

Bernd Rosewitz, Douglas Webber

Reformversuche und
Reformblockaden
im deutschen
Gesundheitswesen

Campus

Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen



Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Köln

Bernd Rosewitz, Douglas Webber

Reformversuche und Reform- blockaden im deutschen Gesundheitswesen

Campus Verlag
Frankfurt/New York

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Rosewitz, Bernd:

Reformversuche und Reformblockaden im
deutschen Gesundheitswesen/Bernd Rosewitz;
Douglas Webber. [Max-Planck-Inst. für
Gesellschaftsforschung, Köln]. - Frankfurt/Main ;
New York : Campus Verlag, 1990

ISBN 3-593-34300-2

NE: Webber, Douglas:

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 1990 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen

Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt

Printed in Germany

Inhalt

<i>Abkürzungen</i>	9
<i>Vorbemerkung</i>	11
<i>Kapitel 1</i>	
<i>Einleitung</i>	13
1 Die günstige Stellung der deutschen Ärzte im internationalen Vergleich	13
2 Historische Entwicklungsschritte bis zum Jahr 1955, die zur Verbesserung der Position der niedergelassenen Ärzte beigetragen haben	14
3 Fragestellungen	23
4 Strukturelle Reformversuche im ambulanten Sektor	25
<i>Kapitel 2</i>	
<i>Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung</i>	31
1 Die Entwicklung der Beziehungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bis zum Ende der 50er Jahre	33
2 Erste Vorschläge zur Einführung einer prästationären Diagnostik und poststationären Therapie in den 60er Jahren	45
3 Die Diskussion um die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie in den 70er Jahren	51
4 Regelungsversuche zu vor- und nachstationärer Behandlung in den 80er Jahren	85
5 Zusammenfassung	90

Kapitel 3

Die Auseinandersetzungen um die Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

1	Die politische Entscheidung für einen öffentlichen Gesundheitsdienst	100
2	Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Restauration und Reform in den 40er und 50er Jahren	103
3	Die schwache Stellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der sozialpolitischen Reformgesetzgebung der 60er Jahre	113
4	Versuche einer Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den 70er und 80er Jahren	146
5	Zusammenfassung	159

Kapitel 4

Reformen und verhinderte Reformen des Vertrauensärztlichen Dienstes

1	Einleitung	165
2	Die Vertrauensärzte und der Vertrauensärztliche Dienst (VÄD) in der Zeit bis 1945	167
3	Erster Reformversuch: Das Scheitern des "Beratungsärztlichen Dienstes" zwischen 1959 und 1961	172
4	Zweiter Reformversuch: Das Scheitern einer "Mini-Reform" des VÄD zwischen 1962 und 1965	183
5	Dritter Reformversuch: Die Reform des VÄD im Zusammenhang mit der Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter von 1968 bis 1969	186
6	Grenzen der politischen Steuerung? Anspruch und Wirklichkeit bei der Umsetzung der VÄD-Reform 1969	192
7	Vierter Reformversuch: Das Scheitern des gemeinsamen Sozialärztlichen Dienstes (SÄD) zwischen 1970 und 1979	196

8	Fünfter Reformversuch: Das Scheitern der Empfehlungsvereinbarung der Selbstverwaltung über einen Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zwischen 1981 und 1987	202
9	Sechster Reformversuch: Die Neuregelung des VÄD im Rahmen der christlich-liberalen Gesundheitsreform von 1987 bis 1988	213
10	Schlußfolgerungen	222

Kapitel 5

	<i>Die Neuregelung des kassenärztlichen Vergütungsrechts durch die sozialliberale Koalition 1977</i>	229
1	Einleitung	229
2	Einzelleistungshonorierung und die "Kostenexplosion" bei der ambulanten Versorgung	233
3	Politische Thematisierung der Kostenentwicklung	237
4	Kostendämpfung durch "moral suasion": Die Regierungspolitik vor den Bundestagswahlen im Oktober 1976	240
5	Die Empfehlungsvereinbarung 1975	245
6	Die Empfehlungsvereinbarung 1976	247
7	Meinungsbildung und Meinungsgegensätze innerhalb der Kassenärzteschaft	253
8	Kostendämpfungsgesetz: Konzipierung	257
9	Kostendämpfungsgesetz: Durchsetzung	262
10	Schlußfolgerungen	276
11	Honorarpolitische Nachgeschichte des Kostendämpfungsgesetzes	282

<i>Kapitel 6</i>	
<i>Schlußfolgerungen</i>	291
1 Einleitung	291
2 Erklärungsansätze	294
4 Koalitionsregierungen	299
5 Föderalismus	306
6 Selbstverwaltung	309
7 'Eigene Kraft' der Kassenärzte-Lobby?	314
8 Immobilismus, Krisenanfälligkeit und Krisenbewältigungsfähigkeit	317
<i>Primärquellen und Sekundärliteratur</i>	321
1 Interviews	321
2 Drucksachen, Protokolle und Berichte	323
3 Archive	329
4 Zeitungen und Zeitschriften	330
5 Informationsdienste	331
6 Sekundärliteratur	331

Abkürzungen

AGK	Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung
AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände
BdO	Bundesverband der Ortskrankenkassen
BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BMJFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, und Gesundheit
BVG	Bundesverfassungsgericht
BVRA	Bundesverband der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte
BR	Bundesrat
BT	Deutscher Bundestag
DAG	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
CDU	Christlich-Demokratische Union
CSU	Christlich-Soziale Union
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FDP	Freie Demokratische Partei
GKAR	Gesetz über das Kassenarztrecht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSF	Gesellschaft für sozialen Fortschritt
GVG	Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KVÄG	Krankenversicherungs-Änderungsgesetz
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVNG	Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz

LVA	Landesversicherungsanstalt(en)
MB	Marburger Bund
MD	Medizinischer Dienst
MTZ	Medizinisch-Technisches Zentrum
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RVO	Reichsversicherungsordnung
SÄD	Sozialärztlicher Dienst
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VÄD	Vertrauensärztlicher Dienst
VdAK	Verband der Angestellten-Ersatzkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WiDO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WWI	Wirtschafts-Wissenschaftliches Institut des DGB

Vorbemerkung

Das vorliegende Buch ist im Rahmen der am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung durchgeführten Projekte zur Gesundheitssystemforschung entstanden. An der Realisierung dieses Buches war eine große Anzahl von Personen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Instituts beteiligt, denen wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen möchten. Vorrangig gilt er den Experten aus den unterschiedlichen Institutionen, die sich freundlicherweise als Interviewpartner zur Verfügung gestellt haben. Sie sind namentlich im Anschluß an das sechste Kapitel aufgeführt. Durch die Anlage unserer Fallstudien, die zum Teil bereits länger zurückliegende Prozeßverläufe analysieren, bedarf es des besonderen Dankes an diejenigen Personen, die sich zu einem Interview bereit gefunden haben, obwohl sie schon seit längerem aus dem institutionellen Kontext ausgeschieden waren, zu dem wir sie befragt haben. Ohne den Zugang zu mehreren Archiven wäre die Durchführung unserer Projekte ebenfalls kaum möglich gewesen. Unser besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Frau Dr. Monika Faßbender (Leiterin des Archivs des Deutschen Liberalismus, Friedrich-Naumann-Stiftung, Gummersbach), Dr. Klaus Gotto (Leiter des Archivs für Christlich-Demokratische Politik, Konrad-Adenauer-Stiftung, Sankt Augustin), den Mitarbeitern des Parlamentsarchivs in Bonn und denen der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung in Essen.

Recht herzlich möchten wir uns für die Assistenz von Uschi Hahn, Gabi Klaes, Birgit Seipt und Petra Unkelbach bedanken, die uns in verschiedenen Projektphasen wertvolle Unterstützung geleistet haben. Für das Erstellen verschiedener Textfassungen möchten wir Annette Ahrens sowie für die Übernahme der editorischen Aufgaben bei der Erstellung des druckfertigen Buchmanuskripts Cynthia Lehmann danken. Herzlich gedankt sei Prof. Dr. Renate Mayntz und Prof. Dr. Fritz W. Scharpf, die als Direktoren des Instituts die Projekte mit Anregungen,

Kommentaren und kritischen Einwänden begleitet haben. Schließlich gilt unser Dank auch allen Kolleginnen und Kollegen im Institut, die zu einer sehr angenehmen Arbeitsatmosphäre beigetragen haben.

Federführend hat Bernd Rosewitz die Kapitel 2 und 3, Douglas Webber die Kapitel 4 und 5 bearbeitet.

Köln, im Januar 1990

Bernd Rosewitz und Douglas Webber

Kapitel 1

Einleitung

1 Die günstige Stellung der deutschen Ärzte im internationalen Vergleich

Die deutschen niedergelassenen Ärzte nehmen - von einer international vergleichenden Perspektive aus betrachtet - in mehrfacher Hinsicht eine für sie als vorteilhaft zu bezeichnende Stellung ein. Bei einem Vergleich der Ärzteneinkommen in den OECD-Ländern zeigt sich, daß die Variationsbreite auf der Einkommensskala sehr groß ist, wobei sich die Ärzte in vielen Ländern mit dem Ein- bis Zweifachen des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens begnügen müssen. Demgegenüber haben die Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland - fast ebenso wie die in den USA - einen Spitzenplatz inne, da ihr durchschnittliches Einkommen die Durchschnittsverdienste der Arbeitnehmer um das Fünffache übertrifft (Alber 1988: 25; Daten von Anfang der 80er Jahre). Bei derart hohen Werten auf der Einkommensskala liegt die Erwartung nahe, daß die Arztdichte in der Bundesrepublik Deutschland relativ niedrig sein müßte, da eine größere Anzahl von Ärzten sich negativ auf die Einkommensentwicklung aller Ärzte auswirken kann. Aber auch in bezug auf die Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner steht die Bundesrepublik Deutschland - entgegen den Erwartungen - mit auf einem der vorderen Plätze in der Rangliste der OECD-Länder (Alber 1988: 24/25). Die vorteilhafte Stellung der Ärzte im ambulanten Sektor geht mit besonderen Spezifika des deutschen Gesundheitssystems einher, die vorrangig darin bestehen, daß neben Allgemein- auch Fachärzte in eigener Praxis niedergelassen sind. Während die ambulante fachärztliche Behandlung in den meisten anderen Ländern an Krankenhäusern durchgeführt wird, besteht für die niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik ein Ambulanzmonopol, das dazu führt, daß bis auf wenige Ausnahmen keine ambulante Behandlung von Patienten in Krankenhäusern erfolgen darf.

Diese für die deutschen niedergelassenen Ärzte im internationalen Vergleich als außergewöhnlich günstig zu bezeichnenden Kontextbedingungen stießen bei relevanten Akteuren sowohl im Gesundheitssystem als auch im politischen System wiederholt auf Kritik, und mehrfach sind Versuche mit dem Ziel unternommen worden, Strukturveränderungen im ambulanten Sektor durchzuführen. Unser Buch knüpft an die Reformdiskussionen an, die seit den 50er Jahren um derartige strukturelle Veränderungen geführt wurden. Dabei sollen in Form von vier Fallstudien Verlauf und Ergebnis von Reformprozessen analysiert werden, die sich unmittelbar auf zentrale Aspekte der Struktur des ambulanten Sektors beziehen. Wir fragen nach den Trägern der Initiativen, nach den Reformzielen und nach den Widerständen gegen ihre Durchsetzung. Ausführlich wird diskutiert, inwieweit derartige Verhinderungsversuche zur Modifikation oder gar zum Scheitern der Reformmaßnahmen führten.

Im folgenden Abschnitt soll zunächst geschildert werden, welche historischen Entwicklungsschritte dazu beigetragen haben, daß die niedergelassenen Ärzte die oben dargestellte günstige Position erreichen konnten. Zur Beantwortung dieser Frage sollen in einem kurzen historischen Rückblick einige der wichtigsten Stationen herausgestellt werden, aufgrund derer die Position der niedergelassenen Ärzte bis Mitte der 50er Jahre eine institutionelle Verfestigung erfahren hat, an der sich bis heute scheinbar wenig geändert hat.

2 Historische Entwicklungsschritte bis zum Jahr 1955, die zur Verbesserung der Position der niedergelassenen Ärzte beigetragen haben

Vor Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 stellte sich die finanzielle Lage für die meisten der freipraktizierenden Ärzte als nicht besonders günstig dar (Tennstedt 1977: 67-69). Sie mußten mit den sogenannten Heilkundigen konkurrieren, die gegenüber der Bevölkerung keine so hohe soziale Distanz aufwiesen wie die akademisch gebildeten Ärzte. Zudem hatten die ärmeren Schichten des Volkes zumeist nicht genügend Geld, um eine ärztliche Behandlung bezahlen zu können, so daß die Ärzte in einem hohen Maße auf Privateinnahmen aus Konsiliarien beim gehobenen Bürgertum angewiesen waren.

Mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung änderte sich diese Situation in einem zunehmenden Maße, da der kollektive Versicherungszwang auf immer mehr Beschäftigte ausgedehnt wurde. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden zu Sammelstellen kollektiver Gelder, mit denen sie individuelle Behandlungen finanzieren konnten. Der besondere Vorteil der gesetzlichen Regelung zur Krankenversicherung bestand für die niedergelassenen Ärzte in der Einführung des sogenannten Sachleistungsprinzips, das die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtete, ihren Versicherten ärztliche Leistungen zu gewähren. Vor Verabschiedung dieser gesetzlichen Regelung wurde von den meistens genossenschaftlich organisierten freien Hilfskassen Krankenhilfe vor allem in Form von Geldunterstützungen gewährt. Die Versicherten benutzten das Geld jedoch oft nicht für Arztbesuche, sondern trugen es zu Heilkundigen und Apotheken oder verwendeten es als Lohnersatz für allgemeine Haushaltsausgaben.

Mit der sukzessiven Einbeziehung von immer mehr Beschäftigten aus den unterschiedlichsten Berufen erweiterte sich der Personenkreis, der dem Versicherungszwang unterlag. Aufgrund dieser Zunahme von Versicherungspflichtigen vergrößerte sich gleichzeitig auch das Budget der Krankenversicherung. Diese gesetzlich festgelegte Ressourcenallokation durch Beitragszwang wurde relativ schnell von den Ärzten als neue Einnahmequelle entdeckt, obwohl sie der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung - zumindest verbal - eher skeptisch gegenüberstanden. Sie argumentierten, daß ihnen durch diese neue Art der Versicherung die Privatpatienten entzogen würden. Dieses konnte aber kaum der Fall gewesen sein, weil die Gesetzliche Krankenversicherung einen Personenkreis betraf, den die Ärzte vorher selten behandelt hatten und der sich erst allmählich an die rechtzeitige Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung gewöhnen mußte. Nach Ansicht von Göckenjan (1985: 338) wurden den niedergelassenen Ärzten vor allem neue Patientenkreise erschlossen, keineswegs aber Patienten der privaten Praxis entzogen.

Die Position der Krankenkassen im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten kann auf der Grundlage des Krankenversicherungsgesetzes als äußerst günstig beschrieben werden, da die Krankenkassen eine Monopolstellung gegenüber einem untereinander konkurrierenden ärztlichen Angebot einnahmen. Es war in das Ermessen der einzelnen Krankenkassenvorstände gestellt, wieviel Ärzte sie beschäftigten und ob diese als angestellte Ärzte gegen ein festes Gehalt tätig oder statt dessen freiberuflich tätige Ärzte vertraglich zur Behandlung der Kassenmitglieder verpflichtet wurden. Indem die Krankenkassen mit den Ärzten sogenannte

Einzelverträge über die Behandlung der bei ihnen Versicherten schlossen, konnten sie in einem hohen Maße die Konditionen bestimmen, zu denen Ärzte bei ihnen tätig wurden. Diejenigen Ärzte, die eine Beschäftigung bei einer Krankenkasse erhielten, bekamen damit im Gegensatz zu den Ärzten, die weiterhin freiberuflich tätig waren, gleichzeitig eine kontinuierliche Erwerbsmöglichkeit (Tennstedt 1977: 71; Göckenjan 1985: 336-343). Diese Monopolstellung der Krankenkassen bei der Auswahl der Ärzte und der Vertragsgestaltung löste eine erhebliche Unzufriedenheit unter den niedergelassenen Ärzten aus. Seit 1885 setzte dann auch der Kampf der niedergelassenen Ärzte um freie Arztwahl und angemessene Honorierung ein (Tennstedt 1977: 75).

Vor dem Hintergrund sich weiter verschärfender Auseinandersetzungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den niedergelassenen Ärzten im Hinblick auf die oben diskutierten Streitpunkte kam es im Jahr 1900 zur Gründung des "Verbandes für die Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" (Leipziger Verband, später: Hartmannbund), der sich explizit als *wirtschaftliche* Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte verstand. Von diesem Zeitpunkt an versuchten die Ärzte ihre Forderungen mit immer massiveren Maßnahmen, einschließlich Streiks, durchzusetzen. Aus diesem Grund sollte innerhalb von 4 Jahren eine Streikkasse mit einer Summe von 2 Millionen Mark aufgebaut werden, die dazu dienen sollte, in den bestreikten Gebieten die Krankenkassen zur Kapitulation zu zwingen (Tennstedt 1977: 77).

Bevor das Spannungsverhältnis zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen sowie die von den Akteuren im politischen System eingenommene "Vermittlerrolle" eingehender diskutiert wird, erscheint es angezeigt, kurz die Position der freien Hilfskassen im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen zu umreißen. Von politischer Seite aus sind die Maßnahmen zur Einführung einer Gesetzlichen Krankenversicherung vor allem als eine Strategie angesehen worden, um das revolutionäre Potential der Arbeiterschaft stärker an den Staat zu binden. Neben dem Versuch, eine höhere Loyalität der Arbeiter gegenüber dem Staat zu gewinnen, sollte mit der Verabschiedung sozialpolitischer Maßnahmen auch ein Pendant zu den mit den Sozialistengesetzen verbundenen Repressalien geschaffen werden (Peters 1978: 49/50). Jedoch standen die Arbeiter den staatlich organisierten Krankenkassen mißtrauisch gegenüber und zogen es vor, einer sogenannten freien Hilfskasse anzugehören. Diese zumeist aus der Genossenschaftsbewegung hervorgegangenen Hilfskassen befreiten ihre Mitglieder von dem Zwang, einer gesetzlichen Krankenkasse angehören zu müssen, wenn sie ihnen vergleichbare Leistungen

gewährten. Da im Jahre 1885 bereits 20% aller Versicherungspflichtigen in derartigen Hilfskassen versichert waren (Tennstedt 1977: 33), versuchten die politischen Akteure mit einer Novelle zum Hilfskassengesetz diese Kassenart zu schwächen. Mit dem politischen Schlag gegen die freien Hilfskassen war die Intention verbunden gewesen, diese von Sozialdemokraten und Gewerkschaftern besetzten Krankenkassen nicht zu sehr erstarken zu lassen. Als die Arbeit der freien Hilfskassen aufgrund der politischen Interventionen immer weiter eingeschränkt wurde, wandten sich die Arbeiter den Ortskrankenkassen zu. Ab 1890 gingen die Selbstverwaltungsorgane der Ortskrankenkassen zunehmend in die Hände von Sozialdemokraten über, die die Kassen zu einem sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Betätigungsfeld machten. Indem sich die Verwaltungen der Ortskrankenkassen zu einer Domäne der Sozialdemokratie entwickelten, wurden die mit der Schwächung der freien Hilfskassen verbundenen politischen Absichten konterkariert (Tennstedt 1977: 50; Hentschel 1983: 17). Da die meisten Akteure im politischen System gewerkschaftlichen und sozialdemokratischen Tendenzen weiterhin ablehnend gegenüberstanden, versuchten sie entsprechend auch gegen die Ortskrankenkassen zu intervenieren. Vor diesem Hintergrund ist die weitere Entwicklung im Verhältnis von Ärzten und Krankenkassen zu sehen, insbesondere wenn es um die Frage geht, warum politische Interventionen eher zugunsten der Ärzte als zugunsten der Krankenkassen ausgefallen sind.

Eine Verringerung der Spannungen zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und den gesetzlichen Krankenkassen wurde durch entsprechende Regelungen in der 1911 zur Verabschiedung anstehenden Reichsversicherungsordnung erwartet. Jedoch unterließ es der Gesetzgeber, die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zu regeln (Bogs 1959: 290; Peters 1978: 85/86). Da sich die Ärzteverbände gegenüber den Krankenkassen mit ihren Forderungen zur Durchsetzung einer freien Arztwahl (d.h. der Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis) sowie eines angemessenen Honorierungssystems nicht durchsetzen konnten, riefen sie 1913 zu umfassenden Streikmaßnahmen auf. Nachdem die Versorgung der Patienten aufgrund der einsetzenden Ärztestreiks nicht mehr gesichert erschien, griffen die Akteure im politischen System in diese Konflikte vermittelnd ein (Liebold 1984: 7). Ende 1913 wurde auf Intervention des Innenministeriums - als Vermittler zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft - das Berliner Abkommen geschlossen, durch das die Vertragsfreiheit der Kassen beim Abschluß von Arztverträgen wesentlich eingeschränkt wurde (Bogs 1959: 290): Die Anstellungsauto-

nomie der Krankenkassen für die von ihnen beschäftigten Ärzte wurde beseitigt, es wurde eine Versichertenzahl von 1.350 Personen pro zuzulassendem Arzt festgelegt und kassenärztliche Einzelverträge wurden auf kollektivem Wege vorbereitet, wodurch dieses Abkommen den Beginn des Übergangs vom Einzel- zum Kollektivvertrag markierte (Hentschel 1983: 22). Durch diese Regelungen wurde die Position der Krankenkassen gegenüber den niedergelassenen Ärzten erheblich geschwächt. Daß die gesetzlichen Krankenkassen kaum eine andere Wahl hatten, als dem Berliner Abkommen zuzustimmen, dürfte auf das gesetzlich festgelegte Sachleistungsprinzip zurückzuführen sein, aufgrund dessen sich die Kassen in der für sie problematischen Lage befanden, auch bei Ärztestreiks die Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen zu müssen. Um ihren Versorgungsauftrag erfüllen zu können, haben sie schließlich den in diesem Abkommen geschlossenen Vereinbarungen ihre Zustimmung gegeben. Nach Einschätzung von Göckenjan (1985: 340) entsprach die politische Gewichtsverlagerung zugunsten der Ärzte der bereits oben diskutierten Strategie, Gegenmacht gegen die sozialdemokratisch verwalteten Kassen aufzubauen. Denn aufgrund der überzogenen Konfliktpolitik der niedergelassenen Ärzteschaft hatte niemand mit einem staatlichen Entgegenkommen gerechnet. Daher kann das Ergebnis des Berliner Abkommens auch nicht als ein Sieg der ärztlichen Professionspolitik angesehen werden.

Als 1923 das auf 10 Jahre befristete Berliner Abkommen auslief, waren die Krankenkassen nicht bereit, einer Verlängerung dieses Abkommens auf Vertragsbasis zuzustimmen, sondern forderten eine gesetzliche Regelung. Im Gegensatz dazu wandten sich die niedergelassenen Ärzte gegen behördliche Eingriffe und beharrten auf rein vertraglichen Regelungen. Da in diesen neu auftretenden Konflikten die niedergelassenen Ärzte mit weiteren Streiks drohten, entschloß sich das Reichsarbeitsministerium durch eine Notverordnung die wesentlichen Inhalte dieses Abkommens gesetzlich zu regeln. Der zusätzliche Handlungszwang, dem sich das Reichsarbeitsministerium neben dem anstehenden Auslaufen des Berliner Abkommens ausgesetzt sah, bestand unter anderem in dem nicht auszuschließenden finanziellen Zusammenbruch der Krankenkassen und dem Auslaufen der Frist für den Erlaß von Notverordnungen. Da im Ministerium befürchtet wurde, daß ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren viele Monate in Anspruch nehmen würde, diese Zeitspanne aufgrund der anstehenden Problemlage aber als zu lang erschien, kam es kurzfristig zum Erlaß einer Notverordnung (Tennstedt 1977: 127/128). Mit dieser Notverordnung war zugleich der Übergang von privatrecht-

lich ausgehandelten Vereinbarungen hin zu öffentlich-rechtlichen Regelungen verbunden (Peters 1978: 87).

Anfang der 30er Jahre ging das Beitragsaufkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund rasch zunehmender Arbeitslosenzahlen - infolge der Weltwirtschaftskrise - stark zurück (Hentschel 1983: 119). Der immer schwieriger werdenden finanziellen Haushaltsslage in allen staatlichen Sektoren wurde seit 1930 mit einer Notverordnungs politik begegnet, die auch den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig tangierte: Selbstbeteiligungen der Versicherten und vermehrte vertrauensärztliche Kontrollen wurden eingeführt und die Krankenkassen wurden verpflichtet, ausschließlich die gesetzlich festgelegten Leistungen zu gewähren. Als wahrscheinlich wichtigste Maßnahme dieser Notverordnungs politik kann die Gründung von Kassenärztlichen Vereinigungen angesehen werden, die die unmittelbaren Beziehungen zwischen Krankenkasse und niedergelassenem Arzt beendeten. Die Kassen zahlten von diesem Zeitpunkt an das ärztliche Honorar mit befreiender Wirkung pauschal an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Gewähr für eine wirtschaftliche Behandlung übernahmen und Disziplinarrechte dem einzelnen Arzt gegenüber ausüben konnten. Für die niedergelassenen Ärzte bedeutete diese Regelung, daß sie ihre Interessen von nun an erstmals selbst verwalten konnten.

Mit dem Ende der Weimarer Republik und der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten erging noch im Jahre 1933 die Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands. Diese politische Intervention war insofern bedeutend, als die Kompetenzen für die Organisation der Krankenversorgung, und d.h. vor allem die ärztliche Bedarfsplanung, nun endgültig von den Krankenkassen auf die niedergelassene Ärzteschaft übergingen. Das bedeutete im Vergleich mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 eine weitgehende Umkehr der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, in der die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengefaßt waren, wurde alleiniger Träger der Beziehungen zwischen den Kassenärzten und den Krankenkassen, deren Mitwirkung immer weiter zurücktrat (Bogs 1959: 290). Durch diese bereits in der Weimarer Republik originär vorbereiteten politischen Interventionen konnten die niedergelassenen Ärzte eine Monopolstellung erringen, während die gesetzlichen Krankenkassen zunehmend an Kompetenzen verloren. Aber nicht nur im Vertragsrecht, sondern auch in bezug auf die Leistungserbringung in Eigenbetrieben wurden den Ortskrankenkassen die Zuständigkeiten entzogen. Mit der Liquidation von Ambulatorien,

Röntgeninstituten und Zahnkliniken verloren sie kostengünstig arbeitende Institutionen.

Neben den in der ambulanten und der stationären Versorgung tätigen Ärzten haben sich auch im Bereich der öffentlichen Verwaltung ärztliche Dienste etabliert. Für die in diesem Buch zu diskutierenden Fallstudien kommt vor allem den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst und im vertrauensärztlichen Dienst eine besondere Bedeutung zu. Mit der Etablierung einer staatlichen Gesundheitsaufsicht und einer kommunalen Gesundheitsfürsorge hatten die Akteure im politischen System bereits vor Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung ihre Verantwortlichkeit für Gesundheitsbelange der Bevölkerung dokumentiert. Mit dem Erstarken des ambulanten Versorgungssektors nach Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung und gesetzlichen Regelungsversuchen zur Zeit des Nationalsozialismus, die eine Vereinheitlichung von Struktur und Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Ziel hatten, geriet dieser Sektor des Gesundheitswesens vor allem nach 1945 in eine immer randständigere Position. Im Gegensatz zum staatlich oder kommunal geregelten öffentlichen Gesundheitsdienst schufen sich die Krankenkassen nach Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung den vertrauensärztlichen Dienst als Kontrollorgan von Versicherten und Ärzten. Nachdem er in der Weimarer Republik eine gefestigte Position erreicht hatte, wurde er zu Beginn des Nationalsozialismus den Landesversicherungsanstalten als öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Arbeiterrentenversicherung angegliedert. Damit bekamen die bisher als Kassenangestellte tätigen Vertrauensärzte den Status von Beamten.

Resümierend läßt sich zu politischen Interventionen bis 1945 feststellen, daß durch die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung und das in ihr festgelegte Sachleistungsprinzip den niedergelassenen Ärzten eine neue Klientel zugeführt wurde. Um ein gewisses Machtpotential gegenüber den Krankenkassen erringen zu können, waren die Ärzte in einem hohen Maße auf Interventionen der Akteure des politischen Systems angewiesen. Diese politisch motivierten Eingriffe fielen oftmals zu ihren Gunsten aus, weil sozialdemokratisch und gewerkschaftlich orientierte Organisationen, zu denen zuerst die freien Hilfskassen und später die Ortskrankenkassen gehörten, von der Regierung mit Mißtrauen betrachtet wurden. Während in der Weimarer Republik politische Interventionen eher aufgrund wirtschaftlicher Restriktionen erfolgten, kam es seit Beginn des Nationalsozialismus wieder zu einer absichtsvoll betriebenen Schwächung der gesetzlichen Krankenkassen.

Direkt nach 1945 hatte es den Anschein, als ob es zu einer strukturellen Neuordnung des Bereiches der sozialen Sicherung kommen würde. Im Jahre 1946 legten die vier Besatzungsmächte den Entwurf zur Einführung einer Einheitsversicherung vor, der Elemente enthielt, die bereits zur Zeit der Weimarer Republik diskutiert worden waren. Es war u.a. vorgesehen, die verschiedenen, nebeneinander bestehenden Kassenarten in der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuheben und nur einen Versicherungsträger mit der Wahrnehmung der Aufgaben zu betrauen. Dieser Entwurf wurde den sozialpolitisch relevanten Akteuren zur Diskussion gestellt. Aufgrund unterschiedlich motivierter Einsprüche fast aller im Gesundheitssystem agierenden Interessengruppen wurde die Verabschiedung dieses Gesetzentwurfes zuerst verzögert und schließlich verhindert. Die Gewerkschaften und die SPD setzten sich zwar für die Einführung einer Einheitsversicherung ein, waren aber nicht damit einverstanden, daß die Arbeitnehmer mit höheren Beiträgen belastet werden sollten. Die Arbeitgeber, die Angestellten, die liberalen sowie die konservativen Parteien und die Ärzte lehnten dagegen das Einheitsversicherungsprinzip ab (Hentschel 1983: 148/149). Gerade die niedergelassenen Ärzte dürften in keiner Weise an der Einführung einer Einheitsversicherung interessiert gewesen sein, da die Erhaltung der traditionell gegliederten Sozialversicherung für sie insoweit einen vor allem strategischen Vorteil bedeutete, als sich ihre Position in den Verhandlungen um die Honorarverträge gegenüber einer Vielzahl autonomer Kassen eher durchsetzen ließ, als gegenüber nur einem Versicherungsträger. Denn die mit einer Einheitsversicherung verbundene monopolistische Stellung der Nachfrager von Gesundheitsleistungen hätte die monopolistische Anbieterposition der Ärzte relativiert und ihnen, aufgrund der mit der Einführung einer Einheitsversicherung einhergehenden Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung, zugleich die Privatpatienten entzogen (Hentschel 1983: 148). Dieses dürften relevante Gründe gewesen sein, warum sich die niedergelassene Ärzteschaft sehr stark für die Restauration des vor 1933 bestehenden Krankenversicherungswesens und damit zugleich für die Restauration des Gesundheitssystems in den überkommenen Strukturen eingesetzt hat. Das Scheitern des Versuchs einer strukturellen Umgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung lag neben den Einsprüchen der Interessengruppen auch an dem aufgrund vermehrt auftretender Spannungen immer geringer werdenden Konsens zwischen den Alliierten (Hockerts 1980).

Als die Wahl zum 1. Deutschen Bundestag im Jahre 1949 mit einem Sieg konservativer und liberaler Parteien ausging (die Regierungskoali-

tion wurde von CDU/CSU, FDP und DP gebildet), ließ sich aufgrund der oben diskutierten Interessenkonstellation leicht ausrechnen, wie die Entscheidung in bezug auf die Gesetzliche Krankenversicherung ausfallen würde. In den sich anschließenden Koalitionsverhandlungen wurde die seit 4 Jahren offengehaltene Frage nach der Struktur des Deutschen Sozialversicherungswesens entschieden. Ein großer Teil der Sozialversicherungspolitik des 1. Deutschen Bundestages zielte dabei auf eine Restauration des traditionellen Organisationsgefüges in enger Anlehnung an Institutionen und Rechte der Weimarer Zeit ab. Dabei wurde die gegliederte Krankenversicherung in Ablehnung des Einheitsversicherungsprinzips gesetzlich verankert. Mit der Restauration der ursprünglichen Strukturen war für das deutsche Gesundheitssystem die Frage einer grundsätzlichen Neuorientierung negativ beschieden. Wieder einmal war eine politische Entscheidung zugunsten der niedergelassenen Ärzteschaft ausgefallen, ohne daß sie hieran einen entscheidenden Anteil gehabt haben dürfte.

Regelungen aus der Weimarer Zeit und der Zeit des Nationalsozialismus ließen rechtliche Interpretationsmöglichkeiten im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung offen, die durch das 1955 verabschiedete Gesetz über das Kassenarztrecht zugunsten der niedergelassenen Ärzteschaft entschieden wurden. Wenn man das Jahr 1931 als das Jahr ansieht, in dem die Ärzteschaft durch die Institutionalisierung von Kassenärztlichen Vereinigungen einen erheblichen Machtgewinn zu verzeichnen hatte, so muß man das Jahr 1955 als dasjenige Jahr ansehen, in dem die Machtposition der Ärzte politisch weiter gestärkt wurde. Das neue Gesetz verlieh den niedergelassenen Ärzten jetzt ausdrücklich das Behandlungsmonopol im ambulanten Bereich und übertrug ihnen den Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche Versorgung und die Kontrolle über die Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns (Deppe 1987: 37/38). Mit der endgültigen Übertragung der Verantwortlichkeit für die flächendeckende Planung und Besetzung von Kassenarztstellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (Sicherstellungsauftrag) sowie ihre in Selbstverwaltung auszuübenden Kontrollrechte über die wirtschaftlichen Aspekte ärztlichen Handelns haben die Krankenkassen die ihnen früher zustehenden Kompetenzen vollständig verloren. In dieser gesetzlichen Regelung des Kassenarztrechts, die auf der Notverordnung von 1931 aufbaute, ging es weniger darum, Neues zu schaffen, als nationalsozialistische Elemente abzubauen und Strukturen festzuschreiben, die sich bis zum Ende der Weimarer Republik herausgebildet hatten (Naschold 1967: 61).

3 Fragestellungen

An der Struktur des ambulanten Sektors hat sich von der Mitte der 50er Jahre bis heute anscheinend nichts Grundlegendes geändert. Dennoch kann es Reformbestrebungen im Gesundheitswesen gegeben haben, die auf strukturelle Änderungen in diesem Bereich ausgerichtet waren. Die Plausibilität dieser Annahme dürfte sich bereits aus der oben diskutierten positiven Ausgangssituation der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen nach 1945 ergeben. Um zu einer Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes zu gelangen, soll unter einer 'Strukturreform im Gesundheitswesen' eine grundlegende Änderung von Kompetenzen und Zuständigkeiten relevanter Akteure im Hinblick auf die Finanzierung, die Bereitstellung und die Regulierung medizinischer Leistungen verstanden werden (vgl. Webber 1989: 264).

Wenn strukturelle Änderungen im ambulanten Sektor tatsächlich ausgeblieben sein sollten, stellt sich zuerst die Frage, ob die Akteure im politischen System zwischen 1955 und 1989 überhaupt einen Problemdruck empfunden haben, der es für sie relevant erscheinen ließ, mit gesetzlichen Maßnahmen initiativ zu werden. Sollte diese Frage positiv zu beantworten sein, ist zu untersuchen, welche Reforminitiativen eingeleitet wurden und aufgrund welcher Faktoren sie eventuell gescheitert sind. Eine mögliche Untersuchungsrichtung könnte an die oben skizzierten historischen Entwicklungsverläufe anknüpfen und fragen, ob das Scheitern von Reformversuchen auf die starke Position der niedergelassenen Ärzte zurückzuführen ist, die sie bis 1945 erreicht hatten.

Aus historischer Perspektive betrachtet scheint die relative Erstarung der niedergelassenen Ärzte dadurch begünstigt worden zu sein, daß mit politischen Interventionen zugunsten der Ärzteschaft in den 20er und 30er Jahren von den verantwortlichen Akteuren im politischen System zugleich eine Schwächung der Krankenkassen intendiert war. Da zuerst die freien Hilfskassen und im Anschluß daran die mitgliederstarken Ortskrankenkassen von der Sozialdemokratie und den Gewerkschaften dominiert wurden, war mit dem Versuch einer Schwächung der Kassen gleichzeitig ein Schlag gegen diese beiden Akteure verbunden gewesen. Es hat den Anschein, daß die Ärzte eher zufällig von politischen Konstellationen profitiert haben, die sich für sie als vorteilhaft erwiesen; diese Vermutung dürfte auch auf die Brüning-Regierungen am Ende der Weimarer Republik ebenso wie auf die nationalsozialistische Diktatur zutreffen, die keine parlamentarischen Regierungen waren,

und entsprechend keine Rücksicht auf eine Mehrheitsmeinung zu nehmen brauchten. Sicher kam hinzu, daß die politischen Akteure den Ärzten als sozialer Gruppe positiv gegenüberstanden, so daß die Ärzteschaft mit ihren Anliegen eher Gehör fand. Auf jeden Fall konnten die niedergelassenen Ärzte nach 1945 von einer durch die Politik der Vergangenheit begünstigten, starken Stellung ausgehen. Aus dieser Position der Stärke heraus scheint es der relativ kleinen Gruppe der niedergelassenen Ärzte immer wieder gelungen zu sein, ihre Interessen im politischen Prozeß zu wahren. Dafür könnte es verschiedene Erklärungen geben.

Ein erster Ansatz zur Erklärung von Reformblockaden stellt auf die Fähigkeit der niedergelassenen Ärzte ab, eine aktive Interessenpolitik zu betreiben. Dabei ist nicht nur an das mögliche Drohpotential der Ärzteschaft (Streiks) und an Lobbyismus zu denken, sondern auch an die Fähigkeit der Ärzteorganisationen zum strategischen Handeln. Gemeint ist hiermit vor allem die Fähigkeit, Problemlösungen zu entwickeln und anbieten zu können, die in der politischen Arena konsensfähig sind, für die Ärzte selbst aber keine negativen Auswirkungen haben.

In einer zweiten Erklärungsvariante könnte auf das politische Potential der niedergelassenen Ärzte verwiesen werden. Es ist denkbar, daß die Akteure im politischen System den Ärzten aufgrund ihres Status einen hohen Multiplikatoreffekt attribuieren. Da Gesundheit ein Gut ist, an dem alle Wähler interessiert sind, scheinen die politischen Akteure den niedergelassenen Ärzten gegenüber vorsichtig taktieren zu müssen (vgl. Marmor/ Thomas 1983). Aus der den niedergelassenen Ärzten zugeschriebenen Multiplikatorenfunktion könnte also gerade in Wahlkampfzeiten eine starke Beeinflussung der Patienten resultieren. Daß die Sorge der Politiker in dieser Frage nicht völlig unbegründet ist, scheint vor allem am strategischen Vorgehen der niedergelassenen Ärzte zu liegen, die für ihre Berufsgruppe ungünstig erscheinende politische Entscheidungen als die Patienten unmittelbar betreffende Probleme zu definieren verstehen. Da die Patienten über keine eigenständige Lobby verfügen, nehmen die niedergelassenen Ärzte für sich in Anspruch, die Interessen der Patienten zu vertreten. Da es sich bei strittigen Fragen zumeist um Leistungseinschränkungen oder Selbstbeteiligungslösungen für die Patienten handelt, vertritt die Ärzteschaft in dieser Hinsicht oftmals ähnliche Positionen wie die Krankenkassen, die Gewerkschaften oder auch einzelne Parteien.

Schon diese zweite Erklärungsvariante sucht die Ursache für ein Scheitern von Reforminitiativen weniger im aktiven Widerstand der organisierten Ärzteschaft gegen geplante politische Maßnahmen als in

den Kalkülen der politischen Akteure selbst, die eine für die öffentliche Meinungsbildung wichtige Gruppe zu verärgern fürchten und deshalb den eigenen Reformimpetus zügeln. Denkbar sind aber auch Formen der politischen Selbstblockade, bei denen das Verhalten der Ärzteschaft nur noch eine ganz untergeordnete Rolle spielt. So kann die Durchsetzung von Reformplänen auch an politischen Flügelskämpfen, Koalitionskonflikten oder Auseinandersetzungen im föderalistischen System scheitern. Eine gewisse Plausibilität gewinnen derartige Vermutungen durch Analysen, die ganz allgemein auf das hohe Beharrungsvermögen institutioneller Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland verweisen, und diese Tatsache mit Besonderheiten des politischen Entscheidungsprozesses in Zusammenhang stehen sehen (vgl. u.a. Katzenstein 1987; Schmidt 1987; Scharpf 1989).

Wieweit diese verschiedenen Erklärungen möglicher Reformblockaden tragfähig sind, werden die Fallstudien zeigen. Vorab können wir lediglich festhalten, daß es an Reformversuchen in der Zeit von 1955 bis 1989 nicht gefehlt hat, weder bezogen auf das Gesundheitssystem generell noch speziell auf den ambulanten Sektor. Die zu beobachtenden Reformversuche lassen darauf schließen, daß ein Reformbedarf sehr wohl empfunden wurde, und daß versucht wurde, ihn durch gesetzliche Regelungen zu befriedigen. Um das zu verdeutlichen, sollen im nächsten Abschnitt zunächst in großen Zügen die wichtigsten Etappen in der Entwicklung des Gesundheitswesens zwischen 1955 und 1989 in Erinnerung gerufen werden, ehe wir uns, diese Einleitung abschließend, den Reformthemen unserer Fallstudien zuwenden.

4 Strukturelle Reformversuche im ambulanten Sektor

Die sozialpolitische Gesetzgebung Mitte der 50er bis Mitte der 60er Jahre war bestimmt von Versuchen, Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Ausgelöst wurden diese Reformversuche durch Machtungleichgewichte zwischen den Vertragspartnern bei Honorarverhandlungen. In diesem Zusammenhang ging das Bundesarbeitsministerium davon aus, daß die niedergelassenen Ärzte durch das Gesetz über das Kassenarztrecht ein Übergewicht über die Krankenkassen erhalten hatten, das vor allem im Bereich der Honorarverhandlungen wieder eingeschränkt werden sollte. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden ab 1958 Reformentwürfe zur Neuregelung der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung durch den Bundesarbeitsminister eingebracht. Da sie sich aber nicht ausschließlich auf eine Schwächung der ärztlichen Position bezogen, sondern auch Selbstbeteiligungsregelungen für die Versicherten vorsahen, bildete sich aus unterschiedlichen Motiven heraus eine breite Abwehrfront gegen diese Vorschläge. Wie bereits zum Ende der 40er Jahre, als die Frage der Einführung einer Einheitsversicherung zur Diskussion stand, so zeigte sich auch bei diesem Reformvorhaben eine ähnlich gelagerte Blockade durch eine Koalition divergenter Interessen der von diesem Reformversuch betroffenen Akteure im Gesundheitssystem. Die unterschiedlichen Einsprüche gegen den Entwurf einer Krankenversicherungsreform führten im Jahr 1961 schließlich zur Einstellung der parlamentarischen Beratungen (Naschold 1967: 61-63). Ab 1962 wurde ein zweiter Reformversuch unternommen, der sich diesmal nicht ausschließlich auf die Gesetzliche Krankenversicherung bezog, sondern als ein sogenanntes Sozialpaket zusammen mit zwei weiteren Gesetzesvorlagen (zur Lohnfortzahlung und zum Kindergeld) verabschiedet werden sollte. Von ihm wurden weniger die Interessen der Ärzte als die der Versicherten tangiert, da relativ hohe Selbstbeteiligungen eingeführt werden sollten. Bei diesem Reformvorhaben konnten jedoch die Koalitionspartner keine Einigung erzielen, so daß die Beratungen kurz vor den Bundestagswahlen im Jahre 1965 eingestellt wurden (Richter/ Müller 1966).

Aber nicht nur politischen Reformversuchen, sondern auch rechtlichen Interventionen kam in dem hier diskutierten Zeitraum eine entscheidende Bedeutung für das Gesundheitswesen zu. So wurden im Jahre 1960 die Kassenärztlichen Vereinigungen im Gegensatz zu ihrer bis dahin betriebenen Standespolitik durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dazu verpflichtet, allen Ärzten die Niederlassung am von ihnen bevorzugten Ort zu ermöglichen. Diese Gerichtsentscheidung dürfte erhebliche Auswirkungen auf die Arztdichte, das Honorarvolumen für den ambulanten Sektor sowie auf die Personallage im öffentlichen Gesundheitsdienst und beim vertrauensärztlichen Dienst gehabt haben. Aufgrund bestimmter Faktoren, die in den Fallstudien eingehender diskutiert werden, haben sich von diesem Zeitpunkt an immer weniger Ärzte bereit gefunden, in einem der beiden letztgenannten Tätigkeitsbereiche ihre Arbeit aufzunehmen.

Nach einer Phase der Konsolidierung der Sozialpolitik von Mitte der 50er bis Mitte der 60er Jahre, kam es im Zuge der wirtschaftlichen Prosperität bis Mitte der siebziger Jahre zu einer auf Expansion ausgerichteten sozialpolitischen Gesetzgebung. Die mit diesen expansiven

Tendenzen einhergehenden gesetzlichen Regelungen wurden allgemein als notwendig angesehen, da die verbreitete Meinung vorherrschte, daß es im Gesundheitswesen einen erheblichen Nachholbedarf gebe. Diese Einschätzung traf sowohl für die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises als auch für den Umfang der Leistungsgewährung und insbesondere für Strukturverbesserungen im Krankenhaussektor zu. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang zum einen die Öffnung der Gesetzlichen Krankenversicherung für neue Versichertengruppen, wie Selbständige und Landwirte. Zum anderen wurden die den Versicherten zustehenden rechtlich fixierten Leistungen, die die Krankenkassen zu erbringen hatten, durch verschiedene sozialpolitische und sozialgerichtliche Interventionen erheblich ausgeweitet. Zudem kam es im Jahre 1972 zur Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dessen Regelungen in der Folgezeit einen erheblichen Kostenfaktor für die Krankenkassen darstellten. Die unterschiedlichen politischen Interventionen von der Erweiterung des Versichertenkreises über die Ausweitung des Leistungsanspruchs bis hin zur Krankenhausfinanzierung und die nicht zu vernachlässigenden Kostensteigerungen auf seiten der Leistungserbringer, führten schließlich zur Genese der "Kostenexplosion" als Zentraalthema des Gesundheitswesens seit Mitte der 70er Jahre. Die finanziellen Ressourcenprobleme traten in dem Moment besonders deutlich hervor, als einer Reduktion des gesamtwirtschaftlichen Wachstums eine weitere Expansion der Leistungsausgaben des Gesundheitssystems gegenüberstand. Aufgrund der Öffnung der Schere zwischen Wirtschaftswachstum auf der einen und Kostenexpansion im Gesundheitswesen auf der anderen Seite veränderten sich die Kontextfaktoren, so daß kostensenkende Reformbestrebungen auf die politische Tagesordnung kamen. Waren die infolge der durchgeführten Reformen zu verzeichnenden Kostensteigerungen bis Mitte der 70er Jahre noch als notwendig erachtet worden, so schlug diese positive Bewertung einer Leistungsexpansion in die negative Bewertung einer Kostenexplosion um. Damit setzten gleichzeitig Versuche ein, diese sogenannte Kostenexplosion durch Interventionen der Akteure des politischen Systems steuernd zu beeinflussen.

Der Umschlagpunkt von expansiven Reformtendenzen hin zu restriktiven Reformversuchen im Gesundheitssystem ist um das Jahr 1974 anzusetzen, wo es mit Beginn der anhaltenden Wirtschaftskrise zu Massenarbeitslosigkeit, Kurzarbeit sowie langsamer wachsenden Löhnen und Gehältern kam, in deren unmittelbarer Folge bedeutende Einnahmeausfälle im Bereich der Sozialversicherung infolge geringerer Beitragseinnahmen zu verzeichnen waren. Nun zeigten sich die Auswirkungen der

sozialpolitisch motivierten expansiven Reformtendenzen, indem einer Reduktion der Einnahmen weitere Ausgabensteigerungen infolge von Preiserhöhungen und Mengenausweitungen für angebotene Leistungen gegenüberstanden. Zugleich erforderten die Erweiterungen des Leistungskatalogs, die Kostensteigerungen infolge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Ausweitung der Personalressourcen immer mehr Mittel. Diese Entwicklung konnte nur durch mehrfache Erhöhungen der Krankenversicherungsbeiträge aufgefangen werden. Einhergehend mit der Redefinition der Leistungsexpansion zur Kostenexplosion sahen sich die Akteure des politischen Systems zum Handeln aufgefordert, da mit einer weiteren Steigerung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur die Versicherten, sondern auch die Arbeitgeber durch eine Erhöhung der Lohnnebenkosten in einem nicht unerheblichen Maße betroffen wurden.

Der erste größere Versuch, dem neuen zentralen Thema des Gesundheitssystems beizukommen, kann im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 gesehen werden, in dem eine Globalsteuerung dieses gesellschaftlichen Teilsystems in Form einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik anvisiert wurde.

Mit der Verschärfung der Wirtschaftskrise zu Beginn der 80er Jahre und der relativen Unverbindlichkeit der Empfehlungen der Konzertierten Aktion, sahen sich die Akteure des politischen Systems zu weiteren Steuerungseingriffen veranlaßt. Dabei wurde im Jahre 1981 das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes verabschiedet, in dessen Folge es auf der einen Seite zur Ausweitung einer Selbstbeteiligung der Versicherten kam, während auf der anderen Seite die Kassenärzte und die Pharmazeutische Industrie nur auf freiwillige Selbstbeschränkungsnotwendigkeiten hingewiesen wurden. Weitere auf Kostendämpfung ausgerichtete gesetzliche Maßnahmen betrafen um die Mitte der 80er Jahre den Krankenhaussektor und zum Ende der 80er Jahre - aufgrund der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes - fast alle Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen.

Dieser kursorische Überblick über globale Entwicklungstendenzen, von denen das Gesundheitssystem tangiert wurde, vergegenwärtigt den Rahmen für die Fallstudien einzelner Reformversuche, mit denen die folgenden vier Kapitel sich beschäftigen. Wie eingangs schon betont, beziehen sie sich auf verschiedene Strukturaspekte des ambulanten Sektors, der aufgrund seiner erwähnten Besonderheiten einen plausiblen Zielbereich für Reformen im Gesundheitswesen darstellt. Die Fallstudien

wurden also nicht etwa ausgewählt, weil sie das *Scheitern* von Reformversuchen zeigen; in mindestens einem der vier Fälle ist man dem Reformziel auch tatsächlich nähergekommen. Vielmehr gingen wir bei der Auswahl der Fälle von der Überlegung aus, daß zur Durchsetzung von Reformen im ambulanten Sektor Veränderungen an verschiedenen, diesen Sektor determinierenden strukturellen Variablen ansetzen müssen. Zu diesen Variablen zählt einerseits das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung, das ihnen eine starke Stellung im deutschen Gesundheitswesen verschafft hat. Andererseits gehört der Grad der ärztlichen Autonomie dazu, der es den Krankenkassen ebenso wie anderen nicht-ärztlichen Akteuren kaum ermöglicht, in das Leistungsgeschehen des ambulanten Sektors einen Einblick zu erhalten. Weiterhin ist der Finanzierungsmechanismus zu nennen, der je nach Ausgestaltung von einem Pauschalsystem bis zur ungedeckelten Einzelleistungshonorierung reichen und sich entsprechend kostenexpansiv gestalten kann. Die Ausrichtung der Reformbestrebungen seitens der Akteure des politischen Systems auf Veränderungen dieser drei Dimensionen begründet die vier Fallstudien dieses Buches, in denen unmittelbar Kernfragen ärztlicher Standespolitik tangiert werden.

- In der Fallstudie über den öffentlichen Gesundheitsdienst geht es um die Einführung von flächendeckenden gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen. Als mögliche Träger derartiger Maßnahmen waren der öffentliche Gesundheitsdienst - der gerade im präventivmedizinischen Bereich über ein langjähriges Erfahrungspotential verfügte - sowie die niedergelassenen Ärzte in der Diskussion. In der Fallstudie wird zu erklären versucht, auf welche Weise es den niedergelassenen Ärzten gelang, ihr Behandlungsmonopol auch auf den präventiven Bereich der gesundheitlichen Versorgung auszudehnen und welche Konsequenzen sich hieraus für die weitere Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ergaben.
- In der Studie über die Versuche zur Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie steht ebenfalls das ambulante Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte im Mittelpunkt. Angesichts der im internationalen Vergleich als "überlang" diagnostizierten Krankenhaus-Verweildauer, die in engem Zusammenhang mit einem immer stärkeren Überhang von Investitionsvorhaben und dem zunehmenden Mangel an Pflegepersonal gesehen wurde, suchten die Akteure sowohl im Krankenhaussektor als auch im politischen System einen Ausweg aus dieser problematischen Situation. Erfolgversprechend schien ihnen eine Verkürzung der Verweildauer mittels

vor- und nachstationärer Behandlung. Die verschiedenen Reformversuche stießen auf den Widerstand der niedergelassenen Ärzte, die eine starre Abgrenzung ihres Behandlungsmonopols im ambulanten Sektor gegenüber anderen Sektoren im Gesundheitswesen verteidigten und keine Flexibilität in Richtung Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erkennen ließen. Sie versuchten eher, ihr ambulantes Behandlungsmonopol auf weitere Bereiche auszudehnen, als "Einbrüche" in ihr Monopol zuzulassen.

- In der Fallstudie über den vertrauensärztlichen Dienst steht vor allem der Grad der ärztlichen Autonomie im Mittelpunkt der Analyse. In der politischen Auseinandersetzung wurde die Frage diskutiert, bei welcher Institution der vertrauensärztliche Dienst angesiedelt sein sollte und welche Kompetenzen ihm zu übertragen seien. Bei diesen Fragen schwebten implizit wie auch explizit Überlegungen mit, inwieweit die Krankenkassen als Finanziere der Gesundheitsleistungen eine Kontrolle über das Leistungsgeschehen der ambulant tätigen Kassenärzte ausüben sollten und wie diese Kontrollfunktion personell und inhaltlich zu gestalten sei. In den Auseinandersetzungen um diese Probleme verfolgten die niedergelassenen Ärzte das Ziel, möglichst wenig von ihrem Autonomiespielraum preisgeben zu müssen.
- Die politische Auseinandersetzung um den Finanzierungsmechanismus von in ambulanter Praxis erbrachten Leistungen steht in der Fallstudie über die kassenärztliche Honorierung im Vordergrund des Interesses. Nachdem die niedergelassenen Ärzte die Einzelleistungshonorierung durchgesetzt hatten, kam es in diesem Sektor des Gesundheitssystems zu einem Kostenanstieg, der nur über mehrfache Erhöhungen der Beitragssätze aufgefangen werden konnte. Da durch die Honorarentwicklung sowohl die Arbeitnehmer als auch die Arbeitgeber immer stärker belastet wurden, war es das Ziel der Reformversuche, den überproportionalen Kostensteigerungen, die aufgrund der Einzelfallhonorierung zu einer Ende-offen-Finanzierung führten, Einhalt zu gebieten.

Kapitel 2

Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Einleitung

Ein hervorstechendes Merkmal des deutschen Gesundheitssystems im Vergleich zu anderen Ländern besteht in der relativ starren Abgrenzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Zwar haben sich die Unterschiede im Aufgabenspektrum beider Bereiche historisch entwickelt, ihre stärkere Verzahnung konnte jedoch bis heute kaum realisiert werden. Anhand der Diskussion um die Einführung einer prästationären Diagnostik und einer poststationären Therapie sollen die verschiedenen Reformversuche dargestellt werden, die ein Aufbrechen der strukturellen Abschottung zum Ziel hatten.

Im ersten Kapitel werden nach einem kurzen historischen Rückblick die Konfliktlinien zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in bezug auf die rechtlichen Regelungen zur Vergütung ambulant erbrachter Krankenhausleistungen diskutiert. Dabei zeigt sich, daß die erste Hälfte der 50er Jahre von einer Rechtsunsicherheit der Akteure geprägt war, da gesetzliche Regelungen aus der Weimarer Zeit und der Zeit des Nationalsozialismus einen erheblichen Interpretationsspielraum boten. Hinzu kamen kriegsbedingte Vereinfachungsregelungen, die nach 1945 anscheinend nicht ohne weiteres rückgängig gemacht werden konnten. In diesen Zeitraum fiel die Vorbereitung und Verabschiedung des Gesetzes über das Kassenarztrecht aus dem Jahre 1955, das durch seine Bestimmungen die bis dahin bestehenden Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren insoweit minimierte, als vorhandene rechtliche Unklarheiten und Interpretationsspielräume durch eine Festschreibung der Strukturen des Gesundheitssystems weitgehend ausgeräumt wurden. Mit diesem Gesetz wurde den Kassenärzten eine Monopolstellung für die ambulante Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zugestanden, während das Krankenhaus

nur noch auf Einweisung eines niedergelassenen Arztes ambulant tätig werden durfte. Nach der Verabschiedung des Kassenarztrechtgesetzes richtete sich die Strategie der niedergelassenen Ärzte in den Folgejahren vor allem darauf, den für sie durch dieses Gesetz erreichten (vorteilhaften) Status quo mit allen Mitteln gegen jegliche Änderungsversuche zu verteidigen.

Im zweiten Kapitel wird der im Zuge von Initiativen zur Krankenversicherungsreform unternommene Versuch diskutiert, ambulante Leistungen im Rahmen stationärer Versorgung zu erbringen. Als Eingabe zum Entwurf des Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetzes (KVNG) wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und einigen Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung ein entsprechender Ergänzungsvorschlag mit der Begründung eingebracht, daß es sowohl einen Betten- als auch einen Personalnotstand gebe, dem wirksam begegnet werden müsse. Die Spitzenverbände präferierten eine Verkürzung der Verweildauer als erfolversprechende Maßnahme. Als Instrumentarien, mit denen dieses Ziel erreicht werden sollte, schlugen sie eine zeitlich begrenzte prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie vor. Die kontroverse Diskussion dieser Vorschläge sowie weitere, zwischen den beteiligten Akteuren nicht vermittelbare Interessengegensätze haben schließlich zum Scheitern des Krankenversicherungsreformversuches geführt.

In den 70er Jahren stellte die Frage einer stärkeren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor fast das ganze Jahrzehnt hindurch ein immer wieder diskutiertes Thema dar. Diese Erörterungen waren in einen größeren Diskussionszusammenhang eingebettet, in dem das Gesundheitssystem zunehmend in den Mittelpunkt verbandlicher und politischer Auseinandersetzungen rückte. Durch eine Grundsatzkritik an den überkommenen Strukturen des Gesundheitswesens seitens verschiedener Akteure sowie durch Vorschläge zur organisatorischen Umgestaltung dieses gesellschaftlichen Teilsystems wurde die Diskussion der 70er Jahre eingeleitet. Beschränkte sie sich zu Anfang dieses Jahrzehnts hauptsächlich auf die verbandliche Ebene, so beteiligten sich seit Mitte der 70er Jahre zunehmend auch Akteure auf Landes- und bundespolitischer Ebene. Dabei sahen sich die politischen Akteure vor allem aufgrund der immer drängender werdenden finanziellen Probleme gezwungen, nach kostengünstigen Umstrukturierungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem zu suchen.

Im Zuge der Vorbereitung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) wurde der Versuch unternommen, die prästationä-

re Diagnostik und die poststationäre Therapie explizit zu regeln. Die niedergelassene Ärzteschaft sah in derartigen Regelungen jedoch ihr Ambulanzmonopol gefährdet und war daran interessiert, das Gesetzgebungsverfahren zu blockieren. Der Bundesrat, in dem die CDU/CSU- bzw. CDU/FDP-regierten Länder über die Mehrheit verfügten, konnte durch seinen Einspruch die Verabschiedung des von der niedergelassenen Ärzteschaft bekämpften Gesetzesparagrafen zur vor- und nachstationären Behandlung zwar nicht verhindern, jedoch soweit abmildern, daß die Entscheidung über seine Anwendung in den Händen der Ärzte verblieb.

Im vierten Kapitel wird dargestellt, daß Anfang der 80er Jahre, mit der Einbeziehung des Krankenhaussektors in Kostendämpfungsmaßnahmen, die Regelungen zur prästationären Diagnostik und zur poststationären Therapie durch das 1981 verabschiedete Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz nur geringfügig modifiziert wurden und über die bisherige Rechtslage nicht hinausgingen. Aber auch in den Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den gesetzlichen Krankenkassen kam es zu keiner vertraglichen Umsetzung der ihnen gesetzlich zugestandenem Regelungskompetenz über vor- und nachstationäre Behandlungsmöglichkeiten. Da die Verzögerung entsprechender Vertragsabschlüsse auf Interventionen der niedergelassenen Ärzteschaft zurückgeführt wurde, sollten sie als Vertragspartner in die Verhandlungen mit eingebunden werden. Aus diesem Grund schrieb das Gesundheitsreformgesetz von 1988 explizit dreiseitige Verträge über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie zwischen den Krankenhäusern, den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Die Erfolgchancen dieser Regelung werden jedoch skeptisch beurteilt.

1 Die Entwicklung der Beziehungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bis zum Ende der 50er Jahre

1.1 Kurzer historischer Rückblick auf die Entstehung der Sektoren "ambulante" und "stationäre" Versorgung

Im Vergleich zur ambulanten Versorgung war die Entwicklung eines stationären Sektors relativ neuen Datums, da er sich erst mit der Umorientierung der Medizin von einer naturphilosophischen auf eine naturwis-

senschaftliche Betrachtungsweise an der Wende zum 19. Jahrhundert herausbildete. Zu Anfang dieses Entwicklungsprozesses war eine enge Verzahnung zwischen den beiden Versorgungsbereichen zu konstatieren, die durch die Person des Arztes gewährleistet wurde: Indem sogenannte Organspezialisten (Augenärzte, Orthopäden usw.) ihrer Praxis eine Klinik zumeist mit bis zu 10 Betten angliederten, bildete sich die heute noch bestehende Form belegärztlicher Tätigkeit heraus. Ihr Grundprinzip war darin zu sehen, daß der Arzt einen Patienten aus der ambulanten in die stationäre Behandlung übernahm und ihn medizinisch weiterhin betreute. Neben diesen kleinen Kliniken entstanden vor allem in den Städten zunehmend größere Krankenhäuser. Ihre Leitung in ausschließlich belegärztlicher Form erwies sich bald als problematisch, weil der Arzt aufgrund seiner zusätzlichen Praxistätigkeit nur stundenweise anwesend sein konnte. Im Zuge dieser Entwicklung kam es zur Anstellung von Assistenzärzten im Krankenhaus, die keine eigene Praxis führen durften, sondern eine feste Anstellung im Krankenhaus erhielten. Als weiteres Problem stellte sich die Frage, wie auch die leitenden Ärzte (Chefärzte) ganztätig an das Krankenhaus gebunden werden konnten. Der Anreiz, den die Krankenhausträger diesen Ärzten geboten haben, bestand in der Beibehaltung des Belegarztsystems in einer derart modifizierten Form, daß die Privatpraxis der bisher leitend tätigen Belegärzte ins Krankenhaus inkorporiert wurde und sie die hauptberufliche Leitung des Krankenhauses übernehmen konnten. Durch die hiermit verbundene Möglichkeit ärztlicher Privateinnahmen wurde es für angesehene Ärzte interessant, im Krankenhaus statt in (vor dieser Regelung zumeist lukrativeren) Privatkliniken tätig zu sein (Mayntz/ Rosewitz 1988: 119-132). An diesen größeren Krankenhäusern gab es aber auch weiterhin die reine Form belegärztlicher Tätigkeit insoweit, als sich in eigener Praxis niedergelassene Ärzte für die stationäre Versorgung ihrer Patienten einige Betten anmieteten, statt ihrer Praxis eine kleine Klinik anzugliedern. Die ursprüngliche Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor verlief somit auf zwei Ebenen: zum einen über die im Krankenhaus fest angestellten Chefärzte, die in der Institution Krankenhaus ihre ambulante Praxis weiter betreiben konnten, und zum anderen über die in freier Praxis tätigen Ärzte, die über einen Belegarztvertrag mit dem Krankenhaus ihre Patienten dort stationär behandeln konnten. Gegenüber diesen beiden Verzahnungsformen von ambulanter und stationärer Versorgung ist die Diskussion zur Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie relativ neuen Datums. Ursächlich ist

sie auf die Finanznot der Krankenhäuser zurückzuführen, die sich nach 1945 - aufgrund mehrerer Faktoren - immer weiter verstärkt hatte.

Bei der ersten Errichtung von Krankenhäusern an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert erfolgte die Finanzierung der Krankenhauskosten fast ausschließlich durch die Krankenhausträger selbst. Im Bereich der freigemeinnützigen Träger stammten die notwendigen Mittel zumeist aus dem Vermögen von Klöstern oder Stiftungen, im Bereich der kommunalen Träger aus Steuermitteln. Einen eigenen Beitrag leisteten die unterschiedlichen Assoziationen der Handwerker bei einem Krankenhausaufenthalt eines ihrer Mitglieder aus einer speziell für den Krankheitsfall angelegten Kasse (Vorform freier Hilfskassen) oder durch die Anmietung von Betten. Die wenigsten Patienten hatten zu dieser Zeit als Selbstzahler das Krankenhaus aufgesucht.

Mit der Ausweitung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten und der stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch ein breiteres Publikum wurde die Leistungsfähigkeit der Träger zunehmend überfordert. Daher kam der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 eine besondere Bedeutung für den quantitativen Ausbau des Krankenhauswesens zu (Rausch 1984: 36). Denn die Krankenkassen konnten ihren Mitgliedern nicht nur ambulante ärztliche Behandlung als Pflichtleistung, sondern nach § 7 des Gesetzes die Krankenversicherung der Arbeiter betreffend, auch die Behandlung in Krankenhäusern als Ermessensleistung zukommen lassen (Reichs-Gesetzblatt, Nr. 9, 21.06.1883: 76).¹

Obwohl die Solidargemeinschaft sich zunehmend mit den durch sie mobilisierten Ressourcen an den Pflegekosten beteiligte, wurden die Krankenhausträger nicht vollständig aus ihrer bisherigen Finanzierungsverantwortung entlassen. Zum einen waren sie, neben einer Unterstützung durch öffentliche Zuschüsse, weiterhin an den Investitionskosten beteiligt, zum anderen subventionierten sie z.T. die Pflegesätze, da die Krankenhäuser trotz Anhebung dieser Sätze keine Kostendeckung erreichen konnten (Starke 1962; Clade 1972: 25; Wiemeyer 1984: 11-24). Dieser vom Träger zu leistende Finanzausgleich hatte seinen Ursprung

1 Welchen Aufschwung der Krankenhausbau nahm, läßt sich daran ablesen, daß zwischen 1877 und 1917 die Zahl der Krankenhausbetten im Deutschen Reich um 331% von 107.337 auf 462.203 stieg. Damit standen 1917 pro 10.000 Einwohner 70,8 Betten gegenüber 24,2 1877 zur Verfügung. Zwischen 1921 und 1937 stieg die Zahl der Betten um ca. ein Drittel von 471.211 auf 628.648, was 1937 einer Bettendichte von 92,7 pro 10.000 Einwohner gegenüber 77,6 im Jahre 1921 entsprach (Rausch 1984: 79-98). Sowohl private als auch freie Träger hatten neben den Kommunen einen entscheidenden Anteil an diesem Wachstumsprozeß.

in der von den Akteuren im politischen System getroffenen Entscheidung, daß die Krankenhäuser bei der Bemessung der Höhe des Pflegesatzes soziale Komponenten zu berücksichtigen hatten: Da die Gewährung einer Krankenhausbehandlung in das Ermessen der Krankenkassen gestellt war, sollte durch eine nicht zu starke Annäherung der Pflegesätze an die tatsächlichen Kosten verhindert werden, daß Kassenmitglieder die Krankenhausversorgung nicht rechtzeitig in Anspruch nehmen konnten. Aus dieser Zeit resultierte auch die von den (vor allem freigemeinnützigen) Krankenhausträgern erhobene Forderung nach kostendeckenden Pflegesätzen. Jedoch waren die Krankenkassen nicht bereit, in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenhäusern dieser Forderung nachzukommen. Sie verwiesen darauf, daß die Kassenmitglieder bei kostendeckenden Pflegesätzen schlechter gestellt würden als mittellose Patienten ohne Versicherungsschutz, deren Behandlung in der Regel vom Krankenhausträger (mit)finanziert würde.

1936 wurden durch den Erlaß einer Preisstop-Verordnung, die alle gesellschaftlichen Bereiche betraf, die Pflegesätze in ihrer jeweiligen Höhe festgeschrieben, was sich für die finanzielle Situation vieler Krankenhäuser als problematisch erwies (Starke 1962: 27). Diese politische Intervention war von besonderer Bedeutung, da hierdurch erstmals in die bis zu jener Zeit bestehende Vertragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eingegriffen wurde. Die Rechtsverordnung einer Preisbindung der Pflegesätze blieb auch nach 1945 (bis auf einen kurzen Ausnahmzeitraum im Jahre 1948) weiter bestehen und war erst im Jahre 1986 dem ursprünglichen Zustand zumindest wieder angenähert worden. Unter Rekurs auf diese Finanzierungsmodi gewannen die Forderungen sowohl der Krankenkassen als auch der Krankenhausträger nach Einführung einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung an Plausibilität: Weder bekamen die Krankenhausträger genügend finanzielle Ressourcen zur Deckung der Pflegekosten, noch wollten die Krankenkassen allzuviel Geld für einen Krankenhausaufenthalt ihrer Mitglieder bezahlen, so daß beide Akteure nach einem Ausweg zur Reduzierung der Kosten suchten.

1.2 Regelungen in der Weimarer Republik zum Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung

Eine als kontrovers zu bezeichnende Diskussion zum Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung reichte bis in die Weimarer Re-

publik zurück und wurde von den betroffenen Akteuren eher unter finanziellen als unter medizinischen Gesichtspunkten geführt. In dieser Frage ging es hauptsächlich um Verteilungskämpfe zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Vor allem die niedergelassenen Ärzte versuchten, eine strikte Trennung beider Bereiche durchzusetzen. Zudem wollten sie im Krankenhaus ambulant erbrachte Leistungen in die von ihnen zu verteilende Gesamtvergütung einbeziehen. Eine besondere Brisanz gewann diese Kontroverse in den 50er Jahren dadurch, daß mit einer gesetzlichen Regelung zum "Kassenarztrecht" strukturelle Abgrenzungen zugunsten der niedergelassenen Ärzteschaft festgeschrieben wurden, die sich bis dahin noch in einer offenen Diskussion befanden. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang vor allem das den niedergelassenen Ärzten zugestandene Monopol in der Erbringung ambulanter Leistungen.

Die Auseinandersetzungen zwischen den Akteuren des ambulanten und des stationären Sektors hatten ihren historischen Ursprung in der Bekämpfung von kasseneigenen Ambulatorien durch die niedergelassenen Ärzte. Die Krankenkassen gründeten Ambulatorien mit angestellten Ärzten, als die niedergelassenen Ärzte durch Streikmaßnahmen versuchten, ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. In den Ambulatorien konnten die Krankenkassen die Kosten für die ärztliche Tätigkeit, und damit die Beiträge für die Mitglieder niedrig halten. Dieser Politik der Krankenkassen in der Weimarer Republik widersetzten sich die Ärzteverbände zunehmend, wobei sie seit 1928 Unterstützung durch das Reichsschiedsamt erhielten. 1933 lösten die Nationalsozialisten die kasseneigenen Ambulatorien auf (Tennstedt 1977: 175-177). Von dieser Zeit an haben die niedergelassenen Ärzte jegliche Form der *institutionellen* Erbringung ambulanter Leistungen mit allen Mitteln zu verhindern versucht.

Unter dieser Perspektive müssen auch ihre bis in die Weimarer Republik zurückreichenden Bemühungen gesehen werden, die darauf zielten, daß die von einem Krankenhaus *ambulant* erbrachten Leistungen von den Krankenkassen nicht höher vergütet wurden als vergleichbare in der Praxis eines niedergelassenen Arztes erbrachte Leistungen. Um dieses Vorhaben durchsetzen zu können, wollten die niedergelassenen Ärzte die Krankenhäuser dem für sie gültigen Vergütungsmodus unterwerfen: Sie sollten veranlaßt werden, die in ihrer Institution erbrachten ambulanten Leistungen nicht direkt von den Krankenkassen bezahlen, sondern in die Gesamtvergütung aller ärztlich erbrachten Leistungen mit einbeziehen zu lassen, was für die Krankenhäuser letztendlich bedeutet hätte, daß sie sich mit dem auf den Kassenarzt entfallenden Gesamtver-

gütungsanteil hätten begnügen müssen. Da dieser Gesamtvergütungsanteil pauschaliert war, konnte den Kassenärzten oftmals nicht die volle Quote auf die von ihnen eingereichten Rechnungen bezahlt werden, was dann auch für die Krankenhäuser zugetroffen hätte (Schäfer 1952: 54).²

Da die Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über eine volle, nicht quotierte Vergütung ambulant erbrachter Krankenhausleistungen von den Bestimmungen der 4. Notverordnung des Reichspräsidenten vom 8. Dezember 1931 und der Vertragsordnung nicht berührt wurden, stand der größte Teil der Krankenhäuser den Versuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen, sie in die Gesamtvergütung vertraglich einzubinden, ablehnend gegenüber (Schäfer 1952: 52/53). Wörtlich hieß es in der 4. Verordnung des Reichspräsidenten (Reichs-Gesetzblatt, Nr. 79, 9.12.1931: 718) in § 6: "Unberührt bleiben die Verträge ..., welche die Krankenkassen mit Krankenhäusern ... über Kur und Pflege, über Untersuchungen für Zwecke der Krankheitserkennung oder über Gewährung von Sachleistungen schließen". Nach Ansicht der Akteure im Krankenhaussektor sollten gerade mit der entsprechenden Formulierung (im oben zitierten § 6) die unmittelbaren Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erhalten werden. Das Festhalten der Krankenhäuser an unmittelbaren Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen über eine *nicht* pauschalierte Vergütung ambulant von ihnen erbrachter Leistungen kann als Versuch gewertet werden, sich zusätzliche finanzielle Ressourcen zu erschließen. Dieser Versuch muß vor allem vor dem Hintergrund gesehen werden, daß die Krankenhäuser aufgrund der oben bereits angesprochenen politischen Regelungen keine kostendeckenden Pflegesätze für die stationäre Behandlung erheben konnten.

1.3 Kriegsbedingte Vereinfachungsregelungen

Während des Zweiten Weltkrieges haben einige große *Krankenkassen* gefordert, auch ambulant erbrachte Krankenhausleistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen, da den Kassen aufgrund

2 Dabei stellte die Gesamtvergütung eine Neuerung in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten dar, die erst durch die gesetzliche Einführung von Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahre 1931 zum Prinzip erhoben wurde. Mit der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen änderten sich gleichzeitig die Rechtsverhältnisse zugunsten der Kassenärzte, da von nun an nicht mehr die Krankenkassen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ihrer Versicherten zuständig waren, sondern der Sicherstellungsauftrag auf die Kassenärztlichen Vereinigungen überging.

der zahlreichen Einberufungen zum Kriegsdienst nicht mehr genügend Personal zur Bewältigung des bisherigen Zahlungsmodus zur Verfügung stehe. Diese aus einer Notsituation heraus erhobene Forderung kam der niedergelassenen Ärzteschaft sehr entgegen, weil sie hierin eine Möglichkeit erblickte, ihre seit der Weimarer Republik versuchte Einbindung ambulant erbrachter Krankenhausleistungen in die kassenärztliche Gesamtvergütung durchzusetzen. Der strategische Vorteil für die niedergelassenen Ärzte bestand zu diesem Zeitpunkt darin, daß sie allein durch Verhandlungen mit den Krankenkassen, *ohne Einbeziehung der Krankenhäuser*, ein bereits lange anvisiertes Ziel erreichen zu können glaubten. "Am 22. November 1944 haben die Reichsverbände der Kassen und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands eine Gesamtvereinbarung geschlossen, wonach mit Wirkung vom 1. Oktober 1944 an die Kosten aller ambulant ausgeführten Sachleistungen in die Gesamtvergütung einbezogen werden sollten. Das sollte auch für die Sachleistungen gelten, die bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Kliniken und in sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen ausgeführt würden. Diese Vereinbarung ist aus Kriegvereinfachungsgründen erfolgt und sollte gemäß § 11 'längstens für die Dauer' des Krieges gelten. ... Man hat diese Vereinbarung über den Kopf der Krankenhäuser hinweg geschlossen, und die Krankenhäuser haben diese dem Gesetz widersprechende Regelung stets bekämpft" (Schäfer 1952: 55). Obwohl die Regelung vereinbarungsgemäß mit dem Ende des Krieges auslaufen sollte, haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen geweigert, diesen Vertrag aufzuheben (zu den hiermit verbundenen rechtlichen Aspekten vgl. Schmelcher 1956: 433), woraus erhebliche Konfliktpotentiale zwischen ihnen und den Krankenhäusern in den 50er Jahren resultierten.

1.4 Die Diskussion zwischen 1945 und 1955 über ambulant erbrachte Krankenhausleistungen

Da zwischen dem Abschluß der Gesamtvereinbarung zwischen den Reichsverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands im November 1944 und dem Kriegsende im Mai 1945 nur 6 Monate lagen, dürfte sich in dieser kurzen Zeit noch kein allgemeingültiger Abrechnungsmodus der Krankenhäuser herausgebildet haben. Deshalb bestanden nach 1945 unterschiedliche Abrechnungssysteme für ambulant erbrachte Krankenhausleistungen nebeneinander. Während die Krankenhäuser bis zur Gesamtvereinbarung von 1944 un-

mittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet hatten, waren die Abrechnungsverfahren nach 1945 verschieden:

Viele Krankenhäuser rechnen mit den Krankenkassen ab und erhalten volle Bezahlung. Andere Krankenhäuser richten sich noch nach der Gesamtvereinbarung, rechnen also noch über die Kassenärztliche Vereinigung ab. Diese erhalten, nach Ländern verschieden, entweder die vollen Kosten oder nur die Quote der Kassenärztlichen Vereinigung. Das ist besonders da der Fall, wo ein Krankenhaus den Gesamtvertrag anerkannt hat. In diesem Fall muß es sich mit der Quote abfinden, ohne in das Abrechnungsverfahren und den Honorarverteilungsmaßstab einen Einblick zu haben oder auf ihn Einfluß nehmen zu können. Wieder andere Krankenhäuser rechnen mit den AOK über Kassenärztliche Vereinigungen und mit den Ersatz- und Privatkassen direkt ab (Schäfer 1952: 56).

Insgesamt bestand bei den Krankenhäusern aber die Tendenz, sich auf den Rechtsstand nach der 4. Notverordnung und der Vertragsordnung zu berufen, und somit unmittelbar Verträge mit den Krankenkassen abschließen zu können.

Der Konflikt und die Konfliktstrategien zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern verliefen derart, daß die Krankenhäuser im allgemeinen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht die vollen Arztkosten ausgezahlt hatten, eine Zusammenarbeit ablehnten und den Gesamtverträgen zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung nicht beitraten.³ In diesen Fällen verlangten die Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenhäusern eine Senkung der Vergütungssätze und drohten "im Weigerungsfall ... mit Ambulatorien (!) der Kassenärzte und mit einer Unterbindung der Einweisung in Krankenhäuser" (Schäfer 1952: 56). Mit diesen massiven Drohungen versuchten die niedergelassenen Ärzte die ambulante Behandlung von Kassenpatienten als ihre *exklusive Domäne* zu reklamieren. Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, daß sie sich nach der "Eroberung des Ambulanzmonopols" durch das Kassenarztrechtgesetz im Jahre 1955 in den Folgejahren und -jahrzehnten vehement dagegen gewehrt haben, den Krankenhäusern irgendeine Form ambulanter Tätigkeit, wie sie z.B. in Form der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Therapie impliziert ist, zuzugestehen.

3 "Wo die Überweisungen von Kassenpatienten durch die Kassenärzte an die Krankenhäuser trotz dieser Haltung der Krankenhäuser den Vermerk enthielten, daß die Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen müsse, haben sich die Krankenhäuser schon vor 1938 besondere Vordrucke vor jeder ambulanten Behandlung von der Krankenkasse unterschreiben lassen, die sinngemäß besagten: 'Wir sind bereit, die Kosten der ambulanten Behandlung in voller Höhe ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung unmittelbar dem Krankenhaus zu überweisen'" (Schäfer 1952: 54).

1.5 Die Regelung ambulanter Krankenhausbehandlung durch das Kassenarztrechtgesetz

Aufgrund vorhandener Interpretationsspielräume besaßen Fragen zur Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser auch nach 1945 eine hohe Relevanz. Im Vordergrund der Diskussion stand die etwaige Beteiligung der Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung. Bereits in der 1. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurde vom Bundeskabinett ein Gesetzentwurf vorgelegt, der die uneingeschränkte Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung vorsah. Jedoch wurde dieser Entwurf während der 1. Legislaturperiode nicht mehr zu Ende beraten (Das Krankenhaus 1955: 405). In der 2. Legislaturperiode des Bundestages wurde ein neuer Gesetzentwurf eingebracht⁴, der im Gegensatz zum vorherigen Entwurf erheblich abgeschwächt war, indem er lediglich vorsah, daß die leitenden Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuß auf Antrag an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden *könnten* (vgl. auch Adam 1955: 209). Diese Kann-Bestimmung versuchte die Deutsche Krankenhausgesellschaft in langwierigen Verhandlungen während der parlamentarischen Beratungen wieder in eine Ist-Bestimmung umzuwandeln. Denn sie befürchtete durch die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen eine Einschränkung der Krankenhausambulanz (Schneider 1952: 510).⁵ Im Hintergrund dieser Diskussion stand die Überlegung, daß es sich bei Krankenhausärzten um Fachärzte handelte, die im Gegensatz zu vielen niedergelassenen Fachärzten auch über die notwendige medizinische Infrastruktur verfügten (Schneider 1952: 511 - zur Zurückweisung dieser Überlegungen vgl. Eichler 1953: 179/180). Im Gegensatz zu diesen Vorstellungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sollten nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen die leitenden Krankenhausärzte von der Überweisungspraxis ausgeschlossen bleiben (Schneider 1952: 511).⁶

-
- 4 Die Begründung des Gesetzentwurfes lautete (BT-Drucksache 2/87, 24.11.1953: 16): "Eine gesetzliche Neuregelung des Kassenarztrechts ist zur Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Versicherten unter Anpassung an die veränderten Verhältnisse und zur Beseitigung der bestehenden Rechtsunsicherheit unerlässlich".
 - 5 Dabei sollte diese Ambulanz nicht von jedem Kassenpatienten direkt, sondern nur auf Überweisung durch einen Kassenarzt aufgesucht werden können (Aubel 1952: 163).
 - 6 Ausnahmen sollten nur zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gemacht werden (Eichler 1953: 179). D.h. aber nichts anderes, als daß die Krankenhausärzte als "Lückenbüßer" in die ambulante Versorgung dort einspringen sollten, wo der Sicherstellungsauftrag mit niedergelassenen Ärzten von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gewähr-

Die Fronten zwischen der DKG und der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen schienen jedoch nicht verhärtert gewesen zu sein, da sie Verhandlungen über die Beteiligung der Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Tätigkeit führten und das Ergebnis, das als Beilegung der bestehenden Meinungsverschiedenheiten apostrophiert wurde, am 09.02.1953 dem Ausschuß für Sozialpolitik des Bundestages als gesetzesrelevanten Vorschlag unterbreiteten. Hierin erkannte die DKG die von der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen erstrebte Monopolstellung als Alleinträgerin der ambulanten Krankenhausbehandlung an, während die Kassenärztliche Vereinigung als Gegenleistung leitende Krankenhausärzte an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmen ließ (Gerold 1953: 180/181).

Im Gegensatz zu der Gesamtvereinbarung des Jahres 1944, in der die Vergütung ambulant erbrachter Krankenhausleistungen über den Kopf der Krankenhäuser hinweg in einer Koalition zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands verhandelt wurde, hatte sich die Koalition bei der Vorbereitung des Kassenarztrechtgesetzes entscheidend geändert. Nun verhandelte die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten Versorgung, ohne die Krankenkassen in die Gespräche mit einzubeziehen. Diese Koalition schien jedoch nur für eine kurze Zeit *exklusiv* bestanden zu haben, da in einer Eingabe vom 15.06.1954 an alle Bundestagsabgeordneten (hinsichtlich einer gesetzlichen Festlegung zur Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an der Kassenärztlichen Versorgung) darauf verwiesen wurde, daß hierüber auch mit den Ortskrankenkassen Einigkeit bestehe (Das Krankenhaus 1954: 463).

Nachdem es zu der Übereinkunft gekommen war, auch leitende Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, entbrannte ein neuer Streit darüber, wie diese Beteiligung auszusehen habe: Während sich die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen für eine restriktiv auszugestaltende Beteiligung einsetzte, versuchten die Krankenhausverbände wieder eine uneingeschränkte Ist-Beteiligung herzustellen. In den Ausschußberatungen des Bundestages wurde ein Kompromiß zwischen den gegensätzlichen Auffassungen insoweit gefunden, als eine Ist-Beteiligung zwar wieder eingeführt, aber mit Einschränkungen versehen wurde (vgl. Grömig-Lübeck 1955: 377).

leistet werden konnte und eine entsprechende Unterversorgung vorherrschte.

Diesen einschränkenden Nachsatz wieder zu Fall zu bringen, gelang den daran interessierten Akteuren nicht (Das Krankenhaus 1955: 405): In der zweiten und dritten Beratung des Kassenarztrechtgesetzes im Deutschen Bundestag am 22.05.1955 versuchte der Abgeordnete Etzenbach (S. 4497-4499) von der CDU/CSU, den Text der ursprünglichen Regierungsvorlage, die eine Ist-Beteiligung von Krankenhausärzten vorgesehen hatte, uneingeschränkt wiederherzustellen. Seines Erachtens sollten die leitenden Krankenhausärzte, -chefärzte und -fachärzte im Interesse der Versicherten auf Überweisung durch einen Kassenarzt zur Verfügung stehen, ohne hierfür besonders zugelassen werden zu müssen. Diese Auffassung stimmte mit derjenigen der DKG sowie der Krankenkassenverbände überein. Von der Mehrheit der Abgeordneten wurde dieser Antrag jedoch abgelehnt.

Nachdem der Bundesrat am 10.06.1955 aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken, die aber nicht die hier diskutierte Thematik betreffen, den Vermittlungsausschuß angerufen hatte, wurde das Gesetz schließlich am 17.08.1955 verabschiedet. Die am heftigsten umstrittene Formulierung des § 368a Abs. 8 lautete nun: "Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte ... sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten" (Bundesgesetzblatt, Nr. 28, 19.08.1955: 514).

Gegenüber der erfolglos gebliebenen Intervention des Abgeordneten Etzenbach waren im Gesetzestext zwei wesentliche Einschränkungen zu verzeichnen: Zum einen konnten nur Krankenhauschefärzte, nicht aber nachgeordnete Krankenhausfachärzte beteiligt werden und zum anderen hatte auch die Beteiligung der Krankenhauschefärzte einen nur subsidiären Charakter: "... sofern eine Beteiligung notwendig ist, ...". Da über eine derartige Notwendigkeit aber der von den niedergelassenen Ärzten dominierte Zulassungsausschuß entschied, hatten sich die niedergelassenen Ärzte strategisch gesehen in einem hohen Maße mit ihren Forderungen durchsetzen können. Indem sie durch dieses Gesetz das Ambulanzmonopol zugestanden bekommen hatten, lag es in ihrem Ermessen, über die Beteiligung von Krankenhauschefärzten zu entscheiden (zu hiermit verbundenen rechtlichen Fragen vgl. Grömig-Lübeck 1955: 377/378).

Die mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht eingeführten Regelungen erwiesen sich für die Verzahnung von ambulanter und stationärer

Versorgung als restriktiv, da sie zu einer Abschottung beider Bereiche führten.

Von Adam (1956: 133), Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, wurde das Gesetz über das Kassenartzrecht dahingehend kommentiert, daß es im Sinne "einer guten Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Krankenversorgung und insbesondere im Interesse der Versicherten läge ..., wenn jeder freipraktizierende Kassenarzt aufgrund seiner eigenen Gewissensentscheidung die Möglichkeit hätte, in schwierigen ambulanten Fällen einen Krankenhausarzt mit seinen größeren Möglichkeiten zu Rate zu ziehen". Obwohl der Gesetzgeber diese Möglichkeit ursprünglich eröffnen wollte, sei bedauerlicherweise aufgrund eines Dauerstörfeuers außenstehender Kreise die beabsichtigte Ist-Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte wieder eingeschränkt worden. Daher sei zu konstatieren, "daß das neue Kassenartzrecht das Krankenhaus und den Krankenhausarzt zum Schaden des Versicherten ausgesprochen schlecht behandelt" (Adam 1956: 137). Hieran werde sich auch in Zukunft nichts ändern, wenn beide wie bisher geneigt wären, trotz schlechter gesetzlicher Behandlung, bestehende Lücken in der ambulanten Versorgung auszugleichen. In diesen Äußerungen kommt deutlich der Unmut über die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihres ambulanten Sicherstellungsauftrages nur subsidiär herangezogenen Krankenhausärzte und damit auch Krankenhäuser zum Ausdruck. Das eigentliche Ärgernis aber schien für Adam darin zu bestehen, daß sich Krankenhausärzte und Krankenhäuser zu einer derartigen "Aushilfstätigkeit" bereit fanden.

Anfang der 60er Jahre gerieten die Krankenhäuser in eine für sie immer prekärer werdende Situation, da drei Problembereiche eine zunehmende Relevanz gewannen: Kosten, Personal und Betten. Diese drei interdependenten Faktoren bilden den Hintergrund, vor dem die im nächsten Abschnitt zu diskutierenden Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie zu sehen sind.

2 Erste Vorschläge zur Einführung einer prästationären Diagnostik und poststationären Therapie in den 60er Jahren

Die Diskussion der 60er Jahre über den Krankenhaussektor bezog sich einerseits auf einen zunehmenden Modernisierungsrückstand bei der Krankenhausinfrastruktur und andererseits auf sich immer problematischer erweisende Engpässe in den Bereichen Personal und Betten. Um dieser Entwicklung gegenzusteuern, haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen eine gemeinsame Stellungnahme zu prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie verabschiedet, die auch in ein Gesetzgebungsvorhaben zur Krankenversicherungsreform Eingang finden sollte.

Die Reforminitiativen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung setzten bereits drei Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes über das Kassenarztrecht mit dem Ziel ein, durch dieses Gesetz geschaffene Machtungleichgewichte unter den Akteuren im Gesundheitswesen wieder auszugleichen.⁷ Während das erste Reformvorhaben an unterschiedlichen Einsprüchen und nicht miteinander vermittelbarer Interessen im Jahre 1961 scheiterte,⁸ wurde im Jahre 1962 ein nochmaliger Versuch mit der Einbringung des Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung (KVNG) unternommen (vgl. ausführlich zu beiden Gesetzgebungsvorhaben Richter/ Müller 1966). Bei diesem zweiten Reformvorhaben war es zu der oben angesprochenen Initiative der DKG sowie dreier Spitzenverbände der Krankenkassen gekommen. Dieser Reformversuch soll vor dem Hintergrund der sich Anfang der 60er Jahre darstellenden problematischen Situation im Krankenhaussektor diskutiert werden.

7 Wie stark die Auswirkungen des Kassenarztrechts auf das Verhältnis zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem waren, ist nicht eindeutig geklärt. Selbst Naschold (1967) geht in seiner umfassenden Studie über die Krankenversicherungsreform nur mit einer zurückhaltenden Bemerkung darauf ein: "Bald erwies sich aber, zumindest nach Ansicht des BMA (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung) und vieler Sozialpolitiker, daß das GKAR (Gesetz über Kassenarztrecht) zu einem Übergewicht der Ärzte über die Kassen besonders bei Honorarverhandlungen geführt hatte".

8 Während sich die Gewerkschaften bei dem vom Bundesarbeitsminister eingebrachten Entwurf einer Krankenversicherungsreform gegen Selbstbeteiligungen der Versicherten und Leistungseinschränkungen wandten, versuchten die ärztlichen Standesorganisationen ihre einmal eroberten Privilegien ohne Abstriche zu erhalten.

2.1 Problemdruck: Kosten, Personal, Betten

Im Krankenhausbereich zeichnete sich zu Anfang der 60er Jahre die Problematik größerer Personal- und Bettenengpässe sowie eines sich verstärkenden Rückstandes in der Modernisierung der Krankenhaus-Infrastruktur ab (Clade 1972: 13). Unter den verantwortlichen Akteuren dürfte Konsens darüber bestanden haben, daß sich diese Probleme nur durch erhebliche finanzielle Investitionen lösen ließen. Da die Bundesländer aber zu diesen Investitionen oftmals nicht bereit oder in der Lage waren und auch die Krankenträger die Ansicht vertraten, die als notwendig erachteten Investitionskosten nicht aufbringen zu können, setzte die Suche nach Rationalisierungspotentialen innerhalb der vorhandenen Strukturen ein. Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, deren Einschätzung sich auch die Bundesverbände der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen anschlossen, wurde eine Entlastungsfunktion zu den oben dargestellten Problemen in einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer gesehen, da auf diese Weise weder zusätzliche Betten noch zusätzliches Personal benötigt würden. Ihres Erachtens könnte eine Verkürzung der Verweildauer vor allem durch die Einführung einer prästationären Diagnostik und einer poststationären Therapie⁹ erreicht werden.

Ausgangspunkt der Überlegungen war ein internationaler Vergleich von Krankenhausverweildauern, bei dem sich zeigte, daß die Verweildauer in anderen Ländern z.T. erheblich unter der in der Bundesrepublik üblichen lag. Bei Akuterkranken dauerte der Krankenhausaufenthalt in den USA ca. 7 Tage, in den deutschen Nachbarländern zum Teil ca. 14 Tage, während er in der Bundesrepublik 23 Tage betrug (Liebold 1963: 833-836; vgl. auch die Argumente der DKG in: Das Krankenhaus 1964: 32). Dieser Unterschied in der Krankenhausverweildauer wurde von Adam (1963: 110) darauf zurückgeführt, daß die meisten Patienten sowohl vor als auch nach ihrem *notwendigen* Krankenhausaufenthalt weiterhin ein Krankenhausbett belegten. Vor Beginn der eigentlichen stationären Behandlung im Krankenhaus müßten Voruntersuchungen

9 Bereits Anfang der 50er Jahre wies Schäfer (1952: 57) im Vorgriff auf die erst in den 60er Jahren zunehmende Relevanz gewinnende Diskussion auf die Vorteile einer poststationären Therapie hin, die häufig billiger sei, wenn sie von dem Krankenhausarzt vorgenommen werde, der den Kranken auch stationär behandelt habe. Die Nachbehandlung durch einen anderen Arzt gefährde unter Umständen nicht nur die schnelle Ausheilung, sondern bringe den Kassen zusätzliche Kosten, sofern der freipraktizierende Arzt den Fall nicht genau kenne und neue eingehende Untersuchungen und Röntgenaufnahmen selbst durchführen oder durch einen Facharzt vornehmen lasse.

durchgeführt werden, bei denen oftmals die Belegung eines Krankenhausbettes nicht erforderlich sei.¹⁰ Außerdem würden

Patienten aus der kostspieligen stationären Krankenhauspflege nicht entlassen, ... obwohl sie soweit wieder hergestellt sind, daß eine ambulante Behandlung ausreichen würde. Der Grund liegt darin, daß der Krankenhausarzt, der den Patienten unter Umständen lange Zeit stationär behandelt hat, es nicht zu verantworten glaubt, ihn schon in andere ärztliche Hände zu geben. Krankenhausärzte bestätigen immer wieder, daß sich bei lang andauernden Fällen - z.B. orthopädischen Fällen - die Krankenhausverweildauer zum Teil um einige Wochen verkürzen ließe, wenn der Krankenhausarzt ein zeitlich begrenztes Recht der ambulanten Weiterbehandlung erhielte (Liebold 1963: 836).¹¹

Bei der Berechnung des einzusparenden Investitionsvolumens ging die DKG von der Annahme aus, daß aufgrund der hohen Verweildauer bereits ca. 40.000 Krankenhausbetten fehlten (Das Krankenhaus 1964: 32). Die Investitionskosten für ein Krankenhausbett wurden mit durchschnittlich 60.000 DM veranschlagt (Liebold: 1963: 833). Somit wären für die Errichtung der fehlenden Anzahl von Betten ca. 2,5 Mrd. DM aufzubringen. Nach der Gegenrechnung der DKG würden bei einer Senkung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer um nur einen Tag 22.000 Betten nicht zusätzlich benötigt (Liebold 1963: 833). Ließe sich die Verweildauer durch eine prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie um nur 2 Tage pro Behandlungsfall kürzen, so wäre bereits das Einsparvolumen von ca. 2,5 Mrd. DM (für nicht neu zu erstellende Krankenhausbetten) realisiert.

Bei diesen Überlegungen zur Verkürzung der Verweildauer waren die einzusparenden Investitionskosten aber nur der eine Aspekt; der erforderliche Personalbedarf war der andere. In diesem Zusammenhang wies die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Das Krankenhaus 1964: 32) darauf hin, daß selbst bei einer Schaffung von 40.000 neuen Betten diese pflegerisch nicht versorgt werden könnten, weil schon jetzt rund 35.000 Krankenschwestern und Pfleger fehlten. Das vorhandene Personal

10 In diesem Zusammenhang wurde argumentiert, daß Kranke tagelang unnötig im Krankenhaus liegen, "weil beispielsweise die Röntgenabteilung des Hauses überlastet ist und die röntgen-diagnostischen Untersuchungen deshalb nicht zügig erfolgen oder weil der Operationsbetrieb so ausgelastet ist, daß nicht-akute Fälle erst mehrere Tage nach ihrer Aufnahme zur Operation kommen können. Hier ließe sich durch eine ambulante Voruntersuchung vieles besser organisieren" (Liebold 1963: 836).

11 Auch Adam (1963: 110) wies darauf hin, daß es nach einer stationären Behandlung im Rahmen des ärztlich Vertretbaren häufig möglich sei, den Patienten aus dem Krankenhaus zu entlassen, wenn er weiterhin zur *befristeten* nicht-stationären Nachbehandlung in den Händen desjenigen Arztes verbliebe, dem er im Krankenhaus anvertraut war.

dürfte nicht noch zusätzlich be-, sondern müßte eher entlastet werden (Adam 1963: 110). Gleichzeitig wurde argumentiert, daß sich durch diese Maßnahmen der zusätzliche Investitionsbedarf für Krankenhausneu- und -erweiterungsbauten um mehrere Millionen DM ermäßigen ließe, wodurch die Versicherungsträger vor unnötigen Kostensteigerungen für stationäre Krankenhauspflge bewahrt werden könnten (Liebold 1963: 836).

2.2 Ergänzungsvorschlag zu § 192 KVNG-Entwurf über prä- und poststationäre Behandlung

Um ihren Vorstellungen ein politisches Gewicht zu verleihen, ergriff die DKG die Initiative und erarbeitete mit den Bundesverbänden der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen eine gemeinsame Stellungnahme zur Frage prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie (Das Krankenhaus 1964: 42). Diese Stellungnahme wurde in die parlamentarische Diskussion des "Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung" (KVNG) als Ergänzung des § 192 eingebracht. Wörtlich lautete sie: "Die vom Krankenhaus zu erbringenden ärztlichen Leistungen können auch nicht-stationär gewährt werden, sobald es sich um Voruntersuchungen und Nachbehandlungen aufgrund verordneter Krankenhauspflge handelt. Die Voruntersuchungen dürfen sich auf einen Zeitraum von höchstens einer Woche und die Nachbehandlungen auf einen Zeitraum von höchstens 6 Wochen erstrecken". Als Begründung für diesen Vorschlag wurden die bereits oben problematisierten Entwicklungen angeführt (vgl. auch: Die Ortskrankenkasse 1963: 225).

2.3 Blockierungsversuche der Initiative zur vor- und nachstationären Behandlung

Bei den Verbänden der niedergelassenen Ärzte traf der Vorschlag, die Krankenhausleistungen in stationäre und nicht-stationäre Leistungen aufzusplitten, auf eine *pauschale Ablehnung*. Während der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) in diesem Vorschlag eine Ausweitung der ambulanten ärztlichen Diagnostik und Therapie in den Krankenhäusern sah, wodurch der Patient seinem Hausarzt entzogen würde (Das Krankenhaus 1963: 110), fürchtete der 1. Vorsitzende des

Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gar um den Beruf des Kassenarztes: Er stellte warnend fest, "daß die Offensive auf die freie Berufstätigkeit des Kassenarztes in gefährlichster Weise offensichtlich beginnt" (Muschallik 1963: 578). Die vehementen Aufrufe zur Blockade der Vorschläge seitens der niedergelassenen Ärzteschaft dürften ihren Ursprung in der von ihnen gehegten Vermutung haben, daß die von den niedergelassenen Ärzten schon immer bekämpften Ambulatorien auf diese Weise doch noch in der Bundesrepublik institutionalisiert werden könnten. Auf welchen erbitterten Widerstand die Vorschläge bei den freipraktizierenden Ärzten stießen, läßt sich anhand der Äußerungen der Bundesärztekammer verdeutlichen: "Der in diesem Antrag liegende schwerwiegende Einbruch des Krankenhauses in die ambulante kassenärztliche Versorgung muß auf unseren härtesten, erbittertsten Widerstand stoßen. Hier, glaube ich, muß die Kassenärzteschaft ihre Existenz, ihr Lebensrecht in der deutschen sozialen Krankenversicherung verteidigen, und ich bin überzeugt davon, daß wir in diesem Kampf die geschlossene Unterstützung aller ärztlichen Organisationen finden werden ..." (Die Ortskrankenkasse 1963: 225).¹²

Bei der DKG wurde die Ablehnung ihrer Vorschläge als "Barrikadenkampf" der ärztlichen Standes- und Interessenvertreter gewertet, der von der Ärzteschaft wider besseres Wissen in der Öffentlichkeit geführt würde (Das Krankenhaus 1963: 304). Das beabsichtigte Mißverstehen der Vorschläge zur Verweildauerreduzierung seitens der niedergelassenen Ärzte wurde vor allem darauf zurückgeführt, daß "gewisse Kreise der Ärzteschaft ... auch weiterhin einzig und allein die ärztlichen Standesvorteile im Auge haben, dabei aber das 'Interesse des Patienten' als Feigenblatt zur Tarnung dieser Tendenz verwenden" (Das Krankenhaus 1963: 305).¹³ Liebold (1963: 834) sah die ablehnende Haltung der Ärzteverbände vor allem in Konkurrenzbefürchtungen begründet. Seines

12 Daß die von den Ärzteverbänden bekämpfte Vordiagnostik sich hauptsächlich auf GKV-Versicherte bezog, wurde von Kohlhausen (1964: 496) im Vergleich zu Privatpatienten herausgestellt. Seinen Ausführungen zufolge war es bei Privatpatienten nahezu selbstverständlich, daß eine ambulante Vordiagnostik durchgeführt wurde.

13 In eine ähnliche argumentative Richtung gingen die Aussagen von Hensel (1963: 371-373), Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aufgrund derer der Streit zwischen den Ärzteorganisationen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in den Jahren 1963/64 hauptsächlich eskalierte. Seine sachlichen Erwägungen zur Reduzierung der Krankenhausverweildauer kleidete Hensel in scharfe Angriffe gegen die Ärzteschaft insoweit, als ihre sämtlichen Handlungen nur an finanziellen Erwägungen ausgerichtet seien - Teile dieser Diskussion können nachvollzogen werden in: Das Krankenhaus (1964: 42).

Erachtens hatten die deutschen Ärzte im Gegensatz zu denen in benachbarten Ländern schon große Bedenken gegen Gemeinschaftspraxen. Sie fürchteten öffentliche Ambulanzen und mochten durch Gemeinschaftspraxen hierfür keine Vorarbeit leisten. "Viel stärker als diese Angst, hierdurch den Weg für ein neues System der Gesundheitspflege zu bereiten, ist bei den Ärzten aber die Furcht vor der unmittelbaren wirtschaftlichen Konkurrenz. Sie fürchten in Verkennung des Antrages, daß sich die Krankenhäuser in die normale ambulante Behandlung einmischen und ihnen ein Stückchen ihrer 'Honorartorte' abschneiden würden ...".¹⁴

Ob es zu einer Erweiterung des KVNG-Entwurfs um prä- und poststationäre Behandlung gekommen wäre, läßt sich nur schwer abschätzen. Nach Ansicht der Zeitschrift "Die ärztliche Praxis" schien bereits festzustehen, daß es den Sozialpolitikern aller Schattierungen offensichtlich sehr schwerfalle, in den Vorschlägen der Krankenhausgesellschaft und der Bundesverbände der Krankenkassen etwas zu entdecken, was als tödliche Gefahr für die freie Praxis anzusehen wäre (Die Ortskrankenkasse 1963: 225). Zu einer Verabschiedung des KVNG-Entwurfs ist es jedoch nicht gekommen. Die Einsprüche der niedergelassenen Ärzte zur vor- und nachstationären Behandlung hatten für das Scheitern dieses Gesetzentwurfs eine marginale Bedeutung, da diese Frage nur einen Aspekt des Reformvorhabens darstellte und sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf andere Fragen konzentrierte. Die hauptsächliche Kontroverse zwischen den Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und FDP sowie innerhalb des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik des Bundestages bezog sich auf Art und Umfang von Kostenbeteiligungen der Versicherten und auf Fragen der Lohnfortzahlung (Richter/ Müller 1966: 97). Da hierüber keine Einigung erzielt werden konnte, wurde der Gesetzentwurf seit Anfang des Jahres 1964 nicht weiterberaten.

14 Daß die niedergelassenen Ärzte an der Entwicklung im Krankenhausbereich maßgeblich durch ihr eigenes *Einweisungsverhalten* beteiligt waren, wurde in Reaktion auf die heftige Kritik der Ärzte herausgestellt (Adam 1963: 110). Nach den Erfahrungen von Kohlhausen (1964: 497) gab es oftmals unnötige Krankenseinweisungen, weil eine diagnostische Vorklärung nicht erfolgte, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung von vornherein hätte ausschließen lassen. "Nach unseren Erfahrungen beträgt diese Fallgruppe bei vorsichtiger Schätzung mindestens 15% der gesamten Behandlungsfälle. Diese Fallgruppe wirkt sich weniger auf den Durchschnitt der Verweildauer als vielmehr auf die Fallzahl aus. Wenn bei diesen Fällen die als notwendig bezeichnete Vordiagnostik durchgeführt worden wäre, würde die Gesamtzahl der stationären Behandlungsfälle um 15% allein hierdurch reduziert werden können".

Mit dem Scheitern des gesamten Gesetzgebungsverfahrens war gleichzeitig auch der (erste) Versuch gescheitert, prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie gesetzlich zu regeln.

3 Die Diskussion um die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie in den 70er Jahren

War die Diskussion um prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie in den 60er Jahren vor allem vor dem Hintergrund von Kapazitätsengpässen geführt worden, so erweiterte sich dieses Diskussionspektrum in den 70er Jahren um weitere Faktoren. Nicht mehr nur einzelne Maßnahmen standen im Vordergrund, sondern es wurden strukturelle Änderungen angestrebt, innerhalb derer die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ein wesentliches Element darstellte. Seit der Regierungsbeteiligung der SPD setzte ein Modernisierungsschub im Gesundheitswesen ein, der zu Anfang positive Auswirkungen vor allem für den Krankenhaussektor hatte. Ein auslösendes Moment für die in diesem Bereich entwickelten Initiativen war eine im Auftrag der Bundesregierung erstellte Untersuchung, die für die 60er Jahre einen Investitionsrückstand im Krankenhausbereich von 1-2 Mrd. DM auswies (vgl. BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975).¹⁵ Die Ergebnisse dieser Untersuchung waren einer der Hauptauslöser für die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahre 1972 durch die sozialliberale Koalition. Mit dieser gesetzlichen Initiative sollte die seit Jahren bestehende Kostenunterdeckung der Krankenhäuser beseitigt sowie eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.¹⁶ Jedoch wurde nach der ersten Reform euphorie der vermehrte Rekurs auf einzusparende Kosten in der Bundesrepublik Deutschland genau zu dem Zeitpunkt zu einem politisch relevanten Thema, als das Wirtschafts-

15 Buchtitel wie "Krankenhäuser - Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft" (Elsholz 1969) weisen auf die Problematik deutlich hin.

16 Die zu dieser Zeit vorherrschende wirtschaftliche Prosperität wurde vor allem zu einem weiteren Ausbau des Sozialleistungssystems genutzt. Damit wurden gleichzeitig aber auch Prozesse in Gang gesetzt, die zu einer Dynamisierung der Kosten führten. Dieses traf auch (und in der weiteren Entwicklung besonders) für den Krankenhaussektor aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu (vgl. auch Altenstetter 1985; Wiemeyer 1984).

wachstum auf der einen und die Kostenexpansion im Gesundheitswesen auf der anderen Seite nicht mehr im Gleichschritt verliefen.¹⁷

Mit der Erörterung einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen und Voraussagen weiterer überproportionaler Kostensteigerungen bekam die Diskussion um prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie einen höheren Stellenwert (Schlagwort: Reformdruck durch Kostendruck). Von diesem Zeitpunkt an stand nicht mehr - wie in den 60er Jahren - die Personal- und die Bettennot im Vordergrund der Diskussion, sondern es wurde von kostenträchtigen Überkapazitäten im Krankenhausbereich gesprochen.¹⁸ Trotz dieser grundsätzlichen Umorientierung in der Bewertung des Krankenhaussektors blieben die anvisierten Lösungsvorschläge die gleichen: Die Verweildauer der Patienten sollte auf das absolut notwendige Maß durch die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie zurückgedrängt werden.

3.1 Die Wiederaufnahme der Diskussion Anfang der 70er Jahre

Als Auslöser für die Wiederaufnahme der Diskussion um prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie können drei zu Anfang der 70er Jahre von verschiedenen Akteuren unabhängig voneinander verfaßte Publikationen angesehen werden. Zu nennen ist hier zum einen der Beitrag von Eichhorn (1971: 534-544), Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts, der sich mit Fragen einer Strukturänderung in der Organisation der medizinischen Versorgung in Form einer Integration aller ambulanten und stationären Einrichtungen befaßte. Seiner Ansicht nach sind die starren Trennungslinien zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen kennzeichnend für die Bundesrepublik Deutschland, wobei die Einengung der Krankenhäuser auf die stationäre Krankenhaus-

17 Zwischen 1970 und 1976 haben sich die Ausgaben der GKV je Mitglied um 143% erhöht, wobei die Erhöhung der Ausgaben für stationäre Versorgung bei 219% lag. Demgegenüber ist im gleichen Zeitraum das Bruttosozialprodukt um ca. 66% und die Bruttolöhne sind um ca. 75% gestiegen. Aufgrund dieser Steigerungstendenzen mußte der durchschnittliche Beitragssatz von 8,2% auf 11,3% angehoben werden (Rohwer-Kahlmann 1977: 574/575), nachdem er im Jahre 1971 infolge der Verabschiedung des Lohnfortzahlungsgesetzes noch gesenkt worden war (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 1983a: 85).

18 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung wurde dafür verantwortlich gemacht, daß es die Phase der Kostenexplosion eingeleitet und entscheidend beeinflußt habe, ohne den Krankenkassen Einflußmöglichkeiten einzuräumen (Die Ersatzkasse 1976: 113).

versorgung am augenfälligsten sei. Im Gegensatz dazu sei in den meisten anderen westlichen Industrieländern das Gesundheitswesen zu einem weitgehend integrierten System zusammengefügt (comprehensive health care system). Die Folgen der als "Disintegration" bezeichneten Krankenversorgungsstrukturen sah Eichhorn

- in kostenintensiven Überkapazitäten bei medizinisch-technischen Geräten,
- in einer kostenintensiven doppelten Vorhaltung (stationär *und* ambulant) hochspezialisierter Fachärzte,
- in Qualitätsverlusten sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich,
- in Doppeluntersuchungen¹⁹, die nicht nur in finanzieller und personeller Hinsicht, sondern auch für den Patienten als erhebliche Belastungen anzusehen seien,
- und in einer erhöhten Zahl stationärer Patienten und einer verlängerten Verweildauer (vgl. auch Müller 1974: 5).

Vor allem die beiden zuletzt genannten Punkte ließen sich seiner Ansicht nach durch die Einführung einer prästationären Diagnostik und poststationären Therapie erheblich abmildern. Möglichkeiten hierzu wurden in einem Ausbau der ambulanten und semistationären Behandlungsmöglichkeiten in Form von Tages- und Nachtkliniken gesehen. Als Vorteile einer verbesserten Integration von ambulanter und stationärer Versorgung wurden u.a. eine Reduzierung der Zahl der stationär zu behandelnden Patienten, eine Verkürzung der Verweildauer und damit einhergehend eine bessere Nutzung der Krankenhausbetten sowie eine Vermeidung von Leerkapazitäten im Bereich der apparativen Ausstattung herausgestellt.²⁰

Neben der Publikation von Eichhorn ist die Studie des Wirtschaftswissenschaftlichen-Instituts (WWI) des DGB "Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Analyse und Vorschläge zur Reform" (1971) zu nennen, dessen Verfassersteam unter der Leitung vom Vizepräsidenten des Bundesgesundheitsamtes Prof. Erwin Jahn stand. Ebenso wie Eichhorn unterzogen auch die Autoren dieser Studie das gesamte Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland einer kriti-

19 Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1983b) legte eine umfassende Studie zum "Problem der Doppeluntersuchung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung" vor.

20 Vgl. auch die Artikel von Eichhorn (1975: 493-499; 1976: 157-171), in denen er seine Argumente modifiziert vorträgt.

schen Analyse. Dabei gingen sie u.a. von der Feststellung aus, daß eine wenig planvolle Gesundheits- und Sozialpolitik in der Vergangenheit dazu geführt hatte,

- daß sich zufällige, medizinisch sinnlose Aufgabenabgrenzungen zwischen den Institutionen ausbildeten und gesetzlich festgelegt wurden;
- daß sich in den Institutionen und in den verschiedenen Ärztekategorien Gruppeninteressen und Gruppenideologien entwickelten, die einer medizinisch notwendigen Kooperation heute im Wege stehen und
- daß sich durch die Finanzierung des Systems Eigengesetzlichkeiten ausbildeten, die mit dessen Zielsetzung in keiner Weise kompatibel sind (WWI-Studie 1971: 37/38).

Von dieser Ist-Analyse einer nur geringen Verzahnung der Sektoren des Gesundheitssystems ausgehend, unterbreiteten die Verfasser der Studie verschiedene Lösungsvorschläge, um einen lückenlosen Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu ermöglichen (vgl. auch Jahn 1974). Als wohl bekanntester Vorschlag dürfte der des Medizinisch-Technischen Zentrums (MTZ) gelten (ebd.: 48-51), der auch in das "Gesundheitspolitische Programm des DGB" (1972: 11-13) Eingang fand. Die Gewerkschaften plädierten für die Einführung von MTZ, um zu einer Überwindung der Kluft zwischen freier Praxis und Krankenhaus zu gelangen. Dabei sollten die MTZ als Gemeinschaftseinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser errichtet werden, um rationell *medizinisch-technische Untersuchungen* vornehmen zu können, während Diagnose und Therapie weiterhin in der Hand des behandelnden Arztes verbleiben sollten (vgl. auch ein Interview mit dem DGB-Sozialpolitiker Schmidt, in: *Selecta* 1974: 535). Eine Angliederung von MTZ an Krankenhäuser bzw. eine Errichtung in deren unmittelbarer Nähe wurde präferiert, wobei sie sowohl dem Krankenhaus als auch der freien Praxis zur Verfügung stehen sollten. Funktional sollten die MTZ mit Zentren medizinischer Information und Dokumentation verbunden werden, so daß alle medizinischen Einrichtungen die Möglichkeit hätten, jeweils auf die zuletzt erhobenen Diagnose-daten zurückzugreifen und nicht in jedem Fall erneut diagnostisch-technische Untersuchungen (zumeist Doppeluntersuchungen) einleiten zu müssen (DGB-Programm 1972: 30/31; vgl. auch: *Die Ortskrankenkasse* 1971: 925).²¹ Während die MTZ eine prästationäre Diagnostik aufgrund ihrer Aufgabenbeschreibung bereits implizierten, wurde zusätzlich die

21 Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gab 1979 ein Buch mit Gegenargumenten zum Medizinisch-Technischen Zentrum unter der Überschrift "Kritik einer Modellvorstellung" heraus.

Einführung einer poststationären Therapie vor allem aus Gründen einer dadurch ermöglichten Verkürzung der Verweildauer vorgeschlagen (DGB-Programm 1972: 18).

Auch die Presseseminare des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen befaßten sich in den Jahren 1971 und 1972 mit Fragen der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. In diesem Rahmen sprach sich z.B. Lemmer (1972: 26-41), Vorsitzender des Vorstandes des BdO, mit ähnlichen Argumenten wie Eichhorn für die Einführung einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung aus. Seiner Ansicht nach sei die vertragliche Regelung dieser Versorgungsform im Gegensatz zur Auffassung der KBV Aufgabe der Krankenkassen.

Nachdem die Diskussion um prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie von verschiedenen Seiten wieder aufgenommen worden war, schalteten sich relativ schnell weitere Akteure in den Diskussionsprozeß ein. Das Thema prä- und poststationärer Versorgung wurde in vielen Fällen als ein Unterthema in der übergreifenden Diskussion zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor gesehen (vgl. auch von Manger-Koenig 1974: 164-169).

Die stärkere Integration von ambulanter und stationärer Krankenversorgung auf medizinisch-technischem Gebiet könnte nach Ansicht der DKG (Worthmann 1972: 310) durch den Aufbau *semistationärer Einrichtungen* im Krankenhaus unterstützt werden: "Derartige Einrichtungen, die entweder vor Beginn des eigentlichen Krankenhausaufenthaltes oder im Anschluß daran Patienten aufnehmen oder an die Stelle der stationären Krankenhausbehandlung treten, können in starkem Maße zu einer Entlastung des Krankenhauses beitragen. Gedacht ist hier an einen kurzfristigen Aufenthalt zur Diagnostik und zur Nachbehandlung, zum Aufenthalt nur während des Tages oder nur während der Nacht. Der eigentliche stationäre Krankenhausaufenthalt würde wesentlich abgekürzt werden". Die DKG begründete diese Vorschläge damit, daß die Nachteile der bisher bestehenden relativ starren organisatorischen Trennung künftig zu einer stärkeren Kooperation aller Einrichtungen der Krankenversorgung zwingen. Zugleich regte sie an, "die zeitlich bei weitem nicht ausgelasteten hochtechnisierten und automatisierten Einrichtungen des Krankenhauses in stärkerem Maße als bisher auch für die ambulante Voruntersuchung und die ambulante Nachbehandlung zu nutzen. Dies wäre einmal dadurch möglich, daß sich die niedergelassenen Ärzte der technischen Apparatur der Krankenhäuser bedienen, zum anderen aber auch dadurch, daß sie die Patienten zur Diagnostik oder Therapie ins

Krankenhaus überweisen. In beiden Fällen könnten damit auch die den Gesamtetat der Krankenversorgung nicht unerheblich belastenden Doppeluntersuchungen wegfallen" (Worthmann 1972: 310). Diesen Ausführungen zufolge wollten die Krankenhäuser eher ihre eigenen technischen Einrichtungen auslasten, als Aufgaben einem neu zu etablierenden MTZ übertragen. Diese Einstellung erklärt auch die ablehnende Haltung der DKG gegenüber den WWI-Vorschlägen.²²

3.2 Empfehlungsvereinbarung als Anknüpfung an die 60er Jahre

Die Beteiligung einer großen Anzahl von Akteuren an der Diskussion um eine vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie seit Anfang der 70er Jahre schuf eine erhöhte Sensibilität für diesen Bereich. Es muß jedoch deutlich gesehen werden, daß sich die Rahmenbedingungen gegenüber der Diskussion in den 60er Jahren grundlegend verändert hatten. In der Diskussion der 70er Jahre standen nicht mehr Kapazitätsengpässe bei personellen und finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser im Vordergrund, da diese Problembereiche durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und die Bundespflegesatzverordnung von 1973 weitgehend gelöst waren. Wie oben bereits angedeutet, bezog sich die neue Relevanz dieser Thematik vor allem auf den Versuch, Strukturveränderungen im Gesundheitswesen durchzuführen (Interviewaussage). Die als ineffizient analysierten Strukturen sollten aufgebrochen und eine stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor erreicht werden. Da den Beteiligten aufgrund früherer Erfahrungen (zweimaliges Scheitern von Krankenversicherungsreformversuchen unter dem Bundesarbeitsminister Blank) bewußt war, daß statt einer großen Reform nur Reformschritte möglich sind, wurden diese in mehreren Richtungen propagiert. Als einer dieser Reformschritte war der Versuch der Einführung einer prä- und poststationären Versorgung anzusehen. Während in den 60er Jahren aufgrund der oben diskutierten Problemlage die Initiati-

22 Die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Medizinisch-Technischen Zentren stellte Müller (1976: 81) folgendermaßen dar: "Ebenso wie die niedergelassenen Ärzte lehnen auch die Krankenhausträger das sogenannte Medizinisch-Technische Zentrum ab, das vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut der Gewerkschaften und später auch vom Deutschen Gewerkschaftsbund propagiert wurde und gerade in jüngster Zeit wieder in den Vordergrund gestellt wird". Auch die leitenden Krankenhausärzte wandten sich gegen die Vorschläge des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Medizinisch-Technische Zentren einzurichten (Hoffmann 1975: 303).

ve von der DKG ausging, wurde nun der Bundesverband der Ortskrankenkassen federführend. Strategisch standen für ihn bei der Wiederaufnahme der Diskussion jedoch keine Ressourcenprobleme im Vordergrund; es ging ihm hauptsächlich darum, die Einheitsfront von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten durch eine Empfehlungsvereinbarung mit der DKG zu prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie aufzubrechen (Interviewaussage). So versuchte der BdO im Jahre 1974, die gemeinsame Stellungnahme aus dem Jahre 1963, die nach Müller (1974: 5) damals in einem "Entrüstungssturm der ärztlichen Verbände und der Kassenärztlichen Vereinigung ... im Keime erstickt" worden war, zwischen den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu erneuern. Ähnlich wie die Stellungnahme von 1963 hatte die Empfehlungsvereinbarung von 1975 zum Ziel, alle Mittel auszuschöpfen, um bei stark expandierenden Kosten der stationären Behandlung die Verweildauer möglichst abzukürzen und somit die Akutbetten und das Krankenhauspersonal zu entlasten (Die Ortskrankenkasse 1974: 760). Der erste Entwurf einer Empfehlungsvereinbarung zu prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie wurde federführend vom BdO erstellt und verstand sich als Anknüpfung an die gemeinsame Stellungnahme von 1963 unter veränderten Rahmenbedingungen.²³ Eine gegenüber der Stellungnahme von 1963 bedeutende Änderung bestand darin,

23 Der Wortlaut des Entwurfs der Empfehlungsvereinbarung über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung wird im folgenden auszugsweise wiedergegeben (Die Ortskrankenkasse 1974: 944):

§ 1 Grundsatz

Die vom Krankenhaus zu erbringende Krankenhauspflege nach § 184 RVO bzw. § 17 KVLO kann auch nicht-stationär gewährt werden, soweit es sich um vorstationäre Diagnostik oder nachstationäre Behandlung handelt.

§ 2 Begriffsbestimmung

(1) Die vorstationäre Diagnostik umfaßt alle medizinischen Maßnahmen zur Klärung der Notwendigkeit und zur Vorbereitung einer stationären Behandlung; sie ist jedoch auf sieben Tage begrenzt.

(2) Die nachstationäre Behandlung umfaßt alle zur Sicherung des stationären Behandlungserfolges notwendigen Behandlungs- und Überwachungsmaßnahmen des Krankenhausarztes, soweit sie sich auf einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung erstreckt.

§ 3 Vergütung

(1) Die im Rahmen der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung erbrachten Leistungen werden dem Krankenhaus nach Einzelleistungen oder mit Pauschalbeträgen vergütet. ...

§ 4 Verpflichtung der Vertragspartner

Die Vertragspartner verpflichten sich, in ihren Bereichen auf die Durchführung der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung hinzuwirken".

daß sich die nachstationäre Therapie nicht mehr auf sechs, sondern nur noch auf maximal zwei Wochen erstrecken sollte. Diesem Entwurf wollte die DKG jedoch nicht vorbehaltlos zustimmen, da ihrer Ansicht nach erst die Ergebnisse eines vom BMJFG dem Deutschen Krankenhausinstitut in Auftrag gegebenen Gutachtens zu dieser Thematik abgewartet werden sollten. Um die Empfehlungsvereinbarung nicht scheitern zu lassen, sollte die einschränkende Bedingung eingearbeitet werden, daß prä- und poststationäre Krankenhausleistungen zuerst in Modellversuchen erprobt werden sollten. Entsprechend wurde § 4 der Empfehlungsvereinbarung dahingehend verändert, daß es nun im Wortlaut hieß: "Die Vertragspartner verpflichten sich, in ihren Bereichen darauf hinzuwirken, daß Modellversuche im Sinne dieser Empfehlungsvereinbarung durchgeführt werden" (Die Ortskrankenkasse 1975: 752). Die am 15.07.1975 abgeschlossene und am 01.10.1975 in Kraft getretene Empfehlungsvereinbarung hatte als Vertragspartner neben dem BdO und der DKG auch die Bundesverbände der Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Seekrankenkasse sowie den Verband der Angestellten- und den der Arbeiter-Ersatzkassen. Damit stand diese Empfehlungsvereinbarung auf einer viel breiteren Basis als die Stellungnahme aus dem Jahre 1963.²⁴

3.3 Modellversuche

Zur Erprobung einer vorstationären Diagnostik mit dem Ziel, ihre medizinischen und finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können, hatte der Bundesverband der Ortskrankenkassen noch 1975 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und allen Bundesverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Modellversuche vereinbart, die sich auch auf die ambulante Weiterbehandlung von Patienten nach der Entlassung durch den Krankenhausarzt erstrecken sollten (Die Ortskrankenkasse 1975: 465/466). Von den Vertragspartnern sollte ein paritätisch besetzter Ausschuß eingerichtet werden, um die Modellversuche zu

24 Aufgrund der sich abzeichnenden Reaktionen der niedergelassenen Ärzte wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gefordert, daß das Ambulanzmonopol der niedergelassenen Ärzte nicht so weit gehen dürfe, "daß diese die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden vorgeschlagene Dreiteilung des Krankenhausaufenthalts in eine befristete vorstationäre Diagnose, in den eigentlichen stationären Aufenthalt und in eine ebenfalls befristete nachstationäre Betreuung *blockieren*" (Das Krankenhaus 1975: 319).

beobachten und ihre Einzelergebnisse zusammenfassend auszuwerten. Insbesondere ging es um eine nachhaltige Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut, das in einem Gutachten für das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit die Ergebnisse der Modellversuche mit berücksichtigen sollte (Töns 1975b: 567/568).

Die Gesundheitsbehörde Hamburg und die Hamburgische Krankenhausgesellschaft einerseits sowie die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Hamburg andererseits vereinbarten am 23.04.1976 mit Zustimmung und unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die Durchführung eines auf zwei Jahre befristeten Modellversuchs auf der Grundlage der auf der Bundesebene abgeschlossenen Empfehlungsvereinbarung (Frankfurter Rundschau, 13.07.1981). Für die Modellversuche wurden zwei staatliche und ein freigemeinnütziges Krankenhaus ausgewählt. Ziel der zeitlich befristeten Modellversuche war es, Erkenntnisse über die Auswirkungen einer teilstationären Krankenhausleistung dahingehend zu gewinnen, in welchem Umfang die von einweisenden Ärzten zur Verfügung gestellten Unterlagen (Labor- und Röntgenbefunde) von den Krankenhausärzten verwertet werden könnten bzw. ergänzt werden müßten. Zudem sollte der Informationsfluß zwischen dem einweisenden Arzt und dem Krankenhaus optimiert und nicht notwendige Doppeluntersuchungen vermieden werden (Die Ortskrankenkasse 1976: 148). Da der Modellversuch auf zwei Jahre angelegt war, konnten seine Ergebnisse bei den Vorbereitungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes nicht mehr berücksichtigt werden. Trotzdem versuchten die Ärzteverbände im Anhörungsverfahren zum obigen Gesetzentwurf die Modellversuche als gescheitert zu erklären.

3.4 Reaktion der Ärzte auf die sich verstärkende Diskussion einer Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor

Aufgrund der Vorschläge des WWI und des DGB zum Aufbau von Medizinisch-Technischen Zentren²⁵ sowie durch die Forderungen von Eichhorn und der DKG, die medizinisch-technische Infrastruktur der Krankenhäuser besser zu nutzen, sahen die Verbände der niedergelasse-

25 In Reaktion auf die umfassende Kritik am Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland durch das WWI war vom Hartmannbund ein sogenanntes "Weißbuch" verfaßt worden, in dem zu jeder kritischen Anmerkung eine Art Gegendarstellung vorgebracht wurde (Hartmannbund 1972).

nen Ärzte zunehmende Angriffe auf eine von ihnen beanspruchte Domäne: die ambulante Diagnostik. Denn alle diese Vorschläge beinhalteten implizit oder explizit die Vorstellung, auf medizinisch-technische Geräte angewiesene Diagnosen aus der Praxis des niedergelassenen Arztes auszulagern und schwerpunktmäßig in MTZ oder Krankenhäusern zu konzentrieren. Als in dieser Diskussion zusätzlich noch die Empfehlungsvereinbarung zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der GKV publik wurde, sahen sich die Ärzteverbände einer weiteren Angriffsfront gegenüber.²⁶

In Reaktion auf die Diskussion zur medizinisch-technischen Ausstattung der Praxen verfolgten die Ärzteverbände zum einen die Strategie, sich eine stärkere Einbindung in die technischen Möglichkeiten des Krankenhauses über belegärztliche Tätigkeit zu verschaffen und zum anderen, neben den Krankenhäusern, im niedergelassenen Bereich eine eigene technische Infrastruktur verstärkt aufzubauen. Denn sie wollten auf jeden Fall vermeiden, daß ihnen dieses Tätigkeitsgebiet - längerfristig gesehen - verloren gehen könnte. In diesem Zusammenhang forderte der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) neben einer Ausweitung des Belegarztssystems eine verstärkte ambulante diagnostische und therapeutische Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte. In einer Entschließung wurde auf die Notwendigkeit einer vollen Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine immer engere Kooperation der Ärzte verschiedener Fachrichtungen hingewiesen. Allen kooperierenden Ärzten einer Region müßte der apparative Ausrüstungsstand der Einzelpraxen mit den dort angewendeten Verfahren transparent gemacht werden, um auf diese Weise die Kapazitäten einer ganzen Region sinnvoll ausnutzen zu können (Die Ortskrankenkasse 1972: 886). Derartige Aufrufe der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Überweisung erst innerhalb der Facharztgruppen statt in ein Krankenhaus vorzunehmen, gab es schon früher (Die Ersatzkasse 1970: 526), jedoch sind sie an Konkurrenzüberlegungen innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft gescheitert. Denn die meisten Kassenärzte überwiesen lieber an einen Krankenhausarzt als an einen niedergelassenen Kollegen, "den der Patient dann gegebenenfalls kennen und schätzen lernt und in Zukunft ganz bei ihm verbleibt und nicht zu dem überweisenden Arzt zurückkehrt"

26 In diesem Zusammenhang sprach Müller (1975: 397) davon, daß der "Entrüstungssturm der Ärzteschaft ... ebenso vehement und zum Teil ungezügelt wie vor 10 Jahren" war, als von der DKG und einigen Spitzenverbänden der GKV ein Ergänzungsvorschlag zum KVNG-Entwurf eingebracht worden war.

(Peters 1970: 52). Im Gegensatz dazu müssen die Krankenhausärzte den Patienten an den einweisenden niedergelassenen Arzt zurück überweisen, so daß sich das Problem einer möglichen Abwanderung von Patienten hier nicht stellt.

Die niedergelassenen Ärzte versuchten im Gegenzug zum Vorschlag der GKV-Kassen und der DKG zu poststationärer Therapie auch diesen Bereich als ihre Domäne zu reklamieren. Nach der bereits oben zitierten Entschließung des NAV sollten für die Nachbehandlung derjenigen Patienten, die nicht mehr bettlägerig sind, jedoch noch nicht in die ambulante kassenärztliche Betreuung entlassen werden können, sogenannte Hostels errichtet werden: "Dann könnten die Patienten aus den Krankenhäusern entlassen werden, und die Betreuung dort könnte entweder durch die bisher behandelnden, persönlich an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhausärzte oder durch freipraktizierende Ärzte der Umgebung vorgenommen werden" (Die Ortskrankenkasse 1972: 886). Diese Vorschläge machten besonders deutlich, daß es sich sowohl bei der Diskussion um die Nutzung medizinisch-technischer Geräte als auch bei der Diskussion um eine prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie vor allem um Zuständigkeits- und damit direkt um finanzielle Verteilungsfragen handelte. Wenn es den niedergelassenen Ärzten plötzlich vorrangig darum ging, stationär behandelte Patienten möglichst schnell wieder in die ambulante Versorgung zu überweisen, so war dieses exakt das Gegenmodell zur nachstationären Behandlung von Patienten im Krankenhaus. In gleicher Weise verhielt es sich mit dem Aufbau einer eigenen medizinisch-technischen Infrastruktur, anstatt diesen Bereich an Krankenhäuser oder MTZ abgeben bzw. mit ihnen teilen zu müssen. Diese grundsätzliche Haltung der Ärzteverbände, das Ambulanzmonopol sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich unter allen Umständen wahren zu wollen, war kennzeichnend für die weitere Entwicklung der Diskussion um eine Verzahnung bzw. verstärkte Integration von ambulantem und stationärem Sektor. Das strategische Vorgehen der Ärzte äußerte sich darin, daß Alternativvorschläge anderer Akteure zuerst durch pauschale Ablehnung und im weiteren Verlauf durch den Aufbau von Gegenmodellen abgeblockt wurden. Aus dieser Perspektive war es nicht verwunderlich, daß von ärztlicher Seite aus in der erneuten Empfehlungsvereinbarung zwischen den GKV-Verbänden und der DKG ein "Torpedo" gegen die niedergelassene Ärzteschaft gesehen wurde (Die Ortskrankenkasse 1974: 760). Das Vorstandsmitglied der DKG, Lorensen (1975: 311), schrieb zur Reaktion der Ärzte auf Vorschläge einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie,

daß erwartungsgemäß die niedergelassenen Ärzte solche Gedanken schon im Keime ersticken wollten, weil dies ihrer Meinung nach einer Verlagerung von Aufgaben ins Krankenhaus gleichkäme. Ihrer Ansicht nach sei ambulante Vor- und Nachbehandlung im Krankenhaus weder billiger noch besser; sie sei ein falsches Rezept gegen die Kostenexplosion. Statt dessen wurde vom Hartmannbund die Errichtung von sogenannten Praxiskliniken proklamiert.²⁷

Eine weitere Konfrontationslinie zwischen der DKG und den Ärzteverbänden bestand in der Forderung der DKG, das Krankenhaus *als Institution* an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Denn nur durch eine derartige Institutsermächtigung sah die DKG gewährleistet, daß die Krankenhäuser das Leistungsgeschehen weiter unter ihrer Kontrolle behalten könnten (Interviewaussage). Der Hartmannbund bevorzugte demgegenüber das *Individualprinzip*, d.h. die *persönliche* Beteiligung und Ermächtigung von Krankenhausärzten an der ambulanten kassenärztlichen Tätigkeit in den Fällen, in denen es zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung erforderlich sei (Die Ortskrankenkasse 1972: 886).²⁸

Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde "mit aller Intensität" versucht, die Vorbereitungen der Modellversuche zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie zu verhindern (Die Orts-

27 Von dieser neuen Form ärztlicher Praxisausübung wurde 1973 berichtet (mb - der arzt 1973: 321/322), daß es ein derartiges Modell mit 200 Betten gebe. Über diese erste private Praxisklinik in Deutschland, die Paracelsus-Klinik in Osnabrück, wurde ausgesagt, sie sei ein gelungenes Beispiel für den Abbau der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. "Hier haben 22 Fachärzte ihre Praxen. Sie können als niedergelassene Ärzte also jeden Patienten ambulant behandeln. Gleichzeitig sind sie jedoch Stationsärzte im gleichen Haus. Die Vorteile liegen auf der Hand. Der Patient hat praktisch die ganze medizinische Versorgung unter einem Dach. Doppeluntersuchungen durch den Praxisarzt und den Krankenhausarzt entfallen. Ein Punkt, wo Kosten gespart werden. Die teure medizinisch-technische Apparatur wird von allen Ärzten im Haus gemeinsam benutzt und natürlich auch bei der stationären Behandlung. Diese Verbindung von Kassenpraxis und Krankenhaus ermöglicht es, den Patienten erst dann ins teure Klinikbett cinzuweisen, wenn es wirklich unabdingbar ist - also frühestens nach der ausführlichen Diagnose. Und außerdem ist es möglich, ihn durch denselben Facharzt auch nach der Krankenhausbehandlung betreuen zu lassen. Unter dem Kostengesichtspunkt ergeben sich durch dieses Modell folgende Vorteile: Die Verweildauer in der Paracelsus-Klinik Osnabrück beträgt durchschnittlich nur 11 Tage gegenüber 17½ im Bundesdurchschnitt. Die Pflegesätze liegen etwa 50 DM unter denen der anderen Osnabrücker Krankenhäuser" (Das Krankenhaus 1975: 472).

28 Vgl. auch die "Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes", die auf dem 75. Deutschen Ärztetag 1972 verabschiedet wurden und in denen es u.a. hieß: "Das Krankenhaus als Institution kann keinen Honoraranspruch und damit auch kein Liquidationsrecht für ärztliche Leistungen erwerben" (mb - der arzt 1972: 314).

krankenkasse 1975: 852; vgl. auch Müller 1976: 81).²⁹ Deshalb riefen die Krankenkassen dazu auf, dem Druck der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht nachzugeben: Der Versuch "der ärztlichen Interessenvertretung, alle Bemühungen um die Praktizierung ambulanter Formen der Krankenhauspflege gänzlich *abzublöcken* und die Macht der Kassenärzteschaft möglichst noch auszubauen, sollte für uns ein zusätzlicher Ansporn sein, schon recht bald mit den Modellversuchen zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung zu beginnen. Wir befinden uns dabei übrigens in völliger Übereinstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium" (Die Ortskrankenkasse 1975: 465/466).³⁰ Die Aufrufe der niedergelassenen Ärzte, möglichst viele Untersuchungen vor Einweisung ins Krankenhaus in der freien Praxis durchzuführen, hatten nach kurzer Zeit die Beträge, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen im ambulanten Bereich zu zahlen waren, um 15% ansteigen lassen. Die Ursache des Anstiegs wurde hauptsächlich in der Vermehrung der medizinisch-technischen Leistungen gesehen (Müller 1976: 79).³¹ Jedoch würde eine Vermehrung und Intensivierung der Untersuchungen *vor* der Einweisung in ein Krankenhaus durch den niedergelassenen Arzt nach Einschätzung von Müller nicht zu einem Spareffekt führen, da ein gewissenhaft handelnder Krankenhausarzt oftmals eine Aktualisierung der dem Patienten mitgegebenen Befunde durchfüh-

-
- 29 Im Hinblick auf die von der Ärzteschaft abgelehnte prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie verwies Töns (1975b: 567) darauf, daß die heftigen Gegenreaktionen der niedergelassenen Ärzte in einem hohen Maße eine Art Spiegelfechterei seien, da Belegärzte infolge ihres besonderen Verhältnisses zum Krankenhaus bereits heutzutage die Möglichkeit hätten, ohne Aufnahme des Patienten in die Unterkunft und Verpflegung des Krankenhauses mit dessen Einrichtungen und Hilfen alle Untersuchungen vorzunehmen, die zur Klärung der Diagnostik und der Voraussetzungen der Therapie erforderlich seien. "Sie praktizieren immer schon vorstationäre Diagnostik, ohne daß es notwendig gewesen ist, dies in besonderer Form auszugestalten. Entsprechendes gilt dann, wenn der Krankenhausarzt an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist und der Patient ihm zur Untersuchung oder Behandlung überwiesen wird".
- 30 In der Diskussion um eine Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor hatte die für das BMJFG zuständige Ministerin Focke (1973: 433-435) in ihren Grundsätzen zur Reformpolitik des Gesundheitswesens darauf verwiesen, daß die gegenwärtigen Abgrenzungen zwischen den Versorgungsbereichen im ambulanten und im stationären Sektor der Entfaltung größerer Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit hinderlich seien. Allein durch die Einführung einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie könnten mehrere Milliarden DM eingespart werden.
- 31 Weiterhin wies Müller (1976: 79) darauf hin, daß derartige Aufrufe darauf schließen ließen, daß Prüfungen zur Notwendigkeit einer Krankenseinweisung von den niedergelassenen Ärzten bisher nicht streng gehandhabt worden seien.

ren müßte.³² Diese Erkenntnis hatte sich auch relativ schnell bei den niedergelassenen Ärzten wieder durchgesetzt, die deshalb einsichtiger erschienen als ihre Verbandsfunktionäre (Interviewaussage).

3.5 Der § 184 RVO als Einfallstor in das Ambulanzmonopol der niedergelassenen Ärzte

Da die Reaktionen der Ärzteschaft den anderen Akteuren im Gesundheitswesen als ein erhebliches Hindernis auf dem Weg zur Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie erschienen, versuchten sie (auch) auf Umwegen, ihrem Ziel näherzukommen. Von Vertretern des Bundesarbeitsministeriums und der Krankenkassenverbände wurde der Versuch unternommen, durch entsprechende Interpretation den 1973 in die RVO eingefügten § 184 als Einfallstor in das Ambulanzmonopol der niedergelassenen Ärzte zu nutzen³³. In einer Studie zur rechtlichen Zulässigkeit ambulanter vor- und nachstationärer Maßnahmen des Krankenhauses kam Schirmer (1974: 493-500) vom BMA zu dem Ergebnis, "daß in einem bestimmten Umfang und unter bestimmten Voraussetzungen solche nicht-stationären Krankenhausleistungen als medizinische Vorbereitungs- und Nachwirkungsmaßnahmen der eigentlichen stationären Krankenhausbehandlung leistungsmäßig als Vor- und Nachleistungen der Krankenhauspflege durch § 184 RVO abgedeckt werden; ihre Erbringung unterliegt daher nicht den Zuordnungsregelungen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, sondern ist einschließlich der Vergütung durch Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu regeln" (Schirmer 1974: 493). Der stellvertretende Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Töns (1975b: 565/566), verwies auf Erklärungen von Regierungs-

32 Vgl. zum letztgenannten Aspekt auch die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 06.11.1975 zu den diesbezüglichen Erklärungen von Vertretern der niedergelassenen Ärzte (Krankenhaus-Umschau 1975: 939). Dem Rationalisierungs- und Effizienzproblem, das in dem Projekt vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung enthalten war, wollte der Ärztetag im Jahre 1975 mit verstärkter Diagnose-tätigkeit der niedergelassenen Ärzte begegnen (Die Ortskrankenkasse 1975: 430).

33 Die Änderung des § 184 RVO war durch das Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz) vom 19.12.1973 eingeführt worden. § 184 RVO in der Neufassung besagt: 'Krankenhauspflege wird zeitlich unbegrenzt gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern'.

seite, die seiner Ansicht nach implizierten, daß vorstationäre Diagnostik *nicht* ambulante, zur kassenärztlichen Versorgung gehörende Behandlung, sondern Krankenhauspflege im Sinne des § 184 RVO sei; er machte geltend, "daß Privatpatienten in aller Regel die Möglichkeit vorstationärer Diagnostik haben und auch nutzen. Wenn diese den Kassenpatienten versagt sein sollte, müßte es sachlich einen Grund geben, die Kassenpatienten in ihrer Gestaltungsfreiheit einzuschränken; in formeller Hinsicht aber müßte das Kassenarztrecht eine Vorschrift aufweisen, die eine solche Einschränkung erlaubt oder erzwingt. Das aber ist nicht der Fall".³⁴

In diesen Interpretationen des § 184 RVO sahen die Ärzte eine Änderung des geltenden Rechts und sprachen von einer 'verunsicherten Sicherstellung' (Der praktische Arzt), wenn vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung ab dem 01.10.1974 ganz offiziell in den Krankenhäusern erfolgen sollten und im Einzelleistungsverfahren mit den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürften. Diese als massiv bezeichnete Änderung des Kassenarztrechts sei ohne Politiker, Parteien und Bundestag gleichsam en passant erfolgt. Es seien die Juristen gewesen, die den Sand der RVO gewaschen und tatsächlich ein Goldkörnchen gefunden hätten. Die Interpretation des § 184 RVO ging seitens der Vereinbarungs-Partner dahin, daß das Krankenhaus solche vor- und nachstationären Leistungen nicht nur erbringen dürfe, sondern dies sogar tun müsse, wenn es seinen vertraglichen Verpflichtungen ordnungsgemäß nachkommen wolle, da vorbereitende und erfolgsichernde Teilleistungen zu der vom Krankenhaus geschuldeten Gesamtleistung gehörten (Die Ortskrankenkasse 1974: 760). Da die Krankenhäuser bereits die Empfehlungsvereinbarung mit den Krankenkassen von der Durchführung von Modellversuchen zu prä- und poststationärer Behandlung abhängig gemacht hatten, konnten sie zu diesem Zeitpunkt kein Interesse daran haben, mit den Krankenkassen weitergehende Verträge hinsichtlich dieser Behandlungsform zu schließen. Deshalb war es zu keiner Umsetzung dieser juristisch möglichen Vereinbarungen gekommen.

34 "Die Tatsache, daß Privatversicherte eine kürzere Verweildauer als Kassenpatienten haben, wird von ... der privaten Krankenversicherung damit begründet, daß sie bereits vor der Krankenhausaufnahme durch den Krankenhausarzt die Diagnose und die Therapievoraussetzungen klären lassen können, d.h. die Möglichkeit der vorstationären Diagnostik haben" (Töns 1975b: 566).

3.6 Beginn der politischen Diskussion über Kostendämpfungsmaßnahmen

Mit der immer stärkeren Verlagerung der Gesundheitssystemdiskussion auf Kostengesichtspunkte seit Mitte der 70er Jahre wurden die anvisierten strukturellen Reformschritte dem Kostenprimat unterworfen. Dieses dürfte den an Reformen interessierten Akteuren nicht ungelegen gekommen sein, da ihre sozialpolitischen Vorstellungen zusätzlich noch durch ökonomische Handlungszwänge unterstützt wurden. Der erste größere Versuch, dem neuen zentralen Thema des Gesundheitssystems durch Steuerungseingriffe der Akteure des politischen Systems beizukommen, war im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 zu sehen, in dem eine Globalsteuerung dieses gesellschaftlichen Teilsystems in Form einer einnahmeorientierten Ausgabepolitik anvisiert wurde.³⁵ Als wohl bekannteste Maßnahme dieses Gesetzes ist die Einführung einer Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen anzusehen.³⁶ Im folgenden werden die Auseinandersetzungen um die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie bei der Diskussion dieses Gesetzentwurfs dargestellt.

Ab Mitte der 70er Jahre verlautete offiziell aus dem für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Bundesarbeitsministerium, daß über eine verstärkte Integration der Sektoren ambulanter und stationärer Versorgung nachgedacht werde (Die Welt, 06.03.1975; vgl. auch Handelsblatt, 25.04.1975). Bei der Begründung des von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurfs zur Krankenversicherungs-Weiterentwicklung auf der 176. Sitzung des Deutschen Bundestages am 5. Juni 1975 (S. 12278) ging Bundesarbeitsminister Arendt im Vorgriff auf weitere gesetzliche Initiativen bereits explizit auf hiermit verbun-

35 Neben den auf eine Kostenreduktion ausgerichteten Maßnahmekomplexen beinhaltete das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz aber auch Maßnahmen, die eine weitere Kostenexpansion zur Folge hatten. Hierzu gehörte auf der einen Seite die Zurücknahme der Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner zu Lasten der GKV, was einen erheblichen Einnahmeverlust für sie bedeutete und zum anderen die Ausklammerung des Krankenhaussektors, wobei auf eine Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetz verwiesen wurde.

36 Mit dieser Maßnahme war die Vorstellung verbunden, den relevanten Akteuren des Gesundheitssystems in halbjährlichen Abständen die von ihnen verursachten Kostensteigerungen vor Augen zu führen und sie dazu zu bewegen, sich auf einer konsensuellen Basis über Kostendämpfungsmaßnahmen zu verständigen. Jedoch haftete der Konzertierten Aktion von Anfang an insofern eine strategische Schwäche an, als sie einen der ausgabenexpansivsten Sektoren, nämlich den Krankenhausbereich, nicht in ihre Abstimmungsprozesse mit einbezog.

dene Fragen ein: "Auch wenn es für viele unbequem ist, so kann man nicht übersehen, daß die Strukturen und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen sich zunehmend als zu starr und unrationell erweisen. Dies führt zu einer an sich vermeidbaren Verteuerung der Krankheitskosten. Zweifellos gehört die starre Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit der Folge einer überlangen Krankenhausverweildauer und unnötiger Doppeluntersuchungen zu den Mängeln des Gesundheitswesens, die unser System erheblich verteuern. Es ist nicht zu bestreiten, daß die wirtschaftliche Effizienz dieses Systems in vielen Teilbereichen nicht ausreichend gesichert ist". Diesen Äußerungen nach zu urteilen, teilte das BMA in einem hohen Maße die seit Anfang der 70er Jahre von verschiedenen Akteuren vorgelegten gesundheitssystemkritischen Analysen.³⁷

Die verbalen Bekundungen während der Bundestagsdebatte zum Gesundheitswesen hatten keine unmittelbare Handlungsrelevanz, da die zu jener Zeit im Bundestag anstehenden Gesetzgebungsvorhaben für die Kostenentwicklung keine Rolle spielten und für neue Gesetzesinitiativen in der laufenden Legislaturperiode kein Raum mehr war (Welt der Arbeit, 13.06.1975). Wichtig für die Vorbereitungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes in der folgenden Legislaturperiode waren die unterschiedlichen Vorstellungen, die sich in den Positionen der Parteien, der Bundesländer und der relevanten Verbände ausdrückten.

3.7 Die Position der Parteien zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor

Die Einstellung der SPD zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor ging aus dem SPD-Orientierungsrahmen '85 hervor,³⁸ in dem eine enge Anlehnung an die oben diskutierten Vorschläge des DGB deutlich wurde. In Artikel 19: "Einrichtungen der teilstationären und stationären Versorgung" wurde ausgeführt, daß die Krankenhäuser darauf eingerichtet werden sollten, daß in bestimmten Bereichen Patienten zeit-

37 Für die SPD fügte Glombig den Ausführungen des Bundesarbeitsministers noch einmal die gängigen Kritikpunkte an: unnötige Krankenhausaufenthalte, vermeidbare Pflegekosten, Überkapazitäten an Krankenhausbetten, zu viel technische Diagnostik in Einzelpraxen (176. Sitzung des Deutschen Bundestags am 5. Juni 1975, S. 12325).

38 2. Entwurf eines ökonomisch-politischen Orientierungsrahmens für die Jahre 1975 bis 1985, vorgelegt auf dem Mannheimer Parteitag der SPD im November 1975.

lich begrenzt (Tag und/oder Nacht) untergebracht und behandelt werden könnten. Zur Verwirklichung einer optimalen Versorgung müßte die Möglichkeit bestehen, an den Krankenhäusern Patienten auf Spezialgebieten ambulant zu behandeln.³⁹

Wegen der dramatischen Kostenentwicklung bei den Krankenkassen wurde dem Parteitag neben der aus Artikel 19 hervorgehenden längerfristigen Orientierung ein aktuelles "10-Punkte-Programm zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen" vorgelegt. Dieses zur Eindämmung des Kostenanstiegs bei den verschiedenen Leistungsanbietern entworfene Programm wurde im Vergleich zu den Aussagen im "Orientierungsrahmen" dahingehend kommentiert, daß die grundsätzliche Reform, wie sie unter den SPD-Gesundheitspolitikern Erwin Jahn und Friedel Läßle entworfen worden war, hinter einem Bündel von Neuregelungen zurücktrete, die als eilbedürftig beurteilt wurden, denen es an programmatischer Bedeutung aber nicht gerade mangelte (Die Ortskrankenkasse 1975: 824). Die für die Verzahnung relevante Aussage des 10-Punkte-Programms lautete: "Die ambulante und die stationäre Versorgung sind miteinander zu verzahnen; den Krankenhäusern ist die Möglichkeit vorstationärer Diagnostik und nachstationärer ambulanter Behandlung zu geben. Durch die Koordinierung ist sicherzustellen, daß die aufwendigen medizinisch-technischen Einrichtungen soweit wie möglich gemeinsam von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten benutzt werden" (Die Ersatzkasse 1976: 40). Gleichzeitig wurde auf dem Parteitag deutlich, daß die Eindämmung der Kostenexplosion zu einem der großen Themen für den Bundestagswahlkampf 1976 werden könnte, da die Unterstützung der Bevölkerung für derartige Maßnahmen als hoch eingeschätzt wurde (Weser Kurier, 14.11.1975).

Aber nicht nur auf seiten der SPD, sondern auch bei der CDU gab es Stimmen, die sich für eine stärkere Verzahnung des ambulanten und des stationären Versorgungsbereiches aussprachen. Zu den Befürwortern derartiger Maßnahmen gehörte Gesundheitsminister Geißler aus Rheinland-Pfalz. Seines Erachtens war es wichtig, daß die vor- und nachstationäre Behandlung modellhaft erprobt wurden, um die teuerste Form

39 In Artikel 21: "Medizinisch-Technische Zentren und zentrale Informations- und Dokumentationssysteme" wurde gefordert, daß schrittweise in allen Versorgungsregionen Medizinisch-Technische Zentren eingerichtet werden sollten, die mit wirtschaftlich rationalen Methoden Befunde erheben und diese den behandelnden Ärzten in den verschiedenen Einrichtungen für Diagnose und Therapie zur Verfügung stellen sollten. "Sie sind wichtiger integrierender Faktor zur Überwindung des Grabens zwischen den Einrichtungen der ambulanten und der stationären Versorgung und bieten Vorteile im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit, Qualität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse".

der ärztlichen Versorgung, die Akutkrankenhausversorgung, entlasten zu können⁴⁰.

Auch nach Ansicht der FDP mußte die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung überwunden werden. Es bestehe kein Zweifel, daß die fehlende Verbindung zwischen Arztpraxis und Krankenhaus zu erheblichen Doppelinvestitionen und unnötiger Wiederholung diagnostischer Maßnahmen führe sowie die Verweildauer in den Krankenhäusern erhöhe. Daher forderte die FDP, den niedergelassenen Ärzten grundsätzlich die Möglichkeit zu erhalten, Patienten auch stationär im Krankenhaus zu behandeln, während umgekehrt auch der stationäre Bereich mehr als bisher für die ambulante Behandlung durch Krankenhausfachärzte geöffnet werden sollte. In fachverbindenden Gemeinschaftspraxen wurde die Möglichkeit gesehen, sowohl Kosten zu sparen (durch gemeinsame Nutzung von Geräten und Personal) als auch Wege für den Patienten zu verkürzen⁴¹. Insgesamt setzte sich die FDP für den Ausbau belegärztlicher Tätigkeit und eine verstärkte Zulassung von Krankenhausfachärzten zur kassenärztlichen Versorgung ein (Express, 23.12.1976); prästationäre Diagnostik und/oder poststationäre Therapie wurden jedoch nur in Zusammenhang mit belegärztlicher Tätigkeit erwähnt.

3.8 Die Position der Bundesländer zur Verzahnung

Die Gesundheitsminister der Länder wiesen 1975 darauf hin, daß sie großen Wert auf die Prüfung einer stärkeren Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich legten. Sie schlugen sowohl eine vorstationäre Diagnostik und eine nachstationäre Behandlung im Krankenhaus als auch eine stärkere Berücksichtigung von modernen Organisationsformen im ambulanten Bereich, wie z.B. Praxiskliniken, vor (Das Krankenhaus 1975: 293). Auf der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder im Mai 1975 wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung unter Berücksichtigung neuer Organisationsfor-

40 176. Sitzung des Deutschen Bundestages am 5. Juni 1975, S. 12319; vgl. auch ein Interview mit Geißler in der Abendzeitung vom 24.02.1976.

41 fdk - Pressedienst der Bundestagsfraktion der FDP, 10.11.1976; vgl. auch das Gesundheitspolitische Programm der FDP, beschlossen auf dem Bundesparteitag 1976 in Frankfurt am Main, in: Metz 1977: 165-192.

men ärztlicher Tätigkeit untersuchen sollte (Die Ortskrankenkasse 1975: 425).

Mit dem Thema "Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung" befaßten sich im November 1975 nochmals die Gesundheitsminister der Länder in ihrer 36. Sitzung. Sie beschlossen, die Möglichkeit der Kostensenkung im Krankenhaus mit Hilfe der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung durch die Arbeitsgruppe "Gesundheitspolitische Konzeptionen" vorrangig überprüfen zu lassen⁴². Auf der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27.02.1976 wurde die Entscheidung zu Fragen der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung bis zum Abschluß der diesbezüglichen Modellversuche der Bundesverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausesellschaft verschoben⁴³. Dieser Entschluß war für die ablehnende Haltung des Bundesrates maßgeblich, die er in der Diskussion des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes hinsichtlich der vor- und nachstationären Behandlung vertrat, denn die Modellversuche konnten bis zum Beginn der parlamentarischen Beratungen noch nicht abgeschlossen sein.⁴⁴

3.9 Entwurf und Diskussion des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes

Im Laufe des Jahres 1976 ging die Diskussion um eine Kostensenkung im Gesundheitswesen auch auf bundespolitischer Ebene unvermindert weiter, jedoch versuchten sowohl Bundeskanzler Schmidt als auch Bun-

42 Die Ortskrankenkasse (1976: 363); vgl. auch die Ergebnisniederschrift der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, 36. Sitzung am 20. und 21.11.1975; vgl. ebenso die Stellungnahme der Ersatzkassenverbände in: Die Ersatzkasse (1976: 93 ff.).

43 Ergebnisniederschrift der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, 37. Sitzung am 27.02.1976.

44 Die Spitzenverbände der Sozialpartner, der DGB und die BDA, legten Anfang 1976 erstmalig ein gemeinsames Papier mit Vorschlägen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor, in dem sie als wichtigstes Ziel die Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge nannten. In bezug auf den Krankenhaussektor erhoben sie die Forderung, daß die Verweildauer auf das medizinisch erforderliche Maß zu begrenzen sei und die Möglichkeiten der Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausgeschöpft werden sollten (Blick durch die Wirtschaft, 27.04.1976). Auch im Anschluß an die Anhörungen zum KVKG zeigte sich eine auffallende Übereinstimmung zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern gegenüber den anderen Verbänden (Handelsblatt, 25.03.1977).

desarbeitsminister Arendt die Struktur des Krankenversicherungssystems als nicht reformbedürftig, sondern nur "verbesserungsfähig" darzustellen⁴⁵. Der explizite Hinweis darauf, daß die SPD keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens wünschte, erfolgte aus hauptsächlich drei Gründen: Erstens, um allzu weitreichende, eher theoretisch gelagerte Reformdiskussionen in den eigenen Reihen nicht ausufern zu lassen; zweitens, um im Hinblick auf die im Herbst desselben Jahres stattfindenden Wahlen keine Großkonflikte mit den Ärzteverbänden zu entfachen (besonders deshalb nicht, weil durch die Ärzte eine Beeinflussung der Wählerklientel befürchtet wurde); sowie drittens mit Blick auf den Koalitionspartner FDP, der vor allem gegenüber den freien Berufen Verstaatlichungsargumente nicht vertreten konnte.⁴⁶

Nachdem die sozialliberale Koalition durch die Bundestagswahlen vom Herbst 1976 bestätigt worden war, wurde bereits im Januar 1977 von der neuen Bundesregierung und dem neuen Bundesarbeitsminister Ehrenberg der Entwurf eines Kostendämpfungsgesetzes vorgelegt. Zur Genese dieses Gesetzes bemerkte Brück (1977: 195), daß die ursprüngliche Absicht nur darin bestand, die Rentenversicherung zu stabilisieren, wozu die Krankenversicherung ihren Teil beitragen sollte. "Daß aus diesem 'Beitrag' dann eine eigene Krankenversicherungsreform und damit ein erster Schritt zur Reform unseres Gesundheitswesens wurde, war der Gunst der Stunde, des umsichtigen Kalküls der Krankenversicherungsabteilung des BMA und nicht zuletzt auch denen zu verdanken, die in jahrelanger Arbeit in Publizistik und Wissenschaft die Grundlagen dafür geschaffen und das Klima vorbereitet hatten. Von Bedeutung war auch, daß Gewerkschaften und Arbeitgeber - beide in der Selbstverwaltung der Krankenkassen verklammert - starke Stützen waren".

Am Kostendämpfungsprogramm wurde aus den Reihen der SPD kritisiert, daß sich die FDP bei den Passagen zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor zu sehr mit dem auf ihrem letzten Parteitag verabschiedeten Gesundheitspolitischen Programm hätte durchsetzen können. Denn ihre Kernpunkte, die Verstärkung belegärztlicher Tätigkeit und die Zulassung der Krankenhausfachärzte zur ambu-

45 Bundeskanzler Schmidt auf einer Fachtagung im Mai 1976 (zit. nach: Frankfurter Allgemeine, 22.05.1976).

46 Nach einem Bericht des Stern (09.12.1976) ging den Sozialdemokraten die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung "zu zaghaft" vorstatten, da *die Versicherten wählen sollten*, ob sie sich im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis behandeln lassen wollten.

lanten Behandlung, seien in das Kostendämpfungsprogramm übernommen worden (Welt der Arbeit, 07.01.1977).⁴⁷

Ende Januar 1977 wurde der Entwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) den betroffenen Verbänden zugeleitet, die für den 31.01.77 zu einer ersten Besprechung eingeladen worden waren (Süddeutsche Zeitung, 25.01.1977). Die Ärzteverbände kritisierten vor allem die vorgesehene Beteiligung aller Krankenhausfachärzte an der ambulanten Versorgung, da sie aus einer abgesicherten Stellung heraus in Konkurrenz zu den freiberuflich tätigen Ärzten treten würden.⁴⁸ Aber auch aus den eigenen Reihen - den SPD-regierten Bundesländern - kam Kritik, wenn auch anders motiviert, an den Maßnahmen zum Krankenhausbereich auf. So lehnte das Land Bremen u.a. den von der FDP stammenden Vorschlag einer ambulanten Betätigungsmöglichkeit aller Krankenhausfachärzte ab und forderte statt dessen die Einbeziehung der Krankenhäuser *als Institution* in Teilbereiche der ambulanten Versorgung (Sozialer Fortschritt 1977: 55). Dieser vom Bundesrat schließlich abschlägig beschiedene Vorschlag sollte die Problematik vermeiden, daß angestellte und vom Krankenhaus besoldete Krankenhausfachärzte den Kassen gegenüber quasi als freipraktizierende Ärzte auftreten und entsprechend liquidieren könnten; denn die Steuerzahler hielten bereits die - ironisch gesagt - 'freie Praxis Krankenhaus' vor, so daß der Arzt dann noch einmal beim gleichen Steuerzahler, jetzt als Beitragszahler, hätte liquidieren können (Brück 1977: 196).

Nach mehrtägigen Anhörungen von Vertretern der relevanten Verbände wurde Anfang Februar berichtet (Die Welt, 07.02.1977), Bundesarbeitsminister Ehrenberg wollte den von ihm vorgelegten Gesetzentwurf (vor allem aufgrund des Protestes der ärztlichen Standesvertretungen) umschreiben lassen. Kurz darauf bestätigte zwar ein Sprecher des Bundesarbeitsministeriums, die Gesetzesvorlage würde überarbeitet, wies zugleich aber darauf hin, daß es für das Ministerium keinen Anlaß gebe, hinter die Vereinbarungen der Koalitionsparteien SPD und FDP zurückzuweichen (Stuttgarter Zeitung, 08.02.1977). Unterdessen bildeten sieben große Verbände der niedergelassenen Ärzte einen Krisenstab, der in

47 Zur Kommentierung des Gesundheitspolitischen Programms der FDP siehe: Die Ersatzkasse (1976: 177-186).

48 Dieser Kritik wurde in der Zeitschrift Sozialer Fortschritt (1973: 3) mit dem von den Ärzteverbänden immer wieder vertretenen Argument der *freien Arztwahl* begegnet: "Wirklich freie Arztwahl des Patienten bedeutet, daß man den Arzt seines Vertrauens, auch den Krankenhausarzt, ambulant aufsuchen kann. So ernst nehmen wir es mit der freien Arztwahl. Hoffentlich teilt die Bundesärztekammer diesen Willen zur Freiheit mit uns".

immer neuen Variationen Argumente gegen die Gesetzesvorlage erarbeitete. Seine vehemente, und ideologisch ausgerichtete Kritik (Staatsmedizin, Vergesellschaftung des Gesundheitswesens usw.) bewirkte im Arbeitsministerium eher das Gegenteil von dem, was beabsichtigt war, denn sie wurde als eine "ungeheuerliche Herausforderung des Gesetzgebers" bezeichnet und führte zu einer Verhärtung der Regierungsauffassung - der Kommentar Ehrenbergs lautete entsprechend: "Die Regierung bleibt bei den Entwürfen, denn die Ärzte sitzen nicht im Kabinett" (Süddeutsche Zeitung, 08.02.1977).⁴⁹ In dem für Niedersachsen angekündigten Ärztestreik wurde ein verfassungswidriger Versuch gesehen, das Parlament zu erpressen (Frankfurter Rundschau, 10.02.1977). Einer der Hauptkritikpunkte der Ärzteverbände richtete sich gegen die vorgesehene Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der ambulanten Versorgung, da derartige Pläne von ihnen schon immer scharf abgelehnt worden seien. Auf diese Kritik entgegnete Ehrenberg, daß die Vorstellung "absurd" sei, die Krankenhausärzte zur "Disziplinierung" der niedergelassenen Ärzte heranziehen zu wollen (Süddeutsche Zeitung, 08.02.1977). Um die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zumindest abschwächen zu können, führten die Vertreter der niedergelassenen Ärzte mit Politikern von FDP und CDU/CSU Gespräche, von denen sie sich eine politische Vertretung ihrer Interessen erhofften (vgl. hierzu Kapitel 5).

Am 09.02.1977 wurde der Referentenentwurf dem Kabinett zugeleitet (Handelsblatt, 10.02.1977). Die Situation zwischen dem Bundesarbeitsministerium und der Ärzteschaft hatte sich aufgrund von regionalen Ärztestreiks und wechselseitigen Unterstellungen weiter verschärft. Die Ärzteschaft sah vor allem in der Frage des SPD-Bundestagsabgeordneten Egert, ob Ehrenberg mit seinen Plänen ein gleiches Schicksal erleiden würde wie der frühere Sozialminister Blank, der sich nicht gegen eine mächtige Ärzte-Lobby habe durchsetzen können, einen Affront. Muschallik, der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hatte daraufhin den Vorsitzenden der FDP-Bundestagsfraktion, Mischnick, um Vermittlung zwischen Regierung und Ärzteschaft gebeten (Süddeutsche Zeitung, 11.02.1977).

Am 15.02.77 äußerte sich Ehrenberg zuversichtlich darüber, daß der Gesetzentwurf am 16.02.77 das Kabinett ohne wesentliche Änderungen

49 Auf die Kritik an der geplanten Einführung einer vor- und nachstationären Behandlung antwortete Ehrenberg, daß hiervon höchstens drei Prozent aller Patienten betroffen würden, so daß es ihm unerklärlich wäre, wie bei überfüllten Wartezimmern der niedergelassenen Ärzte daraus eine Existenzgefährdung resultieren sollte (Rhein-Sieg-Anzeiger, 12.02.1977).

passieren werde (Hamburger Abendblatt, 15.02.1977). Nach fünfstündigen Kabinettsberatungen schien sich diese Einschätzung schließlich zu bestätigen. Nun wurde der Gesetzentwurf zusammen mit dem Entwurf zur Sanierung der Rentenfinanzen als eilbedürftig dem Bundesrat zugeleitet (Handelsblatt, 17.02.1977).⁵⁰

Mit der Einbringung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes zu Anfang des Jahres 1977 setzte sich die Diskussion zur Frage der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie unvermindert fort. Vor dem Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik erklärte der Vertreter des BMA, daß eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen und ein Kernpunkt für die Kostendämpfung sei. Die Bundesregierung strebe dieses Ziel mit einem Paket von drei nicht voneinander lösbaren Einzelvorstellungen an:

1. Die Einräumung der Möglichkeit für die Krankenhäuser, eine zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik durchzuführen und eine zeitlich begrenzte Nachbehandlung zu ermöglichen,
2. Beteiligung der Krankenhausfachärzte an der ambulanten Versorgung, soweit dafür Bedarf bestehe und die Krankenhausversorgung dadurch nicht gefährdet werde,
3. verstärkte Berücksichtigung der belegärztlichen Tätigkeit bei der Krankenhausplanung (Niederschrift über die 370. Sitzung des Bundesrats-Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik am 2. März 1977, S. 33/34).

Die Bundesregierung lege äußersten Wert darauf, daß die vorstehend genannten Maßnahmen im Zusammenhang gesehen und gewertet werden müßten. Eine unterschiedliche Beurteilung dieser Maßnahmen würde den Gesamtzusammenhang zwischen diesen Maßnahmen in Frage stellen⁵¹.

Im Hinblick auf die anstehenden Bundesratssitzungen, in denen die CDU/CSU über die Mehrheit verfügte, wurde mit Problemen bei der

50 Es gab unterschiedliche Einschätzungen zu den vorgenommenen Veränderungen. So schrieb etwa die Süddeutsche Zeitung (17.02.1977), daß der Gesetzentwurf nicht aus sachlichen, sondern ausschließlich aus politischen Gründen nicht die harte Form behalten hätte, die von der Sache her nötig gewesen wäre, und daß bereits zum Zeitpunkt der Verabschiedung im Kabinett die Pressionen der Interessengruppen so übergroß waren, daß nicht erst das Parlament, sondern bereits das Kabinett Verschönerungen vornehmen mußte (vgl. auch: Die Zeit, 18.02.1977).

51 Vgl. auch die "Dokumentation zum Konsolidierungsprogramm der Bundesregierung für die Renten- und Krankenversicherung" des BMA vom 17.03.1977.

Zustimmung zum Gesetzentwurf gerechnet.⁵² Als weitere Problematik trat hinzu, daß die FDP in den Bundesländern Niedersachsen und Saarland eine Koalition mit der CDU eingegangen war, auf Bundesebene aber einen Gesetzentwurf in Koalition mit der SPD durchzusetzen versuchte, der im Bundesrat eventuell von ihrem dortigen Koalitionspartner CDU abgelehnt werden würde.

In der 443. Sitzung des *Bundesrates* am 11. März 1977 (S. 12/13) sprach sich Farthmann (Nordrhein-Westfalen, SPD) für die Aufhebung der bisherigen Trennung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung aus, weil sie seit langem überfällig sei.⁵³ Brückner (Bremen, SPD) (S. 24) war der Ansicht, daß "das Paket vorstationärer Diagnostik, Förderung des Belegarztsystems, Einbeziehung der Fachärzte bzw. der Krankenhäuser als Institution" nach den langen Diskussionen in den vergangenen Jahren als ein Kompromiß anzusehen sei, dem der Bundesrat insgesamt zustimmen könnte. Auf dieser Bundesratssitzung wurden mehr als 60 Änderungsvorschläge eingebracht, denen neben den CDU/CSU-regierten Bundesländern auch Niedersachsen und das Saarland (mit einer CDU/FDP-Koalition) zustimmten.⁵⁴ Die Mehrheit der Bundesländer lehnte die geplante Einführung einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie sowie die Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der ambulanten Versorgung ab (Frankfurter Rundschau, 12.03.1977). Auch die CDU/CSU-Opposition nahm eine ablehnende Haltung zu letzterem Punkt ein (General-Anzeiger, 16.03.1977).⁵⁵

-
- 52 Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU lehnte den KVKG-Entwurf u.a. deshalb ab, weil die vorgesehene vor- und nachstationäre Versorgung und die Zulassung der Krankenhausfachärzte zur ambulanten Behandlung ihrer Ansicht nach zu einer Verteuerung der ambulanten Versorgung führen und den vorgesehenen Kostendämpfungseffekt wieder aufheben würde (Bayern-Kurier, 05.03.1977).
- 53 "Es ist doch keinem Menschen klarzumachen, warum sich jemand im Krankenhaus ins Bett legen muß, wenn zwei oder drei Tage vor einer etwa stattfindenden Operation nur irgendwelche Leber- oder sonstigen Gesundheitswerte ermittelt werden müssen und dies vielleicht nur eine halbe Stunde in Anspruch nimmt. Es ist auch nicht einzusehen, daß ein Patient in der nachstationären Behandlung, der sich vielleicht zu Hause viel besser erholen könnte, und bei dem nur noch einmal am Tag eine bestimmte Therapiemaßnahme durchzuführen ist, unbedingt das Krankenhausbett belegen muß, das in unserer Gesellschaft das teuerste Bett ist, das es gibt" (Farthmann auf der 443. Sitzung des Bundesrates am 11.03.1977).
- 54 Es wurde u.a. beschlossen, statt einiger vorgesehener gesetzlicher Regelungen eine Konzentrierte Aktion einzurichten.
- 55 Die CDU/CSU-Fraktion nahm am 19. April 1977 Stellung zum Entwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes: Abgelehnt wurde ebenfalls der Vorschlag über die Einführung der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Bislang sei nicht eindeutig geklärt, inwieweit sich derartige Maßnahmen

In Kenntnis der Änderungsvorschläge des Bundesrates, fand die 1. Beratung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes in der 18. Sitzung des Deutschen *Bundestages* am 17. März 1977 statt. Bundesarbeitsminister Ehrenberg (SPD) (S. 1008) führte in der Regierungserklärung aus, zur Verbesserung der Krankenhausversorgung würde von der Bundesregierung die Durchführung der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung in den Krankenhäusern vorgeschlagen, um eine wirtschaftliche Nutzung vorhandener Einrichtungen ohne zusätzliche Pflegekosten zu ermöglichen. Zudem unterbreitete er den Vorschlag, an der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig auch Krankenhausfachärzte zu beteiligen, wenn es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erfordere, und die belegärztliche Tätigkeit weiter zu fördern. In der Diskussion dieser Vorschläge des Gesetzentwurfs prallten noch einmal die unterschiedlichen Vorstellungen aufeinander. Die CDU/CSU (S. 1074) lehnte vor allem die Einbeziehung von Krankenhäusern als Institution in die prä- und poststationäre ambulante Tätigkeit ab. Die SPD dagegen (S. 1079) erwartete von der Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs einen kostensparenden Beitrag.⁵⁶

3.10 Anhörung von Sachverständigen im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Bei der *Anhörung von Sachverständigen am 24. und 25. März 1977 im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung* (Stenographische Protokolle der 6. und der 7. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 24.03. und 25.03.1977) und aus den von den Verbänden vorgelegten schriftlichen Stellungnahmen (es sind jeweils die Seitenzahlen zitiert)

zur Kostensenkung im Gesundheitswesen eignen würden.

56 "Wer behauptet, dies sei ein Ansatzpunkt zur Überwindung des freiheitlichen Gesundheitssystems, redet schlicht Unfug. Das Gesetz eröffnet die Möglichkeit der vorstationären Diagnostik durch die Krankenhäuser in den Fällen, in denen Patienten von niedergelassenen Ärzten zur Diagnostik bisher stationär ins Krankenhaus eingewiesen worden sind. Wenn diese Fälle statt stationär jetzt ambulant diagnostiziert werden, ändert sich an der bisherigen Aufgabenteilung zwischen Krankenhaus- und niedergelassenem Arzt gar nichts. Man sollte deshalb keine ideologischen Tänze aufführen. Wir werden bei dem Paket der Maßnahmen, das die stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sicherstellen soll, die strukturellen Vorteile mit den Kostenwirkungen sehr sorgfältig gegeneinander zu gewichten und zu prüfen haben" (Egert in der 18. Sitzung des Deutschen Bundestages am 17.03.1977, S. 1079).

gingen die unterschiedlichen Standpunkte der Akteure zu den Fragenkomplexen

- Beteiligung von Krankenhausfachärzten,
- Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie
- belegärztliche Tätigkeit hervor.

Die Bundesärztekammer (6/195) und der Hartmannbund (6/170) sahen in der Beteiligung von *Krankenhausfachärzten* an der ambulanten Versorgung solange keine negativen Auswirkungen für die niedergelassenen Ärzte, wie die im Gesetzentwurf vorgesehene Bedürfnisprüfung korrekt erfolgen würde. Danach könnte den Krankenhausfachärzten eine Beteiligung nur dann ermöglicht werden, wenn die gleiche Leistung in der Praxis eines niedergelassenen Arztes nicht zu erbringen wäre. Unter dieser Voraussetzung könnte der Kreis der zur ambulanten Behandlung zugelassenen Fachärzte an Krankenhäusern erweitert werden, wie es auch im "blauen Papier" des Ärztetages von 1974 stehe⁵⁷ (6/170). Die in dieser Aussage geforderte "Bedürfnisprüfung" bedeutete aber nichts anderes, als daß die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zulassung von Krankenhausfachärzten zur ambulanten Versorgung entscheiden und hierüber ihre Anzahl steuern könnten. Im Gegensatz zu derart einschränkenden Bestimmungen verwies der *Marburger Bund* (6/171) darauf, daß die Beteiligung von Krankenhausfachärzten über den Kreis der leitenden Krankenhausärzte hinaus einer alten Forderung seines Verbandes entspräche. Die im Marburger Bund organisierten Krankenhausfachärzte standen einer derartigen Forderung positiv gegenüber, weil sie bei einer derartigen Regelung, neben ihrem vom Krankenhaus gezahlten Gehalt, einen Zusatzverdienst über die Abrechnung ambulant erbrachter Leistungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erreichen könnten. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (6/171-173) äußerte sich ablehnend mit dem Argument, daß die Zulassung von Krankenhausfachärzten zur ambulanten Tätigkeit Arbeitszeit kosten, zu einem Personalmehrbedarf führen und damit die Kosten für den stationären Aufenthalt verteuern würde. Hinter dieser ablehnenden Haltung stand die bereits oben ange-

57 Auf dem Ärztetag von 1974 wurde folgender Beschluß gefaßt, auf den vor allem die Abgeordneten der FDP in der Diskussion des KVKG immer wieder verwiesen: "Im Interesse der Koordination von ambulanter und stationärer Behandlung sollen Fachärzte am Krankenhaus sowie Krankenhausärzte mit entsprechender Qualifikation außerhalb ihrer Dienstaufgaben im Krankenhaus mehr als bisher die Möglichkeit haben, als Person ambulant zu untersuchen und zu behandeln" (zit. nach Hölscher, Pressedienst der Bundestagsfraktion der FDP, 13.05.1977).

sprochene Befürchtung der Krankenhäuser, sie könnten die Kontrolle über das Leistungsgeschehen in ihrem Bereich verlieren.

Wie nach dem bisherigen Diskussionsprozeß zu erwarten war, wurde die Einführung einer *vorstationären Diagnostik und einer nachstationären Therapie* auch im Anhörungsverfahren besonders von den ärztlichen Organisationen negativ beurteilt. Von der *Bundesärztekammer* (7/20-21) wurde darauf hingewiesen, daß die bisherigen Versuche, vorstationäre Diagnostik durchzuführen, durchweg negativ verlaufen seien. Auch läge die Zahl der Patienten, für die überhaupt eine solche Umwandlung von einer stationären Einweisung in eine ambulante Voruntersuchung möglich sei, bei maximal 3% und könnte sich auf die Kostenlage überhaupt nicht auswirken.⁵⁸ Nach Ansicht der Bundesärztekammer hätten aber auch im Hinblick auf eine nachstationäre Behandlung die Modellversuche - wie sie in Hamburg an Krankenhäusern zu der Zeit durchgeführt wurden - bewiesen, daß eine Dämpfung der Krankenhauskosten durch diese Maßnahmen nicht zu erreichen sei. "Nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer bieten die bisherigen Möglichkeiten im Kassenarztrecht durch Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten Krankenversorgung einerseits sowie eine Weiterentwicklung der belegärztlichen Tätigkeit andererseits die beste Gewähr für eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung"⁵⁹. Mit diesem Votum nahmen die ärztlichen Organisationen weiterhin den Standpunkt ein, daß von den niedergelassenen Ärzten kontrollierte Zulassungen die geeignete Maßnahme zur Verzahnung darstellten. Die wirklichen Befürchtungen der niedergelassenen Ärzte jedoch wurden explizit vom *Hartmannbund* genannt: Er schätzte "die Einführung von Ambulatorien durch die Hintertür der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung durch die Krankenhäuser als Institution" als zentrale ordnungspolitische Veränderung ein⁶⁰. Aber auch der *Marburger Bund* (7/22) stand einer prä- und poststationären Behandlung ablehnend gegenüber. Seiner Ansicht nach würde eine derartige Behandlungsform nicht zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung insgesamt und schon gar nicht zu einer Kostendämpfung füh-

58 Wenn man diese Prozentzahl als gegeben hinnimmt, konnten es nur ideologisch begründete Ängste gegen Ambulatorien sein, die bei den Ärzteverbänden zu dem massiven Widerstand gegen diese Versorgungsform führten.

59 Schriftliche Stellungnahmen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 5.04.1977 an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung: S. 3/4.

60 Schriftliche Stellungnahme des Hartmannbundes an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vom 04.05.1977: S. 28.

ren. Auch seien die Krankenhäuser aus strukturellen, personellen und räumlichen Gründen überhaupt nicht in der Lage, im Sinne vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Therapie tätig zu werden. Aus der Einführung einer derartigen Bestimmung könnte daher eine ernste Gefahr für die Versorgung stationärer Patienten resultieren⁶¹. Diese Einschätzung des Marburger Bundes muß vor dem Hintergrund gesehen werden, daß die von ihm vor allem vertretenen angestellten Ärzte durch die Einführung einer prä- und poststationären Versorgung Nachteile erwarteten: Effizientere Planungen und Handlungskoordinationen wären notwendig, der Durchlauf von Patienten würde sich erhöhen und außer der hiermit verbundenen Mehrarbeit gäbe es nicht einmal einen finanziellen Anreiz. Somit standen die Ärzteverbände, wenn auch aus unterschiedlichen Motiven, der Einführung einer prästationären Diagnostik und poststationären Therapie ablehnend gegenüber. Da auch die *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, ähnlich wie die angestellten Ärzte, keine Vorteile in der Einführung vor- und nachstationärer Behandlungsmöglichkeiten sah, verlegte sie sich auf eine Verzögerungstaktik. Sie (7/29) verwies auf ihre schon früher geäußerten Bedenken, daß bisher nicht nachgewiesen werden konnte, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Einsparungen durch die vorstationäre Diagnostik erzielt werden könnten. Deshalb habe sie den Vorschlag gemacht, zunächst einmal die Modellversuche abzuwarten, ehe hier eine endgültige Regelung erfolgte. Da diese Versuche aber noch liefen, könnten sie im aktuellen Gesetzgebungsverfahren nicht berücksichtigt werden.⁶² Gegenüber diesen Negativvoten verlangte der *Bundesverband der Ortskrankenkassen* (7/67), in der Reichsversicherungsordnung die Verpflichtung der Krankenhäuser festzulegen, auf Verlangen der Krankenkassen Verträge über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung abzuschließen. Es reiche nicht aus, daß nach der gegenwärtigen Fassung des Regierungsentwurfs die Krankenhäuser solche Regelungen absprechen könnten. "Wie wir bei dem bisherigen Modellversuch gesehen haben, stehen die Krankenhäuser so stark unter dem Druck der niedergelassenen Ärzteschaft - solidarisch dazu verhalten sich dann die Krankenhausärzte -, daß von da aus eine vorstationäre Diagnostik und eine nachstationäre Behandlung so gut wie gar nicht zustande kommt. Das hat sich auch bei dem einzi-

61 Schriftliche Stellungnahme des Marburger Bundes an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vom 03.03.1977.

62 Der Deutsche Gewerkschaftsbund (7/55) bemerkte zu den Modellversuchen, daß die Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung sehr gering sei, eine offene Modellanalyse zu gestatten, so daß bestimmte Mißerfolge bereits vorprogrammiert seien.

gen Versuch, den wir bis jetzt haben, erwiesen. Die Regelungen waren bereits so getroffen, daß das Ergebnis von vornherein feststand. Es ist ohne Aussagekraft. Wenn wir wirklich vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung praktizieren wollen ..., müssen wir die Möglichkeit haben, mit dem Krankenhaus darüber Verträge schließen zu können, ohne daß solche Vertragsregelungen durch den Druck der niedergelassenen Ärzteschaft verhindert werden". Eine ähnliche Position nahm auch der *Bundesverband der Betriebskrankenkassen* (7/74) ein. Im Gegensatz zu diesen beiden Bundesverbänden im Krankenkassenbereich vertrat der *Verband der Angestellten-Krankenkassen* (7/70-71) eine gänzlich andere Position zur vor- und nachstationären Behandlung, indem er es als völlig unbegreiflich ansah, daß in einem Stadium eine gesetzliche Regelung herbeigeführt würde, in dem erst die Wirkungen einer solchen Maßnahme mit einem laufenden Forschungsauftrag der Bundesregierung überprüft werden sollten⁶³. Diese ebenfalls ablehnende Haltung auf Kassenseite muß vor dem Hintergrund gesehen werden, daß die Ersatzkassen nicht in das Kassenarztrecht eingebunden waren und eine Vielzahl gut verdienende Angestellte hatten, die privat einen Krankenhausarzt konsultieren konnten - für diesen Mitgliederkreis hatte sich das Problem einer Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor nie gestellt (Interviewaussage).

3.11 Die weiteren parlamentarischen Beratungen zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

Am 20.04.77 trat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Bundestages zusammen, um den Regierungsentwurf in eine Endfassung zu bringen. Ihm standen insgesamt nur 6 Tage als Beratungszeit zur Verfügung. Ausschußvorsitzender war Rappe von der SPD. Die Verabschiedung des KVKG war für den 12.05.77 vorgesehen, worauf der Bundesrat am 25.05.77 in der zweiten Lesung Stellung nehmen würde. Aufgrund des Zeitdrucks, der vom anvisierten Inkrafttreten des Gesetzes am 01.07.77 ausging, wurde auch bei Anrufung des Vermittlungsausschusses mit einer Einigung gerechnet. Obwohl der Bundesrat und die Opposition auf der Einrichtung einer Konzertierten Aktion bestanden,

63 Vgl. auch die schriftliche Stellungnahme des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung vom 16.03.1977.

sollte diese *keine ersetzende Funktion haben*, sondern innerhalb des Kostendämpfungsgesetzes angesiedelt sein (Die Welt, 20.04.1977).⁶⁴

In der 12. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung fand eine ausführliche Diskussion zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor statt, in der allerdings keine neuen Argumente vorgebracht wurden (Stenografisches Protokoll der 12. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 27.04.1977). Der Ausschuß änderte den Regierungsentwurf zum KVKG in vielen Punkten, über die der Bundestag in der zweiten und dritten Lesung am 12.05.77 endgültig entscheiden mußte⁶⁵. Die für das hier diskutierte Thema relevanten Entscheidungen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung sollen im folgenden kurz dargestellt werden (BT-Drucksache 8/338: 52, 56): "Mit Mehrheit übernahm der Ausschuß den Regierungsentwurf, den Krankenhausfachärzten unter der Voraussetzung die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zu ermöglichen, daß die stationäre Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt werde und ein Bedürfnis bestehe". Während die Fraktion der CDU/CSU die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die ambulante Versorgung ablehnte, befürwortete sie das Belegarztsystem. Vereinbarungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung sollten nach den Vorstellungen von SPD und FDP in den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und denen der Krankenhäuser abzuschließenden Verträgen über die Krankenhauspflege getroffen werden können. Auf diese Weise ließe sich der durch das Fehlen vor- und nachstationärer Behandlungsmöglichkeiten auf 10 bis 20% veranschlagte Bettenbedarf verringern. Die Ausschußmitglieder der CDU/CSU sahen eine vertragliche Regelung dieser Behandlungsformen als verfrüht an, da ihrer Ansicht nach besonders hinsichtlich der vorstationären Diagnostik Erfahrungen darüber fehlten, in welchen Fällen sie in Betracht käme und in welchem Umfang durch sie eine Verkürzung der Verweildauer und ein kostensenkender Effekt zu erwarten wäre.

In der 2. und 3. Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (BT-Drucksachen

64 Am 25.04.77 brachten die Bundestagsfraktionen von SPD und FDP noch mehrere Änderungsvorschläge zu verschiedenen Punkten ein, die als Anträge in den Sitzungen der Bundestagsausschüsse behandelt wurden (Frankfurter Rundschau, 26.04.1977). Diese Änderungsvorschläge wurden auch als "Entschärfung" des Gesetzentwurfes bezeichnet (Rheinische Post, 27.04.1977).

65 Eine kurze Auflistung der wichtigsten Änderungen ist abgedruckt in: Süddeutsche Zeitung (30.04.1977); vgl. auch Frankfurter Allgemeine (30.04.1977).

8/166, 8/173) in der 26. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 12. Mai 1977 wurden noch einmal die unterschiedlichen Standpunkte aufgezeigt, ohne daß sich Annäherungen oder Modifikationen erkennen ließen. Vertreter der CDU/CSU gingen weiterhin (S. 1852) davon aus, daß durch vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung ein staatlicher Gesundheitsdienst durch die Hintertür in das Gesetzgebungsverfahren eingeschleust werden sollte. Zugleich warfen sie (S. 1852/1853) der FDP vor, sie mache sich in dieser Frage zum Helfershelfer der SPD und warte nicht einmal die auf der 37. Gesundheitsministerkonferenz beschlossenen Modellversuche ab. Die SPD (S. 1861) wiederum verteidigte die vorstationäre Diagnostik, da hierdurch dem Krankenhaus die Möglichkeit gegeben werde, bei den ihm durch die niedergelassenen Ärzte zugewiesenen Patienten die Diagnostik ambulant durchzuführen und differenziert darüber zu entscheiden, ob sie ins Krankenhaus eingewiesen werden müßten oder ob sie weiterhin ambulant behandelt werden könnten. Die SPD ging davon aus, daß diese Regelung zwar nichts an der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt ändere, aber die Grenze zwischen den beiden Sektoren durchlässiger machen würde. Hölischer (FDP) (S. 1899) bemerkte zu der Forderung der CDU/CSU, vor Einführung einer vor- und nachstationären Behandlung die laufenden Modellversuche abzuwarten, daß man aufgrund der Kostenexpansion keine Zeit zum Warten hätte, da internationale Vergleiche zeigten, daß viel zu lange Verweildauern in deutschen Krankenhäusern ein entscheidender Grund für die Kostenentwicklung in diesem Bereich wären.

Einen Tag vor der Bundesratssitzung am 03.06.77 hatte sich die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände in einem Appell an den Bundesrat mit Nachdruck dagegen ausgesprochen, die im Gesetz vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen durch einen Kompromiß abzuschwächen. Die Spitzenverbände der Ärzteschaft riefen dagegen am gleichen Tag zu gemeinsamen Protestkundgebungen auf, denen die CSU ihre volle Unterstützung zusagte (Süddeutsche Zeitung, 02.06.1977).

3.12 Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat und erzielte Kompromißlösungen

Die CDU/CSU bzw. CDU/FDP-regierten Länder, die über eine Mehrheit im Bundesrat verfügten, beschlossen auf ihrer 446. Sitzung am 3. Juni 1977, zu dem vom Deutschen Bundestag am 13. Mai 1977 verabschie-

deten Gesetz zu verlangen, den Vermittlungsausschuß u.a. aus folgenden Gründen anzurufen⁶⁶:

Das Gesetz stellt zwar klar, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Bestandteile der Krankenhauspflege sind und insoweit die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht berühren. Trotzdem erscheint es verfrüht, jetzt schon die Möglichkeit vertraglicher, allgemeiner Regelungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu öffnen. ... Entsprechend der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 wird es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus-Instituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden sind (BT-Drucksache 8/557: 7/8).

Nach der Anrufung des Vermittlungsausschusses herrschte bei allen Akteuren Ungewißheit darüber vor, ob im Ausschuß eine Einigung über das KVKG erzielt werden könne (Die Welt, 21.06.1977) - schließlich kam sie doch zustande. Zwei für das hier diskutierte Thema wichtige Änderungen bestanden darin, daß zum einen die Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der kassenärztlichen Versorgung gegenüber der Bundestagsfassung eingeschränkt wurde und zum anderen die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Therapie von der Überweisung durch einen Kassenarzt abhängig gemacht wurden (Handelsblatt, 22.06.1977) - die letzte Bedingung wurde auf Drängen Niedersachsens eingefügt (Frankfurter Rundschau, 22.06.1977). Wörtlich lautete der Kompromiß, den der Vermittlungsausschuß zwischen den Auffassungen der beiden Gesetzgebungsorgane Bundestag und Bundesrat herbeigeführt hatte:

Die Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen können auch allgemeine Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen, die bei Krankenhauspflege auf Überweisung durch einen Kassenarzt erforderlich sind. Durch die Beschränkung auf Überweisungsfälle von Kassenärzten soll sichergestellt werden, daß die Aufnahme in vorstationäre Diagnostik auf dem gleichen Wege erfolgt wie die Krankenhauseinweisung (BR-Drucksache 282/77).

Nachdem im Vermittlungsausschuß ein Kompromiß erreicht worden war, galt es immer noch nicht als sicher, daß das KVKG auch den Bundesrat passieren würde, da die Haltung der niedersächsischen Landesregierung weiterhin offen war, während die saarländische Landesre-

66 Beantragt wurde der Vermittlungsausschuß durch die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein (BT-Drucksache 8/557: 115).

gierung bereits ihre Zustimmung im Bundesrat signalisiert hatte (Rheinische Post, 22.06.1977; vgl. auch Saarbrücker Zeitung, 22.06.1977). Die niedersächsische Landesregierung, eine Koalition von CDU und FDP, stand vor einer Zerreißprobe, da die Bundes-CDU eine Ablehnung des KVKG durchsetzen wollte, während die Bundes-FDP auf die Zustimmung Niedersachsens im Bundesrat drängte. Für die CDU in Niedersachsen waren nach langen Verhandlungen schließlich noch zwei Punkte umstritten: erstens die künftige Stellung der Ersatzkassen und zweitens die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung (General-Anzeiger, 24.06.1977). Im Hinblick auf den letztgenannten Aspekt befürchtete sie, daß auf diese Weise mehr Patienten in die Krankenhäuser kommen könnten, was zu einer weiteren Kostenbelastung führen würde (Frankfurter Allgemeine, 24.06.1977). Da Ministerpräsident Albrecht einen Bruch der CDU/FDP-Koalition in Niedersachsen vermeiden wollte, hatte er trotz heftiger Kritik aus den eigenen Reihen dem KVKG im Bundesrat schließlich doch zugestimmt. Zuvor hatte er jedoch mit Bundesarbeitsminister Ehrenberg Interpretationen einiger für Niedersachsen wichtiger Gesetzesbestimmungen ausgehandelt, die Ehrenberg vor dem Bundesrat im Namen der Bundesregierung vortrug (Frankfurter Allgemeine, 25.06.1977). Hierzu gehörte u.a. die Regelung, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie nur dann durchgeführt werden durften, wenn der einweisende niedergelassene Kassenarzt seine Zustimmung hierzu gebe (Die Welt, 25.06.1977). Dadurch sollte nach Albrecht (in: Die Welt, 28.06.1977) verhindert werden, daß die Krankenhäuser zu Lasten der niedergelassenen Ärzte in die ambulante Behandlung eindringen könnten.

Die Ausführungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Ehrenberg, zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung lauteten entsprechend den ausgehandelten Kompromissen:

Die Einrichtung der Möglichkeit - die Kann-Bestimmung - darüber, daß Krankenkassen und Krankenhäuser in Zukunft legitim ... nach dem Gesetzestext vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung mitanbieten können und auch vereinbaren können, wird eine wesentliche Strukturverbesserung und langfristig eine spürbare Kostenentlastung durch bessere Ausnutzung vorhandener Apparaturen erbringen, und zwar ohne gleichzeitige Belegung eines teuren Krankenbettes in den Fällen, in denen die Belegung dieses Bettes nicht notwendig ist, um die Untersuchung oder die erforderliche Nachbehandlung durchzuführen. Dabei stellt die Fassung des Vermittlungsausschusses sicher, daß nichts davon ohne den einweisenden, niedergelassenen Kassenarzt geschehen kann (Bundesrat - 447. Sitzung, 24. Juni 1977, S. 183).

Ehrenbergs Interpretation der Gesetzesbestimmung lauteten: "§ 372, Satz 2, RVO ist so zu interpretieren, daß eine vorstationäre Diagnostik oder

nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nur vorgenommen werden darf, wenn der einweisende, niedergelassene Kassenarzt zustimmt" (Bundesrat - 447. Sitzung, 24. Juni 1977, S. 184).⁶⁷

Wenn man diese gesetzliche Regelung einschließlich der vom Bundesarbeitsminister dazu abgegebenen Interpretation aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte bewertet, so wird man davon ausgehen müssen, daß das Gesetzgebungsverfahren zu ihren Gunsten entschieden wurde - ohne die Zustimmung der niedergelassenen Ärzte können weder prä- noch poststationäre Behandlungen durchgeführt werden. Daß die Ärzte diesen "Erfolg" errungen hatten, war letztendlich auf die konservativ-liberale Mehrheit im Bundesrat zurückzuführen.

4 Regelungsversuche zu vor- und nachstationärer Behandlung in den 80er Jahren

Mit der Verschärfung der Wirtschaftskrise Anfang der 80er Jahre und der relativen Unverbindlichkeit der von der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ausgesprochenen Empfehlungen sahen sich die Akteure des politischen Systems zu weiteren Steuerungseingriffen veranlaßt. In diesem Zusammenhang wurde der bisher aus den Kostendämpfungsmaßnahmen herausgehaltene Krankenhausesektor⁶⁸ im Jahre 1981 durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz direkt tangiert.⁶⁹ Im Hinblick auf die Vertragsgestaltung über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus wurde in diesem

67 Ministerpräsident Albrecht aus Niedersachsen (S. 185), der mit dem Bundesarbeitsminister die Interpretationsformel ausgehandelt hatte, zeigte sich zufrieden: "Ich begrüße ganz außerordentlich - und dies ist für uns ein sehr wichtiger Punkt gewesen, Herr Bundesarbeitsminister -, daß nun eindeutig klargestellt ist, daß eine vorstationäre Diagnostik und eine nachstationäre Therapie im Krankenhaus nur vorgenommen werden können, wenn der einweisende, niedergelassene Kassenarzt dem zustimmt. Ich glaube, daß damit normalerweise jede Möglichkeit des Mißbrauchs ausgeschlossen sein sollte". Vgl. auch die Interpretationen von Schirmer (1978: 38 ff.), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, der zu den Auswirkungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes Stellung nahm.

68 Zu einer umfassenden Situationsanalyse des Krankenhauses in der Bundesrepublik Deutschland siehe Hoffmann (1985).

69 Dieses Gesetz sah die Einbeziehung des Krankenhausesektors in die Konzertierte Aktion vor, es stärkte die Position der Bundesländer bei der Krankenhausbedarfsplanung, und es verpflichtete die Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich bei der Anschaffung und Nutzung von medizinisch-technischen Großgeräten abzustimmen.

Gesetz die Kann-Bestimmung hinsichtlich einer Regelung dieses Bereiches zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und denen der Krankenhäuser beibehalten. Die Bundesregierung gab zu der eher sprachlich vorgenommenen Modifikation folgende Begründung: Die bisherige Regelung über zeitlich begrenzte vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen werde übernommen. Eine inhaltliche Änderung sei nicht beabsichtigt. Dies bedeute, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung nur im Zusammenhang mit kassenärztlich verordneter Krankenhauspflege zulässig seien. Durch die neue Formulierung 'auf Überweisung durch einen Kassenarzt' sollte diese Regelung gegenüber der bisherigen Fassung verdeutlicht werden (Grünenwald 1982: 580 ff.). Mit dieser Formulierung war nun auch gesetzlich klargestellt, was der Bundesarbeitsminister 1977 zur Erläuterung des KVKG mündlich ausgeführt hatte.

Fragt man danach, inwieweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenhäuser von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Rahmenverträge über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung abzuschließen, so muß sowohl eine schleppende Umsetzung des KVKG⁷⁰ als auch des KHKG konstatiert werden: Vier Jahre nach Inkrafttreten des KHKG und acht Jahre nach dem KVKG wurde immer noch der Beginn von Gesprächen anvisiert: "Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beabsichtigen in Kürze, ... in Gespräche einzutreten mit dem Ziel, zum Inhalt der Verträge über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, die bei Krankenhauspflege auf Einweisung durch einen Kassenarzt bzw. Vertragsarzt erforderlich sind, Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Zu diesen Gesprächen soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung eingeladen werden" (Die Ersatzkasse 1985: 446; vgl. auch Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1989: 30). Auf den ersten Blick mutet es erstaunlich an, daß die KBV in bilateral zu führende Gespräche der Spitzenverbände der Krankenhäuser und der Krankenkassen miteinbezogen werden sollte. Bei eingehenderen Recherchen stellte sich jedoch heraus, daß aufgrund ihrer Interventionen bisher keine Rahmenempfehlungen zu vor- und nachstationärer Behandlung zustande gekommen waren (Vollmer 1989: 61). Wie mehrere Interviewpartner

70 "Bisher konnten auf Landesebene noch keine Rahmenverträge abgeschlossen werden, da die Verhandlungen auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über den Abschluß eines Muster-Rahmenvertrages ... noch nicht abgeschlossen sind" (Die Ersatzkasse 1979: 272-273).

bestätigten, übte die KBV in diesem Bereich vor allem Druck auf die Krankenkassen aus, indem sie vorschlug, sich bei Verhandlungen über andere Fragen kompromißbereit zu zeigen, wenn die Krankenkassen dieses Thema nicht weiterverfolgen würden. Da prä- und poststationäre Behandlung nur einer unter vielen Verhandlungsgegenständen war, wurde diese Frage von den Krankenkassen als dispositive Verhandlungsmasse angesehen.

Die hiermit einhergehende Problematik führte sowohl bei der DKG als auch im Bundesarbeitsministerium zu der Einschätzung, daß eine Selbstverwaltungslösung aufgrund sich gegenseitig blockierender Interessen bei dieser Frage nicht möglich sei. Auch hatte es die KBV abgelehnt, an Gesprächen mit der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Erarbeitung von Rahmenempfehlungen zu prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie teilzunehmen. Diese Entwicklung dürfte bei der DKG den Ruf nach dem Gesetzgeber verstärkt haben. In ihren "10 Positionen zur Strukturreform im Gesundheitswesen" (DKG 1987: 21/22) leitete die DKG aus ihrer Analyse, daß "alle bisherigen Versuche, ... eine Vereinbarung über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu erreichen, ... letztlich an der ablehnenden Haltung der ärztlichen Verbände gescheitert" seien, die Forderungen nach "einer gesetzlichen Lösung ab, wie sie von der DKG und verschiedenen Bundesverbänden der GKV bereits 1963 gemeinsam" anvisiert worden waren. Diese Forderungen der DKG wurden im BMA, das zu dieser Zeit mit den Vorbereitungen des Gesundheitsreformgesetzes befaßt war, positiv bewertet, da hier die Einschätzung der DKG geteilt wurde.⁷¹ Entsprechend dieser Lagebeurteilung sah der Referentenentwurf in § 130 eine gesetzliche Lösung vor: "(1) Zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung ist der Krankenhausarzt ... ermächtigt, den Versicherten im Krankenhaus ohne Unterkunft, Verpflegung oder Pflege zu behandeln, soweit die Behandlung geeignet ist, 1. zu klären, ob eine

71 So kam Vollmer (1989: 61), Referatsleiter im BMA (u.a. für den Bereich der Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung zuständig), zu der Einschätzung, daß eine Abstimmung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus bis auf Einzelfälle *nicht* stattfindet und daß Großgeräte und Labors in Krankenhäusern oder Praxen nur selten gemeinsam genutzt werden. Die sich hieraus ergebenden Folgen bestehen seines Erachtens in einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung und einer vielfach nicht immer patientengerechten Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Hinzu kämen unklare und komplizierte rechtliche Regelungen, die dazu führten, "im Verteilungskampf um den begrenzten 'Kuchen der Krankenkassen' den Graben zwischen stationärem und ambulanten Bereich mit 'Tretminen' zu verseuchen" (Vollmer 1989: 61).

Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder die Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Diagnostik) oder 2. im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung)" (zit. nach: Das Krankenhaus 1988: 78). Gleichzeitig war vorgesehen, die vorstationäre Diagnostik auf 5 und die nachstationäre Therapie auf 14 Tage zu begrenzen.⁷²

Dieser Text des Referentenentwurfs vom 20.01.1988 stieß bei den Ärzteverbänden auf einhellige Ablehnung. Bereits bei den Vorbereitungen dieses Entwurfs hatte die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft am 16.11.1987 verlauten lassen, daß die KBV eine über die bisherigen Bestimmungen hinausgehende gesetzliche Regelung von vor- und nachstationärer Behandlung aus ärztlichen wie aus Kostengründen entschieden ablehne. Nach der Vorlage des Referentenentwurfs, den die KBV "mit Bestürzung" zur Kenntnis genommen hatte, begannen die Einflußversuche der ärztlichen Verbände auf die mit dieser Materie maßgeblich befaßten Politiker von FDP und CSU.

Bereits am 03.02.1989, also nur zwei Wochen nach Vorlage des Referentenentwurfs, bezeichnete der sozialpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Cronenberg, diesen Entwurf als ein "Diskussionspapier" und kam den ärztlichen Forderungen insoweit entgegen, als er "keine neuen Aufgaben für die Krankenhäuser" in Aussicht stellte⁷³. Bereits im Gesetzentwurf vom 03.05.1988 war die im Referentenentwurf vorgesehene *gesetzliche Regelung* wieder zugunsten einer *vertraglichen* Regelung umgewandelt worden. In diesem Entwurf war es der § 123, der entgegen dem KVKG von 1977 und dem KHKG von 1981, in denen zweiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und denen der Krankenhäuser vorgesehen waren, nun dreiseitige Verträge vorsah, wobei die Kassenärztlichen Vereinigungen als dritter Vertragspartner bestimmt wurden (BT-Drucksache 11/2237).

Durch die gesetzliche Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Vertragsverhandlungen sollte vermieden werden, daß sie als immerwährende Opponenten von außen einen Fortschritt der Verhand-

72 Zu den Vor- und Nachteilen vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Therapie vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1988: 133/134).

73 Handelsblatt, 03.02.1988; vgl. auch die ausführliche Stellungnahme in: Dienst für Gesellschaftspolitik 5/88 vom 04.02.1988: 6-8.

lungen blockieren könnten (Interviewaussage).⁷⁴ Aufgrund dieser Einbindung standen sie unter dem Druck, die Realisierungsmöglichkeit der von ihnen wiederholt geforderten Selbstverwaltungslösungen nachzuweisen. Wenn eine Einigung nicht zustande gekommen wäre, so hätte der Gesetzentwurf eine Verordnungsermächtigung des BMA mit Zustimmung des Bundesrates vorgesehen. Das Ziel der KBV war, auch diese Rechtsverordnung noch zu eliminieren, um wieder eine "reine" Selbstverwaltungslösung zu erreichen. Mit diesem Anliegen konnte sie sich zwar nicht vollständig, aber doch insoweit durchsetzen, als nach dem vorliegenden Gesetz (§ 115 SGB V) nicht mehr das BMA, sondern die jeweiligen Landesregierungen die Rechtsverordnung erlassen sollten.

Diese erhebliche Verwässerung des ursprünglichen Referentenentwurfs zugunsten der niedergelassenen Ärzte wurde von den Sozialpolitikern der FDP und CSU durchgesetzt. So hob der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Sewering, hervor, daß "vor allem dank FDP und CSU ... viele für die Ärzteschaft kritische Fragen insgesamt befriedigt gelöst werden" konnten. Explizit erkannte er "in diesem Zusammenhang die Bemühungen des FDP-Sozialexperten Dieter-Julius Cronenberg" an (Deutsches Ärzteblatt 1988: 1170). Als ein Schwerpunkt der "Gesprächsdiplomatie" wurde in demselben Artikel die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie hervorgehoben. Und auch der 1. Vorsitzende der KBV würdigte "die Verdienste der FDP" bei der Abschwächung der vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur prä- und poststationären Behandlung (Deutsches Ärzteblatt 1988: 1838).

Für den Abschluß der dreiseitigen Verträge wurde - im Gegensatz zu den früheren gesetzlichen Regelungen - im SGB V mit dem 31.12.1989 diesmal ein zeitliches Limit gesetzt - sollte bis dahin keine Einigung zustande gekommen sein, würde eine neu einzurichtende Landesschiedsstelle die Konflikte schlichten (§ 115 SGB V). Über den Erfolg dieser Schiedsstelle läßt sich nur spekulieren, da zu berücksichtigen ist, daß sie mit Vertretern der Vertragspartner besetzt wird - in diese Konstellation scheint selbst der Gesetzgeber kein großes Vertrauen zu setzen, da er, wie oben bereits angeführt, bestimmte, daß bei einer (auch teilweisen) Nichteinigung bis zum 31.12.1990 von der Landesre-

74 Nach Vollmer (1989: 62) wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen mit in die Pflicht genommen: "Sie können nicht mehr durch Einflußnahme im Hintergrund einen Vertragsschluß verhindern, sondern sind (als Körperschaften des öffentlichen Rechts) von Gesetzes wegen gehalten, aktiv auf ein zügiges Zustandekommen von Verträgen über die Einführung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung einzuwirken".

gierung per Rechtsverordnung die Inhalte der Verträge festzusetzen seien. Obwohl bereits erste Arbeitspapiere und Entwürfe hinsichtlich einer Rahmenempfehlung zu prä- und poststationärer Behandlung von den Vertragsparteien erstellt wurden, herrscht insgesamt eine skeptische Einschätzung der Umsetzungsmöglichkeiten vor.

5 Zusammenfassung

Die Reformversuche zur Einführung einer prästationären Diagnostik und einer poststationären Therapie waren in die Diskussion zur stärkeren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor eingebunden. Die scharfe Trennung zwischen beiden Versorgungsbereichen ist ein typisch deutsches Phänomen, und es wurde bereits seit Jahrzehnten der Versuch unternommen, eine "Normalisierung" zwischen beiden Sektoren herzustellen.

Hatten die Krankenkassen ursprünglich die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung ihrer Versicherten abzuschließen, so waren diese Verträge zumindest so lange unstrittig, wie den Krankenkassen der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung oblag. Erst mit dem Übergang des Sicherstellungsauftrages von den Krankenkassen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahre 1931 traten zunehmend Schwierigkeiten auf: Während die niedergelassenen Ärzte ein Behandlungsmonopol im ambulanten Bereich anstrebten, sahen die Krankenkassen in den Verträgen mit den Krankenhäusern über ambulant zu erbringende Leistungen ein ihnen auch weiterhin zustehendes originäres Recht. Mit unterschiedlichen Strategien versuchten die niedergelassenen Ärzte seit Anfang der 30er Jahre die Krankenhäuser aus dem Bereich der ambulanten Versorgung herauszudrängen und ihn für sich zu monopolisieren. Das immer wiederkehrende und sich zum Stereotyp entwickelnde Argument der Ärzte beinhaltete ihre (ideologische) Furcht vor der Entstehung von Ambulatorien.

Während in den 40er Jahren und Anfang der 50er Jahre noch eine gewisse Rechtsunsicherheit vorherrschte, wurde diese durch das Gesetz über das Kassenarztrecht aus dem Jahre 1955 beseitigt. Durch dieses Gesetz vollzog sich eine klare Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor insoweit, als den niedergelassenen Ärzten das Ambulanzmonopol zuerkannt wurde. Seitdem sind mehrere vergebliche Versuche unternommen worden, eine gewisse Durchlässigkeit der Ver-

sorgungsformen zu erreichen. Nach Einschätzung der niedergelassenen Ärzte war diese Durchlässigkeit jedoch bereits durch belegärztliche Tätigkeit auf der einen Seite und die Beteiligung bzw. Ermächtigung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung auf der anderen Seite erreicht. Beide Versorgungsformen tangierten das Ambulanzmonopol nicht.

Die ersten Vorschläge zur Einführung einer prästationären Diagnostik und poststationären Therapie wurden Anfang der 60er Jahre im Zuge der Diskussion um die Krankenversicherungsreform eingebracht. Diese Vorschläge stammten ursprünglich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die einige RVO-Kassen zur Einbringung eines Ergänzungsvorschlages in die gesetzlichen Beratungen gewinnen konnte. Im Bundesarbeitsministerium wurden diese Vorschläge wohlwollend registriert und in den Gesetzentwurf zur Krankenversicherungsreform aufgenommen. Die DKG begründete ihre Initiative vor allem damit, daß durch die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie eine Verkürzung der Verweildauer erreicht werden könnte, die sich in doppelter Weise positiv für die Krankenhäuser auswirke: Auf der einen Seite brauchten keine Investitionskosten für zusätzlich benötigte Betten aufgebracht werden, da die vorhandenen Betten aufgrund des höheren Durchlaufs von Patienten optimaler ausgelastet werden könnten. Auf der anderen Seite würde im Pflegebereich solange kein zusätzliches Personal benötigt, wie keine zusätzlichen Betten erstellt würden. Berechnungen der auf diese Weise einzusparenden Kosten bewegten sich im dreistelligen Millionenbereich. Der Zwang der Krankenhäuser zu Kosteneinsparungen war zu dieser Zeit vor allem durch deren Finanzierungsstruktur bedingt: Zum einen mußten die Krankenhausträger für Investitionskosten selbst mit aufkommen und waren bei der Vergabe von Zuschüssen, je nach Land und Kommune unterschiedlich, auf die jeweilige Finanzkraft der öffentlichen Haushalte angewiesen. Zum anderen konnten sie aufgrund gesetzlicher Regelungen keine kostendeckenden Pflegesätze von den gesetzlichen Krankenkassen verlangen, so daß sie die Behandlung der sozialversicherten Patienten bezuschußten. Diese beiden Faktoren, zu denen eine fortschreitend veralternde Bausubstanz der Krankenhäuser und eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit der Versicherten hinzukamen, brachten die Krankenhausträger in eine zunehmend prekärere Haushaltslage. In dieser Situation versprachen sie sich von der Einführung einer prä- und poststationären Versorgungsmöglichkeit eine Entlastung ihrer angespannten Budgets.

Die durchgehend negative Reaktion der niedergelassenen Ärzte auf diese Vorschläge lag in ihrer Sorge begründet, daß mit der vor- und nachstationären Behandlung von Patienten eine Maßnahme zur schrittweisen Einführung von Krankenhausambulatorien verbunden sein könnte. Da sie ihr Ambulanzmonopol verteidigen wollten, das sie 1955 durch das Gesetz über das Kassenarztrecht errungen hatten, lehnten sie von vorneherein jegliche Verhandlungsbereitschaft ab.

Das letztendliche Scheitern der Diskussionen um die Krankenversicherungsreform zu Anfang der 60er Jahre war auf die Unvermittelbarkeit gegensätzlicher Interessen innerhalb der Koalitionsfraktionen sowie innerhalb des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik über Fragen der Lohnfortzahlung sowie Kostenbeteiligungen der Versicherten zurückzuführen. Die Diskussion um die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie hat hierbei keine entscheidende Rolle gespielt. Mit der Einstellung der parlamentarischen Beratungen zum Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz war auch der erste Versuch gescheitert, zu einer gesetzlichen Regelung dieser Behandlungsformen zu gelangen.

War das Thema prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie in den 60er Jahren vor allem unter Kostengesichtspunkten diskutiert worden, so mischten sich in diese Anfang der 70er Jahre wieder auflebende Diskussion Vorstellungen hinein, die grundlegende strukturelle Änderungen zum Ziel hatten. Hierzu zählten besonders die Diagnosen des Wirtschaftswissenschaftlichen Institutes des DGB, die das deutsche Gesundheitswesen als in einem hohen Maße ineffektiv und ineffizient beschrieben. Gestützt wurden diese Diagnosen auch von Autoren, die nicht den Gewerkschaften zuzurechnen waren.

Von dieser Zeit an gewann die Diskussion um vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie einen eher strategischen Stellenwert, da sie als ein Element unter anderen bei dem Versuch der Durchsetzung grundlegender Strukturänderungen im deutschen Gesundheitswesen angesehen wurde. Diese strukturellen Änderungsversuche wurden vor allem im Bundesarbeitsministerium vorbereitet und fanden ihren Ausdruck seit Mitte der 70er Jahre in Entwürfen zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

Die spezifisch auf prä- und poststationäre Behandlung ausgerichtete Diskussion hatte Anfang der 70er Jahre der Bundesverband der Ortskrankenkassen und nicht wie in den 60er Jahren die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgenommen. Auch zeigte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu dieser Zeit am Abschluß einer Empfehlungsvereinbarung nicht mehr sehr interessiert, da sich für sie die Rahmenbedingun-

gen grundlegend geändert hatten: Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahre 1972 hatten Bund und Länder die Verantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser übernommen und zugleich die Krankenkassen dazu verpflichtet, den Krankenhäusern kostendeckende Pflegesätze zu bezahlen. Damit entfielen für die Krankenhausträger vorerst Sparmotive. In dieser Situation, in der den Krankenhäusern erstmals in ihrer Geschichte die volle Finanzierung der ihnen entstehenden Kosten gewährleistet war, zeigten sie wenig Bereitschaft, mit den Krankenkassen eine Empfehlungsvereinbarung über vor- und nachstationäre Behandlung zu verabschieden. Von jetzt an stellten derartige Behandlungsformen nur höhere Belastungsfaktoren für die Krankenhäuser dar: Da die Patienten, die die vom Krankenhaus vorgehaltenen Betten belegten, über einen die gesamten Kosten deckenden Pflegesatz abgerechnet werden konnten, bedeuteten vor- und nachstationär in Behandlung befindliche Patienten sowohl für die angestellten Ärzte als auch das Pflegepersonal nur ein Mehr an Arbeit; denn alle zu einem nicht variablen Gehalt im Krankenhaus beschäftigten Gruppen dürften wenig Interesse an einer erhöhten Patientenfrequenz haben.

Daß die Ortskrankenkassen im Jahre 1974 den Vorschlag zu einer Empfehlungsvereinbarung über vor- und nachstationäre Behandlung aufgegriffen hatten, konnte einerseits auf Kostengesichtspunkte zurückgeführt werden, andererseits stand bei ihnen aber auch die Strategie dahinter, durch eine Vereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Koalitionspartner gegen die niedergelassenen Ärzte aufbieten zu können. Die gesetzlichen Krankenkassen wollten sich auf diese Weise ein zusätzliches Verhandlungspotential gegenüber den niedergelassenen Ärzten verschaffen.

Wenn man sich das relative Desinteresse der Krankenhäuser an prä- und poststationärer Behandlung vergegenwärtigt, wird verständlich, warum die Empfehlungsvereinbarung keine ungeteilte Zustimmung der DKG gefunden hatte, sondern von dem Ergebnis der Durchführung von Modellversuchen abhängig gemacht werden sollte. Mit der hierdurch eingeleiteten Verzögerung war zeitlich gesehen für interessierte Akteure ein erheblicher Aktionsspielraum gewonnen worden. Zu diesen Akteuren zählten vor allem die Ärzteverbände, die zuerst die Modellversuche zu blockieren und bei ihrer letztendlichen Durchführung die Ergebnisse in ihrem Sinne zu interpretieren versuchten.

Weniger Zeit als die beteiligten Verbände glaubte man im Bundesarbeitsministerium zu haben. Hier war man aufgrund der Diskussion um die Kostenexplosion seit dem Jahre 1975 mit der Erarbeitung von Ent-

würfen zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz befaßt. Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wurde vom BMA mehr in Form der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie gesehen als in einer Ausweitung des Belegarztsystems oder der Beteiligung bzw. Ermächtigung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung. In dieser Frage jedoch mußten Zugeständnisse an die Mit-Regierungspartei FDP gemacht werden. Denn die FDP hatte in ihren gesundheitspolitischen Grundsätzen nur die als ärztfreundlich anzusehenden Beteiligungsformen der Belegarztstätigkeit und der Ermächtigung in ihr Programm aufgenommen. Als Konzession an die FDP wurde vom SPD-dominierten Bundesarbeitsministerium ein Gesamtpaket mit allen Verzahnungsmöglichkeiten geschnürt.

Die Diskussion um die Einführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz verlief aufgrund der differenten Positionen der verschiedenen Parteien und Interessengruppen kontrovers. Auf seiten der Verbände der niedergelassenen Ärzte wurde diese Behandlungsform durchweg abgelehnt, aber auch der Marburger Bund signalisierte keine Zustimmung, da den von ihm vertretenen angestellten Krankenhausärzten nur ein Mehr an Arbeit aufgebürdet würde. Außerdem stand der Marburger Bund in der schwierigen Situation, Ärzte vertreten zu müssen, die sich zur Zeit noch in einem Angestelltenverhältnis befanden, aber z.T. die Niederlassung in einer kassenärztlichen Praxis vor Augen hatten. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach sich gegen eine sofortige Einführung von prä- und poststationärer Behandlung aus und schlug mit der Forderung nach Durchführung von Modellversuchen eine Verzögerungstaktik ein.

Ebenso gab es auf Krankenkassenseite keine durchgängige Zustimmung zu den Vorschlägen zur Regelung einer prä- und poststationären Behandlung, da im Gegensatz zu den RVO-Kassen die Ersatzkassen für ein Abwarten der Modellversuche plädierten. Ihre Stellungnahme war zum einen aus ihrem bereits immer als "gut" bezeichneten Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten und zum anderen aus ihrer Konkurrenzsituation zu den RVO-Kassen heraus erklärbar.

Die im Entwurf des KVKG enthaltenen Vorschläge zur prästationären Diagnostik und poststationären Therapie wurden von Teilen der FDP und von der CDU/CSU zu blockieren versucht. In dieser Situation hatte sich noch eine interessante Konstellation zwischen Bundes- und Länderebene insoweit ergeben, als die SPD auf Bundesebene mit der FDP eine Koalition eingegangen war, während sich die FDP im Saar-

land und in Niedersachsen zu einer Koalition mit der CDU bereitgefunden hatte. Aus dieser Konstellation erklärten sich auch die Schwierigkeiten im Bundesrat, indem eine Annahme oder Ablehnung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes lange Zeit als ungewiß galt. Sowohl die CDU-Opposition im Bundestag als auch die CDU-regierten Bundesländer machten erhebliche Bedenken gegen die Einführung prä- und poststationärer Behandlung geltend, so daß das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz mit einer Reihe weiterer Änderungsanträge dem Vermittlungsausschuß von Bundestag und Bundesrat überwiesen wurde. Während in diesem Vermittlungsverfahren die saarländische CDU/FDP-Koalition relativ frühzeitig eine Zustimmung zu dem Gesetz signalisierte, war die niedersächsische CDU/FDP-Landesregierung hierzu längere Zeit nicht bereit. Um die Koalition in Niedersachsen nicht scheitern zu lassen, hat Ministerpräsident Albrecht im Vermittlungsausschuß schließlich einem Kompromiß zugestimmt. Dieser besagte, daß die Durchführung prästationärer Diagnostik und poststationärer Therapie nur erfolgen dürfe, wenn sie durch den einweisenden Kassenarzt ausdrücklich genehmigt wurde. Auf diese Weise verblieb die Entscheidung über die Durchführung einer derartigen Behandlungsform ausschließlich bei den niedergelassenen Ärzten. Damit aber war der gefundene "Kompromiß" als ein Sieg der niedergelassenen Ärzte zu werten.

Seit Anfang der 80er Jahre waren es nicht mehr nur die Krankenhäuser, sondern nun wiederum auch die Krankenkassen, die eine Umsetzung prä- und poststationärer Behandlungsformen verzögerten, weil sie diesen Bereich als variable Verhandlungsmasse strategisch in die Verhandlungen mit den niedergelassenen Ärzten einbrachten.

Mit der Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz Ende der 80er Jahre wurde prä- und poststationäre Versorgung wieder zu einem politischen Thema: Im Gesetz ist festgelegt, daß es statt zweiseitiger nun dreiseitige Verträge zwischen den Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen geben muß. Auf diese Weise sollen die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme an Verhandlungen über diesen Bereich gezwungen werden. Durch die von der FDP und CSU durchgesetzte Verhandlungslösung anstelle einer politischen Lösung dürfte aufgrund des Desinteresses der niedergelassenen Ärzte an prä- und poststationären Behandlungsmöglichkeiten ein Scheitern vorhersehbar sein.

Kapitel 3

Die Auseinandersetzungen um die Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Einleitung

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein Sektor des Gesundheitssystems, der sich von anderen Sektoren dieses gesellschaftlichen Teilsystems vor allem dadurch unterscheidet, daß keine unmittelbaren Beziehungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorherrschen. Diese Stellung des ÖGD im Gesundheitssystem bedeutet jedoch nicht gleichzeitig auch eine Unabhängigkeit von Entscheidungen, die im Bereich der GKV getroffen werden. Eher sind es mittelbare Auswirkungen von Reformversuchen im Rahmen der GKV, die den ÖGD teilweise stärker tangiert haben als unmittelbar auf ihn selbst ausgerichtete Reformvorhaben. Da der Gesetzlichen Krankenversicherung im Laufe der historischen Entwicklung eine immer höhere Priorität eingeräumt wurde, konnte sich der öffentliche Gesundheitsdienst immer weniger in Aufgabefeldern behaupten, die auch von der GKV wahrgenommen werden konnten. Dieses sich verstärkende Ungleichgewicht zum Nachteil des ÖGD war gleichzeitig aber auch abhängig von einer Reihe von Akteuren, die dieser Entwicklung nicht nur nicht gegengesteuert, sondern sie zum Teil aktiv mit hervorgebracht haben - an vorderster Stelle sind hier die Bundesländer und die Kommunen zu nennen.

Durch diese Entwicklungsprozesse bedingt, stellt der öffentliche Gesundheitsdienst heute nicht mehr (oder noch nicht wieder?) die vielbeschworene "dritte Säule" des Gesundheitssystems dar, sondern ist eher als ein Randbereich innerhalb dieses gesellschaftlichen Teilsystems anzusehen.¹ Diese schwache Position ist unter anderem das Ergebnis von

1 Zur Gewichtsverlagerung zwischen den Sektoren ambulanter und stationärer Versorgung, die durch die GKV finanziert werden, und dem ÖGD vgl. die Ausführungen von Wolters (1974: 728/729).

zwei sich kumulativ verstärkenden Entwicklungen: Auf der einen Seite wurden politische Steuerungsversuche, die auf eine Kompetenzerweiterung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zielten, von interessierter Seite blockiert, während auf der anderen Seite von denselben Akteuren politische Steuerungseingriffe präferiert wurden, die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes an Akteure im GKV-Bereich übertragen sollten. Hierdurch wurden die Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes reduziert.²

Im ersten Abschnitt wird gezeigt, daß der öffentliche Gesundheitsdienst historisch gesehen in der heute bekannten Form ein "Kunstgebilde" darstellt, da er mittels politischer Steuerungseingriffe aus einer künstlichen Integration von zwei vormals unabhängigen Entwicklungspfaden hervorgegangen ist. Die Zusammenführung des einen Entwicklungsstranges, der durch eine "Aufsichtsfunktion" gekennzeichnet ist, mit dem anderen, der als "Fürsorgefunktion" bezeichnet werden kann, war von Anfang an nicht unproblematisch. Das grundsätzliche Problem besteht bis heute darin, daß dem öffentlichen Gesundheitsdienst von externen Akteuren oftmals nur die negativ besetzte Aufsichtsfunktion attribuiert wird, die zweite, als gleichwertig zu bezeichnende Fürsorgefunktion jedoch kaum beachtet wird.

Die vielfältigen direkten wie auch indirekten politischen Steuerungsversuche, denen der öffentliche Gesundheitsdienst im ersten Nachkriegsjahrzehnt als dem politisch-administrativen System zugeordneter Sektor ausgesetzt war, stehen im Mittelpunkt des zweiten Abschnitts. Die politischen Interventionen in den ersten Jahren nach 1945 tangierten nicht nur die Inhalte des Aufgabenspektrums, sondern auch die politische Zuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie haben in beiderlei Hinsicht für den öffentlichen Gesundheitsdienst und seine institutionelle Verkörperung, das Gesundheitsamt, eine neue Lage geschaffen: Inhaltlich mußten die Gesundheitsämter einen Teil ihrer bisherigen Aufgabenausrichtung revidieren, denn mit dem Ende des Nationalsozialismus wurde ihre während dieser Zeit forcierte Ausrichtung auf die Erb- und Rassenhygiene beendet. Formalrechtlich ging die noch bestehende Reichskompetenz auf die einzelnen Bundesländer über. Einige Bundesländer haben die Gesundheitsämter sogleich dem kommunalen Verantwortungsbereich übertragen. Diese Entwicklung implizierte, daß nach 1945 der Verein-

2 Bildlich beschreibt Pfau (1978: 428) den Zustand des ÖGD folgendermaßen: "Er ist zum Skelett abgemagert und blutarm, seine Muskulatur ist geschrumpft. Die zu seiner Heilung Berufenen haben bisher an den Symptomen kuriert".

heitlichungsgedanke des "Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" (GVG) wegen der "Zuständigkeitszersplitterung" konkariert wurde. Während das ursprüngliche Ziel des GVG, unterschiedliche Aufgabenbereiche in einem Amt zu vereinigen, beibehalten wurde, wurde das zweite Ziel, eine einheitliche politische Zuständigkeit für die Gesundheitsämter zu erreichen, nicht weiterverfolgt. Nachdem kein alleinzuständiger politischer Akteur für die Gesundheitsämter mehr vorhanden war, entwickelten sie sich sowohl personell als auch finanziell völlig unterschiedlich. Jedoch mußten die Gesundheitsämter, ob in landesrechtlicher oder kommunaler Verantwortung, aufgrund der durch das GVG vollzogenen künstlichen Integration auch nach 1945 weiterhin zwei Aufgabenbereiche, die Gesundheitsaufsicht und die Gesundheitsfürsorge, gleichzeitig wahrnehmen. Damit war eine Rückkehr auf den Status quo der Weimarer Republik, in der es unabhängig voneinander eine staatliche Gesundheitsaufsicht und eine kommunale Gesundheitsfürsorge gegeben hatte, nicht möglich.

Diese Aufgabenverquickung in einem Amt erwies sich bereits in den 50er Jahren als problematisch, da mit der zunehmenden Diskussion um eine Sozialreform vor allem gesundheitsfürsorgerische Aufgaben zu einem zentralen Thema wurden. Schon zu dieser Zeit wurde die Frage nach der Effektivität der Gesundheitsämter im Vergleich zu den Sozialleistungsträgern gestellt.

Im dritten Abschnitt wird mittels einer Fallanalyse der Versuch von Akteuren auf bundespolitischer Ebene in den 60er Jahren dargestellt, die Stellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes innerhalb des Gesundheitssystems zu stärken. Dieser Versuch sollte dem öffentlichen Gesundheitsdienst zumindest eine Koordinationsfunktion im Aufgabenbereich der Gesundheitsvorsorge zuweisen. Daß es hierzu nicht gekommen ist, lag zum einen an der Blockadehaltung der niedergelassenen Ärzte, zum anderen vor allem aber an den Bundesländern, deren Negativvotum eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes verhindert hat. In diesem Zusammenhang kann aber nur von einer Scheinkoalition zwischen Ärzteschaft und Bundesländern gesprochen werden, da jeder dieser Akteure eine andere Intention verfolgte: Die Ärzteschaft beabsichtigte, ihren Aufgabenbereich auszuweiten und Kompetenzen hinzuzugewinnen, während die Bundesländer keine verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten im Gesundheitssektor an den Bund verlieren wollten. Wegen des krassen Gegensatzes zwischen dem großen Aufgabenspektrum und dem geringen Personalpotential hätte die Übernahme umfassender Präventionsaufgaben für die Bevölkerung vom öffentlichen Gesundheitsdienst rein personell

zwar nicht geleistet werden können, eine Koordinationsfunktion für diesen Präventionsbereich hätte er jedoch erfüllen können. Die letztendliche Übertragung von Präventionsmaßnahmen an die niedergelassene Ärzteschaft hat schließlich zu einer weiteren Kompetenzreduktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes beigetragen.

Die Reformversuche der Bundesländer, die darauf abzielten, den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur gemäß ihrer Kompetenz zu verwalten, sondern ihn als einen Sektor des Gesundheitssystems aktiv zu gestalten, sind Thema des vierten Abschnitts. Das Ergebnis ist eher negativ ausgefallen, da sich die Bundesländer beim Versuch einer Neustrukturierung des ÖGD selbst blockiert haben: Obwohl in der Konferenz der für das Gesundheitswesen der Länder zuständigen Minister und Senatoren noch eine gemeinsame Rahmenrichtlinie für den ÖGD vereinbart werden konnte, ist ihre Umsetzung in den einzelnen Bundesländern in den beiden letzten Jahrzehnten kaum erfolgt. Erst in den 80er Jahren ist Bewegung in die Diskussion um den Stellenwert des ÖGD im Gesundheitssystem gekommen - ausgelöst vor allem durch die (Wieder-) Entdeckung bevölkerungsmedizinischer Probleme, die individualmedizinisch nicht bewältigt werden können: Gesundheitsförderung, gesundheitlicher Umweltschutz, neue, seuchenähnliche Krankheitsbilder sowie epidemiologische Fragestellungen.

1 Die politische Entscheidung für einen öffentlichen Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist historisch gesehen aus zwei Entwicklungspfaden mit unterschiedlichen Aufgabenspektren hervorgegangen³: Zum einen gab es die Kreisphysiker, denen vor allem Aufgaben im Bereich der Gesundheitsaufsicht oblagen (vgl. Huerkamp 1985: 14; Schaefer/ Blohmke 1978: 29; Faerber 1969: 401), und zum anderen die Stadtärzte, die hauptsächlich für soziale Aufgaben im Bereich der Gesundheitsfürsorge zuständig waren (vgl. Daniels 1958). Beide Berufsgruppen wurden unter der Bezeichnung "öffentlicher Gesundheitsdienst" zusammengefaßt. Ähnlich wie die Kreisphysiker, die in einem langsam fortschreitenden Prozeß eine staatliche Anstellung erhielten, wurden auch

3 Zur Entwicklung des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens vgl. überblickhaft Labisch (1982 und 1986).

die Stadtärzte von den Kommunen zunehmend hauptamtlich angestellt (vgl. Stürzbecher 1973: 121; 1978).⁴ Beide Berufsgruppen befanden sich aufgrund ihres Anstellungsverhältnisses in einer abhängigen Position von den Akteuren des politisch-administrativen Systems.

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts überschritten sich die Tätigkeitsmerkmale der Kreisphysiker auf der einen und die der Fürsorgeärzte auf der anderen Seite in einem immer stärkeren Maße. Daher wurde seit Beginn der Weimarer Republik verstärkt über die Möglichkeit oder sogar die Notwendigkeit diskutiert, statt zwei, nicht kompetenzmäßig deutlich voneinander abgegrenzter Berufsgruppen nur einen, dafür aber umfassend zuständigen Beruf zu schaffen (vgl. Trüb 1964: 325/326).⁵

Die in der Weimarer Republik geführte Reformdiskussion fand im "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" (GVG) vom Juli 1934 ihren Abschluß.⁶ Dieses Gesetz führte die beiden Aufgabenbereiche der Gesundheitsaufsicht und der Gesundheitsfürsorge organisatorisch in der Institution Gesundheitsamt zusammen. Zugleich wurde der Begriff "öffentlicher Gesundheitsdienst" geschaffen, der an die Stelle des bis dahin verwendeten Begriffs "öffentliches Gesundheitswesen" trat (Hopf/ Moritzen 1978: 21).⁷ Durch das GVG sowie die im Jahre

4 Die erste hauptamtliche Anstellung von Stadtärzten erfolgte 1883 in Frankfurt und 1888 in Stuttgart (Sachße/ Tennstedt 1988: 29).

5 Zu dieser Zeit setzte im Zuge einer verstärkt in Angriff genommenen sozialpolitischen Gesetzgebung für den öffentlichen Gesundheitsdienst die Problematik ein, daß verschiedene sozialpolitische Versicherungsträger für ihren je spezifischen Bereich eigene Ärzte anzustellen begannen (Hopf/ Moritzen 1978: 22). Mit der Einführung des sogenannten "Durchgangsarztes" in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren Unfallverletzter wurde auf die weitere Mitwirkung der Kreis- und Bezirksärzte bei der Begutachtung Unfallverletzter verzichtet. Im Jahre 1926 hatte das Reichsversicherungsamt den Erlaß über die Inanspruchnahme der Kreis- und Bezirksärzte auch für die Begutachtung im Rahmen der Sozialversicherung außer Kraft gesetzt, so daß von diesem Zeitpunkt an die einzelnen Zweige der Sozialversicherung eigene sozial- und arbeitsmedizinische Gutachterdienste schufen. Eigenständige ärztliche Dienste entwickelten sich bei

- der Gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Arbeiterrentenversicherung,
- der Arbeitsverwaltung,
- der Versorgungsverwaltung,
- der Gewerbeaufsicht und
- der Polizei (Hopf/ Moritzen 1978: 23).

6 Dieses Gesetz baute weitgehend auf dem Preußischen Kreisarztgesetz von 1899 auf (vgl. Trüb 1964: 337).

7 Zur umfassenden Diskussion der Entstehung und Zielrichtung dieses Gesetzes siehe Labisch/ Tennstedt (1984: 291-298; 1985).

1935 hierzu erlassenen drei Durchführungsverordnungen wurden die bisherigen Kreisarztgesetze der Länder ersetzt (Daniels 1958: 50).⁸

Das "Vereinheitlichungsgesetz" hat die Aufgabenbereiche des öffentlichen Gesundheitswesens in Form des öffentlichen Gesundheitsdienstes konzentriert, die in der Weimarer Republik auf mehrere Behörden verteilt waren, obwohl bereits die Weimarer Verfassung der Reichsregierung das Hoheitsrecht auf diesem Gebiet vorbehalten hatte.⁹ Die propagierte "Vereinheitlichung" des Gesundheitswesens traf jedoch bereits zu Beginn der Zeit des Nationalsozialismus auf finanzielle Restriktionen. Da der ausschließlich staatliche Aufbau von Gesundheitsämtern an finanziellen Erwägungen scheiterte und ihre Errichtung als kommunale Ämter zu einer Vielgestaltigkeit und Unübersichtlichkeit geführt hätte, blieb nach Ansicht der politischen Akteure nur die Möglichkeit, die Gesundheitsämter dort staatlich aufzubauen, wo neu aufgebaut werden mußte, und sie in den Fällen in kommunaler Regie zu belassen, wo bereits entsprechende Einrichtungen in den großen Städten vorhanden waren. Die ärztlichen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter waren aber als *staatliche Auftragsangelegenheiten* durchzuführen (Gütt 1935: 85/86 - Ministerialdirektor aus dem Reichsministerium des Innern).

-
- 8 Während Labisch/ Tennstedt (1985) nachzuweisen versuchen, daß dieses Gesetz ein ausschließlich nationalsozialistisches ist, sind ältere Autoren eher der Ansicht, daß die Nationalsozialisten seine Verabschiedung zwar forciert haben und nationalsozialistisches Gedankengut vor allem zur Erb- und Rassenhygiene eingeflossen ist, daß dieses Gesetz aufgrund der bereits jahrelangen Diskussionen jedoch nicht als ein nationalsozialistisches angesehen werden kann. So schreibt Rainer (1949: 128), die Vereinheitlichung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wäre auch ohne den Nationalsozialismus zustande gekommen. Und Pürckhauer (1954: 280) führt aus, es sei verwunderlich, daß für die Pflege der Gesundheit erst so spät fachliche Gesundheitsbehörden geschaffen wurden. "Sie waren ja schon lange vor und besonders in der Weimarer Zeit von Fachleuten in immer stärkerem Maße gefordert worden, wobei auf die Existenz solcher Ämter in der oberen und unteren Verwaltungsebene in anderen Ländern hingewiesen werden konnte" (vgl. auch Trüb 1964: 333).
- 9 Recht anschaulich beschreibt Pürckhauer (1954: 281) die Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens in der Weimarer Republik: "Neben den amtlichen Ärzten, den Kreis- und Bezirksärzten, die als technische Gesundheitsbeamte der unteren Verwaltungsbehörden fungierten, standen Kommunalärzte, die von fortschrittlichen Städten und Kreisen für sozialhygienische Maßnahmen eingesetzt waren, standen freie Ärzte, die aus Interesse an diesen Disziplinen der Medizin teils aus eigenem Antrieb, teils auf Veranlassung Dritter fürsorgliche ärztliche Aufgaben übernommen hatten. Mit den Kommunen wetteiferten Vereine, karitative Organisationen, Träger der Sozialversicherung, die Kirche; sie errichteten Anstalten, Untersuchungs-, Beratungs- und Fürsorgestellen. Sie alle arbeiteten auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes teils miteinander, teil nebeneinander und auch gegeneinander. Hier Wandel zu schaffen, war auch ärztlich gesehen ein Gebot der Stunde".

Die in den größeren Städten bereits bestehenden Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens wurden nun organisatorisch als "Gesundheitsamt" zusammengefaßt, während in ländlichen Bereichen Gesundheitsämter völlig neu geschaffen werden mußten.

Mit dem Vereinheitlichungsgesetz, das auch als "reines Organisationsgesetz" bezeichnet wird (Reuter 1982: 200), ist nicht einmal eine organisatorische Vereinheitlichung erreicht worden, da die Gesundheitsämter der Großkommunen, bis auf die Person des Amtsarztes, kommunal blieben. Als ein weiterer entscheidender Nachteil des Gesetzes wird angesehen, "daß es von vornherein unvollkommen angelegt war. Die Fürsorge für Säuglinge und besonders für Kleinkinder war kaum, die Schulgesundheitspflege war ungenügend geregelt, weil diese Bereiche einer besonderen NS-Jugendgesetzgebung vorbehalten bleiben sollten, zu der es allerdings nie gekommen ist" (Reuter 1982: 200). Diese Defizite wurden auch nach 1945 nicht beseitigt.

Für den ländlichen Bereich wurde die Schaffung von Gesundheitsämtern durch das GVG eher positiv bewertet, während es für die größeren Kommunen eine Stagnation, wenn nicht gar einen Rückschritt bedeutete. Vor allem für die mit der Gesundheitsaufsicht befaßten Kreis- und Bezirksärzte hatte die Schaffung von Gesundheitsämtern positive Folgen, weil ihnen nicht mehr nur ein Raum bei der Polizeibehörde zugewiesen wurde, sondern weil sie nun in einem neuen Amt in eigene Räumlichkeiten einziehen konnten (Interviewaussage).

Nach der Verabschiedung des GVG und der drei Durchführungsverordnungen fand Mitte der 30er Jahre ein politisch motivierter umfassender Austausch von Amtsärzten statt, da viele der bisherigen vor allem im gesundheitsfürsorgerischen Bereich engagierten Ärzte ihrer Ämter enthoben wurden und/oder emigrierten (Stürzbecher 1973: 122). Durch diesen Personalaustausch ging in einem hohen Maße die Tradition der Sozialmedizin verloren, an die aufgrund des Fehlens einschlägig engagierter Ärzte nach 1945 nur in geringem Maße angeknüpft werden konnte.

2 Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Restauration und Reform in den 40er und 50er Jahren

Mit dem GVG und seinen drei Durchführungsverordnungen ist auf Reichsebene eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden, die nach

1945 für die Länder und Kommunen weiterhin Bestand hatte. Da der Auf- und Ausbau von Gesundheitsämtern vor allem während des Krieges stagnierte, lag nach 1945 die Höhe der finanziellen und personellen Aufwendungen für die Erfüllung des mit dem GVG geschaffenen großen Aufgabenkatalogs im Ermessen der Länder und Kommunen. Während einige große Kommunen - in Anknüpfung an ihre gesundheitsfürsorgereichen Aktivitäten vor Erlass des GVG - die Gesundheitsämter mit den erforderlichen Mitteln ausstatteten, wurden besonders in kleinen Kommunen und ländlichen Bezirken die Gesundheitsämter als Ein-Mann-Ämter betrieben. Diese personelle Unterbesetzung und finanzielle Unterausstattung im Vergleich zum Aufgabenkatalog ließ zunehmend die Frage aufkommen, ob die Gesundheitsämter den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden können oder ob eine Übertragung vor allem präventiver Aufgaben an andere Leistungsträger erfolgen sollte. Diese Fragen wurden bereits Anfang der 50er Jahre thematisiert und im Zuge der Diskussion um eine Sozialreform immer wieder aufgegriffen. Den politischen Akteuren auf Bundesebene ging es hierbei vorrangig um die Schaffung gleicher Inanspruchnahmemöglichkeiten zur gesundheitlichen Vorsorge. Die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit führten zu Überlegungen, die Sozialleistungsträger, und hier besonders die Gesetzliche Krankenversicherung, in die Durchführung von Vorsorgemaßnahmen mit einzubeziehen. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutete diese Diskussion den Anfang eines sukzessiven Kompetenzenentzugs im präventiven Bereich.

2.1 Die Übertragung der Zuständigkeit von der Reichs- in die Länderkompetenz

Wie in anderen Sektoren des Gesundheitssystems wurden nach 1945 auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst Reformüberlegungen hinsichtlich seiner strukturellen Einbindung angestellt: Hier war zwischen der Alternative einer Übernahme von der Reichs- in die Bundeskompetenz oder einer Übertragung der Verantwortlichkeit an die Bundesländer zu entscheiden. Zudem mußte die Frage beantwortet werden, inwieweit das 1935 in Kraft getretene Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens weiterhin als Grundlage für den öffentlichen Gesundheitsdienst dienen konnte. Die Besatzungsmächte entschieden, daß das GVG nicht als ein Gesetz mit nationalsozialistischem Gedankengut einzustufen sei, so daß nach 1945 lediglich ein Paragraph in den Durchfüh-

rungsverordnungen geändert wurde (Pürckhauer 1954: 280). Abgesehen von dieser Änderung gilt es in seiner ursprünglichen Form bis heute in den Bundesländern, die bisher kein Landesgesundheitsgesetz verabschiedet haben. Die strukturelle Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde dagegen grundlegend revidiert, da nach 1945 keine Übernahme aus der Reichs- in die Bundeskompetenz erfolgte. Dem Bund wurde nur auf wenigen Gebieten die konkurrierende Gesetzgebung im Gesundheitswesen zugesprochen (vgl. im einzelnen Stralau 1960: 164/165); der öffentliche Gesundheitsdienst gehörte nicht dazu, sondern die gesamte Exekutive für diesen Sektor wurde den Ländern übertragen. Somit gingen die Gesundheitsämter in den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Landesregierungen über. Vor allem diejenigen Bundesländer, die bereits vor 1933 eine gewisse Tradition in der kommunalen Gesundheitsfürsorge entwickelt hatten, strebten in einem weiteren Schritt sogleich eine Kommunalisierung der Gesundheitsämter an (Trüb 1964: 328/329). Hierzu gehörten Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen¹⁰ und Schleswig-Holstein. Aufgrund der Einbindung des ÖGD in die föderalistische Struktur der Bundesrepublik Deutschland wurde nach 1945 auch von seiner "Zersplitterung" gesprochen (Labisch 1986: 301).

Inwieweit der oftmals benutzte Terminus "Zersplitterung" seine Berechtigung hat, möge dahingestellt bleiben, da der öffentliche Gesundheitsdienst in der kurzen Zeit seiner "Vereinheitlichung" sicherlich nicht zu einer wie auch immer gearteten Einheit finden konnte. Die Zeit von 10 Jahren (1935-1945) dürfte insofern zu kurz gewesen sein, als zum einen in vielen Landesteilen überhaupt erst Gesundheitsämter aufgebaut werden mußten und zum anderen die Kriegsjahre nicht zu einem Ausbau und einer Stabilisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes beigetragen haben. Ungeachtet dessen hat der Terminus "Zersplitterung" seine Berechtigung wegen der unterschiedlichen Rechtsstellung der Gesundheitsämter in den Bundesländern, in denen eine an regionalen und lokalen Gesichtspunkten orientierte (Weiter-)Entwicklung erfolgte.

Je nach Prioritätensetzung der unterschiedlichen Behörden in den jeweiligen Ländern und Kommunen wurde dem öffentlichen Gesund-

10 "Zur Reorganisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Nachkriegsdeutschland - dargestellt am Beispiel Nordrhein-Westfalen (Britische Besatzungszone) 1945-1949" siehe Sons (1985: 273-277; vgl. auch: ders. 1983).

heitsdienst eine unterschiedliche Aufmerksamkeit zuteil.¹¹ Die Problematik dieser Entwicklung wurde von den Akteuren im ÖGD vor allem darin gesehen, daß bei einer differenten Versorgungslage der Bevölkerung in den verschiedenen Bundesländern und Kommunen keine Chancengleichheit beim Zugang zu öffentlichen Gesundheitsleistungen vorhanden war. Diese Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitsfürsorgenden Leistungen des ÖGD zu "vereinheitlichen", wurde von den in diesem Sektor tätigen Akteuren angestrebt (Interviewaussage).

2.2 Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter

Die Amtsärzte als hauptsächlich betroffene Akteure in den jeweiligen Ländern standen einer (Re-)Kommunalisierung der Gesundheitsämter überwiegend positiv gegenüber, da sie hiervon eine engere und vor allem abgestimmtere Zusammenarbeit mit dem Wohlfahrts- und dem Jugendamt erwarteten, die sie bei einer staatlichen Gesundheitsbehörde nicht gewährleistet sahen. Zudem waren sie der Ansicht, daß das Prinzip, daß zur Selbstverwaltung alles gehört, was örtlich lösbar ist, auch und gerade für das Gesundheitsamt zutreffe (Rainer 1949: 130; Stralau 1953: 417).¹²

Obwohl der Städtetag in einer Resolution dafür plädierte, den Amtsarzt möglichst direkt dem Oberbürgermeister zu unterstellen, ist diese hierarchische Zuordnung in den kommunalen Gesundheitsämtern nur begrenzt realisiert worden. Sowohl das Fürsorge- und Sozialamt als auch das Jugendamt erhoben Anspruch auf die Eingliederung des Gesund-

11 Diese Entwicklung wird eindrucksvoll von einigen Autoren beschrieben: Bereits 1949 wies Rainer (1949: 129) darauf hin, daß die einzelnen Länder in der Gesundheitsverwaltung immer weiter auseinandergeraten. Und fünf Jahre später resümierte Pürckhauer (1954: 284), daß man sich in der Gesundheitsverwaltung "nicht nur zwischen Ost- und Westdeutschland, sondern auch innerhalb der Weststaaten in der kurzen Zeit schon so auseinandergeliebt (hat), daß recht erhebliche Unterschiede zwischen den Gesundheitsämtern und ihrer Arbeit in den einzelnen Bundesländern bestehen".

12 Vgl. auch die Entschließung des Präsidiums des Deutschen Städtetages, in der es heißt: Zu den Aufgaben der Stadtverwaltung gehört als eine wesentliche Verpflichtung gegenüber der Bevölkerung die Sicherung der Gesundheit. Zu diesem Zweck muß die Gesundheitsverwaltung in kommunaler Hand liegen (abgedruckt in "Der Städtetag", Heft 6, 1951). Besonders hervorzuheben ist, daß die Option für eine Re-Kommunalisierung unter der selbstverständlichen Erwartung erhoben wurde, die Rainer (1949: 131) Ende der 40er Jahre folgendermaßen formuliert hat: "Der Amtsarzt wird nur der Verwaltungsspitze unterstellt sein, er wird Dezernent des Gesundheitsamtes und aller Zweige sein, in denen Gesundheitsbelange vorwiegen. In größeren Städten wird er Beigeordneter (de jure, mindestens de facto) sein, in Landkreisen erhält er eine analoge Stellung".

heitsamtes in ihren Kompetenzbereich (Der öffentliche Gesundheitsdienst 1949: 97).¹³ Eine erste Bilanz zum Kommunalisierungsprozeß des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen wurde Anfang der 50er Jahre gezogen:

Als im Oktober 1948 aufgrund einer Landesordnung die staatlichen Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen in die kommunale Selbstverwaltung überführt wurden, erhofften die Medizinalbeamten, daß die Kommunalisierung ihnen noch größere Wirkungsmöglichkeiten schenken würde, als sie im Staatsdienst gegeben waren. Sie erwarteten, daß sie als Fachmänner in Gesundheitsfragen leitend tätig sein ... könnten. Diese an sich selbstverständliche Erwartung hat sich in vielen Fällen, besonders aber in den Landkreisen, nicht erfüllt. Aber auch aus den Stadtkreisen wurden bittere Klagen laut Wurden doch in mehreren Städten die durch Pensionierung freigewordenen Stellen des Leiters des Gesundheitsamtes nicht mehr als Volldezentenstellen ausgeschrieben, obwohl sie es bis dahin waren. In anderen Städten verloren die Amtsärzte ihre unmittelbare Unterstellung unter den Oberstadtdirektor. Sie wurden dem Wohlfahrtsdezernenten unterstellt (Stralau 1953: 418).

Die in diesem Zitat zum Ausdruck kommenden Steuerungseingriffe der Akteure auf kommunaler Ebene in die administrative Stellung der Amtsärzte wurden von letzteren als Statusverlust interpretiert.¹⁴ Ernüchtert mußten die Akteure im ÖGD feststellen, daß sich die Kommunalisierung der Gesundheitsämter nur in großen und leistungsfähigen Kommunen positiv auswirkte, während sie in finanzschwachen Kommunen in steigendem Maße residual behandelt wurden.¹⁵

Aus dieser Entwicklung resultierten Anfang der 50er Jahre die Vorwürfe der Amtsärzte, daß die Verwaltung sie nicht ernst nähme und ihnen im Verwaltungsapparat nur eine schwache Position zukäme, da

13 Pürckhauer lehnte dagegen (1954: 292) eine Zusammenfassung des Gesundheitsamtes mit dem Jugend- und Wohlfahrtsamt und seine Unterstellung unter eine gemeinsame Sozialverwaltung als absolut unorganisch ab.

14 Bei den Akteuren des ÖGD vermutete man, daß es sich hierbei um Versuche handelte, den Amtsarzt aus der Stellung wieder herauszumanövrieren, in die er durch die Errichtung des Gesundheitsamtes gekommen war. Im Zuge dieser Neu- und Umorganisationsprozesse wurde, wie Pürckhauer (1954: 285) bemerkt, aus dem ehemals unabhängigen Amtsarzt ein Untergebener des Oberbürgermeisters oder Landrats, abhängig von ihm und den Vertretern im Stadt- und Kreisrat.

15 In wie enger Beziehung das Interesse der Akteure im politischen System am Gesundheitsamt mit finanziellen Erwägungen zusammenhing, verdeutlicht Pürckhauer (1954: 285): "Auffallenderweise sind gerade die Städte und Kreise, die am lautesten nach der Kommunalisierung riefen, um so stiller geworden, je näher der Erfolg schien, während umgekehrt im Staat wenigstens eine Stelle sich für die Übergabe der Gesundheitsämter an die Kommunen immer mehr zu erwärmen scheint: der Finanzminister. Daß der Staat damit den Kommunen ein Danaergeschenk präsentiert, scheint also nicht nur er, sondern inzwischen auch die Kommune erkannt zu haben".

sie nicht (auch) als Verwaltungsbeamte, sondern (nur) als Ärzte angesehen würden (vgl. Stralau 1953: 419). Ein besonderes Problem schien für nicht wenige Gesundheitsämter darin bestanden zu haben, daß sie zwischen den Verwaltungseinheiten verschoben wurden (Reuter 1964: 352).¹⁶ Die hiermit einhergehende ungesicherte Stellung führte dazu, daß ihnen im Verwaltungsaufbau nur ein geringer Autonomiespielraum zugestanden wurde.

Die Diskussion des Status- und Autonomieverlustes der Amtsärzte bei der Kommunalisierung der Gesundheitsämter exemplifiziert die enge Interdependenz zum Terminus "Zersplitterung". Für den ÖGD trat eine Kompetenzreduktion ein, da die Länder und Kommunen für die personelle und finanzielle Ausstattung der Gesundheitsämter unterschiedliche Ressourcenpotentiale zur Verfügung stellten. Infolgedessen war "ein gleichmäßiger Aufbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den einzelnen Bundesländern und auch innerhalb der Länder nicht vorhanden ..., von den örtlichen Schwierigkeiten des Ausbaus ganz zu schweigen" (Daniels 1958: 52).¹⁷ Die durch einen unterschiedlichen Auf- und Ausbau der Gesundheitsämter verursachte Problematik einer unterschiedlichen Versorgungsstruktur aber führte dazu, daß die Sozialversicherungsträger, gerade im Bereich der Gesundheitsvorsorge, als denkbare konkurrierende Leistungsanbieter zum öffentlichen Gesundheitsdienst angesehen wurden.

2.3 Die Sozialversicherungsträger als zukünftige Konkurrenz

Seit den fünfziger Jahren entwickelte sich ein umfassender Diskussionsprozeß, in dessen Verlauf die Frage erörtert wurde, ob Aufgaben in der gesundheitlichen Vorsorge von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden sollten. Die auf *bundespolitischer Ebene* unter dem Terminus "Sozialreform" diskutierten Reformüberlegungen hatten für den öffentlichen Gesundheitsdienst insoweit unmittelbare Konsequenzen, als

16 "Eingeklemmt zwischen alten und tief verwurzelten Ämtern und Dienststellen und neuen Behörden, die nach 1945 aus dem Boden schossen, wird ihm (dem Gesundheitsamt) der Lebensraum einzuengen und es umzumodeln bald von der einen, bald von der anderen Seite versucht" (Pürckhauer 1954: 279).

17 Reuter (1964: 351) zog folgendes Resümee: "Alles in allem müssen wir jedoch feststellen, daß die Gesundheitsämter der Bundesrepublik ihren Aufgaben bis heute nicht in dem erforderlichen Umfange gerecht geworden sind, weil sie ihnen nicht gerecht werden konnten".

Arbeitsgebiete klassischer Form auf die Sozialversicherungsträger als Ermessens- oder Pflichtleistungen zunehmend übergehen sollten (Daniels 1958: 49).

Seinen Ausgangspunkt hatte dieser Diskussionsprozeß zur Neuordnung der sozialen Leistungen schon im 1. Deutschen Bundestag, denn im Jahre 1952 wurde auf Wunsch der Parteien das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vom Parlament beauftragt, einen Beirat zur Klärung der mit einer Sozialreform verbundenen Fragen zu berufen. Im Jahre 1955 wurde die Sozialreform von Bundeskanzler Adenauer bereits als "innenpolitisches Thema Nummer 1" bezeichnet (Richter 1970: A, 1).

Daß der öffentliche Gesundheitsdienst von dieser auf das gesamte Sozialleistungssystem abzielenden Reform der Sozialgesetzgebung (vgl. ausführlich hierzu die mehrbändige Loseblattsammlung von Richter 1970) tangiert wurde, hatte Daniels (1956: 158) herausgestellt. Seines Erachtens sei die zum Teil vorfindbare Identität von Aufgaben des ÖGD und der Sozialversicherung historisch zu erklären: Wandten sich beide Institutionen am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert noch an kleine, voneinander verschiedene Personenkreise, so sprächen sie heute große und zum Teil identische Bevölkerungskreise an. Dieses träfe vor allem für Aufgaben im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu, in dem große Ähnlichkeiten zwischen dem *Aufgabenkatalog* des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den *Möglichkeiten* der Sozialversicherung bestünden. Die in der Reichsversicherungsordnung (RVO) den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichten Präventionsangebote wurden von diesen in den 50er Jahren jedoch kaum genutzt, da es sich um Ermessens-Bestimmungen handelte. Erst ein Jahrzehnt später gewannen sie an Bedeutung, als einige Krankenkassen begannen, sie umzusetzen.

Im Jahre 1955 hatte der vom BMA eingesetzte Beirat für die Neuordnung der sozialen Leistungen auf seiner Unkeler Arbeitstagung Beschlüsse zur Krankheitsverhütung gefaßt (Richter 1970: C IV, 35-39), die den öffentlichen Gesundheitsdienst im Bereich Gesundheitsfürsorge in seinem Kern berührten. In diesen Beschlüssen wurde ein umfassender Katalog von Präventionsmaßnahmen aufgestellt, dessen Umsetzung von Bund, Ländern und Gemeinden, Versicherungsträgern sowie freigemeinnützigen und privaten Organisationen erfolgen sollte. Über die Bedeutung dieser Vorschläge für den öffentlichen Gesundheitsdienst schreibt Daniels (1958: 51/52):

Bei allen Beispielen ... handelt es sich um Arbeitsgebiete, die bis heute seit Jahren und zum Teil seit Jahrzehnten, in unterschiedlichem Umfange, meistens aber aus-

schließlich vom öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen wurden. Diese Arbeitsgebiete sollen nach den Unkeler Vorschlägen erweitert werden. Hieraus folgt, daß eine *Intensivierung* des öffentlichen Gesundheitsdienstes notwendig ist; ferner, daß ein *homogener* Gesundheitsdienst von möglichst gleicher Leistungsfähigkeit im Bundesgebiet vorhanden sein sollte, wenn man diesen Anforderungen gerecht werden und nicht einen vollständig neuen Zweig des ärztlichen Dienstes im Bereich der Sozialversicherungsträger errichten und damit einer weiteren Zersplitterung der öffentlichen Gesundheitspflege Vorschub leisten will.

Mit diesem Zitat wird die im vorherigen Abschnitt herausgearbeitete differente Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als problematisch für eine erwartbare Aufgabenerfüllung dargestellt. Während der Beirat beim BMA darauf verzichtete, bisherige Versäumnisse in der Gesundheitsfürsorge zu benennen, wurden sie von anderen Akteuren explizit herausgestellt: Genannt wurde u.a., daß die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge sowie die Schulgesundheitspflege in vielen Bezirken in hohem Maße verbessert werden müßten, wenn den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht der Vorwurf treffen sollte, daß er seinen Aufgaben nicht gerecht werde (Daniels 1956: 168; 1958: 52).¹⁸

Der Stellenwert der Unkeler Beschlüsse, den die für den öffentlichen Gesundheitsdienst verantwortlichen politischen Akteure ihm zumachen, wird daran deutlich, daß die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) nur drei Wochen später eine Entschliebung zur Gesundheitsfürsorge veröffentlichte. Hierin wurde darauf verwiesen, daß es das ernste Anliegen der Länder bleibe, "auf der Grundlage der Gesetze die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge überall wirksam zu erfüllen" (Der öffentliche Gesundheitsdienst 1955: 310). Diese programmatische Aussage war einer Forderung vorangestellt, die die Erkenntnis der für den ÖGD verantwortlichen politischen Akteure deutlich werden läßt, daß die Unkeler Beschlüsse sich gegen ihre Politik der "naturwüchsigen" Entwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst wandten. Zudem schienen sie zu befürchten, die Regelung von Präventionsmaßnahmen auf Bundesebene könne auch ohne sie erfolgen: "Bei der Bedeutung, die den Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens im Rahmen der Sozialreform zukommt, müssen die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Bundesländer verlangen, daß auch sie bei den Verhandlungen über die Sozialreform zum frühesten Zeitpunkt beteiligt werden" (Der öffentliche Gesundheitsdienst 1955: 310).

18 Vor allem wegen finanzieller Überlegungen vertraten in den 50er Jahren sogar "hohe und höchste Staatsbeamte" die Auffassung, daß die Gesundheitsämter wieder abgeschafft werden sollten (Pürckhauer 1954: 287).

Die politisch verantwortlichen Akteure versuchten nach dem Beginn der Diskussion um eine Sozialreform und in Kenntnis der sie negativ betreffenden Vorschläge, die Aufgaben des ÖGD bundesländerübergreifend anzugleichen. Ausgangspunkt dieser Aktivitäten war eine Entschließung des Deutschen Fürsorgetages aus dem Jahre 1957, in der darauf verwiesen wurde, daß eine "Weiterentwicklung der Gesundheitspflege ... auf die bundeseinheitliche Gesetzgebung und auf die bundeseinheitliche Führung des öffentlichen Gesundheitswesens angewiesen" ist. Hieraus wurde die Forderung nach einem Bundesgesundheitsgesetz abgeleitet (Stralau 1960: 172).

Die Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Regelungen führte bei der Gesundheitsministerkonferenz zu der Erkenntnis, daß das GVG und die Durchführungsverordnungen zwar die Aufgaben des Gesundheitsamtes benennen, "jedoch ohne Maß und Umfang für die Wahrnehmung der einzelnen Aufgaben oder Aufgabengebiete anzugeben" (Stralau 1960: 173). Da diese Defizite in den Rechtsvorschriften dazu führen mußten, "daß eine Einheitlichkeit in der Arbeit der Gesundheitsämter nicht zustande kommen konnte", "eine unterschiedliche Leistungsbreite ... aber im Interesse der Bevölkerung ... nicht gleichgültig sein" konnte, wurde eine Rechtslage angestrebt, "die klar bestimmt, was zu leisten ist, damit auch der Träger des Gesundheitsamtes weiß, was an Personal, Ausstattung und sonstigen Mitteln zur Erfüllung der gestellten Aufgaben notwendig ist" (Stralau 1960: 173). Bei einer Verwirklichung dieser von der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) entworfenen und von der GMK unterstützten Vorstellungen hätten sich auch die Länder und Kommunen als Träger der Gesundheitsämter nicht mehr so leicht aus der Verantwortung für die Gewährung ausreichender Ressourcen stehlen können, wie es ihnen bei einem nur diffusen Aufgabenkatalog möglich war. Zu der anvisierten definitiven Festlegung von Aufgabengebieten ist es jedoch nicht gekommen (vgl. 25 Jahre GMK 1975: 52-54). Daher war es den Akteuren im ÖGD bei der Diskussion um die Übernahme präventiver Aufgaben auch nicht möglich, ihren Aufgabenbereich gegenüber anderen Akteuren strategisch abzugrenzen und eindeutig zu definieren.

Der hier geschilderte Beginn einer Sozialreformdiskussion bedeutete für den öffentlichen Gesundheitsdienst den Anfang eines sukzessiven Entzugs gesundheitsfürsorgerischer Aufgaben: Zum einen wurden weitere Institutionen an der Aufgabenerfüllung beteiligt, zum anderen wurden ganze Aufgabengebiete der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen. Das Jugendarbeitsschutzgesetz stellte hierbei den Anfang dar, über des-

sen inhaltliche Ausgestaltung in der zweiten Hälfte der 50er Jahre diskutiert wurde.

2.4 Personal- und Aufgabenproblematik

Neben den bisher angesprochenen Schwierigkeiten stellten vor allem die als unzureichend empfundenen personellen Ressourcen ein weiteres Nachkriegsproblem für den öffentlichen Gesundheitsdienst dar. War mit dem Beginn des Nationalsozialismus ein erster umfassender Austausch von Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen verbunden gewesen, so schloß sich nach 1945 ein zweiter Austauschprozeß an. Im Zuge der Entnazifizierung wurde ein zum Teil erheblicher Anteil von Ärzten aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst entfernt, speziell in Bayern immerhin über 95% (Pürckhauer 1954: 282). Infolgedessen trat eine personelle Schwächung der Gesundheitsämter ein. Diese Personalreduktion konnte zum einen durch ehemalige Militärärzte, die sich besonders für den Bereich der Gesundheitsaufsicht eigneten, und zum anderen durch arbeitslose Jungärzte sowie vor allem auch durch nebenamtlich tätige Ärzte zum Teil ausgeglichen werden (Interviewaussage). Die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst selbst sahen jedoch die ihnen von der Verwaltung zugestandenen personellen Ressourcen, verglichen mit dem Umfang der Aufgabengebiete, als zu gering an. Bereits zu dieser Zeit beurteilten die Amtsärzte ihren Status eher negativ, da sie bei kaum einer gesellschaftlichen Gruppe Rückhalt fanden.

Im Vergleich zu den als ungenügend angesehenen Ressourcen kamen nach 1945 umfangreiche Aufgabenzuweisungen auf die Gesundheitsämter zu, die mit der Untersuchung von Vertriebenen und Kriegsversehrten bis hin zur Gewährung von Lebensmittelmarken betraut wurden. Diese oftmals als sachfremd angesehenen Aufgaben stießen bei den Amtsärzten auf wachsende Kritik (Bachmann 1957: 106). Ebenso absorbierte das Gutachtenwesen in den 50er Jahren einen immer größer werdenden Teil der Arbeitszeit der Amtsärzte, da die unterschiedlichen Behörden ein unabhängiges Gutachten vom Amtsarzt dem eines niedergelassenen Arztes vorzogen.¹⁹ Die hiermit verbundene Problematik für die Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter wurde darin gesehen, "daß in den meisten,

¹⁹ Diese Entwicklung veranlaßt Bachmann (1957: 106) zu der Bemerkung: "Es wäre sehr zweckmäßig, wenn sich die ärztlichen Standesorganisationen einmal eingehend mit den, hier nicht zu erörternden, Gründen für das mangelnde Vertrauen, das ärztlichen Bescheinigungen in der Öffentlichkeit entgegengebracht wird, befaßten".

hauptsächlich aber in den kleineren, personell besonders mangelhaft besetzten Ämtern nur die täglich von allen Seiten einlaufenden Gutachtenanträge erledigt werden können" (Bachmann 1957: 107).²⁰ An diesen Ausführungen wird noch einmal besonders das Erfordernis einer eindeutigen Aufgabenfixierung deutlich.

3 Die schwache Stellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der sozialpolitischen Reformgesetzgebung der 60er Jahre

In den 60er Jahren mußte sich der öffentliche Gesundheitsdienst auf einer viel bescheideneren Ebene einrichten, als es die Akteure dieses Sektors in den ersten Jahren nach 1945 geplant und erwartet hatten. Die Probleme, mit denen der öffentliche Gesundheitsdienst bereits in den 50er Jahren konfrontiert wurde, verschärften sich noch in diesem Jahrzehnt. Zu ihnen war weiterhin das gespannte Verhältnis der kommunalen Gesundheitsämter zur Kommunalverwaltung zu rechnen, die stagnierende und sich zum Teil weiter verschlechternde Personalsituation sowie, damit eng zusammenhängend, weitere Versuche, aus dem breiten Aufgabenfeld des GVG Prioritäten zu setzen. Das beherrschende Thema der 60er Jahre jedoch waren Steuerungsversuche der bundespolitischen Akteure, durch die der öffentliche Gesundheitsdienst unmittelbar tangiert wurde. Was in den 50er Jahren im Zuge der Diskussion um eine Sozialreform bereits in Ansätzen angeklungen war, lief in den 60er Jahren auf eine Verwirklichung in Einzelaspekten hinaus. Neben der Verabschiedung des Jugendarbeitsschutz- und des Mutterschutzgesetzes wurde die Diskussion vor allem von der Frage beherrscht, wie die Durchführung von Präventionsaufgaben für einen Großteil der Bevölkerung sowohl inhaltlich als auch organisatorisch gestaltet werden sollte. Da für den öffentlichen Gesundheitsdienst in diesem Gesetzgebungsprozeß eine Kompetenzerweiterung anvisiert war, die die verschiedenen Akteure blockierten, wird in einer detaillierten Analyse eine Nachzeichnung und Bewertung dieses Diskussionsprozesses vorgenommen.

20 Zur Gutachtertätigkeit im ÖGD vgl. Papke (1971).

3.1 Der öffentliche Gesundheitsdienst im Spannungsfeld politischer Akteure

Die Probleme, mit denen der öffentliche Gesundheitsdienst konfrontiert wurde, beruhten in einem hohen Maße auf dem Fehlen einer *gesundheitpolitischen Gesamtkonzeption*. Da sowohl der Bund als auch die Länder und Kommunen für jeweils unterschiedliche Bereiche des Gesundheitssystems zuständig sind, wurden von den Akteuren der verschiedenen politischen Ebenen auch divergierende Vorstellungen hinsichtlich gesundheitspolitischer Maßnahmen entwickelt. Als zusätzliches Erschweren trat neben die Kompetenzenverteilung in vertikaler Richtung die in horizontaler Richtung hinzu, da auf jeder der Ebenen die Zuständigkeiten nochmals für je spezifische Fragen des Gesundheitssystems auf unterschiedliche Behörden verteilt sind.

Die Konsequenz aus dieser Konstellation besteht darin, daß Gesundheitspolitik auf Bundesebene in einem hohen Maße als Appendix der Sozialpolitik durchgeführt wird. Den betroffenen Akteuren ist bewußt, daß eine eigenständige Gesundheitspolitik solange zur Erfolglosigkeit verurteilt ist, wie sie als Appendix der Sozialpolitik verstanden wird (Pfaf 1983: 396). Im Gegensatz zu den divergierenden Zuständigkeiten und Interessen auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitspolitik auf der einen Seite, auf der eine umfassende bundespolitische Kompetenz nicht vorhanden ist, befindet sich auf der anderen Seite die Sozialpolitik in bundespolitischer Verantwortung, vertreten durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung. Während auf dieser Ebene strategisch gesehen in einem Ministerium die Kompetenzen konzentriert sind, ist im gesundheitspolitischen Bereich kein kompetenter Gegenpart vorhanden. Die besondere Stärke des BMA resultiert daraus, daß es für den Bereich der GKV zuständig ist und hierüber gesundheitspolitische Maßnahmen von großer Tragweite initiieren kann. Bei der Diskussion des 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes wird hierauf zurückzukommen sein.

Die oben angedeutete Problematik einer horizontalen wie auch vertikalen Aufteilung von Verantwortlichkeiten für das Gesundheitssystem blieb insofern nicht ohne Auswirkungen auf den öffentlichen Gesundheitsdienst, als es für ihn "heute weder für die Bundesrepublik noch für ein Bundesland eine zukunftsorientierte Konzeption ... gibt, keine Systemanalyse, keine Perspektivplanung" (Schmitt 1971: 232). Im Gegensatz zu den auf bundespolitischer Ebene über die GKV geregelten Sektoren des Gesundheitssystems herrschten im ÖGD auch in den 60er Jahren "völlig differente Verhältnisse mit außerordentlich starkem Lei-

stungsgefälle sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der Länder" vor (Faerber 1969: 406). Da dem öffentlichen Gesundheitsdienst keine klar definierte Stellung innerhalb des Gesundheitssystems zugewiesen wurde, war auch seine immerwährende Bestätigung als "dritte Säule des Gesundheitswesens" sowohl durch Politiker als auch durch Interessengruppenvertreter eher programmatischer Natur.

Wie die anderen Sektoren des Gesundheitssystems wurde auch der öffentliche Gesundheitsdienst von sozialpolitischen Steuerungsversuchen der 60er Jahre in einem nicht unerheblichen Maße tangiert. Die *Auswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen*, angefangen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung, über die Rentenversicherung, den Arbeitsschutz, den versorgungsärztlichen Dienst sowie die gesundheitsfürsorgenden Maßnahmen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes waren für den öffentlichen Gesundheitsdienst weitreichend. Neben dem Gesundheitsamt wurden Sozialbehörden neu geschaffen, denen für die verschiedenen Aufgabenbereiche je eigene ärztliche Dienste angegliedert wurden.²¹ Aufgrund dieser Neuschaffung von Sozialbehörden verlor der öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr seinen übergreifenden Kompetenzanspruch für das öffentliche Gesundheitswesen und gelangte zunehmend in die Position einer mit ärztlichen Aufgaben betrauten Behörde neben anderen. Erst durch den Entzug und die darauffolgende Übertragung von ehemals vom öffentlichen Gesundheitsdienst exklusiv wahrgenommenen Aufgaben auf andere behördliche Stellen konnten sich ärztliche Dienste dort etablieren. Nicht nur die sich abzeichnenden Kompetenzverluste, sondern auch das vergleichsweise schnelle Wachstum der anderen Behörden ließen den öffentlichen Gesundheitsdienst in eine periphere Position geraten.²²

Die im vorherigen Abschnitt angesprochenen, sich bei der Diskussion um eine Sozialreform in den 50er Jahren abzeichnenden Entwicklungen wirkten sich in den 60er Jahren im Zuge der Sozialgesetzgebung unmittelbar auf den ÖGD aus. Als erstes sozialpolitisches Gesetz in den 60er

21 Zur Verlagerung von Aufgaben aus dem ÖGD vgl. zusammenfassend den Bericht der Landesregierung über die Zukunft des ÖGD in Rheinland-Pfalz (Landtag Rheinland-Pfalz, Drucksache 10/284, 1983: 6/7).

22 Zu dieser Entwicklung merkt Faerber (1969: 407/408) kritisch an: "Welch herrliche Zeiten hätte der öffentliche Gesundheitsdienst, wenn die Gesundheitsämter nur ein Viertel der Ausdehnung erfahren hätten, wie es die Sozialämter nach dem Erlaß des Bundessozialhilfegesetzes erleben durften. Dabei regelt dieses Gesetz zum Teil ja Dinge, die an sich in ein Gesundheitsgesetz hineingehören. Und wie einfach ist es dann, den Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch noch als billigen Vertrauensarzt für dieses Sozialamt zu haben".

Jahren ist der Erlaß des Jugendarbeitsschutzgesetzes aus dem Jahre 1960 zu nennen. Die Vorbereitung dieses Gesetzes hatte sich über fast ein Jahrzehnt erstreckt, denn bereits im Jahre 1951 wurde der Bundesregierung vom Bundestag in der 1. Wahlperiode der Auftrag erteilt, einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen. Nach Vorlage des angeforderten Entwurfs im Jahre 1957 wurde das Gesetz nach eingehenden Debatten im Jahre 1960 schließlich verabschiedet²³. Infolge dieses Gesetzes hatte der öffentliche Gesundheitsdienst im gesundheitsfürsorgerischen Bereich einen ersten größeren Kompetenzenentzug erlebt, da nun die gesamte Ärzteschaft an der Untersuchung von Jugendlichen beteiligt wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt war es die Aufgabe der Gesundheitsämter im Zusammenwirken mit den Arbeitsämtern, im Rahmen der Schulentlassungsuntersuchungen die gesundheitliche Eignung für den gewünschten Beruf des einzelnen Jugendlichen festzustellen, Gefährdungen auszuschließen und bei festgestellten Gesundheitsschädigungen weitergehende Schritte zu veranlassen (Hopf 1976: 10).²⁴ Daß der ÖGD an dieser Aufgabe überhaupt noch mitbeteiligt wurde, war nicht von vorneherein als selbstverständlich angesehen worden, denn die "Ungleichmäßigkeit der Leistungen hat bei den Beratungen zum Jugendarbeitsschutzgesetz zu der Erwägung geführt, ob das Gesundheitsamt bei der Erfüllung dieses Gesetzes überhaupt imstande ist, maßgeblich tätig zu werden" (Stralau 1960: 173).

Die zweite sozialpolitische Maßnahme in dieser Dekade, durch die ein weiterer Kompetenzverlust der Gesundheitsämter, diesmal auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge für Schwangere, erfolgte, wurde durch das Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom August 1965 eingeleitet²⁵. Durch diese gesetzliche Maßnahme erhielt die Schwangere einen Rechtsanspruch auf ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft, wodurch die Gesundheitsämter diesen Tätigkeitsbereich auf dem Gebiet der Vorsorge weitgehend verloren. Vorausgegangen war dieser gesetzlichen Regelung eine jahrelange

23 Vgl. den schriftlichen Bericht des Ausschusses für Arbeit, BT-Drucksache 3/1816; zu den Gesetzentwürfen vgl. BT-Drucksache 2/3286 sowie 3/317.

24 Im Hinblick auf epidemiologische Erkenntnisse, wie sie vom öffentlichen Gesundheitsdienst gesammelt und ausgewertet werden sollen, fragte Pfau (1983: 395) nach über 20 Jahren seit der Verabschiedung des Jugendarbeitsschutzgesetzes, was über den Gesundheitszustand der Jugend bekannt sei: "Ich meine, daß die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz somit bestenfalls einen begrenzten individualmedizinischen Effekt haben können, gesundheitspolitisch relevante Schlußfolgerungen aber werden daraus nicht gezogen".

25 Vgl. die BT-Drucksachen 4/562; 4/3125; 4/3170; 4/3606; 4/3652.

Diskussion über die im Vergleich zu anderen Industrieländern als zu hoch angesehene Mütter- und Säuglingssterblichkeit, die unter allen Umständen reduziert werden sollte. Da dieser Aufgabenbereich der Gesundheitsvorsorge in der Zuständigkeit der Bundesländer lag, von diesen aber kaum Initiativen zur Verbesserung der Situation ausgingen, wurden die von den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen immer stärker artikulierten Forderungen nach gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen für Mütter und Säuglinge im Jahre 1965 vom Bund dahingehend beantwortet, daß beabsichtigt sei, die hiermit verbundenen Ansprüche durch eine Änderung der *Krankenversicherungsbestimmungen* zu gewährleisten. Dieses aber bedeutete nichts anderes, als daß eine *sozialpolitische Lösung* angestrebt wurde (werden mußte). Erreicht wurden vorerst jedoch nur Vorsorgemaßnahmen für Mütter im Rahmen des Mutterschutzgesetzes.

Im Vorgriff auf die weitere Diskussion sei noch das 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetz vom September 1970 genannt, mit dessen Verabschiedung die Vorsorgeuntersuchungen im Säuglings- und Kleinkindesalter als Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in die Hände der Kassenärzteschaft übergingen. Den Ärzten der Gesundheitsämter ist zwar freigestellt worden, im Wege der sogenannten Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung auch an den Früherkennungsuntersuchungen mitzuwirken, jedoch ist hiervon nur wenig Gebrauch gemacht worden, so daß die Inanspruchnahme der Ärzte der Gesundheitsämter relativ gering geblieben ist (Hopf 1976: 11).

Bevor eine eingehendere Analyse der Diskussion um die Einführung von Vorsorgemaßnahmen erfolgt, soll die Lage der Gesundheitsämter und die Stellung der in ihnen tätigen Ärzte in den 60er Jahren veranschaulicht werden, um einen Eindruck zu geben, warum der ÖGD sich (auch) im Zuge dieses Reformprozesses nicht durchsetzen konnte (vgl. auch Labisch 1982: 753/754).

3.2 Personal-, Aufgaben- und Strukturprobleme

Auch in den 60er Jahren blieb das Verhältnis der Akteure des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur kommunalen Verwaltung angespannt. Sie fühlten sich von der Verwaltung insofern funktionalisiert, als von ihnen Zubringerdienste für die Aufgabenerfüllung anderer Verwaltungsbereiche geleistet werden mußten. Diese verstärkte Auferlegung als zweckfremd angesehener Aufgaben wurde vor allem deshalb heftig kritisiert, weil

dem kein "Äquivalent in Form der Verbesserung der Stellung, Vermehrung des Personals, Modernisierung der technischen Einrichtungen usw. gegenübersteht. ... Im Gegensatz zu längst vergangenen Tagen macht sich in den Reihen der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes geradezu eine Aversion und Idiosynkrasie gegen die Verwaltung bemerkbar" (Faerber 1969: 407). Die zunehmend randständigere Position der Gesundheitsämter im Verwaltungsaufbau und ihr Autonomieverlust wurden anhand der Realentwicklung exemplifiziert, die dazu geführt habe, daß der Amtsarzt "perfekt in das gut geölte Räderwerk der Verwaltung eingefügt" sei, daß er sich gegen gezielte Interessen der Verwaltung oder politische Rücksichten oft nicht durchsetzen könne und daß er aufpassen müsse, daß das Gesundheitsamt nicht zu einer bloßen Gesundheitsverwaltung degradiert werde (Reuter 1964: 352).

Zu den Auswirkungen der neuen Zuständigkeitsregelungen sowie den sozialpolitischen Steuerungsüberlegungen, mit denen der öffentliche Gesundheitsdienst sich nach 1945 im Zuge der Diskussion um eine Sozialreform konfrontiert sah, kamen außerdem *verfassungsrechtliche Interventionen* hinzu. Die für die zukünftige personelle Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes einschneidendste rechtliche Intervention ging auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Niederlassungsfreiheit von Kassenärzten aus dem Jahre 1960 zurück. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine restriktive Standespolitik insoweit betrieben, als sie niederlassungswilligen Ärzten nur im Rahmen einer Verhältniszahl von Versicherten pro Arzt die Kassenzulassung erteilten. Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes wurde diese Zulassungspolitik als rechtlich unhaltbar angesehen, so daß die Kassenärztlichen Vereinigungen von da an *allen Ärzten* die Niederlassung am von ihnen bevorzugten Ort ermöglichen mußten. Diese Änderung der Rechtssituation hatte zur Folge, daß 1.129 nebenamtlich tätige Ärzte die Gesundheitsämter verließen und sich in der freien Praxis niederließen (Labisch-Ziesmann/ Labisch 1984: 66). Seitdem wurde das Interesse des männlichen Nachwuchses für die Laufbahn des beamteten Arztes im öffentlichen Gesundheitsdienst auf einen Nullpunkt sinkend bezeichnet, so daß von einer sich abzeichnenden personellen Notlage der Gesundheitsämter gesprochen wurde (Reuter 1964: 350).²⁶ Obwohl nach der Verkündung des Verfassungsgerichtsurteils zur Niederlassungsfreiheit von Ärzten Anfang der 60er Jahre viele Planstellen im öffentli-

26 Bei einer Befragung von 460 Medizinstudenten im Jahre 1963 gaben nur 7 an, "Amtsarzt, Sanitätsoffizier oder Werksarzt" werden zu wollen (Pflanz 1973: 147).

chen Gesundheitsdienst nicht mehr besetzt werden konnten, haben sich die landespolitischen Akteure bis zum Ende der 60er Jahre nicht auf eine gemeinsame Strategie zur Verbesserung dieser Situation einigen können (vgl. 25 Jahre GMK 1975: 66-75).

In welcher einer "desolaten" Situation sich die Gesundheitsämter noch 20 Jahre nach Kriegsende befanden, ging aus einem Mitte der 60er Jahre bekanntgewordenen Bericht zur Lage der Gesundheitsämter in Hessen hervor, dessen Schlußfolgerungen lauteten:

1. Der notwendige Ausbau der GÄ (Gesundheitsämter) ist noch nicht abgeschlossen.
2. Eine große Zahl von GÄ ist wegen ungenügender personeller Besetzung nicht in der Lage, alle gesetzlich obliegenden Aufgaben in vollem Umfange zu erfüllen.
3. Die Leistungskraft der GÄ bei der Durchführung der einzelnen Dienstaufgaben zeigt große Unterschiede (Reuter 1964: 351).

Nach Reuters Ansicht konnten diese Ergebnisse als ein repräsentativer Querschnitt für die Bundesrepublik angesehen werden, da sie in ähnlicher Weise auch auf Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen zutrafen. Damit hatte sich an der bereits in den 50er Jahren als problematisch eingeschätzten Situation nicht nur nichts geändert, sondern sie schien sich eher noch zu verschlechtern, da die bereits ein Jahrzehnt zuvor als zu gering bezeichneten Planstellen im ÖGD in den 60er Jahren nicht einmal mehr besetzt werden konnten. Als besorgniserregend wurde der Ärztemangel im öffentlichen Gesundheitsdienst vor allem auch deshalb bezeichnet, weil sich die Unterbesetzung der Gesundheitsämter mit Ärzten in einigen Bundesländern der Zahl von 50% näherte und die Überalterung fortschritt: So wurde berichtet, daß in einem Bundesland in den nächsten vier Jahren mehr als 70% der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in leitenden Positionen aus Altersgründen ausscheiden würden. Das seien die Jahrgänge, die die Gesundheitsämter bisher noch aufgrund der sogenannten "Nachkriegsärzteschwemme" getragen hätten (Faerber 1969: 405).

Aufgrund der sich ständig verschlechternden Situation des ÖGD im Gesundheitssystem hatten die Gesundheitsminister der Länder Ende 1968 erstmals Verhältniszahlen von Ärzten im ÖGD zur Einwohnerzahl festgelegt. Danach sollten die Gesundheitsämter mit einem Arzt auf 22.500 Einwohner besetzt sein. Hochgerechnet auf die Bevölkerung ergab sich daraus ein Mindestsoll von 2.800 Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst. Da aber nur ca. 2.000 vorhanden waren, betrug der bundesweite Fehlbestand ca. 30%. Zu der Verhältniszahl von einem Arzt auf 22.500 Einwohner wurde angemerkt, daß sie nur zustande

gekommen sei, weil "eine Annäherung der Verhältniszahl an den tatsächlichen Bedarf wegen der Unmöglichkeit der Stellenbesetzung illusorisch gewesen sei" (Faerber 1969: 406). Hinsichtlich der Knappheit der personellen Ressourcen wurden von den für den ÖGD zuständigen Akteuren Problemlösungsvorschläge unterbreitet, die zur Entlastung der Gesundheitsämter von bestimmten Aufgaben beitragen sollten.²⁷ Die weitere Diskussion lief schließlich auf den Versuch einer Neubestimmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus, die in Abschnitt 4 ausführlich dargestellt wird.²⁸

Wegen der Fülle an Aufgaben, mit denen die Gesundheitsämter sowohl im gesundheitsfürsorglichen als auch im hoheitlichen Bereich des Gesundheitswesens konfrontiert wurden, wurde trotz der Personalknappheit eine Spezialisierung der in den Gesundheitsämtern beschäftigten Ärzte für notwendig gehalten.²⁹ Eine Realisierungschance hierzu blieb in den 60er Jahren jedoch auf großstädtische Gesundheitsämter und auf Gesundheitsämter großer Landkreise begrenzt: "So sind von 503 Gesundheitsämtern mit 2.079 hauptamtlichen Ärzten 141 Gesundheitsämter nur mit einem, 124 nur mit zwei und 66 mit drei Ärzten oder 66% ... aller Gesundheitsämter mit weniger als vier hauptamtlichen Ärzten besetzt" (Beske 1967: 354/355). Vor allem kleine Gesundheits-

27 So schlug etwa Beske (1967: 360) vor, die Überwachung der Apotheken und des Verkehrs mit Arzneimitteln sowie den gerichtsärztlichen Dienst eigenständigen Diensten zu übertragen.

28 Aber nicht nur beim ärztlichen, sondern auch beim nichtärztlichen Personal des Gesundheitsamtes zeichnete sich ein zunehmender Personalmangel ab: Diesen beschreibt Beske (1967: 360) im Hinblick auf die frühere Fürsorgerin und den heutigen Sozialarbeiter. "Die steigende Zahl von Männern an höheren Fachschulen für Sozialarbeit, den früheren Wohlfahrtsschulen, und die immer stärkere Ausrichtung der Ausbildung auf die Sozial- und Jugendhilfe erschweren die Heranbildung von geeigneten Kräften für die Familienfürsorge und scheinen den Beruf der Gesundheitsfürsorgerin oder Gesundheitspflegerin erforderlich zu machen, etwa über den Beruf der Krankenschwester mit 6 oder 12 Monaten fürsorglicher Zusatzausbildung. Man mag diese Entwicklung bedauern, doch zwingt die große Zahl von freien Fürsorgerinnenstellen in unseren Gesundheitsämtern zum Handeln. Schon heute werden zur Behebung der drängendsten Personalnot in einer Reihe von Gesundheitsämtern Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern ohne zusätzliche fürsorgliche Ausbildung beschäftigt".

29 Nach den Überlegungen von Beske (1967: 359) sollte die Mindestbesetzung eines Gesundheitsamtes folgendermaßen aussehen:

- 1 Amtsarzt
- 1 stellvertretender Amtsarzt
- 2 Jugendärzte
- 1 Tuberkulosearzt
- 1 Arzt für sozial- und vertrauensärztliche Tätigkeit
- 2 Jugendzahnärzte.

ämter waren immer weniger in der Lage, ihre Aufgaben adäquat zu erfüllen. In dieser Situation dürfte die *Gebietsreform* den Akteuren im öffentlichen Gesundheitsdienst äußerst gelegen gekommen sein, da durch die Zusammenlegung von Gesundheitsämtern vor allem die sogenannten Ein-Mann-Ämter abgebaut werden konnten und eine gewisse Spezialisierung ermöglicht wurde.

In der Diskussion um die mangelnde Attraktivität des öffentlichen Gesundheitsdienstes schien das *Besoldungsargument* zwar ein schwerwichtiges, jedoch nicht das einzige zu sein.³⁰ Weitere Einwände waren, daß der einzelne Arzt *kurativ* ausgebildet werde und sich auf eine Arzt-Patient-Beziehung einstelle, während im öffentlichen Gesundheitsdienst diese Beziehung nur in einem geringen Maße vorherrsche und übergreifende *Verwaltungsaufgaben* einen breiten Raum einnehmen würden (Rosenberg 1975: 132). Außerdem würden die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes weder von ihren eigenen Kollegen im Krankenhaus oder in der freien Praxis sehr geschätzt, noch erführen sie eine Unterstützung durch die Bevölkerung, die ihnen eher distanziert, wenn nicht gar ablehnend gegenüberstehe.³¹ Diese verschiedenen Faktoren führten zu einem *Negativimage* des Berufes "Amtsarzt", durch das die *Unattraktivität* dieser beruflichen Laufbahn noch erhöht wurde.³² Diese Entwicklung bedeutete für die Rekrutierung von ärztlichem Personal, daß fast nur solche Ärzte für eine Tätigkeit im Gesundheitsamt gewonnen werden konnten, die anderweitig entweder versagt oder sich ein "Beamtenleben" im öffentlichen Gesundheitsdienst erhofft hatten (Inter-

30 Bereits Ende der 40er Jahre wies Rainer (1949: 132) darauf hin, daß die Besoldung der Amtsärzte gemessen am Einkommen jedes anderen qualifizierten Arztes gering sei und daß besoldungsrechtliche Vorschriften eine ausreichende Lösung verhinderten. An dieser Einschätzung hat sich bis heute nicht viel geändert.

31 Dewein (1981: 576) bemerkt kritisch zum eigenen Selbstverständnis der Amtsärzte: "Die Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern haben selbst einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zum eigenen Substanzverlust geleistet: Ihr Selbstverständnis ist zu stark am niedergelassenen Kollegen draußen und am Charakter des freien Berufes orientiert. Der entscheidende Unterschied, die Einbindung in die staatliche und politische Verantwortlichkeit, die dazu führt, daß neben dem ärztlichen Sachverstand politisches Fingerspitzengefühl und das Verständnis für den notwendigen Interessenausgleich mit anderen öffentlichen Belangen gefragt sind, wird nicht klar genug gesehen".

32 1967 hatte der Marburger-Bund seinen Mitgliedern empfohlen, "sich wegen der schlechten Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst, wegen der schlechten Stellung und Bezahlung seiner Ärzte und wegen der gegenüber anderen akademischen Laufbahnen ungleich schlechteren Aufstiegsmöglichkeiten den eventuellen Eintritt in den öffentlichen Gesundheitsdienst genauestens zu überlegen" (Faerber 1969: 410).

viewaussage, vgl. auch Kröger 1988: 189).³³ Diese Faktorenkonstellation dürfte mit ein Grund für das geringe politische Engagement und das Fehlen einer schlagkräftigen Interessenvertretung gewesen sein. Nur wenige Amtsärzte erhoben in der politischen Arena Forderungen, während der größte Teil von ihnen "nur" an der Erfüllung der Amtsaufgaben interessiert war. Mit dieser Einstellung sind sie nicht zu einem gesuchten Gesprächspartner im politischen Raum geworden, wobei sich die politisch Engagierten unter ihnen kaum Gehör verschaffen konnten.

Zur Stärkung der Position der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde von den Akteuren in diesem Bereich gefordert, daß die amtsärztliche Ausbildung ausgeweitet, verbessert und vertieft werden sollte, um hierdurch zum einen eine verstärkte Anziehungskraft auf den ärztlichen Nachwuchs ausüben zu können, zum anderen aber auch eine Begründung für eine Verbesserung von Besoldungs- und Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen (Reuter 1964: 362).³⁴ Da in den 60er Jahren die staatsärztlichen Akademien in Düsseldorf, Hamburg und München noch über keine hauptamtlichen wissenschaftlichen Mitarbeiter verfügten, *regten die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst an*, eine von allen Ländern getragene Staatsakademie zu errichten, um auf diese Weise die Weiterbildung der Ärzte des ÖGD zu intensivieren. Nach Ansicht von Beske (1967: 361; vgl. auch Beske 1971: 102) war die Errichtung einer leistungsfähigen, auf Forschung und Lehre ausgerichteten Ausbildungsstätte eine Kernfrage für die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wobei an etwas Vergleichbares wie die "Schools of Public Health" gedacht wurde.

3.3 Das gespannte Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten

Während in der bisherigen Diskussion grundsätzliche strukturelle, personelle und finanzielle Probleme thematisiert wurden, um die Position des ÖGD im Geflecht der politischen Ebenen zu verdeutlichen, wird im folgenden auf einem berufsinternen Niveau das Verhältnis der Ärzte des

33 Auch Pflanz (1973: 150) kam in seiner Studie "Motivation: Amtsarzt" zu dem Ergebnis, daß die Ausbildung zum Amtsarzt "nicht selten als 'zweite Wahl' in fortgeschrittenem Alter begonnen" werde, und zwar nicht etwa, "weil der Beruf des Amtsarztes plötzlich sehr attraktiv erschiene, sondern weil man im bisherigen Beruf nicht zufrieden war".

34 Ein Schritt in diese Richtung war die Einführung der Facharztbezeichnung "Arzt für öffentliches Gesundheitswesen" (vgl. auch Hopf 1973: 117).

ÖGD zu den niedergelassenen Ärzten in bezug auf den *Kompetenzanspruch für Vorsorgeuntersuchungen* diskutiert.³⁵ Vor diesem Hintergrund erfolgt dann eine detaillierte Analyse der Diskussion um die Einführung von Vorsorgemaßnahmen.

Wie bei der Erörterung der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gezeigt wurde, ist die Gesundheitsfür- und -vorsorge neben den hoheitlichen Aufgaben ein Grundelement in der Tätigkeit der Ärzte des ÖGD. Zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Ärzten im ÖGD bestand eine *funktionale Spezialisierung* insoweit, als erstere *nicht* präventivmedizinisch tätig werden *wollten*, während letztere keine kurativen Tätigkeiten ausführen durften. Das Zustandekommen dieser Aufgabentrennung geht darauf zurück, daß sich die deutsche Ärzteschaft auf mehreren Ärztetagen in der 2. Hälfte der zwanziger Jahre mit Fragen der Präventivmedizin bereits einmal auseinandergesetzt, letztlich aber die Beteiligung der niedergelassenen und kurativ tätigen Ärzte an diesem Aufgabenbereich abgelehnt hatte. Hieraus zog Faerber (1969: 402/403) den Schluß, daß der Deutsche Ärztetag damals "von sich aus den Trennungsstrich zwischen kurativer und präventiver Medizin gezogen (hat). ... Es ist also nicht nur unrichtig, sondern schlicht und einfach unwahr, wenn führende Funktionäre der Bundesärztekammer heute unter dem Schlagwort 'Staatsmedizin' den Eindruck zu erwecken versuchen, daß der niedergelassenen Ärzteschaft etwas weggenommen werden soll. Worauf man freiwillig verzichtet hat, kann einem ja wohl kaum geraubt werden" (vgl. auch Pfau 1988: 203). Diese seit Mitte der 60er Jahre in sich verschärfender Form geführte Auseinandersetzung hatte ihre Grundlagen in der zunehmenden Thematisierung von Vorsorgeuntersuchungen. Die niedergelassenen Ärzte entdeckten hierin einen lukrativen Bereich, den sie in ihr Versorgungsmonopol einbeziehen wollten: "Die berufspolitische Erklärung für das Vorgehen der Bundesärztekammer ist an sich sehr einfach und rein finanzieller Natur" (Faerber 1969: 402/403). Die niedergelassenen Ärzte versuchten ihre Interessen vor allem über Kritik an den Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes

35 Hier sei vorweg angemerkt, daß z.B. der Hartmannbund im Jahre 1962 in einer Denkschrift für die Ärzte im öffentlichen Dienst eingetreten ist und daß sich auch der Marburger-Bund Anfang der 60er Jahre für eine Besoldungsreform der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst eingesetzt hat. Im allgemeinen aber waren die Interessen der freien Ärzteschaft auf ganz andere Fragen gerichtet als die der Ärzte des ÖGD. Diese "müssen ... bekennen, daß viele Probleme, die die behandelnde Ärzteschaft zur Zeit bis zur Weißglut erhitzen können, für sie kein wesentliches Gewicht besitzen" (Reuter 1964: 356). Diese Aussage ist ein bezeichnendes Beispiel für die unterschiedliche Interessenausrichtung innerhalb der Ärzteschaft.

durchzusetzen. Sobald der Arzt im ÖGD von der dringenden Notwendigkeit einer noch zu verstärkenden Gesundheitsvorsorge sprach, wurde ihm "sofort unterschoben, daß er damit die Verstaatlichung der Medizin wünsche, daß er ein getreuer Diener einer machthungrigen Medizinalbürokratie sei, daß er für Vorsorgeuntersuchungen aller Art eine Monopolstellung erstrebe und die freipraktizierenden Ärzte ausschalten wolle, daß durch seine 'institutionalisierte Tätigkeit' das Vertrauensverhältnis Arzt/Patient gestört werde und vieles mehr" (Hufnagl 1966: 346/347). Selbst die historische Entwicklung wurde von den Interessenvertretern der freipraktizierenden Ärzte in ihr Gegenteil zu verkehren versucht. Repräsentativ sei hier Stockhausen (1971: 88/89) angeführt, nach dessen Ansicht die Gesundheitsämter Aufgaben an sich ziehen und nicht umgekehrt die niedergelassenen Ärzte Aufgaben von den Gesundheitsämtern abziehen wollten.³⁶ Die ärztliche Standespresse (Rheinisches Ärzteblatt) berichtete schließlich vom "Einbruch der Staatsmedizin in breiter Front in die individualmedizinische Prophylaxe" (zitiert nach Reuter 1964: 358). Auf diese Weise wurde der Arzt im ÖGD über Jahre als "Feindbild" von den anderen Ärzten aufgebaut.³⁷

Als Reaktion auf die Angriffe der niedergelassenen Ärzteschaft reklamierten die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst für sich, daß sie es waren, "die seit Jahrzehnten für die heute so notwendig erkannten Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen die Grundlagen geschaffen haben" (Hufnagl 1966: 346/347). Deshalb forderten sie zwar "kein Monopol in der Gesundheitsvorsorge für den öffentlichen Gesundheitsdienst, aber Dank und Anerkennung für diese Arbeit den Pionieren aus unseren Reihen" (Hufnagl 1966: 351).³⁸ In dieser Aussage kommt deutlich das Problem der Ärzte des ÖGD zum Ausdruck, daß sie wegen eines diffusen Aufgabenkatalogs keinen Exklusivanspruch auf den Aufgabenbereich Vorsorgemedizin erheben konnten.

36 Nach Meinung des Hartmannbundes (1972) sollte der ÖGD nur die gesundheitlichen Aufgaben wahrnehmen, "die von anderer Seite nicht wahrgenommen werden können".

37 Zugleich erkannten die Amtsärzte, daß sie in diesen Auseinandersetzungen nicht auf die Akteure im politischen System hoffen konnten: "Die Regierungen sind es, die immer wieder Aufgaben aus der Gesundheitsvorsorge den niedergelassenen Ärzten überweisen, wo immer dies möglich ist" (Hufnagl 1966: 351).

38 In ähnlicher Weise wurde auch von von Manger-Koenig (1969: 528) argumentiert: "Wir haben nie gefordert, daß die Gesundheitsvorsorge ausschließlich von den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrgenommen werden soll; aber wir lassen uns auch nicht den Stuhl vor die Tür setzen, nachdem die Gesundheitsämter und vor ihnen die Kommunalärzte seit vielen Dezennien derartige gesundheitsfürsorgereische Aufgaben wahrgenommen haben".

Auf der Grundlage der Anzahl der in Gesundheitsämtern beschäftigten Ärzte, die ca. 2,5% der Gesamtärzteschaft und ca. 4% der Anzahl der niedergelassenen Ärzte ausmachte,³⁹ versuchte Reuter (1964: 359) die Vorwürfe der ärztlichen Standespresse zu entkräften, indem er darauf verwies, daß die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes weder das Bestreben noch die Zeit hätten, "um Einbrüche in andere ärztliche Bereiche auch nur zu planen, geschweige denn sie durchzuführen. Wir können uns die hier immer wieder vorgetragenen Besorgnisse tatsächlich nur damit erklären, daß sie aus Kreisen kommen, die zu wenig von uns und unserer Tätigkeit wissen und verstehen".⁴⁰

Die Angriffe der Ärzteorganisationen scheinen den Schluß nahezu legen, daß sich die Akteure im ÖGD immer in einer Rechtfertigungs- und Legitimierungsposition befanden, ohne selbst "zum Angriff" überzugehen.⁴¹ Aber auch ihre Selbsteinschätzung ließ kein hohes Selbstvertrauen und keine Handlungsautonomie erkennen, da sie ihrer Tätigkeit nur einen *subsidiären Charakter* zuschrieben: "Wir Ärzte des ÖGD wollen auch gar nicht mehr als nur die Aufgaben wahrnehmen, die uns von der freien Ärzteschaft selbst zugestanden werden" (Reuter 1964: 358; vgl. auch Böhm 1973: 140). Durch derartige Aussagen wurde der Eindruck vermittelt, das Aufgabenspektrum der Ärzte im ÖGD sei von der Zustimmung der Ärzteorganisationen abhängig. Außer mit hoher Resi-

39	1962 gab es in der Bundesrepublik 82.097 berufstätige Ärzte, davon	
	- in freier Praxis	50.476 Ärzte,
	- hauptamtlich in Krankenhäusern	23.336 Ärzte.
	Das sind zusammen	73.812 Ärzte.

Demgegenüber in verwaltender Tätigkeit:	8.285 Ärzte,
und von diesen in Gesundheitsämtern	2.049 Ärzte

(Reuter 1964: 358).

- 40 Dieses "Unverständnis" schien aus einem ideologischen Mißtrauen und einer Ablehnung der sogenannten "Staatsmedizin" gegenüber zu resultieren, wobei beklagt wurde, daß die niedergelassenen Kollegen nur wenig konkrete Vorstellungen über die Aufgaben und die Arbeitsweise im ÖGD hätten und daß ihre Bereitschaft gering sei, sich darüber überhaupt informieren zu lassen. "Man ist gegen uns, obwohl man unsere Tätigkeit gar nicht oder nicht genau genug kennt" (Reuter 1964: 356/357).
- 41 Zu dieser defensiven Haltung der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes bemerkte Reuter (1964: 362), daß es nicht zu leugnen sei, "daß es gerade den Ärzten des ÖGD oft nicht liegt, sich und ihre Arbeit ständig in den Vordergrund zu schieben und immer darauf bedacht zu sein, sich zu behaupten".

gnation aufgrund bisheriger Kompetenzverluste läßt sich eine derartige Aussage kaum begründen.⁴²

3.4 Der Streit um die Bundeskompetenz

Das Thema Gesundheitsvorsorge wurde - wie bei der Diskussion um eine Sozialreform angesprochen - bereits in den 50er Jahren auf die politische Agenda gesetzt. Nicht erst seit den Unkeler Beschlüssen von 1955 zur Krankheitsverhütung, sondern schon im Sozialplan der SPD von 1952 (Richter 1970, G II 1: 1-5) wurde die *vorhergehende Gesundheitsfürsorge* als eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter Mitarbeit der praktizierenden Ärzte herausgestellt.

Die verstärkten Bemühungen, Vorsorgemaßnahmen auf bundespolitischer Ebene zu regeln, sind auf den nach 1945 vollzogenen Übergang der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung von der Reichs- auf die Länderebene zurückzuführen. Indem der ÖGD mit diesen Aufgaben betraut war, ohne von den Bundesländern eine entsprechende Infrastruktur einschließlich personeller und finanzieller Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen, konnte er den Aufgaben in nur unzureichender Weise gerecht werden. Daher wurde in den 60er Jahren vom Bundesgesundheitsministerium der Versuch unternommen, die Kompetenzen für gesundheitliche Vorsorge den Bundesländern zu entziehen, um zu bundeseinheitlichen Regelungen in diesem Aufgabenbereich zu gelangen. Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde dabei, wenn auch eher implizit, als diejenige Institution angesehen, die mit den grundlegenden Koordinationsaufgaben betraut werden sollte. Der hierbei stattfindende Diskussions- und Entscheidungsprozeß, bis hin zu gesetzlichen Regelungen, ist Gegenstand der folgenden Analyse.

Vom Bundesgesundheitsministerium, das 1961 als ein eigenständiges Ministerium aus der Verantwortlichkeit des Bundesinnenministeriums

42 Reuter schien strategisch gesehen (1964: 359) auf die Unterstützung der freien Ärzteschaft für die Belange des ÖGD zu setzen - höchstwahrscheinlich äußerte er sich deshalb auch sehr vorsichtig trotz aller Feindseligkeiten von seiten der niedergelassenen Ärzte. In die eigene Berufsgruppe schien er größere Unterstützungshoffnungen zu setzen (vielleicht sogar setzen zu müssen) als in Verwaltungsbeamte und Politiker. "Bemühen wir uns also weiterhin um das Verständnis der freien Ärzteschaft für unsere Arbeit und unsere Belange Vor allem sollten wir uns aber darum bemühen, daß unsere Stimme in den Berufsorganisationen der Ärzteschaft besser gehört wird und stärkeres Gewicht bekommt".

ausgegliedert worden war, erwarteten die Akteure in diesem gesellschaftlichen Teilsystem wegweisende Impulse für das Gesundheitswesen insgesamt und für den Bereich der gesundheitlichen Vorsorge im besonderen.⁴³ Jedoch mußten sie sich bereits nach wenigen Jahren mit der resignativen Feststellung abfinden, daß das Grundgesetz die Bundeskompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens eng abgesteckt hatte, so daß nicht allzuviel Spielraum für bundesländerübergreifende Aktivitäten verblieb.⁴⁴ Vor allem Länderkompetenzen betreffende Steuerungsversuche des Bundes sind von den Bundesländern blockiert worden. Parteiübergreifend gingen die Widerstände auch im Hinblick auf Vorsorgemaßnahmen sowohl von SPD- als auch von CDU- und CSU-regierten Bundesländern aus, obwohl alle Parteien zu dieser Zeit ihre gesundheitspolitischen Leitsätze mit Aussagen zur Notwendigkeit von Prävention begannen (Die Welt, 01.07.1965). Als klassisches Beispiel für diese Blockadepolitik wurde immer wieder auf das nicht verabschiedete Jugendzahnpflegegesetz verwiesen. Dieses Gesetz war nach langjährigen Vorarbeiten vom Bundestag einstimmig verabschiedet worden und hatte auch die Billigung der gesundheitspolitischen Experten der Länder gefunden. Dennoch wurde es im Bundesrat wegen einiger juristischer Bedenken der Bundesländer hinsichtlich der Abgrenzung ihrer Kompetenzen gegenüber dem Bund abgelehnt (Der Tagesspiegel, 20.06.1965).

43 Die Schaffung eines eigenständigen Ministeriums für das Gesundheitswesen wurde folgendermaßen kommentiert: "Die Bundesrepublik besitzt seit Mitte November 1961 ein Bundesministerium für Gesundheitswesen. Damit ist nicht nur ein langgehegter Wunsch der Heilberufe und gesundheitspolitisch tätiger Vereine und Gruppen in Erfüllung gegangen, sondern der Gesundheitspolitik jener Rang zuerkannt worden, der ihr im Hinblick auf die Bedeutung der Gesundheit für den einzelnen und die Gemeinschaft zukommt. Mit dieser Anhebung des Wertmaßstabes ist das Gesundheitswesen zu einem eigenständigen Bereich innerhalb der Gesamtpolitik der Bundesregierung geworden" (Stralau 1962: 311).

44 Hufnagl (1966: 349) zog nach fünfjährigem Bestehen des Gesundheitsministeriums eine erste Bilanz: "Die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben daher (weil es an einer eigenständigen Gesundheitspolitik fehlt - Anm. d. Verf.) schon seit langem ein eigenes Bundesministerium für Gesundheitswesen gefordert. Sie erhofften sich von dem 1961 endlich geschaffenen Ministerium eine Stärkung und Zusammenfassung der weitverzweigten Gesundheitsaufgaben und damit der Gesundheitspolitik, deren Vorrang ... von allen politischen Parteien nunmehr anerkannt wird. Mit zunehmender Besorgnis müssen wir jedoch beobachten, daß im Gestrüpp der Zuständigkeiten zwischen den Bundesministerien einerseits, Bund und Ländern andererseits für dieses Ministerium nur ein eng bemessener Spielraum und wenig eigene Initiative übrigzubleiben scheint. Auch wir erheben die Frage, ob nicht die Gesundheitsvorsorge als wesentliche Aufgabe vor einer planvollen Fürsorge in die Gesetzgebung des Bundes zu fallen hat."

Die durchgängige Argumentation der Bundesländer bei gesundheitspolitischen Vorhaben auf Bundesebene, von denen ihre Kompetenzen berührt wurden, lautete, *daß der Bund die Regelungskompetenzen über den Bereich der Sozialversicherung besäße* und entsprechende gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben hierüber geregelt werden könnten, ohne daß in die Zuständigkeitsbereiche der Länder eingegriffen werden müßte. Da die Bundesländer diese Argumentation konsequent in der Praxis verwirklichten, mußten letztendlich die gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben auf Bundesebene im Bereich der Sozialversicherung umgesetzt werden.⁴⁵

Nach Auffassung der Bundesgesundheitsministerin Schwarzhaupt mußten bundeseinheitliche Regelungen für den Bereich der Gesundheitsvorsorge aufgrund des völlig unterschiedlichen Engagements der Bundesländer geschaffen werden, um das große Leistungsgefälle innerhalb des Bundesgebietes überwinden zu können (Schwarzhaupt 1965). Dieses Leistungsgefälle zwischen den einzelnen Bundesländern hing zu einem erheblichen Teil von ihren finanziellen Ressourcen, ebenso aber von ihren Prioritätensetzungen hinsichtlich der Einschätzung politischen Handlungsbedarfs im Gesundheitswesen ab. Während die bundespolitischen Akteure darauf verwiesen, daß ein übergreifender Handlungsbedarf gerade in der immer dringlicheren Frage der gesundheitlichen Vorsorge bestände, beharrten die Bundesländer auf ihren Kompetenzzuständigkeiten. Sie wiesen zum einen auf vereinzelte Initiativen hin, die von ihnen in Angriff genommen worden seien, und zum anderen auf die oben bereits angeführte Argumentation, daß der Bund alle von ihm als regelungsbedürftig angesehenen Belange über die Sozialversicherung letztendlich regeln könne. Die Länder betonten immer wieder, daß nicht die Zuständigkeiten neu geregelt werden müßten, sondern die Frage nach den Kosten zu beantworten sei (Frankfurter Rundschau, 06.07.1968).

Die vom Bundesgesundheitsministerium angestrebten zentralen Gesetzgebungskompetenzen in der Gesundheitspolitik konnten aber nur durch eine Grundgesetzänderung herbeigeführt werden, die schließlich auch in die Wege geleitet wurde. Zuvor versuchte das Bundesgesund-

45 Im Zusammenhang mit der Bund-Länder-Problematik wies die Bundesgesundheitsministerin Schwarzhaupt 1965 darauf hin, daß die Bundesländer in sehr vielen Fällen gar nicht den Willen zur Koordinierung der anstehenden Maßnahmen hätten und es entweder Jahre dauern würde, bevor eine Maßnahme zustande käme, oder aber der Bund notwendige Maßnahmen in sachfremde Gesetze einbauen müßte, um sie zu regeln (Der Tagespiegel, 20.06.1965).

heitsministerium zu argumentieren, daß dem Bund die Gesetzgebungskompetenzen in der öffentlichen Fürsorge durch das Grundgesetz übertragen worden seien. Deshalb stelle sich die Frage, ob hiermit nicht auch die Vorsorge inkludiert sei (Schwarzhaupt 1965). Diese Grundgesetzauslegung wurde von den Ländern jedoch bestritten. Während die Länder um ihre Kompetenzen fürchteten, lehnte die CDU zu dieser Zeit gesundheitspolitische Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes über seinen eng begrenzten Rahmen hinaus mit dem Argument ab, daß dieses zwangsläufig zu einer *institutionalisierten Medizin* führe (Jungmann 1965). Diese beiden Argumentationsstränge - Befürchtungen eines Kompetenzverlustes auf seiten der Länder und Bedenken hinsichtlich einer "Staatsmedizin" auf seiten der Ärzteschaft und Teilen der CDU - führten schließlich zu scheinbaren Koalitionen dieser Akteure gegen gesundheitspolitische Kompetenzen des Bundes.

Mit der Umbildung der Bundesregierung im Jahre 1966 wurde auch die Frage diskutiert, ob das Bundesgesundheitsministerium nicht wieder aufgelöst werden sollte, da es nach fünfjährigem Bestehen nicht die in es gesetzten Erwartungen erfüllt hätte (bzw. aufgrund von Kompetenzstreitigkeiten mit den Ländern nicht erfüllen konnte). Jedoch wurde bei der Bildung der Großen Koalition aus SPD und CDU/CSU von diesen Überlegungen wieder Abstand genommen, und die bisherige Gesundheitsministerin Schwarzhaupt (CDU) wurde durch die von der SPD gestellte Gesundheitsministerin Strobel abgelöst.⁴⁶ Einen ihrer Arbeitsschwerpunkte sah die neue Ministerin in der Verwirklichung eines alten SPD-Anliegens - der Gesundheitsvorsorge (Die Welt, 30.12.1966). Ihres Erachtens aber konnte den Krankenkassen der Bereich der Vorsorgeuntersuchungen nicht als Pflichtleistung zur Auflage gemacht werden, da er zu kostspielig sei (Münchner Merkur, 17.07.1967). Während sie bei ihrem Amtsantritt noch davon sprach, im Bereich der Gesundheits-

46 Obwohl die Ärzteschaft seit Gründung des Bundesgesundheitsministeriums im Jahre 1961 einen Humanmediziner als Minister oder zumindest als Staatssekretär gefordert hatte, war sie mit der Berufung des Sozialdemokraten Professor von Manger-Koenig, dem einzigen Inhaber eines Lehrstuhls für Sozialmedizin, durch die Bundesgesundheitsministerin Strobel als Staatssekretär nicht einverstanden, da er kein Repräsentant der niedergelassenen Ärzte war, sondern "ein Mann des öffentlichen Gesundheitswesens". Da er nicht bereit war, Gesundheitspolitik ausschließlich vom Standpunkt der niedergelassenen Ärzte aus zu betreiben, sondern vor allem den Bereich der gesundheitlichen Vorsorge als Gemeinschaftsaufgabe von niedergelassenen Ärzten, Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst und Ärzten in der Klinik ansah, geriet er in einen immer stärkeren Konflikt zu den ärztlichen Standespolitikern, die in ihm schließlich einen "Feind der freipraktizierenden Ärzteschaft" sahen (Süddeutsche Zeitung, 13.12.1968).

vorsorge die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern zu intensivieren und nicht gleich mit einer Grundgesetzänderung aufwarten zu wollen (Die Welt, 30.12.1966), kündigte sie bereits ein Jahr später Grundgesetzänderungen hinsichtlich einer Bundeskompetenz für gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen an (Süddeutsche Zeitung, 27.11.1967). Es ist zu vermuten, daß sie auf dieselben Probleme gestoßen ist, die von ihrer Vorgängerin als *Unwilligkeit der Bundesländer zu kooperativem Handeln* beschrieben wurden. Durch eine Erweiterung des Grundgesetzes sollte die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auch auf die "Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten bei Menschen" ausgedehnt werden, wodurch der Bund die fehlenden Zuständigkeiten zur Durchführung von Vorsorgemaßnahmen *außerhalb* der Sozialversicherung bekommen würde.

Vom Bundeskabinett sind die vom Bundesgesundheitsministerium eingebrachten Grundgesetzänderungen im März 1968 beschlossen worden, die dem Bund die Gesetzgebungskompetenz unter anderem für Vorsorgeuntersuchungen einräumten (Industriekurier, 21.03.1968). Dabei hatte sich die Bundesregierung (Große Koalition) einstimmig für eine Grundgesetzänderung ausgesprochen (Die Welt, 08.06.1968). Nach diesen Vorstellungen sollte jeder Bundesbürger ein Anrecht auf gleiche Chancen bei der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit haben, wozu ein Mindestmaß an gesundheitlicher Vorsorge in der gesamten Bundesrepublik gewährleistet werden müßte. In der Begründung des Gesetzentwurfs hieß es weiter, daß es ein "schwerwiegender und nicht mehr vertretbarer Mangel" sei, "wenn überregionale gesetzgeberische Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes unterbleiben müssen, weil dem Bund hierfür die Gesetzgebungszuständigkeit fehlt" (BT-Drucksache 5/3515). Als besonders dringliche Aufgabe sah der Bund die Intensivierung der Vorsorge für Säuglinge und Kleinkinder an. Im Mai 1968 sollte der Bundesrat über diesen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Grundgesetzes entscheiden. Jedoch wurde der Optimismus, daß sich das Bundesgesundheitsministerium unter sozialdemokratischer Führung leichter gegenüber den Ländern durchsetzen würde als unter der früheren christlich-demokratischen Leitung, bereits im Vorfeld angezweifelt (Die Welt, 17.04.1968). So lautete denn auch die Antwort der CSU, daß jede auf den einzelnen Menschen bezogene Gesundheitsvorsorge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verwirklicht werden müßte (Bayern-Kurier, 04.05.1968).

Im März 1968 brachte die SPD-Bundestagsfraktion eine Große Anfrage zur Gesundheitspolitik ein (vgl. BT-Drucksache 5/2675), in der sie vor allem nach Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und den im Oktober 1967 angekündigten Grundgesetzänderungen fragte. Das Bundesgesundheitsministerium beantwortete diese Anfrage im Juni 1968, kurz vor der gesundheitspolitischen Debatte des Bundestages (vgl. BT-Drucksache 5/3008) dahingehend, daß die Bundesregierung eine Erweiterung der Gesetzgebungsbefugnis des Bundes über dessen Zuständigkeit für Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten hinaus als unerlässlich ansehe, um der laufend steigenden Bedeutung von Vorsorgemaßnahmen gerecht werden zu können. Zur Entwicklung von Modellen und Untersuchungsmethoden zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sei im Herbst 1967 beim Bundesgesundheitsamt durch das Bundesgesundheitsministerium eine "wissenschaftliche Abteilung zur Erforschung von Umweltschäden und Zivilisationskrankheiten" eingerichtet worden. Geplant sei ein mehrstufiges Verfahren, wie es von den Röntgenreihenuntersuchungen her bekannt sei, das in diesem Zusammenhang als "Filteruntersuchungen" bezeichnet wurde. Hiernach sollten für möglichst viele Krankheiten Verfahren entwickelt werden, mit denen die ersten Verdachtszeichen chronischer Krankheiten erkannt werden könnten (vgl. auch von Manger-Koenig 1968).⁴⁷ Die feinere Diagnostik sollte dann den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern überlassen bleiben. Die bereits als Regelleistung der Krankenkassen bestehenden Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sollten durch eine verbesserte medizinische Betreuung der Neugeborenen und Kleinkinder ergänzt werden. Aus dieser Antwort des Bundesgesundheitsministeriums war zu schließen, daß die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst - obwohl nicht explizit erwähnt - mit der Durchführung der Filteruntersuchungen betraut werden sollten, was zudem der Verweis auf die Röntgenreihenuntersuchungen nahelegte. Außerdem wurden niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser erst an zweiter Stelle, bei der "feineren Diagnostik", genannt. Somit wurde in dieser Antwort, wenn auch eher implizit, eine verstärkte Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgesehen. Damit aber hätte der ÖGD eine völlig neue Position im Gesundheitssystem bekommen.

47 Nach Aussagen der Bundesgesundheitsministerin sollten sich Filteruntersuchungen z.B. auf die chronische Bronchitis, auf Krankheiten des Herzens und der Gefäße, Leiden der Leber, der Nieren und des Stoffwechsels erstrecken (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1967/68: 13).

Bereits zu dieser Zeit hatten die Länder, allen voran Bayern, Baden-Württemberg (seit Mitte 1968 von der CDU regiert) und Hessen, zu erkennen gegeben, daß eine Zustimmung des Bundesrates zur vorgesehenen Grundgesetzänderung nicht zu erwarten sei. Der Entwurf wurde bereits bei der ersten Lesung im Bundesrat mit Mehrheit abgelehnt⁴⁸. Die Bundesländer sahen in der Gesundheitsvorsorge keine die Allgemeinheit, sondern nur individuelle Belange betreffende Maßnahmen, für die es keiner Grundgesetzänderung bedürfe, da der Bund in diesem Bereich mit der Gesetzgebungszuständigkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung bereits die Regelungskompetenz besitze. Da Vorsorgeuntersuchungen, Heilbehandlung und Nachbehandlung eine Einheit bildeten, sollte man sie nicht auseinanderreißen. Nach Ansicht der Bundesländer war allein die Kostenfrage regelungsbedürftig. Wenn die Krankenkassen durch die neuen Leistungen überfordert würden, sei es Aufgabe des Bundes, sie in die Lage zu versetzen, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Zudem würden die Bundesländer weiterhin wie bisher koordinierend, unterstützend und *ergänzend* in der Gesundheitsvorsorge tätig bleiben, was nichts anderes bedeutete, als daß sie ihre Aufgaben und damit die des öffentlichen Gesundheitsdienstes in diesem Bereich als *subsidiär* definierten. An anderer Stelle argumentierten sie, daß vorhandene Lücken in der Gesundheitsvorsorge zwischen den Bundesländern beseitigt werden könnten, wenn der Bund ihnen einen höheren Anteil am Aufkommen der Einkommens- und Körperschaftssteuern überlassen würde⁴⁹.

Aber auch Abgeordnete der CDU und der FDP sprachen sich in der gesundheitspolitischen Debatte des Bundestages im Juni 1968 gegen eine Kompetenz des Bundes bei der Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten mit dem Argument aus, daß hiermit einer "Verstaatlichung der Krankheitsvorsorge und einer Sozialisierung der Ärzteschaft" Vorschub geleistet werde (Frankfurter Rundschau, 27.06.1968). Die Bundesgesundheitsministerin hatte dagegen noch einmal ausdrücklich betont, daß Beratung und feinere Diagnostik im Rahmen der Vorsorge eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte sein müsse. Letztendlich hatte nur die SPD-Fraktion die Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums entschieden unterstützt (Frankfurter Allgemeine, 01.07.1968; Bulletin

48 Zur umfassenden Dokumentation der Bundesratssitzung vom 5. Juli 1968 und der dabei deutlich werdenden Haltung der Länder vgl. Das Parlament (31. Juli 1968); zur schriftlichen Stellungnahme des Bundesrates vgl. BT-Drucksache 5/3515.

49 Frankfurter Allgemeine (01.07.1968); Frankfurter Rundschau (06.07.1968), Das Parlament (31.07.1968); vgl. auch Kastner (1968: 633/634).

des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung, 16.07.1968). Der Regierungsentwurf zur Grundgesetzänderung im Bereich der Gesundheitsvorsorge wurde vom Plenum des Bundestages schließlich an die Ausschüsse zurückverwiesen.

In ihrer Stellungnahme vom November 1968 widersprach die Bundesregierung der vom Bundesrat im Juli 1968 geäußerten Auffassung (BT-Drucksache 5/3515). Ihrer Ansicht nach nahm neben der Sozialversicherung "auch der öffentliche Gesundheitsdienst wichtige Aufgaben der Gesundheitsvorsorge wahr". Daher sollten Vorsorgeuntersuchungen nicht dogmatisch entweder nur als Regelleistungen der Sozialversicherung oder nur als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes angestrebt werden. Das Schwergewicht der Gesundheitsvorsorgemaßnahmen sollte jedoch bei den freipraktizierenden Ärzten liegen. Auf das von den Bundesländern vorgebrachte Argument der zu wahrenen Einheit von Vorsorge, Heilbehandlung und Nachbehandlung lautete die Antwort der Bundesregierung, daß die Bundesländer selbst, z.B. mit der Durchführung von Röntgenreihenuntersuchungen, gezeigt hätten, daß eine solche Einheit nicht bestehe. Auch könnten die Sozialleistungsträger die für die Gesundheitsvorsorge erforderlichen Einrichtungen nicht übernehmen. In dieser Antwort der Bundesregierung wurde im Gegensatz zur Antwort auf die Große Anfrage der SPD erstmals *explizit und offiziell* der öffentliche Gesundheitsdienst als möglicher Träger von Vorsorgemaßnahmen genannt.

Die Stellungnahme der Bundesregierung zu den von den Bundesländern vorgebrachten Bedenken wurde zusammen mit dem Gesetzentwurf am 18. November 1968 in den Bundestag eingebracht. Am 4. Dezember fand bereits die erste Lesung statt. Nach Auffassung des Rechtsausschusses des Bundestages sollte dieser Gesetzentwurf mit dem Gesetzentwurf zur Finanzreform gekoppelt und gemeinsam beraten werden. Dieses Gesetzgebungsverfahren stieß jedoch auf den Widerspruch einer FDP-Bundestagsabgeordneten, die vor allem Bedenken zur Geschäftsordnung geltend machte. Auch Jungmann, stellvertretender Vorsitzender des gesundheitspolitischen Ausschusses des Bundestages und Vorsitzender des Hartmannbundes, gab für die CDU/CSU-Fraktion eine Stellungnahme ab, in der er zum einen auf die Ablehnung des Gesetzentwurfs durch den Bundesrat verwies und zum anderen die grundsätzlichen Bedenken in Erinnerung rief, die im Juni bei der gesundheitspolitischen Debatte des Bundestages geäußert worden waren. Daher forderte er im Namen seiner Fraktion, den Gesetzentwurf an den Rechtsausschuß zu überweisen. Indem diesen Einsprüchen Rechnung getragen wurde, war

mit der Überweisung der Grundgesetzänderung an den Rechtsausschuß die Koppelung an das Finanzreformgesetz beseitigt (Der Deutsche Arzt 1968: 1071-1075). Im weiteren Gesetzgebungsverfahren klammerte der Bundestag den Passus der Grundgesetzänderung nach anfänglicher Zustimmung der Ausschüsse in der dritten Lesung wieder aus und verwies ihn an diese zurück (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1968/69: 15).⁵⁰

Dieser Gesetzgebungsprozeß wurde von Interventionen der Ärzteverbände einschließlich der Bundesärztekammer begleitet: Nach der Überweisung der Grundgesetzänderung an den Rechtsausschuß des Bundestages im Dezember 1968, hielten es der Vorstand des Hartmannbundes in Abstimmung mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) für wahrscheinlich, daß der Plan, die Grundgesetzänderung am 12. Dezember in zweiter und dritter Lesung im Bundestag zu behandeln, realisiert würde. Aus diesem Grund entschlossen sich die beiden Verbände, alle Bundestagsabgeordneten auf die Problematik einer Ausweitung der Bundeskompetenz bei der Früherkennung von Krankheiten hinzuweisen. Den Inhalt des Briefes teilten die beiden Verbände der Öffentlichkeit durch folgende Pressemeldung mit: "Die Ausweitung der Zuständigkeit des Bundes auf die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten wird vom Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) nach nochmaliger Beratung abgelehnt" (Der Deutsche Arzt 1968: 1074/1075). Auch im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer von 1968/69 wurde dargelegt, daß die Bundesärztekammer im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens im Jahre 1968 wiederholt und nachdrücklich eine Kompetenzerweiterung des Bundes im Bereich der Gesundheitsvorsorge abgelehnt habe. Sie habe darauf hingewiesen, daß der Bund schon heute die Gesetzgebungskompetenz für die gesamte soziale Krankenversicherung besitze, da Änderungen der Reichsversicherungsordnung allein in der Hand des Bundes lägen. Er sei daher jederzeit in der Lage, dort beispielsweise Maßnahmen der Vorsorgemedizin ohne Einengung der Länderkompeten-

50 Staatssekretär von Manger-Koenig (1969: 527) vom BMJFG resümierte: "Die Bemühungen des Bundes um mehr Verantwortung im Grundgesetz für die Vorsorge als wichtigstes Gebiet künftiger Gesundheitspolitik haben nicht zum Erfolg geführt. Aber damit ist die Gesundheitsvorsorge als Aufgabe nicht weggefallen. Von der parlamentarischen Tagesordnung dieser Legislaturperiode ist das Thema abgesetzt. ... Unser Bemühen, einer aktuellen und dringlichen Aufgabe gerecht zu werden, ist sehr oft als "staatsmedizinischer Expansionsdrang" angeprangert worden. Ich halte es für ein, die sachliche Zusammenarbeit störendes und die Atmosphäre vergiftendes Argument, das aus dem berufspolitischen Vokabularium schnellstens eliminiert werden sollte".

zen und ohne verfassungsändernde Gesetze einzuführen. Obwohl die Frage der Kompetenzerweiterung im Gesundheitswesen und damit die Ermächtigung für den Bund, Gesetze auch außerhalb der RVO zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten zu erlassen, Ende 1968 noch nicht als abgeschlossen zu betrachten war, ging die Bundesärztekammer aufgrund der bisherigen Haltung des Bundesrates zur Ausdehnung der Bundeskompetenz in anderen Bereichen davon aus, daß der Steuerungsversuch des Bundes im Bereich der Vorsorgemaßnahmen auch weiterhin auf entschiedene Ablehnung der Ländervertretung stoßen werde.

In ihrer Argumentation benutzten die Standespolitiker bestimmte Schlagworte, die sich in zum Teil etwas variiert Form in den Tätigkeitsberichten der Bundesärztekammer und den Veröffentlichungen der ärztlichen Interessenverbände über Jahre hin glichen. So wurde immer wieder unterstrichen, daß die *gesamte Ärzteschaft* an Vorsorgeuntersuchungen beteiligt werden sollte. Mit Nachdruck wurde Tendenzen widersprochen, nach denen die vorbeugende Gesundheitspflege den *Einrichtungen der öffentlichen Hand* übertragen werden könnte, da hierin eine Realisierung *staatsmedizinischer Vorstellungen* gesehen wurde. Begründet wurde der Widerstand gegen eine verstärkte Einschaltung öffentlicher Stellen mit deren *unpersönlichem Charakter*, der nicht im *Interesse der Bevölkerung* liege. Weiterhin wurde darauf verwiesen, daß die Ärzteschaft seit Jahren nicht müde geworden sei, den Ausbau präventivmedizinischer Möglichkeiten durch *Verankerung entsprechender gesetzlicher Bestimmungen in der RVO* zu fordern. Da eine *Bundeskompetenz für die Sozialversicherung* bestehe, seien durch Änderungen in der RVO *ohne Änderung des Grundgesetzes* sofort fast 90% der Bevölkerung erfaßt. Ansätze hierzu seien bereits mit der Einführung der Schwangerenvorsorgeuntersuchung gemacht worden.⁵¹ Hinsichtlich der Übertragung von Vorsorgeuntersuchungen sei *die Ärzteschaft bereit und nach Können, Erfahrung und Ausstattung in der Lage*, die auf sie zukommenden Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitspflege verantwortlich zu übernehmen. Es bedürfe weder ganz noch teilweise der Einschaltung von Ambulatorien, staatlichen Untersuchungs- und Beratungsstellen, Polikliniken oder Gesundheitsämtern, um die individuelle Ge-

51. Diese Argumentationen sind vor dem Hintergrund zu sehen, daß die niedergelassenen Ärzte nicht mit hohen zusätzlichen finanziellen Ressourcen hätten rechnen können, wie sie innerhalb der RVO gegeben wären, wenn die Gesundheitsvorsorge hierüber geregelt würde.

sundheitsbetreuung des einzelnen Staatsbürgers sicherzustellen.⁵² Ein Aspekt, auf den von den niedergelassenen Ärzten in der Diskussion immer wieder hingewiesen wurde, war der, daß *präventive und kurative Maßnahmen grundsätzlich untrennbar* seien und deshalb auf dem Gebiet der ambulanten gesundheitlichen Versorgung in die Hände der niedergelassenen Ärzte gehörten. Diese Argumentationstermini fanden sich in nahezu identischer Form in Verlautbarungen des Bundesrates und Äußerungen der CDU/CSU wieder, wobei davon auszugehen ist, daß eine wechselseitige positive Beeinflussung bei der jeweiligen Übernahme der Termini stattgefunden hatte. Der große Vorteil für die Verbände der niedergelassenen Ärzte bestand darin, daß sie sich in der ablehnenden Haltung der Bundesländer mitbewegen konnten.

3.5 Die Regelung von Vorsorgeuntersuchungen über die Gesetzliche Krankenversicherung

Die Bundesländer rückten auch nach den Beratungen der Grundgesetzänderung im Bundestag von ihrer Haltung zur gesundheitlichen Vorsorge in keiner Weise ab. Dieses veranlaßte die Bundesgesundheitsministerin auf dem 73. Deutschen Ärztetag im Frühjahr 1970, ihre ursprünglichen gesundheitspolitischen Vorstellungen nicht mehr zu vertreten. Sie kündigte an, die Bundesregierung wolle progressiv an der *Einbeziehung der vorbeugenden Medizin in die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen* mitarbeiten (Stuttgarter Nachrichten, 27.05.1970). Hier kündigte sich bereits eine Änderung in der gesundheitspolitischen Strategie der Bundesregierung an.

Am 4. Mai 1970 hatte die CDU/CSU-Fraktion als Oppositionspartei den Entwurf eines Gesetzes zur Fortführung der Krankenversicherungsreform verabschiedet (BT-Drucksache 6/726), in dem sie die Einführung der Vorsorgehilfe in den Leistungskatalog der RVO forderte. Art und Umfang der Vorsorgehilfe sollten vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung bestimmt werden. Begründet wurde der Entwurf damit, daß bisher *kein Rechtsanspruch* der Versicherten auf Vorsorgemaßnahmen bestehe. Gegen die Auffassung, daß Vorsorge eine Aufgabe des Staates sei, wurde argumentiert, daß zahlrei-

52 Diese Ausführungen verdeutlichen eindringlich, daß die freipraktizierenden Ärzte sich gegen den geringsten Einbruch in ihr Versorgungsmonopol wenden, demgegenüber aber versuchen, weitere Kompetenzbereiche an sich zu ziehen.

che Kassen bereits Vorsorgeleistungen als Mehrleistungen gewähren würden. Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde als möglicher Träger von Vorsorgemaßnahmen explizit ausgegrenzt: Die Regelung des Entwurfs ging davon aus, daß die Gesundheitsvorsorge durch die freien Ärzte und die Krankenhäuser in ausreichendem Umfang bewältigt werden könne. "Der Entwurf erteilt allen Bestrebungen eine Absage, die einen öffentlichen Gesundheitsdienst nach englischem Muster sozusagen "durch die Hintertür" einführen wollen und glauben, daß das Gebiet der Vorsorge hierfür der geeignete Ansatzpunkt sei". Statt einer ungezielten Gesundheitsvorsorge sollten gezielte Vorsorgemaßnahmen unter Berücksichtigung des finanziellen Aufwandes vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung festgelegt werden. Es wurde weiterhin auf die bereits vorliegenden Kriterien für Vorsorgeuntersuchungen von Neugeborenen und Kleinkindern sowie zur Krebsfrüherkennung verwiesen - hiermit waren unzweifelhaft die Entwürfe der Bundesärztekammer zu Vorsorgemaßnahmen gemeint. Insgesamt entsteht der Eindruck, daß dieser Entwurf der CDU/CSU-Fraktion in einem hohen Maße die Argumentationsstränge der ärztlichen Standesorganisationen sowie der Bundesländer nicht nur reflektierte, sondern z.T. wörtlich übernahm. Diesem Entwurf kam insofern eine besondere Bedeutung zu, als ihm bei der gesetzlichen Einführung von Vorsorgemaßnahmen durch die SPD/FDP-Koalition einzelne Elemente entnommen worden zu sein schienen.

Während in der bisherigen Analyse des Gesetzgebungsprozesses zur Einführung von Vorsorgemaßnahmen die Aktivitäten und das Scheitern des *Bundesgesundheitsministeriums* erörtert wurden, bekam ab 1970 das *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* die Federführung.⁵³ Am 14. Mai 1970 leitete es dem Bundesrat den "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz - 2. KVÄG)" zu (BR-Drucksache 276/70). Zu diesem Gesetzentwurf legten die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz im Juni 1970 dem Bundesrat einen Entschließungsantrag vor (BR-Drucksache 276/2/70), in dem sie forderten, daß gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen vordringlich in den Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden sollten. Jedoch sah der am 4. September 1970 von der Bundesregierung in den Bundestag eingebrachte Entwurf des 2. KVÄG *keine* Maßnahmen

53 Zur Kompetenzenverteilung zwischen dem BMJFG und dem BMA vgl. Neumann (1982: 213/214).

zur Früherkennung von Krankheiten vor (BT-Drucksache 6/1130). Trotzdem (höchstwahrscheinlich weil auch der CDU/CSU-Entwurf vorlag) ging der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Arendt in der Begründung des 2. KVÄG im Bundestag auch auf Vorsorgemaßnahmen ein. Er stellte den Rechtsanspruch auf Vorsorgeleistungen der Versicherten heraus und verwies darauf, daß ein Ausschuß der von ihm berufenen Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung kurz vor dem Abschluß seiner diesbezüglichen Beratungen stünde (Beratung: 64. Sitzung S. 3549 D). Die Ergebnisse sollten, wie Schellenberg (SPD) in der Diskussion ausführte (B.: 64. Sitz. S. 3553 A), noch *in diesem* Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden. Hier liegt der Schlüssel zur Erklärung der kurzfristigen Einbeziehung der Regelungen über Vorsorgeuntersuchungen in das 2. KVÄG. Am Entwurf der CDU/CSU-Fraktion kritisierte Schellenberg, daß nicht bereits im Gesetz ein Rechtsanspruch auf Vorsorge vorgesehen sei, sondern ein derartiger Anspruch einer Rechtsverordnung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung überlassen bleiben sollte (B.: 64. Sitz. S. 3553 A). Der FDP-Abgeordnete Schmidt wertete diesen Passus im Entwurf als ein Abschieben der Verantwortung (B.: 64. Sitz. S. 3556 C).

Nach den Beratungen am 16. September 1970 wurden der CDU/CSU- sowie der Regierungsentwurf dem Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung überwiesen. Dieser hörte am 15. Oktober 1970 gemeinsam mit dem Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit Experten an, die als Mitglieder des Ausschusses der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung mit Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen beauftragt waren. Während dieser Anhörung bahnte sich die endgültige Einbeziehung von Vorsorgeuntersuchungen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung an.

Der Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung griff die Empfehlung des Ausschusses der Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Früherkennung von Krankheiten auf (BT-Drucksache 6/1297) und empfahl, die Regierungsvorlage des 2. KVÄG um den unterbreiteten Formulierungsvorschlag zu ergänzen. In der Begründung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung wurde der nach eingehender Aussprache einstimmig gefaßte Beschluß verkündet: Kinder bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres, Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres und Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres an sollten einen gesetzlichen Anspruch auf

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten erhalten. Die Aufnahme von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sollte vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen durch Richtlinien festgelegt werden; die Maßnahmen waren einheitlich von sämtlichen Kassenarten durchzuführen und gehörten mit dem Recht auf freie Arztwahl zur kassenärztlichen Versorgung. Der Ausschuß wies auch explizit darauf hin, daß für die Durchführung von Untersuchungen zur Früherkennung *von ärztlicher Seite bereits Programme entwickelt worden seien*, die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen noch den Gegebenheiten der Gesetzlichen Krankenversicherung angepaßt werden müßten⁵⁴.

Für den Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) kam die Einbeziehung von Früherkennungsmaßnahmen in das System der kassenärztlichen Versorgung überraschend, da er nicht erwartet hatte, daß hierüber so kurzfristig entschieden werden würde. Er wandte sich am 29. Oktober 1970, kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes, in einem Schreiben an die drei Bundestagsfraktionen vor allem dagegen, daß den Kassenärztlichen Vereinigungen die gesamte Verantwortung übertragen werden sollte, während den Krankenkassen nur noch die Verantwortung für die Ausstellung der Berechtigungsscheine und die nachträgliche Bezahlung der Leistungen verbliebe. Dieses Vorgehen würde dem bisher von den Krankenkassen auf dem Gebiet der gesundheitlichen Vorsorge Geleisteten nicht gerecht. Sie plädierten dafür, ihnen die Verantwortung für Vorsorgemaßnahmen zu belassen. Auf diese Weise hätten sie die Möglichkeit, ihnen als geeignet erscheinende Ärzte aus *allen* Bereichen des Gesundheitswesens und nicht nur der niedergelassenen Ärzteschaft mit der Durchführung entsprechender Maßnahmen beauftragen zu können (vgl. Töns 1971b: 213).⁵⁵ In dieser Intervention des BdO sahen die Ärzte sogleich den Versuch zur Beseitigung der freien Arztwahl und zur Wiederherstellung der absoluten Weisungshoheit der Krankenkassen ihnen gegenüber. Durch einen scharfen Protest des Hartmannbundes und des NAV sollte dieser Sachverhalt klargestellt werden. Nach Aussagen des Hartmannbundes ließ der Erfolg nicht auf sich warten,

54 Vgl. auch die Debatte auf der 75. Sitzung des Deutschen Bundestages am 4. November 1970 (S. 4152 ff.).

55 Bereits Ende 1968 sprachen sich erstmals die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung für ein Recht auf kostenlose Vorsorgeuntersuchungen der Bevölkerung aus. Dabei lehnten sie es jedoch ab, die Kosten im Rahmen einer sozialpolitischen Regelung auf Bundesebene allein zu tragen und forderten ein Zusammenwirken von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern (Frankfurter Rundschau, 19.11.1968).

da der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, der SPD-Abgeordnete Schellenberg, direkt mit einem Fernschreiben an den Hartmannbund antwortete, in dem er mitteilte, es sei bereits bei den Ausschlußberatungen ausdrücklich festgestellt worden, daß die zu beschließenden Maßnahmen "nach den Grundsätzen des Kassenarztrechts durchgeführt werden". Damit war der Bundesverband der Ortskrankenkassen mit seinem Interventionsversuch gescheitert (Töns 1971a: 439/440; Der Deutsche Arzt 1970: 793).

In der Bundestagssitzung vom 4. November 1970 wurde der Gesetzentwurf einstimmig angenommen und am 21. Dezember 1970 das 2. KVÄG verkündet (Bundesgesetzblatt, 1970, Teil I: 1770-1773), womit die Kompetenzen zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen in den Bereich des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen übergegangen waren.

Während Töns (1971a: 428; vgl. auch Töns 1971b: 211), stellvertretender Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, auf entscheidende Vorarbeiten zur Krankheitsfrüherkennung durch die Bundesärztekammer verwies, so schrieb er doch den Krankenkassen das Verdienst zu, die wirksamsten Anregungen für die gesetzliche Initiative gegeben zu haben, da einige von ihnen ab 1965 begonnen hätten, ihren Versicherten Früherkennungsmaßnahmen als freiwillige Mehrleistungen zu gewähren (vgl. auch Kastner 1968: 636-637).⁵⁶

Für die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst, die aufgrund ihrer schwachen Position am Gesetzgebungsverfahren nicht beteiligt worden waren, kommentierte Schmitt (1971: 232) dessen Abschluß folgendermaßen: "Mit dem heranstehenden Verlust der Vorsorge für Säuglinge und Kleinkinder erfolgt eine weitere, sehr hochreichende Amputation. Praktisch bedeutet das die Zerschlagung eines zum Wohle von vielen Millionen Kindern in Jahrzehnten effizient und billig arbeitenden Systems zugunsten eines Verfahrens mit Fragezeichen. Volkswirtschaftlich ist dies hanebüchen. Steuerzahler und Kassenmitglieder werden tief in die Tasche greifen müssen. Politiker und Landespolitiker sollten hierüber zum Nachdenken gezwungen werden".

56 Einen Vertrag über Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen zwischen 30 und 45 Jahren vereinbarten die Ortskrankenkassen in Nordrhein-Westfalen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab 01.04.1970. Auch die Ersatzkassen kündigten an, ihren Leistungskatalog entsprechend zu erweitern. Begründet wurde diese Initiative von den Krankenkassen damit, daß sich nur 2 bis 3% der krebgefährdeten Frauen in den Gesundheitsämtern untersuchen ließen, während man bei Einführung dieser Untersuchungen in die kassenärztliche Versorgung mit einer Beteiligung von 30% rechne (Westfälische Rundschau, 26.03.1970).

Wolters (1973: 701/702), Staatssekretär im BMJFG, sah eine Erklärung für die Übertragung der Vorsorgemaßnahmen an die niedergelassenen Ärzte "eher unter dem Gesichtspunkt der Besitzstandserweiterung ... als unter dem Aspekt einer sachgerechten funktionalen Zuordnung zu vorhandenen Einrichtungen des Gesundheitswesens". Trotz der neuen Rechtslage gab es für ihn wegen der langjährigen Erfahrungen des ÖGD in diesem Bereich keinen Grund, "die weitere Nutzung dieses Erfahrungspotentials von besonderen Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig zu machen" (Wolters 1973: 703).

3.6 Entwicklung von Vorsorgeprogrammen

Es bleibt noch die Frage zu klären, wer für die *inhaltliche Ausgestaltung der Vorsorgeprogramme* verantwortlich zeichnete. Von der für diese Aufgabe im Herbst 1967 beim Bundesgesundheitsamt eingerichteten "wissenschaftlichen Abteilung zur Erforschung von Umweltschäden und Zivilisationskrankheiten" wurde in der späteren Diskussion nicht mehr gesprochen. Statt dessen war es die Bundesärztekammer, die diese Frage aktiv aufgegriffen und bearbeitet hatte.

Um den Anspruch der gesamten Ärzteschaft auf die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zu unterstreichen, wurde bei der Bundesärztekammer 1964 der Ausschuß "vorbeugende Gesundheitspflege" unter Vorsitz des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen Dr. Theopold konstituiert, der detaillierte Vorschläge für Verbesserungen im gesamten präventivmedizinischen Bereich erarbeiten sollte. Vorbeugende Untersuchungen sollten sich vor allem auf Schwangere, Wöchnerinnen, Neugeborene und Kleinkinder konzentrieren.⁵⁷ Die sogenannten Zivilisationskrankheiten, wie vor allem Krebs-, Herz- und Kreislaufleiden, wurden angesprochen, aber mit keiner Priorität versehen (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1964/65: 92/93; vgl. auch Tätigkeitsbericht 1965/66). Auch im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer von 1968/69 wurde betont, daß im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Bemühungen der ärztlichen Standesorganisation nach wie vor die Weiterentwicklung und der praktische Ausbau der Vorsorgemedizin stehe,

⁵⁷ Dieses sind genau die Aufgabenbereiche, die der öffentliche Gesundheitsdienst bisher auch abgedeckt hatte. Im Mutterschutzgesetz und in der Änderung der RVO von 1966 wurden die beiden zuerst genannten Teilgebiete im Sinne der niedergelassenen Ärzte entschieden, ebenso im Jahre 1970 durch die Verabschiedung des 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes schließlich die beiden letztgenannten Teilgebiete.

die gleichberechtigt neben die bisher dominierende kurative Medizin treten sollte. Daher fördere die Bundesärztekammer diesen Prozeß laufend durch die Ausarbeitung konkreter und allgemein durchführbarer Vorsorgeprogramme. Nach Vorarbeit durch ihren Ausschuß "Vorbeugende Gesundheitspflege" und unterstützt durch ihren wissenschaftlichen Beirat legte sie dem 71. Ärztetag 1968 ein Programm mit Vorschlägen zur vorsorgenden gesundheitlichen Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern vor. Auch im Berichtsjahr 1969/70 hatte die Bundesärztekammer die von ihr entwickelten Krankheitsfrüherkennungsprogramme weiterhin propagiert und zusätzlich neue Programme für gezielte Vorsorgeuntersuchungen entwickelt. Zugleich wurde darauf verwiesen, daß sich die Bundesärztekammer und ihr für die Fortbildung zuständiger Ausschuß, der "Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung", intensiv darum bemühten, die Ärzte über den immer wichtiger werdenden neuen Wirkungsbereich der Vorsorgeuntersuchungen zu informieren.

Den Wandlungsprozeß hinsichtlich der inhaltlichen Vorstellungen zur Durchführung von Vorsorgemaßnahmen innerhalb der Ärzteschaft kann man kurz als Übergang *vom ganzheitlichen zum symptombezogenen Ansatz* charakterisieren. So hatte noch der Deutsche Ärztetag des Jahres 1965 andere Vorstellungen über Vorsorgeuntersuchungen, als schließlich im Gesetz realisiert worden waren. Er wandte sich gegen Bestrebungen, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitspflege nur in Form von Teiluntersuchungen für gewisse Krankheiten oder Krankheitsgruppen einzuführen. Auch die Bundesärztekammer betonte, daß präventivmedizinische Maßnahmen, die nicht den ganzen Menschen umfaßten und die sich lediglich einzelnen Organen, Organsystemen, Krankheiten oder Krankheitsgruppen zuwandten, die Grundsätze einer modernen Ganzheitsmedizin verkennen würden, die allein in der Lage sei, die körperliche und geistige Gesundheit des einzelnen zu bewahren (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1965/66: 10-13).⁵⁸ Den Gestaltungsspielraum für

58 Diese Äußerungen gehen zurück auf ein Referat von Hammer, das er auf dem 58. Deutschen Ärztetag im Jahr 1955 vorgetragen hat. In diesem Referat mit dem Titel "Ärztenschaft und Reform der sozialen Krankenversicherung", auf das sich die ärztlichen Standespolitiker in den 60er Jahren bei der sich verstärkenden Diskussion über Vorsorgemaßnahmen immer wieder beriefen, führte Hammer aus, daß der einzelne Versicherte nicht zwischen präventiver und kurativer Medizin unterscheiden könne, so daß die "Vorsichtsuntersuchung" als Pflichtleistung der Krankenversicherung in die Reichsversicherungsordnung einzufügen und damit ein de-facto-Zustand endlich zu legalisieren sei. Der Zweck dieser Untersuchung solle jedoch *"nicht die Fahndung nach Erkrankungen sein"*, sondern es sollten die gesamten Lebensumstände des Versicherten berücksichtigt werden (also eine ganzheitliche medizinische Herangehensweise), um Ratschläge

neu einzuführende Maßnahmen der Prävention schätzte die Bundesärztekammer (1966) im Hinblick auf die allgemeine finanz- und wirtschaftspolitische Entwicklung als gering ein. Daher vertrat sie die Auffassung, daß die nächste Zeit vor allem zur Konsolidierung der bereits jetzt gesetzlich geregelten Aufgaben genutzt werden sollte. Obwohl die Bundesärztekammer weiterhin eine ganzheitliche medizinische Betrachtung des einzelnen Individuums präferierte, schätzte sie die Realisierungschancen der Einführung *allgemeiner* Vorsorgeuntersuchungen wegen der damit verbundenen erheblichen Kosten gering ein (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1966/67).

In ihrem Tätigkeitsbericht von 1969/70 forderte die Bundesärztekammer entgegen ihrer früheren Position keine ganzheitliche medizinische Herangehensweise im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen mehr. Ihren Einstellungswandel begründete sie damit, daß derartige umfassende "Inspektionen" derzeit aus Kostengründen, wegen der zusätzlichen Arbeitskapazität, die von Ärzten so schnell nicht aufzubringen sei, und der noch nicht ausreichenden technischen Möglichkeiten nicht zu realisieren seien. Früherkennungsprogramme für abgegrenzte Vorsorgebereiche ließen dagegen wachsende Erfolgchancen erkennen. Mit diesen Aussagen rückte die Ärztekammer von einer ihrer Grundforderungen insoweit ab, als sie sie durch Reduktion den finanziellen Möglichkeiten anpaßte.

Der Ausschuß der Bundesärztekammer "vorbeugende Gesundheitspflege" hatte in ständiger Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat seit 1968 drei Vorsorgeprogramme zur Früherkennung von Krankheiten vorgelegt: Dabei handelte es sich um

- das Vorsorgeprogramm für Säuglinge und Kleinkinder (vorliegend seit dem 71. Deutschen Ärztetag 1968),
- das Vorsorgeprogramm zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen bei Frauen (vorliegend seit dem 72. Deutschen Ärztetag 1969)
- und schließlich um das Programm für gezielte Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Männern (vorliegend seit dem 73. Deutschen Ärztetag 1970) (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1970/71).

für Lebensführung, Arbeitsplatz, Freizeit usw. geben zu können. Zugleich wurde betont, daß die freie Wahl des Arztes sichergestellt sein müsse und keine zusätzliche Behörde geschaffen werden dürfe.

Diese Vorsorgeprogramme dürften als Grundlage für die Einfügung von Vorsorgemaßnahmen in das 2. KVÄG gedient haben, da sie mit dem allgemein gehaltenen Gesetzestext weitgehend identisch waren.

Entsprechend dem Text des 2. KVÄG hatten Versicherte und ihre mitversicherten Angehörigen Anspruch auf die nachfolgend bezeichneten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

- Kinder bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres auf Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung in besonderem Maße gefährden,
- Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Somit dürfte die Einschätzung der Bundesärztekammer nicht unrealistisch gewesen sein, daß für das Zustandekommen der Vorsorgemaßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung im Rahmen des 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes die von ihr entwickelten Vorsorgeprogramme eine wesentliche Rolle gespielt haben (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1970/71).

3.7 Resümee zur Diskussion um die Einführung von Vorsorgemaßnahmen

Die Entscheidung, Vorsorgeuntersuchungen zu einer Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu machen, dürfte auf folgende Faktoren zurückzuführen sein:

a. Die 10jährigen erfolglosen Versuche, eine gesundheitspolitische Regelungskompetenz des Bundes gegen den Widerstand der Bundesländer durchzusetzen, hatten schließlich dazu geführt, die Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der Sozialpolitik (wie andere gesundheitspolitische Maßnahmen zuvor auch) zu regeln.

b. Da die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen ein altes Anliegen der SPD war und sie seit Jahren auf Entscheidungen in diesem Bereich gedrängt hatte, blieb ihr keine andere Wahl, als die Vorsorgeuntersuchungen den niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen, um nicht noch länger auf (bundesländer-)übergreifende Maßnahmen verzichten zu müssen.

c. Die niedergelassenen Ärzte hatten zwar eine umfangreiche Interessenpolitik genau in dem Sinn betrieben, wie letztendlich die Entscheidung getroffen wurde, jedoch wird man davon ausgehen können, daß sie diesen "Sieg" nicht selbst, wie sie es gerne darstellen, sondern nur durch die Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund und Ländern errungen haben. Diese Einschätzung wird durch die Tatsache unterstrichen, daß sich die Große Koalition unter SPD und CDU bereits auf eine Grundgesetzänderung geeinigt hatte.

d. Aufgrund der Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund und Ländern hatten die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst letztendlich kaum Chancen, mit Vorsorgeuntersuchungen betraut zu werden, obwohl ihnen aufgrund der Konzeption des Bundesgesundheitsministeriums zwischenzeitlich größere Chancen eingeräumt werden mußten. Selbst wenn sich die politischen Akteure dazu entschlossen hätten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst diese Aufgaben zu übertragen, hätten sie auch die Personalbasis verstärken müssen. Es hätte sicherlich einige Jahre in Anspruch genommen, angehende Mediziner für eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst anzuwerben. In diesem Entscheidungsprozeß hatten sich die Ärzte im ÖGD als korporative Akteure mangels eines durchsetzungsfähigen Berufsverbandes kaum artikuliert.

e. Der für alle politischen Akteure tragbare Kompromiß bestand schließlich darin, der GKV als externem Finanzier die Kosten für die Vorsorgemaßnahmen aufzuerlegen: Auf diese Weise wurden den Bundesländern weder Kompetenzen entzogen noch finanzielle Kosten übertragen. Dem Bund konnte es letztendlich egal sein, wer die Aufgaben übernahm, da er weder als Träger noch als Finanzier in diesem Bereich auftrat.

In einem *ersten Fazit* 4 Jahre nach der Gesetzesverabschiedung bezweifelten Geißler/ Thoma (1979: 246) den Erfolg der Vorsorgeuntersuchungen, weil sie eine Überlastung der Kapazitäten von niedergelassenen Ärzten befürchteten. "Neben der begrenzten Kapazität ist weiter zweifelhaft, ob die diagnostischen und medizinisch-technischen Einrichtungen vieler privater Praxen und die erforderliche Sachkenntnis vieler Ärzte ausreicht, um die besonders fehleranfälligen und hohen Sachverstand erfordernden Untersuchungen durchzuführen". Aber auch die Standespolitiker schienen schnell zu erkennen, daß sich die Aufgabenübernahme "gesundheitliche Vorsorge" nicht ohne weiteres realisieren ließ. Deshalb appellierten sie zum einen immer wieder an die niedergelassenen Ärzte, daß sie sich weiterbilden und an der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen sollten, da es nun in ihren Händen

liege, dem gesetzlichen Auftrag zum Erfolg zu verhelfen. Zum anderen bemühten sich die Standespolitiker auch alle nicht-niedergelassenen Ärzte für die Vorsorgeuntersuchungen zu gewinnen. Nachdem sie erst einmal das Monopol für ihre Interessengruppe errungen hatten, versuchten sie die Ärzte in den Krankenhäusern und im öffentlichen Gesundheitsdienst an den Vorsorgemaßnahmen zu beteiligen. Auf diese Weise sollten die "Staatsmediziner" den niedergelassenen Ärzten letztendlich noch zum *inhaltlichen Erfolg* verhelfen.

4 Versuche einer Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den 70er und 80er Jahren

Nachdem das BMJFG mit dem Versuch einer Grundgesetzänderung im Bereich Vorsorgemedizin keine Erweiterung der Kompetenzen des ÖGD erreichen konnte (was sich dann auch in einer personellen und finanziellen Ressourcenverbesserung hätte niederschlagen müssen), dürfte den Akteuren in diesem Sektor in aller Schärfe deutlich geworden sein, in welcher randständiger Position sie sich bereits befanden. Weder durch die sozialpolitische Gesetzgebung auf Bundesebene noch durch Maßnahmen der landespolitischen Akteure wurden sie entsprechend berücksichtigt. In dieser Situation kam es zu einer Gegenreaktion der Akteure des ÖGD, die noch während der abschließenden Beratungen zum 2. KVÄG einsetzte und als "Erneuerungsbewegung" bezeichnet werden kann. Ihren Ausdruck fand sie in der Infragestellung der als veraltet angesehenen gesetzlichen Grundlagen und der Propagierung einer Organisationsreform sowie der modellhaften Entwicklung neuer Zielvorstellungen für die Gesundheitsämter. Unter der radikalen Fragestellung, ob ein öffentlicher Gesundheitsdienst überhaupt notwendig sei, wurde versucht, ein erheblich modifiziertes Bild dieses Gesundheitssystemsektors zu entwerfen. Die Diskussion bewegte sich zwischen der Frage nach einem sogenannten "Gesundshrumpfen" des öffentlichen Gesundheitsdienstes, d.h. der freiwilligen Aufgabe gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen (die die hauptsächlichen Streitpunkte in der Sozialgesetzgebung darstellten) und der alleinigen Beschränkung auf die Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben, wie sie in Form des Kreisphysikus ursprünglich praktiziert worden waren. Dieser pessimistischen Position setzten andere Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst eine optimistische entgegen, die unter Beibehaltung beider Aufgabenfelder eine fachspezifische Ordnung im

Gesundheitsamt anstrebte. Es gab hierzu mehrere Vorschläge und sogar einen praktischen Umsetzungsversuch im Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf. Zu diesen reformatorischen Überlegungen organisatorischer Art traten gesetzestechnische Änderungsvorschläge hinzu, deren Ziel es war, das GVG und seine Durchführungsverordnungen durch Ländergesetze abzulösen. In diesem Zusammenhang kam dem Entwurf einer Richtlinie für Ländergesetze eine besondere Bedeutung zu.

4.1 Die "Erneuerungsbewegung" im öffentlichen Gesundheitsdienst

Anfang der 70er Jahre wurden von einigen Akteuren des öffentlichen Gesundheitsdienstes Vorstellungen propagiert, die eine Reorientierung zu den Anfängen dieses Gesundheitssektors beinhalteten. Die in dieser Diskussion engagierten Akteure plädierten für eine Straffung des ÖGD, wonach nur noch hoheitliche Aufgaben wahrgenommen und alle individualfürsorgerischen Elemente eliminiert werden sollten. Mit diesen Vorschlägen zogen sie die Konsequenzen aus der bisherigen sozialpolitischen Gesetzgebung, durch die die Kompetenzen des ÖGD im gesundheitsfürsorgerischen Bereich immer stärker eingeschränkt wurden. Mit dem Verzicht auf die gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben und der alleinigen Konzentration auf die klassischen Physikataufgaben, wie Medizinalaufsicht, Umwelthygiene, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sowie Gutachtertätigkeit und Mitwirkung bei Planungen aller Art im öffentlichen Bereich, war gleichzeitig intendiert, dem Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst, vor allem im kommunalen Bereich, eine unabhängigere und prestigeträchtigere Position zu verschaffen. Bei der Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte "der neue, alte Kreisphysikus örtlich unabhängiger staatlicher Beamter sein und wie früher Privatpraxis ausüben. Minderheit und Exklusivität führen dann über steigendes Sozialprestige wieder zu einer Elite, der anzugehören für den tüchtigen Nachwuchs eine Ehre mit entsprechendem Einkommen ohne Verzicht auf kurative Tätigkeit sein wird. ... So betrachtet, muß die Ära des Vereinheitlichungsgesetzes eine Episode in der Geschichte des deutschen öffentlichen Gesundheitsdienstes sein, die in Kürze zu Ende gehen wird" (Kahnt 1972: 132). Auf volle Zustimmung trafen diese Ausführungen bei Bachmann (1972: 496), der davon ausging, "daß der öffentliche Gesundheitsdienst an seinen individualfürsorgerischen Verpflichtungen zugrunde gehen wird". Seiner Ansicht nach müsse er

sich umgehend all jener Aufgaben entledigen, die keine Behördeneigenschaft erfordern. "Wenn der gegenwärtige Mischmasch-Gesundheitsdienst beibehalten wird, werden wir ... an fachlicher Auszehrung und weiterem Ansehensschwund eingehen" (Bachmann 1972: 496). Und selbst Faerber (1972: 646), der zukunftsweisende Modelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst diskutierte, sprach auch die Möglichkeit an, die Aufgaben des Gesundheitsamtes gezielt auf die Funktion des staatlichen Kreisarztes der Zeit vor dem Vereinheitlichungsgesetz zurückzuführen. "Die Ideallösung der Strukturprobleme des öffentlichen Gesundheitsdienstes wäre dieses Gesundheitschumpfen sicher nicht. Aber wenn die verantwortlichen Politiker nicht endlich den Mut zu durchgreifenden Reformen haben, ist dieser frühere Kreisarzt vielleicht doch das, wenn auch keineswegs angestrebte Ziel".

Die These vom "Gesundschumpfen" des öffentlichen Gesundheitsdienstes war die Konsequenz aus einer seit Jahrzehnten als unbefriedigend angesehenen Situation (zur Kritik dieser These vgl. Wolters 1974: 731). Die zwangsweise Zusammenführung von hoheitlichen und gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben durch das GVG sowohl in einem Amt als auch in einer Person, nämlich der des Amtsarztes, wurde von den Akteuren im öffentlichen Gesundheitsdienst als eine zweifelhafte Kombination angesehen, aus der heraus sich die nach 1945 diskutierten Probleme erst entwickelt hätten. Somit kam dem politischen Steuerungseingriff von 1934 in Verbindung mit dem späteren Übergang des ÖGD aus der Reichs- in die Länderkompetenzen eine Bedeutung zu, die den ÖGD in eine Position "zwischen allen Stühlen" hineinmanövrierte.

Die Akteure im ÖGD, die sich für eine Eliminierung der gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben aus dem Gesundheitsamt ausgesprochen hatten, konnten sich allerdings mit ihren Vorstellungen nicht durchsetzen.

Neben der Diskussion des Gesundheitschumpfens versuchten andere Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst auf eine Struktur- und Organisationsreform zu drängen. Dieses Engagement fand seinen Niederschlag in der "Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen". Über das Zustandekommen dieser Richtlinie, die nach dem Vorsitzenden des Arbeitsausschusses auch als Hopf-Entwurf bezeichnet wird, sagte der Ausschußvorsitzende selbst, daß sich auf dem 20. Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Jahre 1970 gezeigt habe, daß sich die Ärzte des ÖGD von den in den Ländern Verantwortlichen im Stich gelassen fühlten. "Sie waren der Meinung, daß ihre Belange nicht mit der entsprechenden Wichtigkeit

vertreten werden. ... Diese Vorstellungen und die zu jener Zeit im Bundestag begonnenen Beratungen zum 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetz ... waren für die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder der Anlaß, der Gesundheitsministerkonferenz eine Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorzuschlagen. In ihrer einstimmig verabschiedeten Entschließung vom Oktober 1970 in Berlin hat die Gesundheitsministerkonferenz zum Ausdruck gebracht, daß sie eine neue Standortbestimmung des öffentlichen Gesundheitsdienstes für dringend erforderlich hält" (Hopf 1978: 419). In der Begründung der Gesundheitsministerkonferenz wurde auf die 40jährige unveränderte Existenz des Vereinheitlichungsgesetzes hingewiesen und die Forderung erhoben, Funktion und Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes den Erfordernissen der Gesellschaft von heute anzupassen und eine Bereinigung der Rechtslage auf dem Gebiet des ÖGD vorzunehmen (Albrecht 1974: 828; vgl. auch Faerber 1972: 647/648). Um diese Vorstellungen zu realisieren, wurde die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Bundesländer von der Gesundheitsministerkonferenz mit der Bildung eines Ausschusses beauftragt, der eine Richtlinie für Ländergesetze über das öffentliche Gesundheitswesen erarbeiten sollte (Hopf 1974).

Mit diesem Steuerungsversuch, der von den Akteuren des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit angeregt wurde, war beabsichtigt, den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter neu zu definieren. Die vom Ausschuß der Leitenden Medizinalbeamten der Länder erarbeitete "Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen"⁵⁹ war von der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 14. Dezember 1972 einstimmig verabschiedet worden.⁶⁰ Zugleich wollten sich die Minister und Senatoren dafür einsetzen, daß diese Richtlinie die Grundlage für die von ihnen vorzulegenden Ländergesetze darstellte, wobei Zielsetzungen und materieller Inhalt

59 "Im Hopf-Entwurf sind die Funktionen des ÖGD in nachstehenden Aufgabengruppen zusammengefaßt:

1. Allgemeine Aufgaben,
2. Berufe des Gesundheitswesens,
3. Einrichtungen des Gesundheitswesens,
4. Gesundheitsschutz,
5. Gesundheitshilfe,
6. Gutachterwesen" (Albrecht 1974: 828).

60 Nach Heim (1977: 308) waren die mit dem Hopf-Entwurf beendeten Arbeiten hinsichtlich einer Konkretisierung der Aufgaben der Gesundheitsämter bereits 1958 begonnen worden.

soweit wie möglich erhalten bleiben sollten, um die Einheitlichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bundesländern zu wahren (Hopf 1976: 12).

Eineinhalb Jahre nach seiner Verabschiedung war der Hopf-Entwurf veröffentlicht und damit einer breiteren Diskussion über die künftigen Aufgaben und die zukünftige Organisationsform des öffentlichen Gesundheitsdienstes zugänglich gemacht worden (Albrecht 1974: 828). Aber die Umsetzung der Richtlinie in Ländergesetze, die entsprechend ihrem Impetus möglichst einheitlich ausgestaltet werden sollten, erwies sich als schwierig. Daß eine einheitliche Umsetzung zwar wünschbar, realistisch eingeschätzt aber als illusorisch erschien, war für die Akteure im ÖGD unzweifelhaft: "Nicht zuletzt in Anbetracht der Bedeutung und Brisanz gesundheitspolitischer Fragen werden differente Meinungen auch in den 11 Länderparlamenten zutage treten. Selbst wenn alle zuständigen Minister die Ingangsetzung der Gesetzgebung mit dem Hopf-Entwurf als Richtlinie bejaht haben, ist es fraglich, ob die Parlamentarier ihnen hierin folgen und den Entwurf gleichlautend und unverändert verabschieden werden" (Albrecht 1974: 832).⁶¹

Stellte man Ende der 70er Jahre die Frage nach der Umsetzung der Richtlinie in den Ländern, so fiel die Antwort eher negativ aus: "Soweit ich übersehen kann, wird die Materie in Baden-Württemberg, in Bayern, in Bremen, in Hamburg, in Niedersachsen, in Nordrhein-Westfalen und im Saarland bisher nicht beraten" (Pfau 1978: 431). Dieser Negativabgrenzung von sieben Bundesländern standen nur Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein gegenüber, in denen Entwürfe zu Landesgesundheitsgesetzen beraten wurden, wobei das Gesetzgebungsverfahren in Schleswig-Holstein am weitesten fortgeschritten war, da bereits die erste Lesung über ein "Gesundheitsdienstgesetz" stattgefunden hatte (Pfau 1978: 432; Hopf 1978: 418). Trotz dieses äußerst verhaltenen Engagements in den Bundesländern sahen es die Akteure des ÖGD bereits als Erfolg an, daß auf politischer Ebene wieder ernsthaft über den ÖGD diskutiert wurde und sich auch die kommunalen Spitzenverbände mit dem Thema befaßten (Pfau 1978: 436).

61 In ähnlicher Weise urteilte auch Pfau (1978: 430) über die Umsetzungschancen der Richtlinie für Ländergesetze: "Bei der föderativen Struktur der Bundesrepublik und bei der Gesetzgebungskompetenz der Länder halte ich es für eine Illusion zu glauben, daß die Länder die Gesundheitsgesetze voneinander abschreiben werden. Das wird es schon deshalb nicht geben können, weil jedes Landesgesundheitsgesetz in die jeweilige Landesverfassung eingepaßt werden muß. ... Wenn der Föderalismus sich bewähren soll, dann müssen AGLMB und GMK die Entwürfe harmonisieren und aneinander anpassen" (vgl. auch Beske 1973: 133/134).

Diese nur zögerliche Inangriffnahme landesgesetzlicher Neuordnungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes weist auf eine Selbst-Blockade-Haltung der Bundesländer in diesem Bereich hin: Obwohl die Gesundheitsminister einer Umsetzung der Richtlinie in ihren jeweiligen Bundesländern zugestimmt hatten, schienen sie auf dieser Ebene kaum einen Konsens herstellen zu können. Für die Bundesländer mit kommunalisierten Gesundheitsämtern dürfte noch erschwerend hinzugekommen sein, daß auch die Kommunen darüber mitentscheiden wollten, welche Aufgabenbereiche des ÖGD landesgesetzlich festgelegt werden sollten.⁶²

Im Zuge der "Erneuerungsbewegung" des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde auch eine reale Umsetzungschance für ein zukünftiges Gesundheitsamt praktisch erprobt. Bezeichnenderweise ging die Initiative nicht von den Bundesländern aus, sondern vom Staatssekretär im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, von Manger-Koenig, der 1971 ein sogenanntes Modellgesundheitsamt vorgestellt hatte. Faerber (1972: 649) bemerkte hierzu, daß es von Manger-Koenig gelungen sei, in den Haushalt Mittel für ein solches Modellgesundheitsamt einzusetzen, "obgleich der Bund an sich hierfür ja gar nicht zuständig ist". Insbesondere wies er darauf hin, daß diese Initiative unabhängig von der Erarbeitung der Richtlinie über Ländergesetze zustande gekommen sei. Eine Einschätzung dieser Sachlage ist schwierig, aber es dürfte nicht von der Hand zu weisen sein, daß das Projekt Modellgesundheitsamt konzipiert wurde, um eine Signalwirkung auf ein zu verstärkendes Engagement der Bundesländer in diesem Bereich auszuüben (zur Konzeption des Modellgesundheitsamtes Marburg-Biedenkopf vgl. BMJFG 1977 und 1982 sowie Nittner 1973).

62 Als in Schleswig-Holstein schließlich das erste Gesetz verabschiedet wurde, setzte eine vehemente Kritik der Ärzte des ÖGD hieran ein: So kritisierte der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (1979: 394/395) mehrere Paragraphen des Gesundheitsdienstgesetzes von Schleswig-Holstein und beschloß seine Kritik mit den Worten: "Der Bundesvorstand hält dieses Gesetz für einen erheblichen Rückschritt in den Bemühungen um die dringend notwendige Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Bundesvorstand kann nur hoffen, daß andere Bundesländer diesem Beispiel nicht folgen werden". Auch Reuter (1982: 203) übte eine pauschale Kritik: "Daß es nicht viel weiterhilft, allein am Vereinheitlichungsgesetz herumzubasteln, das hat Schleswig-Holstein inzwischen bewiesen". Böhm (1979) als Vorsitzender des Bundesverbandes des ÖGD äußerte sich besonders kritisch: "Dieses Gesetz von Schleswig-Holstein entspricht in keiner Weise unseren Erwartungen. Es wird von uns als äußerst bedenklich angesehen und muß daher strikt abgelehnt werden. ... Dieses Gesetz müßte mit dem Namen 'Gesetz zur Zersplitterung des Gesundheitswesens' belegt werden" (zit. nach Steuer 1984: 68).

Bereits in seiner Konzeptionsphase traf das Modellgesundheitsamt auf Kritik, da es nur auf den derzeit gültigen, durch das GVG vorgegebenen Bestimmungen aufbaute: Die Kritik lautete, daß dieses nicht "das Gesundheitsamt von morgen" sei, sondern ein gut funktionierendes Gesundheitsamt von heute auf den gesetzlichen Grundlagen des Vereinheitlichungsgesetzes, also von gestern" (Pfau 1973: 480; vgl. auch Schindel 1975: 788).

Resümierend betrachtet scheint die Erneuerungsbewegung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den 70er Jahren nicht über einige konzeptionelle Vorschläge und Umsetzungsversuche hinausgekommen zu sein.

4.2 Stagnation und weiterer Kompetenzenentzug in den 70er Jahren

Während der öffentliche Gesundheitsdienst auf landespolitischer Ebene in einem wenig beweglichen Zustand verharrte, wurde er von bundespolitischer Ebene aus durch weitere sozialpolitische Steuerungseingriffe tangiert. Zu den gesetzlichen Maßnahmen der 60er Jahre kamen in den 70er Jahren das Schwerbehindertengesetz (1974) sowie das Rehabilitationsangleichungsgesetz (1974) hinzu (vgl. Funke 1975; Maier 1976; Pfau 1976; Hopf 1976; Simon 1977).⁶³

Wie bereits in den 60er stellte auch in den 70er Jahren die personelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst ein besonderes Problem dar. Die Überalterung der im ÖGD beschäftigten Ärzte schritt fort, während es an Nachwuchs mangelte. Damit aber verschärfte sich das Problem des Fehlbestandes an Ärzten im Gesundheitsamt, der nach Berechnungen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit vom Juni 1970 je nach Bundesland und Region zwischen 20 und 63% lag.⁶⁴

63 Daß diese Politik des BMA in keiner Weise die Akteure des ÖGD im Blick hatte, wurde entsprechend beklagt: "Alle genannten Gesetze berücksichtigen nicht, daß mit dem Gesundheitsamt eine ärztliche Einrichtung der öffentlichen Hand zur Verfügung steht, die sowohl über den ärztlichen Sachverstand und über eine einschlägige langjährige Erfahrung verfügt, als auch mit dem notwendigen Stab an Sozialarbeitern ausgerüstet ist. ... Ich halte es für widersinnig, andere Stellen mit gleichartigen Aufgaben neu zu betrauen", da dieses nicht im Einklang mit Bestrebungen "zur zwingend notwendigen Rationalisierung und Kostensenkung im Gesundheitswesen" steht (Hopf 1976: 11).

64 Dieser Rechnung wurde die von der Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 1968 empfohlene Schlüsselzahl von einem Arzt auf 22.500 Einwohner zugrunde gelegt. Zu dem Fehlbestand bei der Besetzung von Amtsarztstellen kam hinzu, daß die über 55jährigen Amtsärzte zu dieser Zeit zum Teil über 70% der Ärzteschaft im öffentlichen Ge-

Kompensiert wurde dieser Fehlbestand in der Besetzung von Planstellen vor allem durch einen überproportionalen Anstieg von Teilzeitbeschäftigten: "Die Gesamtaltersstruktur wird durch die wesentlich günstigere Situation der angestellten Ärzte, zumeist teilzeitbeschäftigten Ärztinnen, verfälscht und täuscht eine günstigere Situation vor, als sie tatsächlich ist" (Pfau 1979a: 45).⁶⁵

Daß die personelle Situation in den Gesundheitsämtern zwar einen bedeutenden, aber nicht den einzigen Problembereich innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes darstellte, wurde auf einer gesundheitspolitischen Tagung des Innenministeriums von Schleswig-Holstein Anfang der 70er Jahre wieder einmal herausgestellt: "Es wurde festgestellt, daß der öffentliche Gesundheitsdienst heute nicht mehr in der Lage ist, seinem Auftrag gerecht zu werden und das zum Teil zu ernster Besorgnis Anlaß gebende Zustände herrschen, die einen Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitsdienstes befürchten lassen. Als wesentliche Begründung für diese Entwicklung wurden unter anderem die unzureichende personelle Besetzung⁶⁶, die unzureichende bauliche Unterbringung, die ungenügende technische Ausstattung, unklare Kompetenzen, eine ungewisse Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes und ein teilwei-

sundheitsdienst ausmachten (zur Situation in einzelnen Bundesländern vgl. Beske 1971; Kahnt 1972; Landtag Nordrhein-Westfalen 1978; Pfau 1979b; Femmer 1982, 1984; zu einer Bedarfsanalyse Ende der 70er Jahre vgl. Beske/ Rüschemann 1981).

- 65 Seit Beginn der 70er Jahre thematisierten die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst verstärkt die Möglichkeit eines Rückgriffs auf Ärztinnen: "Als im wesentlichen unausgenutzt muß das Reservoir von verheirateten Ärztinnen und Zahnärztinnen angesehen werden, die bereit sind, halbtags oder stundenweise für spezielle Aufgaben im Gesundheitsamt zu arbeiten, z.B. im Rahmen der Behindertenhilfe, des jugendärztlichen Dienstes oder des jugendzahnärztlichen Dienstes. ... Die Erfüllung dieser speziellen Aufgaben erfordert eine gezielte Fortbildung der an Teilzeitarbeit interessierten Ärztinnen und Zahnärztinnen" (Das öffentliche Gesundheitswesen 1971: 81). In die gleiche Richtung wiesen die von Beske (1971: 100) formulierten personellen Maßnahmen: "Gewinnung einer größtmöglichen Zahl von Ärztinnen und Zahnärztinnen mit Teilzeitarbeit für spezielle Aufgaben mit einer entsprechenden Weiterbildung". In diesen Ausführungen kam deutlich der Versuch des ÖGD zum Ausdruck, die letzten Reserven zu mobilisieren, um sich am Leben zu erhalten. Während dem ÖGD auf der einen Seite von den niedergelassenen Ärzten nur eine subsidiäre Funktion zuerkannt wurde, versuchten seine Akteure auf der anderen Seite Kräfte zu mobilisieren, die ebenso subsidiär ausgerichtet waren, da sie keine Tätigkeit außer im ÖGD aufnehmen konnten(?) (wollten?).
- 66 "Wenn die Sozialhygiene durch weitere Änderungen der RVO weiter an die Ärzte in Praxis und Klinik abwandert, wenn das ärztliche Gutachtenwesen des ÖGD in sozialmedizinische Untersuchungszentren verlagert werden sollte, wenn im Umweltschutz Naturwissenschaftler und Techniker den Arzt des ÖGD verdrängen, dann verbleiben dem ÖGD nur noch so kümmerliche Reste ärztlicher Aufgaben, für die sich qualifizierte Ärzte nicht engagieren werden" (Pfau 1979a: 46).

se negatives Image angesehen" (Das öffentliche Gesundheitswesen 1971: 78; vgl. auch Beske 1971: 98). Aufgrund dieser Problemfaktoren sprachen Badura/ Lenk (1986: 309) davon, daß die Gesundheitsämter "ein kommunalpolitisches und sozialpolitisches Schattendasein" führten.

Um aufgrund der Anfang der 70er Jahre auch von den Bundesländern als alarmierend angesehenen ärztlichen Altersstruktur einen Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu vermeiden, hatte sich die Gesundheitsministerkonferenz der Länder darauf geeinigt, 2% der Studienbewerber ohne die Anwendung des Numerus clausus zuzulassen, wenn sie sich verpflichteten, mindestens 11 Jahre im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu sein. Die Initiative hierzu ging vom Land Nordrhein-Westfalen aus, das einen Plan zur Nachwuchsförderung entwickelt hatte, dem die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder 1971 zustimmten (Faerber 1972: 647). 1973 wurde der Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen geändert, so daß seitdem die Möglichkeit bestand, bis zu 2% der Studienplätze für Human-, Zahn- und Tiermedizin sowie Pharmazie an Bewerber für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu vergeben.

Ein erstes Fazit des nordrhein-westfälischen Nachwuchsförderungsprogramms zeigt, daß die hiermit verbundenen Erwartungen in einem erheblichen Maße revidiert werden mußten. So ist die Entwicklung bis Anfang der 80er Jahre dahingehend verlaufen, daß sich die ursprünglich anvisierten 11 Jahre auf 6 Jahre reduzierten. Denn die verantwortlichen Akteure sahen sich gezwungen, den angehenden Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst eine fünfjährige Weiterbildungsmöglichkeit in einem Spezialfach zu eröffnen, wodurch sie während dieser Zeit für ihren eigentlichen Aufgabenbereich nicht zur Verfügung standen (Baumann 1982).⁶⁷

Kritisch betrachtet sollte im Hinblick auf die Bewerber nicht übersehen werden, daß für den öffentlichen Gesundheitsdienst diejenigen genommen wurden, die anderweitig keinen Studienplatz erhalten hätten. Wie fragwürdig das Numerus clausus-Verfahren auch immer ist, der

67 Auch Dewein (1981: 577) kam zu dem Schluß: "Reformbemühungen um den öffentlichen Gesundheitsdienst hatten bisher keinen Erfolg. Diese Beurteilung gilt auch für Personalwerbeaktionen der Bundesländer, die die Personalprobleme im ärztlichen Bereich nicht entscheidend beeinflussen konnten".

öffentliche Gesundheitsdienst mußte sich wieder mit einer "zweiten Wahl" zufriedengeben.⁶⁸

Das Fazit zur Reformfreudigkeit der für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen politischen Akteure in den 70er Jahren lautet: realistisches Erkennen der Problematik, länderübergreifende Konsensbeschaffung zwischen den zuständigen Ministerien, aber kaum bundeslandinterne Durchsetzungschancen.

4.3 Neudefinition von Aufgabenbereichen und Entwicklung von Zukunftsperspektiven in den 80er Jahren

Wie in den Jahrzehnten zuvor, mußten sich die Akteure im ÖGD auch in den 80er Jahren auf weitere Kompetenzreduktionen einstellen. Zudem bestand die Gefahr, daß sie durch zu langsames Reagieren auf gesellschaftspolitische Entwicklungen neue Aufgabenfelder nicht für sich reservieren konnten (vgl. Steuer 1984). Dieses betraf besonders den Umweltschutz (Badura/ Lenk 1986: 313) (wo zunehmend neue Behörden geschaffen wurden) und die Gesundheitsförderung (in der sich verstärkt freie Initiativen, die Krankenkassen sowie auch niedergelassene Ärzte engagierten). Vor allem durch die Steuerungseingriffe der Akteure des politischen Systems im Bereich des Umweltschutzes wurde nicht der gesundheitsfürsorgliche Bereich, wie bei der sozialpolitischen Gesetzgebung, sondern *erstmalig* der *hoheitliche Bereich* tangiert. Das bedeutete einen völlig neuen Domäneingriff für die Akteure in diesem Sektor des Gesundheitssystems.

Die Schwierigkeiten in den 80er Jahren bestanden weiterhin darin, daß Aufgaben, die der öffentliche Gesundheitsdienst von sich aus aufgebaut hatte, ihm sukzessive immer wieder entzogen wurden (werden sollten). Hierzu schrieb Schuch (1987: 359), daß derartige aktive Aufgabenübernahmen in der Regel mit dem vorhandenen Personal ohne Stellenvermehrung erfolgten und bei funktionierenden Diensten dann mit dem Argument der Subsidiarität derartige Einrichtungen aufgelöst, geschmälert oder in ihrer Funktionsbreite eingengt wurden. "Hier haben wir oft nicht den Eindruck einer gesundheitspolitischen Linie, sondern

68 Faerber (1972: 647) stellte das Nachwuchsförderungsprogramm als eine fragwürdige Alternative dar: "Es ist wohl nicht vertretbar ... junge Menschen, denen es im Augenblick sicher nur auf das Umgehen des Numerus clausus ankommt, in ein Berufsbild hineinzuleiten oder hineinlaufen zu lassen, daß ohne entscheidende Änderung seines augenblicklichen Aussehens als unattraktiv und unbefriedigend bezeichnet werden muß".

den Eindruck, daß fiskalische Erwägungen, Gruppeninteressen oder augenblickliche, vordergründige politische Situationen und Konstellationen die entscheidenden Ratgeber für weitreichende Entschlüsse waren". Daß sich eine derart subsidiäre Stellung innerhalb des Gesundheitswesens nicht gerade positiv sowohl intern als auch extern auswirkte, verdeutlichte Schuch (1987: 359) in seinen weiteren Ausführungen: "Dem öffentlichen Gesundheitsdienst allein die Aufgabe eines Zutreibers zu anderen Institutionen oder Programmen zuzuweisen, heißt ihn unterfordern, heißt den hier Tätigen drittrangige Aufgaben zuzuweisen und schmälert das Ansehen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Öffentlichkeit".

Um der problematischen Situation des ÖGD gegenzusteuern, wurden Maßnahmen angestrebt, die neben der Einführung der Gebietsbezeichnung "Arzt für öffentliches Gesundheitswesen" auch die Einrichtung von Lehrstühlen für öffentliches Gesundheitswesen an einigen Universitäten der Bundesrepublik vorsahen und die Attraktivität dieses Gesundheitssektors erheblich steigern sollten. Zudem war beabsichtigt, verstärkt Umwelthygiene und Vorsorgemedizin an den Universitäten zu lehren (Stein 1982: 743/744). Aufgrund positiver Ansätze in Nordrhein-Westfalen, die ein zunehmendes Interesse am ÖGD seitens junger Ärzte nach sich zogen, berichtete Femmer (1983: 105), daß in einigen größeren Städten dieses Bundeslandes die Gesundheitsämter ihre Planstellen wieder vollständig besetzen könnten.

Als ein wesentliches Aufgabenfeld des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde der gesundheitliche Umweltschutz herausgestellt, der aufgrund des wachsenden Umweltbewußtseins als wichtige Aufgabe in den Gesundheitsämtern ausgebaut werden sollte (Dewein 1981: 575; vgl. auch Gärtner 1971). Der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes erhob deshalb die grundsätzliche Forderung, daß der gesundheitliche Umweltschutz "stark und unverrückbar in dem Aufgabenkatalog des öffentlichen Gesundheitsdienstes" verankert werden solle (Schuch 1987: 359). In derartigen Beschlüssen wurde immer wieder auf die Notwendigkeit des Ausbaus der Gesundheitsämter *unter Erhaltung ihrer sonstigen gesetzlichen Aufgaben* als Fachbehörden für diesen spezifischen Problemkomplex hingewiesen (Pfau 1985: 334). Die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst erhoben gerade in bezug auf den Umweltbereich Forderungen, weil in verschiedenen Gesundheitsämtern einzelner Bundesländer dieser Aufgabenbereich bereits ausgegliedert und einer anderen Behörde übertragen worden war bzw. eine derartige Übertragung noch in der Diskussion war - z.B. in ein Amt

für Umweltschutz, wobei die entsprechende Abteilung samt Personal dem Gesundheitsamt entzogen wurde.⁶⁹ Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung bemerkte Steuer (1984: 69) selbstkritisch, daß sich die Akteure im öffentlichen Gesundheitsdienst Versäumnisse vorzuwerfen haben, weil die Hygieniker unter ihnen es zugelassen hätten, daß die Umweltdiskussion meistens ohne sie geführt wurde. Derartige Versäumnisse in der richtigen Einschätzung der Relevanz von Aufgabenbereichen führten oftmals zu deren Verlust an andere Institutionen. Nachdem aber andere Ämter neben dem Gesundheitsamt mit ehemals vom Gesundheitsamt wahrzunehmenden Aufgaben betraut wurden, wuchs die Kritik der Akteure des öffentlichen Gesundheitsdienstes an diesen Entwicklungen.

Als eine weitere wesentliche Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde die Gesundheitsförderung gesehen, die von ihm eigenständig, besonders auch im Bereich der Koordination und Organisation zu erledigen sei (Femmer 1983; Hopf 1984: 350/351; Beske 1987; Schuch 1987: 359; Steuer 1984: 68/69 vgl. auch Hoffmeister 1978: 415). Aus diesem Grund hatte der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes beschlossen, daß die Gesundheitsämter unter Erhaltung ihrer sonstigen gesetzlichen Aufgaben verstärkt für die Wahrnehmung der Gesundheitserziehung auszubauen seien, damit sie einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erbringen könnten (Pfau 1985: 333).

Als dritter großer Aufgabenbereich sind schließlich noch die Epidemiologie und die Gesundheitsberichterstattung zu nennen (vgl. Müller u.a. 1988: 309). Beide Aufgabenbereiche wurden erst in den letzten Jahren zunehmend diskutiert. Die Gesundheitsberichterstattung bezeichnete z.B. Großklaus (Großklaus 1988: 197) als mangelhaft, da keine Aussagen über den Gesundheits- oder Krankheitszustand der Bevölkerung möglich seien. Auch im Bereich der Epidemiologie wurde die Bundesrepublik im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten als

69 Einen Weg zur *Integration* von Gesundheits- und Umweltschutz ist man in Hamburg gegangen. Nach Grieve (1987: 414) hatte hier ein Umdenkungsprozeß vom *technischen* zum *gesundheitlichen* Umweltschutz eingesetzt. "Die Gesundheitsämter werden umorganisiert und umbenannt in 'Gesundheits- und Umweltämter'. Der Amtsarzt ist zugleich Gesundheits- und Umweltdezernent seines Bezirkes. Dabei wurden ehemals im Bauamt angesiedelte Aufgaben auf das Gesundheits- und Umweltamt übertragen, zugleich wurde entsprechendes Personal auf das Gesundheits- und Umweltamt verlagert".

ein Entwicklungsland beschrieben (Großklaus 1988: 198).⁷⁰ Erste Ansätze zur Überwindung dieser Defizite wurden auf Bundesebene (Chory 1988: 87) und Länderebene (Borgers/ Schröder/ Laaser 1988; vgl. auch Lemke/ Laaser 1986) unternommen.

Aus der Einschätzung heraus, daß die bisherigen Reformbemühungen im ÖGD kaum Erfolg hatten, wurden neue Konzepte für den öffentlichen Gesundheitsdienst diskutiert, die sich nicht mehr allein am Mediziner in leitender Position am Gesundheitsamt orientierten: Zunehmend wurde überlegt, daß "Verwaltungswissenschaftler und Managementfachleute von außerhalb der Verwaltung entscheidenden Einfluß gewinnen (sollten). Der öffentliche Gesundheitsdienst ist im modernen Staat der Daseinsvorsorge ein Dienstleistungszweig, der mit dem Denken von Dienstleistungsunternehmen organisiert und geführt werden muß. Widerstand gegen Sachverstand von außerhalb der Verwaltung ist unangebracht, da er nach den Erfahrungen der Vergangenheit allein in der Lage ist, Innovation in den öffentlichen Gesundheitsdienst zu bringen" (Dewein 1981: 577; vgl. auch Reuter 1982). Diese Vorschläge stießen bei den Amtsärzten jedoch auf Ablehnung, da gerade sie immer wieder dafür plädiert hatten, Leitungsfunktionen im öffentlichen Gesundheitsdienst ausschließlich Ärzten zu übertragen.

Ein vorläufiges Fazit zur Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den 80er Jahren lautet, daß er in einigen Bundesländern verstärkt in die politische Diskussion geriet, da immer stärker Probleme auftraten, die individualmedizinisch nicht gelöst werden konnten. Zudem zeichnete sich im Personalbereich eine Entspannung aufgrund des in den letzten Jahren verstärkt auf den Arbeitsmarkt drängenden Ärzte(über)angebots ab, so daß eine personelle Erneuerung im Zusammenspiel mit landespolitischen Reformüberlegungen dem ÖGD einen neuen Stellenwert im Gesundheitssystem zuweisen könnte. Da sich die Amtsärzte aber mehr für medizinische als für gesundheitspolitische Fragen interessierten, waren sie in den politischen Entscheidungsgremien zumeist weder aktiv mit Anregungen und Vorschlägen noch passiv als Gesundheitsexperten präsent. Die Aufdeckung eines derart geringen gesundheitspolitischen Engagements sollte nach Ansicht von Hopf (1984: 350) dazu führen, daß die Amtsärzte sich zukünftig als "Gesundheitsanwalt der Bevölke-

70 Nach Laaser u.a. (1988: 231) ist der ÖGD "derzeit überwiegend nicht in der Lage, die zentralen, defizitären Aufgaben des bevölkerungsmedizinischen Monitoring und der präventiven Flankierung und Koordination wahrzunehmen".

rung" verstehen und "regelmäßig an den Sitzungen des Gesundheits- und Umweltausschusses" teilnehmen.

Der oben diskutierte Organisationstyp wich kaum von der bisherigen Struktur der Gesundheitsämter ab. Neben diesem "etablierten Organisationstyp" schlugen Müller u.a. (1988: 310) fünf weitere Möglichkeiten vor, wie die Aufgaben der Gesundheitsfachverwaltung zukünftig organisiert werden könnten: Die Wahrnehmung der Aufgaben könnte durch

- eine überregionale staatliche oder kommunale Institution,
- städtische und kommunale Einrichtungen,
- noch zu schaffende Institutionen des öffentlichen Rechtes wie z.B. Medizinalüberwachungsvereine,
- freie Träger,
- Privatpersonen und private Institutionen erfolgen.

In welcher institutionellen Form des ÖGD sich (weiter-)entwickeln wird, ist in einem hohen Maße von den politischen Präferenzen der einzelnen Bundesländer abhängig. Jedoch dürften alle Bundesländer in den letzten Jahren zu der Erkenntnis gekommen sein, daß der ÖGD neben den durch die GKV abgedeckten Sektoren einen spezifischen, und zwar nicht nur subsidiären, Stellenwert hat.

5 Zusammenfassung

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist derjenige Sektor des deutschen Gesundheitssystems, dem nach 1945 nicht wieder die Relevanz zuteil wurde, die seine verschiedenen Strömungen von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik besessen hatten. Ein Hauptgrund für seine zunehmenden Kompetenzverluste dürfte in der immer stärkeren Individualisierung des Gesundheitsgeschehens liegen, die mit einer Verlagerung von vormals öffentlich zu erfüllenden Aufgaben auf die Gesetzliche Krankenversicherung einherging. Die für den ÖGD zuständigen Länder und Kommunen konnten ihre Haushalte entlasten, indem sie einer Übertragung von Aufgaben in den GKV-Bereich zumindest keinen Widerstand entgegensezten. Erst in den letzten 10 Jahren ist es zu einer zumindest partiellen "Wiederentdeckung" der Notwendigkeit eines ÖGD im Zuge der Erkenntnis gekommen, daß sich viele gesundheitliche Problembereiche individualmedizinisch nicht lösen lassen.

Als entscheidende Einschnitte für die Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes können zum einen das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934 und zum anderen die Restrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach 1945 angesehen werden, wobei die Zuständigkeiten vom Bund auf die Länder übertragen wurden. Durch das GVG wurde eine künstliche Integration zweier bis dahin unabhängig voneinander verlaufender Entwicklungspfade vollzogen, wobei die staatliche Gesundheitsaufsicht und die kommunale Gesundheitsfürsorge in einem Amt vereinigt wurden. Diese künstliche Integration bisher unabhängig voneinander bestehender Aufgabenbereiche hatte zur Folge, daß dem öffentlichen Gesundheitsdienst - auch aufgrund des von den Nationalsozialisten neu hinzugefügten Aufgabenbereiches der Erb- und Rassenhygiene - zunehmend die Aufsichtsfunktion attribuiert wurde. Aber nicht nur sachliche, sondern auch personelle Gründe trugen zu diesem Wandlungsprozeß bei, da die gesundheitsfürsorgerisch orientierten Kommunalärzte in einem hohen Maße entweder ihrer Ämter enthoben wurden oder emigrierten. Das erklärt auch die Schwierigkeiten des ÖGD, die sich nach 1945 bei dem Versuch einer Anknüpfung an gesundheitsfürsorgerische Aufgaben stellten: Es gab nur ein geringes personelles Potential, welches gesundheitsfürsorgerische Aufgaben übernehmen konnte. Als ein weiteres Problem für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist der im Zuge des GVG mit den drei Durchführungsverordnungen (1935) verabschiedete immense Aufgabenkatalog anzusehen, der aufgrund der Vielfalt und Vielzahl der Aufgaben vor allem bei kleinen Gesundheitsämtern die Aufgabenselektion in einem hohen Maße in das Ermessen des Amtsarztes stellte.

Nach 1945 wurde der öffentliche Gesundheitsdienst durch einen weiteren Steuerungseingriff der Akteure des politischen Systems erheblich tangiert. Dieser betraf die Übertragung der Verantwortlichkeit für den ÖGD von der Bundes- in die jeweiligen Länderkompetenzen. Durch die Zersplitterung einer bundespolitischen Gesamtverantwortung für den ÖGD waren gleichzeitig unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern vorgezeichnet. Dieses äußerte sich bereits darin, daß diejenigen Bundesländer, vor allem im nördlichen Teil der Bundesrepublik Deutschland, die bereits früher über eine Tradition *kommunaler* Gesundheitsämter verfügten, direkt wieder zu einer Kommunalisierung des ÖGD übergingen. Durch diese erst auf bundes- und dann z.T. auf landespolitischer Ebene vollzogenen Steuerungseingriffe wurden die Verantwortlichkeiten für den ÖGD auf unterschiedliche Ebenen verteilt. Je nach politischer Prioritätensetzung konnten nun die einzelnen Bun-

desländer und Kommunen den ÖGD mit unterschiedlichen personellen und finanziellen Ressourcen ausstatten. Für die Aufgabenerfüllung aber bedeutete die in das Ermessen von Landes- und Kommunalbehörden gestellte Ressourcenzuweisung eine große Abhängigkeit von regionalen und lokalen Haushalten, die keine bundesweit einheitlichen Versorgungsstandards der Bevölkerung ermöglichten. Diese Ausgangssituation hatte für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach 1945 die Konsequenz, daß ihm von landes- und kommunalpolitischer Seite aus in einem hohen Maße nur geringe Prioritäten eingeräumt wurden und er ein sogenanntes "Schattendasein" fristete. Aufgrund dieser durchweg negativ zu bewertenden Einflußfaktoren (Negativimage) hat der öffentliche Gesundheitsdienst insgesamt, gegenüber den anderen Sektoren des Gesundheitssystems, nur ein geringes Ansehen erringen können, was sich in einem hohen Maße auch negativ auf das zu rekrutierende Personal aus dem Potential der angehenden Ärzte auswirkte. Ein wichtiger Faktor in der für den ÖGD ungünstigen Entwicklung war die wachsende Tendenz, bevölkerungsmedizinische Aufgaben nicht mehr kollektiv wahrzunehmen, sondern das Gesundheits- und Krankheitsrisiko zu individualisieren und in den Bereich der niedergelassenen Ärzte zu verlagern. Auf diese Weise ging mit der Abnahme relevanter Aufgabenfelder auch die Relevanz des öffentlichen Gesundheitsdienstes zurück.

Zum Verständnis der fortlaufenden Kompetenzreduktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist noch ein weiterer Faktor von entscheidender Bedeutung: Der öffentliche Gesundheitsdienst hatte keine schlagkräftige Lobby aufgebaut, wie etwa die niedergelassenen oder die angestellten Ärzte, da ihm, wie mehrere Interviewpartner zu verstehen gaben, qualifizierte Persönlichkeiten für die Durchsetzung politischer Interessen fehlten. Bis Mitte der 70er Jahre wurde das Personal des ÖGD durchgängig als wenig motiviert dargestellt; er erschien in dieser Perspektive als ein Auffangbecken für Ärzte, die, vorsichtig ausgedrückt, "ein ruhiges Leben haben wollten" (Interviewaussage). Die wenigen Persönlichkeiten, die sich ausdauernd und aktiv für den öffentlichen Gesundheitsdienst eingesetzt hatten, scheinen somit in einem hohen Maße Einzelkämpfer oder aber Kämpfer in kleinen Gruppen gewesen zu sein, die weder Resonanz noch Rückhalt in den eigenen Reihen erfahren haben. Anscheinend haben auch die Amtsärzte ihre Chancen in der Kommunalverwaltung nicht wahrgenommen. Statt mitzuentcheiden, haben sie über sich und ihre Aufgaben entscheiden lassen. Die Einschätzung eines Interviewpartners für diese Situation lautete: Die Akteure

im öffentlichen Gesundheitsdienst beweinen laufend die Krise, ohne zu merken, daß sie die Krise sind.

Gegenüber dem ambulanten und dem stationären Sektor ist der öffentliche Gesundheitsdienst derjenige Teil des Gesundheitssystems, der in einem hohen Maße *indirekten* Steuerungseingriffen der Akteure des politischen Systems ausgesetzt war. Nachdem er durch das Jugendarbeitsschutzgesetz aus dem Jahre 1960 und das Mutterschutzgesetz von 1965 bereits wesentlicher Kompetenzen beraubt worden war, wurde vom BMJFG der Versuch unternommen, zumindest den Bereich gesundheitlicher Vorsorge dem öffentlichen Gesundheitsdienst exklusiv zu erhalten und ihn auszubauen, um hierüber eine Aufwertung seines Stellenwertes erreichen zu können. Dieser Versuch scheiterte jedoch am Widerstand der Bundesländer, die keine zusätzlichen finanziellen Aufwendungen übernehmen wollten. Aber auch die niedergelassenen Ärzte haben in einem hohen Maße durch die Beeinflussung von CDU-, CSU- und FDP-Politikern versucht, die Gesundheitsvorsorge nicht dem öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern ihrem eigenen Aufgabenbereich zuweisen zu lassen. Die heftigen Attacken der niedergelassenen Ärzte sind vor allem damit zu erklären, daß die Ärzteschaft bereits seit Mitte der 60er Jahre eine Ärzteschwemme befürchtete und aus diesem Grund versuchte, möglichst alle irgendwie neu zu definierenden Aufgaben in ihren Kompetenzbereich herüberzuziehen (Interviewaussagen). Gleichzeitig sind die niedergelassenen Ärzte strategisch äußerst klug vorgegangen, langfristig bereits Vorsorgeprogramme zu entwickeln, die sie dann in den politischen Entscheidungsprozeß einbringen konnten. Auf seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes scheinen in dieser Richtung keine übergreifenden Anstrengungen unternommen worden zu sein, auch wenn sich die Durchführung von Vorsorgemaßnahmen in großstädtischen Gesundheitsämtern bereits seit Anfang der 60er Jahre nachweisen läßt. Allein die Berufung darauf, die Gesundheitsvorsorge sei seit jeher eine seiner originären Aufgaben, hatte dem ÖGD in der politischen Diskussion wenig Gewicht verschafft. Damit aber waren die niedergelassenen Ärzte in dem strategischen Vorteil, ein definiertes und umsetzbares Konzept in der Hand zu haben. Außerdem kam ihnen zugute, daß die SPD ein Gesundheitsvorsorgeprogramm unbedingt umsetzen wollte und daß sie nach der Ablehnung einer auf Bundeskompetenzen in diesem Bereich abzielenden Grundgesetzänderung durch den Bundesrat ihre einzige Chance darin sah, diesen Bereich über die Gesetzliche Krankenversicherung zu regeln. Das hieß aber gleichzeitig, daß von nun an die Regelungskompetenz in den Aufgabenbereich des BMA fiel. Im 2.

KVÄG wurde die Wahrnehmung von Gesundheitsvorsorgemaßnahmen zugunsten der niedergelassenen Ärzte geregelt.

Die mit diesem Gesetzgebungsprozeß von den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst empfundene Niederlage schien für sie (zumindest kurzfristig) den Anfang eines Aufbegehrens und einer Neudefinition ihrer Situation darzustellen. Von nun an wurde verstärkt darüber diskutiert, ob die durch das GVG künstlich integrierten Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsaufsicht wieder getrennt und unabhängig voneinander durchgeführt werden sollten. Diese Diskussion hat zunächst kein greifbares Ergebnis außer der Beibehaltung des Status quo erbracht. Erst in den letzten zehn Jahren hat sich die Situation für den ÖGD geändert. Hierzu haben mehrere Faktoren beigetragen, von denen einige angeführt seien: Zum einen ist es für den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht mehr so problematisch wie früher, qualifizierte Ärzte für die Erfüllung der anstehenden Aufgaben zu gewinnen, da immer mehr Ärzte die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes als relevant einschätzen (und das nicht allein aus opportunistischen Gründen aufgrund der Ärzteschwemme). Zum anderen lassen steigende Umweltbelastungen und damit einhergehende gesundheitliche Gefahren immer deutlicher die politische Notwendigkeit in den Vordergrund rücken, nicht nur individualmedizinisch kurativ vorzugehen, sondern auch prophylaktisch bevölkerungsmedizinisch einen Beitrag leisten zu müssen. Mit der Erkenntnis über neue, für alle Bevölkerungskreise relevante, Gefahrenquellen und die Ausbreitung neuer Krankheiten, wie Aids, gewinnt der ÖGD einen höheren Stellenwert. Das Problem, vor dem er jedoch weiterhin steht, liegt darin, daß seine Aufgaben nur als subsidiär definiert und nach erfolgreicher "Erstbekämpfung" an andere Institutionen weitergegeben werden, sei es an neu eingerichtete Umweltämter oder an die niedergelassenen Ärzte. Es ist für den öffentlichen Gesundheitsdienst notwendiger denn je, den politischen Rückhalt nicht nur als zweitrangige Institution zu erhalten. Inwieweit dieses gelingt, müssen die weiteren Gesetze zeigen, allen voran das in Nordrhein-Westfalen in Vorbereitung befindliche Landesgesundheitsgesetz.

Kapitel 4

Reformen und verhinderte Reformen des Vertrauensärztlichen Dienstes

1 Einleitung

Ein Gesundheitssystem, in dem das Krankheitsrisiko kollektiv durch konkurrierende Krankenversicherungen abgesichert und die medizinische Versorgung durch im Wettbewerb stehende private Anbieter gewährleistet ist, birgt die "Gefahr" in sich, vorausgesetzt, daß Nachfrager und Anbieter ökonomisch rational (sprich: nutzenmaximierend) handeln, daß "für die Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig[e] oder unwirtschaftlich[e]" Leistungen angeboten und in Anspruch genommen werden (RVO § 368e). Bei der seit Mitte der 70er Jahre vom Staat betriebenen Kostendämpfungspolitik im bundesdeutschen Gesundheitswesen, wie auch schon während der Weltwirtschaftskrise der 30er Jahre, ging es im wesentlichen darum, Steuerungsinstrumente zu schaffen, mit deren Hilfe die einem derart strukturierten Gesundheitssystem inhärente Wachstumsdynamik gebremst bzw. unterbunden werden könnte. Eines der Probleme, die sich bei solchen Bemühungen typischerweise stellen, ist der fehlende medizinische Sachverstand der für die Finanzierung der medizinischen Versorgung zuständigen Akteure - nämlich der Kassen -, die selbst nicht urteilen können, ob eine Leistung "notwendig" oder "wirtschaftlich" ist.

Die Institution des Vertrauensarztes bzw. des Vertrauensärztlichen Dienstes (VÄD) wurde geschaffen (nicht nur in Deutschland), um bei der Lösung dieses Problems mitzuhelfen.¹ Die ersten Vertrauensärzte wurden von einzelnen Krankenkassen schon vor der Jahrhundertwende im Frühstadium der Gesetzlichen Krankenversicherung unter Vertrag genommen. Das Recht der Krankenkassen, sich der Vertrauensärzte zu bedienen, wurde ihnen vor dem Ersten Weltkrieg auf privatvertraglicher

¹ Am Ende der 60er Jahre gab es dem VÄD vergleichbare Einrichtungen beispielsweise in Belgien, Frankreich, Holland, Italien und Österreich.

Grundlage und in den Anfangsjahren der Weimarer Republik durch rechtliche Regelung zugestanden. Immer mehr Krankenkassen gingen in den 20er Jahren dazu über, Vertrauensärzte einzustellen; allerdings waren sie vorwiegend nebenamtlich tätig. Der VÄD als solcher, wie einige andere zentrale Institutionen des bundesdeutschen Gesundheitswesens, wurde in der Weltwirtschaftskrise durch eine Notverordnung der Brüning-Regierung geschaffen, die die Krankenkassen *verpflichtete*, Vertrauensärzte zu beschäftigen.

Es lag vermutlich an der originären Aufgabenstellung des VÄD, daß er seit seiner Einrichtung immer wieder Gegenstand politischer Auseinandersetzungen gewesen war. Die Tätigkeit der Vertrauensärzte empfanden die Verbände der Kassenärzte als Eingriff in die Autonomie und Therapiefreiheit des Arztes, als Störfaktor im "Vertrauensverhältnis" zwischen Arzt und Patient. Der Versicherte sah im Vertrauensarzt eine Institution, die das Ziel hatte, ihn an der (von ihm als selbstverständlich gerechtfertigt angesehenen) Inanspruchnahme von Kassenleistungen zu hindern. Dem Vertrauensarzt haftete - nicht immer zu Unrecht, wie unten dargestellt wird - der Ruf unter den Versichertern an, "Gesundschreiber" zu sein. Bei diesen Auseinandersetzungen ging es meistens um eine oder mehrere der folgenden Fragen:

- 1) Welche Aufgaben soll der VÄD erfüllen?
- 2) Wer soll ihn tragen und gestalten? und
- 3) In welchem Verhältnis soll er zu den ärztlichen Diensten anderer Sozialversicherungsträger (Renten-, Arbeitslosen-, Unfallversicherung, usw.) stehen?

Dies sind auch die Fragen, die im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen stehen, die in diesem Kapitel untersucht werden sollen.

Bei den ersten beiden "Konfliktfällen" handelte es sich um die Verusche des christdemokratischen Arbeitsministers Blank, Anfang der 60er Jahre, im Rahmen seiner schließlich gescheiterten Krankenversicherungsreform die Kontrollfunktionen (siehe unten) des VÄD zu verstärken und - im ersten Anlauf - ihn unter einem neuen Träger zu konstituieren. Beim dritten Konfliktfall ging es um die 1969 von der damaligen Großen Koalition durchgesetzte Reform der Lohnfortzahlung, die erhebliche Rückwirkungen auf die Tätigkeit des VÄD hatte. Nach dieser Reform kam es zu einer vor allem von den Gewerkschaften vorangetriebenen Debatte über die Zusammenfassung des VÄD und der ärztlichen Dienste der anderen Sozialversicherungsträger in einem einheitlichen sozialärztlichen bzw. sozialmedizinischen Dienst. Diese Auseinandersetzung, die

im darauffolgenden Abschnitt dargestellt wird, verlagerte sich ab den späten 70er Jahren zunehmend auf die Ebene der sogenannten Selbstverwaltung, wobei es immer weniger um die Einrichtung eines einheitlichen ärztlichen Dienstes der gesamten Sozialversicherungsträger und immer mehr um die Frage ging, ob und wie der VÄD stärker in den Dienst der Krankenkassen gestellt werden könnte. Die Auseinandersetzungen um die Reformbemühungen auf der Ebene der Selbstverwaltung stellten den fünften "Konfliktfall" dar, der hier untersucht wird. Als diese Reformbemühungen letztendlich erfolglos blieben, nahm die christlich-liberale Koalition den VÄD ins Visier. Im Rahmen der 1988 verabschiedeten "Gesundheitsreform" wurde der VÄD gesetzlich neu geregelt. Dies war der sechste und letzte "Konfliktfall", der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist. Mit ihm findet die Geschichte der Reformbemühungen im Hinblick auf den VÄD ihr vorläufiges Ende.

Anhand der Geschichte der Auseinandersetzungen um den VÄD in der Bundesrepublik läßt sich gut darstellen, in welchem starkem Maße der Spielraum für weitgehende Reformen im Gesundheitswesen eingeengt wurde, und woran es lag, daß groß und auch weniger groß angelegte Reformversuche häufiger scheiterten als gelangen. Welche Unterschiede und welche Gemeinsamkeiten die oben erwähnten "Konfliktfälle" im Hinblick auf die ihren Verlauf entscheidenden Variablen aufwiesen, und welche Schlußfolgerungen aus einem Vergleich dieser Vorgänge zu ziehen waren, wird am Schluß erläutert. Zunächst richten wir aber einen kurzen Blick auf die Geschichte des VÄD bis 1945, da in diesem Zeitraum die Entscheidungen fielen, die die Organisation, die Aufgaben und die Beziehungen des VÄD zu den anderen ärztlichen Diensten bis in die heutige Zeit prägten und eine Akteur- und Interessenstruktur schufen, die alle Auseinandersetzungen um den Dienst in der Nachkriegszeit geprägt hat.

2 Die Vertrauensärzte und der Vertrauensärztliche Dienst (VÄD) in der Zeit bis 1945

Die erste Krankenkasse in Deutschland, die Vertrauensärzte (sie wurden zunächst "Revisionsärzte" genannt) unter Vertrag nahm, war die Leipziger Ortskasse. Hatte sie sich zunächst mit nebenamtlich tätigen Vertrauensärzten begnügt, so ging sie ab 1894 dazu über, *hauptamtliche* Vertrauensärzte einzustellen. Vor dem Ersten Weltkrieg blieben solche bei

den Kassen angestellten Ärzte allerdings rar. Gegenstand von Regelungen wurden die Vertrauensärzte anscheinend erst im Berliner Abkommen von 1913, das den Kassenärzten den Weg eröffnete, kollektiv mit den Kassen über ihre Vertrags- bzw. Arbeitsbedingungen zu verhandeln. Die Ärzteverbände sollten ihrem Einsatz damals zugestimmt haben, um so das "freie selbständige Arztsystem zu erhalten bzw. durchzusetzen" (Elsner/ Knake-Werner 1983: 4).

Das Berliner Abkommen hatte jedoch privatrechtlichen Charakter. Gesetzlich geregelt wurde die Beschäftigung von Vertrauensärzten erst im Jahr 1925. Die Krankenkassen konnten Vertrauensärzte beschäftigen, mußten es aber nicht. Bis 1930 gab es nicht mehr als 300 hauptamtliche Vertrauensärzte. Die meisten waren nebenamtlich für die Kassen tätig, einige von ihnen beschäftigten gleichzeitig sogenannte "Krankenkontrollere" (Krankenbesucher), die die Aufgabe hatten, Kassenmitglieder, die "krankfeierten", ausfindig zu machen (Kohlhausen 1976: 558).

Die vom Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen getroffene Regelung ist vor dem Hintergrund der von der großen Inflation bedingten finanziellen Notlage der Krankenkassen zu sehen. Dies gilt genauso für die Notverordnung der Brüning-Regierung im Jahre 1930, die die Kassen bzw. Kassenverbände verpflichtete, Vertrauensärzte einzustellen. Die eindeutigen Ziele dieser Regelung waren "einerseits die Beitragsbelastung der Wirtschaft zu mildern und andererseits die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung auch bei herabgesetzten Beiträgen zu garantieren", vor allem durch den Ausschluß der "Möglichkeiten von Eigennutz" in der Krankenversicherung, wie es in der Begründung der Notverordnung hieß (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:7). Der VÄD hatte den klaren Auftrag, den Krankenstand, d.h. die Anzahl der Krankengeld Beziehenden, zu reduzieren. (Hierbei ist zu berücksichtigen, daß zu dieser Zeit das Krankengeld den größten einzelnen Ausgabenblock der Kassen darstellte.) Aber die Notverordnung bestimmte auch, daß Verordnungen, "insbesondere soweit sie ärztliche Sachleistungen betreffen", in den "erforderlichen Fällen" von Vertrauensärzten nachzuprüfen waren (ebd.: 1- 9). Nähere Bestimmungen über die Tätigkeit der Vertrauensärzte sollte der Reichsausschuß vereinbaren; allerdings hatte das Reichsversicherungsamt die Aufgabe, Richtlinien über die Auswahl der Vertrauensärzte, über den Vertragsinhalt und zur Sicherung ihrer Unabhängigkeit zu erlassen.

Gegen die Brüning'sche Notverordnung gab es auf seiten der organisierten Ärzteschaft u.a. wegen dieser Bestimmungen erhebliche Proteste (Elsner/ Knake-Werner 1983: 18). Der Hartmannbund etwa beschloß

im Oktober 1930, daß es seinen Mitgliedern "bis auf weiteres verboten" sei, sich ohne seine Einwilligung um Vertrauensarztstellen zu bewerben, über solche Stellen zu verhandeln oder sie anzunehmen" (zitiert ebd.: 18). In den Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes (siehe oben) wurde - vermutlich als Antwort auf die Einstellung des Hartmannbundes - festgelegt, daß eine vertrauensärztliche Tätigkeit als solche "nicht den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden kann" (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:12). Ebenfalls entschied das Reichsversicherungsamt im Jahre 1932, daß die Vertrauensärzte Versicherte in den (seit der Mitte der 20er Jahre aufgebauten) Eigenbetrieben der Kassen neben ihrer begutachtenden Tätigkeit auch *behandeln* dürften (Kohlhausen 1976: 559; Schipperges 1975: 236/237).

Mit der letzteren Bestimmung hatten die Vertrauensärzte, so Kohlhausen, "eine zentrale Stellung" im deutschen Gesundheitswesen erreicht (Kohlhausen 1976: 559). Diese Stellung konnte aber später nicht gehalten und schon gar nicht ausgebaut werden (ebd.: 560). Dies mag zum Teil daran gelegen haben, daß die Kassen selbst die Vertrauensärzte anwiesen, sich vornehmlich mit der Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu beschäftigen (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:13). Zu einem erheblichen Teil war diese Regelung aber auch auf die Entwicklung unter der nationalsozialistischen Herrschaft nach 1933 zurückzuführen.

Schon 1933 nahm die Auflösung der Kassenambulatorien durch die Nationalsozialisten den Vertrauensärzten die ihnen gerade erst gegebene Möglichkeit, therapeutisch tätig zu werden. Von entscheidenderer Bedeutung für die künftige Entwicklung des Dienstes waren allerdings die Aufbaugesetzgebung von 1934 und die darauf basierenden Verordnungen und Bestimmungen des Reichsarbeitsministeriums und der ihm untergeordneten Reichsbehörden. Durch das Aufbaugesetz wurden die im Gesetz selbst nicht konkretisierten "Gemeinschaftsaufgaben" der Krankenversicherung in die Regie der Landesversicherungsanstalten (LVA), d.h. die als öffentlich-rechtliche Körperschaften konstituierten Einrichtungen der *Arbeiterrentenversicherung* auf der Provinzebene, überführt. Per Verordnung bestimmte das Reichsarbeitsministerium, daß zu diesen Aufgaben die Regelung des VÄD gehörte. Die Vertrauensärzte, bisher Kassenangestellte, wurden Beamte. Schließlich (1936) definierte das Reichsarbeitsministerium die Aufgaben des VÄD neu. Die Vertrauensärzte hatten die Kassen zu beraten und zu unterstützen, indem sie die Arbeitsunfähigkeit und die Verordnung von Versicherungsleistungen nachprüften sowie Einweisungen in Krankenhäuser, Kuranstalten und Genesungsheime

begutachteten. Außerdem sollten sie die Kassen und die LVA auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge (etwa bei der Bekämpfung von Volkskrankheiten) und - hier klang die Ideologie der neuen Machthaber an - der Erb- und Rassenpflege beraten (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:21).

Als Ganzes gesehen waren das Aufbaugesetz und die anschließende Neuregelung des VÄD weniger durch nationalsozialistische Ideologie geprägt, sondern Ausdruck der noch ungebrochenen Gestaltungskraft der vorwiegend der katholischen Zentrumspartei nahestehenden Bürokratie des Reichsarbeitsministeriums (Teppe 1977: 217-224; Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:18). So stellten etwa Elsner und Knake-Werner fest, daß die durch die obigen Maßnahmen angestrebte Zentralisierung des VÄD "durchaus im Rahmen der sozialreformerischen Bestrebungen der Weimarer Zeit" lagen (Elsner/ Knake-Werner 1983: 22). Die Bestimmungen über die Aufgaben des VÄD sollten zum Beispiel "einfür allemal Schluß mit der Auffassung [machen], daß die kontrollierende Tätigkeit des Vertrauensarztes seine einzige oder doch mindestens wesentlichste Aufgabe sei"². Die Anbindung des VÄD an die LVA hatte den Sinn, nach dem Willen der Verantwortlichen die Unabhängigkeit der Vertrauensärzte zu fördern. Sie sollten Ärzte des Vertrauens für Krankenkassen und Versicherte "gleichermaßen sein können" (zitiert nach Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:18, 1:23). Diese Maßnahme diene auch dem Zweck, die unterschiedliche Inanspruchnahme des VÄD durch die Krankenkassen zu beseitigen und die personelle und materielle Ausstattung der VÄD-Dienststellen einander anzugleichen (ebd.: Kap. 1:17). Nur die großen Krankenkassen wie die Berliner und Hamburger Ortskassen hatten sich in der Weimarer Republik große und effektive VÄD-Dienststellen leisten können (Elsner/ Knake-Werner 1983: 22). Daß sich die Kassenärzte im Hinblick auf die Neugestaltung des VÄD nicht hatten durchsetzen können, ließ sich an den Bestrebungen des nationalsozialistischen Ärzteführers Wagner zu dieser Zeit erkennen, den VÄD in die von den Nationalsozialisten geschaffene Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands einzugliedern (so der spätere Reichsärztführer Conti, siehe Roth 1980: 47).

Weder die Kassenärzte noch die Vertrauensärzte, die Kassen und schon gar nicht die Versicherten, sondern der nationalsozialistische Staat profitierte am meisten von der Neuordnung des VÄD. Zusammen mit

2 Kommentar der für die Bestimmungen verantwortlichen Beamten im Reichsarbeitsministerium, zitiert nach Bauer/ Kohlhausen/ Lekon (1974: Kap. 1:21).

der Zerstörung der Selbstverwaltung der Sozialversicherung erleichterte sie eine zentrale Lenkung des VÄD im Interesse der kriegspolitischen Ziele der NS-Machtinhaber (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:19). Um den Krankenstand zu drücken und so der Kriegs- und Rüstungswirtschaft ein Maximum an Arbeitskräften zur Verfügung zu stellen, wurden die Aufgaben des VÄD immer stärker auf die Nachprüfung und Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit begrenzt und die Praxis der Vertrauensärzte in dieser Frage immer versichertenfeindlicher. Diesem Zweck, dem "reibunglosen Arbeitseinsatz", diente u.a. auch die Einbeziehung der *Ersatzkassen* in den VÄD 1940 (ebd.: Kap. 1:20). Ab 1943 mußten alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von einem Vertrauensarzt bestätigt werden, und dieser wurde gleichzeitig angewiesen "mindestens 35 bis 40% Sofort-Arbeitsfähigkeitsklärungen abzugeben" und künftig mit "rücksichtsloser Schärfe" Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankfeiern zu verhindern (zitiert nach Kühn 1973: 79). Als schließlich immer mehr Vertrauensärzte eingezogen wurden, und der VÄD zunehmend zusammenbrach, übernahmen in immer stärkerem Maße Betriebsärzte die Funktion von Vertrauensärzten (Graessner 1980: 7). Nicht weniger, sondern mehr als zuvor wurden die Vertrauensärzte im Dritten Reich in die Rolle des "Gesundschreibers" hineingedrängt.

Die gesetzliche Neuregelung und das Tätigkeitsprofil des VÄD im Dritten Reich hatten für die Nachkriegsentwicklung mindestens vier folgenreiche Rückwirkungen:

- 1) Aufgrund seiner mehr oder minder ausschließlichen Aufgabe der Nachprüfung von Arbeitsunfähigkeit hatte der VÄD sowohl bei den Kassenärzten als auch bei den Versicherten einen überaus schlechten Ruf, der dadurch verstärkt wurde, daß die sogenannten RVO-Kassen dazu neigten, sehr viele Krankengeldempfänger dem VÄD vorzuladen ("Massenvorladungen")³ und die Vertrauensärzte dazu verpflichtet waren, nach einer vielfach "völlig unzulänglichen Untersuchung" den Versicherten ihr Urteil sofort mitzuteilen⁴ (Schipperges 1975: 238).
- 2) Obwohl die Krankenkassen den VÄD weiterhin finanzierten, hatten sie keinen direkten Zugriff mehr auf ihn. Dienstherren der Vertrauensärzte waren die (dezentral organisierten) Rentenversicherungen

3 Im Jahr 1969 vor der Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter wurden 30% aller Krankengeschriebenen dem VÄD vorgeladen (Immergut 1986: 73). Der Anteil der bei den RVO-Kassen versicherten Arbeiter, die zum VÄD vorgeladen wurden, dürfte erheblich höher gewesen sein.

4 Man sprach in diesem Zusammenhang von "Untersuchungen durch den Mantel".

- der Arbeiter, die zwar kein originäres Interesse an der Krankenversicherung hatten, aber durchaus darauf bedacht waren, eine einmal gewonnene Kompetenzdomäne zu verteidigen (siehe Abschnitt 8).
- 3) Durch die Einbeziehung der Ersatzkassen war die Mitgliedschaft des VÄD um eine Kassenart erweitert worden, die sich, da seit 1931 die Arbeitgeber die Gehälter arbeitsunfähiger Angestellter sechs Wochen lang fortzahlen mußten, des VÄD nur sehr begrenzt bedienen mochte, und darum zunächst weniger daran interessiert war, den VÄD effektiver zu gestalten, als sich von dem Dienst zu lösen.
 - 4) Die Vertrauensärzte waren Beamte, deren Besoldung sich nicht etwa nach der Honorierung der freiberuflich tätigen Ärzte, sondern nach den für die gesamte Beamtschaft geltenden Besoldungsregelungen richtete.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges blieb im Hinblick auf den VÄD alles zunächst "beim alten" (Schipperges 1975: 238). Nur in einigen wenigen Bundesländern bzw. Regionen kam es zu einer Umorganisation des VÄD: in der französischen Besatzungszone Süd-Württemberg-Hohenzollern, wo die Aufbaugesetzgebung rückgängig gemacht wurde; im sozialdemokratisch regierten Hessen, wo 1952 der VÄD und der ärztliche Dienst der Rentenversicherung in einem sozialmedizinischen Dienst zusammengefaßt wurden, und in West-Berlin, wo kurz nach dem Krieg eine "Einheitskrankenkasse" errichtet worden war und 1957 die Ortskrankenkasse zum Träger des VÄD bestimmt wurde (Gerlach 1986: 210, 212).

3 Erster Reformversuch: Das Scheitern des "Beratungsärztlichen Dienstes" zwischen 1959 und 1961

Der erste Versuch der Nachkriegszeit, eine bundesweite Reform des VÄD durchzusetzen, wurde im Rahmen der Bestrebungen des christdemokratischen Arbeitsministers Blank unternommen, die Gesetzliche Krankenversicherung als Ganze zu reformieren. Insofern die damalige Bundesregierung über eine absolute Mehrheit im Bundestag verfügte, waren die politischen Rahmenbedingungen für eine solche Reform günstig. Die 1957 in der Regierungserklärung Adenauers angekündigte Reform stieß aber auf starken Widerstand seitens der organisierten Ärzte und der Gewerkschaften sowie auch innerhalb der eigenen Partei. Schließlich

ließen Regierung und Fraktion das Vorhaben Anfang 1961 fallen und verabschiedeten nur ein paar für die Wähler besonders schmackhafte Bestimmungen aus dem ursprünglichen Gesetzentwurf - rechtzeitig vor den Bundestagswahlen im gleichen Jahr. Mit der Krankenversicherungsreform scheiterte auch die beabsichtigte Reform des VÄD. Das Ausbleiben einer Neuordnung des VÄD war allerdings nicht nur durch die Tatsache bedingt, daß diese zusammen mit einer umfassenden Reform der Krankenversicherung angestrebt wurde. In der Tat trugen die Einwände von Ärzteverbänden und Gewerkschaften gegen die Regierungspläne bezüglich des VÄD zu der Ablehnung des gesamten Reformvorhabens wesentlich bei. Vor allem war es aus dem Widerstand der Ärzteschaft zurückzuführen, daß die Reform des VÄD wahrscheinlich vor dem Scheitern der Reform als Ganzes fallen gelassen wurde (siehe unten).

Die Zielrichtung der Krankenversicherungsreform klang in der Regierungserklärung Adenauers an. Es gelte, so Adenauer, private Initiative zu fördern und das Abgleiten in den "totalen Versorgungsstaat" zu verhindern (zitiert in Richter/ Müller 1966: 18). Daß 85% der bundesdeutschen Bevölkerung "schutzbedürftig" und deshalb Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung sein sollten, war dem Minister Blank nicht einsichtig⁵. Die Eigenverantwortung stärken und den Ausgabenanstieg eindämmen, das waren die vorrangigen Ziele seiner Krankenversicherungsreform (BR-Drucksache 363/59: 62-65). Bei der Umsetzung dieser Ziele wurde dem VÄD eine wichtige Rolle zugeordnet. In den vom Kabinett abgesetzten Grundsätzen einer Krankenversicherungsreform und im Referentenentwurf wurde die Umwandlung des VÄD in einen "Beratungsärztlichen Dienst" vorgesehen. Die ersten Reaktionen auf die den VÄD betreffenden Vorschläge wie auf die Reformpläne insgesamt waren überwiegend negativ. Im Frühjahr 1959 liefen die ersten Protestkundgebungen der Gewerkschaften an. Sie wehrten sich vor allem gegen die vorgesehene Einführung von Kostenselbstbeteiligungen. Die Ärzteverbände nahmen vor allem an den Selbstbeteiligungsplänen und an Plänen Anstoß, die auf einen Abbau der Kompetenzen der Selbstverwaltung im Hinblick auf die Honorierung der Kassenärzte hinausliefen. Die Reformvorschläge bezüglich des VÄD sollten nach Meinung der Ärzteverbände gründlich geprüft und überarbeitet werden (Ärztliche Mitteilungen, 1959: 89). Kritisiert wurde vor allem, daß die Pläne den Kassen und

5 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Protokoll der Sitzung, 10.05.1960: 309.

dem Arbeitsminister zuviel und den kassenärztlichen Vereinigungen zuwenig Einfluß über den VÄD und dessen Tätigkeit einräumen würden.

Mit dieser und ihren anderen Forderungen konnten sich die Ärzteverbände, die sich in dieser Frage in Übereinstimmung befanden, zunächst nicht durchsetzen. "Mehr als zwei Jahre lang haben wir verhandelt und nochmals verhandelt, haben wir kritisch Stellung genommen und Gegenvorschläge gemacht, haben warnende Entschließungen gefaßt und veröffentlicht ... leider ohne Erfolg", sagte rückblickend Anfang 1960 der Präsident der Bundesärztekammer (Ärztliche Mitteilungen 1960, Vorabdruck der Nr. 8: 2). Im Herbst 1959 beschloß das Kabinett einen Gesetzentwurf zur Krankenversicherungsreform, der sich nicht wesentlich vom umstrittenen Referentenentwurf des BMA unterschied. Danach sollte der VÄD von den LVA losgelöst und mit der neuen Bezeichnung eines "Beratungsärztlichen Dienstes" auf der Länderebene als Anstalt des öffentlichen Rechts neu konstituiert werden. Die Vorstände des Dienstes sollten aus Vertretern der Kassen zusammengesetzt werden; die Geschäftsführer des Dienstes sollten Ärzte sein. Geplant war, daß die "Beratungsärzte" wie die Vertrauensärzte in der Regel Beamte sein würden. Krankgeschriebene Arbeitnehmer hätten nach dem Entwurf ihre Arbeitsunfähigkeit schneller melden müssen als nach dem geltenden Gesetz. In Umkehrung der bisherigen Praxis, nach der die Kassen die Krankmeldungen entgegennahmen und darüber entschieden, ob der Krankgeschriebene dem Vertrauensarzt vorgeladen werden sollte, sollten die "Beratungsärzte" jetzt die Krankmeldungen empfangen und jeweils mit einer Stellungnahme an die Kassen weiterleiten. Sie waren beauftragt, auch "laufend" zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch noch erfüllt waren und hatten alle Kuranträge zu genehmigen. Ausführliche Richtlinien zur Tätigkeit der "Beratungsärzte" sollte das BMA erlassen.

Diese Bestimmungen hätten die Aufgabenstellung des VÄD kaum verändert, aber dessen verstärkte und vor allem schnellere Einschaltung bei der Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Nach Meinung der Bundesregierung wäre dies notwendig gewesen, um angesichts vorgesehener Leistungsverbesserungen die Interessen der Beitragszahler zu wahren (BR-Drucksache 363/59: 113). Der verstärkte Einsatz des "Beratungsärztlichen Dienstes" sollte konkret dafür sorgen, daß eine großzügigere Krankengeldregelung für Arbeiter, die ebenfalls geplant war, nicht zu einem höheren Krankenstand und zu einer höheren Beitragsbelastung führen würde. Mit der Umwandlung des VÄD in öffentliche Anstalten sollte die Unabhängigkeit der "Beratungsärzte" gesichert und nach außen

unterstrichen werden. Änderungen im Verhältnis der ärztlichen Dienste der Sozialversicherung zueinander wurden nicht vorgesehen; der "Beratungsärztliche Dienst" sollte nur dazu verpflichtet werden, mit den anderen ärztlichen Diensten zusammenzuarbeiten. An den Plänen bezüglich der Einschränkung der Rechte der Selbstverwaltung bei der kassenärztlichen Honorierung und der Kostenselbstbeteiligung hielt die Bundesregierung fest. Allerdings standen den Kostenselbstbeteiligungen etliche Leistungsverbesserungen und den Plänen zur Beschneidung der kassenärztlichen "Tarifautonomie" einige Maßnahmen gegenüber, die die Reform für die Ärzteschaft "versüßen" bzw. die vorhergesehene Front des Widerstands gegen die Reform spalten sollten. Für letzteres spricht, daß zu diesen Maßnahmen die Niederlassungsfreiheit und die Einzelleistungshonorierung gehörten - Fragen, in denen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Hartmannbund unterschiedliche Ansichten vertraten (Naschold 1967: 193).

Jetzt zeichnete sich aber ab, daß die Zustimmung der Ärzteschaft zur Krankenversicherungsreform nicht erkauf werden könnte (ebd.: 233). Ab Anfang 1960 begannen die Interessenvertretungen der Ärzteschaft, die Ärzte gegen die Reform zu mobilisieren. Aktionsgemeinschaften gegen die Reformpläne wurden gegründet; Protestaktionen erfreuten sich einer sehr hohen Teilnahme der Ärzte (ebd.: 125/126). Überhaupt entwickelte sich die Reform zum umstrittensten sozialpolitischen Vorhaben in der bisherigen Geschichte der Bundesrepublik (Muhr 1977: 481). Die Gewerkschaften und die Ärzteverbände, die aus unterschiedlichen Gründen die Reform gleichermaßen ablehnten, gingen eine "Verlobung auf Zeit" ein und stimmten ihr Vorgehen gegen die Regierungspläne miteinander ab (Naschold 1967: 241/242). Die Pläne zur Reform des VÄD lehnten die Ärzteverbände mit der Begründung ab, daß sie dem Staat einen zu großen Einfluß auf den Dienst sichern würden. Sie erhoben Einwände vor allem dagegen, daß anstelle der Selbstverwaltung die Arbeitsminister der Länder künftig die Dienstanweisungen der Vertrauensärzte erlassen sollten und der Bundesarbeitsminister die Richtlinien für deren Tätigkeit festlegen sollte (Ärztliche Mitteilungen 1960: 1, 8). Solche Vorschläge entsprachen ganz und gar nicht der Forderung der Ärzteverbände nach paritätischer Vertretung der Ärzte in den Selbstverwaltungsgremien des "Beratungsärztlichen Dienstes" (ebd.: 8). Offenbar befürchteten sie, daß ein stärker dem Einfluß staatlicher Organe unterliegender VÄD das Verhalten der Ärzte eingehender kontrollieren würde als dies bisher der Fall gewesen war.

Regierungs- und Parteiführung der CDU waren sich der politischen Brisanz der Krankenversicherungsreform bewußt. Letztendlich war es die SPD, die die CDU/CSU zu einer Entscheidung darüber zwang, ob nach der Erstellung des Referentenentwurfs die Reform überhaupt noch weiter verfolgt werden sollte. Adenauer sollte sich "sehr überlegt haben", ob die Reform "politisch klug" sei⁶. Seinem Parteivorstand sagte der Bundeskanzler, daß die Krankenversicherung "in Wahlzeiten eine gefährliche Sache" darstelle⁷. Aber nachdem die SPD im Bundestag eine große Anfrage zur Reform eingebracht hatte und beabsichtigte, einen eigenen Gesetzentwurf vorzulegen, zu dem die CDU hätte Stellung nehmen müssen, war Adenauer der Ansicht, daß "wir den Entwurf einbringen (müssen), der sicher sehr angefeindet werden wird" (ebd.). Adenauers Vorbehalte im Hinblick auf die Reform wurden sicherlich dadurch verstärkt, daß Umfrageergebnisse CDU und SPD gleichauf in der Wählergunst zeigten, was ihn in seiner Meinung bestätigte, daß die Bundestagswahlen 1961 für die CDU/CSU "sehr schwer" werden würden⁸.

Als der ärztliche Widerstand gegen die Reform deutlich wurde, ließ der Bundeskanzler schnell Kompromißbereitschaft erkennen. Anfang Februar 1960 - kurz vor der ersten Lesung des Gesetzentwurfs im Bundestag - empfing er, ohne seinen Arbeitsminister mit hinzuzuziehen, den Vorsitzenden der KBV und den Präsidenten der Bundesärztekammer (Naschold 1967: 245). Unmittelbar nach dem Gespräch traf sich Adenauer mit Blank und soll ihn und die Fraktion gedrängt haben, in den Fragen der Kostenbeteiligung und des Kassenarztrechts den Ärzten entgegenzukommen (ebd.: 246). Die CDU/CSU-Fraktionsführung bat die Sozialpolitiker der Fraktion darum, in der Bundestagsdebatte darauf hinzuweisen, daß man die Regierungsvorlage "sorgfältig prüfen und auch für alle Anregungen dankbar" sein würde⁹. Die Fraktion zeigte sich in ihrer Einstellung zur Reform gespalten. Blank selber deutete eine gewisse Kompromißbereitschaft gegenüber den Ärzten an (Naschold 1967: 246), wich aber in der Hauptsache nicht zurück. Es sei ein Irrtum zu glauben, sagte er der Fraktion, daß man "durch Nichtstun" in dieser

6 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Bundestagsfraktionsvorsitzender Krone im CDU-Bundesvorstand, Protokoll der 3. Sitzung, 09.11.1959: 132.

7 ebd.: 138.

8 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: CDU-Bundesvorstand, Protokoll der 4. Sitzung, 25.11.1959: 2.

9 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Protokoll der Sitzung, 09.02.1960: 262.

Sache politischen Erfolg haben könne¹⁰. Die finanzielle Entwicklung der Krankenkassen sei außerordentlich bedenklich, und wenn es nicht gelinge, wieder mehr "Verantwortungsbewußtsein" in die Krankenversicherung zu bringen, dann würde das System der sozialen Sicherung "den Bach hinuntergehen"¹¹.

Die vorgeschlagenen Regelungen über den "Beratungsärztlichen Dienst" fanden in der Bundestagsdebatte kaum einen vorbehaltlosen Befürworter. Die Oppositionsparteien SPD und FDP lehnten die Regelungen ab. Im Urteil der Sozialdemokraten war die angestrebte Verschärfung der Kontrollfunktion des Dienstes ein "Ausdruck des Mißtrauens gegen die arbeitende Bevölkerung"¹². Die FDP lehnte die Regelungen mit gleichlautenden Argumenten wie die Ärzteverbände ab. Gekoppelt mit den verstärkten Kompetenzen des Bundesarbeitsministeriums bezüglich der kassenärztlichen Honorierung würde der "Beratungsärztliche Dienst" das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt untergraben und einem staatlichen Gesundheitsdienst den Weg bereiten¹³. Wenn überhaupt etwas am VÄD zu ändern sei, so ihr Sprecher in der Bundestagsdebatte, dann sollten die Ärzte paritätisch in dessen Selbstverwaltungsorganen vertreten sein¹⁴. Die weitgehende Identität in den Formulierungen der FDP und der Ärzteverbände war nicht überraschend, hatten doch die relevanten Parteigremien ihre Stellungnahmen zur Reform in enger Zusammenarbeit mit diesen Verbänden erarbeitet.¹⁵

Die Sozialpolitiker der CDU/CSU hielten sich an die Vorgabe der Regierungs- und Fraktionsführung. So versprach der Abgeordnete Stingl zum Beispiel, daß die Fraktion noch einmal überlegen würde, "ob es

10 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Protokoll der Sitzung, 16.02.1960: 265.

11 ebd.

12 Schellenberg in Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, 102. Sitzung, 17.02.1960: 5523; siehe auch die Ausführungen von Bärsch, ebd.: 5558.

13 Presseerklärungen des Arbeitskreises Sozialpolitik der FDP-Bundestagsfraktion, 04. und 05.01.1960 und des Bundesgesundheitsausschusses der FDP, 16.02.1960 (Archiv des Deutschen Liberalismus: Aktenzeichen A6/5 und A6/40).

14 Stammerger in: Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, 102. Sitzung, 17.02.1960: 5532.

15 Bei der Erarbeitung der Stellungnahme des Arbeitskreises Sozialpolitik der Bundestagsfraktion waren die KBV, die BÄK und der Hartmannbund hinzugezogen worden. Ihre Anwesenheit bei der Sitzung des Bundesgesundheitsausschusses der FDP war vermutlich überflüssig, da sich dieses Gremium nach eigener Aussage sowieso mit dem Reformentwurf "aus ärztlicher Sicht" befaßte. Vgl. Ergebnisprotokoll der Klausurtagung des Arbeitskreises III der Bundestagsfraktion am 4/5.01.1960 zum Regierungsentwurf zur Neuordnung des Rechts der Krankenversicherung und Presseerklärung des Bundesgesundheitsausschusses der FDP vom 16.02.1960 (Archiv des Deutschen Liberalismus: Aktenzeichen A6/5 und A6/40).

denn wirklich sinnvoll ist, daß bereits nach 48 Stunden eine Meldung an den beratungsärztlichen Dienst ... abgeschickt werden muß, ... ob es richtig ist, daß er schon zu einem so frühen Zeitpunkt der Krankenkasse gegenüber Stellung beziehen soll oder kann ... ob hier in dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein Störungsfaktor eingebaut ist, den wir gar nicht wollen¹⁶. Ein weiterer christdemokratischer Abgeordneter lehnte den neuen Dienst ab - der bestehende VÄD hätte sich seiner Meinung nach bewährt¹⁷. Sogar Blank hatte zu erkennen gegeben, daß er im Hinblick auf die VÄD-Reform zu Zugeständnissen bereit sei¹⁸.

Auf der Verbandsebene fanden die Regierungsvorschläge genauso wenige Anhänger wie in den Bundestagsfraktionen. Nur der Verband der Vertrauensärzte verkündete seine volle Unterstützung für die VÄD-Reform. Seiner Meinung nach könnte die frühere Einschaltung des VÄD in die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit überflüssige Vorladungen vermeiden¹⁹. Der vermutlich auf eine geringere Beitragsbelastung hoffenden BDA gefielen die Pläne zur schnelleren Einschaltung der VÄD in die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit, aber nicht der Vorschlag, daß für den Dienst ein neuer Träger geschaffen werden sollte. Es sei kostengünstiger, wenn er bei den LVA bleibe²⁰. Die Ersatz- und die Ortskrankenkassen, die KBV und der Hartmannbund, der DGB, der für einen gemeinsamen Sozialärztlichen Dienst (SÄD) eintrat, und die anderen Gewerkschaftsverbände lehnten die Vorschläge rundweg ab²¹. Der Gesetzentwurf befriedigte nicht die Wünsche der Kassen, selber einen stärkeren Einfluß auf den VÄD ausüben zu können. Sollten die Krankmeldungen künftig zuerst beim VÄD eingehen, so befürchteten die Ortskassen, würden die Vertrauensärzte nur noch mit deren Bearbeitung befaßt sein²².

Schon in der Bundestagsdebatte über die Krankenversicherungsreform hatte sich angedeutet, daß die CDU/CSU-Fraktion keineswegs vorbehaltlos hinter dem Arbeitsminister stand. Jetzt traten die Meinungsgegensätze innerhalb der Fraktion deutlich zutage. Die Gewerkschaften, die Ärzteschaft, zumindest die Ersatzkassen, also die meisten der Reformgegner

16 Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, 102. Sitzung, 17.02.1960: 5515-5516.

17 Schneider, ebd.: 5552.

18 Vgl. Schellenberg, ebd.: 5523 und Naschold (1967: 246).

19 Siehe Deutscher Bundestag: Protokoll der Sachverständigen-Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik, für Gesundheitswesen und für Arbeit, 26.02.1960: 15.

20 ebd.: 18, 39.

21 ebd.: 6-13, 18-21.

22 ebd.: 19.

hatten ihre Fürsprecher in den Reihen der Fraktion (vgl. Richter/ Müller 1966: 45/46; Naschold 1967: 252-257). Die CDU/CSU-Fraktion besprach im Mai 1960 insgesamt dreimal die Krankenversicherungsreform mit dem Ziel, einen Kompromiß zwischen den verschiedenen Strömungen herbeizuführen und die eigene Handlungsfähigkeit herzustellen.²³ Umstritten waren vor allem die Selbstbeteiligungspläne, die von Vertretern des Arbeitnehmerflügels der CDU angegriffen wurden. Sie argumentierten, daß die Reform für den Ausgang der nächsten Bundestagswahlen entscheidend sein würde, und daß nicht nur die Gewerkschaften und die Ärzte dagegen seien, sondern "auch die eigenen Leute" die Selbstbeteiligungspläne nicht akzeptierten²⁴. Blank lehnte wesentliche Zugeständnisse in dieser Frage mit dem Hinweis auf eine bevorstehende "finanzielle Katastrophe" der Krankenkassen zunächst ab²⁵. Erst nach einem Vermittlungsversuch des Fraktionsvorsitzenden Krone schwenkte er auf eine Kompromißlösung ein, die die Verantwortung für die Einführung von Selbstbeteiligungsmaßnahmen auf die Selbstverwaltung der Kassen verschoben hätte.

Dieser Kompromiß hatte allerdings keinen Bestand (Richter/ Müller 1966: 47/48). Auch hinsichtlich der Reform des VÄD, die zu den innerhalb der Fraktion umstrittenen Vorschlägen gehörte, die aber bei den Fraktionsdebatten nicht zur Sprache kam, wurden die Auseinandersetzungen nicht beigelegt. Im Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen, der den Gesetzentwurf mitzuberaten hatte, wurden die vorgesehenen Regelungen auch von zwei CDU/CSU-Abgeordneten stark kritisiert. Einer von ihnen trat für die "Beibehaltung der alten Organisationsform" ein. Dies schlosse eine gleichzeitige Erweiterung bzw. Verschärfung des VÄD nicht aus²⁶. Der andere meinte, daß die Regelungen nicht durchführbar wären, da sich nach dem Urteil des BVG zur Niederlassungsfreiheit (siehe Abschnitt 6) die notwendige Zahl von Vertrauensärzten nicht finden lassen würde²⁷. Auf Antrag einer CDU/CSU-Abgeordneten lehnte der Ausschuß die Schaffung des "Beratungsärztlichen Dienstes" ab und setzte sich für die Beibehaltung der bisherigen Regelung des VÄD ein, "wobei das bisher geltende Recht den neuen Aufgaben dieses Dienstes

23 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Protokolle der Sitzungen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, 10.05.1960, 20.05.1960 und 25.05.1960.

24 Abgeordneter Scheppmann, ebd., 10.05.1960: 309/310.

25 ebd., 20.05.1960: 320.

26 Deutscher Bundestag, Kurzprotokoll der 78. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen, 23.06.1960: 4.

27 ebd.: 6.

angepaßt werden muß²⁸. Da die sozialdemokratischen Ausschußmitglieder der Stimmenthaltung übten, mußten *mindestens* drei von sieben christdemokratischen bzw. christlich-sozialen Mitgliedern dem Antrag zugestimmt haben²⁹. Die Meinungsgegensätze innerhalb der CDU/CSU-Fraktion waren dafür entscheidend, daß zwischen Ende März und Anfang Oktober 1960 der federführende Ausschuß für Sozialpolitik die Krankenversicherungsreform nicht beriet (Richter/ Müller 1966: 50). Tatsächlich kam der Ausschuß überhaupt nicht dazu, die Abschnitte des Gesetzentwurfes über den "Beratungsärztlichen Dienst" zu beraten, ehe Anfang 1961 die Regierung und die Fraktion die Reform fallen ließen.

Mit dem von der CDU-Fraktion angenommenen Kompromiß in der Frage der Kostenselbstbeteiligung und mit neuen Vorschlägen des BMA zum Kassenarztrecht gaben sich die Ärzteverbände indessen nicht zufrieden (vgl. Naschold 1967: 246/247). Im Juni 1960 deutete der Vorsitzende der KBV sogar die Möglichkeit eines kassenärztlichen Boykotts der Gesetzlichen Krankenversicherung an (ebd.: 245).³⁰ Als das BMA daraufhin eine Überprüfung der Frage ankündigte, ob die Äußerungen des KBV-Vorsitzenden den Tatbestand der Nötigung eines Gesetzgebungsorgans darstellten, soll Blank vom Bundeskanzler und von der CDU/CSU-Bundestagsfraktion gezwungen worden sein, sich von der Erklärung seines Ministeriums zu distanzieren (ebd.: 245). Die Anzeichen häuften sich, daß Adenauer keine Reform gegen den Widerstand der Ärzte durchsetzen wollte. Im Juli 1960 soll er seinem Arbeitsminister "außerordentliche Vorwürfe" wegen der Unpopularität seiner Reform gemacht haben.³¹

Zu einem vermutlich für das Schicksal sowohl des "Beratungsärztlichen Dienstes" als auch des Kassenarztrechts entscheidenden Treffen kam es dann im August 1960. Adenauer und Blank empfingen die Vorsitzenden aller bedeutenden Ärzteverbände und kamen mit ihnen überein, das Kassenarztrecht in seiner jetzigen Form weitgehend "wie bisher" zu gestalten (vgl. Naschold 1967: 247). Nach Naschold bedeutete das

28 Deutscher Bundestag, Kurzprotokoll der 81. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen, 30.06.1960: 4.

29 Die christdemokratische Antragsstellerin war übrigens die Ärztin Frau Dr. Steinbiß. Die SPD-Mitglieder enthielten sich der Stimme, weil nach eigenen Angaben noch nicht abzusehen sei, welche Aufgaben dem VÄD zugewiesen würden. Siehe Kurzprotokoll der 81. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen, 30.06.1960: 5.

30 Er spekulierte darüber, ob die Ärzte ihre Kassenzulassung zurückgeben könnten. Sie hätten dann Kassenpatienten nur noch als Privatpatienten behandelt.

31 Brief vom sozialpolitischen Referenten der Bundesgeschäftsstelle der FDP an Reinhold Maier vom 19.07.1960 (Archiv des Deutschen Liberalismus: Aktenzeichen A6/36).

Ergebnis des Spitzengesprächs einen "großen Erfolg für die KBV, da sie mit kleineren Abstrichen ihre wesentlichen Forderungen durchsetzen konnte" (ebd.). Bei den anschließenden Verhandlungen mit den Ärzteverbänden traf Blank, wie er dem Bundesvorstand der CDU mitteilte, eine "ins einzelne gehende Abmachung wie das Kassenarztrecht im einzelnen gestaltet werden soll"³². Im Bundestag bestätigte der sozialpolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion Ende September 1960, daß die CDU/CSU das bestehende "Arztrecht" grundsätzlich beibehalten wolle, ohne sich - was den Oppositionsparteien auffiel - zu den Plänen zur Errichtung des "Beratungsärztlichen Dienstes" zu äußern³³. Ob gleichzeitig Blank und die Bundesregierung die Reformpläne hinsichtlich des VÄD (der nicht im Rahmen des Kassenarztrechts geregelt ist) aufgaben, läßt sich mit letzter Sicherheit nicht sagen. Man darf dies aber für sehr wahrscheinlich halten, da in dieser Frage - was sich im Hinblick auf manche anderen Fragen des Kassenarztrechts und hinsichtlich des Problems der Kostenselbstbeteiligung nicht sagen läßt - die Bundesregierung einer nahezu *einheitlichen* Front der Ablehnung gegenüberstand und die CDU/CSU zudem noch gespalten war.³⁴ Die Ärzteverbände waren untereinander und auch mit den Gewerkschaften einig, daß der "Beratungsärztliche Dienst" zu verhindern sei (siehe oben). Auf diese Schlußfolgerung deutete auch die Äußerung Blanks hin, daß nach der mit den Ärzten erreichten Abmachung beide Seiten der Meinung seien, daß der Gesetzentwurf "von dem entkleidet ist, was man als politischen Zündstoff angesehen hat"³⁵.

Warum war es der Regierungs- und der Parteiführung der CDU so wichtig, zu einer "Abmachung" mit den Ärzten zu kommen? Der Anstoß zu der Vereinbarung war vom sozialpolitischen Ausschuß des CDU-Bundesvorstandes ausgegangen, der ein Kompromißpapier zur Kranken-

32 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Stenographischer Bericht der 3. Sitzung des Bundesvorstandes der CDU, Bonn, 22.09.1960: 50.

33 Horn, in: Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, 125. Sitzung, Bonn, 29.09.1960: 7256; siehe auch ebd.: 7259, 7267.

34 Die perzipierte Bedeutung der Einigkeit der Ärzteschaft bzw. der Uneinigkeit der CDU/CSU läßt sich gut an zwei Zitaten von beteiligten christdemokratischen Politikern illustrieren. Der sozialpolitische Fraktionssprecher Horn sagte, es sei unmöglich, Reformen gegen eine geschlossene Front der Ärzte durchzusetzen (Safran 1967: 197). Der Fraktionsvorsitzende Krone meinte von der Krankenversicherungsreform, man könne sie nicht anpacken, wenn sich die Fraktion nicht völlig einigte - was sie bekanntlich nicht geschafft hat (Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Niederschrift über die Sitzung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom 20.09.1960: 5).

35 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Stenographischer Bericht der 3. Sitzung des CDU-Bundesvorstandes, 22.09.1960: 51.

versicherungsreform erarbeitet und dessen Vorsitzender Lünendonk Adenauer zu einer Friedensinitiative gegenüber den Ärzten gedrängt hatte³⁶. Dem Bundesvorstand erklärte Lünendonk: "Das Entscheidende, was für uns ... eine Rolle spielte, war das, daß die festgefahrene Situation im politischen Klima beseitigt und unter allen Umständen die sich anbahnende Berufsgenossenschaft (sic) zwischen der Ärzteschaft und den Gewerkschaften gesprengt werden mußte ... 70.000 Ärzte mal 30.000 Patienten bedeuten Millionen. Sie wissen auch, was die Autorität des Arztes und sein Verhältnis zu den Patienten bedeuten. Deshalb war es von größter Bedeutung, mit den Ärzten zu irgendeiner vernünftigen Lösung zu kommen"³⁷. Es waren also die befürchteten Rückwirkungen des Widerstandes der Ärzte auf die Wählermeinung und auf das Wahlverhalten, die in erster Linie die CDU zum Einlenken bewegten. Adenauer teilte die Einschätzung Lünendonks bezüglich der Bedeutung der Ärzte als Meinungsmultiplikatoren.³⁸ Auf der gleichen Sitzung des CDU-Bundesvorstandes wiederholte der Bundeskanzler seine Meinung, daß es sich bei der Krankenversicherungsreform um eine "die Wahl im äußersten Maße entscheidende Frage" handele³⁹.

Die Neigung Adenauers und der Regierungs- und Parteiführung, den in der Reform enthaltenen "Zündstoff" zu entschärfen, war vermutlich durch die Tatsache verstärkt worden, daß im Jahr 1960 die CDU/CSU in der Wählergunst nicht sehr hoch stand (vgl. Naschold 1967: 244; Safran 1967: 189, 191). Bei den im Mai 1960 stattfindenden Landtagswahlen im Saarland und in Baden-Württemberg erlitt die CDU empfindliche Rückschläge, die in der Bundestagsfraktion zum Teil auf die Debatte über die Krankenversicherungsreform zurückgeführt wurden und die ungünstigen Umfrageergebnisse bestätigten⁴⁰. Die perzipierte Notwendigkeit, sich mit den Ärzten zu arrangieren, lag allerdings nicht

36 ebd.: 63.

37 ebd.: 63.

38 So sagte er der Fraktion einige Tage nach der Sitzung des Bundesvorstandes "gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat, dagegen ein Gesetz zu machen, das ist außerordentlich schwierig" (Niederschrift über die Sitzung der CDU/CSU-Fraktion vom 27.09.1960: 22). In seiner Einschätzung der Zahl der Patienten bzw. Patientenkontakte der Ärzte dürfte Adenauer allerdings wesentlich realistischer gewesen sein als Lünendonk. Der Kanzler unterstellte, daß ein Arzt im Jahr durchschnittlich 9.000, Lünendonk, daß er dreimal so viel Patienten sehen würde. Es gab in der Bundesrepublik im Jahr 1960 insgesamt 79.000 Ärzte, von denen allerdings nur 49.000 niedergelassen waren.

39 ebd.: 75.

40 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Niederschrift über die Sitzung der CDU/CSU-Fraktion vom 17.05.1960: 313.

allein darin begründet, daß man ihren Einfluß auf die Wählermeinung sehr hoch einschätzte, sondern auch, wenngleich in zweiter Linie, daß man meinte, es sich nicht leisten zu können, gleichzeitig die Gewerkschaften *und* die Ärzte zu verprellen (siehe die Äußerungen Lünendonks oben). Da Blank und Lünendonk meinten, daß der DGB "ganz gleich, welche Lösung von uns vorgeschlagen wird, jede Lösung" ablehnen würde, mußten sie um so stärker bestrebt sein, mit den Ärzten zu einer Einigung zu kommen⁴¹.

Der erste Krankenversicherungsreformversuch Blanks scheiterte endgültig Anfang 1961 (vgl. Naschold 1967, Richter/ Müller 1966, Safran 1967, *passim*). Das Scheitern der Reform des VÄD dürfte sich allerdings im August und September 1960 ereignet haben, als und nachdem sich Adenauer erneut in die Willensbildung hinsichtlich der Reform eingeschaltet hatte und den Forderungen der Ärzteverbände offenbar sehr weit entgegengekommen war. Für diese Schlußfolgerung spricht nicht nur der Umstand, daß in der Frage der Reform des VÄD die Ärzteverbände und die Gewerkschaften eine noch geschlossener Front der Ablehnung bildeten als hinsichtlich jedes anderen Teilkomplexes der Reform, und die CDU/CSU-Fraktion in ihrer Ansicht darüber gespalten war, sondern auch und noch stärker die Tatsache, daß die Vorschläge von Blank zur Neuordnung des VÄD wesentlich bescheidener ausfielen, als er nach den Bundestagswahlen von 1961 einen zweiten Anlauf zur Reform der Krankenversicherung unternahm.

4 Zweiter Reformversuch: Das Scheitern einer "Mini-Reform" des VÄD zwischen 1962 und 1965

Der zweite Reformanlauf Blanks scheiterte schließlich wie der erste, allerdings an einer anderen politischen Konstellation. Die neu vorgelegten Reformpläne waren weniger "ärztefeindlich" als die ursprünglichen, auch hinsichtlich des VÄD. Dementsprechend schalteten sich die Ärzteverbände wesentlich seltener in die Auseinandersetzungen um den neuen Reformversuch ein als in der Auseinandersetzung zwischen 1959 und

41 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Stenographischer Bericht der 3. Sitzung des CDU-Bundesvorstandes, 22.09.1960: 64, 58. Die Bundesregierung bot den Gewerkschaften keine Verhandlungen über die Reform an - eine Tatsache, die im Bundesvorstand der CDU Kritik hervorrief (ebd.: 55/56).

1961 (Richter/ Müller 1966: 76). Der Arbeitsminister gab seine ursprüngliche Absicht auf, den VÄD in einen als öffentliche Anstalt konstituierten "Beratungsärztlichen Dienst" umzuwandeln. Der VÄD sollte also bei den LVA bleiben. Im Gegensatz zum alten Gesetzentwurf sollte die Selbstverwaltung der LVA, und nicht die Länderregierungen, die Dienstanweisungen der Vertrauensärzte beschließen. Manche der im alten Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen, die auf eine verstärkte Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit hinausliefen, fehlten. Jedoch sollten die Vertrauensärzte auch nach dem neuen Entwurf die Krankmeldungen empfangen und mit einer Stellungnahme an die Kassen weiterreichen. Da gleichzeitig die Einführung der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung für Arbeiter (siehe Abschnitt 5) geplant wurde, sollten auch die Möglichkeiten der Arbeitgeber, den VÄD zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit einzuschalten, verbessert werden (vgl. BR-Drucksache 342/62: 41-43). Die Ärzteverbände bedauerten zwar, daß der Entwurf die von ihnen seit langem angestrebte paritätische Vertretung der Kassenärzte in der Selbstverwaltung des VÄD nicht vorsah; ihre Kritik an den tatsächlich vorgesehenen Regelungen fiel aber - im Gegensatz zu der etwa des DGB - vergleichsweise moderat aus.⁴²

Die unterschiedliche Bewertung der neuen VÄD-Reformpläne durch die Ärzteverbände und die Gewerkschaften zeigt exemplarisch, daß das Zweckbündnis, das maßgeblich zum Scheitern des ersten Reformversuchs Blanks beigetragen hatte, praktisch beendet war (Richter/ Müller 1966: 76). Auch der zweite Reformanlauf Blanks gelang nicht, aber das hatte andere Gründe. Der Meinungsbildungsprozeß innerhalb der Bundesregierung wurde jetzt dadurch kompliziert, daß die Freien Demokraten wieder an der Regierung beteiligt waren, nachdem bei den Bundestagswahlen 1961 die CDU/CSU ihre absolute Mehrheit verloren hatte. Damit war die Spannbreite der in der Regierung vertretenen sozio-ökonomischen Interessen erweitert und die Aufgabe, eine Einigung zwischen den unterschiedlichen Strömungen innerhalb der Regierungskoalition herbeizuführen, erschwert worden. Vor allem galt es, eine Reform einzuleiten, der die FDP und der Arbeitnehmerflügel der CDU zustimmen konnten.

Diese Aufgabe konnte Blank nicht bewältigen. Die FDP schloß sich der Haltung der Arbeitgeber- und Handwerksverbände an und lehnte

42 Siehe die jeweiligen Äußerungen der Sprecher der KBV, des Hartmannbundes und des DGB in: Deutscher Bundestag, Protokoll der gemeinsamen Sitzung des Ausschusses für Sozialpolitik und des Ausschusses für das Gesundheitswesen, Anhörung von Sachverständigen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, 07.03.1963: 9/10, 13-15, 60/61.

die arbeitsrechtlich geregelte Lohnfortzahlung ab.⁴³ Maßgeblich für das Verhalten der FDP war die Sorge, daß die mit einem solchen Schritt verbundenen finanziellen Belastungen kleine und mittlere Betriebe in den Bankrott treiben könnten, bzw. der Gedanke, die Unsicherheit einer traditionellen liberalen Zielgruppe politisch "ausschlachten" zu können.⁴⁴ Indem sie die arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung verhinderte, konnte die FDP gleichzeitig auch die von ihr als eine "CDU-Initiative" gebrandmarkte Krankenversicherungsreform zu Fall bringen und sich als die Partei profilieren, die den Ärzten eine "nicht ausgereifte" Krankenversicherungsreform erspart hatte⁴⁵. Ohne die arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung war andererseits der Arbeitnehmerflügel der CDU nicht bereit, die Krankenversicherungsreform mitzutragen. Vor den kommenden Bundestagswahlen wollte man der SPD in der Frage der Lohnfortzahlung keine Angriffsflächen bieten⁴⁶.

Die geplante "Mini-Reform" des VÄD spielte beim Scheitern des zweiten Reformversuchs Blanks keine zentrale Rolle mehr. Innerhalb der CDU/CSU wurden keine Einwände gegen die vorgesehenen Regelungen erhoben. In der ersten Lesung des Gesetzesentwurfs im Bundestag wurden die Regelungen von dem gleichen sozialpolitischen Sprecher der CDU/CSU begrüßt, der sich von den in der ersten Vorlage enthaltenen Maßnahmen hinsichtlich des VÄD distanziert hatte⁴⁷. Auch der sozialpolitische Arbeitskreis der Bundestagsfraktion hieß die Regelungen gut⁴⁸.

-
- 43 Nach der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung sollten im Krankheitsfall Arbeiter sechs Wochen lang ihre Löhne vom Arbeitgeber beziehen, ehe sie auf das von den Krankenkassen bezahlte Krankengeld angewiesen wären. Diese Lohnfortzahlung war für Angestellte schon 1931 eingeführt worden. In ihrer Einführung sahen die Gewerkschaften einen entscheidenden Schritt zur rechtlichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten.
- 44 Diese Schlußfolgerung stützt sich auf das Studium der einschlägigen schriftlichen Materialien des FDP-Bundesausschusses für Sozialpolitik.
- 45 Zitate (Archiv des Deutschen Liberalismus: Aktenzeichen A6/55) von Klaus Gerber (sozialpolitischer Referent der Bundesgeschäftsstelle der FDP), "Überblick über die politisch relevanten Gesetze und Gesetzesvorhaben", 03.11.1964: 1 und Erich Mende, Text einer Rede vor der Hauptversammlung des Hartmannbundes, Baden-Baden, 24.10.1964: 13.
- 46 So einige Mitglieder des sozialpolitischen Arbeitskreises der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Protokoll der Sitzung am 11.05.1965: 2).
- 47 Siehe Stingl, in: Deutscher Bundestag, 4. Wahlperiode, 55. Sitzung, den 23.01.1963: 2435.
- 48 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Kurzprotokoll über die Sitzungen des Arbeitskreises IV der CDU/CSU-Bundestagsfraktion am 19. und 20.09.1963: 3.

Innerhalb der FDP gab es hingegen Bedenken, daß die mit der Einführung der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung für Arbeiter verbundenen Pläne, die die Einschaltung des VÄD durch die Arbeitgeber ermöglicht hätten, zu einer "relativen Schlechterstellung" der Angestellten führen könnten⁴⁹. Diese Bedenken teilten aber keineswegs alle liberalen Sozialpolitiker⁵⁰. Sie scheinen manche Freien Demokraten in ihrer Ablehnung der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung für Arbeiter gestärkt zu haben, ohne aber dafür ursächlich gewesen zu sein. Somit scheiterte die von Blank angestrebte "Mini-Reform" des VÄD vorwiegend daran, daß sie mit einem übergreifenden Reformpaket verflochten war, das innerhalb der Regierungskoalition nicht konsens- bzw. kompromißfähig war.

5 Dritter Reformversuch: Die Reform des VÄD im Zusammenhang mit der Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter von 1968 bis 1969

Bei den zwei Versuchen des Arbeitsministers Blank, Veränderungen in den rechtlichen Regelungen des VÄD durchzusetzen, war es ein wesentliches Thema, durch einen verstärkten Einsatz des VÄD sicherzustellen, daß eine Heraufsetzung des Krankengeldes bzw. der Lohnfortzahlung für Arbeiter nicht zu mehr "Krankfeiern" führen würde. Der erste Reformversuch war am Widerstand der Gewerkschaften und vornehmlich der Ärzteverbände gescheitert; der zweite vor allem daran, daß er Bestandteil eines Reformpakets war, über das die den Arbeitnehmern und Arbeitgebern nahestehenden Kräfte in der Regierungskoalition keinen Konsens finden konnten.

Als in der Endphase der Großen Koalition die Krankenversicherung, die Lohnfortzahlung und viel weniger der VÄD erneut Gegenstände von politischen Auseinandersetzungen wurden, entstand eine ähnliche Konstellation von Reformgegnern und -anhängern wie beim zweiten Reform-

49 Vgl. Protokoll der Sitzung des Arbeitskreises III der FDP-Bundestagsfraktion am 19.06.1962 (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/8: 60). Bisher hatten die Kassen Angestellte vor Ablauf der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit im Regelfall nicht zum VÄD bestellt, da ihre Gehälter ohnehin "fortgezahlt" wurden. Hätte man den Arbeitgebern einen stärkeren Einfluß auf die Auswahl der vorzuladenden Krankengeschriebenen eingeräumt, hätten viel mehr Angestellte zum VÄD vorgeladen werden können.

50 Ebd., Sitzung am 12.03.1962: 73.

versuch Blanks. Durch die Bildung der Großen Koalition von CDU/CSU und der zum ersten Mal in der Nachkriegszeit an der Bundesregierung beteiligten SPD wird allerdings die Grundachse der Regierungspolitik tendenziell nach links verschoben - eine Entwicklung, die in der letzten Phase der Koalition durch konjunkturelle Einflüsse politischer und wirtschaftlicher Natur verstärkt wurde. Den Arbeitgebern, dem Handwerk und den ihnen nun auf die CDU/CSU begrenzten nahestehenden Kräften in der Bundesregierung und in den Regierungsfractionen gelang es nicht mehr, die Einführung der Lohnfortzahlung mit deren Rückwirkungen für den Einsatz des VÄD zu verhindern. Die Einführung der Lohnfortzahlung ging zwar mit einer Reform des VÄD einher, aber diese Reform hat eine andere Tendenz als die Reformversuche Blanks. Sie beabsichtigte, den VÄD weniger zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit und stärker als sozialmedizinisches Beratungsorgan einzusetzen. Vorangetrieben wurden diese Reformen von den Gewerkschaften, der SPD und dem Arbeitnehmerflügel der CDU. In der Übernahme der Finanzierung des Krankengeldes bzw. der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber sahen die Ärzteverbände den Vorteil einer Erweiterung des Spielraums der Kassen, den honorarpolitischen Forderungen der Kassenärzte entgegenzukommen (Der Arbeitgeber 1968: 557). Durch die Neuregelung des VÄD konnten sie ebenfalls eine Einschränkung der Eingriffe der Vertrauensärzte in das "Patient-Arzt-Verhältnis" erwarten. Die Kassenärzte unterstützten zwar die Neuregelung, waren aber nicht Urheber, sondern eher Trittbrettfahrer der Reform.

Nach dem Scheitern des zweiten Reformversuchs Blanks wurde die Frage der Lohnfortzahlung erst Mitte 1968 wieder aktuell. Nach der Wirtschaftskrise von 1966/67 war ein Konjunkturaufschwung eingetreten, bei dem die Unternehmensgewinne erheblich schneller stiegen als die (tariflich vereinbarten) Löhne und Gehälter, nachdem die Gewerkschaften sehr maßvolle Tarifabschlüsse mit den Arbeitgebern vereinbart hatten. Bei einem Treffen der Konzentrierten Aktion setzte der DGB seine Forderung nach Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter wieder auf die politische Tagesordnung.⁵¹ Nach Ansicht des DGB müßte jetzt mit der "versprochenen 'sozialen Symmetrie'" - diesen Begriff hatte der sozialdemokratische Wirtschaftsminister Schiller geprägt - "ernst gemacht werden" (Beermann 1968: 387). Dabei sei u.a. zu berücksichtigen, daß die Arbeitgeber schon 1964 von einem Teil der Kosten des Kindergeldes

51 Eine umfassende Darstellung der Entstehung und Verabschiedung des Lohnfortzahlungsgesetzes enthält Immergut 1986, passim.

entlastet worden waren, obwohl die ursprünglich damit gekoppelte Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter nicht stattgefunden hatte (ebd.: 386).

Die SPD schloß sich der Forderung der Gewerkschaften an. Die Lohnfortzahlung jetzt zu verwirklichen, befand Schiller, paßte in die konjunkturelle Landschaft. Mit der Lohnfortzahlung, deren Einführung die Krankenkassenbeiträge senken und die Reallöhne erhöhen würde, könnte der wachsenden Lohndrift (Auseinanderklaffen von tariflich vereinbarten und effektiven Löhnen) und der Inflation entgegengewirkt werden. Für die SPD paßte die Einführung der Lohnfortzahlung genauso in die politische wie in die wirtschaftliche Konjunktur. Im Herbst 1969 sollten die Bundestagswahlen stattfinden, und in den letzten beiden Landtagswahlen (in Bremen und Baden-Württemberg) hatte die SPD erdrutschartige Stimmeneinbrüche erlitten (8,7% und 8,3%). Die Partei beabsichtigte, mit der Durchsetzung der Lohnfortzahlung der Arbeiter verlorengegangenes Vertrauen unter den Arbeitern zurückzugewinnen.

Für den Arbeitnehmerflügel der CDU galt es vermutlich ebenfalls, zu beweisen, daß die Anliegen der Arbeiter auch bei der CDU gut aufgehoben seien. Jedenfalls stimmte auch der Bundesarbeitsminister und Vorsitzende der CDU-Sozialausschüsse Katzer der Forderung des DGB zu. In der CDU war allerdings umstritten, ob die Lohnfortzahlung für Arbeiter allein oder nur im Zusammenhang mit einer Reform der Krankenversicherung verwirklicht werden sollte. Im weiteren Streit um die Lohnfortzahlungsreform ging es im wesentlichen um die Frage, zu welchen Konditionen die SPD und der Arbeitnehmerflügel der CDU die Lohnfortzahlung den arbeitgeber- und mittelstandsfreundlichen Kreisen der CDU/CSU abkaufen mußten. Der Preis bestand zum einen in der Kollektivierung und der befristeten Subventionierung der Lohnfortzahlungskosten für kleine Unternehmen und zum anderen in einem "Einstieg" in eine Krankenversicherungsreform, d.h. praktisch in eine Einführung von Kostenselbstbeteiligungen.⁵²

52 Die verabschiedete Regelung hinsichtlich der Lohnfortzahlung bei kleinen Unternehmen zog fast alle Handwerksbetriebe in einen überbetrieblichen Finanzausgleich ein. Ohne diese Maßnahme wäre es nach Aussage des damaligen CDU/CSU-Fraktionsvorsitzenden Barzel nicht zu einer Einführung der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung für Arbeiter gekommen (siehe Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 237. Sitzung, den 12.06.1969: 13150). Der Streit in der Großen Koalition über den Finanzausgleich ging aber um dessen Modalitäten, nicht ums Prinzip. Auch die Sozialdemokraten waren mit der Einführung eines Finanzausgleichs für die Unternehmen grundsätzlich einverstanden.

Der Preis für den "Einstieg" in eine Krankenversicherungsreform, den die Verfechter der Lohnfortzahlung bezahlen mußten, um ihr Anliegen durchzusetzen, fiel aber sehr bescheiden aus. Die zuständigen Arbeitskreise der CDU/CSU-Fraktion entschieden, daß die CDU/CSU keine "zu weitgehenden Forderungen" stellen sollte, da ansonsten die Gefahr bestünde, daß die SPD die "isolierte" Lohnfortzahlung aufgreifen und durchsetzen würde⁵³. Da die FDP die arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung für Arbeiter nach wie vor ablehnte, konnte das nur heißen, daß mit einem eventuellen Zusammengehen von den dem Arbeitnehmerflügel angehörenden Abgeordneten der CDU/CSU mit der SPD zur Verwirklichung der Lohnfortzahlungsreform gerechnet wurde. Wollte die CDU/CSU ihre Zustimmung zu dieser Reform von zu radikalen Selbstbeteiligungsvorschlägen abhängig machen - so war offenbar die herrschende Meinung - würde sie das Risiko eingehen, überhaupt keinen "Einstieg" in eine Krankenversicherungsreform zu schaffen und trotzdem die Einführung der Lohnfortzahlung akzeptieren zu müssen. Die Uneinigkeit und die fehlende Kohäsion der CDU/CSU-Fraktion sorgten also dafür, daß die Zustimmung der CDU/CSU zur Lohnfortzahlungsreform nicht an Bedingungen geknüpft wurde, die die SPD überfordert und dazu gebracht hätte, auf eine Reform der Lohnfortzahlung zu verzichten.⁵⁴

Durch die so ermöglichte Einführung der arbeitgeberfinanzierten Lohnfortzahlung drängte sich eine gesetzliche Regelung des VÄD vor allem deswegen "zwingend auf", weil, wie die Arbeitgeber immer wieder warnend betonten, die Krankenkassen in den ersten sechs Wochen eines Krankheitsfalles kein unmittelbares finanzielles Interesse mehr an einer Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit hätten (vgl. Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 2:3).

Diese Sorge der Arbeitgeber berücksichtigte der Referentenentwurf des Bundesarbeitsministeriums insoweit, als er die Arbeitgeber ermächtigte, eine Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit zu beantragen und ihnen die Möglichkeit gab, die Lohnfortzahlung zu verweigern, solange der Arbeitnehmer der Aufforderung zur Begutachtung durch den VÄD nicht nachgekommen wäre (ebd.: Kap. 2:3/4). So weit wollte weder die SPD- noch die CDU/CSU-Fraktion gehen. Eine von der CDU/CSU-Fraktion gebildete "Kommission" zur Lohnfortzahlungs- und Krankenversicherungsreform beschloß, daß die Krankenkassen gesetzlich dazu ver-

53 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Protokoll einer gemeinsamen Sitzung der Arbeitskreise IV und II der CDU/CSU-Bundestagsfraktion am 04.02.1969: 1.

54 Vgl. Brendt in: Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 237. Sitzung, den 12.06.1969: 13147.

pflichtet werden sollten, unter "bestimmten Bedingungen" vertrauensärztliche Untersuchungen einzuleiten, und in "bestimmten Fällen" die Arbeitgeber das Recht haben sollten, die Krankenkassen zu veranlassen, solche Untersuchungen einzuleiten⁵⁵.

Überhaupt scheinen SPD und CDU/CSU über die VÄD-Reform in recht kurzer Zeit einen Konsens gefunden zu haben. In den getrennten Gesetzentwürfen, die die jeweiligen Fraktionen zur Lohnfortzahlungs- und Krankenversicherungsreform einbrachten, waren die Vorschläge zur Neuregelung des VÄD wortgleich (vgl. BT-Drucksachen 5/3983 und 5/3985).⁵⁶ Danach sollten die Kassen dazu verpflichtet werden, zur Beseitigung von (nicht näher definierten) "begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit" den VÄD einzuschalten und dem Arbeitgeber das Ergebnis einer vertrauensärztlichen Begutachtung mitzuteilen, wenn das Urteil des Vertrauensarztes nicht mit dem des Kassenarztes übereinstimmte (ebd.: 6).

Die erste dieser Bestimmungen war freilich - und bewußt - zweideutig. Zum einen sollte sie sicherstellen, daß der VÄD weiterhin zur Bekämpfung des "Krankfeierns" eingesetzt wurde. Zum anderen sollte sie erreichen, daß die bisher üblichen "Massenvorladungen" von allen krankgeschriebenen Arbeitern zugunsten einer selektiven Vorladung von - wie auch immer definierten - "verdächtigen Fällen" eingestellt wurden. Im Urteil des Bundestagsausschusses für Sozialpolitik, das von allen Fraktionen mitgetragen wurde, sollten "künftig möglichst nur gezielte Vorladungen, aber keine Massenvorladungen" vorgenommen werden (BT-Drucksache 5/4285: 8). Lediglich allgemeine Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit reichten nicht aus. Die Zweifel müßten "konkret begründet sein, sei es in medizinischer, sei es in sonstiger tatsächlicher Hinsicht" (ebd.). Die "unwürdigen und diskriminierenden", die Arbeiter verbitternden Massenvorladungen, sollten mit der VÄD-Reform ihr Ende haben⁵⁷. Als geeignetes Modell für die Arbeitsteilung zwischen Kassen- und Vertrauensarzt verwies der Bericht des zuständigen Ausschusses auf das von manchen Kassen schon entwickelte "Hausarztsystem" (BT-Drucksache 5/4285: 8).

55 Archiv für Christlich-Demokratische Politik: Protokoll einer gemeinsamen Sitzung der Arbeitskreise IV und II der CDU/CSU-Bundestagsfraktion am 04.02.1969: 1 (Hervorhebung durch den Autor).

56 Als der sozialpolitische Sprecher der SPD die Vorstellungen der Sozialdemokraten in der ersten Lesung der Entwürfe im Bundestagsplenum darlegte, rief ihm ein CDU/CSU-Abgeordneter zu, daß die SPD ihre Vorschläge von der CDU/CSU abgeschrieben hätte (Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 227. Sitzung, 23.04.1969: 12518).

57 So der sozialdemokratische Sozialpolitiker Schellenberg in: Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 227. Sitzung, den 23.04.1969: 12518.

Nach diesem System erfolgte auf Grund der ersten Arbeitsunfähigkeitsmeldung überhaupt keine Vorladung. Statt dessen wurde der Krankgeschriebene erst nach Ablauf der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer erneut zu seinem Hausarzt gebeten. Erst aufgrund eines Befundberichtes des Hausarztes und in dem Fall, daß die Arbeitsunfähigkeit andauerte, sollten die Kassen entscheiden, ob eine vertrauensärztliche Begutachtung angebracht sei.

Entlastet von der Pflicht, "Massen" von krankengeschriebenen Arbeitern begutachten zu müssen, sollte sich der VÄD nach Wunsch der Koalitionspartner anderen Aufgaben zuwenden. Vor allem sollte sich der VÄD "stärker den sozialmedizinischen Problemfällen" widmen können (BT-Drucksache 5/4285: 8). Dies war das Ziel einer Bestimmung in den beiden Gesetzentwürfen, nach der der VÄD auch "zur Sicherung des Heilerfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Sozialleistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit" die Krankgeschriebenen zu begutachten hätte (BT-Drucksachen 5/3983 und 5/3985: 6). Damit war vor allem gemeint, daß der VÄD eine Leitfunktion bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ausüben sollte (vgl. BT-Drucksache 5/4285: 8).

Diese Maßnahmen konnten sich auf einen weitgehenden Konsens unter den Verbänden stützen. Der DGB, die KBV und der Bundesverband der Vertrauensärzte begrüßten die beabsichtigte Abschaffung der Massenvorladungen und stimmten den Vorschlägen mehr oder weniger ohne Vorbehalte zu.⁵⁸ Auch der paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleitete Bundesverband der Ortskrankenkassen unterstrich, daß er "Massenuntersuchungen ... nie für richtig gehalten" habe, und die Ersatzkassen (siehe Abschnitt 8) machten sowieso vom VÄD wenig Gebrauch⁵⁹. Gegen diese breite Koalition von Reformanhängern kamen der BDA und der Handwerksverband mit Argumenten wie etwa, daß eine gesetzliche Regelung zur Abschaffung der Massenvorladungen nicht nötig sei, da sie sowieso aussterben, oder die vorgesehenen Bestimmungen zur Gewährleistung der Einschaltung des VÄD in Fällen, wo "begründete Zweifel" an der Arbeitsunfähigkeit eines Krankgeschrie-

58 Der Vertrauensärzteverband begrüßte die Betonung der sozialmedizinischen Rolle des VÄD. Sein Vorsitzender meinte, es hätte sich "wohl keiner mehr als die Vertrauensärzte selbst gegen die Massenvorladungen und Massenuntersuchungen gewehrt" (Stenographisches Protokoll der 96. Sitzung des Ausschusses für Sozialpolitik, 29.04.1969: 118). Nicht auszuschließen ist freilich, daß die Vertrauensärzte auch die Verringerung ihrer Arbeitsbelastung im Auge hatten, die die Abschaffung der Massenvorladungen einleiten würde.

59 Siehe ebd.: 116.

benen bestehen würden, nicht praktikabel seien, nicht an. Zusammen mit der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung für Arbeiter setzte die Große Koalition die erste bedeutende Nachkriegsreform des VÄD durch.

6 Grenzen der politischen Steuerung? Anspruch und Wirklichkeit bei der Umsetzung der VÄD-Reform 1969

Das vorrangige Ziel der VÄD-Reform, die bisher übliche Praxis der Massenvorladungen abzuschaffen, wurde verwirklicht. Es war aber fraglich, ob die von den Kassen angewandten Vorladungskriterien der gesetzlichen Vorgabe, nämlich daß sich der VÄD vorwiegend mit "sozialmedizinischen Problemfällen" beschäftigen sollte, entsprachen. Außerdem blieben die Vorladungspraktiken der Kassen nach wie vor sehr unterschiedlich. Ebenfalls waren Zweifel angebracht, ob der VÄD die stärkere sozialmedizinische Aufgabenstellung überhaupt wahrnehmen konnte, die ihm die Lohnfortzahlungsreform zwies. Im Laufe der 70er Jahre wurde der VÄD zunehmend mit personellen Schwierigkeiten konfrontiert, die dessen Weiterführung als "sehr gefährdet" erscheinen ließen (siehe unten). Auch nach der Reform von 1969 kam die Debatte über die künftige Gestalt des VÄD nicht zum Stillstand.

Wie sehr nach 1969 die Inanspruchnahme des VÄD zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit zurückging, zeigt die Angabe, daß die Zahl der Vorladungen zu diesem Zweck im Jahre 1970 gegenüber 1969 um nicht weniger als 81,5% abnahm (Immergut 1986: 73). Wurden im Jahr 1969 30,5% der Krankgeschriebenen dem VÄD vorgeladen, so sank dieser Anteil schon 1970 auf nur 5,6% (ebd.: 73). Die Arbeitgeber wiesen darauf hin, daß sich die Zahl der körperlichen Untersuchungen pro Tag und Vertrauensarzt 1970 auf 5 bis 6 gegenüber 25 bis 30 Untersuchungen im Jahr zuvor reduziert hatte (Der Arbeitgeber 1971: 773). Dabei wurde mehr als die Hälfte der Begutachtungen von den Krankenkassen erst nach Ablauf der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit veranlaßt - zu dem Zeitpunkt also, als die Kassen die Leistungspflicht von den Arbeitgebern übernahmen (BDA 1973: 134). Dies sahen die Arbeitgeber als einen Beweis dafür an, daß die Kassen den VÄD vornehmlich dann einzuschalten pflegten, wenn sie ein direktes finanzielles Interesse an der Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit hatten. Der Verweis der Arbeitgeber auf die "höchst unterschiedlichen" Vorladungspraxen der Kassenarten deutete darauf hin, daß die Einschaltung bzw. Nichteinschal-

tion des VÄD (weiterhin) als Instrument der Kassenkonkurrenz eingesetzt wurde.

Die Bundesregierung bewertete die durch die 1969er Reform herbeigeführten Änderungen im praktischen Tätigkeitsprofil des VÄD wesentlich positiver als die Arbeitgeber (vgl. BT-Drucksache 6/3200: 10/11). Die Frage nach der angestrebten verstärkten Mitwirkung bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen ließ sich nach Meinung der Bundesregierung zwar "noch nicht ausreichend beantworten", aber sie meinte insgesamt schon eine "stärkere Entfaltung sozialmedizinischer Tätigkeit" durch den VÄD festzustellen (ebd.: 11). Andere Beobachter waren in ihrem Urteil allerdings wesentlich skeptischer. So befanden etwa Bauer u.a. 1974, daß sich in der Praxis bis jetzt an der vordergründigen Inanspruchnahme des VÄD durch die Kassen zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit "nur wenig geändert" habe (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 2:9/10). Zu einer stärkeren Verwendung des VÄD zur Nachprüfung der Verordnung von *Sachleistungen*, die nach 1969 entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum VÄD an die erste Stelle gerückt war, sei es nicht gekommen. In einer gemeinsamen Empfehlung der Gewerkschaften und Arbeitgeber zur Durchführung der neuen Bestimmungen wurde auf diese vermeintliche Aufgabe des VÄD nicht eingegangen (ebd.: Kap. 2:10; 2:26). Im Gegensatz zur Bundesregierung, nach deren Ansicht die Umsetzung der 1969er Reform das Ansehen des VÄD in der Öffentlichkeit gefördert hätte, meinte z.B. Schipperges, daß die Öffentlichkeit "bis heute" die Aufgaben des Vertrauensarztes auf eine Kontrollfunktion beschränkt sehen würde (BT-Drucksache 6/3200: 11; Schipperges 1975: 241).

Mitte bzw. Ende der 80er Jahre kamen die Ortskrankenkassen und der gesundheitspolitische Sachverständigenrat zu pessimistischen Einschätzungen der Wirkungen der 1969er Reform und der Effektivität des VÄD (Gerlach 1986: 210; SVR 1988: 120/121). Die Aufgabe, verordnete Sachleistungen nachzuprüfen, hätte zwar eine "wachsende, aber nach Einschätzung der Kassen bislang nicht hinreichende Bedeutung" erlangt (SVR 1988: 121; siehe auch AGK 1987: 29/30). Im Vordergrund stünde aber noch die Untersuchung der Arbeitsunfähigkeit. Der beabsichtigte Wandel der Tätigkeiten des VÄD vollzöge sich, so der Sachverständigenrat, "nur langsam" (SVR 1988: 121). Nach einem Bericht über den VÄD von 1985 wurden aber auch nicht mehr als drei Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle im Krankheitsverlauf zum VÄD bestellt (AGK 1987: 22). Die Tatsache, daß meistens rund 80% der Untersuchungen im VÄD den Kassen "keine ... weitergehenden Empfehlungen" lieferten

(d.h., das Urteil des Kassenarztes bestätigten) sei ein Anlaß, "das derzeit praktizierte Auswahlverfahren zu überprüfen und darüber nachzudenken, ob Verbesserungen möglich sind" (ebd.: 36). Nachprüfungen von verordneten Sachleistungen führten auch nicht häufiger zu abweichenden Stellungnahmen gegenüber denen des Kassenarztes (ebd.: 37).

Anfang der 80er Jahre ließen die sich zuspitzenden personellen Schwierigkeiten des VÄD die Frage aufkommen, ob der Dienst überhaupt in der Lage sei bzw. noch in die Lage versetzt werden könne, seine gesetzlich vorgesehenen Aufgaben in etwa zu erfüllen. Eine für die AGK angefertigte Studie über die Personalsituation des VÄD bestätigte die Auftraggeber in ihrer Meinung, daß die Weiterführung der ärztlichen Dienste der Sozialversicherung "unter den gegebenen Umständen als sehr gefährdet anzusehen ist"⁶⁰. Im Jahr 1980 waren weit mehr als die Hälfte der Vertrauensärzte älter als 55 (AGK 1987: 9). Bei der geringen Attraktivität des VÄD für Ärzte - die sich in einem hohen Anteil von unbesetzten Planstellen widerspiegelte - schien es zu diesem Zeitpunkt fraglich, ob die in den folgenden Jahren in den Ruhestand gehenden Vertrauensärzte überhaupt ersetzt werden könnten. Von 1970 bis 1980 ging die Zahl der hauptamtlichen Vertrauensärzte von 1.140 auf 947 zurück (ebd.: 8; Stone 1980: 126). Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der niedergelassenen und der im Krankenhaus tätigen Ärzte jeweils von 51.000 auf 62.000 und von 47.000 auf 78.000, während sich die Zahl der Krankenversicherten von 31.0 Millionen auf 35.4 Millionen erhöhte. Noch 1985 blieben 20% der Planstellen für Vertrauensärzte unbesetzt (AGK 1987: 9).

Schuld an der personellen Misere des VÄD waren nach übereinstimmender Meinung das unattraktive Berufsbild des Vertrauensarztes, dem jegliche kurative Tätigkeit versperrt war (und ist), die - verglichen mit dem Einkommen vor allem der niedergelassenen Ärzte - niedrige Besoldung des (zum größten Teil verbeamteten) Personals und das (von den beiden erstgenannten Faktoren mitbedingte) vergleichsweise geringe Ansehen einer vertrauensärztlichen Tätigkeit (Interviews; SVR 1988: 121). Freilich hatten diese Umstände in der frühen Nachkriegszeit die Besetzung von vertrauensärztlichen Stellen nicht verhindert. Dies war dadurch bedingt, daß eine Verhältniszahl für Kassenärzte viele Ärzte daran hinderte, eine Praxis zu eröffnen, und die Zahl der Stellen für Krankenhausärzte nur langsam zunahm. Die Lage änderte sich aber grundlegend, als im Jahre 1960 das BVG sein Urteil zur Niederlassungs-

60 Vgl. Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Fachbeirats, 13.07.1981: 4.

freiheit abgab - die Rekrutierungsprobleme des VÄD setzten schon in den 60er Jahren ein - und, vor allem ab Anfang der 70er Jahre, als die bundesdeutschen Krankenhauskapazitäten und damit die Zahl der Stellen für Krankenhausärzte ausgebaut wurden. Vermutlich schufen diese Entwicklungen zusammen mit dem wachsenden Einkommensgefälle zwischen den im öffentlichen Dienst beschäftigten und den niedergelassenen Ärzten (siehe Kapitel 5) eine Eigendynamik auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte, die mehr oder weniger unaufhaltsam zu einer zunehmenden personellen Ausblutung bzw. Austrocknung des VÄD führte.

Man hätte versuchen können, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, indem man die Besoldung der Vertrauensärzte verbesserte. Die zuständigen Aufsichtsministerien der Länder waren aber dagegen, da ein solches Zugeständnis an die Vertrauensärzte ähnliche Forderungen nach einer besseren Besoldung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (und eventuell auch von anderen akademisch qualifizierten Berufsgruppen im öffentlichen Dienst) nach sich gezogen hätte (Interview). Statt dessen wurden die Nebentätigkeitsregelungen von Vertrauensärzten großzügiger gehandhabt (Interviews). In einer Umfrage unter den Vertrauensärzten gaben 80% der Befragten an, Nebentätigkeiten auszuüben, obwohl in weit über der Hälfte der Fälle die daraus stammenden Einnahmen weniger als 10% des durchschnittlichen Gehalts ausmachten⁶¹. Die LVA übersahen, daß solchen Nebentätigkeiten vornehmlich während der Dienstzeit nachgegangen wurde, da es ansonsten noch schwieriger gewesen wäre, Ärzte für den VÄD zu gewinnen bzw. sie im Dienst zu halten (Interview). Entweder handhabte man die Nebentätigkeitsregelungen großzügig, mit dem Ergebnis, daß die Vertrauensärzte dem VÄD nicht ausschließlich zur Verfügung standen, oder man schränkte sie ein, mit der Folge, daß die Ärzte zum VÄD überhaupt nicht erst gekommen wären. So dachte man zumindest bei den LVA (Interview).⁶²

Zu den quantitativen personellen Problemen des VÄD kamen Defizite bei der technischen Ausstattung der vertrauensärztlichen Dienststellen sowie hinsichtlich der *Qualität und der Qualifikationen* der Vertrauensärzte hinzu. Die nicht mehr zeitgemäße technische Ausstattung der meisten VÄD-Stellen führte ein befragter Experte auf die mangelnden Investitionen der Kassen zurück. Die Dienststellen seien oft wie eine "Arztpraxis der 20er Jahre" ausgerüstet (Interview). Die mangelnde "Qualität"

61 Vgl. Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Fachbeirats, 13.07.1981: 6.

62 Im übrigen bestand ein Interesse der LVA an der Vergabe von Gutachteraufträgen an die Vertrauensärzte, da der Ärztemangel bei den ärztlichen Diensten der Rentenversicherung noch akuter war als beim VÄD.

bzw. Qualifikation vieler Vertrauensärzte wurde als Folge einer "negativen Auslese" am ärztlichen Arbeitsmarkt bewertet (Interview). Das sollte heißen: Nur diejenigen Ärzte, die keine andere Anstellung fanden, gingen zum VÄD.⁶³ Unter den Vertrauensärzten sind Frauen mit Berufsunterbrechungen (1988 waren 60% der Vertrauensärzte Ärztinnen), nach einem längeren Aufenthalt im Ausland in die Bundesrepublik zurückkehrende Ärztinnen und Ärzte und Kassenärzte, die am "freien Markt" gescheitert sind, überdurchschnittlich vertreten. Sie haben häufig keine Therapieerfahrung aufzuweisen (Interview). Auf die mangelnden Qualifikationen vieler Vertrauensärzte ist es vermutlich zurückzuführen, daß sie vielfach von den Kassenärzten "nicht ernstgenommen" oder sogar für "Flaschen" oder die "letzten Penner" gehalten werden (Interviews).

Angesichts der Dynamik auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt, die durch solche Entscheidungen bzw. Entwicklungen wie die Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte, den Ausbau der Krankenhäuser und den Übergang zur Einzelleistungshonorierung der Kassenärzte in Gang gesetzt wurde, scheint die Frage berechtigt, ob nicht alle ehrgeizigen Pläne zur Reform des VÄD, die keine Ansätze zur Überwindung der oben erwähnten Mängel enthielten, spätestens in der Umsetzungsphase zwangsläufig hätten scheitern müssen. Jedenfalls dürfte diese Dynamik derartigen Reformbemühungen enge Grenzen gesetzt haben. Im nachhinein und in der Praxis dürfte die 1969 erfolgte Reform weniger zu einer Verschiebung des Aufgabenspektrums des VÄD geführt als die Funktion erfüllt haben, die gesetzlichen Bestimmungen an die sich abflachende Leistungsfähigkeit des Dienstes anzupassen.

7 Vierter Reformversuch: Das Scheitern des gemeinsamen Sozialärztlichen Dienstes (SÄD) zwischen 1970 und 1979

Die Defizite des VÄD hinsichtlich des ärztlichen Personals und der medizintechnischen Ausstattung zu beheben, waren zwei der Ziele eines Vorhabens, das ab Anfang der 70er Jahre vor allem von den Gewerkschaften auf die politische Tagesordnung gesetzt wurde. Gemeinsam war

63 Nach einer im Jahr 1979 durchgeführten Umfrage unter Ärzten hatte nur noch eine Stelle als Bundeswehrarzt ein geringeres Ansehen als eine Beschäftigung im VÄD (Interview).

diesen und anderen in den 70er und 80er Jahren aufkommenden Reformvorschlägen, daß sie Veränderungen in der Trägerschaft des VÄD und/oder in dem Verhältnis des VÄD zu den ärztlichen Diensten der anderen Sozialversicherungsträger vorsahen. Die jeweils angestrebte "Neuordnung" des VÄD war zwar unterschiedlich, aber im Grunde riß die Debatte nicht ab, bis die christlich-liberale Bundesregierung 1988 die Loslösung des VÄD von den LVA und seine Neukonstituierung unter der Regie der Krankenkassen als einen "medizinischen Dienst" beschloß (siehe Abschnitte 8 und 9).

Verglichen mit diesem Beschluß war der SÄD die "große Lösung". Seine Verfechter stellten sich den SÄD als eine von den Tarifparteien "selbstverwaltete" Körperschaft des öffentlichen Rechts vor, die die ärztlichen Dienste der Sozialversicherungen von ihren jeweiligen Trägern trennen und unter einem gemeinsamen Dach zusammenfassen würde. Dieses Projekt stieß aber auf allen Ebenen auf Widerstand. Es war umstritten zwischen der Bundesregierung und der Opposition, zwischen den Regierungsparteien, zwischen Bund und Ländern, zwischen den Tarifparteien, zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, und zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Verbänden der bei den Sozialversicherungen beschäftigten Ärzte. Die Vielfältigkeit des Widerstands und die institutionell abgesicherten Möglichkeiten seiner Gegner, es zu torpedieren, führten schließlich dazu, daß auf der parteipolitischen bzw. Regierungsebene von dem Vorhaben abgesehen wurde, ohne daß es jemals zu einem Gesetzentwurf gekommen wäre. Auf der Ebene der Selbstverwaltung bemühte man sich weiterhin um eine "kleine" Organisationsreform des VÄD, ohne jedoch einen Erfolg zu erzielen (siehe Abschnitt 8).

Als 1970 der DGB seine Forderung nach der Errichtung eines gemeinsamen SÄD "in dieser Legislaturperiode" erhob, war diese nicht neu (Die Ersatzkasse 1970: 374). Der DGB selber hatte einen SÄD in der Vergangenheit wiederholt gefordert und war darin nicht nur von seinem traditionellen Verbündeten, der SPD, unterstützt worden. In der "Rothenfelser Denkschrift" zur Sozialpolitik, die Mitte der 50er Jahre von einer Gruppe von Wissenschaftlern für den damaligen Bundeskanzler Adenauer erarbeitet wurde, war auch die Einrichtung eines gemeinsamen SÄD empfohlen worden (Bauer/ Kohlhausen/ Lekon 1974: Kap. 1:28). Beim ersten Versuch Blanks, eine Reform des VÄD durchzusetzen, hatte auch der Bundesrat der Bundesregierung nahegelegt, auf den damals vorgeschlagenen "Beratungsärztlichen Dienst" zu verzichten und statt dessen in einem besonderen Gesetz die Errichtung eines "allgemei-

nen sozialärztlichen Dienstes" zu beschließen (Bundesrat, 213. Sitzung, 18.12.1959: 250).

Für einen gemeinsamen SÄD lieferten der Bundesrat und die Gewerkschaften die gleiche Begründung. Durch einen einheitlichen SÄD sollte vor allem dafür gesorgt werden, daß für überflüssig gehaltene Wege, Wartezeiten und Doppeluntersuchungen sowie Leistungsentscheidungsstaus vermieden wurden, und der gleiche medizinische Tatbestand nicht zum Nachteil der Versicherten und wie bisher von getrennten ärztlichen Diensten unterschiedlich beurteilt werden konnte (siehe Bundesrat, 213. Sitzung, 18.12.1959: 250 und DGB 1972: 22). Anfang der 70er Jahre, nachdem sich die Kranken- und Rentenversicherungen über Maßnahmen zur Verringerung von Doppeluntersuchungen geeinigt hatten, trat diese Begründung in der Argumentation des DGB eher in den Hintergrund (vgl. Muhr 1974: 132). Die wichtigsten Vorteile eines gemeinsamen SÄD bestanden nach Meinung des DGB darin, daß er Kosteneinsparungen, eine Rationalisierung und eine Verbesserung der technischen Ausrüstung der ärztlichen Dienste, eine stärkere Spezialisierung der Ärzte und, durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eventuell durch eine bessere Bezahlung, eine Überwindung der sich zuspitzenden Personalprobleme der Dienste ermöglichen bzw. fördern würde (ebd.: 131-133). Noch stärker betonte der DGB die Bedeutung des durch gesetzliche Maßnahmen geförderten Zusammenwachsens der Tätigkeitsfelder der ärztlichen Dienste bzw. der Sozialversicherungsträger (ebd.: 102/103). Verwiesen wurde hierbei z.B. auf die dem VÄD vom Lohnfortzahlungsgesetz zugewiesene "Leitfunktion" bei der Rehabilitation und das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974, nach dem die Vertrauensärzte an der Erstellung eines "Gesamtplanes" zur beruflichen Rehabilitation arbeits- bzw. berufsunfähiger Versicherter beteiligt sein sollten (ebd.: 103).⁶⁴

Die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) trat für einen gemeinsamen SÄD ein, wie auch der Bundesverband der Vertrauensärzte (vgl. Muhr 1974: 97/98, 130). Auch die SPD bekräftigte wiederholt ihre Unterstützung für diese Forderung (ebd.: 130/131). Die Ortskrankenkassen ließen sich in der Auseinandersetzung um einen *gemeinsamen* SÄD kaum vernehmen. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß die in deren Selbstverwaltung paritätisch vertretenen Arbeitgeber einen sol-

64 Inwieweit der VÄD die ihm 1969 zugewiesenen neuen Aufgaben nicht wahrgenommen hat bzw. nicht wahrnehmen konnte, beweist die Angabe aus dem Jahr 1981, daß es solche Gesamtpläne, von Ausnahmen abgesehen, gar nicht gäbe (siehe Riehemann 1982: 448).

chen Dienst ablehnten (siehe unten). Die Ersatzkassen hingegen befürworteten zunächst einen gemeinsamen SÄD, dessen Dienststellen, so ihr Konzept, als "Diagnosezentren" aufgebaut werden sollten (Die Ersatzkasse 1971: 285-287). Allerdings wollten die Ersatzkassen sicherstellen, daß ein solcher Dienst nicht nur den VÄD und die Rentenversicherungsärzte der LVA (die Organe der *Arbeiterrentenversicherung* sind), sondern auch die ärztlichen Dienste der *Angestelltenrentenversicherung* (die keinen solchen Dienst unterhält, sondern sich freier Gutachter bedient) umfaßte (ebd.: 286). Zum "alten" VÄD hatten die Ersatzkassen schon immer ein gespanntes Verhältnis gehabt. Sie klagten, daß sie zu wenig Einfluß auf die Entscheidungen der Verwaltungsgremien bei den LVA hätten und der mitgliederbezogene Finanzierungsschlüssel des VÄD sie benachteilige, da sie (wohl aus Konkurrenzgründen) vom VÄD weitaus weniger Gebrauch machten als die RVO-Kassen (Die Ersatzkasse 1974: 384/385).⁶⁵ Nur die "große Lösung" interessierte die Ersatzkassen - eine "kleine Lösung", d.h. eine Zusammenfassung des VÄD und der Rentenversicherungsärzte unter dem Dach der LVA allein lehnten sie ab, da sie die "Zweiteilung" für Angestellte aufrechterhalten würde (ebd.: 438/439).

Die zu dieser Zeit aus SPD und FDP bestehende Bundesregierung wich einer Stellungnahme zum gemeinsamen SÄD zunächst aus⁶⁶. Nach den Bundestagswahlen 1969 hatte das Bundesarbeitsministerium eine Sachverständigenkommission gebildet und ihr den Auftrag gegeben, Reformvorschläge für die Krankenversicherung zu erarbeiten. Einem Ausschuß der Kommission wurde die Aufgabe übertragen, zum Reformbedarf des VÄD bzw. zu der Forderung nach Errichtung eines einheitlichen SÄD Stellung zu nehmen. Die Vorschläge der Kommission wurden im Herbst 1974 veröffentlicht und waren denen des DGB sehr ähnlich. Nur sahen sie vor, daß der zu errichtende "sozialmedizinische Dienst" zunächst nur die ärztlichen Dienste der Kranken- und der Rentenversicherung zusammenfassen sollte und er keine eigenständige öffentliche Körperschaft sein sollte, sondern eine "selbständige Abteilung mit eige-

65 In den Jahren von 1978 bis 1984 schickten die (Angestellten-) Ersatzkassen durchschnittlich nur eines von 100 krankgeschriebenen Mitgliedern zur Erstbegutachtung an den VÄD. Die Orts- und Betriebskassen schickten meistens etwa viermal soviel krankgeschriebene Mitglieder zur Untersuchung an die Vertrauensärzte (AGK 1987: 22).

66 Siehe die Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesarbeitsministerium Rohde in: Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, 29. Sitzung, den 09.05.1973: 1529.

ner Selbstverwaltung großer Versicherungsträger (etwa LVA)" werden würde (Die Ortskrankenkasse 1974: 971/972).

Als die Kommission ihre Reformvorschläge bekanntgab, war die Debatte um einen gemeinsamen SÄD schon in vollem Gange, und eine breite Koalition von Reformgegnern hatte sich herausgebildet. Unter den Reformgegnern hieß es, die Probleme, die ein gemeinsamer SÄD lösen sollte, seien entweder nicht schwerwiegend, sie seien durch weniger durchgreifende Maßnahmen (z.B. eine effektivere Koordinierung der voneinander unabhängig bleibenden ärztlichen Dienste) lösbar, oder sie könnten auch nicht von einem gemeinsamen SÄD gelöst werden (siehe z.B. BDA 1973: 34/35; Deutsches Ärzteblatt 1974: 53-58, 130-133). Ein großer sozialärztlicher Einheitsdienst, so hieß es in einer Stellungnahme, würde mit seinen "teuren diagnostischen Einrichtungen und kostspieligen computergesteuerten Laboratorien ..., ferner mit einem ... attraktiven Besoldungssystem ... letztlich auch in Gebiete eindringen, die bislang nur der freipraktizierenden Ärzteschaft vorbehalten waren" (Deutsches Ärzteblatt 1974: 58). Demnach war das ambulante Behandlungsmonopol der Kassenärzte gefährdet. Auch wurde von einer Einheitsversicherung bzw. Sozialisierung der Medizin gesprochen. Den Befürwortern eines gemeinsamen SÄD wurde unterstellt, durch dieses und andere Vorhaben, sowie die Errichtung von medizintechnischen Zentren, eine neue dritte Säule im Gesundheitswesen aufbauen zu wollen. Dieses seien "Strukturelemente, die zur Gründung einer Einheitssozialversicherung benötigt werden, die wiederum eine Ausgangsposition für die Verstaatlichung des Gesundheitswesens" wäre (Auberlen 1974: 95).

Zur Koalition der SÄD-Gegner zählten die Arbeitgeberverbände, mit Ausnahme des Bundesverbandes der Vertrauensärzte *alle* Ärzteverbände, die Renten- und Arbeitslosenversicherungsträger, die CDU/CSU und die (christdemokratische bzw. christlich-soziale) Mehrheit der Bundesländer⁶⁷. Die Argumente, mit denen diese Kräfte einem gemeinsamem SÄD begegneten, waren weitgehend identisch. Hinzu kamen auch Einwände bzw. Motive, die auf den jeweiligen institutionellen Selbstinteressen der Gegner beruhten. Die Arbeitslosenversicherung etwa machte geltend, daß der arbeitsamtsärztliche Dienst eine so spezielle Aufgabenstellung innehatte, und die Arbeitsamtsärzte über ein so spezielles arbeitsmedizinisches Wissen verfügen müßten, daß die Einbeziehung ihres ärztlichen

67 Siehe u.a. BDA 1973: 34/35; Muhr 1974: 133/134; Deutsches Ärzteblatt 1974: 2598; Deutsches Ärzteblatt 1975: 1532; Deutsches Ärzteblatt 1976: 2624; Öffentliches Gesundheitswesen 1976: 552-555.

Dienstes in einen gemeinsamen SÄD nicht möglich sei (vgl. Muhr 1974: 133). Die Träger der Arbeiterrentenversicherung waren nicht prinzipiell gegen einen gemeinsamen Dienst der Kranken- und Rentenversicherung, wollten aber sicherstellen, daß der neue Dienst unter dem Dach der LVA blieb (siehe unten). Die Rentenversicherung der Angestellten soll wiederum "keinerlei Neigung" verspürt haben, ihr eigenes Gutachternetz zugunsten eines an der Arbeiterrentenversicherung angelehnten ärztlichen Dienstes aufzugeben (Die Ersatzkasse 1975: 2). Die Ärzteverbände waren besorgt darüber, daß ein gemeinsamer SÄD, verglichen mit dem VÄD, die Ärzte stärker kontrollieren und ihre Therapiefreiheit stärker antasten würde (Interview).

Ob der Widerstand der Ärzte- und Arbeitgeberverbände sowie der Arbeitslosen- und Rentenversicherungen allein ausgereicht hätte, um die Bundesregierung bzw. die SPD von dem Vorhaben eines gemeinsamen SÄD abzubringen, muß dahingestellt bleiben. Auf alle Fälle wurde er dadurch wesentlich verstärkt, daß die CDU/CSU, die gleichfalls die Gefahren einer Einheitsversicherung und eines staatlichen Gesundheitsdienstes witterte, sich ihm anschloß (Neumeister 1976: 552-555). Da ein Gesetz zur Zusammenfassung der bestehenden sozialärztlichen Dienste der Zustimmung des Bundesrates bedurfte, konnte die Bundesregierung ein solches Vorhaben ohne die Unterstützung der Mehrheit im Bundesrat, die die ganzen 70er Jahre hindurch christdemokratisch war, nicht verwirklichen. Auch die Länderregierungen hatten sich in die Debatte um einen gemeinsamen SÄD eingeschaltet. Die Arbeits- und Sozialminister- und die Gesundheitsministerkonferenzen der Länder befaßten sich mit der Zukunft der sozialärztlichen Dienste, wobei die Gesundheitsminister eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Dienste mittels ihrer verstärkten Koordinierung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst vorschlugen (siehe Hopf/ Moritzen 1978: 70/71). Die Arbeits- und Sozialminister beauftragten eine Arbeitsgruppe mit der Prüfung der Frage, "ob und in welcher Hinsicht Aufbau und Zusammenarbeit der sozialärztlichen Dienste im Interesse der betroffenen Bevölkerung und einer wirtschaftlichen Verwaltung verbessert werden können" (ebd.: 71). Als der Bericht der Arbeitsgruppe 1979 vorlag (Arbeits- und Sozialministerkonferenz 1979), lehnte die Ministerkonferenz deren Vorschläge jedoch ab. Da der Beschluß einstimmig erfolgte, d.h. auch von den SPD-regierten Ländern getragen wurde, läßt sich der Widerstand der Länder gegen Vereinheitlichungspläne hinsichtlich der ärztlichen Dienste nicht allein auf die ideologischen oder sonstigen Vorbehalte der CDU/CSU zurückführen. Nach einer Darstellung des BMA befürwortete die Bundesregie-

nung nach wie vor die Errichtung eines gemeinsamen SÄD⁶⁸. Da aber abzusehen war, daß ein Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen SÄD im Bundesrat keine Mehrheit finden würde, distanzierte sich die Bundesregierung von dem Vorhaben⁶⁹.

Die Darstellung des BMA ist vermutlich nicht vollständig. Auch innerhalb der sozialliberalen Koalition gingen die Meinungen im Hinblick auf einen gemeinsamen SÄD auseinander. Der damalige sozialpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion nahm für die Liberalen in Anspruch, das Scheitern des Vorhabens herbeigeführt zu haben. Der FDP "schmeckte" ein solcher Dienst zu sehr nach Staatsmedizin, besonders weil er den gewerkschaftlichen Vorschlägen hinsichtlich der medizintechnischen Zentren ähnlich war. Die Koalitionspartner hätten sich in dieser Frage nicht geeinigt; die Diskussion darüber habe dann die FDP gestoppt (Interview).⁷⁰ Wenn sich in Richtung eines gemeinsamen SÄD überhaupt noch etwas bewegen ließ, dann war dies bei den herrschenden parteipolitischen Mehrheitsverhältnissen nur noch auf der Ebene der Selbstverwaltung möglich.

8 Fünfter Reformversuch: Das Scheitern der Empfehlungsvereinbarung der Selbstverwaltung über einen Sozialmedizinischen Dienst (SMD) zwischen 1981 und 1987

Die Reformbemühungen, die 1981 auf der Ebene der Selbstverwaltung begannen, verfolgten ein anderes, bescheideneres Ziel als das, das während der 70er Jahre von den Verfechtern eines gemeinsamen SÄD angestrebt wurde. Ziel der *Empfehlungsvereinbarung*, die die Träger der Kranken- und der Arbeiterrentenversicherung 1985 abschlossen, war es, innerhalb des *bestehenden gesetzlichen Rahmens* den Krankenkassen einen stärkeren Einfluß auf den VÄD zuzugestehen. Es galt, "bestehen-

68 Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesarbeitsministerium Buschfort, in: Deutscher Bundestag, 9. Wahlperiode, 62. Sitzung, 29.10.1981: 3607.

69 ebd.: 3608.

70 Bezüglich des gemeinsamen SÄD war die FDP vermutlich gespalten. In einem Antrag des Kreisverbands des führenden Vertreters des Wirtschaftsflügels der FDP, Graf Lambsdorff, zum Parteitag der Liberalen im Jahr 1976 war ein solcher Dienst befürwortet worden. Da diese Forderung aber im gesundheitspolitischen Programm der FDP nicht aufgenommen wurde, ist davon auszugehen, daß sie in der Partei nicht mehrheitsfähig war.

des Recht praktisch zu überwinden, ohne es zunächst zu ändern⁷¹. Die treibenden Kräfte hinter der Empfehlungsvereinbarung waren die gesetzlichen Krankenkassen und die in ihren Selbstverwaltungsorganen sitzenden Vertreter der Gewerkschaften und der Arbeitgeberverbände, die auch die Unterstützung des BMA erhielten. Dieses Vorhaben war aber zwischen den Kassenarten, zwischen den Trägern der Sozialversicherung und auch innerhalb der Rentenversicherung umstritten. Seiner Verwirklichung standen die Bedenken bzw. der Widerstand der Ersatzkassen, der Arbeiterrentenversicherung und von einzelnen LVA im Wege. Schließlich einigten sich zwar die RVO- und Ersatzkassen sowie die Spitzenverbände der Kassen und der Rentenversicherung. Dann wurde allerdings die (vollständige) Umsetzung der Vereinbarung auf der Provinzebene durch einzelne LVA bzw. Länderministerien blockiert. Dieser Zustand führte dazu, daß die Bundesregierung noch einen Versuch unternahm, den VÄD *gesetzlich* neu zu regeln (siehe Abschnitt 9).

In den 70er Jahren hatte es auf der Ebene der Selbstverwaltung mindestens schon zwei Versuche gegeben, den VÄD neu zu organisieren, und beide Male hatte die Selbstverwaltung ihre Unfähigkeit zur Selbstregulierung bewiesen. Im Jahr 1974 war ein Konzept zur Koordination bzw. Zusammenfassung des VÄD und der ärztlichen Dienste der Arbeiterrentenversicherung entwickelt worden. Dieses Vorhaben war vor allem von den Ersatzkassen abgelehnt worden. Da die Angestellten-Rentenversicherung ihr freies Gutachternetz einem solchen Dienst nicht opfern mochte, wollten die Ersatzkassen auch nichts damit zu tun haben (Die Ersatzkasse 1974: 385). Sie wollten sich statt dessen der Angestellten-Rentenversicherung anschließen und einen gemeinsamen sozialärztlichen Dienst für Angestellte aufbauen. Ein weiteres Vorhaben, das von der Selbstverwaltung entwickelt wurde, kam den Vorstellungen der Ersatzkassen stärker entgegen, stieß aber auf den Widerstand der anderen Kassenarten und der Rentenversicherungsträger, so daß es schließlich auch fallen gelassen wurde⁷².

Worauf war der erneute Versuch der Selbstverwaltung zurückzuführen, den VÄD neu zu regeln? Entscheidend hierfür war vor allem die veränderte Einstellung der Krankenkassen (sowohl der Arbeitgeber- und Gewerkschaftsvertreter in der Selbstverwaltung als auch der hauptamtli-

71 Archiv der AGK: Niederschrift der Besprechung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung in der AGK zur Zukunft der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Berlin, 17.10.1984: 3.

72 Die Ersatzkasse 1977: 9; Die Ersatzkasse 1978: 18; Die Ersatzkasse 1980: 11; Gerlach 1986: 211; SVR 1988: 122; Interviews.

chen Führungskräfte) zum VÄD. Der Wandel in der Einstellung der Kassen war eine Folge der Kostenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Zusammenkommens einer expansiven Ausgabenentwicklung und einer Phase verlangsamten Wirtschaftswachstums, die den Spielraum der Kassen, einen Ausgabenanstieg ohne eine Heraufsetzung der Beiträge zu finanzieren, einengte. Bis zur Mitte der 70er Jahre hatten sich die Kassen an einer Neuordnung des VÄD wenig interessiert gezeigt. Weder die RVO- noch die Ersatzkassen hatten sich für die gewerkschaftlichen Vorschläge zum gemeinsamen SÄD engagiert. Den Ersatzkassen wäre es am liebsten gewesen, sie hätten sich vom VÄD völlig lösen können, aber ein derartiges Vorhaben war in der damals (wie auch gegenwärtig) gegebenen politischen Konstellation, die eher eine weitere Vereinheitlichung des Krankenversicherungsrechts begünstigte, nicht zu verwirklichen. Die negative Einstellung der Ersatzkassen zum VÄD zeigte sich daran, daß sie verglichen mit den RVO-Kassen diesen Dienst in einem viel geringeren Maße beanspruchten (siehe oben). Aber nicht nur die Ersatzkassen, sondern auch die RVO-Kassen schätzten den VÄD wenig, "so lange sie noch Geld hatten" (Interview).

Die Schwierigkeiten, denen die Kassen bei ihren Bemühungen, den Kostenanstieg zu bremsen, begegneten, führten zu Überlegungen, ob nicht der VÄD stärker als bisher als Steuerungsinstrument herangezogen werden könnte. Dabei wurde weniger daran gedacht, den Dienst zur Bekämpfung des "Krankfeierns" zu verwenden - die Ausgaben der Kassen für das Krankengeld machten nur etwa 5% ihrer Gesamtausgaben aus - als daran, ihn stärker als bisher zur Beratung der Kassen in deren Beziehungen zu den Leistungsanbietern *insgesamt* einzusetzen. Kurzum: Der VÄD sollte weniger der Disziplinierung der Krankgeschriebenen und stärker der allgemeinen Disziplinierung der Leistungserbringer dienen. Dies sollte sowohl auf der Ebene des individuellen Leistungsanbieters als auch auf der kollektiven Ebene geschehen. Im letzteren Fall ging es darum, daß der VÄD die Kassen bei ihren "Tarifverhandlungen" mit den Anbietern, beispielsweise bei Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenhäusern, beraten sollte. Dabei hielten es die Spitzenverbände der Krankenkassen für dringender, den medizinischen Sachverstand des VÄD zur Steuerung des Geschehens in den Bereichen des Zahnarzt-, des

Arzneimittel-, des Heil- und Hilfsmittel- und vor allem des Krankenhauswesens zu mobilisieren, als gegen die Kassenärzte zu richten⁷³.

Freilich hätten die primär auf der Kostenentwicklung basierenden Überlegungen der Kassen keine neuen Reformbestrebungen auf der Ebene der Selbstverwaltung ausgelöst, wenn die Kassen nicht der Ansicht gewesen wären, daß erstens der VÄD in seinem gegenwärtigen Zustand einem solchen Auftrag nicht gerecht werden könnte (siehe Abschnitt 6), und zweitens, angesichts der Anbindung des VÄD an die LVA, sie selber nicht in der Lage seien, den Zustand des VÄD wesentlich zu verbessern. Lange waren die Kassen damit unzufrieden gewesen, daß sie in den VÄD nicht unmittelbar eingreifen konnten. Jetzt spitzte sich die Unzufriedenheit zu. Zwar gab es bei jeder LVA einen Krankenversicherungsausschuß ("K-Ausschuß"), der sich mit Fragen des VÄD befaßte, und in dem die Kassen vertreten waren. Er konnte aber im Hinblick auf den VÄD keine verbindlichen Beschlüsse treffen - sie wurden dem Geschäftsführer bzw. dem Vorstand der LVA vorbehalten. Nach Meinung der Rentenversicherungsträger haben die Vorstände der LVA "in aller Regel" die Empfehlungen der K-Ausschüsse umgesetzt (Interview). Nun hielten aber die Kassen und ihre Selbstverwaltung die K-Ausschüsse für "nicht mehr ausreichend" (DGB 1984: 5). "Bestrebungen der verschiedensten Art, die Qualität und das Personalangebot des VÄD den veränderten Verhältnissen anzupassen" seien "oftmals unter Hinweis auf die gegenwärtige Organisation nur schleppend vorangekommen, wenn nicht überhaupt gestoppt worden ..." (ebd.: 4). Jetzt sollte das Motto gelten: Wer zahlt, schafft an. Der VÄD sollte den Krankenkassen zurückgegeben werden (siehe etwa Andersen 1982: 452).

Allerdings waren die Kassen längst nicht über den einzuschlagenden Weg einig. Nach wie vor blieben die Ersatzkassen zum VÄD auf Distanz. Angesichts der personellen Mängel des VÄD bezweifelten sie, ob der Dienst in den 80er Jahren die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben - von etwaigen neuen abgesehen - erfüllen könnte. Sie hätten es wie die Angestellten-Rentenversicherung vorgezogen, freipraktizierende Ärzte als Gutachter einzusetzen. Davon gäbe es genug, und diese Option wäre auch "kostengünstiger als dies derzeitig beim VÄD der Fall ist" (Archiv der AGK: VdAK-Brief an den Bundesrechnungshof,

73 Vgl. Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des VÄD-Koordinierungsausschusses, 17.12.1985: 1. Daß die Kassen die Schwerpunkte bei den Beratungsaufgaben des VÄD so setzen wollten, hing sicherlich vorwiegend mit dem vergleichsweise niedrigen Ausgabenzuwachs im ambulanten ärztlichen Sektor zusammen. Siehe Webber 1989: 268.

19.07.1982). Ohne eine Gesetzesänderung konnten sich die Ersatzkassen aber vom VÄD nicht lösen. Da eine "Exit-Option" ihnen in der augenblicklichen Lage nicht zur Verfügung stand, zielten sie darauf, das "Übel" ihrer erzwungenen Mitgliedschaft im VÄD möglichst dadurch erträglich zu gestalten, daß sie ihre Zustimmung zu einer Empfehlungsvereinbarung von zwei Voraussetzungen abhängig zu machen versuchten. Erstens sollte die Finanzierung des VÄD durch die Kassen von einem mitgliedschaftsbezogenen auf einen inanspruchnahmebezogenen Schlüssel, der den Ersatzkassen Kosten erspart hätte, umgestellt werden, und zweitens sollte der Haushalt des VÄD nicht gegen die Stimmen der Ersatzkassen beschlossen werden können⁷⁴. Erst im Laufe der Auseinandersetzungen um die Empfehlungsvereinbarung und um die "Gesundheitsreform" kamen die Ersatzkassen allmählich zu einer positiveren Kosten-Nutzen-Analyse des VÄD (siehe Abschnitt 9). Dieser Einstellungswandel hing mit der Erkenntnis zusammen, daß sie auf dem freien Markt nicht so viele Gutachter finden könnten, wie sie zur medizinischen Beratung bräuchten (Interview).

Die Arbeiterrentenversicherung bestritt, daß die personellen Defizite des VÄD irgend etwas mit der Anbindung des VÄD an die LVA zu tun hätten und wandte ein, daß eine Neuorganisation des VÄD nichts zu einer Überwindung seiner Mängel beitragen würde. Im Gegenteil: "Die Einrichtung eines Sozialmedizinischen Dienstes, losgelöst von den Landesversicherungsanstalten, würde viele Ärzte veranlassen, in Pension zu gehen" (Riehemann 1982: 450). Die Schuld am mißlichen Zustand des VÄD trugen die Aufsichtsministerien der Länder (ebd.: 450). Die Rentenversicherung gab an, ein originäres Interesse am VÄD "nur noch im Hinblick auf die Koordinierung beider Gutachterdienste der Krank- und Rentenversicherung" zu haben (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Vorstands, 08.08.1984: 64). Der inhaltliche Widerstand der Rentenversicherung gegen die Reformbestrebungen der Krankenkassen - der sie schließlich zu Fall brachte - dürfte allerdings nicht allein darauf, aber auch nicht vorwiegend auf rechtliche Einwände, die gegen die Empfehlungsvereinbarung vorgebracht wurden, zurückzuführen sein. Eine völlige Loslösung des VÄD von den LVA dürften die LVA deswegen abgelehnt haben, weil ein solcher Schritt zu einer merklichen

74 Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Fachbeirats, 13.07.1981: 4; Die Ersatzkasse 1985: 9. Nach Angaben der AGK, die auf Statistiken des Jahres 1983 beruhen, trugen die Ersatzkassen nach einer mitgliederbezogenen Umlage etwa 32% der Kosten des VÄD. Bei einem inanspruchnahmebezogenen Umlageverfahren hätte sich dieser Anteil auf etwa 11% verringert.

Verschiebung des "Stellenkegels" der LVA geführt und zur Folge gehabt hätte, daß in der öffentlich-rechtlichen Besoldungsskala die obersten Stellen bei den LVA niedriger eingestuft worden wären.⁷⁵ Diese Lösung hätte für die LVA eine zweite Folge gehabt, die auch den Widerstand mancher von ihnen gegen den weniger ehrgeizigen Plan, *im Rahmen der juristischen Hülse der LVA* den Krankenkassen die praktische Verantwortung für den VÄD zurückzugeben, weitgehend erklären dürfte: Sie hätten eine Kompetenzdomäne faktisch abgeben müssen.

Angesichts der rechtlichen Lage und der auf ihr beruhenden Kompetenzverteilung hinsichtlich des VÄD war eine Neuorganisation des Dienstes durch die Selbstverwaltung ohne die Einwilligung der Arbeiterrentenversicherung nicht möglich. Hatte aber die Rentenversicherung einen Grund, den Krankenkassen in dieser Frage entgegenzukommen? Es gab tatsächlich ein Argument. Ungeachtet etwaiger Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Bundesregierung trat das BMA nach wie vor für eine Neuregelung des VÄD ein. Das BMA blieb dabei, daß der VÄD nicht länger durch das Aufbaugesetz (siehe Abschnitt 2) geregelt bleiben könnte. Die Krankenkassen könnten ihre Aufgaben "nicht mehr oder nur noch unzureichend erfüllen, wenn sie nicht *unmittelbar* einen ärztlichen Dienst zur Verfügung haben" (Jung 1982: 454; Betonung durch den Autor). Aus dieser Äußerung ließ sich die Befürwortung der Loslösung des VÄD von den LVA heraushören. Gleichzeitig eröffnete das BMA die Möglichkeit, daß die Bundesregierung doch noch handeln könnte, wenn sich die Versicherungsträger nicht einigten (ebd.: 454). Die Rentenversicherung konnte die Gefahr erahnen, daß ihr der VÄD gänzlich weggenommen werden könnte, wenn sie überhaupt keine Kompromißbereitschaft zeigte. Um die für die Rentenversicherung ungünstigste Lösung zu verhindern, lag es für sie nahe, Zugeständnisse in Richtung der zweiten oben skizzierten Lösung ins Auge zu fassen.

Ab Anfang 1980 fanden "sondierende Vorgespräche" zwischen der Kranken- und Rentenversicherung statt, um die Möglichkeiten einer Empfehlungsvereinbarung auszuloten, die den Kassen einen stärkeren Einfluß auf den VÄD gewährleisten würde (Archiv der AGK: Protokoll

75 Das war zumindest die Meinung der am Entscheidungsprozeß beteiligten Vertreter der Krankenkassen. Diese Erklärung unterstellt, daß im Meinungsbildungsprozeß auf der Ebene der LVA nicht die Selbstverwaltung, sondern die Geschäftsführer tonangebend waren. Die Rentenversicherung machte dagegen geltend, daß die Loslösung des VÄD von den LVA die Besoldung der amtierenden Geschäftsführer nicht hätte vermindern können (Interview). Widerstand gegen diese Lösung aus diesem Grund hätten sie nur zugunsten ihrer Nachfolger leisten können.

der Sitzung des Vorstands, 30.04.1981). Der Verlauf der Gespräche ließ hoffen, daß "Kompromisse denkbar seien, welche die unverzichtbaren Positionen der einzelnen Beteiligten wahren könnten, ohne auf einen gemeinsamen Nenner verzichten zu müssen" (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Fachbeirats, 13.07.1981: 3). Die Ersatzkassen machten ihre Zustimmung zu einem SMD aber von einer modifizierten Finanzierungsregelung abhängig (siehe oben). Und auf der Mitgliederversammlung der AGK Ende 1981 standen sich die Meinungen der Kassen einerseits und der Rentenversicherung andererseits anscheinend unversöhnlich gegenüber (vgl. Riehemann/ Andersen 1982). Es zeichnete sich ab, daß eine kompromißfähige Lösung "nach wie vor nicht einfach sei" (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Vorstands, 25.05.1982: 1). Bei einem Treffen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung im Frühjahr 1983 wurde die Zukunft des VÄD intensiv erörtert, wobei die Vertreter der Krankenversicherung "keine Tabus" zulassen wollten und auch die Aufhebung der Aufbaugesetzgebung als eine eventuelle Voraussetzung für die Lösung der Probleme des VÄD ins Gespräch brachten (Archiv der AGK: Protokolle der Sitzungen des Vorstands, 14.04.1983: 6; 24.05.1983: 19). Man einigte sich trotzdem darauf, die Gespräche auf der Geschäftsführerebene und in den jeweiligen Versicherungszweigen fortzusetzen und dann noch einmal zusammenzukommen.

Im Vorfeld des zweiten Treffens im Herbst 1984 wurden die Grundrisse einer Vereinbarung dann zunehmend erkennbar. Vor allem wurde deutlich, daß die Krankenkassen von der Forderung, den VÄD von den LVA abzuspalten, abgerückt waren. Anlaß für diesen Sinneswandel soll die Einsicht gewesen sein, daß die LVA "den Behördenstatus haben, um die vorhandenen Vertrauensärzte als Beamte weiter zu beschäftigen" (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Vorstands, 08.08.1984: 63). Jedoch war dies nicht alles. Aus einem Positionspapier der Gewerkschaften - und es gibt keinen Grund anzunehmen, daß die Arbeitgeberverbände und die RVO-Kassen in dieser Frage grundsätzlich anders dachten - gingen andere Gründe für die Einwilligung der Krankenversicherung in eine weitere Anbindung des VÄD an die LVA hervor. Ein Grund war, daß nach Meinung des DGB die Trennung des VÄD von den LVA die Koordinierung der ärztlichen Dienste der beiden Versicherungszweige erschwert hätte (DGB 1984: 5). Eine zweite Sorge des DGB bezog sich auf den "Besitzstand und ... (die) Perspektive" des Personals der VÄD-Abteilungen bei den LVA. Der DGB fürchtete auch, daß die Loslösung des VÄD von den LVA den Ersatzkassen den Spiel-

raum verschaffen könnte, "sich von diesem Dienst zu lösen, ihn überhaupt nicht mehr in Anspruch zu nehmen" und sich statt dessen freier Gutachter zu bedienen wie die Angestellten-Rentenversicherung (ebd.: 5/6). Damit wäre (zuungunsten der RVO-Kassen) ein "Zweiklassengutachtersystem" entstanden. Ein weiteres, aber keineswegs weniger wichtiges Motiv des DGB war seine Unsicherheit darüber, wie eine gesetzliche Regelung ausfallen würde, falls eine Selbstverwaltungslösung scheitern und, wie schon angedroht, die Bundesregierung eingreifen sollte.⁷⁶ "Ob eine gegebenenfalls vom Gesetzgeber gewählte Regelung den Vorstellungen der Selbstverwaltungen der beteiligten Versicherungszweige eher gerecht werden würde, kann nicht abgesehen werden - *wir bezweifeln dies*" (ebd.: 11; Betonung durch den Autor). Vor allem bestand die Gefahr, verglichen mit einer "Selbstverwaltungslösung", daß eine Regelung der amtierenden Bundesregierung stärker durch die Kassenärzte geprägt wäre (Interview).

Mit dem (vorläufigen) Verzicht der Kassen darauf, die Anbindung des VÄD an die LVA in Frage zu stellen, konzentrierte sich die Auseinandersetzung der beiden Versicherungsträger auf die Frage, inwieweit die praktischen Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich des VÄD auf die Kassen übergehen sollten und *dürften*. Die Kassen erwarteten, daß die Vorstände der LVA ihre Dienstherreneigenschaft einem neu zu bildenden VÄD-Ausschuß zur Verfügung stellten, in dem sie vertraglich zusicherten, daß sie die Entscheidungen des von den Kassen zusammensetzenden Ausschusses übernehmen würden (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung der Vorstands, 08.08.1984: 64). Die Rentenversicherung wandte ein, daß ein Verzicht der LVA-Vorstände auf die oberste Dienstherrenfunktion unvorstellbar sei. Für den Geschäftsführer der LVA könnte es nur einen Vorstand geben, nämlich den der LVA (ebd.: 64). Weitere Streitpunkte waren die Fragen, ob oder inwieweit die Krankenversicherung an der Wahl des Geschäftsführers der LVA beteiligt und die LVA-Geschäftsführer in den vorgesehenen VÄD-Ausschüssen vertreten sein sollten (ebd.: 65; Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Vorstands, 05.10.1984: 84). Die Kassen schienen ihre Forderung nach einer Mitwirkung an der Ernennung der LVA-Geschäftsführer aufzugeben und sich mit der Mitgliedschaft von zwei Vertretern der LVA-Vorstände in

76 Hierbei ist zu berücksichtigen, daß inzwischen die sozialliberale Koalition von einer christlich-liberalen abgelöst worden war, so daß sich die Gewerkschaften weniger Hoffnung auf eine "gewerkschaftsfreundliche" Lösung machen konnten als zuvor.

den VÄD-Ausschüssen abzufinden⁷⁷. Sie blieben allerdings dabei, daß sich die Organe der LVA vertraglich an die Beschlüsse des VÄD-Ausschusses binden müßten⁷⁸.

Auch die untereinander zerstrittenen Kassen ließen eine Tendenz zur Einigung erkennen. Zwischen den Orts- und den Ersatzkassen waren vor allem die Fragen umstritten, wie der VÄD künftig finanziert werden würde, und nach welchen Entscheidungsregeln die VÄD-Ausschüsse den Haushalt des VÄD beschließen müßten. Die Ersatzkassen traten dafür ein, daß die Kassenarten je nach Inanspruchnahme des VÄD zu seinem Haushalt beitragen sollten und der Haushalt nur einstimmig verabschiedet werden dürfte (vgl. Abschnitt 7). Im Vorstand der AGK entwickelte Kompromißvorschläge sahen vor, daß eine Vier-Fünftel-Mehrheit für die Annahme des Haushalts erforderlich sein sollte und sich die Finanzierung des VÄD künftig zur Hälfte nach der Mitgliederschaft der Kassenarten und zur Hälfte nach deren Inanspruchnahme des Dienstes richten sollte⁷⁹.

Die Ersatzkassen gaben sich aber zunächst ebensowenig mit diesen Vorschlägen zufrieden wie manche LVA sich mit denen, die die Beziehungen zwischen den Organen der LVA und den vorgesehenen VÄD-Ausschüssen betrafen. Gegen die sich abzeichnende Empfehlungsvereinbarung meldete etwa die LVA Hessen eine ganze Fülle von Einwänden an. "Unter keinen Umständen", meinte sie, sollte der VÄD-Ausschuß den Haushalt für den VÄD beschließen können (Archiv der AGK: Brief des Vorstands der LVA Hessen an den Vorstand der AGK, 28.11.1984: 3). Eine uneingeschränkte Bindung der Organe der LVA an Beschlüsse des VÄD-Ausschusses sei nicht rechtens und darum undenkbar (ebd.: 3-5). Diesem Urteil widersprach der mehrheitlich von Vertretern der Krankenversicherung zusammengesetzte Vorstand der AGK (Archiv der AGK: Brief der Vorstandsvorsitzenden an die LVA Hessen vom 03.01.1985: 2/3). Besonders für die Ersatzkassen seien alle Möglichkeiten eines Kompromisses mit der Rentenversicherung jetzt erschöpft. Für sie könne es eine Lösung jenseits der Ergebnisse des Treffens vom Herbst 1984 nicht geben (ebd.: 1).

77 Archiv der AGK: Beratungsvorlage für die Besprechung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung in der AGK zur Zukunft der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, 17.10.1984 in Berlin: 7/8.

78 ebd.: 9.

79 Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des Vorstands, 05.10.1984: 85/86; Beratungsvorlage für die Besprechung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung in der AGK zur Zukunft der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung am 17.10.1984 in Berlin: 9/10, 14/15.

Im Herbst 1985 wurde die Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenversicherung und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) schließlich beschlußfähig. Es waren mehr als fünf Jahre vergangen, nachdem die ersten "sondierenden Vorgespräche" über sie begonnen hatten. In den umstrittenen Fragen folgten die vereinbarten Bestimmungen weitgehend den im Herbst 1984 angedeuteten Kompromissen.⁸⁰ Die Ersatzkassen erklärten die Vereinbarung für "tragfähig" (Die Ersatzkasse 1986: 11). Die Rentenversicherung willigte in eine Selbstbindung der LVA-Organen an die Beschlüsse der VÄD-Ausschüsse doch noch ein.

Mit ihrer Unterzeichnung war die Geschichte der Empfehlungsvereinbarung allerdings längst noch nicht zu Ende. In den Entscheidungsorganen des VDR war die Vereinbarung weiterhin umstritten. Vor allem die Geschäftsführer der LVA, die mit den bestehenden "K-Ausschüssen" mehr oder weniger gut zusammengearbeitet hatten, leisteten Widerstand. Daß manche der Gegner der Vereinbarung ihr trotzdem endgültig zustimmten, war auf die Befürchtung zurückzuführen, daß die Bundesregierung die Initiative ergreifen würde, wenn sich die Selbstverwaltung nicht einigte. Es galt, das kleinere Übel der Selbstbindung der LVA zu schlucken, um das größere Übel der vollständigen Loslösung des VÄD aus ihrer Domäne zu verhindern (Interview). Da aber die LVA dem VDR gegenüber weitgehend autonom sind, konnte die Umsetzung der Vereinbarung nur dadurch sichergestellt werden, daß sich die achtzehn LVA durch Satzungsänderungen dazu verpflichteten, sich an die Beschlüsse der VÄD-Ausschüsse zu binden. Die Satzungsänderungen mußten wiederum von den zuständigen Aufsichtsministerien der Bundesländer genehmigt werden.

Die Umsetzung der Vereinbarung kam dann nur sehr schleppend voran. Ungeachtet der ursprünglichen Absicht, die Vereinbarung Anfang 1986 in Kraft zu setzen, gab es noch im Herbst des gleichen Jahres mehrere Regionen, in denen die LVA ihre Satzungen nicht geändert bzw. die Aufsichtsministerien die Satzungsänderungen nicht genehmigt hatten (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des VÄD-Koordinierungsausschusses, 05.11.1986: 1). Am hartnäckigsten erwies sich der Widerstand der LVA Schwaben und Hannover (ebd.). Die LVA Schwa-

80 Bezüglich der Finanzierung wurde vereinbart, daß nur die variablen Kosten des VÄD - etwa 15% - nach der Inanspruchnahme des VÄD durch die Kassenarten zu finanzieren seien. Dafür setzten die Ersatzkassen durch, daß der Haushalt des VÄD nicht gegen den Widerstand einer Kassenart beschlossen werden könnte. Zum Inhalt der Empfehlungsvereinbarung, siehe Gerlach 1986 und Wiedkamp 1986.

ben bestritt die Notwendigkeit der Vereinbarung mit dem Argument, die bisherige Zusammenarbeit der LVA und der Krankenversicherung im Hinblick auf den VÄD hätte sich bewährt (Interview). Aus beiden Regionen wurden die gleichen rechtlichen Einwände gegen die Vereinbarung erhoben wie von der LVA Hessen, wobei es den anderen Beteiligten nicht erkennbar war, ob hinsichtlich der LVA Hannover der Widerstand hauptsächlich von der LVA oder von dem Aufsichtsministerium getragen wurde (Interview).⁸¹

Im Herbst 1987 hatte sich die LVA Hannover der Empfehlungsvereinbarung immer noch nicht angeschlossen (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des VÄD-Koordinierungsausschusses, 05.11.1987: 1). Bemühungen der Gewerkschaften und der Arbeitgeberverbände auf Bundesebene, die LVA Hannover zur Übernahme der Vereinbarung zu überreden bzw. zu zwingen, blieben erfolglos (Interview). Die Kassen fürchteten, daß der Widerstand der LVA bzw. ihrer Aufsichtsbehörde einen "Flächenbrand" unter den LVA auslösen könnte, die der Vereinbarung bereits zugestimmt hatten (Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des VÄD-Koordinierungsausschusses, 25.08.1987: 4). Sie erwogen, ihre Zahlungen für den VÄD an widerstrebende LVA einzustellen (ebd.: 5; Archiv der AGK: Protokoll der Sitzung des VÄD-Koordinierungsausschusses, 05.11.1987: 2).

Die Kassen waren aber auch längst im BMA vorstellig geworden und hatten gefordert, daß die Bundesregierung tätig werden müßte, falls die Bemühungen der Selbstverwaltung scheitern sollten (ebd.). Ihnen war eine gesetzliche Lösung, auch wenn es unsicher war, wie sie aussehen und inwieweit sie den Vorstellungen der Kassen entgegenkommen würde, offenbar lieber als der Status quo. Den Kassen kam es entgegen, daß zu diesem Zeitpunkt beim BMA Überlegungen zu einer Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung angestellt wurden. Für die Rentenversicherung war es weniger günstig, daß die VÄD-Reformbemühungen der Kassen und die Krankenversicherungsreform der Bundesregierung parallel zueinander liefen. Mit ihrem Plädoyer, den VÄD den LVA zuzuordnen, fand sie beim BMA keine Zustimmung. Dort sagte

81 Möglicherweise ging es dem niedersächsischen Arbeitsministerium darum, seine Aufsichtskompetenzen geographisch auszudehnen. Zu diesem Zeitpunkt war für die LVA Oldenburg-Bremen, die einen Teil Niedersachsens umfaßte, das Bundesversicherungsamt die zuständige Aufsichtsbehörde. Im Rahmen einer gesetzlichen Lösung, die die VÄD auf *Länderebene* neu organisiert hätte, wie das dann nachher im Gesetz zur Gesundheitsreform vorgesehen wurde, konnte das Ministerium hoffen, Aufsichtsbehörde für ganz Niedersachsen zu werden (Interview).

man ihr, die Neuregelung des VÄD sei "Sache der Krankenversicherung" (Interview).

9 Sechster Reformversuch: Die Neuregelung des VÄD im Rahmen der christlich-liberalen Gesundheitsreform von 1987 bis 1988

Mit ihrem Gesundheitsreformgesetz (GRG) gelang es der christlich-liberalen Bundesregierung, den VÄD von der Rentenversicherung loszulösen und mit dem neuen Titel eines "Medizinischen Dienstes" (MD) in die Hände der Krankenkassen zurückzugeben. Gegen diesen Schritt, der in der grundsätzlichen Frage der VÄD-Trägerschaft den Zustand der Zeit vor der NS-Machtergreifung wiederherstellt, wandte sich öffentlich nur noch die Rentenversicherung selbst (VDR 1988). Die Krankenkassen, ihre Selbstverwaltung aus Gewerkschaften und Arbeitgebern, die Koalitionsparteien und der Interessenverband der Vertrauensärzte waren alle für diese Entscheidung. Ungeachtet des weitreichenden Konsenses in dieser Frage kam es trotzdem zu harten Auseinandersetzungen über die Neuregelung des VÄD. Sie kreisten vorwiegend um die Organisationsform des neuen MD und um die Frage, ob es künftig überhaupt noch festangestellte Vertrauensärzte geben sollte, oder sich die Krankenkassen vorrangig externer ärztlicher Gutachter bedienen müssen. Mit dem gleichen Gesetz, das den VÄD den Krankenkassen zurückgab, setzte die Regierungskoalition eine Bestimmung durch, die von ihren Befürwortern sogar als "Aussterberegelung" für den VÄD bezeichnet wurde (Interview). Die "Deformation" der VÄD-Reform, von der in Kassenkreisen geredet wurde, war das gemeinsame Verdienst der KBV und des kleinen Koalitionspartners FDP (vgl. AGK 1988b: 1).

Den Hintergrund der Reformbemühungen der christlich-liberalen Koalition bildeten die ab Mitte der 80er Jahre wieder schneller steigenden Kassenbeitragsätze (siehe Webber 1989: 265-269). Die Koalition war fest entschlossen, nach den Bundestagswahlen 1987 eine Krankenversicherungsreform durchzuführen. Das sich abzeichnende Scheitern der Empfehlungsvereinbarung der Selbstverwaltung ließ das BMA den VÄD in seine Reformüberlegungen miteinbeziehen. Schon im Oktober 1986 kündigte der zuständige Abteilungsleiter im Ministerium an, daß eine Reform den VÄD neu regeln müßte (Handelsblatt, 3/4.10.1986). Im BMA war man seit langem der Meinung, daß die Aufbaugesetzge-

bung aufgehoben werden müßte, um den VÄD in ein effektives Steuerungsinstrument der Kassen zu verwandeln - um so mehr, als man die rechtlichen Einwände mancher LVA bzw. Aufsichtsbehörden gegen die Vereinbarung für durchaus begründet hielt (Interview). Es bot sich an, eine Reform des VÄD (von der man annahm, sie würde sich sonst schwieriger durchsetzen lassen) in das GRG zu integrieren.

Die Vorbereitung des Reformgesetzes übernahm zusammen mit der Abteilung Krankenversicherung im BMA eine vorwiegend aus sozialpolitischen Experten der Regierungsfractionen zusammengesetzte Koalitionskommission. Während andere Streitfragen zur Lösung an die "Elefantenrunde" der Parteivorsitzenden weitergereicht werden mußten, wurde man in der Kommission darüber einig, daß das GRG den VÄD neu regeln mußte. Allerdings erstreckte sich die Übereinkunft nicht auf Detailfragen. Es wurde lediglich vereinbart, daß der VÄD zu einem "eigenständigen medizinischen Beratungsdienst" der Kassen umgestaltet werden sollte (Dienst für Gesellschaftspolitik, Nr. 45, 12.11.1987: 4). Aber immerhin stimmten die Koalitionsparteien darin überein, daß der VÄD von der Rentenversicherung loszulösen sei, und die Kassen einen solchen Beratungsdienst bräuchten (Interview). Nach den im Dezember 1987 von den Parteivorsitzenden abgesegneten Reformgrundsätzen sollte der Dienst - ähnlich wie der bisherige VÄD - auf Landesebene organisiert und von allen Kassenarten gemeinsam getragen werden (BMA 1987: 7).

Die Koalitionsbeschlüsse insgesamt lösten empörte Proteste unter der "Gesundheitslobby" aus (vgl. hierzu Webber 1989: 271-273). Diese richteten sich zunächst nicht gegen die karge Ankündigung der Koalition hinsichtlich des VÄD, sondern gegen ihre anderen Pläne. Die zwei Kräfte, die beim Scheitern des Reformversuches Blanks eine so zentrale Rolle gespielt hatten, nämlich die KBV und die Gewerkschaften, reihten sich nicht in die vorderste Front des Widerstands gegen die Reform ein. Das Reformkonzept der Koalition sollte eine solche Koalition von Reformgegnern bewußt nicht entstehen lassen. Man war u.a. übereingekommen, die Reform "nicht gegen die Kassenärzte" durchzusetzen. Der DGB nahm zunächst eine differenzierte Haltung zu den Plänen ein. Die KBV erklärte sie für "wenig überzeugend" und befand, eine Reihe der Beschlüsse - gemeint waren vor allem Maßnahmen, die aus der Sicht der KBV die Rechte der Selbstverwaltung und die Therapiefreiheit der Kassenärzte beeinträchtigen würden - gäben "Anlaß zur Besorgnis" (Resolution der Vertreterversammlung der KBV, Köln, 05.12.1987: 1/2). Sie kündigte aber "harten Widerstand" für den Fall an, daß (nicht näher

umrissene) bekanntgewordene "Denkspiele" aus dem BMA weiterverfolgt würden (ebd.: 2).

Ihre zunächst eher abwartende Haltung schien die KBV aufzugeben, als ihr der Vorentwurf des BMA bekannt wurde. Im Vorentwurf waren wohl die ersten ausführlichen Pläne zur Neuordnung des VÄD enthalten. Was dort stand, würde nach Meinung der KBV zu einer "Überbürokratisierung" der Krankenversicherung führen⁸². Insbesondere die von dem MD auszuübenden Kontroll- und Beratungskompetenzen gingen ihr zu weit. Über den Vorentwurf insgesamt sei die KBV bestürzt⁸³. Offenbar sah sie sich nach den Versprechungen des Bundesarbeitsministers Blüm darin getäuscht, daß es eine Reform gegen die Ärzte nicht geben würde (Frankfurter Allgemeine, 13.01.1988). Es wurde über die Aufkündigung der Zusammenarbeit der KBV mit dem BMA spekuliert. Das wäre auf die aktive und öffentliche Mobilisierung der Opposition gegen die Reform hinausgelaufen (ebd.). Gerade in diese Richtung wurde sie von den freien Ärzteverbänden, vor allem vom Hartmannbund, gedrängt.

Was das BMA im Hinblick auf den VÄD beabsichtigte, klärte sich, als kurz darauf der Referentenentwurf zum GRG veröffentlicht wurde. Über die bisherige Aufgabenstellung der Einzelfallbegutachtung hinausgehend, stellte er die Beratungsfunktion des MD in bezug auf die Beziehungen der Kassen zu den Leistungsanbietern besonders stark heraus. Ausdrücklich erwähnt in diesem Zusammenhang wurden "Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, insbesondere bei Pflegesatzverhandlungen", die Prüfungsausschüsse für die kassenärztliche Versorgung, Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen und die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BMA 1988a). Der MD sollte kassenartübergreifend und auf Landesebene organisiert sein, und zwar als eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit einer paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammengesetzten Selbstverwaltung. Seine ärztlichen bzw. medizinisch qualifizierten Beschäftigten sollten Beamte sein bzw. bleiben. Die MD würden die bisherigen Vertrauensärzte übernehmen. Abgesehen davon, daß er die Loslösung des VÄD von den LVA und seine Neukonstituierung als eine selbstverwaltete öffentlich-rechtliche Körperschaft der Kassen anstrebte, lehnte sich der Referentenentwurf eng an die gescheiterte Empfehlungsvereinbarung an (Interview).

82 Schreiben des ersten Vorsitzenden der KBV, Häußler, an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 11.01.1988.

83 ebd.

In dem Maße wie der Reformansatz des BMA den Verfechtern der Empfehlungsvereinbarung, und auch den ehemals skeptischen Ersatzkassen (Interview) gefiel, so *mißfiel* er den Verbänden der Kassenärzte.⁸⁴ Die KBV hatte schon die Diskussion zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung über die Empfehlungsvereinbarung mit Argwohn verfolgt. Auf beiden Seiten hatte sie sich für die Beibehaltung der Anbindung des VÄD an die LVA, gegebenenfalls unter einer engeren Verbindung der ärztlichen Dienste der zwei Versicherungszweige, eingesetzt⁸⁵. Einen von den Kassen verwalteten VÄD lehnte sie als Gefahr für die Unabhängigkeit der Vertrauensärzte ab. Ihr wäre es lieber gewesen, wenn beim VÄD "alles beim alten" geblieben wäre (Aussage eines KBV-Funktionärs einem Interviewpartner des Autors gegenüber). Jegliche Verstärkung bzw. Effektivierung des VÄD beinhaltete die Gefahr, daß die Tätigkeit der Kassenärzte stärker kontrolliert werden könnte.

Die Bedenken der Kassenärzte bzw. der Ärzteverbände richteten sich vor allem gegen zwei Aspekte der im Referentenentwurf enthaltenen Reformpläne. Man war dagegen, daß dem VÄD bzw. MD "neue Aufgaben ... wie Beratung der Krankenkassen bei Budgetverhandlungen" übertragen wurden⁸⁶. Außerdem war man gegen den MD als selbständige öffentlich-rechtliche Körperschaft, zumal man befürchtete, daß nach anderen Bestimmungen im Entwurf die Kassen ein umfassendes Datenbanksystem aufbauen könnten, zu dem auch der MD Zugang hätte, und das es ihm eventuell ermöglichen würde, die Leistungsabläufe der Kassenärzte zu überwachen⁸⁷. Am heftigsten griff der Hartmannbund die Pläne im Referentenentwurf an. Mit gezielt in Szene gesetzten "Horrorbildern" - so sah man es im BMA - versuchte er den Widerstand der Kassenärzte gegen die VÄD-Reform zu mobilisieren (Interview). Die KBV sprach ebenfalls von einer möglichen Entwicklung zu einer "übermächtigen Kontrollbürokratie"⁸⁸.

84 Die Tatsache, daß unter den Leistungsanbietern die Kassenärzte den Widerstand gegen die Koalitionspläne hinsichtlich des MD trugen, entbehrt insoweit nicht der Ironie, als die Kassen daran dachten, einen solchen Dienst vorrangig gegen die anderen Anbietergruppen einzusetzen - siehe Abschnitt 8 - und der Referentenentwurf seinen Einsatz "insbesondere bei Pflegesatzverhandlungen", d.h. im Krankenhausbereich, vorsah.

85 Archiv der AGK: Brief des Hauptgeschäftsführers der KBV, Fiedler, an das BMA, an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den VDR, 18.09.1984.

86 KBV-Hauptgeschäftsführer Hess nach einem Protokoll eines Treffens der KBV und des BVRA, in BVRA 1988b: 13.

87 Ebd. und Süddeutsche Zeitung, 18.01.1988.

88 Zitiert nach BVRA 1988b: 13.

Die KBV-Führung machte sich keine Hoffnungen, das Reformgesetz insgesamt verhindern zu können. Statt dessen zielte sie darauf, ihm "die Zähne zu ziehen" (Hess zitiert in: *Ärzte-Zeitung*, 04.07.1988: 4). Die Spekulation auf einen völligen Konfrontationskurs der KBV zur Bundesregierung bewahrheitete sich nicht. Man setzte nach wie vor auf die "Gesprächsdiplomatie" (*Deutsches Ärzteblatt* 1988: 1170).⁸⁹ Ziel der Lobby-Tätigkeit der KBV mußte es sein, "die Aufgaben dieses MD vernünftig zu begrenzen und zugleich eine Rechtsform zu finden, die ... eine Verselbständigung verhindert"⁹⁰. Die KBV sprach sich nicht für den MD als eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, sondern als eine Arbeitsgemeinschaft der Kassen aus (Beschlüßvorlage 3 der Vertreterversammlung der KBV, Köln, 19.03.1988)⁹¹. Im übrigen - so ein KBV-Vorstandsmitglied - konnte nur von Kassenärzten und von Krankenhausärzten erwartet werden, daß sie über das "aus der täglichen Arbeit gewonnene notwendige Rüstzeug" verfügten, um die Beratungsaufgaben des MD zu erfüllen⁹². Dies deutete eine weitere Tendenz der KBV-"Gesprächsdiplomatie" an: die "Stammebelegschaft" des VÄD zugunsten externer Gutachter zurückzuschrauben.

In den Bemühungen der KBV, sowohl der Gesundheitsreform insgesamt als auch der VÄD-Reform insbesondere die "Zähne zu ziehen", spielten ihre Gespräche mit der Bundestagsfraktion der FDP (dort mit dem sozialpolitischen Sprecher Cronenberg) eine zentrale Rolle. Schon vor der Veröffentlichung des Referentenentwurfs hatten sich die Freien Demokraten beklagt, daß er "ohne genügende Abstimmung innerhalb der Koalition" vorbereitet worden sei (*Süddeutsche Zeitung*, 18.01.1988). Große Bedenken meldeten sie u.a. gegen die Pläne hinsichtlich des MD an. "Die Koalition hätte sich zwar für eine solche Einrichtung ausgesprochen, die den bisherigen VÄD ersetzen soll, doch gingen die jetzt vorgesehenen Regelungen weit über die ursprünglichen Pläne hinaus. Der MD

89 Einen Konfrontationskurs steuerte dagegen der Hartmannbund, der mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte Kundgebungen und eine große Flugblattaktion gegen die Reform organisierte (vgl. *Süddeutsche Zeitung*, 29.02.1988). Der KBV-Vorsitzende Häußler meinte später, daß die "klare Arbeitsteilung" zwischen der KBV als öffentlich-rechtlicher Körperschaft und dem Hartmannbund als freiem Verband "sich gerade ... bei den bisherigen Beratungen um das Gesundheitsreformgesetz bewährt" habe. (Text seiner Rede vor der Vertreterversammlung der KBV, Frankfurt, 09.05.1988: 3).

90 Der KBV-Vorsitzende Häußler (Text seiner Rede vor der Vertreterversammlung der KBV, Köln, 19.03.1988: 22).

91 Dieser Teil der Beschlüßvorlage wurde nach einer Intervention des BVRA gestrichen, gab aber die Meinung der KBV wieder.

92 Voelker (Text seiner Rede vor der Vertreterversammlung der KBV, Köln, 19.03.1988: 2).

dürfe nicht eine eigenständige Behörde werden, sondern müsse den Charakter einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen haben" (ebd.). Die FDP ging davon aus, daß der Referentenentwurf von der Koalitionskommission noch einmal überarbeitet werden würde. Cronenberg bezeichnete den Referentenentwurf als ein "Diskussionspapier" (Handelsblatt, 03.02.1988). Der MD würde von der FDP grundsätzlich als "neue Mammutbehörde" abgelehnt. An seiner Stelle sollten "flexible Lösungen, wie von den Kassen im Einzelfall beauftragte Gutachter, die Aufgaben des heutigen VÄD, der den Erfordernissen nicht in vollem Umfang gerecht werde, übernehmen" (ebd.). Die Kritik der FDP und der KBV an den Bestimmungen zum MD im Referentenentwurf und ihre jeweiligen Änderungsvorschläge waren deckungsgleich.

Das BMA wehrte sich gegen die Kritik an den Plänen im Referentenentwurf. "Gleichwertige" Verhandlungen der Vertragsparteien in der Krankenversicherung setzten voraus, daß die Kassen über den notwendigen medizinischen Sachverstand verfügten. Die Monopolstellung der Leistungserbringer, insbesondere auch der Krankenhäuser, bei der Definition des medizinisch Notwendigen habe in der Vergangenheit Fehlentwicklungen und Unwirtschaftlichkeit begünstigt. Die Mitgestaltungsrechte der Kassen müßten nun durch eine Erweiterung ihres medizinischen Sachverstandes verbessert werden. Die Reform diene nur dazu, den bisherigen Aufgabenbereich der Einzelfallbegutachtung zu verdeutlichen und um eine allgemeine Beratung der Kassen zu ergänzen. Eine systemverändernde Maßnahme gegen die Leistungserbringer sei darin nicht zu sehen (BMA 1988b: 14). Auch der Arbeitnehmerflügel der CDU trat der Kritik der FDP entgegen. Der sozialpolitische Sprecher der CDU-Sozialausschüsse hielt den Vorschlag, externe Gutachter im VÄD bzw. MD einzusetzen, nicht für geeignet, "Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem zu mobilisieren" (Handelsblatt, 04.02.1988); von einer "neuen Mammutbehörde" könne keine Rede sein.

Jetzt trat die Meinungsbildung innerhalb der Bundesregierung in die entscheidende Phase. Bei einer Anhörung des BMA zum Referentenentwurf trugen Vertreter der Ärzteverbände ihre Einwände gegen den MD noch einmal vor (Handelsblatt, 22.02.1988). Bei einer Vertreterversammlung der KBV gab sich die KBV-Führung optimistisch, daß dieser Entwurf noch zugunsten der Kassenärzte geändert werden könnte: "Es ist sicher, daß zumindest CSU und FDP noch wesentliche Änderungen durchsetzen wollen ... Nach meinem letzten Gespräch mit dem Minister und den weiteren Arbeitsbesprechungen in seinem Hause bin ich zuversichtlich, daß in den für uns wichtigen Punkten im Referentenentwurf

noch entscheidende Änderungen im Kabinettsentwurf vorgenommen werden" (Häußler, Text seiner Rede vor der Vertreterversammlung der KBV, 19.03.1988: 1, 23). Der Konflikt um den MD reduzierte sich im wesentlichen auf zwei Fragen: Sollte der MD eine öffentlich-rechtliche Körperschaft oder eine Arbeitsgemeinschaft der Kassen werden, und sollte er sich vornehmlich externer Gutachter oder nach wie vor festangestellter Ärzte bedienen?

In der ersten Frage schienen sich die Spitzenverbände der Kassen nicht gegen die Forderung gestellt zu haben, den MD als eine Arbeitsgemeinschaft einzurichten.⁹³ Hinsichtlich der Attraktivität des MD für Ärzte hielten die Orts- und Ersatzkassen diese Frage für eher sekundär (Interview). Es war wohl lediglich der Interessenverband der Vertrauensärzte, der sich noch stark für einen öffentlich-rechtlichen MD einsetzte (vgl. BVRA 1988a: 1). Unter den Vertrauensärzten hatte der Gedanke, daß der neue MD nicht mehr eine öffentlich-rechtliche Körperschaft sein sollte, d.h. keine Beamten mehr beschäftigen könnte, große Unruhe ausgelöst (Interview).⁹⁴ Auch das BMA war mit dem Vertrauensärzteverband einer Meinung, daß der öffentlich-rechtliche Status des MD zur Absicherung der Unabhängigkeit der Vertrauensärzte nötig sei (Interviews).

Der Hauptstreitpunkt innerhalb der Koalition und zwischen der Koalition und den Interessenverbänden war die zweite Frage. Die FDP vertrat die Meinung, die jetzigen Vertrauensärzte seien inkompetent, externe Gutachter dagegen "praxisnah" (Interview). Das BMA wandte ein, daß die Vertrauensärzte unabhängig sein müßten, und darum kein niedergelassener Arzt über einen Kollegen urteilen dürfte. Auch müßte

93 Zumindest ließ die Stellungnahme der Spitzenverbände zum MD in der Anhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung den entsprechenden Beschluß im Kabinettsentwurf unwidersprochen (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 1988: 16/17).

94 Der BVRA hatte nach Aussage eines Beteiligten die "schlechtesten Karten" in der Auseinandersetzung um den VÄD. Er hatte "viel weniger Drohpotential" als die anderen betroffenen Verbände. Der Verband ähnelte in früheren Jahren einem "Fußballklub" und war "politisch unbekümmert und unerfahren". Trotz ihres Gefühls, existentiell bedroht zu sein, neigten viele Vertrauensärzte aufgrund ihres Beamtenstatus zur politischen Zurückhaltung und reagierten auf die Reformpläne "hilflos". In der Auseinandersetzung um den VÄD lehnte sich der Verband zunächst an die von den Krankenkassen beherrschten AGK, ehe er sich schließlich an die KBV unter der Annahme wandte, daß die KBV die Bundesregierung von ihren Plänen abbringen könnte, wenn sie sich in dieser Frage umstimmen ließe. Das Ziel des Verbands war es eigentlich gewesen, die Errichtung eines öffentlich-rechtlichen und von der Kranken- und Rentenversicherung gleichermaßen entfernten VÄD zu erreichen.

eine allgemeine, kassenartübergreifende Beratung der Kassen möglich sein - was mit der Forderung der FDP bzw. der KBV nicht vereinbar sei (Interview). Ähnlich argumentierten die Spitzenverbände der Kassen. Sie wollten sich in ihrer Personalpolitik hinsichtlich des MD die Hände nicht binden lassen. Zwar hatte es verschiedene Bereiche gegeben, in denen die Ortskassen zum Beispiel externe Gutachter eingesetzt hätten, aber die Kassenverbände wollten ärztliche Berater bzw. Gutachter haben, die über standespolitische Interessen hinausdachten. Auf dem freien Markt waren solche Ärzte aber schwer zu finden (Interview; AOK-Bundesverband 1988: 14).

In ihren letzten Beratungen vor der Zustimmung zum Kabinettsentwurf durch die Vorsitzenden der Koalitionsparteien einigte sich die Koalitionskommission über das Schicksal des VÄD. Man beschloß, daß der neue MD keine Beamten mehr einstellen sollte, beim Ausscheiden bzw. beim Tod der verbeamteten Vertrauensärzte zivilrechtliche Arbeitsgemeinschaften gegründet werden sollten, und der Dienst vorrangig externe Gutachter zu beauftragen hätte (vgl. Handelsblatt, 13.04.1988). Die FDP soll gedroht haben: Entweder gebe es vorrangig externe Gutachter oder gar nichts (Interview). Nach dem Eindruck eines Beteiligten gehörte der Fragenkomplex VÄD für den Arbeitsminister dagegen zur Verhandlungs- bzw. Kompromißmasse (Interview). Vermutlich um die Durchsetzung der eigenen Hauptanliegen, nämlich die Einführung einer Pflegeversicherung und von Arzneimittelfestbeträgen, aber womöglich auch um die Gesundheitsreform als Ganze nicht zu gefährden, gab er nach (vgl. Webber 1989: 274, 296/297).⁹⁵ Die FDP-KBV-Achse setzte sich also durch.

In der ersten Lesung des Gesetzentwurfs im Bundestag stellte Cronenberg seine Verdienste bei der "Reform der VÄD-Reform" heraus: "Ich weiß, daß im BMA einige sicherlich ehrenwerte Ministerialbürokraten traurig sind, daß der medizinische Dienst das Licht der Welt nicht in der ursprünglich vorgesehenen Form erblickt hat ... Ich habe mich darüber gefreut und verleugne meine Mittäterschaft nicht" (Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, 78. Sitzung, den 06.05.1988: 5290). Auch die KBV-Führung würdigte Cronenbergs Einsatz zu ihren Gunsten. Der FDP seien "die entscheidenden Verbesserungen" im Gesetzentwurf zu verdanken. Ihr Verdienst sei es, daß der geplante MD auf ein "erträgliches Maß" zurückgeführt wurde (Deutsches Ärzteblatt 85: 1838). Jetzt

95 Der Bundesarbeitsminister nannte die Arzneimittelfestbeträge das "Kernstück" der Gesundheitsreform.

würde der MD weitgehend auf das beschränkt bleiben, was "auch dem heutigen VÄD obliegt" (der bayrische Ärztekammer-Präsident Sewering zitiert in: Deutsches Ärzteblatt 1988: 1171). Auch wegen der Einschränkung der Aufgabenstellung des MD durch die Verpflichtung zur vorrangigen Beauftragung von externen Gutachtern müßte der Kabinettsentwurf insgesamt "*deutlich günstiger* beurteilt werden" als der Referentenentwurf (Häußler, Text seiner Rede vor der Vertreterversammlung der KBV, Frankfurt, 09.05.1988: 5, 13).

Die Bestimmungen des Entwurfs des christlich-liberalen Kabinetts zum VÄD passierten das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren ohne wesentliche Änderungen. Die christdemokratische Mehrheit im Bundesrat erhob keine schwerwiegenden Einwände gegen die Koalitionsbeschlüsse (Bundesrat 1988: 150-154).⁹⁶ Die Krankenkassenverbände vermochten mit der Forderung, selber über das Verhältnis von angestellten Ärzten zu externen Gutachtern entscheiden zu dürfen, bzw. nur in "geeigneten Fällen" externe Gutachter beauftragen zu müssen, nichts auszurichten (vgl. AOK-Bundesverband 1988: 14; AGK 1988a: 2).

Der Koalitionsbeschluß in dieser Frage hatte aber ein ironisches Nachspiel, das zeigte, daß die KBV sogar über das Ziel hinausgeschossen war. In einem letzten Versuch, die Bestimmung, daß der MD vorrangig externe Gutachter einzusetzen habe, doch noch abzuwenden, wandte sich der Vertrauensärzterverband an die KBV mit dem Ziel, sie und dadurch auch die Koalition auf seine Linie zu bringen. Die KBV-Führung erklärte dem Verband, daß Befürchtungen in der Kassenärzteschaft, der MD könnte in eine "übermächtige Kontrollbürokratie" ausufern, die KBV veranlaßt hätte, sich für die Arbeitsgemeinschaftslösung und für die Vorrangigkeit externer Gutachter einzusetzen. Dies sei aber alles in der "sehr dramatischen Phase des Gesetzentwurfs im Frühjahr formuliert worden"; man wolle jetzt, "nicht zuletzt" aufgrund der Einwände des Vertrauensärzterverbands, "nochmals über den endgültigen Text der Gesetzesvorlage nachdenken" (BVRA 1988b: 13). Der Hartmannbund, ein Mitstreiter der KBV im "dramatischen Frühjahr", ließ sich umstimmen und appellierte an die KBV, sich für die Verwendung externer Gutachter nur in "geeigneten Fällen" einzusetzen, falls die KBV noch die Möglichkeit sehe, Korrekturen im Gesetzentwurf "bei eventuel-

96 Geht man davon aus, daß die Länder primär daran interessiert waren, ihre aufsichtsrechtlichen Kompetenzen bezüglich des VÄD bzw. MD zu verteidigen, dann wurden von Anfang an keine Länderinteressen durch die vorgesehene VÄD-Reform bedroht, da die Reform vorsah, daß der MD auf Landesebene organisiert würde.

len Verhandlungen zu erreichen⁹⁷. Scheinbar war der Hartmannbund nicht mehr so sicher, daß die Gefahr eines "übermächtigen" MD nur dadurch zu umgehen sei, daß er sich vorwiegend freier Gutachter zu bedienen hatte. Nach Angaben des Vertrauensärzterverbandes schloß sich die KBV der gleichen Marschroute an, so daß sie mit dem Hartmannbund gemeinsam die Änderung der Formulierung der "Vorrangigkeit externer Gutachter" "in geeigneten Fällen" vertraten⁹⁸. In einem MD, der weitgehend auf die gleichen Aufgaben wie der VÄD beschränkt würde, sah die KBV vermutlich keine wesentliche Bedrohung mehr, auch nicht, wenn diese Aufgaben vorwiegend von festangestellten Ärzten wahrgenommen würden.

Der Vorsitzende der KBV schrieb im Oktober 1988 an den Hartmannbund, daß ein Teil der von ihm vorgebrachten Wünsche bei den "inzwischen erfolgten Änderungen des GRG bereits berücksichtigt" werden konnte. Beispielsweise sei die Bestimmung über den vorrangigen Einsatz von externen Gutachtern gestrichen worden⁹⁹. Diese Angabe entsprach allerdings nicht der Realität. Warum diese Forderung politisch nicht umgesetzt worden war, "trotz entsprechender Zusage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung" an die KBV, konnte, so der Vertrauensärzterverband, "nur als Wirkung einer Sperrminorität" in der Koalition interpretiert werden¹⁰⁰. Das bedeutete: Nachdem die FDP der KBV und dem Hartmannbund zuliebe die Vorrangigkeit von externen Gutachtern durchgesetzt hatte, wollte sie sich nun aber nicht von diesen Verbänden dazu benutzen lassen, die gleiche Bestimmung zu streichen.

10 Schlußfolgerungen

Eine abschließende Bewertung der Reform des VÄD durch die christlich-liberale Koalition ließ sich 1989 noch nicht vornehmen. Die Frage ist allerdings berechtigt, ob nicht die Auswirkungen der "Reform der Reform", d.h. der von der KBV und FDP gemeinsam durchgesetzten Änderungen im ursprünglichen Gesetzentwurf durchgreifender sein wür-

97 Text eines Briefes des Hartmannbund-Vorsitzenden Bourmer an den KBV-Vorsitzenden Häußler, veröffentlicht in BVRA (1988b: 15/16).

98 ebd.: 3/4.

99 Brief Häußlers an den Hartmannbund-Vorsitzenden Bourmer, veröffentlicht ebd.: 17.

100 ebd.: 4.

den, als etwa die von allen Koalitionsparteien mitgetragene Loslösung des VÄD von den LVA. Die Entscheidung, daß der künftige MD vorrangig externe Gutachter einzusetzen hat, ist von einer potentiell sehr weitreichenden Tragweite. Je nachdem wie die Bestimmung von den zuständigen Aufsichtsministerien der Länder (die die Haushaltspläne für den MD zu genehmigen haben) gehandhabt wird, könnte sie tatsächlich zum langsamen "Aussterben" des VÄD führen, wie manche ihrer Befürworter offenbar hofften. Die Verpflichtung, vorrangig externe Gutachter einzusetzen, müßte die Effektivität des VÄD nicht beeinträchtigen, wenn in der Tat genügend Gutachter zu finden sind, die "praxisnah" und unabhängig von standespolitischen Interessen handeln. Auf der Kassenseite war man aber durchweg pessimistisch, ob es eine ausreichende Anzahl derartiger Gutachter geben würde. Bewahrheitete sich diese Befürchtung, dann würde man im nachhinein sagen müssen, daß es den Kassenärzten im Kampf um die Gesundheitsreform gelungen war, eine bevorstehende politische Niederlage nicht nur verhindert, sondern letzten Endes sogar in einen Sieg umgemünzt zu haben.

Von Reformen, die den VÄD besser in die Lage versetzt hätten, einen steuernden Einfluß auf das Geschehen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuüben, kann seit Anfang der Reformbemühungen unter dem Arbeitsminister Blank vor 30 Jahren kaum die Rede sein. Dies gilt auch für die Epoche der Kostendämpfungspolitik seit Mitte der 70er Jahre, in der eine Verbesserung des Steuerungsinstrumentariums der Kassen (offiziell) zu einem der obersten Ziele der staatlichen Politik avancierte. Kaum eine Reform des VÄD ist durchgesetzt worden, die es den Vertrauensärzten ermöglicht hätte, den Kassenärzten "in die Karten zu gucken" (Redewendung eines Gesprächspartners). Nach wie vor dürfen sich die Kassenärzte in ihrer Handlungsfreiheit vom VÄD höchstens "marginal" eingeschränkt fühlen (Interview).

Wenn derartige Reformen, trotz aller Versuche, ausbleiben, dann muß dieses Phänomen aber nicht auf die "ökonomische Macht" der Ärzteschaft und die Angst von politischen Entscheidungsträgern vor einem Ärztestreik zurückgeführt werden (vgl. Marmor/ Thomas 1983: 122/123, 127/128). Oft genug sind den Interessen der Kassenärzte zuwiderlaufende Reformbemühungen hinsichtlich des VÄD, so etwa die des Bundesarbeitsministers zwischen 1962 und 1965 oder die der Selbstverwaltung in den 70er und 80er Jahren, ohne jegliche Beteiligung der Ärzteverbände gescheitert. Diese Darstellung spricht eher dafür, daß sich das regelmäßige Scheitern von Reformversuchen hinsichtlich des VÄD primär durch die gleichen Faktoren erklären läßt, die die Reform- bzw.

Wendefähigkeit der bundesdeutschen Politik *generell* begrenzen (siehe Katzenstein 1987: 35-80). Falls sich Krankenversicherungs- bzw. VÄD-Reformen tatsächlich seltener oder schwieriger durchsetzen lassen als andere Reformen, ließe sich höchstens sagen, daß die *institutionellen* Faktoren, die den Spielraum reformfreudiger Kräfte einengen, im Gesundheitssystem überdurchschnittlich anzutreffen sind. Für den VÄD gilt, so zeigt diese Fallstudie, daß Reformvorhaben meistens mindestens ein institutionelles bzw. strukturelles Hindernis, wenn nicht sogar mehrere solcher Hindernisse zu überwinden haben.

Das häufigste Hindernis liegt darin, daß die Bundesregierung zumeist aus mehr als einer eigenständigen politischen Partei zusammengesetzt ist. In einer Koalitionsregierung kann die größere Partei die kleineren nicht majorisieren, bzw. hat der kleinere Partner mehr Koalitionsoptionen als der größere, kann er sich gegen den größeren durchsetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Bundesrepublik niemals von einer alleinigen Regierung der SPD oder von einer Koalition aus SPD und einer links von der SPD stehenden Partei regiert wurde, und daß die FDP der Bundesregierung¹⁰¹ länger angehört hat als die beiden großen "Volksparteien". Im Hinblick auf die Vorhaben hinsichtlich eines gemeinsamen SÄD und eines MD trug die FDP zum Scheitern bzw. zur Modifikation der Reformen in entscheidendem Maße bei. Die Uneinigkeit in der damaligen christlich-liberalen Koalition führte auch in den frühen 60er Jahren dazu, daß ein "Reformpaket", das eine "Mini-Reform" des VÄD mit sich gebracht hätte, scheiterte. Von allen bundesdeutschen Parteien ist die FDP diejenige, die sich am stärksten an der Klientel der niedergelassenen Ärzte orientiert und sich am konsistentesten für ihre Belange eingesetzt hat. "Wir fordern den freien Arzt für freie Menschen"¹⁰². Betrachtet man die Geschichte der Reformbemühungen hinsichtlich des VÄD, ist dieser Spruch tatsächlich in hohem Maße Leitlinie der liberalen Politik gewesen. Insoweit wie die CDU/CSU Anfang der 60er Jahre und im Hinblick auf die Krankenversicherungspolitik als eine Koalition - mit unterschiedlichen Strömungen mit ausgeprägten eigenen Identitäten und mit der Fähigkeit zum eigenständigen Handeln - betrachtet werden kann, läßt sich auch das Scheitern des ersten Reformversuchs Blanks

101 Nach dem Zusammenbruch der sozialliberalen Koalition 1982 gab es zwei Wochen lang eine rein sozialdemokratische Bundesregierung; allerdings war diese eine *Minoritätsregierung*.

102 So Erich Mende vor der Hauptversammlung des Hartmannbundes, Baden-Baden, 24.10.1964 (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/35: 10).

darauf zurückführen, daß die "Regierungskoalition" nicht einig werden konnte.

Das zweite Hindernis liegt darin, daß manche Vorhaben kompromißfähig zwischen Bund und Ländern bzw. zwischen zentralen und lokalen Entscheidungsorganen, sei es aus verfassungsrechtlichen oder auch aus anderen Gründen, sein müssen. So scheiterte das Vorhaben eines gemeinsamen SÄD zum Teil daran, daß es im Bundesrat zustimmungspflichtig war und es von den Länderregierungen - scheinbar sogar einmütig - abgelehnt wurde. Auch hatte der Bundesrat, in dem die die Bundesregierung über die Mehrheit verfügte, Bedenken gegen die Pläne Blanks zur Errichtung eines "Beratungsärztlichen Dienstes". Ob sich schließlich der Bundesrat gegen die Regierungspläne gestellt hätte, läßt sich nicht rekonstruieren, da das Vorhaben scheiterte, ehe es zum Bundesrat zurückkehrte. Der Föderalismus wirkt aber nicht nur auf der staatlichen Ebene reformhemmend. Auch die Selbstverwaltung der Sozialversicherung ist föderativ aufgebaut. Letzten Endes scheiterten die Bemühungen um die Empfehlungsvereinbarung über den VÄD daran, daß sich die Rentenversicherung sowie die Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung auf Bundesebene nicht gegen die autonomen LVA und die Selbstverwaltung in einigen Ländern bzw. Regionen durchsetzen konnten.¹⁰³ Genauso wie Reformvorhaben der Bundesregierung am Widerstand der Länderregierungen scheitern können, so können auch Reformvorhaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene manchmal von den "Landesfürsten" der Gewerkschaften oder der Arbeitgeberverbände vor Ort verhindert werden (Redewendung eines Gesprächspartners).

Das dritte Hindernis betrifft die Selbstverwaltung und die von ihr unternommenen Reformbemühungen. Seit dem Aufbaugesetz des Jahres 1934 wurden die Kompetenzen für den VÄD zwischen den Krankenkassen als Finanziern und der Rentenversicherung der Arbeiter als Dienstherr geteilt. Das Ergebnis dieser Kompetenzaufteilung war, daß fortan keine Reformbemühungen auf der Ebene der Selbstverwaltung gelingen konnten, die nicht die Zustimmung der Rentenversicherung fanden. In den 70er Jahren trug die ablehnende Haltung der Rentenversicherung zum Scheitern der damaligen Reformbemühungen bei. Nach langem Ringen, und nur vor dem Hintergrund eines drohenden staatlichen Eingriffs, ließ sich die "Spitze" der Rentenversicherung in den 80er Jahren

103 Dies setzte natürlich voraus, daß der Widerstand gegen die Empfehlungsvereinbarung in Niedersachsen nicht nur vom zuständigen Aufsichtsministerium, sondern auch von der LVA Hannover ausging. Keiner der befragten Beteiligten am Meinungsbildungsprozeß zweifelte aber, daß dies der Fall sei.

dazu bewegen, praktische Entscheidungskompetenzen hinsichtlich des VÄD an die Kassen abzugeben. Nur ließ sich die nach so vielen Jahren mühsam zustande gekommene Empfehlungsvereinbarung gegen lokale Widerstände nicht vollständig umsetzen.

Diesen drei institutionellen Hindernissen ist es zuzuschreiben, daß Reformbemühungen hinsichtlich des VÄD öfter gescheitert als gelungen sind. Sie bedingten, daß im Regelfall nur diejenigen Reformvorhaben durchgesetzt werden konnten, die sich auf einen weitreichenden Konsens stützten. Dies galt etwa für die Loslösung des VÄD von der Rentenversicherung, die schließlich nur noch die Rentenversicherung zu vereiteln versuchte und auch von der SPD-Opposition, den Arbeitgeberverbänden und den Gewerkschaften mitgetragen wurde. In etwas geringerem Maße traf dies auch für die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter und die gleichzeitige Abschaffung der "Massenvorladung" krankgeschriebener Arbeiter zum VÄD unter der Großen Koalition zu.

Die Einführung der Lohnfortzahlung, ohne die es vermutlich nicht in gleichem Maße zu einer Verringerung der Vorladungen gekommen wäre, war allerdings in der CDU/CSU durchaus umstritten. Der Lohnfortzahlungsfall zeigt eher beispielhaft, wie Widerstände gegen ein Reformvorhaben überwunden werden können, indem seine Gegner durch Zugeständnisse bzw. kompensierende Maßnahmen auf teilweise anderen Gebieten zur Einwilligung überredet werden. Bei dieser Episode handelte es sich um den Mittelstandsflügel der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Das Zusammenschnüren von Reformen in "umfassende Reformen" oder "Reformpakete" wurde von Blank teilweise mit dem Zweck verbunden, mögliche Widerstände gegen seine Reformpläne in dieser Weise abzubauen. Gerade das Schicksal seiner Reformbemühungen ist aber ein Beweis dafür, daß eine solche Strategie nicht nur Chancen, sondern auch Risiken birgt. Sie kann wechselseitige Kompensationen für die betroffenen Gruppen ermöglichen; sie kann aber auch zu der Bildung einer "großen Koalition der Unzufriedenen" führen - was auch dann, vor allem beim ersten Reformversuch Blanks, geschah (Naschold 1967: 263). Im übrigen müssen im Falle der Einführung der Lohnfortzahlung die äußerst günstigen situativen Einflüsse - etwa der wirtschaftliche Aufschwung, der Druck unter dem die SPD stand, ihren Stammwählern die Richtigkeit ihres Eintritts in die Große Koalition zu beweisen, und die Konkurrenz der beiden Volksparteien um Arbeiterstimmen in der Vorwahlzeit - mitberücksichtigt werden.

Bei einer vergleichenden Betrachtung der obigen "Konfliktfälle" ist es der erste Fall, dessen Scheitern am rätselhaftesten erscheint. Warum

konnte es eine sich allein auf die CDU/CSU stützende Bundesregierung mit einer Mehrheit sowohl im Bundestag als auch im Bundesrat nicht schaffen, den VÄD bzw. die Gesetzliche Krankenversicherung einer groß angelegten Reform zu unterziehen? Zum Teil ließ sich das Scheitern des ersten Reformversuchs von Blank sicher auf die Uneinigkeit und die daraus entstehende Handlungsunfähigkeit der "Koalition" CDU/CSU zurückführen. Eine wichtige Rolle spielten dabei auch rein situative Einflüsse, d.h. vor allem die augenblickliche Lage der politischen Gegebenheiten, wie sie durch die handelnden Politiker wahrgenommen wurden. In diesem konkreten Fall war es wohl die Einschätzung Adenauers, geteilt durch die Fraktions- und Parteiführung, daß sich die CDU/CSU aus wahltaktischen Gründen keine Konfrontation mit den Ärzten leisten sollte, die den Reformversuch zu Fall brachte. Auch Reformvorhaben, die durch institutionelle Hindernisse nicht *zwingend* scheitern oder verwässert werden, *können* verhindert werden.

Da sich kaum ein Vorhaben zur Reform des VÄD verwirklichen ließ, ist es müßig, die Frage zu stellen, ob sich das Geschehen im Gesundheitssystem prinzipiell einer (Mit-)Steuerung durch den VÄD entzieht. Der Sog auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt, der nach dem Urteil des BVG zur Niederlassungsfreiheit und dem Ausbau der Krankenhäuser in den 60er und 70er Jahren den VÄD personell zunehmend ausbluten ließ, verringerte sich in den 80er Jahren. Die sich anbahnende "Ärztenschwemme" ließ die Kassen hoffen, daß die Personalprobleme des VÄD mittelfristig lösbar seien. Man konnte aber nicht davon ausgehen, daß sie den Kassen sehr helfen würde, wenn sie tatsächlich vorwiegend externe Gutachter einsetzen müßten. Hier soll der Hinweis genügen, daß die Bedingungen, die die "Wettbewerbsfähigkeit" des VÄD beeinträchtigten, wie etwa das Fehlen kurativer Tätigkeiten, das Einkommensgefälle zwischen niedergelassenen und im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzten und der kaum eingeschränkte Zugang zur kassenärztlichen Versorgung, nicht das Ergebnis des freien Spiels der Kräfte am Markt für medizinische Versorgung, sondern die Folge von Entscheidungen waren, die auf der Ebene entweder des politischen Systems, der Verfassungsgerichtsbarkeit oder der Selbstverwaltung der Krankenversicherung getroffen worden waren. Wäre manche kollektiv getroffene Entscheidung anders ausgefallen, hätte der VÄD wohl keine derart schlechte Stellung gehabt.

Kapitel 5

Die Neuregelung des kassenärztlichen Vergütungsrechts durch die sozialliberale Koalition 1977

1 Einleitung

Die ambulante Krankenbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland ist kollektiv und im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, in der etwa 90 Prozent der Bevölkerung Mitglieder sind, solidarisch finanziert. Die Versorgung der Kassenmitglieder gehört zum Monopol der freiberuflichen, spätestens seit Mitte der 60er Jahre leistungsbezogen honorierten, niedergelassenen Ärzte. Der Sektor der ambulanten Behandlung wird innerhalb eines vom Staat gesetzten rechtlichen Rahmens weitgehend von der "gemeinsamen Selbstverwaltung" der Kassenärzte und der Krankenkassen reguliert.

Unterstellt man den Kassenmitgliedern und Ärzten ökonomisch rationale (d.h. nutzenmaximierende) Handlungen, dann wäre zu erwarten, daß ein Gesundheitssystem, das kollektiv finanziert und in dem die Versorgung durch leistungsbezogen honorierte Freiberufler sichergestellt wird, eine überdurchschnittlich starke Wachstums- bzw. Kostendynamik aufweist; zumal im Gegensatz zu denjenigen staatsnahen Sektoren, die "Kostgänger des Staatshaushalts" (Scharpf 1988: 66) sind, die ambulante Behandlung in der Bundesrepublik über die von den Kassen erhobenen Beiträge finanziert wird und sich, geschützt durch die Institutionen der Selbstverwaltung, dem unmittelbaren Zugriff des Staates entzieht.

Dennoch: Zumindest im Zeitraum von 1975 bis 1982 stand die Bundesrepublik bei der Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen verglichen mit den OECD-Staaten an vorderer Stelle. Gemessen an der Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt gelang es nur zwei OECD-Staaten, die Gesundheitskosten stärker zu bremsen als die Bundesrepublik (vgl. Alber 1988: 121, 124). In der Bundesrepublik griffen die Kostendämpfungsmaßnahmen stärker im Sektor der ambulanten Behandlung, in dem die oben genannten Struktur-

merkmale überdurchschnittlich präsent sind, als in den anderen Leistungsbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung. In einer 1986 veröffentlichten Studie kam selbst das Forschungsinstitut der Ortskrankenkassen zu dem Schluß, daß "am Beispiel der ambulanten Behandlung ... sich besonders gut demonstrieren (läßt), wie erfolgreich die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bei der Kostendämpfung agieren kann" (Berg/WIdO 1986: 46). Hätten sich die Ausgaben in den anderen Leistungsbereichen ähnlich günstig entwickelt wie in der ambulanten Behandlung in den Jahren 1977 bis 1984, so hätten die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung sogar gesenkt werden können (ebd.), obwohl in diesem Zeitraum die Zahl der Kassenärzte (von 52.820 auf 62.271) viel stärker angestiegen war als in den vorangegangenen Jahren der "Kostenexplosion" im ambulanten Bereich.

Wie läßt sich der anhand der Strukturmerkmale des ambulanten Sektors paradox erscheinende Erfolg der bundesdeutschen Kostendämpfungsbemühungen - vor allem in diesem Sektor - erklären? Hinsichtlich der Kostendämpfung war der ambulante Sektor in der Bundesrepublik nicht immer der "Musterknabe", der er seit Mitte der siebziger Jahre gewesen ist. Wie die Tabelle (S. 231) zeigt, eilte der Anstieg der ambulanten Behandlungsausgaben dem Anstieg der Grundlohnsumme (die die Beitragseinnahmen der Krankenkassen bestimmt) in der Zeit von 1960 bis einschließlich 1975 oft weit voraus. Da die Wende in der Kostenentwicklung in den Jahren 1976/1977 eintrat, liegt die Vermutung nahe, daß sie von dem 1977 verabschiedeten Kostendämpfungsgesetz bzw. von dem damals drohenden Eingriff des Staates in die Krankenversicherung herbeigeführt wurde (Berg/WIdO 1986: 46).

Die Entstehung und Durchsetzung der die kassenärztliche Vergütung betreffenden Bestimmungen dieses Gesetzes sind Gegenstand dieser Fallstudie. Das Gesetz bestimmte, daß eine neu einzurichtende "Konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen oder bei Nichteinigung die Bundesverbände der Kassenärzte und der Krankenkassen eine jährliche "Empfehlung" über den Anstieg der kassenärztlichen Gesamtvergütung abzugeben hätten. Die Empfehlung sollte sich an gesamtwirtschaftlichen Kriterien orientieren und von den Teilnehmern an Honorarverhandlungen auf den regionalen bzw. lokalen Ebenen berücksichtigt werden. Insoweit kann von einer Plafondierung oder Deckelung der kassenärztlichen Gesamtvergütung gesprochen werden. Nach Meinung der deutschen Ärzteschaft beinhaltete der Entwurf des Kostendämpfungsgesetzes die "einschneidendsten und umfassendsten Strukturveränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit der Gründung der Bundesrepublik

Tabelle: Entwicklung der ambulanten ärztlichen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Grundlohnsumme in der Bundesrepublik Deutschland, 1960-1987.

Jahre	Veränderung der Grundlohnsumme* gegenüber dem Vorjahr in % je Mitglied	Veränderung der Ausgaben für ärztl. Behandlung in % bezogen auf das Vorjahr je Mitglied	Anteil der Ausgaben für ärztl. Behandlung an den Gesamtleistungen der GKV in %	Beitragssatz In % vom Grundlohn Summe Kassen**
1960	6,5	8,4	20,9	8,5
1961	10,2	10,1	20,7	9,4
1962	9,2	6,6	20,1	9,7
1963	6,1	6,2	20,0	9,6
1964	9,0	12,8	21,0	9,7
1965	9,1	14,4	21,4	9,9
1966	7,3	18,0	21,8	10,0
1967	3,3	7,6	22,2	10,1
1968	6,2	7,1	19,5	10,3
1969	9,2	7,3	21,2	10,6
1970	15,3	9,9	22,9	8,2
1971	14,7	21,4	23,0	8,1
1972	10,9	9,0	21,9	8,4
1973	9,1	9,9	21,0	9,0
1974	10,2	14,5	20,2	9,4
1975	9,1	13,4	19,4	10,0
1976	7,5	5,6	18,8	11,3
1977	6,7	4,0	18,7	11,4
1978	6,0	4,0	18,5	11,4
1979	6,2	5,6	18,2	11,3
1980	5,4	7,0	17,9	11,4
1981	5,0	6,4	17,9	11,8
1982	4,4	2,7	18,3	12,0
1983	3,8	4,8	18,5	11,8
1984	4,6	5,9	18,3	11,4
1985	3,1	3,3	18,1	11,8
1986	3,3	2,3	17,9	12,2
1987	2,2	2,8	17,7	12,5
1988	3,3	2,3	17,0	12,6

* 1960-1970 Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer

** 1960-1970 Höhe der durchschnittlichen Beitragssätze der Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen in % des Grundlohnes

Quellen:

BMA (1960-1970); KBV (1983-1989); BMJFFG (1980/1987); Statistisches Bundesamt (1982).

Deutschland" (Deutsches Ärzteblatt 1977: 337). Die Pläne der sozialliberalen Koalition verwickelten die Bundesregierung und die Kassenärzte in ihre schärfsten Auseinandersetzungen seit dem gescheiterten Krankenversicherungsreformversuch Blanks Anfang der 60er Jahre. Es kam zu lokalen Ärzte- und Zahnärztestreiks; der Bestand der Regierungskoalition in einem der Bundesländer (Niedersachsen) wurde ernsthaft gefährdet (siehe Abschnitt 9). Die Verabschiedung des Gesetzes brachte den Kassenärzten schließlich - zumindest aus einer kurzfristigen Perspektive heraus gesehen - ihre erste große politische Niederlage der Nachkriegszeit.

Die Ursachen der Auseinandersetzung und den schließlich erreichten "Erfolg" der Kostendämpfungsbemühungen im ambulanten Sektor zu erklären, sind die Ziele dieses Kapitels. Im folgenden Abschnitt wird unter besonderer Berücksichtigung des Übergangs der RVO-Kassen zur Einzelleistungshonorierung der Kassenärzte die Entwicklung der Regulierung der kassenärztlichen Vergütung in der Nachkriegszeit dargestellt. Es wird gezeigt, wie in dieser Zeit das Steuerungsinstrumentarium der Krankenkassen im Hinblick auf die ambulante Behandlung schrittweise demontiert wurde. Der dritte Abschnitt behandelt die Politisierung der Kostenentwicklung, insbesondere die Entwicklung des kassenärztlichen Honorars und die Vorschläge zur Veränderung der Regulierung der kassenärztlichen Vergütung. Der vierte Abschnitt befaßt sich mit dem Weg der ("freiwilligen") Kostendämpfung, den die sozialliberale Koalition bis zu den Bundestagswahlen 1976 einschlug. Gegenstand des fünften und des sechsten Abschnitts sind die Empfehlungsvereinbarungen zum Anstieg der kassenärztlichen Vergütung, die die "gemeinsame Selbstverwaltung" 1975 und 1976 beschloß, und die aus Sicht der Kassenärzte staatliche Eingriffe in das Kassenarztrecht verhindern sollten. Danach wird auf die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft eingegangen, die dazu führte, daß die Empfehlungsvereinbarungen zwar von den Kassenärztlichen Vereinigungen (weitgehend) umgesetzt wurden, aber Zweifel an der honorarpolitischen Selbstbeschränkung der Kassenärzte über 1977 hinaus aufkommen ließen. Die anschließenden Abschnitte beschäftigen sich mit der Diskussion um die gesetzliche Regelung zur Deckelung der kassenärztlichen Vergütung innerhalb der sozialliberalen Koalition und deren Durchsetzung im parlamentarischen Entscheidungsprozeß. In den Schlußfolgerungen werden die oben genannten Fragestellungen wieder aufgegriffen. Es wird danach gefragt, warum sich die Bundesregierung weitgehend gegen die Kassenärzte durchsetzen

konnte und aufgrund welcher Faktoren sich seit Mitte der 70er Jahre der Kostenanstieg der ambulanten Behandlung in Grenzen halten ließ.

2 Einzelleistungshonorierung und die "Kostenexplosion" bei der ambulanten Versorgung

Die Einzelleistungshonorierung der kassenärztlichen Behandlung war das Ziel der Kassenärzte seit Gründung des ersten Ärzteverbandes (Kortmann 1968: 20). Vor dem Zweiten Weltkrieg gelang es den Kassenärzten aber nicht, die Einzelleistungshonorierung als dominante Vergütungsform gegen den Widerstand der Kassen durchzusetzen. Wurde eine "Tendenz zur Einzelleistungsvergütung" in den Jahren nach dem Berliner Abkommen von 1913 erkennbar, so war in den 20er Jahren die Pauschalvergütung "am gebräuchlichsten" (ebd.: 23, 27). Im Rahmen eines "Tauschgeschäftes" mit der Brüning-Regierung, das zur Senkung der Verhältniszahl und zur Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen als vermittelnde Instanzen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten führte, wurde in der Gesetzlichen Krankenversicherung die (an der Grundlohnsumme orientierte) Kopfpauschale als Vergütungsform festgeschrieben (ebd.: 32-34; Webber 1988: 173-176).¹

Die Gesetzgebung der frühen Nachkriegszeit in der Bundesrepublik baute auf der Notverordnung von 1932 wieder auf. Allerdings brachte das 1955 verabschiedete Kassenarztrechtgesetz entscheidende Fortschritte für die Kassenärzte im Hinblick auf ihre Vergütung durch die RVO-Kassen.² Zum einen ließ das Gesetz, im Gegensatz zu der Notverordnung, die Einzelleistungshonorierung neben der Kopfpauschale ausdrücklich zu. Damit wurde es den Kassenärzten ermöglicht, die Einzelleistungshonorierung über den Verhandlungsweg mit den Kassen durchzusetzen. Zum anderen bestimmte das Gesetz, daß bei der Festsetzung der Kopfpauschale nicht wie bisher von der "unabhängig vom Leistungsbedarf der Versicherten berechneten Pro-Kopf-Ausgabe der Kassen für ärztliche Leistungen" ausgegangen werden sollte, sondern vom "tatsächlichen Bedarf der Versicherten an kassenärztlichen Leistungen" (Kortmann

1 Die Verhältniszahl legte die Zahl der Ärzte fest, die im Verhältnis zu der Zahl der Kassenmitglieder von den Kassen zugelassen werden sollte. In diesem Fall wurde sie von 1:1.000 auf 1:600 gesenkt.

2 Nach einer kriegsbedingten Unterbrechung waren die Ersatzkassen, für die das Kassenarztrechtgesetz nicht galt, schon zur Einzelleistungshonorierung der Ärzte zurückgekehrt.

1968: 47). Aus Sicht der Kassen hieß das "nichts anderes, als daß sich die Abrechnungsergebnisse im Kopfpauschale niederschlagen müssen ... Dies hat, da die sogenannte ... Morbidität und damit der Jahresbedarf ständig steigt, die Auswirkung, daß praktisch überall kurzfristig über Honoraränderungen verhandelt wird Gerade dieser Vorgang macht deutlich, daß es praktisch eine Einzelleistungsvergütung, wenn auch mit einer gewissen Zeitverzögerung, ist" (Kastner 1964: 71). Außerdem schrieb das Gesetz vor, daß bei der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen "Art und Umfang der Leistung der Kassenärzte" zugrunde zu legen seien, was die Kassen dazu veranlaßte, die nach 1955 vorherrschende Honorierungspraxis als "mittelbare Einzelleistungsvergütung" zu bezeichnen (ebd.: 70/71). Den Kassenärzten wurde ein Anreiz gegeben, ihre Leistungen auszuweiten. Durch die Aufgabe der bisherigen engen Koppelung an die Grundlohnsomme wurde gleichzeitig eine Bremse bei der Steigerung der *Gesamtvergütung* demontiert. Die Kassenärzte waren nun in der Lage, das Morbiditätsrisiko an die Kassen weiterzugeben.

Das Kassenarztrechtgesetz erwies sich als der erste in einer Folge von weiteren Schritten, die die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Hinblick auf die ambulante Versorgung beschnitten. Mit dem Kassenarzt-Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im Jahre 1960 wurde die Verhältniszahl für verfassungswidrig erklärt und den Kassen die Möglichkeit genommen, die Anzahl der Kassenärzte zu steuern. Vermutlich aufgrund der generellen Einführung des *Numerus Clausus* an den medizinischen Fakultäten der Hochschulen hielt sich der Anstieg der Anzahl der Kassenärzte in den 60er Jahren dennoch in Grenzen. (1970 gab es fast 49.000 niedergelassene Kassenärzte. Das waren 3.500 Ärzte mehr als 1960.) Der Anstieg beschleunigte sich aber im Laufe der 70er und vor allem der 80er Jahre (siehe oben).

Schon in seiner schließlich gescheiterten Krankenversicherungsreform Anfang der 60er Jahre hatte der damalige christdemokratische Arbeitsminister Blank die generelle Einführung der Einzelleistungshonorierung beabsichtigt. Gleichzeitig sahen die Reformpläne vor, daß einer etwa von dieser Honorierungsform ausgelösten Ausweitung der kassenärztlichen Leistungen durch die Einführung einer Kostenselbstbeteiligung für Patienten begegnet werden könnte (vgl. Webber 1987: 92; Richter/Müller 1966: 39; Naschold 1967: 61/62). Mit dem Scheitern der Reformversuche Blanks fielen auch die vorgesehenen Selbstbeteiligungsregelungen weg. Die Kassenärzte wollten durch Verhandlungen mit den RVO- (Orts-, Betriebs- und Innungs-) Krankenkassen die Einführung

der Einzelleistungshonorierung erreichen. Die ersten RVO-Kassen, die zur Einzelleistungshonorierung übergangen, waren Betriebs- und Innungskassen. Vor 1960 führten nur zwei Ortskrankenkassen die Einzelleistungshonorierung ein; zu einem "größeren Schub" kam es aber 1963 und vor allem Anfang 1965, als etwa 60 Ortskrankenkassen, vorwiegend im Raum Nordrhein und Baden-Württemberg, zur Einzelleistungshonorierung übergangen (Kastner 1964: 73). Auf dem Deutschen Krankenkassentag im Jahre 1964 prallten die Ansichten der Befürworter und der Gegner der Einzelleistungsvergütung unter den Ortskassenfunktionären aufeinander (BdO 1964: 67-122). Der Bundesverband nahm eine eher ablehnende Haltung zu der Einzelleistungshonorierung ein - offiziell begrüßte er ihre "Erprobung ... wegen all der unwägbaren Dinge", gleichzeitig tadelte er das Vorgehen der obigen Kassen, die "andere Kassen, vielleicht alle übrigen Krankenkassen im Bundesgebiet, in größte Schwierigkeiten bringen" (ebd.: 92, 94). Die Hinwendung der vertragsberechtigten einzelnen Kassen zur Einzelleistungshonorierung konnte er aber nicht aufhalten. Bis 1967 hatte die Mehrzahl aller RVO-Kassen (wenn auch nicht der Ortskassen) die Einzelleistungshonorierung eingeführt (vgl. Kortmann 1968: 58).

Für die Einwilligung der Ortskrankenkassen in die Einzelleistungshonorierung waren wohl zwei Gründe entscheidend (Interview): Die Kassen erhofften sich dadurch eine verbesserte Abrechnungstransparenz. Da die Ärzte ihre Einzelleistungen jetzt "nachweisen" mußten, meinten die Kassen, einen etwaigen Mißbrauch der Krankenversicherung durch Ärzte besser aufdecken und bekämpfen zu können. Im Zusammenhang mit dem Übergang zur Einzelleistungshonorierung wurden die Prüfungsausschüsse, in die die Kassen bisher lediglich einen Vertreter geschickt hatten, paritätisch von den Kassenärzten und den Kassen besetzt. Im Hinblick auf diese Frage hielten die Ortskassen das Einzelleistungssystem für "ehrlicher" (Interview; siehe auch Kortmann 1968: 79). Der zweite und wohl schwerwiegendere Grund, warum die Ortskassen der Einzelleistungshonorierung zustimmten, hing mit dem Kassenwettbewerb zusammen, insbesondere mit ihrer Konkurrenz zu den Ersatzkassen. Die Ortskassen meinten, ihre Mitglieder seien bei den Ärzten nicht so gut aufgehoben wie die Mitglieder der Ersatzkassen, da diese die Ärzte erheblich (20-25%) großzügiger honorierten. Mit der Einwilligung in die Einzelleistungshonorierung wollten die Ortskassen ihren Ruf, die "Kassen der armen Leute" zu sein, beseitigen und ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber den Ersatzkassen steigern (Interview; Kastner 1964: 88).

Bei dem ab Mitte der 60er Jahre vorherrschenden System der Einzelleistungshonorierung wurde die kassenärztliche Gesamtvergütung nach oben nicht mehr gedeckelt. Jetzt rechnete der Kassenarzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung ab, seine geprüften Einzelleistungen wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Krankenkasse in Rechnung gestellt, die Krankenkasse zahlte die ex post bestimmte Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung, und diese verteilte die Vergütung nach Einzelleistungen an die Kassenärzte (vgl. *Der Deutsche Arzt*, Nr. 23, 1975: 27; Herder-Dorneich 1976: 136). Damit war es den Kassenärzten gelungen, das Morbiditätsrisiko, das sie unter dem zwischen 1932 und 1955 herrschenden System getragen hatten, jetzt vollständig auf die Kassen abzuwälzen. Nun erhöhte jede ärztliche Einzelleistung automatisch die Gesamtvergütung. Die Kassen konnten zwar die Preise der kassenärztlichen Leistungen im Rahmen der Verhandlungen über die Gebührenordnung, aber nicht die Leistungsmenge mitbestimmen; letztere war vorwiegend dafür verantwortlich, daß die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in den 60er Jahren viel rascher stiegen als die Arbeitnehmereinkommen (Metze 1975: 76).³

Die einschränkende Bestimmung des Kassenarztrechtgesetzes, wonach bei Verhandlungen über die Gesamtvergütung die "wirtschaftliche Lage der Krankenkasse" und die Veränderung der Grundlohnsumme "angemessen zu berücksichtigen" seien, fanden die Ortskassen wenig hilfreich. Sie war "nicht eindeutig definierbar" (Interview; Kastner 1971: 81). Die Kassenärzte widersprachen der Auffassung, daß der Anstieg der Vergütung das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht konterkarieren sollte und rechtfertigten die von den Kassen wahrgenommene "Flucht in die Leistungen" als Ausdruck des "medizinischen Fortschritts" (Interview). Die Kassenärztlichen Vereinigungen boten den Kassen an, dafür zu sorgen, daß die Leistungsmenge nicht zu sehr stiege, wenn die Kassen ihrerseits die Gebühren (also: den Preis pro Leistung) um einen bestimmten Prozentanteil erhöhten (Interview).⁴

Der im Verhältnis zur Veränderung des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens überdurchschnittliche Anstieg der Ausgaben für ärztliche Behandlung im Zeitraum von 1963 bis 1968 legte die Vermutung nahe, daß der Übergang zur Einzelleistungshonorierung der Kassenärzte einen

3 Bei der pauschalierten Vergütung dagegen führt eine Ausweitung der Leistungen dazu, daß die Preise der Leistungen sinken.

4 Dies hätte mit Hilfe des Honorarverteilungsmaßstabs geschehen können. Die RVO verpflichtete die Kassenärztlichen Vereinigungen, einen solchen Maßstab zu erstellen, u.a. mit dem Ziel, eine "übermäßige Ausdehnung" der Leistungen zu verhindern.

starken "Kostenschub" im ambulanten Sektor auslöste (siehe Tabelle, S. 231). In seiner schon 1968 abgeschlossenen Studie kam Kortmann (1968: 149-152) im Hinblick auf diese Frage zu keinem eindeutigen Ergebnis. Metze andererseits stellte einen engen Zusammenhang zwischen Einzelleistungshonorierung und Kostensteigerungsraten bei der ambulanten Behandlung fest und maß der Einführung der Einzelleistungshonorierung "entscheidende Bedeutung" für den im Verhältnis zum Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer weit überdurchschnittlichen Zuwachs des durchschnittlichen Ärztteeinkommens im Zeitraum von 1963 bis 1967 bei (Metze 1975: 38-41, 64).

3 Politische Thematisierung der Kostenentwicklung

Politisch umstritten war die Kostenentwicklung im ambulanten Sektor und in anderen Bereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre kaum. Eher galten Ausgabensteigerungen als wünschenswert und notwendig, um einen diagnostizierten Nachholbedarf - so z.B. im Krankenhausbereich - wettzumachen. Sowohl eine (nach Überwindung der Wirtschaftskrise der Jahre 1966/67) florierende Wirtschaftsentwicklung als auch das reformfreundliche politische Klima der ersten Jahre der sozialliberalen Koalition sowie die Entlastung der Krankenkassenfinanzen durch die Übertragung der Finanzierung der Lohnfortzahlung der Arbeiter auf die Arbeitgeber (1969) dürften dazu beigetragen haben, daß der Widerstand gegen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen gering blieb.

Mit der Veröffentlichung der Studie des gewerkschaftlichen Forschungsinstitutes WWI zum Gesundheitswesen (Jahn u.a. 1971) begann eine gesundheitspolitische Debatte, an der sich die politischen Parteien, die Tarifparteien, die Verbände im Gesundheitswesen und auch die Medien beteiligten. Am Anfang dieser Debatte stand die Kostenentwicklung allerdings nicht im Vordergrund (Deppe 1987: 52-54). Gleichwohl nahm die WWI-Studie zur kassenärztlichen Honorierung Stellung und empfahl, die Einzelleistungshonorierung durch Leistungskomplexhonorare abzulösen. Sogenannte "Medizinisch-Technische Zentren", als eine neue dritte Säule der medizinischen Versorgung, sollten errichtet werden und die "der Honorierung zugrunde liegenden Leistungskomplexe" bestimmen

und überprüfen (Jahn u.a. 1971: 66).⁵ Diese Vorschläge nahm der DGB im Jahre 1972 in sein gesundheitspolitisches Programm auf (DGB 1972: 12, 14). Bei den organisierten Kassenärzten wurde die Richtung der gesundheitspolitischen Debatte in den Gewerkschaften mit Besorgnis registriert. Die Befürchtungen resultierten auch daraus, daß Gewerkschaftsvertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen saßen und die größte Regierungspartei in Bonn ihnen sehr nahestand.

Ein Umdenken der Ortskrankenkassen im Hinblick auf die kassenärztliche Vergütung setzte 1971 ein, als die ambulanten (ebenso wie auch die anderen) Ausgaben besonders sprunghaft zunahmen (siehe Tabelle, S. 231). Auf dem Krankenkassentag Ende 1971 erklärte der Geschäftsführer des BdO, die Steuerungsmöglichkeiten der Kassen seien seit 1955 so durchlöchert, daß die "Gesamtheit der Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten eine Überprüfung von Grund auf benötigte" (Kastner 1971: 81). Der Entschluß, "das an sich schon geraume Zeit als sachlich und logisch notwendig Erkannte nun auch tatsächlich zur konkreten Forderung zu erheben", sei "nicht unwesentlich durch den Anstieg der Aufwendungen für ärztliche Behandlung im ersten Halbjahr 1971 [23% verglichen mit dem Vorjahr] mitbeeinflußt" gewesen (ebd.: 83). Außer der Forderung nach kasseneigenen Behandlungseinrichtungen unterbreitete der BdO zu diesem Zeitpunkt aber keine konkreten Vorschläge zur Neugestaltung des Kassenarztrechts (ebd.: 82). Gleichwohl hielt sein Unbehagen über die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich an. Die Notwendigkeit einer Überprüfung des Kassenarztrechts wurde auch bei dem Presseseminar des BdO Ende 1972 unterstrichen (Lemmer 1972: 27-29). Nur hätten die Ärzte dahingehende Äußerungen des BdO als "Provokation, als Feindseligkeit, als Angriff, als umstürzlerisch, als Absicht der Sozialisierung und was weiß ich sonst" gewertet und jegliche Gesprächsbereitschaft in dieser Frage vermissen lassen (ebd.: 29).

Die von der "Kostenexplosion" Anfang der 70er Jahre ausgelösten Überlegungen mündeten 1974 in ein gemeinsam von den Orts- und Betriebskrankenkassen ausgearbeitetes Papier zum Vertragsrecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BdO/BKK 1974). In diesem Papier plädierten die beiden Verbände für eine für alle Kassen geltende Gebührenordnung, die regelmäßig u.a. an "volkswirtschaftliche Daten einschließlich der Entwicklung der Einkommen der Arztgruppen in Rela-

5 Bei dem von den Gewerkschaften in die Diskussion eingebrachten Leistungskomplexhonorar sollten die zur Behandlung bestimmter Erkrankungen erforderlichen Leistungen jeweils zu Leistungskomplexen zusammengefaßt und die Honorare nach diesen Komplexen festgelegt werden (siehe Jahn u.a. 1971: 66).

tion zur Einkommensentwicklung vergleichbarer Berufe" anzupassen sei (ebd.: 47). Eine völlige Abkehr von der Einzelleistungshonorierung forderten die Orts- und Betriebskassen allerdings nicht. Solange die Ersatzkassen an dieser Honorierungsform festhielten, fürchteten die Ortskassen, daß ein Alleingang in dieser Frage ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber den Ersatzkassen beeinträchtigen würde (Interview). Ob bei einem anhaltenden Wirtschaftsaufschwung das Programm der beiden Kassenarten jemals politisch entscheidungsreif geworden wäre, mag dahingestellt bleiben. Zweifellos aber gewannen ihre Forderungen durch die sich in dieser Zeit vollziehenden Veränderungen in der makrowirtschaftlichen und makropolitischen Konstellation an politischer Aktualität. Die durch den Ölpreisschock ausgelöste bzw. verstärkte wirtschaftliche Krise verringerte den Spielraum der Kassen, Ausgabensteigerungen ohne eine Heraufsetzung der Beitragssätze zu finanzieren. Der Kanzlerwechsel im Mai 1974 symbolisierte die (schrittweise) Ablösung der Politik der "inneren Reformen" durch eine Politik des wirtschaftlichen Krisenmanagements. Die Regierungserklärung des neuen Bundeskanzlers Schmidt betonte die Grenzen der Umverteilung und die Notwendigkeit, im Interesse der Krisenbekämpfung die öffentlichen Ausgaben im Griff zu halten bzw. in den Griff zu bekommen. Zu diesem Zeitpunkt gab es aber keine konkreten Pläne seitens der Bundesregierung, in die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einzugreifen. Im Bund wurden die ersten in diese Richtung gehenden Überlegungen im zweiten Halbjahr 1974 angestellt (siehe Abschnitt 4).

Bezeichnend für die zunehmende politische Brisanz der Kostenentwicklung war die große Aufmerksamkeit, die eine im Oktober 1974 vom damaligen rheinland-pfälzischen Sozial- und Gesundheitsminister Geißler veröffentlichte Studie zu diesem Thema erregte. Die Studie sagte voraus, daß ohne gegensteuernde Maßnahmen der durchschnittliche Beitragssatz bis 1978 von 9,5 auf 13,1 Prozent steigen und sich die Gesamtausgaben der Kassen auf 100 Milliarden DM verdoppeln würden (vgl. Frankfurter Rundschau, 02.10.1974; Herder-Dorneich 1976: 42). Die Debatte über die Regulierung der ärztlichen Vergütung hatte vorher schon durch die Analysen Wollnys und vor allem eines Arbeitskreises der aus Sozialpolitikern und Akademikern zusammengesetzten Gesellschaft für sozialen Fortschritt (GSF) Antrieb erhalten (vgl. Die Ortskrankenkasse 1974: 557-560; Wollny 1974). Wollny errechnete eine Steigerung der Relation des durchschnittlichen Kassenarzthonorars zum Bruttosozialprodukt pro Kopf von 8,1 Anfang der 60er Jahre auf 11,8 im Jahre 1972 und zog die Schlußfolgerungen, daß der deutsche Kassenarzt 1971 "zum teuersten

Arzt der Welt geworden sein" dürfte und - mit Ausnahme der Zahnärzte - weit besser verdiene als Mitglieder aller vergleichbaren Berufsgruppen in der Bundesrepublik (Wollny 1974: 37/38, 41). Vor allem die Studie der GSF wurde in Verbändekreisen bzw. -zeitschriften intensiv diskutiert. Mitglieder des GSF-Arbeitskreises entwickelten die These der "doppelten Dynamisierung" der Ärzteneinkommen, die besagte, daß den Ärzten nicht nur (meistens an den Veränderungen der Grundlohnsumme orientierte) Preissteigerungen, sondern auch durch den technischen Fortschritt ermöglichte Mengensteigerungen zugute kamen. So hatten die Ärzte also zweimal am Produktivitätsfortschritt teil (vgl. Herder-Dorneich 1975: 121/122 und 1976: 72-74; Die Ortskrankenkasse 1974: 557-560). Gleichzeitig wurde eine Orientierungsregel für die ärztliche Vergütung entwickelt, bei deren Anwendung das Gesamteinkommen eines Arztes etwa im Gleichschritt mit dem durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen steigen würde (Herder-Dorneich 1976: 72).

4 Kostendämpfung durch "moral suasion": Die Regierungspolitik vor den Bundestagswahlen im Oktober 1976

Die sozialliberale Koalition war nun nicht mehr bereit, eine weitere Steigerung der Sozialversicherungsbeiträge ohne Gegenmaßnahmen zuzulassen. Ein erstes öffentliches Zeichen dafür war die Ankündigung des Bundesarbeitsministers Arendt von Januar 1975, daß für die Masse der Arbeitnehmer die "Grenze der Belastbarkeit" jetzt erreicht sei (zit. n. Der Spiegel, 5. Mai 1975). Diese Ankündigung ist vermutlich vor dem Hintergrund eines steilen Anstiegs der Krankenversicherungsbeiträge zu sehen, der die Ziele der Anfang 1975 in Kraft getretenen Steuerreform konterkarierte (ebd.; siehe Tabelle, S. 231). Im BMA wurden im zweiten Halbjahr 1974 die ersten Pläne zur Bekämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen entwickelt. Die Entscheidung Arendts, derartige Überlegungen anstellen zu lassen, erfolgte im Anschluß an eine Bonner Pressekonzferenz, in der die Leitung des Ministeriums das Sozialbudget vorstellte. Durch die Geißler-Studie (siehe Abschnitt 3) angespornt, hatten kritische Journalisten darauf beharrt, zu erfahren, was die Regierung gegen die steigenden Krankenversicherungsbeiträge zu tun beabsichtige. Sprecher des Ministeriums hatten zugeben müssen, daß die Regierung

keine Kostendämpfungspläne hatte. Daraufhin beschloß Arendt, daß "wir" in diesem Bereich "etwas tun müssen" (Interview).

Arendts Entscheidung paßte sehr gut in das Konzept der Unterabteilung Krankenversicherung des Ministeriums, in der sich seit der Gründung der sozialliberalen Koalition eine kleine Gruppe von Beamten um den Unterabteilungsleiter Holler um eine schrittweise Reform der Krankenversicherung bemühte. Diese Gruppe stand hinter den Gesetzesmaßnahmen, mit denen Anfang der 70er Jahre der Personenkreis und die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeweitet wurden. Sie war davon überzeugt, daß Geißlers Prognose im Hinblick auf die finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung zutraf, sie arbeitete darauf hin, eine zweistufige Reform der Krankenversicherung durchzusetzen. In einem ersten Schritt wollte sie Sofortmaßnahmen zur Kostendämpfung einführen; in einem zweiten zielte sie auf eine "Veränderung der Grundstrukturen des Systems" (Interview).

Vorerst griff die sozialliberale Koalition aber nicht zu gesetzlichen Maßnahmen, sondern richtete Selbstbeschränkungsappelle an die Krankenkassen und Leistungsanbieter. Arendt lud zunächst Vertreter der Kassen und der Kassenärzte zu Gesprächen zur Kostendämpfung in das BMA ein (vgl. Arendt in: Deutscher Bundestag, 176. Sitzung, 05.06.1975: 12279). Bei diesem Treffen boten die Kassenärzte der Regierung honorarpolitische Zurückhaltung unter der Voraussetzung an, daß sich auch andere Leistungsanbieter hierauf einließen (siehe Abschnitt 5). Dieser Zusammenkunft folgten Gesprächsrunden, bei denen die Bundesgesundheitsministerin Focke an die Kassen, Krankenhäuser und Bundesländer appellierte, auch im stationären Bereich die steigenden Kosten zu bremsen, während im Bundeswirtschaftsministerium "Eckwerte" für eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes ausgearbeitet wurden (Die Welt, 06.03.1975; Handelsblatt, 25.04.1975).

Die Einstellung der Bundesregierung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen konnten Bundesarbeitsminister Arendt und Bundesgesundheitsministerin Focke Mitte 1975 in einer Bundestagsdebatte darlegen, als der Entwurf des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes eingebracht wurde (siehe unten). Als zuständiger Minister für die Gesetzliche Krankenversicherung mahnte Arendt die Kassenärzte, bei den damals anstehenden Honorarverhandlungen eine "angemessene Zurückhaltung" zu zeigen. Die seit den letzten Bundestagswahlen eingeführten gesetzlichen Leistungsverbesserungen, so der Minister, hätten nur in "einem relativ geringen Umfang zum Beitragssatzanstieg beigetragen". Zwar wäre, aus vielfältigen Gründen, ein "langsam steigender

Beitragssatz offensichtlich unumgänglich", aber die Strukturen und Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen erwiesen sich "zunehmend als zu starr und unrationell", was zu einer "an sich vermeidbaren Verteuerung der Krankheitskosten" führen würde. Das Ziel, die Krankenversicherung "in die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung" besser einzupassen, ließe sich "ohne merkliche strukturelle Änderung im Krankenkassenwesen" nicht erreichen. In den Bereichen der Vergütung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie im Arzneimittelmarkt bestünden Aufgaben, die "offensichtlich von der Selbstverwaltung allein nicht gelöst werden können" (Deutscher Bundestag, 176. Sitzung, 05.06.1975: 12277-12278).

Die letzte Äußerung Arendts läßt sich nicht anders bewerten als eine kaum versteckte Drohung eines staatlichen Eingriffs in das kassenärztliche Vergütungsrecht. Die zeitliche Nähe der beiden Vorgänge läßt vermuten, daß sie den letzten Impuls zum Abschluß der Empfehlungsvereinbarung zwischen den Ärzten und den RVO-Kassen gegeben haben könnten, die im darauf folgenden Monat zustande kam (siehe Abschnitt 5). In bezug auf das übergreifende Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen, waren sich die Koalitionsparteien einig - auch die FDP betrachtete die erreichten Beitragssätze in der Krankenversicherung und in den anderen Zweigen der Sozialversicherung als "bereits an der oberen Grenze angelangt, die noch zumutbar ist"⁶. Allerdings bekannte sich der gesundheitspolitische (nicht aber der sozialpolitische) Sprecher der FDP - im Gegensatz zu den Sozialdemokraten - zur Vertragsfreiheit der Krankenkassen und Kassenärzte: "... ohne Wenn und Aber, ohne Honorarleitlinien"⁷.

Die Politik der Kostendämpfung durch "moral suasion" hatte zunächst wenig Erfolg. Trotz der ersten Empfehlungsvereinbarung zwischen den RVO-Kassen und den Kassenärzten rechnete der BdO Ende 1975 mit einer zweistelligen Steigerungsrate für die ambulante Behandlung im laufenden Jahr - eine Ausgabensteigerung, die deutlich über die hinaus ging, welche der BdO beim Zustandekommen der Vereinbarung erwartet hatte, und die auch dazu beitrug, daß Anfang 1976 die Beiträge wieder erheblich heraufgesetzt werden mußten (siehe Tabelle, S. 231). Nach Meinung der Ortskassen war von der Kostendämpfung, zu der die Einwilligung der Kassenärzte in eine lineare Gebührenerhöhung von 2,3

6 Mischnick zit. nach: Der Deutsche Arzt, Nr. 11, 1975: 18; siehe auch Schmidt-Kempfen in: Deutscher Bundestag, 176. Sitzung, 05.06.1975: 12315.

7 Spitzmüller in: Deutscher Bundestag, 176. Sitzung, 05.06.1975: 12335.

Prozent Hoffnung gegeben hatte, "nichts zu spüren. Was die Ärzte durch die Zurücknahme bei der linearen Erhöhung der Gebührensätze nachgegeben haben, das haben sie im vollem Umfange durch eine Ausweitung der Leistungen kompensiert" (Töns 1975a: 13). Angesichts der insgesamt anhaltenden Kostensteigerungen und der Tatsache, daß den Kostendämpfungsbemühungen der Kassen selber die "unausgewogenen Verhältnisse auf dem 'Gesundheitsmarkt'" entgegenstanden, richtete nun der BdO einen "dringenden Appell an den Gesetzgeber, wirksame Maßnahmen im Gesundheitswesen zu treffen". Er forderte die "Fixierung von Richtdaten, die den Anstieg der gesamten Leistungsausgaben am Wachstum der Löhne und Gehälter orientieren" sollten und - zur Ausschaltung der Kassenkonkurrenz - eine einheitliche Gebührenordnung ärztlicher Leistungen für alle Kassen (Die Ortskrankenkasse 1976: 7).

Den Kassen gegenüber verhielt sich die Regierung noch sehr zurückhaltend - das BMA etwa zog es vor, sich zu den einzelnen Forderungen der Ortskassen nicht zu äußern (Interview). Der Ernst, mit dem die Bundesregierung den anhaltenden Kostenanstieg dennoch betrachtete, läßt sich daran erkennen, daß zur gleichen Zeit als die Ortskassen sich an den Gesetzgeber wandten, der Bundeskanzler, die Arbeits-, Gesundheits-, Wirtschafts- und Finanzminister sowie die Sozialexperten der Regierungsfractionen zu einem mehrstündigen Gespräch zu diesem Thema zusammenkamen (vgl. Handelsblatt, 17.12.1975). Obwohl die Kostenentwicklung nicht mehr "durch Kurieren an Symptomen" zu bewältigen war, fiel in diesem Kreis die Entscheidung, daß vor den Bundestagswahlen im Oktober 1976 keine gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen eingeleitet werden sollten (ebd.; vgl. auch Forster 1975b). Ausschlaggebend für den Entschluß sollen zwei Gesichtspunkte gewesen sein: Die Versicherten hatten sich "bislang nicht als Gruppe und damit als politische Macht" artikuliert, und durch den Verzicht auf diese Maßnahmen würde sich die Regierung "den dann unausbleiblichen harten Widerstand der Ärzteschaft" ersparen (Forster 1975b).

Es war schließlich der sozialdemokratische Arbeitsminister Arendt, der sich für die Verschiebung einer Kostendämpfungsreform einsetzte. Teilnehmer an dem damaligen Willensbildungsprozeß innerhalb der Bundesregierung bestätigten, daß Arendt die Ärzte zu den "wichtigsten Multiplikatoren und Meinungsbildnern im Lande" rechnete und sich um das Image der SPD "in den Sprechzimmern der Mediziner" sorgte, wenn sie einen Streit mit den Ärzten provozieren würde (Forster 1975b; Interviews). Mit den Ärzten wollte er keinen offenen Streit haben. Gleichwohl war allen in der Regierung klar, daß *nach* den Bundestagswahlen

gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen unerlässlich seien. Freilich herrschte zu diesem Zeitpunkt kein Konsens in der Koalition zu der Frage, wie oder inwieweit das kassenärztliche Vergütungsrecht geändert werden müsste (Interview). Auf jeden Fall betrachtete die Bundesregierung den kassenärztlichen Honorarzuwachs des Jahres 1975 als "zu hoch". Sie hielt es daher für "unerlässlich, daß Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen durch ... Vereinbarungen eine Honorarentwicklung sicherstellen, die den gesamtwirtschaftlichen Realitäten und dem überproportionalen Einkommensanstieg der Kassenärzte im vergangenen Jahr Rechnung trägt"⁸.

Diese Stellungnahme glich einer politischen Vorgabe an die 'gemeinsame Selbstverwaltung', ihre schon getroffene Empfehlungsvereinbarung zu bekräftigen bzw. eine neue, wirksamere zu treffen. Die Empfehlungsvereinbarung, aber auch die krankenversicherungspolitische Diskussion unter den Parteien und Tarifparteien trugen dazu bei, daß die KBV im Jahre 1976 Selbstbeschränkungsabkommen sowohl mit den RVO-Kassen als auch mit den Ersatzkassen abschloß (siehe Abschnitte 5 und 6). Der Bundeskanzler begrüßte die zweite Empfehlungsvereinbarung mit den RVO-Kassen als einen "befristeten Beitrag zur Kostendämpfung", sprach aber davon, daß auf Dauer "differenzierte Lösungen" nötig wären (Frankfurter Allgemeine, 22.05.1976). Arbeitsminister Arendt stellte fest, daß die Kostendämpfungsbemühungen der Bundesregierung "erste Erfolge gezeitigt" hätten, und obwohl "noch nicht alle Probleme" gelöst werden konnten, "beachtliche Fortschritte" erreicht worden seien (Deutscher Bundestag, 243. Sitzung, 14.05.1976: 17197).

Vorerst blieb die Bundesregierung dabei, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht durch gesetzliche Eingriffe, sondern durch Appelle an die Selbstverwaltung - und das hieß im ambulanten Bereich an die Kassenärzte - zu regulieren. Zu dieser Strategie, die Kassenärzte unter "einen gewissen öffentlichen Druck" (Helmut Schmidt, in: Der Spiegel, Nr. 36, 1976: 31) zu setzen, gehörte freilich auch die Drohung, auf gesetzliche Maßnahmen zurückzugreifen, wenn die Ärzte nicht honarpolitische Selbstbeschränkung üben sollten. Das Bundesarbeitsministerium sagte den Kassenärzten "immer wieder: ... Machen Sie es nicht freiwillig, dann werden wir es gesetzlich machen müssen" (Interview). Mit der Empfehlungsvereinbarung wollte die KBV diese Gefahr bannen.

8 Buschfort, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, in Deutscher Bundestag, 212. Sitzung, 15.01.1976: 14710.

5 Die Empfehlungsvereinbarung 1975

Die Hinwendung der Kassenärzte zu einer Honorarpolitik der Selbstbeschränkung begann um die Jahreswende 1974/1975. Um diese Zeit schlug der Vorsitzende der KBV, mit der mehrheitlichen Rückendeckung der Landesvorsitzenden, eine finanzielle "Verschnaufpause" in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Gleichzeitig einigten sich die Kassenärzte und die Ersatzkassen über eine neue Gebührenordnung, die u.a. die Anreize zur Ausweitung der medizinisch-technischen Leistungen abbauen und dem "Abbau von Angriffsflächen und damit einer Festigung der gesamtärztlichen Position" dienen sollte (Deutsches Ärzteblatt 1975: 791/792).

Aus der Sicht der KBV-Führungsspitze war ein solcher "Abbau von Angriffsflächen" aus drei Gründen geboten. Einer davon war die Kostenentwicklung, die zu einem zunehmend umstrittenen und aktuellen politischen Thema geworden war (siehe Abschnitt 3). Der zweite Grund war die anhaltende gesundheitspolitische Diskussion, der die Kostenentwicklung zusätzlichen Antrieb verliehen hatte, und in der die KBV für die Kassenärzte gefährliche Tendenzen erblickte (ebd.). Für die KBV dürften die Debatten der Gewerkschaften und innerhalb der beiden Koalitionsparteien, aber auch, wenn sogar nicht vor allem, das Grundsatzpapier der Orts- und Betriebskrankenkassen vom April 1974 ausschlaggebend gewesen sein. Den Ärzten fiel auch auf, daß der linke Flügel der CDU einen ärzteunfreundlichen Kurs ansteuerte. Zu dieser Strömung war u.a. der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister Geißler zu rechnen⁹. Zudem hatte selbst der CDU-Vorsitzende Kohl von der Notwendigkeit gesprochen, die Gesetzliche Krankenversicherung kostensparender zu gestalten. Am politischen Horizont wurde die Gestalt einer "Großen Koalition" der Kostendämpfer erkennbar.

Der dritte Anlaß war die Tatsache, daß sich Bundestag und Bundesrat im Laufe des Jahres 1975 mit dem Entwurf eines neuen Krankenversicherungsgesetzes befassen würden. Der Regierungsentwurf beruhte auf Vorschlägen einer Sachverständigenkommission, die der Bundesarbeitsminister Anfang der 70er Jahre eingesetzt hatte. Die Vorschläge sollten vor allem eine Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner und Maßnahmen zum Abbau der kassenärztlichen Unterversorgung in ländlichen und in Stadtrandgebieten enthalten. An eine Änderung des kassen-

⁹ Vgl. Äußerungen des Präsidenten der Bundesärztekammer, Sewering, in: Der Deutsche Arzt, Nr. 7, 1975: 9.

ärztlichen Vergütungsrechts wurde nicht gedacht. "Was dabei am Ende der parlamentarischen Diskussion herauskommt", warnte aber der KBV-Vorsitzende, "weiß keiner; es ist wohl noch kein Gesetzentwurf ins Parlament gekommen, der nicht verändert worden wäre. In welchem Ausmaß dabei eine Veränderung des gesamten kassenärztlichen Systems möglich ist, ist vielen Ärzten nicht oder keineswegs ausreichend bewußt geworden. Unsere unverzichtbaren Grundpositionen ... stehen zur Diskussion" (Hans Wolf Muschallik in: Deutsches Ärzteblatt 1975: 792).

Zu diesen "unverzichtbaren Grundpositionen", die es durch honorarpolitische Zurückhaltung aufrechtzuerhalten galt, zählten explizit das Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertragsfreiheit "in einem gegliederten Krankenversicherungssystem" und die gemeinsame Selbstverwaltung (ebd.). Somit zielte die Strategie der KBV-Führung darauf, durch kurzfristige honorarpolitische Zugeständnisse, langfristige institutionelle Vorteile, die die Ärzte im jahrzehntelangen Kampf gegen Krankenkassen und Staat errungen hatten, über eine Phase der politischen Infragestellung des bestehenden Kassenarztrechts hinweg zu retten.

Eine Empfehlungsvereinbarung mit dem Ziel, den Anstieg der ambulanten Behandlungsausgaben zu bremsen, hatten die Kassen den Ärzten lange vor dem ersten Kostendämpfungsgespräch im Bundesarbeitsministerium vorgeschlagen. Bei einem ersten Treffen zwischen beiden Seiten wurden Zahlen nicht genannt. Die Kassenärzte machten ihre Bereitschaft, honorarpolitische Mäßigung zu üben, zunächst von der Bedingung abhängig, daß nicht nur sie, sondern alle, die im Gesundheitswesen Kosten verursachten, einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten sollten (ebd.). Der innerberuflichen bzw. innerverbandlichen Absicherung einer etwaigen Vereinbarung diente wahrscheinlich ein Treffen im März 1975 zwischen dem KBV-Vorsitzenden, dem Präsidenten der Bundesärztekammer und dem Gesamtvorstand des Hartmannbundes. Das war wahrscheinlich die erste Gelegenheit, bei der sich die Führer der ärztlichen Selbstverwaltung dem leitenden Gremium eines freien Ärzteverbandes gestellt hatten (vgl. Der Deutsche Arzt, Nr. 7, 1975: 9). Die Hinweise der Verbandszeitung des Hartmannbundes auf "Meinungsunterschiede in einigen Punkten", u.a. in der Frage der Honorierung von Laborleistungen, deuteten darauf hin, daß trotz der grundsätzlichen Bereitschaft der Führung des Hartmannbundes einen Beitrag der Kassenärzte zur Kostendämpfung zu leisten, die KBV nicht die uneingeschränkte Rückendeckung des größten freien Ärzteverbandes für ihre Strategie besaß (ebd.: 10). Unter anderem sträubte sich der Hartmannbund gegen eine Be-

schränkung der Vertragsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder (Der Deutsche Arzt, Nr. 4, 1975: 136).

Daß eine Empfehlungsvereinbarung zustande kam, obwohl andere Anbietergruppen sich noch nicht zur Zurückhaltung hatten verpflichten lassen, und obwohl die von der KBV-Führung eingeschlagene Politik "an der 'Basis' ... vielfach kaum auf Verständnis stoßen dürfte", läßt sich am plausibelsten durch den zunehmenden politischen Druck auf die ärztliche Selbstverwaltung erklären, der sich in der Bundestagsdebatte zur Einbringung des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes manifestiert hatte (Forster 1975a; siehe auch Abschnitt 4). In der kurz danach (im Juli 1975) zustande gekommenen Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der RVO-Kassen und der KBV wurde vorgeschlagen, daß zwar für das erste und zweite Halbjahr 1975 lineare Gebührenerhöhungen der kassenärztlichen Leistungen um 1,3 bzw. um 2,4 Prozent vorgenommen, aber die Gebühren für Laborleistungen im Jahre 1975 eingefroren und dann Anfang 1976 um 24 Prozent gesenkt werden sollten. "Was uns [bei der Steuerung der Leistungsmenge] Schwierigkeiten macht", hatten die kassenärztlichen Verhandlungsführer den Kassen gestanden, seien "die verdammten Laborleistungen" (Interview). Gleichzeitig mit der Senkung der Laborleistungen sollten einige ärztliche Grundleistungen, so z.B. Hausbesuche, höher bewertet werden (Die Ortskrankenkasse 1975: 584). Die Verhandlungspartner meinten, die gemeinsame Selbstverwaltung habe in "einer schwierigen Situation ... eine erneute Bewährungsprobe bestanden" und riefen die anderen Beteiligten in der Krankenversicherung dazu auf, "(sich) diesem stabilitätsbewußten Verhalten an(zu)schließen" (ebd.). Der Vorsitzende des Hartmannbundes wertete das Verhandlungsergebnis als "hart für die Ärzteschaft", aber "klug" und "systemerhaltend" (Der Deutsche Arzt, Nr. 17, 1975: 18). Diese Bemerkung zeigt, wie in der Führungsspitze des größten freien Verbandes erkannt wurde, daß bei den Honorarverhandlungen zwischen den RVO-Kassen und den Kassenärzten jetzt nicht nur (zuungunsten der Ersteren) die Ersatzkassen, sondern auch (zuungunsten der Kassenärzte) die Bundesregierung mit am Tisch saßen.

6 Die Empfehlungsvereinbarung 1976

Innerhalb weniger Monate galt die Empfehlungsvereinbarung, die nur die Preise, nicht aber die Menge der kassenärztlichen Leistungen zu

regeln versuchte, bei den Ortskrankenkassen als gescheitert. Sie riefen nach staatlichen Eingriffen. Nicht nur sie, sondern auch die anderen Spitzenverbände der Kassen sprachen sich für eine Neuregelung der kassenärztlichen Honorierung aus, die in dem dem Bundestag vorliegenden Gesetzentwurf zur Krankenversicherung festzulegen sei (Die Ersatzkasse 1975: 496/497). Die Bundesregierung entschied sich zwar vorerst gegen kostendämpfende gesetzliche Maßnahmen, erwartete aber von der Selbstverwaltung weitere freiwillige Kostendämpfungsbemühungen (siehe Abschnitt 4). Die Kassenärzte mußten befürchten, daß eine neugewählte sozialliberale Bundesregierung die kassenärztliche Vergütung doch noch neu - und zu ihrem Nachteil - regeln würde, wenn der Kostenanstieg bei der ambulanten Behandlung nicht wirksamer gebremst würde.

Beunruhigt wurde die KBV auch durch den Verlauf der gesundheitspolitischen Diskussion, von der sie vermutete, daß sie die Bundesregierung zum Handeln zwingen könnte. Der Vorschlag des DGB zur Einführung eines Leistungskomplexhonorars beispielsweise stand noch im politischen Raum. Spitzenpolitiker der FDP hatten schon im Sommer 1975 auf die dringende Notwendigkeit einer Bremsung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hingewiesen. Bei den konkreten Vorschlägen des einflußreichsten Sozialpolitikers der FDP, Schmidt-Kempton, standen zwar Kostenselbstbeteiligungen der Versicherten im Vordergrund; aber auch er und der Fraktionsvorsitzende Mischnick betonten, daß es bei der Kostendämpfung keine "Tabus" geben dürfe bzw. auch die Ärzte und andere Anbietergruppen ihren Beitrag leisten müßten (Süddeutsche Zeitung, 01.07.1975).

Auf dem im Oktober 1975 stattfindenden Parteitag der SPD war das Gesundheitswesen eines der Hauptthemen. "Nach heftigen Diskussionen" im Parteivorstand war ein Antrag, in dem einschneidende Maßnahmen gegen überhöhte Ärzte- und Apothekereinkommen gefordert worden waren, auf Drängen Helmut Schmidts und des Parteivorsitzenden Brandt abgeschwächt worden (Frankfurter Rundschau, 13.10.1975). In dem vom Parteitag angenommenen Antrag hieß es, daß der in der Vergangenheit "überhöhte Einkommenszuwachs" der Ärzte "allmählich ausgeglichen werden muß". Künftig sollten die Honorare auf Bundesebene ausgehandelt werden, wobei die Stellung der Krankenkassen bei den Verhandlungen zu stärken sei (Parlamentarischer-Politischer-Pressedienst, 10.10.1975). Der vom gleichen Parteitag beschlossene "ökonomisch-politische Orientierungsrahmen 1975-1985" enthielt ein Programm zur Reform des Gesundheitswesens, das keine konkreten Forderungen bezüglich der ärztlichen Vergütung enthielt, aber für ein "integriertes

System der medizinischen Versorgung" unter Mitwirkung der von den Kassenärzten abgelehnten "medizinisch-technischen Zentren" plädierte (SPD 1976: 81-86). Beunruhigt wurde die KBV ebenfalls von den im November 1975 bekanntgewordenen Vorschlägen der Gesundheitsminister der Bundesländer, u.a. von der Forderung nach der Einführung eines einheitlichen Maßstabes für ärztliche Leistungen und von der Entscheidung der Minister, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die die Möglichkeit einer Ablösung der Einzelleistungshonorierung durch eine pauschalisierte Gesamtvergütung überprüfen sollte (Muschallik 1976a: 25/26).

Diese Vorschläge nahmen einen breiten Raum in dem "Bericht zur Lage" ein, den der KBV-Vorsitzende Muschallik Ende 1975 der Vertreterversammlung vortrug. Das Überschreiten der Honorarzuwachsprognosen, von denen die Kassen nach der Empfehlungsvereinbarung ausgegangen waren, fand nach Muschallik "weitgehend normale Erklärungen" (ebd.: 29). Im Gegensatz zu den Kassen meinte die KBV, daß es "völlig unmöglich" sei, "zum jetzigen Zeitpunkt" ein Urteil über die Ausgabenentwicklung im laufenden Jahr zu fällen und dies um so mehr, als die vereinbarte Preissenkung für Laborleistungen erst Anfang 1976 in Kraft treten würde (ebd.: 29). Trotzdem sollten und müßten die Kassenärzte mit den Krankenkassen nach Wegen zur Kostendämpfung suchen. Wie notwendig ein solches Vorgehen geworden sei, fügte Muschallik hinzu, zeige die Tatsache, daß "sich der Bundeskanzler selbst veranlaßt sieht, in die Beratung ... einzuwirken. *Dies beleuchtet schlagartig den Ernst der Lage*" (ebd.: 30; siehe auch Abschnitt 4). Schließlich würde eine Ärzteschaft, die nicht dazu beitrüge, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen erfolgreich zu dämpfen, in die Gefahr geraten, "ihre Freiheit und ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit zu verlieren" (ebd.: 30).

Muschalliks Analyse zeigt deutlich, wie sehr der KBV-Vorsitzende die Kassenärzte in die politische Defensive gedrängt sah. Zunächst aber blockte die KBV die Forderungen der RVO-Kassen nach einer Nachbesserung der Empfehlungsvereinbarung ab. Nachdem die endgültigen Daten zur Kostenentwicklung im Jahre 1975 vorlagen (sie zeigten, daß die ambulanten Ausgaben weiterhin steil anstiegen), ließ sich die ablehnende Haltung viel schwerer halten, zumal aus der Sicht der Kassenärzte die politische Entwicklung immer bedrohlicher geworden war. Kurz nach dem Treffen der KBV-Vertreterversammlung hatten die Ortskassen ihren Appell nach gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen abgegeben (siehe Abschnitt 4). Der Appell setzte natürlich die Zustimmung der in der Selbstverwaltung paritätisch vertretenen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände voraus. Sein Zustandekommen hieß also, daß nicht nur die

RVO-Kassen als solche, sondern auch die Tarifparteien sich unter die Anhänger einer gesetzlichen Neuregelung der kassenärztlichen Vergütung eingereiht hatten.

Reformvorschläge des DGB, z.B. zur kassenärztlichen Honorierung, lagen längst vor (siehe Abschnitt 3). Das prinzipielle Engagement der Arbeitgeberverbände für eine Krankenversicherungsreform war sogar noch älteren Datums. Sie hatten zu den wenigen Interessenverbänden gezählt, die Blanks Reformbemühungen Anfang der 60er Jahre unterstützt hatten. Auch Ende der 60er Jahre hatte die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) die Kostensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung beanstandet und ihre "durchgreifende" Reform gefordert (vgl. Sozialer Fortschritt 1969: 22). Die Schwerpunkte der Reformvorschläge der Arbeitgeber lagen allerdings eindeutig bei der Kostenselbstbeteiligung und der Kostenerstattung (ebd.). Dem Memorandum der BDA von 1969 folgte allerdings 1973 ein neues gesundheitspolitisches Programm, das "angesichts der Kostenentwicklung ... eine Phase der Konsolidierung" in der Krankenversicherung befürwortete und den gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt und die allgemeine Einkommensentwicklung als Kriterien für die ärztliche Honorarentwicklung vorschlug (BDA 1973: 9, 17). Zum ersten Mal hatten sich die Arbeitgeber anscheinend für eine Einengung der Vertragsfreiheit der Selbstverwaltung ausgesprochen.

Die sich ab 1974 verschärfende Wirtschaftskrise und der zunehmende Druck der ausländischen Konkurrenz auf dem Welt- und Binnenmarkt ließen den Widerstand der Arbeitgeber gegen eine steigende Beitragslast wachsen. In einer Mitte 1975 veröffentlichten Denkschrift machte die BDA neue Vorschläge zur Eindämmung der gesamten Sozialausgaben. Die Forderung, daß die Honorarverhandlungen der Kassen und der Ärzte "mehr als bisher gesamtwirtschaftliche Kriterien und die besondere Situation der Krankenkassen" berücksichtigen sollten, wurde wiederholt, obwohl Eingriffe in das Kassenarztrecht nicht explizit befürwortet wurden, sondern "Absprachen" zwischen den Partnern des Kassenarztrechts auf Bundesebene (BDA 1975: 25).

Im Schatten der Wirtschaftskrise und der relativ stagnierenden wirtschaftlichen Entwicklung begann sich ein stärkeres *gemeinsames* Interesse der Tarifparteien an einer Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen herauszubilden. Je schneller in dieser Wirtschaftslage die Kosten (und Beiträge) stiegen, desto weniger waren die Tarifparteien in der Lage, die Realeinkommen der Arbeitnehmer bzw. der Unternehmen zu sichern. Oder umgekehrt: Je mehr es den Kassen gelang, die

Kosten in den Griff zu bekommen, desto größer war der Verteilungsspielraum in der Tarifpolitik (Interview). Ausdruck der Annäherung der Tarifparteien in Fragen der zumindest kurzfristigen Kostendämpfung waren sowohl der Appell der Ortskrankenkassen als auch die gleichzeitige Entscheidung der BDA und des DGB, eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung von Kostendämpfungsvorschlägen einzusetzen (vgl. Die Ortskrankenkasse 1976: 442).

Die Beratungen dieser Arbeitsgruppe mündeten im April 1976 in einer gemeinsamen Erklärung der "Sozialpartner" zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung. Die Erklärung sah die Beitragssatz-Stabilität als Ziel der Kostendämpfungspolitik an, die u.a. auch eine "der derzeitigen Konjunktursituation entsprechende Tarifpolitik" absichern sollte. Die Tarifparteien plädierten in allen Leistungsbereichen für eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik entsprechend dem im Dezember 1975 entwickelten Konzept des BdO (ebd.: 442; Schmidt 1975: 33). Im Bereich der ambulanten Behandlung machten sie keine konkreten Vorschläge über den Weg zu diesem Ziel. Statt dessen wurde an den Bundestag appelliert, im Entscheidungsverfahren über das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (siehe oben) den in der Erklärung enthaltenen Grundsätzen "Rechnung zu tragen und die Stellung der Krankenversicherung gegenüber ihren Vertragspartnern zu stärken" (Die Ortskrankenkasse 1976: 442).

Solange keine der Koalitionsparteien dieser Aufforderung nachkam, war das Kassenarztrecht nicht unmittelbar gefährdet. Die Bundesregierung hatte schließlich Ende 1975 entschieden, vor den kommenden Bundestagswahlen keine gesetzlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung zu ergreifen. Kurze Zeit nach dem Vorstoß der Ortskrankenkassen hatte allerdings der führende sozialdemokratische Sozialpolitiker Glombig - sicher nicht ohne Billigung der SPD-Führung - ein bis 1977 befristetes Kostendämpfungs-"Notgesetz" gefordert. Dieses sollte die Kassenausgaben für Arzt- und Zahnarthonorare - abgesehen von Ausgleichen für steigende Praxiskosten und den allgemeinen Kaufkraftverlust - auf dem Stand von 1975 *einfrieren* (Die Zeit, 30.01.1976). Die Vorstellungen Glombigs, der die Krankenversicherungspolitik der Sozialdemokraten maßgeblich prägte, stieß zunächst auf Ablehnung bei dem liberalen Koalitionspartner. Der FDP-Sozialpolitiker Schmidt-Kempton betonte, daß in Gesprächen mit den Liberalen weder die Kassenärzte noch andere maßgebliche Leistungsanbieter "der Einsicht verschlossen" seien, daß "Selbstbeschränkungen das Gebot der Stunde sind" (fdk Tagesdienst, Nr. 62, 23.01.1976). Deshalb ginge die FDP davon aus, daß "Selbstbe-

schränkungen aller Beteiligten im Rahmen unseres freiheitlichen Systems in den kommenden Monaten verwirklicht werden" (ebd.).

Aus der Stellungnahme Schmidt-Kemptens war herauszulesen, daß die FDP gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht länger widerstehen konnte bzw. würde, wenn die Leistungsanbieter die "Selbstbeschränkungen" nicht zeigen würden. Tatsächlich hatte er dem KBV-Vorsitzenden Muschallik mitgeteilt, daß es ein Gesetz geben würde, wenn die Kassenärzte mit den Kassen keine Empfehlungsvereinbarung abschließen (Interview). Da das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz noch im Bundestag beraten wurde, hätte das kassenärztliche Vergütungsrecht sogar durch eine Ergänzung des vorliegenden Entwurfes geändert werden können (siehe unten).

Unter dem Druck der oben geschilderten Entwicklungen gab die Führungsspitze der KBV ihre Ende 1975 noch abwartende Haltung bezüglich einer Fortsetzung der kassenärztlichen "Selbstbeschränkungspolitik" auf. Mit den Ersatzkassen beschlossen die Kassenärzte einen zumindest bis Ende 1976 laufenden Honorarstillstand. Die KBV hatte ursprünglich gehofft, daß sich die RVO-Kassen mit einer Vereinbarung zufrieden geben würden, die den Honorarzuwachs für die Laborleistungen begrenzte - die auch die KBV als "Treibsatz der Kostenentwicklung" anerkannte (Muschallik 1976b: 1353). Jetzt, als ihre Verhandlungen mit den Kassen eine "zunehmende Verhärtung" erfuhren, willigte sie in eine umfassende neue Empfehlungsvereinbarung mit den RVO-Kassen ein (Die Zeit, 09.04.1976). Ende April 1976 kam die zweite Vereinbarung zustande, die für das Jahr 1977 eine vierprozentige lineare Erhöhung der kassenärztlichen Gebühren und für die beiden Jahre 1976 und 1977 eine Steigerung der Gesamtvergütung um jeweils acht Prozent vorsah und besondere Schritte der Begrenzung des Anstiegs der Laborleistungen beinhaltete (Deutsches Ärzteblatt 1976: 1274-1275).¹⁰ Im Gegensatz zur ersten Empfehlungsvereinbarung wurde die Gesamtvergütung durch die zweite gedeckelt. Sollte die Gesamtvergütung die vereinbarte Zielgröße bei den geltenden Gebühren übersteigen, so würden die Letzteren - d.h. die sogenannte "Auszahlungsquote" - tatsächlich gesenkt werden, damit die vereinbarte Gesamtvergütung nicht überschritten würde.

10 Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, der Muschallik vorstand, hatte sogar vorgeschlagen, daß die Gebühren eingefroren werden sollten. Dieser Vorstoß scheiterte aber "am Widerspruch mehrerer" anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Muschallik 1976c: 2540).

Wie sehr "gesamtpolitische" Überlegungen die Selbstbeschränkungs- politik der KBV-Spitze geleitet hatten, zeigt Muschalliks Verteidigung der neuen Empfehlungsvereinbarung auf der KBV-Votreterversammlung (Muschallik 1976b: 1349-1354). Darin verwies er auf das Drängen der politischen Parteien und Sozialpartner, in dem den Mitgliedern des Arbeits- und Sozialausschusses des Bundestags vorliegenden Gesetzentwurf "verbindliche Orientierungsdaten für die zukünftige Honorierung der kassenärztlichen Tätigkeit einzufügen" (ebd.: 1354). Angesichts dieser Konstellation müßten die Kassenärzte bestrebt sein, nachzuweisen, daß "das geltende Kassenarztrecht hinreichende Grundlagen bietet, alle wirksamen Lösungen zur Dämpfung des Kostenanstiegs auch ohne gesetzgeberischen Eingriff durch die gemeinsame Selbstverwaltung zu finden" (ebd.: 1354). Käme es zu keiner Vereinbarung mit den Kassen, wäre bestenfalls damit zu rechnen, daß die Verabschiedung des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes (das das Sicherstellungsmonopol der Kassenärzte bestätigte und von der KBV bejaht wurde) in die nächste Legislaturperiode ("mit allen darin liegenden Imponderabilien") verschoben würde und schlimmstenfalls schon vor den Bundestagswahlen "durch einige wenige Änderungen zum Beispiel im § 368f RVO [der die kassenärztliche Vergütung regelt] schwerwiegende Eingriffe in die Selbstverwaltung vorgenommen werden". Eine solche Entwicklung, befand Muschallik, konnten die Kassenärzte dann "mit überzeugenden Argumenten" kaum noch aufhalten. Er betrachtete das Zustandekommen der Empfehlungsvereinbarung als "eine - vielleicht die letzte - Möglichkeit, den jetzt bestehenden Handlungsspielraum dieser Selbstverwaltung zu erhalten" (ebd.: 1354).

7 Meinungsbildung und Meinungsgegensätze innerhalb der Kassenärzteschaft

Das Zustandekommen der zweiten Empfehlungsvereinbarung stellte in der Tat sicher, daß vor den Bundestagswahlen Ende 1976 keine gesetzliche Neuregelung der kassenärztlichen Vergütung vorgenommen wurde. Ob, wie an einer Stelle berichtet (Forster 1977), die Selbstbeschränkungsbereitschaft der Kassenärzte durch eine ausdrückliche (sich auch auf die nächste Legislaturperiode beziehende) Zusicherung des Bundesarbeitsministers, daß beim Zustandekommen einer Empfehlungsvereinbarung die Regierung auf eine gesetzliche Verschärfung des kassenärztli-

chen Vergütungsrechts verzichten würde, erkaufte wurde, ist zu bezweifeln (Interview). Ebenfalls ist nicht sicher, ob den "scharfen Richtungskämpfen", die die Vereinbarung innerhalb der organisierten Ärzteschaft auslöste, große Bedeutung bei der Entscheidung der sozialliberalen Koalition, das kassenärztliche Vergütungsrecht neu zu regeln, zuzumessen ist (vgl. Forster 1977). Das Echo auf die Vereinbarung unter den Ärzteverbänden stärkte Ministerialbürokratie und Koalitionspolitiker aber in der schon vorhandenen Überzeugung, daß bei der Kostendämpfung auf die Selbststeuerungskapazität der Selbstverwaltung kein Verlaß sei. Jedenfalls schwächte es die Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft der Standesvertreter, als nach den Bundestagswahlen die Auseinandersetzung um das Kostendämpfungsgesetz ausbrach. Der Koalition wurde die Aufgabe, ihren Eingriff in das kassenärztliche Vergütungsrecht politisch zu legitimieren, sehr erleichtert. Darum befaßt sich dieser Abschnitt mit der Debatte innerhalb der Kassenärzteschaft um die Empfehlungsvereinbarung bzw. ihre eventuelle Verlängerung.

Auf der KBV-Vertreterversammlung war die Entscheidung, die Empfehlungsvereinbarung anzunehmen, gegen eine starke Minderheit gefallen: 62 Delegierte stimmten für, mehr als ein Viertel (26) gegen die Vereinbarung. Die Diskussion soll "teilweise äußerst kontrovers" verlaufen sein (Der Deutsche Arzt, Nr. 9, 1976: 12). Die Gegner sahen in der Vereinbarung das "Ende der Einzelleistungshonorierung", einen "Schritt zurück ins Jahr 1931" (siehe Abschnitt 1) oder eine "einseitige Übernahme des Morbiditätsrisikos" (Deutsches Ärzteblatt 1976: 1348). Offenbar stimmten manche Vertreter der Vereinbarung nur aus der Einsicht und unter der Bedingung zu, daß man sich "der politischen Realität letzten Endes nicht widersetzen" könnte und daß sie als eine "einmalige, außergewöhnliche und zeitlich befristete Maßnahme" anzusehen sei (ebd.: 1348). Auch wenn die zweite Vereinbarung besser greifen sollte als die erste, war längst nicht abgemacht, daß die Kassenärzte über das Jahr 1977 hinaus bereit sein würden, honorarpolitische Selbstbeschränkung zu üben.

Der größte freie Verband, der Hartmannbund, hatte im voraus "Sparmaßnahmen bei allen Beteiligten" in der Krankenversicherung befürwortet, seine Zustimmung zu einer Empfehlungsvereinbarung allerdings von drei "Essentials" - der Aufrechterhaltung der Einzelleistungshonorierung und der Vertragsfreiheit sowie der Ablehnung einer "Einfrierung" der Honorare - abhängig gemacht (Der Deutsche Arzt, Nr. 8, 1976: 8/9). Um klarzustellen, daß die Vereinbarung keine Rückkehr zur Pauschalvergütung bedeutete, hatte die Vertreterversammlung beschlossen, daß eine Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Kassenärzte grundsätzlich

abgelehnt, "mit Rücksicht auf die unsichere gesamtwirtschaftliche Situation jedoch" der Empfehlungsvereinbarung "ausnahmsweise" zugestimmt werden sollte (ebd., Nr. 9, 1976: 12). Nach Veröffentlichungen des Hartmannbundes hatte die Versammlung somit den drei "Essentials" der Verbandsspitze Rechnung getragen. Dies verhinderte aber nicht, daß mindestens drei Landesverbände des Hartmannbundes, einschließlich des bayrischen (der sie "mit Bestürzung" zur Kenntnis nahm), eine eher ablehnende Haltung zu der Vereinbarung einnahmen (ebd.: 12). Der Gesamtvorstand des Hartmannbundes ging davon aus, daß es sich bei der Vereinbarung um "eine Ausnahmeregelung" handelte, die "am Grundsatz einer angemessenen Vergütung der erbrachten ärztlichen Leistungen und an der Vertragshoheit der Partner auf Landesebene nichts ändert" und beschloß, daß Begrenzungen der Gesamtvergütung über das Jahr 1977 hinaus "nicht mehr verantwortet werden können" (ebd., Nr. 10, 1976: 6).

In welchem übergreifenden Zusammenhang der Streit um die Kostendämpfung in Teilen des Hartmannbundes gesehen wurde, zeigt die Darstellung eines Landesvorsitzenden, der ihn als Bestandteil einer "epochalen Auseinandersetzung" um die "zukünftige gesellschaftliche Entwicklung" Europas und die Empfehlungsvereinbarung als das Werk u.a. von "Langzeitstrategen" einordnete, die seit dem gescheiterten Revolutionsversuch in Portugal sozialistische Ziele auf Umwegen über demokratische Parteien und Regierungskoalitionen durchzusetzen versuchten (Weinhold 1976: 24). Es lag auf der Hand, daß Strömungen innerhalb der Ärzteschaft, die die Kostendämpfungspolitik als Ausdruck revolutionärer Bestrebungen betrachteten, sich mit der (von ihnen so wahrgenommenen) "Erfüllungspolitik" der KBV-Führung nicht abfinden konnten und sie bekämpften.¹¹

Die KBV versuchte, die freien Verbände von ihrer ablehnenden Haltung gegenüber ihrer Selbstbeschränkungspolitik abzubringen (Interview). Ihre Bemühungen waren allerdings nur beschränkt erfolgreich. Muschallik beklagte, daß, was "alles von manchen ärztlichen Interessenvertretern zur Empfehlungsvereinbarung und zu unserem Honorarwachstum öffentlich dargeboten wird", beweise, daß es "manchem von uns schwerfällt, die Problematik einer auch für die Zukunft gesicherten Finanzierung aller Zweige der Sozialversicherung richtig zu erfassen"

11 Es waren vermutlich solche Stellungnahmen, die Muschallik zu der Bemerkung veranlaßten, "Geradezu visionäre Voraussagen über eine mit der Empfehlungsvereinbarung verbundene Weichenstellung in Richtung einer Verstaatlichung der Kassenärzte" seien wenig hilfreich (Muschallik 1976c: 2540).

(Muschallik 1976c: 2539). Ein Indiz für die Heftigkeit des Widerstands mancher Ärzte und Kassenärztlicher Vereinigungen gegen die Vereinbarung ist der Hinweis des KBV-Vorsitzenden auf die Kritik, die nicht "vor böswilliger Unterstellung und höchstpersönlicher Diffamierung" haltgemacht habe (ebd.: 2540).

Auf der kassenärztlichen Seite oblag die Umsetzung der *Empfehlungsvereinbarung* den (18 regionalen und - formell gesehen - autonomen) Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch manche von ihnen standen der Vereinbarung ablehnend gegenüber. Die Durchsetzung der Vereinbarung durch die KBV erwies sich als "sehr schwierig". Den Kassenärztlichen Vereinigungen müßte klar gemacht werden, daß die Vereinbarung notwendig sei, um "Schlimmeres zu verhüten" und den Kassen, bei denen die KBV den Ruf nach gesetzlichen Regelungen nicht noch lauter werden lassen wollte, größere Kalkulierbarkeit bei der Ausgabenentwicklung zu geben (Interview). Bis November hatten sich 14 der Kassenärztlichen Vereinigungen der Empfehlung angeschlossen. Dagegen hatten sich die vier Vereinigungen im Land Baden-Württemberg für freie Verhandlungen entschieden und den Kassen das Angebot gemacht, auf Gebührenerhöhungen zu verzichten, wenn die Kassen nicht auf einer Mengenbegrenzung bestünden (Der Deutsche Arzt, Nr. 22, 1976: 7).

Die Übernahme der Empfehlungsvereinbarung durch die große Mehrheit der Kassenärztlichen Vereinigungen sagte nichts über deren Bereitschaft aus, auch nach 1977 weiterhin honorarpolitische Selbstbeschränkung zu üben. Auf seiner Jahresversammlung im Dezember 1976 (kurz vor der Bekanntgabe der neuen Regierungserklärung) bestätigte der Hartmannbund die Position des Vorstandes, die Empfehlungsvereinbarung sei als "Ausnahmeregelung" zu betrachten (vgl. ebd., Nr. 1, 1977: 23 und Nr. 24, 1976: 12, 27). Der Hartmannbund war also dagegen, daß die Vereinbarung verlängert bzw. erneuert wurde. Die Haltung des Hartmannbundes wurde im BMA aufmerksam registriert (Interview). Die generell ablehnende Haltung der freien Verbände zu einer honorarpolitischen Selbstbeschränkung zu dieser Zeit dürfte durch die Wahlen zu den Vertreterversammlungen und Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV Anfang 1977 verstärkt worden sein: Nach Meinung eines Beteiligten beeinflussten die Wahltermine "mit Sicherheit" die Stellung, die die freien Verbände bezüglich der Empfehlungsvereinbarung einnahmen (Interview). Die Führer der freien Verbände erwarteten wohl nicht, daß die kassenärztliche Basis Selbstopferbereitschaft honorieren würde. Auch der KBV-Vorsitzende Muschallik betonte, daß die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - der er vorstand - nach

Auslaufen der Empfehlungsvereinbarung für eine Rückkehr zur völligen Vertragsfreiheit eintreten würde (Muschallik 1976c: 2580). Zu einem Zeitpunkt, zu dem er über die gesetzlichen Kostendämpfungspläne der Koalition informiert gewesen sein mußte, erklärte er, die Frage über die zukünftige Honorarstrategie der Kassenärzte sei "erheblich zu früh gestellt" (Der Deutsche Arzt, Nr. 1, 1977: 29).

8 Kostendämpfungsgesetz: Konzipierung

Die Kritik der Selbstbeschränkungspolitik der KBV in der Kassenärzteschaft wurde von der Koalition nach außen als Anlaß zum politischen Handeln dargestellt. In der zuständigen Fachabteilung des BMA war man allerdings von vornherein entschlossen, sich von der Selbstopferbereitschaft der Kassenärzte nicht beeindruckt zu lassen. Man war zuversichtlich, daß die Kostendämpfungsbemühungen auf der Ebene der Selbstverwaltung den Reformzug nicht aufhalten würden (Interview).

Schon beim Kanzler-Treffen war sich die Koalition grundsätzlich darin einig geworden, daß sie nach den Bundestagswahlen gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen ergreifen mußte. Über die Vorgehensweise war kein Konsens erreicht worden. Die Entscheidung, vor den Wahlen keine gesetzlichen Schritte zu unternehmen, war vorwiegend auf die Einstellung Arendts zurückzuführen, der dem Kostendämpfungsthema möglichst ausweichen wollte (Interview; siehe auch Abschnitt 4). Bundeskanzler Schmidt und die Sozialpolitiker der SPD-Bundestagsfraktion waren aus teilweise unterschiedlichen Motiven wesentlich reformfreudiger. Schmidt ging es um die Bewältigung der Wirtschaftskrise. Die steigenden Sozialausgaben störten seine Bemühungen, die Auswirkungen der internationalen Krise auf die bundesdeutsche Wirtschaft aufzufangen bzw. zu mildern (Interview). Er machte sich Sorgen um die Auswirkung der steigenden Lohnnebenkosten auf die internationale Konkurrenzfähigkeit der deutschen Unternehmen¹². Den sozialdemokratischen Sozialpolitikern war es eher ein Gebot der Verteilungsgerechtigkeit, daß die Einkommen der Kassenärzte nicht schneller steigen sollten als die der beitragszahlenden Arbeitnehmer. Sie hatten zwar kein Vertrauen mehr in die Kostendämpfungskapazität der Selbstverwaltung, aber sie konnten

12 Siehe einen Bericht über seine Rede auf dem Krankenkassentag, in: Der Deutsche Arzt, Nr. 13/14, 1977: 52.

gegen die Bedenken Arendts vorerst nichts ausrichten, denn der Arbeitsminister hatte eine sehr starke politische Stellung in der SPD (Interview). Arendts vorläufiger Verzicht auf gesetzliche Eingriffe dürfte der FDP entgegengekommen sein. Unmittelbar vor den Bundestagswahlen konnte sie kaum daran interessiert sein, Maßnahmen zum Nachteil ihrer freiberuflichen Klientel im Gesundheitswesen zu treffen (vgl. Forster 1975b).

Die Zeit bis zu den Bundestagswahlen nutzte die Unterabteilung Krankenversicherung im BMA dazu, das Kostendämpfungskonzept weiterzuentwickeln, das Arendt schon beim Kanzler-Treffen 1975 in petto hatte, aber nicht vorlegte. Ihr Auftraggeber war eher das Bundeskanzleramt als der eigene Minister. In der Zwischenzeit wuchs aber mit dem Reformdruck auch die Bereitschaft Arendts, gesetzliche Maßnahmen zur Kostendämpfung einzuleiten. Im Laufe des Wahlkampfes gelangte er zur Überzeugung, daß die Zeit für eine Krankenversicherungsreform jetzt reif sei. Der Arbeitsminister war eher bereit, an eine Reform des Gesundheitswesens als an eine Rentenreform zu denken. Der Wille zur Krankenversicherungsreform dürfte durch die "Rentenkrise", die ihren Höhepunkt nach den Wahlen hatte, gestärkt worden sein. Nachdem beschlossen worden war, die bisherigen "Überzahlungen" der Rentenversicherungsträger an die Krankenkassen für die Krankenversicherung der Rentner abzubauen, war es für die Koalition unumgänglich, den Kostenanstieg in der Krankenversicherung zu bremsen, wenn sie einen sprunghaften Beitragsanstieg verhindern wollte. Aber auch ohne die Rentenkrise und den zusätzlichen Handlungsbedarf, den ihre politische Verarbeitung bei der Krankenversicherung entstehen ließ, hätte es nach der Wiederwahl der sozialliberalen Koalition ein Kostendämpfungsgesetz gegeben (Interviews).

Nach den Wahlen wurde das Kostendämpfungskonzept der Unterabteilung Krankenversicherung in die neuen Koalitionsverhandlungen eingebracht. Die Abstimmung zwischen den Spitzen der Koalitionsparteien im Hinblick auf die Grundrisse des Konzepts verlief relativ reibungslos.¹³ Das Einverständnis war allerdings kein Beweis dafür, daß die FDP auf die Kostendämpfungslinie der Sozialdemokraten eingeschwenkt war.

13 Als es später zu Verhandlungen zwischen den sozialpolitischen Experten der Koalitionsparteien und des BMA über die konkreten Bestimmungen eines Kostendämpfungsgesetzes kam, hatten SPD und FDP aber "erhebliche Probleme" miteinander gehabt. Bundesarbeitsminister Ehrenberg und die SPD versuchten, "erheblich andere", dirigistischere Vorstellungen gegen die FDP durchzusetzen, als die, die schließlich beschlossen wurden (Interview).

Das Konzept des Arbeitsministeriums war von vornherein auf einen Koalitionskompromiß, auf das "Machbare" angelegt (Interview). Im Hinblick auf das kassenärztliche Vergütungsrecht hieß dies, daß man sich keine Gedanken über eine völlig neue Honorierungsform (etwa das von den Gewerkschaften vorgeschlagene Leistungskomplexhonorar) gemacht hatte. Für langfristige Strukturreformen, die die Interessen der Leistungsanbieter schwer beeinträchtigt hätten, war die FDP nicht zu gewinnen. "In beschränktem Umfange" - je nach Standort und Funktion in der Partei in unterschiedlichem Maße - waren die Liberalen aber doch bereit, sich auf Maßnahmen einzulassen, die Opfer von den Anbietern forderten. Dies galt u.a. für eine Begrenzung des kassenärztlichen Honorarzuwachses. Auch in der FDP erkannte man, daß die "Bäume der Ärzte nicht in den Himmel" wachsen dürften (Interview).

Ein gutes Bild über den gesundheitspolitischen Standort der FDP lieferten die Debatte und die Beschlüsse über ein gesundheitspolitisches Programm auf dem kurz nach den Bundestagswahlen veranstalteten Parteitag. Der Parteitag beschloß, die Verhandlungsposition der Kassen gegenüber den Kassenärzten durch "Honorarempfehlungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung zu stärken" (FDP 1976a: 25). Maßstab für die Empfehlungen sollten "auch die gesamtwirtschaftlichen Daten" sein. Regionale und strukturelle Besonderheiten sollten dadurch berücksichtigt werden können, daß die Empfehlungen einen Rahmen "mit oberen und unteren Prozentwerten" vorgaben (ebd.: 25). Dieser Bestandteil des Programms war unumstritten - kein Teilnehmer der Parteitagdebatte stellte ihn in Frage. Nicht nur die Jungdemokraten und profilierte Linksliberale hießen Beschränkungen von Anbietermacht gut, sondern auch der sozialpolitische Sprecher der Bundestagsfraktion und Vorsitzende des Bundesfachausschusses für Sozial-, Familien- und Gesundheitspolitik, Schmidt-Kempton, unterstrich, daß sich Ärzte und Zahnärzte "ihrer großen Verantwortung stärker bewußt werden und sich in vielen Bereichen mehr Mäßigung auferlegen" müßten, ohne allerdings eine gesetzliche Neuregelung der ärztlichen Vergütung ausdrücklich zu fordern (FDP 1976b: 504). Schmidt-Kempton rechtfertigte die in dem Programm enthaltenen Vorschläge mit dem Argument, daß anhaltende, ungebremste Kostensteigerungen die Kräfte stärken würden, die das Gesundheitswesen verstaatlichen wollten: "Wenn wir heute nicht eine Alternative verabschieden und uns in den nächsten vier Jahren nicht in diesem Sinne gesetzlich durchsetzen, werden wir in vier Jahren vor Alternativen stehen, die nicht liberal sein können" (Schmidt-Kempton 1976: 12).

Entschiedener trat der "Wirtschaftsflügel" der FDP um den damaligen wirtschaftspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktion, Graf Lambsdorff, für Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen ein. Sein Ziel war es, im Interesse der Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen, den Anstieg der Lohnnebenkosten zu verringern. Hinter der Stellungnahme zum Entwurf des gesundheitspolitischen Programms, die von einem Arbeitskreis des Kreisverbands, dem Lambsdorff angehörte, abgegeben wurde (FDP Kreisverband Euskirchen 1976), war die Handschrift Lambsdorffs zu vermuten. Darin hieß es, daß "Maßhalteappelle allein" die Kostenexplosion nicht mehr bremsen würden. Wenn "wirkungsvolle Maßnahmen kurzfristig" den Kostenanstieg nicht bremsen würden, geriete das Gesundheitssystem in "ernste Gefahr, wenn nicht sogar vollends aus der Kontrolle" (ebd.: 1). Dazu gehörte u.a. auch die Begrenzung der Honorar- und Preiserhöhungen nach der Jahresgrundlohnsumme (ebd.: 8). Zwar wurde in dem Papier die Einführung der Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten "leichtfertiger selbstverschuldeter Erkrankungen" (ebd.) gefordert, der Parteitag ging aber nicht weiter, als Modellversuche mit Wahlтарifen (ähnlich der privaten Krankenversicherungen) - allerdings gegen erheblichen Widerstand - vorzuschlagen (vgl. FDP 1976a: 25). Insgesamt war das Programm sozialliberal ausgerichtet und zeigte, daß in der kurzfristigen Kostendämpfungspolitik die beiden Koalitionsparteien nicht sehr weit auseinander lagen.

Die Zustimmung der FDP zum geplanten Kostendämpfungsgesetz wurde vermutlich dadurch erleichtert, daß die Durchführung von Modellversuchen mit Wahlтарifen und die Anhebung einiger Kostenselbstbeteiligungen (so z.B. für Arzneimittel und Zahnersatz) vorgesehen wurden - Maßnahmen, die die Liberalen als Erfolg ihrer Bemühungen darstellen konnten (vgl. Schmidt-Kempen, in: Deutscher Bundestag, 26. Sitzung, 12.05.1977: 1872). Erleichtert wurde die Einigung der Koalitionspartner ebenfalls dadurch, daß die Verhandlungen über die Kostendämpfungsmaßnahmen auf der obersten Ebene stattfanden, und die FDP-Spitze (Parteivorsitzender Genscher und Fraktionsvorsitzender Mischnick) den führenden Sozialexperten der Fraktion, Schmidt-Kempen, in dieser Frage zunächst übergingen.¹⁴ Unter den liberalen Sozialpolitikern stand

14 Bei einer gemeinsamen Sitzung der Bundestagsfraktion und des Bundesvorstands der FDP wurde anschließend Kritik an der "Verfahrensweise der Koalitionsverhandlungen" geübt und behauptet, die Fraktion sei zu wenig an der Erarbeitung und Beratung der Koalitionsvereinbarung beteiligt gewesen (Protokoll der gemeinsamen Sitzung von Bundesvorstand und Bundestagsfraktion des VII. und VIII. Deutschen Bundestags, 13.12.1976 in: Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen 4068).

Schmidt-Kempen den Leistungsanbietern am nächsten und was damit zusammenhängen dürfte, gesetzlichen Eingriffen skeptischer gegenüber als die Parteiführung. Gemäß den Vorstellungen, die er bzw. sein Kreisverband im Rahmen der programmatischen Debatte in der FDP entwickelt hatte, unterstützte auch Lamsdorff die Kostendämpfungspläne (Interviews).

In den kassenarztrechtlichen Bestimmungen des geplanten Kostendämpfungsgesetzes konnte sich die FDP genauso wiederfinden wie in den Vorschlägen zur Selbstbeteiligung. In seiner Regierungserklärung kündigte Bundeskanzler Schmidt an, daß nach den Absichten der Koalition die Spitzenverbände der Krankenkassen, einschließlich der Ersatzkassen, gemeinsam mit den Bundesvereinigungen der Kassenärzte (bzw. -zahnärzte) eine Empfehlung zur ärztlichen Vergütung abgeben würden, wonach sich die Arzthonorare an der "gesamtwirtschaftlichen Entwicklung" orientieren müßten (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 1977: 77-79). Innerhalb dieses Rahmens bliebe die Vereinbarung der Honorare aber eine Aufgabe der Selbstverwaltung (ebd.: 77). Diese Vorschläge wurden in dem im Januar 1977 fertiggestellten Referententwurf des BMA konkretisiert, in dem es hieß, bei den Verhandlungen über die Gesamtvergütung sollten künftig volkswirtschaftliche Kriterien berücksichtigt werden. Als Kriterien wurden ausdrücklich die "Entwicklung des durchschnittlichen Bruttoarbeitseinkommens, die Grundlohnsumme der einzelnen Kassen, die Einkommen vergleichbarer Berufsgruppen, die Praxiskosten, die Arbeitszeit der Ärzte" erwähnt (BMA 1977).

Nach Meinung eines beteiligten FDP-Politikers entsprachen diese Vorschläge eher den Forderungen der FDP als denen der Sozialdemokraten (Interview). Die Kassen und Kassenärzte sollten zwar weiterhin die Honorare aushandeln, aber innerhalb eines vom Staat vorgegebenen Rahmens. Zur Absicherung der Durchsetzbarkeit der vorgesehenen Bestimmungen war auch von Bedeutung, daß die verschiedenen Kassenarten die ärztlichen Leistungen "DM-mäßig" immer noch unterschiedlich honorieren durften, obwohl sie sich über eine *gemeinsame* Empfehlung einigen und dazu noch einen *einheitlichen* Bewertungsmaßstab vereinbaren mußten. Die Kassenkonkurrenz wurde also nicht ausgeschaltet und die Kassenärzte verfügten immer noch über Möglichkeiten, die RVO-Kassen gegen die finanziell besser ausgestatteten Ersatzkassen auszuspielen. Sowohl die Kassenärzte und die Ersatzkassen als auch die FDP legten immer großen Wert darauf, die "gegliederte" Krankenversicherung nicht zu beeinträchtigen. So glücklich die Ortskassen über die Orientierung des Honorarzuwachses an der Grundlohnsumme waren, so ent-

täuscht waren sie, daß die Ersatzkassen in die Honorarpolitik der RVO-Kassen nicht völlig eingebunden werden sollten (Interview).

Für die Standesvertretung der Kassenärzte schien dies allerdings nur ein begrenzter Trost zu sein. Der KBV-Vorsitzende Muschallik befand, daß "den erfolgreichen Bemühungen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Erreichung der Kostenstabilität ... nachträglich ein Fußtritt versetzt" würde, wenn die Empfehlungsvereinbarung als "Begründung dafür dienen soll", die Entwicklung der Gesamtvergütung gesetzlich festzuschreiben (Deutsches Ärzteblatt 1977: 337, 340). In einem Brief an Schmidt kündigte er den "erbitterten Widerstand" der Kassenärzte gegen den Gesetzesentwurf an (ebd.: 340).

9 Kostendämpfungsgesetz: Durchsetzung

9.1 Die vorparlamentarische Phase

Schon in einem früheren Brief an Schmidt hatte Muschallik gedroht, daß die Kassenärzte ihre Kassenzulassung (und damit ihre Mitgliedschaft in den öffentlich-rechtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen) zurückgeben und sich gewerkschaftlich organisieren könnten, falls die Bundesregierung an ihren im Dezember 1976 bekanntgewordenen Plänen festhalte.¹⁵ Die Vorschläge zur kassenärztlichen Vergütung und zur Teilnahme der Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung würden, so Muschallik, den "hohe(n) Leistungsstand" in der ambulanten Versorgung und "die Existenz des freiberuflich niedergelassenen Arztes" gefährden (vgl. Text des Briefes in: Die Welt, 14.01.1977). Muschallik selbst wies Gerüchte zurück, wonach die Kassenärzte einen Streik planten, sagte aber, daß sie "ernste Maßnahmen" ergreifen würden. Zunächst müßte man "im Gespräch vom Arzt zum Patienten" die Versicherten gegen das vorgesehene Gesetz mobilisieren (General-Anzeiger, 27.01.1977).

Die freien Ärzteverbände waren weniger zurückhaltend. Mitte Januar bildeten sieben von ihnen einen (in der Presse so genannten) "Krisen-

15 Die Kostendämpfungspläne der Bundesregierung wurden in einem Brief, den der parlamentarische Staatssekretär im BMA, Buschfort, Mitte Dezember an die SPD-Bundestagsfraktion geschrieben hatte, umrissen. (Der Brief wurde veröffentlicht in: Der Deutsche Arzt, Nr. 2, 1977: 15-21).

stab", um ihre Protestmaßnahmen gegen das geplante Gesetz zu koordinieren.¹⁶ Geschäftsführer des Stabs war der Hartmannbund. Nicht dabei war etwa der Marburger Bund, der zu den Kassenärzterverbänden auf Distanz blieb (Die Ortskrankenkasse 1977: 228). Nach Meinung des Vorsitzenden des Hartmannbundes würde das beabsichtigte Gesetz keine Probleme im Gesundheitswesen lösen, sondern lediglich helfen, "die angestrebte sozialistische Ordnung zu erreichen" (Der Deutsche Arzt, Nr. 5, 1977: 27 und Nr. 6, 1977: 27). Wenn auch die freien Verbände es vorzogen, nicht von einem etwaigen "Ärztestreik" zu sprechen, so wurde doch bestätigt, daß der Krisenstab einen "Stufenplan für Kampfmaßnahmen" ausarbeitete (General-Anzeiger, 09.02.1977). In der Woche vor der Beratung des Bundeskabinetts über den Gesetzentwurf, kam es zu einem eintägigen, auf etwa eintausend niedersächsische Arzt- und Zahnarztpraxen begrenzten Streik. Weitere Arbeitsniederlegungen fanden vorerst nicht statt; sie wurden aber in mehreren Regionen, u.a. Hamburg und Baden-Württemberg in Aussicht gestellt (Hamburger Abendblatt, 05.02.1977 und Frankfurter Rundschau, 10.02.1977). Eine Zeitung berichtete, daß eine (vermutlich von dem Krisenstab zusammengestellte) "Maßnahmen-Kommission" der deutschen Ärzteschaft eine stufenweise Eskalation des Kampfes gegen das Kostendämpfungsgesetz plante. Danach sollten die örtlich auf Niedersachsen begrenzten Praxisschließungen bundesweit und zeitlich auf mehrere Tage ausgedehnt werden. Weitergehende Maßnahmen sahen vor, daß die Kassenärzte zuerst für vier Wochen und in einem weiteren Schritt ihre Kassenzulassungen endgültig zurückgeben sollten, um Ersatzgründungen in Konkurrenz zu den öffentlich-rechtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen. "Einige Funktionäre" der Kassenärztlichen Vereinigungen sollten bereit gewesen sein, in den privatrechtlichen Neugründungen mitzuarbeiten (Die Welt, 11.02.1977).

In der Öffentlichkeit hüteten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen davor, Streiks oder ähnliche Maßnahmen gutzuheißen. Indem der Vorstand der Bundesvereinigung und die Vorsitzenden der Landesvereinigungen ihre Entschlossenheit erklärten, dem Gesetzesvorhaben "jeden nur möglichen Widerstand entgegenzusetzen", gaben sie solchen Maßnahmen aber ihre faktische Rückendeckung (Frankfurter Allgemeine, 04.02.1977).

16 Es handelte sich hierbei um den Hartmannbund, den Verband der niedergelassenen Ärzte, den Deutschen Kassenarztverband, den Verband der Knappschaftsärzte und die Berufsverbände der Internisten und der Chirurgen sowie der praktischen Ärzte und Allgemeinärzte.

Eine Kommission der kassenärztlichen Bundesvereinigung soll einen "Katalog der Kampfmaßnahmen" gegen das Gesetzesvorhaben erarbeitet haben, mit dem die Bundesvereinigung jedoch niemals vor der Öffentlichkeit auftrat (Stuttgarter Nachrichten, 10.02.1977). In der Debatte über das Kostendämpfungsgesetz zeichneten sich Meinungsverschiedenheiten zwischen den Ländervereinigungen über die Frage ab, ob die Kassenärzte auf das Vorhaben mit Arbeitsniederlegungen antworten sollten. Waren die Kassenärztlichen Vereinigungen etwa in Hamburg und Niedersachsen für solche Maßnahmen offen (siehe oben), so hielten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe in dieser Frage eher zurück (Rhein-Sieg-Anzeiger, 12.02.1977 und Ruhr-Nachrichten, 15.02.1977). Die unterschiedlichen Meinungen der Ländervereinigungen im Hinblick auf diese Frage lassen es zweifelhaft erscheinen, ob die Kassenärzte von "Flensburg bis Konstanz" die beabsichtigte Neuregelung ihrer Vergütung strikt ablehnten, wie der Vorsitzende eines freien Verbandes behauptete (General-Anzeiger, 09.02.1977), oder die Pläne der Koalition zu einer "noch nie dagewesenen Solidarisierung der ärztlichen Verbände" geführt hätten, wie der Vorsitzende eines anderen Verbandes meinte (Die Welt, 11.02.1977). Sie dienten auch dem (inzwischen ausgewechselten) Bundesarbeitsminister als Beweise dafür, daß die Kassenärzteschaft in ihrer Meinung über den Gesetzentwurf gespalten sei (Die Welt, 11.02.1977).¹⁷

Ende Januar trugen die Ärzteverbände ihre Einwände gegen den Referentenentwurf bei einer Anhörung im BMA vor. Vier Bestimmungen des Entwurfs beunruhigten die Kassenärzte vor allem: Neben der geplanten Neuregelung des Vergütungsrechts waren es die Vorschläge, daß Krankenhausärzte Kassenpatienten ambulant behandeln dürften, die verschiedenen Kassen die Ärzte nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab honorieren sollten und bei der Überschreitung eines neu festzusetzenden Arzneimittelhöchstbetrags (eine Zielgröße für den Gesamtumfang der Arzneimittelverschreibungen durch die Kassenärzte) die Gesamtvergütung der Kassenärzte gekürzt werden könnte.¹⁸ Die Anhörung zeigte

17 Im Schatten der damaligen "Rentenkrise" wurde nach den Bundestagswahlen 1976 der Bundesarbeitsminister Arendt durch Ehrenberg abgelöst. Als der Ministerwechsel stattfand, war das Kostendämpfungskonzept der zuständigen Abteilung im BMA praktisch fertig. Dem Ministerwechsel war im Hinblick auf das Zustandekommen des Kostendämpfungsgesetzes keine Bedeutung zuzumessen. Nach langem Zögern war Arendt auf der Linie derer, die für Eingriffe in das Kassenarztrecht plädierten, schon eingeschwenkt (siehe Abschnitt 8).

18 Nach Meinung eines Interviewpartners war es die Frage der Honorierung, die den heftigsten Widerstand unter den Kassenärzten hervorrief.

deutlich, wo die Konfliktlinien im Kampf um das Kostendämpfungs-gesetz verliefen: Die Verbände der Anbieter, allen voran die der Kassen-ärzte, und die Ersatzkassen, die um ihre Unabhängigkeit gegenüber den RVO-Kassen bangten, lehnten es ab; die RVO-Kassen befürworteten es (Bonner Rundschau, 01.02.1977). Unterstützung bekam die Bundes-regierung auch von den in den Gremien der RVO-Kassen paritätisch vertretenen Arbeitgeberverbänden und DGB-Gewerkschaften. Die große Koalition der maßgeblichen Verbände der Arbeit und des Kapitals dürfte die Durchsetzung des Gesetzes schließlich erheblich erleichtert haben (Interviews; *Der Deutsche Arzt*, Nr. 13/14, 1977: 3). Um die Zustimmung der DGB-Gewerkschaften zum Kostendämpfungs-gesetz hatte sich der zuständige Abteilungsleiter im BMA, ein ehemaliger sozialpolitischer Referent beim DGB-Bundesvorstand, sehr bemüht (Interview). Sie war allerdings nur zu bekommen, solange die vorgesehenen Maßnahmen zu Lasten der Versicherten in einem "ausgewogene(n) Gesamtkonzept" eingebettet waren, "welches insbesondere jene Gruppen [gemeint sind die Leistungsanbieter - Autor] betrifft, die bisher von der Kostenexplosion am meisten profitierten" (Schmidt 1977: 133). Kurz gesagt: Die Bundesregierung konnte nur mit der Unterstützung der DGB-Gewerk-schaften rechnen, wenn sie gegenüber den Leistungsanbietern, einschließ-lich den Kassenärzten, hart blieb.

Die Überlegung, daß die Bundesregierung ansonsten in eine Gegen-position zum DGB geraten würde, könnte die SPD in der Überzeugung gestärkt haben, an den im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen auf Kosten der Kassenärzte ohne wesentliche (weitere) Abstriche festzuhalten. In der öffentlichen Auseinandersetzung mit den Ärzteverbänden über den Gesetzentwurf trat Arbeitsminister Ehrenberg kämpferisch auf. Den geplanten Ärzte- und Zahnärztestreik in Niedersachsen bezeichnete Ehrenberg als "den Versuch von Interessenten, die gesetzgebenden Kör-perschaften ... zu erpressen" (Frankfurter Allgemeine, 10.02.1977). Er verurteilte die Protestaktionen als "von einer Art APO" und von scharf-macherischen "Streikvorposten" organisiert (Frankfurter Allgemeine, 11.02.1977). Die Behauptung, daß das Gesetz die Behandlungs- und Verordnungsfreiheit beseitigen würde, nannte er "absurd" (Frankfurter Allgemeine, 10.02.1977). Ehrenberg konnte auf die Unterstützung der Sozialdemokraten, einschließlich der Sozialpolitiker in der Fraktion sowie Bundeskanzler Schmidt, rechnen. Schließlich hatten sie seinen Vorgänger zu einer Krankenversicherungsreform gedrängt (siehe Abschnitt 8). Je-denfalls deutete bei der SPD nichts auf Zweifel an der Notwendigkeit und Durchsetzbarkeit des Vorhabens hin.

Anders sah die Lage zeitweise bei der FDP aus. Die Kassenärzte setzten vor allem darauf, daß die FDP dazu veranlaßt werden könnte, mindestens eine Abmilderung der Bestimmungen des Gesetzentwurfs herbeizuführen. Offenbar bestand die Hoffnung seitens der Ärzte, daß die FDP den wahlpolitischen Preis des geplanten Gesetzes schließlich für zu hoch einschätzen würde.¹⁹ Diese Hoffnung dürfte nicht unbegründet gewesen sein, achtete doch die FDP-Führung meistens sehr darauf, daß die Interessen ihrer "traditionellen mittelständischen Anhänger nicht verletzt wurden" (Verheugen 1984: 142).²⁰ Kurz vor der Beratung des Gesetzentwurfs im Bundeskabinett forderte der liberale Wirtschaftsminister Friderichs eine höhere Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arzneimittelkosten und erhob Bedenken gegen die Teilnahme der Krankenhausärzte an der ambulanten Behandlung. Damit schien er seine Zustimmung zum Gesetzentwurf in Frage zu stellen. "Scheitern die Reformpläne Ehrenbergs an der FDP?" wurde gefragt (General-Anzeiger, 16.02.1977).

Der Vorstoß Friderichs und die Zuspitzung der Auseinandersetzung zwischen den Kassenärzten und Ehrenberg führten zur Absage eines Treffens zwischen der KBV-Führung und dem Arbeitsminister. Die Runde der "Krisendiplomatie" wurde dadurch eingeleitet, deren Hauptakteure die Führungsspitzen der FDP und der KBV waren. Zwei Tage vor der Kabinettsitzung zur Beratung des Gesetzentwurfs fand ein Gespräch zwischen Muschallik und dem FDP-Fraktionsvorsitzenden Mischnick statt. Muschallik hatte vorher Mischnick gebeten, für eine "Entschärfung der Situation" einzutreten, woraufhin Mischnick sich als Vermittler zwischen Ehrenberg und den Kassenärzten eingeschaltet hatte (Kölner Stadt-Anzeiger, 14.02.1977). Am folgenden Tag traf sich Muschallik mit dem FDP-Parteivorsitzenden Genscher - dieses Treffen solle auf Vorschlag des sozialpolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion Schmidt-Kempton zustande gekommen sein - und Mischnick

19 So sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Sewering: "Ich könnte mir denken, daß vor allem die Abgeordneten der FDP die Lage doch noch einmal überdenken und versuchen, die Situation zu analysieren, auch im Hinblick auf die nächsten Wahlen" (Interview im Münchener Merkur, 12.02.1977). Der Vorsitzende des Hartmannbundes Bayerns verstieg sich zu der Drohung, daß bei der Zustimmung der FDP zum Kostendämpfungsgesetz die Ärzte über die "Warte- und Sprechzimmer" dafür sorgen würden, daß die Liberalen unter die Fünf-Prozent-Grenze fielen (fdk Tagesdienst, Nr. 308, 03.05.1977, in dem Schmidt-Kempton diesen "Nötigungs- und Erpressungsversuch" zurückwies).

20 Die Richtigkeit dieser Einschätzung Verheugens wurde in bezug auf die Ärzteschaft von einem an der Kostendämpfungspolitik beteiligten FDP-Politiker bestätigt (Interview).

mit Ehrenberg (Interview).²¹ Unmittelbar nach diesen Gesprächen kam das Präsidium der FDP zu einer Sondersitzung zusammen. Das Präsidium wurde kurzfristig einberufen, weil sich Friderichs dem Gesetzentwurf entgegenstellte. Inzwischen hatte das Wirtschaftsministerium die Äußerungen des Ministers zu seiner "privaten Meinung" erklärt, und "FDP-Fraktionskreise" hatten verlauten lassen, daß sie entschlossen seien, an den Koalitionsvereinbarungen festzuhalten (General-Anzeiger, 16.02.1977). Ob es der vorrangige Zweck der Sitzung war, die maßgeblichen Politiker auf eine gemeinsame Linie zu verpflichten, ließ sich nicht rekonstruieren. Jedenfalls hatte es den Anschein, als suche die FDP-Führung nach einem Weg, die Bestimmungen des Entwurfs so abzumildern, daß die besonnenen Strömungen innerhalb der Kassenärzteschaft (so etwa die Führung der KBV) ihm zustimmen konnten, ohne den Entwurf als Ganzen in Frage zu stellen und damit eine Koalitionskrise zu riskieren.²² FDP-Politiker versuchten, die Kassenärzte zu überzeugen, daß eine weitgehende Verstaatlichung des Gesundheitswesens künftig nicht mehr aufzuhalten wäre, wenn sie die im Gesetzentwurf enthaltenen Lösungen jetzt verhinderten (Interview). Allein nach den Interessen der Kassenärzte wollten sich die Liberalen nicht richten. Rücksicht sollte auch auf die Ersatzkassen, deren Angestellten-Mitglieder eine wichtige Zielgruppe der FDP darstellten, genommen werden (Interview). Aber in solchen Kernfragen wie der Beibehaltung des Sonderstatus der Ersatzkassen und der Vertragsfreiheit deckten sich die Standpunkte der Ersatzkassen weitgehend mit denen der Ärzteverbände.

Über den Gesetzentwurf wurde im Bundeskabinett zäh verhandelt. Nach den Worten des Bundesarbeitsministers gingen die fünfstündigen Beratungen "sehr ins Detail" (Frankfurter Rundschau, 17.02.1977). Ehrenberg bestritt, daß es im Kabinett Streit zwischen FDP-Ministern und SPD-Ministern über den Entwurf gegeben habe. Nach "anderen Informationen" hatte Friderichs aber einen vorher im FDP-Präsidium beratenen "Änderungskatalog" vorgelegt, und die FDP-Minister sollten sich mehrmals zu getrennten Beratungen über den Entwurf zurückgezogen haben (ebd. und General-Anzeiger, 17.02.1977). In der Frage der kassenärztli-

21 Nach Meinung eines Ärztefunktionärs waren solche Gespräche wie diejenigen, die die KBV mit der FDP-Spitze führte, "immer sehr nützlich". Ohne die FDP wäre das endgültige Gesetz für die Ärzteschaft schlechter gewesen (Interview).

22 So sagte ein beteiligter FDP-Politiker dem Autor, daß er versucht habe, die Unterstützung der sich auf ihren Status besinnenden Ärzte für die Regierungspläne zu mobilisieren, aber nicht die diejenigen Ärzte, die "nur auf das Einkommen aus" waren (Interview).

chen Vergütung wurden keine weitgehenden Änderungen im Gesetzentwurf vorgenommen. Der Regierungsentwurf sprach nicht mehr von einer Orientierung der Bundesempfehlungen an der Grundlohnsumme, sondern davon, daß die Empfehlungen die "gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht" zu berücksichtigen hätten. Hierbei handelte es sich um eine eher redaktionelle Änderung, da das Kabinett gleichzeitig beschloß, zukünftig in diesen Bericht auch Angaben über die jeweilige Veränderung des Volkseinkommens pro Kopf aufzunehmen (Frankfurter Rundschau, 17.02.1977). Ansonsten wurde im Referentenentwurf nur eine Bestimmung gestrichen, nach der bei der Aushandlung der Empfehlungen auch das Einkommen von mit den Ärzten vergleichbaren Berufsgruppen berücksichtigt werden müßte, und eine hinzugefügt, nach der "Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen", Rechnung zu tragen sei (BT-Drucksache 8/166: 8).

Mit den Kabinettsbeschlüssen war die Kampagne der Kassenärzte, eine gesetzliche Neuregelung ihrer Vergütung *überhaupt* zu verhindern, vorerst gescheitert. Die scheinbare Radikalisierung der Kassenärzteverbände, die in den Streikmaßnahmen bzw. -drohungen ihren Ausdruck fand, "schüttete Kohle ins Feuer", statt die Koalitionsparteien von den Anliegen der Kassenärzte zu überzeugen. Nach Meinung des damaligen Unterabteilungsleiters der Krankenversicherung im BMA wurde dadurch die "politische Bereitschaft zu Reformen ... größer, dringlicher" (Interview). Auch drei sozialpolitisch engagierte FDP-Abgeordnete hatten Streikmaßnahmen seitens der Kassenärzte verurteilt und davon gesprochen, daß solche Maßnahmen das Parlament "auf unerträgliche Weise unter Druck" setzen würden (Abgeordnete Cronenberg, Eimer und Hölscher, in fdk Tagesdienst, Nr. 83, 10.02.1977). Freilich meinte Schmidt-Kempton, daß sich die Gespräche zwischen der FDP-Fraktion und den Verbandsspitzen im Gesetzentwurf niederschlagen würden und für "lautstarke Proteste" kein Anlaß bestünde (ebd.).

Die Entschlossenheit zumindest der SPD, sich zu diesem Zeitpunkt auf keine grundlegenden Korrekturen im Gesetzentwurf einzulassen, dürfte von ihrem sicheren Gefühl begleitet worden sein, daß in dieser Frage die "öffentliche Meinung" überwiegend hinter ihr stand. Im BMA hatte man gesehen, daß die öffentliche Meinung die Regierung unterstüt-

ze.²³ Dort machte man Anhänger des Regierungsvorhabens vor allem in der Arbeiterschaft sowie unter den Gewerkschaftsfunktionären und Betriebsräten, aber auch innerhalb der Ärzteschaft selbst aus (Interview). Umfrageergebnisse gaben dem Ministerium recht. In einer im Frühjahr 1977 durchgeführten Umfrage stimmten 84% der Befragten dem Vorschlag zu, daß die Ärztehonorare nicht stärker steigen sollten als andere Einkommen. Nur 12% lehnten den Vorschlag ab. Der Vorschlag der Teilnahme von Krankenhausärzten an der ambulanten Versorgung, wurde von 78% begrüßt und von 16% abgelehnt. Zwei Drittel der Befragten sprachen sich für die Einführung eines Arzneimittelhöchstbetrags aus, 28% waren dagegen (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 62 und Stone 1980: 156/157). Auch die Minderheit der Befragten, die mit den Ärzten in ihrem Streit mit der Bundesregierung sympathisierten, war überwiegend (zu 84%) gegen Streiks (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 70). Insgesamt hielten 90% der Befragten örtliche Streiks und 94% bundesweite Ärztestreiks oder Praxisschließungen für übertrieben (ebd.: 62). Zudem mußte mit dem Versuch des (von der Opposition kontrollierten) Bundesrates gerechnet werden, Änderungen in dem zustimmungspflichtigen Gesetzentwurf zu erzwingen, so daß die Koalition an einem möglichst großen Spielraum für Verhandlungen mit der CDU/CSU im Vermittlungsausschuß interessiert sein mußte.

Ohnehin war der Gesetzentwurf, an dem die SPD festhielt, wie auch der ursprüngliche Referentenentwurf bereits ein Koalitionskompromiß, in dem sich eher die FDP als die SPD wiederfand (siehe Abschnitt 8). Weitergehende Vorschläge der Sozialdemokraten, etwa zur Einfrierung der Gesamtvergütung oder zu langfristigen Strukturveränderungen auf Kosten der Kassenärzte, hätte die FDP blockiert. In dem jetzt vom Kabinett beschlossenen Entwurf hieß es, daß die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine gesamtwirtschaftliche Kriterien *berücksichtigende Empfehlung* abzugeben hätten, die von den Verbänden bzw. Vereinigungen auf der Länderebene bei ihren Vereinbarungen *angemessen berücksichtigt* werden sollte. Bei einem so formulierten Gesetz konnte schwerlich behauptet werden, daß die "Tarifparteien" gesetzlich *verpflichtet* würden, den Zuwachs der kassenärztlichen Gesamtvergütung an die Entwicklung der Grundlohn-

23 Während der Beratungen des Vermittlungsausschusses zum Kostendämpfungsgesetz meinte Ehrenberg, daß er "seit dieses Gesetz in der Diskussion ist, auf sehr viel Unmut in der Bevölkerung gestoßen" sei, aber nicht gegen sich, sondern "gegen die Ärzte" (Kurzprotokoll der zweiten Fortsetzung der 2. Sitzung des Vermittlungsausschusses, Montag, den 20.06.1977: 53).

summe zu koppeln, abgesehen davon, daß die Mitberücksichtigung der ärztlichen Arbeitszeit und der Praxiskosten den Kassenärzten die Möglichkeit offen hielt, das Morbiditätsrisiko und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts an die Kassen weiterzugeben. Das BMA wollte den Kassenärzten keine Besitzstände streitig machen, sondern den "Zuwachs beschränken" (Interview). Ein FDP-Abgeordneter ging sogar so weit, die *Vorteile* der neuen Regelung für die Kassenärzte hervorzuheben. Schließlich bekämen die Kassenärzte mit dem Gesetz "als einzige(r) Berufsstand unter den Selbständigen quasi eine Einkommenssteigerungsgarantie" (Cronenberg, in: Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 26. Sitzung, Donnerstag, den 12.05.1977: 1906). So sehr die neuen Regelungen der KBV mißfielen, so klar war es auch ihr, daß die Regelungen nicht annähernd so weit gingen wie manche Vorschläge, die auf der politischen Tagesordnung gestanden hatten (Interview). Sie schrieb sich einen "starken Einfluß" auf die damalige Gesetzgebung zu (Interview). Es stellte sich die Frage, ob der Widerstand der KBV gegen den Gesetzentwurf weniger von der Ablehnung der konkreten Bestimmungen des Entwurfs als von dem Motto, "Wehret den Anfängen", geleitet wurde.²⁴ Oder anders ausgedrückt: Die KBV machte sich vermutlich weniger Sorgen um das Gesetz selbst, als darum, daß es eine Entwicklung einleiten könnte, an deren *Ende* für die Kassenärzte weitaus unangenehmere Lösungen hätten stehen können als die, die jetzt vorgesehen wurden. Es ist ebenso möglich, daß die KBV-Führung im Hinblick auf die unmittelbar bevorstehenden KBV-Wahlen Härte gegenüber der Bundesregierung zeigen wollte (siehe Abschnitt 7).²⁵

9.2 Die parlamentarische Phase

Nach der Annahme des leicht geänderten Gesetzentwurfs durch das Bundeskabinett fielen die Ärzteverbände auf eine neue Verteidigungslinie zurück. Zu den in Betracht gezogenen Streiks kam es nicht. Es wurde allerdings versucht, die Patienten für die Anliegen der Ärzte durch eine Flugblattaktion in den Sprechzimmern zu gewinnen.²⁶ Aber die Ärztever-

24 Dieser Ausdruck wurde von einem Interviewpartner des Autors verwendet.

25 Im März 1977 wurde Muschallik mit einer Zweidrittelmehrheit erneut zum Vorsitzenden der KBV gewählt.

26 Zu dieser Flugblattaktion hieß es in der Frankfurter Rundschau, 04.03.1977: "Es kann kein Zweifel bestehen, daß die Aktionsgemeinschaft voll die Meinung auch der offiziellen Organisationen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung artiku-

bände scheinen zu dem Schluß gekommen zu sein, daß der Status quo nicht mehr aufrechtzuerhalten sei. Jetzt galt es vor allem, eine gesetzliche Lösung zu finden, die den Kassenärzten möglichst viel honorarpolitischen Spielraum bieten würde und die politisch durchsetzbar war. Eine solche Lösung stellte nach Ansicht des "Krisenstabes" und der KBV die Errichtung einer "Konzertierten Aktion" im Gesundheitswesen dar (Deutsches Ärzteblatt 1977: 909).

Es kann keine Rede davon sein, daß die kassenärztlichen Standesorganisationen "sehr früh" für eine "Konzertierte Aktion" eingetreten seien, wie etwa der Hartmannbund von sich behauptete (Der Deutsche Arzt, Nr. 6, 1977: 27). Diese Forderung war ursprünglich von dem christdemokratischen Politiker Geißler erhoben worden, als er Ende 1974 seine Studie zur finanziellen Entwicklung der Krankenversicherung vorlegte (vgl. Frankfurter Rundschau, 02.10.1974 und Abschnitt 3). Gegen Widerstand in der eigenen Partei hatte Geißler diese Position als Ersatz für eine gesetzliche Neuregelung der kassenärztlichen Vergütung erst unter den CDU-geführten Länderregierungen und dann in der CDU/CSU-Bundtagsfraktion durchgesetzt (vgl. Frankfurter Allgemeine, 10.03.1977).²⁷ Zugunsten der Konzertierten Aktion, an der die Kassen, die Leistungsanbieter, die Länder und die Bundesregierung zu beteiligen seien, sollten nach Meinung der CDU/CSU-Mehrheit gesetzliche Eingriffe zumindest für die nächsten zwei Jahre - eine Zeit, in der die Selbstverwaltung ihre Steuerungskapazität unter Beweis stellen könnte - unterbleiben. Als Modell für die Konzertierte Aktion stellten sich die Ärzteverbände die tarifpolitische Konzertierte Aktion vor, die Mitte der 60er Jahre entstanden war (und gerade Mitte 1977 zusammenbrach). Es war den Ärzteverbänden sicher unwohl bei dem Gedanken, daß staatliche Organe bei der Festsetzung von honorarpolitischen "Orientierungsdaten" mitwirken würden, aber sie erkannten doch, daß von allen politisch durchsetzbaren Vorschlägen dieser "mit der ärztlichen Freiheit, der ärztlichen Eigenverantwortung und der ärztlichen Selbstverwaltung weitestgehend kongruent ist" (Der Deutsche Arzt, Nr. 8, 1977: 59).

Die parlamentarische Auseinandersetzung um die honorarpolitischen Bestimmungen im Kostendämpfungsgesetz konzentrierte sich weitgehend

liert. Die Kampagne läuft über die gemeinsame Informationsabteilung beider Organisationen. Koordinator ist der Zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ...".

27 Andere Strömungen in der CDU/CSU wollten die Rentenversicherungsbeiträge erhöhen. Diese Maßnahme hätte natürlich den Einsparungsdruck im Gesundheitswesen sehr gelindert.

auf die Frage, ob es den Kassenärzten zuzutrauen sei, "freiwillige" Selbstbeschränkung zu üben. Ehrenberg und die Sprecher der beiden Koalitionsparteien würdigten zwar die bisherige freiwillige Beschränkung der Kassenärzte, betonten aber, "wie umstritten diese lobenswerten Aktivitäten des Vorstandes der KBV in den eigenen Reihen, vor allem bei verschiedenen Regionalverbänden waren und sind" und daß die Empfehlungsvereinbarung noch nicht überall umgesetzt worden sei.²⁸ Mit ihrem Festhalten an einer gesetzlichen Regelung wurde die Koalition weiterhin von den Ortskassen, den Gewerkschaften und den Arbeitgeberverbänden unterstützt²⁹. Dagegen meinten die Kassenärzte, die CDU/CSU und auch die Ersatzkassen, daß die neueste Empfehlungsvereinbarung gegriffen habe und wie Muschallik sagte, kein Grund bestünde, "anzunehmen, daß nicht die Bereitschaft bestehen sollte ..., in dem Rahmen des Notwendigen nach wie vor dazu beizutragen, daß dieses Ergebnis auch weiterhin in ähnlichen Margen verläuft"³⁰. Um ihre Selbstbeschränkungsbereitschaft zu unterstreichen, vereinbarte die KBV mit den Ersatzkassen das Einfrieren der ärztlichen Gebühren im Jahre 1978. Freilich blieb die Gesamtvergütung ungedeckelt (Die Ersatzkasse 1977: 246).

In der Honorierungsfrage kamen die Koalitionsparteien den Kassenärzten bei den Ausschußberatungen im Bundestag kaum entgegen. Eine von der Koalitionsmehrheit im Ausschuß vorgenommene Änderung im Gesetzentwurf, die vorsah, daß bei den Verträgen über die Gesamtvergütung "besonderen regionalen Verhältnissen" Rechnung getragen werden könnte, stellte eher eine Klarstellung als eine substantielle Entschärfung des Entwurfs dar. Sie entsprach einem Vorschlag aus dem gesundheitspolitischen Programm der FDP (siehe Abschnitt 8).³¹ Ehrenberg erklärte sich bereit, der Errichtung einer Konzertierten Aktion zuzustimmen, aber nur "auf der Basis des Gesetzes und nicht anstelle gesetzlicher Regelungen" (Bundesrat, 446. Sitzung, 03.06.1977: 128).

28 So Ehrenberg in einer Rede vor dem Bundesrat, 446. Sitzung, 03.06.1977: 128. Siehe auch Schmidt-Kempen, in: Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 18. Sitzung, 17.03.1977: 1030; Kühlwein (SPD), ebd., 26. Sitzung, 12.05.1977: 1904; Egert (SPD), ebd., 26. Sitzung, 12.05.1977: 1858; Hölscher, ebd., 26. Sitzung, 12.05.1977: 1898.

29 Stenographisches Protokoll der Sachverständigenanhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung 1977: 32/33, 234/235.

30 Ebd.: 25/26; vgl. auch Franke, in: Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 18. Sitzung, 17.03.1977: 1017 und ebd., 26. Sitzung, 12.05.1977: 1852.

31 Anders sah es freilich in der Frage der Arzneimittelverordnungen der Kassenärzte aus: Nicht die Gesamtvergütung, sondern die des einzelnen Kassenarztes sollte gekürzt werden, wenn er ohne Grund besonders große Arzneimittelmengen verschrieb. Nach den Worten eines Interviewpartners setzte die FDP diese Änderung durch, nachdem die Forderung an sie von der KBV herangetragen worden war.

In ihren Bemühungen, eine gesetzliche Neuregelung des Vergütungsrechts doch noch zu verhindern, setzten die Kassenärzte jetzt auf die CDU/CSU-Mehrheit im Bundesrat. Von einem führenden Mitglied der KBV wurde die CDU-Führung aufgefordert, "ihr ganzes politisches Gewicht in die Waagschale zu werfen, um das Abgleiten der Bundesrepublik in ein freudloses sozialistisches Gemeinwesen zu verhindern" (zit. n.: Stuttgarter Zeitung, 10.05.1977). Unter dem Druck der Kassenärzte und von Kritikern in den eigenen Reihen - besonders von der in dieser Frage auf die Sonthofener Strategie eingeschworenen CSU - hatten der CDU-Vorsitzende Kohl und die CDU/CSU-Führung beschlossen, im Bundesrat und im Vermittlungsausschuß die Koalitionspläne "auf breiter Front und nicht nur in einzelnen Punkten" in Frage zu stellen (Süddeutsche Zeitung, 28.05.1977). Entsprechend verfuhr dann auch die CDU/CSU-Mehrheit im Bundesrat: Unter anderem lehnte sie die gesetzliche Neuregelung des Vergütungsrechts ab.

Als daraufhin der Vermittlungsausschuß einberufen wurde, um das zustimmungspflichtige Gesetz zu beraten, geriet vor allem die FDP in eine gefährliche politische Lage. Seit dem Frühjahr 1977 waren die Liberalen Koalitionspartner der CDU im Saarland und in Niedersachsen. Für den FDP-Vorsitzenden Genscher war es im Hinblick auf einen etwaigen späteren Koalitionswechsel in Bonn sehr wichtig, daß in Niedersachsen bewiesen wurde, daß eine CDU/FDP-Koalition "klappen könnte" (Interview). Um aber die Treue der Partei zur sozialliberalen Koalition auf Bundesebene nicht in Zweifel ziehen zu lassen, war das Zusammengehen der FDP mit der CDU in Niedersachsen mit dem Argument gerechtfertigt worden, daß die FDP so den Gesetzesvorhaben der Bundesregierung besser über die Hürde des Bundesrates helfen könnte. Bei den bestehenden Mehrheitsverhältnissen im Vermittlungsausschuß und im Bundesrat hing das Schicksal des Kostendämpfungsgesetzes vom Verhalten der beiden christlich-liberalen Landesregierungen ab. Hätten sich die beiden, oder auch nur eines der beiden Länder den übrigen christdemokratischen bzw. christlich-sozialen Landesregierungen angeschlossen, wäre das Gesetz gescheitert und die Glaubwürdigkeit Genschers und der beiden Landesparteien möglicherweise schwer beschädigt worden. Folglich mußte die FDP alles versuchen, um die jeweiligen Landesregierungen auf ihre Linie zu bringen. Freilich konnte dies ohne Auseinandersetzungen mit der CDU nicht gehen. Das galt vor allem in Niedersachsen, wo allen voran der christdemokratische Ministerpräsident Albrecht die Forderungen der Ärzteverbände voll unterstützte (Interviews).

Im Vermittlungsausschuß kam es zu einem langen Tauziehen zwischen SPD/FDP und CDU/CSU. Ein von Geißler für die CDU/CSU eingebrachter Vorschlag, bei der Vereinbarung der vorgesehenen Bundesempfehlung "Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie medizinisch vertretbar" seien, zu berücksichtigen, wurde abgelehnt.³² Wenn dieser Antrag angenommen worden wäre, wäre nach Meinung der Sozialdemokraten im Ausschuß der "Kostendämpfungseffekt" der Maßnahmen zur kassenärztlichen Honorierung gleich annulliert und die "doppelte Dynamisierung" (siehe oben) wieder eingeführt worden³³. Die Sozialdemokraten schlugen einen Kompromiß vor, nach dem die Konzertierte Aktion der Vereinbarung einer honorarpolitischen Bundesempfehlung durch die Kassenspitzenverbände und die KBV vorgeschaltet wurde, der aber vorsah, daß die KBV und die Kassenverbände eine solche Empfehlung abgeben müßten, wenn die Konzertierte Aktion sich auf keine Empfehlung zur Entwicklung der Gesamtvergütung einigen könnte (und ohne die Zustimmung der Vertragspartner konnte keine zustande kommen). Ohne eine solche Empfehlung, so meinten die Sozialdemokraten, wäre die Konzertierte Aktion "eine völlig stumpfe Waffe" gewesen³⁴. Die Liberalen, die die Länderregierungen Niedersachsens und des Saarlandes im Ausschuß vertraten, verhalfen diesem Kompromiß zur Mehrheit. Die Kombination der Konzertierten Aktion mit der Bundesempfehlung hielt ein Liberaler für "vernünftig und akzeptabel". Dies sei eine liberale Lösung. Eine "bloße Bundesempfehlung" hätte er als "Zwang" abgelehnt³⁵. Aber wenn sich die Konzertierte Aktion nicht einigte, würden die KBV und die Kassenverbände eine Empfehlung zur Entwicklung der Gesamtvergütung abgeben müssen. So hatten sich Ehrenberg und die Bundesregierung in dieser Frage faktisch durchgesetzt.

Es gab wenig Zweifel darüber, daß die saarländische Landesregierung im Bundesrat dem im Vermittlungsausschuß erzielten "Kostendämpfungs-

32 Kurzprotokoll der zweiten Fortsetzung der 2. Sitzung des Vermittlungsausschusses, Montag, den 20.06.1977: 112-134. Die Einbringung dieses Vorschlags in einer so späten Phase der Ausschußberatungen empörte die Sozialdemokraten, die darin einen Verstoß gegen die informellen Spielregeln des Ausschusses sahen (siehe ebd.: 116, 122, 124). Auch mancher Christdemokrat mißbilligte die Vorgehensweise Geißlers, da sie zu einer Verhärtung der Fronten im Ausschuß geführt und eine sachliche Diskussion über seinen Antrag erschwert haben sollte (Interview).

33 ebd.: 129, 133.

34 Kurzprotokoll der ersten Fortsetzung der 2. Sitzung des Vermittlungsausschusses, Donnerstag, den 16.06.1977: 16.

35 ebd.: 17.

kompromiß" zustimmen würde. Sie war dessen maßgebliche Geburtshelferin gewesen³⁶. In der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und FDP war die Zustimmung der Landesregierung zum Kostendämpfungsgesetz vereinbart worden. Als unter dem Druck der CDU/CSU-Führung der saarländische Ministerpräsident dies in Frage stellte, drohte die FDP gleich mit der Aufkündigung der Koalition und die saarländische CDU gab nach (Frankfurter Rundschau, 24.06.1977).

Die Schwierigkeiten der niedersächsischen Koalitionspartner, sich zu einigen, erwiesen sich größer als im Saarland. Die Bonner CDU/CSU setzte die niedersächsische CDU unter Druck, dem Gesetz nicht zuzustimmen; die Bonner FDP-Führung redete auf die niedersächsischen Liberalen ein, dem Druck der CDU standzuhalten und dafür zu sorgen, daß, auch entsprechend der dortigen Koalitionsvereinbarung, die Landesregierung das Gesetz mittragen würde. Die niedersächsische Kassenärztliche Vereinigung appellierte an die Landesregierung, die Vorschläge des Vermittlungsausschusses abzulehnen (Frankfurter Allgemeine, 23.06.1977). Auch in Niedersachsen drohte die FDP mit der Aufkündigung der Koalition, falls die Landesregierung dem Gesetz ihre Zustimmung verweigerte. Obwohl die FDP in Niedersachsen den Koalitionspartner erst vor kurzer Zeit gewechselt hatte und wahrscheinlich nicht alle Landtagsabgeordneten der Partei einen zweiten Koalitionswechsel - im übrigen nur ein Jahr vor den nächsten Landtagswahlen - mitgetragen hätten, wären die Liberalen einen Koalitionsbruch eingegangen. So sah es auch Albrecht. Er meinte zwar, daß sich die FDP einen solchen Schritt nicht hätte leisten können, aber "sie hätte ihn sich geleistet, wenn ich die beteiligten landespolitischen Persönlichkeiten ins Auge fasse" (Interview in: Die Welt, 28.06.1977).

Als Ausweg schlug Albrecht vor, das Kostendämpfungsgesetz durch die Enthaltung Niedersachsens im Bundesrat zunächst scheitern zu lassen. Der Vermittlungsausschuß sollte dann ein zweites Mal, diesmal von der Bundesregierung, angerufen werden. Die CDU könnte dann "einige kosmetische Veränderungen" im Gesetzentwurf erstreiten, so daß im zweiten Gang durch den Bundesrat Niedersachsen dem Gesetz zustimmen könnte (Frankfurter Rundschau, 24.06.1977). Die FDP-Führung sollte bereit gewesen sein, diese Lösung zu akzeptieren. Die SPD-Führung aber erhob Einspruch. Nachdem bei dem kurz zuvor verabschiedeten Steuerpaket (das unter anderem eine Senkung der Vermögenssteuer

36 Saarländische Sozialministerin Scheurlen, in Bundesrat, 447. Sitzung, 24.06.1977: 182; Bonner Rundschau, 16.05.1977 und Saarbrücker Zeitung, 22.06.1977.

beinhaltete) die FDP sich gegen erheblichen Widerstand in den Reihen der Sozialdemokraten durchgesetzt hatte, war die Stimmung in der SPD-Fraktion offenbar zu gereizt, als daß sich die Parteiführung auf ein solches Vorgehen einlassen wollte (Frankfurter Allgemeine und General-Anzeiger, 24.06.1977). Statt dessen baute Ehrenberg der niedersächsischen CDU eine (zumindest rhetorische) Brücke in der Gestalt einer "Interpretation" des Gesetzes, die er dann im Bundesrat vortrug, und in der er - der CDU/CSU und den Kassenärzten entgegenkommend - klarstellte, daß die in den Bestimmungen über die kassenärztliche Vergütung vorkommenden Begriffe "Entwicklung der Praxiskosten" und "ärztliche Arbeitszeit" den medizinischen Fortschritt und die veränderte Morbidität der Bevölkerung umfaßten (vgl. Ehrenberg, in Bundesrat, 447. Sitzung, 24.06.1977: 184).³⁷ Nun befand der niedersächsische Ministerpräsident, das Gesetz würde es nicht mehr rechtfertigen, daß seinetwegen "die Landespolitik in Niedersachsen in ernste Schwierigkeiten gerät" (Albrecht, in Bundesrat, 447. Sitzung, 24.06.1977: 185).³⁸ Mit den Stimmen Niedersachsens wurde das Gesetz angenommen.

10 Schlußfolgerungen

Die Auseinandersetzung zwischen der sozialliberalen Koalition und den deutschen Kassenärzten über das Kostendämpfungsgesetz war die größte seit Anfang der 60er Jahre, als der damalige christdemokratische Arbeitsminister Blank eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung durchzusetzen versuchte (siehe Kapitel 4). Warum gelang es aber der sozialliberalen Koalition, ihre Kostendämpfungsgesetzgebung im ambulanten Sektor weitgehend durchzusetzen, während Blanks Reformbemühungen scheiterten? Eine vergleichende Analyse der beiden Konflikte ergibt folgende Faktoren, die die Durchsetzung des sozialliberalen Kostendämpfungsprogramms begünstigten:

37 Äußerungen eines Beamten des BMA zufolge hatte das Ministerium diese Bestimmungen von vornherein so interpretiert. Siehe Protokoll der 9. Sitzung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung, 21.04.1977: 47.

38 Die wichtigsten Einwände Albrechts gegen das Gesetz betrafen die Autonomie der Ersatzkassen sowie die Durchführung vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung in den Krankenhäusern. In der letzten Frage setzten die liberalen Vermittlungsausschußmitglieder aus Niedersachsen und dem Saarland eine wichtige Änderung im Gesetzentwurf durch (siehe Kapitel 2). Es war nicht so, daß die Vertreter der FDP im Ausschuß den Gesetzentwurf in allen Punkten guthießen.

1. Beide Regierungsparteien erkannten einen sehr hohen Handlungsbedarf. Seit spätestens 1974 ging der rasante Anstieg der Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einem deutlich langsameren Wirtschaftswachstum einher. Die steigenden Kosten konnten in einem immer größeren Umfang nur durch Beitragserhöhungen aufgefangen werden. Der durchschnittliche Beitragssatz wuchs allein zwischen 1974 und 1977 um zwei Prozentpunkte - fast genau so viel wie in den gesamten 60er Jahren (siehe Tabelle, S. 231). Unter diesen Bedingungen konnten die Regierungsparteien schwerlich den Standpunkt vertreten, den die FDP nach dem Scheitern des zweiten Reformversuchs Blanks vertreten hatte, daß die "derzeitige(n) Regelungen nicht allzu schlecht" seien.³⁹ Zwar hätte die Koalition den Handlungsbedarf im Bereich der Krankenversicherung zumindest "hinausschieben" können, indem sie die Rentenbeiträge heraufgesetzt hätte, anstatt die Überweisungen der Rentenversicherung an die Krankenkassen für die Krankenversicherung der Rentner zu kürzen. Für eine solche Lösung trat aber keine Strömung innerhalb der Koalitionsparteien ein. Gerade die FDP hatte eine Anhebung der Rentenbeiträge immer wieder abgelehnt.

Statt Kostendämpfungsmaßnahmen zu treffen, hätte man auch die Krankenversicherungsbeiträge steigen lassen können. Diese Lösung stieß auf ebensowenig Resonanz bei den Koalitionsparteien wie die Heraufsetzung der Rentenbeiträge. Die sozialdemokratischen Sozialpolitiker waren völlig auf ein Kostendämpfungsgesetz eingestellt (siehe Abschnitte 6 und 8), und auch maßgebliche liberale Politiker waren der Meinung, daß die Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen "zu den wichtigsten Aufgaben der kommenden Jahre" gehöre (Mischnick, zit. in Stern, 09.12.1976). Ob der Widerstand gegen einen durch Gesetzesmaßnahmen ungehinderten Kostenanstieg durch die Ablehnung einer größeren Beitragslast der Arbeitnehmer (wie im Fall der SPD vermutet werden könnte) oder der Arbeitgeber (wie im Fall zumindest des "Wirtschaftsflügels" der FDP vermutet werden könnte) bedingt war, mag dahingestellt bleiben. Auf alle Fälle gab es unter den Wählern einen breiten Widerstand gegen eine Beitragssteigerung: Nach einer Umfrage lehnten 80% höhere Beiträge als Ausweg aus der Finanzkrise der Krankenversicherung ab (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 62). Arendts Äußerung, daß für die Arbeitnehmer die "Grenze der Belastbarkeit" erreicht sei,

39 Zitat von Klaus Gerber (sozialpolitischer Referent der Bundesgeschäftsstelle der FDP), "Überblick über die politisch relevanten Gesetze und Gesetzesvorhaben", 03.11.1964 (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen AG/55: 1).

zeigte, daß der Widerstand gegen weitere Beitragserhöhungen in der Koalition erkannt wurde.

2. Im Gegensatz zu den Reformbemühungen Blanks, die bei der Wählerschaft auf breite Ablehnung gestoßen waren und deren wahlpolitische Konsequenzen dem Kanzler Adenauer große Sorge bereitet hatten, kamen die sozialliberalen Kostendämpfungsvorschläge, soweit sie die Kassenärzte betrafen, in der Öffentlichkeit sehr gut an. Dies galt vor allem für den Vorschlag, die Arzthonorare "nicht stärker ansteigen zu lassen als andere Einkommen", den nach einer Umfrage mehr als vier Fünftel der Wähler guthießen (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 62 und Stone 1980: 156/157). Der gleichen Befragung zufolge meinte eine große Mehrheit der Wähler (60%), daß die Ärzte zuviel verdienten (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 70). Entsprechend deutlich (im Verhältnis von drei zu eins) überwog der Anteil der Anhänger der Regierung im Streit mit den Kassenärzten (ebd.: 62). In den relevanten Regierungskreisen, so etwa im BMA, war der starke Rückhalt der öffentlichen Meinung, über den die Regierung verfügte, zu spüren (siehe Abschnitte 8 und 9). Dies dürfte um so mehr der Fall gewesen sein, als verschiedene Ärzteverbände mit Streikmaßnahmen gedroht bzw. in Niedersachsen zu Streiks aufgerufen hatten. Solche Schritte stießen in der Öffentlichkeit auf nahezu einheitliche Ablehnung. Die radikalen Strömungen innerhalb der Kassenärzteschaft, die den Kampf gegen das Kostendämpfungsgesetz verschärfen wollten, spielten in die Hände der Koalition, genauso wie zuvor die Gegner freiwilliger Honorarbeschränkung die Glaubwürdigkeit derjenigen Standesführer untergraben hatten, die versicherten, für gesetzliche Eingriffe in das Vergütungsrecht bestünde kein Anlaß.

Die "öffentliche Meinung" hatte freilich im Hinblick auf die Kostendämpfung der Koalition keinen Blankoscheck geschrieben. Ihre Zustimmung galt einem Konzept, das Opfer vorwiegend von den Leistungserbringern verlangte. Trotz der finanziellen Engpässe in der Krankenversicherung waren Versichertenselbstbeteiligungen äußerst unbeliebt: Den Vorschlag, Patienten stärker an den Kosten zu beteiligen, um die Kostenentwicklung einzudämmen, lehnten etwa drei Viertel der Wähler ab (Der Spiegel, Nr. 12, 1977: 62). Die vorgesehenen Maßnahmen zur Erhöhung von Versichertenselbstbeteiligungen waren aber sehr begrenzt (vgl. Abschnitt 8). Sie spielten in der öffentlichen Diskussion über das Kostendämpfungsgesetz kaum eine Rolle.

3. Durch den weitgehenden Verzicht auf Selbstbeteiligungsmaßnahmen stellte die Koalition nicht nur sicher, daß die öffentliche Meinung kaum gegen ihre Kostendämpfungspläne mobilisiert werden konnte,

sondern sie sicherte sich außerdem die Unterstützung der Gewerkschaften für ihr Konzept (vgl. Abschnitt 9). Im Gegensatz zu Blank in den 60er Jahren konnte die Koalition so vermeiden, daß sie in einen "Zwei-Fronten-Krieg" gegen Kassenärzte und Gewerkschaften verwickelt wurde. Das "Zweckbündnis" zwischen Ärzten und Gewerkschaften hatte maßgeblich zum Scheitern der Blankschen Reformversuche beigetragen (siehe Kapitel 4). Wissend, daß die Gewerkschaften *und* die Arbeitgeberverbände nicht nur nicht gegen ihre Kostendämpfungspolitik waren, sondern sie sogar nach Kräften unterstützten, konnte die Koalition um so zuversichtlicher die Auseinandersetzung mit den Kassenärzten führen. Gerade der Bundeskanzler wußte die Parteinahme der beiden großen Tarifparteien zugunsten der Bundesregierung zu schätzen (Der Deutsche Arzt, Nr. 12/13, 1977: 3).

4. Im Gegensatz zu Adenauer, der seinen Arbeitsminister Blank schließlich nicht mehr unterstützt hatte, stärkte Bundeskanzler Schmidt seinem Arbeitsminister den Rücken in der Auseinandersetzung mit den Kassenärzten. Zu einem Zeitpunkt als der Vorgänger Ehrenbergs, Arendt, gezögert hatte, gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen, suchte Schmidt die Kostendämpfungsgesetzgebung voranzutreiben (siehe Abschnitt 8). Den Konflikt mit den Kassenärzten scheute er dabei nicht. Die Kritik Mutschalliks an den Kostendämpfungsvorschlägen wies er zurück. Dem KBV-Vorsitzenden schrieb Schmidt, daß er "eine Bestätigung des von Ihnen vorgezeichneten Weges" darin sähe, wenn die Bundesregierung jetzt beabsichtige, die Empfehlungsvereinbarung in ein "gesetzlich vorgegebenes Verfahren unter Beibehaltung der vertraglichen Basis" umzuwandeln (Deutsches Ärzteblatt 1977: 340). Als sich die parteipolitische Auseinandersetzung um das Gesetz kurz vor der Sitzung des Vermittlungsausschusses zuspitzte, betonte Schmidt, daß es kein Gesetz ohne eine Bundesempfehlung zur ärztlichen Gesamtvergütung und ohne einen Höchstbetrag für die Arzneimittel gebe, d.h. wenn diese Bestimmungen wegfielen, würde die Koalition das ganze Paket scheitern lassen (Kölner Stadt-Anzeiger, 21.06.1977).

Der Arbeitsminister bekam für seine Kostendämpfungspläne auch Rückendeckung von der SPD-Bundestagsfraktion. Die sozialpolitischen Experten der Fraktion hatten gesetzliche Maßnahmen zur Eindämmung des kassenärztlichen Honorarzuwachses längst befürwortet. Wenn vor den Bundestagswahlen 1976 nichts derartiges geschehen war, ließ sich dies nicht auf ihren Widerstand, sondern auf den des damaligen Ministers Arendt zurückführen. In der Willensbildung der SPD bzw. der Koalition spielten sie nach den Wahlen eine zentrale Rolle: "Sie haben

Ehrenberg eingebunden" (Interview). Im Gegensatz zu der CDU/CSU-Fraktion der frühen 60er Jahre, die in der Frage der Krankenversicherungsreform handlungsunfähig geworden war, fiel die SPD-Fraktion unter dem Druck der Gegner des Kostendämpfungsgesetzes nicht auseinander. Die Rücksichtnahme auf die Stimmung in der Fraktion erforderte, daß die Bundesregierung den Kassenärzten gegenüber hart blieb und ihnen nicht entgegenkam. Das gleiche galt im Hinblick auf die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen. Ihr Vorsitzender warnte die Parteiführung davor, der FDP gegenüber zu nachgiebig zu sein (Die Welt, 25.04.1977). Hierbei ist freilich zu berücksichtigen, daß keine traditionelle gesundheitspolitische Klientel der Sozialdemokratie, wie etwa die Gewerkschaften oder die Ortskassen, gegen das geplante Gesetz opponierte.

5. Anders sah die Lage bei der FDP aus. Traditionell standen die Liberalen den freien Berufen, auch den Kassenärzten, sehr nahe. In den frühen 60er Jahren war es selbstverständlich, daß sich der Bundesgesundheitsausschuß der FDP mit der damaligen Krankenversicherungsreform "aus ärztlicher Sicht", nicht etwa aus der der Kassen oder der Versicherten, befaßt hatte (siehe Kapitel 4). In den 70er Jahren orientierte sich die FDP aber nicht mehr so eindeutig und ausschließlich an den freien Berufen und dem selbständigen Mittelstand (siehe Kapitel 6). Rücksichtnahme auf ihre Klientel bzw. Zielgruppen in der Wirtschaft und unter den Angestellten, denen ein Interesse an einer Eindämmung des Beitragsanstiegs unterstellt werden konnte, verboten es den Liberalen, sich nur nach den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen zu richten. Gleichwohl wollte die FDP-Führung vermeiden, daß bei der Konzipierung und Durchsetzung des Kostendämpfungsgesetzes (dessen Rahmen sie unter Ausschluß des führenden und den Leistungsanbietern am nächsten stehenden sozialpolitischen Experten der Fraktion mit der SPD-Führung abgesteckt hatte) die Koalition in einen diametralen Gegensatz zu der Kassenärzteschaft geriet. Man warb um die Einsicht der besonnenen Kräfte innerhalb der Ärzteschaft in die Notwendigkeit der Kostendämpfung und versuchte sie zu überzeugen, daß es besser sei, sich mit der vorgesehenen Neuregelung abzufinden als zu riskieren, daß in ein paar Jahren etwas kommen würde, das die Kassenärzte "sehr viel härter" treffen würde (Interview). Die "Krisendiplomatie" der Parteiführung vor der entscheidenden Kabinettsitzung deutete darauf hin, daß sie, ohne ihre grundsätzliche Zustimmung zu dem Gesetz in Frage zu stellen, auf Drängen der Kassenärzte einzelne Bestimmungen des Entwurfs entschärfen wollte. Dies schaffte sie auch zum Teil, ohne jedoch die Neurege-

lung der ärztlichen Vergütung auszuhöhlen. In der letzten Phase der Auseinandersetzung traten dann klientelistische Rücksichtnahmen hinter übergeordneten koalitionspolitischen Überlegungen zurück, die die Parteiführung zwangen, das Gesetz "möglichst unangefochten" mit Hilfe von zwei von der FDP mitregierten Ländern durch den Vermittlungsausschuß und den Bundesrat zu bringen (Interview).

Die Frage, warum sich die FDP überhaupt auf einen Konflikt mit den Kassenärzten einließ, läßt sich nicht nur mit dem Hinweis auf die gegensätzlichen Interessen liberaler Klientel, auf kurzfristige Koalitionswänge und auf langfristige Kalküle, die auf eine Sprengung der sozialliberalen Bundeskoalition hinausliefen, beantworten. Hinzu kam der Einfluß der zu dieser Zeit herrschenden Meinungskonstellation innerhalb der Partei. Wirtschafts- und Sozialliberale stimmten darin überein, daß im Interesse der Kostendämpfung auch die Kassenärzte einkommenspolitische Opfer bringen müßten. Zwar hätten die Wirtschaftsliberalen (so Lambsdorff und Friderichs) gerne weitergehende Selbstbeteiligungsmaßnahmen durchgesetzt als diejenigen, die die Koalition beschloß. Aber ihre Forderungen waren selbst in der FDP nicht mehrheitsfähig (siehe Abschnitte 8 und 9 und General-Anzeiger, 13.04.1977). Ein Kostendämpfungskonzept, das auf Anbieteropfer verzichtete und sich weitgehend in Belastungen der Versicherten erschöpfte, hätte die FDP-Führung der eigenen Partei gegenüber nicht vertreten können. Darum konnte sie auch nicht auf einschneidenden Selbstbeteiligungsmaßnahmen als Preis für ihre Zustimmung zu den "anbieterfeindlichen" Komponenten des Kostendämpfungsgesetzes bestehen.

Gleichzeitig gab es auch liberale Grundpositionen, die für die FDP-Führung nicht zur Disposition standen. Hierzu gehörten im Hinblick auf die kassenärztliche Honorierung die Aushandlung der Honorare, wenn auch innerhalb eines flexiblen, vom Staat gesetzten Rahmens, durch die Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Möglichkeit der unterschiedlichen Honorierung der Kassenärzte durch die RVO- und Ersatzkassen. Die Bereitschaft der FDP, Strukturreformen auf Kosten der Kassenärzte mitzutragen, war also beschränkt, und das Bundesarbeitsministerium hielt sich an das "Machbare" (siehe Abschnitt 8). Als der zuständige Unterabteilungsleiter den Referentenentwurf mit dem Titel, "Gesetz zur Kostendämpfung und zu Strukturveränderungen im Gesundheitswesen", Ehrenberg übergab, wollte der Arbeitsminister den Hinweis auf "Strukturveränderungen" bezeichnenderweise herausstreichen. Die Beamten im BMA hatten das Kostendämpfungsgesetz als ersten Schritt angesehen, dem eine 'echte' Strukturreform der Krankenversiche-

rung zu folgen hätte (siehe Abschnitt 4). Dazu war Ehrenberg aber nicht mehr bereit - er wollte es bei dem ersten Schritt belassen und setzte auf die Konzertierte Aktion (Interview). Das Zögern des Arbeitsministers dürfte vorwiegend auf zwei Gründe zurückzuführen sein. Zum einen hätte ein solches Vorhaben "sicher" zu einem Konflikt mit der FDP geführt, die damals für die SPD ein unerläßlicher Koalitionspartner war (Interview). Auch ohne einen Vorstoß seitens der SPD, eine solche Reform durchzusetzen, stritten sich die Koalitionsparteien zunehmend um Fragen, die an sich weniger konfliktbeladen waren als eine Strukturreform (vgl. Ebert 1982). Zum anderen kam es nach der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes zu einer spürbaren Verlangsamung des Kostenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Das Gesetz hatte - zumindest zunächst - "gut geklappt" (Interview). Weitere Reformschritte wurden weniger dringend.

11 Honorarpolitische Nachgeschichte des Kostendämpfungsgesetzes

In der Tat wuchsen die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung bis Ende der 70er Jahre langsamer als die Grundlohnsumme (siehe Tabelle, S. 231). Die Umkehr des bisherigen Trends ließ sich allerdings nicht auf das Gesetz als solches zurückführen. Schon in den Jahren 1976 und 1977, d.h. ehe die neuen Regelungen verabschiedet wurden und greifen konnten, wurde der Kostenanstieg scharf gebremst (Griesewell 1985: 559). Dies war wohl das Verdienst der zweiten Empfehlungsvereinbarung der KBV und der RVO-Kassen, die die Gesamtvergütung der Kassenärzte zum ersten Mal seit dem Übergang zur Einzelleistungshonorierung deckelte, und des zwischen der KBV und den Ersatzkassen vereinbarten "Honorarstillstands" (siehe Abschnitt 6).

Das Kostendämpfungsgesetz konnte frühestens ab 1978 auf die ambulante Kostenentwicklung wirken. Die Neuregelung der kassenärztlichen Vergütung konnte aber nicht verhindern, daß sich ab 1979 das ambulante Ausgabenwachstum erneut beschleunigte und 1980 und 1981 der Kostenanstieg das Grundlohnsummenwachstum wieder überstieg. Entgegen den Bestimmungen des Gesetzes gab es ab Mitte 1979 (zunächst) keine gedeckelte Gesamtvergütung mehr. Mit den Ersatzkassen vereinbarte die KBV ab dem Anfang 1979 eine Gebührenerhöhung und eine gleichzeitige Rückkehr zur uneingeschränkten Einzelleistungshonorierung.

Die Vertragsparteien sollten kostendämpfende Maßnahmen vereinbaren, wenn es zu einer "nicht vertretbaren" Ausgabensteigerung käme (KBV 1979: 11). Die RVO-Kassen zogen den Ersatzkassen nach und führten die ungedeckelte Einzelleistungshonorierung, außer für Laborleistungen, ab Mitte 1979 auch wieder ein. Daß die Auslegung des Kostendämpfungsgesetzes, die diesen Verträgen zugrunde lag, "umstritten" sein würde, gestand die KBV freimütig ein (ebd.: 11).

Die Rückkehr zur Einzelleistungshonorierung, weniger als zwei Jahre nach der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes, ließ sich durchaus als "verbandsstrategische Meisterleistung" der KBV einstufen (zit. in Groser 1987: 747). Ohne eine Vereinbarung über die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung, stellte eine Empfehlung der Konzertierten Aktion bzw. der Kassenspitzenverbände und der KBV, wie sie im Kostendämpfungsgesetz vorgesehen wurde, eine bloße Zielgröße dar.⁴⁰ Eine Steuerung der Mengenkomponente fand nicht statt; das Morbiditätsrisiko trugen wieder die Kassen. Angesichts der nach Überwindung der ersten Ölpreiskrise "völlig veränderten Wirtschaftslage", sagte Muschallik der Konzertierten Aktion im Frühjahr 1980, müßte die Forderung nach "mindestens der Erhaltung des Realeinkommens des freipraktizierenden Kassenarztes" nicht weniger Gewicht beigemessen werden als dem Ziel der Beitragssatz-Stabilität (KBV 1980: 11).

Die honorarpolitische "Meisterleistung" der Kassenärztlichen Vereinigungen bescherte den Kassenärzten einen hohen Honorarzuwachs in den Jahren 1980 und 1981. Dieser brachte sie aber gleichzeitig in gefährliche politische Fahrwasser. Das Zusammentreffen des erneuten Kostenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der sich ab 1981 verschlechternden Wirtschaftslage brachte die Kostendämpfungsfrage erneut auf die Tagesordnung der sozialliberalen Koalition. Im Rahmen der "Operation 1982" wurde Ehrenberg beauftragt, ein Gesetz vorzubereiten, das u.a. "die ungezügelter Einkommensentwicklung bei Ärzten und Zahnärzten" in Angriff nehmen sollte (Frankfurter Rundschau, 30.07.1981). Die offenbar von Ehrenberg angestrebte gesetzliche Deckelung der Gesamtvergütung wurde allerdings nicht beschlossen. Sie scheiterte an den Einwänden der FDP (Frankfurter Rundschau und Süddeutsche Zeitung,

40 Nach Griesewell (1985: 564) wurden die Empfehlungen der Konzertierten Aktion sowieso durch die Ersatzkassen und die KBV "verfahrensmäßig" dadurch unterlaufen, daß die Honorarverträge bereits vor den Beratungen des Gremiums abgeschlossen wurden.

04.09.1981; Der Spiegel, Nr. 37, 1981: 23).⁴¹ Freilich sagten die Kassenärzte der Regierung zu, daß sie in eine Verlängerung der ab Anfang 1981 geltenden Verträge über die Mitte des Jahres 1981 hinaus bis zum Jahresende 1982 einwilligen würden. Da die Regierung gleichzeitig beschlossen hatte, einen gesonderten Gesetzentwurf zur Lösung der "tiefgreifenden Strukturprobleme" der Krankenversicherung erarbeiten zu lassen, waren die Kassenärzte weiterhin in einer politisch prekären Lage (Zitat aus der BT-Drucksache 9/1300: 10). Insoweit ließ sich diese Zusage als ein Schritt interpretieren, der auch eine etwaige künftige Einschränkung der Vertragsfreiheit von Kassenärzten und Kassen zuvor kommen und abwenden sollte. Zwar war mit der Zusage keine Deckelung der Gesamtvergütung verbunden, da die Gesamtvergütung in den geltenden Verträgen nicht geregelt war. Aber die Kombination der Einfrierung der Gebührensätze mit einer Fallwertbegrenzung trug vermutlich entscheidend dazu bei, daß im Jahr 1982 der Anstieg der ambulanten Behandlungskosten deutlich unter den der Grundlohnsomme zurückfiel.⁴²

Die angekündigte sozialliberale Strukturreform der Krankenversicherung kam schon allein deswegen nicht zustande, weil die Koalition 1982 auseinanderbrach und von einer christlich-liberalen Bundesregierung abgelöst wurde. Auf die Forderung des neuen Bundesarbeitsministers Blüm nach einer "Verschnaufpause" im Gesundheitswesen antwortete die KBV mit der Zusage, die Honorarverträge mit den Kassen abermals bis Mitte 1983 zu verlängern (KBV 1982: 21, 28/29).⁴³ Nach dem

41 Über die Verwässerung des Entwurfs im Bundeskabinett und anschließend im Bundesrat, wo vor allem die Bestimmungen zum Krankenhauswesen betroffen waren, schrieb ein sozialdemokratischer Kommentator: "Die Liberalen haben dem Entwurf des Bundesarbeitsministers schon im Kabinett so viel Zähne gezogen, daß er gegen die Kostentreiber im Gesundheitsbereich gar keinen Biß mehr hat. Im Bundesrat beraubte man ihn nun auch noch seiner letzten Milchzähnen" (Mews 1981).

42 Der Fallwert ist der Quotient aus der Summe der vom Arzt abgerechneten Leistungen und der Patientenzahl einer bestimmten Krankenkasse pro Quartal und bezieht sich nicht auf die Krankheiten, sondern auf den Behandlungsfall (d.h. auf die gesamte, von demselben Arzt innerhalb desselben Quartals an demselben Kranken vorgenommene Behandlung) (Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft 1989: 34). Da eine Fallwertbegrenzung die Vergütung pro Behandlungsfall begrenzt, nicht aber die Anzahl der Fälle, besitzt sie nicht die gleiche Steuerungskapazität wie eine gedeckelte Gesamtvergütung. Auch bei ihrer Anwendung bleibt das Morbiditätsrisiko - das Risiko eines Anstiegs der Zahl der Behandlungsfälle - bei den Krankenkassen, wie die KBV selbst urteilte (KBV 1981: 60).

43 Die Politik der KBV gegenüber der christlich-liberalen Koalition wurde auch von den freien Ärzteverbänden mitgetragen. In der Verlängerung des "Honorarstillstands" ist eine Hilfestellung für die neue Bundesregierung zu sehen, die für März 1983 Bundestagswahlen angekündigt hatte. Den Regierungswechsel hatten die meisten Ärzteverbände "lebhaft

Auslaufen des "Honorarstillstands" aber stiegen die ambulanten und auch andere Ausgaben der Krankenkassen erneut stark an. Nachdem noch Anfang 1984 der durchschnittliche Beitragssatz auf das Niveau von 1980 gesunken war, mußten die Beiträge 1985 wieder heraufgesetzt werden. Die SPD, die Gewerkschaften und die Krankenkassen warfen der Bundesregierung Tatenlosigkeit in der Krankenversicherungspolitik vor. Die Bundesregierung sah ihre Bemühungen um einen wirtschaftlichen Aufschwung und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit gefährdet (KBV 1985: 3). In einem internen Papier des BMA zu einem Gesetz zur Beitragssatzstabilität in der Krankenversicherung wurde eine dreijährige Koppelung der kassenärztlichen Vergütung an die Grundlohnsomme vorgeschlagen. In diesem Zeitraum sollte die Selbstverwaltung die Grundlagen für eine "neue Honorierungsform der Ärzte" schaffen, die "nicht nur eine Vergütung nach Einzelleistungen, sondern auch medizinisch fundierte pauschale Honorierungsformen" vorsehen sollte (BMA 1985: 1).

In dieser Lage fühlte sich der Vorstand der KBV genötigt, "zur Abwehr gesetzlicher Eingriffe ein deutliches Signal zu setzen und angesichts der äußerst aggressiven öffentlichen Diskussion die ärztlichen Honorare generell aus der Schußlinie herauszubringen" (KBV 1985: 65). Als Blüm versprach, sich für eine Erschwerung der Kassenzulassung einzusetzen, und erklärte, an Maßnahmen zur Kostendämpfung würde im BMA gearbeitet, er aber "freiwilligen Regelungen" den Vorrang geben würde, fand sich die KBV dazu bereit, die Gesamtvergütung für das folgende Jahr an die Grundlohnsomme koppeln zu lassen (ebd.: 68).⁴⁴

Einen zweiten Schritt in ihren Bemühungen, die kassenärztliche Vergütung aus der "Schußlinie herauszubringen", vollzog die KBV als sie mit den Kassenspitzenverbänden übereinkam, eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit dem Ziel einzuleiten, technische Leistungen der Ärzte niedriger und persönliche Leistungen höher zu honorieren. Die EBM-Reform sollte u.a. als Vorleistung der Kassenärzte zur Strukturreform verkauft werden, die die christlich-liberale Koalition inzwischen für die Zeit nach den Bundestagswahlen 1987 angekündigt hatte (KBV 1986: 19, 36/37, 51/52, 66/67; KBV 1987: 51). Zu diesem Zweck, und für die Zusage, so lange wie die Überarbeitung des

begrüßt" (Deppe 1987: 72).

44 "Bonner Regierungskreise" hatten der KBV angedeutet, daß die Bundesregierung die geltenden Beitragssätze gesetzlich festschreiben könnte, wenn freiwillige Kostendämpfung nicht erfolgte (KBV 1985: 21).

EBM andauere, die Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme zu binden, versprachen die Kassen der KBV, sie würden sich auch für gesetzliche Schritte zur Eindämmung der "Ärztenschwemme" einsetzen. Die Kassen und die KBV erklärten ihre gemeinsame Absicht, nach dem Abschluß der EBM-Reform zur Einzelleistungsvergütung zurückzukehren (KBV 1986.: 20/21). Der EBM-Reform sollte also die Rückkehr zur Einzelleistungshonorierung und nicht die Einführung von etwaigen, vom BMA angestrebten "neuen Honorierungsformen" folgen.

Die Strategie der KBV ging zu einem großen Teil auf. Blüm attestierte den Kassenärzten "vorbildliches Verhalten" und stufte die Honorarpolitik und die EBM-Reform als "Flankenschutz für die Vorbereitung der Strukturreform" bzw. als "eine wesentliche Vorleistung für die Strukturreform" ein (KBV 1987: 52). Der Leiter der Abteilung Krankenversicherung im BMA verkündete: Eine Strukturreform gegen die Ärzteschaft ist "nicht gewollt, sie ist nicht erforderlich, und sie wird es deshalb auch nicht geben" (ebd.: 52). Diese Versprechung hielt die christlich-liberale Koalition ein. In dem schließlich 1988 verabschiedeten Gesundheitsreformgesetz verzichtete sie auf eine Neuregelung der kassenärztlichen Honorierung.⁴⁵ Nicht die Gesundheitsreform, sondern die steigenden Ärztezahlen, die kein Gegenstand der Reform waren, schienen die Kassenärzte am meisten zu beunruhigen (Webber 1989: 287). Von der KBV wurde Blüm daran erinnert, daß er bei ihr "im Wort" bleibe, gemäß ihrer Absprache aus dem Jahr 1985 (siehe oben) für eine Verlängerung der Ausbildungs- bzw. Praktikumszeit für Kassenärzte zu sorgen (zit. in: Deutsches Ärzteblatt 1988: 2514).⁴⁶

Auch wenn der Wunsch der KBV, daß in der Gesundheitsreform die Zulassung zum Kassenarzt erschwert würde, nicht erfüllt wurde, so war es ihr doch gelungen, die kassenärztliche Vergütung aus der unmittelbaren "politischen Schußlinie" herauszuhalten. Als Mitte 1989 nach Einführung der EBM-Reform die Verträge ausliefen, die die kassenärztliche Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme koppelten, vereinbarten die KBV und die Kassen eine partielle Rückkehr zur ungedeckelten

45 In anderen durch das Gesetz geregelten Fragen kam es zu heißen Wortgefechten zwischen der Koalition und vor allem den freien Ärzteverbänden. Mit Hilfe der FDP und in manchen Fragen auch der CSU gelang es aber den Kassenärzten, die ursprünglich vorgesehenen Bestimmungen zu ihren Gunsten erheblich abzumildern (siehe Kapitel 2 und 4 und Webber 1989).

46 Blüm bemühte sich in dieser Frage im Sinne der KBV. Da aber der Bund in diesem Bereich Kompetenzen mit der EG und mit den Bundesländern teilt, konnte er sich zunächst nicht durchsetzen (siehe *Ärztezeitung*, 28.04.1988: 1, *Frankfurter Allgemeine*, 07.04.1989 und Webber 1989: 292).

Einzelleistungshonorierung.⁴⁷ Zwar machten die ungedeckelten Leistungen nur etwa fünf Prozent der Gesamtvergütung aus (Interview), aber die KBV und die Kassen bekräftigten ihre Absicht, zur generellen Einzelleistungshonorierung zurückzukehren. Die KBV wertete den Schritt als "einen Durchbruch in Richtung Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung", der für die Honorarpolitik "elementare Bedeutung" habe (Ärztezeitung, 24/25.02.1989: 1). Eine freilich nur "stufenweise" Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungshonorierung hielt die KBV-Führung nach eigenen Angaben für "machbar" (zit. in: Deutsches Ärzteblatt 1989: 2616).

Insgesamt zeigte die Kostenentwicklung bei der ambulanten Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Mitte der 70er Jahre, daß die 'gemeinsame Selbstverwaltung' der Kassen und der Kassenärzte diese durchaus steuern *kann*. Voraussetzung für das Bremsen der Kostenentwicklung ist aber, daß die Kassenärzte unter starkem politischem Druck stehen und es vorziehen, zumindest kurzfristige honorarpolitische Selbstbeschränkung zu üben, statt den eventuellen Verlust übergeordneter langfristiger Errungenschaften des Standes (wie eben die Selbstverwaltung) in Kauf zu nehmen. Tatsächlich hatte die KBV seit 1977 immer wieder befürchtet, daß der Gesetzgeber die Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Kassenärzten einengen könnte (Interview).

In dem Maße, wie es den Kassenärztlichen Vereinigungen gelingt, honorarpolitische Selbstbeschränkung zu üben, wächst ihre Glaubwürdigkeit, wenn sie sagen, bei der kassenärztlichen Vergütung bestehe kein politischer Handlungsbedarf. Ebenso vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit, daß 'ärztefeindliche' Reformbemühungen unterbleiben. Wenn sich im Bereich der kassenärztlichen Honorierung die oben dargestellte Strategie durchhalten ließe und durchgreifende gesetzliche Reformen abgewendet würden, dann dürfte dies durch die eigentümliche Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit einem faktischen Monopol der ambulanten Versorgung und Zwangsmitgliedschaft begünstigt worden sein (vgl. Webber 1988). Diese Eigenschaften, die die Entstehung konkurrierender und zugleich vertragsfähiger

47 Die mehrjährige Koppelung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsomme verteidigte der KBV-Vorsitzende Häußler vor einer KBV-Vertreterversammlung mit dem Argument: "Wer von den Kritikern traut sich zu, in der gegenwärtigen sozialpolitischen Situation und angesichts einer Opposition, die gerade die Einführung einer diagnoseabhängigen Fallpauschale für die Kassenärzte gefordert hat, auf dem Wege alljährlicher Honorarverhandlungen Zuwachsraten herauszuholen, wie sie uns dieses Abkommen sichert?" (Häußler 1988).

kassenärztlicher Interessenvertretungen verhindern, verleihen den Vereinigungen eine sehr hohe Fähigkeit, der "Basis" honorarpolitische Selbstbeschränkung aufzuerlegen.

Freilich sind dieser Fähigkeit Grenzen gesetzt. Eine dieser Grenzen besteht im föderalistischen Aufbau der kassenärztlichen Körperschaften. Verfechter der oben geschilderten "Selbstbeschränkungspolitik" war zuallererst die Kassenärztliche *Bundesvereinigung*. Vertragspartner der RVO-Kassen sind aber die 18, meistens mit den Bundesländern deckungsgleichen Kassenärztlichen Vereinigungen. Um ihre jeweilige Strategie gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen durchzusetzen, ist die KBV auf ihre Überzeugungskraft, auf "moral suasion", angewiesen. Daß diese Kraft ausreicht, um die Länderorganisationen auf ihrer Linie zu halten bzw. auf ihre Linie zu bringen, ist nicht sicher. Besonders die Kassenärztlichen Vereinigungen in den wirtschaftlich starken Regionen im Süden der Bundesrepublik haben versucht, die Empfehlungsvereinbarungen der 70er Jahre abzuwandeln bzw. zu unterlaufen.

Eine zweite Grenze besteht darin, daß die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch der KBV, sich immer wieder zur Wahl stellen müssen. Spätestens dann müssen sie Rechenschaft über ihre Politik ablegen und Mehrheiten für sie herstellen. Daß ihnen dies gelingt, ist ebenfalls nicht sicher. Vor allem die freien Ärzteverbände, die in einem natürlichen Spannungsverhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen leben, beobachten deren Führung genau und stehen bereit, die "Erfüllungspolitik" der Körperschaften anzuprangern und eine eventuell vorhandene Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen zu mobilisieren.

Eine dritte Grenze besteht darin, daß in anderen Bereichen des Gesundheitswesens ähnlich wirksame Steuerungsmechanismen wie die im ambulanten Bereich nicht vorhanden sind (vgl. Webber 1988). Eine Strategie der honorarpolitischen Selbstbeschränkung seitens der Kassenärzte läßt sich aber schwerer durchhalten, wenn die Kostenentwicklung in anderen Bereichen nicht gleichzeitig gebremst wird. So knüpfte auch die KBV ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Kostendämpfung an die Bereitschaft anderer Leistungserbringer, sich ebenfalls zu mäßigen (siehe Abschnitt 5).

Es war die mangelnde Fähigkeit der Kassenärzte, honorarpolitische Selbstbeschränkung zu üben bzw. sie glaubwürdig zu versprechen, die Mitte der 70er Jahre die (zeitweilige) Durchsetzung der Plafondierung der Gesamtvergütung begünstigte. Die Führung der KBV hatte zwar die Gefahr, die die Umschaltung der Bundesregierung auf eine Politik der

Kostendämpfung für die Kassenärzte darstellte, antizipiert, aber die Fakten - u.a. ein rasanter Anstieg der ambulanten Behandlungskosten - waren schon geschaffen, und es gelang ihr außerdem nicht, einen honorarpolitischen Kurswechsel gegen den Widerstand in den eigenen Reihen schnell genug zu vollziehen. Genauso war es aber die Entwicklung dieser Fähigkeit, die wesentlich dazu beitrug, daß es der Selbstverwaltung gelang, den ambulanten Kostenanstieg zu bremsen und so die Honorierung der Kassenärzte aus der politischen Schußlinie zu bringen, als in der Zeit nach 1977 die politische Diskussion für die Kassenärzte prekär wurde.

Kapitel 6

Schlußfolgerungen

1 Einleitung

In den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik gestaltete sich die Position der deutschen Kassenärzteschaft zunehmend günstig. Bis zum Anfang der 70er Jahre blieb kaum ein vorrangiges Ziel der ärztlichen Standespolitik unverwirklicht. In den ersten Nachkriegsjahren war es einer Koalition von Ärzte-, Arbeitgeber- und Angestellten-Kassenverbänden und bürgerlichen Parteien gelungen, Forderungen nach der Errichtung einer Einheitsversicherung abzuwehren. Anfang der 50er Jahre wurde - im Rahmen einer Neuordnung der Zusammensetzung der kontrollierenden Organe der Kassen - die Selbstverwaltung der Krankenversicherung und damit die Vertragsfreiheit zwischen Kassen und kassenärztlichen Vereinigungen wiederhergestellt. Im Kassenarztrechtgesetz von 1955 wurde den kassenärztlichen Vereinigungen ein Monopol der ambulanten medizinischen Versorgung zugestanden, für das die Kassenärzte allerdings auf das Streikrecht verzichteten (Ärztezeitung, 19.1.1988). Das gleiche Gesetz ermöglichte es den Kassenärzten auch, durch Verhandlungen mit den RVO-Kassen den von ihnen favorisierten Honorierungsmodus der Einzelleistungsvergütung durchzusetzen. Bis zum Ende der 60er Jahre vergüteten praktisch alle RVO-Kassen die Kassenärzte nach Einzelleistungen. Hinzu kam, daß der Gesetzgeber den Umfang des kassenärztlichen Versorgungsmonopols schrittweise ausgebaut hatte, indem er Leistungen, die traditionell vom öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht worden waren, an die Gesetzliche Krankenversicherung übertrug. Gleichzeitig fungierte der VÄD durch eine Reform der Lohnfortzahlung für Arbeiter nicht mehr im gleichen Umfang wie zuvor als Organ zur Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit. Die gleiche Reform übertrug die Finanzierung der Lohnfortzahlung für Arbeiter von den Kassen an die Arbeitgeber und erweiterte kurzfristig den finanziel-

len Spielraum der Kassen zur Befriedigung der honorarpolitischen Forderungen der Kassenärzte. In wechselnden Koalitionen, zunächst mit den bürgerlichen Parteien, den Arbeitgebern, den Kassen (sofern es sich nicht um *Ortskassen* handelte) und in den 60er Jahren vornehmlich mit den Gewerkschaften und mit der Sozialdemokratie, war es den kassenärztlichen Standesorganisationen gelungen, 'ärztefeindliche' Reformbemühungen zum Scheitern zu bringen und wichtige standespolitische Ziele durchzusetzen.

Zur gleichen Zeit als es den Kassenärzten gelang, ihre Position im Machtgefüge der Krankenversicherung zu stärken, wurde die Stellung der Krankenkassen zunehmend geschwächt. Die Kassen mußten die ausgedehnten Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin finanzieren; sie konnten sie aber immer weniger steuern. Ihr Leistungsangebot wurde vom Gesetzgeber zunehmend festgeschrieben und ausgeweitet. Nach dem Urteil des BVG zur Niederlassungsfreiheit im Jahre 1960 wurde der Zugang zur kassenärztlichen Versorgung nicht mehr gebremst. Nachdem die Kassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die Einzelleistungshonorierung zugestanden hatten, konnten sie die Menge bzw. den Gesamtpreis der angebotenen Leistungen nicht mehr kontrollieren. Nur noch über den Preis der einzelnen Leistungen wurde mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt, und hier bestand immer die Gefahr, daß sich die miteinander konkurrierenden Kassenarten von den monolithisch organisierten Kassenärzten gegeneinander ausspielen ließen. Es ist also nicht verwunderlich, daß es in den späten 60er und frühen 70er Jahren zu einem steilen, wenn auch zum Teil durchaus intendierten Kostenanstieg kam, der, als er mit einer schweren Wirtschaftskrise kollidierte, das Gerüst der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig erschütterte. Seit Mitte der 70er Jahre ist die Debatte über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder aufgeflammt bzw. ist kaum wieder von der politischen Tagesordnung verschwunden.

Unter diesen veränderten Rahmenbedingungen geriet die Kassenärzteschaft, die den weitaus größten Teil der Krankenversicherungsausgaben direkt oder indirekt veranlaßt, in die politische Defensive. Den Ärzteverbänden ging es jetzt vorrangig darum, die bisherigen Erfolge, so etwa die Einzelleistungshonorierung, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, die Therapiefreiheit, die Selbstverwaltung und die damit verbundene Vertragsfreiheit mit den Krankenkassen, gegen die Angriffe anderer korporativer Akteure zu sichern. Die vorangehenden Fallstudien zeigen, daß sich Reformen, die den Besitzstand der Kassen-

ärzte beeinträchtigt hätten bzw. hätten beeinträchtigen können, meistens entweder nicht oder nur in sehr begrenztem Maße durchsetzen ließen.

Gesetzliche Bestimmungen, die die Durchführung von prästationärer Diagnostik und poststationärer Behandlung im Krankenhaus ermöglichen sollten, blieben weitgehend wirkungslos, da es infolge des Widerstands der Kassenärzte nicht zu den kollektiven Verträgen gekommen war, ohne die solche Maßnahmen nicht umgesetzt werden durften. Auf die Regelung derartiger Maßnahmen per Gesetz wurde zugunsten der Selbstverwaltung verzichtet. In dieser Hinsicht blieb das ambulante Behandlungsmonopol der Kassenärzte also unangetastet. Der sich weiterhin auf dem Rückzug befindende öffentliche Gesundheitsdienst stellte ebenfalls keine Gefahr für die Kompetenzen der niedergelassenen Ärzte dar.

Von der Bundesregierung und auch von der Selbstverwaltung initiierte Versuche, den VÄD umzuorganisieren und in die Lage zu versetzen, die Entscheidungen von Ärzten und anderen Leistungsanbietern auf ihre Wirtschaftlichkeit bzw. ihre Notwendigkeit besser zu überprüfen und die Kassen medizinisch zu beraten, schlugen regelmäßig fehl. Als es schließlich gelang, den VÄD den Kassen zu unterstellen, wurde eine Entscheidung gefällt, die die Funktionsfähigkeit des Dienstes in Frage zu stellen schien. Auch nach der christlich-liberalen Gesundheitsreform stellte der VÄD kaum eine ernsthafte Bedrohung für die Therapiefreiheit der Kassenärzte dar.

Nur in der Frage der Honorierung mußten die Kassenärzte (zunächst) eine politische Niederlage hinnehmen. Starker politischer Druck zwang sie zuerst, 'freiwillige' Selbstbeschränkung zu üben, dann wurden sie und die Kassen trotz des starken Widerstandes der ärztlichen Verbände per Gesetz angehalten, in den Honorarverhandlungen volkswirtschaftliche Kriterien zu beachten. Diese Niederlage konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen wenig später rückgängig machen, als es ihnen gelang, die Kassen zu einer Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungshonorierung zu bewegen. Als dann in den 80er Jahren die Kostendämpfungsfrage an politischer Dringlichkeit wieder gewann, beschritten sie erneut den Weg der freiwilligen Selbstbeschränkung. Dadurch leisteten die Kassenärzte freiwillig das, was die Bundesregierung per Gesetz hätte sichern wollen. Aber nur aus einer kurzfristigen Perspektive heraus ließ sich diese Entwicklung als Niederlage der Kassenärzteverbände einstufen. Diese Strategie diente dem der kurzfristigen Einkommensmaximierung übergeordneten Ziel der Verteidigung der honorarpolitischen Manövrierfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Daß diese, auf der Vertragsfreiheit von Kassen und Kassenärzten beruhende Fähigkeit aufrecht-

erhalten wurde, zeigte die (freilich zunächst nur sehr beschränkte) Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungshonorierung im Jahr 1989.

2 Erklärungsansätze

"Ärztefeindliche" Reformen des ambulanten Sektors des deutschen Gesundheitswesens waren in der Bundesrepublik selten, obwohl die vorherrschenden *Rahmenbedingungen* - andauernde Finanzkrise der Krankenversicherung, wachsende Verteilungskonflikte und wachsender Steuer- und Sozialbeitragswiderstand - seit einiger Zeit für die Aufrechterhaltung des kassenärztlichen Besitzstandes ungünstig sind. Dieser Tatbestand läßt sich mit mindestens drei voneinander abweichenden Erklärungsansätzen vereinbaren. In den nächsten beiden Abschnitten beschäftigen wir uns mit der Frage, welche von diesen Erklärungen am plausibelsten erscheint.

Der erste dieser Ansätze wird von Marmor und Thomas vertreten und läßt sich als die "Anbietermacht"-These bezeichnen (Marmor/Thomas 1983). Ihre These besagt, daß die "politischen Ressourcen der Ärzte in westlichen Industrieländern so überwältigend (sind), daß institutionelle Unterschiede zwischen den Ländern für die Erklärung von Regierungspolitiken hinsichtlich der Regulierung der ärztlichen Honorierung unwichtig sind". Die politischen Ressourcen der Ärzte beruhen auf ihrer Stellung als Dienstleistende ("economic producer position"), d.h. darauf, "was sie an Dienstleistungen anbieten oder auch vorenthalten können und ob ihre Dienstleistungen kurzfristig substituierbar sind" (ebd.: 123). Die Interessenvertretungen der Ärzteschaft können sich - so Marmor und Thomas - immer durchsetzen, weil die Regierungen westlicher Industriestaaten einen Ärztestreik nie riskieren würden, da sie vor den hohen politischen Kosten einer Unterbrechung der medizinischen Versorgung zurückschrecken. Diese These wird freilich in vierfacher Weise eingeschränkt: Sie wird auf den Honorierungsmodus, nicht auf das Niveau der Ausgaben für die ärztliche Honorierung bezogen; die Akteure im politischen Entscheidungsprozeß müssen sich über die "starken und weitverbreiteten" Präferenzen der Ärzte im klaren sein; erhebliche zusätzliche öffentliche Finanzmittel müßten nicht erforderlich werden, um die Forderungen der Ärzte zu erfüllen; und es darf kein Überangebot an Ärzten vorliegen, das die Bedrohung einer Unterbrechung der medizinischen Versorgung im Falle eines Streiks vermindert (ebd.: 117).

Dieser "Anbietermacht"-Ansatz eignet sich schwerlich zur Erklärung des Ausbleibens radikaler Reformen des ambulanten Sektors in der Bundesrepublik. In anderen westlichen Industriestaaten hat es durchaus Reformen gegeben, die die "starken und weitverbreiteten" Präferenzen der Ärzteschaft auch hinsichtlich des Honorierungsmodus zu mißachten schienen. In Schweden beispielsweise hat die Ärztevereinigung bei Auseinandersetzungen mit der Regierung häufig den kürzeren gezogen. "Sie kämpfte immer gegen den Staat und die Regierung und war ... auch meist bei den Verlierern" (Hammarström/ Janlert 1983: 249). In Frankreich soll die Stärke des Staates und die Schwäche der Ärzteschaft in der Nachkriegszeit eine Reihe von Reformen ermöglicht haben, die die Unabhängigkeit und die Macht der Ärzte verminderten (Wilsford 1989: 155/156). Selbst in den USA waren die Ärzte in den 80er Jahren mehrmals auf der Verliererseite in politischen Auseinandersetzungen um die Gesetzliche Krankenversicherung (Medicare, Medicaid) (Hinckley/Hill 1988: 17/18). Die Kontinuität der Strukturmerkmale des Gesundheitssystems zeichnet speziell die Bundesrepublik im internationalen Vergleich aus (vgl. Ferrera 1989: 120/121). Erklärungsansätze für das häufige Scheitern von Reformversuchen in der Bundesrepublik müssen sich deshalb auf landesspezifische Variablen konzentrieren. Gleiches gilt für andere Länder, deren Gesundheitssysteme eine ähnlich starke Reformresistenz aufzeigen.

Selbst wenn der Blick allein auf die Bundesrepublik gerichtet wird, scheint der "Anbietermacht"-Ansatz wenig plausibel zu sein. Die Auseinandersetzung, bei der die Ärzteverbände den heftigsten Widerstand gegen ein Reformvorhaben leisteten - nämlich gegen das sozialliberale Kostendämpfungsgesetz - war gerade eine der wenigen, die sie "verloren". Nahezu jedes Drohmittel, über das die Ärzteverbände bzw. die Ärzte verfügen, wurde in dem Kampf gegen dieses Gesetz eingesetzt. In keinem der anderen hier untersuchten Konflikte dürfte ein Ärztestreik so nahe gerückt sein; in einem Bundesland kam es tatsächlich zu einem (eintägigen, nicht von allen Ärzten befolgten) Streik. Von den Protesten der Ärzteverbände ließ sich die Bundesregierung aber nicht beeindruckten. Sie hielt an ihrem Kostendämpfungskonzept im großen und ganzen fest und ergänzte es sogar um eine Maßnahme, die einen künftigen Ärztestreik erschweren könnte.¹ Zwar meinte man im BMA, daß man-

1 Durch eine im Arbeitsausschuß des Bundestages vorgenommene Änderung des Regierungsentwurfs wurde der Gesetzgeber ermächtigt, eine Verordnung zu erlassen, um sicherzustellen, daß die Kassenärzte ihre Kassenzulassung erst nach einer "angemessenen Frist" und nicht mehr, wie bisher ohne Vorwarnung zurückgeben dürfen. Insoweit die

cher Arzt das Regierungsvorhaben mittrug (siehe Kapitel 5); aber die an dem Zustandekommen der Kostendämpfungsentscheidungen beteiligten Instanzen bzw. Politiker können kaum daran gezweifelt haben, daß unter den meisten Ärzten eine "starke und weitverbreitete Präferenz" zur Aufrechterhaltung der ungedeckelten Einzelleistungshonorierung herrschte. Grund zur Annahme, daß die Proteste der Verbände nicht in einen wirksamen Streik gegen das Vorhaben münden würden, hätte die Regierung erst dann gehabt, wenn sich die Beteiligung an dem Streik in Niedersachsen nicht in Grenzen gehalten hätte und in anderen Bundesländern nachgeahmt worden wäre. Eine Unterbrechung der kassenärztlichen Versorgung durch einen Ärztestreik bzw. die massenhafte Rückgabe ihrer Kassenzulassung durch die Kassenärzte hätte sich kurzfristig keineswegs verhindern lassen, so daß solche Schritte durchaus zu einer empfindlichen Störung der medizinischen Versorgung hätten führen können.² Um den Erklärungsansatz Marmors und Thomas zu retten, kann man sich auch kaum auf die Position zurückziehen, daß nicht der Honorierungsmodus, sondern nur das Ausgabenvolumen für die kassenärztliche Honorierung zur Entscheidung stand. Die Ärzteverbände hätten am liebsten die "reine" Einzelleistungshonorierung behalten, damit das Honorarvolumen nach oben nicht begrenzt würde; die Bundesregierung wollte auf jeden Fall eine Deckelung durchsetzen. Sofern ihr dies gelang, dürfte es ihr egal gewesen sein, ob das Honorarvolumen unter den Ärzten nach Einzelleistungen oder nach anderen Kriterien verteilt wird.³

Ein weiterer Grund, der zu einer generellen Skepsis gegenüber "Anbietermacht"-Erklärungen der Reformresistenz des ambulanten Sektors im bundesrepublikanischen Gesundheitssystem berechtigt, ist darin zu sehen, daß in der Bundesrepublik die Durchsetzung auch von Reformen *zugunsten* der Kassenärzte auf unüberwindbare Hindernisse stoßen kann. So ist es trotz des Einsatzes des Bundesarbeitsministers über Jahre hin-

Kassenärzte nicht streiken dürfen, ist die Rückgabe der Kassenzulassung eine Voraussetzung eines Ärztestreiks. Damit wurde während der Auseinandersetzung um das Kostendämpfungsgesetz gedroht.

- 2 Die Rückgabe der Kassenzulassung hätte zunächst nur dazu geführt, daß Patienten Ärzterechnungen aus der eigenen Tasche hätten bezahlen müssen. Aber selbst diese Entwicklung hätte vermutlich erhebliche Unruhe unter den Versicherten ausgelöst.
- 3 Da sich Regierungen in den meisten Fällen eher Sorgen um das Ausgabenvolumen für die ärztliche Honorierung als um den Honorierungsmodus machen werden, ist es im übrigen schwer verständlich, weswegen Marmor und Thomas ihre These explizit auf den Honorierungsmodus beziehen. Es gibt kaum einen plausiblen Grund für die Verweigerung der "starken und weitverbreiteten Präferenzen" der Ärzteschaft, wenn die Regierung trotzdem das Ausgabenvolumen steuern kann.

weg zu keiner neuen Regelung gekommen, die durch eine Drosselung der Anzahl der Medizinstudenten den Zugang zum "Kassenärztemarkt" erschwert und den Konkurrenzdruck auf die schon praktizierenden Kassenärzte gelindert hätte, da eine Senkung der Zahl der Studienplätze die Zustimmung beinahe aller Landeskultusminister voraussetzt. Die für die Bundesrepublik charakteristische Zersplitterung von Entscheidungskompetenzen kann sich sowohl zugunsten als auch *zuungunsten* der Kassenärzte auswirken, je nachdem, ob sie Nutznießer oder "Opfer" des Status quo sind.

Der zweite Erklärungsansatz läßt sich als der "bürgerliche Bündnis"-Ansatz bezeichnen. Dieser Ansatz führt das Ausbleiben radikaler Reformen im deutschen Gesundheitswesen auf den wichtigen Beitrag zurück, den die im Gesundheitswesen tätigen Mittelständler zur Stabilisierung des "politisch-sozialen Herrschaftsgefüges" der Bundesrepublik leisten (Kühn 1980: 222-229). So dysfunktional wie das real existierende Gesundheitswesen für das bundesdeutsche Kapital im ökonomischen Sinne auch sein möge, so sei die soziale Basis der Kapitaleigner doch zu schmal, als daß sie ihre "politisch-ökonomisch dominierende Stellung" ohne ein politisches Bündnis mit den u.a. im Gesundheitswesen tätigen Mittelschichten behaupten könnten.⁴ Über die Mittelschichten vollziehe sich die politische und ideologische Integration der Arbeiterbewegung in die herrschende Gesellschaftsordnung. Sie seien notwendige "Ideologieproduzenten und -verbreiter", da die "herrschende Klasse" selbst die "Überfremdung des Interessenbewußtseins der Lohnabhängigen" nie bewerkstelligen könnte (ebd.: 226).

Auch dieser Ansatz weist mehrere schwerwiegende Defizite auf. Empirische Beweise dafür, daß ein Bündnis zwischen Kapitaleignern und Mittelstandsberufen im Gesundheitswesen besteht, lassen sich kaum finden.⁵ In fast allen maßgeblichen Auseinandersetzungen um die deutsche Krankenversicherung haben sich die Arbeitgeberverbände (welche Verbände sonst sollten die politischen Interessen des Kapitals vertreten?)

-
- 4 Ähnlich argumentiert Wanek (1989: 207): "Die Verleihung des ambulanten Behandlungsmonopols ... an die Interessen- und Selbstverwaltungskörperschaften der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte ... geht auf das gemeinsame Interesse von Staat und Kapital an einem stabilen, staaterhaltenden Mittelstand zurück".
 - 5 Kühn versucht, diese These mit Hinweisen auf Äußerungen etwa des Freien Demokraten und Verbandsfunktionärs Deneke zu belegen, der von einer "Mittlerrolle" der freien Berufe zwischen Individuum und Staat bzw. Gesellschaft und von deren Funktion als "Statthalter der Freiheit" spricht (Kühn 1980: 225-226). Aus solchen Äußerungen läßt sich auf ein politisches Bündnis zwischen "Kapital" und den Freiberuflern des Gesundheitswesens allerdings nicht schließen.

auf die Seite der jeweiligen Bundesregierung und gegen die Verbände der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen gestellt. Dies ist auch nicht erst der Fall seitdem die Kostendämpfung die vorrangige Frage der Gesundheitspolitik geworden ist. Nicht nur im Konflikt über die Gesundheitsreform Blüms und über das Kostendämpfungsgesetz Ehrenbergs unterstützten die Arbeitgeber das jeweilige Regierungsvorhaben. In den frühen 60er Jahren ergriffen die Arbeitgeberverbände auch für den damaligen Arbeitsminister Blank Partei. Selbst von einem Bündnis zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Freiberuflern und dem Arzneimittel und Medizintechnik herstellenden Kapital läßt sich kaum sprechen. Spätestens seit Mitte der 70er Jahre, d.h. in einer Zeit wachsender Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen, war ein Kampf aller Leistungsanbietergruppen gegen alle anderen ausgebrochen, der das BMA dazu einlädt, diese Gruppen gegeneinander auszuspielen (vgl. Webber 1989: 290). Auch wenn dies nicht so wäre, müßte beachtet werden, daß sich die Arbeitgeberverbände in Krankenversicherungsfragen nicht unbedingt auf die Seite der pharmazeutischen bzw. medizintechnischen Industrie stellen, sondern durchaus bestrebt sind, das Gesamtinteresse ihrer Mitgliedschaft (an einer preiswerteren medizinischen Versorgung) zu formulieren und zu vertreten.

Der "bürgerliche Bündnis"-Ansatz scheint auch zu unterstellen, daß die politischen Entscheidungsträger über keinen eigenen Spielraum verfügen und ihnen keine andere Rolle zufällt, als die Stabilität der kapitalistischen Gesellschaftsordnung zu garantieren. Die Aussage aber, daß diese oder jene unterlassene Reform der Krankenversicherung der Stabilisierung dieser Ordnung dient, läßt sich nicht falsifizieren, d.h. ist der wissenschaftlichen Untersuchung unzugänglich. Auch wenn es stimmt, daß in der Bundesrepublik fast immer eine im selbständigen Mittelstand mehr oder weniger stark verwurzelte Partei (die CDU/CSU oder die FDP) an der Regierung beteiligt gewesen ist und diese Parteien grundsätzlich marktwirtschaftlich gesonnen sind, so läßt sich trotzdem nicht daraus schließen, daß die Politik der Bundesregierung eine von ihnen verfolgte "Langzeitstrategie" zur Stabilisierung des Kapitalismus widerspiegelt, geschweige denn die Regierungspolitik dieses Ziel tatsächlich fördert. Statt dessen scheinen sich die Parteien an dem Ziel der Stimmenmaximierung zu orientieren, wobei unterlassene oder verhinderte Reformen die wahlstrategischen Kalküle der reformbremsenden Partei(en) widerspiegeln. In Konflikten über die Krankenversicherung sind allerdings auch christdemokratische Regierungen bzw. christdemokratische Minister mit den Ärzteverbänden aneinandergeraten. Dies spricht dafür,

daß eine Volkspartei wie die CDU es sich kaum leisten kann, in der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungspolitik bloßer Erfüllungsgehilfe der Kassenärzte zu sein.

Unsere Fallstudien weisen darauf hin, daß ein weiterer, dritter Erklärungsansatz weiter führt, der die Bestimmungsfaktoren für das Ausbleiben von weitreichenden Reformen des deutschen Gesundheitswesens in den spezifischen Strukturmerkmalen des politischen Systems und des im Gesundheitswesen vorherrschenden Regulierungssystems sucht.⁶ *Diesen Merkmalen ist gemeinsam, daß sie den beteiligten Akteuren Entscheidungsregeln aufzwingen, die den "großen Wurf" ausschließen und dazu führen, daß entweder "Reförmchen" oder gar nichts beschlossen bzw. umgesetzt wird.* Diese Merkmale lassen sich auf drei Ebenen identifizieren:

- a) Auf der Ebene der Bundesregierung, die fast immer eine Koalitionsregierung war;
- b) auf der Ebene der Beziehungen zwischen der Bundesregierung und den Regierungen der Länder, die bedeutende gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen haben und über den Bundesrat wichtige Mitentscheidungsrechte hinsichtlich der Krankenversicherung besitzen; und
- c) auf der Ebene der Selbstverwaltung der Krankenversicherung.

In den folgenden Abschnitten wenden wir uns diesen Faktoren und ihren Wirkungen im einzelnen zu.

4 Koalitionsregierungen

Viele Versuche, das deutsche Gesundheitswesen oder Teilaspekte davon zu reformieren, sind gänzlich oder teilweise daran gescheitert, daß sich die an der Bundesregierung beteiligten Parteien darüber nicht oder nur auf der Basis des kleinsten gemeinsamen Nenners einigen konnten. Das gilt für den zweiten Reformversuch Blanks in den 60er Jahren, für die geplante Übertragung der Kompetenz für Vorsorgemaßnahmen auf den öffentlichen Gesundheitsdienst unter der Großen Koalition, für die Pläne

6 Für eine generelle Erklärung der Dominanz von inkrementalen Policy-Veränderungen in der Bundesrepublik, die auf solchen institutionellen Merkmalen beruht, siehe Katzenstein (1987).

zur Errichtung eines gemeinsamen sozialärztlichen Dienstes sowie für manche Versuche zur Einführung der prästationären Diagnostik und nachstationären Behandlung und für wichtige Bestandteile der "Gesundheitsreform" Blüms (vgl. Webber 1989).

Das Verhältniswahlrecht bedingt, daß in der Bundesrepublik fast alle Bundesregierungen Koalitionsregierungen waren bzw. sind und sich die Bundesregierung bzw. die sie tragenden Parteien auf sozioökonomisch sehr unterschiedlich zusammengesetzte Wählergruppen stützen, da eine Mehrheit an Mandaten einen Stimmenanteil von um die 50 Prozent voraussetzt. Mit einem entsprechenden politischen "Angebot" versuchen die an der Regierung beteiligten Parteien bzw. Strömungen die jeweils zu ihnen gehörenden oder zugerechneten "Klientelen" anzusprechen und zu mobilisieren.⁷ In einer Koalitionsregierung wird typischerweise nach Wegen gesucht, tragfähige Lösungen für "beide Seiten mit ihren jeweiligen Klientelen" zu bieten.⁸

Natürlich sind die Kräfteverhältnisse zwischen den Mitgliederparteien einer Koalitionsregierung nicht konstant, sondern sie können von den unterschiedlichsten Variablen, wie z.B. dem Geschlossenheitsgrad der jeweiligen Parteien, dem Grad der Übereinstimmung der Parteien mit den für sie jeweils relevanten Teilen der öffentlichen Meinung und den unterschiedlich ausgeprägten koalitionspolitischen Optionen der Parteien beeinflußt werden. Sie können sich zugunsten der einen oder zugunsten der anderen Partei(en) ändern; die eine Partei macht der anderen, gemessen an ihren Verhandlungszielen, mal größere, mal kleinere Zugeständnisse und umgekehrt. In einer Koalitionsregierung ist die Anwendung des Mehrheitsprinzips als Entscheidungsregel aber in den meisten Fällen ausgeschlossen.⁹ Entweder ist eine Einigung durch einen Kompromiß möglich oder, wenn sich herausstellt, daß sie unmöglich ist, wird darauf verzichtet, eine Frage überhaupt auf die politische Ta-

7 Entscheidend hierbei ist freilich nicht, ob eine bestimmte Gruppe tatsächlich zu der Klientel einer bestimmten Partei in dem Sinne gehört, daß ein erheblicher Anteil der zu ihr gerechneten Personen die Partei unterstützt, sondern ob die an dem Zustandekommen von politischen Entscheidungen beteiligten Führungsmitglieder der Partei meinen, daß die Gruppe zu ihrem Wählerreservoir gehöre. Bei der Einschätzung des "Angebots", das geeignet ist, die Gruppenmitglieder zu mobilisieren, richten sich die Parteien typischerweise nach den Forderungen der entsprechenden Interessenverbände.

8 So die Aussage eines Teilnehmers an der Willensbildung innerhalb der sozialliberalen Koalition bei der Kostendämpfungsgesetzgebung 1977 (Interview).

9 Bezeichnend für die in der sozialliberalen Koalition verfolgte Entscheidungsregel ist die Tatsache, daß der von 1977 bis zum Ende der Koalition amtierende Wirtschaftsminister Lambsdorff von der FDP im Bundeskabinett "nur ein einziges Mal, in einer Nebensache" überstimmt wurde (Bölling 1982: 49/50).

gesordnung zu setzen, oder man entschließt sich, eine Entscheidung nicht herbeizuführen oder zu vertagen (Schwarz 1978). Die Wahrscheinlichkeit, daß ein gestutztes Reformpaket beschlossen wird, statt mit einem anspruchsvollen Vorschlag am Veto eines Koalitionsmitglieds zu scheitern, dürfte um so höher sein, je gleichmäßiger die damit verbundenen Ent- bzw. Belastungen unter die jeweiligen "Klientelen" der Koalitionsparteien verteilt werden bzw. je weniger die Besitzstände der Klientel einer Koalitionspartei in Frage gestellt werden.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, daß in Koalitionsregierungen, gemessen an ihrem Stimmen- bzw. Mandatsanteil, kleine Parteien einen überproportionalen Einfluß auf die Regierungspolitik ausüben können, zumal wenn sie sich in der Rolle des "Mehrheitsbeschaffers" befinden und über größere koalitionspolitische Spielräume verfügen als die großen Koalitionspartner. Die vorangestellten Fallstudien zeigen, daß dies für die deutsche Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik weitgehend zutrifft. Bei der Verhinderung bzw. Abschwächung vieler der angesprochenen Reforminitiativen spielte die 'natürliche Regierungspartei' der Bundesrepublik, nämlich die FDP, eine (im übrigen von den Ärzteverbänden durchaus anerkannte) Schlüsselrolle.¹⁰

Seit ihrem Bestehen hat sich die FDP in hohem Maße im deutschen Parteiensystem als "mittelständische Interessenpartei" profiliert (vgl. Sjøe/ Vorländer 1987: 175). Zu den von den Liberalen umworbenen mittelständischen Gruppen gehörten von Anfang an die im Gesundheitswesen tätigen Freiberufler. In der gelegentlichen Charakterisierung der FDP als die Partei der drei A's - der *Ärzte*, der *Apotheker* und der *Anwälte* - steckt ein wahrer Kern. Hinsichtlich der Gewichtung konkurrierender Interessen bzw. Klientelen in der (tatsächlichen oder von der Parteiführung so wahrgenommenen) Wählerschaft der FDP läßt sich aber zwischen drei Phasen unterscheiden. Maßgeblich für die Zielgruppenorientierung der Partei ist die jeweilige Koalitionsbindung gewesen.

In der ersten Phase bis zur Mitte der 60er Jahre, in der die Liberalen mit der CDU/CSU verbündet waren, profilierte sich die FDP überwiegend als die Partei des selbständigen Mittelstandes. Im Bereich der Krankenversicherungs- und Gesundheitspolitik entsprach diese Orientierung einer einseitigen Ausrichtung auf die Interessen der (Kassen)ärzte. Exemplarisch für die Strategie der FDP war, daß beim ersten Reformver-

10 Seit 1949 hat es nur acht Jahre (1956-1961 und 1966-1969) gegeben, in denen die FDP der Bundesregierung nicht angehörte. Die CDU/CSU hat 13 Jahre, die andere große Partei, die SPD, 24 Jahre in der Opposition verbracht.

such Blanks dem sozialpolitischen Arbeitskreis der Partei "zunächst Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Hartmann-Bundes" angehörten und daß - noch eindeutiger - sich der Bundesgesundheitsausschuß mit den Reformplänen, wie er selbst sagte, "aus ärztlicher Sicht" befaßte¹¹. In dieser Ära beklagten selbst Parteimitglieder, daß sich die FDP "in erster Linie als Interessenvertretung des selbständigen Mittelstandes" betätigte¹². Zum selbständigen Mittelstand gehörten aber auch Gruppen wie die mittelständischen Handwerker und Unternehmer, die in gesundheitspolitischen Fragen gegensätzliche Interessen zu denen der Leistungsanbieter haben könnten. Die FDP versuchte auch darauf Rücksicht zu nehmen, z.B. im Zusammenhang mit der Arbeiter-Lohnfortzahlung, die sie ablehnte, obwohl dadurch die Kassen finanziell entlastet wurden und ihr Spielraum zur Befriedigung der honorarpolitischen Forderungen der Kassenärzte erweitert wurde. Auch die Anliegen der Angestellten wurden von der FDP vertreten, insofern als sie für die Aufrechterhaltung der Sonderstellung der Ersatzkassen eintrat¹³. Im Reden und Handeln der Parteiführung war aber zu erkennen, daß die FDP die Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik an erster Stelle mit und für die Ärzte betrieb. In den Ärzten sah die FDP-Führung die "stärkste Gruppe" unter den Freiberuflern, deren Anteil unter den Parteimitgliedern und FDP-Wählern zusammen mit dem der Angestellten am größten sei¹⁴. Sie für die FDP zu mobilisieren war offenbar ein vorrangiges Ziel der Kampagne der Liberalen gegen die Reformpläne

-
- 11 Presseerklärung des Arbeitskreises Sozialpolitik vom 7. Januar 1960 und des Bundesgesundheitsausschusses vom 16. Februar 1960 (Archiv des Deutschen Liberalismus: Aktenzeichen A6/5 und A6/40). Zu den übrigen Teilnehmern an den Beratungen des sozialpolitischen Arbeitskreises gehörten auch Vertreter der Bundesärztekammer und der Ersatzkassen.
 - 12 Zitat aus einem Brief von Herrn Werner Witt an Herrn Hummel, datiert auf den 5. Oktober 1957 (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/36).
 - 13 Siehe Ergebnisprotokoll der Klausurtagung des Arbeitskreises III der FDP-Bundestagsfraktion am 4. und 5. Januar 1960 zum Regierungsentwurf zur Neuordnung des Rechts der Krankenversicherung (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/5).
 - 14 So der damalige Bundesvorsitzende der FDP Erich Mende in einer Rede vor der Hauptversammlung des Hartmannbundes, Baden-Baden, 24.10.1964 (Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/55). Vor einem gesundheitspolitischen Bundeskongreß der FDP drei Jahre früher sprach Mende davon, daß durch das enge Verhältnis des Arztberufes und des Gesundheitswesens mit den Einstellungen der FDP die Partei sich "von Anfang an berufen" gefühlt habe, "in besonderer Weise sich auch politisch dem Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen" (Dokumente zum FDP-Gesundheitspolitischen Bundeskongreß, Mainz, 15. und 16. Juli 1961, in: Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A9/13).

Blanks, in der die Partei Forderungen vertrat, die mit denen des Ärztetages deckungsgleich waren.¹⁵

Kennzeichnend für die zweite Phase, die um die Mitte der 60er Jahre einsetzte, war die verstärkte Zuwendung der FDP zum "neuen" (d.h. gehaltsabhängigen) Mittelstand (vgl. Søe/ Vorländer 1987: 175/176). Da der alte, selbständige Mittelstand in der Wählerschaft zahlenmäßig an Bedeutung verlor, wollte man den liberalen Wählerstamm unter den Angestellten erweitern.¹⁶ In sowohl programmatischer und koalitionspolitischer als auch personeller Hinsicht machte die FDP der Wählerschaft ein neues Angebot. In der Wähler- und Mitgliederschaft der Partei fand im Zusammenhang mit dem Koalitionswechsel zur SPD 1969 ein erheblicher Austausch statt (Dittberner 1987: 94/95, 101; Schmollinger/ Müller 1980: 26, 30/31). Obwohl die FDP niemals eine sozialliberale Partei (wie etwa die britische Partei) geworden ist (vgl. Verheugen 1984: 141), wurden linksliberale Strömungen innerhalb der Partei stärker. Der verstärkten Zuwendung der Partei zum "neuen Mittelstand" und dem größeren Gewicht der Linksliberalen in der FDP entsprach eine Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik, die auch Opfer von den Leistungsanbietern verlangte. Den Kostenbeteiligungen wurde als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen wenig Bedeutung zugemessen; die Anliegen der Ersatzkassen wurden verstärkt in den Mittelpunkt gestellt (siehe Kapitel 5).¹⁷ Das Verhältnis der FDP zu den Leistungsanbieterverbänden war nicht so eng wie vor und nach dem sozialliberalen Bündnis (Interviewaussage eines freidemokratischen Politikers). Auch in dieser

15 Der Leiter des sozialpolitischen Referates der FDP-Bundesgeschäftsstelle beschreibt in einem Brief an eine FDP-Abgeordnete (datiert 4.3.1960, in: Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/53) wie er, ausgerüstet mit den Beschlüssen der FDP zur damaligen Krankenversicherungsreform, auf Reise ging, um "an den verschiedensten Orten vor ausschließlich medizinischen Gremien unsere Gegenvorschläge zu vertreten". Ärzten, Zahnärzten und Apothekern würden in den nächsten Tagen 80.000 Exemplare eines Flugblatts der Partei zu den Reformplänen auf den Tisch flattern. Die Beschlüsse der FDP seien bei seinem Publikum gut angekommen, sie "deckten sich ja völlig mit dem 9-Punkte-Programm der Paulskirche" (wo im Februar 1960 ein außerordentlicher Ärztetag stattgefunden hatte).

16 Schon 1963 unterstrich Wolfgang Mischnick, der spätere Vorsitzende der FDP-Bundestagsfraktion, daß die FDP ihre sozialpolitische Arbeit intensivieren müßte, um den Wählerstamm der Partei zu erweitern. "Dabei gelte es zu berücksichtigen, daß der Anteil der Angestellten bereits unsere stärkste Wählergruppe ausmache, während die Gruppe der Selbständigen zurückgehe" (Protokoll der Sitzung des sozialpolitischen Bundesausschusses der FDP am 9. März 1963, in: Archiv des Deutschen Liberalismus, Aktenzeichen A6/4).

17 Hinzu kam, daß auch Wirtschaftsliberale wie z.B. Graf Lambsdorff offenbar für die Einbeziehung der Ärzte in die Kostendämpfung eintraten (siehe Kapitel 5).

Phase war aber die FDP-Führung bestrebt, die alte freiberufliche Klientel im Gesundheitswesen soweit wie möglich nicht zu verprellen. "Die jeweilige FDP-Führung achtete sehr genau darauf, daß die Interessen ihrer traditionellen mittelständischen Anhänger nicht verletzt wurden, obwohl diese Klientel schon 1969 in hellen Scharen davongelaufen war. Die Scheel/Genscher-FDP zeigte einen merkwürdigen Hang zur Nibelungentreue gegenüber Phantom-Wählern, die nur in ihrer Einbildung existierten ... und längst bei der CDU gut untergekommen waren" (Verheugen 1984: 142).¹⁸

Die eigentliche Klammer der sozialliberalen Koalition bildete die Außen- und Sicherheitspolitik. Von Anfang an gab es zwischen den Koalitionspartnern prinzipielle Meinungsunterschiede in Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik, die nur durch Kompromisse überbrückt werden konnten. Im Schatten der Wirtschaftskrise und der dadurch entstehenden Verteilungskonflikte profilierte sich die FDP verstärkt, in den Worten des damaligen sozialdemokratischen Kanzlers Schmidt, als Vertreterin der "materiellen Interessen des 'Mittelstandes'.¹⁹ Sie wollte, so Schmidt, "Vertreterin der Interessen der gehobenen Angestellten sein, der gehobenen und höheren Beamten, des Managements, der Landwirte, vor allem der freien Berufe und der selbständigen Gewerbetreibenden" (Schmidt 1982: 20; Betonung durch den Autor). Bezeichnend für die Strategie, die die FDP-Führung in den letzten Jahren der Koalition einschlug, war ihre Ablehnung von sozialdemokratischen Forderungen nach gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen auf Kosten der Kassenärzte (siehe Kapitel 5).

Wie 1969 war der Koalitionswechsel der FDP 1982 auch mit einem erheblichen Mitglieder- und Wähler austausch verbunden (Dittberner 1987: 95; Forschungsgruppe Wahlen 1987: 267). Unter den Wählern und Mitgliedern sind die höheren Angestellten und Beamten und die Selbständigen stärker vertreten als zuvor. In der christlich-liberalen Koalition hat sich die FDP-Führung entsprechend bemüht, "mittelständi-

18 Beispielhaft erwähnt Verheugen, Generalsekretär der FDP in den letzten Jahren der sozialliberalen Koalition, die Bauern, die Gewerbetreibenden und die leitenden Angestellten (ebd.). Ein freidemokratischer Interviewpartner des Autors bestätigte, daß Verheugens Urteil auch im Hinblick auf die Ärzte zutrefte.

19 Søe und Vorländer wiesen z.B. darauf hin, daß im Bundestagswahlkampf 1980 die FDP "außergewöhnliche Anstrengungen" unternahm sowohl den alten wie den neuen Mittelstand für sich zu mobilisieren. So richtete sich eine Anzeigenkampagne der Partei an "Architekten, selbständige Geschäftsleute, Künstler, Ärzte, Pharmazeuten, Landwirte und an die sogenannten Steuerberufe" (Søe/ Vorländer 1987: 176; Betonung durch den Autor).

sche Orientierung und marktwirtschaftliches Image" der FDP erneut bzw. stärker herauszustellen (Søe/ Vorländer 1987: 177). Gleich nach dem Koalitionswechsel ließ der damalige FDP-Vorsitzende wissen, wo er das künftige Wählerreservoir der Partei erblickte, als er (in dieser Reihenfolge) die Ärzte, die Bauern, die Beamten, die leitenden Angestellten und die Unternehmer vor "Kampagnen" der SPD in Schutz nahm (Interview in: Die Welt, 16.02.1983). In den Auseinandersetzungen um die Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der christlich-liberalen Koalition hat sich die FDP am deutlichsten den Ärzten und anderen Leistungsanbietern zugewandt, wie die Vorgänge etwa in Zusammenhang mit der Neuorganisation des VAD zeigten (siehe Kapitel 4 und Webber 1989, passim).

In der CSU, der bayrischen Schwesterpartei der CDU, verfügen die Kassenärzte neben der FDP über einen zweiten engen Verbündeten im deutschen Parteiensystem.²⁰ Das gemeinsame Merkmal dieser Parteien ist, daß sie keinen einflußreichen Arbeitnehmerflügel besitzen, der sie daran hindert, eine ärztfreundliche Politik zu betreiben; die Christlich-Soziale Arbeitnehmerschaft der CSU besitzt keine Stellung in der bayrischen Partei, die vergleichbar wäre mit der der Sozialausschüsse in der CDU (vgl. dazu Haungs 1983: 64-66). Bei der Verwässerung von Reformvorschlägen hinsichtlich der prästationären Diagnostik und der poststationären Behandlung (und von Plänen etwa zur Kassenreform, vgl. Webber 1989: 295) spielte die CSU eine maßgebliche Rolle. Verträge, die die Grundlage der Fraktionsgemeinschaft von CDU und CSU im Bundestag bilden, legen fest, daß Grundsatzentscheidungen oder verfassungsändernde Entscheidungen nicht per Mehrheitsbildung in der Fraktion gegen die CSU getroffen werden dürfen (Strauß 1989: 143). Die relative Eigenständigkeit der CSU gegenüber der CDU verleiht der bayrischen Partei vermutlich einen stärkeren Einfluß als den CDU-Landesverbänden innerhalb einer CDU-geführten Bundesregierung. Freilich ist die CSU als Schwesterpartei der CDU einem stärkeren Druck ausgesetzt als die FDP, sich der CDU gegenüber 'loyal' zu verhalten. Ein eigenes bundespolitisches Profil entwickelte sie zunehmend seit Mitte der 60er Jahre und vor allem nach dem Machtverlust der Christdemokraten Ende der 60er Jahre. Bei den Krankenversicherungsreformbemühungen Blanks in den frühen 60er Jahren etwa trat die CSU als eigenständi-

20 Neben der FDP sei die CSU "unsere beste Verbündete" unter den Parteien (Interviewausage eines kassenärztlichen Funktionärs). Zur reformbremsenden Rolle der seit 1966 allein von der CSU gestellten bayrischen Landesregierung, siehe den nächsten Abschnitt.

ger Akteur nicht in Erscheinung. Für diese Reformpläne gilt vermutlich das generelle Urteil, daß es in den Anfangsjahren der Bundesrepublik "divergierende Meinungen und Streitigkeiten zwischen CSU und CDU" nicht gegeben habe, "jedenfalls nicht in Haupt- und Grundsatzfragen" (ebd.: 143).²¹

5 Föderalismus

Im Bereich der Gesundheits- und der Krankenversicherungspolitik hat sich die reformbremsende Wirkung der föderativen bundesdeutschen Staatsstruktur in erster Linie in Fragen der Krankenhausfinanzierung und -planung bemerkbar gemacht (Webber 1988: 189-294 und Webber 1989: 277-279). Aber auch unsere Fallstudien liefern zahlreiche Beispiele von Reformen, die "kassenärztefeindliche" Ziele verfolgten und dank des Widerstandes der im Bundesrat vertretenen Länder entweder verwässert wurden oder gescheitert sind. Hierzu gehörten die Reformvorhaben im Bereich der Jugendzahnpflege (1965), des öffentlichen Gesundheitsdienstes (1968/1969), der prästationären Diagnostik und poststationären Behandlung (1977) und eines gemeinsamen sozialärztlichen Dienstes (Ende der 70er Jahre). Es ist freilich nicht nur die föderative Staatsstruktur, die Reformen erschwert; soweit die Reformbemühungen auf der Ebene der Selbstverwaltung laufen, können sie auch an einer mangelnden Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen in der Selbstverwaltung scheitern (siehe hierzu Abschnitt 6).

In einem klassischen föderativen Staat wären die Länder nicht in der Lage, die von der Bundesregierung angestrebten Reformvorhaben zu blockieren. Das "kooperative" Muster des bundesdeutschen Föderalismus ist allerdings durch einen hohen Grad an "Politikverflechtung", d.h. an gegenseitiger Abhängigkeit von Bundes- und Länderorganen gekennzeichnet (vgl. Katzenstein 1987: 45-58). Bezeichnend für die Abhängigkeit des Bundes von den Ländern ist die Tatsache, daß mehr als die Hälfte seiner Gesetzesvorhaben im Bundesrat zustimmungspflichtig sind, d.h. mit einer einfachen Mehrheit in der Länderkammer abgelehnt wer-

21 Als wichtigsten Grund für die Übereinstimmung zwischen CDU und CSU nennt Strauß die Tatsache, daß in wichtigen Ressorts CSU-Minister amtierten (ebd.: 143). Das galt allerdings nicht für das Bundesarbeitsministerium, das immer der CDU gehörte.

den können.²² Zustimmungspflichtig sind vor allem diejenigen Vorhaben, die das öffentliche Finanzwesen betreffen und die von den Länderverwaltungen durchzuführen sind.

Das Scheitern bzw. die Verwässerung von gesundheitspolitischen Reformversuchen im Bundesrat läßt sich entweder auf *landes-* oder *parteipolitisch* motivierte Widerstände (oder auch eine Kombination von beiden) zurückführen. Widerstände der letzteren Art konnten vor allem während der Regierungszeit der sozialliberalen Koalition wirksam werden, als die christdemokratische bzw. christlich-soziale Opposition im Bundestag und im Bundesrat über eine Mehrheit verfügte und aus der Länderkammer eine Art "Nebenregierung" machen konnte. Die Haltung der damaligen Bundesratsmehrheit etwa zu der Frage der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie wurde vorwiegend durch ideologische und wahltaktische, mit der Ablehnung des Vorhabens durch die Ärzteverbände zusammenhängenden Überlegungen bedingt. Daß das weitreichendste krankensicherungspolitische Vorhaben der sozialliberalen Koalition den Bundesrat überhaupt passieren konnte, hing damit zusammen, daß es im Frühjahr 1977 zu der Bildung von christlich-liberalen Koalitionen in Niedersachsen und im Saarland gekommen war und daß die Unterstützung der beiden Länderregierungen für das Gesetz zu einer Koalitionsfrage geworden war. Ein Jahr später, nachdem bei den Landtagswahlen in Niedersachsen die FDP an der Fünf-Prozent-Hürde gescheitert war und die CDU die alleinige Regierungsmacht übernommen hatte, wäre dieses Vorhaben vermutlich so nicht mehr durchzusetzen gewesen. Unter dem Druck der Ärzteverbände und der CSU, die das Gesetz kategorisch ablehnten, hatte die CDU eine Haltung eingenommen, die vergessen ließ, daß einer ihrer maßgeblichen Sozialpolitiker als erster die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu einem politischen Thema gemacht hatte (vgl. Kapitel 5).

Vor und nach der sozialliberalen Koalition gab es gleichgerichtete Mehrheiten im Bundestag und Bundesrat. Dies bedeutete zwar, daß der Vermittlungsausschuß kaum noch angerufen werden mußte (siehe Schindler 1988: 583), aber keineswegs, daß sich Interessenkonflikte und Meinungsverschiedenheiten zwischen Bundesregierung und Bundesrats-

22 So waren in der Wahlperiode 1976 bis 1980 53,7 Prozent, in der von 1980 bis 1983 52,2 Prozent und von 1983 bis 1987 60,6 Prozent der Gesetzesvorhaben zustimmungspflichtig (Schindler 1988: 573). Zustimmungspflichtige Gesetze können nur gegen den Willen der Bundesratsmehrheit verabschiedet werden, wenn sie dann im Bundestag eine Zweidrittelmehrheit finden. Die einzige Bundesregierung, die je eine solche Mehrheit besaß, war die Große Koalition (1966-1969).

mehrheit aufgelöst hätten. Die Vermittlung solcher Konflikte hatte sich nur auf vor- und nichtparlamentarische Gremien verlagert. Das trotz gleicher Mehrheitsverhältnisse in den beiden Parlamentskammern weiterhin vorhandene Konfliktpotential läßt sich primär damit erklären, daß Bundesregierung und Länderregierungen unterschiedlichen 'Wahlvölkern' gegenüberstehen und mit entsprechend unterschiedlichen Erwartungen konfrontiert werden. Ist die Bundesregierung Adressat von Wählererwartungen etwa hinsichtlich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, so sind die Länderregierungen, dank ihrer originären Zuständigkeit für Krankenhausfragen, Ziel von Erwartungen im Hinblick auf die stationäre Versorgung. "Nicht der Bund, sondern die Landesregierungen sind die Prügelknaben, wenn irgendwo ein Krankenhaus geschlossen wird oder Betten abgebaut werden", wie es ein christdemokratischer Landessozialminister einmal ausdrückte²³. Darum hat die Mehrheit der Länderregierungen auch unter der christlich-liberalen Bundeskoalition darauf geachtet, Entscheidungskompetenzen in der Krankenhauspolitik nicht, oder zumindest nicht völlig, aus der Hand zu geben. Nicht nur das Ziel, einen landespolitisch schädlichen Versorgungsabbau abzuwenden, sondern auch das Bestreben, zu vermeiden, daß der Bund den Ländern Kosten aufbürdet und ihren haushaltspolitischen Spielraum einengt, kann für den Widerstand der Ländermehrheit gegen Reformvorhaben bestimmend sein. Dies war mit ein Grund dafür, daß die Länder die Durchführung von Vorsorgemaßnahmen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ablehnten (vgl. Kapitel 3).

Reformhemmend kann der bundesdeutsche Föderalismus auch wirken, weil er den Landtagswahlen oft eine sehr hohe bundespolitische Bedeutung verleiht, vor allem dann, wenn sie eine Veränderung der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat herbeiführen können. Ungünstige Landtagswahlergebnisse können für die Regierungsparteien im Bund ein Warnsignal darstellen, das sie dazu bringt, Reformvorhaben sogar fallenzulassen oder aber abzumildern. So ist es möglich, daß die für die CDU schlechten Landtagswahlergebnisse im Frühjahr 1960 dazu beitrugen, daß das Reformvorhaben Blanks aufgegeben wurde (vgl. S. 999). Vor allem ist es aber der *Zeitplan* von umstrittenen Reformvorhaben, der dem Einfluß der Landtagswahlen unterliegt. Selten ist eine Bundesregierung dazu bereit, weitreichende Reformpläne im Vorfeld einer kritischen Landtagswahl zu verkünden. Freilich muß der Einfluß von Land-

23 Der niedersächsische Sozialminister Schnipkoweit, in: Bundesrat, 541. Sitzung, 5. Oktober 1984: 382.

tagswahlen nicht immer reformverzögernd sein; der Terminkalender der Wahlen kann auch bedingen, daß Reformvorhaben schneller durchgezogen werden als dies vielleicht ansonsten geschehen würde.

6 Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung ist ein hervorstechendes Merkmal der deutschen Krankenversicherung. Ihr obliegt in hohem Maße die faktische (im Gegensatz zur vom Staat wahrgenommenen prozeduralen) Steuerung des Gesundheitswesens. Man kann unterscheiden zwischen der *gemeinsamen* Selbstverwaltung (an der die Interessenverbände der Leistungsfinanzierer *und* der Leistungsanbieter beteiligt sind), der Selbstverwaltung der Leistungsfinanzierer (d.h. der Krankenkassen) sowie der Selbstverwaltung der Leistungsanbieter (z.B. der Kassenärzte), die jeweils bestimmte, mit der Krankenversicherung zusammenhängende Fragen in den eigenen Bereichen regeln. Manche Reformbemühungen im Gesundheitswesen sind nicht von der Bundesregierung oder von anderen "politischen" Entscheidungsträgern ausgegangen, sondern mit dem Ziel, sie im Rahmen des bestehenden gesetzlichen Rahmens zu verwirklichen, von Teilen der Selbstverwaltung. So unternahmen manche Krankenkassenarten in den 70er und 80er Jahren mehrere Versuche, den VÄD stärker unter die eigene Kontrolle zu bringen (vgl. Kapitel 4). Manche auf der politisch-administrativen Ebene betriebenen Reformbemühungen waren ebenfalls auf die Mitwirkung der Selbstverwaltung angewiesen, damit sie nicht bloße Beschlüsse blieben, sondern auch um- und durchgesetzt werden konnten. Das war bei den gesetzlichen Regelungen zur prästationären Diagnostik und poststationären Behandlung der Fall (vgl. Kapitel 2).

Die Bilanz der Reformbemühungen der Selbstverwaltung ist freilich nicht beeindruckender als die der politisch-administrativen Entscheidungszentren. Mehr als ein Jahrzehnt lang bemühte man sich, letzten Endes ohne Erfolg, um eine 'Selbstverwaltungslösung' der Probleme des VÄD. Mehr als ein Jahrzehnt nach der Verabschiedung von Bestimmungen, die die Grundlage für prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie in Krankenhäusern schufen, war es noch zu keinem Übereinkommen zwischen den Vertragspartnern über die Modalitäten solcher Maßnahmen gekommen. Wie in einer Koalitionsregierung oder wie (zumindest bei zustimmungspflichtigen Gesetzesvorhaben) zwischen

Bund und Ländern können Reformen auf der Ebene der Selbstverwaltung nur ausgehandelt und nicht von einem Akteur den anderen aufgezwungen werden. Da die Selbstverwaltung keine Gesetze beschließen und keine Beschlüsse nach dem Mehrheitsprinzip fassen kann, sind 'Selbstverwaltungslösungen' nur auf der Grundlage der Freiwilligkeit zu erreichen. Sie können nur dann zustande kommen, wenn sie von *allen* beteiligten Akteuren mitgetragen werden. Da die potentiellen 'Reformverlierer' freiwillig kaum Entscheidungen zustimmen werden, die auf einen danach nur schwer umkehrbaren Abbau ihres Besitzstandes hinauslaufen, lassen sich grundlegende, die Verteilung von Entscheidungskompetenzen im Gesundheitswesen betreffende Reformen auf der Ebene der Selbstverwaltung nicht durchsetzen.

Die Entscheidungsregel der Einstimmigkeit und die damit einhergehende Schwerfälligkeit der Selbstverwaltung hatten zur Folge, daß manch ein Reformvorhaben, das die Ärzteverbände ablehnten, scheiterte, ohne daß sie an der Willensbildung beteiligt gewesen wären. Dies gilt etwa für die Bemühungen der Selbstverwaltung (der Leistungsfinanzierer) um Reformen des VÄD, die mal von den Ersatzkassen, die mit den den VÄD tragenden Rentenversicherungen der Arbeiter am liebsten nichts zu tun haben wollten, und mal von den Rentenversicherungen selber, die die Zuständigkeit für den VÄD nicht an die Kassen abgeben wollten, zu Fall gebracht wurden (vgl. Kapitel 4).

Die Beweglichkeit der Selbstverwaltung kann allerdings insoweit gesteigert werden, wie sich die Kalküle der Akteure der Selbstverwaltung hinsichtlich der optimalen Strategie zur Verteidigung ihres jeweiligen Besitzstandes durch staatliche Strategien beeinflussen und ggf. verändern lassen. Mit der Drohung eines staatlichen Eingriffs, der für den/die betroffenen Akteur(e) noch ungünstigere Folgen hätte als eine 'Selbstverwaltungslösung', kann die 'freiwillige' Reformbereitschaft gesteigert werden. So war die Drohung des BMA, die Organisation des VÄD gesetzlich neu zu regeln, entscheidend für die Einwilligung der Bundesgremien der Selbstverwaltung der Rentenversicherungsträger in Maßnahmen, die einen verstärkten Einfluß der Krankenkassen auf den VÄD gewährleisten sollten. Allerdings gelten auch innerhalb der jeweiligen Organisationen der Selbstverwaltungsakteure unterschiedliche Entscheidungsregeln, die ihre Kapazität zur Verfolgung einer Strategie, die staatlichen Maßnahmen zuvorkommen will, unterschiedlich gestalten. Im Fall des VÄD konnten die Bundesgremien der Rentenversicherung den Landesversicherungsanstalten die Übernahme der 'Selbstverwaltungslösung' nur *empfehlen*. Da aber nicht alle Landesversicherungsanstalten

zu einem solchen Schritt bereit waren, ist die Strategie, die Zuständigkeit der Rentenversicherung für den VÄD durch Kompromißbereitschaft gegenüber dem BMA zu retten, gescheitert. Allgemein hängen die Glaubwürdigkeit und die Umsetzungschancen staatlicher Eingriffsdrohungen davon ab, ob im konkreten Fall die oben angesprochenen "Reformhindernisse" - der Koalitionscharakter der Bundesregierung und die föderative Staatsstruktur - wirksam sind.

Was die Verbände der deutschen Kassenärzte anbelangt, so zeigen unsere Fallstudien, daß sie meistens über genügend Verbündete in der Bundesregierung und unter den im Bundesrat vertretenen Ländern verfügten, um grundlegende Reformen auf Kosten der Kassenärzte zu verhindern oder zumindest abzuschwächen. Allerdings können die Ärzteverbände seit der "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen, seitdem die Kostendämpfungsfrage auf der Tagesordnung der Krankenversicherungspolitik alle anderen überschattet, nicht mehr in gleichem Maße mit der Rückendeckung der ihnen traditionell nahestehenden politischen Kräfte rechnen. Einer Bundesregierung gegenüberstehend, die die von den Kassenärzten mitzuverantwortende Kostenentwicklung immer stärker zum Handeln zwingt, sind die organisierten Kassenärzte zunehmend auf das eigene politische Geschick, auf die eigene Strategiefähigkeit angewiesen, um in ihren Besitzstand eingreifende Reformvorhaben abzuwenden oder zumindest abzumildern.²⁴ Daß die Kassenärzte in der Ära der Kostendämpfung nicht stärker in die politische Schußlinie geraten sind, hängt mit der verhältnismäßig hochentwickelten Strategiefähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der KBV zusammen.²⁵ In politisch kritischen Lagen waren sie mehrmals dazu bereit und fähig, kurzfristige einkommenspolitische Zugeständnisse zu erbringen, damit übergeordnete, langfristige Ziele ihrer Politik - etwa die Sicherung des freiberuflichen Status der Kassenärzte, des ambulanten Behandlungsmonopols und der Vertragsfreiheit mit den Kassen - nicht gefährdet wurden.

Woran liegt es, daß die KBV bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Strategie verfolgen können, die für einen großen Anteil ihrer Mitglieder mit realen Einkommensverlusten verbunden sein kann und

-
- 24 Unter Strategiefähigkeit verstehen wir die Fähigkeit, Partialinteressen dem Gesamtinteresse [der Verbandsmitgliedschaft] und kurzfristige Interessen dem langfristigen Interesse unterzuordnen (vgl. Scharpf 1988: 71).
- 25 Als hochentwickelt läßt sich die Strategiefähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen im Verhältnis zu der anderer Anbieterverbände im Gesundheitswesen bezeichnen, wobei hinzuzufügen ist, daß nicht alle Leistungsanbieter eine solche Strategiefähigkeit brauchen, da ihre politischen Interessen von anderen Instanzen (im Falle der Krankenhäuser etwa von den Landesregierungen) wirksam vertreten werden können.

entsprechend schwer zu legitimieren sein dürfte? Es kann keine Rede davon sein, daß die deutschen Kassenärzte, geschweige denn die deutsche Ärzteschaft insgesamt, eine in sich geschlossene und darum politisch schlagkräftige Berufsgruppe bilden. Wie in anderen Ländern handelt es sich auch im Falle der deutschen Kassenärzte um einen ideologisch sehr heterogenen und funktional äußerst differenzierten Berufsstand. Die ideologische Heterogenität und die funktionale Differenzierung der Kassenärzteschaft spiegeln sich in der hohen Zahl der freiwilligen Ärzteverbände wider.²⁶ Es sind die spezifischen Eigenschaften der kassenärztlichen Vereinigungen, die die Interessenvertretung der Kassenärzte im Vergleich zu den Organisationen der niedergelassenen Ärzten in anderen Ländern und zu den anderen Verbänden im deutschen Gesundheitswesen auszeichnen und die die Grundlage ihrer überdurchschnittlichen Strategiefähigkeit bilden. Zu diesen Eigenschaften gehören vor allem ihr Monopol der ambulanten Behandlung und ihr Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften, ausgestattet mit der rechtlichen Kompetenz zur Aushandlung und Verteilung des kassenärztlichen Honorars. Durch ihr ambulantes Behandlungsmonopol sind die Kassenärzte vor Konkurrenz von anderen potentiellen Anbietern (wie etwa den Krankenhausärzten) geschützt. Dadurch, daß unter den Ärzteverbänden allein sie mit dem Recht ausgestattet sind, mit den Krankenkassen über Honorarfragen und auch sonstige, die ambulante Versorgung betreffende Fragen zu verhandeln und mit ihnen Verträge abzuschließen, stehen ihnen keine honorarpolitischen Konkurrenten gegenüber, von denen sie befürchten müssen, an Militanz überboten zu werden. Sie sind sozusagen die 'Einheitsgewerkschaften' der Kassenärzte. Dadurch, daß die Kassenärzte *Zwangsmitglieder* der Vereinigungen sind, brauchen die letzteren Mitgliederverluste durch einen wie auch immer verursachten Loyalitätsentzug seitens der Mitglieder ebenfalls nicht zu befürchten.

Diese korporatistischen Züge scheinen den Kassenärztlichen Vereinigungen eine starke Stellung gegenüber den Kassen und ihren Verhandlungspartnern in der Politik zu verleihen. Auch hier bewirkt allerdings

26 Zu den 'gebietsübergreifenden' freiwilligen Verbänden sind vor allem der (auch nichtniedergelassene Ärzte organisierende und als konservativ geltende) Hartmannbund, der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, der Deutsche Kassenarztverband und der als politisch links einzustufende Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, dessen Mitglieder auch aus den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens stammen, zu rechnen. (Obwohl dieser Verein erst 1986 gegründet wurde, hatte es schon vorher linke Ärztegruppierungen in manchen Bundesländern gegeben.) Die Allgemeinärzte und die etwa 12 Fachärztegruppen unter den Kassenärzten haben jeweils auch einen eigenen 'Berufsverband'.

eine glaubwürdige Drohung der Regierung, durch ordnungspolitische Maßnahmen die Stellung der Kassenärzte zu verschlechtern, daß die KBV ihre Machtchancen oft nicht voll ausnutzt. Die geschilderten Merkmale der Kassenärztlichen Vereinigungen verleihen ihrer Führung zugleich eine starke Stellung den eigenen Mitgliedern gegenüber. Wenn der politische Wind den Kassenärzten ins Gesicht bläst, ist entscheidend, daß die organisatorischen Merkmale der Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Führern einen überdurchschnittlichen Handlungsspielraum und eine überdurchschnittliche Fähigkeit geben, wenn sie es für notwendig halten, sich über etwaige, auf kurzfristige Einkommensmaximierung zielende Mitgliederforderungen hinwegzusetzen. Gerade die Fähigkeit der Führung der Vereinigungen, einen hohen Grad an Autonomie gegenüber den Mitgliedern zu bewahren, stellt für die politischen Verhandlungspartner der Kassenärzte einen Anreiz zum Verzicht auf eventuell konfliktträchtige gesetzliche Eingriffe dar, weil sie davon ausgehen können, daß die KBV Absprachen, wenn sie einmal getroffen worden sind, einhalten und umsetzen wird. "Da wir nach innen stark sind, können wir auch nach außen stark sein" (kassenärztlicher Funktionär).

Die Strategiefähigkeit der Führung der KBV ist allerdings keineswegs unbegrenzt. Manche Organisationsmerkmale der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der KBV wirken ihr entgegen. Die kassenärztlichen Körperschaften haben eine föderative Verfassung. Da die 18 Kassenärztlichen Vereinigungen die Verträge mit den RVO-Kassen aushandeln, ist die KBV zur Durchsetzung ihrer honorarpolitischen Strategie auf "moral suasion" angewiesen. Und da die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen eine (zumindest formal-) demokratische Verfassung haben, müssen die jeweiligen Amtsinhaber, wollen sie im Amt bleiben, immer in der Lage sein, in den jeweils zuständigen Kontroll- bzw. Wählergremien Mehrheiten für ihre Politik zu organisieren. Mobilisieren die freien Ärzteverbände gegen die Gefahr von "Mitgliederverrat" durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, so können die Kompromißspielräume der letzteren eingeengt werden. Die Auseinandersetzungen um die Kostendämpfungsgesetzgebung in den 70er Jahren zeigen beispielhaft, wie diese Einflüsse die Strategiefähigkeit der KBV beeinträchtigen und staatliche Eingriffe zuungunsten der Kassenärzte hervorrufen oder zumindest legitimieren können (vgl. Kapitel 5). Es gelingt der KBV durchaus nicht immer, die Kassenärzte und ihre Honorarpolitik aus der politischen Schußlinie zu halten.

7 'Eigene Kraft' der Kassenärzte-Lobby?

Freilich läßt sich der spektakulärste Erfolg der bundesdeutschen Kassenärzte, nämlich die Verhinderung des Krankenversicherungsreformversuchs Blanks Anfang der 60er Jahre, weder auf den Einsatz des Mehrheitsbeschaffers FDP oder einer ärztefreundlichen Bundesratsmehrheit noch auf die Selbstbeschränkungsbereitschaft und -fähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückführen. Die Äußerung Adenauers, daß es außerordentlich schwierig sei, ein Gesetz gegen den Widerstand von 70.000 Ärzten, "von denen jeder 30 Patienten am Tag hat", durchzusetzen, und seine wiederholten Hinweise auf die wahlpolitische Bedeutung des Vorhabens unterstreichen, wie hoch der damalige Bundeskanzler den Einfluß der Ärzte auf die öffentliche Meinung einschätzte. Die Angst Adenauers, die Ärzte könnten die öffentliche Meinung gegen die Bundesregierung mobilisieren und die CDU/CSU kritische Wählerstimmen kosten, spielte bei der Entscheidung, die Reform fallen zu lassen, offenbar eine maßgebliche Rolle. Eine ähnlich hohe Einschätzung der Bedeutung der Ärzte als Meinungsmultiplikatoren ließ auch den sozialdemokratischen Arbeitsminister Arendt lange zögern, ehe er sich 1976 auf die Seite der Kostendämpfer in der sozialliberalen Koalition schlug.

Der Hintergrund des Scheiterns der ersten Reformbemühungen Blanks wirft die Frage auf, inwieweit der hohe Schwierigkeitsgrad von Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik weniger durch die eigentümlichen Merkmale des politischen Systems oder der Kassenärztlichen Vereinigungen als tatsächlich durch die 'eigene Kraft' der organisierten Kassenärzte bedingt wird.²⁷ Zu den Mitteln zur autonomen Durchsetzung politischer Ziele, auf die die Ärzteverbände zurückgreifen könnten, gehört neben anderen (so etwa Streiks oder streikähnlichen Aktionen) die (tatsächliche oder auch angedrohte) Mobilisierung der eigenen Mitglieder oder eben der öffentlichen Meinung.

Natürlich schließt der Einsatz solcher Mittel die versuchte Einflußnahme auf Regierung(en) und Parteien bzw. Fraktionen nicht aus, so lange er nicht dazu führt, daß die Gesprächsfäden zu den politischen Entscheidungsträgern reißen, was 1977 beinahe geschah (vgl. Kap. 5). Die Mobilisierung der Kassenärzte oder der 'Volksmeinung' kann sogar

²⁷ Hier wird Bezug genommen auf die Debatte über gewerkschaftliche Strategien in der Bundesrepublik Ende der 70er bzw. Anfang der 80er Jahre, in deren Rahmen manche Kritiker den Gewerkschaften empfahlen, zur Durchsetzung gewerkschaftlicher Ziele weniger auf die SPD-geführte Bundesregierung als auf die 'eigene Kraft' zu setzen.

eingesetzt werden, um den in Gesprächen mit der Ministerialbürokratie und mit den Parteien erhobenen Forderungen zusätzlichen Nachdruck zu verleihen. Unter den bundesdeutschen Ärzteverbänden herrscht typischerweise eine Arbeitsteilung zwischen den freien Verbänden, die für die Mitglieder- bzw. Patientemobilisierung zuständig sind, und der KBV, die die Gesprächsfäden zur Politik knüpft und aufrechterhält. Diese Arbeitsteilung soll sich bei den Einflußnahme-Versuchen der Ärzteverbände im Hinblick auf die Gesundheitsreform Blüms bewährt haben²⁸. Sie kann aber die Lobby-Arbeit der KBV auch erschweren, indem sie, wie zur Zeit der Kostendämpfungsgesetzgebung in den 70er Jahren, die Glaubwürdigkeit von Selbstbeschränkungs-beteuerungen seitens der KBV untergräbt.

Die 'eigene Kraft' der Ärzteverbände unterliegt auch starken konjunkturellen Schwankungen. Die offenbar gelungene Mobilisierung der Kassenärzte gegen die Reform Blanks Anfang der 60er Jahre (vgl. Nashed 1967) konnte 1977 nicht wiederholt werden und die Bundesregierung ließ sich durch Streikdrohungen bzw. eine regional und zeitlich begrenzte Streikaktion von ihren Reformabsichten nicht abbringen. Gleiches galt für die Fähigkeit der Ärzteverbände, die Patienten für die Kassenärzte zu mobilisieren. Zur Zeit der Reformbemühungen Blanks dürften die Anliegen der Kassenärzte erhebliche Unterstützung unter den Patienten genossen haben, so daß Adenauer eventuell gut beraten war, mit den Ärzten Frieden zu schließen.²⁹ Bis zur Mitte der 70er Jahre - in einem Zeitraum, in dem die Ärzte in den Genuß von starken realen Einkommensverbesserungen kamen - ging dann die öffentliche Sympathie für die Ärzte vermutlich stark zurück. Jedenfalls hatten die Reformvorstellungen der Bundesregierung hinsichtlich der kassenärztlichen Vergütung in der öffentlichen Meinung einen starken Rückhalt (vgl. Kap. 5).³⁰ Die KBV schätzt, daß es heutzutage schwer sei, die Patienten für berufspolitische Ziele der Kassenärzte wie z.B. Honorierungsfragen

28 So der damalige Vorsitzende der KBV, Häußler, in einer Rede zur Vertreterversammlung der KBV, Frankfurt, 9. Mai 1988 (Manuskript: 3).

29 Bei einer im Jahr 1958 durchgeführten Umfrage gab es dreimal so viele Befragte (33%), die meinten, die Kassen würden die Ärzte schlecht bezahlen, als die, die glaubten, die Ärzte würden gut bezahlt (11%). (Fast ein Drittel der Befragten wagten es nicht, ein Urteil über die Honorierung der Kassenärzte abzugeben.) (Institut für Demoskopie 1958: Tabelle 19).

30 Wenig spricht dafür, daß sich die öffentliche Meinung über die Einkommen der Kassenärzte seit dieser Zeit grundlegend geändert hätte. Noch 1983 fanden 71% der Befragten in einer im Auftrag des BMA durchgeführten Umfrage es "voll zutreffend", daß die Honorare der Ärzte und Zahnärzte zu hoch seien (BMA 1983: 52).

gegen die Bundesregierung zu mobilisieren und sieht lieber davon ab (Interview). Der Mißerfolg solcher, von den freien Verbänden im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Blüms veranstalteten Aktionen bestätigt sie in diesem Urteil.

Seit dem Scheitern der Reformbemühungen Blanks haben sich die Rahmenbedingungen des politischen Handelns der Ärzteverbände - sowohl in politischer wie auch in wirtschaftlicher Hinsicht - grundlegend geändert. Zwischen den großen Parteien und den großen Arbeitgeber- und Gewerkschaftsverbänden herrscht Einigkeit, daß der Kostenanstieg und die steigende Beitragslast in der Krankenversicherung gebremst werden müssen. Im relevanten Bundesministerium, dem BMA, sind diese Kräfte tonangebend (weswegen übrigens die Ärzteverbände seit langem dafür eintreten, daß das Bundesgesundheitsministerium für das Krankenversicherungswesen zuständig sein soll). Schon zu der Zeit des ersten Reformversuchs Blanks kam es den Kassenärzten zugute, daß auch die Gewerkschaften und der Arbeitnehmerflügel der CDU Sturm gegen das Vorhaben liefen (vgl. Kap. 4). Bei der Verfolgung ihrer politischen Ziele sind die Ärzteverbände seit den 70er Jahren verstärkt auf das Wohlwollen ihnen nahestehender Kräfte im politischen Raum angewiesen. Würde ihre maßgebliche Interessenvertretung, die KBV, kurzfristigen Einkommensmaximierungszielen den Vorrang geben und bei der Durchsetzung solcher Ziele auf die 'eigene Kraft' setzen, liefe sie Gefahr, dieses Wohlwollen zu verspielen und sich ins politische Abseits zu manövrieren, da ihre Verbündeten sich kaum vor sie stellen könnten, ohne selber Schaden zu nehmen.³¹ Wenn also bei der Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform Blüms der KBV-Vorsitzende auf die geheime Gesprächsdiplomatie setzte und zu dieser Strategie "keine tragbare Alternative" erkannte, so dürfte dies eine durchaus realistische Einschätzung der vorherrschenden politischen Machtverhältnisse gewesen sein.³² So lange die Kassenärztlichen Vereinigungen bereit waren, einkommenspolitische Selbstbeschränkung zu üben, konnten sie auf das Wohlwollen des Bundesarbeitsministers und vor allem der FDP zählen, und so lange konnten sie auch hoffen, daß die Kassen gemeinsam mit ihnen die von beiden Seiten gleichermaßen geschätzte Selbstverwaltung

31 Dies ist vermutlich einer der Gründe, weswegen bei Kostendämpfungsdiskussionen (so etwa im Jahr 1977) maßgebliche FDP-Politiker versuchten, mäßigend auf die Politik der Kassenärzte einzuwirken.

32 Rede Häußlers vor der Vertreterversammlung der KBV, Frankfurt, 9. Mai 1988. Manuskript: 5.

gegen eventuelle staatliche Eingriffe verteidigen würden.³³ In diesem Sinne ist die hochentwickelte Strategiefähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstbeschränkung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Voraussetzung dafür, daß sie die von der Struktur des politischen Systems abhängenden Veto-Möglichkeiten ausnutzen und gegen die Kassenärzte gerichtete Reformen verhindern oder stark abschwächen können.

8 Immobilismus, Krisenanfälligkeit und Krisenbewältigungsfähigkeit

Grundlegende Reformen des deutschen Gesundheitswesens, vor allem diejenigen, die die Besitzstände der Kassenärzte bedrohen, bleiben deswegen aus, weil auf der Ebene der Bundesregierung, der Beziehungen zwischen Bund und Ländern und der Selbstverwaltung der Krankenversicherung die potentiellen 'Verlierer' meistens direkt oder indirekt an der Willensbildung beteiligt sind und nicht überstimmt werden können, so daß nur konsens- oder zumindest kompromißorientierte Entscheidungen durchsetzbar sind. Um beschlossen und ggf. auch umgesetzt zu werden, müssen Reformvorhaben durch eine breite Übereinstimmung getragen werden (wie dies etwa im Rahmen der Blümschen Gesundheitsreform für die Übertragung der Trägerschaft des VÄD auf die Krankenkassen der Fall war). Da Mehrheitsentscheidungen selten gefällt werden können, ist die deutsche Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik durch ein vergleichsweise hohes Maß an Schwerfälligkeit und Immobilismus gekennzeichnet. Zumindest gilt dies für Strukturreformen, d.h. diejenigen Reformen, die Kompetenzen umverteilen und somit für einen voraussichtlich längeren Zeitraum eine neue Machtbalance im Gesundheitswesen herbeiführen.

Politische Steuerungsmaßnahmen müssen sich meistens im Rahmen der vorhandenen Strukturen des Gesundheitssystems bewegen. Gesellschaftliche Teilsysteme, wie das deutsche Gesundheitswesen, in dem die Dienstleistungen z.T. freiberuflich erbracht und durch Zwangsbeiträge kollektiv finanziert werden und insoweit materielle Anreize zu einem Maximum an Leistungsproduktion und zu einem Maximum an Lei-

33 So wird die honorarpolitische Strategie der KBV von der Überlegung mitbestimmt, den Ruf bei den Kassen nach gesetzlichen Eingriffen in die Honorarpolitik nicht "lauter werden zu lassen" (Interview).

stungskonsum setzen, sind wiederum einer überdurchschnittlich starken Gefahr von "hypertrophem Wachstum" ausgesetzt (vgl. Scharpf 1988: 66). Die in der Diskussion über die bundesdeutsche Krankenversicherung häufig vorkommenden Begriffe der "Kostenexplosion", des "Bettenbergs", der "Ärztenschwemme", des "Pillenschluckens", usw. weisen auf eine breit geteilte Diagnose, daß das deutsche Gesundheitssystem tatsächlich an einer chronischen Überversorgungskrise leidet, die sich in ständig steigenden Krankenversicherungsbeiträgen widerspiegelt. Es liegt nahe, zu glauben, daß hier die Kombination eines schwerfälligen politischen Systems und eines zur Überversorgung tendierenden Gesundheitssystems zu ständigen "Kostenexplosionen" führt. Betrachtet man aber den ambulanten Sektor in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich oder im Vergleich zu anderen Sektoren des deutschen Gesundheitssystems, dann fällt er nicht wegen einer *überdurchschnittlichen*, sondern wegen seiner *unterdurchschnittlichen* Kostendynamik auf. Zwischen der Mitte der 70er Jahre und dem Anfang bzw. der Mitte der 80er Jahre gab es kaum einen OECD-Staat, der im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt eine niedrigere Steigerungsrate für Krankenversicherungsausgaben aufwies als die Bundesrepublik (vgl. Alber 1988: 61) und in der Bundesrepublik keinen Leistungsbereich der Krankenversicherung, der einen so moderaten Kostenanstieg zu verzeichnen hatte wie der der ambulanten Behandlung (Berg/ WIdO 1986: 46-49). Zumindest die *Gesamtkosten* der ambulanten Behandlung in der Bundesrepublik haben sich vergleichsweise gut steuern lassen; dieser Sektor zeichnet sich durch eine überdurchschnittlich ausgeprägte Kostenkrisenbewältigungsfähigkeit aus.

Diese Krisenbewältigungsfähigkeit beruht auf politischen Tauschgeschäften, in denen typischerweise die KBV der Bundesregierung honorarpolitische Selbstbeschränkung als Gegenleistung für den Verzicht der letzteren auf strukturverändernde Reformen bietet, und darauf, daß günstige organisatorisch-strukturelle Bedingungen die KBV bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzen, getroffene Absprachen einzuhalten. Freilich setzt das Zustandekommen solcher Tauschgeschäfte nicht nur voraus, daß sich die Bundesregierung von der Einhaltung der Absprachen durch die Kassenärzte überzeugen kann, sondern auch, daß die Bundesregierung glaubwürdig damit drohen kann, beim Ausbleiben der kassenärztlichen Selbstbeschränkung für die Ärzte unliebsame Reformvorhaben durchzusetzen. Kann sie es nicht, dann besteht seitens der Kassenärzte kaum ein Anreiz, sich zur Selbstbeschränkung verpflichten zu lassen. Derartige Tauschgeschäfte verleihen dem ambulanten

Sektor des Gesundheitswesens aber ein gewisses Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, das zumindest kurzfristige Krisenlösungen ermöglicht. Sie müssen immer wieder neu ausgehandelt werden und können meistens nur mühsam und unter großem politischem Einsatz zustande gebracht werden; ihr Zustandekommen und ihre Umsetzung ist immer - etwa durch den Widerstand der kassenärztlichen 'Basis' - kontingent. Mangels der politisch-institutionellen Voraussetzungen weitreichender Reformen stellen jedoch solche Absprachen vielleicht das wirksamste Mittel zur Steuerung des ambulanten Sektors im deutschen Gesundheitswesen dar.

Primärquellen und Sekundärliteratur

1 Interviews

- Dr. Ute Canaris*, Beraterin des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen für den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Düsseldorf, 17. Mai 1989.
- Dr. Doris Cramer*, Ministerialrätin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Leiterin des Referats Medizinischer Dienst, Bonn, 7. Dezember 1988.
- Rötger Groß*, ehemaliger Innenminister des Landes Niedersachsen (FDP) und ehemaliges Mitglied der Landesregierung Niedersachsens im Vermittlungsausschuß, Köln/Hannover, 11. September 1989.
- Dr. Rüdiger Großpietzsch*, Vorsitzender des Bundesverbandes der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte, Boppard, 9. Januar 1989.
- Albert Holler*, Ministerialdirektor a.D., ehemaliger Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Osnabrück, 21. Februar 1989 und 11. August 1989.
- Harald Kesselheim*, Referent für Leistungen und Beziehungen zu anderen Sozialleistungsbereichen, AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg, 4. Januar 1989.
- Dr. Wolfgang Klietzsch*, Referatsleiter für Grundsatzfragen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf, 9. August 1989.
- Wilhelm Kuhn*, Referent der Honorarabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, 22. September 1989.
- Prof. Dr. Ulrich Laaser*, Leiter des Instituts für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS), Bielefeld, 31. Juli 1989.
- Dr. Jan Leidel*, Ltd. Medizinaldirektor, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, Köln, 25. Juli 1989.

- Prof. Dr. Erne Maier*, Ministerialdirigent a.D., ehemaliger Leiter der Gesundheitsabteilung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Umwelt in Rheinland-Pfalz, Köln, 10. August 1989.
- Prof. Dr. Hans-Werner Müller*, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Meerbusch, 25. September 1989.
- Jörg Münstermann*, Referent für Statistik und Sozialökonomie, Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Essen, 20. Dezember 1988.
- Reinhart Peters*, Verwaltungsdirektor, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main, 15. Juni 1989.
- Dr. Diether Posser*, ehemaliger Finanzminister des Landes Nordrhein-Westfalen (SPD) und ehemaliges Mitglied des Vermittlungsausschusses, Düsseldorf, 4. September 1989.
- Herbert Rebscher*, stellvertretender Geschäftsführer, Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Boppard, 9. Januar 1989.
- Hansheinrich Schmidt-Kempen*, ehemaliges Mitglied des Bundestages und sozialpolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Bonn, 23. Januar 1989.
- Prof. Dr. Josef Stralau*, Ministerialdirektor a.D., Bundesministerium des Innern und Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Köln, 14. August 1989.
- Dr. Dr. Manfred Stürzbecher*, Ltd. Medizinaldirektor, Amtsarzt im Gesundheitsamt Steglitz, Berlin, 7. September 1989.
- Hans Töns*, ehemaliger Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, 4. Januar 1989.
- Friedrich Vogel*, Mitglied des Bundestages (CDU/CSU) und ehemaliges Mitglied des Vermittlungsausschusses, Bonn, 4. September 1989.
- Dr. Rudolf J. Vollmer*, Ministerialrat im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Leiter des Referats Grundsatzfragen der Krankenhausversorgung, Krankenhausfinanzierung, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Bonn, 11. September 1989.
- Hanns-Joachim Wirzbach*, stellvertretender Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, 22. Dezember 1988.
- Prof. Dr. Detlev Zöllner*, ehemaliger Leiter der Abteilung Sozialversicherung, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, 14. November 1988.

2 Drucksachen, Protokolle und Berichte

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)-Bundesverband, 1988: Stellungnahme zu den Bereichen "Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Datenerfassung/-schutz, Medizinischer Dienst" zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages zum Gesundheits-Reformgesetz am 28. Juni 1988.
- Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGK), 1987: Statistischer Bericht über den Vertrauensärztlichen Dienst 1978 bis 1985. Essen.
- Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGK), 1988a: Stellungnahme zum 9. Kapitel des Gesundheits-Reformgesetzes (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Essen.
- Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGK), 1988b: VÄD-Info 2, 4. Mai 1988. Essen.
- Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, 1954/55: Tätigkeits- und Geschäftsbericht.
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz 1979: Bericht der Referenten für Sozialversicherung über die Zusammenarbeit Sozialmedizinischer Dienste (unveröffentlichtes Manuskript). Hamburg.
- BR-Drucksache 76/77 - Stellungnahme des Bundesrates zum KVKG (443. Sitzung des Bundesrates am 11. März 1977).
- BR-Drucksache 276/70 - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz - 2. KVÄG).
- BR-Drucksache 276/2/70 - Entschließungsantrag des Freistaates Bayern und des Landes Rheinland-Pfalz, Betreff: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz - 2. KVÄG).
- BR-Drucksache 342/62 - Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- BR-Drucksache 363/59 - Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- BT-Drucksache 2/87 - Entwurf eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht).
- BT-Drucksache 3/1816 - Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit; zu den Gesetzentwürfen vgl. BT-Drucksache 2/3286 sowie 3/317.

- BT-Drucksache 4/562 - Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Mutterschutzgesetzes (Antrag der Fraktion der SPD).
- BT-Drucksache 4/3125 - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung (Antrag der Fraktion der CDU/CSU).
- BT-Drucksache 4/3170 - Entwurf eines Gesetzes über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, FDP).
- BT-Drucksache 4/3606 - Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Gesundheitswesen über den von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen.
- BT-Drucksache 4/3652 - Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit über den von der Fraktion der SPD eingebrachten Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Mutterschutzgesetzes.
- BT-Drucksache 5/2675 - Große Anfrage der Fraktion der SPD betr. Gesundheitspolitik.
- BT-Drucksache 5/3008 - Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik.
- BT-Drucksache 5/3515 - Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes.
- BT-Drucksache 5/4285 - Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit über den von der Fraktion der SPD eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfalle, über Änderungen des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie über den von der Fraktion der CDU/CSU eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- BT-Drucksache 6/726 - Entwurf eines Gesetzes zur Fortführung der Krankenversicherungsreform (CDU/CSU - Fraktion).
- BT-Drucksache 6/1297 - Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung über den von der Fraktion der CDU/CSU eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz - 2. KVÄG).
- BT-Drucksache 6/3200 - Bericht über die Erfahrung mit der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertrauensärztlichen Dienst

(VÄD) und über das Zusammenwirken der Kassenärzte (Kassenzahnärzte), der Krankenkassen und des VÄD.

BT-Drucksache 7/4530 vom 30.12.75.

BT-Drucksache 8/6 - Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG), 11. März 1977.

BT-Drucksachen 8/166, 8/173 - Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG).

BT-Drucksache 8/338 - Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG).

BT-Drucksache 8/557 - Unterrichtung durch den Bundesrat, Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG), Anrufung des Vermittlungsausschusses.

BT-Drucksache 9/1300 - Bericht der Bundesregierung nach Artikel 2 § 6 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, 2. Februar 1982.

BT-Drucksache 11/2237 - Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG), Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP.

Bundesärztekammer: Tätigkeitsberichte: 1964/65 - 1970/71.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1977 - Schriftliche Stellungnahmen vom 5. April 1977 an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1960-1970: Die soziale Krankenversicherung 1960-1970. Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1977: "Dokumentation zum Konsolidierungsprogramm der Bundesregierung für die Renten- und Krankenversicherung".

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1977: Inhalts-skizzen der vorgesehenen Gesetzesänderungen im Bereich der Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung, Bonn, 21. Januar 1977.

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1983: Herausforderungen der Sozialpolitik (Sozialforschung, Forschungsbericht 92). Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1985: Unveröffentlichtes Manuskript enthaltend inhaltliche Eckpunkte eines Gesetzes zur Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1987: Solidarität und Eigenverantwortung. Entscheidungen über Grundsätze der Strukturreform im Gesundheitswesen. In: Sozialpolitische Informationen, Nr. 19, Dezember 1987.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1988a: Referentenentwurf. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG), 20. Januar 1988, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1988b: Solidarische Erneuerung unserer Krankenversicherung. Zur Kritik am Reformkonzept. In: Sozialpolitische Informationen, Nr. 2, Januar 1988.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 1989: Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn, 1. März 1989.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFG/BMJFFG), 1980/1987: Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1980 und Ausgabe 1987. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bde. 151 und 157), Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesrat, 1977: Verhandlungen - 443. Sitzung, 11. März 1977; 446. Sitzung, 3. Juni 1977; 447. Sitzung, 24. Juni 1977.
- Bundesrat, 1988: Stellungnahme des Bundesrats zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG), 10. Juni 1988.
- Bundesrat, Büro des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik, 1977: Niederschrift über die 370. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik am 2. März 1977 in Bonn - Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz -KVKG).
- Bundesverband der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte (BVRA), 1988a: Stellungnahme zum 9. Kapitel Gesundheits-Reformgesetz ("Medizinischer Dienst der Krankenversicherung").

- Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO), 1964: Bericht über den Deutschen Krankenkassentag 1964 des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen vom 11. bis 13. November 1964 in Berlin. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Bundesverband der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte (BVRA), 1988b: Mitteilungen des Bundesverbandes der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte.
- Deutscher Bundestag, 1955: Zweite und Dritte Beratung des Kassenarzt-rechtgesetzes im Deutschen Bundestag am 22. Mai 1955.
- Deutscher Bundestag: Verhandlungen - 7. Wahlperiode, 176. Sitzung, 5. Juni 1975; 7. Wahlperiode, 243. Sitzung, 14. Mai 1976; 8. Wahlperiode, 18. Sitzung, 17. März 1977; 8. Wahlperiode, 26. Sitzung, 12. Mai 1977; 8. Wahlperiode, 36. Sitzung, 23. Juni 1977.
- Deutscher Bundestag, Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, 1988: Stenographisches Protokoll der 42. Sitzung (öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz GRG), 28. Juni 1988.
- Deutscher Bundestag, Kurzprotokoll der 78. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen, 23. Juni 1960.
- Deutscher Bundestag, Kurzprotokoll der 81. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen, 30. Juni 1960.
- Deutscher Bundestag, Protokoll der gemeinsamen Sitzung des Ausschusses für Sozialpolitik und des Ausschusses für das Gesundheitswesen, Anhörung von Sachverständigen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, 7. März 1963.
- Deutscher Bundestag, Protokoll der Sachverständigen-Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik, für Gesundheitswesen und für Arbeit, 26. Februar 1960.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), 1984: Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes (Rundschreiben an die Versichertenvertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Rentenversicherung, 17. Dezember 1984).
- Freie Demokratische Partei (FDP), 1976a: Gesundheitspolitisches Programm der FDP. Beschlossen auf dem 27. ordentlichen Bundesparteitag am 20. November 1976 in Frankfurt am Main.

- Freie Demokratische Partei (FDP), 1976b: Protokoll der Verhandlungen auf dem 27. ordentlichen Bundesparteitag am 19. und 20. November 1976 in Frankfurt am Main.
- Freie Demokratische Partei (FDP), Kreisverband Euskirchen, 1976: Stellungnahme zu dem vom Bundesfachausschuß für Soziales, Jugend, Familie und Gesundheit erarbeiteten Entwurf eines gesundheitspolitischen Programms der FDP.
- Häußler, Siegfried, 1988: Bericht zur Lage anläßlich der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 9. Mai 1988 in Frankfurt (Rede-Manuskript).
- Institut für Demoskopie, 1958: Zur Reform der Krankenversicherung. Gutachten über die Einstellung der Bevölkerung. Allensbach.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 1983-1989: Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1983-1989. Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 1988a: Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1988, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Tätigkeitsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Köln: 1979-82, 1985-88.
- Kurzprotokolle des Vermittlungsausschusses des Deutschen Bundestages/Bundesrates, 2. Sitzung, 15. Juni 1977, 1. Fortsetzung der 2. Sitzung, 16. Juni 1977 und 2. Fortsetzung der 2. Sitzung, 20. Juni 1977.
- Reichs-Gesetzblatt vom 21. Juni 1883, Nr. 9 - Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) - 2. Entwurf eines ökonomisch-politischen Orientierungsrahmens für die Jahre 1975 bis 1985 (vorgelegt auf dem Mannheimer Parteitag der SPD im November 1975).
- Spitzenverbände der Krankenkassen, 1988: Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG), 10. Juni 1988.
- Statistisches Bundesamt, 1982: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Mainz.
- Stenographisches Protokoll der 96. Sitzung des Ausschusses für Sozialpolitik - Anhörung von Sachverständigen zu den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen der Gesetzentwürfe der Fraktionen der SPD und CDU/CSU über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im

- Krankheitsfälle und über Änderungen des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung, 29. April 1969.
- Stenographisches Protokoll (Protokolle Nr. 6 und 7) der Anhörung von Sachverständigen zum Entwurf des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (öffentliche Informationssitzungen des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung), 24. und 25. März 1977.
- Stenographisches Protokoll (Protokolle Nr. 9 und 12) des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, 21. und 27. April 1977.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 1988: Stellungnahme vom 20.02.1988 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG).

3 Archive

- Archiv der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (AGK), Essen: Protokolle der Sitzungen des Fachbeirats, des Vorstands und des VÄD-Koordinierungsausschusses und Anlagen, 1981 bis 1988.
- Archiv des Deutschen Liberalismus, Friedrich-Naumann-Stiftung, Gummersbach: Materialien vom sozialpolitischen Bundesausschuß, vom Bundesgesundheitsausschuß, vom Bundesfachausschuß für Sozial-, Familien- und Gesundheitspolitik und vom Bundesparteitag 1976 der FDP, 1958 bis 1982.
- Archiv für Christlich-Demokratische Politik, Konrad-Adenauer-Stiftung, Sankt Augustin: Stenographische Berichte, Protokolle und Niederschriften der Sitzungen des Bundesvorstands der CDU (1959 bis 1960), der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (1958-1961), des Vorstands der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (1960 bis 1961) und des Arbeitskreises IV der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (1957 bis 1959 und 1963 bis 1969); Materialien zur Krankenversicherung (1959 bis 1960).
- Parlamentsarchiv, Bonn: Materialien zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz - KVNG), 3. Wahlperiode (6 Bände); Materialien zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversiche-

rungs-Neuregelungsgesetz - KVNG), 4. Wahlperiode (7 Bände); Materialien zum Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, 5. Wahlperiode (1 Band). Materialien über das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) vom 27. Juni 1977.

4 Zeitungen und Zeitschriften

Zeitungen

Abendzeitung
 Ärzte Zeitung
 Bayern-Kurier
 Bonner Rundschau
 Blick durch die Wirtschaft
 Frankfurter Allgemeine
 Frankfurter Rundschau
 General-Anzeiger
 Hamburger Abendblatt
 Handelsblatt
 Industriekurier
 Kölner Stadt-Anzeiger
 Münchner Merkur
 Rhein-Sieg-Anzeiger
 Ruhr Nachrichten
 Stuttgarter Zeitung
 Stuttgarter Nachrichten
 Süddeutsche Zeitung
 Der Tagesspiegel
 Die Welt
 Westfälische Rundschau
 Die Zeit

Zeitschriften

Der Arbeitgeber
 Ärztliche Mitteilungen
 Der Deutsche Arzt
 Deutsches Ärzteblatt
 Die Ersatzkasse
 Das Krankenhaus
 mb - der Arzt
 Der öffentliche Gesundheitsdienst
 Das öffentliche Gesundheitswesen
 Die Ortskrankenkasse
 Das Parlament
 Die Quelle
 Sozialer Fortschritt
 Der Spiegel
 Der Städtetag

5 Informationsdienste

Dienst für Gesellschaftspolitik

fdk Tagesdienst (Informationsdienst der FDP-Bundestagsfraktion)

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

Parlamentarischer-Politischer-Pressedienst (Informationsdienst der SPD)

6 Sekundärliteratur

Adam, Wilhelm, 1955: Das deutsche Krankenhauswesen und einige seiner Probleme. In: *Das Krankenhaus* 47, 205-210.

Adam, Wilhelm, 1956: Zum neuen Kassenarztrecht. In: *Das Krankenhaus* 48, 133-137.

Alber, Jens, 1988: *Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich*. MPIFG Discussion Paper 88/2. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Albrecht, J., 1974: Die Neuordnung des Rechts des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Richtlinie für Ländergesetze. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 36, 828-832.

Altenstetter, Christa, 1985: *Krankenhausbedarfsplanung*. München: Oldenbourg.

Andersen, Eberhard, 1982: Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes. Aus der Sicht eines Landesverbandes der Krankenkassen. In: *Die Ortskrankenkasse* 64, 451-453.

Aubel, Peter van, 1952: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und einige ihrer Sorgen. In: *Das Krankenhaus* 44, 161-165.

Auberlen, Manfred, 1974: Gesundheitssicherung. Sozialärztlicher Dienst unnötig. In: *Der Arbeitgeber* 26, 94/95.

Bachmann, Walter, 1957: Die "Zweckentfremdung" der Gesundheitsämter. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 19, 105-110.

Bachmann, Walter, 1972: Beitrag zur Diskussion über die Neugestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 34, 496/497.

Badura, Bernhard/ Klaus Lenk, 1986: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? In: Bernhard Blanke u.a. (Hrsg.), *Die Zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik*. Leviathan, Sonderheft 7. Opladen: Westdeutscher Verlag, 306-320.

- Bauer, Erich/ Karl Kohlhausen/ Ernst Lekon, 1974: *Soziale Sicherung und Sozialmedizinische Dienste - dargestellt am Beispiel des Vertrauensärztlichen Dienstes*. (Loseblattsammlung.) Bonn-Bad Godesberg: Asgard.
- Baumann, Johannes, 1982: Die Durchführung des Programms zur Gewinnung und Ausbildung ärztlichen Nachwuchses für das öffentliche Gesundheitswesen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 44, 24-26.
- Beermann, Hermann, 1968: Gleiches Recht für kranke Arbeiter, In: *Die Quelle* 19, 386/387.
- Berg, Heinz/ Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), 1986: *Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984*. Sankt-Augustin: Asgard.
- Beske, Fritz, 1967: Der öffentliche Gesundheitsdienst in unserer Zeit. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 29, 353-363.
- Beske, Fritz, 1971: Struktur des künftigen öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 33, Sonderheft 3, 96-103.
- Beske, Fritz, 1973: Editorial: Neuordnung des Rechts des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, 133/134.
- Beske, Fritz, 1987: Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen einer umfassenden Gesundheitspolitik. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 49: 364-370.
- Beske, Fritz/ H.-H. Rüschemann, 1981: Zur Frage des Bedarfs an Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 43, 1-3.
- Böhm, A., 1973: Stellung und Bedeutung des Amtsarztes innerhalb der Ärzteschaft - aus der Sicht des Amtsarztes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, 138-142.
- Bölling, Klaus, 1982: *Die letzten 30 Tage des Kanzlers Helmut Schmidt. Ein Tagebuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Boettcher, Erich (Hrsg.), 1957: *Sozialpolitik und Sozialreform*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Borgers, D. u.a. (Hrsg.), 1988: *Gesundheitsberichterstattung. Pilotkapitel Landesgesundheitsamt Nordrhein-Westfalen*, Bd. 2. Bielefeld: Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS).
- Brück, Gerhard W., 1977: Die Sozialversicherungsreform. In: *Sozialer Fortschritt* 26, 193-198.
- Bruckenberger, Ernst, 1978: Krankenhausbedarfsplan und Belegarztstätigkeit in Nordrhein-Westfalen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 75, 2852-2858.

- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), 1975: *25 Jahre Gesundheitsministerkonferenz in der Bundesrepublik Deutschland*. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 23.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), 1977: *Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf (Aufbauphase 1972-1975)*. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 50.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), 1982: *Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf (Abschlußbericht)*. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 99.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) und Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), 1974: *Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg und Essen, Selbstverlag.
- Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) 1973: *Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung*. Köln: Selbstverlag.
- Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA), 1975: *Soziale Sicherung unter veränderten wirtschaftlichen Bedingungen*. Köln: Selbstverlag.
- Chory, Werner, 1988: Referat zum Thema "Öffentlicher Gesundheitsdienst: reformieren oder privatisieren? Organisation, Aufgaben, Finanzierung, personelle Besetzung, aktuelle Probleme". In: Edwin H. Buchholz (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer, 77-89.
- Clade, Harald, 1972: *Das kranke Krankenhaus*. Köln: Deutsche Industrieverlags-GmbH.
- Cramer, Doris, 1989: Medizinischer Beratungsdienst kein "Gipfel der Bürokratie". In: *Bundesarbeitsblatt* 1989(4), 45-47.
- Daniels, J., 1956: Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 18, 161-173.
- Daniels, J., 1958: Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 20, 49-66.
- Deppe, Hans-Ulrich, 1987: *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), 1972: *Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes*. Düsseldorf: DGB-Verlag.

- Dewein, P., 1981: Die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 43, 575-577.
- Dittberner, Jürgen, 1987: *FDP - Partei der zweiten Wahl. Ein Beitrag zur Geschichte der liberalen Partei und ihrer Funktionen im Parteiensystem der Bundesrepublik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ebert, Thomas, 1982: Man raufte sich immer nur von Fall zu Fall zusammen. In: *Frankfurter Rundschau*, 27. Oktober 1982.
- Eichhorn, Siegfried, 1971: Strukturveränderung in der Organisation der medizinischen Versorgung. In: *Krankenhaus-Umschau* 40, 534-544.
- Eichhorn, Siegfried, 1975: Integriertes Gesundheitszentrum - Krankenhaus der Zukunft. In: *Krankenhaus-Umschau* 44, 493-499.
- Eichhorn, Siegfried, 1976: Einfluß von Struktur und Organisation der medizinischen Versorgung auf die Kosten der Gesundheit. *Zeitschrift für Sozialreform* 22, 157-171.
- Eichler, Kurt, 1953: Die kassenärztliche Ambulanz im Krankenhaus - zwei Erwiderungen. In: *Die Ortskrankenkasse* 35, 179/180.
- Elsholz, Konrad, 1969: *Krankenhäuser. Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft*. Baden-Baden: Nomos.
- Elsner, Gine/ Heidi Knake-Werner, 1983: *Der Vertrauensärztliche Dienst. Ein geschichtlicher Überblick* (unveröffentlichtes Manuskript).
- Faerber, Klaus-Peter, 1969: Der öffentliche Gesundheitsdienst; gestern, heute und morgen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 31, 401-411.
- Faerber, Klaus-Peter, 1972: Formen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Zukunft. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 34, 645-653.
- Femmer, H.-J., 1982: Zur Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Organisation und Aufgaben. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 44, 805-814.
- Femmer, H.-J., 1983a: Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 45, 105/106.
- Femmer, H.-J., 1983b: Gesundheitserziehung und öffentlicher Gesundheitsdienst. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 45, 125-129.
- Femmer, H. J., 1984: Aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46, 157-163.
- Ferber, Christian von, 1983: Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. In: *Gegenwartskunde* 32, Sonderheft 83, 113-125.
- Ferrera, Maurizio, 1989: The Politics of Health Reform: Origins and Performance of the Italian Health Service in Comparative Perspective. In: Giorgio Freddi/ James Warner Björkman (Hrsg.), *Control-*

- ling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance.* London: Sage, 116-129.
- Fischer, A., 1965: *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens.* 2 Bde. Hildesheim: Olms.
- Focke, Katharina, 1973: Grundsätze der Reformpolitik des Gesundheitswesens. In: *Das Krankenhaus* 65, 431-436.
- Forschungsgruppe Wahlen, 1987: Die Konsolidierung der Wende. Eine Analyse der Bundestagswahl 1987. In: *Zeitschrift für Parlamentsfragen* 18, 253-284.
- Forster, Jürgen, 1975a: Im Gesundheitswesen spricht man ernsthaft vom Sparen. In: *Süddeutsche Zeitung*, 14. Juni 1975.
- Forster, Jürgen, 1975b: Gefürchtete Ärzte-Lobby, In: *Süddeutsche Zeitung*, 18. Dezember 1975.
- Forster, Jürgen, 1977: Was das Kostendämpfungsgesetz bewirken soll. In: *Süddeutsche Zeitung*, 19. Februar 1977.
- Frank, Götz, 1983: *Sozialstaatsprinzip und Gesundheitssystem.* Frankfurt a. M.: Campus.
- Frost, 1979: Zur Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst - Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) - des Landes Schleswig-Holstein. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 41, 468/469.
- Funke, Elisabeth, 1975: Die Körperbehinderten-Betreuung des Gesundheitsamtes der Zukunft. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 37, 538-546.
- Gärtner, H., 1971: Umwelthygienische Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 33, 103-107.
- Geissler, Brigitte/ Peter Thoma, 1979: *Medizinsoziologie*, 2. Auflage. Frankfurt a. M.: Campus.
- Gerlach, Werner, 1986: Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes. In: *Die Ortskrankenkasse* 68, 208-217.
- Gerold, Leo, 1953: Die kassenärztliche Ambulanz im Krankenhaus - zwei Erwiderungen. In: *Die Ortskrankenkasse* 35, 180/181.
- Graessner, Sepp, 1980: Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz. I: Neue soziale Kontrolltechniken durch Arbeits- und Leistungsmedizin (mit Dokumenten). In: *Autonomie*, Sonderheft 2: Medizin und Nationalsozialismus. Referate und Dokumente vom Berliner Gesundheitstag, 2-19.
- Griesewell, Gunnar, 1985: Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Christian von Ferber u.a.

- (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen (Gedenkschrift für Ulrich Geißler)*. München: Oldenbourg, 555-579.
- Grieve, P., 1987: Umsetzung des gesundheitlichen Umweltschutzes im Gesundheitsamt - Hamburger Modell. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 49, 414-417.
- Grömig-Lübeck, 1955: Das neue Kassenarztrecht. In: *Anstalts-Umschau* 24, 374-380.
- Groser, Manfred, 1987: Gruppenverhandlungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 33, 743-752.
- Großklaus, Dieter, 1988: Referat zum Thema "Öffentlicher Gesundheitsdienst: reformieren oder privatisieren? Organisation, Aufgaben, Finanzierung, personelle Besetzung, aktuelle Probleme". In: Edwin H. Buchholz (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer, 196-201.
- Grünenwald, Klaus, 1982: Verträge über Krankenhauspflege nach § 372 RVO. In: *Die Ortskrankenkasse* 64, 579-586.
- Grünenwald, Klaus, 1986: *Krankenhäuser und Krankenkassen. Vertrags- und Pflegesatzrecht*. Sankt Augustin: Asgard
- Gütt, Arthur, 1935: Der öffentliche Gesundheitsdienst im Dritten Reich. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 1, 84-94.
- Hammarström, Anne/ Urban Janlert, 1983: Schweden. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*, Frankfurt a. M.: Campus, 243-269.
- Hartmannbund (Hrsg.) 1972a: *Thesen für ein gesundheitspolitisches Programm der Ärzteschaft für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Selbstverlag.
- Hartmannbund, 1972b: *Weißbuch zur Studie des WWI*. Mainz: Kirchheim.
- Häußler, Siegfried/ R. Liebold/ H. Narr, 1984: *Die kassenärztliche Tätigkeit*. Berlin: Springer.
- Heim, E., 1978: 100. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) am 15./16.9.1977 in Bremen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 40, 307-310.
- Heitzer, Wilhelm, 1985: Ziele der Vertragsverhandlungen Ärzte/Zahnärzte. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.), *Lebendige Krankenversicherung: 13. Presseseminar des AOK-Bundesverbandes vom 10. bis 11. Oktober 1985 in Maria Laach*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen, 15-25.

- Hensel, Walther, 1963: Das 'Njet' der Ärzte gegenüber den Krankenhäusern. In: *Das Krankenhaus* 55, 371-373.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1975: Die These von der 'doppelten Dynamik' der ärztlichen Einkommen. In: *Sozialer Fortschritt* 24, 121-125.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1976: *Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hinckley, Katherine A./ Bette S. Hill, 1988: *Biting the Bullet? Post-1980 Congressional Processes and Medicare/Medicaid Decisions* (unveröffentlichtes Papier vorgestellt auf der Tagung der American Political Science Association in Washington, DC, 1988).
- Hoffmann, Hermann, 1975: Stellung, Aufgaben und Leistungen des Krankenhauses. In: *Das Krankenhaus* 67, 295-304
- Hoffmann, Hermann, 1985: *Zur Situation des Krankenhauswesens in der Bundesrepublik Deutschland*. Düsseldorf: Kohlhammer.
- Hoffmeister, H., 1978: Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen - Ein Anlaß zum Nachdenken über Auftrag und Chancen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 40, 408-417.
- Hopf, Ernst-Johannes, 1973: Eingangsreferat zur 9. gesundheitspolitischen Tagung des Sozialministeriums Schleswig-Holsteins; "Der Amtsarzt in Gegenwart und Zukunft". In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, Sonderheft 3, 114-119.
- Hopf, Ernst-Johannes, 1974: *Die Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen*. Stuttgart: Thieme.
- Hopf, Ernst-Johannes, 1976: Das Gesundheitsamt heute und morgen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 38, 8-14.
- Hopf, Ernst-Johannes, 1978: Die Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen und ihre Umsetzung in Landesrecht. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 40, 418-427.
- Hopf, Ernst-Johannes/ Peter Moritzen, 1978: *Öffentliches Gesundheitswesen (Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, Bd. 3)*. Kiel: Schmidt und Klavniß.
- Hopf, E.-J., 1984: Zukünftige Aufgabenschwerpunkte des Gesundheitsamtes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46, 347-351.
- Huerkamp, Claudia, 1985: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hufnagl, H., 1966: Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsvorsorge. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 28, 346-355.

- Immergut, Ellen, 1986: *Between State and Market: Sickness Benefits and Social Control*. In: Martin Rein/ Lee Rainwater (Hrsg.), *Public/Private Interplay in Social Protection. A comparative study*. Armonk: Sharpe, 57-98.
- Jahn, Erwin u.a., 1971: *Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland*. WWI-Studie Nr. 20. Köln.
- Jahn, Erwin, 1974: Integriertes System der medizinischen Versorgung - Ein Modell. In: *WSI-Mitteilungen* 4, 122-138.
- Jung, Karl, 1982: Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes. Aus der Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. In: *Die Ortskrankenkasse* 64, 453/454.
- Kahnt, Rudolf, 1972: Beitrag zur Diskussion über die Neugestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 34, 131-133.
- Kahnt, Rudolf, 1972: Öffentlicher Gesundheitsdienst und Sozialarbeit. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 34, 14-19.
- Kastner, Fritz, 1964: Kassenärztliche Vergütungssysteme - Pauschal- oder Einzelleistungsvergütung? In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Bericht über den Deutschen Krankentag 1964 des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen, 68-97.
- Kastner, Fritz, 1968: Gesundheitsvorsorge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung?. In: *Die Ortskrankenkasse* 19, 633-638.
- Kastner, Fritz, 1971: Die Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung. In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Bericht über den Deutschen Krankentag 1971 des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen, 64-85.
- Katzenstein, Peter, 1987: *Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semisovereign State*. Philadelphia: Temple University Press.
- Kohlhausen, Karl, 1964: Die Krankenhaus-Verweildauer. In: *Die Ortskrankenkasse* 46, 492-498.
- Kohlhausen, Karl, 1976: Vertrauensärztlicher Dienst. In: Maria Blohmke u.a. (Hrsg.), *Sozialmedizin in der Praxis* (Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III). Stuttgart: Enke, 558-573.
- Kortmann, Karl Dieter, 1968: *Der Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung bei der Honorierung von kassenärztlichen Leistungen* (Dissertation, Universität zu Köln). Köln.

- Kröger, Erich, 1988: Referat zum Thema "Öffentlicher Gesundheitsdienst: reformieren oder privatisieren? Organisation, Aufgaben, Finanzierung, personelle Besetzung, aktuelle Probleme". In: Edwin H. Buchholz (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer, 185-195.
- Kühn, Hagen, 1980: *Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78*. Königstein im Taunus: Anton Hain.
- Kühn, Kurt, 1973: Zu Problemen der ärztlichen Spitzenverbände und Reichsärztekammer sowie der medizinischen Intelligenz im Hitlerfaschismus (1933-1945). In: Kurt Kühn (Hrsg.), *Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse*. Berlin: VEB Volk und Gesundheit.
- Laaser, Ulrich u.a., 1988: Strategien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 33, 226-232.
- Labisch, Alfons, 1982: Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 44: 745-761.
- Labisch, Alfons/ Florian Tennstedt, 1984: 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Dr. med. Arthur Gütt und die Gründung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46, 291-298.
- Labisch, Alfons/ Florian Tennstedt, 1985: *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934, Teil 1*. (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 13,1.) Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Labisch, Alfons/ Florian Tennstedt, 1985: *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934, Teil 2*. (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 13,2.) Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Labisch, Alfons, 1986: Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens. In: Bernhard Blanke u.a. (Hrsg.), *Die Zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik*. Leviathan, Sonderheft 7. Opladen: Westdeutscher Verlag, 275-305.
- Labisch-Ziesmann, Ursula/ Alfons Labisch, 1984: Zur Personalsituation (insbesondere der Ärzte) im öffentlichen Gesundheitsdienst von 1951-1980 im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung. In:

- Das öffentliche Gesundheitswesen* 46: 63-67 (Teil I) und 125-130 (Teil II).
- Lehmbruch, Gerhard u.a., 1988: Institutionelle Bedingungen ordnungspolitischen Strategiewechsels im internationalen Vergleich. In: *Politische Vierteljahresschrift* 29, Sonderheft 19, 251-283.
- Lemke, Peter/ Ulrich Laaser, 1986: Das epidemiologische Modell der Risikofaktoren und seine Umsetzbarkeit - die Epidemiologie in der Realität der Gesundheitspolitik. In: *Medizin Mensch Gesellschaft (MMG)* 11, 215-225.
- Lemmer, Erich, 1972: Beziehungen zu den Ärzten und Zahnärzten. In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Krankenversicherung 1972. Sechstes Presseseminar des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen*, Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen, 27-41.
- Liebold, Rolf, 1963: 4 Milliarden sind einzusparen. In: *Der Volkswirt*: 17, 833-836.
- Lorensen, Hans, 1975: Die Rolle des Krankenhauses - Chancen und Grenzen seines Wachstums. In: *Das Krankenhaus* 67, 304-313.
- Ludes, Horst, 1986: *Die Honorierung kassenärztlicher Leistungen als Instrument zur Angebotssteuerung im ambulanten Sektor*. Spardorf: Wilfer.
- Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Philipp Herder-Dorneich/ Alexander Schuller (Hrsg.), *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart: Kohlhammer, 28-49.
- Maier, Erne, 1976: Problemerkis Sozialhilfe. Zur künftigen Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit der Sozialhilfe. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 38, 35-56.
- Manger-Koenig, Ludwig von, 1968: Entwicklungstendenzen der Gesundheitsvorsorge. In: *Die Ortskrankenkasse* 15, 513-521.
- Manger-Koenig, Ludwig von, 1969: Aktuelle Probleme des öffentlichen Gesundheitswesens. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 31, 525-529.
- Manger-Koenig, Ludwig von, 1974: Analyse des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung bundesdeutscher Modellvorstellungen. In: *Das Krankenhaus* 5, 164-169.
- Manger-Koenig, Ludwig von, 1975: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 37, 433.
- Marmor, Theodore R./ Thomas Bernd, 1983: Doctors, politics and pay disputes: "pressure group politics" revisited. In: Theodore R. Marmor,

- Political analysis and American medical care.* Cambridge: Cambridge University Press, 107-130.
- Mayntz, Renate/ Bernd Rosewitz, 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Renate Mayntz u.a., *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme.* Frankfurt a. M.: Campus, 117-179.
- Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft, 1989: *Handwörterbuch des Gesundheitswesens.* Baden-Baden: Nomos.
- Metz, Hubert, 1977: *Reform des Gesundheitssystems.* Berlin: de Gruyter.
- Metze, Ingolf, 1975: Probleme der Ärztehonourierung und ihre Reform. In: Heinz Lampert u.a. (Hrsg.), *Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD.* Berlin: Duncker & Humblot, 29-94.
- Mews, Rudi, 1981: Sparpaket noch längst nicht geschnürt. In: *Vorwärts* 1981(41).
- Muhr, Gerd, 1974: Gemeinsamer Sozialärztlicher Dienst - notwendig und realisierbar. In: *Soziale Sicherheit* 23, 97-103 und 129-134.
- Muhr, Gerd, 1977: Sozialpolitik der Nachkriegszeit - Betrachtungen aus der Sicht des DGB. In: Reinhart Bartholomäi u.a. (Hrsg.), *Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analysen.* Bonn-Bad Godesberg, 477-487.
- Müller, Hans-Werner, 1975: Das Krankenhaus im integrierten Gesundheitswesen. In: *Krankenhaus-Umschau* 44, 395-399.
- Müller, Hans-Werner, 1976: Krankenhäuser - Bettenberg oder Scherbenhaufen? In: *Das Krankenhaus* 68, 75-83.
- Müller, Hans-Werner, 1974: Krankenhaus und Gesundheitspolitik. In: *Das Krankenhaus* 66, 1/2.
- Müller, W. u.a., 1988: Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 50, 303-313.
- Müller-Held, Wolfgang/ Herbert Rebscher/ Karl Schutgens, 1989: *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - Handbuch.* Sankt Augustin.
- Muschallik, Hans Wolf, 1963: Die Unabhängigkeit des Kassenarztes muß gewahrt bleiben. In: *Ärztliche Mitteilungen* 1963, 577-582.
- Muschallik, Hans Wolf, 1976a: Probleme 1976: Gesetz über Kassenarztrecht und Eindämmung der Kosten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73, 5-8 und 23-30.
- Muschallik, Hans Wolf, 1976b: Bewährungsprobe für die gemeinsame Selbstverwaltung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73, 1349-1354.

- Muschallik, Hans Wolf, 1976c: Auch im Gesundheitswesen ist eine Phase der Mäßigung fällig. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73, 2538-2540 und 2575-2581.
- Naschold, Frieder, 1967: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*. Freiburg im Breisgau: Rombach.
- Neumann, Gerhard, 1982: Öffentliches Gesundheitswesen. In: Hans Schäfer (Hrsg.), *Funk-Kolleg Umwelt und Gesundheit - Aspekte einer sozialen Medizin*, Bd. 2. Frankfurt a. M.: Fischer, 199-220.
- Neumeister, Hanna, 1976: Gedanken eines Politikers zur Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit? In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 38, 552-555.
- Nittner, Kurt-Roderich, 1973: Das Gesundheitsamt von morgen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 70, 1283.
- Papke, H., 1971: Die ärztliche Gutachter Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 33, 128-132.
- Pfau, Eberhard, 1976: Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit? - Gedanken zum Rahmenthema aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes -. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 38, 536-543.
- Pfau, Eberhard, 1978: Die Erwartungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Landesgesetzgebung über das Gesundheitswesen. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 40, 428-436.
- Pfau, Eberhard, 1979a: Der Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben des Gesundheitsamtes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 41, 45-48.
- Pfau, Eberhard, 1979b: Nachrichten der Verbände. Aus dem Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Stellungnahme zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GD) des Landes Schleswig Holstein. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 41, 394/395.
- Pfau, Eberhard, 1983: Eröffnungsansprache des 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 45, 394-396.
- Pfau, Eberhard, 1985: Berufspolitische Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 47, 333-336.
- Pfau, Eberhard, 1988: Zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens - Erhebungen zur Anamnese und Überlegungen zur Prognose. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 50, 202-205.

- Pflanz, M., 1973: Motivation: Amtsarzt. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, 147-151.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 1977: *Regierungspolitik 1977-80. Erläuterungen zur Regierungserklärung vom 16. Dezember 1976*, Bonn.
- Pürckhauer, Fritz, 1954: Das Gesundheitsamt im Wandel der Zeit. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 16, 279-296.
- Rainer, A., 1949: Zur Kommunalisierung der Gesundheitsämter. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 11, 128-133.
- Rausch, Roland, 1984: *Die freigemeinnützigen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland - Entwicklung, Lage, Leistungen und Zukunftsaussichten*. Gerlingen: Bleicher.
- Reuter, H., 1964: Situation und Aspekte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 26, 350-366.
- Reuter, H., 1982: Gibt es noch eine Alternative? Ein Beitrag zur Diskussion über die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 44, 200-204.
- Richter, Max/ Albert Müller, 1966: *Kampf um die Krankenversicherung 1955-1965*. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Richter, Max, 1970: *Die Sozialreform - Dokumente und Stellungnahmen*. Bonn-Bad Godesberg: Asgard.
- Riehemann, Wilhelm, 1982: Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes. Aus der Sicht eines Trägers der Gemeinschaftsaufgaben. In: *Die Ortskrankenkasse* 64, 447-454.
- Rohwer-Kahlmann, Harry, 1977: Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 23, 573-593.
- Rosenberg, Peter, 1975: *Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel*. Göttingen: Schwartz.
- Roth, Karl Heinz, 1980: Gesundheitspolitik unter dem Hakenkreuz. II: Familien- und Bevölkerungspolitik unter der Gewalt der nationalsozialistischen "Gesundheitsführung" (mit Dokumenten). In: *Autonomie, Sonderheft Nr. 2: Medizin und Nationalsozialismus. Referate und Dokumente vom Berliner Gesundheitstag, Juli, 20-47*.
- Sachße, Christoph/ Florian Tennstedt, 1988: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929*, Bd. 2, Stuttgart: Kohlhammer.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1988: *Jahresgutachten 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1989: *Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Safran, William, 1967: *Veto-Group Politics. The Case of Health-Insurance Reform in West Germany*. San Francisco: Chandler.
- Schaefer, Hans/ Maria Blohmke, 1978: *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme.
- Schäfer, Franz, 1952: Krankenversicherung und ambulante Leistungen im Krankenhaus. Die gegenwärtige Rechtslage. In: *Das Krankenhaus* 44, 52-57.
- Scharpf, Fritz W./ Bernd Reissert/ Fritz Schnabel, 1976: *Politikverflechtung: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik*. Kronberg/Ts.: Scriptor.
- Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-87.
- Scharpf, Fritz W., 1989: Der Bundesrat und die Kooperation auf der "dritten Ebene". In: Bundesrat (Hrsg.), *Vierzig Jahre Bundesrat*. Baden-Baden: Nomos, 121-162.
- Schindel, H.-J., 1975: Standort und Trend des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Überlegungen zur Neuordnung. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 37, 786-792.
- Schindler, Peter, 1988: *Datenhandbuch zur Geschichte des Deutschen Bundestages 1980 bis 1987*. Baden-Baden: Nomos.
- Schipperges, Heinrich, 1975: *Medizinische Dienste im Wandel. Analyse, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Schirmer, Dieter, 1974: Ambulante Vor- und Nachbehandlung im Krankenhaus? In: *Die Ortskrankenkasse* 56, 493-500.
- Schirmer, Dieter, 1978: Verbesserung der Effektivität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Die Ortskrankenkasse* 60, 38-53.

- Schmelcher, Robert, 1956: Rechtsbeziehungen des Krankenhausträgers zur Kassenärztlichen Vereinigung bei ambulanten kassenärztlichen Sachleistungen. In: *Das Krankenhaus* 48, 432-436.
- Schmidt, Alfred, 1974: Integration von freier Praxis und Krankenhaus. In: *Selecta* 16, 535-537.
- Schmidt, Alfred, 1975: Die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Analyse - Diskussion - Wertung. In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Krankenversicherung 1975. Aachtes Presse-seminar des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Schmidt, Alfred, 1977: Kostendämpfungsprogramm für das Gesundheitswesen. In: *Die Quelle* 28, 130-134.
- Schmidt, Helmut, 1982: "Die linke Mitte nicht räumen". In: *Der Spiegel* 1982(15), 19ff.
- Schmidt, Manfred G., 1980: *CDU und SPD an der Regierung. Ein Vergleich ihrer Politik in den Ländern*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schmidt, Manfred G., 1987: West Germany: The Policy of the Middle Way. In: *Journal of Public Policy* 7, 135-178.
- Schmidt-Kempton, Hansheinrich, 1976: *Manuskript einer Rede auf dem 27. ordentlichen Bundesparteitag der FDP am 20. November 1976 in Frankfurt am Main*.
- Schmitt, L., 1971: Schwanengesang des öffentlichen Gesundheitsdienstes? In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 33, 232-234.
- Schmitter, Philippe C., 1979: Interessenvermittlung und Regierbarkeit. In: Ulrich von Alemann/ Rolf G. Heinze (Hrsg.), *Verbände und Staat: vom Pluralismus zum Korporatismus; Analysen, Positionen, Dokumente*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 92-114.
- Schmollinger, Horst W./ Peter Müller, 1980: *Zwischenbilanz. 10 Jahre sozialliberale Politik, 1969-1979. Anspruch und Wirklichkeit*. Hannover: Fackelträger.
- Schneider, Max, 1952: Die kassenärztliche Ambulanz im Krankenhaus. In: *Die Ortskrankenkasse* 34, 510/511.
- Schuch, P., 1987: Aktuelle Fragen im öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 49, 359/360.
- Schwarz, J.E., 1978: Maintaining coalitions. In: William M. Evan (ed.), *Interorganizational Relations*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 185-201.
- Schwarzhaupt, Elisabeth, 1965: *Gesundheitspolitik als Bundesaufgabe*. In: Bulletin (Hrsg. von Presse- und Informationsamt der Bundesregierung) Nr. 125, 22. Juli 1965.

- Schwefel, Detlef u.a. (Hrsg.), 1986: *Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Siepermann, Werner, 1976: Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit kleiner Belegkrankenhäuser. In: *Die Ortskrankenkasse* 58, 800-806.
- Simon, P., 1977: Die Auswirkungen des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation auf die Arbeit der Gesundheitsämter. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 39, 35-40.
- Søe, Christian/ Hans Vorländer, 1987: Der Kampf um Überleben und Einfluß. Rolle und Funktion der FDP in der westdeutschen Politik. In: Hans Vorländer (Hrsg.), *Verfall oder Renaissance des Liberalismus. Beiträge zum deutschen und internationalen Liberalismus*. München: Günter Olzog, 173-190.
- Sons, Hans-Ulrich, 1983: *Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945-1949*. Wuppertal: Hammer.
- Sons, Hans-Ulrich, 1985: Zur Reorganisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Nachkriegsdeutschland - dargestellt am Beispiel Nordrhein-Westfalens (britische Besatzungszone) 1945-1949. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 47, 273-277.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), 1976: *Ökonomisch-politischer Orientierungsrahmen für die Jahre 1975-1985*. Bonn: Selbstverlag.
- Starke, Marie-Theres, 1962: *Die Finanzierung der Krankenhausleistungen als sozial- und ordnungspolitisches Problem*. Münster: Aschendorff.
- Statistisches Bundesamt, 1956: Personal der Gesundheitsämter in den Ländern des Bundesgebietes und in Berlin (West) am 31. Dezember 1955. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 18, 37.
- Stein, H. A., 1982: Sind der Amtsarzt und das Gesundheitsamt überflüssig? Wie steht es mit der Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes? In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 44, 743/744.
- Steuer, W., 1984: Aufgabenwandlung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46, 68-70.
- Stockhausen, J., 1971: Öffentlicher Gesundheitsdienst und Ärzteschaft. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 33, Sonderheft 3, 88-95.
- Stone, Deborah A., 1980: *The Limits of Professional Power. National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stralau, Josef, 1953: Die Stellung des Gesundheitsamtes in der Selbstverwaltung. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 15, 417-425.

- Stralau, Josef, 1960: Das deutsche Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 22, 163-178.
- Stralau, Josef, 1962: Der Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik - seine Rechtfertigung und seine Grenzen. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 24, 311-316.
- Strauß, Franz-Josef, 1989: *Die Erinnerungen*. Berlin: Siedler.
- Stürzbecher, Manfred, 1973: Vom Physikus zum Amtsarzt. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, 119-123.
- Stürzbecher, Manfred, 1978: Einige Bemerkungen über die Anfänge der Gesundheitsämter im rheinisch-westfälischen Industriegebiet. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 40, 763-765.
- Tennstedt, Florian, 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blohmke u.a. (Hrsg.), *Sozialmedizin in der Praxis* (Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III). Stuttgart: Enke, 385-424.
- Tepe, Karl, 1977: Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung. In: *Archiv für Sozialgeschichte* Nr. 17, 195-249.
- Töns, Hans, 1971a: Krankheitsfrüherkennung. Eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Die Ortskrankenkasse* 53, 424-450.
- Töns, Hans, 1971b: Probleme des zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 17, 201-214.
- Töns, Hans, 1975a: Die finanzielle Entwicklung der Ortskrankenkassen 1975 bis 1980. In: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Krankenversicherung 1975. Achstes Presseseminar des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen, 9-30.
- Töns, Hans, 1975b: Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung. Empfehlung von Modellversuchen. In: *Die Ortskrankenkasse* 57, 565-570.
- Trüb, C. L. Paul, 1964: Grundlagen und Zielsetzung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens - 30 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens -. In: *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 26, 321-349.
- Verheugen, Günter, 1984: *Der Ausverkauf. Macht und Verfall der FDP*. Reinbek: Rowohlt.
- Vollmer, Rudolf J., 1989: Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung. In: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Bundesarbeitsblatt* 4. Stuttgart: Kohlhammer, 61-68.

- Wanek, Volker, 1989: Die Machtverteilung im Gesundheitswesen, In: Hans-Ulrich Deppe, Hannes Friedrich und Rainer Müller (Hrsg.), *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt a. M.: Campus, 190-221.
- Webber, Douglas, 1987: *Politik, Wirtschaft und Recht in der Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems seit dem Zweiten Weltkrieg* (unveröffentlichtes Manuskript). Köln.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan* 16, 156-203.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Weinhold, Ernst-Eberhard, 1976: ... et respice finem! In: *Der Deutsche Arzt* 1975(12), 24.
- Widekamp, Peter, 1986: Neue Perspektive für den Vertrauensärztlichen Dienst. In: *Die Ersatzkasse* 66, 264-271.
- Wiemeyer, Joachim, 1984: *Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland*. (Sozialpolitische Schriften 50.) Berlin: Duncker & Humblot.
- Wiesenthal, Helmut, 1981: *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Wilsford, David, 1989: Physicians and the State in France. In: Giorgio Freddi/ James Warner Björkman (Hrsg.), *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. London: Sage, 130-156.
- Wirtschafts-Wissenschaftliches Institut des DGB (WWI), 1971: *Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform*. Köln: Bund-Verlag.
- Wollny, Günter, 1974: Ist das Arzthonorar unangemessen? In: *Der Niedergelassene Arzt* 1974(15-16), 32-45.
- Wolters, Hans-Georg, 1974: Moderne Gesundheitspolitik im öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 35, 727-737.
- Worthmann, Walter, 1972: Die Planung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. In: *Das Krankenhaus* 64, 305-313.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1979: *Das medizinisch-technische Zentrum. Kritik einer Modellvorstellung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1983a: *Die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung 1960-1978. Eine gesamtwirtschaftliche Analyse*. Bearbeiter: Klaus-Dirk Henke/ Hans Adam. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1983b: *Das Problem der Doppeluntersuchung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung*. Bearbeiter: B. Kosanke. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Band 1

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh

Differenzierung und Verselbständigung

Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme

Das neue Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung legt hier eine erste systematische Darstellung von Forschungsergebnissen zur strukturellen Dynamik moderner Gesellschaftsentwicklung vor.

Band 2

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)

The Development of Large Technical Systems

Die Infrastrukturbedeutung großer technischer Systeme schafft vielfältige Abhängigkeiten. Versagen sie, kann das u.U. weitreichende und katastrophale Folgen haben. Damit entstehen wichtige Fragen für die politische Steuerung.

Band 3

Clemens Schumacher-Wolf

Informationstechnik, Innovation und Verwaltung

Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken

Der Umfang und das Niveau der Automatisierung von drei unterschiedlichen Behörden werden in längsschnittorientierten Fallstudien eingehend verfolgt und erörtert.

Band 4

Volker Schneider

Technikentwicklung zwischen Politik und Markt

Der Fall Bildschirmtext

Der Autor beschreibt und erklärt die technische und organisatorische Entwicklung von Bildschirmtext in der Bundesrepublik als Ergebnis von Design-Strategien, die sich im Zusammenspiel politischer, ökonomischer und technischer Teilprozesse in komplexen Interaktionsnetzwerken herausbilden.

Band 5

Bernd Rosewitz, Douglas Webber

Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen

Eine Analyse der Reformresistenz des deutschen Gesundheitssystems in vier Fallstudien: Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst, vertrauensärztlicher Dienst und kassenärztliche Honorierung.

Band 6

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank

Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem

Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten außeruniversitären Forschung

Kern der Studie ist der Prozeß der Ausdifferenzierung und Spezialisierung bestimmter Typen von Forschung seit 1945 und dessen politische Steuerbarkeit.

Über Jahrzehnte hinweg lassen sich politische Reformversuche wechselnder Intensität im Gesundheitssystem nachweisen. Der Erfolg blieb ihnen allerdings oftmals versagt. Die Autoren gehen in ihrer empirischen Analyse den Anlässen für Steuerungsversuche in verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitssystems nach. Erkenntnisleitend ist die Frage, aufgrund welcher Akteurkonstellationen und institutioneller Mechanismen Reformvorhaben oder auch Einzelmaßnahmen durchgesetzt werden konnten bzw. blockiert worden sind. Die vier Fallstudien konzentrieren sich exemplarisch auf Reformversuche in folgenden Bereichen:

- Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung;
- Öffentlicher Gesundheitsdienst;
- Vertrauensärztlicher Dienst;
- Kassenärztlicher Dienst.

Als Ergebnis resümiert die empirische Analyse der vier Einzelfälle eine erhebliche Reformresistenz des deutschen Gesundheitssystems.