

ABHANDLUNGEN

Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung*

Marian Döhler/Philip Manow-Borgwardt

In der neueren Staatsdiskussion gilt die Zunahme von Verhandlungen zu Lasten hierarchischer Anordnung als ein Hauptmerkmal moderner Staatstätigkeit. Allerdings ist die Aufgabendelegation auf gesellschaftliche Verhandlungssysteme jeweils in sehr unterschiedlichem Maße realisiert und staatlich kontrolliert. Daher erscheint die Untersuchung von Verbindungsformen zwischen den Steuerungsmodi Hierarchie und Verhandlung notwendig. Anhand der Institutionengeschichte eines zentralen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung – dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen – wird hier eine vergleichsweise erfolgreiche Mischform von Hierarchie und Verhandlung analysiert. In der historischen Rekonstruktion wird die zyklische Schwankung zwischen hierarchischem Zugriff des Staates und verhandlungsförmiger Selbstregulierung durch Verbände als eine wesentliche Funktions- und Bestandsvoraussetzung des Reichs- bzw. Bundesausschusses deutlich.

1. Problemstellung

Betrachtet man die aktuelle Staatsdiskussion, dann läßt sich ein seltener Fall von Einigkeit zwischen Politikwissenschaft, Rechtswissenschaft und Soziologie feststellen: Das Handlungsrepertoire des modernen Staates ist demnach gekennzeichnet durch eine spürbare Ausweitung von Verhandlungen zu Lasten traditioneller hierarchischer Anordnungen. Der „Weg vom hoheitlichen zum kooperativen Staat“ (Hesse 1990: 165), dessen Aktionsradius „in fortgesetzten Aushandlungsprozessen“ (Kaufmann 1991: 25) mit gesellschaftlichen Akteuren definiert wird, oder gar der „Siegesszug kooperativer Verhaltensmuster“ (Ritter 1990: 58), der den Rückgriff auf hierarchische Handlungsformen als antiquiert erscheinen läßt, können als weithin konsentiert eingeschätzungen moderner Staatspraxis gelten.¹ In diesen Zusammenhang gehört auch die These von der „Verflüssigung“ der Grenzen zwischen staatlichen und privaten Organisationen und die daraus hervorgehende interorganisatorische Vernetzung beider Sektoren (z.B. Streeck 1987: 19-32). Im Zuge dieses auf staatliche Organisationsstrukturen abzielenden Arguments wird vor allem die „Destabilisierung des Hierarchieprinzips“ (Dreier 1991:

148-157; Willke 1983: 121) hervorgehoben, an dessen Stelle zunehmend hybride Organisationsformen treten (Schuppert 1981).

Während das Phänomen des kooperativen Staates insbesondere in der Rechtswissenschaft anfangs noch im Sinne einer Verschiebung von Einflußsphären diskutiert wurde, die in einen Verlust staatlicher Handlungssouveränität mündet, überwiegt neuerdings eine eher positive Sichtweise der kooperativen Staatspraxis (Scharpf 1988: 58-62; Hesse 1990; Ritter 1990). Der Übergang von hierarchischen zu nicht-hierarchischen Formen der Steuerung gilt insbesondere deshalb als sinnvoll und leistungssteigernd, weil die Komplexität vieler Regelungstatbestände hoheitliches Handeln wirkungslos verpuffen lassen würde (Kaufmann 1991: 25). Wenn Verhandlungslösungen demgegenüber als „weich“ und „flexibel“ charakterisiert werden, so ist dies im Sinne ihrer breiten Anwendbarkeit und daher ihres Beitrags zur Mobilisierung von „Rationalitätsreserven im staatlichen Handeln“ (Hesse 1990: 159) zu verstehen. Ähnlich wird für die Organisationsebene argumentiert. Sobald die „Kongruenz von Aufgabenstruktur und Organisationsstruktur zerbricht“ (Willke 1983: 121), also neue Staatsaufgaben mit den Mitteln klassischer Verwaltungshierarchien nicht mehr zufriedenstellend bearbeitet werden können, erweist sich die Ausweitung interorganisatorischer Vernetzung als denkbare Gegenrezept, um die staatliche Handlungsfähigkeit – wenigstens partiell – wiederherzustellen (Streeck 1987: 27-30). Eine andere Möglichkeit wurde in der Bereitstellung staatlicher Organisationshilfen für „private interest governments“ gesehen, deren Handlungsorientierungen mit öffentlichen Interessen kompatibel sind (Streeck/Schmitter 1985: 145). Die Delegation hoheitlicher Funktionen auf das Verbändesystem könnte dann zu einer Staatsentlastung beitragen. Der kooperative Staat operiert also nicht mehr primär mit dem traditionellen hierarchischen oder regulativen Instrumentarium, sondern setzt zum Erreichen seiner Ziele bewußt auf Verhandlungen *mit* seinem Steuerungsobjekt oder auf die *Delegation von* Verhandlungsbefugnissen auf gesellschaftliche Akteure.

Auch wenn man der in diesem Diskussionskontext aufscheinenden Vorstellung, die Zunahme von Verhandlungen stelle einen flächendeckenden und säkularen Entwicklungstrend in der Staatstätigkeit dar, skeptisch gegenübersteht, so beschreibt die Metapher vom kooperativen Staat dennoch zutreffend, daß Verhandlungen gegenüber hierarchisch-hoheitlichen Weisungen als staatlichem Steuerungsinstrument an Bedeutung gewonnen haben. An diese Diskussion anknüpfend soll nachfolgend auf einen Aspekt eingegangen werden, der – was möglicherweise aus der Frontstellung zum traditionellen Staatsverständnis herrührt – bislang ungenügend berücksichtigt wurde. Hierarchie und Verhandlung stellen zunächst einmal Idealtypen dar, die in unvermischter Form in der Realität kaum auftreten. Vielmehr verfügt auch der „verhandelnde Staat“, so trivial dies klingen mag, prinzipiell immer über die Möglichkeit zur Mobilisierung von Autoritätsreserven, die eine einseitige Interessendurchsetzung erlauben. Dieser gern unterschlagene Sachverhalt (z.B. Voelzkow/Hilbert/Heinze 1987: 97-98) gilt auch im Falle staatlicher Kompetenzabtretung an ein selbstregulatives Verbändesystem. Daß der Staat seine Machtmittel im Umgang mit der Gesellschaft aus vielfältigen Gründen nur begrenzt auszuspielen pflegt, ist dabei nicht von primärem Interesse. Entscheidend ist vielmehr, daß Verhandlungen zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren stets „im Schatten der Hierarchie“ stattfinden, so klein oder diffus konturiert dieser Schatten auch sein mag. Dabei ist es von veränderlichen, aber

durchaus systematisierbaren Bedingungen abhängig, inwieweit Politikergebnisse von staatlichen Zielvorstellungen oder verbandlichen Interessenpositionen bestimmt werden.² Es dürfte also für die Frage nach den staatlichen Handlungsinstrumenten und deren Steuerungspotentialen wenig ergiebig sein, weiterhin nach Belegen für die Defizite hierarchischer Steuerungsinstrumente Ausschau zu halten oder sich auf den empirischen Nachweis einer Zunahme von Verhandlungssystemen zu beschränken. Als sehr viel ertragreicher könnte sich die Analyse von Zwischenformen oder Verbindungen von Hierarchie und Verhandlung erweisen (Scharpf 1991: 628).

Nachfolgend wird daher das Phänomen einer Vermischung von Hierarchie- und Verhandlungselementen sowie die Entstehungs- und Bestandsvoraussetzungen dieser Steuerungsform an einem Beispiel aus dem Gesundheitssektor untersucht. In diesem Politikfeld ist mit der verbandlichen Selbstverwaltung, also primär dem Zusammenspiel von Ärzte- und Kassenverbänden in Fragen der Ressourcenverteilung, eine Handlungsgrundlage anzutreffen, die insbesondere durch die Ambivalenz zwischen dem Anspruch auf verbandliche Selbstverwaltungs-Autonomie und der Reichweite staatlicher Aufsichts- und Interventionsrechte charakterisiert ist. Vielfach wird für die – den Gesundheitssektor dominierende – gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von einer weitgehenden Selbststeuerung intermediärer Instanzen ausgegangen. Tatsächlich hat der Staat hier kaum eine Verwaltung mit exekutiven Befugnissen herausgebildet, sondern die Politikimplementation frühzeitig an ein teilweise öffentlich-rechtliches Verbandssystem delegiert (Döhler 1990: 65-71). Über die staatlichen Zugriffsrechte ist damit allerdings noch nichts gesagt. Als ein Indikator dafür, daß genau diese Konstellation die Herausbildung von Mischformen hoheitlichem und kooperativem Handeln begünstigt, kann die latente Widersprüchlichkeit in der Selbstverwaltungsdiskussion gelten, in der einerseits kritisiert wird, daß staatliche Kompetenzen „bis an die Grenze offenkundigen Mißbrauchs verbandsmäßig organisierten Interessen übertragen worden“ (Ferber 1983: 114) seien, während andererseits mit ebensolcher Vehemenz die fortschreitende, staatlich betriebene Einengung der Handlungsspielräume der Selbstverwaltung beklagt wird (Wertenbruch 1981: 706 ff.; Schnapp 1983: 892 ff.). Ob das Selbstverwaltungsprinzip nun als „konstruktives Mittel zur Disziplinierung von Sozialbereichen“ (Forsthoff 1973: 476, Hervorh. des Originals weggelassen) oder aber als Abtretung staatlicher Hoheitsfunktionen zugunsten gesellschaftlicher Selbstregulierung gewertet wird, läßt sich nicht prinzipiell entscheiden. Daß beide Sichtweisen ihr Recht besitzen, deutet an, daß im Gesundheitssektor ein besonders fruchtbarer Boden für das uns interessierende Phänomen einer Vermischung von Hierarchie und Verhandlung vorhanden ist.

Die nun folgende Fallstudie zeichnet die Tätigkeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BAK) nach, eine zentrale, aber kaum beachtete Einrichtung der „gemeinsamen Selbstverwaltung“, in der über Richtlinien „für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ (§ 92 Abs. 1 SGB V) beschlossen wird. Dieses paritätisch mit Ärzte- und Kassenvertretern besetzte Gremium hat in seiner wechselvollen historischen Entwicklung sowohl als Schlichtungsinstanz, als Ort der Rechtserzeugung und Rechtsanwendung wie auch als Instrument zur Regelung von Verteilungskonflikten fungiert und konnte diese Aufgabenfülle über weite Strecken auch bewältigen. Aufgrund ihres Fallstudiencharakters erlaubt unsere historische Rekonstruktion keine generalisierbaren Schlüsse; das primäre Ziel liegt

daher in der Generierung von Hypothesen, die zur Validitätsprüfung an anderen Fällen anregen sollen.

2. Das Berliner Abkommen von 1913: Der Zentralausschuß als „kollektivvertragliches Interpretationsorgan“³

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Verhältnis zwischen organisierter Ärzteschaft und Krankenkassen noch weit von einer „gemeinsamen Selbstverwaltung“ entfernt, die die Funktion einer verfahrensförmigen Konfliktregulierung hätte übernehmen können. Seit der Gründung des Leipziger Verbandes (dem späteren Hartmannbund) im Jahr 1900 hatte es eine anhaltende Welle von punktuellen Ärztestreiks gegeben, die sich insbesondere an Fragen der Vertragsgestaltung entzündeten.⁴ Erst unter Vermittlung des Reichsamt der Inneren (RdI) wurde dieser Konflikt mit dem sog. „Berliner Abkommen“ vom 23.12.1913 einer vorläufigen Lösung zugeführt. Als bedeutendster Struktureffekt des Berliner Abkommens muß die Einrichtung eines Systems paritätisch besetzter Ausschüsse (Vertragsausschuß, Registerausschuß, Zentralausschuß) angesehen werden, „das seiner Konzeption nach die Grundlage für die künftige gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen“ (Bogs 1981: 61) bilden sollte. Seine Funktionsfähigkeit wurde durch die Beteiligung neutraler, von staatlicher Seite bestellter Beisitzer oder über ein Verfahren der Zwangsschlichtung durch Schiedsämter mit staatlicher Beteiligung gesichert. Die Konfliktparteien stimmten damit einem verbindlichen Schlichtungsverfahren zu, das in weitgehend gleicher Form bereits in dem ersten Entwurf zur Reichsversicherungsordnung (RVO) vom RdI angestrebt wurde, damals aber an dem Widerstand insbesondere der Ärzte gescheitert war (Spielhagen 1925: 28). Wenngleich das geplante Schlichtungsverfahren in deutlicher Nachbildung arbeitsrechtlicher Konfliktlösungsformen ausgestaltet wurde, was sich aus der für die zeitgenössische Betrachtung prägnanten Parallele zwischen dem „Klassen-“ und dem „Kassenkampf“ erklärt (Neuhaus 1986),⁵ so bestand in seinem Zwangscharakter doch ein wesentlicher Unterschied zur Unverbindlichkeit staatlicher Vermittlungsversuche bei Arbeitskonflikten.

Die ausgeprägte Staatsaufsicht in der Sozialversicherung und die staatliche „Neigung zur extrem kasuistischen Regulierung“ (Richter 1931: 17) erfolgten zwar lange Zeit mit dem Ziel, durch Einengung der Versichertenselbstverwaltung der sozialdemokratischen Bewegung ein wirksames Betätigungsfeld zu entziehen. Sie erklären sich aber grundlegender aus einer spezifisch deutschen Tradition des Staatsinterventionismus (Winkler 1979; Stolleis 1979), die im sozialpolitischen Bereich – bezeichnet mit den Schlagworten vom „Königtum der sozialen Reform“ oder des „Staatssozialismus“ – in einem paternalistischen, mit Zwangselementen durchsetzten Wohlfahrtskonzept resultierte. Im Unterschied zur Unfall- und Invalidenversicherung war jedoch die gesetzliche Einführung der Krankenversicherung bereits von einem Kompromiß gekennzeichnet zwischen diesem obrigkeitstaatlichen Konzept und einem dezentralen und von genossenschaftlichen Autonomiebestrebungen bestimmten Sozialpolitikmodell, das vor allem von der katholischen Zentrumspartei vertreten wurde. Mit dem Berliner Abkommen fiel für die Krankenversicherung eine bis heute fortwirkende Strukturentscheidung, die dieser „halb-autoritären Mischung von obrigkeitli-

cher Fürsorge und Selbsthilfe“ (Stolleis 1979: 395) eine spezifische institutionelle Ausformung gab: Zum einen wurde mit dem Abkommen – wenn auch erst ansatzweise – eine gemeinsame Selbstverwaltung zwischen organisierter Ärzteschaft und Kassenverbänden institutionalisiert. Zum anderen schrieb das Abkommen die prominente Beteiligung des Staates fest, sowohl in der Funktion der neutralen Schiedsinstanz, als auch als Garant der eigentlich rein privat-rechtlichen Übereinkunft der Konfliktparteien, was dem Abkommen somit einen eigentümlichen, halb privat-rechtlichen, halb öffentlich-rechtlichen Status verlieh (Richter 1927: 89).⁶

Zum Zwecke der Durchführung des Berliner Abkommens und zur Entscheidung eventuell aus ihm resultierender Streitigkeiten wurde ein sog. Zentralausschuß gegründet. Sein unabhängiger Vorsitzender wurde vom RdI, später vom Reichsarbeitsministerium (RAM) ernannt. Der Zentralausschuß setzte sich zusammen aus je fünf Vertretern der Ärzteschaft und der Kassenverbände, und zwei weiteren – neben dem Ausschußvorsitzenden – neutralen Beisitzern, die vom Preußischen Ministerium des Innern und vom Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe ernannt wurden (Schlottmann 1914: 52-53). Die Sitzungen waren nicht-öffentlich, die einfache Mehrheit entschied. „Über den Hergang der Verhandlung und über das Stimmenverhältnis ist Schweigen zu beobachten“ (§ 6 der Ausführungsbestimmungen zum Zentralausschuß). Dem Zentralausschuß kam im folgenden vor allem eine „Befriedungsfunktion“ zu. Er war die Klärungsinstanz für alle Streitigkeiten, die aus der von Kassen und Ärztenverbänden gemeinsam zu tragenden Auslösung der sog. „Nothelfer“ resultierten, d.h. derjenigen Ärzte, die von den Kassen in Erwartung eines reichsweiten Ärztestreiks mit langjährigen und gut dotierten Verträgen angestellt worden waren (Kuhns 1925: 317-331). Für die weitere Entwicklung erscheint es bedeutsam, daß v.a. durch kriegswirtschaftliche Erfordernisse die Form der Konzertierung von Staat und Verbänden, wie sie mit dem Berliner Abkommen institutionalisiert worden war, nun auch im Bereich der industriellen Beziehungen zum dominanten Regulierungsmodell wurde (Feldmann 1974: 158 f.) und somit auch für die Nachkriegszeit prägende Kraft bekam.

3. Die Notverordnung vom Oktober 1923: Der Reichsausschuß als „rechtsetzendes Organ der kassenärztlichen Selbstverwaltung“⁷

Das Auslaufen des Berliner Abkommens nach 10jähriger Geltungsdauer fiel 1923 mit dem Höhepunkt der Inflation zusammen. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen war äußerst gespannt und eine Einigung über die Fortdauer des Abkommens oder eine konsensfähige neue Regelung schienen aussichtslos. In dieser Situation intervenierte das Reichsarbeitsministerium aufgrund des Ermächtigungsgesetzes vom 13.10.1923 mit der Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30.10.1923 (RGBl. I S. 1051). Mit ihr wurden die „freiwillig eingegangenen Vereinbarungen“ des Berliner Abkommens „zu gesetzlichen Vorschriften“ (Spielhagen 1925: 26), die Vorschriften insbesondere über den Vertragsausschuß und die Schiedsinstanzen wurden in den § 368 RVO übernommen,⁸ dessen Regulierung des Vertragsverhältnisses zwischen Ärzten und Kassen sich bis dahin darauf beschränkt hatte, die schriftliche Form des Vertrages festzuschreiben (Kühne/Peters 1950: 322-323).

In der Nachfolge des Zentralausschusses, jedoch nun auf gesetzlicher Grundlage

(§ 368a RVO) und mit „erheblich weiteren Befugnissen“ (Spielhagen 1925: 26), wurde durch das RAM ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (RAK) eingesetzt. Ihm fiel als „Zwangsgemeinschaft der beiderseitigen Spitzenverbände“ (Lehmann 1932: 13) eine zentrale Rolle zu. Er sollte nicht mehr – wie der Zentralausschuß – die Durchführung des Berliner Abkommens gewährleisten, sondern das Abkommen weiterentwickeln. Mit dem gesetzlichen Auftrag versehen, die zunächst weiter geltenden Bestimmungen des Berliner Abkommens nach und nach zu ersetzen, „ging ... die Befugnis des Reichsausschusses (praktisch) so weit, daß er das gesamte Kassennarztrecht gestalten konnte“ (Strakeljahn 1961: 6). Ihm waren weitgehende Kompetenzen „rechtsschöpferischer Art“ verliehen, und er trat „insoweit an die Stelle des RAM, dem sonst der Gesetzgeber derartige Aufträge zu erteilen pflegt“ (Lehmann 1932: 66, Anm. 1).⁹ Wohlgermerkt war damit die rechtliche Neuordnung der vertraglichen Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten nicht allein der „rechtsbildenden Kraft der Selbstverwaltung der Parteien“ (Heinemann/Liebold 1991: Rz A 7) überlassen, denn der Staat war ja im RAK repräsentiert. Selbst wenn es in der zweistufigen Zuständigkeitskonstruktion eines engeren Reichsausschusses (ohne „unparteiische“, d.h. staatliche Beisitzer) und eines weiteren Ausschusses (mit „unparteiischen“ Beisitzern) überwiegend der engere Ausschuß gewesen sein soll, in dem die Richtlinien erarbeitet wurden,¹⁰ scheint die staatliche Beteiligung am RAK für die Konfliktparteien gerade als Anlaß gewirkt zu haben, „dem ungewissen Ausgange in Gegenwart der Unparteiischen“ die einvernehmliche bilaterale Lösung vorzuziehen (so Kuhns 1925: 409). So blieben alle Entscheidungen der Parteien an einen grundsätzlichen Konsens gebunden, der auch nicht durch das rein zahlenmäßig mögliche Gegeneinander-Ausspielen der Konfliktparteien durch den Staat ersetzt wurde: „es ist ... niemals der Fall vorgekommen, daß diese Unparteiischen versucht hätten, mit der einen oder anderen Seite ihre Meinung – die der Unparteiischen – durchzudrücken ...“ (Sauerborn 1953: 208). Festlegungen in so zentralen Fragen wie etwa der des „Arztsystems“¹¹ waren ohnehin an eine qualifizierte Mehrheit gebunden (§ 368d RVO).

Damit kamen die Parteiinteressen im Reichsausschuß aber nicht gänzlich „undiszipliniert“ zum Tragen: Während die neutralen Mitglieder des RAK durch den Reichsarbeitsminister weisungsgebunden waren, blieben die Vertreter von Kassen und Ärzteschaft gegenüber den sie wählenden Verbänden weisungsfrei (§§ 5 und 14 Geschäftsordnung des RAK). Sie waren weiterhin dadurch, daß sie mit der Vertretung im Reichsausschuß ein „öffentliches Amt“ bekleideten, verpflichtet „im Auge zu behalten, daß das Ergebnis der Ausschußtätigkeit im Namen des Reichs hinausgeht und dem öffentlichen, allgemeinen Interesse zu dienen bestimmt ist“ (Richter/Sonnenberg 1926: 55). „Es kann die Erkenntnis der wahren Aufgaben der Interessenmitglieder nicht erleichtern, wenn in ihnen immer wieder die Vorstellung geweckt wird, sie seien ‘Vertreter’ von ‘Parteien’ und unterlägen einem Fraktionszwang“ (Richter 1927: 114, Anm. 57). Wenn der hier deutlich werdende Versuch der Gemeinwohlbindung der Interessenverbände unter Rekurs auf die im deutschen Verwaltungsrecht bekannte Figur der „politischen oder individuellen Selbstverwaltung“ erfolgte (so Niggemann 1933: 51), lag dem eine eigentümliche Bedeutungsverschiebung in der Differenzierung nach „politischer“ und „juristischer Selbstverwaltung“ zugrunde. Diese Unterscheidung hatte ursprünglich die mit Emanzipations- und Autonomieansprüchen verbundene Vorstellung einer ehrenamtlichen Beteiligung freier Bürger an den Staatsgeschäf-

ten *einerseits* von der Einbindung rechtsfähiger Verbände in die staatliche Regulierung gesellschaftlicher Teilbereiche *andererseits* zu trennen versucht (Forsthoff 1973: 470-478) und dabei die „juristische Selbstverwaltung“ auch von der „partizipatorisch-freiheitlichen Tradition“ (Hendler 1988: 229) der Selbstverwaltungsidee scheiden wollen. Nun diene die Berufung auf die individuelle, ehrenamtliche Funktion der Verbandsrepräsentanten der weiteren Zähmung der Interessengruppen.

Das in der zeitgenössischen Rechtsliteratur vorherrschende Bild vom Ausschußmitglied als „interessenfreiem Sachverständigen“ ist mehr als eine bloße juristische Fiktion, hinter der sich eine von Gemeinwohlermahnungen unbeeindruckte Praxis verbirgt. Darin kommt vielmehr zum Ausdruck, daß hier verbandliche Interessenvertreter in „als Behörden angesehene Stellen“ entsandt wurden und nicht etwa Verbände „hoheitliche Funktionen ... im eigenen Namen“ wahrnehmen konnten (Hein 1990: 34). Auch sagt allein die weitreichende Delegation von Rechtssetzungskompetenzen an ein Gremium wie den Reichsausschuß, in dem öffentliche Verwaltung und organisierte Interessen verflochten sind, noch nicht viel über die (mangelnde) Autonomie der Staatsverwaltung in diesem gesellschaftlichen Teilbereich aus, denn wichtige Steuerungsressourcen können staatliche Instanzen gerade in institutionalisierten Austauschprozessen mit ihrer Umwelt gewinnen (Lehmbruch 1987: 32-36).

Zwei weitere wichtige Aspekte waren mit dem Reichsausschuß verbunden: Zum einen sollte nicht unterschätzt werden, was das „jahrelange Zusammenwirken bei gemeinschaftlicher Arbeit ... [zur] Verbesserung des Verhältnisses beigetragen“ hat (Jonquières 1928: 100; i.d.S. auch Haedenkamp 1928: 110). Und es entspannte sich offensichtlich nicht nur das Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen, sondern auch das zwischen dem Leipziger Verband und dem Staat. Angesichts ihres äußerst gereizten Verhältnisses muß es zumindest überraschen, wie weitgehend der Leipziger Verband zur konstruktiven Mitarbeit an der Formulierung quasi-gesetzlicher Konfliktregelungen verpflichtet werden konnte.

Zum anderen war es dem RAM möglich, über die Besetzung des Reichsausschusses, d.h. über die per Rechtsverordnung getroffene Konkretisierung des Begriffes „Spitzenverbände“ in § 368a RVO, auf der nur unzulänglich „funktional monopolisierten“ und zentralisierten Kassen- und Ärzteseite schrittweise allgemein verpflichtungsfähige Verbände heranzubilden und diese „als die berufenen Vertretungen der beiderseitigen Interessen an[zuerkennen]“ (Spielhagen 1925: 27). So konnte eine privatrechtliche Personenvereinigung wie der Leipziger Verband über die Beteiligung am Reichsschiedsamt und am Reichsausschuß schrittweise in öffentlich-rechtliche Funktionen eingebunden werden (Lehmann 1932: 16). Die mit der 4. Notverordnung von 1931 festgeschriebene Vertretung ärztlicher Interessen durch kassenärztliche Vereinigungen mit der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts kann somit als schlüssiger Endpunkt einer „staatlichen Verbandsdomestizierung“ (Winkler 1979: 173) angesehen werden, die in der hybriden Konstruktion des Reichsausschusses (und des Reichsschiedsamtes) bereits angelegt war. Auch auf Kassenseite wirkten die zentralisierten Regulierungszuständigkeiten homogenisierend und förderten die Verlagerung von Aufgabenbereichen von den Kassen und Unterverbänden zu den Spitzenverbänden.

Bemerkenswert bleibt, daß trotz der weitreichenden Normierungskompetenzen des RAK eine „Definition seiner Rechtsstellung zum Staate“ fehlte (Lehmann 1932: 66,

Anm. 1). In den eher hilflosen juristischen Klassifizierungsversuchen als „Selbstverwaltungskörper mit behördlicher Spitze“ (Lehmann 1932: 67) oder als „Reichsbehörde mit Selbstverwaltungseinschlag“ (Richter 1927: 129) kommt der rechtliche Zwittercharakter und die mit dem Reichsausschuß verbundene Indienstnahme von – teilweise privat-rechtlichen – Interessenverbänden zur Kodifizierung ihres eigenen Binnenverhältnisses sehr prägnant zum Vorschein. Ist der Reichsausschuß somit verortet in einer „Zwischenzone institutioneller Verzahnungen von ‘Staat’ und ‘Gesellschaft’, in der die Grenze zwischen privatem und öffentlichem Interesse fast völlig“ verschwimmt (Winkler 1979: 165-166), so nimmt er damit nur in bezug auf seine weitgehende Rechtsetzungskompetenz eine Ausnahmestellung ein. Ansonsten steht diese Form öffentlich-rechtlicher Institutionalisierung von Verband-Staat-Beziehungen in Deutschland in einer Kontinuitätslinie, die sich vom Kaiserreich (Abelshäuser 1987; Winkler 1979) über die Zeit des ersten Weltkrieges (Feldman 1974) hinaus bis in die Weimarer Republik erstreckt, und deren Auswirkungen sich auch für die Bundesrepublik – selbst für die vom Neoliberalismus beherrschte Wirtschaftspolitik der 50er Jahre – nachzeichnen lassen (Abelshäuser 1984).

In der Folge erarbeitete der RAK nichts weniger als die „Neuordnung des ärztlichen Vertragswesens“ (Lehmann 1932: 15). Er verabschiedete gemäß der ihm zugewiesenen Aufgaben am 12.5.1924 eine Vertragsordnung, erließ am 14.11.1925 „Bestimmungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Praxis“ (Zulassungsordnung) und verabschiedete am 15.5.1925 Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung und für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden sowie am 27.2.1926 Richtlinien für die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse (Jonquières 1928: 100-101; Lehmann 1932: 14-15). Diese Richtlinien wurden – einem „immer stärker“ werdenden „Bedürfnis nach Kodifikation“ entsprechend (Lehmann 1932: 14) – überarbeitet und am 14.11.1928 zusammen veröffentlicht. Die bedeutendste Neuerung dieser – das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten grundlegend regelnden – Vertrags- und Zulassungsordnung bestand in der Festschreibung ihres öffentlich-rechtlichen Charakters: Es „war der erste Schritt zur Eingliederung des Arztes in die Reichsversicherungsordnung“ (Lehmann 1932: 15).

Aus der Interims-Konstruktion, daß das Berliner Abkommen mit Gesetzeskraft solange weitergilt, bis der Reichsausschuß substituierende Regelungen erläßt, kann zwar gefolgert werden, daß diesen substituierenden Richtlinien des RAK ebenfalls Gesetzesstatus zukommt, die Rechtskraft der Richtlinien aber war lange umstritten (Kühne/Peters 1950: 340). Als herrschende Meinung setzte sich durch, daß die Richtlinien des Reichsausschusses zwar keine unmittelbare Gesetzeskraft besäßen, aber insoweit Rechtsverbindlichkeit erlangen, als sie für Entscheidungen der Schiedsämter heranzuziehen sind (für viele: Richter 1927: 117-123). Doch wird man der Bedeutung der Ausschußrichtlinien kaum gerecht, wenn man sich auf die rein juristische Diskussion ihrer Gesetzeskraft beschränkt. Erscheint die Richtlinienaufstellung aus rein juristischer Perspektive als „höchst eigenartige, stark abgeblaßte Form der Rechtssetzung“ (Richter 1927: 123), so wird zugleich zugestanden, daß es „eine erhebliche Übung in juristischer Gymnastik“ erfordere, sich die beschränkte Verbindlichkeit der Ausschußrichtlinien gegenwärtig zu halten (Richter 1927: 122). Die juristische Diskussion um den Verbindlichkeitscharakter beschließt Richter mit der Einschätzung, daß faktisch den Richtlinien

Wirkungen zukommen, „die über die im Gesetz begründeten weit hinausgehen“ (Richter 1927: 122).

4. Die vierte Notverordnung der Regierung Brüning: Der Reichsausschuß in der autoritären Spätphase der Weimarer Republik

Aber jenseits der Frage nach der Verbindlichkeit der Richtlinien, die im engen Zusammenhang mit der bis heute fortgeführten juristischen Kontroverse um die Rechtsnatur des Reichs- bzw. Bundesausschusses steht (vgl. z.B. Andreas 1975: 35-43; Hiller 1989: 8-14), gewannen die Richtlinien auch dadurch entscheidende Bedeutung, daß sie die Grundlage für die *gesetzliche* Neuordnung des Kassen-Ärzte-Verhältnisses bildeten, die 1931 unter der Regierung Brüning vom Reichsarbeitsministerium auf dem Verordnungswege durchgeführt wurde. Zwar lag die Bedeutung der vierten Notverordnung vom 8.12.1931 (RGBl. I S. 699) und ihrer speziell die Krankenversicherung betreffenden Ausführungsbestimmungen vom 30.12.1931 zunächst darin begründet, daß sie die bis zuletzt strittigen und vom Reichsausschuß nur ganz allgemein geregelten Fragen des Arztsystems, der Vergütungsform und der Zulassung nun präzise festlegten.¹² Damit sollte aber nicht in den Hintergrund treten, daß die Richtlinien des Reichsausschusses dieser Regelung entscheidend vorgearbeitet hatten: Insoweit, wie der Reichsausschuß bereits auf verschiedene Formen der Zulassung und Vergütung abgestellt hatte (System organisiert freier Arztwahl, Entlohnung nach Kopfpauschale), konnten diese speziellen Regelungen in die Neuordnung des Verhältnisses zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden. Und insofern, wie durch die Richtlinien des Reichsausschusses bereits ein Geflecht von Kollektivverträgen und paritätischen Gremien mit öffentlich-rechtlichem Charakter festgeschrieben worden war, stellt sich die Brüningsche Notverordnung auch eher als konsequenter, letzter Schritt in der Entwicklung dieses korporativen Systems dar, statt als radikale Neuordnung des Verhältnisses zwischen Kassen und Ärzteschaft.

Mit der 4. Notverordnung wurde die Regulierungszuständigkeit des RAK noch weiter verstärkt und die Mehrheitsbildung in den zentralen Fragen des Arztsystems und der Vergütungsform wesentlich erleichtert.¹³ Die Kontroverse um den Verbindlichkeitsgrad der Ausschuß-Richtlinien wurde dadurch beendet, daß dem Reichsausschuß nun in den zentralen Regelungsbereichen die Kompetenz zum Erlaß unmittelbar verbindlicher „Bestimmungen“ zugewiesen wurde (§ 368i RVO). Damit war dem Reichsausschuß nun also auch de jure „eine autonome Rechtsschöpfung übertragen, wie sie in gleichem Ausmaß im Recht der Sozialversicherung nicht wieder anzutreffen sein dürfte“ (Bogs 1981: 65). Diese außerordentlich weitreichenden legislativen Kompetenzen des RAK wurden jedoch zugleich einem gestärkten staatlichen Zugriff unterworfen, denn mit dem neu formulierten Abs. 3 des § 368i RVO wurden erstmals für alle seine Regelungszuständigkeiten staatliche Ersatzvornahmerechte festgeschrieben.

In der mit der Brüningschen Notverordnung „zu einem gewissen Abschluß gebrachte[n] Entwicklung des Kassenrechts“ (Bogs 1981: 66) kommt dem Reichsausschuß somit eine Machtfülle zu, die er weder zuvor innehatte, noch später wieder erlangen sollte. Dies als ein „letztes Aufbäumen demokratischen Gestaltungswillens vor dem Einbruch des nationalsozialistischen Führungsprinzips [sic]“ (Bogs 1981: 66) zu werten,

ist jedoch nur möglich, wenn man gänzlich von der zentralen Bedeutung der staatlichen Regulierungskompetenzen innerhalb und außerhalb des RAK absieht, die ja nun durch die erstmals festgeschriebenen staatlichen Ersatzvornahmerechte eine wesentliche Erweiterung erfahren hatten. Der Zusammenhang ist eher umgekehrt: Notverordnungspraxis und Zwangsschlichtung in den industriellen Konflikten sind ebenso als Anzeichen für den ausgreifenden Staatsautoritarismus angesichts ungelöster und scheinbar unlösbarer gesellschaftlicher Konflikte in der Spätphase der Weimarer Republik zu werten (Bähr 1989: 269-344), wie in der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Kassen ein mit umfassenden Rechtsetzungsbefugnissen ausgestatteter, aber durch ebenso umfassende Ersatzvornahmerechte staatlich kontrollierter Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Eine derartige zentralstaatliche Dominanz wirkte aber schließlich nicht mehr mäßigend auf die Konfliktparteien, sondern sie fühlten sich nun gänzlich von dem Zwang zum Kompromiß befreit und ließen die staatliche Regelung an Stelle von Verhandlungslösungen treten: Mit der aus prinzipiellen Erwägungen erfolgten Weigerung einiger Kassenverbände (Lehmann 1932: 24), die Ausführungsbestimmungen zur Brüningschen Notverordnung vom Reichsausschuß zu verabschieden, hat genau diese Zurückverlagerung der Verantwortung von der verbandlichen Ebene an staatliche Instanzen stattgefunden. Die staatlichen Ersatzvornahmerechte bewirkten also nicht eine deutlich engere Anbindung der Ausschußrichtlinien und -bestimmungen an staatliche Zielvorgaben, sondern boten den Verbänden die Möglichkeit, die Entscheidungsverantwortung an die staatlichen Instanzen zurückzugeben. Dieser Zusammenhang ist später auch für die Bundesrepublik konstatiert worden (Thiemeyer 1984: 93). Im Dritten Reich fiel über die Ersatzvornahmefugnis die Regelungszuständigkeit des Reichsausschusses zurück an das RAM: Der Reichsausschuß wurde beschlußunfähig, weil die Ärzteschaft keine Vertreter in den Ausschuß entsandte (Kühne/Peters 1950: 324; Hein 1990: 36). Die bis dahin beschlossenen Richtlinien blieben aber weiterhin in Kraft.

5. Zwischenbetrachtung

Wenn man die geschilderte Entwicklung in einer Zwischenbetrachtung auf unsere Fragestellung zurückbezieht, sind folgende Punkte hervorzuheben: Kam dem Zentralausschuß des Berliner Abkommens vornehmlich eine Befriedungsfunktion zu, so besitzt der Reichsausschuß weit darüber hinausgehende Kompetenzen insbesondere rechtsetzender Art. Er kann als ein Gremium „autonomer Rechtsbildung“ und „paritätischer Rechtsverwaltung“ bezeichnet werden, wie es Hugo Sinzheimer bereits 1914 für das Arbeitsrecht gefordert hatte, das „kraft staatlicher Delegation auf Grund von Blankettgesetzen oder allgemeiner gesetzlicher Anweisung ... die Anpassung des Rechts an neue und veränderliche Tatbestände des Lebens“ verbürgen, die Rechtsbildung insgesamt „beweglicher, schmiegsamer“ machen kann (Sinzheimer 1976a: 58; 1976b: 84).

Damit erscheint der Reichsausschuß als ein recht modernes Verhandlungsgremium. Auch die prozeduralen Bestimmungen für den Reichsausschuß weisen darauf hin, daß seine Funktionslogik zunächst eher mit „Verhandlung“ adäquat beschrieben ist: Ein Überstimmen einer Partei wird dort, wo es möglich wäre, nicht praktiziert (s.o.,

Sauerborn 1953: 208), und ist – zumindest bis 1931 – in besonders sensiblen Regelungsbereichen aufgrund verschärfter Mehrheitsregeln von vornherein ausgeschlossen. Doch die direkte Beteiligung des Staates im Verhandlungssystem, der staatlich vorgenommene Zuschnitt von Regelungszuständigkeiten und Mitgliedschaft und der Einfluß des Staates auf die variabel gehaltene, zuletzt rechtsverbindliche Bindungswirkung seiner Richtlinien zeigen, daß die Verhandlungsergebnisse im Reichsausschuß zwischen den Resultaten angesiedelt sind, die entweder von einer hierarchischen Anordnung oder einem allein zwischen den Konfliktparteien ausgehandelten Übereinkommen zu erwarten wären. Es werden also die Unterschiede zu *beiden* Steuerungsmodi deutlich, aber nicht in dem Sinne eines eigenständigen, dritten Regulierungstyps, sondern als zwischen Hierarchie und Verhandlung oszillierende Mischform. Wie gezeigt werden konnte, ist mit dieser hybriden Variante gesundheitspolitischer Steuerung sowohl ein mehrdeutiger rechtlicher Status des Reichsausschusses als auch eine eigentümliche Unklarheit über die Bindungswirkung seiner Regelungen verbunden. Diese Unbestimmtheit mag für juristische Klassifizierungsversuche mißlich sein, aus einer Steuerungsperspektive erscheint sie als ein bedeutender Vorteil, weil sie innerhalb einer gewissen Bandbreite die Anpassung des Regelungsmodus an das jeweilige Regelungsproblem ermöglicht.

Beginn wie vorläufiges Ende der Regulierungstätigkeit des Reichsausschusses sind jeweils durch Notverordnungen markiert, wobei insbesondere die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen von 1923 sehr nah an das heranreicht, was sich in modernen Gesellschaften unter hierarchischer Regulierung überhaupt noch vorstellen läßt.¹⁴ Beide Notverordnungen lassen sich als Antworten auf Blockaden innerhalb des Verhandlungssystems zwischen Ärzten und Krankenkassen begreifen. An ihnen zeigt sich der interessenformierende Zugriff des Staates, der durch die Umgestaltung des Verbands- und Verhandlungssystems bestehende Blockaden aufzubrechen sucht und/oder die strittigen Punkte eigener Regelung unterwirft. Wenn die Notverordnung von 1923 überhaupt erst die Voraussetzungen für die Regulierungstätigkeit des RAK schuf, und die Brüning'sche Notverordnung vom 8.12.1931 die verbliebenen Konflikte um Honorsystem und Zulassungsform regelte, entsteht der Eindruck einer Komplementarität oder funktionalen Arbeitsteilung zwischen den Steuerungsmodi Hierarchie und Verhandlung. Aber die Notverordnung von 1931 ist auch zugleich ein gutes Beispiel für eine überdehnte „Hierarchisierung“ von Verhandlungen. Sie markiert den Umschlagpunkt, an dem die staatliche Instrumentalisierung eines Verhandlungssystems dessen Funktionsfähigkeit zerstören muß. Doch auch wenn die 4. Brüning'sche Notverordnung in ihrer unmittelbaren Zielsetzung sicherlich scheiterte, führte sie mit den staatlichen Ersatzvornahmerechten ein neues Regelungsinstrument ein, dessen Bedeutung noch fortbestehen sollte, als sein autoritärer Entstehungskontext schon weitgehend vergessen war.

6. Gesetz über Kassenarztrecht von 1955: Der Bundesausschuß in der Konstitutionsphase der Bundesrepublik

Mit dem Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.8.1955 (BGBl. I S. 513) wurde unter maßgeblicher Beteiligung der – teilweise noch aus der Weimarer Zeit stammen-

den – Ministerialverwaltung an die Tradition des Reichsausschusses angeknüpft. Aber mit demselben Argument, mit dem in der Weimarer Republik von regierungsamtlicher Seite die prominente staatliche Beteiligung am Reichsausschuß begründet wurde (Spielhagen 1925: 27), erfolgte nun die Beschneidung der Regulierungskompetenzen seines institutionellen Nachfolgers, des Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen.¹⁵ Da der Bundesausschuß von vornherein ohne direkte staatliche Beteiligung konzipiert worden war, gewannen juristische Bedenken an Einfluß, die für ein reines Selbstverwaltungsgremium strenge Kriterien für die Ermächtigung zum Erlaß von bindenden Rechtsnormen forderten (Andreas 1975: 58-59; Hiller 1988: 6-7). Die – in deutlicher Anlehnung an den Reichsausschuß – im ersten Gesetzesentwurf noch beinhaltete Definition des Bundesausschusses als „oberste beschließende Einrichtung“ der Selbstverwaltung mit „autonomer Rechtsetzungskompetenz“ (BT-Drucksache 1/3904: 10, 18) entfiel daher in der verabschiedeten Gesetzesfassung. Folglich konnte sich auch die seit 1931 für den Reichsausschuß geltende Unterscheidung zwischen verbindlichen Bestimmungen und unverbindlichen Richtlinien, die zunächst auch auf den Bundesausschuß Anwendung finden sollte (BT-Drucksache 1/3904: 11), nicht durchsetzen. Anstelle des Begriffs „Bestimmung“ trat die „Richtlinie“, die lediglich „beachtet“ werden soll (§ 368p Abs. 3 u. § 414b Abs. 2 RVO).

Wie bereits angedeutet bestand der zweite wichtige Unterschied zum Reichsausschuß darin, daß kein stimmberechtigter Staatsvertreter mehr in den BAK entsandt werden konnte. An seine Stelle trat ein unparteiischer Vorsitzender, über dessen Berufung die Verbände entschieden.¹⁶ Da aber gleichzeitig alle Richtlinien unter einen Genehmigungsvorbehalt des Arbeitsministers gestellt wurden, war die staatliche Einflußnahme weiterhin möglich. Darüber hinaus hielt das GKAR von 1955 an der erst mit der Brüningschen Notverordnung festgeschriebenen „subsidiäre[n] Kompetenz“ (Hein 1990: 30) des Staates in Form der ministerialen Ersatzvornahmerechte fest. Insgesamt ist aber die Einschätzung zutreffend, daß die Restituierung des BAK eine „generelle Abschwächung der Funktionen“ (Strakeljahn 1961: 8) mit sich brachte, denn viele Aufgaben, die der Reichsausschuß noch innehatte, wurden nun direkt in das Gesetz aufgenommen.

Überdies hatte eine gewandelte Problemkonstellation im Gesundheitssektor auch die Interessen der beteiligten Akteure verändert. Nur wenige Jahre zuvor (1951) war erstmals die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane der Kassen mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern gegen die heftigen Widerstände von Gewerkschaften und SPD, die für die zwei-Drittel-Mehrheit der Versicherten eintraten, eingeführt worden (Hockerts 1980: 131-146). Unter dem Eindruck dieses Konflikts verschob sich das „framing“, innerhalb dessen die verbandliche Selbstverwaltung bei Parteien und Ministerialverwaltung wahrgenommen wurde. Obwohl die Selbstverwaltung ihre Funktion als Verhandlungsarena für Kassen und Ärzteschaft natürlich beibehalten hatte, trat nun der Aspekt der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Gewerkschaften und damit die soziale Befriedungsfunktion der (Kassen)Selbstverwaltung in den Vordergrund (Hockerts 1980: 141-146). In der mit dem Paritätsgedanken zusammenhängenden Diskussion waren Mitbestimmung und „Wirtschaftsdemokratie“ im wesentlichen als staatsfreie Veranstaltungen zwischen gesellschaftlichen Großorganisationen konzipiert, so daß eine staatliche Beteiligung an der Selbstverwaltung als deplaziert, wenn nicht gar als systemfremd erscheinen mußte. Der so motivierte

Verzicht einer erneuten direkten staatlichen Beteiligung am Bundesausschuß traf bei den Verbänden auf komplementäre Interessen.

Die im Dritten Reich betriebene Gleichschaltung von Verbänden hatte sowohl für die Krankenkassen wie auch für Ärzteschaft einen Vereinheitlichungs- und Zentralisierungsschub ihrer Verbandsorganisationen bewirkt, den man nach dem Krieg nicht nur aus der Verbandsperspektive, sondern auch aus ministerialer Sicht „ruhig als bewährt bezeichnen“ (Sauerborn 1953: 213) konnte. Durch das Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen vom 17.8.1955 (BGBl. I S. 524), das gleichzeitig mit dem GKAR vorbereitet, beraten und am selben Tag verabschiedet wurde (Siebeck 1980: 637), ist diese Zentralisierung und Vereinheitlichung der Verbandsstrukturen in wesentlichen Punkten beibehalten worden. Da nun handlungs- und verpflichtungsfähige Verbände sowohl auf der Ärzte- wie auf der Kassenseite vorhanden waren, wurde eine direkte staatliche Beteiligung an den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung entbehrlich, zumal der Aufgabenkreis des BAK in den konfliktträchtigen Bereichen wie der Zulassungsordnung für Kassenärzte oder der Schiedsamschtsordnung auf bloße Beratungsfunktionen beschränkt war.¹⁷ Auch für die potentiellen Konfliktparteien schienen Regelungen unter dem Dach des Bundesausschusses keine Präferenz zu besitzen, was sich bspw. daran ersehen läßt, daß die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden vertraglich zwischen Kassen- und Ärzteverbänden geregelt wurde, obwohl dieser Gegenstand explizit in der Richtlinienpflicht des Bundesausschusses aufgeführt war (§ 368p Abs. 1 RVO). Daß der Bundesausschuß in der unmittelbaren Folgezeit kaum in Erscheinung trat, ist folglich weniger seiner – im Vergleich zum Reichsausschuß – geminderten Regelungskompetenz zuzuschreiben, sondern vielmehr dem übereinstimmenden Interesse der Verbände der Selbstverwaltung und des zuständigen Arbeitsministeriums am Vorrang bilateraler und dezentraler Verhandlungen.

In der Folge lief die Arbeit des Bundesausschusses nur schleppend an. Der BAK beschränkte sich zunächst auf beratende Tätigkeiten für das Bundesarbeitsministerium (BMA) in Fragen der Zulassungs- und Schiedsamschtsordnung (Strakeljahn 1961: 8). Erst im Fahrwasser der sukzessiven Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV seit der zweiten Hälfte der 60er Jahre wurde der BAK sichtbar aktiviert. Hier seien nur die Mutterschafts-Richtlinien von 1967, die aus dem selben Jahr stammenden Psychotherapie-Richtlinien, die Früherkennungs-Richtlinien von 1971 und die Rehabilitationsrichtlinien von 1974 beispielhaft genannt (Heinemann/Liebold 1991: Rz C 837-C 859). Damit war allerdings noch keine Aufwertung der Steuerungskompetenz des BAK verbunden, da die Richtlinien lediglich der Konkretisierung des Leistungsumfangs der GKV dienten. Auch die erste Zuständigkeitserweiterung durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28.12.1976 (BGBl. I S. 3871), die es dem Bundesausschuß zur Aufgabe machte, Richtlinien zur Ermittlung und Feststellung von Ungleichheiten in der kassenärztlichen Versorgung (§ 368p Abs. 7 RVO) zu beschließen, hatte noch eher einen defensiven, „normkonkretisierenden“ Charakter. Dies änderte sich mit dem 1977 vollzogenen Umschwung von der Bedarfsdeckung auf die Kostendämpfung als wesentlichem Anliegen der staatlichen Gesundheitspolitik.

7. Die Politik der Kostendämpfung: Der Bundesausschuß als verteilungspolitisches Steuerungsgremium

Daß der Bundesausschuß zunehmend als verteilungspolitisches Instrument eingesetzt werden sollte, deutete sich zuerst im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.7.1977 (BGBl. I S. 1069) an. Das mit diesem Gesetz eingeführte Steuerungsinstrumentarium glich zwar zunächst nur einem unspezifischen legislativen „Schrotschuß“, der alle möglichen Mechanismen zur Kostendämpfung aktivieren sollte. Bereits sichtbar war indes der Versuch, durch Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Dem Bundesausschuß fiel u.a. die neue Aufgabe zu, neben einer Arzneimittel-Preisvergleichsliste, die dem Arzt einen „Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Packungsgrößen“ ermöglichen sollte (§ 368p Abs. 1 S. 2 RVO), eine Liste von „Bagatellarzneimitteln“ zu erstellen, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen. Das daraufhin einsetzende, jahrelange Tauziehen um die Negativliste, das auf Einigungsschwierigkeiten im Bundesausschuß zurückging, wurde erst im Haushaltsbegleitgesetz 1983 zu einem Abschluß gebracht (Paffrath/Reichelt 1992: 294), indem die Regelungskompetenz für die „Verordnung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen“ dem BMA zugewiesen wurde, der aufgrund dieser Ermächtigung wenig später eine eigene Negativliste erließ (§ 182f RVO).

Die sich hier erstmals abzeichnende Wechselwirkung zwischen der Kompetenzerweiterung des Bundesausschusses und flankierenden Interventionen des BMA, die mit den veränderten Leistungsanforderungen an den BAK und den daraus erwachsenden Funktionsproblemen zusammenhingen, sollte die in den Folgejahren stattfindende Aufwertung dieses Gremiums jedoch nicht bremsen. Die zunehmende Instrumentalisierung des Bundesausschusses zur Regelung von Verteilungskonflikten war anfangs lediglich das Resultat politischer Kompromißbildung. Dies galt noch für die 1986 in Kraft getretenen Richtlinien für den wirtschaftlichen Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte (Großgeräte-Richtlinien), die nur deshalb vom BAK erarbeitet worden waren, weil zwischen Bundesrat und Bundestag keine Einigung über eine gesetzliche Regelung des Großgeräte-Einsatzes im ambulanten Bereich erzielt werden konnte (Döhler 1990: 435-441). Obwohl die Großgeräte-Richtlinien kein Beispiel für eine erfolgreiche Problemregulierung darstellten, erwies sich diese – mit dem „Vorrang der Selbstverwaltung“ ideologisch abgesicherte – Kompetenzdelegation als eine Option zur politischen Bearbeitung von Regelungsmaterien, über die im parlamentarischen Raum keine Einigung möglich war. Diese Erfahrung trug in der Folgezeit wesentlich zum Aufstieg des Bundesausschusses bei.

Wenn die deutlich funktionsärmere Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gegenüber dem Bundesausschuß stets einen weitaus größeren öffentlichen Stellenwert besaß, so ist dies als Folge ihrer Gründungsgeschichte erklärbar. Bereits die Einrichtung der KAiG im Jahr 1977 war politisch ein „Paukenschlag“, der allerlei Spekulationen über ihren Einfluß auf die Gesundheitspolitik auslöste (Döhler 1991: 473), und bis heute ist die KAiG ein Forum für den öffentlichen Schlagabtausch geblieben, bei dem die jeweiligen Interessenpositionen verkündet werden (Henke 1988: 129-131). Verhandlungen im strengen Sinne finden innerhalb der KAiG nicht statt und würden aufgrund der umfassenden Zusammensetzung mit Vertretern aller beteiligten Akteure (§ 405a

Abs. 3 SGB V) und der fehlenden Rechtsverbindlichkeit ihrer Empfehlungen auch kaum Sinn machen. Das ansonsten für die deutsche Gesundheitspolitik typische Verfahren der sukzessiven Aufwertung einmal geschaffener Steuerungsinstrumente (Döhler/Manow-Borgwardt 1992) fand auf die KAiG nur sehr begrenzt Anwendung. Nach einigen anfänglichen Bemühungen, die Bindungskraft der Empfehlungen zu stärken, ist das politische Interesse an der KAiG als Steuerungsinstanz weitgehend erloschen. Der Bundesausschuß hatte hingegen seine Steuerungspotentiale zu einem Zeitpunkt etablieren können, als deren Einsatz unter dem Aspekt von Verteilungskonflikten noch gar nicht absehbar war. Auf der Basis dieses Startvorteils konnte er lautlos in neue Regelungsbereiche hineinwachsen, während die Gründung der KAiG schon deshalb im Unverbindlichen bleiben mußte, weil von allen Beteiligten – insbesondere den potentiell negativ betroffenen Leistungsanbietern – der Eingriff in materielle Besitzstände antizipiert wurde. Entgegen einer verbreiteten Vorstellung, die das in der Gründungsphase einer Organisation verankerte Instrumentarium tendenziell als Anpassungshemmnis bewertet (Stinchcombe 1965: 153 ff.), erwies sich der Bundesausschuß mit seinem „ererbten“ Handlungsrepertoire als hinreichend flexibel, um auch unter veränderten Umweltbedingungen bestehen zu können.

Eine wichtige Rolle kommt dabei der im BAK vorherrschenden Handlungsorientierung zu. Die nicht auf Interessenrepräsentation, sondern auf die Lösung von Sachfragen ausgerichtete Funktion des Bundesausschusses steht im Bann eines tradierten deutschen Politikverständnisses, demzufolge die Beteiligung organisierter Interessen an staatlichen Hoheitsaufgaben die Disziplinierung partikularer Verbands- oder Mitgliederinteressen zugunsten eines auf „Sachlichkeit“ (Dyson 1982: 19) basierenden Entscheidungsstils voraussetzt. In der Selbstdarstellung des BAK ist konsequenterweise stets von „Beratungen“ und „Beschlüssen“ und nicht etwa von „Verhandlungen“ und „Einigungen“ die Rede. Dies entspricht einem Entscheidungsstil, bei dem nicht primär die Interessendurchsetzung („bargaining“), sondern vielmehr die Problemlösung („problem-solving“) im Vordergrund steht (Scharpf 1989: 159 ff.). Zu den institutionellen Vorkehrungen, die diese Handlungsorientierung unterstützen, zählt die nunmehr gesetzlich (früher lediglich in der Geschäftsordnung) festgeschriebene Weisungsfreiheit sowie die Schweigepflicht der Mitglieder des BAK (§ 368o Abs. 4 u. 5 RVO), die in ihrer Wirkung ergänzt wird durch das Verbot, in den Sitzungsprotokollen das Abstimmungsverhalten einzelner Mitglieder festzuhalten (§ 9 Abs. 1 GO). Mit diesen Regelungen wird nicht nur der Rechtsschutz des einzelnen Mitgliedes gegenüber seinem Verband hergestellt, sondern auch die Gesprächs- und Verhandlungsbereitschaft gefördert (Thiemeyer 1984: 91).

Die Kompetenzerweiterung, die dem BAK Ende der 80er Jahre den Vorwurf eintrug, er handele als „absolutistisch anmutende Nebenregierung“ (Lojewski 1989: 52), war allerdings keine langfristig angelegte strategische Entscheidung, sondern beruhte auf den institutionellen und ideologischen Opportunitäten, die die Nutzung dieses Gremiums nahelegten. Zum einen ist der BAK als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung mit wichtigen Elementen des allgemein anerkannten Ordnungsmodells der Sozialversicherung wie dem Subsidiaritäts- und dem Selbstverwaltungsprinzip kompatibel, zum anderen bietet seine exklusive Mitgliedschaft noch am ehesten die Gewähr für die Einigung über dringend regelungsbedürftige Sach- und Verteilungsfragen. Es war daher nur konsequent, wenn mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom

20.12.1988 (BGBl. I S. 2606) die Regelungskompetenz des Bundesausschusses auf mehreren Feldern beträchtlich ausgeweitet wurde, wobei die zweifellos wichtigste und folgenreichste der neuen Aufgaben in der Zusammenstellung der Festbetragsgruppen besteht (§ 35 Abs. 1 SGB V). Die Festbeträge für Arzneimittel galten als „Herzstück“ des GRG und sollten als sichtbarer Beweis der sozialen Ausgewogenheit die spürbare Belastung der Versicherten – zumindest teilweise – durch deutliche Spareffekte im GKV-Arzneimittelsektor ausbalancieren (Manow-Borgwardt 1992). In der zweigeteilten Zuständigkeit des Bundesausschusses für die Gruppenbildung und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen für die Festbetragsfestsetzung kommt der Gruppenbildung eine entscheidende Bedeutung zu, denn mit der Entscheidung für die Zusammenfassung einer kleinen oder großen Zahl von Arzneimitteln zu einer Festbetragsgruppe entscheidet sich auch, wie hoch die jeweiligen Einsparpotentiale ausfallen. Obwohl in der öffentlichen Diskussion die Klage über die nur schleppende Umsetzung der Festbetragsregelung durch die Selbstverwaltung vorherrscht, sind doch bisher mit etwa 40 Prozent des Arzneimittelmarktes etwa vier Fünftel des von Experten überhaupt als „festbetragsfähig“ betrachteten Marktsegments mit Festbeträgen abgedeckt. Die bisherige Umsetzungspraxis stellt daher durchaus ein Beispiel für eine erfolgreiche Instrumentalisierung des BAK dar, auch wenn Tempo und Umfang der Umsetzung nicht den offensichtlich überzogenen Erwartungen einzelner Akteure entsprechen (Paffrath/Reichelt 1992: 285-289).

Weiterhin ist die unter dem Stichwort „Qualitätssicherung“ neu eingeführte Richtlinienkompetenz des BAK zur „Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens“ neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu nennen (§ 135 Abs. 1 SGB V), die es den Kassen erstmals erlaubt, auf Antrag einzelne medizinische Verfahren verbindlich aus ihrer Erstattungspflicht herauszunehmen. Der schon früher auf vertraglicher Basis mit den RVO-Kassen bestehende Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war dazu kein geeignetes Instrument, da die Konkurrenz zu den – in diesem Ausschuß nicht vertretenen – Ersatzkassen die anderen Kassenarten vielfach zur Kostenübernahme von Verfahren zwang, die schon seinerzeit als fragwürdig galten (Abholz 1990: 10). Diese Kassenkonkurrenz wurde nun dadurch ausgehebelt, daß erstmals auch die Ersatzkassenverbände gesetzlich zur Mitgliedschaft im Bundesausschuß verpflichtet (§ 91 Abs. 1 SGB V) und damit in den Geltungsbereich dieses Richtlinienotyps integriert wurden.

Eine wichtige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Bundesausschusses besteht darin, daß die beteiligten Akteure auf der Basis annäherungsfähiger Interessen zu Verhandlungsergebnissen gelangen. Daß diese interne Funktionslogik stets in einer gewissen Nähe zur „Räuberkoalition“ gegenüber anderen Akteuren steht, haben die Festbeträge, die zu Lasten der pharmazeutischen Industrie gehen, oder die Psychotherapie-Richtlinien gezeigt, mit denen Kassen und Ärzteschaft ihre gemeinsame Aversion gegen die direkte Beteiligung von psychotherapeutisch fortgebildeten Psychologen mit Hilfe eines Delegationsvorbehalts durch den Kassenarzt wirksam exekutieren konnten.¹⁸ Da diese Interessenüberschneidungen oft auch im Einklang mit dem staatlichen Ziel der Kostendämpfung stehen, gewinnt die Zuweisung von neuen Regulierungszuständigkeiten an den BAK aus staatlicher Perspektive an Attraktivität.

Kaum möglich erscheint demgegenüber eine Integration zusätzlicher Akteure, da hier „Sollbruchstellen“ in der Interessenlage die Einigungsfähigkeit behindern. Die Grenzen

der funktionalen Belastbarkeit des BAK zeigen sich besonders beim Regelungsgegenstand medizinisch-technische Großgeräte, für deren „bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz“ (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V) der Bundesausschuß mit dem GRG explizit zuständig wurde. Als ein zentrales Problem erwies sich dabei die Zusammensetzung der als Implementationsträger auf Landesebene zu bildenden Großgeräteausschüsse (§ 122 SGB V), in denen neben den Kassen und den Kassenärzten auch die Krankenhäuser und das zuständige Landesministerium vertreten sind (§ 122 Abs. 3 SGB V). Während der Bundesausschuß im Oktober 1990 dem Gesetz entsprechend modifizierte Großgeräte-Richtlinien vorlegte, die einen Vergütungsausschluß für nicht genehmigte Großgeräte beinhalteten, erwiesen sich die Ausschüsse auf der Landesebene als Implementationshindernis, da die gegenläufigen Interessen und Anreizstrukturen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor eine verbindliche Regelung des Verteilungskonflikts um den Geräteinsatz verhinderten.

Durch die Kompetenzerweiterung des BAK wurde auch die nie endgültig geklärte Frage nach der Verbindlichkeit der BAK-Richtlinien erneut virulent. Bis zum Inkrafttreten des GRG billigte die herrschende Meinung den Richtlinien lediglich einen Empfehlungscharakter zu, da sie nicht die Qualität eigenständiger Rechtsnormen besitzen und nur durch eine Aufnahme in die Satzungen der vertragschließenden Parteien, nach denen die Richtlinien „beachtet werden sollen“ (§ 368p Abs. 3 RVO), eine gewisse Wirksamkeit entfalten konnten (Andreas 1975: 58-72; Bredehorn 1988: 25-27; Maydell 1990: § 92 Rz 6). Mit dem juristischen Kunstgriff der „dynamischen Verweisung“ wurden die Richtlinien durch das GRG für die Kassen und ihre Verbände ebenso wie für die KVen verbindlich gemacht.¹⁹ Dies war interessanterweise die einzige Neuregelung im GRG, die bei der Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit durch die Bundesministerien des Inneren und der Justiz als problematisch eingestuft wurde und seither von juristischer Seite immer wieder als rechtswidrig gewertet worden ist (so z.B. v. Zeszschwitz 1990).

Mit der Kompetenzerweiterung des BAK erhielten auch die Ersatzvornahmerechte des Ministeriums als hierarchische Flankierung des Verhandlungssystems eine neue Qualität. Im Falle der Festbetragsregelung etwa war bereits im GRG selber das Datum festgehalten, ab dem sowohl die Gruppenbildung als auch die Festbetragsfestsetzung für wirkstoffidentische Arzneimittel ohne weitere Fristsetzung vom BMA vorgenommen werden konnten (§ 94 Abs. 1 Satz 4 und § 213 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Bei der Gruppenbildung im Rahmen der Festbeträge für Arzneimittel zeigte sich zudem, daß auch jenseits der gesetzlich fixierten subsidiären Kompetenz der staatliche Einfluß weit in die Regelung materieller Fragen hineinreichen kann.²⁰ Der BAK ist damit sicherlich noch nicht zu einem reinen „Vollzugsorgan“ (Ärzte-Zeitung v. 25.4.1990) des zuständigen Bundesministeriums degradiert, aber gleichfalls hat der Staat mit der Delegation der Gruppenbildung an den Bundesausschuß auch keinesfalls die Umsetzung seiner gesetzlichen Vorgaben allein der gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen (so Blanke/Perschke-Hartmann 1990). Dies zeigt auch der jüngste Entwurf der Koalitionsparteien zur Kostendämpfung, der in bisher nicht gekanntem Umfang von Verordnungsermächtigungen für den (seit 1991 für die GKV zuständigen) Bundesminister für Gesundheit (BMG) durchgesetzt ist. Diese Ermächtigungen beziehen sich allesamt auf Regelungsbereiche, in denen die gemeinsame Selbstverwaltung zu keiner Einigung gelangte.²¹

Ebenso wie die verstärkte Bindungswirkung der Richtlinien und die Neigung des BMA bzw. des BMG, seine Ersatzvornahmerechte intensiver als früher einzusetzen, die Steuerungsfähigkeit des BAK erhöhen wie auch blockieren können, so wirkt auch die Kompetenzerweiterung nicht nur einseitig negativ oder positiv. Auf der einen Seite ist zwar die Tendenz zur funktionalen Überlastung zu beobachten, auf der anderen Seite ist der Umfang der im BAK verhandelbaren Sachverhalte deutlich größer geworden, so daß die Möglichkeit zur Kompromißbildung durch Koppelgeschäfte zwischen verschiedenen Regelungsbereichen verbessert worden ist. Zwar findet die Erarbeitung der Richtlinien getrennt in speziellen Arbeitsausschüssen statt (§ 11 Abs. 1 u. 2 GO), in denen häufig nicht die entscheidungsberechtigten Verbandsfunktionäre, sondern lediglich Fachreferenten tätig sind. Über die dort erarbeiteten Vorlagen wird dann allerdings im Bundesausschuß en bloc entschieden, und es erfordert nicht viel Phantasie sich vorzustellen, daß dabei gezielt eingesetzte Kompromißbereitschaft einer Partei mit Entgegenkommen der anderen Seite honoriert wird (i.d.S. auch Thiemeyer 1984: 91).

8. Zusammenfassende Schlußfolgerungen

Vergleicht man die Entwicklung des Bundesausschusses mit derjenigen des Reichsausschusses, fallen zunächst die Gemeinsamkeiten in ihrem Entwicklungsmuster auf, die vor allem in der sukzessiven Ausweitung staatlicher Einflußchancen und in der Stärkung der Bindungskraft der Richtlinien bestehen. Die Parallelen im gesundheitspolitischen Reaktionsmuster sind unverkennbar, obwohl die Gründungskontexte von Reichs- bzw. Bundesausschuß deutlich voneinander abweichen: dort eine Maßnahme des Krisenmanagements, hier ein Anknüpfen an institutionelle Traditionen in einer auf Konsensbildung orientierten Rekonstruktionsphase. Sie sind auch erkennbar, obwohl die verhandelten Konflikte deutlich unterschiedlich sind: dort der zwischenverbandliche Konflikt um die rechtliche Gestaltung des Kassen/Ärzte-Verhältnisses, hier ein vor allem staatliches Problem der Kostenentwicklung. Die gesundheitspolitische Entwicklung besteht jeweils in einer Hierarchisierung sowohl innerhalb (Bindungswirkung) als auch außerhalb des Verhandlungssystems (Ersatzvornahme und Verordnungsermächtigung).

Insgesamt wird somit das Bild einer Art konjunkturellen Entwicklung gesundheitspolitischer Steuerung deutlich, wobei die zyklische Bewegung zwischen einer mehr verhandlungsförmigen, dann eher hierarchischen Steuerungsform natürlich keiner übergeordneten Gesetzmäßigkeit unterliegt, sondern ihre Ursache in den jeweiligen gesundheitspolitischen Handlungsanforderungen hat: Gesundheitspolitische Problemkonstellationen, die die Einigungsfähigkeit von Ärzteschaft und Kassen überfordern, veranlassen den Staat zur schrittweisen Überlagerung der Verhandlungslogik durch den Einsatz hierarchischer Steuerungsinstrumente bis hin zur vollkommenen Außerkräftsetzung der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Daß der Bundesausschuß heute in ähnlicher Weise instrumentalisiert werden kann wie bereits in der Weimarer Zeit, ist auch dem Umstand geschuldet, daß die Restituierung des BAK in eine Zeit fiel, als seine Aktivierung im Rahmen der Kostendämpfungspolitik noch gar nicht antizipiert werden konnte. Als die bundesdeutsche Ge-

sundheitspolitik Mitte der siebziger Jahre von der Bedarfsdeckung auf die Kostendämpfung umschwenkte (Döhler 1991: 472 ff.), stand mit diesem Gremium eine Regelungsinstanz zur Verfügung, die in gewisser Weise eine „Gnade der frühen Geburt“ besaß. Neben dem Gründungshintergrund stellt die Sachorientierung innerhalb des BAK eine wichtige Erfolgsbedingung dar, die bislang auch bei erheblich erweiterten Regulierungskompetenzen mit bedeutenden Verteilungswirkungen den Umschlag zu einem kompetitiven oder konfrontativen Entscheidungsstil verhindern konnte (hierzu grundlegend Scharpf 1989). Unterstützend wirkte dafür der Umstand, daß Kostenaspekte im BAK nie direkter Verhandlungsgegenstand sind, sondern sich immer nur vermittelt über die Steuerung von Inhalt und Umfang der medizinischen Leistungen ergeben.

Die Parallelität der Entwicklung zwischen dem Reichtsausschuß und dem Bundesausschuß ist aber nicht allein das Resultat einer zufälligen Konstellation, bei der der Bundesausschuß nur deswegen an die erfolgreiche Regulierungsleistung des RAK anknüpfen konnte, weil ihm eine Aufgabe zugewiesen wurde, für die er nicht konzipiert war. Als Gründe für die vergleichsweise erfolgreiche Regulierungsleistung von Reichs- und Bundesausschuß, die über die Bedeutung der historischen Konstellation hinausreichen, müssen hier sowohl der günstige institutionelle Zuschnitt des Verhandlungssystems selber (1), als auch das Wechselspiel zwischen Verhandlungssystem und staatlicher Regulierung (2) angeführt werden.

(1) Mit der institutionellen Ausgestaltung des Reichs- bzw. Bundesausschusses eröffnen sich gesundheitspolitische Handlungschancen, die zum einen in seinem hohen Zentralisierungsgrad und seiner exklusiven Mitgliedschaft und zum anderen in seiner umfassenden Regelungsbefugnis begründet sind. Die Geschichte des Reichs- und des Bundesausschusses ist auch die Geschichte der Herausbildung eines funktional monopolisierten und zentralisierten Verbändesystems mit öffentlich-rechtlichem Status. Diese beginnt mit der schrittweisen Einbindung eines wirtschaftlichen Kampfverbandes wie dem Leipziger Verband (Hartmannbund) in öffentliche Aufgaben und hat ihr vorläufiges Ende mit dem Gesundheits-Reformgesetz gefunden, das eine weitere Integration der Ersatzkassen in den Geltungsbereich der Ausschußrichtlinien brachte (s. Abschnitt 2 und 7). Damit hat der Reichtsausschuß als Katalysator für die Herausbildung eines zentralisierten Verbändesystems gewirkt, das später eine wichtige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Bundesausschusses bildete. Wenn seit dem GRG zugleich die Verbindlichkeit der Richtlinien des BAK gegenüber den Verbänden der Krankenkassen und Ärzte hergestellt ist, erscheint der Bundesausschuß näherungsweise als ein idealtypisches Verhandlungsgremium: dessen Eigenschaften bestehen in einer eng begrenzten Mitgliedschaft; die Mitglieder besitzen als Bundesverbände bereits einen hohen Zentralisierungsgrad, d.h. sie leisten vorgängig eine hohe Interessenaggregation; sie sind verpflichtungsfähig und besitzen ein Repräsentationsmonopol; und sie sind nur in abgemilderter Form in andere Interessenkonstellationen eingebunden.²² Sind die Verhandlungspartner damit wenigstens partiell davon entlastet, Interessenpositionen von Dritten berücksichtigen zu müssen, so erweitert zum anderen die umfassende und erweiterungsfähige Regulierungskompetenz des BAK den Bereich möglicher Verhandlungslösungen. Zunächst werden die sehr heterogenen Regelungsgegenstände des BAK eine Einigung durch log-rolling oder Paketlösungen eher be-

günstigen, was plausibel wird, wenn man die Verhandlungen im BAK mit den Honorarverhandlungen zwischen Kassen und Ärzteschaft kontrastiert. Da hier nur über *einen* Gegenstand verhandelt wird, ist eine Einigung häufig nur dadurch zu erreichen, daß das Gesamthonorar in mehrere verschachtelte Einzelpositionen (u.a. Labor, check up, bildgebende Verfahren) untergliedert wird, die dann als Tauschobjekte fungieren. Wichtiger noch erscheint, daß die Kombination aus eng begrenzter Mitgliedschaft und weit gefaßter Regulierungskompetenz Möglichkeiten zur Bildung von Räuberkoalitionen bietet. Die Festbeträge und Psychotherapie-Richtlinien wurden oben als Beispiele für Vereinbarungen zu Lasten Dritter angeführt (s. Abschnitt 7), und auch für den stationären Sektor wurde eine Kostensteuerung durch die BAK-Richtlinien zur Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) bereits vorausgesagt (Bruckenberg 1989: 41).

(2) Schließlich nimmt die hierarchische Regelung eine wichtige Ergänzungs- und Erweiterungsfunktion zur Verhandlungstätigkeit des Bundesausschusses wahr. Das Verhältnis zwischen staatlicher und verbandlicher Regelung ist im bundesdeutschen Gesundheitswesen mit dem Selbstverwaltungsprinzip außerordentlich vage umschrieben. Die Ambivalenz dieses Strukturprinzips hat dabei als legitimatorische Ressource sowohl für die staatlich initiierte Verbändeintegration wie auch für das An- und Abschwellen staatlicher Zugriffsrechte fungiert, während der hybride Rechtsstatus sowohl des Reichs- wie auch des Bundesausschusses als Voraussetzung für die variable, zuletzt direkt greifende Bindungswirkung der Richtlinien gelten darf. Man kann den Bundesausschuß bzw. seinen Vorgänger daher als eine Variante der für Handlungskalküle und -strategien wichtigen „institutionalization of meaning“ (March/Olsen 1989: 39 ff.) begreifen, deren Anpassungs-, Überlebens- und Funktionsfähigkeit aus einer institutionalisierten „ambivalence of meaning“ der staatlichen Beteiligungsformen herrührt. Wie sehr die Ausdeutungsfähigkeit des Selbstverwaltungsprinzips es bislang ermöglicht hat, daß staatliche Eingriffe die Verhandlungslogik zwischen Kassen und Ärzteschaft nicht nachhaltig gestört haben, zeigt sich anschaulich, wenn man diesen Konfliktbereich mit der „Tarifautonomie“ zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden vergleicht, bei der Versuche staatlicher Beeinflussung der Verhandlungsergebnisse oft nur kontraintentional wirken können.²⁴ In der Tendenz erlaubt die institutionell begünstigte und normativ sanktionierte Kombination aus Hierarchie und Verhandlung im Gesundheitssektor die substituierende, hierarchische Regelung immer dann, wenn der Konsens zwischen den Parteien fehlt, wenngleich es natürlich „Umschlagpunkte“ gibt, an denen die Regelung durch Staatseingriff den Einigungswillen der Parteien zerstört.

Da die Reinformen von Verhandlung und Hierarchie Wohlfahrtsoptima nur unter Modellbedingungen produzieren (Scharpf 1991), in der Realität aber auf spezifische Bedingungen der „joint production“ angewiesen sind, repräsentiert das hier geschilderte empirische Beispiel den interessanten Fall, in dem diese „Produktionsbedingungen“ nicht bereits institutionell verfestigt sind. Durch die gegenseitige Durchdringung beider Koordinationslogiken ist die Auslagerung staatlicher Regulierungskompetenzen an ein Verhandlungssystem im Falle des BAK kein irreversibler Prozeß (so die generelle Befürchtung bei Offe 1983: 203), sondern – wie unsere Rekonstruktion gesundheits-

politischer Steuerungskonjunkturen zeigt – können diese graduell wieder in den Bereich hoheitlicher Regelung reintegriert werden.

Anmerkungen

- * Für hilfreiche Kritik und Kommentierungen möchten wir Roland Czada, Jürgen Feick, Renate Mayntz, Fritz W. Scharpf, Jürgen Wasem und Hans-Georg Wolf danken. Eine Ergänzung zur Darstellung des Reichsausschusses verdanken wir Florian Tennstedt.
- 1 Eine ähnliche Sichtweise findet sich etwa bei Willke (1983: 128-135), der Tendenz nach in den Beiträgen in Glasgow (1984) sowie bei Scharpf (1988: 68-72). Im Hinblick auf die Rechtswissenschaft ist vor allem auf die Diskussion über „informelles Verwaltungshandeln“ zu verweisen. Als Überblick vgl. Hoffmann-Riem/Schmidt-Assmann (1990).
 - 2 Ein zugegebenermaßen nicht alltägliches Beispiel dafür, daß in bestimmten Problemkonstellationen selbst in einem durch mannigfache Politikverflechtungen sklerotisierten „semi-sovereign state“ (Katzenstein) noch eine „Stunde der Exekutive“ schlagen kann, veranschaulicht Lehmbruchs (1990) Rekonstruktion des deutschen Vereinigungsprozesses. Wenn ganze Regierungssysteme in bestimmten Problemkonstellationen von etablierten Aushandlungsroutinen abweichen können, dann müßte dies erst recht für einzelne Politikfelder gelten.
 - 3 Niggemann (1933: 37).
 - 4 Umstritten war dabei die von vielen Kassen praktizierte direkte Anstellung des Arztes durch Einzelverträge, dem der Leipziger Verband die Forderung nach „freier Arztwahl“, d.h. dem Recht auf unbeschränkte Kassenzulassung und Kollektivverträgen entgegengesetzte (Tennstedt 1977: 67 ff.).
 - 5 Und spezifischer vor dem Hintergrund der persönlichen Erfahrungen verständlich wird, die der maßgeblich an der Ausformulierung der RVO beteiligte Geheimrat Otto Wiedfeldt in der Schlichtung reichsweiter Arbeitskonflikte erworben hatte (Schröder 1964: 49-65).
 - 6 In Artikel 2 des Berliner Abkommens heißt es dazu in einer bemerkenswert gewundenen Formulierung: „Die beteiligten Regierungen werden bemüht sein, die ordnungsgemäße Durchführung dieses Abkommens in den Grenzen ihrer gesetzlichen Befugnisse nach Möglichkeit zu fördern“ (zitiert nach Schlottmann 1914: 11, Hervorh. des Originals weglassen).
 - 7 Kühne/Peters (1950: 323).
 - 8 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde hier auf die juristisch vollständige Zitierweise verzichtet, in der die jeweils gültige Gesetzesfassung mit Datumsangabe versehen wird. Es ergibt sich aus dem jeweiligen zeitlichen Kontext, in welcher Fassung die Gesetzesparagrafen zitiert wurden.
 - 9 Gleichwohl war dem Reichsausschuß nicht nur eine kodifizierende Funktion zugewiesen. Daß seitens des RAM auch daran gedacht wurde, über den Reichsausschuß die Kosten der Krankenversicherung zu steuern, belegt der § 368f RVO. Hier heißt es: „Falls die zum Reichsausschusse wahlberechtigten Verbände zentrale Festsetzungen über die den Ärzten von den Kassen zu gewährenden Vergütungen treffen wollen, können sie diese Festsetzungen dem Reichsausschuß übertragen.“ Von dieser Möglichkeit ist jedoch kein Gebrauch gemacht worden. Siehe auch den § 368c RVO, über Richtlinien „zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte“, und die Ermahnungen des MinDir Grieser vom RAM vor dem Reichsausschuß, solche Wirtschaftlichkeits-Richtlinien zu verabschieden (Grieser 1924).
 - 10 Die Mitteilungen hierzu sind widersprüchlich: Die wichtige Rolle der Unparteiischen und die überwiegende Regelung durch den weiten Reichsausschuß betonen Jonquières (1928: 100) und Sauerborn (1953). Dem entgegen stehen die Äußerungen von Kuhns (1925: 409) und Strakeljahn (1961: 6). Eine Überprüfung der gegensätzlichen Einschätzungen anhand der Ausschußprotokolle war uns nicht möglich. Der Sachverhalt hat jedoch auch für unsere Argumentation keine zentrale Bedeutung.
 - 11 Mit dem Begriff des „Arztsystems“ wurde der Zulassungsmodus der Ärzte zur Versorgung der Kassenmitglieder bezeichnet. Hier stand auf der einen Seite die *unbeschränkt freie*

- Arztwahl, „bei der grundsätzlich jeder im Arztregister eingetragene Arzt ... zur Kassenpraxis gelangen konnte“ (Kühne/Peters 1950: 324), und über verschieden restriktive Abstufungen der *organisiert freien Arztwahl* und der *beschränkt freien Arztwahl* stand schließlich auf der anderen Seite das *fixierte Kassenarztsystem*, bei dem der Arzt mit der Kasse „nicht einen freien Dienstvertrag, sondern einen festen Anstellungsvertrag schloß“ (ebenda).
- 12 Mit den Ausführungsbestimmungen vom 30.12.1931 wurden auf seiten der Ärzte Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) mit Zwangsmitgliedschaft und als Körperschaften öffentlichen Rechts gebildet, in deren Verantwortung auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen gelegt waren. Ein Anspruch des einzelnen Arztes auf Vergütung bestand nun nicht mehr gegenüber der Kasse, sondern gegenüber seiner KV. Die Ärzteschaft verzichtete auf ihre Forderung nach Einzelleistungsvergütung. Sie stimmte der Kopfpauschale zu. Im Gegenzug wurden von den Kassen erheblich verringerte Verhältniszahlen von vormals 1000 Versicherte pro Arzt auf nun 600 zugestanden. Im Rahmen dieser Verhältniszahl bestand uneingeschränkte Zulassung (Lehmann 1932: 23-24; Kühne/Peters 1950: 323-324).
 - 13 Waren vorher Entscheidungen in den Fragen des Zulassungssystems und der Vergütung an eine 3/5 Mehrheit sowohl bei der Ärzte- als auch bei der Kassenseite gebunden, reichte nun eine 2/3 Mehrheit des gesamten Ausschusses, d.h. ein Überstimmen einer Partei war nun möglich (Niggemann 1933: 85).
 - 14 Diese Bemerkung zielt nicht auf die parlamentarische Selbstentmündigung, die mit den Ermächtigungsgesetzen vom 13.10.1923 und vom 8.12.1923 ihren vorläufigen Höhepunkt gefunden hatte, sondern auf die Ausschaltung jeglichen Verbandseinflusses auf die Ausgestaltung der Notverordnungen, die der Reichsarbeitsminister in einer hausinternen Anweisung angeordnet hatte (Bähr 1989: 77). Tatsächlich traf die Notverordnung die gesundheitspolitischen Verbände „wie ein Blitz aus heiterem Himmel“ (Kuhns 1925: 395).
 - 15 Das Gesetz über Kassenarztrecht beinhaltete auch die Einführung eines Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, der aufgrund seiner zum BAK analogen Ausgestaltung hier keine gesonderte Betrachtung erfährt.
 - 16 In der Zusammensetzung des Gremiums änderte sich ansonsten nur, daß auf seiten der Ärzte und Krankenkassen nun jeweils 7 statt wie zuvor 5 Verbandsvertreter in den Ausschuß entsandt wurden (§ 368o Abs. 3 RVO).
 - 17 Bezeichnenderweise wurde die Geschäftsführung des BAK, die früher dem Arbeitsminister oblag, auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung übertragen, die hierzu eine Geschäftsstelle unterhält (§ 1 Abs. 2 Geschäftsordnung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – GO. In: Bundesanzeiger Nr. 139 v. 28.7.1989, S. 3657).
 - 18 Die Psychotherapie-Richtlinien sind auch ein Beispiel dafür, daß die nicht deutlich umrissenen Zuständigkeitsgrenzen des BAK die Möglichkeit einer eigenmächtigen Kompetenzerweiterung beinhalten. Die in § 92 Abs. 2 SGB V aufgezählten Richtlinientypen umreißen nur einen Pflichtkatalog. Der BAK ist darüber hinaus berechtigt, alle „zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien“ (§ 92 Abs. 1 SGB V) zu beschließen (Maydell 1990: § 92 Rz. 3).
 - 19 Die Verbindlichkeit wurde durch Verweisungen auf zwei bindend wirkende Rechtsquellen hergestellt: Zum einen macht § 92 Abs. 7 SGB V die BAK-Richtlinien zu einem Bestandteil der Verträge zwischen Kassen und KVen, zum anderen *müssen* die Satzungen aller Vertragsparteien, einschließlich der Verbände Bestimmungen (!) enthalten, die die Berücksichtigung der Richtlinien für die Mitglieder zwingend vorschreibt (§ 81 Abs. 3 u. § 210 Abs. 2 SGB V).
 - 20 Hier durchbrach das BMA die auf der Ärzteseite angesiedelten Widerstände im BAK mit einer detailliert ausgearbeiteten Gruppenbildung für Medikamente mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe II. der Festbetragsregelung) und konnte damit die strategisch sehr wichtige Ausweitung der Festbetragsregelung über den Bereich wirkstoffgleicher Medikamente hinaus durchsetzen (vgl. Manow-Borgwardt 1992: 410).
 - 21 Im Entwurf für das Gesundheits-Strukturgesetz (BR-Drucksache 560/92) sind Verordnungsermächtigungen in den Bereichen vor- und nachstationäre Behandlung, medizinisch-technische Großgeräte, Verfahren der Qualitätssicherung, Qualitätsprüfungskriterien, Richtgrößen für Arznei- und Heilmittelverordnung sowie für die Einführung der Krankenversicherungskarte vorgesehen. Zusätzlich sollen die Aufsichtsbehörden bei Vergütungsvereinbarungen, die gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) verstoßen, einen Genehmigungsvorbehalt zugewiesen bekommen, wodurch erstmals eine externe

- Einspruchsmöglichkeit in die Honorarverhandlungen zwischen Kassenverbänden und Ärzteschaft geschaffen wäre!
- 22 Hier müssen erstens die o.g. institutionellen Prozeduren genannt werden, die „die vom Gesetzgeber gewollte relative Autonomie des Ausschusses gegenüber den ihn bildenden Organisationen“ (Denninger 1981: 27) gewährleisten sollen (etwa Weisungsfreiheit und Schweigepflicht der Mitglieder, Geheimhaltung des Abstimmungsverhaltens). Zweitens gibt es keine weiteren Verflechtungen des Verhandlungssystems etwa auf föderaler Ebene (Ausnahme: Großgeräterichtlinien), d.h. die Anzahl möglicher Vetopositionen ist relativ gering gehalten – sie beschränkt sich auf die Ausschußmitglieder (s. zur Verflechtung von Verhandlungssystemen Benz 1992; Scharpf 1991).
- 23 Vgl. bereits Henke (1970: 167-168): „Zwischen reinen Staatsaufgaben und rein gesellschaftlichen Aufgaben liegt eine tiefe Zone öffentlicher Aufgaben, zu deren Erfüllung die Beteiligung des Staates nicht entbehrt werden kann, ohne daß sie ganz in staatliche Verwaltung genommen werden müßten. Sie bildet den Bereich möglicher Selbstverwaltung. Er umfaßt einen breiten Fächer von Möglichkeiten zwischen den beiden Extremen reiner Staatsverwaltung und rein gesellschaftlicher Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Das Sozialrecht als modernes Rechtsgebiet läßt diesen Fächer ... in exemplarischer Weise erkennen.“
- 24 Je konkreter sich hier die staatlichen Appelle zur Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Situation in Prozentzahlen ausdrücken, um so stärker sehen sich die Gewerkschaften gezwungen, ein Verhandlungsergebnis oberhalb dieser „Vorgaben“ zu erreichen.

Literaturverzeichnis

- Abelshauer, Werner, 1984: The first post-liberal Nation: Stages in the Development of modern Corporatism in Germany, in: *European History Quarterly* 14, 285-318.
- Abelshauer, Werner, 1987: Freiheitlicher Korporatismus im Kaiserreich und in der Weimarer Republik, in: Werner Abelshauer (Hrsg.), *Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat*, Wiesbaden, 147-170.
- Abholz, Heinz-Harald, 1990: Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des „Gesundheitsreformgesetzes“, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* Bd. 15, Argument Sonderband AS 190, 7-25.
- Andreas, Manfred, 1975: *Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen*, Bonn-Bad Godesberg.
- Bähr, Johannes W., 1989: *Staatliche Schlichtung in der Weimarer Republik*, Berlin.
- Benz, Arthur, 1992: Mehrebenen-Verflechtung: Verhandlungsprozesse in verbundenen Entscheidungsarenen, in: Arthur Benz/Fritz W. Scharpf/Reinhard Zintl, *Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen*, Frankfurt a.M., 147-205.
- Blanke, Bernhard/Perschke-Hartmann, Christiane, 1990: Das GRG auf dem Prüfstand, in: *Soziale Sicherheit* 39, 329-336.
- Bogs, Walter, 1981: *Die Sozialversicherung in der Weimarer Demokratie*, München (Vierteljahresheft für Sozialrecht – Beiheft 2).
- Breddehorn, Dennis, 1988: *Die Rechtsnatur der Richtlinien im Kassenarztrecht*, Frankfurt a.M.
- Bruckenberg, Ernst, 1989: *Dauerpatient Krankenhaus. Diagnosen und Heilungsansätze*, Freiburg i. Br.
- Denninger, Erhard, 1981: *Arzneimittel-Richtlinien und „Verschreibungsfähigkeit“*. Eine verfassungsrechtliche Untersuchung, Baden-Baden.
- Döhler, Marian, 1990: *Gesundheitspolitik nach der „Wende“*. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.
- Döhler, Marian, 1991: *Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformversuche im Gesundheitswesen*, in: Bernard Blanke/Helmut Wollmann (Hrsg.), *Die alte Bundesrepublik – Kontinuität und Wandel*. Leviathan-Sonderheft 12, Opladen, 463-481.
- Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip, 1992: *Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie*, in: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3, 64-106.
- Dreier, Horst, 1991: *Hierarchische Verwaltung im demokratischen Staat*, Tübingen.

- Dyson, Kenneth, 1982: West Germany: The Search for a Rationalist Agenda, in: *Jeremy J. Richardson* (Hrsg.), *Policy Styles in Western Europe*, London, 17-46.
- Feldman, Gerald D., 1974: Der deutsche Organisierte Kapitalismus während der Kriegs- und Inflationsjahre 1914-1923, in: *Heinrich August Winkler* (Hrsg.), *Organisierter Kapitalismus*, Göttingen, 150-171.
- Ferber, Christian von, 1983: Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik, in: *Gegenwartskunde* 32 - Sonderheft 4, 113-125.
- Forsthoﬀ, Ernst, 1973: Lehrbuch des Verwaltungsrechts, Band I, Allgemeiner Teil, 10. Auflage, München.
- Glagow, Manfred (Hrsg.), 1984: Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität, Bielefeld.
- Grieser, Andreas, 1924: Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung, in: *Reichsarbeitsblatt* (nichtamtlicher Teil) 28, 617-619.
- Haedenkamp, Karl, 1928: Krankenkassen und Ärzte, in: *Wiederaufbau und Wirken der Deutschen Sozialversicherung*, Sonderheft 1 der Zeitschrift „Die Reichsversicherung“, München, 103-110.
- Hein, Michael, 1990: Die Verbände der Sozialversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland, München.
- Heinemann, Gustav W./Liebold, Rolf, 1991 (Loseblattsammlung): Kassenarztrecht, 5. Auflage, Wiesbaden.
- Hendler, Reinhard, 1988: Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: *Bernd Baron von Maydell/Franz Ruland* (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*, Neuwied, 224-239.
- Henke, Klaus-Dirk, 1988: Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: *Gérard Gäfgen* (Hrsg.), *Neokorporatismus im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, 113-157.
- Henke, Wilhelm, 1970: Die Rechtsformen der sozialen Sicherung und das Allgemeine Verwaltungsrecht. (Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer, H. 28), Berlin, 149-185.
- Hesse, Joachim Jens, 1990: Staatliches Handeln in der Umorientierung: Thesen zur institutions- und verwaltungspolitischen Diskussion, in: *Thomas Ellwein/Joachim Jens Hesse* (Hrsg.), *Staatswissenschaften: Vergessene Disziplin oder neue Herausforderung?*, Baden-Baden, 151-172.
- Hiller, Axel, 1989: Verbindlichkeit und Verfassungsmäßigkeit der Richtlinien für Ärzte und Krankenkassen, Baden-Baden.
- Hockerts, Hans Günter, 1980: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart.
- Hoffmann-Riem, Wolfgang/Schmidt-Assmann, Eberhard (Hrsg.), 1990: Konfliktbewältigung durch Verhandlungen, Baden-Baden.
- Jonquières, Wilhelm K.A. von, 1928: Das Wirken des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen, in: *Wiederaufbau und Wirken der Deutschen Sozialversicherung*, Sonderheft 1 der Zeitschrift „Die Reichsversicherung“, München, 98-103.
- Kaufmann, Franz-Xaver, 1991: Diskurse über Staatsaufgaben. MPIFG Discussion Paper 91/5, Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Kühne, Bruno/Peters, Horst, 1950: Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Stuttgart.
- Kuhns, Georg, 1925: Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig.
- Lehmann, Helmut, 1932: Ärzte und Krankenkassen, 5. Auflage, Berlin.
- Lehmbruch, Gerhard, 1987: Administrative Interessenvermittlung, in: *Adrienne Windhoff-Héritier* (Hrsg.), *Verwaltung und ihre Umwelt*, Opladen, 11-43.
- Lehmbruch, Gerhard, 1990: Die improvisierte Vereinigung. Die Dritte deutsche Republik, in: *Leviathan* 18, 462-486.
- Lojewski, Günter von, 1989: Über unser Schicksal wird im Dunkeln entschieden, in: *Medical Tribune*, 2.6.1989, 50-52.
- Manow-Borgwardt, Philip, 1992: Gesundheitspolitische Steuerung mit Verbänden oder gegen sie? Das Beispiel der Festbeträge, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 38, 398-416.
- March, James G./Olsen, Johan P., 1989: *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, New York.

- Maydell, Bernd Baron von (Hrsg.), 1990: Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung, Neuwied.
- Neuhaus, Rolf, 1986: Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregulierung 1900 bis 1914, Berlin.
- Niggemann, Albert, 1933: Strukturwandlung in den rechtlichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen? Dissertation, Universität Erlangen.
- Offe, Claus, 1983: Stellungnahme (zu dem Referat von Wolfgang Streeck „Interessenverbände als Hindernisse und Vollzugsträger öffentlicher Politik“), in: Fritz W. Scharpf/Marlene Brockmann (Hrsg.), Institutionelle Bedingungen der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, Frankfurt a.M., 199-205.
- Paffrath, Dieter/Reichelt, Herbert, 1992: Kostendämpfung im Arzneimittelbereich – Analyse der Steuerungswirkungen gesetzlicher und administrativer Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, in: Rainer Müller/Michael F. Schuntermann (Hrsg.), Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag, Köln, 272-304.
- Richter, Lutz, 1927: Die Einrichtungen der kassenärztlichen Selbstverwaltung, in: Festschrift der Leipziger Juristenfakultät für Victor Ehrenberg, Leipzig, 75-170.
- Richter, Lutz, 1931: Sozialversicherungsrecht, Berlin.
- Richter, Lutz/Sonnenberg, Wilhelm, 1926: Die Kassenärztlichen Rechtsverhältnisse, Leipzig.
- Ritter, Ernst-Hasso, 1990: Das Recht als Steuerungsmedium im kooperativen Staat, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 50-88.
- Sauerborn, Maximilian, 1953: Kassenärztzerecht in der Entwicklung, in: Bundesarbeitsblatt, 205-215.
- Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien staatlicher Steuerung, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit, PVS-Sonderheft 19, Opladen, 61-87.
- Scharpf, Fritz W., 1989: Decision Rules, Decision Styles and Policy Choices, in: Journal of Theoretical Politics 1, 149-176.
- Scharpf, Fritz W., 1991: Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhundert, in: Politische Vierteljahresschrift 32, 621-634.
- Schlottmann, Rudolf, 1914: Das Einigungsabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen nebst Ausführungsbestimmungen, Berlin.
- Schnapp, Friedrich E., 1983: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Albert von Mutius (Hrsg.), Selbstverwaltung im Staat der Industriegesellschaft, Heidelberg, 881-899.
- Schröder, Ernst, 1964: Otto Wiedfeldt. Eine Biographie. (Beiträge zur Geschichte von Stadt und Stift Essen, Heft 80), Essen.
- Schuppert, Gunnar Folke, 1981: Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch verselbständigte Verwaltungseinheiten, Göttingen.
- Siebeck, Theo, 1980: 25 Jahre Verbändegesetz, in: Die Ortskrankenkasse 62, 637-641.
- Sinzheimer, Hugo, 1976a: Über den Grundgedanken und die Möglichkeit eines einheitlichen Arbeitsrechts für Deutschland, in: Hugo Sinzheimer, Arbeitsrecht und Rechtssoziologie, Bd. 1., Gesammelte Aufsätze und Reden, hrsg. von Otto Kahn-Freund und Thilo Ramm, Frankfurt a.M., 35-61 (Originalausgabe 1914).
- Sinzheimer, Hugo, 1976b: Die Fortbildung des Arbeitsrechts, in: Hugo Sinzheimer, Arbeitsrecht und Rechtssoziologie, Bd. 1, Gesammelte Aufsätze und Reden, hrsg. von Otto Kahn-Freund und Thilo Ramm, Frankfurt a.M., 78-90 (Originalausgabe 1922).
- Spielhagen, Walter, 1925: Zur gesetzlichen Ausgestaltung des Berliner Abkommens, in: Ärztliche Mitteilungen, Sonderheft 35, 25-35.
- Stinchcombe, Arthur L., 1965: Social Structure and Organization, in: James G. March (Hrsg.), Handbook of Organizations, Chicago.
- Stolleis, Michael, 1979: Die Sozialversicherung Bismarcks. Politisch-institutionelle Bedingungen ihrer Entstehung, in: Hans F. Zacher (Hrsg.), Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung von Sozialversicherung, Berlin, 387-411.
- Strakeljahn, Wilhelm, 1961: Bedeutung und Arbeit der Bundesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse 43, 5-10.
- Streeck, Wolfgang, 1987: Vielfalt und Interdependenz: Probleme intermediärer Organisationen in sich ändernden Umwelten, IIM/LMP 87-3, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Streeck, Wolfgang/Schmitter, Philippe, 1985: Gemeinschaft, Markt und Staat – und die Verbände?, in: Journal für Sozialforschung 25, 133-157.

- Tennstedt, Florian, 1977: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Soziale Selbstverwaltung Bd. 2, Bonn.
- Thiemeyer, Theo, 1984: Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Helmut Winterstein (Hrsg.), Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin, 63-97.
- Voelzkow, Helmut/Hilbert, Josef/Heinze, Rolf G., 1987: „Regierung durch Verbände“ – am Beispiel der umweltbezogenen Techniksteuerung, in: Politische Vierteljahresschrift 28, 80-100.
- Wertenbruch, Wilhelm, 1981: Sozialversicherung?, in: Wolfgang Gitter (Hrsg.), Im Dienst des Sozialrechts, Köln, 687-713.
- Willke, Helmut, 1983: Entzauberung des Staates: Überlegungen zu einer sozietaalen Steuerungstheorie, Königstein/Ts.
- Winkler, Heinrich August, 1979: Pluralismus oder Protektionismus? Verfassungspolitische Probleme des Verbandswesens im Deutschen Kaiserreich, in: Heinrich August Winkler, Liberalismus und Antiliberalismus, Göttingen, 163-174.
- Zeuschwitz, Friedrich von, 1990: Verfassungswidrige Richtlinienkompetenz der Bundesausschüsse für Ärzte und Zahnärzte nach dem SGB V, in: Gerhard Köbler/Meinhard Heinze/Jan Schnapp (Hrsg.), Geschichtliche Rechtswissenschaft, Gießen, 645-655.