

JOACHIM WIEMEYER

Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

In den letzten Jahren sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)¹ in der Bundesrepublik erheblich angestiegen. Dieser Anstieg, der als »Kostenexplosion«² gekennzeichnet wurde, kam in einem Wachstum der Leistungsausgaben von 143 % je Mitglied in der Periode von 1970-1976 zum Ausdruck. Da die Bruttolöhne und Gehälter je Arbeitnehmer nur um 74,5 % anstiegen, erhöhte sich der durchschnittliche Beitragssatz der GKV von 1970-1976 von 8,2 % auf 11,3 %³.

Als Reaktion auf die Kostenexplosion wurde von der Bundesregierung im Februar 1977 der Gesetzentwurf eines Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) verabschiedet. Nach heftigen Auseinandersetzungen wurde das Gesetz am 23. 6. 1977 im Bundestag und einen Tag später im Bundesrat verabschiedet, so daß es am 1. 7. 1977 in Kraft treten konnte. Als ein Instrument zur Kostendämpfung ist im KVKG die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAG) enthalten.

Die Aufgaben der KAG kann man durch zwei Fragen umschreiben:

- a) Wie hoch soll der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt sein?
- b) Wie soll nach der Festlegung dieser Anteil auf die Anbieter (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser usw.) aufgeteilt werden?

¹ Folgende Abkürzungen werden verwendet:

- GKV - Gesetzliche Krankenversicherung
- KAG - Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
- KAW - Konzertierte Aktion beim Bundeswirtschaftsminister
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung
- KV - Kassenärztliche Vereinigung
- KVKG - Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
- KZBV - Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- KZV - Kassenzahnärztliche Vereinigung
- RVO - Reichsversicherungsordnung

² Ph. Herder-Dorneich gebraucht diesen Ausdruck in seinem Aufsatz: Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Heft 16/76 vom 17. April 1976, 3.

³ Alle Daten entnommen aus: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung, Bonn 1977, 72 f.

Allerdings hat der zuständige Bundesminister *Ehrenberg*, der der KAG vorsitzt, auf der 1. Sitzung der KAG am 12. 12. 1977 die Intention des KVKG so interpretiert, daß der Anteil des Gesundheitswesens am Sozialprodukt eingefroren werde. *Ehrenberg* sagte in seiner Einleitungsrede, . . . »daß der Gesetzgeber von der Zielvorstellung einer tendenziellen Beitragsstabilität ausgeht. Dieser Gedanke einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der gesetzlichen Krankenversicherung kommt ja auch in anderen Vorschriften zum Ausdruck.«⁴ Da die Einnahmen der GKV eine Einkommenselastizität von nahezu 1 aufweisen⁵, müßte sich demnach das Gesundheitswesen proportional zum Einkommen der Versicherten entwickeln.

In der vorliegenden Untersuchung wird versucht, eine vorläufige Antwort auf die Frage zu geben: Ob und inwieweit kann die KAG einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten? Kostendämpfung wird nach den Ausführungen *Ehrenbergs* dahingehend konkretisiert, daß eine Beitragsstabilität erreicht wird.

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik spielen kooperative Elemente eine gewichtigere Rolle als Marktbeziehungen. Durch die Einrichtung der KAG sind diese kooperativen Elemente vermehrt worden. Mit dem bewußten Zusammenwirken von Akteuren auf wirtschaftlichen Gebiet beschäftigt sich die Kooperationstheorie⁶. Daher wird für die folgende Untersuchung die Kooperationstheorie herangezogen.

Es sei noch darauf verwiesen, daß zwischen den Ausgaben der GKV und dem Anteil des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt in der Argumentation nicht differenziert wird. Dies stellt eine gewisse Ungenauigkeit dar, da sowohl die Ausgaben der GKV nicht sämtlich zu Nachfrage nach Gesundheitsgütern werden, als auch Nachfrage außerhalb der GKV getätigt wird⁷. Da aber fast 90 % der Bevölkerung⁸ in der GKV versichert sind

⁴ Rede des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung *H. Ehrenberg*, Ergebnisprotokoll der 1. Sitzung der KAG am 12. 12. 1977, Anlage 2, 8.

⁵ *Ph. Herder-Dorneich* schreibt von einem proportional steigendem Finanzaufkommen. *Ph. Herder-Dorneich*, a. a. O., 4.

⁶ Vgl. zur Kooperationstheorie: *E. Boettcher*, Kooperation und Demokratie in der Wirtschaft (Schriften zur Kooperationsforschung, A. Studien, Band 10, hrsg. v. *E. Boettcher*) Tübingen 1974, im folgenden zitiert: *E. Boettcher*, Kooperation und Demokratie. *Ribhegge* hat die Kooperationstheorie für die gesamtwirtschaftliche Ebene ergänzt. Da die KAG auch eine Kooperation auf gesamtwirtschaftlicher Ebene darstellt, beziehen wir uns weitgehend auf *Ribhegge*. Siehe: *H. Ribhegge*, Rationale Einkommenspolitik aus der Sicht der Neuen Politischen Ökonomie (Schriften zur Kooperationsforschung, A. Studien, Band 13, hrsg. v. *E. Boettcher*), Tübingen 1978.

⁷ Die Ausgaben der GKV stellen teilweise Hilfen zum Lebensunterhalt dar, z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Andererseits fragen auch die restlichen 10 % der Bevölkerung Gesundheitsleistungen nach. Die Versicherten zahlen auch teilweise eigene Bei-

und fast alle wesentlichen Gesundheitsleistungen von der GKV abgedeckt werden, wird dieses Problem vernachlässigt.

I. ANSÄTZE ZUR ERKLÄRUNG DER KOSTENENTWICKLUNG

1. Das Gesundheitswesen in der intensiven Phase

In der Literatur⁹ wird differenziert zwischen zwei Phasen der wirtschaftlichen Entwicklung im Prozeß der Industrialisierung, der extensiven und der intensiven Phase. Die extensive Phase ist durch ein erhebliches Bevölkerungswachstum gekennzeichnet, mit dem die Schaffung neuer Arbeitsplätze in der Industrie nicht Schritt hält. Die Knappheit von Kapital und ein Arbeitskräfteüberhang charakterisieren die extensive Phase. Der Übergang von der extensiven zur intensiven Phase vollzieht sich dann, wenn der Bevölkerungsanstieg sich verlangsamt und die Arbeitskräfte knapp werden. Ein weiteres Wachstum der Wirtschaft erfordert dann einen steigenden Kapitaleaufwand pro Arbeitsplatz, damit die Arbeitsproduktivität gesteigert werden kann. Zusätzlich ist aber auch eine quantitative und qualitative Steigerung der Ausbildungsanstrengungen notwendig. Neben die Vermehrung des Sachkapitals tritt die verstärkte Bildung von »human capital«.

Der Übergang von der extensiven zur intensiven Phase vollzieht sich in enger Wechselbeziehung von einer Fülle von kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Faktoren, die hier vernachlässigt werden sollen. Für die folgende Argumentation ist vielmehr der überproportionale Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der intensiven Phase bedeutsam. Dieser Anstieg ist darauf zurückzuführen, daß es aus gesamtwirtschaftlicher Sicht rational ist, durch steigende Aufwendungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit die knappen und immer teurer ausgebildeten Arbeitskräfte möglichst lange für den Produktionsprozeß zu erhalten. Aus einzelwirtschaftlicher Sicht kann man von einer Einkommenselastizität größer als 1 für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ausgehen. Für die Ausschöpfung der sich bei steigendem Einkommen bietenden Konsummöglichkeiten ist die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung. Die Nachfrage ist aber nicht nur vom Einkommen,

träge ergänzend zu den Leistungen der GKV, z. B. bei der Rezeptgebühr und beim Zahnersatz.

⁸ D. Schewe u. a., Übersicht über die Soziale Sicherung, Bonn 1977, 179.

⁹ Vgl. E. Boettcher, Sozialpolitik und Sozialreform, in: E. Boettcher (Hrsg.), Sozialpolitik und Sozialreform, Tübingen 1957, 18 ff.

sondern auch vom Lebensalter abhängig. Das Sinken der Fruchtbarkeit in der intensiven Phase hat in der Bundesrepublik sogar zu einem Bevölkerungsrückgang geführt, da die für die Reproduktion der Bevölkerung notwendige Geburtenzahl nicht mehr erreicht wird. Somit steigt mit steigendem Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung auch die Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Andererseits macht der medizinisch-technische Fortschritt die Befriedigung dieser Nachfrage erst möglich.

2. Weitere Aspekte zur Erklärung der Kostenentwicklung

Weitere Aspekte der Kostenentwicklung werden im folgenden an Hand der Hauptakteure des Gesundheitswesens, der Ärzte, der Versicherten und deren Organisationen, sowie der Politiker dargestellt. Dabei wird neben der Kooperationstheorie auch die Neue Politische Ökonomie, wie sie im Anschluß an *Schumpeter*¹⁰ und *Downs*¹¹ entwickelt worden ist, herangezogen.

a) Die Ärzte

Obwohl das Gesundheitswesen neben der ärztlichen Tätigkeit noch weitere Gebiete erfaßt, kommt den Ärzten als Produzenten von Gesundheitsgütern eine Schlüsselfunktion auch für die anderen Bereiche zu¹². *Downs*¹³ hat aufgezeigt, daß trotz der Geltung des gleichen Stimmrechts es eine »Ungleichheit unter den Wählern«¹⁴ in bezug auf die Einflußnahme auf Regierungsentscheidungen gibt. Hierfür ist bedeutsam, daß Informationsbeschaffung und -verarbeitung Kosten verursachen und es sich daher nicht lohnt, über alle Bereiche der Regierungstätigkeit umfassend Informationen zu beziehen und zu verarbeiten. Da der einzelne Bürger sein Einkommen normalerweise nur aus einer Quelle bezieht, es aber für eine Vielzahl von Gütern ausgibt, hat er ein viel größeres Interesse an Aktivitäten der Regierung, die seine Einkommensentstehung beeinflussen, als an Regierungsaktivitäten, die eine oder mehrere Verwendungsarten

¹⁰ J. Schumpeter, Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, München 41975.

¹¹ A. Downs, Ökonomische Theorie der Demokratie, in: R. Wildemann (Hrsg.), Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften, Band 8, Tübingen 1968.

¹² Nähere Ausführungen siehe unter Abschnitt III 1.

¹³ Downs, a. a. O., 248 ff.

¹⁴ G. Fleischmann, Ungleichheit unter den Wählern – Zur ökonomischen Perspektive in der Soziologie, in: H. P. Widmaier (Hrsg.), Politische Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt a. M., 1974, 140.

betreffen. Er wird daher durch Informationssammlung und gezielten Einsatz von Informationen auf die Politikbereiche Einfluß nehmen, die seine Einkommensentstehung beeinflussen. Da die Möglichkeiten der Einflußnahme von den ökonomischen Ressourcen zur Informationsbeschaffung und zur Informationsverwertung abhängen, sind die Bezieher hoher Einkommen im Vorteil.

Da die Einflußnahme auf die Regierungspolitik, die ein einzelner übernimmt und die mehreren oder allen Bürgern zugute kommt, ein öffentliches Gut darstellt, ist es, dies hat *Olson*¹⁵ gezeigt, unwahrscheinlich, daß diese Einflußnahme stattfindet. Es erscheint vorteilhafter, eine Kooperation zu bilden, um diejenigen, die von dem öffentlichen Gut Vorteile empfangen, auch an den Kosten der Produktion dieses Gutes zu beteiligen. In der Bundesrepublik gibt es wohl keinen Berufszweig, der so vielfältig organisiert ist, wie die Ärzteschaft. So gibt es als öffentlich-rechtliche Zwangskörperschaft die Ärztekammern und für die niedergelassenen Kassenärzte die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Daneben gibt es noch eine Vielzahl von privatrechtlichen Kooperationen. Die Existenz von über 50 ärztlichen Standesschriften ist Ausdruck dieser Vielfalt. Diese Blätter enthalten zu rund 50% Anzeigen der Pharmaindustrie und von Ärzteausrüstern. Diese Blätter erwirtschaften dadurch die Kooperationskosten der Ärzteverbände. So können sich auch kleine Gruppen von Ärzten die Beschäftigung von hauptamtlichen Funktionären leisten, die der Durchsetzung ihrer Interessen dienen.

17 Jahre nach Einführung der GKV wurde als kooperative Gegenmacht der Ärzte gegenüber den Krankenkassen im Jahre 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) gegründet. Der Hartmannbund war ein gewerkschaftlicher Verband, der als Mittel der Auseinandersetzung mit den Kassen auch Streiks und Boykotts einsetzte. Von 1900–1904 gelang es dem Hartmannbund, mehr als die Hälfte der deutschen Ärzte zu vereinigen, und somit sich auch ein politisches Gewicht zu verschaffen. Im wesentlichen aus örtlichen Organisationen des Hartmannbundes gingen die KVen hervor¹⁶.

Ungeschriebene Gruppennormen, die kleine Anzahl der Ärzte, die an einem Ort wohnen, und die Möglichkeit der Diskriminierung von Außen-

¹⁵ *M. Olson Jr.*, Die Logik kollektiven Handelns, Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, in: Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften, Band 10, hrsg. v. *E. Boettcher*, Tübingen 1968, 8 ff.

¹⁶ Siehe zum Vorstehenden: *Ph. Herder-Dorneich*, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966, 63 ff.

seitern, führen neben den geringen Kooperationskosten zu dem hohen Organisationsgrad der Ärzte.

b) Die Versicherten

Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist sowohl hinsichtlich des Zeitpunkts als auch des Umfangs mit einem erheblichen Unsicherheitsmoment für den einzelnen Nachfrager ausgestattet. Da für jedes Individuum ein gewisses Maß an Sicherheit einen erheblichen Nutzen darstellt, wird ein Wirtschaftssubjekt Vorsorge treffen. Wenn diese Vorsorge individuell erfolgt, muß jedes Individuum eine hohe Rücklage anhäufen, um für alle halbwegs wahrscheinlichen Risiken gerüstet zu sein. Die Produktion des Gutes Sicherheit kann daher erheblich kostengünstiger in einer Kooperation erfolgen. Jeder Kooperationsteilnehmer müßte dann nur die für die gesamte Kooperation durchschnittlich anfallenden Kosten für die Gesundheitsgüter beisteuern. Dies kann man als die spezifische Produktivitätswirkung einer Kooperation¹⁷ Krankenversicherung auffassen.

Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist bei Unfällen oder Akut-Erkrankungen mit einer hohen Dringlichkeit versehen. Da Gesundheitsgüter, insbesondere die Versorgung durch einen Arzt, durch das uno-actu-Prinzip, also die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet ist und somit nicht lager- und transportfähig sind, besteht die Gefahr der Ausbeutung. Da zudem neben die zeitliche häufig noch erhebliche räumliche und persönliche Präferenzen treten und andererseits die Transparenz des Gesundheitsmarktes gering ist, wird diese Gefahr noch verstärkt. Eine Vergrößerung der Transparenz würde für den einzelnen Nachfrager die Aufwendung erheblicher Kosten erfordern, um z. B. die Relationen zwischen einzelnen ärztlichen Leistungen richtig einschätzen zu können. Diese Kosten können auch durch Kooperation gesenkt werden, indem eine Krankenkasse für alle ihre Mitglieder einheitliche Gebühren, die die Preisstruktur darstellen, und Honorare, die das Preisniveau ausdrücken, aushandelt. Hierbei werden nebeneinander Macht- und Produktivitätswirkung der Kooperation¹⁸ deutlich.

In der Ökonomie geht man im Allgemeinen von einer hohen Gegenwartspräferenz der handelnden Wirtschaftssubjekte aus. Zukünftige Bedürfnisse, wie zukünftig möglicher Bedarf an Gesundheitsgütern, wird daher tendenziell zu gering eingeschätzt, es droht daher die Gefahr der Unter-

¹⁷ Vgl. zur Produktivitätswirkung einer Kooperation: E. Boettcher, Kooperation und Demokratie, 38 ff.

¹⁸ Vgl. zur Machtwirkung, ebda., 40 f.

vorsorge. Obwohl es aus den beiden vorherigen Absätzen deutlich geworden ist, daß freiwillige Kooperation von rational handelnden Individuen entstehen müßten, wäre es wahrscheinlich, daß gerade die Personen, die eine besondere Sicherung nötig hätten, gar nicht erfaßt würden. Um nämlich das Gut Sicherheit besonders kostengünstig zu produzieren, wäre es rational, ältere und besonders krankheitsanfällige Personen aus dieser Kooperation fernzuhalten bzw. solche Personen, die erhebliche überdurchschnittliche Aufwendungen verursachen, zu selektieren. Daher sind die Kooperationen im Gesundheitswesen durch gesetzliche Vorschriften, also zwangsweise erfolgt.

Trotz der zwangsweisen Kooperation handelt es sich nicht um eine staatliche Einheitsversicherung, sondern es sind im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik auch Elemente eingebaut, die man bei freiwilligen Kooperationen findet. So gibt es eine Reihe von unabhängigen Krankenkassen. Diese Kassen verfügen über Selbstverwaltungsorgane, die die Interessen der Mitglieder wahren sollen. Die tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten der freien Entscheidung des einzelnen sind jedoch gering. So ist die Kontrolle der Geschäftsführer, z. B. bei Vorliegen überhöhter Verwaltungskosten, durch Abwanderung nur sehr beschränkt möglich. Für einen großen Teil der Versicherten besteht keine Wahlmöglichkeit. Auch die Möglichkeiten der Kontrolle durch die Mechanismen der internen Demokratie sind gering. Zwar finden alle 6 Jahre Sozialwahlen statt; allerdings wurde bei den letzten Sozialwahlen 1974 nur bei 38 von 1800 Sozialversicherungsträgern (überwiegend GKV) gewählt. Die Wahlen entfallen nämlich, wenn eine Einheitskandidatenliste, meistens vom DGB, vorliegt. Da die Geschäftsführer der Versicherungen auf Lebenszeit gewählt werden, entfällt von vornherein der Kontrollmechanismus Abwahl. Die Wahlbeteiligung bei den Sozialwahlen betrug nur 44 %¹⁹. Dies weist auf die von *Herder-Dorneich* festgestellte Kontaktschwäche der Krankenkassen zu den Versicherten hin²⁰.

Ergebnis dieser mangelnden Kontrollmechanismen ist, daß völlig auf Anreiz-Beitrags-Systeme verzichtet wird. So wird gesundheitsbewußtes Verhalten nicht belohnt, Personen, die durch ihren Lebenswandel (Alkohol, Tabak, Übergewicht) die Versichertengemeinschaft besonders in Anspruch nehmen, werden nicht durch Sanktionen zu einer Verhaltensänderung veranlaßt. Ebenso wenig besteht ein ökonomischer Anreiz, Leistungen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen, ob-

¹⁹ Vgl. dazu: *D. Schewe u. a.*, a. a. O., 377 f.

²⁰ *Ph. Herder-Dorneich*, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966, 219.

wohl der ökonomische Ansatz dieser Leistungen darin besteht, durch rechtzeitige Behandlung Kosten zu sparen.

Da also der Beitrag des einzelnen Versicherten unabhängig von seiner eigenen Inanspruchnahme der Versicherung festgelegt wird, ist es rational, danach zu streben, möglichst viel von diesem Angebot in Anspruch zu nehmen²¹. Wenn nun eine größere Anzahl der Versicherten die Solidargemeinschaft in dieser Weise diskriminiert, muß in der Folgeperiode der Beitrag aller Versicherten steigen. Höhere Beiträge haben aber auch einen Anstieg des Anspruchsniveaus zur Folge. Da, wie wir oben gesehen haben, die Kontrollverfahren unwirksam sind, setzt sich eine Beitrags-Anspruchs-Spirale in Bewegung, weil es den Selbstverwaltungsorganen nicht schwer fällt, die Beiträge zu erhöhen.

c) Die Politiker

Für das Verhalten der Politiker legen wir die von *Downs* aufgestellte Hypothese zugrunde, daß die Politiker bestrebt sind, bei Wahlen die Stimmen ihrer Partei zu maximieren. Oberstes Ziel der Regierung ist die Machterhaltung. Der Erreichung dieses Ziels dient u. a. die Verteilung von Wahlgeschenken an die Bevölkerung.

Hierzu eignet sich das Gesundheitswesen besonders. Zum einen nimmt das Gut »Gesundheit« im Bewußtsein der Bevölkerung einen hohen Rang ein, zum anderen sind Wahlgeschenke auf diesem Gebiet für die Politiker kostenlos zu verteilen. Werden nämlich auf anderen Gebieten Ausgaben erhöht, so müssen an anderer Stelle die Ausgaben gekürzt werden, es werden also die Interessen bestimmter Gruppen verletzt. Eine alternative Finanzierung könnte durch Steuererhöhungen erfolgen. Steuererhöhungen, wie Beitragserhöhungen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden aber für das gesamte Bundesgebiet für alle Steuerzahler oder Versicherten einheitlich festgelegt. Beitragsänderungen der GKV werden in unterschiedlicher Höhe zu unterschiedlichen Zeitpunkten von den einzelnen Selbstverwaltungsorganen der Kassen vorgenommen. Sie erregen deshalb nicht so ein öffentliches Interesse wie die oben erwähnten Maßnahmen. So kann die Regierung durch die Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV Wahlgeschenke verteilen.

²¹ Vgl. *B. Molitor*, Sozialpolitik auf dem Prüfstand, Hamburg 1976, 23 f. *Griesewell* teilt diese Auffassung nicht, sondern hält Motivationsbarrieren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für stärker. Siehe: *G. Griesewell*, Vergleich der Systeme der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien, Diss. Münster 1973, 157.

d) *Das Zusammenwirken von Ärzten, Versicherten und Politikern*

Die Honorare der Ärzte und Zahnärzte wurden vor dem Inkrafttreten des KVKG in Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. den KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBZV) bzw. den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) mit den einzelnen Krankenkassen ausgehandelt. Ein Monopolist, die Vereinigung der Anbieter, der Ärzte, stand mehreren unabhängig voneinander verhandelnden Kassen oder Kassenverbänden gegenüber. Durch eine geschickte Verhandlungsführung konnten die KVen und KZVen eine Kasse gegen die andere ausspielen und so hohe Honorarabschlüsse verbuchen, daß ihr Einkommen stärker als das der abhängig Beschäftigten stieg. Von 1959–1971 stieg das Verhältnis eines durchschnittlichen Arbeitnehmerinkommens zu dem durchschnittlichen Einkommen eines Kassenarztes von 1 : 5,4 auf 1 : 6,4²². Die »strukturelle Verhandlungsschwäche der Kassenseite«²³ und die Trennung von Privat- und Kassenpatienten ermöglicht den Ärzten weitgehend, die Konsumentenrente abzuschöpfen. Oftmals übernahm beim Hochschaukeln der Honorare die Bundesregierung noch eine führende Rolle, indem bei den Honorarabschlüssen mit der KBV und der KZBV für die Behandlung von Angehörigen der Bundeswehr, des Bundesgrenzschutzes und des zivilen Ersatzdienstes für die Ärzte günstige Honorare abgeschlossen wurden.

Das Übergewicht der Ärzte in den Honorarverhandlungen sollte bereits in der 3. Legislaturperiode des Bundestages 1957–61 beseitigt werden. Das Scheitern des Gesetzentwurfes der Bundesregierung, der eine umfassende Reform der GKV vorsah, hat *Naschold* in seiner Dissertation untersucht²⁴. *Naschold* sieht als Ursache des Scheiterns an, daß Ärzte, DGB und SPD, die den Gesetzentwurf aus sehr unterschiedlichen Motiven ablehnten, sich zu einem Zweckbündnis entschlossen. Da der Einfluß des DGB und der Ärzteverbände bis in die CDU/CSU-Mehrheitsfraktion hineinreichte, kam es innerhalb der Fraktion nicht zu einer Einigung. Während der Auseinandersetzung um das Gesetz hatte die KBV die Gründung einer privatrechtlichen Aktionsgemeinschaft der Ärzte initiiert. Dieser Aktionsgemeinschaft traten je nach Landesverband bis zu 90 % der Kassenärzte bei. Sie spendeten über 8 Millionen DM zur Finan-

²² I. Metze, Probleme der Ärztehonorigung und ihre Reform, in: H. Lampert (Hrsg.), Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD (Schriften des Vereins für Socialpolitik, N. F. 82), Berlin 1975, 64.

²³ G. W. Brück, Allgemeine Sozialpolitik, Köln 1976, 105.

²⁴ Vgl. F. Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Diss. Tübingen 1966, erschienen Freiburg 1967.

zierung von Informationsmaterial zur Beeinflussung der Öffentlichkeit. So wurde dann zu Beginn des Wahljahres 1961 die Gesetzesberatung eingestellt.

Die Konkurrenzsituation der Kassen führte neben der Verhandlungsschwäche gegenüber den Vereinigungen der Ärzte dazu, daß die Krankenkassen über die im Gesetz vorgesehenen Leistungen hinaus zusätzliche Leistungen ihren Mitgliedern gewährten. Diese freiwilligen Leistungen wurden dann durch Gesetzesänderungen häufig zu einer Pflichtleistung der GKV erklärt. Außerdem neigen die Politiker dazu, der GKV Aufgaben zu übertragen, die nicht unmittelbar als Aufgabe einer Versicherung betrachtet werden können (Mutterschaftsgeld, Schwangerschaftsabbruch). Die Zahlung von Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt an die Krankenkassen für diese Aufgaben zeigt, daß dies auch von der Bundesregierung anerkannt wird. Allerdings erbringen die Zuschüsse teilweise weniger als 20 % der tatsächlichen Aufwendungen der Kassen²⁵.

3. Zusammenfassung

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik ist zum einen auf eine Steigerung der mengen- und qualitätsmäßigen Nachfrage in der intensiven Phase, zum anderen auf die spezielle Organisationsweise des Gesundheitswesens und das Verhalten von Ärzten, Versicherten und Politikern zurückzuführen. Dabei sind das Monopol der Ärzte in den Honorarverhandlungen, ihr stärkeres Durchsetzungsvermögen im politischen Entscheidungsprozeß als Produzenten gegenüber den Versicherten als Konsumenten, die Diskriminierung innerhalb der Versicherten und das Bestreben der Politiker, Wahlgeschenke zu verteilen, die wichtigsten Faktoren.

II. DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DER GESETZGEBUNG

1. Voraussetzungen und Anlaß für das Kostendämpfungsgesetz

Die Probleme der Kostenentwicklung, die, wie oben beschrieben, erhebliche Beitragserhöhungen zur Folge hatten, wurden von Vertretern der

²⁵ G. W. Brück führt als Beispiel das Mutterschaftsgeld an, bei dem 1973 die Bundeszuschüsse 134 Mill. DM betragen, die Aufwendungen der Krankenkassen aber 721 Mill. DM. Siehe: G. W. Brück, a. a. O., 119.

Krankenkassen, aber auch von einzelnen Politikern schon in der 1. Hälfte der siebziger Jahre aufgegriffen. Die Probleme wurden aber in der Hochkonjunktur überspielt, weil bei hohen Lohnsteigerungen die Beitragserhöhungen nicht besonders spürbar waren. In der Folge der seit 1974 andauernden Wirtschaftskrise mit rund einer Million Arbeitslosen traten in allen Bereichen der Sozialversicherung Finanzierungsschwierigkeiten auf. Lediglich im Bereich der Arbeitslosenversicherung wurden durch Beitragserhöhungen und Leistungsabbau 1975 Sanierungsmaßnahmen durchgeführt. Da die Bundesregierung durch Beitragserhöhungen und/oder Leistungsabbau in der Renten- und Krankenversicherung ihre Wiederwahl nicht gefährden wollte, wurden Maßnahmen zur Sanierung der Rentenversicherung und Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht vor der Bundestagswahl 1976 ergriffen. Fünf Monate nach der Wahl und weit vor den nächsten Landtagswahlen wurden am 16. 2. 1977 im Bundeskabinett dann aber entsprechende Gesetzentwürfe verabschiedet.

Die enge Verzahnung der beiden Gesetze wird dadurch deutlich, daß ein Teil der Kosten der Krankenversicherung der Rentner von der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung verlagert wurde. Der Weg der Beitragserhöhung in der Rentenversicherung wurde nicht beschritten, da auch nach der Wahl noch eine Diskussion um die Belastungsgrenzen der Bürger mit Sozialabgaben und Steuern anhielt. Daher wollten die Politiker eventuelle Beitragserhöhungen den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen überlassen, aber auch den Druck auf die Kassen erhöhen, damit diese Maßnahmen zur Kostendämpfung ergriffen.

Da der Entwicklung der Lohnkosten bei der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit sowohl von der Bundesregierung als auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung eine entscheidende Rolle zuerkannt wurde, sollte durch die Maßnahmen zur Kostendämpfung auch die Konjunkturpolitik unterstützt werden. Für die Arbeitnehmer stellten bei Tarifabschlüssen der Anstieg des Nettolohns und für die Unternehmer die gesamte Kostenbelastung aus eigentlichen Lohnkosten, Sozialabgaben und weiteren Nebenkosten die entscheidenden Größen dar. Daher lag bei den Maßnahmen zur Kostendämpfung eine Interessensharmonie zwischen Politikern, Gewerkschaften und Arbeitgebern vor.

In der öffentlichen Meinung war bereits seit längerem publizistisch die Grundlage für ein Kostendämpfungsgesetz gelegt worden, das die Interes-

sen von Ärzten, Apothekern und der Pharmaindustrie verletzt²⁶. Der Widerstand der Ärzte, Apotheker und der Pharmazeutischen Industrie gegen das KVKG fand in der Öffentlichkeit keine positive Resonanz.

2. Die politische Auseinandersetzung um die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KVKG war eine KAG nicht enthalten. In seiner Rede²⁷ anlässlich der 1. Beratung des Gesetzes im Bundesrat am 11. 3. 1977 forderte der Sozialminister des Landes Rheinland-Pfalz *H. Geißler* namens der von CDU und CSU regierten Bundesländer, an Stelle der im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahmen, zunächst eine KAG einzusetzen und dann eine Frist von zwei Jahren abzuwarten, ob durch freiwillige Vereinbarungen das Ziel der Kostendämpfung erreicht würde.

Der Vorschlag zur Errichtung einer KAG wurde von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und der Pharmaindustrie begrüßt. So schrieb *H. Bourmer*, Vorsitzender des Hartmannbundes:

»Diese Konzertierte Aktion könnte durchaus unter der Federführung des Bundesarbeits- und Sozialministers – aufgrund jährlich zu erarbeitender Gutachten eines unabhängigen Sachverständigenrates (genauso wie im Wirtschaftsbereich) unter Fortfall des jetzt noch von der Bundesregierung jährlich vorgelegten Sozialbudgets – darüber beraten, welche Daten in den Bundesländern bei Honorarverhandlungen mit entsprechender Wertigkeit zu berücksichtigen sind.«²⁸

Gewerkschaften, Arbeitgeber sowie die Vertreter der Krankenkassen mit Ausnahme der Angestellten-Ersatzkassen lehnten den Vorschlag der CDU/CSU ab. In einer gemeinsamen Presseerklärung der Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen vom 26. 5. 1977 hieß es zur KAG:

²⁶ Durch die öffentliche Diskussion über die Bücher von *J. Hackethal* wurden die »Halbgötter in Weiß« entzaubert. Die Illustrierte »Stern« erklärte die Ärzte zu »Beutelschneider der Nation«. Rechtzeitig vor der Beratung des KVKG erschien ein Buch über die Pharmaindustrie: *V. Friederich, A. Hehn, R. Rosenbrock*, Neunmal teurer als Gold, Reinbeck 1977.

²⁷ Rede *Geißlers* abgedruckt in: »Das Parlament«, Nr. 12/77, 11.

²⁸ *H. Bourmer*, Kostendämpfung durch Leistungsbegrenzung, in: »Wirtschaftsdienst«, 57. Jg. Heft 4 (1977), 174.

»Wie in einem solch großen Gremium sachgerechte Resultate, die von allen Beteiligten getragen werden, erzielt werden sollen, ist schwer vorstellbar. Auf Grund der Parität zwischen Anbieter- und Nachfragerseite hätten in der Praxis die Staatsvertreter den entscheidenden Einfluß, was bedeutet, daß eine solche ›Konzertierte Aktion‹ dem Einbruch der staatlichen Gewalt in das bislang allein von der Selbstverwaltung gestaltete Vertragsgeschehen den Weg bereitet.«²⁹

Außerordentliche scharfe Kritik übte G. W. Brück:

»Alle Erfahrungen, die man im Bereich der sozialen Krankenversicherung sammeln konnte, sprechen dagegen, daß die ›Konzertierte Aktion‹ ein Erfolg wird. Es käme zwar haufenweise zu Bekundungen des guten Willens, vielleicht würden sogar hoffnungsvolle Ansätze erzielt. Doch Unvereinbares vereinen zu wollen, zu erwarten, daß Egoisten sich in solidarisches Handeln wandeln könnten, zeugt von sträflicher Naivität.«³⁰

Während der gesamten Dauer des Gesetzgebungsverfahrens blieb die Frage, ob eine KAG an Stelle der Gesetzesvorschriften über die Veränderung der Gesamtvergütung der Ärzte und des Arzneimittelhöchstbetrages treten soll, ein Hauptpunkt der Auseinandersetzung zwischen der SPD/FDP-Regierungskoalition und den SPD-regierten Bundesländern auf der einen Seite und der CDU/CSU-regierten Bundesländern auf der anderen Seite.

In der 2. Lesung des KVKG im Bundestag legte die CDU/CSU-Fraktion einen Änderungsantrag³¹ zur Einführung einer KAG vor. Die Regie-

²⁹ Presseerklärung abgedruckt in »Die Ortskrankenkasse«, 59. Jg. 12 (1977), 506.

³⁰ G. W. Brück, Kompromisse in der GKV – ja oder nein?, in: »Sozialer Fortschritt«, 26. Jg. Heft 6 (1977), 121 f.

³¹ Bundestagsdrucksache 8/409 vom 11. 5. 1977, Wortlaut des Änderungsantrages:
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 405 a

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Lasten gemeinsam

1. Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte (Umfang und Bewertung) und
 2. Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen
- und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen).

rungsfractionen lehnten den Antrag ab: »Eine konzertierte Aktion, . . . , muß von vornherein unverbindlich sein, wenn sie überhaupt funktionsfähig bleiben soll.«³²

Der Bundesrat rief daraufhin in seiner Sitzung vom 3. 6. 1977 den Vermittlungsausschuß von Bundestag und Bundesrat an, um eine Reihe von Änderungen im KVKG zu erreichen. Einer der Änderungswünsche war die Einführung der KAG. Im Vermittlungsausschuß wurde dann ein Kompromiß geschlossen, indem die Einrichtung einer KAG vereinbart wurde, ohne daß die Bestimmungen über die Empfehlungen über die Veränderung der Arzthonorare und der Arzneimittelhöchstbeträge, wie es die Intention der CDU/CSU war, fallengelassen wurden.

Neben der KAG enthält das KVKG Vorschriften über den Abbau bestimmter bisher gesetzlich vorgeschriebener Leistungen, die Überwälzung von Kosten von den Krankenkassen auf die Versicherten etwa beim Zahnersatz und bei den Arzneimitteln. Daneben stehen Maßnahmen für eine höhere Wirtschaftlichkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung und zur größeren Transparenz im Arzneimittelbereich. Außerdem sind Maßnahmen des Finanzausgleichs unter den Krankenkassen, insbesondere zum Ausgleich des unterschiedlichen Anteils der Rentner bei den einzelnen Krankenkassen, im Gesetz enthalten.

3. Die gesetzlichen Vorschriften und die institutionelle Ausgestaltung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

Im § 405 a der RVO³³, der die Bestimmungen über die KAG enthält, wird als Aufgabe der KAG die Entwicklung von medizinischen und wirtschaft-

(2) An der konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nehmen auf Einladung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Ärzte, der Zahnärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaft, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Länder teil. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen. Dem Sozialbeirat und dem Bundesgesundheitsrat ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die als Grundlage für die Beratung erforderlichen Daten werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Verfügung gestellt und erläutert; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

³² Abgeordneter *Kuhlwein* (SPD), Bundestagsprotokoll 8. Wahlperiode – 26. Sitzung, Bonn, Donnerstag, den 12. Mai 1977, 1904.

³³ Wortlaut des § 405 a RVO:

lichen Orientierungsdaten und von Vorschlägen zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen festgelegt. Dabei sollen eine den Stand der medizinischen Entwicklung berücksichtigende bedarfsgerechte Versorgung und eine ausgewogene Verteilung der Belastung als Nebenbedingungen berücksichtigt werden. Unter den medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind insbesondere die Empfehlungen der KAG über eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen der Ärzte und der Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge zu verstehen.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat den Absatz 2 des § 405 a RVO konkretisiert und folgende Teilnehmer zur ersten Sitzung der KAG am 12. 12. 1977 berufen:³⁴

-
- (1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam
 1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten
 2. Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesenund stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu jährlich bis zum 31. März Empfehlungen, insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben.
 - (2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.
 - (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratung erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichtes der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert diese.

zitiert nach: *Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), *Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung*, Bonn, Juli 1977, 97 f.

³⁴ Sozialpolitische Informationen, Nr. 22 vom 6. 12. 1977.

Verband, Gruppe etc.	Zahl der Vertreter
Ortskrankenkassen, Ersatzkassen	je 3
Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen	je 2
Private Krankenversicherung	2
Bundesärztekammer	5
Kassenärztliche Bundesvereinigung	3
Bundesverband der Deutschen Zahnärzte	1
Deutsche Krankenhausgesellschaft	3
Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretung Deutscher Apotheker	1
Pharmazeutische Industrie	3
Deutscher Gewerkschaftsbund	4
Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Deutscher Beamtenbund	je 1
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	6
Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein	3
	je 1
Insgesamt	60

Außerdem nehmen an den Beratungen noch Vertreter der Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung, für Wirtschaft sowie für Jugend, Familie und Gesundheit teil.

Die für die Beratung erforderlichen Daten stellt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts zur Verfügung. Bis Ende 1981 hat die Bundesregierung dem Gesetzgeber einen Bericht über die Erfahrungen mit der KAG gemäß Artikel 2 § 6 KVKG vorzulegen.

Falls es in der KAG nicht zu einer Einigung über die Veränderungen der Gesamtvergütung der Ärzte und der Arzneimittelhöchstbeträge kommt, die sowohl von den Vertretern der Ärzte als auch der Krankenkassen gebilligt wurde, werden die Vorschriften des § 368 f RVO wirksam. Nach Absatz 4 dieser Vorschrift haben dann die Bundesverbände der Krankenkassen und die KBV die Empfehlung über die Gesamtvergütung abzuge-

ben. Dabei sind nach Absatz 3 die erwartete Entwicklung der Einkommen der Versicherten, der Praxiskosten, der Arbeitszeit der Ärzte und Art und Umfang der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen, soweit diese auf einer gesetzlichen oder nach den Satzungen der Krankenkassen vorgesehenen Leistungsausweitung beruhen. Bundesminister *Ehrenberg* hat am 24. 6. 1977 vor dem Bundesrat namens der Bundesregierung diese Vorschriften so interpretiert, daß auch der medizinische Fortschritt und die veränderte Morbidität³⁵ damit eingeschlossen seien.

Nach § 368 f Absatz 7 RVO haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die KBV eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben. Dabei sind nach Absatz 6 sowohl die Preisentwicklung der verordneten Arzneimittel und die Zahl der behandelten Personen, als auch die Entwicklung der Versicherteneinkommen zu berücksichtigen. Die Zielsetzung dieser Vorschriften besteht darin, das oben geschilderte Übergewicht der Ärzte in den Honorarverhandlungen zu beseitigen.

Die Umsetzung dieser Empfehlungen erfolgt dann in Verträgen zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen oder bei Ersatzkassen durch Verträge mit der KBV. Bei den Vertragsabschlüssen sind die Bundesempfehlungen angemessen zu berücksichtigen, wobei regionalen Besonderheiten oder besonderen Verhältnissen der Kassenart Rechnung getragen werden kann. Falls es überhaupt nicht zu einer Bundesempfehlung kommt, dies ist möglich, weil für die Vereinbarungen zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der KBV keine Schiedsvereinbarung vorgesehen ist, müssen die Vertragsverhandlungen ohne diese stattfinden. Auf der 1. Sitzung³⁶ der KAG wurde vereinbart, daß jährlich zwei Sitzungen stattfinden sollen. Im Frühjahr soll über die medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten beraten werden. Vorschläge zur Rationalisierung und Steigerung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen sollen in der Herbstsitzung diskutiert werden. In der KAG werden keine Mehrheitsentscheidungen stattfinden, es gilt also das Veto- oder Einstimmigkeitsprinzip. Zur Vorbereitung der Sitzungen wird ein vorbereitender Ausschuß gebildet, der insbesondere über die für Beschlüsse relevanten Daten beraten soll. Weiterhin bleibt es jedem Teil-

³⁵ Morbidität ist die Erkrankungshäufigkeit je Versicherter in einer Periode.

³⁶ Vgl. zur 1. Sitzung:

- a) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Ergebnisniederschrift über die konstituierende Sitzung am 12. Dez. 1977.
- b) Presseberichte der »Frankfurter Allgemeine Zeitung«, »Die Welt«, »Westfälische Nachrichten« vom 13. Dez. 1977.

nehmer überlassen, seine Auffassung über den Verlauf der KAG der Öffentlichkeit mitzuteilen, da ein gemeinsames Kommuniqué nicht erstellt wird.

4. Das Vorbild – die Konzertierte Aktion beim Bundeswirtschaftsminister

a) Grundlage und Ziel der Konzertierten Aktion beim Bundeswirtschaftsminister

Die KAW trat während der ersten großen Nachkriegsrezession 1966/67 am 14. 2. 1967 unter der Leitung des damaligen Wirtschaftsministers *Schiller* erstmalig zusammen. Für sie gab es keine gesetzliche Grundlage. In dem im Juni 1967 verabschiedeten Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft wurde der Bundesregierung im § 3 lediglich aufgetragen, bei Gefährdung eines oder mehrerer der vier Ziele – Preisniveaustabilität, Vollbeschäftigung, außenwirtschaftliches Gleichgewicht und angemessenes Wirtschaftswachstum – Orientierungsdaten für die Wirtschaftsakteure bereitzustellen. Diese Orientierungsdaten sollen zu einem aufeinander abgestimmten Verhalten von Gebietskörperschaften, Gewerkschaften und Unternehmensverbänden führen. Die KAW war der Ort, wo diese Orientierungsdaten den Gewerkschaften und Unternehmensverbänden vorgelegt und diskutiert wurden.

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Einrichtung einer KAW waren die Erfahrungen der Nachkriegszeit, daß die Instrumente der Geld- und Fiskalpolitik nicht ausreichend waren, um Preisniveaustabilität bei Vollbeschäftigung zu sichern. Die in Tarifverhandlungen von den Gewerkschaften durchgesetzten Lohnerhöhungen führten nicht zu einer Änderung der Einkommensverteilung, sondern wurden von marktstarken Unternehmen über höhere Preise überwälzt. Falls die Notenbank nicht den dazu notwendigen Liquiditätsspielraum bereitstellte, wurde die Errichtung des Vollbeschäftigungsziels gefährdet. Durch eine Einkommenspolitik im Rahmen der KAW sollte auf die Einkommensentstehung eingewirkt und somit wirtschaftliche Fehlentwicklungen vermieden werden. Die KAW war also als eine Kooperation zur ex-ante Koordination des Verhaltens von Regierung, Gewerkschaften und Unternehmensverbänden gedacht. Sie sollte die Konterkarierung der staatlichen Wirtschaftspolitik durch das Verhalten der autonomen Gruppen verhindern. Durch eine Integration von Wirtschafts- und Lohnpolitik sollte die Produktion des öffentlichen Gutes Preisniveaustabilität erreicht werden.

b) *Die Konzertierte Aktion beim Bundeswirtschaftsminister aus der Sicht der Kooperationstheorie*

Da an späterer Stelle die KAG als Kooperation auf ihre Funktionsfähigkeit untersucht wird und wir hierzu die Kriterien, die *H. Ribhegge*³⁷ in Weiterentwicklung von *E. Boettcher*³⁸ für seine Untersuchung der KAW angewandt hat, auch für die vorliegende Untersuchung heranziehen werden, werden die Probleme der Funktionsfähigkeit an Hand der Kriterien der Kooperationstheorie dargestellt. Dies ermöglicht uns auch, später Vergleiche zwischen der KAW und der KAG zu ziehen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen der KAW eine vorläufige Antwort auf die Frage zu geben, ob die KAG erfolgreicher als die gescheiterte KAW sein kann. Die Kriterien der Gleichgewichtsfähigkeit, der Stabilität, der Effektivität, Legitimation und das Problem der Verbindung von externer Koordination in der KAW und der internen Koordination in den beteiligten Verbänden werden kurz dargestellt.

Eine Kooperation ist »gleichgewichtsfähig, wenn es eine Verteilung der Vor- und Nachteile gibt, die sowohl jedes Mitglied wie auch jede Teilkoope- ration besser stellt«³⁹. Hiermit wird auch unterstellt, daß Koopera- tionsteilnehmer, so die Beteiligten an der KAW, eigene Ziele und Interes- sen auch in der KAW verfolgen und diese nicht aus Gesichtspunkten eines »Gemeinwohls« zurückstellen. Für Regierung, Gewerkschaften und Un- ternehmensverbände war die Gleichgewichtsfähigkeit vorhanden. Die Regierung sah in der KAW die Möglichkeit, die Produktivität der Wirt- schaftspolitik zu erhöhen. Die Gewerkschaften glaubten, »in der Konzer- tierten Aktion eine Plattform gefunden zu haben, von der aus sie nicht nur die Konjunkturpolitik der Regierung beeinflussen, sondern auch über langfristige gesellschaftliche Reformvorhaben und Planungen mitbe- stimmen könnten«⁴⁰. Die Unternehmensverbände sahen es für sich als vorteilhaft an, an der KAW teilzunehmen, weil sie dadurch Einfluß auf die staatliche Konjunkturpolitik ausüben und mit Unterstützung der Regie- rung gewerkschaftliche Lohnforderungen begrenzen wollten. Teilkoope- rationen der Regierung mit einem Verband sind politisch nicht längerfris- tig haltbar, eine Teilkoope- ration der Verbände ohne Beteiligung der Re-

³⁷ Vgl. Anm. 6.

³⁸ Ebda.

³⁹ I. *H. Ribhegge*, a. a. O., 66.

⁴⁰ *H. Adam*, Zur Problematik der Konzertierten Aktion, in: »Aus Politik und Zeitge- schichte«, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 39/73 v. 29. 9. 73, 7.

gierung würde schnell »als eine Verschwörung gegen das Gemeinwohl interpretiert werden«⁴¹.

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Stabilität einer Kooperation ist die von *Olson*⁴² aufgezeigte Problematik der Produktion eines öffentlichen Gutes. *Olson* hat gezeigt, daß die Einsicht in die wechselseitige Vorteilhaftigkeit des kooperativen Handelns nicht ausreicht, damit ein öffentliches Gut produziert wird. Für jeden potentiellen Kooperationssteilnehmer ist es vielmehr rational, die Außenseiterposition einzunehmen, d. h. darauf zu warten, daß andere die Nachteile der Produktion des öffentlichen Gutes auf sich nehmen, man selbst, dies ist das Spezifikum des öffentlichen Gutes, nicht von den Vorteilen, die durch die Produktion geboten werden, ausgeschlossen werden kann. Für die KAW bedeutet dies, daß nicht gewährleistet war, daß bei einer Zurückhaltung der Gewerkschaften bei Lohnabschlüssen die Unternehmer anschließend auch Zurückhaltung bei Preissteigerungen übten und nicht durch höhere als die vereinbarten Preissteigerungsraten die Außenseiterposition einnahmen. Da aber positive oder negative selektive Anreize fehlten, die ein Verhalten der Kooperationssteilnehmer veranlaßte, welches den Kooperationserfolg sicherstellte, war das ungelöste Stabilitätsproblem ein Grund des Scheiterns der KAW.

Unter Effektivität ist die Fähigkeit zu verstehen, sich rechtzeitig ohne großen Aufwand auf einen Kompromiß über die Verteilung von Vor- und Nachteilen zu einigen, der keine Gruppe oder keinen Akteur diskriminiert. Während also die Gleichgewichtsfähigkeit lediglich voraussetzt, daß es überhaupt so eine Verteilung gibt, geht es bei der Effektivität um die Einigung über die Verteilung. Zur Verhinderung der Diskriminierung gibt es neben dem Einstimmigkeitsprinzip die Kontrollmechanismen Abwanderung und Widerspruch. Da die KAW eine freiwillige Kooperation war, gab es für die Beteiligten ein Austrittsrecht, also die Möglichkeit der Abwanderung.

Das Legitimationsproblem stellt sich für die KAW, weil sie eine Kooperation von Kooperationen war. Die handelnden Akteure sind selbst nur Entscheidungsbeauftragte. Die Mitglieder von Unternehmensverbänden und Gewerkschaften erwarten von ihren Entscheidungsbeauftragten die Wahrung ihrer Interessen. Daher dürfen sich die Mitglieder der Verbände durch Entscheidung der KAW, denen ihre Entscheidungsbeauftragten zugestimmt haben, nicht diskriminiert fühlen. Vielmehr müssen die Mitglieder der Verbände die Beschlüsse der KAW auch für sich gelten lassen.

⁴¹ *H. Ribhegge*, a. a. O., 68.

⁴² *M. Olson*, a. a. O., 8 ff.

Mit dem Legitimationsproblem ist das Problem der Verbindung von externer Koordination und interner Koordination verbunden.

Eine Einigung in der KAW stellt ja nicht von vornherein sicher, daß der Kooperationserfolg tatsächlich eintritt, weil schon rein juristisch weder der Deutsche Gewerkschaftsbund noch der Bundesverband der Arbeitgeberverbände legitimiert sind, Absprachen zu treffen, die auch ihre Mitglieder binden. Vielmehr müssen die Teilnehmer an der KAW versuchen, die Beschlüsse in ihrer Organisation umzusetzen. Da die Tarifverhandlungen in regionaler und sektoraler Dezentralisation durchgeführt werden und die Gewerkschaften keine verbindlichen Richtlinien für die Verhandlungskommissionen geben können und auf die Stimmung in den Betrieben Rücksicht nehmen müssen, ist es unwahrscheinlich, daß die Disaggregation von Entscheidungen reibungslos vonstatten geht. Durch höhere übertarifliche Löhne können auch Unternehmen die Vereinbarungen der KAW unterlaufen. Das sich daraus ergebende Spannungsverhältnis von Effektivität und Legitimation wurde durch die Unverbindlichkeit der Vereinbarungen gelöst. *Seitenzahl*, der an einigen Sitzungen der KAW teilgenommen hat, charakterisiert den Sitzungsverlauf folgendermaßen: »Die Gespräche im Rahmen der KA erweisen sich damit als genau das, als das sie das Wirtschaftsministerium nicht sehen möchte, nämlich als eine Art Kaffeeklatschrunde. Dort kommt keine Meinungsabklärung zustande, dort wird auch nichts abgesprochen und entschieden.«⁴³

c) *Vergleich der institutionellen Regelungen von Konzertierter Aktion im Gesundheitswesen und der Konzertierten Aktion beim Bundeswirtschaftsminister*

Da zum Zeitpunkt der Gesetzgebung des KVKG im Frühjahr 1977 zehn Jahre der Erfahrung vorlagen, muß man die Frage stellen, ob und wie weit aus der Erfahrung der KAW Schlußfolgerungen gezogen wurden bzw. welche Unterschiede es auf Grund der besonderen Gestaltung des Gesundheitssystems gibt. Während die KAW nicht gesetzlich verankert war und die Ausgestaltung allein in der Hand des Wirtschaftsministers lag, ist die KAG im § 405 a RVO festgeschrieben. Für die KAG sind konkrete Aufgaben, die Empfehlung über die Veränderung der Gesamtvergütung der Ärzte und des Arzneimittelhöchstbetrages mit einem festen Termin, dem 31. 3. jeden Jahres, festgelegt. Die teilnehmenden Gruppen und Institutionen sind abschließend aufgeführt. *Dieter Schirmer* weist darauf hin, daß es fraglich sei, »inwieweit die Beteiligten selbst verpflichtet sind,

⁴³ *R. Seitenzahl*, Einkommenspolitik durch Konzertierte Aktion und Orientierungsdaten, Köln 1974, 94.

einer »Berufung« in die konzertierte Aktion nachzukommen und an der Entwicklung und Abstimmung der Orientierungsdaten mitzuwirken«⁴⁴. Allerdings gebe es bestimmte Amtshilfpflichten, nach denen insbesondere die öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die in der KAG erheblich stärker als in der KAW vertreten sind, zur Teilnahme verpflichtet sind. Dies sind u. a. die KBV und der Bundesverband der Ortskrankenkassen. In der KAG sind alle Bundesländer und die Kommunalen Spitzenverbände vertreten, während in der KAW die Koordination der Gebietskörperschaften nicht vorgenommen wurde, sondern dies in andere Gremien verlagert wurde.

Während in der KAW die Bundesregierung zur Erreichung der Ziele ihrer Wirtschaftspolitik darauf hingewiesen war, daß ihre Politik nicht durch das Verhalten der autonomen Verbände unterlaufen wurde, hatte sie im Bereich der Gesundheitspolitik schon vor Inkrafttreten des KVKG stärkere Eingriffsmöglichkeiten. So hat sie im Jahre 1965 mit dem Erlaß einer Gebührenordnung für die ambulante ärztliche Behandlung⁴⁵ die Preisstruktur dieses Bereiches bestimmt.

5. Zusammenfassung

Die KAG ist als Kompromiß in das KVKG aufgenommen worden. Auf Grund der Erfahrungen mit der KAW wurden aber nicht zusätzliche gesetzliche Maßnahmen zur Kostendämpfung zurückgestellt, sondern es wurden vielmehr Vorschriften ins Gesetz aufgenommen, die die Zielerreichung sicherstellen sollen, wenn es in der KAG nicht zu einer Einigung kommt. Durch den bis Ende 1981 vorgeschriebenen Bericht der Bundesregierung über den Erfolg der KAG wird der Erfolgsdruck noch erhöht.

III. KRITISCHE ANALYSE DER KONZERTIERTEN AKTION IM GESUNDHEITSWESEN

1. Die Hauptausgabengebiete der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Einwirkungsmöglichkeiten der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen

In diesem Abschnitt werden die Steuerungsmöglichkeiten der KAG auf die drei Hauptausgabengebiete⁴⁶ durch Orientierungsdaten betrachtet. In

⁴⁴ D. Schirmer, Verbesserung der Effektivität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: »Die Ortskrankenkasse«, 60. Jg. Heft 1/2 (1978), 52.

⁴⁵ F. Naschold, a. a. O., 156.

⁴⁶ Nach der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung und dem

einem vierten Punkt gehen wir auf die zweite Aufgabe der KAG, die Ausarbeitung von Vorschlägen zur Rationalisierung und zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen ein.

a) Die ambulante ärztliche Versorgung

Obwohl die ambulante ärztliche Versorgung mit einem Anteil von 18,7% 1976 an den Gesamtausgaben der GKV und einer Steigerungsrate von 118% in der Periode 1970 bis 1976 weder den höchsten Anteil der Ausgaben ausmacht,⁴⁷ noch die höchste Steigerungsrate, sondern sogar die niedrigste aufweist, beginnen wir trotzdem mit diesem Bereich, weil der niedergelassene Arzt eine Schlüsselstellung auch für den Arzneimittelbereich innehat.

Für das Angebot an ambulanten ärztlichen Leistungen sind zunächst Rahmenbedingungen des Gesetzgebers und der Krankenkassen bestimmend. Diese regeln den Umfang der ärztlichen Leistungen, für die die GKV die Aufwendungen übernimmt. Das Ausmaß des Angebots hängt weiter von der Anzahl der niedergelassenen Ärzte und deren Vorstellung von ihrer durchschnittlichen Arbeitszeit ab. Daneben umfaßt das Angebot der ambulanten ärztlichen Versorgung auch die Geräte (Röntgenapparate, Labors, Kurzwellengeräte etc.) und das zugehörige, vom Arzt beschäftigte Hilfspersonal.

Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen geht vom Versicherten aus. Wie wir bereits oben gezeigt haben, sind dafür der Stand der wirtschaftlichen Entwicklung, die Altersstruktur der Bevölkerung und die Organisationsweise der Krankenversicherung wichtige Faktoren. Wenn sich ein Versicherter jedoch erst einmal zum Arzt begeben hat, wird der weitere Umfang der Leistungen vom Arzt bestimmt. Dieser schlägt dem Versicherten bestimmte Therapiemaßnahmen vor. Dabei wird er sich auch von ökonomischen Gesichtspunkten wie der optimalen Auslastung seiner eigenen Arbeitskraft und der Auslastung seiner Apparate leiten lassen. Dies wird auch durch das Vorhandensein von Substitutionsbeziehungen ermöglicht. So kann die Verabreichung einer Spritze die Einnahme von Ta-

Krankenhausbereich stellt die zahnärztliche Versorgung den 4. großen Ausgabenbereich der GKV dar. Für diesen Bereich gelten weitgehend auch die Bedingungen der ambulanten ärztlichen Versorgung. Ein Eingehen auf die speziellen Probleme dieses Bereichs erscheint nicht notwendig, da es nicht zu Erkenntnissen führen würde, die über das Gesagte hinausgehen.

⁴⁷ Die Anteilsdaten sind eigene Berechnungen auf der Grundlage der Daten in: *Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (Hrsg.), *Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung*, Bonn, Juli 1977, 72. Die Steigerungsraten sind von dort entnommen.

bleten ersetzen. Die ökonomischen Interessen des Arztes ermöglichen auch das Ausnutzen der Solidargemeinschaft durch den Versicherten, es wird in der Regel eine hohe Erfüllungsbereitschaft des Arztes gegenüber Forderungen der Versicherten vorhanden sein. Es gilt hier also weitgehend das nach *Jean Baptiste Say* (1767–1832) benannte Saysche Theorem. *Herder-Dorneich* weist daher darauf hin, daß dem numerus clausus im Fach Medizin deshalb vor allem auch eine kostensteuernde Wirkung zukomme⁴⁸.

Bei der Preisbildung muß man zunächst zwischen der Preisstruktur, die das Verhältnis zwischen den einzelnen ärztlichen Leistungen (z. B. Beratung und Laboruntersuchung) festlegt, und dem Preisniveau, das die absolute Höhe der Honorare bestimmt, unterscheiden. Nach dem KVKG wird nach § 368 n RVO für alle Kassenarten einheitlich erstmals zum 1. 7. 1978 eine Gebührenordnung erstellt. Die Erstellung dieser Gebührenordnung erfolgt durch einen gemeinsamen Bewertungsausschuß mit je 7 Vertretern der Kassenärzte und der Krankenkassen. Falls es zu keiner Einigung kommt, ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen. Einzelne Kassen können für einzelne Gebühren unterschiedliche Entgelte zahlen. Die KAG kann mit der Abgabe der Empfehlung über die Veränderung der Gesamtvergütung Einfluß auf das Preisniveau nehmen. Wenn diese Empfehlung in Verträge zwischen den Krankenkassen und den KVen umgesetzt wird und sich die Veränderung an der Entwicklung der Versicherungseinkommen orientiert, wäre ein wirksames Instrument zur Kostendämpfung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gegeben. Man muß allerdings fragen, welche Steuerungswirkungen von so einem Budget ausgehen.

Die Nachfrage der Versicherten nach ambulanten ärztlichen Versorgung wird sich danach auch in Zukunft unabhängig vom Preis entwickeln. Beim Angebot kann man davon ausgehen, daß dies in Zukunft stärker als die Veränderung der Gesamtvergütung in der oben beschriebenen Weise steigen wird. Einmal ist die Vorstellung vom Arztberuf stark auf die Tätigkeit als niedergelassener Kassenarzt ausgerichtet, so daß ein Großteil der neu approbierten Ärzte sich niederlassen werden, zumal die ärztlichen Arbeitsplätze in den Krankenhäusern nicht ansteigen werden, zum anderen können die Ärzte durch eine Ausweitung ihrer Leistungen versuchen, trotz der Begrenzung der Gesamtvergütung ihren individuellen Anteil daran zu steigern. Ob dies den Versicherten nützen wird, ist höchst zweifelhaft. Vielmehr ist zu befürchten, daß die iatrogenen, d. h. durch ärztli-

⁴⁸ Vgl. *Ph. Herder-Dorneich*, Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen, Opladen 1976, 171.

che Behandlung verursachten Krankheiten steigen werden. Es wird sich hier vielmehr die schon auf dem Agrarmarkt gemachte Erfahrung wiederholen, daß eine Steuerung in einem Markt, die nicht gleichermaßen Angebot, Nachfrage und den Preis in eine Richtung beeinflusst, mittel- bis langfristig nicht haltbar ist.

Daher werden die Ärzte in der KAG auf den § 368 f Abs. 3 RVO verweisen, wo neben der Einkommensentwicklung der Versicherten auch als Kriterien für die Bundesempfehlung die Entwicklung der Praxiskosten, Art und Umfang von gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungsausweitungen, die ärztliche Arbeitszeit, der medizinische Fortschritt und die Morbidität enthalten sind. Bei einer steigenden Zahl von Ärzten steigen die Praxiskosten, die Gesamtarbeitszeit der Ärzte und aufgrund der Gültigkeit des Sayschen Theorems die Morbidität. Die Ärzte werden also in der KAG argumentieren, daß der Sinn der oben genannten Kriterien im § 368 f Abs. 3 RVO nur darin bestehen könne, auch eine Veränderung der Gesamtvergütung zu erlauben, die den Anstieg der Versicherteneinkommen übersteigt.

b) *Die Arzneimittelversorgung*

Die Kosten für Arzneimittel nahmen 1976 einen Anteil von 15,1 % in Anspruch. Der Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel betrug 1970 bis 1976 127 %⁴⁹. Das Angebot von Arzneimitteln wird durch die pharmazeutische Industrie bestimmt. Bei der Gestaltung ihres Angebots wird sie zum einen das Arzneimittelrecht zu beachten haben, zum anderen wird sie vorwiegend solche Produkte anbieten, für die die GKV die Kosten übernimmt. Unter dynamischen Gesichtspunkten sind besonders Art und Umfang von Innovationen bedeutungsvoll. Die Innovationsintensität wird weitgehend von den Aufwendungen der Industrie für Forschung und Entwicklung bestimmt. Denn von den in den letzten zwanzig Jahren grundlegend neuen Arzneimitteln wurden 90 % in der Industrie und nur 9 % an Universitäten entwickelt⁵⁰. Auf dem Arzneimittelmarkt fallen die drei Funktionen, die auf einem Endverbrauchermarkt in der Regel in einer Person zusammenfallen, auseinander. Nachfrager ist der Arzt, Konsument der Versicherte und Zahler die Krankenkasse. Da Nachfrager und Zahler auseinanderfallen, Preis und Menge also nicht zugleich bestimmt werden, ist die Nachfrage nach Arzneimitteln preisunelastisch. Bei einer

⁴⁹ Siehe Anmerkung 47.

⁵⁰ Vgl. Gutachten des Kieler *Instituts für Weltwirtschaft* über den Arzneimittelmarkt, auszugsweise veröffentlicht in: »Die Zeit« Nr. 47 v. 14. 11. 75.

geringen Zahl der Nachfrager und einer großen Zahl der Konsumenten führt dies zu einer spezifischen Absatzförderungsstrategie der Pharmaindustrie. Zum einen wird das Angebot immer stärker differenziert und damit die Markttransparenz vermindert, zum anderen werden die Werbemittel (Ärztebesucher, Probepackungen, Anzeigenwerbung) konzentriert auf die geringe Zahl der Nachfrager eingesetzt. Diese Marktsituation hat als Ergebnis, »daß auf einem oligopolistisch strukturierten Markt bei einer preisunelastischen Nachfrage die Anbieter in der Lage sind, ihre Preisvorstellungen weitgehend durchzusetzen«⁵¹.

Die Analyse der Kieler Gutachter ist indirekt vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie bestätigt worden. Nach seinen Angaben haben Transparenzlisten der Krankenkassen, die im Vorgriff auf die nach dem KVKG zu erstellenden Transparenzlisten an die niedergelassenen Ärzte verschickt wurden, das Verschreibungsverhalten der Ärzte so beeinflußt, daß der reale Umsatz der Pharma-Industrie im Jahre 1977 sich vermindert hat. Die Auswirkungen waren aber für die einzelnen Größenklassen sehr differenziert; so verloren die umsatzstärksten Unternehmen 11 % ihres Umsatzes, während mittlere Unternehmen mit Umsätzen zwischen 60 und 75 Millionen DM einen Zuwachs von 24 % erzielen konnten⁵².

Die KAG nimmt durch ihre Empfehlung über die Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge, unter dem Vorbehalt der Umsetzung in Verträge, einen Einfluß. Allerdings muß die Wirksamkeit dieser Einflußnahme als sehr begrenzt angesehen werden, da es bei Überschreitung des Höchstbetrages keine funktionsfähigen Sanktionsmechanismen gibt. Bei einer Überschreitung des Höchstbetrages hat nach § 368 Abs. 6 RVO eine Überprüfung der Ursachen stattzufinden. Falls die Überschreitung nicht auf Epidemien oder ähnliche unvorhersehbare Steigerungen der Krankheitshäufigkeit zurückzuführen ist, hat eine gezielte Überprüfung der Verordnungen der Ärzte stattzufinden. Die Kassen sind allerdings nicht verpflichtet, den Überschreibungsbetrag bei den Ärzten, die unwirtschaftlich verordnet haben, im Wege des Einzelregresses zurückzuholen. Nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte⁵³ ist ein pauschaler Regreß bei einem einzelnen Arzt nur möglich, wenn dieser die durchschnittlichen Verordnungen seiner Arztgruppe um mehr als 40 bis 50 % überschritten hat.

⁵¹ Kieler Gutachten, a. a. O., 28. (Die kursiv gesetzten Worte sind im Original durch Fettdruck hervorgehoben.)

⁵² »Süddeutsche Zeitung« vom 25. 1. 1978.

⁵³ In der Zeitschrift »Die Ersatzkasse« Nr. 1/78, 24 wird berichtet, daß die Angestellten-Ersatzkassen z. Z. einen Musterprozeß führen, um durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes einen geringen Prozentsatz zu erreichen.

Bei geringeren Überschreitungsrate n müßten 10000 und mehr Rezepte, die ein Arzt jährlich ausstellt, überprüft werden, ehe ein Regreß gefordert werden könnte. Zudem gibt es auch für Regreßverfahren einen speziellen Ärzteverband, den Ärzteregeßschutz e. V.. Durch diesen Verband ist es den Ärzten möglich, mit Hilfe spezialisierter Juristen und Gutachter Regreßansprüche abzuwehren. Der Weg des Einzelregresses würde vollends unwirksam, wenn die Verordnungen der Mehrzahl der Ärzte eine stärkere Steigerungsrate als die Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge aufweisen würde.

Die Einflußmöglichkeiten der KAG auf den Arzneimittelmarkt durch Höchstbeträge sind daher als begrenzt anzusehen. Kostendämpfung in diesem Bereich erscheint durch wettbewerbsbeeinflussende Maßnahmen auf Grund von Transparenzlisten nach § 368 p RVO erfolgversprechender zu sein.

c) Die Krankenhausversorgung

Mit einem Anteil von 30,2 % an den Ausgaben der GKV nimmt die stationäre Behandlung den größten Teil der Ausgaben in Anspruch. Von 1970–1976 stiegen diese Ausgaben um 219%⁵⁴.

Das Angebot an Krankenhausbetten in der Bundesrepublik wird weitgehend durch eine zentrale Investitionsplanung und -lenkung auf Landesebene seit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 bestimmt. In Folge der Diskussion über das »klassenlose Krankenhaus« ist die frühere 3. Pflegeklasse auf das Niveau der 2. Klasse angehoben worden. Dies hat ebenso wie die starken Lohnsteigerungen beim Pflegepersonal in den letzten Jahren zur Kostenexplosion beigetragen.

Die Notwendigkeit der stationären Behandlung wird in der Regel durch einen niedergelassenen Arzt festgestellt. Sein Einweisungsverhalten wird auch von sozialen Faktoren abhängen. Durch die Auflösung der Großfamilie und die Zunahme der außerhäuslichen Berufstätigkeit der Frau sind die Pflegemöglichkeiten in der Familie beschränkt, so daß auch bei Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung nicht unbedingt erforderlich machen, eine Krankenseinweisung häufig erfolgt. Wie bei der ambulanten ärztlichen Behandlung, wird die Nachfrage auch hier vom Arzt bestimmt. »Die Dauer seines (des Patienten. d. Verf.) Aufenthalts kann nur durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus bestimmt werden –

⁵⁴ Siehe Anmerkung 47.

der allerdings dabei Überlegungen der Verwaltung zur Kostendeckung mit berücksichtigt.«⁵⁵

Nach der Bundespflegesatzverordnung soll der Preis für die stationäre Behandlung, der Pflegesatz, alle laufenden Kosten für Ärzte, Pflegepersonal und weitere Hilfskräfte, Verpflegungs- und Verbrauchsmaterial abdecken. Dieser kostendeckende Pflegesatz muß vom zuständigen Landesminister genehmigt werden. Die Trennung von Investitions- und Betriebskosten ist betriebswirtschaftlich wenig sinnvoll, da sich diese Kosten gegenseitig bedingen. So wird man schon auf Grund des Finanzierungsverfahrens mit internen Ineffizienzen der Krankenhäuser zu rechnen haben.

Im Entwurf des KVKGes waren auch Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhauswesen vorgesehen. Die Bundesländer setzten jedoch im Vermittlungsverfahren durch, daß der Krankenhausbereich weitgehend aus dem Gesetz ausgeklammert wurde und später eine grundlegende Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgen soll. Zur Problematik der Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die KAG sagte Minister *Ehrenberg*: »Die Konzertierte Aktion hat sich, darüber kann es meiner Meinung nach gar keinen Zweifel geben, mit allen Bereichen des Gesundheitswesens zu befassen – natürlich auch in dem in mehrfacher Hinsicht, nicht nur unter Kostenaspekten, bedeutenden Teilbereich, dem Krankensektor. Um lediglich zu Bundesempfehlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über Finanzspielräume für ärztliche Vergütungen und Arzneimittelaufwendungen zu kommen, hätte es einer solchen Aktion nicht bedurft.«⁵⁶

In der anschließenden Diskussion der KAG »blieben unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, ob auch Empfehlungen über die Veränderung der Pflegesätze abzugeben sind«⁵⁷. Da nach geltendem Recht die Pflegesätze auf Selbstkostenbasis errechnet werden, müßten das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung novelliert werden, damit Empfehlungen für Pflegesatzveränderungen überhaupt sinnvoll sind. Bundesempfehlungen über Pflegesätze könnten dann als Richtschnur dienen, wenn die Pflegesätze in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt würden. Ob es hierzu kommen wird, ist sehr zweifelhaft, da sich erhebliche Widerstände zei-

⁵⁵ *Ph. Herder-Dorneich*, Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung, in: »Aus Politik und Zeitgeschichte«, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Heft 16/76 v. 17. 4. 1976, 12.

⁵⁶ Rede des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung *H. Ehrenberg*, Ergebnisprotokoll der 1. Sitzung der KAG am 12. 2. 1977, Anlage 2, 8 f.

⁵⁷ Ergebnisprotokoll, 3.

gen. So erklärte der Bremer Gesundheitssenator *H. Brückner* am 17. 3. 1978 vor Beginn der Sitzung der KAG zum Krankenhausbereich: »Die einnahmeorientierte Gesundheitspolitik möchte ich generell als den falschen Weg zurückweisen.«⁵⁸ Während es *Ehrenberg* letztlich darum geht, »das kleine Einmaleins der Ökonomie auch in diesem gesellschaftlichen Bereich populär zu machen«⁵⁹, sind für *Brückner* ökonomische Rahmenbedingungen nur ein Aspekt des Problems, Gesundheitspolitik dürfe nicht als reine Einnahme/Ausgabenbetrachtung mißverstanden werden. *Brückner* fordert mehr Menschlichkeit im Krankenhaus, selbst wenn dadurch höhere Kosten entstehen. Falls sich die Einstellung *Brückners* durchsetzen sollte und der Krankenhausbereich aus der einnahmeorientierten Politik ausgeschlossen würde, wäre die Wirksamkeit der KAG insgesamt in Frage gestellt. Von den Ausgabeempfängern der übrigen Leistungsbereiche der GKV kann nicht erwartet werden, daß sie freiwillig Einbußen hinnehmen, die dazu dienen, eine weitere Expansion beim größten Ausgabenbereich der GKV zu ermöglichen.

d) Einwirkungsmöglichkeiten durch Vorschläge zur Rationalisierung

Neben der Verabschiedung von wirtschaftlichen und medizinischen Orientierungsdaten hat die KAG im Gesetz als 2. Aufgabe zugewiesen bekommen, Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu entwickeln.

In Anlehnung an *Töns*⁶⁰ wollen wir unter Effektivität in diesem Zusammenhang⁶¹ verstehen, inwieweit Leistungen im Gesundheitswesen zielgerecht sind und dem Zweck der Gesunderhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Unter Effizienz ist dann das Verhältnis von Aufwand und Erfolg zu verstehen. Rationalisierung sind Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz. Die Diskussion über Effizienz und Effektivität und die gesetzliche Verankerung ist auf dem Hintergrund der Kostenentwicklung zu verstehen. Es liegt ja, wenn man das Saysche Theorem für Teilbereiche des Gesundheitswesens für gültig hält, die Vermutung nahe, daß ein Teil der Therapiemaßnahmen der Ärzte überhaupt keine oder sogar negative Auswirkungen hat. *A. Grünewald* hat schon 1957 festgestellt,

⁵⁸ Zitiert nach »Frankfurter Rundschau« vom 21. 3. 1978, 6.

⁵⁹ Rede *Ehrenbergs*, a. a. O., 7.

⁶⁰ Zum Effektivitäts- und Effizienzbegriff siehe: *H. Töns*, Kostensteuerung im Bereich der Leistungserbringung, in: »Die Ortskrankenkasse«, 59. Jhg. (1977), 807.

⁶¹ Der Effektivitätsbegriff des § 405 a RVO ist scharf vom Effektivitätsbegriff der Kooperationstheorie zu unterscheiden. Vgl. zum Effektivitätsbegriff der Kooperationstheorie das unter 4 b Gesagte.

daß »im kassenärztlichen Berufsstand ein Anwachsen und teilweise Überhandnehmen von Ersatzaktivitäten spürbar [sei], die mit der eigentlichen ärztlichen Betreuung der Patienten sachlich nichts mehr zu tun haben, weil sie nur wettbewerblich, also wirtschaftlich wirken können und sollen«⁶².

Die Forschung zum Problem der Effektivität und Effizienz steht offensichtlich noch am Anfang. Nach *H. Schäfer* müßte »die Forderung nach einer statistisch abgesicherten Erhärtung der Effektivität der Medizin das Gebot der Stunde sein«⁶³. *H. Töns* fordert, »die richtigen Methoden zur Ermittlung und Darstellung von Effektivität und Effizienz zu finden. Das wird nur gelingen, wenn sich unsere besten Köpfe (die der Ortskrankenkassen. d. Verf.) dieser Aufgabe widmen«⁶⁴.

Während *Töns* und *Schäfer* die Möglichkeit sehen, daß entsprechende Kriterien entwickelt werden, bestreiten andere, so *H. W. Müller*, daß dies überhaupt möglich sei: »Effizienz im Gesundheitswesen gibt es nicht.«⁶⁵ Nach *Müllers* Auffassung ist es unmöglich, das Verhältnis von Kosten und Nutzen konkret zu berechnen. *P. Rosenberg*⁶⁶ weist auf die Schwierigkeiten hin, die sich bei einem internationalen Vergleich der Effizienz von Gesundheitssystemen ergibt. So fehle für die Bundesrepublik eine konsistente Kosten- und Finanzierungsrechnung für das Gesundheitswesen völlig. Auch hält er eine Bewertung des Outputs in monetären Einheiten in der Regel für problematisch, wenn nicht unmöglich, so daß sich die »Wirtschaftlichkeit« im Sinne des Verhältnisses von Outputwert zu Inputwert nicht feststellen lasse.

In der Literatur⁶⁷ gibt es eine Fülle von Vorschlägen zur Rationalisierung im Gesundheitswesen, die die KAG aufgreifen und Modellversuche damit veranlassen könnte. Modellversuche sind aber nur dann sinnvoll, wenn Kriterien bestehen, mit denen man nach Abschluß des Modellversuchs

⁶² *A. Grünewald*, Das Verhältnis zwischen Arzt und Sozialer Krankenversicherung, in: *E. Boettcher* (Hrsg.), Tübingen 1957, 197 f.

⁶³ *H. Schäfer*, Sozialmediziner an der Universität Heidelberg, »Die Zeit«, Nr. 17 v. 18. 4. 75, 11.

⁶⁴ *H. Töns*, a. a. O., 808.

⁶⁵ Referat des Hauptgeschäftsführers der Deutschen Krankenhausgesellschaft *H. W. Müller* vor dem Marburger Bund, zitiert nach: »Die Ortskrankenkasse« 59. Jg., 965.

⁶⁶ *P. Rosenberg*, Internationale Kostenvergleiche, »Bundesarbeitsblatt« Heft 1/2 1978, 25-28.

⁶⁷ *P. Rosenberg* hat für die Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel einen Literaturbericht über Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens der Bundesrepublik erstellt, in dem auch Vorschläge zur Rationalisierung enthalten sind. Siehe: *Peter Rosenberg*, Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Nr. 48, Göttingen 1975.

feststellen kann, ob hier positive Änderungen entwickelt wurden. Da bei Modellversuchen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Interessen von Beteiligten betroffen sind, wird man sich entweder erst gar nicht auf Kriterien einigen, an denen der Modellversuch gemessen wird, oder es werden die Ergebnisse von Modellversuchen höchst unterschiedlich interpretiert werden. Aus den aufgezeigten Problemen ziehen wir die Schlußfolgerung, daß auf diesem Gebiet kurz- bis mittelfristig keine großen Erfolge der KAG zu erwarten sind.

2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in der Sicht der Kooperationstheorie

Die Kooperationstheorie ist eine Theorie, die sich mit freiwilligen Zusammenschlüssen von Menschen oder Gruppen von Menschen beschäftigt. Die KAG weist aber einen stärkeren Zwangscharakter als die KAW auf, als daß man von vornherein sagen kann, man könne die KAG unter den Gesichtspunkten der Kooperationstheorie fassen. Der Zwangscharakter der KAG wird in der gesetzlichen Regelung durch die Vorgabe eines Termins, bis zu dem Beschlüsse zu fassen sind, die Vorgabe, welche Beschlüsse zu fassen sind, und die Frist, bis zu der die Bundesregierung einen Bericht über den Erfolg der KAG zu erstellen hat, deutlich.

Zu den im Gesetz aufgeführten Teilnehmern gehören auch öffentlich-rechtliche Zwangskörperschaften, wie der Bundesverband der Ortskrankenkassen und die KBV, die nicht der Verfolgung privater Interessen dienen sollen, sondern Teil der mittelbaren Staatsverwaltung sind. Da aber für die Funktionsfähigkeit der KAG letztlich die freiwillige Mitwirkung der Beteiligten notwendig ist, wollen wir im folgenden an Hand der Kriterien der Kooperationstheorie die KAG analysieren.

a) Gleichgewichtsfähigkeit

Gleichgewichtsfähigkeit der KAG ist dann gegeben, wenn es für jeden Kooperationsteilnehmer eine Verteilung der Vor- und Nachteile gibt, die für ihn einen positiven Saldo ergibt und in einer Teilkoooperation kein größerer Vorteil erreichbar ist. Obwohl man bei den Vertretern des Staates eigentlich, weil ja die KAG durch den Gesetzgeber eingesetzt ist, davon ausgehen müßte, daß für sie ein positiver Vorteils-Nachteils-Saldo gegeben ist, ist dies zweifelhaft. In den oben⁶⁸ zitierten Äußerungen *Ehrenbergs* zeigt sich, daß für den Vorsitzenden der KAG erst durch die Einbe-

⁶⁸ 278.

ziehung des Krankenhausbereichs in die Verabschiedung der Orientierungsdaten die KAG zu einem sinnvollen Instrument wird. Wie es aber den ebenfalls zitierten Ausführungen des Bremer Gesundheitssenators *Brückner* hervorgeht, ist es zweifelhaft, ob es zu einer Regelung für den Krankenhausbereich kommt, die durch einen Umsetzungsmechanismus die Einbeziehung des Krankenhauses in die KAG ermöglicht. Für die Bundesländer und Kommunen ist der Krankenhausbereich die wichtigste Frage, da die Länder sich an der Krankenhausfinanzierung beteiligen und die Kommunen vielfach Krankenhausträger sind. Für die Arbeitgeber und Gewerkschaften ist die Teilnahme an der KAG vorteilhaft, weil sie noch mehr als bisher die Organe der Krankenkassen sind, ja, durch Arbeitgeber- und Gewerkschaftsfunktionäre besetzt, im Gesundheitswesen Einfluß nehmen können. Es ist ja das Bestreben der Gewerkschaften, ihre Mitglieder in fast sämtlichen Lebensbereichen zu vertreten. Aus Paritätsgründen sind die Arbeitgeber auch an der KAG beteiligt. Gewerkschaften und Arbeitgebern ermöglicht die KAG, den Verteilungsspielraum zu Lasten anderer Gruppen (Ärzte und Apotheker) zu erhöhen.

Wie zweifelhaft die Beteiligung von Arbeitgebern und Gewerkschaften an der KAG ist, wird dadurch deutlich, daß der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen *Alfred Schmidt* nicht in dieser Eigenschaft, sondern als Mitglied des geschäftsführenden Bundesvorstandes des DGB teilnimmt. Die Krankenkassen, mit Ausnahme der Ersatzkassen, sehen in der KAG die Möglichkeit, mit Hilfe des Bundesarbeits- und Sozialministers, der Arbeitgeber und der Gewerkschaften ihre einnahmeorientierte Ausgabenpolitik durchzusetzen. Das Gelingen dieser Politik hängt aber, wie gesagt, von der Einbeziehung des Krankenhausbereiches ab.

Die Vertragspartner der Krankenkassen, die Ärzte, halten von der KAG in dieser Form nicht viel. Die Haltung der Ärztesfunktionäre wird in der Rede des 2. Vorsitzenden der KV Westfalen-Lippe, *Dr. Rusche*, deutlich: »Wie die Regierung, aber auch die Opposition gegen die Ärzteschaft eingestellt ist, zeigt als typisches Beispiel die bereits nominierte sogenannte ›Konzertierte Aktion.«⁶⁹ Die Ärzte sehen sich in der KAG in eine Minderheitsposition gedrängt. Einige privatrechtlich organisierte Ärzteverbände haben Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, um die Möglichkeit einer Verfassungsklage gegen das KVKG zu prüfen. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, der von einem ärztefeindlichen Linkskartell von SPD, DGB, Ortskrankenkassen und dem Bundesverband der Deutschen

⁶⁹ Rede vor der Vertreterversammlung der KV am 26. 11. 77, abgedruckt in: »Westfälisches Ärzteblatt« Nr. 1/78, 14.

Arbeitgeberverbände (!) spricht, hat eine Verfassungsklage schon angekündigt⁷⁰. Unter den gegebenen Gesetzesbestimmungen ziehen die Ärzte eine Teilkooperation mit den Krankenkassen der Beschlußfassung in der KAG vor. So haben sie sich bereits vor der Sitzung⁷¹ der KAG am 17. 3. 1978 über die Veränderungen der Ärztehonoreare geeinigt. Diese Orientierungsdaten brauchten dann nur noch in der KAG zur Kenntnis genommen zu werden. Die Einigung kam wohl deshalb zustande, weil weder Krankenkassen noch Ärzte die KAG bereits in der 1. Sitzung scheitern lassen wollten. Falls es in Zukunft nicht zu einer Einigung vor oder während der KAG kommen wird, können Ärzte die ihnen vorteilhaftere Teilkooperation auch erreichen.

Ebenfalls Verfassungsklage gegen das KVKG wird von der pharmazeutischen Industrie angestrebt. Für diesen Industriezweig, der in den vergangenen 20 Jahren mehr als doppelt so schnell wie die verarbeitende Industrie expandierte⁷², stellt die Beschränkung der Arzneimittelausgaben eine nicht tragbare Belastung dar. Für die pharmazeutische Industrie und die Apotheker ist es aber trotz grundsätzlicher Ablehnung der gesetzlichen Regelung vorteilhaft, an der KAG teilzunehmen, weil sonst die Beschlüsse über die Arzneimittelhöchstbeträge ohne sie gefaßt würden.

Für die Krankenhausträger ist der Gesichtspunkt der Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Orientierungsdaten der KAG der entscheidende. Für sie wird die Diskussion um die Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entscheidend sein.

Zusammenfassend kann man also feststellen, daß eine Kooperation wie die KAG, gegen die ein Teil der Kooperationspartner Verfassungsklage erheben will und bei der Teilkooperationen vorteilhafter erschienen, nicht gleichgewichtsfähig ist.

b) Stabilität

Wenn die Aufgabe der KAG darin besteht, daß die Ausgaben der GKV nicht stärker als die Beitragseinnahmen steigen, muß ein Verteilungsproblem – die Verteilung der Einnahmen auf die einzelnen Ausgabenempfänger – gelöst werden. Da die einzelnen Ausgabenbereiche untereinander abhängig sind, so daß eine Reduktion der Ausgaben in einem Bereich Voraussetzung für die Expansion eines anderen Bereiches ist, stellt sich hier

⁷⁰ »Süddeutsche Zeitung« vom 13. 2. 1978, 8.

⁷¹ »Die Welt« vom 14. 3. 1978, 2.

⁷² Kieler Gutachten, a. a. O., 28.

erneut das Krankenhausproblem. Der Krankenhausbereich, der auch 1977 noch eine höhere Steigerungsrate⁷³ als die anderen Ausgabenbereiche auswies, hat gewissermaßen die Außenseiterposition inne. In der jetzigen Form der KAG wird die Stabilität durch die Gesetzesvorschriften gewährleistet.

c) *Effektivität*

Das Problem stellt sich trotz des Fehlens der Gleichgewichtsfähigkeit. Man könnte dieses Problem in die Frage kleiden: Wird sich die KAG auf die Veränderungen der Arzthonorare und der Arzneimittelhöchstbeträge einigen? Die Ergebnisse der 1. Sitzung der KAG lassen daran zweifeln, daß die Effektivität jemals gegeben sein wird. Zwar wurde einvernehmlich eine Entscheidung über die Veränderung der Arzthonorare und der Arzneimittelhöchstbeträge getroffen, aber der Vorstand der KZBV⁷⁴ stimmte nachträglich der Empfehlung über die Veränderung der Zahnarzthonorare nicht zu, so daß diese gegenstandslos wurde. Da die Veränderung der Arzthonorare und der Arzneimittelhöchstbeträge bereits vor der Sitzung der KAG vereinbart wurden, erscheint die KAG als ein Gremium, das lediglich vorher getroffene Entscheidungen zustimmend zur Kenntnis nehmen kann, selbst aber nicht in der Lage ist, einvernehmliche Empfehlungen zu erarbeiten. Bei den »Beschlüssen« vom 17. 3. 1978 muß man zudem noch berücksichtigen, daß die Veränderungsraten auf der Basis des Jahres 1977 erstellt wurden. Für den einzelnen Arzt oder Apotheker werden die Konsequenzen der Vereinbarungen aber erst mit einem Verzögerungseffekt deutlich. Erst wenn die große Zahl der Ärzte und Apotheker spürt, daß ihr Einkommen real überhaupt nicht oder erheblich geringer als das der Arbeitnehmer steigt, werden die Probleme deutlich werden.

d) *Legitimation*

Das Legitimationsproblem stellt sich der KAG deshalb, weil die Teilnehmer der KAG nicht in eigenem Namen handeln, sondern nur als Vertreter ihrer Verbände. Es gibt daher nicht nur ein Effektivitätsproblem in der KAG, sondern auch innerhalb der in der KAG vertretenen Verbände. Wir wollen im folgenden das Effektivitätsproblem nur für die Ärzte ausführ-

⁷³ Die gesamten Ausgaben stiegen um 4,5 %, die für Krankenhauspflege um 6 %. Siehe: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht 7/78, 72.

⁷⁴ »Frankfurter Allgemeine Zeitung« vom 3. 4. 1978, 1.

lich diskutieren. Durch Beschlüsse der KAG über die Gesamtvergütung der Ärzte und die Arzneimittelhöchstbeträge werden sie von allen beteiligten Gruppen am stärksten betroffen, es geht um ihr Einkommen. Dies gilt auch für Apotheker und die Pharmaindustrie. Allerdings werden die Vertreter dieser Gruppen in der KAG gegenüber ihren Mitgliedern darauf verweisen können, daß, wenn es nicht in der KAG zu einer Einigung über die Arzneimittelhöchstbeträge gekommen wäre, die Ärzte und die Krankenkassen ohne ihre Beteiligung diese Beschlüsse fassen würden. So ein Ausweichen gibt es für die Vertreter der Ärzte nicht, weil ja, wenn es in der KAG zu keiner Einigung kommt, sie trotzdem mit den Krankenkassen eine Bundesempfehlung beschließen müssen. Wenn die Ärzteorganisationen hierarchisch organisiert wären und die Verbandsspitzen in der Lage wären, durch gezielte Information der Mitglieder diese so zu beeinflussen, daß sie die Entscheidungen der KAG akzeptieren, würde sich das Legitimationsproblem nicht stellen. Wir haben aber oben gesehen, daß die Ärzteschaft sehr vielfältig organisiert ist. Die Funktionäre der privatrechtlich organisierten Ärzteverbände konkurrieren um Vorstandspeditionen in den öffentlich-rechtlichen Zwangskörperschaften. Da jeder dieser Verbände über eigene Publikationen verfügt, ist es also den Vertretern der Ärzte in der KAG nicht möglich, die Ärzte zu manipulieren, sie werden vielmehr unter einem hohen Druck stehen, ihre Entscheidungen rechtfertigen zu müssen. Als warnendes Beispiel wird den übrigen Ärztefunktionären die Ablösung des Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung *Dr. Huber* vor Augen stehen. *Dr. Huber* wurde von dem oben bereits erwähnten Freien Verband Deutscher Zahnärzte mangelnder Einsatz für die Interessen der Zahnärzte vorgeworfen, so daß dessen Vorsitzender *Dr. Zedelmaier* zum neuen Vorsitzenden gewählt wurde. Der Freie Zahnarztverband hatte durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, dessen Vorstand durch den Freien Zahnarztverband gestellt wird, gezeigt, daß eine harte Verhandlungsführung Erfolge zeigt. In Nordrhein wurde im Schiedsverfahren ein Vertrag für die Zahnärzte erreicht, der weit über die von *Dr. Huber* mit den Krankenkassen vereinbarte Empfehlung hinaus ging.

Die Vertreter der Ärzte in der KAG müssen daher in den Augen der Ärzte, insbesondere auch der Verhandlungsführer auf Landesebene und der Verbandsspitzen der freien Ärzteverbände, den Eindruck erwecken, daß sie das Mögliche erreicht haben. Darauf könnte für die nicht an den Verhandlungen Beteiligten hindeuten, daß es in der KAG zu keiner Entscheidung gekommen ist und die Empfehlungen erst in bilateralen Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelt würden. Hier-

gegen spricht aber die Erfahrung der ersten Sitzung der KAG, wo sich Ärzte und Krankenkassen bereits vier Tage vor der Sitzung geeinigt hatten. Dies ist deshalb möglich geworden, weil sich die fünf größten deutschen Ärzteverbände zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben,⁷⁵ so daß nicht einer von ihnen aus einer Vereinbarung Kapital schlagen kann. Der Vorsitzende dieser Arbeitsgemeinschaft und weitere Vorstandsmitglieder nehmen auch an der KAG teil.

e) Die Verbindung von interner und externer Koordination

In dem oben aufgezeigten Beispiel aus dem Bereich der Zahnärzte wird das Problem der Disaggregation der Entscheidungen der KAG deutlich. Nach § 368 Abs. 4 RVO soll bei den Vertragsverhandlungen auf Landesebene die Bundesempfehlung »angemessen« berücksichtigt werden. In den regionalen Verhandlungen wird das Bestreben der Krankenkassen dahin gehen, daß sie den Satz der Bundesempfehlung bei den Vertragsabschlüssen nicht überschreiten, während die Ärzte die Bundesempfehlung als Untergrenze ansehen werden. Die Ärzte werden sich bemühen, Argumente zu finden, die deutlich machen, daß in diesem Bereich regionale Besonderheiten gegeben sind, die ein Überschreiten der Bundesempfehlung geboten erscheinen lassen. Falls es zu keiner Einigung kommt, tritt ein Schlichtungsverfahren in Kraft, bei dem der Schlichter einen verbindlichen Schiedsspruch fällt, der lediglich vor dem Sozialgericht noch angefochten werden kann. Der Schlichter wird sich in der Regel an der Bundesempfehlung orientieren und diese zumindest nicht weitgehend überschreiten. Daher ist bei den Vertragsabschlüssen zwischen Ärzten und Krankenkassen ein Unterlaufen der zentral beschlossenen Empfehlungen kaum möglich. Dem widerspricht auch nicht der oben erwähnte Abschluß in Nordrhein, weil sich in Zukunft die Krankenkassen auf die Verhandlungstaktik der Zahnärzte, diese hatten einen Professor der Betriebswirtschaftslehre mit einem Gutachten über die Entwicklung der Praxiskosten beauftragt und das Gutachten in das Schlichtungsverfahren eingebracht, einstellen und Gegengutachten vorweisen werden. Wenn im Bereich der KAW die Vertragspartner Verträge gemäß den Leitlinien des Wirtschaftsministers abschlossen, bestand die Gefahr, daß durch wilde Streiks oder übertarifliche Zulagen der Arbeitgeber diese Beschlüsse unterlaufen wurden. Dies ist im Gesundheitsbereich nicht möglich. Der Krankenhausbereich könnte in die KAG einbezogen werden, indem die Pflege-

⁷⁵ »Die Welt« vom 14. 3. 1978.

sätze in Zukunft durch Verhandlungen vereinbart werden⁷⁶. Bei diesen Verhandlungen könnten dann auch Orientierungsdaten der KAG zugrunde liegen. Falls es nicht zu einer Einigung kommen sollte, könnte dann die Festlegung der Pflegesätze durch die zuständige Landesbehörde erfolgen. Damit wäre auch für den Krankenhausbereich ein funktionsfähiger Umsetzungsmechanismus der Empfehlung der KAG gegeben.

3. Zusammenfassung

Die KAG hat dort funktionsfähige Eingriffsmöglichkeiten, nämlich im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, wo bereits früher die Steuerung so funktionierte, daß die Ausgaben im Vergleich zu anderen Gesundheitsbereichen unterdurchschnittlich stiegen. Im Bereich der Arzneimittelversorgung sind die Möglichkeiten der KAG geringer einzuschätzen, hier können vielmehr wettbewerbspolitische Maßnahmen zur Kostendämpfung beitragen. Ohne Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Orientierungsdaten mit einem entsprechenden Umsetzungsmechanismus bleibt die KAG ein Torso. Vorschläge zur Rationalisierung, die bei ihrer Verwirklichung zu einem günstigeren Mitteleinsatz führen, sind nur in bescheidenem Ausmaß und erst längerfristig zu erwarten. Die Analyse der KAG hat deutliche Anhaltspunkte dafür erbracht, daß die KAG keine funktionsfähige Kooperation darstellt. Hierfür waren sowohl die fehlende Einbeziehung des Krankenhausbereichs, als auch die Tatsache, daß die Einkommen der Ärzte und Apotheker durch die KAG indirekt bestimmt werden, entscheidend.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die zu einem Anstieg des Anteils des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt führte. In der intensiven Phase stellt sich ein Anstieg als Teil eines Entwicklungsprozesses dar. Allerdings kann das Ausmaß dieses Anstieges durch organisatorische Änderungen des Gesundheitswesens beeinflusst werden. Eine solche organisatorische Änderung stellt die KAG dar. Die Art und Weise, wie die KAG in das KVKG aufgenommen

⁷⁶ Hierauf zielt das Bestreben der Bundesregierung ab. Vgl. Bericht des Bundesministers *Ehrenberg* zum Stand der Vorbereitungen zur Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Ergebnisprotokoll der konstituierenden Sitzung der KAG vom 12. 12. 77, Anlage 3, 5.

wurde, und ihre gesetzliche Ausgestaltung zeigen, daß das Vertrauen des Gesetzgebers in die Wirksamkeit dieses Instruments nicht sehr groß war. Die Untersuchung hat gezeigt, daß dieses Mißtrauen berechtigt war. Durch das Fehlen von Umsetzungsmechanismen im wichtigsten Ausgabenbereich der GKV, dem Krankenhaussektor, wird das der KAG zugrundeliegende Konzept der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in Frage gestellt. Weiterhin deutet auf ein mögliches Scheitern dieser Politik hin, daß im Arzneimittelbereich kein wirksames Instrumentarium zur Sicherung der Einhaltung der Höchstbeträge vorhanden ist und im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung weder das Angebot der Ärzte noch das Nachfrageverhalten der Versicherten ausreichend gesteuert werden. Durch die Anwendung der Kooperationstheorie auf die KAG konnte aber herausgestellt werden, daß auch wirksamere Einflußmöglichkeiten der KAG nicht zu einer Verbesserung dieses Instruments der Gesundheitspolitik führen würde. Vielmehr liegen wesentliche Schwächen der KAG in diesem Gremium selbst. Ob es überhaupt möglich sein wird, durch institutionelle Änderungen die KAG zu einer Kooperation zu wandeln, die den Bedingungen der Gleichgewichtsfähigkeit, der Stabilität, Effektivität und der Legitimation gerecht wird, muß bezweifelt werden.