Hans-Jürgen Urban

# »Den im Dunkeln sieht man nicht...«*

## Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen

Gesundheitspolitik ist ein schwieriges Geschäft, und der entsprechende Ministersessel gilt mitunter als Schleudersitz. Kaum ein Sektor des Sozialstaates, darin scheinen sich Publizistik und Wissenschaft weitgehend einig, der durch Lobbyverbände so vermachtet und deshalb gegen strukturelle Reformen so resistent wäre wie das Gesundheitssystem. Hinzu kommt, dass die Regierenden in Gesundheitsfragen unter einem ungewöhnlich hohen Erwartungsdruck der Bevölkerung stehen. Somit können unpopuläre Entscheidungen schnell unliebsame Konsequenzen an der Wahlurne nach sich ziehen. In dieser Konstellation üben Institutionen, die weniger als Regierungen auf gesellschaftliche Zustimmung angewiesen oder in geringerem Maße dem kritischen Blick der Öffentlichkeit ausgesetzt sind, eine gewisse Attraktivität auf politische Entscheidungsträger aus. Nicht zuletzt deshalb, weil sich diese Institutionen vergleichsweise gut dafür eignen, mit der Umsetzung unpopulärer Aufgaben beauftragt zu werden. Dies hat aus Sicht der Politik den Vorteil, die mit unliebsamen Entscheidungen verknüpften Konflikt- und Legitimationsrisiken zu senken und damit der Gefahr eines Ansehensverlustes zu entgehen.

Der »Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen« (BÄK) ist ein solches Gremium. Er dürfte lediglich gesundheitspolitischen Insidern bekannt sein. Nur zu besonderen Anlässen, etwa bei den Konflikten um die Aufnahme von »Viagra« oder »Akupunktur« in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), tritt der BÄK vorübergehend aus dem Schatten in das Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit. Dabei steht der Bekanntheitsgrad dieses Gremiums in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zu seinem Einfluss. 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 von einem »kleinen Gesetzgeber« (Heberlein 1998) und schreiben ihm entweder ein »Entscheidungsmonopol« (Wigge 1999) oder zumindest eine »hohe

Definitionsmacht« (Behnsen 1999) in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu.

Im Folgenden soll gezeigt werden, dass es für die hier angedeuteten Probleme durchaus Anhaltspunkte gibt. So korrespondierte der starke Bedeutungszuwachs, den der BÄK in den »Großen Gesundheitsreformen« der letzten Jahre erfahren hat, in hohem Maße mit der Verschärfung der Spar- und Konsolidierungspolitik im Gesundheitswesen. Mehr noch: der BÄK sollte nach dem Willen des Gesetzgebers bei der wettbewerbskompatiblen Neustrukturierung des Gesundheitswesens wichtige Aufgaben wahrnehmen; Aufgaben, die der Gesetzgeber aufgrund von Entscheidungsblockaden im politischen System, wegen zu starker Widerstände in der Gesellschaft oder befürchteter politischer Konfliktkosten nicht erledigen konnte oder wollte.

## *1. Die Funktion des BÄK bei der Regulierung des GKV-Leistungskatalogs*

### *1.1 Aufgaben und Zusammensetzung des BÄK*

Zweifelsohne besitzt der BÄK für die Regulierung von Produktion und Verteilung von Gesundheitsgütern eine exklusive Funktion (Behnsen 1999; Heberlein 1998, 1999; Engelmann 2000a; Jung et al. 2000c). 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 Krankenversicherung; die bilaterale Struktur resultiert aus der Beschränkung der Teilnehmer an diesem Definitionsprozess auf die Repräsentanten der Krankenversicherung und der Vertragsärzteschaft. Die Akteure im BÄK sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die in einem gesetzlich fixierten Zahlenverhältnis in ihm vertreten sind. Insgesamt besteht er aus 21 Mitgliedern, von denen jeweils neun Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 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 (BMG) im Benehmen mit den Verbänden bestellt (§ 91 Abs. 2 SGB V). Die Verbände benennen ihre Vertreter autonom. Die Entscheidungen im BÄK fallen mit einfacher Mehrheit. Die Geschäftsführung in den Arbeitsausschüssen liegt alternierend bei Kassen und KBV, die des BÄK obliegt der KBV und soll – so sieht es die

GKV-Gesundheitsreform 2000 vor – nach seiner Konstituierung an den Koordinierungsausschuss (§ 137e SGB V, s.u.) übergehen.

Die zentrale Funktion des BÄK besteht in der inhaltlichen Interpretation der allgemeinen Leistungsvorschriften und der Konkretisierung des besonderen Leistungsrechts der GKV durch den Erlass von Richtlinien (RL). Mit den Richtlinien hat er 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, sodass die Bindewirkung gegenüber den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen 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 vertragschließenden Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer genauso wie den einzelnen Vertragsarzt und Versicherten.

Der Richtlinienauftrag des BÄK erstreckt sich über alle wichtigen Bereiche der ambulanten Versorgung. Grundsätzlich ist er zum Erlass von Richtlinien in allen Feldern 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 expliziter Richtlinienauftrag besteht für folgende Bereiche: ärztliche Behandlung; Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten; ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft; Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; Verordnungen von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie; Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit; Bedarfsplanung (§ 92 Abs. 1 SGB V). 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 Verbänden

sowie Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis die Gelegenheit zu Stellungnahmen zu geben, die in die Entscheidungen einzubeziehen sind. Die vom BÄK beschlossenen Richtlinien werden erst nach Vorlage beim BMG wirksam, der sie beanstanden bzw. bei Säumigkeit oder anderen Mängeln über den Verordnungsweg ersatzweise selbst eine entsprechende Richtlinie in Kraft setzen kann.

### *1.2 Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*

Die leistungspolitische Regulierung der einzelnen Versorgungsbereiche durch den BÄK erfolgt also durch die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften mittels autonomer Normsetzung in Form von RL. 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 RL »Über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« (BUB-RL). In diesem Bereich ist der Gesetzesauftrag des BÄK 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 BÄK – 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 erbrachte 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 Anwendung der Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.« (§ 135 Abs. 1 SGB V)

Die BUB-RL 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 BÄK 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.

Bei der Überprüfung einer Methode sind durch die veranlassende Krankenkassen- oder Ärzteseite die Hinweise dafür darzulegen, dass die entsprechende Methode nicht oder nur teilweise den gesetzlichen Kriterien entspricht. Der BÄK bzw. der entsprechende Arbeitsausschuss kann sowohl nach einem eigenen Fragebogen strukturierte Stellungnahmen externer Sachverständiger als auch Ergebnisse eigener Recherchen (systematische Übersichtsarbeiten, evidenzbasierte Leitlinien, Auswertung medizinischer Datenbanken usw.) in die Überprüfung mit einbeziehen. Zugleich kann der BÄK 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.

Der BÄK definiert durch die BUB-RL 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-RL).

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-RL).

Die Überprüfung des Kriteriums »Wirtschaftlichkeit« basiert auf Unterlagen zur:

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

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-RL). Die Unterlagen werden in »Anlehnung an internationale Evidenzkriterien« den einzelnen Evidenzstufen zugeordnet. Besondere Anforderung, so legt es die RL 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-RL). Dieser Grundsatz »bestvorliegender Evidenz« (»best evidence«) etabliert zum einen den Evidence-based-Medicine-Ansatz (EBM-Ansatz) als Bewertungsprinzip, eröffnet dem BÄK zugleich durch die Abweichung von der ausschließlichen Bewertung anhand von Studien höchster Evidenz gewollte Bewertungs- und Handlungsspielräume.

### *1.3 Der BÄK als intermediäres Regulierungsgremium im Gesundheitssystem*

Der BÄK besitzt also eine hohe Definitionsmacht über den GKV-Leistungskatalog. Dies gilt, wie gezeigt, für die Bewertung erbrachte 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 unbestimmter Rechtsbegriffe (»ausreichend«, »zweckmäßig«, »notwendig«, »wirtschaftlich« sowie »allgemein anerkannt Stand der medizinischen Erkenntnisse«) ergeben, die, um wirksam zu werden, der Auslegung bedürfen. Sie resultiert aber auch daraus, dass die Richtlinien die Schlüsselakteure (Kassenverbände, Vertragsärzte und Versicherte) des Systems binden und sich auf die zentralen Versorgungsbereiche erstrecken.

Um zu vermeiden, dass die von den Entscheidungen des BÄK – oftmals massiv – berührten wirtschaftlichen Interessen der Leistungsanbieter zu einer Erosion seiner Handlungsfähigkeit führt, hat der Gesetzgeber deren Veto-Macht begrenzt. 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 BÄK 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 BÄK 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 z.B. gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen, isoliert Klage erheben. 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.

Trotz (oder vielleicht sogar wegen) der exponierten Regulierungsfunktion des BÄK bleibt die Letztverantwortung des Staates unberührt. Sie wird durch unterschiedliche staatliche Aufsichts- und Interventionsrechte des BMG gesichert (Kaltenborn 2000). Mit Blick auf die Richtlinienkompetenz beruht sie über die allgemeinen Befugnisse des Gesetzgebers

hinaus zum einen auf der Aufsicht des BMG über die Geschäftsführung des BÄK (nach § 91 Abs. 4 SGB V). Entscheidender und im politischen Prozess einflussreicher sind jedoch der staatliche Genehmigungsvorbehalt, das Beanstandungsrecht sowie die Befugnis zur Ersatzvornahme (nach § 94 Abs. 1 SGB V).

Kein Zweifel: In dieser Kombination aus weitreichender eigener Definitionsmacht, dosierter Veto-Macht betroffener Dritter und staatlichem Letztentscheidungsrecht stellt der BÄK ein institutionelles Regulierungsgremium dar, dass sich geradezu vorbildlich als Adressat für heikle staatliche Aufträge eignet. Offensichtlich besitzt es, was es für eine erfolgversprechende Umsetzung dieser Aufträge braucht. Im weiteren wird nun zu zeigen sein, dass dies kein Zufall, sondern Resultat einer gezielten Strategie des Gesetzgebers ist, der die Vorzüge eines solchen Gremiums zunehmend zu schätzen lernte.

## 2. *Zwischen Indienstnahme und Ermächtigung: Der BÄK in den Gesundheitsreformen seit 1989*

### 2.1 *Die Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitssystem*

Lange Zeit spielte der BÄK in der Gesundheitspolitik keine bedeutende Rolle. Dies war zum einen darauf zurückzuführen, dass seiner Richtlinienkompetenz keine hohe Verbindlichkeit, sondern lediglich Empfehlungscharakter zukam. Zwar waren Rechtscharakter und Verbindlichkeitsgrad der Richtlinien stets 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 KVen 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) Hinzu kam, dass im BÄK nur die RVO-Kassen vertreten waren und damit der Geltungsbereich der RL stark eingeschränkt war.

Erste Anzeichen einer Aufwertung des BÄK wurden im Kontext der liberalen Wende von einer expansiven Leistungs- zu einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen und im Zuge der Verabschiedung des »Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes« (KVKG) in 1977 deutlich. Im Rahmen der »einnahmeorientierten Ausgabenpolitik« wurden auch die Aufgaben des BÄK 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; zugleich sollte der BÄK eine Liste mit »Bagatellarzneimitteln« erstellen, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden durften.

Mit dem »Gesundheits-Reformgesetz« (GRG) aus dem Jahr 1989 sollte die 1977 eingeleitete Politik der »Kostendämpfung« durch eine Politik der »Strukturreformen« ersetzt werden (Webber 1989). Zunehmend wurden Phänomene der Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten ausgemacht, an die die bisherige Sparpolitik nicht herangereicht hatte und die für den Kosten- und Beitragssatzanstieg verantwortlich gemacht wurden. Mit der politischen Neuorientierung korrespondierte auch die funktionale Aufwertung des BÄK (Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 585ff.; Wigge 1999: 525). Ihm wurde vor allem die Korrektur der – in erster Linie mit Blick auf den ambulanten Sektor konstatierten – defizitären Steuerungskapazitäten übertragen. 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 entlasten. Dazu sah das GRG insbesondere folgende Regelungen vor:

- Erstens wurden die Verbände der Ersatzkassen mit zwei Vertretern in den BÄK und damit in den Geltungsbereich der Richtlinien einbezogen. Durch diese Integration der Ersatzkassen wurde die Kassen(arten)-konkurrenz zurückgedrängt, die auf der bis dahin gespaltenen Geltung der Richtlinien basierte, die für die RVO-Kassen, nicht aber die Ersatzkassen galten (Abholz 1990: 10).
- Zweitens wurde die in Richtlinien zu regelnden Tatbestände erheblich ausgeweitet. Der BÄK 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. Zugleich erhielt der BÄK den Auftrag, Gruppen von Arzneimitteln zu bilden, für die die Spitzenverbände der Krankenkassen Festbeträge festsetzen sollten.
- Schließlich versuchte das GRG, die Normqualität der Richtlinien zu verbessern, um ihre Verbindlichkeit und damit die Definitionsmacht des BÄK als Regulierungsgremium zu stärken. Indem die Richtlinien des BÄK 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 (Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 587).

Dem BÄK war bei der Generalüberholung des Gesundheitssystems somit eine prominente Funktion zugedacht. 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 BÄK bruchlos in die Realität umgesetzt werden konnte, ist doch die Einschätzung vertretbar, dass die Umsetzung des GRG mit der »Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz« (Abholz 1990: 9) in Gestalt des BÄK einher ging.

### *2.2 Der BÄK als Agentur des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels?*

Die zweite, umfassende Veränderung von Aufgaben- und Kompetenzdefinition des BÄK 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) von 1992 implementiert wurden. Das GSG veränderte die Kontextbedingungen, in die sich seine neue Funktionsbestimmung des BÄK einpassen sollte, erheblich. 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 1993; Deppe 2000: 109ff).

In den folgenden Jahren radikalisierte die konservativ-liberale Regierungskoalition – vor dem Hintergrund eines erneuten Ausgabenüberhangs in der GKV – ihre Sparanstrengungen. Insbesondere das »2. GKV-Neuordnungsgesetz« (2. 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 die Strategie einer restriktiven Ressourcenregulierung die Selbstverwaltung zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen zu drängen. Zur Aktivierung dieser Reserven sollten vor allem »den Krankenkassen im Leistungs- und Versorgungsbereich zusätzlicher Gestaltungsspielraum verschafft werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden bzw. den Finanzbedarf für Beitragssatzerhöhungen zu reduzieren« (2. NOG-Entwurf 1996: 16). Unter dem Motto »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« wurden

»der Selbstverwaltung der Krankenkassen *und der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern*« (ebda., Hervorh. i. O.) neue Wettbewerbsfelder eröffnet, indem die Palette des bisher weitgehend gesetzlich vorgeschriebenen GKV-Leistungskatalogs, seine Finanzierung und die Gestaltung der Anspruchsvoraussetzungen partiell zur Disposition der Selbstverwaltung und somit der Wettbewerbszwänge gestellt wurde. Dazu wollte das 2. 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 gehören. Für diese Gestaltungsleistungen war weiterhin eine paritätische Finanzierung vorgesehen. Als drittes Segment blieben die sogenannten »Satzungsleistungen« erhalten, die ausschließlich durch die Beiträge der Versicherten zu finanzieren waren. Zu den möglichen Satzungsleistungen zählten u.a. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention; aber auch bestimmte Heilmittel, die zuvor durch das Beitragsentlastungs-Gesetz als paritätisch finanzierte, gesetzliche Leistungen ausgeschlossen worden waren.

Ergänzt werden sollte diese Dreiteilung des Leistungskatalogs durch Veränderungen im Beitragsrecht, in das Elemente aus der privaten Krankenversicherung eingeführt wurden. Die Kassen erhielten nun 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. Die Kostenerstattung konnte, ebenfalls über entsprechende Satzungsbestimmungen, mit der Möglichkeit von Selbstbehalten und einer entsprechenden Senkung des Beitragssatzes kombiniert werden. Schließlich war die Möglichkeit von Beitragsrückzahlung für Mitglieder vorgesehen, wenn diese und ihre versicherten Angehörigen im laufenden Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung in Anspruch genommen hatten.

In den Kontext dieser strategischen Ausrichtung war die erneute Ausweitung der Regulierungsfunktion des BÄK eingebunden. Bereits unmittelbar nach der Verabschiedung des 2. NOG begann die kontroverse Debatte über die Frage, ob durch die Erweiterung von Aufgaben und

Kompetenzen des BÄK »ein neues Machtzentrum im deutschen Gesundheitswesen« entstanden sei. Die Opposition kritisierte, dass der Staat grundlegende Entscheidungen auf den BÄK abgewälzt habe, die dieser aufgrund mangelnder Legitimation und unzureichender Problemlösungskapazitäten nicht meistern könne (Dreßler 1997). Diese Einschätzung bezog sich auf folgende Regelungen:

- Zum einen wurde der Richtlinienauftrag des BÄK 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. Notwendig geworden waren die neuen Richtlinien jedoch vor allem mit Blick auf die mit dem 2. 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.
- Zugleich wurde das Anhörungsverfahren im Rahmen der Richtlinienerstellung ausgeweitet, um insbesondere der Einfluss der nichtärztlichen Leistungserbringer 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-RL, die Vorsorge- und Rehabilitationsrichtlinie, die Heilmittel-RL und die RL für häusliche Krankenpflege die Anhörung der entsprechenden Verbände der Leistungserbringer zwingend vorgeschrieben.
- Die folgenreichste Veränderung stellte jedoch die zweifache Ausweitung der Bewertungskompetenz des BÄK im Bereich der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar. Zum einen hatte der BÄK 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 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.

- Darüber hinaus erhielt der BÄK weitere, ordnungspolitisch nicht unwichtige Aufgaben. Zu diesen gehörte die Erstellung von Vorgaben für die durch das 2. NOG ermöglichten »erweiterten Satzungsleistungen« und für die Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben; zugleich 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.

Es ist offenkundig, dass der BÄK mit diesen Maßnahmen des 2. NOG noch enger in die staatliche Strategie der »Konsolidierung« eingebunden wurde. 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) 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. NOG hieß es: »Der Gesetzentwurf beruht im wesentlichen auf strukturellen Maßnahmen, die die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, auf wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsinanspruchnahme hinzuwirken, entscheidend verbessern« (2. NOG-Entwurf 1996: 36). Auch im Ausschuss selbst stieß diese staatliche Beauftragung zur »Leistungsausgrenzung auf kaltem Wege« (Dreßler 1997: 9) durchaus auf positive Resonanz und ging schnell in das Selbstverständnis wichtiger Ausschussakteure ein. (Jung 1997)

Doch das 2. NOG erweiterte nicht nur das Handlungsfeld des BÄK, 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. NOG und die anschließende Verabschiedung einer »Verfahrensordnung zur Durchführung von Anhörungen« durch den BÄK 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 verstärkt (Jung 1997: 566).

Durch das 2. NOG machte der BÄK 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 Ausweitung des Prüfauftrags sowie die Aufgabenzuweisung im Zusammenhang mit der Definition von Satzungsleistungen wurde der BÄK zum Schlüsselakteur für die Umsetzung der intendierten Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs. Damit zog der Gesetzgeber ihn ins Zentrum der angestrebten ordnungspolitischen Wende von einem gesetzlich vorgegebenen zu einem in Teilen wettbewerblich regulierten Leistungsprofil. Unter dem Slogan »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« 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 von den potenziellen Konflikt- und Legitimationsrisiken zu entlasten.

### *2.3 Die neue institutionelle Regulierungsstruktur*

Mit dem Übergang von der konservativ-liberalen zur rot-grünen Regierungsmehrheit zogen auch neue Akzentsetzungen in die Gesundheitspolitik ein. Die neue Politik wollte zwar bei der Konsolidierung der GKV weniger auf »einfache Sparmaßnahmen«, sondern vor allem auf die Beseitigung von Struktur- und Qualitätsdefiziten setzen; doch die Strategie der prozesspolitischen Indienstnahme der sozialen Selbstverwaltung wurde auch von der neuen Regierungsmehrheit fortgeführt. Durch das »GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000« (GKV-Reform 2000) erweiterte

der Gesetzgeber den Kompetenzbereich und die Definitionsmacht des BÄK durch folgende Maßnahmen:

- Zum einen wurde der öffentlich-rechtliche Charakter der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und damit auch für die Beschlüsse des Bundesausschusses fest- bzw. klargestellt (§ 69 SGB V). Damit wurden Streitigkeiten und Anfechtungen gegen die Richtlinien nach § 92 SGB V in die Zuständigkeit der Sozialgerichte verwiesen.
- Zweitens erhielt der BÄK 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 sollte er für den Einsatz aufwendiger Medizintechnik in der vertragsärztlichen Versorgung diagnosebezogene Leitlinien festlegen.
- Drittens sollte der BÄK das Nähere über Art und Umfang der neu eingeführten Leistungen der Soziotherapie in einer Richtlinie bestimmen. Dazu hat er die Einzelheiten der Leistungsinhalte zu definieren, die Krankheitsbilder zu benennen, bei deren Behandlung Soziotherapie im Regelfall notwendig ist sowie Inhalt, Umfang und Dauer der Leistungen zu bestimmen.
- Zugleich wurde die Anhörungspflicht des BÄK für die Hilfsmittel-RL auf die Organisationen der Hilfsmittel-Leistungserbringer und die Verbände der Hilfsmittelhersteller und für die Mutterschafts- und Schwangerschafts-RL auf die Verbände der Hebammen und Entbindungspfleger ausgedehnt (§ 92 SGB V).
- Schließlich erhielt der BÄK die Kompetenz zur Ergänzung bzw. Korrektur der Arzneimittel-Positivliste durch die Arzneimittel-RL. Mit der GKV-Reform 2000 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-RL dies vorsieht. Damit erhielt der BÄK gewissermaßen den rechtlich wie ordnungspolitisch ungewöhnlichen Auftrag, den Gesetzgeber (als Verordnungsgeber der Positivliste) nicht nur zu ergänzen, sondern auch zu korrigieren.

Insgesamt ist die in der GKV-Reform 2000 vorgenommene Aufwertung des BÄK jedoch als Bestandteil einer neuen institutionellen Regulierungsstruktur zu betrachten. Diese wiederum steht in einem engen Zusammenhang mit der Aufwertung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie

der sektorenübergreifenden Versorgung. 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 BÄK. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sowie über die Bestellung der Mitglieder, die Amtsdauer, die Amtsführung etc. entscheidet der Ausschuss im gegenseitigen Einvernehmen selbst, wobei sich das BMG im Falle von Nichteinigungen Ersatzvornahmen per Rechtsverordnung vorbehält. Das BMG führt ebenfalls die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses. 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). Methoden, die nach Überprüfung nicht den genannten Kriterien entsprechen, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Mitglieder sind gesetzlich verpflichtet, ihren Arbeitsplan sowie die Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der RL zuständigen Bundesausschüssen abzustimmen.

Die zweite neue Institution ist der *Koordinierungsausschuss* (§ 137e SGB V). Er ist von den Spitzenorganisationen, die den BÄK und den Ausschuss Krankenhaus bilden, als Arbeitsgemeinschaft zu errichten und 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. Die Bundesärztekammer wird zwar nicht als Entscheidungsträger einbezogen, erhält aber in zentralen Beschlussfeldern das Recht zur Stellungnahme und wird in Anlehnung an die im Rahmen der Richtlinienerarbeitung nach § 92 SGB V aufgestellten Prinzipien beteiligt. Die Rechtsaufsicht, die durch das BMG ausgeübt wird, sowie die Regelungen zum Wirksamwerden der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses sind in Anlehnung an die Vorschriften zur Richtlinienerstellung des BÄK (nach § 94 SGB V) formuliert.

Die zentralen Aufgaben des Koordinierungsausschusses sind: *Erstens* 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. *Zweitens* 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.« (Beschlussempfehlung 1999: 171) *Drittens* wurde dem Ausschuss die Abgabe von Empfehlungen in sonstigen, sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus übertragen. An diesen Entscheidungen wirken die Spitzenverbände der jeweils betroffenen Leistungserbringer durch das Recht auf Stellungnahmen mit. Der Koordinierungsausschuss hat diese bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die durch den deutschen Krankenpflegerat 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 BÄK 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 BÄK 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 (Engelmannn 2000b). *Zweitens* sollten durch den Ausschuss Krankenhaus Bewertungsphilosophie und -praxis des BÄK, die bisher auf den Bereich ambulanter vertragsärztlicher Versorgung beschränkt waren, auf den stationären Sektor übertragen werden. *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 (§ 140 a-h SGB V); die gemeinsame Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus durch den Koordinierungsausschuss soll »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, solle der »Sicherung sektorenübergreifender, widerspruchsfreier Entscheidungen« in den Ausschüssen dienen. (Beschlussempfehlung 1999: 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 verpflichtet (Wigge 2000: 579ff). Damit folgte der Gesetzgeber der auch in der BUB-Richtlinie des BÄK zum Ausdruck kommenden Orientierung. Insbesondere die durch den Koordinierungsausschuss zu erarbeitenden Kriterien sollen »indikationsbezogene Behandlungskorridore« markieren und »auf der Basis wissenschaftlich fundierterer (evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen.« (Beschlussempfehlung 1999: 171)

## 3. *Interessenlagen und Handlungsblockaden in der neuen Regulierungsstruktur*

### 3.1 *Die »konsolidierungskompatible« Akteurskonstellation im BÄK*

Der kursorische Blick auf die Gesundheitsreformen seit dem GRG hat nicht nur die sukzessive Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen des BÄK, sondern zugleich eine enge Korrespondenz mit der gesundheitspolitischen Wende in Richtung auf eine kostendämpfende Spar- und Strukturpolitik deutlich werden lassen. Zweifelsohne lag es in der Intention des Gesetzgebers, dem BÄK hier eine strategische Schlüsselrolle zuzuweisen und ihn zu diesem Zweck auch mit den erforderlichen legislativen Instrumenten auszustatten. Darüber hinaus war der Gesetzgeber offensichtlich bemüht, durch eine gezielte Veränderung der Kontextbedingungen die Handlungsanreize für die Akteure in die gewünschte Richtung zu lenken. Diese Kontextsteuerung vollzog sich vor allem über die Implementierung des Grundsatzes der Beitragsstabilität, die Begrenzung der Ressourcen durch eine grundlohnorientierte Budgetierung sowie die Einführung und Verschärfung des Kassenwettbewerbs.

Diese Maßnahmen konstituierten auf Kassen- wie auf Ärzteseite neue Interessenlagen, die auch das Handeln im BÄK nicht unberührt lassen: Die so entstandene Interessenkonstellation legt es den Ausschussakteuren weit stärker als bisher nahe, den Umfang des beitragsfinanzierten Leistungskatalogs eher restriktiv als expansiv zu definieren. Das gilt offensichtlich für die organisierte Ärzteschaft. Bedeutet ein expandierender Leistungskatalog unter der Bedingung nach oben offener Finanzvolumina direkte Einkommenszuwächse, so stellt die Budgetierung der

Finanzmittel für die ambulante 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 induziert, wundert die seit Jahren zu beobachtende Strategie der organisierten Ärzteschaft nicht. Entweder protegieren sie konzeptionelle 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 Ärzteeinkommen über die Generierung neuer außerhalb des Budgets abrechenbarer Leistungen oder zusätzliche »Budgettöpfe« zu realisieren, kann als strategische Konstante vertragsärztlicher Interessenvertretung unter Bindungen der Budgetierung gelten.

Dass sie auch für das Verhalten der KBV im BÄK 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. Diese Konfliktstruktur prägte etwa den Streit um die Anerkennung der Magnetresonanztomografie (MRT) zur Diagnostik von Brustkrebsrezidiven. Sie wurde durch die Kassenvertreter protegiert, 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 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 (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 BÄK handelt: »Denn die Selbstverwaltung der Kassenseite 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.«

Etwas komplizierter sieht es auf Seiten der Krankenkassen aus (Heberlein 1999: 130). Einerseits 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 öffentlichen Rechtfertigungsdruck. Zugleich gehen die Ablehnung neu beantragter oder die Ausgrenzung bereits anerkannter Leistungen 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. 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 in der Lage, mit einer Kombination 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. 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 der in den Nachkriegsjahrzehnten vollzogenen Ausweitung der GKV – Leistungen noch 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.

### *3.2 Mit EBM-orientierter Qualitätssicherung zum »puristischen Leistungskatalog«?*

Die durch Budgetierung und Kassenwettbewerb geprägte Akteurskonstellation im Gesundheitssystem generiert also Interessenlagen und Handlungspräferenzen, die beiden Seite eine »konsolidierungskompatible« Verhaltensweise im BÄK nahe legen. Zugleich existieren Hinweise einer dieser Interessenlage entsprechenden Praxis. Vor allem die Verpflichtung der leistungsregulierenden Gremien auf Qualitätssicherungsmaßnahmen nach EBM-Kriterien könnte sich 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-RL formalisierten Verfahrens Berücksichtigung finden. Entweder aufgrund eigener Präferenzen oder auf Initiative Externer (etwa von Berufsverbänden, Gerätehersteller usw.) hin, können die KBV, die KVen oder die Verbände der Krankenkassen die Beratung einer bestimmten Methode beantragen. »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 BÄK mitunter dezidierte Schritte in Richtung auf eine 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 2 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-RL festgelegten Standards sowie die bisherige Entscheidungspraxis des BÄK zu befürchten, dass auch in Zukunft »die angebliche Qualitätssicherung durch den Ausschuss aufgrund der für viele Behandlungsmethoden nicht

erreichbaren strengen Standards zu einem Ausschluss des medizinischen Fortschritts in der gesetzlichen Krankenversicherung führt«. (Wigge 2000: 579, 585)

Auch wenn aus der Analyse von Einzelentscheidungen schon aus methodischen Gründen nicht unmittelbar auf eine Verifizierung der »Ausgrenzungsthese« in der Praxis des BÄK geschlussfolgert werden sollte, verweisen die hier formulierten Vorbehalte zu Recht auf die Ambivalenz einer strikt EBM-orientierten Qualitätssicherungspraxis. 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 EBM zweifelsohne Chancen zu höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. Die Einbeziehung von EBM-Kriterien in den Entscheidungsprozess des BÄK könnte 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) Auf der anderen Seite ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass EBM gerade im durch ökonomische Interessen überdeterminierten Aushandlungsprozess des BÄK »auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin« (Sachverständigenrat 2000/2001: 65) reduziert wird. Gerade wenn sich die an den naturwissenschaftlich-statistischen Standards orientierende EBM nicht mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen der Patienten verbindet, könnten sich derartige Entscheidungskriterien mit Blick auf das »soziale Phänomen Krankheit« schnell als unterkomplex erweisen und eine ausschließliche Orientierung an EBM-Kriterien in eine Unter- bzw. Fehlversorgung führen. Dies gilt insbesondere für den »Grauzonenbereich« ärztlichen Handelns, in dem die beste verfügbare Evidenz zum diagnostischen und therapeutischen Handeln am Patienten unvollständig oder widersprüchlich ist (ebenda: 65ff.). Denn nach wie vor ist davon auszugehen, dass nur etwa 4% aller Dienstleistungen, die in Ambulanz und Krankenhaus erbracht werden, dem Anspruch auf »belastbare« Evidenz genügen, während 45% lediglich einfacheren Evidenz-Kriterien und etwa 5% 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 EBM fast zwangsläufig zu unrealistisch hohen Hürden bei der Anerkennung in Frage stehender Leistungen und Verfahren oder

einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Einschränkung der therapeutischen Optionen führen muss. Die praktizierte Selbstkorrektur, die der BÄK mit Blick auf die Änderung der Evidenzanforderungen im Übergang von der NUB- zur BUB-RL vollzogen hat, kann die Gefahr weiterhin überspannter Anforderungen an neue Leistungen, Verfahren und Methoden nicht bannen (Wigge 200: 576f.). Zwar wurde die generelle und ausnahmslose Geltung der Anforderungen der Evidenzstufe I in der NUB-RL 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 Privatisierung- 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. 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. In der konkreten Bewertungspraxis dürften daher letztlich weniger sachliche als vielmehr interessen- und machtpolitische Faktoren den Ausschlag geben.

### *3.3 Widersprüche und potenzielle Handlungsblockaden der neuen Regulierungsgremien*

Bereits vor der Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 waren Restriktionen für den BÄK deutlich geworden, die der Umsetzung des ihm zugewiesenen (und angenommenen) »Konsolidierungsauftrags« im Wege standen. Obwohl vom Gesetzgeber als mustergültiges »korporatistisches Regulierungsgremium« konzipiert, beinhalteten die Gesetze, die seine sukzessive Aufwertung bewirkten, immer auch zugleich Korrektur- und Stabilisierungsversuche, die auf die Behebung der in der Praxis deutlich gewordenen Schwachstellen zielten. Doch diese Versuche blieben bis heute unzulänglich. Selbst nach der Verabschiedung

der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde aus dem BÄK heraus die Meinung vertreten, auch die neue Rechtsgrundlagen würden dem erneut ausgeweiteten Auftrag nicht gerecht; erneut habe es der Gesetzgeber versäumt, dem BÄK »das zur Bewältigung seiner Aufgaben erforderliche rechtliche Instrumentarium zur Verfügung zu stellen.« (Jung 2000a: 6).

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 BÄK an Bedeutung gewann. Zwar definiert sich der BÄK einerseits selbst als »Instrument zur Gestaltung und *Begrenzung der Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten*« (Jung et al. 2000c: 369; Hervorh. d.Verf.), jedoch zugleich als ein Akteur, der für die Umsetzung dieses Selbstverständnisses lediglich mit »stumpfen Waffen« ausgestattet sei (Jung 2000b: 56). 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 RL 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 RL und schließlich der Möglichkeiten der Anfechtung einer auf dem Wege der Ersatzvornahme zu Stande gekommenen RL durch den Bundesausschuss zu verzeichnen. Wurden diese Lücken durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte, insbesondere des Bundessozialgericht, teilweise geschlossen, so erweisen sich ungeklärte Rechtsfragen in Hinblick auf die verfassungsrechtliche Legitimation der RL-Entscheidungen auch weiterhin als Schwachstelle, die insbesondere in ihren Einkommensinteressen negativ betroffenen Leistungserbringern als Ansatzpunkte zur Mobilisierung von Vetomacht dienen (Hiddemann 2001; Koch 2001). Auch nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 setzte sich der Streit um die immer wieder bestrittene Kompetenz des BÄK fort, im Rahmen der Arzneimittel-RL 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 für die neue institutionelle Regulierungsstruktur feststellen. Das gilt vor allem mit Blick auf den Koordinierungsausschuss. Angesichts der gesetzlich festgestellten hohen Verbindlichkeit der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses und ihrer weitreichenden Auswirkungen

auf die berufsständischen und wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer sind 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 Koordinierungsausschuss betroffene Dritte die ungeklärten Fragen nach der Rechtsnatur und der Verbindlichkeit der Entscheidungen des Koordinierungsausschuss und ihrer Beziehung zu den RL des BÄK auf die Tagesordnung setzen. Zwar sollen nach der Intention des Gesetzgebers die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses keinen Eingriff in die Hoheit der Bundesausschüsse bewirken (Beschlussempfehlung 1999: 171), doch ist wegen ihrer hohen Verbindlichkeit nicht nur die Gefahr einer Verbindlichkeitskonkurrenz mit den RL des BÄK gegeben; angesichts der Reichweite der Beschlüsse dürfte sich auch die Frage nach der generellen (verfassungs)rechtlichen Legitimation des Koordinierungsausschusses bzw. seiner Beschlüsse mit der gleichen Heftigkeit zum Politikum auswachsen, wie es seit Jahren bei den RL des BÄK der Fall ist.

Hat bereits der in summa recht funktional ausgestattete BÄK Probleme, seine Entscheidungskompetenz im hoch vermachteten Gesundheitssektor zu behaupten, so dürften dies für den institutionell unzulänglicher ausgestatteten Koordinierungsausschuss in potenzierter Intensität gelten. Ob sich dieses durch rechtliche und politische Unsicherheiten geschwächte Gremium in seiner jetzigen Gestalt der Wucht der absehbaren Anfechtungen insbesondere der Leistungsanbieter wird erwehren können, bleibt abzuwarten; wahrscheinlich ist es nicht.

Korrespondenzadresse:
Hans-Jürgen Urban
Abteilung Sozialpolitik
IG Metall-Vorstand
Lyoner Straße 32
60519 Frankfurt a.M.
e-mail: Hans-Jürgen.Urban@igmetall.de

## *Anmerkung*

* Der vorliegende Text stellt die gekürzte Fassung eines Beitrages dar, der während meines Aufenthaltes als Gastwissenschaftler in der Arbeitsgruppe »Public Health« am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) entstand. Ich danke dem WZB für die Einladung und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe für die sehr angenehme Arbeitssituation und viele anregende Hinweise und Diskussionen.

## *Literatur*

Abholz, H.-H. (1998): Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) – der verkannte Sprengsatz für GKV und ärztliche Profession. Arbeit und Sozialpolitik 52, 3-4: 42-45

Abholz, H.-H. (1990): Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des »Gesundheitsreformgesetzes«. Jahrbuch für Kritische Medizin 15: 7-25

Abholz, H.-H./Schmacke, N. (2000): Ist mehr Rationalität mittels »bestvorliegender Evidenz« ausreichend für die Gestaltung vertragsärztlicher Versorgung? Arbeit und Sozialpolitik 54, 5-6: 10-15

Behnsen, E. (1999): Die Definitionsmacht des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die Krankenversicherung 51, 9: 264-269

Beschlussempfehlung (1999): 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) (=Bundestagsdrucksache 14/1977). Berlin

Deppe, H.-U. (2000): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt a. M.: VAS

Döhler, M./Manow-Borgwardt, Ph. (1992): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. Politische Vierteljahresschrift 33, 4: 571-596

Dreßler, R. (1997): Legitimationsbasis der Partner klafft weit auseinander. Der Gelbe Dienst 15, 15-16: 7-9

Engelmann, K. (2000a): Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 9, 1: 1-8 (Teil 1); 9, 2: 76-84 (Teil 2)

Engelmann, K. (2000b): Sozialrechtsweg in Streitigkeiten zwischen Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringern bei wettbewerbs- und kartellrechtlichem Bezug. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 9, 5: 213-268

Heberlein, I. (1998): Der Bundesausschuß als »kleiner Gesetzgeber«. Recht und Politik im Gesundheitswesen 4, 4: 143-153

Heberlein, I. (1999): Paradigmenwechsel in der Krankenversicherung. Die neue Rolle des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am Beispiel der UUB. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 27, 2: 123-155

Hiddemann, T. (2001): Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als Rechtsnorm. Die BKK 87, 4: 187-195

Jung, K. (1997): Interview mit Karl Jung über Aufgaben und geplante Tätigkeit. DOK 79, 17-18: 565-569

Jung, K. (1999): Gegenwind für den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Zwischenbilanz des Geleisteten, Auseinandersetzung mit den Widerständen und Aufzeigen von Veränderungsnotwendigkeiten. Die Krankenversicherung 51, 9: 252-262

Jung, K. (2000a): Lässt der Gesetzgeber den Bundesausschuss im Regen stehen? Forum für Gesellschaftspolitik 6, 1: 5-13

Jung, K. (2000b): Rechtliche Grundlagen des Bundesausschusses auch nach der GKV-Reform 2000 unzureichend. Die Krankenversicherung 52, 3: 52-58

Jung, K. et al. (2000c): Ansprüche der Versicherten präzisieren. Deutsches Ärzteblatt 97, 7: A365-A370

Kaltenborn, M. (2000): Richtliniengebung 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 28, 3: 249-271

Kaesbach, W. (2001): Arzneimittel-Festbeträge: Wende oder Ende? Die BKK 87, 4: 161-166

Koch, Th. (2001): Normsetzung durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen? Die Sozialgerichtsbarkeit 48, 3: 109-116 (Teil 1); 48,4: 166-174 (Teil 2)

Lojewski, G. v. (1989): Über unser Schicksal wird im Dunkeln entschieden. Medical Tribune, 2.6.1989: 50-52

Neubauer, G. (1997): Bundesausschuß – ein demokratisch nicht legitimiertes Gremium. Der Gelbe Dienst 15, 15-16: 12-13

Reiners, H. (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein »Hauch von Sozialgeschichte«? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung (= Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. P93-210). Berlin: WZB

SVRKAiG (2000/2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. (Kurzfassung). o.O.

Webber, D. (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – Teil II: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. Leviathan 17, 2: 262-300

Wigge, P. (1999): Das Entscheidungsmonopol des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen für Arzneimittel und neue medizinische Verfahren. Medizinrecht 17, 11: 524-529

Wigge, P. (2000): Evidenz-basierte Richtlinien und Leitlinien. Qualitätssicherungs- und Steuerungsinstrumente in der GKV? Medizinrecht 18, 12: 574-585

2. NOG-Entwurf (1996): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) (= Bundestagsdrucksache 13/6087). Berlin