen, welche Krankenhäuser zur Behandlung ihrer Versicherten zugelassen werden sollten. Zwar blieb die in § 371 RVO vorgesehene Möglichkeit für die Kassen, die Gewährung der Krankenhauspflege auf - von ihnen auswählbare - Vertragskrankenhäuser zu beschränken, als zum KHG konträre Vorschrift noch bis zum Inkrafttreten des KVKG 1978 bestehen. Daß diese Regelung ausge-

rechnet im KVKG geändert wurde, war aus der Sicht des BMA ein Betriebsunfall, der nur dadurch zustandekam, daß im KVKG-Gesetzentwurf der Vertragsstatus für alle Krankenhäuser vorgesehen war, der Widerstand der Länder im Bundesrat allerdings zum genauen Gegenteil führte, nämlich zur Verankerung des Kontrahierungszwangs im § 371 RVO und zur Beschränkung des Vertragsstatus auf jene kleine Gruppe von Krankenhäusern, die nicht in den Bedarfsplan aufgenommen wurden (Jung 1985: 146f.). Während die GKV also weiterhin für einen substantiellen Teil der Krankenhausfinanzierung verantwortlich blieb, wurden die entscheidenden Steuerungskompetenzen den Ländern zugewiesen. In der Konstruktionslogik des KHG hatte allerdings jede dieser Regelungen ihren Sinn, denn die Bereitschaft der Länder zur Mitwirkung an der finanziellen Sicherstellung der Krankenhauswirtschaft bedurfte einer über Hoheitsrechte abgesicherten Position, bei der die Kassen nur als potentieller Störfaktor galten.

Das KHG leistete einen erheblichen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der bundesdeutschen Krankenhäuser, wurde allerdings mit der problematischer werdenden Finanzlage der GKV Mitte der 70er Jahre Gegenstand wachsender Kritik (Holler 1985: 160ff.). Das eigentliche Problem lag dabei weniger darin, daß die expansive Zielsetzung des Gesetzes mit abnehmenden finanziellen Verteilungsmöglichkeiten in Kollision geriet, als vielmehr darin, daß die Finanzierungs- und Handlungsinstrumente des KHG, insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip, die Planungshoheit der Länder und die Pflegesatzfestsetzung ein Umschalten auf Kostendämpfung kaum zuließ. Daneben dürfte auch der Ressortzuschnitt die Kostendämpfung erschwert haben. Das damals für die Krankenhauspolitik zuständige Gesundheitsministerium war nicht nur in der kabinettinternen Ressorthierarchie eindeutig ein schwaches Ministerium,¹⁰ das - in Ermangelung einer entsprechenden Zuständigkeit - überdies an Finanzierungsfragen der GKV kaum Interesse gezeigt hatte, sondern es verfügte auch über kein ähnlich geschlossenes ordnungspolitisches Leitbild wie das BMA, das Kostendämpfungsbemühungen eine strategische Richtung hätte verleihen können.

Von erheblicher Tragweite für den weiteren Verlauf der Krankenhauspolitik war daher die Übertragung der Zuständigkeit für die Krankenhausgesetzgebung vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) auf das BMA im Jahr 1977. Mit diesem Wechsel wurde einerseits der Gestal-

10 "Dies wird z.B. augenfällig bei dem in diesem Ministerium angesiedelten Kindergeld, das eines der wenigen Sozialleistungen ist, die nicht dynamisiert sind und das 1981 im Rahmen der Haushaltssanierung sogar absolut gekürzt wurde" (Wiemeyer 1984: 41).

tungsanspruch des Bundes unterstrichen, zum anderen verschoben sich die Zielperspektiven und die Instrumente der Krankenhauspolitik. Dazu bedurfte es keiner besonderen strategischen Handlungsintentionen, entscheidend war die vom ehemaligen DKG-Präsidenten Buchholz monierte "sozialversicherungsrechtlich geprägte Gedankenwelt des BMA" (Buchholz 1985: 68), die als operative Leitlinie die Weichen für die Krankenhauspolitik stellte. Verstärkt wurde dieser Effekt dadurch, daß Krankenkassen und BMA unter den Bedingungen der Finanzknappheit nun "eine natürliche Allianz" (Schnabel 1980: 328) bildeten, die mit dem BMJFG kaum möglich war. Man würde nun allerdings die strategiegenerierende Kraft des korporativen Ordnungsmodells überschätzen, wenn man aus dem administrativen Zuständigkeitswechsel schließt, daß das BMA von Anbeginn über eine reformpolitische Blaupause für die Korporatisierung des stationären Sektors verfügt hätte. Vielmehr zeigt der weitere Politikverlauf, daß auch das BMA erst über einen tastenden und nicht ohne Rückschläge verlaufenden Lernprozeß (Jung 1985: 146f.) zu einem konsistenten, die Bedeutung von Kollektivverträgen immer stärker betonenden Handlungsmuster fand.

Im ersten umfassenden Versuch zur Sicherung der Kassenfinanzen, dem KVKG von 1977, führte der Widerstand der Länder in der Schlußphase des Gesetzgebungsverfahrens dazu, daß alle Regelungen, die die Krankenhausfinanzierung betrafen, ausgeklammert und in einem gesonderten Gesetz geregelt werden sollten (Jung 1985: 167). Die Stoßrichtung dieses gekippten Reformversuchs war klar durch die oben beschriebenen Defizite des KHG determiniert: die Länder sollten ihre Bedarfspläne "im Einvernehmen" mit den Krankenkassen erstellen und die Pflegesätze sollten ohne Beteiligung der Länder nach dem Verhandlungsprinzip ermittelt werden (Wiesenthal 1981: 59f.; Jung 1985: 167). Es ist einleuchtend, daß die Länder eine so weitgehende Schwächung ihrer Position nicht hinnehmen wollten und daher auch 1980 einem zweiten Anlauf zur Novellierung des KHG ihre Zustimmung im Bundesrat versagten. Aber allein der Versuch zur Stärkung der Kassenseite im Verfahren der Krankenhausbedarfsplanung und der Pflegesatzverhandlungen erfüllt noch nicht die hier mit dem Begriff der Korporatisierung verbundenen Anforderungen. Insbesondere fehlte die Funktionalisierung der Verbandsorganisationen für gesundheitspolitische Steuerungsaufgaben.

Wenn diese Regulierungsdimension schließlich doch in einem schrittweisen Prozeß in die Krankenhausgesetzgebung Eingang fand, dann, weil hier jene spezifische Mischung aus Faktoren zum Tragen kam, die auch im ambulanten Bereich sowie dem Arzneimittelsektor inkrementale Reformschritte auslöste. Zum einen hatte sich auch im Krankenhaussektor mit den beiden gescheiterten KHG-Novellierungsversuchen eine blockadeähnliche Situation bei gleich-

bleibendem Problemdruck eingestellt, auf die mit einem administrativen Lernprozeß reagiert wurde. Zum anderen schufen die nun folgenden inkrementalen Veränderungen strategische Anknüpfungsmöglichkeiten, die im Sinne eines BMA-spezifischen Verständnisses von systemkonformen Steuerungsmechanismen genutzt wurden.

Da die Bemühungen des Bundes, die Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen auf den stationären Sektor über eine Schwächung der Länder zu erzielen, bereits zweimal gescheitert waren, lag es nahe, einen anderen, aus der Perspektive der Länder weniger sensiblen Ansatzpunkt zu suchen. Erste Ansätze dazu enthielt das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) vom 22.12.1981 (BGBl. I S. 1568), das vornehmlich zum Ziel hatte, nun auch die Krankenhäuser in den Geltungsbereich der KAiG aufzunehmen (§ 405a RVO). Seither wurde zwar immer wieder die Wirkungslosigkeit dieser Maßnahme auf die Kosten des stationären Sektors hervorgehoben, aber ähnlich wie im Bereich der kassenärztlichen Versorgung wird durch diese Sichtweise unterschlagen, daß die KAiG einen organisatorisch-prozeduralen Anpassungsdruck auslöste, der für den Krankenhaussektor in einer schrittweisen Angleichung an die Regelungen des Kassenarztrechts mündete. So wurde im KHKG der Umfang vertraglicher Vereinbarungen zwischen Kassen und Krankenhäusern erweitert. Dies geschah über den § 372 RVO, der den Abschluß von Rahmenverträgen über Art und Umfang der Krankenhauspflege zum Gegenstand hat. Diese Rahmenverträge, z.B. über die notwendige Krankenhausverweildauer, hatten nach der Einführung des KHG an Bedeutung verloren und sollten nun zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots herangezogen werden.

Zwei weitere eher unscheinbare, aber strategisch bedeutsame Neuerungen bestanden in der Einführung von paritätisch besetzten Prüfungsausschüssen (§ 373 RVO) sowie der Bildung von Schiedsstellen (§ 374 RVO), die sich beide sowohl inhaltlich wie auch in ihrer institutionellen Konkretisierung am Vorbild des Kassenarztrechts orientieren, was als deutlicher Beleg für ein politikstrategisches Kalkül gewertet werden kann. Denn die zunehmende ordnungspolitische Konsistenz der BMA-Entwürfe ist als bloßes ad hoc-Resultat kaum erklärbar, sondern setzt intentionales, politikstrategisches Handeln voraus. So diente z.B. die Einführung der Prüfungsausschüsse und Schiedsstellen durch das KHKG dazu, neue Regulierungstatbestände zu schaffen, die der Kassenseite Einflußchancen jenseits der unter Festsetzungsvorbehalt und Selbstkostendeckungsprinzip stehenden Pflegesatzverhandlungen eröffneten. Diese Zielrichtung ist aus der Begründung für die Einführung der Prüfungsausschüsse deutlich entnehmbar: "Diese Neuregelung bezweckt unter anderem, aus den Pflegesatzverhandlungen die Erörterung von Einzelfällen

herauszunehmen, in denen einem Krankenhaus unwirtschaftliche Betriebsführung und mangelnde Leistungserbringung vorgeworfen wird" (Jung 1985: 178).

Institutionell kam dies einer "gemeinsamen Selbstverwaltung" von Kassen und Krankenhäusern sehr nahe, denn Wirtschaftlichkeitsprüfung und Konfliktregulierung über Schiedsstellen entsprechen, ebenso wie die explizite Erwähnung der Landeskrankenhausesellschaften als Mitglieder der neuen Gremien, der Selbstverwaltungsphilosophie des Kassenarztrechts (Thiemeyer 1984: 94f.), so daß von einer - zu diesem Sektor - "analogen Korporatisierung" gesprochen werden kann. Von seiten der Krankenhausträger waren diese Neuregelungen heftig umstritten und führten u.a. dazu, daß die baden-württembergische Krankenhausgesellschaft eine - später abgewiesene - Verfassungsklage anstrebte, die sich gegen die Zuweisung hoheitlicher Funktionen auf die Ebene der Landeskrankenhausesellschaften richtete (Zuck/ Quaas 1983). Zusammen mit der Einbeziehung des stationären Sektors in die KAiG waren durch das KHKG die Weichen jedoch bereits in Richtung Korporatisierung gestellt.

Daran änderte auch der Regierungswechsel zur christlich-liberalen Koalition im Oktober 1982 kaum etwas (Döhler 1990: 418ff.). Die Kostenentwicklung des stationären Sektors war durch die Novellierungen des KHG nicht wesentlich gebremst worden, so daß der gesundheitspolitische Reformbedarf fortbestand. Einen zusätzlich Anlaß für ein erneutes Gesetzgebungsverfahren bot die - vor allem von den finanzstarken - Bundesländern seit Beginn der 80er Jahre erhobene Forderung nach Auflösung der Mischfinanzierung, mit der die Länder die bundesrechtlichen Vorgaben zugunsten eigener Gestaltungsspielräume zurückdrängen wollten (Jung 1985: 184). Hier war eine Einigung möglich geworden, weil die christlich-liberale Koalition nunmehr grundsätzlich einer kostenneutralen Auflösung der Mischfinanzierung zugestimmt hatte, d.h. die wegfallenden Bundesmittel wurden dazu genutzt, um die Länder an anderer Stelle aus gemeinsamen Finanzverpflichtungen zu entlassen.

Die mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) vom 29.12.1984 (BGBl. I S. 1650) eingeführten Neuerungen zielten nicht auf eine dramatische Reform der Krankenhausfinanzierung, wenngleich die unter dem Begriff der "Vertragsfreiheit" subsumierten Versuche, die Planungshoheit der Länder zugunsten der Kassen einzuschränken, einen keineswegs gering angesetzten Reformanspruch signalisierten. Wie in den vorangegangenen Gesetzgebungsprozessen verhinderten die Länder aber auch diesmal über ihr Veto-Recht im Bundesrat eine substantielle Beteiligung der Kassen in der Krankenhausplanung,

eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und dem Genehmigungsvorbehalt im Pflegesatzverfahren. Gleichwohl finden sich auch im KHNG wiederum marginal erscheinende Änderungen, deren Bedeutung erst im Verlauf weiterer KHG-Novellierungsbestrebungen zum tragen kommen sollte. So wurde in der Krankenhausplanung das "Einvernehmen" mit den Kassen und in den Pflegesatzverhandlungen das "Vereinbarungsprinzip" eingeführt (Vollmer 1985). Beide Regelungen bedeuteten zwar keine grundsätzliche Schwächung der Länderposition, sind andererseits aber als Bestandteile einer langfristigen Strategie identifizierbar.

Zunächst ist daran zu erinnern, daß ein "Einvernehmen" zwischen Ländern und Kassen noch wenige Jahre zuvor von den Ländern abgelehnt worden war. Dies galt auch für eine Ausweitung der Schiedsamtskompetenz auf gescheiterte Pflegesatzverhandlungen, der noch 1981 im Zuge des KHKG nicht "die geringste Chance" eingeräumt wurde, "von den Ländern im Bundesrat akzeptiert zu werden" (Jung 1985: 181). Nunmehr stimmten die Länder einer derartigen Funktionsausweitung der Schiedsstellen zu. Diese Neuregelung ist nicht nur deshalb erwähnenswert, weil sie die *langfristige* Fähigkeit des Bundes - und damit auch des BMA - zur Interessendurchsetzung zeigt, sondern auch weil damit erneut ein explizit dem Kassenarztrecht entlehntes Steuerungsinstrument in den stationären Sektor integriert wurde, das den Krankenhausärzterverbänden die Beteiligung an einer "mit hoheitlicher Schlichtungsgewalt ausgestattete[n] Einrichtung der Selbstverwaltung" (Jung 1988: 253) vorschreibt. Damit korrespondiert das neueingeführte Instrument der Investitionsverträge (§ 18b KHG), welches langfristig eine Brückenkopffunktion für die Beseitigung der dualen Finanzierung darstellen könnte. Da es den Krankenkassen über "betriebskostensenkende Krankenhausinvestitionen" (Vollmer 1985: 2165) nunmehr gestattet ist, in den investiven Finanzierungsbereich vorzudringen und der Anteil der Länder an den Gesamtkosten allein zwischen 1973 und 1989 von 18,5% auf 10,6% (errechnet nach Sachverständigenrat 1991: 307, 309) gesunken ist, könnte die aus dem dualen Finanzierungsprinzip abgeleitete Zuständigkeitsanspruch der Länder seine Legitimität verlieren. Schließlich ist auf die - durch das KHNG notwendig gewordene - Novellierung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 21.8.1985 (BGBl. I S. 1666) hinzuweisen, die nicht nur die Einführung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten und damit eine Auflockerung des Selbstkostendeckungsprinzips beinhaltete, sondern mit den "Sonderentgelten" (§§ 4,5,6 BPflV), d.h. getrennt vom Pflegesatz aushandelbaren Leistungskategorien, eine weitere prozedurale Annäherung an den ambulanten Sektor bedeutete.

Den bislang letzten, aber wohl keineswegs endgültigen Schritt¹¹ in Richtung Korporatisierung des Krankenhaussektors beinhaltet das GRG, in dem zwar explizit eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung ausgeklammert wurde, aber dennoch verschiedene Regelungen durchgesetzt wurden, die die inkrementale Entwicklung eines verbandsgestützten Kollektivvertragssystems zum Gegenstand haben (Rüfner 1989: 1005f.; Heinze 1990: 175f.). Von zentraler Bedeutung ist hierbei die im GRG vorgenommene Neuordnung des Vertragsverhältnisses zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Wie schon sieben Jahre zuvor im KHKG boten die Rahmenverträge (§ 372 RVO) das juristische Einfallstor, um die Position der Kassen zu stärken. Dabei wurde das Institut des Versorgungsvertrages, das zuvor lediglich die Beziehungen zwischen Kassen und den wenigen *nicht* in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern regelte, durch das GRG fiktiv auf *alle* Krankenhäuser ausgedehnt (Bruckenberg 1988: 199). Der Sinn dieser juristisch umstrittenen Vertragsbeziehungen (§ 109 Abs. 1 SGB V) besteht darin, den Kassen einen kündigungsfähigen Vertrag zu konstruieren, um so ein Gegengewicht zur Planungshoheit der Länder zu schaffen. Von einer Entmachtung der Länder kann aber deshalb noch keine Rede sein, weil das in § 110 SGB V eingeführte Kündigungsrecht der Kassen unter dem Genehmigungsvorbehalt der zuständigen Landesbehörde steht. Gleichwohl kann das Kündigungsrecht als weiteres Element zur Stärkung der Kassenseite betrachtet werden, wobei es nicht ohne Ironie ist, daß das Zustandekommen des fiktiven Versorgungsvertrages ausgerechnet über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan (§ 109 Abs. 1 SGB V) vollzogen wird, also eben jenem Verwaltungsakt, der den Kontrahierungszwang zur Gewährung von Krankenhauspflege begründet.

Gesetzestechisch ist mit den Versorgungsverträgen eine Art Parallelstruktur¹² zur Krankenhausplanung des KHG geschaffen worden, die sich zum weiteren Ausbau im Sinne des korporativen Ordnungsmodells nutzen läßt. Dies gilt auch für die zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung (§ 112 SGB V), mit denen eine parallel zu den Pflegesatzverhandlungen verlaufende, vertragliche Regelungskompetenz für die Kassen entstanden ist, die die Krankenhäuser in ein kollektivvertragliches Beziehungsnetzwerk einbindet, "das dem der kassenärztlichen Versor-

11 Bereits im Vorfeld des GRG hatte das Bundeskabinett den Arbeitsminister damit beauftragt, auf der Grundlage eines Erfahrungsberichts über die Auswirkungen des KHNG und der BPfIV (BMA 1989) Überlegungen für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung auszuarbeiten.

12 Der Begriff der "parallelen Kompetenz" ist von Bruckenberg (1988) eingeführt worden.

gung sehr ähnlich ist" (Rüfner 1989: 1005). Der Regelungsinhalt des § 112 SGB V entspricht im wesentlichen den Rahmenverträgen des § 372 RVO, die u.a. die Dauer des Krankenhausaufenthalts und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, allerdings mit einem wichtigen Unterschied. Während früher lediglich das unverbindliche Wirtschaftlichkeitsgebot als Kriterium zur Verfügung stand, kann durch das GRG das wesentlich härtere Kriterium der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 SGB V) zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses herangezogen werden. Zudem lassen sich mit Hilfe der neuen Meßlatte nicht nur Prüfverfahren begründen, sondern auch Kündigungsverfahren einleiten.

Die prozedurale und organisatorische Flanke des neuen Vertragssystems wird durch die hoheitliche "Beleihung" der Landeskrankenhausesgesellschaften und ein verbindliches Schiedsamtverfahren abgesichert. Auch hier spielten Lernprozesse mit den alten RVO-Regelungen eine wichtige Rolle. Die in der Folge des KHKG stattfindenden Gespräche über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege zwischen Kassen und Krankenhäusern hatten nämlich kaum zu Vertragsabschlüssen geführt, da die Meinungsverschiedenheiten keine Entscheidungsfindung zuließen (Gerdemann 1985: 179; Schlinck 1990: 6). Ein Vertreter der Kassenseite stellte dazu resümierend fest: "Selbstverwaltung ohne gesetzliche organisatorische und verfahrensmäßige Rahmenbedingungen funktioniert nicht oder nur sehr schwerfällig" (Gerdemann 1985: 180). Diese Wahrnehmung wurde offensichtlich auch im BMA geteilt, denn gemäß § 112 Abs. 2 bzw. 3 SGB V sind die Verträge nicht nur für alle Krankenhäuser verbindlich, sondern zudem tritt im Falle der Nichteinigung eine durch das Schiedsamt zu treffende Regelung in Kraft, so daß Widerstände sowohl von einzelnen Krankenhäusern wie auch von deren Verbänden keine Blockade mehr bewirken können.

Ganz im Sinne des Kollektivvertragsmodell ist auch die ausschließliche Vertragskompetenz für die Krankenhausverbände bzw. die Landeskrankenhausesgesellschaften (§ 112 SGB V) im GRG konzipiert. Das einzelne Krankenhaus wird dadurch vor die Wahl gestellt, entweder einen kollektiv ausgehandelten Vertrag anzuerkennen oder - was ebenso wie in der kassenärztlichen Versorgung unrealistisch ist - gänzlich auf die Behandlung von GKV-Versicherten zu verzichten. Die Wirkung der durch das GRG neuformulierten Vertragsbeziehungen ist beträchtlich: "Das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Kassenärzten nachzubilden, ohne die Krankenhäuser zu Körperschaften des öffentlichen Rechts zusammenzuschließen - dafür sind §§ 107ff. SGB V konzipiert und dafür müssen die Krankenhausgesellschaften und -trägervereinigungen die Rolle der kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen" (Schlinck 1990: 10f.). Die Mechanik der analogen Korporatisierung besteht also darin,

das im Kassenarztrecht erprobte Repertoire an Steuerungsregeln und institutionellen Arrangements auf den stationären Sektor auszudehnen. Insgesamt rechtfertigen die GRG-Regelungen den Schluß, daß "sich kaum ein wesentlicher Bereich der stationären Versorgung denken" läßt, "der nicht zumindest in seinen Grundsätzen einer Regelung durch die bezeichneten, normativ wirkenden Kollektivverträge zugänglich ist" (Heinze 1990: 176).

5. Exklusive Korporatisierung: Die Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten

Die "Suche nach einer neuen Struktur für die Interessengeflechte zwischen allen beteiligten Akteuren und ihre Ausbalancierung" (Hart 1985: 194f.) im Arzneimittelsektor begann in den späten sechziger Jahren und ist bis heute nicht abgeschlossen. Der Pharmabereich ist noch immer in seinen Grundzügen ein an Marktmechanismen orientierter "Fremdkörper" in einem von Kollektivverhandlungen geprägten Krankenversicherungssystem, der aber aufgrund dieser prekären Stellung eben nicht über Wettbewerbsmechanismen in ein Gleichgewicht gebracht wird. Das für den GKV-Arzneimittelsektor charakteristische Aufeinandertreffen von privatwirtschaftlich verfaßter Anbieterseite und in unterschiedliche Rollen (nach Disponent, Konsument und Finanzier) aufgesplitteter und zugleich intern über sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen regulierter Nachfrageseite kann sowohl als Ursache für die problematische Kostenentwicklung im Arzneimittelbereich, wie auch als Haupthinderungsgrund für "systemadäquate" Strategien der Problembearbeitung identifiziert werden.

Für den bezeichnenderweise meist im Sinne einer Defizitdiagnose konstatierten Sachverhalt, daß der Arzneimittelmarkt "bis auf den heutigen Tag kein der ärztlichen Versorgung vergleichbares System öffentlich-rechtlicher Beziehungen hervorgebracht hat" (Westphal 1982: 132), sind verschiedene Gründe angeführt worden: Zum einen scheint die vergleichsweise große Interessenheterogenität innerhalb der Pharmabranche der "Korporatisierung" ihres Wirtschaftsverbandes entgegenzustehen (vgl. hierzu etwa Groser 1985: 3ff., besonders S. 6f., mit weiterer Literatur), zum anderen konnte sich die deutsche Pharmaindustrie bis heute einer vertraglichen Einbindung der Arzneimittelpreise vor allem durch Hinweis auf kartellrechtliche Bestimmungen widersetzen. Das Wettbewerbsrecht stand jedoch nicht nur einer Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten über Verhandlungen und Verträge zwischen Industrie und Kassen scheinbar grundsätzlich entgegen. Die hohe Interventionsbarrieren setzende wettbewerbsrechtliche Rechtsprechung ermöglichte es der

arzneimittelherstellenden Industrie, sich selbst einer wettbewerbsrechtlichen Regulierung der Arzneimittelpreise erfolgreich zu entziehen (Hancher 1989: 102f.).

Als eine weitere Erklärung für das Fehlen eines Vertragsregimes öffentlich-rechtlichen Zuschnitts im GKV-Arzneimittelsektor wird angeführt, daß der "vollständige und ausschließliche Versorgungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen ... differenzierte Beziehungen zu den Arzneimittelherstellern nicht nur überflüssig" machte, sondern ihnen bislang sogar entgegen stand (Westphal 1982: 132). Wie die vorangegangene Darstellung der fortschreitenden Korporatisierung der Landeskrankenhausesellschaften zeigte (siehe Abschnitt 4) und wie sich auch im Arzneimittelbereich etwa an der überraschend deutliche Parallelen zur "Arztfrage" aufzeigenden Konfliktgeschichte der "Apothekenfrage" veranschaulichen läßt (vgl. Landgraf-Brunner 1986), steht der Monopolcharakter des ärztlichen Versorgungsauftrages öffentlich-rechtlichen Beziehungen der Kassen zu anderen Leistungsanbietern jedoch nicht prinzipiell entgegen.

Wichtig erscheint der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen dem Gestaltungsspielraum in den Vertragsbeziehungen zwischen Kassen- und Ärzteverbänden und der Regulierung des Arzneimittelmarktes jedoch insofern, als - wie im folgenden gezeigt werden soll - die staatlichen Kostendämpfungsmaßnahmen auf dem GKV-Arzneimittelmarkt zunehmend als Versuch verstanden werden müssen, die Eindämmung der GKV-Arzneimittelkosten über das Vertragsregime zwischen Kassen und Ärzten zu erreichen. Damit bildet sich - so die hier vertretene These - als "systemadäquate" Problemlösungsstrategie für den Arzneimittelmarkt eine neben der "Ausdifferenzierung" und "analogen Korporatisierung" dritte Variante der staatlichen Indienstnahme des Steuerungspotentials der Selbstverwaltung aus. Sie möchten wir hier unter den Begriff der "exklusiven Korporatisierung" fassen.

Bevor jedoch versucht wird, anhand des Arzneimittelhöchstbetrages und der Festbetragsregelung diese zunehmende Tendenz zu einem die Anbieterseite ausschließenden Regulierungsmodell zu plausibilisieren, muß dargelegt werden, wie und mit welchen Konsequenzen der Arzneimittelmarkt überhaupt von einem wirtschaftspolitisch zu einem sozialpolitisch relevanten Handlungsbereich wurde. Denn daß heute Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt weit überwiegend oder fast ausschließlich unter sozialpolitischen Fragestellungen problematisiert werden, ist keineswegs selbstverständlich.

So fanden zwar die ersten staatlichen Regulierungsbemühungen neueren Datums ihren Anlaß in hohen Steigerungsraten der gesetzlichen Krankenversi-

cherung für verschreibungspflichtige Arzneimittel, sie wurden jedoch durch das Bundeskartellamt, das unter der Rechtsaufsicht des Bundeswirtschaftsministeriums (BWi) steht, unter dem Blickwinkel möglicher Wettbewerbsbeschränkungen auf dem Arzneimittelmarkt vorgenommen (vgl. Paetow/ Tonner 1985: 138f.). In engem Zusammenhang mit den Bemühungen des Bundeskartellamtes stand die ebenfalls 1968 datierende Gründung eines "interministeriellen Arbeitskreises für Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt", der "Eckwerte für die Neuordnung des Arzneimittelmarktes" auszuarbeiten hatte und von einem Ministerialrat aus dem BWi (Bauer) geleitet wurde (vgl. hierzu Bauer 1980; Ziegler 1980: 7).

Kern der 1975 vom Kabinett ohne Modifikationen verabschiedeten "Eckwerte" war der Vorschlag, beim Bundesgesundheitsamt ein unabhängiges Gremium (die sog. Transparenz-Kommission) einzurichten, das durch die Erstellung von Arzneimittel-Listen der allgemein als mangelhaft eingeschätzten Transparenz des Arzneimittelmarktes abhelfen sollte. Leitende Vorstellung hierbei war, daß "bei Hinnahme der einheitlichen Apothekenverkaufspreise ... die Transparenz so etwas wie der Treffpunkt von Angebot und Nachfrage sein muß" (Bauer 1980: 97). "Wenn nun schon der Preis nicht das Marktregulativ sein konnte, wie es nach unserer Wirtschaftsordnung sein sollte" (Bauer 1980: 97), sollten die in der Transparenzliste enthaltenen Informationen über Preise und therapeutische Bewertung als eine "funktionale Annäherung" an die Informationsfunktion der Preise wirken.

Die Bedeutung ressortspezifischer Ordnungsvorstellungen, die in dieser rückblickenden Einschätzung des Kommissionsvorsitzenden Bauer bereits prägnant zum Vorschein kommt, sollte sich im weiteren zeigen, als im Zuge der virulenter werdenden öffentlichen Diskussion über die "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen die Regulierungskompetenz im Arzneimittelsektor immer offensichtlicher von dem Wirtschaftsressort auf das Bundesarbeitsministerium überwechselte.¹³

Quer zur Ausrichtung der öffentlichen Reformdiskussion, quer auch zu den von politischer Seite in Auftrag gegebenen Gutachten und denen in ihnen enthaltenen Reformvorschlägen - und zwar unabhängig davon, ob sie nun vom Wirtschaftsministerium (Möbius u.a. 1976) oder vom Bundesarbeitsministerium selber (Liefmann-Keil 1973) in Auftrag gegeben worden waren - fand sich im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz mit dem Arzneimittelhöchstbetrag (AHB) gemäß § 368f RVO ein Regulierungsinstrument, das die

13 Zum Scheitern der wettbewerbsrechtlichen Regulierungsversuche vgl. Paetow/ Tonner (1985: 138f.) und Hart u.a. (1987: 214f.).

Zuständigkeit für die Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten den Ärzte- und Kassenverbänden zuwies. Sie hatten die Aufgabe, auf Bundesebene eine Empfehlung zur Entwicklung der Arzneimittelkosten zu geben, die in den Honorarverträgen auf Landesebene "angemessen berücksichtigt" werden mußte und bei deren Überschreitung das ärztliche Gesamthonorar um den überschüssigen Betrag gekürzt werden sollte.¹⁴ In der öffentlichen Reformdiskussion hingegen war vornehmlich für die Bildung eines sog. Arzneimittelinstituts plädiert worden, das mit unabhängigem wissenschaftlichen Sachverstand entweder Verhandlungen zwischen Kassen und Pharmaindustrie als "neutrale Instanz" begleiten oder die nötigen Regulierungen etwa über die Aufstellung von Positiv- oder Negativlisten selber vornehmen sollte. Kassen, Gewerkschaften und Sozialdemokratie waren Mitte der siebziger Jahre mehrheitlich auf dieses Modell eingeschwenkt.¹⁵ Andere, eher wettbewerbsorientierte Vorschläge beinhalteten Lockerungen der Restriktionen, die dem Arzneimittel-Reimport entgegenstehen, Aufhebung des einheitlichen Apothekenabgabepreises, die gesetzliche Möglichkeit, Apotheken als Krankenkasseneinrichtungen zu führen u.ä.m. (vgl. Möbius u.a. 1976: 93ff.). Das anstatt dieser eher staatszentrierten oder eher marktorientierten Reformvorschlägen mit dem KVKG eingeführte Kostendämpfungsinstrument hatte in der relativ breit geführten Reformdiskussion jedoch keine gedanklichen Vorgänger.¹⁶ Vor Selbstverwaltungslösungen war sogar ausdrücklich gewarnt worden (etwa Liefmann-Keil

14 Das schließlich verabschiedete Gesetz wies die Zuständigkeit zur Formulierung eines Arzneimittelhöchstbetrages dem erst im Gesetzgebungsverfahren selber auf Drängen der Opposition geschaffenen Gremium einer "Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" zu. Somit erscheint der AHB insofern nicht als Beispiel für ein "geschlossenes Regulierungsmodell", als ja u.a. auch die Pharmaindustrie als Mitglied dieses Gremiums in die Empfehlungsvereinbarungen miteinbezogen ist. Sowohl in der ursprünglichen gesetzgeberischen Intention als auch in der im Falle des Scheiterns einer einvernehmlichen Empfehlung faktisch gegebenen Rechtslage ist es jedoch die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, der die Formulierung des Arzneimittelhöchstbetrages obliegt. Die Regelung einer "zweistufigen Zuständigkeit" von KAIG und Selbstverwaltung sowohl für den AHB als auch für die Empfehlungen zur Entwicklung der ärztlichen Vergütung war ein rein formales Zugeständnis an die damalige oppositionelle Bundesratsmehrheit (vgl. Rosewitz/ Webber 1990: 274).

15 Vgl. für einen Überblick über den Diskussionsstand Mitte der siebziger Jahre (Friedrich/ Hehn/ Rosenbrock 1977: 139-149).

16 Es hatte jedoch bemerkenswerterweise mit dem Regelbetrag der Notverordnung vom 30.12.1931 einen historischen Vorläufer, der Elemente sowohl der heutigen Richtgrößen wie des Arzneimittelhöchstbetrages enthielt. Hier heißt es: "Überschreiten die Kosten der von einem Kassenarzt verordneten Arznei- und Heilmittel den Regelbetrag um mehr als den im Gesamtvertrag zu bestimmenden Hundertsatz, so hat der Kassenarzt den Mehrbetrag zu erstatten. Sein Anteil wird um den Mehrbetrag gekürzt. Die Kassenärztliche Vereinigung liefert den abgezogenen Betrag an die Krankenkasse ab" (zitiert nach Landgraf-Brunner 1986: 177).

1973: 88 und 103). Daß diese Warnungen wirkungslos blieben und sich vielmehr erneut die faktische Begrenzung des gesundheitspolitischen "feasible sets" auf "systemkonforme" Regulierungsansätze zeigte, weist auf die Bedeutung der trotz aller Konflikte relativ unumstrittenen Verpflichtung der gesundheitspolitischen Akteure auf die sog. Strukturprinzipien der GKV hin, die wie ein Denkverbot gegenüber der Überlegung zu wirken scheint, daß die sozialpolitische Kostenproblematik vielleicht gerade in "der Entfaltung der herrschenden Prinzipien sozialer Sicherung" ihre Ursache haben könne (Zacher 1973: 227).

Auch wenn der Arzneimittelhöchstbetrag - ebenso wie die Transparenzliste - sich im folgenden als weitgehend wirkungsloses Kostendämpfungsinstrument erwies, kommt ihm doch u.E. als grundlegende Weichenstellung eine nicht geringe Bedeutung zu. Zum einen war mit dem Arzneimittelhöchstbetrag signalisiert, daß der Arzneimittelsektor nun endgültig in die Regulierungskompetenz der Sozialpolitik und damit des BMA fiel. Dieser "Arenenwechsel" und die mit ihm verbundenen strategischen Implikationen reflektierten sich nicht zuletzt in den interessengeleiteten - jedoch erfolglosen - Versuchen, eine Zuständigkeit des Wettbewerbsrechts zu re-etablieren und eine Regulierung der Arzneimittelkosten etwa durch die KAIG als "kriminellen Tatbestand im Recht gegen Wettbewerbsbeschränkungen" zu kennzeichnen (Kaufer 1980: 5). Zugleich zeichnete sich mit diesem Zuständigkeitswechsel ab, daß bezüglich der Frage, ob "der scharfe Gegensatz zwischen dem freiwirtschaftlichen Hintergrund der Arzneimittelproduktion und ... der Sozialisierung des Arzneimittelkonsums durch Krankenkassen- und Kassenarztrecht durch die Erstreckung der öffentlichen Systeme in den noch privatwirtschaftlichen Raum hinein oder zugunsten eines Aufbrechens der öffentlichen Systeme zugunsten privatwirtschaftlicher Gestaltungen" aufgelöst würde (Zacher 1973: 208, Hervorh. des Originals vernachlässigt), eine Vorentscheidung für erstere Variante gefallen war.

Der Höchstbetrag stellte, ebenso wie die Festbetragsregelung, ein Regulierungsinstrument dar, dessen konzeptioneller Urheber die Ministerialbürokratie des BMA war. So läßt sich auch hier an der Indienstnahme des Kollektivvertragsmodells zur Regulierung des GKV-Arzneimittelsektors zum einen die im BMA vorherrschende ordnungspolitische Ausrichtung an Selbstverwaltungslösungen ablesen, zum anderen wird der strukturstabilisierende Effekt einer eher pragmatischen Politikorientierung der Ministerialbürokratie deutlich: Auf "Umsetzbarkeit" bedacht, mußte sie Modelle, die Regulierungskompetenzen an bestehende Instanzen delegieren, gegenüber Modellen, die für die Schaffung neuer Instanzen plädieren, bevorzugen (Interview).

Auch die Festbetragsregelung¹⁷ empfahl sich 1987 als systemverträglicher Kompromiß zwischen den jeweils parteipolitisch favorisierten Reformwegen einer entweder drastisch erhöhten Selbstbeteiligung (FDP) oder rechtlichen Rahmenänderungen auf dem Arzneimittelsektor wie beispielsweise die Lockerung des Substitutionsverbotes, die Erleichterung von Parallel-Importen oder die Einführung von Bonus-Malus-Regelungen (CDU). Entgegen der vorherrschenden Einschätzung war die Festbetragsregelung jedoch keine aus der Zeitnot geborene Lösung für eine parteipolitische Dilemmasituation. Da aus wahltaktischem Kalkül die "Strukturreform im Gesundheitswesen" bereits 1985 auf den Anfang der 11. Legislaturperiode verschoben worden war, hatte die Ministerialbürokratie im BMA Zeit für detaillierte konzeptionelle Vorüberlegungen. Im Zuge dieser Vorüberlegungen war die Festbetragsregelung aus mehreren Reformmodellen unter Kostendämpfungsgesichtspunkten und unter dem Aspekt der interessenpolitischen Verträglichkeit mit den in den Koalitionsparteien vorherrschenden Reformvorstellungen ausgewählt worden (Interview). Darüber hinaus hatte bereits 1985 einer der später zuständigen BMA-Referenten in einem weithin unbeachteten Artikel die Festbeträge, hier noch unter dem Etikett "Erstattungspreis", en détail vorweggenommen (Hartmann-Besche 1985). Der Zusammenhang zwischen hohem politischen Entscheidungsdruck und Verabschiedung der Festbetragsregelung war also eher umgekehrt: Weil die Regierungskoalition sich selbst aus strategischen Erwägungen sehr enge Zeitvorgaben gemacht hatte und wegen der besonderen interessenpolitischen Dimension der Gesundheitsreform den Entscheidungsprozeß in die sog. Koalitionsarbeitsgruppe als einem zwischenparteilichen Frühwarngremium verlagert hatte, konnte sich ein Reformkonzept durchsetzen, das die deutliche Handschrift des BMA trug und das bei einem gängigen Gesetzesformulierungsprozeß mit Ressortabstimmung und umfassenden Anhörungsverfahren sicherlich nicht in dieser Form hätte verabschiedet werden können.¹⁸

17 Die mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführte Festbetragsregelung für Arzneimittel (§ 35 SGB V) sieht vor, daß für wirkstoffgleiche Medikamente, Medikamente mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und solche mit vergleichbaren Wirkungen Gruppen gebildet werden (Abs. 1), für die die Spitzenverbände der GKV - nach bestimmten Kriterien (Abs. 5) - Festbeträge bestimmen (Abs. 3), bis zu deren Höhe die GKV voll erstattet (§ 31 Abs. 2 SGB V). Geht der Preis eines verordneten Medikaments über diesen Betrag hinaus, muß der Patient den Differenzbetrag selber tragen. Gleichzeitig entfällt für "Festbetragsarznei" die Rezeptblattgebühr (gem. § 31 Abs. 3 SGB V).

18 Eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit dem politischen Entscheidungsprozeß bezüglich der Rentenreform '92 ergibt sich insofern, als auch hier die Verlagerung wichtiger Entscheidungskompetenzen in eine Koalitionsarbeitsgruppe den Einfluß des BMA auf die Ausgestaltung der Reform offensichtlich verstärkt hat. Vgl. hierzu detaillierter Nullmeier/ Rüb/ Blanke (1990: 11f.).

Bei aller Übereinstimmung in den Entstehungsbedingungen und in der grundlegenden Ausrichtung bestehen doch in dreierlei Hinsicht wichtige Unterschiede zu dem AHB: Erstens ist bei den Festbeträgen nicht einer der Regulierungspartner beim Verfehlen der angestrebten Kostenbegrenzung negativ sanktioniert. Vielmehr können die Ärzte durch die Festbeträge sogar positive Externalitäten auf die ärztliche Honorarentwicklung erwarten, falls spürbare Spareffekte im Arzneimittelbereich die Verteilungsspielräume im Bereich der kassenärztlichen Honorare erweitern. Zweitens zeigt die Delegation der Regulierungskompetenzen an die nun deutlicher ausdifferenzierten Gremien der Selbstverwaltung (siehe Abschnitt 3) - den Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen (Gruppenbildung) und die Spitzenverbände der Krankenkassen (Festbetragsfestsetzung) - eine klarere Tendenz zu einer "exklusiven Korporatisierung" des GKV-Arzneimittelsektors auf, die drittens auch eine stärkere staatliche Einflußnahme auf die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen ermöglicht (vgl. Manow-Borgwardt 1991).

Es gehört zur besonderen Ironie der Festbetragsregelung, daß die in ihrer frühen Umsetzungsphase bereits sehr weit gediehenen Verhandlungen zwischen Kassen und Industrie über einen "maßvollen Einstieg" beim § 35 SGB V vom BMA durch Rückgriff gerade auf jene kartellrechtlichen Bestimmungen torpediert wurden, auf die sich die Pharmaindustrie selber immer berufen hatte, um deutlich zu machen, wie sehr ihr bezüglich des politischen Wunsches nach Eintritt in Preisverhandlungen mit den Kassenverbänden die Hände gebunden seien. Als nämlich Ende 1988 deutlich geworden war, daß die massiven Lobbybemühungen zur Verhinderung der Festbetragsregelung insgesamt erfolglos bleiben würden, waren die Interessenverbände der pharmazeutischen Industrie sofort in Verhandlungen mit den Kassenverbänden eingetreten. Verhandlungskalkül war, daß das Interesse der Industrie an einer berechenbaren und moderaten Festbetragsfestsetzung in Verbindung mit dem Interesse der Kassen, für ihre Versicherten in Zukunft auch die sog. "Originalpräparate" zuzahlungsfrei zu belassen (was eine Absenkung der Preise der Originalanbieter auf Festbetragsniveau voraussetzte), eine ausreichende Grundlage für eine Einigung auf ein das politisch vorgegebene Sparziel klar verfehlendes Festbetragsniveau bilden könnte. Ein gezielter Hinweis aus dem BMA an das Bundeskartellamt konnte jedoch durch die hierdurch ausgelöste Untersuchung über "unzulässige Preisabsprachen" zwischen Pharmaindustrie und Kassenverbänden ein Inkrafttreten der unterschriftsreifen Vereinbarung über einen generell 20% nicht überschreitenden Abschlag vom Preis des teuersten Originalanbieters verhindern (Manow-Borgwardt 1991: 29ff.). An dieser in vertauschten Rollen geführten Auseinandersetzung über die Zuständigkeit verschiedener Rechtsgebiete werden die weitreichenden strategischen Implikationen deutlich, die mit der zunehmenden Indienstnahme genuin

sozialrechtlicher Regulierungsformen verbunden sind. Insbesondere wirkt ihre Ausweitung in bislang anders regulierte Sektoren als starker Anpassungszwang für die hier jeweils zentralen Akteure.

Obwohl die Festbeträge und Richtgrößen (§ 84 SGB V) der Selbstverwaltung ein effektives und ausreichendes Regulierungsinstrumentarium zur Einbindung des GKV-Arzneimittelsektors in die vertraglichen Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen zur Verfügung stellen, verdeutlicht die bislang nicht erfolgte Umsetzung der Richtgrößenbestimmung des GRG, daß hier - wie bei dem Arzneimittelhöchstbetrag - das Problem darin besteht, daß die Ärzteschaft als einer der Vollzugsträger gleichzeitig mit der Richtgrößenfestsetzung eine Verletzung ihrer Interessen befürchten muß, insbesondere weil die Richtgrößen als Bestandteil der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 Abs. 2 SGB V gesetzlich festgeschrieben sind.

Mit dem - zumindest gesetzlich - bereits voll entwickelten Modell einer exklusiven Korporatisierung des GKV-Arzneimittelmarkts ist jedoch die Regulierungsvariante einer analogen Korporatisierung für den Arzneimittelsektor nicht ausgeschlossen. Diese Variante könnte zum einen an Bedeutung gewinnen, je mehr auf seiten der Pharmaindustrie die strikte Ablehnung von Preisverhandlungen angesichts der spürbaren Einspareffekte der Festbeträge differenzierteren Einstellungen weicht (vgl. Ärzte-Zeitung 6./7.4.1990) und der gesetzlich festgeschriebene Auftrag einer Aktualisierung bereits beschlossener Festbeträge (§ 35 Abs. 5 Satz 4 SGB V) Verhandlungen zwischen Kassen und Pharmaunternehmen ohnehin erforderlich macht. Zum anderen finden Verhandlungen zwischen Kassen und Industrie auch gewisse Anknüpfungspunkte an das den Preisabschlag¹⁹ des Einigungsvertrages ablösende sog. "Verbändemodell":

Nach der Übernahme der westdeutschen Arzneimittelpreisverordnung im Zuge der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 2.7.1990 und der *de facto* uneingeschränkten Zulassung westdeutscher Pharmazeutika seit Juli/August des Jahres hatte sich bereits für das zweite Halbjahr 1990 im Ost-Arzneimittelbereich ein Defizit in Höhe von 1 Mrd. DM abgezeichnet (vgl. Handelsblatt vom 26.7.1990). Für das Jahr 1991 wurden Steigerungen der Arzneimittelausgaben von 3,5 auf 5 bis 6 Mrd. DM erwartet. Die aus anderen Gründen getroffenen Entscheidungen, 1991 sowohl getrennte Beitragseinzugsgebiete zwischen Ost und West aufrechtzuhalten, als auch den Beitragssatz für die neuen Länder auf 12,8 % festzuschreiben und drittens

¹⁹ Der gemäß Einigungsvertrag (BGBl. II S. 885, 889) Anlage I, Sachgebiet G, Abschnitt II., neu in das SGB V aufgenommene § 311 Abs. 1b.

eine staatliche Defizithaftung für die Krankenversicherung weitgehend auszuschließen, schafften kurzfristig den politischen Bedarf nach unmittelbar wirkenden Kostenbegrenzungsmaßnahmen. Nachdem schnell deutlich wurde, daß eine selbst in ihrem Anwendungsbereich deutlich weiter gefaßte Festbetragsregelung nicht die nötigen Einsparungen würde erzielen können, wurde kurz vor Verabschiedung des Einigungsvertrages ein - zunächst 55prozentiger - Preisabschlag für Medikamente in den neuen Bundesländern festgeschrieben, der vom 1.1.1991 bis Ende 1993 gelten sollte, bzw. bis der "gesamtdutschen Gesetzgeber" dem ihm mit Artikel 33 Abs. 2 Einigungsvertrag gestellten Auftrag, eine alternative Regelung zu finden, nachkommen würde.

Der Preisabschlag war als analoge Regelung zu einer für die ärztlichen Honorare geltenden Beschränkung gedacht und orientierte sich an der (umstrittenen) Höhe des Abstandes zwischen den beitragspflichtigen Einkommen zwischen Ost und West. Während die Anpassung der relativen Höhe der kassenärztlichen Vergütung an das Lohnniveau im beigetretenen Gebiet in der Verantwortung der Vertragspartner lag, wirkte die Abschlagsregelung im Arzneimittelbereich als ein direkter staatlicher Eingriff in die Preisbildungsautonomie der Hersteller. Die Gründe für den vehementen Protest von Industrie, Großhandel und Apothekerschaft gegen die Preisabschlagsregelung des Einigungsvertrages, der Anfang 1991 sogar in einem Lieferstopp gegenüber den östlichen Bundesländern gipfelte, lagen jedoch weniger in den wirtschaftlichen Folgen eines halbierten Arzneimittelpreisniveaus in den neuen Bundesländern oder in einem grundsätzlich motivierten Kampf für marktwirtschaftliche Ordnungsprinzipien, als vielmehr in den Befürchtungen der Pharmaindustrie, durch einen - zwar gesetzlich sanktionierten, aber letztlich nicht zu kontrollierenden - Re-Import von Arzneimittel würde das Preisgefüge auch in den alten Bundesländer zusammenbrechen. Um eine Anwendung des § 311 Abs. 1b SGB V möglichst überhaupt zu verhindern, waren die letzten Monate des Jahres 1990 von einer intensiven Kompromißsuche - vorangetrieben insbesondere durch den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) - gekennzeichnet. Aus den verschiedenen Alternativmodellen kristallisierte sich jedoch nur recht mühsam ein konsensfähiges Konzept heraus, weil der Preisabschlag selber für die drei Handelsstufen (Hersteller, Großhandel und Apotheke) unterschiedliche Verteilungswirkungen hatte, die eine alternative Konzeption - sollte sie unter den Anbietergruppen konsensfähig sein - zu berücksichtigen hatte. Die ab April 1991 in Kraft getretene Alternativkonzeption, die auf einem von dem BPI vorgeschlagenen Defizithaftungsmodell basierte, beinhaltet nun Elemente einer Budgetierung der GKV-Arzneimittelausgaben, "die zu einem weiterreichenden Modell zur Kostenbegrenzung über Budgetanpassung ausgebaut werden könnten" (Reher/Reichelt 1991: 83). Eine Budgetierung der GKV-Arzneimittelausgaben ist durch

die Defizitdefinition des Verbändemodells eingeführt, die in Orientierung an den Kostenanteil der Arzneimittel an den GKV-Ausgaben West von 15,6 Prozent alles als - durch die Arzneimittelhersteller partiell zu erstattendes - Defizit faßt, was diesen Anteil in den neuen Ländern überschreitet. Es ist dabei nicht nur diese Budgetierung, die von Beobachtern als Ansatz für "neue Selbstverwaltungsregelungen" gewertet wird, "die sich auch zur Bewältigung westlicher Ausgabenprobleme im Pharmabereich eignen" (Süddeutsche Zeitung vom 14.11.1990), sondern es sind auch die praktischen Umsetzungserfordernisse - nämlich Institutionen sowohl auf Anbieter- als auch auf Kassen- seite zu schaffen, die das Marktgeschehen verbindlich beurteilen, die Pauschalsummen transferieren, einsammeln und verteilen und die überhaupt die jeweils Beteiligten zu Zahlungen verpflichten können - die direkte Anknüpfungsmöglichkeiten für eine unmittelbare Korporatisierung des Arzneimittelsektors bieten. Eine Einschätzung über die Wahrscheinlichkeit einer vertraglichen Fortentwicklung des sog. Verbändemodells ist sicherlich hochgradig spekulativ. Festzuhalten bleibt hier nur, daß der Gesetzgeber mit dem GRG über die unmittelbare Drittwirkung von Verträgen zwischen Kassen und Pharmaindustrie (gem. § 129 Abs. 3 aus § 131 Abs. 3 SGB V) für die Mitglieder der maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und durch die "kraft gesetzssystematischen Zusammenhangs" erweiterte normativen Wirkung solcher Verträge auch auf Nicht-Mitglieder (Heinze 1990: 177), eine analoge Korporatisierung des Arzneimittelsektors erleichtert hat.

Das Verbändemodell kann - ebenso wie der Arzneimittelhöchstbetrag - als ein Beispiel dafür angeführt werden, daß sich das kollektivvertragliche Regulierungsmodell nicht nur aufgrund längerfristig orientierter Korporatisierungsstrategien der Ministerialbürokratie (wie im Falle der Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen, der Ausweitung der Versorgungsverträge im Krankenhausbereich oder der Festbeträge), sondern ebenfalls als ad-hoc Lösung für akute Problemlagen durchzusetzen vermag. Ein Übereinkommen der Beteiligten auf zentralisierte, vertragsförmige Problemlösungen kann bei solchen, eher "spontanen" politischen Entscheidungen als Folge des Umstandes gesehen werden, daß die immer wieder beschworene Systemkonformität hier nicht als Suchkriterium, sondern als Ausschlußregel wirkt: Problemlösungen werden nicht nur an ihrer Funktionalität i.S. von Problemlösungskapazität gemessen, sondern sie dürfen auch die bislang in Anwendung gebrachten Regulierungsformen nicht grundsätzlich in Frage stellen. Daß im Falle des Verbändemodells der Vorschlag einer Budgetierung der GKV-Arzneimittelausgaben aus den Reihen der Industrie selber erfolgte, läßt sich darüber hinaus als Indiz dafür werten, daß offensichtlich auch hier von reiner Marktkoordination abweichende Regulierungsformen nicht mehr als vollkommen abwegig angesehen werden.

6. Zusammenfassende Schlußfolgerungen

6.1 Die sektorale Diffusion des korporativen Ordnungsmodells

Die hier nachgezeichnete Korporatisierung des Gesundheitswesens findet statt als Prozeß der sektoralen Diffusion, der seinen Ausgangspunkt im Bereich der kassenärztlichen Versorgung nimmt, da hier bereits Strukturen entwickelt waren, die besonders günstige Anknüpfungschancen boten. Im Gegensatz zur dominierenden Einschätzung war es gerade die KAiG, die die politische Begründung für die organisatorische Anpassung der Verbändestruktur lieferte. Dazu ist auch die gezielte Aufwertung der gemeinsamen Selbstverwaltung zu rechnen, die vor allem in Gestalt des BAK deutlich zeigt, daß die *Ausdifferenzierung* des korporativen Ordnungsmodells durch die Etablierung einer parallelen Steuerungskompetenz eine mögliche, aber bisher kaum beachtete Entwicklungsvariante der Korporatisierung darstellt. Die sektorale Ausbreitung des ordnungspolitischen Idealtypus findet einerseits als Standardisierungsprozeß von Organisationsmustern und prozeduralen Regelungen statt, andererseits belegen die sektoralen Varianten der *analogen* Korporatisierung im stationären Sektor und der *exklusiven* Korporatisierung im Arzneimittelbereich, daß es sich um ein durchaus flexibles Ordnungsmodell handelt. Im nachfolgenden Schaubild sind die in den vorangegangenen Abschnitten detaillierter geschilderten Korporatisierungstendenzen in den einzelnen Gesundheitssektoren tabellarisch zusammengefaßt.

Schaubild 2: Die sektorale Diffusion des korporativen Ordnungsmodells

	Ambulanter Sektor	Krankenhaussektor	Arzneimittelsektor
Konfligierende normative Ordnungsmodelle	Selbstverwaltung auf Konsensbasis vs. staatlich induzierter Einigungszwang	"Trägerpluralismus" und "Bedarfsdeckung" vs. Einbindung in einen sozialversicherungsrechtlichen Regulierungszusammenhang	Wettbewerbsrecht vs. Sozialversicherungsrecht
Verschiebungen auf prozeduraler Ebene	Wiederherstellung der "Gleichgewichtigkeit" zwischen Kassen und Ärzteschaft durch die Zentralisierung und Vereinheitlichung der Entscheidungsstrukturen auf Kassenseite; die BAK - Richtlinien bekommen Bindungswirkung (§ 92 VII SGB V, gem. § 83 III u. IV)	Zwangsschlichtung (§ 114 SGB V), Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 113 SGB V), Versorgungsverträge (§ 109 SGB V) als Elemente einer gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Kassen und Krankenhäusern	Exklusive Korporatisierung: Festbeträge (§ 35 V) und Richtgrößen (§ 84 SGB V). Analoge Korporatisierung: Verhandlungen im Rahmen des sog. "Verbändemodells" oder bei der Anpassung der Festbeträge (§ 35 V 4 SGB V)
Verschiebungen auf institutioneller Ebene	Ausdifferenzierung einer parallelen Entscheidungsstruktur mit Bindungskraft und Staatsaufsicht aus der KAiG in Form des BAK	Transformation der Landeskrankenhausesellschaften und Trägerverbänden zu verpflichtungsfähigen Verbänden	Implizite Übernahme des Körperschaftsmodells durch den BPI (gefördert durch § 131 SGB V)

Auf der *normativen* Ebene kann noch keineswegs von einer erfolgreich abgeschlossenen Durchsetzung korporativer Ordnungsvorstellungen gesprochen werden. Es gibt jedoch gute Gründe für die Vermutung, daß mit der Kompetenzaufwertung der Trägerverbände und Landeskrankenhausesgesellschaften im stationären sowie des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie im Arzneimittelsektor das Eigeninteresse dieser Organisationen verändert werden könnte und dadurch für sie eine Steuerungsphilosophie attraktiv wird, die - im Gegensatz zu den bislang vorherrschenden Realtypen der sektoralen Steuerung - den Primat zentralisierter verbandlicher Regulierungen betont.

Für den ambulanten Sektor lassen sich die Veränderungen auf *prozeduraler* Ebene als Wiederherstellung eines *gleichgewichtigen* Korporatisierungsmodells charakterisieren. Die erneute Austarierung des nach 1945 sukzessive aus dem Gleichgewicht geratenen Selbstverwaltungsmodells (Rosewitz/ Webber 1990: 21f. und 233ff.) wurde vor allem durch Veränderungen an den Entscheidungsstrukturen auf Kassenseite erreicht. Aber auch die Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen und seine stärkere rechtliche und politische Anbindung (Staatsaufsicht) trugen dazu bei, daß Vereinbarungen auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung der Tendenz nach weniger vom Konsensprinzip mit seinen vielfältigen Blockadewirkungen geleitet werden, sondern nunmehr unter einem gewissen Einigungszwang stehen.

Zugleich verdeutlicht sowohl die spürbare Ausweitung der Kompetenzdomäne des BAK wie auch das in seiner Anwendung beträchtlich ausgedehnte Institut der Versorgungsverträge im Krankenhausbereich, wie Blockaden in bestehenden Entscheidungsstrukturen als Anreiz zur Ausbildung neuer oder zum Ausbau bestehender Regulierungsinstanzen im Sinne von Parallelstrukturen wirken. Im Arzneimittelsektor, wo es aus grundsätzlichen wettbewerbsrechtlichen Gründen und in Folge einer hohen Interessenheterogenität auf der Anbieterseite als sehr viel schwieriger erscheint, die Arzneimittelkosten über Verhandlungen zwischen Industrie und Kassen zu regulieren und wo es deshalb auch kaum Vorformen vertragsähnlicher Regelungen gibt, an die für ein solches Vorhaben angeknüpft werden könnte, ist es die Zuweisung der Regulierungskompetenz an die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Ärzteschaft, die hier als dominante Korporatisierungsstrategie identifiziert werden konnte. Dabei ermöglicht es die auf *institutioneller* Ebene zwischenzeitlich erfolgte Ausdifferenzierung eines besonderen Entscheidungsgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung, daß eine Steuerung des Arzneimittelsektors über die Selbstverwaltung stärker als bisher auf politische Zielvorstellungen abgestimmt werden kann. Im Krankenhaus- und Arzneimittelsektor gibt es auf institutioneller Ebene Tendenzen zu einer Steigerung

der Verpflichtungsfähigkeit der hier jeweils zentralen Verbände, sei es aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, sei es, weil - wie im Pharmasektor - der hier wichtigste Wirtschaftsverband diese Rolle selber sucht.

6.2 Korporatisierung als ordnungspolitisches "Paradigma"

In den vorangegangenen Abschnitten ist wiederholt darauf hingewiesen worden, daß das korporative Ordnungsmodell trotz aller Kontroversen im Einzelfall gegenüber anderen gesundheitspolitischen Strategien eine überlegene Konsensfähigkeit besitzt. Dieser Umstand ist nicht unbedingt selbstevident und bedarf der Erklärung. Daß die Korporatisierung als *Strategie* in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik dominiert, kann im wesentlichen auf die folgenden - nicht immer klar voneinander trennbaren - Ursachen zurückgeführt werden.

Von großer Bedeutung ist zunächst, daß das korporative Ordnungsmodell dem Kernbereich der GKV, nämlich der kassenärztlichen Versorgung und der Selbstverwaltung der Kassen und der KVen, entstammt, der über ein hohes Maß gesellschaftlicher und politischer Zustimmung verfügt. Die als "Strukturprinzipien" bezeichneten Organisations- und Verfahrensregeln wie Selbstverwaltung, Subsidiaritäts-, Sachleistungs- und Versicherungsprinzip sowie die Gliederung nach Kassenarten sind deshalb durch einen breiten Konsens abgesichert, weil sie - zur Systemarchitektur der GKV gehörend - mit deren Organisationsleistungen in Verbindung gebracht werden.

Von hervorgehobener Relevanz ist dabei die Selbstverwaltung, die als generelles gesellschaftliches Ordnungsprinzip historisch in vielen Sektoren verankert ist (grundlegend dazu Heffter 1969). Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung im allgemeinen und der GKV im besonderen werden von Arbeitgeber und Gewerkschaften gleichermaßen als institutionalisierter sozialer Friedensschluß gedeutet, der über die Phase der Nachkriegsprosperität hinaus als Element einer funktionierenden Sozialpartnerschaft gilt (Süllow 1982: 177ff.). In ähnlicher Weise stellt die Selbstverwaltung und deren kollektivvertragliche Steuerungskompetenz für die Verbandseliten von Ärzteschaft und Krankenkassen den integralen Bestandteil eines normativ gestützten Organisationsmodells dar. Daher ist kaum verwunderlich, daß gesundheitspolitische Strategien, die die Anwendung der GKV-Strukturprinzipien und des im Kassenarztrecht kodifizierten Steuerungsrepertoires zum Gegenstand haben, auch innerhalb der großen Parteien für deren sozialpolitische Programmatik anschußfähig sind. Es ist daher ohne

die Gefahr einer Übertreibung möglich, die Strukturprinzipien der GKV als "ordnungspolitisches Paradigma" des Gesundheitssektors zu bezeichnen. Alternative Strategien, wie sie z.B. von der marktorientierten Gesundheitsökonomie entwickelt wurden, vermochten nicht, die Diskurskoalition der GKV-Akteure aufzubrechen (Döhler 1990: 223ff.). Wenn also die zentralen Selektionskriterien für gesundheitspolitische Reformvorhaben in der "Systemkonformität" und der "Weiterentwicklung" bestehen, dann müssen alternative Ansätze in aller Regel scheitern. Wobei - wie weiter oben gezeigt wurde - die strategische Richtung der vom BMA formulierten Politik keineswegs nur auf Umweltselektionseffekte zurückführbar ist, sondern erst durch die interaktive, also auch strategische Nutzung besonders günstiger Umweltbedingungen zustande kommt.

Der geradezu routinisierte Einsatz des korporativen Ordnungsmodells als Selektionskriterium und Steuerungstechnik wird im Rahmen einer Erklärung plausibel, die darauf abhebt, "that interpretations developed by the bureaucracy in the formative phase of the emerging policy networks tend over time to petrify into ideological sediments that guide much of the interpretation of later crisis and structural adoptions" (Lehmbruch 1991: 148). Für das BMA gilt diese Überlegung in zweifacher Weise. Handlungsleitend sind sowohl jene Lehren, die aus Entwicklungs- und Performanzkrisen der GKV gezogen wurden, als auch historisch *erfolgreiche* Weichenstellungen der GKV. So nimmt es nicht Wunder, daß während des GRG die zu Beginn der 60er Jahre gescheiterten Reformversuche des CDU-Arbeitsministers Theodor Blank innerhalb des BMA als warnendes Beispiel studiert wurden (Knieps 1990: 9).²⁰ Bei der Einrichtung von Schiedsstellen für den Krankenhaussektor wurde sogar das "Berliner Abkommen" zwischen Kassen- und Ärzteverbänden von 1913 als positives Vorbild bemüht (Jung 1988: 245). Diese retrospektive Handlungsorientierung unterstreicht sowohl die Relevanz des Organisationsgedächtnisses für strategische Entscheidungen, wie auch für die inhaltliche Orientierung an "development doctrines" (Armstrong 1973: 48ff.), also Problemlösungsrepertoires, deren Legitimität und Funktionalität in historischen Umbruchphasen begründet wird (Lehmbruch 1991: 148f.).

Die Ausgabenexplosion Mitte der 70er Jahre wäre in diesem Interpretationsraster als Entwicklungskrise zu verstehen, die einmal zur strategischen Umorientierung von der Bedarfsdeckung hin zur Kosteneindämmung führte, zum anderen einen sequentiellen Lernprozeß bei der Ministerialverwaltung auslöste, die in der Existenz eines - zudem ausbaufähigen - Steuerungsinstrumen-

20 Der für das GRG zuständige Ministerialdirektor Jung hatte die Blanckschen Reformversuche seinerzeit als Hilfsreferent im BMA miterlebt.

tariums in der kassenärztlichen Versorgung einen Modellfall erblickte, der auch auf die Steuerung des Krankenhaus- und Arzneimittelsektors anwendbar ist. Betrachtet man die Strukturmerkmale der GKV-Leistungsektoren in den Kategorien "Typenkern und Randzonen" (Wertenbruch 1981: 689), dann müssen der stationäre wie der Arzneimittelsektor aus der politischen Steuerungsperspektive als "deviante Randzonen" erscheinen, da der ambulante Sektor gegenüber den Anforderungen einer Kostendämpfungspolitik bereits ein höheres Entwicklungsstadium erreicht hat. Nicht ohne Plausibilität ist hierbei auch die Vermutung, daß der Begründungszwang für alternative Ordnungsmodelle im Zuge der Ausweitung kollektivvertraglicher Regulierungen zunimmt und es daher sowohl für die Krankenhausträger wie auch für die pharmazeutische Industrie schwieriger wird, ihre sektorspezifischen "Abweichungen" vom paradigmatischen Fall zu legitimieren.

Daß hingegen in der anwachsenden Ärzteopposition Überlegungen über einen vollkommenen Ausstieg aus dem durch Sicherstellungsauftrag und Sachleistungsprinzip gekennzeichneten Modell ambulanter Versorgung in breiterem Maße diskussionsfähig geworden sind, zeigt, daß der hier nachgezeichnete Korporatisierungsprozeß nicht nur selbstverstärkend wirkt. In der Tat ist mit der faktischen Ausweitung und Fortentwicklung des korporativen Ordnungsmodells eine Verminderung seiner normativen Geltungskraft insbesondere für die Kassen(zahn)ärzteschaft zu konstatieren, die u.E. nur vor dem Hintergrund der tatsächlichen Regulierungswirkungen dieses Modells verständlich wird. Zunehmend in Frage gestellt wird dieses Regulierungsmodell durch die Ärzteschaft sicher auch wegen der sektoralen Ungleichzeitigkeit seiner Etablierung: Spürbare Steuerungseffekte durch kollektivvertragliche Regulierungen sind für den Krankenhaus- oder den Arzneimittelsektor erst vereinzelt auszumachen. Dies kann durchaus Begründungsprobleme bei der Ausweitung kollektivvertraglicher Regulierungsformen zur Folge haben: Wird der ordnungspolitische Konsens gerade in dem Sektor brüchig, aus dem das Ordnungsmodell entlehnt wurde, entfällt mit dem legitimatorischen Rückhalt eine wichtige Steuerungsressource. Gleichwohl bleibt auch für den ambulanten Sektor das vertragliche Regime zwischen Kassen- und Ärzteverbänden trotz seiner verminderten normativen Geltungskraft "alternativenlos", denn ein Ausstieg aus diesem Versorgungsmodell ist für die Anbieterseite mit so großen Risiken behaftet, daß die Reaktion der Kassenseite auf die ärztlichen Ausstiegsszenarien bislang sehr gelassen ausfallen konnte (vgl. etwa Gabe 1991).

Daß die unterschiedlichen Entwicklungsmuster der drei Versorgungsektoren bis weit in die 70er Jahre nicht als Problem perzipiert wurden, hing mit dem seinerzeit gültigen Anforderungsprofil der Bedarfsdeckung zusammen, das

mit den verschiedenen Ordnungsmodellen nicht in Konflikt stand. Die Pluralität von Ordnungsprinzipien galt vielmehr als Beleg sektoral autonomer Entwicklungschancen, was verständlich macht, daß die sektorale Diffusion des korporativen Ordnungsmodells in den Krankenhaus- bzw. in den Arzneimittelsektor kontrovers verlaufen mußte, denn damit wurde ja nicht weniger in Frage gestellt als die Gestaltungsautonomie und der Geltungsbereich normativer Ordnungsprinzipien der anders organisierten Leistungssektoren. Daß die administrative Präferenz für die Korporatisierung zudem auch einen wichtigen funktionalen Aspekt besitzt, ist daran ablesbar, daß im ambulanten Versorgungssektor die größten Erfolge in der Kostendämpfung erzielt wurden (Paffrath/ Reiners 1987), so daß sich die Nachahmung geradezu aufdrängt.

6.3 Politische Durchsetzungsbedingungen des korporativen Ordnungsmodells

Die normative Geltungskraft des korporativen Ordnungsmodells ist eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung, um ihre *Durchsetzung* im politischen Entscheidungsprozeß erklären zu können. Auch hier wirken eine Reihe von Faktoren zusammen. Den Ausgangspunkt für die politische Durchsetzung bilden in aller Regel jene als Reformblockaden identifizierten Probleme der Mehrheitsfindung. Im Anschluß an das Scheitern oder in Antizipation der Aussichtslosigkeit parteipolitischer Reformversuche kommt, nicht zuletzt aufgrund des gleichbleibenden Problemdrucks, die im Organisationsgedächtnis der Ministerialbürokratie eingelagerte Steuerungsideologie zum tragen, deren Durchsetzung aber nicht allein durch die Dominanz der Verwaltung im Politikprozeß verständlich wird. Dies erklärt sich vielmehr dadurch, daß das korporative Ordnungsmodell durch seine funktionale Kompatibilität mit den Strukturen der GKV, durch seine Paßgenauigkeit mit dem sozialversicherungsrechtlichen Normengefüge und durch seine politische Konsensfähigkeit immer dann einen besonderen Stellenwert erhält, wenn parteipolitisch motivierte Reformversuche nicht mehrheits- oder durchsetzungsfähig sind.

Daß mit dem BMA ein Träger des korporativen Ordnungsmodells in einer strategisch günstigen Position vorhanden ist, kann als Eigenheit des Gesundheitssektors gewertet werden. Ein eher generelles Argument für die politische Durchsetzung der Korporatisierung zielt auf die Technik der Gesetzgebung. Schon unter Bismarck kam jene ministeriale "Salami-Taktik" zur Anwendung, bei der unscheinbare, aber ausbaufähige Brückenköpfe geschaffen werden, die ihre eigentliche Bedeutung erst durch spätere Gesetzgebungsprozesse

erlangen.²¹ Zudem kommen die strategischen Vorteile der Ministerialverwaltung im Gesetzgebungsverfahren zum tragen, die - selbst unter Umgehung demokratischer Zuständigkeitsregelungen - dazu neigt, ihre Positionsvorteile gegenüber Parlamentariern auszuspielen: "Wenn mir irgendwo ein Satz rausgestrichen wird, schreibe ich dafür zwei Sätze an anderer Stelle wieder rein" (Interview).

Die vergleichsweise starke politische Stellung des BMA ist aber nicht qua organisationstypischer Strategie- und Durchsetzungspotentiale erklärbar, sondern wird erst im Zusammenhang mit der Organisationsumwelt verständlich. Zweifellos wird man im BMA die eigene Umwelt als turbulent, von widerstreitenden politischen Interessen beherrscht und wohl auch als feindselig beschreiben. Aber die sektoralen Handlungsbedingungen sind im Vergleich zu anderen Ministerien durchaus günstig. Die Instrumentalisierbarkeit bereits existenter Organisationsstrukturen ist dabei sowohl als Ursache wie - zu einem späteren Zeitpunkt - auch als Indikator für ein erfolgreiches "political design" (Anderson 1979) zu nennen. Ein Beispiel dafür ist der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, der es dem BMA erlaubt, wichtige neue Aufgaben, z.B. im Bereich der medizinischen Großgeräte, der Erstellung von Arzneimittellisten und der Erarbeitung von Festbeträgen, einem kooptierbaren Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen, ohne dabei die Kontrolle über den Regelungsinhalt zu verlieren. Wichtiger aber noch erscheint, daß der BAK gleichermaßen als institutionelles Medium wie auch als Instrument für die Entstehung neuer Konfliktlinien bzw. Koalitionen, die die Korporatisierung unterstützen, fungieren kann.

Als Auslöser einer solchen Koalitionsneubildung könnte der mit dem GRG eingeführte Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Empfehlungen der KAiG fungieren. Während früher die Grundlohnsumme als Orientierungsgröße für den Zuwachs der *einzelnen* Leistungssektoren fungierte, in der überproportionale Steigerungsraten eines Sektors nicht zu Lasten eines anderen gingen, erlaubt die Meßlatte des Beitragssatzes nun, daß überproportionale Zuwächse eines Sektors durch entsprechende Abstriche in den anderen Sektoren kompensiert werden müssen. "Verteilungskonflikte zwischen gut gesteuerten Leistungssektoren und weniger gut gesteuerten Leistungssektoren" (Brenner 1990: 27) sind daher wahrscheinlich.

21 So wurde der Versicherungszwang im Krankenversicherungsgesetz von 1883 anfangs bewußt auf wenige Berufsgruppen beschränkt, um die Zustimmung des Reichstages nicht zu gefährden. Klar war aber schon damals, daß das Ziel in der sukzessiven Ausdehnung des Versicherungszwangs bestand (Rothfels 1927: 55f.).

Der "gut gesteuerte" Leistungssektor der kassenärztlichen Versorgung muß dabei aber nicht zwangsläufig auf der Verliererseite stehen. Denn über den BAK gibt es Möglichkeiten einer sektorale Vernetzung von Steuerungsimpulsen (Bruckenberg 1989: 41). Da die Richtlinienkompetenz auch Art und Umfang der Krankenhausbehandlung umfaßt (§ 92 Abs. 1 SGB V), verfügen Kassen und Kassenärzte über ein paralleles Steuerungsinstrumentarium, das bisher zwar kaum genutzt wurde, aber dessen Indienstrahme unter den veränderten Anreizbedingungen insbesondere für die Ärzteseite attraktiver werden dürfte. Die Festbeträge sind ein wichtiges Beispiel dafür, daß eine Koalitionsbildung innerhalb des "etablierten" Sektors gegen einen anderen, also in diesem Fall gegen den Arzneimittelsektor, möglich wird, wenn die Anreizstruktur nur entsprechend manipuliert wird (Manow-Borgwardt 1991: 44ff.).

Je effektiver die Koalition zwischen Ärzten und Kassen die Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten gewährleisten kann, um so stärker ändert sich auch die Interessenlage des betroffenen Akteurs - der Pharmaindustrie. Sowohl die innerverbandlichen Kontroversen um eine Neubewertung des Nutzens direkter Preisverhandlungen mit den Kassenverbänden (vgl. Ärzte Zeitung vom 06/07.04.1990 und 25.04.1990) als auch die Aufgabe des kategorischen Widerstandes gegen jegliche Form von Positivlisten (vgl. Deutsche Apotheker Zeitung vom 11.04.1991) sind Anzeichen dafür, daß vor dem Hintergrund der für die Pharmaindustrie mittlerweile deutlich spürbaren Kosten der Ausbreitung des exklusiven Korporatisierungsmodells direkte Verhandlungen mit den Kassenverbänden "in einem neuen Licht" erscheinen müssen. Hier gilt ebenso wie für die anderen Sektoren: "when the environment changes, interests may change even though wants do not" (Levine 1990: 173).

6.4 Korporatisierung und staatliche Steuerungsfähigkeit

Die hier vertretene These, daß die fortschreitende Korporatisierung des Gesundheitswesens die staatliche Steuerungsfähigkeit erhöht hat, steht auf den ersten Blick in einem deutlichen Widerspruch zur tagespolitischen Evidenz. Denn selbst im Anschluß an das GRG ist bislang keine langfristige Stabilisierung der Beitragssätze in Sicht. Hier vermögen auch die Hinweise auf das deutliche Abflachen der Ausgabenzuwächse seit Ende der 70er Jahre und die im internationalen Vergleich nachweisbaren Erfolge der bundesdeutschen Kostendämpfungspolitik nicht zu befriedigen. Zweifellos hat das korporative Ordnungsmodell den langfristigen Praxistest seiner ökonomischen Performanz noch nicht bestanden.

Der in Zahlen nachweisbare Erfolg der Korporatisierung als Verfahren zur Kostendämpfung steht aber wohlgemerkt auch nicht im Mittelpunkt der vorliegenden Überlegungen. Hier ging es um den Nachweis, daß eine Korporatisierung im Sinne der Veränderung von *Organisationsstrukturen* des Gesundheitswesens stattfindet, der Staat also "as architect of political order" (Anderson 1979: 274) zu begreifen ist. Staatliche Handlungs- und Steuerungsfähigkeit ist in dieser Sichtweise vor allem festzumachen an der langfristigen, staatlich angeleiteten Transformation gesellschaftlicher Organisationen im Dienste eines bestimmten Steuerungsziels. Die gängige Etikettierung der hier nachgezeichneten Korporatisierung medizinischer Versorgungssektoren als systemkonforme "Weiterentwicklung" sollte nicht davon ablenken, daß mit ihr eine substantielle und konfliktreiche Umgestaltung sektoraler Organisations- und Regulierungsprinzipien verbunden ist, die die staatliche Handlungsfähigkeit durch gesteigerte Möglichkeiten zur Indienstnahme intermediärer Instanzen erhöht hat. Folgt man der analytischen Differenzierung für die Bemessung von Steuerungserfolg in "Steuerungsfähigkeit" des Staates und "Steuerbarkeit" des Gesundheitssektors (zu dieser Begrifflichkeit vgl. Mayntz 1987), so ist auf der Basis der hier nachgezeichneten Entwicklung von einer erhöhten staatlichen Steuerungsfähigkeit auszugehen, die auch die Steuerbarkeit des Gesundheitssektors wahrscheinlicher macht.

Die für unsere Argumentation zentralen Faktoren, die organisationsintern verankerte Steuerungsideologie und die damit korrespondierende Organisationsumwelt, waren erst unlängst erheblichen Turbulenzen ausgesetzt, so daß sich die Frage stellt, welche Bestandskraft die Korporatisierungstendenz angesichts des Vereinigungsprozesses der beiden deutschen Staaten und der Verlagerung der Krankenversicherungsabteilung des BMA in das neustrukturierte Bundesgesundheitsministerium nun noch beanspruchen kann. Interessanterweise scheint die gesamtgesellschaftliche Relevanz beider Entwicklungen in einem umgekehrten Verhältnis zu ihrem Einfluß auf die staatliche Steuerungsfähigkeit im Gesundheitssektor zu stehen. Der Vereinigungsprozeß hat erstaunlich geringe Spuren in der gesundheitspolitischen Kräftekonstellation hinterlassen. Das in der alten Bundesrepublik gültige Modell der Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung ist so gründlich auf das Beitrittsgebiet übertragen worden, daß von dieser Flanke her die Geltungskraft des korporativen Ordnungsmodells und die Handlungsfähigkeit der Akteure schwerlich in Frage gestellt werden kann (Manow-Borgwardt 1991a).

Anders sieht es hingegen mit dem vermeintlich "chirurgischen" Eingriff eines veränderten Ressortzuschnitts aus. Die Aufteilung des alten Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit in drei einzelne Ressorts war zwar mittelbar ein Resultat des Vereinigungsprozesses, da die christlich-

liberale Koalition nach der gewonnen Bundestagswahl im Dezember 1990 ein dem Regionalproporz angemessenes Verhältnis an Minister- und Staatssekretärpositionen schaffen mußte. Daß aber das so entstandene Rumpfministerium durch die Verlagerung der für die GKV zuständigen Abteilung V aus dem BMA in das Bundesgesundheitsministerium noch entscheidend aufgewertet wurde, war der Hartnäckigkeit zu verdanken, mit der sich die neue CSU-Gesundheitsministerin, zweifellos von ihrer Partei in diesem Anliegen entscheidend unterstützt, für diesen Ressortzuschnitt einsetzte. Der Bundesregierung, insbesondere dem Kanzler, war dieses Zugeständnis aber nicht schwer abzurufen, denn mit diesem Schritt sollte auch eine Beruhigung im Verhältnis Ministerium/ Leistungsanbieter eintreten, das im Zuge des GRG nicht zuletzt infolge der rabiatischen Durchsetzungswilligkeit eines hohen BMA-Beamten gelitten hatte. Über die möglichen Effekte dieser Organisationsentscheidung kann momentan zwar nur spekuliert werden, aber die Annahme, daß die ehemalige Abteilung V des BMA (nunmehr Abt. II des BMG) als Träger des korporativen Ordnungsmodells in Zukunft weniger einflußreich sein wird, ist nicht unplausibel. Denn das politische Gewicht des BMG ist nicht nur im Kabinett geringer, sondern es fehlt auch an jenem organisatorischen Rückhalt, den das System "kommunizierender Röhren" (Interview) - als das der Zusammenhang mit den anderen Sozialversicherungsabteilungen des BMA charakterisiert wurde - für die Dominanz eines bestimmten ordnungspolitischen Weltbildes mobilisieren konnte.

Literatur

- Abholz, Heinz-Harald, 1990: Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des "Gesundheitsreformgesetzes". In: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 15 (Argument-Sonderband AS 190), 7-25.
- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, (Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19) Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, Jens, 1991: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Unveröff. Ms., Köln.
- Altenstetter, Christa, 1985: Krankenhausbedarfsplanung: was brachte sie wirklich? München: Oldenbourg.
- Anderson, Charles W., 1979: Political Design and the Representation of Interests. In: Philippe Schmitter/ Gerhard Lehmbruch (Hrsg.), Trends Toward Corporatist Intermediation. London: Sage.
- AOK-Verlag, 1989: Das neue Krankenversicherungsrecht. Fünftes Buch SGB. Textsammlung mit einer erläuternden Einführung in die gesetzlichen Neuregelungen. Bonn: AOK-Verlag.
- Armstrong, John A., 1973: The European Administrative Elite. Princeton, N.Y.: Princeton University Press.
- Bauer, Karl, 1980: Die Auswirkungen der Arzneimittelgesetzgebung auf den Wettbewerb. In: Burkhardt Röper (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie. Berlin: Duncker & Humblot, 93-100.
- Blanke, Bernhard/ Christiane Perschke-Hartmann, 1990: Das GRG auf dem Prüfstand. Selbststeuerungsprozesse des Gesundheitssystems am Beispiel des Gesundheitsreform-Gesetzes von 1988. In: Soziale Sicherheit 39, 329-336.
- Bogs, Harald, 1982: Staat und Selbstverwaltung im gesundheitsökonomischen Planungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Harald Bogs u.a. (Hrsg.), Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzteverlag.
- Bogs, Harald, 1982a: Untergang der Selbstverwaltung im Strudel von gesellschaftlichem und staatlichem Zentralismus? In: Die Sozialgerichtsbarkeit 29, 1-12.
- Bredenhorn, Dennis, 1988: Die Rechtsnatur der Richtlinien im Kassenarztrecht. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Brenner, Gerhard, 1990: Die Reform des EBM in der Bundesrepublik in den Jahren 1985 bis 1988, Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bruckenberg, Ernst, 1989: Dauerpatient Krankenhaus - Diagnosen und Heilungsansätze. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

- Bruckenberg, Ernst, 1988: Von der parallelen Kompetenz bis zur Letztentscheidung der Krankenkassen bzw. des BMA. In: Das Krankenhaus 80, 197-206.
- Buchholz, Peter, 1985: Sind die Krankenhäuser Opfer einer verfehlten Gesundheitspolitik? In: Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (Hrsg.), Das Krankenhaus zwischen Recht und Wirklichkeit. 13. Deutscher Krankenhausstag und Interhospital 85. Köln: Kohlhammer.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1989: Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn: BMA.
- Child, John, 1972: Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice. In: Sociology 6, 1-22.
- Coleman, James, 1974: Power and the Structure of Society. New York: W.W. Norton Co.
- Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der "Wende". Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: edition sigma.
- Döhler, Marian, 1991: Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformversuche im Gesundheitswesen. In: Bernard Blanke/ Helmut Wollmann (Hrsg.), Die "alte" Bundesrepublik - Kontinuität und Wandel. Leviathan-Sonderheft 12/1991. Opladen: Westdeutscher Verlag, 463-481.
- Dreier, Horst, 1991: Hierarchische Verwaltung im demokratischen Staat. Tübingen: Mohr.
- Eberle, Gudrun, 1985: Die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen. Entstehung, Arbeitsweise, Bedeutung für die GKV. In: Soziale Sicherheit 34, 211-216.
- Friedrich, Volker/ Adam Hehn/ Rolf Rosenbrock, 1977: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik. Reinbeck: Rowohlt.
- Gabe, Günther, 1991: Das Ausstiegsszenario des "Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte". Eine Bestandsaufnahme der Vertragsbeziehungen zu den Kassenzahnärzten. In: Die Betriebskrankenkasse 79, 400-406.
- Gerdemann, Werner, 1985: Auswirkungen und Reform der Krankenhausfinanzierung. In: Christian von Ferber u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg.
- Groser, Manfred, 1985: Die Organisation von Wirtschaftsinteressen in der pharmazeutischen Industrie in der Bundesrepublik. IIM/dp LMP 85-3, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Hancher, Leigh, 1989: Regulating Drug Prices: The West German and British Experience. In: Leigh Hancher/ Michael Moran (Hrsg.), Capitalism, Culture, and Economic Regulation. Oxford: Claredon Press, 79-108.
- Hart, Dieter, 1985: Staatliche Sicherheitspolitik und Produktpolitik im Arzneimittelmarkt. In: Jahrbuch für Sozialökonomie und Gesellschaftstheorie:

Staatliche Wirtschaftsregulierung in der Krise. Opladen: Westdeutscher Verlag, 192-210.

Hartmann-Besche, Wolfgang, 1985: Arzneikostenanteil. Merkliche Umverteilung oder merkliche Steuerung? In: Die Ortskrankenkasse 67(19), 717-720.

Heclo, Hugh, Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance. New Haven: Yale University Press 1974.

Heffter, Heinrich, 1969: Die deutsche Selbstverwaltung im 19. Jahrhundert. 2. Aufl. Stuttgart: K.F. Koehler Verlag.

Hein, Michael, 1990: Die Verbände der Sozialversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland. München: Beck.

Heinze, Meinhard, 1990: Die Vertragsstrukturen des SGB V. In: Die Sozialgerichtsbarkeit 37, 173-178.

Henke, Klaus-Dirk, 1988: Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 113-157.

Hockerts, Hans Günter, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Kotta.

Holler, Albert, 1985: Das Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Fragen der Versorgungseffizienz. In: Christian von Ferber/ Uwe E. Reinhardt/ Hans Schaefer u.a. (Hrsg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg, 153-166.

Hugger, Werner, 1979: Handlungsspielräume und Entscheidungsfähigkeit des politisch-administrativen Systems der Bundesrepublik Deutschland untersucht am Beispiel Gesundheitswesen. Speyerer Forschungsberichte 10. Speyer: Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.

Jung, Karl, 1988: Die Schiedsstelle nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. In: Josef Gronemann/ Klaus Keldenich (Hrsg.), Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis. Kulmbach: Baumann, 245-254.

Jung, Karl, 1985: Krankenhaus und Krankenhausfinanzierung. In: Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus (Hrsg.), Das Krankenhaus zwischen Recht und Wirklichkeit. 13. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital 85. Köln: Kohlhammer.

Kaufer, Erich, 1980: Die Kostendämpfung durch Arzneimittel. In: Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (Hrsg.), Apotheken-Report, Bd. 17. Frankfurt.

Knieps, Franz, 1990: Gedanken zur Entstehung des Gesundheits-Reformgesetzes. Vortrag vor der GRG-Projektgruppe des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit der Universität Bonn und der Gesellschaft für Entbürokratisierung. Unveröffentlichtes Manuskript, Bonn.

Landgraf-Brunner, Kirstin, 1986: Die Auseinandersetzungen zwischen Apothekern und den Gesetzlichen Krankenkassen von Beginn der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Stuttgart: Deutscher Apotheker-Verlag.

- Lehmbruch, Gerhard, 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen". In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 11-32.
- Lehmbruch, Gerhard, 1991: The Organization of Society, Administrative Strategies, and Policy Networks. In: Roland M. Czada/ Adrienne Windhoff-Héritier, Political Choice: Institutions, Rules, and the Limits of Rationality (Hrsg.), Frankfurt a. Main: Campus.
- Levine, David, 1990: The Transformation of Interests and the State. In: Edward S. Greenberg/ Thomas F. Mayer (Hrsg.), Changes in the State - Causes and Consequences. London: Sage, 169-182.
- Liefmann-Keil, Elisabeth, 1973: Der Arzneimittelmärkte im Rahmen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt: Athenäum.
- Lorenser, Hans, 1989: Warum brauchen wir eine Deutsche Krankenhausgesellschaft? In: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), 40 Jahre DKG. 40 Jahre im Dienst der Krankenhäuser. Düsseldorf.
- Manow-Borgwardt, Philip, 1991: Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheits-Reformgesetzes. WZB dp/P 91-201, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Manow-Borgwardt, Philip, 1991a: Strategien gesundheitspolitischer Akteure im Prozeß der deutschen Vereinigung. Unveröff. Ms., Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.
- Mayntz, Renate, 1987: Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme - Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: Th. Ellwein u.a. (Hrsg.), Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, 1987/1. Baden-Baden: Nomos, 89-110.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 283-307.
- Möbius, Klaus/ Ekkehart Seusing/ Adolf Ahnefeld, 1976: Die Pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland. Struktur und Wettbewerb. Tübingen: Mohr.
- Münnich, Frank E., 1988: Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen? In: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 295-298.
- Nahamowitz, Peter, 1988: Autopoiesis oder ökonomischer Staatsinterventionismus? In: Zeitschrift für Rechtssoziologie 9, 36-73.
- Nullmeier, Frank/ Friedbert W. Rüb/ Bernhard Blanke, 1990: Sozialpolitische Entscheidungsprozesse als Transformation von Bedürfnissen in relative Verteilungspositionen. Unveröff. Ms, Hannover.
- Olsen, Johan P., 1991: Modernization Programs in Perspective: Institutional Analysis of Organizational Change. In: Governance 4, 125-149.

- Paetow, Holger/ Klaus Tonner, 1985: Materielle und legitimatorische Effizienz sektoraler Preisregulierung. In: Jahrbuch für Sozialökonomie und Gesellschaftstheorie: Staatliche Wirtschaftsregulierung in der Krise. Opladen: Westdeutscher Verlag, 127-148.
- Paffrath, Dieter/ Hartmut Reiners, 1987: 10 Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz. In: Die Ortskrankenkasse 69, 369-378.
- Prätorius, Rainer, 1979: Selbstverwaltung - eine Sache der Verbände? In: Der Bürger im Staat 29, 253-257.
- Prange, Paul, 1956: Die Ausschüsse für Ärzte und Krankenkassen. In: Bundesarbeitsblatt, 248-250.
- Reher, Rolf/ Herbert Reichelt, 1991: Arzneimittelversorgung zwischen Boykott und Preisabschlag. Zur Begründung des Arzneimittelmarktes in den neuen Bundesländern. In: DOK - Politik, Praxis, Recht 73, 71-83.
- Rosewitz, Bernd / Douglas Webber, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rothfels, Hans, 1927: Theodor Lohmann und die Kampffahre der staatlichen Sozialpolitik (1871-1905). Berlin: E.G. Mittler & Sohn.
- Rüfner, Wolfgang, 1989: Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz). In: Neue Juristische Wochenschrift 42, 1002-1006.
- Sachverständigenrat für die KAiG, 1991: Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Schenkluhn, Brigitte, 1990: Umweltverbände und Umweltpolitik. In: Helmut Schreiber/ Gerhard Timm (Hrsg.), Im Dienste der Umwelt und der Politik. Berlin: Analytica, 129-158.
- Schimank, Uwe, 1983: Das außenpolitische Interorganisationsnetz als Hemmnis einer eigenständigen Entwicklungspolitik. In: Manfred Glagow (Hrsg.), Deutsche Entwicklungspolitik: Aspekte und Probleme ihrer Entscheidungsstruktur. Saarbrücken: Breitenbach.
- Schlinck, Bernhard, 1990: Korporatismus im Krankenhauswesen. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 11, 1-12.
- Schmitter, Philippe/ Wolfgang Streeck, 1981: The Organization of Business Interest. IIM/LMP dp 81-13. Wissenschaftszentrum Berlin.
- Schnabel, Fritz, 1980: Politischer und administrativer Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Vergleichend dargestellt an den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg. Dissertation Universität Konstanz.
- Schneider, Günter, 1983: Kassenarztrecht. Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse. Köln: Heymanns.
- Schulze-Fielitz, Helmuth, 1988: Theorie und Praxis parlamentarischer Gesetzgebung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Smigielski, Edwin, 1980: Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Kranken-

- kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Bochum: Studienverlag Dr. N. Brockmeyer.
- Süllow, Bernd, 1982: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Tennstedt, Florian, 1977: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Thiemeyer, Theo, 1984: Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich. In: Helmut Winterstein (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II. Berlin: Duncker & Humblot, 63-97.
- Veith, Dagmar, 1988: Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus in der GKV. Regensburg: Roderer Verlag.
- Vollmer, Rudolf J., 1985: Die Reform des Krankenhausfinanzierungsrechts. In: Neue Juristische Wochenschrift 37, 2161-2168.
- Walker, Jack L., 1983: The Origins and Maintenance of Interest Groups. In: American Political Science Review 77, 390-406.
- Wasem, Jürgen, 1990: Nach der "Gesundheitsreform": Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Staatswissenschaft und Staatspraxis 1, 308-333.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan 16, 158-203.
- Weir, Margret/ Theda Skocpol, 1985: State Structures and the Possibilities for 'Keynesian' Responses to the Great Depression in Sweden, Britain, and the United States. In: Peter Evans/ Dietrich Rueschemeyer/ Theda Skocpol (Hrsg.), Bringing the State Back In. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 107-168.
- Wertenbruch, Wilhelm, 1981: Sozialversicherung? In: Wolfgang Gitter (Hrsg.), Im Dienst des Sozialrechts. Köln: Heymanns, 687-713.
- Westphal, Eckardt, 1982: Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse, Köln: Pahl-Rugenstein.
- Wiemeyer, Joachim, 1984: Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot.
- Wiesenthal, Helmut, 1981: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Frankfurt a.M.: Campus.
- Winter, Thomas von, 1990: Interessenlagen und Interessenvermittlung in der Sozialpolitik. In: Soziale Welt 41, 322-345.
- Zacher, Hans F., 1973: Die Geschichte der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Bernhard Külz/ Wolfgang Stützel (Hrsg.), Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik. Berlin: Duncker & Humblot, 201-228.
- Ziegler, Bernd, 1980: Arzneimittelversorgung und Wettbewerb. Eine Analyse von Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Publikationen

Zuck, Rüdiger/ Michael Quaas, 1983: Verfassungsbeschwerde wegen §§ 372 bis 374 Reichsversicherungsordnung. Nördlingen: Verlag F. Steinmeier.

MPFG Discussion Papers

Die Discussion Papers können nur auf der Grundlage Publikationsrechte von dem Institut für Sozialwissenschaftliche Soziologie bezogen werden. Sollte eine Person mit der Urkunde auf der rechten Seite des Papiers nicht vermerkt werden.

The discussion papers can only be ordered on the basis of the person's publication rights. If the person's name is not mentioned on the right side of the paper, it cannot be ordered.

Jahr	Autoren	Titel
87/1	Hayritz, Rainer	Legale Differenzierung: Beschäftigungsform und Beschäftigung. In: Klaus Fuchsberger/ Heinz-Gert Hoffmann (Hrsg.), <i>Arbeitsrecht und Sozialrecht in der nationalsozialistischen Wirtschaft: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft</i> , 13-22.
88/1	Scharp, Fritz W.	Veränderungsprozesse, Verteilungskonflikte und Staatssysteme. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 61-87.
88/2	Alber, Jens	Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 145-153.
88/3	Scharp, Fritz W.	Political Policy, Political System, and Policy Change. In: <i>Journal of Theoretical Politics</i> , 1988, 1, 1-10.
88/4	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/5	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/6	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/7	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/8	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/9	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/10	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/11	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
88/12	Scharp, Fritz W.	Regime oder Interregime? Die EU in der Transition. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1988, 1, 154-160.
89/1	Hausler, Jürgen	Industriestruktur in der Bundesrepublik Deutschland. In: <i>Zeitschrift für Politikwissenschaft</i> , 1989, 1, 1-10.

als Discussion Paper veröffentlicht; siehe andere Veröffentlichungen
no longer available as discussion paper; see other works