

Urban, Hans-Jürgen

Working Paper

Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit:
Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die
gesundheitspolitische Wende

WZB Discussion Paper, No. P 01-206

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Urban, Hans-Jürgen (2001) : Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit: Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende, WZB Discussion Paper, No. P 01-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47400>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P01-206

**Wettbewerbskorporatistische Regulierung
im Politikfeld Gesundheit**

**Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
und die gesundheitspolitische Wende**

von

Hans-Jürgen Urban

Berlin, Oktober 2001

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Die vorliegende Studie befasst sich mit Funktion und Bedeutung eines Gremiums des deutschen Gesundheitssystems für die Verteilung von Gesundheitsleistungen. Dabei handelt es sich um den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Der Bundesausschuss hat sich vor allem in der zweiten Hälfte der 90er Jahre und von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt, zu einer einflussreichen Instanz entwickelt, die weitreichende Entscheidungen im Hinblick auf das Leistungsrecht der GKV fällt. Der Staat hat ihm diesbezüglich schrittweise entsprechende Kompetenzen übertragen – vor allem um sich von den Legitimationsrisiken zu entlasten, die mit einer restriktiven Gewährung von Leistungen in der GKV verbunden sind. Insofern fungiert der Bundesausschuss auch als Agentur jenes gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels, der vielfach als Übergang von einer expansiven zu einer wettbewerbs- und beitragsatzorientierten Gesundheitspolitik beschrieben worden ist.

Neben der Rekonstruktion dieses Prozesses der sukzessiven „wettbewerbskorporatistischen Beauftragung“ des Bundesausschusses durch den Staat analysiert die Studie zugleich, wie die beteiligten Akteure durch gezielte staatliche Interventionen in die gesundheitspolitischen Kontextbedingungen ein Eigeninteresse an der restriktiven Interpretation des Leistungskatalogs entwickeln und auf diese Weise staatlichen Steuerungszielen Rechnung tragen – wobei sich der Staat selbst über ein System von Genehmigungsvorbehalten und Ersatzvornahmen ein Letztentscheidungsrecht für den Fall missliebiger oder nicht fristgerechter Entscheidungen vorbehält.

Abschließend werden die inneren Widersprüche der staatlichen Delegation von Steuerungskompetenzen und – in einem kurzen Ausblick – die wachsende Bedeutung der EU-Rechtsprechung für die nationalstaatliche Ausgestaltung des Gesundheitssystems thematisiert.

Zur Analyse der geschilderten Entwicklungen, insbesondere der Qualität der Beziehung zwischen Bundesausschuss und Staat greift die Studie auf das politikwissenschaftliche Modell der „Selbstverwaltung im Schatten staatlicher Hierarchie“ zurück. Dabei werden die inhaltliche Wende in der Gesundheitspolitik sowie die Herausbildung einer neuen institutionellen Regulierungsstruktur im Gesundheitssystem als politikfeldspezifischer Teilprozess eines allgemeinen Übergangs vom Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus interpretiert, der sich in vielen Wohlfahrtsstaaten Westeuropas seit Mitte der siebziger Jahre vollzieht

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
I. Soziale Selbstverwaltung und „wettbewerbskorporatistische Beauftragung“	7
II. Zur Funktion des Bundesausschusses bei der Regulierung des GKV-Leistungskatalogs	11
1. Aufgaben Und Zusammensetzung Des Bundesausschusses.....	11
2. Bewertung Ärztlicher Untersuchungs- Und Behandlungsmethoden	16
3. Der Bundesausschuss Als Korporatistisches Regulierungsgremium	19
III. Indienstnahme, Ermächtigung und Kontextsteuerung: Stufen und Maßnahmen der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des Bundesausschusses	21
1. Der Bundesausschuss vor dem Gesundheits-Reformgesetz	21
2. Die Herausbildung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitssystem	22
3. Der Bundesausschuss als Agentur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels?	25
4. Die neue institutionelle Regulierungsstruktur.....	30
IV. Interessenlagen und Handlungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur	36
1. Die „konsolidierungskompatible“ Akteurskonstellation im Bundesausschuss	36
2. Mit EBM-orientierter Qualitätssicherung zum „puristischen Leistungskatalog“?	39
3. Widersprüche und potenzielle Handlungsblockaden in den neuen Regulierungsgremien.....	41
V. Ausblick	45
Literatur:.....	47

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – Mitglieder (<i>nach: § 91 Abs. 2 SGB V</i>)	12
Abb. 2: Arbeitsausschüsse und Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (<i>Stand: März 2001</i>).....	13
Abb. 3: Ausstrahlung der Richtlinien – Kompetenzen des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen (<i>nach SGB V</i>)	15
Abb. 4: Der Ausschuss Krankenhaus (<i>nach: § 137c Abs.2 SGB V</i>)	32
Abb. 5: Der Koordinierungsausschuss (<i>nach: § 137e Abs. 2 SGB V</i>)	33

I. Soziale Selbstverwaltung und „wettbewerbskorporatistische Beauftragung“

Seit nunmehr fast drei Jahrzehnten steht die Gesundheitspolitik vor einem Problem, das weder in der wissenschaftlichen noch der politischen Arena gerne thematisiert wird, das gleichwohl seit seinem Bestehen die Strategiebildung der Gesundheitspolitik (mit)prägt. Auf der einen Seite reiht sich seit Mitte der 70er Jahre eine Gesundheitsreform an die andere, die ihre Sparabsichten allesamt aus einer konstatierten Kosten- und Beitragsexplosion herleiteten, die die Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung überfordere (Döhler 1990, Döhler/Manow 1997, H.-U. Deppe 2000). Dies gilt nicht zuletzt für die „Neue Sozialdemokratie“, die der bevorzugten Zielgruppe der „Neuen Mitte“ das Versprechen einer Reduzierung ihres Beitrags an der Sozialstaatsfinanzierung zu schulden glaubt. Dass dabei gerade die Umverteilungskomponenten im deutschen Gesundheitssystem zur Disposition gestellt werden müssen, gehört längst zum guten Ton moderner gesundheitspolitische Diskurse.

Auf der anderen Seite scheint die Mehrheit der Bevölkerung – trotz angeblicher „Kostenexplosion“, „Anspruchsinflation“ und „Wettbewerbsprobleme“ – fast schon störrisch gerade an diesen Solidarelementen festzuhalten. Jedenfalls legen dies repräsentative Befragungen der Bevölkerung nahe. Da wird fast durchgängig eine äußerst hohe Wertschätzung des deutschen Gesundheitssystems ausgewiesen, ist von „einer überwältigenden Zustimmung zum Solidarprinzip und seinen Umverteilungsprozessen“ die Rede und wird konstatiert, dass „eine Thematisierung zusätzlicher Einnahmequellen (...) offenbar durchaus die Unterstützung einer Bevölkerungsmehrheit“ fände (Wasem 2000: 42). Der breiten Zustimmung zu den Solidar- und Umverteilungselementen steht spiegelbildlich die klare Ablehnung der Einschränkung des Leistungskatalogs (etwa durch eine Grundversorgung) gegenüber, selbst wenn sich dadurch Spielräume für Beitragssatzsenkungen erschließen ließen. Mehr noch: Zwar halten viele die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heute bereits für hoch, „jedoch sind knapp doppelt so viele Bürger eher dafür, die Beiträge zu erhöhen, als auf Leistungen zu verzichten (...) – wobei dies quer durch alle Bevölkerungsgruppen geht, auch wenn der Anteil derjenigen, die höhere Beiträge bevorzugen, mit dem Alter zunimmt und bei ‚Gesunden‘ geringer ist als bei chronisch Kranken.“ (Wasem 2000: 430).

Eine so hartnäckige Diskrepanz zwischen Bevölkerungspräferenzen und den Zielen der Gesundheitspolitik ist für die Regierenden in einer parlamentarischen Demokratie riskant. Schließlich müssen diese sich ihre Legitimationsressourcen in periodisch stattfindenden Wahlen von Mehrheiten zuteilen lassen; und fehlende Mehrheit programmieren früher oder später den Verlust von Regierungsmacht vor. Als Reaktion auf die so entstehenden Gefahren haben politische Akteure – über Parteigrenzen hinweg – Regierungs- und Herrschaftstechniken entwickelt, die die Regierungen vor dem drohenden Ansehensverlust schützen und die Risiken mit Blick auf die notwendigen Bevölkerungsmehrheiten „handle“-bar machen. Zu diesen Techniken gehört die Delegation von politischen Projekten mit hohen Konflikt- und Legitimationsrisiken an intermediäre Gesellschaftsakteure (Gremien, Organisationen oder Institutionen), die zu einer „konfliktabsorbierenden“ Vermittlung zwischen Regierungspolitik und den abweichenden Erwartungen der Gesellschaft willens und in der Lage sind. Diese korporatistischen „Vermittler“ sollten entweder weniger als die Regierungen auf gesellschaftliche Zustimmung angewiesen sein oder mit ihren Handlungen weniger öffentliche Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Jedenfalls sind eine gewisse Resistenz gegenüber dem Verlust von Anse-

hen in der Bevölkerung oder die Möglichkeit, mehr oder weniger unbeobachtet agieren zu können, gute Voraussetzungen, um den politisch angetragenen Funktionen gerecht werden zu können.

Gleichwohl ist das Verhältnis zwischen diesen Akteuren und dem Staat in der Regel äußerst kompliziert und keineswegs durch das einfache Bild einer eindimensionalen „Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung“ zu erfassen. Gerade der korporatistische Staat ist in weiten Bereichen ein kooperativer, ein verhandelnder Staat (Scharpf 1991, Wilke 1992 und Héritier 1993; kritisch dazu etwa Jessop 1997 und Esser 1999). Neben hierarchischen Anweisungen agiert er durch die Einbindung der Akteure in Verhandlungssysteme und die gezielte Gestaltung der Kontextbedingungen, in denen die Betroffenen agieren. Autonomie und Souveränität der intermediären Akteure bleiben in der Regel (jedenfalls formal und nicht selten auch in ihrer Selbstdefinition) erhalten. Mitunter werden ihre Handlungsterrains sogar erweitert und ihre Machtressourcen erhöht, um die Durchsetzungsfähigkeit einzelner Akteure oder die Fähigkeit zur Bildung von Politik-Netzwerken zu stärken. Aber die Handlungsziele der Akteure, das „Sollen“, ist weitgehend vorgegeben.

In der Politikwissenschaft ist diese Form sozialer Interaktion zwischen gesellschaftlichen und staatlichen Akteuren als „Selbstregulierung im Schatten des Staates“ (Scharpf 2000: 319ff.) oder als ein Modell „gesellschaftlicher Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren“ (Mayntz/Scharpf 1995a und b) bezeichnet und analysiert worden. In diesem Modell operieren die beauftragten Akteure einerseits mit weiten eigenen Entscheidungsspielräumen; sie tun dies jedoch stets „unter der mehr oder weniger strikten Aufsicht staatlicher Autoritäten und mit der immer vorhandenen Möglichkeit vor Augen, dass ihre Funktionen von den staatlichen Behörden selbst übernommen werden oder dass ihre institutionelle Struktur so verändert wird, dass sie den politischen Zielen des Staates besser dienlich sind.“ (Scharpf 2000: 335) Der Staat gewährt den Akteuren also eine gewisse Autonomie, ohne jedoch seine Interventions- und Regulierungsfähigkeit preis zu geben. Diese benötigt er vielmehr, um Handlungspräferenzen und Machtressourcen bei veränderten Rahmenbedingungen durch gezielte Interventionen nachjustieren und den Veränderungen anpassen zu können. Die Fähigkeit des Staates zur Konstituierung der Verhandlungssysteme eröffnet ihm nämlich zugleich die Möglichkeit, „deren institutionellen Parameter zu manipulieren, um die Verteilung der relativen Verhandlungsmacht und damit die zu erwartenden Ergebnisse zu beeinflussen.“ (Scharpf 2000: 328) Doch neben diesen direkten Interventionen in die Machtbeziehungen zwischen den Akteuren reguliert der Staat auch über indirektere, vermittelte Wege. Dies geschieht über die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, durch die er zwar auch Einfluss auf die Verteilung von Verhandlungsmacht (also auf das „Können“) nimmt, die aber vor allem die Interessenlagen und damit die Strategie- und Handlungspräferenzen der Akteure in eine den staatlichen Politikzielen förderliche Richtung strukturiert; in dieser Weise reguliert er vor allem das „Wollen“ der Akteure. Die politische Kunst dieser eher indirekten und dezentralen „Kontextsteuerung“ (Wilke 1989: 55 ff. und 127 ff. und 1992: 335 ff. und Ritter 1990) besteht dabei in der Herstellung von ökonomischen oder rechtlichen Anreizstrukturen, die den Akteuren die politisch gewünschten Verhaltensweisen eher nahe legen als administrativ vorschreiben, sie aber gleichwohl durch die Verteilung von (durchaus auch materiellen) Vor- und Nachteilen, die mit den vorhandenen Handlungsoptionen verbunden sind, protegieren.

Das deutsche Gesundheitswesen lässt sich als ein solches Policy-Modell der Selbstregulierung im Schatten staatlicher Hierarchie analysieren, und die Einbindung strategischer Akteure in vorstrukturierte Verhandlungssysteme zum Zwecke der Realisierung staatlicher Gesundheitsziele ist keine Seltenheit. „Korporatisierung“ (Döhler/Manow-Borgwardt 1992b) ist vielmehr nachweislich eine gängige gesundheitspolitische Strategie (vgl auch: Süllo 1982, Mayntz/Rosewitz 1988, Alber 1992, Manow-Borgwardt 1992, Döhler/Manow 1995 und 1997). In besonderer Weise dazu geeignet ist ein Gremium der sozialen Selbstverwaltung des Gesundheitssystems, dessen öffentlicher Bekanntheitsgrad sonderbarerweise in einem umgekehrt proportionalem Verhältnis zu seinem Einfluss steht. Die Rede ist vom „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ (Bundesausschuss). Das öffentliche Interesse an ihm dürfte in gesundheitspolitischen Normalzeiten gegen Null tendieren. Lediglich bei besonderen Ereignissen, etwa anlässlich der Konflikte um die Aufnahme von „Viagra“ oder „Akupunktur“ in den Leistungskatalog der GKV tritt der Bundesausschuss sporadisch aus dem Schatten in das Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit. Ansonsten dürfte er lediglich Insidern aus dem gesundheitspolitischen oder dem Wissenschaftlichen Sektoren bekannt sein, die ihm gleichwohl nicht selten mit erheblichem Misstrauen begegnen. Gerade dieser eigentümlichen Kombination aus Machtfülle und Unbekanntheit wegen wurde er mitunter als eine „absolutistisch anmutende Nebenregierung“ im Gesundheitswesen und als ein Gremium, in dem weitreichende Entscheidungen „im stillen Kämmerlein ausgekungelt werden“, bezeichnet (Lojewski 1989: 52). Selbst wohlwollendere Beobachter des Gesundheitssystems reden nicht ohne Bedenken oder Skepsis in der Stimme von einem „kleinen Gesetzgeber“ (Heberlein 1998) und weisen ihm entweder das „Entscheidungsmonopol“ (Wigge 1999) oder zumindest eine „hohe Definitionsmacht“ (Behnsen 1999) in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu.

Die Skepsis gegenüber der Funktion des Bundesausschusses und insbesondere gegenüber der offensichtlichen Diskrepanz zwischen Einfluss und Aufmerksamkeit kommt nicht von ungefähr. Der Blick auf seine Entwicklung führt geradewegs zu der These, dass der Gesetzgeber ihm bei der oft beschriebenen liberalen Wende in der Gesundheitspolitik (Berg 1986, Paffrath/Reiners 1987, Webber 1988: 193 ff. und 1989, Kühn 1997) eine zentrale Rolle zugeordnet und zugeweiht hat. Dieser Wandel von einer expansiven Versorgungs- zu einer restriktiven Kostendämpfungs- und Sparpolitik kann als politikfeldspezifischer Teilprozess des allgemeinen Übergangs vom keynesianischen „Nachfrage“- zum liberalen „Angebotskorporatismus“ (Traxler 1993) oder vom „sozialen Korporatismus“ zum „Wettbewerbskorporatismus“ (Rhodes 1998) gewertet werden. Dieser vollzieht sich in den meisten Kernstaaten des Euro-Raumes im Zuge der wettbewerbspolitischen Formierung Westeuropas, die die wohlfahrtsstaatlichen Regimes in den Mitgliedstaaten einer bisher unbekanntenen Wettbewerbsdynamik aussetzt. Vorangetrieben wird sie durch die „Globalisierung“ sowie den ökonomischen Integrationsschubs infolge der Konstituierung der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion. Dabei geht die wettbewerbskorporatistische Anpassung der europäischen Wohlfahrtsstaaten an die Imperative des Regimewettbewerbs sowohl mit einer Neuformulierung (oder zumindest Neuakzentuierung) staatlicher Politikziele als auch mit einer Restrukturierung der institutionellen Arrangements in den jeweiligen Politikfeldern und Arenen des Wohlfahrtsstaates einher. Zwei stehen hier Ziele im Vordergrund: die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit der nationalen Wirtschaftsstandorte durch Produktivitätssteigerungen und (Arbeits- und Sozial-)Kostensenkungen; und die Bekämpfung der Beschäftigungskrise durch die Deregulie-

rung der Arbeitsmärkte und die Förderung eines Sektors von Niedriglohnbeschäftigung. Das Ziel der Reduzierung der Arbeitskosten, insbesondere durch die Verringerung der Sozialabgaben, bildet eine Art Scharnierforderung zwischen beiden Strategien. Dadurch avancierte es, vor allem in Staaten, die ihre Sozialstaatsfinanzierung stark an die Arbeitseinkommen gekoppelt haben, zum Schlüsselthema. So entstand eine neue Hierarchie staatlicher Politikziele, in der die „neuen“ wettbewerbs- und deregulierungspolitischen Ziele gegenüber den „alten“ Sicherungs- und Umverteilungszielen des traditionellen Sozialstaates Priorität gewannen.

Dies blieb auch für das Politikfeld Gesundheit in Deutschland nicht ohne Auswirkungen.¹ Dort lässt sich die Neuakzentuierung der Politikziele an der sukzessiven Aufwertung der Beitragssatzstabilität als Zielgröße gesundheitspolitischen Handelns festmachen, während die diversen gesundheitspolitischen „Strukturreformen“ auf einen wettbewerbskompatiblen Umbau der institutionellen Arrangements zielten. Im Rahmen dieser Transformation, die eben auch das Akteurs- und Institutionensystem des deutschen Gesundheitswesens unter Druck setzt, erfuhr der Bundesausschuss eine funktionale Aufwertung, die mit einer Neupositionierung im gesundheitspolitischen Regulierungsmodell einherging. Nicht zuletzt im Schatten seines geringen Bekanntheitsgrades wurden ihm Aufgaben bei der wettbewerbskompatiblen Neustrukturierung des Gesundheitswesens übertragen, die der Gesetzgeber aufgrund von Entscheidungsblockaden im politischen System oder wegen zu starker Widerstände in der Gesellschaft nicht erledigen konnte oder wollte. Mehr noch: Die Analyse der „Großen Gesundheitsreformen“ seit 1989 lässt deutlich werden, dass der Bedeutungszuwachs des Bundesausschusses in hohem Maße mit der Verschärfung Spar- und Konsolidierungspolitik korreliert und sich durchaus von einer „wettbewerbskorporatistischen Beauftragung“ dieses Gremiums für eine Politik der Begrenzung der Gesundheitskosten und der restriktiveren Definition des GKV-Leistungskatalogs sprechen lässt. Dabei sollte der Begriff der korporatistischen Beauftragung weder verschwörungs- noch agententheoretisch missverstanden werden. Vielmehr wird er hier als *Terminus technicus* verwendet, der auf eine strategische Intention des Gesetzgebers verweist. Diese bestand darin, *erstens* den Bundesausschuss mit wichtigen Funktionen im Rahmen der Strategie der Kostensenkung zu betrauen („Indienstnahme“), ihm *zweitens* die dazu notwendigen Handlungsinstrumente an die Hand zu geben („Ermächtigung“) und *drittens* die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass den in ihm handelnden Akteuren die erwünschte Verhaltensweise nahegelegt werden sollten („Kontextsteuerung“).² Um dies zu erreichen beschränkte sich der Gesetzgebers nicht darauf, das gesetzliche Aufgabenspektrum, die fachliche Definitions- und die politische Durchsetzungsmacht des Bundesausschusses

¹ Bisher ist der Übergang vom „Sozial“- zum „Wettbewerbskorporatismus“ meist am Beispiel der Transformation der europäischen Arbeitsbeziehungen belegt worden; dies geschah anhand der Analyse der jeweiligen industriellen und Kollektivvertragsbeziehungen (Bieling/Deppe 1999, Traxler 2000, Schulten 2000) sowie der nationalen Tarifpolitiken (Schulten 1998). Neben der allmählichen Durchsetzung einer „wettbewerbs- und produktivitätsorientierten Tarifpolitik“ konnte auch eine umfassende Restrukturierung der institutionellen Arrangements in den Kapital-Arbeit-Beziehungen beobachtet werden. Diese bestand in einem Trend der Dezentralisierung und „Verbetrieblichung“ der Arbeitsbeziehungen und in der Herausbildung sogenannter „Sozialpakete“, die den institutionellen Rahmen der inhaltlichen Politikwechsel bereitstellen (Hassel 2000, F. Deppe 2000). Der vorliegende Beitrag versucht zu zeigen, dass sich auch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen mit Erkenntnisgewinn im Rahmen des „theoretischen Ansatzes“ der Transformation des Sozial- zum Wettbewerbskorporatismus analysieren lassen.

² Damit ist zunächst nichts über etwaigen Widerstände gegen diese Strategie oder die subjektiven Intentionen, mit denen die Ausschussakteure ihre Aufgaben wahrnehmen, gesagt.

sukzessive zu erweitern; zugleich modifizierte er die institutionellen Kontextbedingungen dergestalt, dass die Interessenlagen und Strategiepräferenzen der in ihm handelnden Akteure auf das Bemühen der staatlichen Sparpolitik ausgerichtet und somit abgesichert werden sollten.

Dies gelang freilich nicht umstandslos, was nicht zuletzt auf ein Spezifikum des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen ist. Dieses besteht darin, dass auf staatliche Steuerungsambitionen vielfältige institutionelle Blockaden und Vetopositionen warten, die ihrer Realisierung entgegenwirken (Mayntz 1990, Webber 1988: 167 f., Rosewitz/Webber 1990). Daher setzten sich die staatlich anvisierten Politikziele in den seltensten Fällen in „Reinform“ durch; vielmehr werden sie durch das komplexe Geflecht von Interessen- und Machtbeziehungen gebrochen und schlagen sich lediglich in modifizierter Form nieder. Somit bringen Gesetze, einzelne Institutionen oder das komplette Regulierungsregime weniger das ursprüngliche Ziel des Staates als vielmehr das jeweilige Kräfteverhältnis zwischen den am Entscheidungsprozess beteiligten Akteuren in Form der daraus hervorgegangenen Kompromisse zum Ausdruck. Dass dies auch zu Akteurskonstellationen und institutionellen Arrangements führen kann, die durch Inkonsistenzen und interne Handlungsblockaden geprägt sind, steht außer Zweifel.

Begründung und Diskussion der These von der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des Bundesausschusses durch den Staat sind Gegenstand des vorliegenden Beitrages. Dabei sollen nicht nur die Einzelschritte dieses Prozesses, sondern auch die Widersprüche der staatlichen Korporatisierung und die Restriktionen, die der reibungslosen Umsetzung der staatlichen Regulierungsziele entgegenstehen, in das Blickfeld mit einbezogen werden. Die Argumentation gliedert sich in drei inhaltliche Abschnitte: *erstens* wird die zentrale Funktion des Bundesausschusses im Prozess der Regulierung des Leistungskataloges der GKV aufgezeigt, die ihn zu einem attraktiven Adressaten staatlicher Regulierungswünsche machte (Abschnitt II). *Zweitens* sollen die Stufen seiner politischen Beauftragung in den drei „Großen Gesundheitsreformen“ seit dem Gesundheits-Reformgesetz in 1989 nachgezeichnet und die Einbindung dieser Maßnahmen in die strategische Grundausrichtung des jeweiligen Gesetzespaketes verdeutlicht werden, um den behaupteten Zusammenhang zwischen der Sparpolitik und der Aufwertung des Bundesausschusses deutlich werden zu lassen (Abschnitt III). *Drittens* schließlich werden einige Inkonsistenzen in der mit dem GKV-Reformgesetz 2000 geschaffenen neuen Regulierungsstruktur heraus gearbeitet, die sich offensichtlich zu Blockaden der staatlichen Steuerungsambitionen auswachsen (könnten)(Abschnitt IV). Ein kurzer Ausblick auf die Folgen, die sich aus der Europäischen Integration für die Funktionsfähigkeit des deutschen Modells der Leistungsdefinition und des Bundesausschusses in ihm ergeben könnten, schließt die Betrachtungen ab (Abschnitt V).

II. Zur Funktion des Bundesausschusses bei der Regulierung des GKV-Leistungskatalogs

1. Aufgaben und Zusammensetzung des Bundesausschusses

Zweifelsohne besitzt der Bundesausschuss für die Regulierung von Produktion und Verteilung der Gesundheitsgüter eine exklusive Funktion (Behnen 1999, Heberlein 1998 und 1999,

Engelmann 2000a und Jung 2000c).³ Der Gesetzgeber hat ihn als ein bilaterales Funktionsmonopol konstruiert. Die Monopolfunktion beruht auf der umfassenden und für den ambulanten Sektor exklusiven Definitionsmacht über den gesetzlichen Leistungskatalog der GKV; die bilaterale Struktur resultiert aus der Beschränkung der Teilnehmer an diesem Definitionsprozess auf die Repräsentanten der Krankenkassen und der Vertragsärzteschaft. Die Akteure im Bundesausschuss sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die in einem gesetzlich fixierten Zahlenverhältnis in ihm vertreten sind (Abb. 1).⁴ Insgesamt besteht er aus 21 Mitgliedern, von denen jeweils neun Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu stehen. Die restlichen fallen auf den unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere neutrale Mitglieder. Über diese sowie ihre Stellvertreter haben sich die Verbände zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden der Vorsitzende und die zwei weiteren Mitglieder durch den Bundesminister für Gesundheit im Benehmen mit den Verbänden bestellt (§ 91 Abs. 2).

Abb. 1: Zusammensetzung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – Mitglieder (nach: § 91 Abs. 2 SGB V)

Unparteiischer Vorsitzender	
Zwei unparteiische Mitglieder	
Vertreter der Krankenkassen	Vertreter der Ärzte
Ortskrankenkassen.....3	Vertreter der Ärzte ⁽²⁾ 9
Ersatzkassen ⁽¹⁾2	
Betriebskrankenkassen.....1	
Innungskrankenkassen.....1	
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	

(1) Soweit sich die Richtlinien auf die psychotherapeutische Versorgung entspr. § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.1) beziehen, ist ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen.

(2) Soweit sich die Richtlinien auf die psychotherapeutische Versorgung entspr. § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.1) beziehen, sind fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten zu benennen

Quelle: SGB V; eigene Darstellung

³ Nach § 91 SGB V ist zwischen einem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie einem der Zahnärzte und Krankenkassen zu unterscheiden. Wenn in diesem Beitrag vom Bundesausschuss die Rede ist, bezieht sich dies auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

⁴ Befasst sich der Bundesausschuss mit Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, weicht die Zusammensetzung insofern ab, als von der KBV fünf psychotherapeutische Ärzte sowie fünf Psychotherapeuten sowie auf Kassenseite ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen sind (§ 91 Abs. 3 SGB V).

Die Verbände benennen ihre Vertreter autonom. Dies gilt auch für die Mitglieder der „Arbeitsausschüsse“, in denen die Beschlussvorlagen erstellt werden, auf deren Grundlage der Bundesausschuss seine Entscheidungen fällt (Abb. 2).⁵ Die Entscheidungen im Bundesausschuss fallen mit einfacher Mehrheit. Die Geschäftsführung in den Arbeitsausschüssen wechselt alternierend zwischen Kassen und KBV. Die Geschäftsführung des Bundesausschusses obliegt der KBV und soll – so wurde es mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 geregelt – nach seiner Konstituierung an den neu gegründeten Koordinierungsausschuss (nach § 137e SGB V, s. u.) übergehen.

Abb. 2: Arbeitsausschüsse und Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
(Stand: März 2001)

Ausschuss	Richtlinien
„Prävention“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ - „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ - „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ - „Kinder-Richtlinie“
„Familienplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Mutterschafts-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch“ - „Richtlinie zur künstlichen Befruchtung“
„Ärztliche Behandlung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“
- „Psychotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - „Psychotherapie-Richtlinie“
- „Arzneimittel“	<ul style="list-style-type: none"> - „Arzneimittel-Richtlinie“
<ul style="list-style-type: none"> - „Heil- und Hilfsmittel - Häusliche Krankenpflege - Rehabilitation - Arbeitsunfähigkeit“ 	<ul style="list-style-type: none"> - „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie“ - „Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“ - (keine Richtlinie in Kraft) - „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“
- „Krankenhaus“	<ul style="list-style-type: none"> - „Krankenhauspflege-Richtlinie“ - „Krankentransport-Richtlinie“
- „Qualitätsbeurteilung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik“ - „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“
- „Bedarfsplanung“	<ul style="list-style-type: none"> - „Bedarfsplanungs-Richtlinie – Ärzte“
- „Soziotherapie“	<ul style="list-style-type: none"> - (keine Richtlinie in Kraft)

Quelle: KBV; eigene Darstellung

⁵ Für die 12. Amtsperiode (vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2004) wurden je fünf Stellvertreter benannt, die in zehn Arbeitsausschüssen tätig sind. (Pressemitteilung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Nr. 03/2001).

Die zentrale Funktion des Bundesausschusses besteht in der inhaltlichen Interpretation der allgemeinen Leistungsvorschriften und der Konkretisierung des besonderen Leistungsrechts der GKV in Form von Richtlinien.⁶ Mit den Richtlinien hat der Bundesausschuss die „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ (§ 92 Abs. 1 SGB V) zu sichern. Ihre Verbindlichkeit wird einerseits dadurch gewährleistet, dass sie Bestandteil der Bundesmantelverträge (nach § 82 SGB V) und damit zugleich der Gesamtverträge (nach § 83 SGB V) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV sind, so dass die Bindewirkung gegenüber den KVen und den Landesverbänden der KK keiner eigenen Umsetzung in den Satzungen mehr bedarf. Zugleich hat das Bundessozialgericht sie als „untergesetzliche Rechtsnormen“ qualifiziert und ihnen mit Blick auf das Leistungsrecht in der GKV eine unmittelbare Gestaltungsfunktion zugesprochen. „Mit dieser Konkretisierung geben die Richtlinien einerseits eine Auslegungs- und Interpretationshilfe für Ärzte, bedeuten zugleich aber auch eine gewisse, allerdings zulässige Einschränkung der Therapiefreiheit und auch eine Beschränkung des Ermessens der Krankenkassen bei der Leistungsgewährung.“ (Jung 1999: 258). Die Richtlinien binden also die vertragsschließenden Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer genauso wie die einzelnen Vertragsärzte und Versicherten.

Der Richtlinienauftrag des Bundesausschusses erstreckt sich über alle wichtigen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung (*Abb. 3*). Grundsätzlich ist er zum Erlass von Richtlinien in allen Bereichen und Fällen berechtigt, die zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten notwendig und im Bereich des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen angesiedelt sind (Wigge 1999: 524). Ein besonderer, in § 92 Abs. 1 SGB V explizit geregelter Richtlinienauftrag besteht zu folgenden Bereichen: ärztliche Behandlung; Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten; ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft; Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie; Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit; Verordnungen von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über Leistungen zur Rehabilitation; Bedarfsplanung; medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und bei Schwangerschaftsabbruch.

⁶ Zu Beginn des Jahres 2000 waren 15 Richtlinien in Kraft.

Abb. 3: Ausstrahlung der Richtlinien – Kompetenzen des Bundessausschusses Ärzte-Krankenkassen
(nach SGB V)

Bereich der Gesundheitsversorgung	Richtlinie	Rechtsgrundlage
Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Bewertung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen	„BUB-Richtlinie“	§ 135 (1) i. V. m. § 92 (1)
Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten	„Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ „Kinder-Richtlinie“	§ 26 (2) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 25 (4) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 25 (4) i. V. m. § 92 (1) u. (4) § 26 (2) i. V. m. § 92 (1) u. (4)
Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft	„Mutterschafts-Richtlinie“	§ 92 (1) i. V. m. § 196 RVO. bzw. 23 KVLG 1972
Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie	„Arzneimittel-Richtlinie/ AMR“ „Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie“ „Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ „Psychotherapie-Richtlinie“ „Krankenhauspflege-Richtlinie“	§ 92 (1) § 92 (1) i. V. m. § 138 § 92 (1) u. (7) § 92 (6a) § 92 (1)
Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit	„Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie“	§ 92 (1)
Einzelfälle medizinischer Leistungen und Leistungen zur Rehabilitation	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 92 (1)
Bedarfsplanung	„Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte“	§§ 92, 99, 101, 103, 104, 73, 311, u. §§ 12, 16, Ärzte-ZV16b,
Krankenfahrten und Krankentransportleistungen	„Krankentransport-Richtlinie“	§ 92 (1)
Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft	„Richtlinie über künstliche Befruchtung“	§ 27a (4) i. V. m. § 92 (1)
Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation	„Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“	§ 92 (1) i. V. m. §§ 24a u. 24b
Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis	„Angestellten-Ärzte-Richtlinie“	§ 95 (9) i.V.m. § 101(1)
Maßnahmen der Qualitätssicherung	„Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik“ „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie“	§ 136 i.V.m. § 92 (1)
Kriterien für therapeutische und diagnostische , insbesondere für aufwendige medizintechnische Leistungen	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 136a i. V. m. § 92 (1)
Verordnungen zur Soziotherapie	(keine Richtlinie in Kraft)	§ 92 (1) i. V. m. 37a (2)

Quelle: eigene Darstellung

Die Erstellung der Richtlinien hat unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und der medizinischen Notwendigkeit zu geschehen, wobei der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§ 12, 70 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V) besondere Bedeutung zuzumessen ist. Vor Beschluss der einzelnen Richtlinien ist den betroffenen Leistungserbringern und Herstellern bzw. ihren (Spitzen-)Verbänden oder wirtschaftlichen Interessenvertretungen (u. a. der pharmazeutischen Industrie, den Apothekern, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften der besonderen Therapieeinrichtungen) sowie Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis die Gelegenheit zu Stellungnahmen zu geben. Diese sind dann in die Entscheidungen einzubeziehen. Gegen die Arzneimittel-Listen und die in ihnen enthaltenen Preisvergleichslisten sind Anfechtungsklagen möglich, die jedoch keine aufschiebende Wirkung entfalten. Gesonderte Klagen gegen die Gliederung nach Indikationsgruppen oder sonstige Bestandteile der Zusammenstellungen sind nicht zugelassen. Die vom Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien werden erst nach Vorlage beim Bundesministerium für Gesundheit wirksam, das sie beanstanden bzw. bei Säumigkeit oder anderen Mängeln über den Verordnungsweg ersatzweise selbst eine entsprechende Richtlinie in Kraft setzen kann.

2. *Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*

Die leistungspolitische Regulierung der einzelnen Versorgungsbereiche durch den Bundesausschuss erfolgt also durch die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften mittels autonomer Normsetzung in Form von Richtlinien. Besondere Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie der Prozess der Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts seinen Niederschlag im GKV-Leistungskatalog finden soll. Diesen Problemkomplex reguliert vor allem die Richtlinie „Über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinie)⁷, auf die an dieser Stelle etwas näher eingegangen werden soll.

In diesem Bereich ist der Gesetzauftrag des Bundesausschusses besonders weit gefasst: er erstreckt sich sowohl auf die Prüfung der Anerkennung *neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* als auch auf die *kontinuierliche Überprüfung aller zu Lasten der Krankenkassen bereits erbrachter vertragsärztlichen Leistungen*. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in die Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur aufgenommen werden, wenn zuvor der Bundesausschuss – auf Antrag der KBV, einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder eines Spitzenverbandes – eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat. Die Empfehlungen haben sich zu erstrecken auf: „(...) 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der jeweiligen Therapierichtung, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte An-

⁷ Bis Ende 1999 waren die Kriterien zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der NUB-Richtlinie und die zur Bewertung erbrachter vertragsähnlicher Leistungen in der Verfahrens-Richtlinie geregelt. In seiner Sitzung am 10. Dezember 1999 beschloss der Bundesausschuss, die beiden Richtlinien in eine gemeinsame zu überführen und die alten Richtlinie aufzulösen.

wendung der Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.“ (§ 135 Abs. 1 SGB V).

Die BUB-Richtlinie bestimmt über den Gesetzestext hinaus auch die Definition als neu einzustufender Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Antragstellung. So gelten als neue Methoden solche, die entweder noch nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind oder deren Indikationen wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren. Der Antrag auf Prüfung einer neuen Methode ist schriftlich zu begründen und hat Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu bereits zugelassenen Methoden zu unterbreiten und zu belegen.

Die so formulierten Kriterien sind auch der Maßstab bei der Prüfung der bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Mit diesem Auftrag besitzt der Bundesausschuss über seine Richtlinienbeschlüsse eine faktisch auch retrospektiv wirkenden Normsetzungsfunktion. Ergibt die Prüfung einzelner Leistungen, dass sie den genannten Standards nicht gerecht werden, dürfen sie nicht mehr als Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Auch hier leistet der Bundesausschuss über die BUB-Richtlinie Konkretisierungs- und Definitionsarbeit. Als bereits erbrachte Leistung definiert sie Methoden und zugrunde liegende Indikationen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sind, wobei in Zweifelsfällen eine Stellungnahme des Bewertungsausschusses einzuholen ist.⁸

Generell erfolgt die Überprüfung einer Methode nur auf Initiative eines der Mitglieder des im Bundesausschuss hierzu beauftragten Arbeitsausschusses. Dabei sind durch die veranlassende Krankenkassen- oder Ärzteseite die Hinweise dafür darzulegen, dass die entsprechende Methode nicht oder nur teilweise den gesetzlichen Kriterien entspricht. Um eine entsprechende Öffentlichkeit und damit die Unterrichtung betroffener Dritter sicherzustellen, veröffentlicht der beauftragte Arbeitsausschuss im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt diejenigen Methoden, die zur Überprüfung anstehen. Der Bundesausschuss bzw. der entsprechende Arbeitsausschuss kann sowohl nach einem eigenen Fragebogen strukturierte Stellungnahmen externer Sachverständiger als auch Ergebnisse eigener Recherchen (wie umfassende medizinische Verfahrensbewertungen, systematische Übersichtsarbeiten, evidenzbasierte Leitlinien, Auswertung medizinischer Datenbanken usw.) in die Überprüfung mit einbeziehen. Zugleich kann der Bundesausschuss auf Vorschlag des Arbeitsausschusses in „geeigneten Fällen“ die Beratung und Beschlussfassung für längstens drei Jahre aussetzen, wenn keine aussagefähigen Unterlagen vorliegen, diese aber im Rahmen einer gezielten wissenschaftlichen Bewertung in einem vertretbaren Zeitraum beschafft werden können. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden als Beschlüsse in zwei Anlagen veröffentlicht, die zwischen „Anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (Anlage A) und „Methoden, die nicht als ver-

⁸ Bei dem Bewertungsausschuss handelt es sich um ein Konfliktregulierungsgremium der beteiligten Parteien, das aus sieben von der KBV bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern besteht. Im Vorsitz wechseln sich Kassen und Ärzte ab. Kommt der Ausschuss zu keinem einheitlichen Ergebnis kann durch die Erweiterung durch von beiden Seiten zu benennenden vier unparteiischen Mitgliedern und einem unparteiischen Vorsitzenden ein erneuter Einigungsversuch gemacht werden. Die Einzelvorschriften sind in § 87 Abs. 3 und 4 i. V. m. 89 Abs. 3 SGB V geregelt.

tragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“ (Anlage B) unterscheidet.

Der Bundesausschuss definiert durch die BUB-Richtlinie nicht nur das ordnungsgemäße Verfahren, sondern konkretisiert auch die Prüfkriterien, nach denen die Bewertungen neuer sowie erbrachter Leistungen durchgeführt werden. Dies geschieht durch die Auflistung der Inhalte in den Unterlagen, auf deren Basis die Überprüfung von „Nutzen“, „medizinischer Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ vorgenommen wird. Das Kriterium „Nutzen“ einer Methode wird demnach überprüft anhand von:

- „Studien zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen
- Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methoden
- Abwägung des Nutzens gegen die Risiken
- Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen („Outcome“)
- und dem Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung“ (Abschn. 7.1. BUB-Richtlinie).

Die Überprüfung des Kriteriums „medizinische Notwendigkeit“ erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen:

- „zur Relevanz der medizinischen Problematik
- zur Häufigkeit der zu behandelnden Erkrankung
- zum Spontanverlauf der Erkrankung
- zu diagnostischen oder therapeutischen Alternativen“ (Abschn. 7.2. BUB-Richtlinie)

Die Überprüfung des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit“ basiert auf Unterlagen zur:

- „Kostenabschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten
- Kosten-Nutzenabwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten
- Kosten-Nutzenabwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekostenabschätzung
- Kosten-Nutzenabwägung im Vergleich zu anderen Methoden.“ (Abschn. 7.3 BUB-Richtlinie)

Die Unterlagen zu den therapeutischen und den diagnostischen Methoden werden getrennt nach definierten Evidenzstufen geordnet, anhand derer der Nachweis für die Erreichung der Kriterien beurteilt werden. Dazu wird zu beiden Methoden zwischen fünf unterschiedlich definierten Evidenzstufen (I, IIa, IIb, IIc, III) differenziert, wobei die Evidenzstufen I in beiden Bereichen erreicht ist, wenn „Evidenz aufgrund wenigstens einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach international anerkannten Standards (z. B.: „Gute klinische Praxis“ (GCP), Consort)“ nachgewiesen werden kann (Abschn. 8.1. und 8.2.) BUB-Richtlinie). Die Unterlagen werden in „Anlehnung an internationale Evidenzkriterien“ den einzelnen Evidenzstufen zugeordnet. Besondere Anforderung, so legt es die Richtlinie fest, werden dabei entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse an das Prüfkriterium „Nutzen“ einer Methoden gestellt. „Danach ist der Nutzen einer Methode in der Regel durch mindestens eine Studie der Evidenzklasse I zu belegen. Liegen bei der Überprüfung einer Methode Studien dieser Evidenzklasse nicht vor, so entscheidet der Ausschuss

aufgrund der Unterlagen der bestvorliegenden Evidenz“ (Abschn. 6.4. BUB-Richtlinie). Dieser Grundsatz „bestvorliegender Evidenz“ („best evidence“) etabliert zum einen den Evidence-based-Medicine-Ansatz als Bewertungsprinzip, eröffnet dem Bundesausschuss zugleich durch die Abweichung von der ausschließlichen Bewertung anhand von Studien höchster Evidenz gewollte Bewertungs- und Handlungsspielräume.

3. *Der Bundesausschuss als korporatistisches Regulierungsgremium*

Diese Skizze der Aufgaben und Aktivitäten des Bundesausschusses sollten seine exklusive Stellung als dem zentralen Regulierungszentrum in der ambulanten Versorgung verdeutlicht haben. Dabei ist kaum zu übersehen, dass in den Aufgabenzuweisungen und Kompetenzzuteilungen, aber auch in der Sicherstellung staatlicher Letztentscheidungsrechte die Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck kommt, den Bundesausschuss zu einem effektiven und durchsetzungsfähigen Akteur zu machen, dem mit diesen Eigenschaften eine ansehnliche Eignung als intermediäre Regulierungsinstanz zukommt.⁹ Dies wird durch zwei Tatbestände gewährleistet:

1. Der Bundesausschuss besitzt eine hohe Definitionsmacht über den GKV-Leistungskatalog; dies gilt, wie gezeigt, für die Bewertung erbrachter wie für die Anerkennung neuer Leistungen. Diese Definitionsmacht beruht zum einen auf den erheblichen Handlungsspielräumen, die sich vor allem aus der Fassung der Gesetzesvorgaben als unbestimmte Rechtsbegriffe („ausreichend“, „zweckmäßig“, „notwendig“, „wirtschaftlich“ sowie „allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse“) ergeben, die, um wirksam zu werden, der Auslegung bedürfen. Er resultiert aber auch aus der breiten Ausstrahlung der Richtlinien, die die Schlüsselakteure (Verbände, Vertragsärzte und Versicherte) des Systems bindet und sich auf die zentralen Versorgungsbereiche erstrecken.
2. Da durch die Entscheidungen des Bundesausschusses nicht nur Qualität und Volumen der Versorgung, sondern auch die wirtschaftlichen Interessen der Leistungsanbieter grundlegend betroffen sind, hat der Gesetzgeber offensichtlich versucht, zur Stabilisierung der Regulierungsmacht des Bundesausschusses die auftretenden Widerstände entscheidungsverträglich zu kanalisieren, indem er die Veto-Macht der Leistungserbringer begrenzte.

⁹ Vgl. dazu auch die sehr instruktiven Ausführungen von Döhler/Manow-Borgwardt (1992a), die einerseits die Parallelen in den historischen Entwicklungsmustern zwischen dem Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Weimarer Republik und dem Bundesausschuss als einem gemeinsamen Prozess „einer Hierarchisierung sowohl innerhalb (Bindungswirkung) als auch außerhalb des Verhandlungssystems (Ersatzvornahme und Verordnungsermächtigung)“ (588) herausarbeiten; und die zum anderen den Bundesausschuss „annäherungsweise als ein idealtypisches Verhandlungsgremium“ bezeichnen: „(...) dessen Eigenschaften bestehen in einer eng begrenzten Mitgliedschaft; die Mitglieder besitzen als Bundesverbände bereits einen hohen Zentralisierungsgrad, d. h. sie leisten vorrangig eine hohe Interessenaggregation; sie sind verpflichtungsfähig und besitzen ein Repräsentationsmonopol; und sie sind nur in abgemilderter Form in andere Interessenkonstellationen eingebunden.“ (589). Dieser Analyse kann weitgehend zugestimmt werden. Die vorliegende Studie geht jedoch in folgenden Punkten über diese hinaus bzw. setzt andere Akzente: Sie verortet den entscheidenden korporatistischen Entwicklungsschub des Bundesausschusses nicht nach dem GRG, sondern nach dem 2. GKV-NOG (das die 1992 veröffentlichte Studie von Döhler/Manow-Borgwardt freilich nicht einbeziehen konnte); sie wählt die neunziger Jahre als Schwerpunkt der Analyse und sie stellt die zunehmende Integration des Bundesausschusses in ein hierarchisch strukturiertes Korporatismusgefüge in den Zusammenhang mit der Transformation des Nachfrage- zum Wettbewerbskorporatismus und betont daher die politikinhaltliche Seite der Entwicklung, die in dem doch stark funktional-strukturalistisch geprägten Ansatz von Döhler/Manow-Borgwardt unterbelichtet bleibt.

Dies geschieht auf vierfache Weise: *erstens* ist das Recht auf Stellungnahmen und Anhörung der Betroffenen auf die Bundesebene begrenzt und den Regularien unterworfen, die der Bundesausschuss selbst in der zitierten Verfahrensordnung zur Durchführung der Anhörungen spezifizieren konnte. *Zweitens* verfügen die betroffenen Interessengruppen zwar über Anhörungsrechte und die Möglichkeit von Stellungnahmen, die bei der Entscheidungen des Bundesausschusses zu berücksichtigen sind; aber etwaige Anfechtungsklagen haben weder aufschiebende Wirkung, noch schränken sie in irgendeiner Form das Letztentscheidungsrecht des Ausschusses ein. *Drittens* besitzen betroffene Leistungserbringer vor den Sozialgerichten zwar die Möglichkeit von Feststellungs- oder Leistungsklagen, gleichwohl sind die beklagbaren Regelungsbereiche eingeschränkt (Jung 2000c: 366); so kann ein Arzneimittelhersteller zwar gegen eine konkrete Preisvergleichsliste, nicht aber gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen, die Zusammenfassung der Arzneimittel in solche Gruppen oder gegen die Vormerkttexte zu den einzelnen Gruppen isoliert Klage erheben (KassKomm-Hess 1998, § 92 SGB V RdNr 16). Und schließlich ist *viertens* auch der Kreis der klageberechtigten Akteure eingeschränkt, da aus der Rechtsqualität der Richtlinien als „untergesetzlicher Rechtsnormen“ die Unzulässigkeit unmittelbarer Anfechtungen einzelner Ärzte, Krankenkassen oder Versicherter folgt, denen lediglich indirekte Klagemöglichkeiten in Form sogenannter Indizienprüfungen (auch ohne aufschiebende Wirkungen) zur Verfügung stehen.¹⁰

3. Trotz (oder vielleicht sogar wegen) der exponierten Regulierungsfunktion des Bundesausschusses bleibt die Letztverantwortung des Staates unberührt. Sie wird durch unterschiedliche staatliche Aufsichts- und Interventionsrechte des Bundesministeriums für Gesundheit gesichert (Kaltenborn 2000). Mit Blick auf die Richtlinienkompetenz beruht sie über die allgemeinen Befugnisse des Gesetzgebers hinaus auf der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Geschäftsführung des Bundesausschusses (nach § 91 Abs. 4). Entscheidender und im politischen Prozess einflussreicher sind jedoch der staatliche Genehmigungsvorbehalt, das Beanstandungsrecht sowie die Befugnis zur Ersatzvornahme (nach § 94 Abs. 1).

Kein Zweifel: In dieser Kombination aus weitreichender Definitionsmacht, dosierter Veto-Macht und staatlicher Letztinterventionsfähigkeit stellt der Bundesausschuss ein institutionelles Regulierungsgremium dar, das wie eine Musterinstitution des Policy-Modells der Selbstorganisation in Schatten staatlicher Hierarchie erscheint. Offensichtlich besitzt es, was es für eine erfolgsversprechende wettbewerbskorporatistische Beauftragung braucht. Im weiteren wird nun zu zeigen sein, wie der Bundesausschuss zu dem wurde, was er heute ist und warum vieles im interessenpolitisch vermachteten Kräftefeld des deutschen Gesundheitssystems doch anders vonstatten geht, als es sich der Gesetzgeber erhofft.

¹⁰ Durch diese Einschränkung der Einflussmöglichkeiten der Leistungserbringer auf die Entscheidungen des Bundesausschusses soll die Leistungsfähigkeit des Bundesausschusses erhöht werden, in dem die Veto-Macht der in ihren Interessen Betroffenen verringert wird. Dieses institutionelle Arrangement kommt jener „Entkoppelung von Mitentscheidungskompetenz und Betroffenheit“ sehr nahe, die – aus der Organisationssoziologie kommend – in der politikwissenschaftlichen (Ver-)Handlungstheorie als eine Voraussetzung problemlösungsfreundlicher Verhandlungskonstellationen benannt wurde (Mayntz 1993: 51). Dass dies hier nicht in dem vom Gesetzgeber erhofften Ausmaß gelingt, wird noch zu thematisieren sein.

III. Indienstnahme, Ermächtigung und Kontextsteuerung: Stufen und Maßnahmen der wettbewerbskorporatistischen Beauftragung des Bundesausschusses

1. *Der Bundesausschuss vor dem Gesundheits-Reformgesetz*

Lange Zeit spielte der Bundesausschuss in der gesundheitspolitischen Versorgung keine bedeutende Rolle (Prange 1956, Andreas 1975). Dies war zum einen darauf zurückzuführen, dass die Richtlinienkompetenz, mit der er ausgestattet war, keine hohe Rechtsverbindlichkeit, sondern lediglich Empfehlungscharakter enthielt. Zwar waren (schon damals) Rechtscharakter und Verbindlichkeitsgrad der Richtlinien umstritten; doch ging die herrschende Meinung gemeinsam mit dem Bundessozialgericht davon aus, dass den Richtlinien, jedenfalls sofern sie nicht Bestandteil der Satzungen der Verbände der Krankenkassen und der KV waren, keine normative Bedeutung zukomme und sie aus sich heraus kein autonomes Recht der Selbstverwaltung begründeten. „Bis 1989 waren sie rein verwaltungsinterne Durchführungsbestimmungen, ohne rechtlich bindende Auswirkungen.“ (Jung 1999: 258; ähnlich: Wigge 1999: 524 f.).¹¹ Hinzu kam, dass im Bundesausschuss nur die RVO-Kassen vertreten waren. Die Ersatzkassen konnten in eigenen Arbeitsgemeinschaften Verhandlungen mit der KBV führen und Verträge mit für sie günstigeren Inhalten abschließen. Dies schränkte den Geltungsbereich der Bundesausschuss-Richtlinien in dem Maße ein, in dem die Ersatzkassen an Versicherten gewannen. Durch diese Restriktionen gingen auch die im Zuge der Leistungsexpansion ab Mitte der 1960er Jahre durch den Ausschuss erlassenen Richtlinien (z. B. die Mutterchafts-Richtlinie und Psychotherapie-Richtlinie von 1967, die Früherkennungs-Richtlinie von 1971 und die Rehabilitations-Richtlinie von 1974) noch nicht mit einem realen Machtzuwachs einher (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 583). Ähnliches galt für die Aufgabenerweiterung nach dem „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ (KVWG) aus dem Jahre 1976¹², durch das dem Bundesausschuss auch die Aufgabe zugewiesen wurde, Richtlinien zur Ermittlung und Feststellung von Ungleichheiten in der kassenärztlichen Versorgung zu erlassen (§ 368p Abs. 7 RVO, zit. n. Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 583).

Erste Anzeichen einer Aufwertung des Bundesausschusses wurden im Kontext der liberalen Wende von einer expansiven Leistungs- zu einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen und im Zuge der Verabschiedung des „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes“ (KVKG)¹³ in 1977 deutlich. Anliegen der staatlichen Gesundheitspolitik war es von nun an, sämtliche Möglichkeiten der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zur Drosselung der GKV-Ausgaben zu aktivieren. Beitragssatzanstiege sollten insbesondere durch eine Kopplung der Ausgaben an die Entwicklung der Grundlohnsumme (Einkommen der Versicherten, die in der Sozialversicherung beitragspflichtig sind) begrenzt werden. Im Rahmen dieser „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“¹⁴ wurden auch die Aufgaben des Bundesauss-

¹¹ Entsprechend wurde etwa die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden in der Praxis vertraglich zwischen den Kassen- und Ärzteverbänden geregelt, obwohl dieser Gegenstand explizit gesetzlich als Regelungsgegenstand des Bundesausschusses definiert worden war.

¹² BGBl. I S. 3871.

¹³ BGBl. I S. 1069, vgl. dazu insbesondere Webber 1988: 192ff..

¹⁴ Reiners weist darauf hin, dass diese in der Sozialpolitik mittlerweile einschlägige Formulierung der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ als Gegensatz einer „ausgabenorientierten Einnahmepolitik“, in der nicht

schusses nicht unerheblich ausgeweitet und Ansätze seiner funktionalen Einpassung in die staatliche Sparstrategie deutlich. Zu den neu hinzu gekommenen Aufgaben gehörte der Auftrag zur Erstellung einer Arzneimittel-Preisvergleichliste, die den Ärzten einen Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Packungsgrößen ermöglichen sollte, zugleich sollte der Bundesausschuss eine Liste mit „Bagatellarzneimitteln“ erstellen, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden durften. Döhler/Manow-Borgwardt konstatieren seit dieser Zeit eine „zunehmende Instrumentalisierung des Bundesausschusses zur Regelung von Verteilungskonflikten“ (1992a: 584) durch den Gesetzgeber. Als Beleg führen sie die Verabschiedung der „Großgeräte-Richtlinien“ im Bundesausschuss in 1986 an, über die zwischen Bundesrat und Bundestag keine Einigung erzielt werden konnte (auch Döhler 1990: 435-441) und die dem Bundesausschuss zur Entscheidung zugewiesen worden waren. Diese Kompetenzdelegation „erwies sich – mit dem ‚Vorrang der Selbstverwaltung‘ ideologisch abgesichert – (...) als eine Option zur politischen Bearbeitung von Regelungsmaterien, über die im parlamentarischen Raum keine Einigung möglich war.“ (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 584).

2. Die Herausbildung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitssystem

Mit dem „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG)¹⁵ aus dem Jahr 1989 sollte die 1977 eingeleitete Politik der „Kostendämpfung“ beendet und durch eine der „Strukturreformen“ ersetzt werden (Webber 1989).¹⁶ Trotz einer Reihe gesundheitspolitischer „Spar-Gesetze“¹⁷ waren zwischen 1975 und 1987 die Gesundheitsausgaben pro Mitglied von DM 1737 auf 3237 und der Beitragssatz zwischen 1978 und 1987 von durchschnittlich 11,4 auf 12,6 v. H. gestiegen (Berg 1986, Paffrath/Reiners 1987, Eberle 1998). Zwar sei, so hieß es in der Begründung zum GRG-Gesetzentwurf, der Ausgabenanstieg auch auf Leistungsausweitungen, den medizinischen Fortschritt und eine höhere Versorgungsqualität zurückzuführen, doch zugleich seien Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten zu registrieren, an die die bisherige Sparpolitik nicht herangereicht habe und die nur durch strukturelle Reformen beseitigt werden könnten. „Die Bilanz zehnjähriger Kostendämpfungsbemühungen von Gesetzgeber

die Ausgaben sondern die Einnahmen und damit die Beitragssätze die Anpassungsvariable darstellen, 1975 vom damaligen AOK-Bundesvorstandsmitglied und DGB-Sozialexperten Alfred Schmidt geprägt wurde (Reiners 1993: 7).

¹⁵ BGBl I, S. 2477.

¹⁶ Im einschlägigen Jargon besteht der Unterschied zwischen „Kostendämpfungs- und Strukturreformpolitik“ im Gesundheitswesen weniger im Ziel der Drosselung der Gesundheitsausgaben, das beiden eigen ist. Die Differenzen liegen eher in den Wegen und bei den Instrumenten, mit denen dieses Ziel erreicht werden soll. Während die „Kostendämpfungspolitik“ stärker versucht, Sparerfolge durch Budgetierungen, die Ausgrenzung von Leistungen oder die Erhöhung von Zuzahlungen zu realisieren, definiert Webber (1989: 263 f.) eine Politik der Strukturreformen als eine, die „aus einer Umverteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten im Hinblick auf die Finanzierung, die Bereitstellung und die Regulierung medizinischer Leistungen“ besteht. Politische Maßnahmen, die etwa über die Neuverteilung von Verhandlungsmacht in die Steuerungsmechanismen des Gesundheitssystems eingreifen, gehören damit eher in den Bereich der Strukturreformen. Gleichwohl beinhalteten die „Großen Strukturreformen“ seit 1989 immer auch Elemente einer schlichten Kostendämpfungspolitik.

¹⁷ Zu diesen gehörten das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1981 (BGBl. I S. 1578), das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 (BGBl. I S. 1716) und die Haushaltsbegleitgesetze von 1982 (BGBl. I S. 1857) und 1983 (BGBl. 1532).

und Selbstverwaltung macht deutlich, dass es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt.“ (GRG-Entwurf 1988: 135) Die Beseitigung der Systemmängel sollte über einen – so würde es heute wohl formuliert – gesundheitspolitischen „Dritten Weg“ zwischen einem staatlichen Versorgungssystem und einem reinen Marktmodell erreicht werden, der jedoch keineswegs mit einer „Absage an den verstärkten Einbau von Elementen des Marktes und des Wettbewerbs in die GKV“ verbunden war (GRG-Entwurf 1988: 147).

Insgesamt versprach man sich von der Umsetzung des GRG ein Netto-Sparvolumen von rd. 6,2 Mrd. DM, das für Beitragssatzsenkungen zur Verfügung gestellt werden sollte. Der Beitragssatz, der für 1989 auf 13,4 v. H. geschätzt wurde, sollte bis zu diesem Zeitpunkt wieder auf 12,6 v. H. gedrückt werden. Ausdruck der angestrebten gesundheitspolitischen Wende war vor allem die deutliche Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, der im Grunde bereits seit 1977 zum gesundheitspolitischen Ziel erhoben worden war, mit dem GRG aber erstmals als „zu beachtender“ Grundsatz für alle Leistungsbereiche und alle Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in das Gesetz aufgenommen wurde. Durch diese Regelung sollte „die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung zu vertretbaren Beitragssätzen auf Dauer gesichert werden.“ (GRG-Entwurf 1988: 191). Auch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollte bei ihren Empfehlungen über die Ausgabenentwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen die Beitragssatzstabilität beachten, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung sei auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ohne höhere Beiträge sicherzustellen.

Mit der politischen Neuorientierung korrespondierte auch die funktionale Aufwertung des Bundesausschusses (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 585 ff., Döhler/Manow-Borgwardt 1992b: 74., Wigge 1999: 525). Ihm wurde eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der kosten-dämpfenden Strukturreformen zudedacht. Während man im stationären Sektor durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 günstigere Strukturen zur Realisierung von mehr Wirtschaftlichkeit vorhanden sah, ging man im ambulanten Bereich davon aus, dass bei „den Heil- und Hilfsmitteln und bei den Arzneimitteln (...) die Steuerungsmittel der Selbstverwaltung nach wie vor unterentwickelt“ seien. (GRG-Entwurf 1988: 135) Die im GRG enthaltene Aufwertung des Bundesausschusses diente vor allem der Korrektur dieser defizitären Steuerungskapazitäten, durch die man sich den Haupterfolg der Sparbemühungen versprach. Er sollte seine erweiterte Richtlinienkompetenz zur Fortsetzung der im ambulanten ärztlichen Bereich bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven nutzen und den Gesetzgeber von dieser Aufgabe zu entlasten.¹⁸ Dazu sah das GRG insbesondere folgende Regelungen vor:

1. Erstens wurden die Verbände der Ersatzkassen mit zwei Vertretern in den Bundesausschuss und damit in den Geltungsbereich der Richtlinien einbezogen. Durch diese Integration der Ersatzkassen wurde die Kassen(arten)konkurrenz zurückgedrängt, die auf der bis

¹⁸ „Die Selbstverwaltung verkörpert den Sachverstand der unmittelbar Beteiligten. Vereinbarungen und Regelungen, die von der Selbstverwaltung in gemeinsamer Verantwortung getroffen werden, entlasten den Gesetzgeber. Das gilt insbesondere für die Bereiche der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Die dort eingeleiteten Maßnahmen müssen konsequent weitergeführt werden.“ (GRG-Entwurf 1988: 134 f.).

dahin gespaltenen Geltung der Richtlinien basierte, die für die RVO-Kassen, nicht aber die Ersatzkassen galten (Abholz 1990: 10).

2. Zweitens wurden die in Richtlinien zu regelnden Tatbestände erheblich ausgeweitet. Der Bundesausschuss wurde zum einen beauftragt, über Richtlinien Arzneimittel, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht genügten, von der Versorgung auszuschließen. Der Versorgungsausschluss galt auch für Heilmittel, die im Anwendungsbereich der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden. Die ausgeschlossenen Arznei- und Heilmittel sollten in einer übersichtlichen und anwendungsfreundlichen Auflistung zusammengestellt werden. Zugleich erhielt der Bundesausschuss den Auftrag, Gruppen von Arzneimitteln zu bilden, für die durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und auf der Grundlage rechnerischer mittleren Tages- oder Einzeldosen Festbeträge festsetzen sollten. Vor der Entscheidung war der Bundesausschuss verpflichtet, Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahme in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Insgesamt sollte die Einführung von Festbeträgen, für die sich der Gesetzgeber das Recht auf Ersatzvornahme vorbehielt, „für Versicherte einen Anreiz (bilden), die preisgünstigsten Mittel in Anspruch zu nehmen, ohne ihren Anspruch auf das im Einzelfall medizinisch erforderliche Mittel einzuschränken“; zugleich sollten sie „den Wettbewerb unter den Anbietern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verstärken.“ (GRG-Entwurf 1988: 175).
3. Schließlich lag dem GRG der Versuch zu Grunde, die Normqualität der Richtlinien zu verbessern, um ihre Verbindlichkeit und damit die Definitionsmacht des Bundesausschusses als Regulierungsgremium zu stärken. Dies geschah mittels der juristischen Konstruktion der „dynamischen Verweisung“. Indem die Richtlinien des Bundesausschusses zu Bestandteilen der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen erklärt wurden, sollte der rechtsetzende Akt, der nach der Rechtsprechung des BSG zur Entfaltung des normativen Charakters der Richtlinien voraus zu setzen war, überflüssig werden. Dadurch sollte die Umsetzung der Richtlinien in Satzungsrecht der KVen und der Landesverbände der Krankenkassen entbehrlich werden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a: 587)

Die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf den Bundesausschuss im GRG waren offensichtlich. Im Plan der „Generalüberholung des Gesundheitssystems“ war ihm eine prominente Funktion zgedacht. Dies galt vor allem für vor allem für das „Herzstück“ (Norbert Blüm) des GRG: die Festbetragsregelung. Auch wenn weder die erhofften Kostendämpfungseffekte erzielt noch die anvisierte Stärkung der Definitionsmacht des Bundesausschusses in die Realität umgesetzt werden konnte, ist doch unverkennbar, dass die Umsetzung des GRG mit der „Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz“ (Abholz 1990: 9) in Gestalt des Bundesausschusses einher ging. Jedenfalls gewannen die Vorwürfe machtpolitischer Anmaßung und fehlender demokratischer und verfassungsmäßiger Legitimation (v. Zezschwitz 1990), die den Bundesausschuss bis heute begleiten, in dieser Zeit eine neue Qualität.

3. *Der Bundesausschuss als Agentur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels?*

Die zweite, umfassende Veränderung von Aufgaben- und Kompetenzdefinition des Bundesausschusses fand Mitte der 90er Jahre im Rahmen der Verabschiedung mehrerer gesundheitspolitischer Spargesetze statt. Sie muss jedoch vor dem Hintergrund einer grundlegenden Veränderung zentraler Grundstrukturen des Gesundheitssystems interpretiert werden, die durch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)¹⁹ von 1992 implementiert wurden. Dieses Reformgesetz bedeutete für den Bundesausschuss eine umfassende Modifikation seiner Kontextbedingungen, in die sich seine neue Funktionsbestimmung einpassen sollte. Zu den entscheidenden Strukturmaßnahmen zählten die Einführung eines Ausgabenbudgets, die Neuordnung der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen, die Ausdehnung der Kassenwahlfreiheit auf Arbeiter sowie die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs, der den durch das erweiterte Wahlrecht installierten Kassenwettbewerb regulieren sollte (Reiners 1992, H.-U. Deppe 2000).

Kurzfristig war das in einer „großen Gesundheitskoalition“ zwischen Koalition und Opposition verabschiedete GSG erfolgreich, aber schon 1995 folgte dem Überschuss von 10,7 Mrd. DM (1993) ein Defizit in Höhe von 7,5 Mrd. DM. Diese Entwicklung spitzte die gesellschaftliche Diskussion um die Notwendigkeit einer weiteren, dritten Stufe der Gesundheitsreform zu. Diesmal kam es jedoch nicht zu einer Konsenslösung. Nachdem erste Versuche einer Einigung mit der Opposition und eine Gesetzesinitiative gescheitert waren, goss die Bundesregierung das geplante Reformpaket in drei im Bundesrat nicht zustimmungspflichtige „Spargesetze“, um die Blockademöglichkeiten der Opposition zu umgehen (Wasem 1998: 21ff.).²⁰ Diese Gesetze radikalisierten die Sparanstrengungen noch einmal und integrierten die Gesundheitspolitik nun auch stärker in die aufkeimende Globalisierungs- und Standortdebatte.²¹ Insbesondere das 2. GKV-NOG sah neben der Ausgrenzung von Leistungen und Erhöhung von Zuzahlungen weit reichende Veränderungen der internen Regulierungsmechanismen im Gesundheitswesen vor. Ordnungspolitisch basierte das Gesetz auf einer stark wettbewerblichen Grundkonzeption und zielte vor allem darauf ab, durch eine Strategie einer restriktiven Ressourcenregulierung die Selbstverwaltung zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen zu drängen. Ihm lag die Prämisse zugrunde, „dass nur eine Politik des knappen Geldes dazu führen wird, dass die vorhandenen Steuerungspotentiale aktiviert werden und die Beteiligten in der Selbstverwaltung sich dafür einsetzen, dass überflüssige Leistungen weder verordnet noch genehmigt werden“ (2. GKV-NOG-Entwurf 1996: 16). Zur Aktivierung dieser Steuerungspotenziale sollten vor allem „den Krankenkassen im Leistungs- und Versorgungsbereich zusätzlicher Gestaltungsspielraum verschafft werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden bzw. den Finanzbedarf für Beitragssatzerhöhungen zu reduzieren“ (ebenda). Unter dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ wurden „der Selbstverwaltung der Kranken-

¹⁹ BGBl. I S. 2657.

²⁰ Zu diesen Spargesetzen gehörten das „Beitragsentlastungs-Gesetz - BeitrEntlG“ (BGBl I S. 1631) sowie das „Erste und Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung – 1. und 2. GKV-NOG“ (BGBl I; S. 1518; BGBl I S. 1520).

²¹ Wasem weist darauf hin, dass das Gesetzespaket auch innerhalb der Regierungskoalition (vor allem zwischen Gesundheitsminister Horst Seehofer und dem neuen Gesundheitspolitischen Sprecher der F.D.P Jürgen Möllemann) heftig umstritten war. Die F.D.P. hatte noch weitergehende Forderungen nach Leistungsausgrenzungen und eine stärkere Implementierung von Markt- und Wettbewerbselementen gefordert und – zumindest verbal – im Zuge dieses Streites sogar die „Koalitionsfrage“ gestellt (Wasem 1998: 22).

kassen **und der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern**“ (ebenda, Hervorhebung im Original) neue Wettbewerbsfelder eröffnet, indem die Palette des bisher weitgehend gesetzlich vorgeschriebenen GKV-Leistungskatalogs, seine Finanzierung und die Gestaltung der Anspruchsvoraussetzungen zur Disposition der Selbstverwaltung und somit der Wettbewerbszwänge gestellt wurde. Dazu wollte das 2. GKV-NOG den einheitlichen Leistungskatalog in drei Segmente zerlegen. Neben den nach wie vor von allen Krankenkassen bereitzustellenden und von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch zu finanzierenden Leistungen war die Einführung sogenannter „Gestaltungsleistungen“ geplant. Zu diesen sollten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Fahrkosten mit Ausnahme von Rettungstransporten, Kuren und Rehabilitationen (ausgenommen Anschluss-Rehabilitationen und Mütterkuren), diverse Heilmittel sowie unterschiedliche Auslandsleistungen (mit Ausnahme von Leistungen, die im Rahmen des Rechts der Europäischen Gemeinschaft oder im Rahmen von Sozialversicherungsabkommen erbracht werden) gehören. Diese Gestaltungsleistungen sollten weiterhin paritätisch finanziert, jedoch nicht im Rahmen des Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden. Beitragssatzanhebungen aufgrund von Aufwendungen für die Gestaltungsleistungen wurden ausgeschlossen. Als drittes Segment blieben die sogenannten „Satzungsleistungen“ erhalten, die ausschließlich durch die Beiträge der Versicherten zu finanzieren und nicht im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen waren und deren Aufwendungen ebenfalls nicht zu Beitragssatzanhebungen führen durften. Zu den möglichen Satzungsleistungen zählten u. a. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention; aber auch bestimmte Heilmittel (Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie), die zuvor durch das „Beitragsentlastungs-Gesetz“ als paritätisch finanzierte, gesetzliche Leistungen ausgeschlossen worden waren.

Ergänzt wurde diese Dreiteilung des Leistungskatalogs durch Veränderungen im Beitragsrecht, in das Elemente aus der privaten Krankenversicherung eingeführt wurden. Zwar mussten etwaige Satzungsleistungen allen Versicherten einer Kasse angeboten werden und konnten nicht im Rahmen unterschiedlicher Leistungspakete zu- oder abgewählt werden, doch erhielten die Kassen nicht nur das Recht, eigenständig über die Erhöhung von Zuzahlungen zu entscheiden. Darüber hinaus durften sie sich durch entsprechende Satzungsänderungen auch Elementen aus der privaten Krankenversicherung bedienen. Zu diesen gehörte die Möglichkeit, durch Satzungsänderungen auch Pflichtversicherten das Recht eines Wechsels vom Sach- oder Dienstleistungsprinzip zur Kostenerstattung einzuräumen, wobei der Anspruch auf Erstattung auf die Höhe der Vergütung begrenzt wurde, die die Krankenkassen bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hatten. Die Kostenerstattung konnte, ebenfalls über entsprechende Satzungsbestimmungen, mit der Möglichkeit von Selbstbehalten und einer entsprechenden Senkung des Beitragssatzes verbunden werden. Schließlich war die Möglichkeit von Beitragsrückzahlung für Mitglieder vorgesehen, wenn diese und ihre versicherten Angehörigen im laufenden Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch genommen hatten.

In den Kontext dieser strategischen Ausrichtung war die erneute Ausweitung der Regulierungsfunktion des Bundesausschusses eingebunden (Seehofer 1997). Bereits unmittelbar nach der Verabschiedung des 2. GKV-NOG begann die kontroverse Debatte über die Frage, ob durch die Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen des Bundesausschusses „ein neues

Machtzentrum im deutschen Gesundheitswesen“ entstanden sei.²² Die Opposition kritisierte die Veränderungen als eine missbräuchliche Verschiebung staatlicher Aufgaben auf die soziale Selbstverwaltung zum Zwecke einer Entlastung des staatlichen Behördenapparates. Unter der Parole von der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ habe der Staat grundlegende Entscheidungen vor allem auf den Bundesausschuss abgewälzt, die dieser aufgrund mangelnder Legitimation und unzureichender Problemlösungskapazitäten nicht meistern könne (Dreßler 1997). Diese Einschätzung bezog sich auf folgende Änderungen durch das 2. GKV-NOG, die einen neuen Aufwertungsschub der Regulierungsfunktion des Bundesausschusses darstellten:

1. Zum einen wurde der Richtlinienauftrag des Bundesausschusses auf die Versorgungsbereiche Vorsorge und Rehabilitation, Versorgung mit Heilmitteln und häusliche Krankenpflege erweitert. Die neue Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege sollte insbesondere der Abgrenzung zwischen der medizinischen Behandlungspflege und der Grundpflege im Sinne der 1996 eingeführten Pflegeversicherung dienen. Den Krankenkassen war daran gelegen, ihre Tätigkeiten im Bereich der häuslichen Krankenpflege einzuschränken. Notwendig geworden waren die neuen Richtlinien jedoch vor allem mit Blick auf die mit dem 2. GKV-NOG neu eingeführten „Rahmenempfehlungen“ zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Bundesverbänden der betroffenen Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses zu vereinbaren waren.
2. Zugleich wurde das Anhörungsverfahren im Rahmen der Richtlinienerstellung ausgeweitet, um insbesondere den Einfluss der nichtärztlichen Leistungserbringern zu erhöhen. Bisher waren sie lediglich bei der Gruppenbildung für Festbeträge und bei der Aufstellung der Preisvergleichslisten vor den jeweiligen Arbeitsausschüssen des Bundesausschusses anhörungsberechtigt. Im Rahmen des propagierten „Partnerschaftsmodells“ wurden für die Arzneimittel-Richtlinie, die Vorsorge- und Rehabilitationsrichtlinie, die Heilmittel-Richtlinie und die Richtlinie für häusliche Krankenpflege die Anhörung der entsprechenden Verbände der Leistungserbringer zwingend vorgeschrieben. Dabei hatte sich der Bundesausschuss mit den vorgetragenen Argumenten auseinander zu setzen und in den Entscheidungen deutlich werden zu lassen, dass dies geschehen war und warum er die vorgebrachten Argumente gegebenenfalls verworfen hat. Hinzu kam, dass die Prüfung der Zulassungskriterien nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der „jeweiligen Therapierichtung“ zu erfolgen hatte.²³
3. Die folgenreichste Veränderung stellte jedoch die zweifache Ausweitung der Bewertungskompetenz des Bundesausschusses im Bereich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar. Zum einen hatte der Bundesausschuss nicht mehr nur den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, sondern zukünftig auch die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenversicherung erbrachten Methoden) zu bewerten, was eine signifikante Erhöhung der Zulassungsanforderungen bedeutete. Darüber hinaus wurde die Bewertungsbefugnis über die Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hinaus auf „alle zu Lasten der gesetzlichen

²² Vgl. dazu etwa die unterschiedlichen Beiträge in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16/1997, S. 2 ff.

²³ Dies zog eine Diskussion über die Eignung fachspezifischer „Binnenanerkennungsverfahren“ nach sich, die jedoch durch den Bundesausschuss verworfen wurde.

Krankenversicherung erbrachten vertragsärztlichen Leistungen“ ausgedehnt. Methoden, die die erforderlichen Kriterien nicht erfüllten, durften nicht weiter als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; Leistungen, die den entsprechenden Kriterien „nicht in vollem Umfang entsprechen“, durften hingegen als erweiterte Satzungsleistungen, die ausschließlich von dem Versicherten zu bezahlen waren, durch Satzungsänderungen in das Leistungsspektrum aufgenommen werden.

4. Darüber hinaus erhielt der Bundesausschuss weitere, ordnungspolitisch nicht unwichtige Aufgaben. Zu diesen gehörte die Erstellung von Vorgaben für die durch das 2. GKV-NOG ermöglichten „erweiterten Satzungsleistungen“ und für die Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung; darüber hinaus sollte er nähere Regelungen über die Beschäftigung von Ärzten in der Praxis von Vertragsärzten sowie zur Anpassung und Neufestlegung der Verhältniszahlen zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung erstellen.

Schon der erste Blick auf diese erhebliche Stärkung der Definitionsmacht des Bundesausschusses lässt deutlich werden, dass dieser noch enger in die staatliche Strategie der „Konsolidierung“ eingebunden werden sollte. Dabei stand insbesondere der Auftrag zur Generalüberprüfung des gesamten Katalogs vertragsärztlicher Leistungen in einem engen Zusammenhang mit dem im politischen Prozess gescheiterten Versuch einer Differenzierung des GKV-Leistungskatalogs. „Im 2. NOG wollte der Staat durch eine Dreiteilung des Leistungskatalogs in Pflicht-, Gestaltungs- und Satzungsleistungen eine Prioritätensetzung vornehmen, die letztlich am Widerstand der betroffenen Leistungserbringer und der Krankenkassen gescheitert ist. Jetzt wird die Prioritätenfindung einem Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten übertragen. (...) Insgesamt erhält der Bundesausschuss eine Aufgabe zugeordnet, die auf politischem Weg nicht zu lösen war, weil die unterschiedlichen Vorstellungen über die zu setzenden Prioritäten zu weit auseinander lagen“ (Neubauer 1997: 12).²⁴ Diese Interpretation kann sich durchaus auf die Intention des Gesetzgebers stützen, den potenziellen Beitrag der Selbstverwaltung zur Kostendämpfung offensiver zu nutzen. In der Begründung des 2. GKV-NOG hieß es: „Der Gesetzentwurf beruht im wesentlichen auf strukturellen Maßnahmen, die die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, auf wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme hinzuwirken, entscheidend verbessern“ (2. GKV-NOG-Entwurf 1996: 36). Auch die Opposition versuchte, auf die stillschweigende Beauftragung des Bundesausschusses zur Leistungskürzung und den Versuch, die für den Staat damit verbundenen Konfliktpotenziale zu umgehen, aufmerksam zu machen. „Wenn regierungsamtliche Politik der Auffassung ist, bestimmte Leistungen der Krankenversicherung müssten aus dem Leistungskatalog gestrichen werden, muss sie das selbst tun und sie dann auch streichen, für diese politische Entscheidung also auch die Verantwortung übernehmen. Sie kann diese Entscheidung – wie ursprünglich versucht – weder den Krankenkassen unter dem bemerkenswerten Titel ‚Gestaltungsleistungen‘ auflasten, noch – wie jetzt ge-

²⁴ Diese Sichtweise, die unter den politischen Akteuren durchaus umstritten ist, schließen sich auch Busse/Schwartz an, wenn sie feststellen: „Nach dem Scheitern des gesetzgeberischen Vorstoßes, substantielle Teile des Leistungskatalogs ausschließlich von den Krankenkassen definieren zu lassen und so dem Wettbewerb zu öffnen, war es folgerichtig, durch das schließlich verabschiedete 2. GKV-NOG die Bedeutung des Bundesausschusses zu erhöhen.“ (1997: 56).

schehen – in die gemeinsame Selbstverwaltung verlagern, indem sie sie beauftragt, über festzulegende Leistungsvolumina die Leistungen auf kaltem Wege auszugliedern“ (Dreßler 1997: 9). Im Ausschuss selbst stieß diese staatliche Beauftragung zur „Leistungsausgrenzung auf kaltem Wege“ durchaus auf positive Resonanz und ging schnell in das Selbstverständnis wichtiger Ausschussakteure ein. So konstatierte der Ausschussvorsitzende Karl Jung, dass „angesichts des gewollten Rückzugs der Politik aus der Verantwortung für die Feinsteuerung der Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung“ der sozialen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen mit dem 2. NOG „ein hohes Maß an Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung übertragen worden“ sei, woraus für die nun anstehende Prioritätenliste mit Blick auf die Generalüberprüfung der vertragsärztlichen Leistungen Konsequenzen entstünden: „Selbstverständlich müssen vorrangig solche Verfahren überprüft werden, die mit großen Ausgaben für die Krankenkassen verbunden sind“ (Jung 1997: 566, 569, 567).

Doch das 2. GKV-NOG erweiterte nicht nur das Handlungsfeld des Bundesausschusses, sondern stärkte auch seine Durchsetzungsfähigkeit. Die zwingende Anhörung zusätzlicher Leistungserbringer im Prozess der Richtlinienerstellung widerspricht dem nur scheinbar. Letztlich lief sie darauf hinaus, die Durchschlagskraft der Richtlinien zu erhöhen, da sich die unzureichende Beteiligung der Leistungserbringer als juristische Schwachstelle erwiesen hatte, die durch die Ausweitung des anhörungsberechtigten Personenkreises durch das 2. GKV-NOG und die anschließende Verabschiedung einer „Verfahrensordnung zur Durchführung von Anhörungen“ durch den Bundesausschuss behoben werden sollte (Jung 1999: 255). In die gleiche Richtung wirkte der Effektivierungs- und Professionalisierungsschub mit Blick auf interne Verfahrensabläufe und Organisationsstrukturen. So wurde zu den Fachausschüssen ein Koordinierungsausschuss errichtet, die Zahl der Arbeitsausschüsse von 16 auf neun reduziert, stellvertretende Mitglieder für die Arbeitsausschüsse bestellt, der Wechsel im Vorsitz zwischen Kassen und Ärzten in den Arbeitsausschüssen vereinbart sowie die Mitwirkung von Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verstärkt (Jung 1997: 566).

Durch das 2. GKV-NOG machte der Bundesausschuss einen großen Schritt in Richtung einer zentralen Regulierungsagentur, die den Auftrag einer konsolidierungskompatiblen Nutzung der zugeteilten Kompetenzen offensichtlich anzunehmen bereit war. Durch eine entsprechende Veränderung der Kontextbedingungen (Budgetierung, Beitragssatzstabilität usw.), aber auch durch die doppelte Ausweitung des Prüfauftrags sowie die Aufgabenzuweisung im Zusammenhang mit der Definition von Satzungsleistungen wurde der Bundesausschuss zum Schlüsselakteur für die Umsetzung der intendierten Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs. Damit zog der Gesetzgeber ihn ins Zentrum der angestrebten ordnungspolitischen Wende von einer gesetzlich vorgegebenen zu einer in Teilen wettbewerblich regulierten Leistungsprofil. Unter dem Slogan „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und der Rede vom „Partnerschaftsmodell“ fand eine Strategie ihre Fortsetzung, mit der der Gesetzgeber durch die Übertragung zentraler Regulierungsaufgaben auf die soziale Selbstverwaltung diese direkt in den Prozess der Rückführung der Leistungen integrierte, um sich – in bester korporatistischer Manier – von den potenziellen Konflikt- und Legitimationsrisiken zu entlasten. Die Novellierung des Anhörungsverfahrens und die Professionalisierung interner Abläufe erhöhten dabei die Durchsetzungsressourcen des Bundesausschusses und somit die Chance, der korporatistischen Beauftragung auch gerecht werden zu könne.

4. Die neue institutionelle Regulierungsstruktur

Die „Spargesetze“ der christlich-liberalen Koalition unter Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hatten zwar zu weitreichenden, auch strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem geführt (Wasem 1998: 24 ff.), verfehlten aber wie die Gesundheitsgesetze zuvor ebenfalls das Ziel einer dauerhaften Stabilisierung oder gar Senkung der Beitragssätze in der GKV. So entstand erneut Handlungsdruck. Hinzu kam jedoch der Ausgang der Bundestagswahl im Oktober 1998, durch den die konservativ-liberale Regierung durch eine sozialdemokratisch geführte Koalition aus SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN abgelöst wurde. Im Wahlkampf hatte die Kritik an den Leistungsausgrenzungen und der massiven Anhebung der Zuzahlungen in den „Spargesetzen“ der Vorgängerregierung eine zentrale Rolle gespielt und zweifelsohne einen Beitrag zum Regierungswechsel geleistet. Damit sah sich die neue Bundesregierung einem nicht unerheblichem Handlungsdruck in der Gesundheitspolitik ausgesetzt. Diesem begegnete sie mit einem unmittelbar nach der Regierungsübernahme eingebrachten „Vorschaltgesetz“ (Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG)²⁵, das kurzfristig zentrale Entscheidungen der letzten Spargesetze der Vorgängerregierung zumindest teilweise korrigierte und zugleich die nächste große Strukturreform vorbereiten sollte.²⁶

Der dann im Juni 1999 von den Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen vorgelegte „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000)“²⁷ wollte die Konsolidierung der GKV-Finzen weniger durch „Sparmaßnahmen“ als durch eine angestrebte Korrektur von Struktur- und Qualitätsdefiziten erreichen. Zugleich setzte es die Strategie der prozesspolitischen Indienstnahme der sozialen Selbstverwaltung fort²⁸. Zum einen wurde die Verantwortung für das neue flexible Globalbudget den Krankenkassen und ihren Verbänden übertragen, die Leistungserbringer jedoch zur Mitwirkung an der Einhaltung der Budgets verpflichtet. Zugleich versuchte der Gesetzgeber den Kompetenzbereich und die Definitionsmacht des Bundesausschusses direkt durch folgende Maßnahmen zu erweitern:

²⁵ BGBl I S. 3853.

²⁶ Das GKV-SolG setze den Trend der Kompetenzausweitung des Bundesausschusses im materiellen Leistungsrecht, allerdings lediglich mit einer Änderung, fort. Durch die Novellierung des § 31 SGB V wurde dem Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, in der Arzneimittel-Richtlinie festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimittel einbezogen werden. Bei dieser Regelung, die erst im Zuge der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit in das Gesetz aufgenommen wurde, handelt es sich im Grunde jedoch lediglich um eine Klarstellung, die nach einem Urteil des Bundessozialgerichts notwendig geworden war. Die neue Vorschrift sollte insbesondere die Ausnahmeregelung in der Arzneimittel-Richtlinie aufrechterhalten, die mit Blick auf die Frage, ob Sondennahrung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig sein sollten, strittig war (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999a, S. 46).

²⁷ Bundestags-Drucksache 14/1245 vom 23.06.1999.

²⁸ So hieß es im Gesetzentwurf explizit: „Die Bundesregierung unterstreicht dabei die herausragende Bedeutung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat die wesentlichen Rahmenbedingungen zu setzen, in denen die Selbstverwaltung mit Hilfe verschiedener Instrumente die gesundheitliche Versorgung steuert.“ (Entwurf GKV-Reform 2000, 1999: 53)

1. Zum einen wurde der sozialversicherungsrechtliche und damit öffentlich – rechtliche Charakter der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern nach § 69 SGB V und damit auch für die Beschlüsse der Bundesausschüsse fest- bzw. klargestellt. Da die Verbände der Kassen und Leistungserbringer in ihren Verträgen einem öffentlichen Auftrag nachkämen, seien sie nicht als Unternehmen im Sinne des Privatrechts, einschließlich des Wettbewerbs- und Kartellrechts, anzusehen. Damit wurden Streitigkeiten und Anfechtungen gegen die Richtlinien nach § 92 SGB V in die Zuständigkeit der Sozialgerichte verwiesen.
2. Zweitens erhielt der Bundesausschuss im Zuge der Ausweitungen der Regelungen zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung den Auftrag, in Richtlinien die Anforderungen hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie der Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung einschließlich der Kriterien für die Qualitätsbeurteilung der vertragsärztlichen Leistung festzulegen. Darüber hinaus solle er für den Einsatz aufwendiger Medizintechnik in der vertragsärztlichen Versorgung diagnosebezogene Leitlinien festlegen. Die Richtlinie über Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung soll dabei auf der Grundlage einer zuvor festgelegten, nach Prioritäten geordneten Reihenfolge erarbeitet werden.
3. Drittens sollte der Bundesausschuss das Nähere über Art und Umfang der neu eingeführten Leistungen der Soziotherapie in einer Richtlinie bestimmen.²⁹ Der Bundesausschuss hat die Einzelheiten der Leistungsinhalte zu definieren. Insbesondere soll er die Krankheitsbilder benennen, bei deren Behandlung Soziotherapie im Regelfall notwendig ist. Ebenfalls hat er Inhalt, Umfang und Dauer der Leistungen sowie Vorgaben für Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit den Leistungserbringern zu bestimmen.
4. Zugleich wurde die Anhörungspflicht des Bundesausschusses für die Hilfsmittel-Richtlinie auf die Organisationen der Hilfsmittel-Leistungserbringer und die Verbände der Hilfsmittelhersteller und für die Mutterschafts- und Schwangerschafts-Richtlinie auf die Verbände der Hebammen und Entbindungspfleger ausgedehnt (§ 92 SGB V).
5. Schließlich erhielt der Bundesausschuss die Kompetenz zur Ergänzung bzw. Korrektur der Arzneimittel-Positivliste durch die Arzneimittel-Richtlinie. Mit der Reform wurde dem Vertragsarzt die Möglichkeit eingeräumt, nicht auf der Positivliste aufgeführte Arzneimittel „ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung“ (§ 33a Abs. 11 SGB V) doch zu verordnen. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel-Richtlinie dies vorsieht. Damit erhielt der Bundesausschuss gewissermaßen den rechtlich wie ordnungspolitisch ungewöhnlichen Auftrag, den Gesetzgeber (als Verordnungsgeber der Positivliste) nicht nur zu ergänzen sondern auch zu korrigieren.

Insgesamt steht diese Neuvermessung der Funktion des Bundesausschusses in der GKV-Reform 2000 nicht isoliert dar, sondern ist Bestandteil einer neuen institutionellen Regulierungsstruktur. Diese wiederum steht in einem engen Zusammenhang mit der Aufwertung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie der sektorenübergreifenden Versorgung, die auf Druck

²⁹ Bei der Soziotherapie handelt es sich um eine Betreuungsleistung für schwer psychisch Kranke zur Vermeidung von Krankenhausbehandlungen, die auf einem Behandlungsplan aufbauen und verschiedene Behandlungselemente (z. B. Heilmittel, häusliche Krankenpflege etc.) zu einer Komplexleistung zusammenfassen soll.

der Krankenkassen wie der SPD-Bundestagsfraktion in die Reform aufgenommen wurde. Zu den neuen Institutionen gehört zum einen der *Ausschuss Krankenhaus* (§ 137c SGB V). Er besteht aus jeweils neun Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses (*Abb. 4*). Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sowie über die Bestellung der Mitglieder, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung barer Auslagen sowie über die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschussmitglieder entscheidet der Ausschuss im gegenseitigen Einvernehmen selbst, wobei sich das Bundesministerium für Gesundheit auch hier im Falle von Nichteinigungen Ersatzvornahmen per Rechtsverordnung vorbehält. Das Bundesministerium für Gesundheit führt ebenfalls die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses.

Abb. 4: Der Ausschuss Krankenhaus (nach: § 137c Abs.2 SGB V)

Mitglieder

Vertreter der Krankenkassen	Vertreter der Leistungsanbieter
Ortskrankenkassen.....3	Krankenhäuser.....5
Ersatzkassen.....2	Bundesärztekammer.....4
Betriebkrankenkassen.....1	
Innungskrankenkassen.....1	
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	
Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	

Aufgaben:

(nach: § 137c Abs. 1 SGB V)

1. Überprüfung neuer und angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Krankenhausbehandlung
2. Abstimmung des Arbeitsplanes und der Bewertungsergebnisse mit den Bundesausschüssen

Quelle: SGB V; eigene Darstellung

Die zentrale Aufgabe des Ausschusses besteht in der beantragten Überprüfung neuer oder bereits angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen gehen. Sie sollen insbesondere darauf hin bewertet werden, ob sie für „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.“ (§ 137c Abs. 1 SGB V). Antragsberechtigt sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenhausträger. Methoden, die nach Überprüfung nicht den genannten Kriterien entsprechen, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wobei die Durchführung klinischer Studien unberührt bleibt. Die Mitglieder sind gesetzliche verpflicht-

tet, ihren Arbeitsplan sowie die Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien zuständigen Bundesausschüssen abzustimmen.

Die zweite neue Institution ist der *Koordinierungsausschuss* (§ 137e SGB V), der im Zuge der Kompromissaushandlung zwischen Regierungskoalition und Opposition, insbesondere auf Druck der Fraktionen der SPD und Bündnis '90/DIE GRÜNEN und in Übereinstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens in das Reformpaket aufgenommen wurde (Abb. 5).³⁰

Abb. 5: Der Koordinierungsausschuss (nach: § 137e Abs. 2 SGB V)

Mitglieder

Vorsitzender des Bundesausschusses Ärzte Krakenkasse	
Vorsitzender des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen	
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus	
<i>Vertreter der Krankenkassen</i>	<i>Vertreter der Leistungserbringer</i>
Ortskrankenkassen.....3	Kassenärztliche Bundesvereinigung.....3
Ersatzkassen..... 2	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ⁽¹⁾2
Betriebskrankenkassen.....1	Deutsche Krankenhausgesellschaft.....3
Innungskrankenkassen.....1	Bundesärztekammer.....1
Landwirtschaftliche Krankenkassen.....1	
Knappschaftliche Krankenversicherung.....1	

Aufgaben

(nach: § 137e Abs. 3 u. 4 SGB V)

1. Gemeinsame Geschäftsführung der Bundesausschüsse
2. Erarbeitung von Kriterien für die Leistungserbringung für mindest. 10 Krankheiten p.a.
3. Abgabe von Empfehlungen zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien notwendigen Verfahren, insbesondere in sektorenübergreifenden Angelegenheiten ⁽²⁾

(1) Bei Beschlüssen nach § 137e Abs. 3 SGBV werden sie durch zwei Vertreter der KBV ersetzt.

(2) Bei Empfehlungen in sektorenübergreifenden Angelegenheiten wirken nur die Vertreter der betroffenen Organisationen mit.

Quelle: SGB V; eigene Darstellung

³⁰ Das Konzept der Fraktionen der Regierungsparteien für einen Koordinierungsausschuss fand in seinen Eckpunkten Eingang in das Gesetz; jedoch wurde die Aufgabenbestimmung des Koordinierungsausschusses im Rahmen einer Soll-Vorschrift definiert, während ursprünglich eine verbindlichere Vorschrift vorgesehen war.

Der Koordinierungsausschuss ist von den Spitzenorganisationen, die den Bundesausschuss und den Ausschuss Krankenhaus bilden, als Arbeitsgemeinschaft zu errichten.³¹³² Er setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus sowie paritätisch aus neun Vertretern der (ambulanten und stationären) Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen. Bei Beschlüssen, die die zahnärztliche Versorgung nicht betreffen, werden die Vertreter der zahnärztlichen Vereinigungen nicht an der Beschlussfassung beteiligt. Auch die Bundesärztekammer wird nicht als Entscheidungsträger einbezogen, erhält aber in zentralen Beschlussfeldern das Recht zur Stellungnahme und wird in Anlehnung an die, im Rahmen der Richtlinienarbeit nach § 92 SGB V aufgestellten, Prinzipien beteiligt. Die Rechtsaufsicht, die durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgeübt wird sowie die Regelungen zum Wirksamwerden der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses sind in Anlehnung an die Vorschriften zur Richtlinienerstellung des Bundesausschusses (nach § 94 SGB V) formuliert. Die zentralen Aufgaben des Koordinierungsausschusses sind:³³

1. Die Gewährleistung einer gemeinsamen Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Dabei kann der Koordinierungsausschuss zur Durchführung der Geschäftsführung Personal in dem von ihm für notwendig befundenen Umfang einstellen. Die Verteilung der Kosten haben die beteiligten Spitzenorganisationen in der zu erlassenden Geschäftsordnung zu regeln.
2. Die Erarbeitung von Kriterien für eine in Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr. Die Kriterien sollen auf der Basis wissenschaftlich fundierter (sog. evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen und sich auf den ambulanten und stationären Sektor erstrecken. Priorität sollen solche Krankheiten haben, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen würde. Dabei sollen die Kriterien „durch die Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten eine große gesundheitsökonomische und medizinische Relevanz haben. Ebenso müssen sie versorgungsspezifische und ggf. versorgungsübergreifende Anforderungen ausreichend erfüllen“ (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171). Zugleich soll der Koordinierungsausschuss Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung notwendi-

³¹ Dies geschieht in Anlehnung an die durch das GSG eingeführte Möglichkeit der Errichtung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Verbänden der Vertragsärzte und anderer Leistungserbringer nach § 219 SGB V.

³² Der vorliegende Text wurde Mitte Mai 2001 abgeschlossen; zu diesem Zeitpunkt befand sich der Koordinierungsausschuss noch in der Phase der Konstituierung.

³³ Nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit am vorliegenden Manuskript brachten die Fraktionen der Regierungsparteien am 26.06.2001 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ in den Bundestag ein. Dieser sah im Rahmen der geplanten Reform des Risikostrukturausgleichs und der Einführung von „strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“ („Disease-Management-Programmen“) weitere Aufgaben für den Koordinierungsausschuss vor. Demnach soll der Ausschuss bis zum 30. April 2002 dem Bundesministerium für Gesundheit bis zu sieben geeignete chronische Krankheiten empfehlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen, um die Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern (vgl. Bundestags-Drucksache 14/6432).

gen Verfahren und zu ihrer Dokumentation durch die Leistungserbringer erlassen. Er kann dabei eine sachverständige Stabsstelle einrichten. Um wissenschaftliche Erkenntnisse in ausreichendem Maße einbeziehen zu können, kann er darüber hinaus auf externen wissenschaftlichen Sachverstand zurückgreifen.

3. Die Abgabe von Empfehlungen in sonstigen, sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. An diesen Entscheidungen wirken die Spitzenverbände der jeweils Betroffenen Leistungserbringer durch das Recht auf Stellungnahmen – ebenfalls in Anlehnung an die Regelungen der Richtlinienerstellung des Bundesausschusses – mit. Der Koordinierungsausschuss hat diese bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die durch den deutschen Krankenpflegerrat sowie die zuständigen Gewerkschaften vertreten werden können.

Aufgabendefinition, Verfahrensregeln und institutionelle Ausgestaltung der neuen Regulierungsstruktur lassen deutlich werden, dass der Gesetzgeber insbesondere vier Ziele verfolgte:

Erstens sollten nicht nur der Zuständigkeitsbereich des Bundesausschusses weiter ausgeweitet, sondern auch die Verbindlichkeit seiner Entscheidungen erhöht werden. Vor allem durch die klarstellende Zuweisung des Rechtsweges zu den Sozialgerichten in Verfahren, in denen von den Entscheidungen des Bundesausschusses (wie anderer Institutionen der GKV) betroffene Dritte Ansprüche auf wettbewerbs- oder kartellrechtlicher Grundlage anmelden, sollte die Vetomacht der Leistungsanbieter eingeschränkt werden, die bisher über den Rechtsweg vor den Zivilgerichten immer wieder Blockaden errichtet hatten (Engelmann 2000b).

Zweitens sollten durch den Ausschuss Krankenhaus Bewertungsphilosophie und –praxis des Bundesausschusses, die bisher auf den Bereich ambulanter vertragsärztlicher Versorgung beschränkt waren, auf den stationären Sektor übertragen werden. Mit dem neuen Ausschuss sollte „in Anlehnung an die in der ambulanten Versorgung etablierten Verfahren ein Gremium geschaffen (werden), das Art und Qualität der im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den Maßstäben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis erforderlich sind.“ (GKV-Gesundheitsreform 2000-Entwurf 1999: 90). Damit sollte verhindert werden, dass Leistungen, die die Zulassung des Bundesausschusses nicht erhalten hatten, im stationären Bereich durchgeführt und abgerechnet werden konnten.

Drittens war mit der neuen Regulierungsstruktur der Versuch der Stärkung der bisher lediglich rudimentären Vorschriften zur integrierten Versorgung verbunden, die durch die GKV – Reform 2000 eine generelle Aufwertung erfahren hatten (vgl. dazu §140 a-h SGB V). Die gemeinsame Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus durch den Koordinierungsausschuss dient „der Absicherung eines abgestimmten Entscheidungsverhaltens durch Koordinierung der Arbeit im Vorfeld der Beschlussfassung der einzelnen Ausschüsse“; und die Abgabe von Empfehlungen in Angelegenheiten, die mehrere Ausschüsse betreffen soll die „Sicherung sektorenübergreifender, widerspruchsfreier Entscheidungen“ in den Ausschüssen bewerkstelligen (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171).

Viertens wurden durch die Funktionsbestimmung der neuen Ausschüsse die veränderten Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung stärker als bisher auf die Kriterien und Standards der „Evidence-based Medicine“ (EBM) verpflichtet (Wigge 2000: 579 ff.). Damit folgte der Gesetzgeber der auch in der BUB-Richtlinie des Bundesausschusses zum Ausdruck kommenden Orientierung. Insbesondere die durch den Koordinierungsausschuss zu erarbeitenden Kriterien, die zugleich für den ambulanten wie den stationären Sektor gelten, sollen „indikationsbezogene Behandlungskorridore“ markieren und „auf der Basis wissenschaftlich fundierter (evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen.“ (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171).

IV. Interessenlagen und Handlungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur

1. Die „konsolidierungskompatible“ Akteurskonstellation im Bundesausschuss

Der – sicher cursorische – Blick auf die „Großen Gesundheitsreformen“ seit dem GRG hat nicht nur die sukzessive Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen des Bundesausschusses, sondern zugleich eine enge Korrespondenz *mit* und Integration *in* die gesundheitspolitische Wende in Richtung der kostendämpfenden Spar- und Strukturpolitik deutlich werden lassen. Zweifelsohne lag es in der Intention des Gesetzgebers, dem Bundesausschuss hier eine strategische Schlüsselrolle zuzuweisen und ihn durch eine entsprechende legislative Ausstattung auch in die Lage zu versetzen, die ihm erteilten Aufträge auch exekutieren zu können. Hinzu kamen die Implementierung des Grundsatzes der Beitragsstabilität, die Begrenzung der Ressourcen durch eine grundlohnorientierte Budgetierung sowie die Einführung und Verschärfung des Kassenwettbewerbs. Diese Maßnahmen generierten auf Kassen- wie auf Ärzte-seite neue Interessenlagen, die auch das Handeln im Bundesausschuss nicht unberührt lassen. Jedenfalls legt es die so entstandene Interessenkonstellation den Ausschussakteuren weit stärker als bisher nahe, den Umfang des beitragsfinanzierten Leistungskatalogs eher restriktiv als expansiv zu definieren.³⁴

Das gilt offensichtlich für die organisierte Ärzteschaft.³⁵ Bedeutet ein expandierender Leistungskatalog unter der Bedingung nach oben offener Finanzvolumina direkte Einkommens-

³⁴ Nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit am vorliegenden Manuskript brachten die Fraktionen der Regierungsparteien am 19.06.2001 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz – ABAG)“ in den Bundestag ein, durch den die Arznei- und Heilmittelbudgets abgelöst und die Haftungen der jeweiligen KVen bei Überschreitung des Budgets („Kollektivregress“) rückwirkend aufgehoben werden sollten. Statt dessen sollten die jeweiligen KVen und die Kassenverbänden „Arzneimittelvereinbarungen“ treffen, die an Stelle eines starren Budgets a.) ein „Ausgabevolumen“ für (jetzt getrennt zu regelnde) die jährlichen Arznei- und Heilmittelausgaben, b.) Zielvereinbarungen zur Erreichung der vorgegebenen Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und c.) Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabevolumens umfassen sollten. Zusätzlich sollten die Vertragspartner auf das jährliche Ausgabenvolumen bezogene, arztgruppenspezifische und fallbezogene Richtgrößen vereinbaren, die dem Vertragsarzt bei seinen Verordnungsentscheidungen als Orientierungsgrößen dienen sollten. Dabei sollte sich das Richtgrößenvolumen aus der Summe der je Behandlungsfall bestimmten Richtgrößen im Kalenderjahr ergeben, wobei eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (nach § 106 Abs. 5a SGB V) auslösen sollte (vgl. Bundestags-Drucksache 14/6309).

³⁵ Das gilt offensichtlich aber auch für den Vorsitzenden des Bundesausschusses, der sich dezidiert für eine Aufspaltung des Leistungskataloges in Kern- und Ergänzungsleistungen ausgesprochen hat (Schwartz/Jung 2000: 72 f.).

zuwächse, so stellt die Budgetierung der Finanzmittel für die ambulanten Versorgung eine direkte Einkommensbegrenzung dar. Da jede in den gesetzlichen Leistungskatalog neu aufgenommene Leistung bei real konstantem Budget lediglich den Verfall der Punktwerte und damit des abrechenbaren Preises für die Einzelleistungen hervorruft, wundert die seit Jahren zu beobachtende Strategie der organisierten Ärzteschaft nicht. Entweder protegieren sie konzeptionellen oder politischen Ansätze, die auf eine Rückführung des beitragsfinanzierten Pflichtleistungen und ihre Ergänzung durch privat zu liquidierende „individuelle Gesundheitsleistungen“ hinauslaufen (könnten) (Abholz 1998); oder es werden in der ein oder anderen Form Forderungen zur Erschließung zusätzlicher Budgetmittel in die Debatte gebracht. Der Versuch, eine Steigerung der Ärzteteinkommen über die Generierung neuer außerhalb des Budgets abrechenbarer Leistungen oder zusätzliche „Budgettöpfe“ zu realisieren, kann als strategische Konstante vertragsärztlicher Interessenvertretung unter Budgetierungsbindungen gelten.

Dass sie auch für das Verhalten der KBV im Bundesausschuss strategieprägend wirkt, ist seither an einigen Konflikten deutlich geworden, in denen von der Kassenseite zur Anerkennung empfohlene neue Leistungen oder Untersuchungsmethoden auf Ablehnung der Ärzteschaft trafen.³⁶ Diese Konfliktstruktur prägte etwa den Streit um die Anerkennung der Magnetresonanztomografie (MRT) zur Diagnostik von Brustkrebsrezidiven. Sie wurde durch die Kassenvertreter protegirt, von der Ärzteseite aber abgelehnt. Der Grund für die Ablehnung durch die KBV lag weder in einem etwaigen Nachweis mangelnder Nützlichkeit oder fehlender Wirtschaftlichkeit, sondern, wie der ärztlichen Berichterstattung zu entnehmen war, in den mit ihrer Anerkennung verbundenen und von der Ärzteseite abgelehnten Einkommenseffekten. Nachdem die Kassenverbände den Kassenärzten vorgeworfen hatten, den Frauen eine notwendige Untersuchungsmethode zu verweigern, zitierte die Ärzte Zeitung (v. 2.5.2001) die Erwiderung der KBV mit den Worten: „Die Leistungen können die Krankenkassen sofort haben, wenn sie die Kosten zusätzlich zu den Budgets zahlen.“ Zugleich wurde verdeutlicht, dass es sich bei dieser Haltung nicht um einen Sonderfall, sondern um die Konsequenz einer grundlegenden strategischen Positionierung der KBV im Bundesausschuss handelt: „Denn die Selbstverwaltung der Kassenärzte hat sich intern festgelegt: Neue Leistungen, die zusätzliche Arbeit der Vertragsärzte bedeuten, müssen auch zusätzlich über das bisherige Honorarbudget hinaus bezahlt werden. Sie wollen ohne zusätzliches Honorar keine neuen Leistungen im Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen anerkennen.“ Ohne an dieser Stelle den Problemkomplex einer angemessenen Entlohnung vertragsärztlicher Leistungen thematisieren oder gar entscheiden zu wollen, so zeigt dieser Konflikt, wie unmittelbar durch politische Interventionen (Budgetierung) konstituierte Interessenlagen sich in Strategie- und Handlungspräferenzen übersetzen, die sich gleichsam „hinter dem Rücken der Betroffenen“ in regierungskompatiblen Verhaltensweisen niederschlagen.

Etwas komplizierter sieht es auf Seiten der Krankenkassen aus (Heberlein 1999: 130). Auf der eine Seite entspricht die tendenziell expansive Orientierung in der Definition des Leistungskataloges ihren Interessenlagen. Die Krankenkassen beziehen einen erheblichen Teil ihrer öffentlichen Reputation aus der Funktion des „Wächters der Versicherteninteressen“ und unterliegen bei der Ablehnung neuer Arzneimittel oder Behandlungsverfahren einem hohen öffent-

³⁶ Zu den internen Mechanismen der Strategiebildung innerhalb der KBV vgl. Webber 1992.

lichen Rechtfertigungsdruck.³⁷ Zugleich gehen die Ablehnung neu beantragter oder die Ausgrenzung bereits anerkannter Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog mit einer Einschränkung des verbandsvertraglich regulierbaren Geltungsbereichs einher. Dies reduziert nicht nur die Bedeutung der Kassenverbände als den vertragsschließenden Parteien, sondern auch die „unternehmerische Produktpalette“ der Kassen; eine Entwicklung, aus der schnell auch eine Verschlechterung der strategischen Wettbewerbsposition gegenüber der privaten Krankenversicherung – gerade im Ringen um die „guten Risiken“ in der Gruppe der freiwillig Versicherten – resultieren kann.

Doch auch hier hat der Kassenwettbewerb neue Spielregeln implementiert. Vor allem für wettbewerbsstarke Kassen wächst das Interesse an möglichst breiten Grauzonen im Leistungsrecht, in denen über die Aufnahme einer Leistung in den GKV-Leistungskatalog (noch) nicht entschieden ist und für die mitunter Kostenübernahmen auf Wunsch von Versicherten einfach praktiziert werden können. In die gleiche Richtung weisen Optionen für eine Differenzierung des Leistungskatalogs über gesetzlich ermöglichte „Gestaltungs“- oder „Satzungs“-Leistungen. Auch diese eröffnen den einzelnen Kassen Spielräume in der Leistungs- und damit in der Wettbewerbspolitik. Je breiter das Spektrum der möglichen „Grauzonen- oder Zusatzleistungen“, um so eher sind Kassen mit den entsprechenden finanziellen Voraussetzungen (und d. h. mit der entsprechenden Marktposition) in der Lage, aus niedrigen Beitragssätzen und kassen(arten)spezifischen Leistungsprofilen ein im Wettbewerb um die guten Risiken attraktives „Produkt“ anzubieten; und um so höher ist das Interesse, eine potenzielle Grauzonen- oder Zusatzleistung nicht in den gesetzlichen Katalog aufzunehmen und sie damit dem Wettbewerb zu entziehen.

In dieser Situation erweisen sich die zu beobachtenden Bestrebungen, auch über die Kassenartengrenzen hinweg „Wettbewerbs- und Verteilungskoalitionen“ (Olson 1995) zu bilden, um verstärkt auf eine Öffnung des einheitlichen Leistungskataloges für den Wettbewerb zu drängen, als durchaus rational. So heißt es etwa im „Grundsatz-Dokument“ der sog. „Forums-Kassen“: „Der weitgehend einheitliche Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung macht Preis und Service zu den einzigen echten Entscheidungsparametern für die Versicherten. Diese starre Reglementierung ist weder zeitgemäß noch passt sie in ein wettbewerblich orientiertes System. (...) Wahlmöglichkeiten können die Bevormundung ablösen, ohne dass damit Abstriche am Grundprinzip der Solidarität, an der Qualität der Versorgung und am Umfang des Versicherungsschutzes verbunden sind.“ (Techniker Krankenkasse/Siemens-Betriebskrankenkasse o. J.: 7)³⁸ Mag die Interessenlage mit Blick auf den Leistungskatalog bei den Einzelkassen oder Kassenarten auch heterogen und widersprüchlich, oftmals von anderen Interessen tangiert und durch die jeweilige Wettbewerbsposition gebrochen sein: die gemeinsame und einheitliche Interessenbasis für eine primär an der Versorgungsqualität ausgerichtete Definition des gesetzlichen Leistungskataloges ist unter dem Wettbewerbsregime mehr als labil. Lag also noch der „doppelten Inklusion“ (Alber 1992: 24 ff.) im Gesundheitswesen in

³⁷ Dieser Legitimationsdruck resultiert insbesondere aus der Eingangs dieses Beitrages erwähnten Erwartungshaltung der Bevölkerung; Webber (1988: 166 f.) weist zu Recht darauf hin, dass diese als eine wichtige „Kontextvariable“ gesundheitspolitischen Handelns in die Analyse einbezogen werden muss.

³⁸ Bei den sogenannten „Forums-Kassen“ handelt es sich um eine Art „strategische Allianz“ wettbewerbsstarker Betriebs- und einer Ersatzkasse, die über die Grenze der Kassenart und der jeweiligen Verbandsstruktur ein Bündnis u. a. mit dem Ziel eingegangen sind, sich politisch für die Erschließung neuer Wettbewerbsfelder in der Krankenversicherung zu engagieren.

den 60er und 70er Jahren ein von Ärzteschaft und Krankenkassen geteiltes Interesse an einer eher expansiven Orientierung bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs zu Grunde, so ist diese Basis im Zuge der Konsolidierungspolitik längst erodiert.

2. *Mit EBM-orientierter Qualitätssicherung zum „puristischen Leistungskatalog“?*

Die durch Budgetierung und Kassenwettbewerb geprägte Akteurskonstellation im Gesundheitssystem generiert also Interessenlagen und Handlungspräferenzen, die beiden Seiten eine „konsolidierungskompatible“ Verhaltensweise im Bundesausschuss nahelegen. Zugleich existieren Hinweise einer dieser Interessenlage entsprechenden Praxis. Vor allem die (teils gesetzlich vorgegebene, teil selbst erzeugte) Verpflichtung der leistungsregulierenden Gremien (des Bundesausschusses, aber natürlich auch des Ausschusses Krankenhaus) auf Qualitätssicherungsmaßnahmen nach den Kriterien der Evidence-based Medicine könnte sich als Einfallstor bzw. als Vehikel einer Verstetigung dieser Politik erweisen. Neue Methoden haben bis zu ihrer Anerkennung mehrere Nadelöhre zu passieren. Zunächst müssen sie im Rahmen des nach der Verfahrens-Richtlinie formalisierten Verfahrens Berücksichtigung finden. Entweder aufgrund eigener Präferenzen oder auf Initiative Externer (etwa von Berufsverbänden, Patientengruppen, Sozialrichtern, Gerätehersteller usw.) hin, können die KBV, die KVen oder die Verbände der Krankenkassen die Beratung einer bestimmten Methode beantragen. Bei der Auswahl der Beratungsthemen berücksichtigen Ärzte und Krankenkassen neben der aktuellen Entwicklung des Leistungsgeschehen auch Unterlagen, in die bereits EBM-orientierte Prüfkriterien Eingang gefunden haben können und die die beantragte Methode als bereits etablierte Praxis ausweisen. „Beratungsanträge müssen durch plausible Unterlagen belegen, dass sich eine Methode als neuer therapeutischer oder diagnostischer Standard etabliert hat, und deshalb ihre Einführung in die ambulante Versorgung zur Diskussion steht.“ (Jung 2000c: 366). Dem schließt sich der eigentliche Bewertungsvorgang an, der sich umfassender EBM-Kriterien bedient. In diesem Prozess wurden in der Arbeit des Bundesausschusses mitunter dezidierte Schritte in Richtung einer Rückführung des beitragsfinanzierten Leistungskatalogs ausgemacht. „Verbunden mit den medizin-fachlichen Bestrebungen der Evidence-based Medicine (EBM) zielt er darauf ab, den Teil des Medizinbetriebs, der sich aus Mitteln der GKV finanziert, tendenziell zurückzuführen auf qualitätsgesicherte Mittel und die Behandlung von Krankheiten im engeren und unbestrittenem Sinne.“ (Heberlein 1999: 129). Auch der erhoffte Zuwachs an Rationalität in der Bewertung erbrachter oder neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird verschiedentlich abschlägig beschieden: „Die bisherige Entscheidungspraxis des Bundesausschusses im Anschluss an das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz hat eher zu einer Ausgrenzung von Leistungen für Versicherte geführt, ohne dass im Einzelfall aus den Entscheidungen des Bundesausschusses ersichtlich geworden wäre, dass die ausgeschlossene Methode tatsächlich nicht die vom Gesetzgeber geforderten Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit erfüllen.“ Zugleich sei mit Blick auf die insbesondere in der BUB-Richtlinie festgelegten Standards sowie die bisherige Entscheidungspraxis des Bundesausschusses zu befürchten, dass auch in Zukunft „die angebliche Qualitätssicherung durch den Ausschuss aufgrund der für viele Behandlungsmethoden nicht erreichbaren strengen Stan-

dards zu einem Ausschluss des medizinischen Fortschritts in der gesetzlichen Krankenversicherung führt“ (Wigge 2000: 579 und 585).³⁹

Auch wenn aus der Analyse von Einzelentscheidungen schon aus methodischen Gründen nicht unmittelbar auf eine vollständige Verifizierung der Ausgrenzungsthese in der Praxis des Bundesausschusses geschlussfolgert werden sollte, verweisen die hier formulierten Vorbehalte zu Recht auf die Ambivalenz einer ausschließlich EBM-orientierten Qualitätssicherungspraxis.⁴⁰ Sowohl die ausschließliche Anwendung als auch die umstandslose Ablehnung von EBM-Kriterien kann mit Blick auf das Ziel einer qualitativ optimalen und trotzdem Wirtschaftlichkeitskriterien genügenden Versorgung der Patienten in die Irre führen. Auf der einen Seite eröffnet die Evidence-based Medicine zweifelsohne Chancen zu höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. So beschreibt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Evidence-based Medicine als „eine dringend notwendige und zeitgemäße Form eines kritischen, effizienten und anwendungsbezogenen Informationsmanagements zur Optimierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient“ und warnt vor grundlegenden Missverständnissen mit Blick auf das Grundverständnis und die Leistungsfähigkeit von Evidence-based Medicine. Solche bestünden u. a. in der „Reduktion der evidenzbasierten Medizin auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin oder eine ‚Lehre der ‚Evidenzklassen‘“ oder in dem „Vorwurf des Szientismus im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruchs von externer wissenschaftlicher Evidenz.“ (Sachverständigenrat 2000/2001: 65). In einer solchen Form sind zweifelsohne auch von einer Hereinnahme von EBM-Kriterien in den Entscheidungsprozess des Bundesausschusses positive Effekte zu erwarten. So könnten sie dazu beitragen, „mittels nachprüfbarer Kriterien problematische Ausweitungen im Leistungsspektrum zu vermeiden. Sie hat zudem nicht zuletzt das Ziel, die Diskussion um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu versachlichen und zu entpolitisieren.“ (Abholz/Schmacke 2000: 13; Kunz/Neumayer 1998).

Auf der anderen Seite ist die große Gefahr nicht von der Hand zu weisen, das die Evidence-based Medicine gerade im durch ökonomische Interessen „überdeterminierten“ Aushandlungsprozess in Form jener Trivialpostulate wirkungsmächtig wird, vor denen (nicht nur) der Sachverständigenrat warnt. Gerade wenn sich die an den naturwissenschaftlich-statistischen Standards orientierende Evidence-based Medicine nicht mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen der Patienten verbindet, könnte sich die an EBM-orientierten Entscheidungskriterien mit Blick auf das „soziale Phänomen Krankheit“ schnell als unterkomplex erweisen und eine ausschließliche Orientierung an EBM-Kriterien in eine Unter- bzw. Fehlversorgung münden. Dies gilt insbesondere für den „Grauzonenbereich“ ärztlichen Handelns, in denen die beste verfügbare Evidenz zum diagnostischen und therapeutischen Handeln am Patienten unvollständig oder widersprüchlich ist. (Sachverständigenrat 2000/2001: 65 ff.) Nach wie vor ist davon auszugehen, dass nur etwa 4 % aller Dienstleistungen, die in

³⁹ Wigge macht seine Einschätzung u. a. an der Nichtaufnahme der sog. „Hyperbaren Sauerstofftherapie (Druckkammertechnik)“ in den gesetzlichen Leistungskatalog durch die Entscheidung des Bundesausschusses fest (2000: 580)

⁴⁰ Eine systematische Gesamtanalyse der Einzelentscheidungen des Bundesausschusses, die auf einer empirisch gesicherten Grundlage Aussagen über Frage zuließe, ob die hier aufgezeigte Intention des Gesetzgebers, den Bundesausschuss zu einem Zentrum seiner Kostendämpfungspolitik zu machen, in die Bewertungs- und Entscheidungspraxis umgesetzt werden konnte, steht noch aus.

Ambulanz und Krankenhaus erbracht werden, dem Anspruch auf „belastbare“ Evidenz genügen, während 45 % lediglich einfacheren Evidenz-Kriterien und etwa 51 % keiner wissenschaftlichen Evidenz genügen (Abholz/Schmacke 2000:11).

Unter Berücksichtigung dieser Strukturdefizite EBM-orientierter Qualitätsprüfung und Bewertung ist davon auszugehen, dass eine zu enge Fixierung auf Evidence-based Medicine fast zwangsläufig zu unrealistisch hohen Hürden bei der Anerkennung infrage stehender Leistungen und Verfahren oder einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Verengung der therapeutischen Optionen führen muss. Die praktizierte Selbstkorrektur, die der Bundesausschuss mit Blick auf die Änderung der Evidenzanforderungen im Übergang von der NUB- zur BUB-Richtlinie vollzogen hat, kann die Gefahr weiterhin überspannter Anforderungen an neue Leistungen, Verfahren und Methoden nicht bannen. Zwar wurde die generelle und ausnahmslose Geltung der Anforderungen der Evidenzstufe I in der NUB-Richtlinie insofern relativiert, als bei fehlenden Studien dieser Evidenzklasse der Ausschuss nun „aufgrund der Unterlagen der bestvorliegenden Evidenz“ entscheidet; doch auch diese Entscheidungsgrundlage kann schnell in einen „puristischen Leistungskatalog“ (Abholz/Schmacke 2000: 13) führen, der lediglich nach dem heutigen Stand der Erkenntnis sehr gut evaluierbare Leistungen enthält bzw. Leistungen ohne definitionsgemäß „höhergradigen“ Evidenzklassen aus dem GKV-Katalog heraus nimmt und diese ggf. dem Privatisierungs- und Vermarktungsprozess in Form von „Grauzonen- oder Zusatzleistungen“ anheim stellt. Darüber hinaus dürften insbesondere komplexe Versorgungsmaßnahmen mit relevanten Anteilen von Zuwendungsmedizin sowie Interventionen, hinter deren Anwendung keine formierten kommerziellen Interessen stehen und für die keine finanzaufwendigen Studien durchgeführt werden, durch das Raster der EBM-Prüfkriterien fallen.⁴¹ Die Sachlage bleibt ambivalent: Evidence-based Medicine im allgemeinen, eine an ihr ausgerichtete Qualitätssicherung im besonderen sind sowohl mit der Chance einer höheren Rationalität in der Versorgung als auch als Instrument der Leistungsausgrenzung mit dem Ziel eines „puristischen Leistungskatalogs“ handhabbar. Eine Zwangsläufigkeit in die ein oder andere Richtung existiert jedoch nicht.

3. *Widersprüche und potenzielle Handlungsblockaden in den neuen Regulierungsgremien*

Bereits vor der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 waren Restriktionen deutlich geworden, die den Bundesausschuss in seiner Regulierungsfunktion blockierten und damit auch der Umsetzung seines ihm zugewiesenen und angenommenen „Konsolidierungsauftrags“ im Wege standen (Borchert 1999). Obwohl vom Gesetzgeber als mustergültiges intermediäres Entscheidungsgremium konzipiert, beinhalteten die Gesetze, die seine sukzessive Aufwertung bewirkten, immer auch zugleich Korrektur- und Stabilisierungsversuche, die in der Praxis deutlich gewordene Schwachstellen korrigieren sollten. Selbst nach der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde aus dem Bundesausschuss heraus die

⁴¹ Aus dieser Gefahren- und Defizitanalyse haben Abholz/Schmacke (2000) „die Förderung einer Diskussion zu den ‚Gütekriterien‘ außerhalb der biostatistisch als unstrittig ermittelten Evidenz“ gefordert und u. a. vorgeschlagen, die Rationalität bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren durch die Erweiterung der Forschungsmethoden zu vergrößern und im Rahmen eines „Konzeptes der realitätsgeleiteten Akzeptanz nicht-evidenzbasierter Leistungen“ insbesondere das Feld der Zuwendungsmedizin schärfer in das Blickfeld zu rücken und ihm innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs adäquaten Raum einzuräumen.

Meinung vertreten, auch die neue Rechtsgrundlagen würden dem erneut ausgeweiteten Auftrag nicht gerecht; erneut habe es der Gesetzgeber versäumt, dem Bundesausschuss „das zur Bewältigung seiner Aufgaben erforderliche rechtliche Instrumentarium zur Verfügung zu stellen.“ (Jung 2000a: 6), ach wie vor sei er lediglich mit „stumpfen Waffen“ ausgestattet (Jung 2000b: 56). Damit definiert sich der Bundesausschuss selbst als „Instrument zur Gestaltung und Begrenzung der Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten“ (Jung 2000c: 369), das für die Umsetzung dieses Selbstverständnisses jedoch nicht über die notwendigen Mittel verfüge.

An Brisanz gewann der Konflikt zwischen dem konfliktträchtigen Handlungsauftrag und den wenig konfliktbewährten Handlungsinstrumenten in dem Maße, in dem der „Kostendämpfungsauftrag“ im gesetzlichen Auftrag wie im Selbstverständnis der Bundesausschuss-Akteure an Bedeutung gewann. Die defizitäre Handlungsgrundlage besteht zum einen in der Tat in der „Nachlässigkeit des Gesetzgebers in der Einzelausstattung der Rechtsgrundlagen“ (Jung 1999: 259). So hat sich der Gesetzgeber bisher jeglicher Aussagen zur Rechtsnatur des Bundesausschusses, zur Rechtsqualität der Richtlinien und zu deren Rechtswirkungen gegenüber Dritten enthalten. Regelungslücken sind auch mit Blick auf das Verfahren des Zustandekommens, der Anhörung von Verbänden sowie zu den Regularien und Folgen der Anfechtung der Richtlinien und schließlich der Möglichkeiten der Anfechtung einer auf dem Wege der Ersatzvornahme zustande gekommenen Richtlinien durch den Bundesausschuss zu verzeichnen. Wurden diese Lücken durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des Bundessozialgerichts, teilweise geschlossen, so erweisen sich diese und ungeklärte Rechtsfragen in Hinblick auf die verfassungsrechtliche Legitimation der Richtlinien-Entscheidungen immer wieder als Schwachstellen, die insbesondere in ihren Einkommensinteressen negativ betroffenen Leistungserbringern als Ansatzpunkte zur Mobilisierung von Vetomacht dienen (Schimmelpfeng-Schütte 1999, Hiddemann 2001, Koch 2001). Auch nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 setzte sich der Streit um die immer wieder bestrittene Kompetenz des Bundesausschusses fort, im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinie Leistungen aus dem Leistungskatalog auszuschließen und Arzneimittelgruppen für die durch die Spitzenverbände vorzunehmende Festsetzung von Festbeträgen zu bilden (Kaesbach 2001).

Die hier beklagte „falsche Sparsamkeit des Gesetzgebers“ (Jung 1999: 257) mit rechtlichen Klarstellungen lässt sich im übertragenen Sinne auch mit Blick auf die neue institutionelle Regulierungsstruktur feststellen. Auch sie dürfte nicht ohne weiteres in der Lage sein, die staatlichen Hoffnung auf eine EBM-orientierte Qualitätssicherung und zugleich kostensenkende Praxis bei der Regulierung des Leistungsgeschehens zu erfüllen; zu inkonsistent, widersprüchlich und unvollständig scheint das zu sein, was den Aushandlungsprozess zwischen den diversen Lobbygruppen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens verlassen hat. Vom System diverser miteinander verzahnter Bundesausschüsse, wie es von der SPD-Bundestagsfraktion in einem Änderungsantrag und von dem Vorsitzenden des Bundesausschusses, Karl Jung (1999: 262 f.), im Vorfeld der Beschlussfassung des GKV-Reformgesetz 2000 gefordert worden war, sind lediglich Einzelkomponenten realisiert worden. Dabei könnten sich die erhebliche Inkonsistenzen, die über die Unterschiede in der Namensgebung („Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, aber „Ausschuss Krankenhaus“) weit hinausreichen, leicht zu Handlungsblockaden auswachsen. So soll der Ausschuss Krankenhaus zwar Aufgaben und Funktion des Bundesausschusses im stationären Sektor nachbilden, gleichwohl wurde ihm da-

bei unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe zur Verfügung gestellt. Hat der Bundesausschuss seine Entscheidungen mit Blick auf den diagnostischen und therapeutischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit einer Methode zu treffen (§ 135 SGB V), so hat der Ausschuss Krankenhaus zu prüfen, ob eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist; hat diese Bewertung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse vonstatten zu gehen, so hat der Bundesausschuss dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen. Hinzu kommen Unterschiede in den organisatorischen Regelungen. Nach dem Wortlaut des § 137 SGB V haben nicht der Ausschuss selbst, sondern die ihn tragenden Spitzenverbände die Bewertungsentscheidungen zu treffen, wobei – auch hier im Unterschied zu den Vorschriften in § 91 SGB V für den Bundesausschuss – jedwede Regelungen über das Beschlussverfahren fehlen. Da eine Trägerorganisation erheblich anfälliger gegenüber externen politischen wie rechtlichen Anfechtungen sein dürfte, wurde bereits im Vorfeld der parlamentarischen Entscheidungen „die Funktionsunfähigkeit des Ausschusses“ befürchtet (Jung 2000b). In die gleiche Richtung könnte das Fehlen von Aussagen über Beanstandungsmöglichkeiten für von Beschlüssen des Ausschusses Betroffene und über die Veröffentlichungskonditionen und das Inkrafttreten von Beschlüssen wirken. Ungeklärt bleibt schließlich, welche Handlungsinstrumente dem Ausschuss mit welcher Verbindlichkeit zur Verfügung stehen; während die Reichweite der Richtlinie des Bundesausschusses nach mehreren Jahrzehnten Praxis, Rechtssprechung und Gesetzgebung bis heute strittig ist, bleibt die Verbindlichkeit der Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus nahezu völlig im Dunkeln.⁴² Es ist abzusehen, dass von den Beschlüssen des Ausschusses Krankenhaus betroffene Dritte die vorhandenen Rechtsunsicherheiten zu ihrem Vorteil zu nutzen versuchen werden; Effizienz und Verbindlichkeit der Arbeit des Ausschusses könnten dadurch eine erhebliche Beeinträchtigung erfahren.

Auch der Koordinierungsausschuss ist durch inkonsistente und uneindeutige gesetzliche Vorschriften belastet, die sich als Hürden für die Entfaltung seiner potenziellen Regulierungsfunktion und Vorzüge erweisen könnten. Zu diesen Vorzügen wäre neben der allgemeinen Koordinierungs- und Qualitätssicherungsfunktion die Chance zu einer Professionalisierung zu zählen, die mit der möglichen personellen Aufstockung im Rahmen der ausschussübergreifenden Geschäftsführung eröffnet wurde und die der chronischen personellen Unterbesetzung des Bundesausschusses entgegenwirken könnte; auch der Verlust der informellen Machtressourcen auf Seiten der Ärzteschaft, der mit dem Übergang der Geschäftsführung von der KBV auf den Koordinierungsausschuss verbunden ist, könnte den Druck in Richtung restriktiver Prüfungspraxis etwas mildern. Doch bereits in der Konstituierungsphase des Ausschusses wurde deutlich, dass sich die konfligierenden (ökonomischen und machtpolitischen) Interessen der beteiligten Akteure in heftigen Interpretationskonflikten entluden, die sich insbesondere an den Regelungsgegenständen entzündeten, in denen der Gesetzgeber besonders hohe Rechtsunsicherheiten hinterlassen hatte (ausführlich dazu: Zipperer 2000). So war die Frage, was un-

⁴² Da § 137c SGB V weder eine eigene Ermächtigungsgrundlage noch einen Verweis auf die Vorschriften des § 91 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V bzw. eine dynamische Verweisung auf die geltende BUB-Richtlinie enthält und zugleich Legitimation die der an einem Rechtssetzungsakt im Ausschuss beteiligten privatrechtlich organisierten Deutschen Krankenhausgesellschaft bestritten wird, sind bereits Zweifel an der rechtlichen Zulässigkeit des gesetzlich angeordneten Leistungsausschlusses durch den Ausschuss angemeldet worden (Wigge 2000: 581).

ter der Geschäftsführung, die der Koordinierungsausschuss übernehmen soll, im Einzelnen zu verstehen sei, genauso umstritten wie Fragen der Finanzierung und der organisationsrechtlichen Ausgestaltung. Doch auch wenn diese Gründungsfragen gelöst sein sollten, bleiben erhebliche Unsicherheiten. So könnte sich die durch den Gesetzgeber für den Koordinierungsausschuss gewählte Rechtsform der nicht rechtsfähigen „Arbeitsgemeinschaft“ im Vergleich zu der im Vorfeld geforderten rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts ebenso als eine Schwachstelle erweisen wie die ungeklärte Verhältnisse zu anderen Einrichtungen, die sich ebenfalls mit Gesetzesauftrag mit Fragen der Qualitätssicherung beschäftigen.⁴³

Darüber hinaus sind angesichts der gesetzlich festgestellten hohen Verbindlichkeit der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses und ihrer weitreichenden Auswirkungen auf die berufsständischen und wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer zumindest drei Konfliktfelder vorprogrammiert. Zum einen hat bereits der Streit darüber begonnen, inwieweit sich der offensichtliche Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit, der mit den EBM-orientierten Behandlungsleitlinien verbunden sein wird, juristisch rechtfertigen und politisch aufrechterhalten lassen wird (Wigge 2000). Zum zweiten sind Konflikte zwischen den Ausschussakteuren über die Frage abzusehen, bei welchen der Krankheiten Unter-, Fehl- oder Überversorgungslagen vorliegen und somit evidenzbasierte Leitlinien erstellt werden sollen; da hier die Einkommenschancen der Leistungserbringer sowie die Kostenbelastungen der Krankenkassen unmittelbar tangiert werden, ist mit einem erhebliche Konfliktpotenzial zu rechnen. Und schließlich werden vor allem negativ von den Beschlüssen des Koordinierungsausschusses betroffene Dritte die ungeklärten Fragen nach der Rechtsnatur und der Verbindlichkeit der Entscheidungen des Koordinierungsausschusses und ihrer Beziehung zu den Richtlinien des Bundesausschusses auf die Tagesordnung setzen. Zwar sollen nach der Intention des Gesetzgebers die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses keinen Eingriff in die Hoheit der Bundesausschüsse bewirken (Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit 1999b: 171), doch ist wegen ihrer hohen, gesetzlich festgeschriebenen Verbindlichkeit nicht nur die Gefahr einer Verbindlichkeitskonkurrenz der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses mit den Richtlinien des Bundesausschusses gegeben; angesichts der Reichweite der Beschlüsse dürfte sich auch die Frage nach der generellen (verfassungs)rechtlichen Legitimation des Koordinierungsausschusses bzw. seiner Beschlüsse in der gleichen Heftigkeit zum Politikum auswachsen, wie es seit Jahren bei den Richtlinien des Bundesausschusses der Fall ist.

Hat bereits der eigentlich recht funktional ausgestattete Bundesausschuss Probleme, seine Entscheidungskompetenz im hoch vermachteten Gesundheitssektor zu behaupten, so dürften dies für den institutionell unzulänglich ausgestatteten Koordinierungsausschuss in potenziertem Intensität der Fall sein. Ob der durch rechtliche und politische Unsicherheiten geschwächte Koordinierungsausschuss sich der Wucht der absehbaren Anfechtungen wird erwehren können, ist mehr als unwahrscheinlich.

⁴³ Zu nennen wäre hier etwa die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ nach § 137b SGB V.

V. Ausblick

Kann sich mit Blick auf eine kostenminimierende Definition des GKV-Leistungskatalogs bereits das Instrument der EBM-orientierten Qualitätssicherung als ambivalent erweisen und können sich die Defizite in der institutionellen Regulierungsstruktur schnell zur Regulierungsblockade auswachsen, so könnte die Europäische Integration viel grundlegender an den Grundfesten des Regulierungsmodells der „sozialen Selbstverwaltung im Schatten des Staates“ rütteln. Voraussetzung dieses Modells ist nämlich die Souveränität des Staates über das Regulierungsterrain (Scharpf 2000: 336 ff.). Mit Blick auf die Europäische Integration droht aber eine Entgrenzung des nationalstaatlichen Regulierungsterrains in der Gesundheitspolitik. Strukturell begrenzt wird der Einfluss Europas auf die Regulierung (auch) des deutschen Gesundheitssystems durch Regelungen im „Vertrag von Amsterdam“, nach denen Fragen der Systeme der sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes der Arbeitnehmer in die Kompetenzen der Nationalstaaten fallen und europäische Regelungen zu diesem Komplex der Einstimmigkeit bedürfen. Doch über zwei andere Wege könnten sich Kollisionen zwischen dem Steuerungsmodell der GKV und europäischem Recht ergeben. Zum einen legen vor allem die Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zu „Kohl“ und „Decker“ mit Blick auf die GKV Schlussfolgerungen für die Anwendbarkeit der Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs (nach Art. 28 und 49 EVG) nahe, woraus sich erhebliche Risiken für das Sachleistungsprinzip sowie das System der Kollektivverträge im deutschen Gesundheitssystem ergeben können (Hirsch 2000, Eichenhofer 2001). Zum anderen könnten aus dem europäischen Wettbewerbsrecht erhebliche Gefahren für die Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung erwachsen (Hänlein/Kruse 2000).⁴⁴ Nach dem „funktionalen“ Unternehmensbegriff im europäischen Wettbewerbsrecht könnten auch die Krankenkassen und ihre Verbände als Unternehmen aufgefasst werden und somit dem gemeinschaftlichen „Kartell-Verbot“ (Art. 81 und 82 EG-Vertrag) unterliegen. Gegen dieses Kartellverbot – so wird mitunter argumentiert – verstießen die (Spitzenverbände der) Krankenkassen aufgrund ihres „Nachfragemonopols“ und der daraus erwachsenden Marktmacht bei der Festsetzung der Festbeträge im Bereich der Arzneimittelversorgung bzw. und der Bundesausschuss beim Erlass der Arzneimittelrichtlinien (Eichenhofer 2001). Insbesondere an die Richtlinien des Bundesausschusses werden in diesem Sinne umfassende Anforderungen gestellt, um die Kompatibilität mit dem Gemeinschaftsrecht zu gewährleisten. Trotz der insbesondere durch die Krankenkassen vorgebrachten rechtlichen Einwände (Europa-AG 2000) mag der Verweis auf andere Sektoren der öffentlichen Daseinsvorsorge (Verkehr, Telekommunikation, Elektrizitätsvorsorge), in denen vormalig öffentliche Monopole (auch) unter Beachtung des Europäischen Kartellrechts dereguliert und privatisiert wurden, die potenzielle Sprengkraft für das GKV-Steuerungsmodell verdeutlichen.

⁴⁴ Seit 1998 sind mehrere Urteile deutscher Zivilgerichte ergangen, die sich anlässlich der Prüfung von Regelungen zur Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. von Arzneimittelrichtlinien durch den Bundesausschuss mit EU-wettbewerbsrechtlichen Zweifeln gegenüber diesen Regelungen der sozialen Selbstverwaltung befassten. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Manuskriptes war das Bundesministerium für Gesundheit gerade dabei, ein „Festbetrags-Anpassungsgesetz-FBAG“ vorzubereiten; dadurch sollte geregelt werden, dass die Umsetzung der Festbetragsregelungen bis Ende des Jahres 2003 vorübergehend nicht durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern durch das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung erfolgen sollte.

Auch wenn die Reichweite dieser Rechtskonflikte zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehbar sind, so vermittelt doch gerade der Konflikt um die Arzneimittelfestbeträge (und die dahinterstehende Infragestellung der Kompatibilität zwischen der Richtlinienkompetenz und dem Gemeinschaftsrecht) einen Eindruck, welches Stör- und Erosionspotenzial für das Regulierungsmodell der GKV im allgemeinen, die Regulierungsfunktion des Bundesausschusses im besonderen hier schlummert. Auf jeden Fall verschiebt es schon heute die Machtverteilung zugunsten der Leistungsanbieter, die die Kollision des deutschen und des EU-Rechts zur Remobilisierung ihrer Veto-Macht gegenüber dem Bundesausschuss nutzen. Die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, dass es zu jenem destruirenden Prozess kommt, der als „negative Integration“ (F. W. Scharpf) beschrieben wurde und der auf dem Wege eines massiven Deregulierungsschubes zur Infragestellung grundlegender Solidarelemente des deutschen Gesundheitswesens führt. Dies könnte zwar den „gesundheitspolitischen Sparkommissaren“ dabei helfen, sich des eingangs skizzierten Konfliktes zwischen den Erwartungen der Bevölkerung und der Stoßrichtung der Politik zu entledigen. Aber zu der ohnehin prekären Zustimmung der Menschen zum Projekt der Europäischen Integration dürfte es nichts Stabilisierendes beizutragen.

Literatur:

- Abholz, Heinz-Harald (1990), Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des „Gesundheitsreformgesetzes“, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 15, S. 7-25.
- Abholz, Heinz-Harald (1998), Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) – der verkannte Sprengsatz für GKV und ärztliche Profession, in: Arbeit und Sozialpolitik, H 3-4, S. 42-45.
- Abholz, Heinz-Harald/Schmacke, Norbert (2000), Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung vertragsärztlicher Versorgung?, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 5-6, S. 10-15.
- Andreas, Manfred (1975), Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Bonn-Bad Godesberg.
- Alber, Jens (1992), Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M./New York.
- Behnsen, Erika (1999), Die Definitionsmacht des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in: Die Krankenversicherung, H. 9, S. 264-269.
- Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN für ein „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz)(1999a), Bundestags-Drucksache 14/157.
- Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ (GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000) (1999b):, in: Bundestags-Drucksache 14/1977.
- Berg, Helmut (1986), Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Bonn.
- Bieling, Hans-Jürgen/Deppe, Frank, Europäische Integration und industrielle Beziehungen. Zur Kritik des Konzepts des „Wettbewerbskorporatismus“, in: Schmitthener, Horst/Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.), Sozialstaat als Reformprojekt. Optionen für eine andere Politik. Hamburg, S. 275-300.
- Borchert, Günter (1999), Sicherung der Verbindlichkeit untergesetzlicher Normen im Krankenversicherungsrecht, in: Die Krankenversicherung, H. 9, S. 273-275.
- Busse, Reinhard/Schwarz, Friedrich Wilhelm (1997), Herausforderungen an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 11-12, S. 51-57.
- Deppe, Frank (2000), Die neue Sozialpartnerschaft. Wettbewerbskorporatismus als neue „Friedensformel“, in: Urban, Hans-Jürgen (Hrsg.), Beschäftigungsbündnis oder Standortpakt? Das „Bündnis für Arbeit“ auf dem Prüfstand. Hamburg, S. 47-68.
- Deppe, Hans-Ulrich (2000), Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt a. M..
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1997), Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992a), Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung, in: Politische Vierteljahresschrift, H. 4, S. 571-596.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992b), Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, H. 3, S. 64-106.
- Döhler, Marian/Manow, Philip (1995), Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hrsg.)(1995), Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt a. M./New York, S. 140-168.
- Döhler, Marian (1990), Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und Deutschland. Berlin.

- Dreßler, Rudolf (1997), Legitimationsbasis der Partner klafft weit auseinander, in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16, S. 7-9.
- Eberle, Gudrun (1998), Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand, in: Sozialer Fortschritt, H.3, S. 53-58.
- Eichenhofer, Eberhard (2001), Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung und Gemeinschaftsrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 1, S. 1-7.
- Engelmann, Klaus (2000a), Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 1, S.1-8 u. H.2, S. 76-84.
- Engelmann, Klaus (2000b), Sozialrechtsweg in Streitigkeiten zwischen Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringern bei wettbewerbs- und kartellrechtlichem Bezug, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht , H.5, S. 213-268.
- Esser, Josef (1999), Der kooperative Nationalstaat im Zeitalter der „Globalisierung“, in: Döring, Dieter (Hrsg.), Sozialstaat in der Globalisierung, Frankfurt a.M., S. 117-144.
- Europa-AG der Spitzenverbände der Krankenkassen (Europa-AG 2000), Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten. (Manuskript) (o. O.).
- Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz-GRG) (GRG-Entwurf) (1988), in: Bundestags-Drucksache 11/2237.
- Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) (GSG-Entwurf) (1992), in: Bundestags-Drucksache 12/3608.
- Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) (2. GKV-NOG-Entwurf 1996) in: Bundestags-Drucksache 13/6087.
- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000) (GKV-Gesundheitsreform 2000), in: Bundestags-Drucksache 14/1245.
- Hänlein, Andreas/Kruse, Jürgen (2000), Einflüsse des Europäischen Wettbewerbsrecht auf die Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, H. 4, S. 165-176.
- Hassel, Anke (2000), Bündnisse für Arbeit: nationale Handlungsfähigkeit im europäischen Regime-wettbewerb, in: Politische Vierteljahresschrift H. 3, S. 498-524.
- Heberlein, Ingo (1998), Der Bundesausschuß als „kleiner Gesetzgeber“, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, H. 4, S. 143-153.
- Heberlein, Ingo, (1999), Paradigmenwechsel in der Krankenversicherung. Die neue Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen am Beispiel der UUB, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, H. 2 ,S. 123-155.
- Héritier, Adrienne (1993)(Hrsg.), Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. Opladen.
- Hess, Rainer (KassKom-Hess 1998), Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung, in: Niesel,, Klaus u. a. (1999), Kasseler Kommentar. Sozialversicherungsrecht. München.
- Hiddemann, Till (2001), Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als Rechtsnorm, in: Die BKK H. 4, S. 187-195.
- Hirsch, Günter (2000), Einfluß der EG auf nationale Gesundheitssysteme, in: Medizinrecht, H. 12, S. 586-590.

- Jessop, Bob (1997), Die Zukunft des Nationalstaates: Erosion oder Reorganisation, in: Becker, Stefan/Sablowski, Thomas/Schumm, Wilhelm (Hrsg.), *Jenseits der Nationalökonomie?* Berlin/Hamburg, S. 50-95.
- Jung, Karl (1997), Interview mit Karl Jung über Aufgaben und geplante Tätigkeit, in: DOK 17-18, S. 565569.
- Jung, Karl (1999), Gegenwind für den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Zwischenbilanz des Geleisteten, Auseinandersetzung mit den Widerständen und Aufzeigen von Veränderungsnotwendigkeiten, in: *Die Krankenversicherung*, H.9, S. 252-262.
- Jung, Karl (2000a), Lässt der Gesetzgeber den Bundesausschuss im Regen stehen?, in: *Forum für Gesellschaftspolitik*, Januar, S. 5-13.
- Jung, Karl (2000b), Rechtliche Grundlagen des Bundesausschusses auch nach der GKV-Reform 2000 unzureichend, in: *Die Krankenversicherung*, März, S. 52-58.
- Jung, Karl u. a. (2000c), Ansprüche der Versicherten präzisieren, in: *Deutsches Ärzteblatt* 97, H. 7, A-365-A370.
- Kaltenborn, Markus (2000), Richtlinienggebung durch materielle Ersatzvornahme. Zur Aufsicht des Bundesministers für Gesundheit über die Bundesausschüsse der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen gemäß § 94 SGB V, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, H. 3, S. 249-271.
- Kaesbach, Wolfgang (2001), Arzneimittel – Festbeträge: Wende oder Ende?, in: *Die BKK*, H.5, S. 161-166.
- Koch, Thorsten (2001), Normsetzung durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen?, in: *Sozialgerichtsbarkeit*, H. 3, S. 109-116 und H.4, S. 166-174.
- Kühn, Hagen (1997), Gesundheitspolitik für den „Standort Deutschland“. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 28, S. 15-32.
- Kunz Regina/Neumayer, Hans-H. (1998), Rationale Gesundheitsversorgung – Liefert Evidence-based Medicine die Antwort?, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, H 1-2, S. 2833.
- Lojewski, Günter von (1989), Über unser Schicksal wird im Dunkeln entschieden, in: *Medical Tribune*, v. 2.6.1989, S. 50-52.
- Manow-Borgwardt, Philip (1992), Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie?, Das Beispiel der Festbeträge, in: *Zeitschrift für Sozialreform* H. 7, S. 398-416.
- Mayntz, Renate u. a. (1988), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.
- Mayntz, Renate (1990), Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: *Staatswissenschaft und Staatspraxis*, H.1, S. 283-307.
- Mayntz, Renate (1993), Policy – Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.), S. 39-56.
- Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd (1988), Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz u. a., S. 117-179.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995a), Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: dies. 1995, S. 9-38.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.(Hrsg.)(1995b), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt a.M./New York.
- Neubauer, Günter (1997), Bundesausschuß – ein demokratisch nicht legitimiertes Gremium, in: *Der Gelbe Dienst*, Nr. 15-16, S. 12-13.

- Paffrath, Dieter/Reiners, Hartmut (1987), 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse Nr. 13, S. 369ff.
- Prange, Paul (1956), Die Ausschüsse für Ärzte und Krankenkassen, in: Bundesarbeitsblatt, H. 5, S. 248-250.
- Reiners, Hartmut (1993), Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Veröffentlichung der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P93-210. Berlin.
- Rhodes, Martin (1998), Globalisation, Labour Markets and Welfare States: A Future of „Competitive Corporatism“?, in: Rhodes, Martin/ Meny, Yves (Hrsg.), The Future of European Welfare: A New Social Contract? London, S. 178-203.
- Ritter, Ernst-Hasso (1990), Das Recht als Steuerungsmedium im kooperativen Staat, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, S. 50-88.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990), Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M./New York.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 2000/2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. (Kurzfassung). o.O.
- Schimmelpfeng-Schütte, Ruth (1999), Richtlinienggebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht H. 11, S. 530-537.
- Scharpf, Fritz W. (1991), Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts, in: Politische Vierteljahresschrift H. 4., S. 621-634.
- Scharpf, Fritz W. (2000), Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen.
- Schulten, Thorsten (1998), Tarifpolitik unter den Bedingungen der Europäischen Währungsunion, in: WSI Mitteilungen H. 7, S. 482-493.
- Schulten, Thorsten (2000), Zwischen nationalem Wettbewerbskorporatismus und symbolischem Euro-Korporatismus, in: Bieling, Hans-Jürgen/Steinhilber, Jochen (Hrsg.), Die Konfiguration Europas. Dimensionen einer kritischen Integrationstheorie. Münster 2000, S. 222-242.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Jung, Karl (2000), Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, H. 4, S. 70-75.
- Seehofer, Horst (1997), Die zwei Säulen der Partnerschaft sinnvoll nutzen, in: Der Gelbe Dienst, Nr. 15-16, S. 3-6.
- Süllow, Bernd (1982), Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Europäische Hochschulschriften: Reihe 31, Politikwissenschaft, Bd. 38, Frankfurt a. M./Bern.
- Traxler, Franz (1993), Vom Nachfrage- zum Angebotskorporatismus?, in: Talos, E. (Hrsg.), Sozialpartnerschaft: Kontinuitäten und Wandel eines Modells. Wien, S. 103-116.
- Traxler, Franz (2000), Nationale Pakte im internationalen Vergleich, in: WSI Mitteilungen H. 7, S. 411-418.
- Techniker Krankenkasse/Siemens-Betriebkrankenkasse (o. J., 1999), Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hamburg, München.
- Wasem, Jürgen (1998), Im Schatten des GSG: Gesundheitspolitik in der 13. Wahlperiode des Deutschen Bundestags – eine (vorläufige) Bilanz, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 7-8, S. 18-30.

- Wasem, Jürgen (2000), Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hrsg.), Der deutsche Sozialstaat. Bilanz – Reformen – Perspektiven. Frankfurt a. M./New York, S. 427-438.
- Webber, Douglas (1988), Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan, H. 2, S. 156-203.
- Webber, Douglas (1989), Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – Teil II: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviatan, H. 2, S. 262-300.
- Webber, Douglas (1992), Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Mayntz, Renate (Hrsg.), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh, S. 211-272.
- Wigge, Peter (1999), Das Entscheidungsmonopol des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen für Arzneimittel und neue medizinische Verfahren, in: Medizinrecht, H. 11, S. 524-529.
- Wigge, Peter (2000), Evidenz-basierte Richtlinien und Leitlinien. Qualitätssicherungs- und Steuerungsinstrumente in der GKV?, Medizinrecht H. 12, S. 574-585.
- Wilke, Helmut (1989), Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. Dynamik und Risiken moderner gesellschaftlicher Selbstorganisation. Weinheim, München.
- Wilke, Helmut (1992), Ironie des Staates. Grundlagen einer Staatstheorie polyzentrischer Gesellschaften. Frankfurt a. M.
- Zezschwitz, Friedrich von (1990), Verfassungswidrige Richtlinienkompetenz der Bundesausschüsse der Ärzte und Zahnärzte nach dem SGB V, in: Köhler, Gerhard/Heinze, Meinhard/Schnapp, Jan (Hrsg.), Geschichtliche Rechtswissenschaft. Festgabe für Alfred Söller zum 60.Geburtstag am 5.2.1990. Gießen, S. 645-655.
- Zipperer, Manfred (2000), Schwierige Umsetzung. Der Koordinierungsausschuss als neues Element der sozialen Selbstverwaltung, in: Forum für Gesellschaftspolitik, H. 10, S. 249-255.