

## Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie? Das Beispiel der Festbeträge<sup>1)</sup>

Von Philip Manow-Borgwardt, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung,  
Köln

### 1. Einleitung

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) wurde seitens des verantwortlichen Ministers als ein „Lehrstück für Konflikte“ bezeichnet. Dieser Kennzeichnung mit Aufforderungscharakter sind bereits einige politikwissenschaftliche Analysen gefolgt (vgl. Webber 1989, Döhler 1990: Kap. 8.5, Blanke/Perschke-Hartmann 1990; v. Maydell [Hrsg.] 1991; Bieback [Hrsg.] 1992). Die nachstehenden Ausführungen haben den wohl konfliktreichsten Bestandteil des Gesundheits-Reformgesetzes, die zum „Herzstück der Reform“ deklarierte Festbetragsregelung zum Gegenstand. Die Darstellung von Gesetzesformulierung und Auseinandersetzung um die Festbetragsregelung (Abschnitte 2<sup>2)</sup> und 3) sowie die Darstellung der Umsetzung der Festbetragsregelung in Abschnitt 4 ist angeleitet durch folgende Frage: Warum haben sich weder wiederholt angebotene verbändliche Selbstregulierungsmaßnahmen bei der Verabschiedung, noch bereits weit ausgearbeitete vertragliche Verhandlungslösungen bei der Umsetzung der Festbetragsregelung als tragfähige Kompromißlösungen zwischen der Pharmaindustrie und dem Bundesministerium für Arbeit bzw. zwischen der Pharmaindustrie und den Kassenverbänden erwiesen? In Abschnitt 5 wird nach den möglichen Gründen für das wiederholte Scheitern von Verhandlungslösungen gefragt, das in offensichtlichem Widerspruch zu zentralen Annahmen des insbesondere auch für das bundesdeutsche Gesundheitswesen Erklärungsanspruch erhebenden Korporatismuskonzeptes steht (s. Wiesenthal 1981; Billerbeck 1982; Süllo 1982; Gäfgen [Hrsg.] 1988; Veith 1988).

<sup>1)</sup> Für hilfreiche Kritik in Kommentaren und Diskussionen zu früheren Versionen dieses Aufsatzes möchte ich mich bei Jens Alber, Marian Döhler, Philipp Genschel, Hagen Kühn, Holger Peinemann, Rolf Rosenbrock und Andreas Ryll bedanken. Der Aufsatz wurde in der Zeit meiner Beschäftigung in der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ am Wissenschaftszentrum Berlin verfaßt. Es ist die deutlich gekürzte Fassung meines dort veröffentlichten Discussion Papers (Manow-Borgwardt 1991). Allen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Mitarbeitern der Forschungsgruppe möchte ich an dieser Stelle für die gewährte Unterstützung danken.

<sup>2)</sup> Abschnitt 2 stützt sich insbesondere auf die Darstellungen Webbers (1989) und Döhlers (1990: Kap. 8.5). Die verbleibenden Fragen habe ich versucht, in Gesprächen mit einigen unmittelbar am Politikprozeß Beteiligten zu klären. Ich möchte mich für das große Entgegenkommen, mit dem mir Gesprächstermine eingeräumt wurden und für die mir in diesen Gesprächen gewährte Auskunftsbereitschaft sehr herzlich bei Herrn Griesewell (Bundesministerium für Arbeit [BMA]), Herrn Hartmann-Besche (BMA), Herrn Jensen (Bundesverband der Betriebskrankenkassen [BBK]), bei den Herrn Meyer und Vorderwülbecke (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie [BPI]) sowie bei Herrn Wiegand (Medizinisch-pharmazeutische Studiengesellschaft [MPS]) bedanken.

Mit dem hier gewählten Fallbeispiel ist jedoch die Frage nach der Beziehung zwischen Staat und Verbänden in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik noch auf eine andere Weise gestellt, als dies unter dem spezifischen Blickwinkel der (Neo-)Korporatismusliteratur getan wird. Es wird mit der nachfolgenden Rekonstruktion des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses um die Festbetragsregelung auch eine zumindest partielle Aufklärung der Widersprüchlichkeit angestrebt, die die bundesdeutsche gesundheitspolitische Diskussion kennzeichnet: In ihr wird auf der einen Seite als hervorstechendstes Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens die Dominanz von Verbänden betont (für viele Groser 1988: 82), die in erster Linie für die vielfältig diagnostizierten Reformblockaden verantwortlich gemacht wird (Rosewitz/Webber 1990; Blanke/Perschke-Hartmann 1990; Mayntz 1990). Auf der anderen Seite wird – zwar in einem anderen Diskussionskontext, aber auf den gleichen Sachverhalt zielend – die fortgeschrittene und fortschreitende Deformierung verbandlicher Autonomie im Gesundheitswesen zu einer Art „nachgeordneten Behörde“ des Staates mit seinen hypertrophen Steuerungsansprüchen beklagt (etwa Wertenbruch 1981; Bogs 1982). Anhand der Festbeträge des GRG sollen im folgenden sowohl die staatliche Abhängigkeit von Regulierungsleistungen des Verbandssystems als auch die Möglichkeiten der staatlichen Instrumentalisierung dieses Verbandssystems dargestellt werden.

## 2. Im Vorfeld der Reform

Nach dem Wahlsieg der christlich-liberalen Koalition bei der Bundestagswahl im Januar 1987 stand eine Reform des Gesundheitswesens – vornehmlich durch die mittlerweile deutlich angestiegenen Beitragssätze – weit oben auf der politischen Prioritätenliste. Zum einen galt das auf Rekordhöhe liegende Niveau der Krankenversicherungsbeiträge mit annähernd 13% bei den Koalitionsparteien als eine Ursache hoher Lohnnebenkosten und somit als ein internationaler Wettbewerbsnachteil. Zugleich wurden die jährlichen Beitragssatzerhöhungen in einer Periode annähernder Inflationslosigkeit als eine Gefahr für die Preisstabilität angesehen. Neben diesen wirtschaftspolitischen Überlegungen sprach jedoch auch ein ‚genuin politisches‘ Motiv für die baldige Reformierung im Gesundheitswesen: Aus der Perspektive der Regierungsparteien stand zu befürchten, daß die ungebremste Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die Entlastungseffekte der gleichfalls in dieser Legislaturperiode geplanten Steuerreform kompensieren könnte (Webber 1989: 270). Insbesondere aber an Entlastungseffekte der Steuerreform, die für breite Bevölkerungskreise spürbar sein sollten, waren die Hoffnung der Regierungsparteien auf eine Wiederwahl im Wahljahr 1990 geknüpft.

Aber schon 1985 war für eine an den Schwankungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) orientierten Gesundheitspolitik Handlungsbedarf entstanden. Nach einer zwischenzeitlichen Stabilitätsphase waren die Beitragssätze in diesem und in den nachfolgenden Jahren in Schritten von jeweils etwa 0,4 Prozentpunkten angestiegen.<sup>3)</sup> Entgegen den aus dem Bundesarbeitsministerium

<sup>3)</sup> Die Beitragssätze stiegen von 11,43% in 1984 auf 11,81% im nachfolgenden Jahr, auf 12,20% in 1986 und schließlich im Jahr 1987 auf 12,62%.

(BMA) zunächst genährten Vermutungen (vgl. DOK 1985/6: 272 ff.) blieben jedoch unmittelbare gesetzgeberische Reaktionen auf diese Kostenentwicklung aus. Statt der erwarteten gesetzlichen Intervention legte das Bundesarbeitsministerium im April 1985 lediglich „10 Grundsätze“ für eine Reform des Gesundheitswesens vor, die zwar bereits erste Hinweise auf die Schwerpunktsetzung eines zukünftigen Reformgesetzes enthielten, deren einzige unmittelbare Folge aber zunächst nur die Einberufung eines „Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ war. Aus wahltaktischen Überlegungen und angesichts eines ohnehin knappen Zeitbudgets sowie deutlich divergierender Reformvorstellungen innerhalb der Koalition (Döhler 1990: 470) einigten sich die Regierungsparteien im Oktober 1985 darauf, eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens erst nach der Bundestagswahl vom Januar 1987 vorzunehmen. Um aber nicht für mehr als zwei Jahre weitgehend ohne gesundheitspolitische Einflußmöglichkeiten dazustehen, wurde koalitionsintern beschlossen, der Strukturreform ein ‚Kurzzeitprogramm‘ vorzuschalten, das vornehmlich auf die kostendämpfende Selbstbindung der Anbieterseite abzielte. Da der Hinweis auf unmittelbar drohende gesetzliche Interventionen nun aber nicht mehr glaubwürdig erscheinen konnte, waren es insbesondere zwei weitergehende politische Tauschgeschäfte – mit der Ärzteschaft einerseits und der pharmazeutischen Industrie andererseits – aus denen sich die Hoffnung der Regierungsparteien auf eine kurz- bis mittelfristig wirksame Kostenentspannung speiste. Wurde die Einwilligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einer Novellierung des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (mit durchaus spürbaren Honorareinbußen für bestimmte ärztliche Fachgruppen) und zur Verlängerung der Anbindung der ärztlichen Honorare an die Grundlohnentwicklung der Krankenkassen von staatlicher Seite wie von den Kassen anerkennend als Vorleistung und „Einstieg in die Strukturreform“ gewertet (etwa Schlichtig 1987: 341), so gestaltete sich das mit der pharmazeutischen Industrie vereinbarte Tauschgeschäft ungleich konfliktreicher und aus politischer Sicht insgesamt enttäuschend. Nicht nur stiegen trotz eines im Oktober ’85 vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) ausgesprochenen zweijährigen Preisstillhalteappells die GKV-Ausgaben für Arzneimittel mit 6,6% (1985), 6,4% (1986) und 7,0% (1987) deutlich stärker als die Grundlohnsumme an, auch das Zugeständnis der Pharmabranche zu einer Erweiterung der Preisvergleichsliste um therapeutische Bewertungen schien angesichts massiver Einwendungen und Androhungen von Gerichtsverfahren durch betroffene Arzneimittelhersteller im nachhinein aufgeköndigt. So stand – aus der Perspektive politischer Instanzen – dem staatlichen Entgegenkommen in der Frage der zeitlichen Verlängerung des Patentschutzes für Arzneimittel im Zuge des sog. Zweit anmelderverfahrens keine angemessene Gegenleistung der Pharmaindustrie gegenüber.

Die bereits 1984 gescheiterten direkten Preisverhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem BPI, die enttäuschenden Wirkungen des Preisstillhalteappells und der Konflikt um die Preisvergleichsliste dürften für die Formulierung des anstehenden Reformgesetzes eine nicht unwichtige Rolle gespielt haben: Weder eine korporative Einbindung der Pharmaindustrie durch direkte Preisverhandlungen mit den Kassen, noch die preisliche Zurückhaltung in verbandlicher Eigenregie,

noch politische Tauschgeschäfte nach dem Muster des ‚barter exchange‘ hatten sich für den Arzneimittelsektor als effektive Regulierungsinstrumente erwiesen. Wenn mit dem Gesundheits-Reformgesetz durch die Festbeträge verbindlichere Steuerungsformen zur Regulierung der GKV-Arzneimittelkosten eingeführt werden sollten, erscheint dies also auch mit einem Erklärungskonzept des „Politics as Learning“ (Hecho 1974: besonders 304 ff.) in Verbindung gebracht werden zu können.

### 3. Das Gesundheits-Reformgesetz

Durch den Ankündigungseffekt und den langen zeitlichen Vorlauf des GRG waren unzählige Reformvorstellungen öffentlich diskutiert worden. Zwar war nicht zu erwarten, daß die Regierungskoalition mit ihrem Reformkonzept eine Marktradikalität, wie sie zunehmend die öffentliche Diskussion dominiert hatte, auch nur näherungsweise umsetzen würde. Doch die Reformdiskussion hatte zumindest zur Folge, daß in der Öffentlichkeit – unabhängig von parteipolitischen Präferenzen – der akute Reformbedarf im Gesundheitswesen Anfang 1987 relativ unumstritten war (vgl. Webber 1989: 270). Nach erfolgreicher Wiederwahl ging die christlich-liberale Koalition das gesundheitspolitische Reformgesetz jedoch nicht sofort an. Das in den Koalitionsverhandlungen festgeschriebene Gesetzesvorhaben wurde zunächst mit Rücksicht auf die anstehende Landtagswahl in Hessen erneut verschoben. Im Sommer 1987 wurde schließlich eine Koalitionsarbeitsgruppe eingerichtet, die sich bis zum Herbst auf die Grundzüge des Reformwerkes einigen sollte. Dieser Termin konnte jedoch aufgrund divergierender Vorstellungen über die Ausgestaltung der Reform nicht eingehalten werden. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe wurden erst im Dezember 1987 vorgelegt. Im Januar 1988 legte das BMA einen ersten Referentenentwurf vor, dem im Mai der Gesetzesentwurf zum Gesundheits-Reformgesetz folgte. Am 20. 12. 1988 wurde das GRG, dessen Inkrafttreten seit langem auf den 1. 1. 1989 festgelegt war, nach einem terminlich ungemein gedrängten Durchlauf durch die parlamentarischen Instanzen verabschiedet.

Als die ersten Reformvorschläge der Koalitionsarbeitsgruppe im Herbst 1987 bekannt geworden waren, begann – so zumindest aus Sicht von Bundesarbeitsminister Blüm – ein „Sturm auf der Lobbyisten“, ein „Dauerbeschuß“ mit einer Mischung aus „Geschmacklosigkeiten (und) Unwahrheiten“ (Blüm, zitiert nach SI XXII Jg., 8: 1 und Webber 1989: 262)<sup>4)</sup>. Tatsächlich wurde in den kritischen Darlegungen betroffener Interessengruppen so gut wie kein Argument ausgelassen: Alleine das Klagerepertoire der Pharmaindustrie reichte von dem obligatorischen Arbeitsplatzargument (das mit dem Verlust von 10.000 Arbeitsplätzen quantifiziert wurde), über die Drohung mit einem Investitionsstopp<sup>5)</sup>, bis zum Szenario eines unvermeid-

<sup>4)</sup> Dabei mußte man jedoch den Eindruck gewinnen, daß sich der Bundesarbeitsminister durchaus in der Rolle des gesundheitspolitischen Davids gefiel, der, selbst „wenn der Lobbyismus in der Gestalt eines Goliaths anträte, (. . .) nicht vor ihm in die Knie gehen würde“ (Blüm in der Bundestagsrede zur 1. Lesung des Gesetzesentwurfes, zitiert nach SI XXII Jg., 8: 4). Bei dieser Selbststilisierung nahm Blüm vornehmlich bezug auf den die älteren Varianten der konservativen Pluralismustheorie beherrschenden Topos der zunehmenden Handlungsunfähigkeit des Staates im „Verbändestaat“ (Eschenburg), - dem konservativen Topos der „Unregierbarkeit“ (Hennis) (vgl. explizit SI XXII Jg., 8: 1 und 4).

<sup>5)</sup> 30% der Investitionen – so wollte der BfI bei einer Umfrage unter seinen Mitgliedsfirmen herausgefunden haben – seien bereits „auf Eis gelegt“, freierwerdende Stellen würden nicht wiederbesetzt und die For-

lichen Niedergangs der bundesdeutschen Pharmaforschung, sollten die angekündigten Reformen im Arzneimittelsektor Gesetz werden. Der mittlerweile ebenfalls obligatorische „Gang nach Karlsruhe“ wurde vom BPI im Falle der Realisierung des GRG ebenso angekündigt, wie als Reformkonsequenzen für die Patienten eine „Zwei-Klassen-Medizin“ und akute Engpässe bei der Arzneimittelversorgung ausgemalt wurden. Die Reformvorschläge waren aus Sicht der Pharmaindustrie ein „ordnungs- und gesundheitspolitisches Abenteuer“ (HB 30/31. 10. 1987), ein „volkswirtschaftlicher Wahnsinn“ (Wirtschaftswoche 12. 2. 1988) und speziell die Festbeträge ein „genial-teufliches Monstrum“, das „die ganze High-Tech-Branche existentiell gefährde“ (Medikament & Meinung 12/15. Dezember 1987: 2).

Obwohl sicherlich der Einschätzung Webbers zuzustimmen ist, daß in „keinem anderen Sektor des Gesundheitswesens . . . so radikale Reformvorschläge gemacht (wurden) wie im Arzneimittelsektor“ (Webber 1989: 281), waren die den Arzneimittelmarkt betreffenden Reformvorschläge der Koalitionsarbeitsgruppe jedoch bereits Ausdruck eines politischen Kompromisses zwischen der FDP und CDU. Die Ausgestaltung eines Gesetzesentwurfes zum GRG hatte sich insgesamt sehr schwierig gestaltet, weil die Reformvorstellungen der Koalitionspartner, bedingt durch die jeweils unterschiedlichen Partei-Klientel, deutlich voneinander abwichen. Die FDP als eine Partei, die hauptsächlich Freiberufler, Selbständige, mittelständische Unternehmer und höhere Angestellte zu ihrer Wählerschaft zählt, konnte in ihren Konzepten zur Strukturreform ungleich einschneidendere Selbstbeteiligungsregelungen fordern, als es der CDU als Volkspartei, „die eine schichtenmäßig divers zusammengesetzte Klientel anzusprechen bzw. zu mobilisieren versucht“ (Webber 1988: 169), möglich war. Die divergierenden Reformvorstellungen waren an den Vorschlägen zum Arzneimittelsektor deutlich abzulesen. Die FDP forderte eine generelle 20prozentige Selbstbeteiligung an den Arzneimitteln. Diese Forderung deckte sich durchaus mit den Vorstellungen und Interessen der Pharmazeutischen Industrie, die seit jeher für stärkere Selbstbeteiligung im Arzneimittelmarkt und umfangreichere Herausnahme von Arzneimitteln aus der Rezeptpflicht plädiert hatte. In der CDU erschien dieser Vorschlag jedoch als sozial unausgewogen. Insbesondere die Sozialausschüsse der CDU lehnten eine erhöhte Selbstbeteiligung ab. Statt dessen wurde seitens der CDU auf die Verstärkung des Generikawettbewerbs, auf die Erleichterung der Parallelimporte, auf Bonus-Malus Regelungen, die unwirtschaftliches Verordnen ahnden bzw. ‚wirtschaftliches‘ belohnen sollten, und auf einen Solidarbeitrag der Pharmaindustrie gesetzt<sup>6)</sup>. Eine generelle Selbstbeteiligungsregelung nach den Vorstellungen der FDP war aus christdemokratischer Sicht ein reines Finanzierungsinstrument und daher auch aus ordnungspolitischer

schungsgelder der Arzneimittelfirmen mit einem Volumen von 3,5 Mrd. DM würden um die Hälfte gekürzt (vgl. Wirtschaftswoche vom 12. 2. 1988).

<sup>6)</sup> Es kann mit guten Gründen vermutet werden, da die seitens Bundesminister Blüm in die Diskussion gebrachte Idee eines ‚Solidarbeitrags‘ verhindern sollte, das Reformgesetz als unsozial erscheinen zu lassen. Vermutungen in diese Richtung finden sich insbesondere bei (Webber 1989: 280, und auch 271 f., Fn. 8). Ein deutlicher Hinweis darauf sei – so Webber – der Sachverhalt, daß das mit 1,7 Mrd. DM bezifferte finanzielle Volumen des ‚Solidarbeitrages‘ relativ genau der Summe der Einsparungen entsprach. „die durch eine 20prozentige Selbstbeteiligung der Verbraucher an den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hätte erreicht werden können.“ (Webber 1989: 280).

Perspektive abzulehnen. Selbstbeteiligungsregelungen wurden seitens der CDU nur dann als akzeptabel angesehen, wenn mit ihnen steuernde, ‚ordnungspolitische‘ Wirkungen im Arzneimittelmarkt etwa in bezug auf Menge, Qualität oder Preis verbunden wären.

Als Kompromiß aus diesen unterschiedlichen Reformvorstellungen bot sich der Koalitionsarbeitsgruppe im Oktober 1987 die Idee von Festbeträgen für Arzneimittel an. Ein solches Reformmodell war auf Fachreferentenebene im BMA bereits im Frühjahr 1987 entwickelt worden. Das Festbetragsmodell war dabei nicht – wie wiederholt gemutmaßt (etwa Nord 1990: 40 f.) – durch das sogenannte Münnich-Gutachten von 1983 angeregt worden, in dem die Idee einer sog. Indemnitätslösung im Gesundheitswesen insbesondere auch für den Arzneimittelsektor skizziert worden war<sup>7)</sup>. Die Idee zu den Festbeträgen war vielmehr Resultat der Bemühung der Ministerialbürokratie im BMA, Selbstbeteiligungsmodelle zu finden, die den voneinander abweichenden Reformvorstellungen von CDU und FDP gerecht werden könnten. Dabei war schließlich deutlich geworden, daß ein Selbstbeteiligungsmodell insbesondere dann Steuerungswirkungen im Arzneimittelmarkt entfalten könnte, wenn als Anreiz die Steuerungsziele (etwa geringe Verpackungsgrößen, verstärkter Generikanteil, sinkende Verschreibung therapeutisch umstrittener Medikamente o. ä.) für die Versicherten/Patienten mit dem vollkommenen Wegfall einer Selbstbeteiligung verbunden sind.

Der auf Referentenebene noch unter dem Titel „Standardtherapie“ gefaßte Reformvorschlag für den Arzneimittelmarkt kombinierte somit das von der FDP favorisierte generelle Selbstbeteiligungsmodell mit den Vorstellungen der CDU über ‚ordnungspolitische Effekte‘, die möglichst über freie Wahlhandlungen der Versicherten erreicht werden sollten. Die Festbetragsregelung erwies sich zudem als anschlussfähig mit seit längerem in den Koalitionsparteien diskutierten gesundheitspolitischen Reformvorstellungen, die die Idee einer gesetzlichen Grundsicherung in Kombination mit privaten Zusatzversicherungen zum zentralen Inhalt hatten. Das Festbetragskonzept war weniger ordnungspolitisch ‚anrühlich‘ als ein Solidarbeitrag, als ein gesetzlich festgeschriebener Preisstop oder ähnlich interventionistische Regulierungen, und wirkte zugleich sozial ausgewogener, als die von der FDP favorisierte generelle Selbstbeteiligungsregelung. Die Festbetragsidee schien darüber hinaus im hohen Maße konform mit den Koalitionsvorstellungen, die Reform im Gesundheitswesen über eine Stärkung der Selbstverwaltung zu erreichen. Die Festbeträge, die nun auch für den Bereich von Heil- und Hilfsmittel eingeführt werden sollten, wurden sogleich als „Herzstück der Reform“ gefeiert. Blüm kennzeichnete

---

<sup>7)</sup> Aus theoretischer Sicht ist eine so gestaltete Indemnitätslösung deshalb besonders vorteilhaft, weil sie einerseits über das Nachfrageverhalten auch direkt das Anbieterverhalten steuert, andererseits aber dem Nachfrager die Möglichkeit gewährt, bei modellkonformen Verhalten Selbstbeteiligung überhaupt zu vermeiden. Sie verbindet also in besonders glücklicher Weise die Idee der Steuerung mit der sozialen Absicherung des Patienten. Hierbei hat es der Patient in der Hand, preiswerte Lösungen zu verwirklichen und dennoch nicht Gefahr zu laufen, erforderliche medizinische Versorgung zu versäumen. Als Anwendungsbereiche bieten sich unmittelbar die Arzneien aus Apotheken sowie Heil- und Hilfsmittel an“ (so der heutige Geschäftsführer der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft Münnich 1983, zitiert nach Glaeske 1990: 101).

ihr Wirkungsprinzip als „originell und genial“, denn sie „verbinden (. . .) den Schutz der Solidarität mit den Möglichkeiten des Wettbewerbs“ (zitiert nach Döhler 1990: 486).

Anfang Dezember einigte sich die Koalition – ausgehend von den Reformvorschlägen der Koalitionsarbeitsgruppe – auf ein Konzept für die Gesundheitsreform. Erste Berechnungen des BMA bezifferten ihr gesamtes Einsparpotential auf rund 14 Mrd. DM. Der politische Anspruch der sozialen Ausgewogenheit dieser Ausgabenkürzungen würde – so das BMA – dadurch eingelöst, daß die Belastung der Versicherten aufgrund von Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung<sup>8)</sup> durch Beitragssenkungen einerseits (um etwa 1% auf 12% = 3,5 Mrd. DM jeweils für Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und durch Leistungserweiterung andererseits vor allem durch die neue zu schaffende Pflegeversicherung ausgeglichen würden. Wie wenig seriös diese Schätzungen des BMA etwa angesichts der Verrechnung der erhöhten Selbstbeteiligung mit einem zukünftigen (und bis heute nicht realisierten) Leistungsgesetz erscheinen mögen, – sie verdeutlichen vor allem eines: Nachdem sich in deutlichen Stimmenverlusten in mehreren Landtagswahlen die Wirkung der Oppositionskritik an der „unsozialen Sparpolitik“ der christlich-liberalen Koalition manifestiert hatte, mußten es die Regierungsparteien tunlichst zu verhindern suchen, daß auch ihr gesundheitspolitisches Reformgesetz mit dem Vorwurf der sozialen Unausgewogenheit in Verbindung gebracht wurde (Webber 1989: 272).

Im Bereich des Arzneimittelmarktes waren nun folgende Reformvorstellungen koalitionsintern festgeschrieben worden. Ab 1989 sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen Festbeträge zunächst für wirkstoffgleiche Arzneimittel (Stufe 1 der Festbeträge), dann auch für Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2) und Arzneimitteln mit vergleichbaren therapeutischen Wirkungen festlegen (Stufe 3). Die Krankenkassen sollten zukünftig nur noch die Kosten bis zum Festbetrag erstatten, werden teurere Medikamente verordnet bzw. verlangt, muß der Differenzbetrag zwischen Festbetrag und verschriebenem Präparat vom Patienten getragen werden. Für Arzneimittel bis zum Festbetrag sollte dabei die Rezeptblattgebühr, die mit dem GRG gleichzeitig von 2 auf 3 DM erhöht wurde, entfallen. Das Einsparpotential der ersten Festbetragsstufe wurde mit 800 Mio. DM beziffert. Ab 1.1.1992 sollte für alle Arzneimittel, für die bis dahin keine Festbeträge eingeführt waren, eine Selbstbeteiligung eingeführt werden, deren genaue Höhe zunächst nicht beziffert, später aber mit 15% bei maximal 15 DM festgelegt wurde<sup>9)</sup>. Solange, wie die Festbeträge noch nicht marktdeckend festgelegt waren, wurde ein weitergehender ‚Solidarbeitrag‘ der Pharmaindustrie erwartet. Dieser sollte jedoch

<sup>8)</sup> Die wichtigsten Leistungsausgrenzungen waren der Wegfall des Sterbegeldes (zunächst 1,1 Mrd. DM, dann weitere 900 Mio. DM), die Zuzahlungen beim Zahnersatz (2,6 Mrd DM), die Erweiterung der Liste der ‚Bagatell-Arzneimittel‘ (500 Mio. DM), Erhöhung der Zuzahlung von 2 auf 3 DM pro Arzneimittel (400 Mio. DM) und die Streichung der Fahrkostenerstattung (800 Mio. DM). Insgesamt summierten sich die Leistungsausgrenzungen zu Lasten der Versicherten auf etwa 6 Mrd. DM; vgl. hierzu die erste Quantifizierung der Kosteneffekte des GRG in (SI vom 8. Dezember 1987: 15 f.).

<sup>9)</sup> Diese Regelung ist mittlerweile modifiziert und auf einen späteren Termin verschoben worden, wird aber voraussichtlich durch die im sog. ‚Vorschaltgesetz‘ des Bundesgesundheitsministeriums geplante generelle (d. h. sowohl Festbetragsarznei wie festbetragsfreie Arznei betreffende) Selbstbeteiligung von 10 Prozent bei minimal 3 DM und maximal 10 DM überhaupt nicht in Kraft treten.

nunmehr nur die Differenz zwischen den durch die Festbeträge realisierten Einsparungen und dem für den Arzneimittelsektor anvisierten Einsparungsziel von 2 Mrd. DM umfassen. Ein Preisstop oder ein genereller Abschlag bei den Arzneimittelpreisen war abgelehnt worden, was sich die FDP als Verdienst anrechnete. Eine Erweiterung der Negativliste um „unwirtschaftliche Arzneimittel“ sollte die GKV-Ausgaben um weitere 500 Mio. DM senken (SI 8.Dezember 1987: 16).

In den folgenden Monaten versuchte die Pharmaindustrie in einer Reihe von Gesprächen mit der Bundesregierung die Reformvorstellungen der Koalition entscheidend abzuschwächen. Am 2. Februar fand ein Treffen zwischen Vertretern des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie und Bundesarbeitsminister Blüm statt. Bereits Anfang Januar und wiederholt am 9. Februar waren hochrangige Vertreter der chemischen Industrie, die – wie vom Bundesverband betont wurde – „ohne BPI-Mandat“ verhandelten (Medikament & Meinung 15. 2. 88: 1), beim Bundeskanzler vorstellig geworden<sup>10)</sup>. Die Interventionen auf höchster Ebene sollten jedoch keine grundlegenden Modifikationen an dem Reformkonzept erbringen, obwohl sich mehrere Kompromißangebote abgezeichnet hatten. In dem Gespräch der Vertreter der pharmazeutischen Großindustrie im Bundeskanzleramt waren seitens der Pharmaindustrie erste Zugeständnisse gemacht worden. Kern des – nicht mit dem Bundesverband abgestimmten – Angebots aus den Reihen der forschenden Pharmaunternehmen war eine gesetzliche Beschränkung der Werbekosten, um eine ca. 5%ige Preissenkung realisieren zu können. Auf einen weitergehenden Solidarbeitrag der Pharmabranche sollte ebenso verzichtet werden wie auf die Stufen 2 und 3 der Festbetragsregelung. Das unmittelbare Einsparpotential dieser Vorschläge wurde von der Pharmaindustrie mit rund 1 Mrd. DM beziffert. Da sich diese Größe aber auf die Herstellerabgabepreise bezog, wäre das politisch anvisierte Sparziel von 2 Mrd. DM durch die entsprechend niedrigeren Apothekenabgabepreise in etwa realisiert worden. Verbunden waren diese Vorschläge mit der Forderungen an die Bundesregierung, sich in den zuständigen EG-Gremien für verlängerte Patentlaufzeiten in der EG (von 7 auf 15 Jahre) einzusetzen und vom 1. 1. 89 an das Verbot auf Zweitzulassung von 10 auf 15 Jahre zu verlängern.

Als somit der Regierung von Teilen der pharmazeutischen Industrie Entgegenkommen signalisiert worden war, sah sich nun auch der BPI gezwungen, seinen kategorischen Widerstand gegen den GRG-Gesetzesentwurf aufzugeben und Minister Blüm konkretere Sparvorschläge zu unterbreiten. In einem Vorstandsbeschluss vom 17. 3. forderte der BPI schließlich den gänzlichen Verzicht auf die Festbetragsregelung sowie auf die Erweiterung der Negativliste und stellte als Gegenleistung einen zehnprozentigen Preisrabatt in Aussicht, der nach Umsatz gestaffelt festgelegt werden sollte. Dieser Rabatt sollte mit der Fortsetzung des Preisstillhalteappells verbunden werden (Die Welt 22. 3. 1988). Dieses Modell unterschied sich zwar nicht in dem Einsparvolumen, jedoch in den Verteilungswirkungen von den zuvor bekannt gewordenen Reformvorschlägen. So war in den Forderungen des BPI keine Rede mehr von verlängerten Patentlaufzeiten oder Zulassungssperren,

---

<sup>10)</sup> Dies waren die Vorstandsvorsitzenden von Bayer, Hoechst und Merck.

die vor allem im Interesse der großen, forschenden Arzneihersteller lagen. Gleichfalls sollte das Sparziel nun über einen generellen Preisabschlag und nicht über eine Reduzierung der Werbekosten erreicht werden. Ein solcher Weg hätte sicherlich die – hauptsächlich mittelständischen – Arzneimittelhersteller, die überwiegend der Publikumswerbung unterliegende Arzneimittel herstellen, überdurchschnittlich belastet.

Trotz der konkreten Verhandlungsangebote der Pharmaindustrie und auch trotz der zunehmend von der FDP geforderten Beschränkung der Festbetragsregelung auf wirkstoffidentische Pharmaka wurde in der endgültigen Koalitionsbeschlußfassung im Oktober des Jahres an der Festbetragsregelung im großen und ganzen festgehalten. Es kam zu lediglich marginalen Änderungen am Gesetzesentwurf: So wurde

- als „Besänftigungsgeste“ (Webber 1989: 282) eine dreijährige Frist für die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel, deren Patentschutz ausgelaufen ist, festgeschrieben (§ 35 Abs. 4, SGB V),
- die beschlossenen Festbeträge konnten nunmehr gerichtlich angefochten werden<sup>11)</sup> und
- Apotheker und Pharmaindustrie bekamen ein Anhörungsrecht vor dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen (§ 35 Abs. 2, SGB V).

Die Idee eines Solidarbeitrags der Pharmaindustrie war jedoch mit dem Festhalten an der Festbetragsregelung und dem Scheitern der oben skizzierten Kompromißlösungen fallen gelassen worden.

In der mit diesen marginalen Veränderungen verabschiedeten Fassung können die Festbeträge durchaus als „eine massive Interessenverletzung eines außerordentlich einflußreichen Akteurs“ eingeschätzt werden (Döhler 1990: 487)<sup>12)</sup>. Die Pharmaindustrie war in ihrem Versuch, entscheidende Änderungen der Festbetragsregelung durchzusetzen, letztlich gescheitert.

Daß die konkreten und mit einem festgeschriebenen Einsparpotential verbundenen Verhandlungsangebote der pharmazeutischen Industrie scheiterten, erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der in der Neokorporatismusliteratur gängigen Annahme einer eher kurzfristigen Orientierung politischer Entscheidungen, ihrer gängigen Charakterisierung als konfliktavers und der hierauf basierenden These einer grundsätzlichen Asymmetrie in neokorporatistischen Verband-Staat-Beziehungen erklärungsbedürftig<sup>13)</sup>. Zentrale Korporatismusthese ist es, daß organisati-

<sup>11)</sup> Entscheidend jedoch: Die Eingruppierung und die Methode zur Ermittlung des Festbetragsniveaus konnten nicht gerichtlich angefochten werden; vgl. § 35 Abs. 7, SGB V

<sup>12)</sup> Daß dieser Einschätzung Döhlers zuzustimmen ist, sowohl was die bislang erreichten Spareffekte der Festbetragsregelung betrifft, als auch wenn man den strukturellen Effekt einer auf dem Arzneimittelmarkt erstmalig den Kassen zugesprochenen Regulierungskompetenz betrachtet, kann hier nicht weiter ausgeführt werden. In bezug auf die wirtschaftlichen Folgen der Festbetragsregelung sei hier lediglich auf eine erste, im Rahmen des GKV-Arzneimittelindex veröffentlichte Evaluation des WIdO verwiesen (Litsch u. a. 1990; Reichelt 1990; Reichelt/Selke 1990). S. auch die differenzierte Beurteilung bei (Paffrath/Reichelt 1992: 283–289).

<sup>13)</sup> Hierzu allgemein (Scharpf 1988: 71); speziell zur Dominanz des 'asymmetrischen Tauschs' in der Gesundheitspolitik vgl. (Webber 1988: 169 f. und 175 f.; Veith 1988: 168; Rosewitz/Webber 1990: 293).

onsfähige Interessen in der Lage sind, staatliche Interventionen, und d. h. zumeist rechtliche und somit langfristig wirkende Regulierungen, durch kurz- oder mittelfristig wirkende Selbstregulierung zu vermeiden. Positiv formuliert: Sie sind im besonderen Maße in der Lage, durch kurzfristige Selbstbeschränkung – gemäß politischen Zielvorgaben – langfristige Vorteile zu erlangen. Aus der Perspektive politischer Instanzen erscheint diese Tauschlogik wegen den mit ihr verbundenen politik- und somit legitimationsentlastenden Effekten vorteilhaft. Dabei korrespondiert das staatliche Interesse an politikentlastenden Regulierungsformen angesichts erhöhten Steuerungsbedarfs, sich aber nicht gleichschrittig entwickelnder staatlicher Steuerungsfähigkeit, mit dem Interesse verbandlicher Eliten an der Stabilisierung ihrer zunehmend unsicher werdenden „Mitglieder-Umwelten“ (Streeck 1987). Aus dieser verbandlichen wie staatlichen Interessenslage ergeben sich Anreize zu einer Tauschbeziehung zwischen ihnen, die sich von jener pluralistischen Beziehung unterscheidet, in der alleine Unterstützung (oder Unterstützungszug) für (mangelndes) gesetzgeberisches Entgegenkommen geboten (angedroht) wird. In korporatistischen Verband-Staat-Beziehungen realisiert sich hingegen mit der Delegation von Regulierungskompetenz und -verantwortung an Verbände oder Verhandlungsgremien im ‚vorstaatlichen Bereich‘ und deren gleichzeitigen rechtlichen Aufwertung und institutionellen Stabilisierung eine grundsätzlich andere Tauschlogik. Sie birgt jedoch auch die Gefahr in sich, daß sich Ungleichgewichte zwischen „einem objektiv schwächeren, aber »strategiefähigen Verband«“ auf der einen Seite, und „einer objektiv starken, aber unter Zeitdruck stehenden Regierung“ institutionell verfestigen, weil es zwischen ihnen „immer wieder zum Tausch kurzfristiger Vorteile gegen institutionelle Konzessionen kommt“ (Scharpf 1988: 71; i. d. S. auch Offe 1983: 203).

Die von Verbandsseite angebotenen Einsparungen hatten die politisch angestrebte Größenordnung. Im Falle einer Einigung wären rechtliche Schritte oder andere unternehmerische Gegenstrategien kaum zu erwarten gewesen. Damit hätten sich die politisch wichtigen Einsparungswirkungen weitaus konfliktfreier und schneller realisieren lassen. Angesichts der zu dem Zeitpunkt der Gesetzesverabschiedung vorherrschenden erheblichen Unsicherheit über die genauen Markteffekte des neuartigen Regulierungsinstruments ‚Festbeträge‘ sind dies m. E. genügend Hinweise darauf, daß eine Verhandlungslösung für die politischen Instanzen ein Bündel von Vorteilen mit sich gebracht hätte. Die Frage nach den Gründen für das Scheitern von Verhandlungslösungen stellt sich jedoch nicht nur bei der Betrachtung des Gesetzesformulierungsprozesses, sondern auch, wenn man den Verlauf der Umsetzung der Festbetragsregelung rekonstruiert.

#### *4. Die Umsetzung der Festbetragsregelung*

Als sich zum Ende des Jahres 1988 deutlich abzeichnete, daß an dem Festbetragskonzept keine grundlegenden gesetzlichen Änderungen mehr zu erwarten waren, begannen auf seiten von Ärzteschaft, Kassen und Industrie Vorbereitungen, die gesetzgeberischen Vorgaben des neuen § 35 SGB V praktikabel zu gestalten. Die Kassen waren dabei vor allem vor folgende Problematik gestellt: Der § 35 Abs. 5 SGB V schrieb für die Festsetzung der Festbetragshöhe vor „Wirtschaftlichkeitsreserven

auszuschöpfen“, dabei sollte jedoch eine „für die Therapie ausreichende Arzneimittelwahl“ sichergestellt werden. Zwischen beiden gesetzlichen Vorgaben bestand durchaus ein Zielkonflikt. Werden die Festbeträge zu niedrig angesetzt, würde die Anzahl der zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel möglicherweise empfindlich eingeschränkt. Werden sie zu hoch angesetzt, könnte das von politischer Seite vorgegebene Sparziel nicht erreicht werden. Die größte Unwägbarkeit bezüglich der Wirkungsweise unterschiedlicher Festbetragsniveaus entstand dabei durch die Unsicherheit über unternehmerische Anpassungsstrategien. Würden die Originalanbieter den Preis ihrer Präparate auf die Höhe der Festbeträge senken oder würden sie den Verlust von Marktanteilen in Kauf nehmen und ihre Präparate auf einem erhöhten Preisniveau belassen? Würden die Generika-Anbieter ihre Preise auf Festbetragsniveau heben oder versuchen, mit Preissenkungen die Differenz zu den Originalpräparaten aufrecht zu erhalten? Und wie würden die Ärzte mit ihrem Verordnungsverhalten reagieren?

Schwierigkeiten bereitete den Kassen ferner die Wahl der Methode zur Festbetragsfestsetzung. Bei vorherigen Gruppierungsversuchen – vornehmlich zum Zwecke der therapeutischen Bewertung (Preisvergleichsliste) – hatte sich gezeigt, daß die Methode über die Ermittlung von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen (rmTD bzw. rmED) einen Vergleich verschiedener Arzneien zu ermöglichen, eine „zwangsläufig stets wissenschaftlich angreifbare Entscheidung dar(stellt)“ (Reher/Reichelt 1989: 10). Der § 35 SGB V hatte in Abs. 3 die Frage der Vergleichsmethode zwar offen gelassen und in Abs. 7 Klagen gegen die der Eingruppierung und Festbetragsfindung zugrundeliegenden Vergleichsmethoden ausgeschlossen. Die juristische Anfechtbarkeit *bestimmter* Festbeträge wäre jedoch, wenn ihrer Festlegung eine umstrittene Methode zugrunde gelegen hätte, sicherlich bedeutend erhöht worden. Doch eine Festsetzung von Festbeträgen über den Vergleich rechnerischer mittlerer Einzel- oder Tagesdosen brachte noch weitaus gravierendere Probleme mit sich. Die Preisvarianz auf dem Arzneimittelmarkt ist so hoch, daß nicht nur zwischen Original- und Generikapräparaten eine große preisliche Schwankungsbreite besteht, sondern daß auch innerhalb *einer* Arzneiformengruppe *eines* Herstellers die „Tagestherapiekosten je nach Packungsgröße und Wirkstärken soweit auseinander(liegen), daß (. . .) eine Form gut doppelt soviel kostet wie eine andere“ (Reher/Reichelt 1989: 11). Dabei brachte es die mit steigender Packungsgröße und Wirkstoffstärke degressiv verlaufende Kostenkurve mit sich, daß die – therapeutisch unerwünschten – Großpackungen bestimmter Originalpräparate z. T. geringere Tagestherapiekosten aufwiesen, als die – therapeutisch sinnvolleren – kleineren Packungen bestimmter Generikaanbieter. Das Dilemma bei der Festsetzung des Festbetragsniveaus war also, daß ein Festbetrag auf geringem preislichen Niveau möglicherweise therapeutisch sinnvolle Generika zuzahlungspflichtig machen würde, während eine höhere Festbetragsfestsetzung jedoch auch die „therapeutisch unerwünschten Arzneimittel selbst der teuren Anbieter“ umfassen würde (ebenda: 11 f.).

Diese Umsetzungsprobleme ließen es auf Seiten der Kassen als angeraten erscheinen, in Vorverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie mögliche Kompromisse auszuloten. Von Seiten der Industrie bestand nun ebenfalls ein Interesse an

Verhandlungen mit den Krankenkassen. Zum einen war es natürlich in ihrem Interesse, ein allzu niedriges Niveau der Festbeträge zu verhindern, zum anderen konnte die Industrie über Verhandlungen in einen Regulierungsprozeß einbezogen werden, aus dem sie – wenn man von ihren Anhörungsrechten absieht – faktisch ausgeschlossen war. So kam es bereits im November 1988 zu einem ersten Treffen zwischen Kassenvertretern und Vertretern der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft (MPS), bei dem sich auch relativ schnell ein Kompromiß abzeichnen begann. Mit der Verpflichtung auf einen „maßvollen“ Einstieg in die Festbetragsregelung war man übereingekommen, daß die Festbeträge generell nicht stärker als etwa 20% unter dem Niveau des teuersten Originalanbieters festgelegt werden sollten. Die Pharmaindustrie versprach im Gegenzug ihre Präparate auf dieses Niveau abzusenken (vgl. etwa Pharmazeutische Zeitung 8. 12. 1988 und HB 15. 12. 1988). Für die Kassen spielte diese Zusage insofern eine wichtige Rolle, als sie nun ihren Versicherten weiterhin die Kostenerstattung auch von Originalpräparaten zusichern konnten. Auch die Ärzte waren daran interessiert, daß Originalpräparate zum Festbetrag erhältlich sind, weil dies ihnen erspart hätte, ihren Patienten die Umstellung bei Dauertherapeutika zu begründen bzw. weil sie dies von der gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 73 Abs. 5 SGB V entbunden hätte, den Versicherten über die Notwendigkeit der Eigenbeteiligung bei Weiterverordnung von Originalmitteln zu informieren.

In die sehr weit gediehenen Verhandlungen zwischen Kassen und Pharmaindustrie platzte am 19. 12. jedoch das Bundeskartellamt, das in den Verhandlungen den Versuch illegaler Preisabsprachen sah und umgehend einen Bericht über die Gesprächsinhalte anforderte. Wie im folgenden deutlich wurde, war die Intervention des Kartellamtes durch einen Hinweis aus dem Bundesministerium für Arbeit veranlaßt (HB 20. 12. 1988, Die Zeit 27. 01. 1989)<sup>14)</sup>. Im BMA befürchtete man offensichtlich, daß die Kassen das mit der Festbetragsregelung anvisierte Sparziel nicht voll ausschöpfen würden. Auch wenn die Beteiligten in Reaktion auf die Kartellamtsintervention den Vorwurf illegaler Preisabsprachen zurückwiesen und sogar andeuteten, „daß man nach einer gewissen Schamfrist doch noch zu einem Frühstückskartell kommt“ (HB 21. 12. 1988), kann rückblickend gesagt werden, daß die Versuche, über den Verhandlungsweg einen für Kassen, Ärzte und Pharmaindustrie vorteilhaften Kompromiß zu finden, in Folge staatlicher Intervention fehlschlagen. Als Anfang Mai 1988 die Vorschläge der Kassenverbände für die ersten 10 Wirkstoffe mit Preisabschlägen von bis zu 66% gegenüber dem teuersten Originalpräparat bekannt wurden, zeigte sich endgültig, daß ein solcher Kompromiß gescheitert war<sup>15)</sup>. Die Verbandsvertreter des BPI gaben – überrascht von dem

<sup>14)</sup> Auf die Frage, ob das Berliner Amt auf einen Hinweis aus dem Arbeitsministerium tätig geworden sei, antwortete Blum, das Bundeskartellamt sei eine selbständige Behörde. Er werde aber der Arbeit des Kartellamtes, die Wettbewerbsordnung zu sichern, als alter Marktwirtschaftler immer hilfreich zur Seite stehen (HB vom 20. 12. 1988). Das Bundesarbeitsministerium selber wurde über die Verhandlungen durch ein „Informationsleck“ auf Kassenseite informiert.

<sup>15)</sup> Die Festlegung der Festbeträge für die ersten 10 Wirkstoffe alleine deswegen als „mäßig“ zu bezeichnen, weil sie über dem vom WlDO vorgeschlagenen Niveau lagen, ist sicherlich unzulässig (so aber Pactow 1989: 315). Man wird nicht erwarten können, daß die von den Spitzenverbänden der Kassen gemeinsam festzulegenden Festbeträge alleine den Vorstellungen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen ent-

deutlichen Preisschnitt, der mit der ersten Festbetragsgruppe gemacht worden war – ihre Bestürzung zu Protokoll und beklagten die offenbar gewordenen, mangelnden Möglichkeiten verbandlicher Einflußnahme: „Zuviel ist unsicher und verunsichert, spielt sich hinter verschlossenen Türen ab“ (BPI-Geschäftsführer Vogel, zitiert nach NRZ 24. 5. 1989). Das endgültige Scheitern eines ‚maßvollen‘ Einstiegs in die Festbetragsregelung kommentierte der BPI-Geschäftsführer: „Uns war anderes signalisiert worden.“ (HB 12. 9. 1989). Daß es trotz weiterer Verhandlungen zwischen den Kassen und dem MPS/BPI (etwa noch im Februar 1989, HB 24. 2. 1989) zu keiner Verhandlungslösung kam, war nicht alleine der Kartellamtsintervention im Dezember 1988 zuzuschreiben. Entscheidend war vielmehr, daß auf Kassenseite die Ersatzkassen sich nunmehr gegen eine Verhandlungslösung aussprachen und sich mit dem Plädoyer für eine ‚gesetzstreu‘ Umsetzung der Festbetragsregelung für deutlich über 20% liegende Preisabschläge von den Originalpräparaten aussprachen. Als Grund für das Ausbrechen der Ersatzkassen aus dem zuvor von allen Kassen gemeinsam getragenen Verhandlungskonzept wird in einschlägigen Artikeln angeführt, daß der Ersatzkassengeschäftsführer politisch ‚in die Pflicht genommen‘ wurde (Der Kassenarzt 14. 6. 1989).

Die vom BMA ausgelöste Kartellamtsintervention und die politische Einflußnahme auf den Ersatzkassen-Geschäftsführer sollten jedoch nicht die letzten politischen Interventionen zur Forcierung der Umsetzung des § 35 SGB V bleiben. Auch die Gruppenbildung für Festbeträge der Stufe 2 war wiederum von massiver politischer Einflußnahme auf das umsetzende Gremium, den Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen, begleitet (HB 3. 4. 1990, Ärzte-Zeitung 4. 4. 1990 und 6/7. 4. 1990). Druckmittel zur Verwirklichung der politischen Vorstellungen bei der Gruppenbildung ist das aus dem BMA wiederholt betonte Junktim zwischen dem Beweis der „Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung“ insbesondere bei der Umsetzung der Festbetragsregelung und der wiederholt für die 12. Legislaturperiode angekündigten GKV-Organisationsreform (vgl. Blüm laut HB 21. 12. 1988). Die Vehemenz der Auseinandersetzung im Bundesausschuß insbesondere zwischen Ärzteschaft und BMA mag man auch daran ersehen, daß u. a. in Folge der Kontroverse um die strategisch wichtige – und mittlerweile beschlossenen – ersten Gruppenbildung auf der zweiten Stufe der Festbetragsregelung (Medikamente mit vergleichbaren Wirkstoffen) der unabhängige Ausschuß-Vorsitzende zurücktrat.

Die hier im Mittelpunkt stehende Frage nach den Gründen für das Scheitern von Verhandlungslösungen stellt sich also entsprechend, wenn man die Umsetzung der Festbeträge betrachtet: Hier verhinderte das BMA durch wiederholte Interventionen das Zustandekommen einer Verhandlungslösung zwischen Kassen und Industrie. Dies ist auch deswegen bemerkenswert, weil angesichts der methodischen Schwierigkeiten und der juristischen Anfechtbarkeit der Umsetzung des § 35 SGB V eine einvernehmliche Lösung bei der Festbetragsregelung aus politischer Perspektive durchaus vorteilhaft erscheinen mußte. Ersatzkassen-Geschäftsführer Fiedler umriß das staatliche Interesse an einer solchen Lösung folgendermaßen:

---

sprechen. Vor dem Hintergrund der Diskussion um einen „maßvollen“ Einstieg in die Festbetragsregelung ist bei der Beurteilung der Festbetragsumsetzung vielmehr entscheidend, ob die Interessen des BPI in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wurden. Dies war offensichtlich nicht der Fall.

Die bei einem ‚maßvollen‘ Einstieg realisierbare Ersparnis von 700 Mio. DM bei der ersten Festbetragsgruppe sei zwar „weniger, als Minister Blüm in die Begründung für das GRG hineingeschrieben hat, aber dieses Geld wäre wenigstens sicher.“ (Selecta 17. 3. 1989). Zudem hatte sich zum Zeitpunkt der vom BMA veranlaßten Intervention des Bundeskartellamtes erst in Ansätzen eine Lösung abgezeichnet, wie die methodischen Schwächen und praktischen Umsetzungsschwierigkeiten des Vergleichsprinzips über rechnerische mittlere Tagesdosen hätten ausgeräumt werden können. Die Unsicherheit über die Praktikabilität der Festbetragsregelung und vor allem über ihre genauen Einspareffekte war also im Dezember 1988 und den ersten Monaten 1989 noch keineswegs vollkommen ausgeräumt.

##### 5. Neokorporatistische Gesundheitspolitik?

Zunächst kann mit der These, daß die Festbetragsregelung weitgehend Resultat des Zufalls war oder ihre Verabschiedung persönlich-ideologischen Einflußvariablen zu verdanken ist, überhaupt bestritten werden, daß sich hier gesundheitspolitische Verallgemeinerungen anschließen lassen. Jedoch auch wenn die Festbeträge – allerdings aus deutlich interessengebundener Perspektive – als Ausfluß einer „Nacht- und Nebel-Aktion“ bezeichnet wurden (Nord 1990: 124, vgl. auch 118 f.) und das Gesundheits-Reformgesetz insgesamt als „geradezu klassisches Beispiel des ‚garbage can decision making‘“ charakterisiert wurde (Döhler 1990: 484), lassen sich m. E. genügend Hinweise dafür anführen, daß die politische Entscheidungsfindung keineswegs derart von Zufälligkeiten geprägt war, daß der hier unternommene Versuch, eine hinter ihr stehende Rationalität freizulegen, zwangsläufig verfehlt sein muß.

Insbesondere der lange Vorbereitungszeitraum hatte der Ministerialbürokratie des BMA Möglichkeiten für entscheidende strategische Festlegungen im Vorfeld der Reform gegeben, etwa die Möglichkeit zur genauen (und sehr engen) Terminplanung, die trotz aller Proteste eingehalten wurde. An der den Ärzten und Apothekern von vornherein gegebenen Zusage auf Einkommens- und Interessenneutralität des GRG läßt sich zudem die Strategie erkennen, eine einheitliche Ablehnungsfront der Anbietergruppen zu verhindern. Mit der Vielzahl der für den Arzneimittelbereich in den Referentenentwurf hineingeschriebenen Regulierungsinstrumente war ohnehin deutlich gemacht worden, daß vornehmlich dieser Gesundheitssektor im Mittelpunkt der Reformbemühungen stehen würde. Dies war sicherlich auch Ausfluß der strategischen Erwägung, daß im Pharmasektor deutliche und bei Interessens- und Einkommensneutralität für Ärzte und Apotheker vielleicht am wenigsten konflikthafte Sparerfolge möglich schienen. Schließlich muß auch der Umstand, daß die Idee zu Festbeträgen für Arzneimittel bereits im Frühjahr 1987 im BMA als konkretes Reformmodell diskutiert wurde (s. o.) und bereits 1985 einer der später zuständigen BMA-Referenten in einem weithin unbeachteten Aufsatz die Festbeträge en détail vorweg genommen hatte (Hartmann-Besche 1985), als Hinweis auf einen länger währenden Entscheidungsprozeß verstanden werden. Insgesamt erscheint also eher die Einschätzung Webbers als zutreffend, das „Reformkonzept des Arbeitsministers (lasse) vermuten, er und sein Ministerium hätten

die Lektion aus der Geschichte der Krankenversicherung gelernt und sich besonders darum bemüht, alle Fallstricke zu vermeiden, über die sein christdemokratischer Vorläufer Blank (. . .) gestrauchelt war“ (Webber 1989: 271, Herv. des Originals weggel.).

Doch selbst wenn man die Festbetragsregelung als eine ad-hoc-Lösung für eine parteipolitisch verfahrenere Entscheidungssituation werten wollte, bliebe erklärungsbedürftig, warum sowohl in der Formulierungs- als auch in der Umsetzungsphase der Festbetragsregelung konkrete und zumindest mittelfristig auch gemäß politischer Zielvorgaben wirkende Verhandlungsangebote eines korporativen Akteurs im Gesundheitswesen wiederholt ausgeschlagen wurden.

Mit der Delegation der Umsetzung der Festbetragsregelung an die Organe der Selbstverwaltung (an den Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen [Gruppenbildung] und an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen [Festbetragsfestsetzung]) war natürlich keine staatsinterventionistische Regelung, sondern eine Regelung auf Verbandsebene gewählt worden, – wengleich die Umsetzung der Festbeträge unter der ständigen Drohung einer ministeriellen Ersatzvornahme steht und die institutionelle Zuständigkeit des Bundesausschusses und der Spitzenverbände der Krankenkassen ohne die unmittelbare Beteiligung der Pharmaindustrie dem Muster einer *exklusiven* Korporatisierung des Arzneimittelsektors entspricht<sup>16)</sup>. Die Ermächtigung zur ministeriellen Ersatzvornahme, die bemerkenswerterweise für die erste Festbetragsgruppe sowohl in bezug auf den Bundesausschuß (§ 94 Abs. 1), als auch in bezug auf die Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 213 Abs. 3) bereits im Gesetzestext des GRG mit festen Terminvorgaben verbunden war und somit die Selbstverwaltung erheblich unter Druck setzte, verdeutlicht dabei ebenso wie die oben dargestellte, von wiederholten staatlichen Interventionen begleitete Umsetzungspraxis, daß die Festbetragsregelung nicht als ein Beispiel einer für korporatistische Regulierungen typischen ‚prozeduralen Steuerung‘ gelten kann (anders Blanke/Perschke-Hartmann 1990: 330 f.). Vielmehr erscheint hier die Delegation von Regelungskompetenz an die Selbstverwaltungsorgane mit vielen materialen Vorgaben verbunden, und die Umsetzung des § 35 SGB V ist offensichtlich politisch sehr ‚eng geführt‘. Man wird die Festbetragsregelung angesichts der vielfältigen Interventionen und politischen Vorgaben also nicht vorbehaltlos als Anzeichen für eine Aufwertung der ‚Gemeinsamen Selbstverwaltung‘ und somit als ein weiteres Beispiel für die wachsende Dominanz korporatistischer Regulierungsformen im bundesdeutschen Gesundheitswesen werten können. Vielmehr – so zeigt auch die Festbetragsregelung – geht die Ausweitung gemeinsamer Regulierungsdomänen für Kassen- und Ärzteverbänden „keineswegs mit einem Steuerungsverzicht des Staates einher“ (Alber 1992: 160), sondern scheint mit einer Zunahme staatlicher Eingriffe in die verbandlichen Regulierungsprozesse und einer „Stärkung von Bundeskompetenzen“ verbunden (ebenda: 162). Der mit der Begründung zum Gesetzesentwurf von politischer Seite erhobene Anspruch, mit dem Gesundheits-Reformgesetz „(sollen) die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung . . . erweitert und verstärkt werden“, ist zwar im Falle der Festbeträge

<sup>16)</sup> Vgl. zu einer systematischen Diskussion der gesundheitspolitischen Regulierungsvarianten der analogen und der exklusiven Korporatisierung (Döhler/Manow-Borgwardt 1992).

auf den ersten Blick mit der Zuständigkeit der Organe der Selbstverwaltung in allen Regelungsbereichen verwirklicht. Doch zeigte die obige Darstellung der Umsetzungspraxis, daß diese für den Arzneimittelmarkt bedeutende Kompetenzerweiterung der Selbstverwaltung für sie zur gleichen Zeit mit einem spürbaren Autonomieentzug verbunden ist. Insofern ist der These eines „institutional isomorphism“ im bundesdeutschen Gesundheitswesen (Döhler 1990: 464 f. und 1991), die für die Regulierung des Krankenhausbereichs oder eben auch des Arzneimittelsektors eine Angleichung an den zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen dominierenden Regulierungsmechanismus der Kollektiv-Verhandlungen konstatiert, zwar grundsätzlich zuzustimmen. Gleichzeitig aber legt das hier dargestellte gesundheitspolitische Fallbeispiel zum einen eine Betonung des Wandels dieses Regulierungsmechanismus hin zu einem politisch heteronomeren Modus der Interessenvermittlung nahe (s. Döhler/Manow-Borgwardt 1992 a). Zum anderen sind die mit dem GRG für den Arzneimittelsektor eingeführten Regulierungsinstrumente Festbeträge und Richtgrößen keine Beispiele für eine „isomorphe Gestaltung“ des GKV-Arzneimittelmarktes, sondern Anzeichen dafür, daß die Regulierung des Pharmasektors nun in die Zuständigkeit des Vertragsregimes zwischen Ärzten und Kassen selber verwiesen wurde (s. Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 83-91). Insofern zeigt sich an dem hier geschilderten gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß, daß die oft vermerkte Dominanz der Verbände im deutschen Gesundheitswesen den Staat zwar im gewissen Maße abhängig von verbandlichen Regulierungsleistungen macht, damit aber nicht gesagt ist, daß staatliche Steuerungsziele immer nur insoweit verwirklicht werden können, wie sie mit verbandlichen Interessenpositionen übereinstimmen. Einerseits besteht mit der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ein exklusives und zentralisiertes Verhandlungssystem, das zudem aufgrund seines öffentlich-rechtlichen Status einen hohen Grad an Verpflichtungsfähigkeit gegenüber dem nachgeordneten Verbändesystem aufweist. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung können staatlicherseits auch zur Steuerung weniger gut ‚korporatisierter‘ Gesundheitssektoren genutzt werden, – die Festbeträge sind ein Beispiel für diesen Zusammenhang. Zwar ist die vergleichsweise<sup>17)</sup> kooperative Haltung der organisierten Ärzteschaft im Prozeß der Gruppenbildung für die Festbetragsregelung sicherlich dadurch zu erklären, daß ärztliche Interessen durch die Festbeträge nicht nur kaum negativ berührt wurden, sondern sogar Hoffnungen auf ‚positive Externalitäten‘ bestanden, insoweit wie eine spürbare Kostenentlastung bei den GKV-Arzneimittelausgaben den Verhandlungsspielraum der Kassen bei den Honorarverhandlungen erweitern kann. Doch der Staat muß nicht alleine darauf hoffen, daß sein Steuerungsziel der Kostendämpfung mit dem Interesse der Selbstverwaltungsparteien konform geht. D. h., gesundheitspolitische Steuerung vermittels der Verbände der gemeinsamen Selbstverwaltung ist nicht alleine darauf angewiesen, daß der Staat ihnen Geschäfte zu Lasten Dritter ermöglicht, denn er hat *andererseits* mit der Verlagerung von Regulierungskompetenzen an die Selbstverwaltungsgremien sich keineswegs aller Einflußmöglichkeiten begeben. Der Genehmigungsvorbehalt des BMA (heute des

<sup>17)</sup> Wenn man sie vergleicht mit der obstruktiven Haltung der Ärzteschaft in der Frage der Richtgrößen und der Krankenversicherungs-Karte.

Bundesgesundheitsministeriums) gegenüber Richtlinien des Bundesausschusses und die umfassenden und mit dem GRG verschärften staatlichen Ersatzvornahmerechte müssen im Falle der Festbeträge als Wege staatlicher Einflußnahme genannt werden, die in anderen Regelungsbereichen durch staatliche Verordnungsermächtigungen ergänzt werden<sup>18)</sup>. Daneben ist – wie gezeigt wurde – eine staatliche Beeinflussung der Verhandlungsergebnisse auch unter Umgehung der rechtlichen Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche von staatlicher Steuerung und verbandlicher Regulierung möglich. Damit wird deutlich, daß sich die gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten nicht – wie zumeist unterstellt (Winter 1990: 341; Rosewitz/Webber 1990: 310; Blanke/Perschke-Hartmann 1990) – auf die eher dilemmatische Wahl zwischen nur zwei Optionen beschränkt: Der vollständigen Delegation von Regulierungsmaterie an die Verbände, was diesen eine faktische Veto-Position einräumen würde, oder der direkten staatlichen Regulierung, die eine hohe und beständige politische Konfliktfähigkeit erfordern würde.

<sup>18)</sup> Das aktuellste Beispiel ist das sog. „Gesundheitsstrukturgesetz 1993“ von Bundesgesundheitsminister Seehofer, bei dem in Reaktion auf Verhandlungsblockaden der Selbstverwaltung bspw. in der Frage der Richtgrößen, der Krankenversicherungskarte oder der Großgeräte verbindliche Fristsetzungen und danach umfassende staatliche Ersatzvornahmerechte festgeschrieben oder die strittigen Fragen direkter gesetzlicher Regelung unterworfen werden (vgl. die Punkte III.3, IV.3 und 1.12 des Koalitionsbeschlusses über die „Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“).

#### Literatur:

- Alber, J.* (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt/Main – New York: Campus.
- Bieback, K.-J.* [Hrsg.] (1992): Das Gesundheits-Reformgesetz – Eine gescheiterte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung? St. Augustin: Asgard Verlag.
- Billerbeck, U.* (1982): Gesundheitspolitik und Korporatismus; Die Funktion der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die gesundheitspolitischen Positionen von Arbeitgebern und Gewerkschaften. In: Erd, R./Jacobi, U. (Hrsg.): Korporatismus und gewerkschaftliche Interessenvertretung. S. 55 ff., Frankfurt/Main – New York: Campus.
- Blanke, B/Perschke-Hartmann, Chri.* (1990): Das GRG auf dem Prüfstand. Selbststeuerungsprozesse des Gesundheitssystems am Beispiel des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988. In: Soziale Sicherheit, H. 11, S. 329 ff.
- Bogs, H.* (1982): Untergang der Selbstverwaltung im Strudel von gesellschaftlichem und staatlichem Zentralismus? In: Die Sozialgerichtsbarkeit 29, S. 1 ff.
- Döhler, M.* (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Sigma.
- Döhler, M.* (1991): Policy Networks, Opportunity Structures and Neo-conservative Reform Strategies in Health Policy. In: *Marin, B./Mayntz, R.* [Hrsg.], Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations. Frankfurt/Main – New York: Campus 1991, S. 235 ff.

- Döhler, M./Manow-Borgwardt, Ph.* (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 3. Jhrg., H. 1, S. 64 ff.
- Döhler, M./Manow-Borgwardt, Ph.* (1992 a): Kontinuität durch Wandel: Zur Institutionengeschichte des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen. Vortrag auf der Tagung „Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken und soziale Sicherungen in der Geschichte“ des SFB 186 der Universität Bremen, am 20. 5. 1992.
- Gäfgen, G.* [Hrsg.] (1988): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd. 1., Baden-Baden: Nomos.
- Glueske, G.* (1990): Festbeträge für Arzneimittel – Preiswettbewerb, wo aber bleibt die Qualität? In: WSI-Mitteilungen, 43. Jhrg., H. 2/1990, S. 97 ff.)
- Groser, M.* (1988): Gesundheitspolitik im Verbändestaat. In: *Rudder, H. de/Sahner, H.* [Hrsg.]: Herrschaft der Verbände? Interessenverbände – Gegenregierungen oder Partner. Berlin: Arno Spitz, S. 77 ff.
- Hart, D./Hilken, A./Merkel, H./Woggan, O.* (1987): Arzneimittelregulierung in der Bundesrepublik. Zentrum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP), Zerp-Mat 15.
- Hartmann-Besche, W.* (1985): Arzneikostenanteil. Merkliche Umverteilung oder merkliche Steuerung? In: DOK, H. 19, S. 717 ff.
- Hecló, H.* (1974): Modern Social Politics in Britain and Sweden, New Haven – London: Yale Univ. Press.
- Litsch, M./Reichelt, H./Selke, G. W.* (1990): Auswirkungen der Arzneimittel-Festbeträge (GKV-Arzneimittelindex). Bonn: WIdO.
- Manow-Borgwardt, Ph.* (1991): Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheits-Reformgesetzes. WZB Discussion Paper, P 91–201. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Maydell, B. Baron von* [Hrsg.] (1991): Probleme sozialpolitischer Gesetzgebung – Das Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes – . St. Augustin: Asgard Verlag.
- Mayntz, R.* (1990): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, S. 283 ff.
- Nord, D.* (1990): Abseits der Vernunft. Ideologie und Wirklichkeit der Festbeträge. München: Sanitas Verlag.
- Offe, Cl.* (1983): Stellungnahme (zu dem Referat von W. Streeck: Interessenverbände als Hindernisse und Vollzugsträger öffentlicher Politik). In: *Scharpf, F.W./Brockmann, M.* [Hrsg.]: Institutionelle Bedingungen der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. Frankfurt/Main – New York: Campus, S. 199 ff.
- Pactow, H.* (1989): Festbeträge für Arzneimittel – kann der Sparerfolg langfristiger Erfolg haben? In: Arbeit und Sozialpolitik, H. 11, S. 314 ff.
- Paffrath, D./Reichelt, H.* (1992): Kostendämpfung im Arzneimittelbereich – Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt. In: *Müller, R./Schuntermann, M. F.* [Hrsg.]: Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Köln: Bund Verlag, 272 ff.

- Reher, R./ Reichelt, W.* (1989): Arzneimittelfestbeträge – Lösungen für die Praxis. WIdO-Materialien Nr. 32, Bonn: WIdO.
- Reichelt, H.* (1990): Arzneimittel-Festbeträge. Eine Zwischenbilanz. In: DOK, H. 4, S. 143 ff.
- Reichelt, H./ Selke, G.W.* (1990): Auswirkungen der Arzneimittelfestbeträge. Aktuelle Erkenntnisse des GKV-Arzneimittelindex. In: DOK, H. 17/18, S. 559 ff.
- Rosewitz, B./ Webber, D.* (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt/Main – New York: Campus.
- Scharpf, F.W.* (1988): Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: M. G. Schmidt (Hrsg.): Staatstätigkeit. (PVS Sonderheft 19), S. 61 ff., Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schlichtig, A.* (1987): Reform des Bewertungsmaßstabes-Ärzte. Ein Einstieg in die Strukturreform im Gesundheitswesen. In: DOK, 69 Jhrg., H. 12, S. 341 ff.
- Streeck, W.* (1987): Vielfalt und Interdependenz: Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen in sich ändernden Umwelten. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jhrg. 39, H. 3, S. 471 ff.
- Süllow, B.* (1982): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Europäische Hochschulschriften: Reihe 31, Politikwissenschaft, Bd. 38., Frankfurt/Main – Bern: Lang.
- Veith, D.* (1988): Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gestalt und Auswirkung des Korporatismus in der GKV. Regensburg: S. Roderer.
- Webber, D.* (1988): Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan, H. 2, S. 156 ff.
- Webber, D.* (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In : Leviathan, 17., S. 262 ff.
- Wertenbruch, W.* (1981): Sozialversicherung? In: Gitter, W. [Hrsg.]: Im Dienste des Sozialrechts. Köln: Heymanns Verlag, S. 687 ff.
- Wiesenthal, H.* (1981): Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt/Main – New York: Campus
- Winter, Th. v.* (1990): Interessenlagen und Interessenvermittlung in der Sozialpolitik. In: Soziale Welt, H. 3, S. 322 ff.

*Abkürzungen für verwendete Zeitungen und Zeitschriften:*

- DOK Die Ortskrankenkasse  
HB: Handelsblatt  
NRZ: Neue Rhein Zeitung  
PVS: Politische Vierteljahresschrift  
SI: Sozialpolitische Informationen