
**DIE ROLLE VON SCHIEDSVVERFAHREN IM
VERHANDLUNGSPROZESS IN DER
GEMEINSAMEN SELBSTVERWALTUNG IN
DER GESETZLICHEN
GESUNDHEITSVVERSORGUNG DEUTSCHLANDS**

FREIE WISSENSCHAFTLICHE ARBEIT ZUR ERLANGUNG EINES
DOKTORS RERUM POLITICARUM (DR.RER.POL.)

AN DER

FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTS- UND ORGANISATIONSWISSENSCHAFTEN

DER

UNIVERSITÄT DER BUNDESWEHR MÜNCHEN

VORGELEGT VON:

DIPLOM-VOLKSWIRT JENS NOTHNAGEL

NEUBIBERG

AUGUST 2005

1. BERICHTERSTATTER: UNIV.-PROF. DR. GÜNTER NEUBAUER
2. BERICHTERSTATTER: UNIV.-PROF. DR. DR. H.C. PETER FRIEDRICH

Inhaltsverzeichnis

	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	5
	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN, TABELLEN UND ÜBERSICHTEN.....	7
1	PROBLEMSTELLUNG, ABGRENZUNG UND VORGEHENSWEISE.....	9
1.1	Problemstellung.....	9
1.2	Abgrenzungen.....	11
1.3	Vorgehensweise.....	13
2	KOORDINIERUNG DER AKTEURE IM GESUNDHEITSSEKTOR.....	16
2.1	Einordnung der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Schiedsstellen als eines ihrer Organe zwischen Markt- und Planwirtschaft.....	16
2.2	Ordnungspolitische Ziele der Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung.....	20
2.2.1	Gesundheitspolitische Ziele des Staates.....	20
2.2.2	Zielsetzungen der Verbände der Leistungserbringer.....	24
2.2.3	Ziele der Verbände der Krankenkassen.....	26
2.3	Koordinierung durch Märkte und Wettbewerb.....	29
2.4	Koordinierung durch den Staat.....	30
2.4.1	Staatliche Preissetzung.....	30
2.4.2	Staatliche Planung der Ressourcen.....	32
2.5	Koordinierung durch Verhandlungen.....	34
2.5.1	Ökonomische Grundlagen von Verhandlungen.....	34
2.5.2	Theoretische Modellierung von Verhandlungslösungen.....	36
2.5.3	Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen.....	40
2.5.3.1	Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung.....	40
2.5.3.2	Verhandlungspartner und Verhandlungsebenen.....	41
2.5.3.3	Verhandlungsgegenstände.....	43
2.5.3.4	Gesetzliche Vorgaben für die Verhandlungspartner und Schiedsstellen.....	43
2.5.3.5	Markt- und Informationsmacht.....	44
2.5.4	Transaktionskosten bei Verhandlungen und Schiedsstellen.....	47
2.5.4.1	Fortdauer der alten Verträge.....	47
2.5.4.2	Belastung der Akteure.....	48
2.5.5	Analysen zum Verhalten der Verhandlungspartner.....	48
2.5.5.1	Preisbildung aus Sicht der Leistungserbringer im vertragsärztlichen Bereich – ein Gefangenendilemma?.....	48
2.5.5.2	Konkurrenz der Versorgungsbereiche.....	50
2.5.5.3	Strategien der Verbände von Leistungserbringern und Krankenkassen.....	52
2.5.5.4	Folgen des Risikostrukturausgleichs für die Strategie der Krankenkassen.....	57
2.5.5.5	Drohpotentiale und Exit-Optionen der Leistungserbringer und ihre Glaubwürdigkeit.....	60
2.5.6	Medizintechnische und medizinisch-organisatorische Innovationen und ihre Auswirkungen auf die Verhandlungen.....	61
2.5.7	Die Entwicklung der Budgetrestriktion im Gesundheitswesen.....	67
2.6	Das Scheitern von Verhandlungen als Ausgangspunkt für Schiedsverfahren.....	69
3	SCHIEDSVERFAHREN UND SCHIEDSSTELLEN IN DEN EINZELNEN LEISTUNGSBEREICHEN – EINE INSTITUTIONELLE BESTANDSAUFNAHME.....	70
3.1	Merkmale von Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung.....	70
3.1.1	Besetzung der Schiedsstellen.....	70
3.1.2	Schiedsverfahren.....	71
3.2	Darstellung des Ablaufs eines Schiedsverfahrens.....	72
3.3	Leistungsbereiche mit geregelten Schiedsverfahren.....	74

3.3.1	Krankenhausbereich.....	74
3.3.2	Vertragsärztliche, vertragszahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	79
3.3.3	Zahntechnische Versorgung.....	82
3.3.4	Pflegeversicherung.....	85
3.4	Leistungsbereiche mit teilweise geregelten Schiedsverfahren.....	86
3.4.1	Rettungswesen und Krankentransport.....	86
3.4.2	Arzneimittelversorgung.....	90
3.5	Leistungsbereiche ohne geregelte Schiedsverfahren.....	92
3.5.1	Medizinische Rehabilitation.....	92
3.5.2	Heil- und Hilfsmittel.....	93
3.5.3	Neue Versorgungsformen nach GKV-Modernisierungsgesetz.....	94
3.6	Schiedsstellenähnliche Institutionen.....	96
3.6.1	Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Erarbeitung von Richtlinien für die medizinische Versorgung.....	96
3.6.2	Bewertung von Diagnose- und Behandlungsverfahren.....	99
3.7	Schiedsverfahren – In- oder Outside-Option im „Verhandlungsspiel“?.....	100
3.8	Vergleich mit anderen Schiedsverfahren.....	103
3.9	Analogien und Unterschiede zur Schlichtung im Arbeitskampf.....	104
3.9.1	Vergleich der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen.....	104
3.9.2	Vergleich der Abläufe.....	106
4	KONFLIKTFELDER UND LÖSUNGSBEDARF DURCH SCHIEDSSTELLEN.....	112
4.1	Aufgaben und Funktionen von Schiedsstellen.....	112
4.2	Schiedsverfahren als Fortsetzung der Verhandlungen mit Moderator.....	113
4.3	Hauptstreitpunkte der Verhandlungspartner.....	115
4.3.1	Probleme der Leistungsbewertung bei Selbstkostendeckung.....	115
4.3.2	Produktbeschreibung, Abrechnungseinheiten und Risikoverteilung.....	115
4.3.3	Problematik der Leistungsbewertung.....	120
4.3.3.1	Bewertung zu Markt- oder Vergleichspreisen.....	120
4.3.3.2	Bewertung zu kalkulatorischen Kosten der Leistungserbringer.....	122
4.3.4	Probleme der Leistungsabgrenzung.....	124
4.3.5	Entgelt differenzierungen.....	125
4.3.6	Differenzen und Unsicherheiten in der Rechtsauslegung.....	127
4.3.7	Verbandsinterne Determinanten der Verhandlungsführung.....	127
4.3.8	Strategische Überlegungen der Parteien.....	130
4.4	Darstellung der strittigen Punkte in den analysierten Schiedsverfahren.....	130
5	DETERMINANTEN DES SCHIEDSERGEBNISSES.....	133
5.1	Einfluss der Unparteiischen auf die Schiedsergebnisse.....	133
5.1.1	Auswahl und Funktion der Schiedsrichter.....	133
5.1.2	Schiedsspruch durch iterative wechselseitige Präferenzabfrage.....	135
5.1.3	Nutzenfunktionen der Unparteiischen.....	138
5.1.3.1	Modell einer fairen Schiedsrichterlösung nach Nash.....	138
5.1.3.2	Schiedsrichterlösung nach Raiffa.....	144
5.1.3.3	Die Kalai-Smorodinsky-Lösung.....	144
5.1.3.4	Proportionale Aufteilung des Nutzengewinns.....	146
5.1.4	Informationen über Präferenzen der Unparteiischen.....	147
5.1.5	Einfluss der Unparteiischen auf das Informationsverhalten der Verhandlungsparteien.....	148
5.2	Einfluss der gebundenen Mitglieder der Schiedsstelle	149
5.3	Einflussnahme der Verhandlungsparteien auf die Schiedsergebnisse.....	150
5.3.1	Theoretische Modellierung.....	150
5.3.1.1	Ausgangslage vor Anrufung des Schiedsamtes.....	150
5.3.1.2	Verhandlungsmacht und Verhandlungsgeschick der Parteien – Verallgemeinerte Nash-Lösung.....	152
5.3.1.3	Informationspolitik der Parteien gegenüber der Schiedsstelle.....	154
5.3.2	Strategien der Verhandlungsparteien in den beobachteten Schiedsverfahren.....	156
5.3.2.1	Ausgewertete Schiedsverfahren	156
5.3.2.2	Strategie der maximalen Ausgangsposition.....	157
5.3.2.3	Strategie der maximalen Forderung.....	158
5.3.2.4	Informationsstrategien der Verhandlungsparteien.....	160
5.4	Einfluss der Schiedsstellen auf die Verhandlungsmacht der Parteien.....	160
5.5	Externe Einflüsse auf die Schiedsergebnisse	161
5.5.1	Lohnnebenkostendiskussion.....	161

5.5.2	Sitz der Schiedsstelle.....	164
6	ANFORDERUNGEN AN SCHIEDSSPRÜCHE UND ABSICHERUNG DEREN EINHALTUNG.....	165
6.1	Allgemeine Anforderungen an Schiedsverfahren.....	165
6.2	Beeinflussung von Informationsstand und Verhandlungsmacht der Beteiligten während der Schiedsverfahren.....	166
6.3	Autonomie der Schiedsämtler und externe Vorgaben.....	171
6.3.1	Sozialrechtliche Vorgaben.....	171
6.3.2	Wettbewerbsrechtliche Begrenzung.....	172
6.3.3	Kontrolle durch Gerichte und Genehmigungsbehörden.....	176
6.4	Strategien der Neutralen zur Lösungsfindung.....	178
6.5	Schiedsergebnisse und deren Akzeptanz durch die Parteien.....	182
7	VORSCHLÄGE ZUR VERBESSERUNG DER SCHIEDSVERFAHREN.....	187
7.1	Defizite der Schiedsverfahren.....	187
7.2	Festsetzung von Stichtagen zur Anrufung der Schiedsstelle.....	187
7.3	Ausschluss zurückliegender Abrechnungsperioden.....	188
7.4	Eingrenzung des Entscheidungsspielraumes der Schiedsstellen.....	188
7.5	Abschaffung des Losverfahrens zur Auswahl der Vorsitzenden.....	188
7.6	Neuordnung des solidarischen Wettbewerbs im Gesundheitswesen.....	189
7.7	Auflösung von ordnungspolitischen Widersprüchen aus Vorgaben der Gesetzgebung.....	191
8	MÖGLICHE ALTERNATIVEN ZU SCHIEDSSTELLEN.....	194
8.1	Einführung von Vertragsfreiheit.....	194
8.2	Alternativen der Entgeltfestsetzung ohne Schiedsstellen.....	199
8.3	Zulassen eines vertragslosen Zustandes	201
9	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK.....	203
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	208

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AEV	Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
BAT	Bundesangestelltentarif
BayRDG	Bayerisches Rettungsdienstgesetz
BbgRettG	Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg
BEMA	Bewertungsmaßstab
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit
BpflgV	Bundespflegeverordnung
BremHilfeG	Bremisches Hilfeleistungsgesetz
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BSG	Bundessozialgericht
BverwG	Bundesverwaltungsgericht
c.p.	Ceteris paribus
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
e.V.	eingetragener Verein
FU	Früherkennungsuntersuchung
G-DRG	German-DRG
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOÄZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HmbRDG	Hamburgisches Rettungsdienstgesetz
HRDG	Hessisches Rettungsdienstgesetz
Hrsg.	Herausgeber
IP	Individualprophylaxe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz

KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
KZVB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern
LSA	Land Sachsen-Anhalt
M.-V.	Mecklenburg-Vorpommern
NOG	Krankenversicherungs- Neuordnungsgesetz
NRettDG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
PKV	Private Krankenversicherung
RDG	Rettungsdienstgesetz
RehaAnglG	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation
RettG/RettDG	Rettungsdienstgesetz
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
SächsRettDG	Sächsisches Rettungsdienstgesetz
SchiedsVO	Schiedsamtsverordnung
Schl.-H.	Schleswig-Holstein
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat für Wirtschaft
SVRG	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVRKAiG	Sachverständigenrat der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SRettG	Saarländisches Rettungsdienstgesetz
ThürRettG	Thüringer Rettungsdienstgesetz
VdAK	Verband der Angestellten-Ersatzkassen
vgl.	vergleiche
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
ZPO	Zivilprozessordnung

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Übersichten

Abbildungen:

Abbildung 1: Der Sicherstellungsauftrag aus Sicht der Krankenkassen nach SGB V.....	27
Abbildung 2: Lösungsmenge von Verhandlungsprozessen.....	38
Abbildung 3: Darstellung eines erfolgreichen Verhandlungsprozesses.....	39
Abbildung 4: Darstellung eines erfolglosen Verhandlungsprozesses.....	40
Abbildung 5: Konkurrenz der Leistungsbereiche untereinander.....	51
Abbildung 6: Strategie der Krankenkassen bei medizinisch- technischen Fortschritt.....	55
Abbildung 7: Verschiebung der Transformationskurve im Gesundheitsbereich durch Steigerung der Beitragseinnahmen der GKV.....	56
Abbildung 8: Finanzierung neuer Behandlungsverfahren.....	65
Abbildung 9: Prognostizierte Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV mit und ohne medizinischen Fortschritt.....	66
Abbildung 10: Aufbau einer Schiedsstelle.....	71
Abbildung 11: Ablauf von Verhandlungen im Bereich des SGB V § 89.....	72
Abbildung 12: Phasen der Schiedsverfahren nach SGB V.....	74
Abbildung 13: Aufbau der Schiedsstellen im Krankenhausbereich.....	78
Abbildung 14: Aufbau der Schiedsstellen im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich.....	82
Abbildung 15: Aufbau der Schiedsämter in der zahntechnischen Versorgung.....	83
Abbildung 16: Aufbau der Schiedsstelle der Zahntechniker auf Bundesebene.....	84
Abbildung 17: Gemeinsamer Bundesausschuss nach GMG.....	98
Abbildung 18: Spieltheoretische Darstellung einer Outside-Option.....	101
Abbildung 19: Outside-Option zu Verhandlungen im Gesundheitswesen.....	102
Abbildung 20: Einordnung des Schlichtungsverfahrens in die Tarifverhandlungen.....	108
Abbildung 21: Veränderung der Konzessionsfunktionen im Schiedsverfahren.....	114
Abbildung 22: Präferenzstruktur des Schiedsrichters.....	134
Abbildung 23: Schiedsrichterlösung nach Nash.....	140
Abbildung 24: Auswirkung der Nutzenfunktionen auf die Nash-Schiedsrichterlösung.....	143
Abbildung 25: Schiedsrichterlösung nach Raiffa.....	144
Abbildung 26: Die Kalai-Smorodinsky-Lösung.....	145
Abbildung 27: Die proportionale Aufteilung der Nutzengewinne.....	147
Abbildung 28: Auswirkung von Veränderungen der Ausgangslage auf das Ergebnis von Schiedsrichterlösungen.....	151
Abbildung 29: Auswirkung von Veränderungen der Extremlösungen auf Schiedsrichterlösungen.....	152
Abbildung 30: Produktionsfunktion für Lobbying.....	156
Abbildung 31: Informationsstand der unparteiischen Mitglieder im Schiedsverfahren.....	167
Abbildung 32: Vorgehensweise der Schiedsstelle.....	180
Abbildung 33: Problemlösungs- und Verhandlungsintensität im Schiedsverfahren.....	181

Übersichten:

Übersicht 1: Marktformen und Verhandlungen.....	35
Übersicht 2: Marktformen und Verhandlungen im Gesundheitswesen.....	44
Übersicht 3: Verhandlungspartner und Verhandlungsgegenstände im Krankenhausbereich...	75
Übersicht 4: Schiedsstellen im Krankenhausbereich.....	78
Übersicht 5: Verhandlungen im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung.....	81
Übersicht 6: Vergleich der gesetzlichen Regelung der Finanzierung von Rettungsdienst und Krankentransport in den Bundesländern.....	87
Übersicht 7: Zusammenfassung bestehender Vergütungsfestlegung für Rettungsdienst und Krankentransport in den Bundesländern.....	90
Übersicht 8: Leistungsarten der GKV und deren Regelung in SGB V.....	97
Übersicht 9: Vergleich von Schiedsverfahren im Gesundheitswesen und Schlichtung bei Tarifverhandlungen.....	105
Übersicht 10: Leistungsarten und Abrechnungseinheiten eines modularen Entgeltsystemes.....	117

Tabellen:

Tabelle 1: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.....	86
Tabelle 2: Nash-Produkte bei unterschiedlicher Konkavität der Nutzenfunktionen.....	143
Tabelle 3: Schiedsverfahren KVB gegen Ersatzkassen 1998 bis 2002.....	183
Tabelle 4: Schiedsverfahren nach Art. 22 Abs. 1 Satz 2 BayRDG (Entgeltschiedsstelle).....	184
Tabelle 5: Schiedsverfahren KZVB gegen Ersatzkassen.....	185
Tabelle 6: Schiedsverfahren KZVB gegen Primärkassen.....	186

1 Problemstellung, Abgrenzung und Vorgehensweise

1.1 Problemstellung

In den letzten Jahren wurde in regelmäßigen Abständen über die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen diskutiert. Im Zusammenhang mit der Personalzusatzkosten-Diskussion spielte neben der Belastung der Arbeitskosten durch die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sowie durch tariflich und gesetzlich bestimmte Zahlungen an die Arbeitnehmer, denen keine direkte Arbeitsleistung gegenübersteht, auch die Entwicklung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine entscheidende Rolle. Durch die gegenwärtige paritätische Finanzierung der Beiträge zu den Zweigen der Sozialversicherungen auf Grundlage des Arbeitsentgeltes wird der Faktor Arbeit einseitig belastet. Aus diesem Grund wurde auch die Beitragssatzstabilität als wesentliches Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung in § 71 SGB V gesetzlich verankert. Andererseits soll eine ausreichende und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechende Versorgung sichergestellt werden. Die aktuelle Diskussion im Jahr 2005 orientiert sich hierbei vor allem an Fragen der Finanzierung des Gesundheitswesens. Es lässt sich aber auch beobachten, dass die Entwicklung des Kostendrucks auf die Finanzierung im Wesentlichen durch die Entwicklung des Leistungsgeschehens beeinflusst wird. Aus diesem Grund ist es aus ökonomischer Sicht interessant, wie das Leistungsgeschehen im Gesundheitsbereich gesteuert wird. Dies geschieht überwiegend in einem durch Gruppenverhandlungen zwischen Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen gekennzeichnetem Verfahren. Diese Verbände sind Selbstverwaltungen in dem Sinne, dass hier auch öffentliche Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger wahrgenommen werden.¹ Diese Selbstverwaltungen sind als Verhandlungspartner gesetzlich zur Wahrnehmung gemeinsamer Aufgaben verpflichtet. Diese institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen ist 1984 durch Neubauer und Rebscher erstmalig wissenschaftlich analysiert worden und wird seitdem als „Gemeinsame Selbstverwaltung“² bezeichnet.

Innerhalb des Verhandlungsprozesses zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen ist das Schiedsverfahren eine bedeutende institutionelle Besonderheit, welche man in anderen Bereichen der Wirtschaft in dieser Form nicht vorfindet. Es handelt sich bei diesem Verfahren um eine Form der Vermittlung einer Vereinbarung zwischen den Beteiligten anstelle eines freiwillig abgeschlossenen Vertrages.

In in den letzten Jahren wurde eine spürbare Abnahme der Fähigkeit der Organisationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung beobachtet, über Vereinbarungen tragfähige Kompromisse

1 Eichhorn, P. u.a.(2002), S. 951.

2 Neubauer, G.; Rebscher, H. (1984), S. 7 f.

zu erzielen. Allokationsrelevante Entscheidungen wurden in zunehmenden Maße auf Schiedsstellen und -ämter abgewälzt.³

In Anbetracht dieser Zunahme der Bedeutung dieser Schiedsstellen und der innerhalb des Gesundheitssektors umgesetzten Ressourcen stellt sich natürlich die Frage, welche Funktion diese Schiedsstellen im Verhandlungsprozess zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen wahrnehmen.

Dieser Frage soll im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen werden. Bisher haben diese Fragestellungen nur wenig Beachtung in der gesundheitsökonomischen Literatur gefunden. Lediglich die Schiedsstellen im Bereich der Entgeltverhandlungen im Krankenhausbereich sind bisher wissenschaftlich näher untersucht worden. Hier sind im Wesentlichen drei Werke zu erwähnen: Der von Meinhard Heinze und Wolfgang Wagner 1989 herausgegebene Sammelband „Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“⁴ befasst sich vor allem mit einer rechtlichen Einordnung der Schiedsstellen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Dissertation von Susanne Vaudt hat vor allem den Aspekt der Rechtsunsicherheit zum Thema.⁵ Als drittes Werk muss die spieltheoretische Untersuchung des Verhaltens der Parteien in Schiedsverfahren des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Rückwirkung auf die Verhandlungen durch Guido Gehendges genannt werden.⁶ Bisher noch nicht untersucht wurde die Frage, welche Rolle die Schiedsverfahren bei der Koordinierung der Akteure in der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wahrnehmen.

Diese Gesamtfragestellung lässt sich in folgende Unterfragen auflösen:

1. Wie ist das Gesundheitswesen in Deutschland gestaltet?
2. Welche Aufgaben kommen den Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu?
3. Wie lässt sich die Notwendigkeit von Schiedssprüchen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung erklären?
4. Welche Schiedsstellen gibt es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung?
5. Ist das Schiedsverfahren eine Outside-Option in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung?
6. Wie unterscheiden sich die Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen von anderen Schiedsverfahren?
7. Wie lösen die Schiedsstellen die Streitfragen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung?
8. Aus welchen Anlässen werden sie eingeschaltet?
9. Welche Erklärungsansätze für den Inhalt von Schiedssprüchen gibt es?
10. Welche Erkenntnisse liefern empirisch belegte Beispiele?
11. Welche Anforderungen sind an die Ausgestaltung der Schiedssprüche zu stellen?

3 SVRG (2005), S.63

4 Heinze, M.; Wagner, V. (1989)

5 Vaudt, S. (2001).

6 Gehendges, G. (2000).

12. Sollten im bestehenden System der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Kompetenzen der Schiedsstellen geändert werden, um den Anforderungen gerechter zu werden?
13. Wie ändert sich die Rolle von Schiedsstellen bei einer Umgestaltung der Gemeinsamen Selbstverwaltung des Gesundheitswesens?

1.2 Abgrenzungen

In dieser Arbeit richtet sich das Interesse auf die Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung des Gesundheitswesens in Deutschland. Diese lassen sich auf den Wirkungsbereich des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) eingrenzen, in dem die gesetzlichen Regelungen für die Krankenkassen und Leistungserbringer und ihre jeweiligen Verbände niedergeschrieben sind.⁷ Diese Verbände sind Selbstverwaltungen in dem Sinne, dass hier auch öffentliche Angelegenheiten durch unterstaatliche Träger wahrgenommen werden.⁸ Auch die Beziehungen zwischen den Verbänden⁹ und die ihnen durch den Gesetzgeber übertragenen Aufgaben¹⁰ sind dort geregelt. Die institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen wird als Gemeinsame Selbstverwaltung¹¹ bezeichnet. In sachlichen Verbund mit diesen Schiedsverfahren stehen die Schiedsverfahren in einigen Teilbereichen des deutschen Gesundheitswesens, welche nicht ausschließlich durch die Bestimmungen SGB V erfasst sind. Zu diesen Bereichen zählt der stationäre Bereich, welcher vor allem durch die Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) betroffen ist, sowie der Rettungsdienst, welcher in den Zuständigkeitsbereich der Landesgesetzgebung fällt und demnach in entsprechenden Landesrettungsdienstgesetzen seine gesetzlichen Rahmenbedingungen findet.¹² Die Schiedsstellen dieser Bereiche sollen aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs mit dem SGB V mit in die Untersuchung einbezogen werden.

Die Schiedsverfahren im Gesundheitswesen unterscheiden sich grundsätzlich von Schiedsverfahren in anderen Bereichen. So gibt es auch Schiedsverfahren im Bereich der Zivilprozessordnung oder bei den Kammern verschiedener berufsständischer Organisationen. Diese befassen sich jedoch vorrangig um die Klärung von Fragen aus bestehenden Verträgen.¹³ Die Schiedsverfahren im Gesundheitswesen sind dagegen ein Verfahren zur Herbeiführung von Vereinbarungen. Sie kommen hierbei der Schlichtung im Tarifverfahren noch am nächsten.¹⁴ Dies rührt unter anderem auch daher, dass es in den meisten Verhandlungen im wesentlichen um Entgeltfragen geht. Im Bereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist dies dadurch be-

7 SGB V §§ 69 bis 142.

8 Eichhorn, P. u.a. (2002), S. 951.

9 SGB V §§ 72 bis 76.

10 Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel 3.

11 Neubauer, G.; Rebscher, H. (1984), S. 7 f.

12 Siehe hierzu die Ausführungen in Abschnitt 3.3.1.

13 Oppenhoff, W. (1992), S. 23 ff.; Kühn, W. (1992), S. 66.

14 Siehe hierzu Abschnitt 3.9.

gründet, daß die Fragen der Leistungs- und Qualitätsdefinitionen sowie die Grundlagen der Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene verhandelt werden.¹⁵ Auf den nachfolgenden Ebenen bleiben dann im wesentlichen die Entgeltfragen zu klären.

Der zeitliche Rahmen dieser Untersuchungen beschränkt sich aufgrund der häufigen Reformen im Gesundheitswesen im Wesentlichen auf den Zeitraum von 1990 bis zum ersten Halbjahr 2005. Welchen Einfluss Reformen in diesem Zeitraum auf den Inhalt oder die Funktion von Schiedsverfahren hatten, wird auch untersucht.

Methodisch interessieren die Lösungsansätze und Strategien der Schiedsstellen zur Überwindung der in Verhandlungen nicht lösbaren Konflikte. Verhandlungsmodelle und Erklärungsansätze aus der Prinzipal-Agenten-Theorie werden in dieser Untersuchung herangezogen, um die Möglichkeit und Hypothesen für die Ursachen der Unlösbarkeit von Koordinierungsproblemen auf dem Verhandlungsweg aufzuzeigen. Für die Modellierung der Ergebnisse von Schiedsverfahren finden sie in dieser Untersuchung keine Anwendung, da die Schiedsverfahren gerade die Koordinierungsprobleme lösen sollen, welche nicht durch Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Gemeinsamen Selbstverwaltung lösbar sind.

Um die gewonnenen Erkenntnisse empirisch zu überprüfen, wird auch versucht, anhand von Fallbeispielen Erkenntnisse über das Vorgehen der Schiedsstellen zu gewinnen. Bei der Datengewinnung durch Anfragen bei den Beteiligten trat das Problem auf, daß die Vertreter der Parteien nicht bereit waren, Daten der Verfahren an Außenstehende weiterzugeben. Durch die direkte Unterstützung von Mitgliedern der Schiedsstellen wurde es aber ermöglicht, in Schiedssprüche und teilweise auch in die Protokolle von Schiedsverfahren für das Gebiet des Freistaates Bayern in den Räumen der jeweiligen Geschäftsstellen der Schiedsstellen Einsicht zu nehmen. So konnten Informationen über Schiedsverfahren aus den Bereichen der kassenärztlichen Versorgung, der kassenzahnärztlichen Versorgung, der zahntechnischen Versorgung und des Rettungsdienstes in Bayern gewonnen werden. Die ausgewerteten Schiedsverfahren fanden im Zeitraum von 1995 bis 2005 statt. Der Verfasser konnte auch durch die Unterstützung des Erstgutachters und nach Zustimmung der Parteien als Beobachter an mehreren Schiedsverfahren für den Bereich der Landrettung in Bayern im Zeitraum von Dezember 2001 bis April 2005 teilnehmen und so auch Erkenntnisse über das Vorgehen der Parteien und die Strategien der Unparteiischen gewinnen. Daten des Schiedsverfahrens aus dem Jahr 2005 können jedoch noch nicht verwertet werden, da das Verfahren noch nicht abgeschlossen ist.

15 SGB V §§ 72 bis 76.

1.3 Vorgehensweise

Der Gang der Untersuchung folgt der in Abschnitt 1.1 dargestellten Fragestellung:

Nachdem im ersten Kapitel die Problemstellung erläutert wurde, knüpft das zweite Kapitel an die Fragestellungen 1 bis 3. Hierzu werden zunächst die im deutschen Gesundheitswesen vorhandenen Koordinierungskonzepte daraufhin untersucht, wie in ihnen die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten im Bereich der Gesundheitsversorgung koordiniert werden. Hierbei liegt ein besonderes Augenmerk auf die Folgen von Konflikten zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung und welche Folgen diese Konflikte für die Bereitstellung von und den Zugang zu Gesundheitsgütern und -dienstleistungen haben. Der Schwerpunkt liegt hierbei in der Untersuchung der Koordinierung der Interessen durch Verhandlungen. Es werden aber auch die Koordinierung der Akteure durch den Wettbewerb und durch staatliche Planung betrachtet und auf ihre Relevanz für die Anrufung von Schiedsstellen überprüft. Ferner werden die Zielstellungen der Akteure im Gesundheitswesen untersucht um aus Analysen zum Verhalten der Verhandlungspartner Ursachen für das Nichtzustandekommen von Vereinbarungen auf dem Wege von Verhandlungen zu erklären. Hierdurch wird die Frage der Notwendigkeit und die Aufgaben der Schiedsverfahren beantwortet.

Das dritte Kapitel widmet sich den Fragestellungen 4 bis 6. Am Anfang des Kapitels wird anhand von Gesetzestexten, insbesondere des SGB V aber auch der krankenhausspezifischen Gesetzgebung und der den Rettungsdienst betreffenden Gesetzgebung der deutschen Bundesländer festgestellt, in welchen Bereichen durch den Gesetzgeber Schiedsverfahren vorgesehen wurden und in welchen Bereichen nicht. Durch den Vergleich dieser Bereiche werden weitere Erkenntnisse zu den Voraussetzungen von Schiedsverfahren gewonnen. Hierzu werden die das Gesundheitswesen betreffenden Gesetzestexte sowohl des SGB V als auch der Landesgesetzgebung einer vergleichenden Analyse unterzogen. Von besonderem Interesse sind hierbei die vom Verfasser vorgenommenen Vergleiche der Landesrettungsdienstgesetze, da hier die meisten Unterschiede in der Lösung desselben Problems festzustellen waren. Danach wird untersucht, ob Schiedsstellen innerhalb der Verhandlungen eine Outside-Option sind. Durch einen Vergleich der Merkmale der Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung mit anderen Schiedsverfahren werden die spezifischen Merkmale zur Beantwortung von Frage 6 gewonnen.

Das vierte Kapitel hat den Zweck, die in Fragestellung 7 und 8 erörterten Probleme zu lösen. Im ersten Abschnitt werden hierzu anhand der Literatur Aufgaben und Funktionen der Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung untersucht. Daneben wird anhand der empirischen Befunde auch untersucht, wie die Schiedsstellen, insbesondere die Unparteiischen mit den vorgebrachten Sachverhalten umgehen und selbige zu einer Lösung führen.

Hierauf folgt eine Untersuchung der Hauptstreitpunkte der Verhandlungspartner in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, welche sowohl durch eine Literaturanalyse als auch durch die Auswertung der Fallbeispiele zusammengetragen wurden.

Hierzu wurden aus den eingesehenen Unterlagen der beobachteten Schiedsverfahren der Schriftverkehr zwischen den Verhandlungsparteien und den Geschäftsstellen der Schiedsstellen, die Beschlüsse der Schiedsstellen sowie die verfügbaren Protokolle der Schiedsverfahren die Streitpunkte zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Bayern extrahiert. Weitere Erkenntnisse über die Streitpunkte zwischen den Parteien konnte der Verfasser durch direkte Beobachtungen von Schiedsverfahren der Entgeltschiedsstellen für die Landrettung in Bayern gewinnen.

Im fünften Kapitel wird die in Fragestellung 9 aufgeworfene Problematik untersucht. Hierbei interessiert zunächst die Rolle der Unparteiischen. Der Einfluss der Nutzenfunktion der Unparteiischen auf den Inhalt der Schiedssprüche wird anhand mehrerer in der Literatur aufgeführter Modelle zur Erklärung von Schiedsrichterlösungen analysiert. Danach folgt eine Untersuchung des Einflusses der Verhandlungsparteien auf die Schiedssprüche. Zum Abschluss des Kapitels werden auch die externen Einflüsse auf die Schiedssprüche untersucht.

Das sechste Kapitel widmet sich der Fragestellung 11. Neben den Anforderungen an die Schiedssprüche wird auch untersucht, wie diese gesichert werden. In diesem Zusammenhang interessiert vor allem der Einfluss von sozialrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Vorgaben sowie der Einfluss von Gerichten und Genehmigungsbehörden auf die Organe, insbesondere die Schiedsstellen, der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Hierzu wird anhand der Rechtsprechung von Bundessozialgericht und Bundesverwaltungsgericht sowie des Europäischen Gerichtshofes überprüft, inwieweit diese Gerichte die Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Ihrer Entscheidungsfreiheit beeinflussen. Vom Verfasser wurden zu dieser Fragestellung die die Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung betreffenden Urteile und Beschlüsse des Bundessozialgerichtes und des Bundesverwaltungsgerichtes einer Analyse unterzogen.

Anhand der Fallbeispiele wird dann auch untersucht, unter welchen Voraussetzungen die Schiedssprüche die Anforderungen aus Sicht der Verhandlungspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung erfüllt werden. Hierzu werden anhand der eingesehenen Unterlagen von Schiedsverfahren die Ausgangspositionen der Parteien mit den gefällten Schiedssprüchen verglichen und festgestellt, ob diese Schiedssprüche von den Parteien akzeptiert wurden oder ob eine oder beide Parteien diese Schiedssprüche vor Gericht beklagt hatten. Es wurde in diesem Zusammenhang auch überprüft ob sich die Verhandlungsparteien auf den Vorsitzenden der Schiedsstellen gemeinsam geeinigt hatten, oder ob selbiger nach einem anderen

Verfahren bestimmt worden ist.

Die Ausführungen im siebten Kapitel widmen sich der Beantwortung von Fragestellung 12. Hierbei werden die Verbesserungsvorschläge aus den in den vorhergehenden Kapiteln gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet.

Im achten Kapitel wird gemäß der Fragestellung 13 untersucht, welche Veränderungen sich für die Funktion der Schiedsstellen ergeben, wenn sich der ordnungspolitische Rahmen im deutschen Gesundheitswesen ändert. Diese Betrachtungen werden in zwei entgegengesetzte Richtungen geführt. Zum einen wird untersucht, was passiert, wenn mehr wettbewerbliche Elemente und somit mehr Verhandlungen in das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung eingeführt werden. Zum anderen wird auch untersucht, welche Veränderungen sich für die Schiedsverfahren ergeben, wenn die Notwendigkeit von Verhandlungen zur Koordinierung im Gesundheitswesen entfällt.

Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse im neunten Kapitel.

2 Koordinierung der Akteure im Gesundheitssektor

2.1 Einordnung der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Schiedsstellen als eines ihrer Organe zwischen Markt- und Planwirtschaft

Die Gemeinsame Selbstverwaltung setzt sich aus den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen zusammen, welche durch das SGB V zur Zusammenarbeit verpflichtet sind. Diese Zusammenarbeit wird vorwiegend durch Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung gestaltet.

Die Schiedsstellen und Schiedsämter sind nach Schulin Verwaltungsstellen mit Behördencharakter¹⁶ und somit Organe derer Gemeinsamen Selbstverwaltung. Sie können über die Organe der Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf hoheitlicher Basis Verhaltensnormen bei ihren Mitgliedern der Verbände durchsetzen. Um die Schiedsstellen auch ordnungspolitisch einordnen zu können müssen Sie als Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung betrachtet werden und somit auch die Gemeinsame Selbstverwaltung an sich mit eingeordnet werden.

In diesen Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind die Interessengruppen der Beteiligten zusammengefasst. So werden die Interessen der Krankenkassen durch Landesverbände und Bundesverbände bei den so genannten Regionalkassen und durch Bundesverbände und die Landesvertretungen der Ersatzkassen vertreten. Auf Seite der Leistungserbringer gibt es ebenfalls Landes- und Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte (Kassenärztliche/Kassenzahnärztliche Vereinigungen) sowie der Krankenhäuser (Krankenhausgesellschaften). Die Versicherten selbst werden durch ihre Krankenkassen und die wiederum durch die Landes- und die Bundesverbände vertreten.¹⁷

Die Vertretung der Einzelinteressen durch Verbände in der Gemeinsamen Selbstverwaltung wird ordnungspolitisch als eine Organisationsform zwischen einer marktwirtschaftlichen und einer staatswirtschaftlichen Organisation gesehen. Metze¹⁸ begründet dies mit dem Zustandekommen der Allokationsentscheidungen. Diese untergliedert er in Entscheidungsebenen und in Abstimmungsmechanismen. Geigant¹⁹ unterteilt die Steuerung nicht nur nach Regelungsebenen, sondern differenziert auch nach dem Ausmaß der Autonomie der Wirtschaftssubjekte beziehungsweise deren Einschränkung durch Hoheitsgewalt.

Eine Marktwirtschaft ist dadurch gekennzeichnet, dass einzelne Wirtschaftssubjekte als An-

16 Schulin, B. (1992), S. 24 u. 55.

17 Herder-Dorneich, Ph. (1981), S. 39.

18 Metze, I. (1981), S. 70.

19 Geigant, F. (1985), S. 85.

bieter und Nachfrager nach dem Eigennutzprinzip²⁰ handeln und ihre Handlungen über den Marktmechanismus abstimmen.²¹ Handelnde Akteure sind in dieser Ordnung die einzelnen Wirtschaftssubjekte.²² Unter den in Abschnitt 2.3 genannten Bedingungen führt sie zu einer effizienten Allokation in dem Sinne, dass mit den gegebenen Ressourcen das höchstmögliche Nutzenniveau aller Akteure erreicht wird.²³ Der Staat hat in einer Marktwirtschaft die Aufgabe, für einen funktionierenden Wettbewerb zu sorgen.

Die staatswirtschaftliche²⁴ Steuerungskonzeption ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Zentralbehörde mit dem Ziel der Gemeinwohlmaximierung die Produktionsfaktoren den Betrieben zuweist.²⁵ Dieses System ist durch die Finanzierung aus Steuermitteln, eine meist hierarchische Ressourcenallokation und eingeschränkter Wahlfreiheit der Patienten bei Leistungen und Leistungserbringern gekennzeichnet.²⁶ Oft sind Leistungserstellung und Finanzierung organisatorisch miteinander verschmolzen.²⁷

Im verbandswirtschaftlichen Modell wird das Eigennutzprinzip²⁸ beibehalten, jedoch können Marktängel eliminiert werden, indem man das Eigennutzprinzip durch den „Gruppenwelfare“ ersetzt. Die Abstimmung der Pläne erfolgt in dieser Organisationsform durch Verhandlungen zwischen den Verbänden.²⁹ Die Verbände sorgen im Anschluss dafür, dass die in Verträgen festgehaltenen Verhandlungsergebnisse von ihren Mitgliedern umgesetzt werden. Aus ordnungspolitischer Sicht ist hierbei zu differenzieren, auf welcher Basis sich die Verbände organisieren und mit welchen Mitteln sie die Verträge gegenüber ihren Mitgliedern durchsetzen.

Eine Möglichkeit besteht darin, dass sich Wirtschaftssubjekte freiwillig zu einer Kooperation zusammenfinden, um ihre Interessen gemeinsam zu verfolgen.³⁰ Die Mitglieder dieser Verbände erhalten durch die Organisation im Verband eine Auszahlung oder einen Nutzen, wel-

20 Neubauer, G. (2004 f), S. 5.

21 Metze, I. (1981), S. 70.

22 Deshalb wird hier auch von Steuerung auf der unteren Ebene (Herder-Dorneich, Ph. (1993)) oder Mikro-Ebene (Gäfgen, G. (1984b), S. 143.) gesprochen.

23 Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 679 ff.; Herder-Dorneich, Ph. (1984); Neubauer, G. (1984). Da diese Bedingungen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens nicht erfüllt sind, kann eine ausschließlich marktwirtschaftliche Steuerung auch nicht zu einer optimalen Allokation führen. (Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S.180 f.)

24 Unter dem Begriff Staat fallen in dieser Untersuchung die Gebietskörperschaften von Bund, Ländern und Kommunen. Die Körperschaften der Sozialversicherungen werden in dieser Untersuchung dagegen nicht mit zum Staat gezählt. (vgl. Eichhorn, P. u.a.(2002), S. 983- 991).

25 Die Abstimmung von Produktion und Konsum geschieht über eine Planabstimmung innerhalb dieser Zentralbehörde, sodass der Entscheidungsspielraum der einzelnen Wirtschaftssubjekte auf ein marginales Maß beschränkt wird. (Metze, I. (1981), S. 72.) Im Gesundheitswesen findet sich die Umsetzung des staatlichen Modells in Form von nationalen Gesundheitsdiensten, wie es zum Beispiel in Großbritannien, Spanien, Schweden und Italien der Fall ist. (OECD Health-Data 2004; Hohmann, J. (1998).)

26 Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S. 185.

27 Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S. 185.

28 Neubauer, G. (2004 f), S. 5.

29 Metze, I. (1981), S. 70.

30 Zintl, R. (2004), S. 5.

chen sie ohne den Verband nicht erhalten würden. Weiterhin gibt es die Optionen in einen anderen Verband zu wechseln oder eine neue Vereinigung zu gründen. Diese Verbände sind Dienstleister für ihre Mitglieder und befinden sich im Wettbewerb zu anderen Alternativen.³¹ Die Durchsetzung der Verbandsentscheidungen gegenüber den Mitgliedern geschieht mittels der Drohung des Nutzenverlustes aus der Mitgliedschaft zum Beispiel durch Ausschluss aus dem Verband. Die Möglichkeit zur Gründung wirtschaftlicher Interessenvertretungen ist in Deutschland durch das Grundgesetz geschützt, solange hierdurch nicht der Wettbewerb eingeschränkt wird (z.B. durch Kartelle). Ein solches Verbandsmodell wird pluralistisch genannt.³² In diesem Modell gibt es keinen Zwang zum Abschluss von Verträgen zwischen den Verbänden und somit auch keine zwingende Notwendigkeit einer Zusammenarbeit oder Schlichtungsinstitution.

Eine andere, Form der Verbandsbildung liegt vor, wenn die Mitglieder der Verbände nicht aus eigener Entscheidung einem Verband beitreten,³³ sondern aufgrund hoheitlicher Vorgaben. Diese Verbände erfüllen vom Staat zugewiesenen hoheitliche Aufgaben.³⁴ und unterliegen einer staatlichen Kontrolle.³⁵ Als Rechtsform wird für derartige Verbände die Körperschaft öffentlichen Rechtes bevorzugt. Diese Form der verbandlichen Steuerung wird als korporatistische Steuerung bezeichnet.

Die Institutionen der Gemeinsamen Selbstverwaltung gehören zum zweiten Typ der Verbände. Somit üben die Schiedsstellen als Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung mittelbare Staatsgewalt aus.³⁶ Alle Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind durch Zwangsmitgliedschaft in den Verbänden und Bindung an staatliche Vorgaben gekennzeichnet.³⁷ Diese Einschränkungen gelten auch für die Entscheidungen der Schiedsstellen, da auch sie ein Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind. Durch die Zuweisung eines Teils seiner eigenen Funktionen auf die Selbstverwaltung macht der Staat die beteiligten Verbände von Objekten zu Subjekten der Gesetzgebung.³⁸

Vergleicht man die verschiedenen Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheitswesens unter dem Gesichtspunkt des Vorhandenseins von Schiedsstellen, wie dies im dritten Kapitel vorgenommen wird, so fällt auf, dass Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung vom Gesetzgeber vorgesehen sind, wenn folgende Rahmenbedingungen gegeben sind:

31 Zintl, R. (2004), S. 5.

32 Zintl, R. (2004), S. 5.

33 Zintl, R. (2004), S. 5 u. 6.

34 Geigant, F. (1985), S. 85.

35 Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S. 179 f.

36 Neubauer, G. (2002), S. 378.

37 Neubauer, G.; Rebscher, H. (1984), S. 16.

38 Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S. 180.

- (1) Es müssen Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen abgeschlossen werden. Diese alten Verträge gelten bis zum Abschluss eines neuen Vertrages.
- (2) Die Vertragspartner und somit auch die Verhandlungspartner sind durch das Gesetz benannt.
- (3) In den Verhandlungen wird im Wesentlichen über die Entgelthöhe entschieden, während die Parameter der für dieses Entgelt zu erstellenden Leistungen von dritter Seite, zum Beispiel durch übergeordnete Verhandlungen, Gesetze, Krankenhauspläne usw. festgelegt werden.

Die erste Bedingung nimmt den Akteuren die Option, keinen Vertrag mit der Gegenseite abzuschließen. Die zweite Bedingung führt zur Marktform des bilateralen Monopols³⁹ für jede *einzelne* Verhandlungssituation, da die Akteure nicht mehr die Wahl zwischen verschiedenen Vertragspartnern haben, sondern mit dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Partner kontrahieren müssen. Somit fällt der Wettbewerb als „Schiedsrichter“ zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen weg.⁴⁰ Zu den Einschränkungen der dritten Bedingung kommt dazu, dass durch § 71 SGB V der Verhandlungsrahmen für die Entgeltfragen begrenzt ist und durch die Festschreibung der Leistungsparameter keine Kompensation für sinkende Beitragseinnahmen möglich ist.⁴¹ Weiterhin sind die Ziele der Beteiligten, wie in Abschnitt 2.2 gezeigt wird, zumindest teilweise entgegengesetzt. Diese Bedingungen können die Beteiligten in das Dilemma führen, dass sie zwar per Gesetz dazu verpflichtet sind, miteinander einen Vertrag zu schließen, sich aber aufgrund der im vierten Kapitel genannten Ursachen nicht auf den Inhalt eines solchen einigen können.⁴² Genau für diesen Fall hat der Gesetzgeber es in den meisten Fällen vorgesehen, dass der Vertrag ersatzweise durch den Beschluss einer Schiedsstelle ersetzt wird. Solche Beschlüsse haben für die Parteien Zwangscharakter.⁴³

Zusammengefasst bedeutet dies, dass sich die Notwendigkeit der Schiedsstellen daraus ergibt, dass Leistungserbringer und Krankenkassen per Gesetz innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung zum Abschluss von Kollektivverträgen ohne Alternativen bei der Wahl der Vertragspartner gezwungen sind.⁴⁴ Die Interessenlage zwischen diesen „Zwangs“-Vertragspartnern kann so stark differieren, dass kein freiwilliger Vertragsschluss zustande kommt. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer „externen“ Institution wie der Schiedsstelle.⁴⁵ Als Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung unterliegt die Schiedsstelle jedoch den gleichen Einschränkungen, wie die anderen Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

39 Rebscher, H. (2004), S.45; Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1988), S. 114.

40 Cassel, D. (1988), S. 128.

41 SVRG (2005), S. 99.

42 Schulin, B. (1992), S. 23 f.

43 Schulin, B. (1992), S. 22.

44 Neubauer, G.; Demmler, G.; Sonnenholzer-Roche, A.; Unterhuber, H. (1989), S. 211.

45 Unterhuber, H. (1986), S. 360.

2.2 Ordnungspolitische Ziele der Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung

2.2.1 Gesundheitspolitische Ziele des Staates

Möchte man die Zielsetzungen des Staates in Hinblick auf die Schiedsstellen im Gesundheitswesen untersuchen, so stellen sich folgende Fragen:

- Aus welchen Gründen engagiert sich der Staat im Gesundheitswesen?
- Welche Vorteile entstehen dem Staat durch die Organisationsform der Gemeinsamen Selbstverwaltung gegenüber einer staatlichen Versorgung?
- Welche Konfliktregelungsmechanismen werden vorgesehen?

Von wesentlicher Bedeutung für die Beantwortung dieser Fragen ist, dass Deutschland eine repräsentative Demokratie ist, in welcher die Regierungsgewalt durch Parteien ausgeübt wird, welche sich in regelmäßigen Abständen durch Wahlen legitimieren lassen müssen. Die existenzielle Bedeutung des Gutes Gesundheit für den Einzelnen bewirkt aber, dass politische Entscheidungen in diesem Bereich Einfluss auf das Wahlverhalten der Bürger haben.⁴⁶ Hierin ist auch der Grund dafür zu suchen, dass teilweise unpopuläre Gesundheitsreformen vorzugsweise kurz nach Wahlen erfolgen und nicht vor ihnen.⁴⁷

Die Gesundheitsleistungen werden allgemein den politischen Gütern zugeordnet, deren Produktion das Interesse aller begünstigten Wahlbürger findet. Somit wundert es nach Lampert nicht, dass sich die Träger politischer Mandate mit den Möglichkeiten ihrer Produktion beschäftigen.⁴⁸

Bei der Beantwortung der Frage für das Engagement des Staates im Bereich der Gesundheitsversorgung gibt es mehrere Ursachen.⁴⁹ Diese können in Fragen der sozialen Sicherheit und der gerechten Verteilung von Gesundheitsgütern unterteilt werden.

Zum Bereich der sozialen Sicherheit kann die Gewährleistung der Bereitstellung von Gesundheitsgütern in hinreichender Menge und in ausreichender Qualität gezählt werden.⁵⁰ Auch die Frage des Zugangs zu den Leistungen fällt teilweise hierunter, auch wenn die Abgrenzung zu

46 Lampert, H. (1984), S. 47.

47 Neubauer, G. (2000 a), S.14; vgl. auch: Neubauer, G. (2002 a), S. 382; Neubauer, G. (2003 c), S. 90 und Neubauer, G. (2004 g), S. 9. Während diese noch 1993 über staatliche Maßnahmen (z.B. staatliche Budgetierung) erfolgten, so wird seit dem 2. Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz (NOG) 1997 die Verantwortung für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben stärker in den Verantwortungsbereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung gelegt. Es wurde auf eine Verstärkung wettbewerblicher Elemente innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung, wie dem solidarischen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen seit 1996 oder dem Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zum Beispiel im Rahmen der Integrierten Versorgung seit der Einführung des GMG im Jahr 2004 gesetzt.

48 Lampert, H. (1984), S. 47.

49 Hier wären hier die Argumente des Marktversagens, die Bedeutung der Gesundheitsversorgung als ein Bereich der existenziellen Daseinsvorsorge, die Bedeutung des Gesundheitswesens als Wirtschaftsfaktor sowie eine sozialpolitische Komponente zu nennen.(SVRG (2005), S. 203 ff.)

50 Henke, K.-D. (1987), S. 2.

verteilungspolitischen Fragen fließend verläuft.⁵¹ Das Sicherstellungsziel kann jedoch in Widerspruch zu den verteilungspolitischen und wirtschaftspolitischen Zielen geraten. Es kann durch das Fehlen vertraglicher Regelungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer in der Gemeinsamen Selbstverwaltung gefährdet werden. Um derartige vertragslose Zustände und eventuell streikähnliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und somit die Versorgung sicherzustellen ist in der Gemeinsamen Selbstverwaltung eine Zwangs-kontrahierung mit Schiedsstellen vorgesehen.⁵² Hierzu gehört neben den Schiedsstellen seit dem Jahr 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinen Unter-Ausschüssen.

Die verteilungspolitische Dimension im Gesundheitswesen wird deutlich, wenn man sich die Frage stellt, wer in welchem Umfang Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten soll.⁵³ In diesem Bereich spielen neben der Frage des Zugangs auch die der individuellen Zuteilung von Gesundheitsleistungen und die damit verbundenen Umverteilungen eine Rolle.⁵⁴

Die wirtschaftspolitische Komponente dieses Bereiches zeigt sich in zwei Ausprägungen. So ist das Gesundheitswesen ein durch starke Innovationen geprägter Wirtschaftszweig, in welchem 3,8 Millionen⁵⁵ Menschen beschäftigt sind, und in dem ca. 10%⁵⁶ des deutschen Bruttoinlandsproduktes erwirtschaftet werden. Zu dieser wirtschaftspolitischen Komponente gehört in Deutschland allerdings auch die Belastung des Faktors Arbeit durch die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung.⁵⁷

Die demokratische Regierungsform kann auch die Attraktivität der Sozialversicherung gegenüber einer staatlich organisierten Gesundheitsversorgung erklären. In allen demokratisch regierten Industrieländern sind folgende Beobachtungen registriert worden: Sowohl die merklichen Ausgaben (Subventionen und Transfers) als auch die unmerklichen Einnahmen (indirekte Steuern und Staatsverschuldung) haben zugenommen.⁵⁸

In Deutschland bietet gerade die gesetzliche Krankenversicherung hierfür gute Voraus-

51 Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 110 ff.; Wismar, M.; Schwartz, F. W. (1999), S. 16.

52 Diese Schiedsstellen sollen nach Auslegung des Bundessozialgerichtes zeitnah und mit hoher Sachkompetenz als schlichtende Interessenvertreter tätig werden. BSG, B 6 KA 6/02 R (2003).

53 Neubauer, G. (1989), S. 47.

54 Gäfgen, G. (1989), S. 14 ff., vgl. auch Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 113.

55 OECD Health-Data 2004

56 OECD Health-Data 2004

57 Schneider, U. (2003), S. 3; Oberender, P.; Zerth, J. (2003); IW-Köln (23.10.2003); IW-Köln (17.04.2003).

58 Als politökonomische Ursache wird hierfür die Überlegung angeführt, dass über die Staatsverschuldung den heutigen Wählern Wohltaten zugeschoben werden. Die Lasten müssen allerdings diejenigen tragen, die für die jeweils derzeitige Regierung als Wähler keine Rolle spielen, da die zum Teil noch nicht einmal geboren sind. (Weizsäcker, R. K. v. (1992), S. 51.) Durch die Maastrichtkriterien sind dem Umfang der Neu- und der Gesamtverschuldung der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union Grenzen gesetzt worden. So dürfen die EU-Mitgliedsstaaten nur 3% des Bruttoinlandsproduktes zu Marktpreisen als Neuverschuldung aufnehmen und die Gesamtverschuldung darf 60% des Bruttoinlandsproduktes zu Marktpreisen nicht überschreiten (EG-Vertrag, Artikel 104c Absatz 2 in Verbindung mit EU-Vertrag/ Protokolle, Artikel 1.).

setzungen.⁵⁹ Durch ihre Untergliederung in über 400⁶⁰ einzelne gesetzliche Krankenkassen, welche jeweils getrennt ihre Beitragssätze kalkulieren, fallen die zur Gegenfinanzierung dieser Wohltaten nötigen Beitragssatzerhöhungen je nach Anteil der von den Wohltaten Betroffenen bei den Krankenkassen unterschiedlich aus.⁶¹ Die Wähler können durch die institutionelle Trennung zwischen der Entscheidung über Gesundheitsleistungen und deren Finanzierung nur schwer einen direkten Zusammenhang zwischen den ihnen zukommenden Nutzengewinnen durch die Regierung und den damit verbundenen Belastungen durch die Krankenkassenbeiträge herstellen.⁶²

Werden die Belastungen durch den Anstieg der Kosten für die Wähler und die Wirtschaft spürbar, so sind die politischen Institutionen jedoch gezwungen, Einsparmaßnahmen im Gesundheitswesen durchzuführen.⁶³ Von diesen Maßnahmen profitiert zwar ein Großteil der Wähler in Form eingesparter Beitragssatzerhöhungen. Die davon betroffenen Leistungserbringer tragen jedoch allein die Folgen. In diesem Fall werden sich die Leistungserbringer und ihre Verbände, soweit dies in ihren Kräften steht, gegen diese Einsparungen wehren.⁶⁴ Um die Widerstände dieser Interessengruppen zu mindern, kann es für eine Regierung attraktiv sein, sich korporatistischer Institutionen, wie es auch die Organisationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind, zu bedienen, um ihre Steuerungsziele zu erreichen.⁶⁵

Im Sinne der oben angeführten Argumente ist es nicht im Interesse einer Regierung, jeden Konflikt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen innerhalb der Gemeinsamen

59 SGB V § 220; Die Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen ist nur in Ausnahmefällen nach Genehmigung die Aufsichtsbehörde befristet möglich.(SGB V § 222) Im Normalfall können Krankenkassen einer anhaltenden Erhöhung ihrer Ausgaben nur durch eine Beitragserhöhung begegnen.(SGB V § 220 Abs. 2.)

60 BMGS: KM1-Statistik (Stand Oktober 2004), S. 34 (Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in der Gesamtzahl Doppelzählungen enthalten sind, da alle Krankenkassen, welche im alten Bundesgebiet und im Beitrittsgebiet existieren, die Beitragssätze für die alten Länder und das Beitrittsgebiet separat festsetzen und somit auch in der Statistik doppelt erfasst werden. Dies betrifft neben den Ersatzkassen vor allem eine Reihe von Betriebskrankenkassen.)

61 Die Beitragssätze werden von jeder Krankenkasse individuell festgesetzt, während in den anderen Zweigen der Sozialversicherung, wie der gesetzlichen Rentenversicherung, der Pflegeversicherung und der Bundesagentur für Arbeit die Beiträge durch den Gesetzgeber festgelegt werden. Hier zeigt sich, dass die demokratische Ordnung dazu neigt, Dritte, welche nicht mit am parlamentarischen Abstimmungsprozess beteiligt sind, zu belasten.(Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2000), S. 20). Der Umfang der Umverteilung vom Staat zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist für den Zeitraum von 1995 bis 2003 vom Fritz Beske Institut für Gesundheits-Systemforschung mit 29,83 Mrd. € geschätzt worden.(Beske, F.; Drabinski, Th.; Michel, C. (2002), S.61.)

62 Lampert, H. (1984), S.47 f.

63 Wismar, M.; Schwartz, F. W. (1999), S.16; Neubauer, G. (2004 g), S. 5.

64 Schneider, F. (1990), S. 175.

65 Besonders deutlich wird dies in der Diskussion um die sogenannten versicherungsfremden Leistungen. Hierbei geht es darum, dass insbesondere die Bundesregierungen soziale Sicherungsaufgaben aus ihrem Zuständigkeitsbereich auf die Gesetzlichen Krankenkassen übertragen hat, ohne hierfür einen finanziellen Ausgleich aus Steuermitteln vorzusehen.(Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2000), S. 7 f.) Gleichzeitig wurde vom Gesetzgeber das Ziel der Beitragssatzstabilität im SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen verankert. Somit wurde der Konflikt zwischen der Finanzierung der von der Regierung den Wählern zugebilligten Leistungen und deren Finanzierung an die Gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen delegiert (Ueberle, M. (2003), S. 26.).

Selbstverwaltung in ihre Verantwortung zu übernehmen.⁶⁶ Immerhin wäre zu befürchten, dass hierdurch unpopuläre Folgen aus der Konfliktlösung der Regierung zugerechnet werden könnten.⁶⁷

Da allerdings Konflikte innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung schon aufgrund der unterschiedlichen Ziele der Beteiligten vorhersehbar sind, hat man bei der Formulierung der entsprechenden Gesetze bereits Konfliktlösungsinstanzen in Form der Schiedsverfahren innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung vorgesehen.⁶⁸

So wird die Lösung der Frage, ob eventuell Leistungen gekürzt oder Beiträge zur Krankenversicherung angehoben werden müssen, in die Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung verlagert und ihnen der „schwarze Peter“ für unpopuläre Entscheidungen zugeschoben.⁶⁹ Eine ähnliche Entwicklung kann man auch bei der Verlagerung umstrittener politischer Entscheidungen von Bundestag und Bundesrat an das Bundesverfassungsgericht beobachten.

Trotz dieser weitgehenden Externalisierung der Entscheidungen haben sich die Regierungen durch die unterschiedlich weit gefasste Genehmigungspflicht der Verhandlungsergebnisse und Schiedssprüche und durch die über die Gesundheitsministerien ausgeübte Rechtsaufsicht einen relativ starken Einfluss auf die Arbeit dieser Gremien gesichert.⁷⁰ Ein wesentliches Mittel stellt hierbei insbesondere die Feststellung der bundesdurchschnittlichen Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohn) der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Diese Veränderungsrate stellt bis auf wenige Ausnahmen die Obergrenze für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassenverbänden dar. Auch die Schiedsämter dürfen sich nicht darüber hinwegsetzen, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach strikter Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Durch diese Formulierung im § 71 SGB V wird es den Vertretern der Leistungserbringer auch im Schiedsverfahren erschwert, ihre Forderungen durchzusetzen.⁷¹

Die Organisationsform der Verbände in der Gemeinsamen Selbstverwaltung als Körperschaften öffentlichen Rechtes zeigt das Interesse des Staates an der Sicherstellung von Gesundheitsleistungen. Durch diese Rechtsform üben die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer mittelbare Staatsfunktionen aus.⁷²

66 Hunter, L. C. (1977), S. 240 ff.

67 SVRG (2005), S. 94.

68 Riesberg, A.; Busse, R. (2003), S. 383.

69 Heinze, M. (1997), S. 9; Richter-Kuhlmann, E. A. (2005), S. A461.

70 Gerlinger, T. (2002), S. 7, S. 30 ff.

71 Clade, H. (2000), S. A18; Vgl. auch Clade, H. (1999b), S. A3146.

72 Gerlinger, T. (2004b).

2.2.2 Zielsetzungen der Verbände der Leistungserbringer

Die Ziele der Verbände der Leistungserbringer liegen vor allem in der Sicherung der Einkommen ihrer Mitglieder.⁷³ Hierbei gibt es jedoch große institutionelle Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsbereichen.

Im stationären Bereich hat jedes Krankenhaus, welches im Krankenhausplan eines Landes aufgeführt ist, hat einen Anspruch auf einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen.⁷⁴ Diese Verhandlungen wurden bislang krankenhausspezifisch geführt. Auch die Schiedsverfahren fanden krankenhausspezifisch statt.

Mit der Einführung der Vergütung nach DRG's sollen bis zum Jahr 2009 stufenweise landeseinheitliche Entgelte zwischen den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart werden. Somit nimmt auch in diesem Bereich die Bedeutung korporatistischer Steuerung zu.⁷⁵ Dies führt auch zu einer Zunahme der Bedeutung der Schiedsverfahren auf Ebene der Landesverbände, da ihre Beschlüsse hierdurch direkte Auswirkungen auf alle Krankenhäuser ihres Zuständigkeitsbereiches und nicht nur auf einzelne Häuser, wie nach der alten Regelung.

Im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sind die Leistungserbringer Zwangsmglieder der jeweiligen regionalen kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung. Diese handeln mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Kopfpauschale mit befreiender Wirkung aus.⁷⁶ Gleichzeitig steuern die Kassenärztlichen Vereinigungen den Marktzutritt zur ambulanten Versorgung. Die Vorgaben der Verbände sind für sie als hoheitliche Maßgabe verbindlich.⁷⁷

Die Gemeinsame Selbstverwaltung ist für die Verbände der ambulanten Leistungserbringer vor allem ein Instrument der Besitzstandswahrung geworden.⁷⁸ Besonders deutlich wird das

73 Hierbei spielen neben den Entgeltverhandlungen vor allem die Fragen der Regelung des Marktzutritts und der Verteilung der Entgelte auf die Mitglieder der Organisationen der Leistungserbringer eine wichtige Rolle.(Bandelow, N. C. (2004), S. 51 f.) Neben dem Ziel der Einkommenssicherung spielen auch andere Ziele eine Rolle, wie der Erhalt des sozialen Status der Gesundheitsberufe und die Erhaltung der Freiberuflichkeit bei den Verbänden der ambulanten Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Das Einkommensziel ist jedoch aus ökonomischer Sicht das existenziellste Ziel und in vielen Bereichen Voraussetzung für die Erreichung der anderen Ziele. Somit wird von Seiten der Leistungserbringer der Begriff der Wirtschaftlichkeit im Sinne einer absoluten Wirtschaftlichkeit so definiert, dass die Entgelte für die erbrachten Leistungen mindestens die damit verbundenen Kosten decken müssen,(Eichhorn, P. u.a.(2002), S. 1209.) um den Erhalt der Betriebe zu sichern.(Gablers Wirtschaftslexikon (1988), Bd.6, Sp. 2732.)

74 Robra, B.-P.; Deh, U.; Swart, E.; Felder, S.; Dralle, R. (2004).

75 Riesberg, A.; Busse, R. (2003), S. 384.

76 Herder-Dorneich, Ph. (1994), S. 102 .

77 Geigant, F. (1985), S 86 f.

78 Schönbach, K.-H. (2001), S. 11.; Es wird nicht nur die Sicherung des gegenwärtigen Einkommens, sondern trotz steigender Zahl der Leistungserbringer und begrenzter Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch der Anschluss an die allgemeine Einkommensentwicklung angestrebt. (Winkler, W. O. (2002)).

Ziel der Besitzstandswahrung, wenn aus anderen Bereichen Konkurrenz erwächst.⁷⁹

Zur Sicherung der Ressourcen für die eigene Klientel gehört auch die Forderung der Entlastung der Krankenkassen von den so genannten „versicherungsfremden Leistungen“.⁸⁰ Diese sollten nach Meinung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus Steuermitteln finanziert werden.⁸¹

Für die Durchsetzung der Zielsetzungen der Leistungserbringer bietet die gegenwärtige Struktur der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch deshalb gute Voraussetzungen, da hier eine strenge Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen vorgenommen wird. In dieser Hinsicht tendiert die Gemeinsame Selbstverwaltung dazu, Effizienzgewinne durch Verlagerung der Ressourcen in andere Versorgungsbereiche zu verhindern.⁸²

Neben diesen Zielsetzungen, welche sich aus den Zielen der in den Verbänden vertretenen Leistungserbringer herleiten lassen, verfolgen die Verbände auch eigene Ziele.⁸³ Dies ist insbesondere die Erhaltung der eigenen Existenzberechtigung aber auch die Möglichkeit der Beeinflussung politischer Entscheidungen durch Lobbying.⁸⁴ Aus diesem Grund haben sie ein Interesse daran, dass außerhalb der Verbandsstruktur keine Verhandlungen zwischen einzelnen Leistungserbringern oder Teilgruppen von Leistungserbringern und den Krankenkassen stattfinden. Derartige Verhandlungen verändern die Marktstruktur in Richtung von mehr Wettbewerb und gefährden die Monopolstellung der Verbände in ihren Verhandlungen mit der Kassenseite.⁸⁵ Insgesamt fürchten die Kassenärztlichen Vereinigungen hier um ihre Existenzberechtigung als Kollektivvertreter der niedergelassenen Ärzte.⁸⁶ Hieraus lässt sich ein Interesse der Verbände an der Konfliktlösungsfähigkeit der innerhalb der Strukturen der Gemeinsamen Selbstverwaltung ableiten. Die Schiedsverfahren bieten hierzu die nötige organisatorische Plattform und werden gegenüber anderen Konfliktlösungsmechanismen vorgezogen.

Aus soziologischer und politikwissenschaftlicher Betrachtungsweise wird das Argument angeführt, dass Verbände durch Schaffung oder Verstärkung von Konflikten mit Außenstehenden ihre Mitglieder trotz innerer Konflikte auf einen „gemeinsamen Nenner“ bringen können. In diesem Fall bringt das Vorhandensein von Schiedsstellen den Verhandlungsführern heterogener Verbände der Leistungserbringer einen Vorteil.⁸⁷ Sie können sich durch un-

79 Neubauer, G. (2003 b), S. 27 ff.; Clade, H. (1999b), S. A3146.

80 Charlier, Th. (2002).

81 DKG e.V. (2003), S. 12 f..

82 Schönbach, K.-H. (2001), S. 11.

83 Jost, P.-J. (2001).

84 Bronfenbrenner, M. (1954), S. 302.; Bowe, N. (2003).

85 So befürchtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Beispiel durch die Einführung von Modellen der Integrierten Versorgung und der Erlaubnis für Krankenhäuser, schwere Krankheitsbilder auch ambulant zu versorgen, dass die hierfür aufgewandten Mittel von der kassenärztlichen Gesamtvergütung abgezogen werden (Maus, J. (1999), S. A1534; Vgl. auch Maus, J. (2002), S. 9.).

86 Maus, J. (1999), S. A1538.

87 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987).

kooperatives Verhalten in den Verhandlungen mit den Vertretern der Krankenkassenverbände innerhalb des eigenen Verbandes positiv als Interessenvertreter profilieren. Wird dann der Vertrag ersatzweise durch eine Schiedsstelle festgesetzt, so ist innerhalb der Schiedsstelle eine einfache Mehrheit für einen Beschluss ausreichend. Rein rechnerisch ist es möglich, dass diese Mehrheit durch die Vertreter der anderen Seite plus der Mehrheit der unparteiischen Vertreter beziehungsweise der Stimme des Unparteiischen zustande kommt.⁸⁸

2.2.3 Ziele der Verbände der Krankenkassen

Wesentlicher ordnungspolitischer Unterschied zu den Verbänden der Leistungserbringer ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte. Dies führt zu einem in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnten Ziel der Verbände der Krankenkassen, in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern Verträge abzuschließen, die den in den Paragraphen 1 und 2 umschriebenen Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen für die Versicherten der Mitgliedskrankenkassen eines Verbandes sicherstellen und gleichzeitig die relative Position der durch sie vertretenen Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte zu den Mitglieds-kassen anderer Krankenkassenverbände nicht verschlechtern. Hierbei müssen sie die Vorgaben der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V beachten.

Durch den Beitragssatzwettbewerb zwischen den einzelnen Kassen sind die Verbände der Krankenkassen in erster Linie an einer kostengünstigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung interessiert.⁸⁹

Hierbei ist zu beachten, dass von den Krankenkassen der Begriff „Sicherstellungsauftrag“ wesentlich weiter gefasst ist, als er im Bereich der ambulanten Versorgung verwandt wird.⁹⁰ Diesen Unterschied verdeutlicht Abbildung 1.⁹¹

In Abbildung 1 symbolisiert der linke Balken den Umfang des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen. Dieser beinhaltet nach den §§ 1 und 2 SGBV die Versorgung der Versicherten mit allen Leistungen, welche im dritten Kapitel des SGB V (§11 bis § 66) beschrieben sind. Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der stationären, der ambulant-ärztlichen und der zahnärztlichen Versorgung. Dazu kommen noch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie der Versorgung mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Die Sicherstellung erfolgt durch Verträge mit den Leistungserbringern der im zweiten Balken von links symbolisierten Versorgungsbereiche.

88 Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S. H.; Winkler, A. (1988).

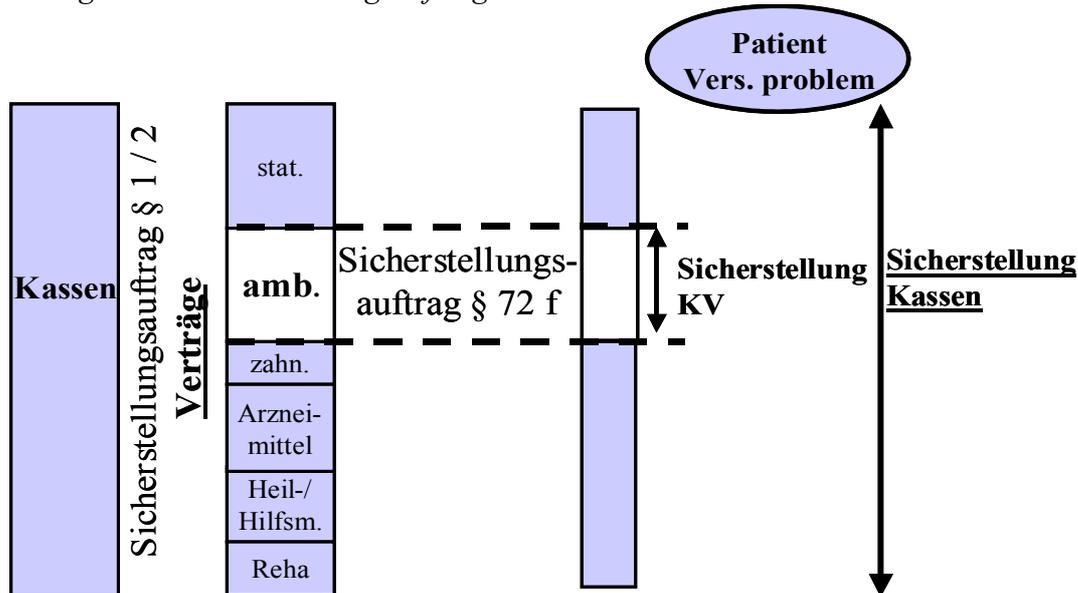
89 Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist hierbei in § 12 SGB V so definiert, dass die Leistungen der Krankenkassen ausreichend und zweckmässig sein sollen und nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen sollen.

90 Rebscher, H. (2003b).

91 Rebscher, H. (2004c).

Neben diesem allgemeinen Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen ist im § 72 SGB V noch ein separater Sicherstellungsauftrag für die ambulant(zahn)ärztliche Versorgung definiert. Dieser umfasst jedoch nur einen Teilbereich der Versorgung und ist von den anderen Versorgungsbereichen in Abbildung 1 durch hellere Farbe hervorgehoben. Hierdurch ergibt sich das in den beiden linken Balken dargestellte Problem der Krankenkassen. Sie sind verpflichtet, Ihren Versicherten eine Versorgung nach §§ 1 und 2 SGB V sicherzustellen, während der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nur die ambulante Versorgung umfasst. Er ist somit nur ein Teil des umfassenderen Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen.

Abbildung 1: Der Sicherstellungsauftrag aus Sicht der Krankenkassen nach SGB V



Quelle Rebscher (2004).

Ökonomisch gesehen sind die Verbände der Krankenkassen prinzipiell indifferent, in welchem Versorgungsbereich eine medizinische Leistung erbracht wird, es sei denn, es ergeben sich Unterschiede in den Entgelten für diese Leistung. In diesem Fall ist es im Interesse der Krankenkassen, dass die Leistungen vom günstigeren Leistungserbringer erbracht werden.⁹² Weiterhin sind die Verbände der Krankenkassen sowohl an einer wirtschaftlichen⁹³ als auch an einer qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur interessiert.⁹⁴

Die Zielsetzungen der Krankenkassenverbände bedeuten allerdings Konfliktstoff für die

92 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Presseerklärung vom 29.04.2003).

93 Die Begriffe wirtschaftlich oder effizient werden hier als Zweck-Mittel-Relation verstanden. Hierbei geht es vor allem um die Relation zwischen eingesetzten Mitteln und erstrebtem Zweck. (Eichhorn, P. u.a.(2002), S. 283 ff. und S. 1208 f.; Gablers Wirtschaftslexikon (1988), Bd. 2 Sp.1350 und Bd.6, Sp. 2732.). Die Krankenkassen verbinden hierbei den Begriff Wirtschaftlichkeit mit der Zielsetzung, dass die vorgesehenen Versorgungsleistungen zu den geringstmöglichen Ausgaben erbracht werden sollen, um ihre Beitragssatzziele zu erreichen. Bei diese Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsprinzips spricht man auch vom Minimalprinzip (Eichhorn, P. u.a.(2002), S.1208 f.).

94 Knieps, F. (1999), S. 32; vgl. auch Rebscher, H.; Straub, Chr. (1999), S. 34 f.; Bandelow, N. C. (2004), S. 56.

Verhandlungen mit den Leistungserbringern innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung. So sind durch die strikt getrennten Strukturen im Gesundheitswesen und den gleichzeitig wirkenden medizinisch-technischen Fortschritt, insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich auch Redundanzen in der Versorgung entstanden.⁹⁵ Diese bewirken sowohl medizinische als auch ökonomische Nachteile für Beitragszahler und Patienten.⁹⁶ Der Abbau dieser oft als Überversorgung bezeichneten Kapazitäten hat natürlich zur Folge, dass ein Versorgungsbereich diese medizinischen Leistungen und die damit verbundenen Entgelte verliert. Die hierdurch drohenden Einkommensverluste für einzelne Leistungserbringer führen in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu Konflikten, welche im Rahmen von Schiedsverfahren gelöst werden müssen.

Dem Ziel, eine möglichst kostengünstige Versorgung zu gewährleisten, entspricht auch das Bestreben der Krankenkassenverbände, Verhandlungsergebnisse anderer Verbände zu übernehmen, wenn diese günstiger ausfallen als die eigenen Verträge. Dies ist in den Versorgungsbereichen möglich, in denen die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen nach Kassenarten getrennt mit den Verbänden der Leistungserbringer verhandeln.⁹⁷ Auf die empirische Relevanz dieses Bestrebens als Ursache für Schiedsverfahren wird in den Kapiteln 4 und 5 noch eingegangen werden.

Weiterhin ist auch im Bereich der Krankenkassenverbände davon auszugehen, dass die Verbände Eigeninteressen verfolgen. Hier ist wie bei den kassenärztlichen Vereinigungen davon auszugehen, dass der Erhalt der eigenen Existenzberechtigung eines der wesentlichen Ziele der Verbände als Organisation ist.⁹⁸ Auch sie haben ein Interesse an der Konfliktlösungsfähigkeit der innerhalb der Strukturen der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Vertreter der Verbände sind auch auf Seite der Krankenkassen daran interessiert, in den durch die Verbandsmitglieder beobachtbaren Teil der Verhandlungen den Vertretern der Leistungserbringer wenig Konzessionen zu machen. Hierdurch können sie ein hohes Maß an Einsatz für die Interessen der Mitglieder der Krankenkassenverbände zeigen und die „Notwendigkeit“ der Vertretung durch Verbände demonstrieren.

Um jedoch trotzdem zu einer Lösung der Konflikte zu gelangen, ruft man die Schiedsstellen und Schiedsämter an und verhandelt in den Schiedsverfahren weiter. Hier können die Prinzipale das Verhalten ihrer Agenten nicht mehr so gut beobachten. Aus dem Schiedsspruch geht im Allgemeinen nur hervor, ob er einstimmig angenommen wurde oder die Mehrheit der Mit-

95 Riesberg, A.; Busse, R. (2003), S. 384.

96 Neubauer, G. (2002d), S. 91 f.

97 Hierbei sind natürlich auch die Auswirkungen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen auf die Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und die Schiedsverfahren zu beachten, die unter anderem in Abschnitt 2.5.5.4 behandelt werden.

98 Alchian, A. A.; Demsetz, H. (1972), S. 41 ff.; vgl. Coase, R. H. (1972).

gliedert dem Schiedsspruch zugestimmt hat. Somit können die Prinzipale auf beiden Seiten das Abstimmungsverhalten ihrer Agenten im Schiedsverfahren nicht mehr kontrollieren.

Es kann also für die Verhandlungsführer beider Seiten aus Sicht der Prinzipal-Agenten-Theorie von Vorteil sein, statt in den Verhandlungen, in denen ihr Abstimmungsverhalten sichtbar ist, in Schiedsverfahren eine Lösung von Konflikten zu suchen. Hier können die Agenten beider Parteien das Informationsdefizit ihrer Prinzipale dazu nutzen, eine Vereinbarung zu finden, da die Prinzipale den Beitrag der einzelnen Vertreter zum Ergebnis der Verhandlungen im Schiedsverfahren nicht zuordnen können.⁹⁹

2.3 Koordinierung durch Märkte und Wettbewerb

Obwohl im deutschen Gesundheitswesen die verbandswirtschaftliche Steuerung dominiert, gibt es auch Teilbereiche, in denen eine wettbewerbliche Steuerung der Akteure erfolgt. So gibt es einen Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder¹⁰⁰ oder auch einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten¹⁰¹. Die Krankenkassen treten somit auf dem Markt um Mitglieder als Konkurrenten auf, während sie in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern als Nachfragekartelle wirken. Die Leistungserbringer dagegen sind Konkurrenten im Wettbewerb um Patienten und bilden gegenüber den Krankenkassen Angebotskartelle. Zwischen diesen Teilbereichen besteht über die Beitragseinnahmen eine direkte Beziehung, so dass sich die das Verhalten in einem Teilbereich auf den anderen Teilbereich auswirken muss.¹⁰²

Wie der weitere Verlauf der Untersuchungen zeigen wird, entstehen gerade durch dieses Nebeneinander der Koordinierungskonzepte und die Wechselbeziehungen zwischen den Teilbereichen Versicherungsmarkt und Leistungsmarkt in der Gemeinsamen Selbstverwaltung Konflikte, die zur Anrufung von Schiedsstellen führen. Aus diesem Grund wird hier auch die Steuerung über Märkte und Wettbewerb in die Betrachtung mit einbezogen.

Der Marktmechanismus sorgt bei Vorhandensein der entsprechenden Voraussetzungen für einen vollkommenen Markt für eine optimale Allokation der Ressourcen.¹⁰³ Sofern diese Bedingungen erfüllt sind, kann auch im Gesundheitssektor davon ausgegangen werden, dass durch das Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage eine optimale Ressourcenallokation erfolgen kann. In der Realität sind jedoch gerade diese Voraussetzungen nicht gegeben.¹⁰⁴

99 Jost, P.-J. (2001), S. 25 f.; vgl. auch Witt, P. (2001), S. 85

100 Auch als „Versicherungsmarkt“ bezeichnet.

101 Auch als „Leistungsmarkt“ bezeichnet.

102 Stackelberg, H. v. (1934), S. 30 ff.

103 Neubauer, G. (2004 f), S. 42 f.; Rychlik, R. (1999), S. 33 f.; Krämer, W. (1992), S. 67.

104 Rychlik, R. (1999), S. 34.; Gries, T.; Langeleh, D. (2004), S. 293 ff.; Breyer, F.; Zweifel, P. (1999), S. 152; Rychlik, R. (1999), S.34; Breyer, F.; Zweifel, P. (1999), S. 153 f.; Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 685 f.; Herder-Dorneich, Ph. (1993) S. 685 f.; Tretter, F. (2005), S. 571; Arrow, K. J. (2001), S. 1200; Ueberle, M. (2003), S. 29 f.; Arrow, K. J. (1963), S. 961 f.

Den Preisen wird im Marktmechanismus eine Signalfunktion zugesprochen.¹⁰⁵ So sind sie für potenzielle Anbieter ein Anreiz, eventuell in einem Markt aktiv zu werden.¹⁰⁶ Preise können aber auch für den Konsumenten ein Qualitätssignal sein.

Auch bei einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens wird kaum ein Patient die anfallenden Kosten in voller Höhe selbst tragen. Vielmehr ist wegen der existenziellen Bedeutung der Gesundheit davon auszugehen, dass die Wirtschaftssubjekte sich gegen das Risiko Krankheit versichern werden.¹⁰⁷ Hierdurch entsteht neben dem Markt für Gesundheitsleistungen ein Markt für Versicherung gegen Krankheitsrisiken.¹⁰⁸

Schiedsstellen zur Festlegung von Vertragsinhalten sind bei einer Koordinierung des Leistungsgeschehens im Gesundheitssektor über Märkte nicht notwendig. Stimmen die Vorstellungen der Akteure über die Eigenschaften und/oder den Preis einer Gesundheitsdienstleistung nicht überein, so kommt keine Transaktion zwischen ihnen zustande. Beide Akteure werden sich unter den anderen konkurrierenden Akteuren einen Vertragspartner suchen, dessen Vorstellungen über den Vertragsinhalt mit den eigenen in Übereinstimmung stehen. Der Nachteil dieser Koordinierungsform liegt darin, dass nicht von vornherein feststeht, ob sich ein derartiger Vertragspartner findet. Somit kann durch eine wettbewerbliche Koordinierung über Märkte weder die Sicherung von Gesundheitsleistungen für ein bestimmtes Territorium noch für alle Teile der Bevölkerung garantiert werden. Somit scheidet dieses Koordinierungskonzept zumindest für die vom Staat, insbesondere von den regierenden Parteien, als lebenswichtig angesehenen Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens aus.

Ein Problem für die Gemeinsame Selbstverwaltung kann sich in den Fällen ergeben, in denen sich durch die Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung Rückwirkungen auf die wettbewerblich koordinierten Bereiche ergeben. Hiermit ist aufgrund der Verbundenheit der Märkte nach Stackelberg mit hoher Wahrscheinlichkeit zu rechnen.¹⁰⁹

2.4 Koordinierung durch den Staat

2.4.1 Staatliche Preissetzung

Die Notwendigkeit staatlicher Preissetzung wird im Wesentlichen mit zwei Argumenten begründet, dem Marktversagen¹¹⁰ und der Ungleichheit der durch den Marktprozess hervorge-

105 Schulenburg, J.-M. v.d. (1992), S. 114.

106 Bartling, H.; Luzius, F. (2004), S. 96 ff.; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998), S. 423 ff., S.427 ff., S. 431 ff.; SVRKAiG (2001).

107 Oberender, P. (1985), S. 23.; In allen hochentwickelten Industrieländern wurden Gesundheitssysteme auf der Basis einer kollektiven Finanzierung aufgebaut. (Andersen, Hanfried H. (1992), S. 27 f.)

108 Schulenburg, J.-M. v.d.; Greiner, W. (2000), S. 40 ff.

109 Stackelberg, H. v. (1934), S. 30.; siehe auch Abschnitt 2.5.5.

110 Siehe Abschnitt 2.3: Staatliche Preissetzung soll in solchen Fällen zu einer Internalisierung von externen Effekten dienen.

rufenen Verteilung.¹¹¹ Ordnungspolitisch wird die staatliche Preissetzung als Nicht-Marktpreisbildung eingestuft.¹¹² Dort, wo staatlich administrierte Preise im Gesundheitswesen existieren nehmen sie für Verhandlungen und Schiedsverfahren auch die Rolle eines Vergleichsmaßstabes ein.

In vielen Zweigen des Gesundheitswesens funktioniert die Preisbildung über Märkte nicht, weil Entscheider, Financier und Konsument personell auseinander fallen.¹¹³ Aus diesem Grund wird in den meisten entwickelten Industriestaaten die Preisbildung von medizinischen Produkten zumindest teilweise staatlich koordiniert.¹¹⁴

Ein Instrument hierzu sind administrative Festpreise, wie sie zum Beispiel auf dem Sektor der Arzneimittelversorgung wirksam werden.¹¹⁵ Da in diesem Bereich trotz der staatlich administrierten Preise keinen Einfluss auf die Mengenentwicklung durch die Verschreibungspraxis der Ärzte ergibt, kommt es im Bereich der ambulanten Versorgung zu Konflikten zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung, welche in Schiedsverfahren gelöst werden müssen.

Eine weitere Art der staatlichen Festpreissetzung findet man vor, wenn der Staat die Bereitstellung von Leistungen, wie zum Beispiel bei Ver- und Entsorgung, als seine Aufgabe ansieht, diese aber nicht voll aus Steuern finanziert, sondern für die Nutzung Entgelte oder Gebühren festlegt.¹¹⁶

Die Festlegung von Mindestpreisen soll vor allem einen ruinösen Wettbewerb¹¹⁷ unter den Anbietern im Gesundheitswesen vermeiden. Höchstpreise sollen dagegen die Patienten beziehungsweise deren Versicherungen vor ungerechtfertigt hohen Forderungen der Leistungserbringer schützen. Derartige Regelungen sind in Deutschland lediglich für Privatpatienten in

111 Neubauer, G. (1989); Birkner, B. (1986), S. 49 ff.; Rabbata, S. (2005a), S. A621); Nass, E. (2004), S. 35); Kritisch hierzu: Kliemt, H. (1993).

112 Schulenburg, J.-M. v.d. (1992), S. 114.

113 Ulrich, V.; Pohlmeier, W. (1993); Meyer, D. (2001). Oft tritt die Konstellation auf, dass der Arzt die Nachfrage zum Beispiel nach Medikamenten festlegt, die Krankenkasse bzw. Krankenversicherung bezahlt und der Patient konsumiert. (Schulenburg, J.-M. v.d.; Greiner, W. (2000), S. 155 f.).

114 Schulenburg, J.-M. v.d.; Greiner, W. (2000), S. 156.

115 Zwar ist dort die Preisgestaltung den Anbietern überlassen, doch gibt es für von den Krankenkassen zu erstattende Medikamente festgesetzte Beträge (so genannte Festbeträge), welche die Krankenkassen höchstens erstatten müssen. Oberender, P.; Zerth, J. (2003).

116 Vgl. Abschnitt 3.4.1.: Im Gesundheitsbereich existiert diese Art der Preissetzung in einigen Bundesländern im Bereich des Rettungswesens: Die Bereitstellung des Rettungswesens wird hier als Bestandteil der inneren Sicherheit interpretiert und deshalb als Staatsaufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge (Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004), S. 84.) auf Ebene der Bundesländer definiert. (SVRK AiG (1991), S.90) Es bleibt allerdings offen, ob der Staat die Durchführung selbst übernimmt (z.B. in Stadtstaaten durch die Feuerwehren), oder sie den Kommunen, welche sich in solchem Fall meist zu Rettungszweckverbänden zusammenschließen, oder Rettungsdienstorganisationen (Unter Berücksichtigung privater Träger) überträgt. (SVRK AiG (1991), S.91.)

117 Unter ruinösen Wettbewerb wird hier verstanden, dass einzelne Anbieter ihre Leistungen zu Preisen anbieten, welche unterhalb der Herstellungskosten liegen, um andere Wettbewerber aus dem Markt zu verdrängen.

Form der GOÄ vorgesehen.¹¹⁸

Bei Festsetzung der Preise durch den Staat sind keine Schiedsstellen nötig, da es keinen Konflikt innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung gibt. Die staatlichen Preise stellen eine für beide Seiten verbindliche hoheitliche Vorgabe dar, über welche nicht verhandelt werden kann. Man muss aber auch hier die Interdependenz der Märkte nach Stackelberg¹¹⁹ berücksichtigen. Diese kann dazu führen, dass es aufgrund der staatlich festgesetzten Entgelte in einem Teilbereich der Gesundheitsversorgung in den Verhandlungen anderer Versorgungsbe- reiche zu Konflikten kommen kann, die eine Anrufung der Schiedsstellen zur Folge haben.

2.4.2 Staatliche Planung der Ressourcen

Neben der Steuerung der Preise hat der Staat auch die Möglichkeit den Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen durch eine Steuerung des Inputs, insbesondere der Investi- tionen zu beeinflussen. Dies erfolgt in den Bereichen, in denen die Entscheidungsträger des Staates existenzielle Bedeutung für den Bürger sehen.

Für die Gemeinsame Selbstverwaltung ist bei staatlicher Ressourcenplanung entscheidend, wie die Finanzierung geregelt wird. Kein Problem entsteht für die Gemeinsame Selbstver- waltung, wenn der Staat die Ausgaben für die durch ihn im Rahmen der Ressourcenplanung veranlassten Ausgaben aus Steuermitteln finanziert. Werden jedoch durch die staatliche Pla- nung direkt oder indirekt Ausgaben im Rahmen der Gesetzlichen Krankenkassen beeinflusst, so sind hierdurch Konflikte innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung vorgezeichnet, welche wiederum durch die Anrufung von Schiedsstellen gelöst werden müssen.¹²⁰

Typische Beispiele für derartige staatliche Planungen im Gesundheitswesen mit Aus- wirkungen auf die Wahrscheinlichkeit der Konfliktlösung durch Schiedsverfahren in der Ge- meinsamen Selbstverwaltung sind die Versorgung mit Krankenhausleistungen,¹²¹ hier ins- besondere die Sicherung der Notfallversorgung, oder auch der Bereich der Notfallrettung. Um die Versorgung mit Leistungen dieser Bereiche im Rahmen der Daseinsvorsorge als öffentli- cher Aufgabe zu garantieren,¹²² wird durch staatliche Vorgaben die räumliche, qualitative und quantitative Vorhaltung von Einsatzmitteln und Ressourcen geregelt.

Die durch die staatlichen Planvorgaben verursachten Konfliktpotentiale für die Verhand- lungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zeigen sich durch die Betrachtung der Ent-

118 Harms, H. (2000), S. 424.; Allerdings stellen diese Regelungen subsidiäres Recht dar und werden vor allem bei Streitfällen vor Gericht herangezogen.(Schulenburg, J.-M. v.d. (1992), S. 117; Schulenburg, J.- M. v.d. (1981).)

119 Stackelberg, H. v. (1934), S. 30 ff.

120 Rüschemann, H.-K.; Schmolling, K. (1998), S.633 ff.;Bruckenberg, E.(1998), S. 651 f.;Neubauer, G.; Zelle, B. (1998), S. 549 f.

121 Braun, G. E. (1999), S. 3.

122 Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004), S. 84.

scheidungsgründe der staatlichen Planung und den Vergleich dieser Entscheidungsgründe mit den Zielen der Verbände in der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Auch die Betrachtung der empirischen Ursachen für die Anrufung von Schiedsstellen zeigt die Bedeutung staatlicher Ressourcenplanung für Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Bei der staatlichen Ressourcenplanung spielen nicht nur gesundheitspolitische Versorgungsziele eine Rolle. Besonders im Bereich der Krankenhausplanung auf Ebene der Bundesländer werden durch die wirtschaftliche Bedeutung als Arbeitgeber,¹²³ als Nachfrager nach Zulieferleistungen¹²⁴ und als Faktor im Wettbewerb von Regionen um die Ansiedlung weiterer Betriebe auch standortpolitische Motive für die Planung relevant.¹²⁵ Die staatliche Ressourcenplanung durch den Krankenhausplan weist hierdurch viele Gemeinsamkeiten mit den Entscheidungen über staatliche Behördenansiedlungen auf.¹²⁶

Durch die Vorgaben des Krankenhausplanes unterliegen nach Braun die Krankenhäuser einer „dualen Zielsetzung“: Auf der einen Seite haben sie einen durch den Krankenhausplan vorgegebenen öffentlichen Auftrag zu erfüllen, während sie auf der anderen Seite eigenwirtschaftliche Ziele, wie zum Beispiel die wirtschaftliche Sicherung der eigenen Einrichtung, berücksichtigen müssen.¹²⁷

Für die gesetzlichen Krankenkassen sind hauptsächlich die Versorgungsziele für die Versicherten und teilweise die Funktionen in der Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen von Bedeutung. Bei den Versorgungszielen wird hierbei nach messbarer Qualität der Versorgung¹²⁸ und einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis unterschieden.

Dass diese widersprüchlichen Zielvorgaben zur Anrufung von Schiedsstellen der Gemein-

123 Friedrich, P. (1987), S. 335.

124 Friedrich, P.; Wonnemann, H.G. (1981), S. 348.

125 Friedrich, P.; Feng, X.; Noor, C. (2004), S. 4; Friedrich, P.; Feng, X. (2002), S. 80 ff.; Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004); Hierbei sind Standortfaktoren als Größen definiert, welche die Standortentscheidungen anderer Wirtschaftssubjekte determinieren. (Friedrich, P. (2005), S. 4.)

126 So sind Krankenhäuser ähnlich wie Verwaltungen arbeitsintensiv und offerieren so auch viele Arbeitsplätze. (Friedrich, P. (2003), S. 108 f.) Sie benötigen Vorleistungen und beeinflussen auch das Ansiedlungsverhalten von Haushalten und Unternehmen. Sie gehören weiterhin als wesentlicher Bestandteil zur Infrastruktur einer Region. (Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004), S. 87) Als Zentren regionaler Versorgungssysteme nehmen sie zum Beispiel im Gesundheitswesen bedeutende Funktionen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Fachkräften des Gesundheitswesens wahr. (SVRG (2005), S. 320). Neben diesen direkten Auswirkungen können die Planungen der Krankenhausstruktur auch indirekt die Wettbewerbsposition von Regionen beeinflussen. So kann man durch die Festlegung der Versorgungsstufe eines Krankenhauses auch die Zentralität seines Standortes im Sinne der Raumplanung signalisieren. (Friedrich, P.; Wonnemann, H.G. (1981), S. 347.) Krankenhäuser haben in einer Region auch wesentliche Funktionen als Bestandteil regionaler Kompetenznetze und stärken somit die regionale Wettbewerbsposition ihres Standortes. (Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004), S. S. 100.) Die im Rahmen der Einführung des DRG-Systemes erwarteten räumlichen Verdichtungen in der Krankenhausversorgung bedürfen nach Meinung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen deshalb auch unpopulärer Entscheidungen in der Krankenhausplanung der Bundesländer. (SVRG (2005), S. 321.)

127 Braun, G. E. (1999), S. 5.; Friedrich, P.; Kosinski, J. A. (2004), S. 84.

128 SVRG (2005), S. 65 f., S. 294f.

samen Selbstverwaltung führen können, werden die weiteren Ausführungen im Rahmen dieser Untersuchung zeigen. Im Abschnitt 7.7 wird aber auch gezeigt werden, dass diese Konflikte, die sich durch die staatliche Planung der Ressourcen für die Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ergeben, ebenfalls durch Schiedsverfahren im Bereich der Versorgungsplanung gelöst werden können.

2.5 Koordinierung durch Verhandlungen

2.5.1 Ökonomische Grundlagen von Verhandlungen

Verhandlungen sind im Gegensatz zu den bisher behandelten Koordinierungsmechanismen die vorherrschende Form der Preisfindung im deutschen Gesundheitswesen.

Auch im Schiedsverfahren bilden Verhandlungen einen Teil des Verfahrens zur Entscheidungsfindung.

Ordnungspolitisch sind Entgelt-Verhandlungen zwischen der Marktpreisbildung und der Nicht-Marktpreisbildung einzuordnen. Sie werden auch als „Quasi-Marktpreisbildung“ bezeichnet.¹²⁹

Ziel von Verhandlungen zwischen verschiedenen Wirtschaftssubjekten können Verträge zwischen Anbietern und Nachfragern, zwischen verschiedenen Anbietern oder auch zwischen verschiedenen Nachfragern eines Gutes sein. Typische Merkmale von Verhandlungen sind:¹³⁰

- Die Vertragspartner müssen spezifische Investitionen vornehmen.¹³¹
- Es spielt eine Rolle, mit wem verhandelt wird.
- Ergebnisse sind meist über einen gewissen Zeitraum stabile Preis- und Leistungsvereinbarungen.
- Die Verhandlungspartner beabsichtigen langfristige oder wiederholte Transaktionen.¹³²
- Eigenschaften der Güter müssen festgelegt werden.
- Um zu einem Vertragsabschluss zu kommen, müssen beide Verhandlungspartner dem Verhandlungsergebnis zustimmen.¹³³
- Es gibt private Informationen.¹³⁴

Es zeigt sich hierbei, dass diese Merkmale nicht unabhängig von der Marktform sind. So werden Anbieter und Nachfrager auf einem typischen Wettbewerbsmarkt mit standardisierten (homogenen) Gütern und atomistischer Anbieter- und Nachfragerstruktur nicht verhandeln müssen. Hier kommt es über den Preismechanismus zu beidseitigen Verträgen.

129 Schulenburg, J.-M. v.d. (1992), S. 114.

130 Richter, R.; Furubotn, E. G. (1999), S. 326 ff.

131 Joskow, P. L. (1987), S. 184.

132 Williamson, O. E. (1971), S.116,

133 Williamson, O. E. (1983), S. 523 f.

134 Milgrom, P.; Roberts, J. (1987), S. 184.

In der folgenden Übersicht sind die Marktformen dargestellt.¹³⁵ Die Marktconstellations, in denen Verhandlungen wahrscheinlich sind, sind dort grau hinterlegt.

Übersicht 1: Marktformen und Verhandlungen

		Nachfrager		
		einer	wenige	viele
Anbieter	einer	Bilaterales Monopol	Beschränktes Monopol	Monopol
	wenige	Beschränktes Monopson	Bilaterales Oligopol	Oligopol
	viele	Monopson	Oligopson	Polypol

Quelle: Eucken, Recktenwald, Neubauer¹³⁶

Der Anreiz zu verhandeln wird hierbei im Wesentlichen durch zwei Größen bestimmt. Dies sind zum einen die Suchkosten, das heißt die Kosten zum Finden eines geeigneten Verhandlungspartners.¹³⁷ Die Suchkosten sind umso geringer, desto weniger Verhandlungspartner zur Auswahl stehen. Der andere Anreiz zum Verhandeln sind die dadurch erreichbaren Nutzengewinne für die Verhandlungspartner.¹³⁸ Diese und deren Verteilung zwischen den Verhandlungspartnern werden durch die Verhandlungsmacht bestimmt, auf deren Determinanten in Abschnitt 2.5.3.5 noch eingegangen wird.

Aus der Betrachtung der Marktformen kann man jedoch auch erkennen, dass mit abnehmender Anzahl der potentiellen Vertragspartner die Abhängigkeit zwischen den Vertragsparteien ansteigt. Die Folgen des Nichtzustandekommen eines Vertrages durch ein Scheitern der Verhandlungen können in den Marktformen, in denen nur ein Anbieter oder Nachfrager existiert, nicht mehr durch Ausweichen auf einen anderen Verhandlungspartner kompensiert werden. Ist aber das Zustandekommen einer Vereinbarung zwischen diesem einzelnen Anbieter oder Nachfrager und anderen Wirtschaftssubjekten erwünscht oder notwendig, wie es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Fall ist, so muss eine Vereinbarung auf anderem Weg herbeigeführt werden. Einer dieser Wege kann die ersatzweise Festsetzung einer Vereinbarung durch eine Schiedsstelle sein.

Ein wesentliches Merkmal von Verhandlungen sind auch die Funktionen der Verhandlungsergebnisse. Im Gesundheitsbereich sollen die Funktionen der Kostenerstattung, der ökonomischen Steuerung sowie die Funktion als Kalkulationsgrundlage durch die Verhandlungsergebnisse erfüllt werden:¹³⁹

135 Stackelberg, H. v. (1934), S. 3.

136 Neubauer, G. (2004 f), S. 41; Eucken, W. (1940/1965); Recktenwald, H. C. (1968), S.70.

137 Joskow, P. L. (1987), S. 168 ff.

138 Richter, R.; Furubotn, E. G. (1999), S. 50 ff., S. 318 f.; Harsanyi, J. C. (1957), S. 431.

139 Schulenburg, J.-M. v.d. (1992), S. 115.

Falls die Verhandlungen scheitern und es nicht zu einer Verhandlungslösung kommt, sollten die Schiedssprüche die genannten Funktionen erfüllen.

2.5.2 Theoretische Modellierung von Verhandlungslösungen

Verhandlungen sind innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung die wichtigste Methode zur Steuerung der Akteure. Dies gilt auch für die Schiedsverfahren, in denen der Entscheidungsfindung eine mündliche Verhandlung vorausgeht. Aufgrund der Wichtigkeit der Verhandlungen für die Erklärung der Notwendigkeit von Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und auch für die Entscheidungsfindung innerhalb der Schiedsstellen wird hier die zunächst die allgemeine Modellierung von Verhandlungslösungen betrachtet, bevor die Ergebnisse dieser Betrachtung auf die Verhandlungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung und die Schiedsstelle übertragen werden.

Zur Modellierung von Verhandlungen eignen sich vor allem drei Methoden. Da hier strategische Entscheidungen eine große Rolle spielen, bietet sich als eine Analysemethode die Spieltheorie an. Weiterhin kann man den Ansatz des Bargaining anwenden. Für die Darstellung der Ergebnisse sind Verfahren der Produktions- und Konsumtheorie nützlich.¹⁴⁰

Als Vergleichsmodell für die Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung können nach Knappe die Tarifverhandlungen herangezogen werden.¹⁴¹ In beiden Bereichen geht es um ein Verteilungsbargaining: in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Beitragszahlern der GKV und Leistungserbringern und in den Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.¹⁴² In beiden Verfahren werden die jeweiligen Interessengruppen durch Verbände oder genauer gesagt durch deren Funktionäre vertreten.¹⁴³

Im Rahmen dieser Untersuchung interessiert, ob es unter den gegebenen Voraussetzungen zu einer Verhandlungslösung innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung kommt und wie man mit der Situation umgeht, wenn dies nicht möglich ist.

In der spieltheoretischen Betrachtung der Verhandlungstheorie versucht man, Verlauf und Ergebnisse von Verhandlungen zu erklären. Ausgangspunkt solcher Verhandlungslösungen bilden hierbei Theorien des Bilateralen Monopols,¹⁴⁴ in denen die Vertreter der Gruppeninteressen versuchen, den Interessenkonflikt möglichst zu ihren Gunsten zu entscheiden.¹⁴⁵ Das Zustandekommen einer freiwilligen Vertrages hängt hierbei davon ab, ob es zwischen den

140 Knappe, E. (1985), S. 83 ff.; vgl. auch Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S.H.; Winkler, A. (1988).

141 Die genauen Gründe werden in Abschnitt 3.9 erörtert.

142 Knappe, E. (1985), S. 83 ff, kritisch zur Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus Tarifverhandlungen auf die Verhandlungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen : Keller, B. (1988), S. 231.

143 Knappe, E. (1985), S. 83 f.

144 Hicks, J. R. (1935), S.262 ff.

145 Knappe, E. (1985), S. 84; Thiemeyer, T. (1988)

Verhandlungsparteien „echte“ Interessenkonflikte gibt oder nicht.¹⁴⁶ Dieser Interessenkonflikt kann partieller (Positivsummenspiel) oder allgemeiner (Nullsummenspiel) Natur sein. Neben den Verhandlungen zur Lösung von Interessenkonflikten gibt es noch Verhandlungen zur Beeinflussung des Verhältnisses zwischen den Parteien und auch innerhalb der Parteien zur Festlegung eines nach außen zu vertretenden Konsenses.¹⁴⁷

Zur spieltheoretischen Darstellung wird hierbei davon ausgegangen, dass jeweils eine Partei einen Vorschlag macht und die Gegenpartei diesen entweder annimmt oder ablehnt. Falls der Vorschlag abgelehnt wird, ist in der nächsten Verhandlungsrunde durch die andere Partei ein Vorschlag zu unterbreiten, der nun wieder durch die Gegenseite angenommen oder abgelehnt wird. Dieses Spiel wird solange wiederholt, bis eine Einigung zustande kommt.¹⁴⁸

Dieses Verhalten kann sowohl für die Vertreter der Verhandlungspartner in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung als auch für die parteiischen und unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle als Annahme unterstellt werden.

Um dieses Spiel genauer zu untersuchen, braucht man für jede Verhandlungspartei zwei Annahmen. Die erste wäre eine Zielfunktion, nach welcher die Parteien ihre Vorschläge modellieren, und eine Entscheidungsregel, nach der die jeweiligen Parteien entscheiden, ob sie den Vorschlag der Gegenseite annehmen oder nicht.¹⁴⁹ Für die Festlegung dieser Regeln braucht man wiederum Auszahlungsfunktionen, die anzeigen, welchen Nutzengewinn oder -verlust für die Verhandlungspartner aus einem bestimmten Verhandlungsergebnis zu erwarten ist.¹⁵⁰ Hierzu gehören auch die Drohpotenziale der Verhandlungspartner, mit denen eine Verhandlungspartei die andere zur Zustimmung zwingen kann, auch wenn diese aus dem Verhandlungsergebnis keinen positiven Nutzen zieht.¹⁵¹

Nach Mark resultieren die Zielfunktionen der Verhandlungsführer aus den Interessen der Verbandsmitglieder, welche sie repräsentieren. Er geht hierbei davon aus, dass die Vertreter der Leistungserbringer an möglichst hohem Einkommen und die Vertreter der Krankenkassen an niedrigen Zahlungen an die Leistungserbringer interessiert sind, da dies zu niedrigen Beitragsätzen führt.¹⁵²

Aus den oben gemachten Ausführungen ist ersichtlich, dass es bei Verhandlungen kein deterministisch vorgegebenes Ergebnis gibt, sondern eine Menge möglicher Verhandlungsergebnisse und einen Verhandlungsprozess, in welchem aus dieser möglichen Lösungsmenge

146 Mark, S. (1987), S. 111 f.

147 Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S. H.; Winkler, A. (1988), S. 65 f.

148 Knappe, E. (1985), S. 84.

149 Bolton, G. E. (1991), S. 1100 ff.

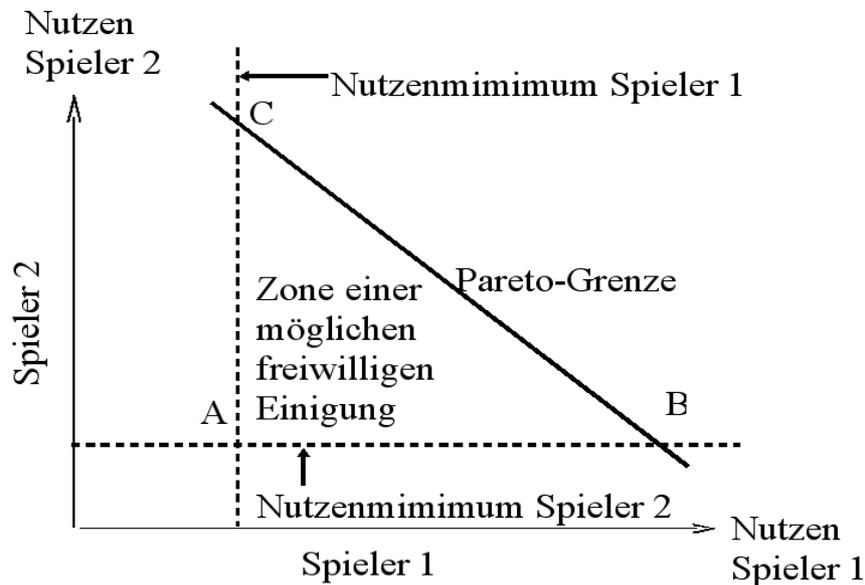
150 Mark, S. (1987), S. 110.

151 Mark, S. (1987), S. 112.

152 Mark, S. (1987), S. 112.

ein Verhandlungsergebnis hervorgeht. Die Lösungsmenge von Verhandlungen lässt sich grafisch wie in Abbildung 2 darstellen.¹⁵³ Es kann aber auch vorkommen, dass keine Verhandlungslösung existiert.

Abbildung 2: Lösungsmenge von Verhandlungsprozessen



Quelle: Eigene Darstellung nach Sebenius (1992).

Hierbei geht man davon aus, dass jeder Spieler des Verhandlungsspiels aus der Verhandlung einen Mindestnutzen erwartet. Unterhalb dieses Nutzenminimums wird es kein Übereinkommen mit den Mitspielern geben.¹⁵⁴ Weiterhin gibt es eine technisch vorgegebene Grenze der durch die Verhandlungen erzielbaren Nutzen. Da von jedem Punkt dieser Grenze ein Nutzengewinn für einen Spieler nur durch einen Nutzenverlust bei einem anderen Spieler möglich ist, erfüllt diese Grenze das Pareto-Kriterium und wird deshalb auch Pareto-Grenze genannt. Verhandlungsergebnisse, welche auf dieser Grenze liegen, werden auch als paretoeffizient bezeichnet. Der durch die Mindestnutzen der Parteien und die Pareto-Grenze umschlossene Raum von Verhandlungslösungen wird auch Verhandlungsspielraum genannt.

Welcher Punkt innerhalb dieses Verhandlungsspielraums erreicht wird, hängt vom Verhandlungsgeschick der Parteien, dem relativen Machtpotenzial der Parteien und der zeitlichen Dringlichkeit eines Vertragsabschlusses ab.¹⁵⁵ Sind in den Verhandlungen keine Nutzengewinne für einen der Verhandlungspartner möglich, so schrumpft der Verhandlungsspielraum auf Null und es kommt zu keinem Verhandlungsergebnis.

Bei der Beschreibung der Verhandlungsprozesse spielt wiederum die aus den ausgewerteten Schiedsverfahren und der Literatur übernommene Annahme eine Rolle, dass jeder Spieler einen möglichst hohen Nutzen aus dem Verhandlungsprozess gewinnen möchte.¹⁵⁶ Er wird

153 Sebenius, J. K. (1992), S. 21 ff.

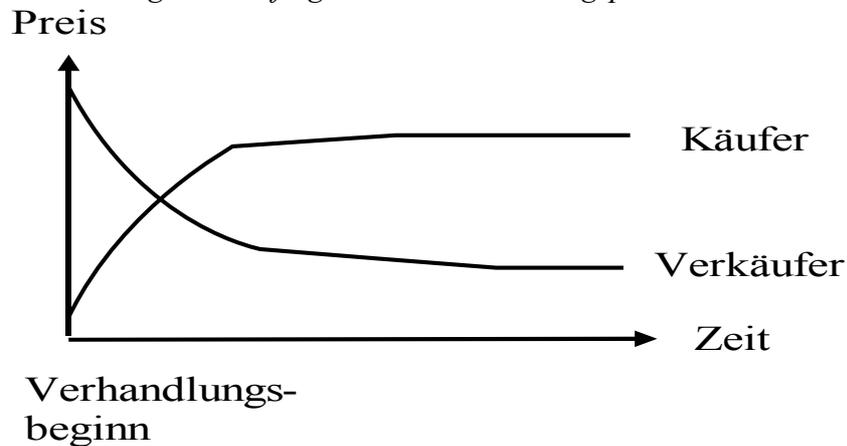
154 Linhart, P. B. (2001), S. 230.

155 Knappe, E. (1985), S. 85 ff.

156 Siehe Abschnitte 4.3 ;4.4 sowie 5.3 bis 5.5

deshalb in den Verhandlungsprozess mit seinen maximalen Forderungen eintreten. Der Verhandlungsprozess besteht dann wiederum in wechselseitigen Zugeständnissen.¹⁵⁷ Ob ein Verhandlungsprozess zu einer Einigung zwischen den Verhandlungspartnern führt, hängt davon ab, ob sich diese Konzessionen innerhalb des Verhandlungszeitraums treffen.

Abbildung 3: Darstellung eines erfolgreichen Verhandlungsprozesses



Quelle: Eigene Darstellung nach Balakrishan, P.V. S.; Eliashberg, J. (1995).

Ein erfolgreicher Verhandlungsprozess zwischen Käufer und Verkäufer lässt sich am Beispiel einer Verkaufsverhandlung über den Preis eines Gutes wie in Abbildung 3 dargestellt charakterisieren. Die Verhandlungen dauern in einem solchen Prozess bis zu dem Punkt an, an dem sich die Konzessionsfunktionen von Käufer und Verkäufer schneiden. In diesem Punkt haben beide die gleiche Preisvorstellung für den Verkaufsgegenstand und werden sich über den Preis einig.

Die Abbildung 4 stellt dagegen den Verlauf einer gescheiterten Verhandlung dar. Auch hier fordert der Verkäufer zu Verhandlungsbeginn einen möglichst hohen Preis, während der Käufer ihm einen geringen Preis anbietet. Während der Verhandlungen nähern sich die Preisvorstellungen aneinander an. In diesem Verhandlungsprozess erreicht jedoch kein Spieler des Verhandlungsspiels sein erwartetes Nutzenminimum. Wenn jedoch die erwarteten Mindestnutzen der Verhandlungspartner keine Lösungsmenge ergeben, so verlaufen die Verhandlungen ohne Ergebnis.¹⁵⁸

Die Darstellung entspricht in vielen Punkten dem Modell, welches von Hicks für die Darstellung von Tarifverhandlungen genutzt wurde.¹⁵⁹ Hierbei wird unterstellt, dass den Verhandlungspartnern sowohl durch die Konfliktdauer als auch durch die Konfliktlösung über Konzessionen Kosten entstehen. Die Konzessionsbereitschaft hängt hierbei von den erwarteten Kosten und den schon von der Gegenseite gemachten Konzessionen ab. Dieses Modell ist von

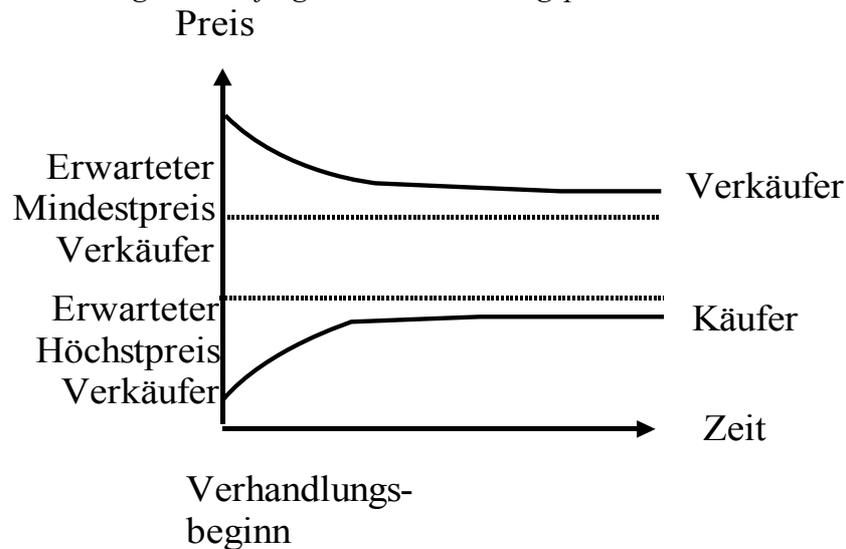
157 Balakrishan, P. V. S.; Eliashberg, J. (1995), S. 233 f.

158 Farber, H. S.; Katz, H. C. (1979).

159 Hicks, J. R. (1963); Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S. H.; Winkler, A. (1988), S. 109 ff.

Pen um die Möglichkeiten von Bluff und Täuschung erweitert worden.¹⁶⁰

Abbildung 4: Darstellung eines erfolglosen Verhandlungsprozesses



Quelle: Eigene Darstellung nach Balakrishan, P. V. S.; Eliashberg, J. (1995).

Von Shackle wird darauf hingewiesen, dass die Konzessionsbereitschaft nur aus dem Grund der Demonstration der Konfliktbereitschaft einer Verhandlungspartei gegen null gehen kann, wenn mit einem innerverbandlichen Konflikt gerechnet werden muss.¹⁶¹ Seit den sechziger Jahren werden auch der Zeitfaktor und die Verhandlungsmacht verstärkt als wesentliche Determinanten von Verhandlungsergebnissen untersucht.¹⁶²

Diese Beobachtungen lassen sich auch auf die Verhandlungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen. Nur muß dies mit dem Unterschied geschehen, dass hier die Verhandlungspartner zum Abschluss einer Vereinbarung innerhalb eines festgelegten Zeitraumes gesetzlich verpflichtet sind und deshalb auch eine Lösung für den Fall vorgesehen werden muß, dass kein Verhandlungsspielraum existiert. Diese Lösung stellt in dieser Untersuchung das Schiedsverfahren dar. In diesem Verfahren muss (notfalls unter Zwang) ein der Abbildung 3 entsprechender Verhandlungsablauf herbeigeführt werden.

In den folgenden Ausführungen sollen diese Aspekte für den Bereich der Vertragsverhandlungen im deutschen Gesundheitswesen dargestellt werden.

2.5.3 Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen

2.5.3.1 Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Betrachtet man die Gesetzgebung zu den Verhandlungen im SGB V, wie dies im Rahmen dieser Untersuchung im dritten Kapitel erfolgt, so kann man feststellen, dass durch den

¹⁶⁰ Pen, J. (1952).

¹⁶¹ Shackle, G. L. S. (1957), S.303 ff.

¹⁶² Teichmann, U. (1977), S.60; Cross, J. G. (1965), S. 68 ff.; Coddington, A. (1966), S. 523 ff.; Cross, J. G. (1966), S. 530 ff.; Cross, J. G. (1969), S. 11 u. 45 f.; Dutt, A. K.; Sen, A. (1997), S. 2; Contini, B. (1968).

Gesetzgeber die Schiedsstellen dort vorgesehen wurden, wo innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen vorgesehen sind. Somit ist die Existenz dieser Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung eng an die Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung angelehnt.

Die Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen finden in den meisten Leistungsbereichen nicht direkt zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den einzelnen Krankenkassen statt. Stattdessen werden sie im Allgemeinen durch ihre jeweiligen Verbände vertreten.¹⁶³ Dies bedeutet, dass in den Verhandlungen nicht nur die Interessen von Leistungserbringern und Krankenkassen, sondern auch Eigeninteressen der sie vertretenden Verbände und der sie repräsentierenden Personen von Bedeutung sein können.¹⁶⁴

Die Verbände von Leistungserbringern und Krankenkassen sind Selbstverwaltungen in dem Sinne, dass hier Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung durch Körperschaften öffentlichen Rechts wahrgenommen werden.¹⁶⁵ Handeln die Verbände von Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam oder nehmen sie gemeinsame Aufgaben wahr, so spricht man von der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.¹⁶⁶

Die Vertreter dieser Verbände verhandeln dann auf unterschiedlichen Ebenen¹⁶⁷ miteinander über die Gestaltung der medizinischen Versorgung, wie in den folgenden Punkten dargestellt wird. Durch diese Vertretung tritt aus ökonomischer Sicht das Problem der Prinzipal-Agenten-Beziehung auf, welches im Interessenkonflikten zwischen Vertretenem (Prinzipal) und Vertreter (Agent) gegeben ist.¹⁶⁸ Hierbei besteht die Möglichkeit, dass die Vertreter gegenüber den Prinzipalen einen Informationsvorsprung haben, den sie zur Durchsetzung eigener Interessen nutzen.¹⁶⁹

2.5.3.2 Verhandlungspartner und Verhandlungsebenen

Wer mit wem im deutschen Gesundheitswesen verhandeln kann und muss, ist in engem gesetzlichen Rahmen vorgeschrieben.¹⁷⁰

163 Knappe, E. (1985), S. 83 ff.; Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M. (1998), S. 183.

164 Richter, R.; Furubotn, E. G. (1999), S. 267 ff.

165 Eichhorn, P. u.a. (2002), S. 951.

166 Neubauer, G.; Rebscher, H. (1984) S. 7.

167 Die gesetzlichen Krankenkassen sind in Bundes- und Landesverbänden zusammengeschlossen. Solche Dachverbände gibt es für die Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen. Eine Sonderrolle nehmen hierbei die Bundesknappschaft, die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft und die Seekasse ein. Sie sind nämlich zugleich Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung der Bergleute, der Landwirte oder der Seeleute. Für den Bereich der Gesundheitsversorgung gelten auch für sie die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V § 167.) Wegen der abnehmenden Bedeutung von Bergbau, Landwirtschaft und Seefahrt unter deutscher Flagge in Deutschland hat ihre Bedeutung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren abgenommen.

168 Jost, P.-J. (2001), S. 15.

169 Neubauer, G. (1985), S. 231 f.

170 Flüchter, A. (1999), S. 75; Schirmer, H. D. (1999), S. 85 f.; Schrinner, B. (1999), S. 99 ff.

Die Verhandlungsebenen unterscheiden sich stark nach den Versorgungsbereichen. Sie können sich auf einzelbetrieblicher Ebene, wie zum Beispiel auf Ebene einzelner Krankenhäuser, oder seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2004 auch mit einzelnen Ärzten im Bereich der integrierten Versorgung oder im Rahmen von Disease-Management-Programmen¹⁷¹ bis hin zur Bundesebene wie zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Unterausschüssen oder auch den Bewertungsausschüssen¹⁷² befinden. Dementsprechend kann bei den Marktstrukturen sowohl ein Oligopson im Bereich der integrierten Versorgung als auch ein bilaterales Monopol für die Verhandlungen auf Ebene der Spitzenverbände der Selbstverwaltung festgestellt werden.¹⁷³ Auf allen diesen Ebenen sind Schiedsstellen oder ähnliche Institutionen vorhanden.

Ebenso gibt es (Zwangs-)Kartelle in Form von Verbänden mit Pflichtmitgliedschaft, welche miteinander verhandeln müssen. Ein weiteres Merkmal der Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen ist, dass die Verbände durch Personen vertreten werden, welche durch unterschiedliche Mechanismen ihre Vertretungsvollmachten erhalten.¹⁷⁴ Dementsprechend unterscheiden sich auch ihre Befugnisse innerhalb der Verhandlungen.

Durch die Eingrenzung der Befugnisse der Verhandlungsführer kann es dann in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu Situationen kommen, in denen kein Verhandlungsspielraum mehr besteht und somit eine Schiedsstelle zur Festsetzung der Vereinbarungen hinzugezogen werden muss.

Außerdem können hier auch Interessenkonflikte zwischen den Zielen der Verhandlungsführer und den Zielen der vertretenden Verbände entstehen.¹⁷⁵ Auch diese Konflikte können zur Notwendigkeit der Anrufung von Schiedsstellen führen.

Von wesentlicher Bedeutung für die Verhandlungen ist, mit wie vielen alternativen Verhandlungspartnern es die jeweiligen Parteien zu tun haben. Hiervon hängen neben der Verhandlungsmacht nämlich auch die zu gewinnenden Informationen ab.¹⁷⁶ In solchen Fällen spielt dann auch die Reihenfolge der Verhandlungen eine Rolle. Weiterhin kann für die Verhandlungsführung bedeutend sein, ob sich vorhandene Schlichtungsstellen (Schiedsstellen) auf derselben Ebene befinden oder ob diese für mehrere Verhandlungen zuständig sind.

171 Disease-Management-Programme sind Programme zur optimierten Versorgung definierter Krankheiten. Eine genaue Erläuterung findet sich in Abschnitt 3.5.3.

172 Siehe hierzu Abschnitt 3.6.

173 SVRG (2005), S. 62.

174 Flüchter, A. (1999), S. 75; Schirmer, H. D. (1999), S. 85 f.; Schrinner, B. (1999), S. 99 ff.

175 Fabel, O.; Hilgers, B.; Lehmann, E. (2001), S. 190 ff.; Richter, R.; Furubotn, E. G. (1999), S. 25 f.

176 Wenn zum Beispiel Krankenkassen bzw. deren Verbände mit verschiedenen Leistungserbringern eines Leistungsbereiches getrennt verhandeln, haben sie unter diesen Umständen die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen den verschiedenen Verhandlungspartnern und somit einen für die Verhandlungen vorteilhaften zusätzlichen Informationsvorsprung. Umgekehrt können Leistungserbringer, welche mit verschiedenen Krankenkassen verhandeln, auch eine vorteilhafte Preisdifferenzierung erreichen.

2.5.3.3 Verhandlungsgegenstände

Verhandlungsgegenstände können prinzipiell Preise, Mengen und Qualitätsmerkmale sein.¹⁷⁷ Hierzu ist festzuhalten, dass im Gesundheitsbereich die Qualitätsmerkmale und die Vereinbarungen über die Beschreibung der zu vergütenden Leistungen und der Abrechnungsmodalitäten zum großen Teil auf gesetzlichen Vorgaben basieren und durch Verhandlungen auf Ebene der Spitzenverbände festgelegt werden. Somit sind in den Verhandlungen auf Landesebene und auf einzelwirtschaftlicher Ebene¹⁷⁸ nur noch Preise und Mengen oder Kombinationen von beiden Verhandlungsgegenstand. Die Festlegung dieser Verhandlungsparameter hat entscheidenden Einfluss auf das Verhalten der Verhandlungspartner und auf die durch das Verhandlungsergebnis zu erfüllenden Funktionen.¹⁷⁹ Auf diese mit der Definition der Verhandlungsgegenstände verbundenen Ursachen für die Anrufung von Schiedsstellen wird im vierten Kapitel dieser Untersuchung noch genauer eingegangen.

Hierbei spielt die Frage der Vergütungsverfahren¹⁸⁰, die Definition der abrechenbaren Leistungseinheiten¹⁸¹ sowie die Verteilung der Risiken¹⁸² eine entscheidende Rolle.

2.5.3.4 Gesetzliche Vorgaben für die Verhandlungspartner und Schiedsstellen

Neben der Festlegung der Verhandlungspartner und der Verhandlungsstrukturen hat der Gesetzgeber auch weitere Vorgaben für die Verhandlungspartner erlassen.

Diese betreffen unter anderem den Ablauf des Verhandlungsverfahrens, den Verhandlungsspielraum für die Krankenkassen und vor allem das Verfahren, falls bei den Verhandlungen kein oder kein genügendes Verhandlungsergebnis zustande kommt.

Im letzteren Fall sind in den meisten Versorgungsbereichen Schiedsstellen vorgesehen, welche durch einen Mehrheitsbeschluss einen Vertrag zwischen den Parteien ersetzen können.¹⁸³ Auch für die Schiedsverfahren gibt es gesetzliche Verfahrensregelungen.

Weitere hoheitliche Vorgaben betreffen oft den Vertragsinhalt. So ist in vielen Leistungsbereichen der Versorgungsumfang direkt oder indirekt durch den Gesetzgeber oder staatliche Planungsbehörden vorgegeben. Als Beispiele für eine direkte Vorgaben kann man hier die

177 Gries, T.; Langeleh, D. (2004), S. 297.

178 nur im stationären Bereich.

179 Gries, T.; Langeleh, D. (2004), S. 296 ff.

180 Neubauer, G. (1988), S. 208 ff.

181 Neubauer, G. (1988), S. 209.; Neubauer, G. (1998); Schrunner, B. (1999), S. 106 ff.; Robra, B.-P.; Deh, U.; Swart, E.; Felder, S.; Dralle, R. (2004), S. 139; Fritz, T.; Gilow, C.; Paffrath, D. (2004), S. 155 ff.

182 Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterliegt allerdings einer gewissen Unsicherheit. Der Eintritt des Ereignisses „Krankheit“ und damit die Leistungserbringung unterliegt einer nicht mit Sicherheit vorhersagbaren Wahrscheinlichkeit.

183 Siehe Kapitel 3.

Krankenhausplanung und den Rettungsdienst anführen.¹⁸⁴

Vom Gesetzgeber werden den Verhandlungsparteien im SGB V, im Krankenhausentgeltgesetz oder den Landesrettungsdienstgesetzen auch Vorgaben über den Inhalt und die Ausgestaltung der zu vereinbarenden Verträge gemacht. Wesentlich für die Verhandlungen sind die Vorgaben zu den Vergütungsvereinbarungen.¹⁸⁵

Die Vorgaben des Gesetzgebers sind sowohl für die Verhandlungsparteien als auch für die Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung verbindlich.

2.5.3.5 Markt- und Informationsmacht

Markt- und Informationsmacht sind wesentliche Determinanten des Verhandlungsgeschehens. Hierbei beruht die Marktmacht im Wesentlichen auf der Marktstruktur. Auf monopolistischen Märkten besteht sie darin, dass per Definition kein anderer Marktteilnehmer als Konkurrent auftritt. Aber auch auf oligopolistischen Märkten tritt sie auf. Der Zusammenhang zwischen der Marktstruktur und der Verhandlungsmacht im Gesundheitssektor kann anhand der folgenden Übersicht gezeigt werden. Sie stellt eine Übertragung des allgemeinen Marktformenschemas auf das Gesundheitswesen dar.¹⁸⁶

Übersicht 2: Marktformen und Verhandlungen im Gesundheitswesen

		Krankenkassen (Nachfrager)		
		einer	wenige	viele
Leistungs- erbringer (Anbieter)	einer	Gleich stark: Bilaterales Monopol	Beschränktes Monopol Vorteile für die Leistungserbringer: Wettbewerbliche Verkäufer	Monopol Vorteile für die Leistungserbringer: Verkaufs- modell
	wenige	Beschränktes Monopson: Vorteil für die Leistungserbringer	Bilaterales Oligopol Gleich stark: Selektives Vertragsmodell	Oligopol Vorteile für die Krankenkassen: Wettbewerbliche Einkäufer
	viele	Monopson Vorteile für die Krankenkassen: Einkaufsmodell	Oligopson Vorteil für die Kassen	Polypol Gleich stark: Marktmodell

Quelle: Neubauer (2002 a)

Die Bestimmung der Marktmacht spielt im Zusammenhang mit den Schiedsverfahren eine wichtige Rolle, da sich zum einen die Frage stellt, ob die Marktmacht einzelner Akteure Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Anrufung der Schiedsstellen oder auf das Ergebnis der Schiedsverfahren hat. Man sollte aber auch der Frage nachgehen, ob umgekehrt die Schiedsstellen Einfluss auf die Marktmacht der Akteure in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ausüben. In diesem Fall könnten Schiedsstellen und Schiedsämter auch angerufen

184 Siehe hierzu auch Abschnitt 2.4 .

185 Punktwerte sind relative Gewichte, mit denen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und BEMA in Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung) gewichtet werden, um die relativen Entgelte festzulegen. (siehe Abschnitt 2.5.5.1.; zur Festlegung siehe Abschnitt 3.6.2.)

186 Neubauer, G. (2002 a)

werden um Unterschiede in der Markt und Verhandlungsmacht zwischen den Verhandlungspartnern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu kompensieren.

Um die Markt- und Verhandlungsmacht im Gesundheitswesen zu quantifizieren, gibt es verschiedene Methoden:

Eine Methode ist die die Messung der Kreuzpreiselastizitäten bei Veränderung der Preise der Konkurrenz.¹⁸⁷ Bei dieser Messmethode wird die Marktmacht dadurch definiert, dass ein Anbieter durch seine Preissetzung in der Lage ist, die Preispolitik seiner Konkurrenten zu beeinflussen.¹⁸⁸ Diese Methode ist durch die institutionellen Gegebenheiten im Gesundheitswesen nur schwer anzuwenden, da es in vielen Versorgungsbereichen keine Möglichkeit zum Vergleich der Entgelte gibt. So sind die Anbieter von Gesundheitsleistungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu Kollektivmonopolen in Form einer Zwangsmitgliedschaft in Verbänden organisiert. Diese Kollektivmonopole treten nach außen als eine Einheit auf, auch wenn im Innenverhältnis Konkurrenz beziehungsweise konkurrenzähnliche Beziehungen bestehen.¹⁸⁹ Kollektivmonopole sind den Individualmonopolen gleichzustellen.¹⁹⁰

Aber auch die starke institutionelle Trennung der Versorgungsbereiche behindert Reaktionen zwischen den Verhandlungen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens.¹⁹¹ Somit eignen sich die Methoden zur Messung der Monopolmacht eher zur Beschreibung der Verhandlungsstärke von Leistungserbringern und Krankenkassen.¹⁹² Durch die Marktmacht wird in diesem Fall die Aufteilung der Marktrente zwischen den Verhandlungspartnern bestimmt.

Nach Herder-Dorneich wird die Verhandlungsmacht zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch folgende Merkmale bestimmt:¹⁹³

- Die Kontrolldichte, welche in Zwangsverbänden grösser ist als in freiwilligen Zusammenschlüssen.¹⁹⁴
- Die absolute Mitgliederzahl und der relative Organisationsgrad.
- Die Finanzkraft der Verbände.

187 Tirole, J. (1999), S. 450.

188 Ott, A.E. (1959), S. 63 ff.

189 Ott, A.E. (1959), S. 20.

190 Ott, A.E. (1959), S. 21.

191 Siehe Abschnitt 2.5.5.3.

192 Hierbei wird die Marktmacht dadurch gemessen, inwieweit ein Wirtschaftssubjekt in der Lage ist, andere Wirtschaftssubjekte dazu zu zwingen eine Monopolrente zu zahlen.(Lerner, A. P. (1933/34), S. 225.) Die potentielle Monopolmacht hängt nach Lerner vom sogenannten Monopolgrad ab, welcher dem Reziproken der Preiselastizität der Nachfrage nach den Gütern eines Anbieters entspricht aber auch durch die Substituierbarkeit der Leistungen dieses Anbieters durch Leistungen anderer Anbieter.(Lerner, A. P. (1933/34), S. 238.)

193 Herder-Dorneich Ph. (1966), S. 203 f.

194 Groser, M. (1989), S. 246.

- Rechtliche Privilegien und Handikaps wie zum Beispiel Zwangsmitgliedschaft und Streikverbot.
- Faktische Aktionsmittel.¹⁹⁵
- Unterstützung durch Dritte, insbesondere Presse, Politiker und Gewerkschaften.
- Verhalten der Funktionäre.

Weiterhin werden in diesem Zusammenhang auch die personelle Besetzung der Verhandlungskommissionen, die Verhandlungsebene, und das Interesse der Öffentlichkeit an den Verhandlungsergebnissen als Determinanten der Verhandlungsmacht genannt.¹⁹⁶ Auch die personelle Besetzung der Schiedsstellen kann unter die Verteilung der Verhandlungsmacht in der Gemeinsamen Selbstverwaltung beeinflussen.

Eine weitere Determinante des Verhandlungsverhaltens ist die Frage, inwieweit die Verhandlungspartner aufeinander angewiesen sind.¹⁹⁷ Hieraus kann man die im Gesundheitswesen gut anwendbare Methode der Messung der Marktanteile ableiten. Diese kann zum Beispiel durch die Feststellung erfolgen, welchen Anteil die Einnahmen durch Patienten einer Krankenkasse an den Gesamteinnahmen eines Leistungserbringers haben. Je höher dieser ist, umso stärker ist der betroffene Leistungserbringer von Einnahmen von Patienten dieser Krankenkasse abhängig.¹⁹⁸ Somit steigt mit der persönlichen Betroffenheit der Leistungserbringer vom Verhandlungsergebnis die Verhandlungsmacht dieser Krankenkasse.¹⁹⁹ Umgekehrt kann zum Beispiel ein Krankenhaus in einer ländlichen Gegend ein örtliches Monopol besitzen, wodurch alle Krankenkassen, welche in dieser Region ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 1 SGB V nachkommen müssen, auf dieses Krankenhaus als Vertragspartner angewiesen sind.

Mit der Marktmacht oft eng verknüpft ist die Informationsmacht. Sie besteht darin, dass die Verhandlungspartner Informationen über den Verhandlungsgegenstand besitzen, über die nur sie verfügen. Dieses Phänomen wird auch asymmetrische Informationsverteilung genannt.

In Abschnitt 5.4 wird gezeigt, dass schon die Schiedsstellen im Weg ihrer Entscheidungsfindung Einfluss auf die Informationsverteilung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung nimmt.

Der Zusammenhang zur Marktmacht besteht darin, dass man bei Verhandlungen mit mehreren vergleichbaren Verhandlungspartnern solche Informationen indirekt durch Vergleich der einzelnen Verhandlungsergebnisse gewinnen kann.

Als typisches Beispiel aus dem Gesundheitsbereich kann man hierfür die bis zur Einführung

195 Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S. H.; Winkler, A. (1988), S. 2

196 Smigielski, E. (1980), S. 32-124.

197 Richter, R.; Furubotn, E. G. (1999), S. 98 ff.

198 Knappe, E. (1985), S. 87.

199 Thiemeyer, T. (1988), S. 258.

der fallpauschalenbasierten Vergütung praktizierten Pflegesatzverhandlungen nach der Bundespflegesatzverordnung im Krankenhausbereich anführen in denen die Schiedsämter durch die Festlegung vergleichbarer Krankenhäuser durchaus Einfluss auf die Verhandlungsmacht innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung genommen hatten. Hier wurde anhand eines standardisierten Kalkulationsschemas über die Höhe der einzelnen Pflegesätze verhandelt.²⁰⁰ In diesem Bereich war der so genannte Krankenhausbetriebsvergleich als einheitlicher Maßstab vorhanden.²⁰¹ Mit der Umstellung der Vergütung auf DRG's²⁰² ist auch vorgesehen, die Vergütung der Krankenhäuser auf landeseinheitliche Basisfallwerte umzustellen, die durch Multiplikation mit bundeseinheitlichen diagnosebezogenen Relativgewichten die Entgelte bestimmen.²⁰³ Diese Daten werden anhand von Durchschnittskosten ermittelt. In einem solchen System werden die bisher im Krankenhausbetriebsvergleich gewonnenen Informationen für die krankenhaushausindividuellen Verhandlungen nicht mehr benötigt. Krankenhausindividuelle Besonderheiten gehen in einem solchen System zu Lasten oder zu Gunsten des einzelnen Krankenhauses,²⁰⁴ wodurch die Marktmacht der Financiers tendenziell gestärkt wird. Die nach altem Recht mögliche Anrufung von Schiedsämtern zur Feststellung vergleichbarer Krankenhäuser ist somit auch nicht mehr notwendig.

2.5.4 Transaktionskosten bei Verhandlungen und Schiedsstellen

2.5.4.1 Fortdauer der alten Verträge

Kommt zwischen den Vertragspartnern keine Einigung zustande, so muss innerhalb festgelegter Fristen eine Schiedsstelle angerufen werden. Diese hat innerhalb gesetzlich geregelter Fristen eine Entscheidung über den strittigen Sachverhalt herbeizuführen.²⁰⁵ Damit während dieses Zeitraumes die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten gesichert bleibt, ist vom Gesetzgeber festgelegt worden, dass die alten Verträge bis zum Wirksamwerden eines neuen Vertrages oder eines Schiedsstellenentscheides wirksam bleiben.²⁰⁶

Da die neuen Verträge bis auf wenige Ausnahmen nicht rückwirkend wirksam werden können, ruft das Weitergelten der alten Verträge, für die Verhandlungspartei, die den alten Vertrag gekündigt hat und die sich aus den neuen Vereinbarungen eine Verbesserung ihrer Position erwartet, zusätzliche Kosten hervor.²⁰⁷ Dagegen ist für den Verhandlungspartner, der durch einen neuen Vertrag oder einen entsprechenden Schiedsspruch eine Verschlechterung

200 Braun, G.E.; Schmutte, A.M. (1999), S. 727 ff.

201 Vgl. SGB V § 89.

202 Diagnosebezogene Fallgruppen.

203 Schmitz, H.; Platzköster, C. (2004), S. 25 ff.; Günster, Ch.; Mansky, T.; Repschläger, U. (2004), S. 44 ff.

204 Schmitz, H.; Platzköster, C. (2004), S. 38 f.

205 Die entsprechenden Vorschriften werden im Einzelnen bei der Beschreibung der Ausgestaltung des Schiedswesens im dritten Kapitel behandelt.

206 Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 747.

207 Zur allgemeinen Wirkung der mit der Verhandlungsdauer zusammenhängenden Kosten siehe: Gehendges, G. (2000); Mark, S. (1987); Cross, J.G. (1969).

seiner Position hinnehmen müsste, jeder Tag, an dem die alte Regelung weiter gilt, von Vorteil.²⁰⁸

2.5.4.2 Belastung der Akteure

Zu den Kosten und Nutzen aus der Fortdauer der alten Verträge kommt während der Verhandlungsphase die zusätzliche Belastung der Vertreter der einzelnen Verhandlungsparteien. Neben den Aufwendungen für die Durchführung der Verhandlungen müssen die Verhandellnden berücksichtigen,²⁰⁹ dass sie als Agenten in dieser Zeit unter der besonderen Beobachtung durch ihre Prinzipale²¹⁰ stehen. Dies gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem festgestellt wird, dass keine Vereinbarungen getroffen werden können und deshalb eine Schiedsstelle angerufen werden muss. Im Schiedsverfahren bestehen die Belastungen²¹¹ durch die Verhandlungsführung prinzipiell weiter. Die Belastung durch die Beobachtung durch die Prinzipale²¹² nimmt im Schiedsverfahren allerdings ab.

Die Mitglieder von Schiedsstellen verrichten ihre Arbeit ehrenamtlich.²¹³ Somit erhalten sie für die in diesen Gremien geleistete Arbeit kein Entgelt, sondern eine Aufwandsentschädigung. Die zeitliche Belastung der Schiedsstellenmitglieder hängt natürlich auch davon ab, für welchen Bereich die Schiedsstelle zuständig ist. Gibt es in ihrem Zuständigkeitsbereich nämlich nur eine Verhandlung pro Vertragsperiode, so wird die Belastung wesentlich geringer ausfallen, als wenn sie für eine Vielzahl parallel geführter Verhandlungen zuständig ist.

2.5.5 Analysen zum Verhalten der Verhandlungspartner

2.5.5.1 Preisbildung aus Sicht der Leistungserbringer im vertragsärztlichen Bereich – ein Gefangenendilemma?

Im vertragsärztlichen Bereich zahlen die gesetzlichen Krankenkassen an die Verbände der Leistungserbringer eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung. Diese Art der Vergütung hat wesentlichen Einfluss auf das Verhalten der Verhandlungsführer der Vertreter der Vertragsärzte in der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Insbesondere ihre Konzessionsbereitschaft gegenüber den Krankenkassen wird durch diese Honorierungsform stark eingeschränkt. Deshalb ist diese Vergütungsform auch eine wesentliche Ursache für die Notwendigkeit der Konfliktlösung über die Anrufung von Schiedsstellen. Die Problematik, die sich aus der Ge-

208 Mark, S. (1987).

209 Cross, J. G. (1965).

210 Die Prinzipale sind in diesem Fall auf Seiten der Krankenkassen die Mitgliedskassen in den Verbänden und auf Seiten der Leistungserbringer die Mitglieder der Verbände der Leistungserbringer.

211 Zu diesen Belastungen zählen der Zeitaufwand und eventuell die im bis zum Gültigwerden einer neuen Vereinbarung entstehenden Nutzenverluste durch das Weitergelten der Bestimmungen der noch geltenden Regelungen. Hierzu zählt auch die Unsicherheit über die Kalkulationsgrundlagen im folgenden Vertragszeitraum.

212 Die Prinzipale sind in diesem Fall die Mitglieder der Verbände der Leistungserbringer und die Mitglieder der Krankenkassenverbände.

213 SchiedsVO (2001).

samtvergütung mit befreiender Wirkung ergibt, wird sie an dieser Stelle genauer untersucht.

Ökonomisch bedeutet die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung, dass die Höhe der Ausgaben für die gesetzlichen Krankenversicherungen unabhängig von der Menge der erbrachten Dienstleistungen ist. Dies bedeutet, dass das Morbiditätsrisiko durch die befreiende Wirkung der Gesamtvergütung auf die Verbände der Leistungserbringer übertragen wird. Formal ausgedrückt heißt dies für die Krankenkassen:

$$\text{Gesamtvergütung} = \Sigma x * P = \text{konstant.} \quad \text{Gleichung 1}$$

Hierbei steht x für die Menge der erbrachten Leistungseinheiten und P für den Preis je Leistungseinheit. Eine Leistungseinheit ist dabei mit einem Bewertungspunkt gleichzusetzen.²¹⁴ Die Vergütung einer einzelnen Leistungseinheit, der so genannte Punktwert PW , berechnet sich daher wie folgt als Quotient aus Gesamtvergütung und der Gesamtmenge der abgerechneten Punkte x :

$$PW = \Sigma x * P / \Sigma x . \quad \text{Gleichung 2}$$

Die Vergütung V_i des einzelnen Leistungserbringers i ergibt sich aus der Anzahl der von diesem Leistungserbringer abgerechneten Punkte x_i mal dem Punktwert PW :

$$V_i = PW * \Sigma x_i . \quad \text{Gleichung 3}$$

Fasst man die Gleichungen 1 bis 3 zusammen, so erhält man als Formel für die Vergütung des einzelnen ambulanten Leistungserbringers folgenden Zusammenhang:

$$V_i = \Sigma x_i * (\Sigma x * P / \Sigma x), \quad \text{Gleichung 4}$$

wobei gilt: $x_i \in x$.

Es ist zu erkennen, dass eine positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der abgerechneten Leistungseinheiten und der Vergütung des Leistungserbringers besteht. Gleichzeitig führt jede zusätzliche Leistung zu einer Absenkung des Entgeltes je Leistungseinheit. Der letztere Effekt ist jedoch für den einzelnen Leistungserbringer so gering, dass er nicht entscheidungsrelevant ist. Außerdem müsste er hierzu auch wissen, was die anderen Leistungserbringer abrechnen. Vor diesem Hintergrund ist es für jeden Leistungserbringer bei Abrechnung seiner Leistungen nach Einzelleistungen die beste Strategie, eine höchstmögliche Anzahl an Leistungseinheiten abzurechnen.²¹⁵ Dieses auch als „Hamsterradeffekt“²¹⁶ bezeichnete Verhalten führt jedoch dazu, dass das Entgelt je erbrachter Leistungseinheit sinkt. Aus Sicht der Gruppe

214 Punktwerte sind relative Gewichte, mit denen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und BEMA in Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung) gewichtet werden, um die relativen Entgelte festzulegen.

215 Gries, T.; Langeleh, D. (2004), S. 297.

216 SVRG (2005), S. 91.

der Leistungserbringer ist dieses Verhalten nicht rational, da jeder Leistungserbringer eine gleich hohe Vergütung mit weniger abgerechneten Leistungseinheiten erreichen könnte. Trotzdem scheint diese Strategie gegenüber einer Abstimmung innerhalb der Leistungserbringer über die Anzahl der abrechenbaren Leistungen zu dominieren.²¹⁷ Dieser Fall, in welchem die insgesamt schlechteste Strategie aus individueller Sicht die optimale und damit dominierende ist, ist typisch für das Vorliegen eines Gefangenendilemmas aus Sicht der Spieltheorie. Eine Strategie gegen ein solches ineffizientes Verhalten der Einzelakteure ist möglich, wenn im Rahmen kontrollierbarer und sanktionierbarer Übereinkommen in den betroffenen Ärzte-Gruppen die Anzahl der abgerechneten Leistungen begrenzt werden kann. Da dies den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nicht gelingt, spricht ihnen der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auch wesentliche Merkmale eines Kartells ab.²¹⁸

In den Verhandlungen mit den Krankenkassen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung führt dieses Verhalten dazu, dass sich der Druck auf die Verhandlungsführer der Leistungserbringer erhöht, eine Anhebung der Gesamtvergütung durchzusetzen. Durch eine Erhöhung der Gesamtvergütung steigt ceteris paribus auch wieder der Punktwert je Leistungseinheit. Die sinkende Konzessionsbereitschaft von Seiten der Leistungserbringer führt wiederum zu einer Verringerung des Verhandlungsspielraumes in den Verhandlungen mit den Vertretern der Krankenkassenverbände. Dies senkt auch die Wahrscheinlichkeit einer Verhandlungslösung.²¹⁹ Somit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Schiedsstellen zur Festsetzung der Vereinbarungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung angerufen werden.

Hier zeigt sich, dass, wie in Kapitel 2.3 aufgeführt wurde, durch das Nebeneinander zwischen der Koordinierung der Akteure auf einzelwirtschaftlicher Ebene durch den Wettbewerb zwischen den Ärzten und der der Festlegung der Entgelte auf Verbandsebene ein Koordinierungsproblem in der Gemeinsamen Selbstverwaltung entsteht, welches zu einer verstärkten Anrufung von Schiedsstellen zur Konfliktlösung führt.

2.5.5.2 Konkurrenz der Versorgungsbereiche

Ein wesentliches Merkmal aller Gesundheitssysteme ist die auch in vielen anderen Lebensbereichen bestehende Knappheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen.²²⁰ Zum einen konkurriert der Gesundheitssektor ganz allgemein mit anderen Sektoren um die zur Verfügung stehenden Mittel. Zum anderen teilt sich der Gesundheitsbereich in verschiedene Versor-

217 Krauth, C.; Schwartz, F. W.; Perleth, M.; Buser, K.; Busse, R.; Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1997), S. 1 f.

218 SVRG (2005), S. 62, 91, 106.

219 SVRG (2005), S. 93 f.

220 SVRKAiG (1988).

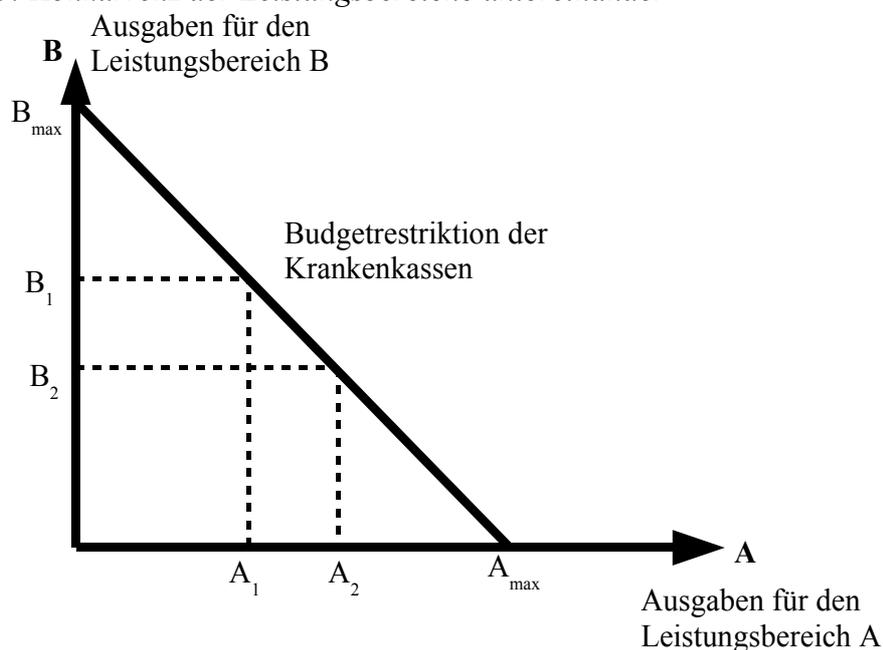
gungsbereiche auf, die um die insgesamt dem Gesundheitssektor zur Verfügung gestellten Mittel in Konkurrenz zueinander stehen.²²¹

Aus dieser Konkurrenzsituation ergeben sich wiederum Konflikte, welche zu einem Scheitern der Verhandlungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung und somit zum Anruf von Schiedsstellen führen, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden.

Die Entscheidung, welcher Anteil an volkswirtschaftlichen Ressourcen dem Gesundheitssektor zufließen, wird im Wesentlichen durch das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt.²²² Diese Mittel werden dann auf die verschiedenen Versorgungsbereiche verteilt. Die sich dabei ergebende Situation verdeutlicht Abbildung 6.

Hier wird ersichtlich, dass die Mittel, die im Gesundheitsbereich zur Verfügung stehen, vollständig auf die Leistungsbereiche aufgeteilt sind, ohne die Budgetrestriktion zu verletzen. Dementsprechend muss eine Ausgabenausweitung in einen Sektor des Gesundheitswesens durch entsprechende Ausgabenkürzungen in den anderen Leistungsbereichen kompensiert werden. Ist dies nicht möglich, so müssen die Einnahmen der Financiers ausgeweitet werden.²²³ Dies entspricht im Sinne der Abbildung 6 einer Verschiebung der Budgetgerade nach außen.²²⁴

Abbildung 5: Konkurrenz der Leistungsbereiche untereinander



Quelle: Eigene Darstellung.

Ist eine Erhöhung der Einnahmen der Krankenkassen nicht möglich, so müssen Ausweitungen von Ausgaben in einem Leistungsbereich durch Einsparungen in den anderen Leistungsbereichen

221 SVRKAiG (1987).

222 Daneben fließen dem Gesundheitssektor noch Ressourcen aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Beamtenversorgung zu.

223 Kamke, K.; Stillfried, D. Graf v. (2004), S. 30 f.

224 Rychlik, R. (1999), S. 26 f.

chen kompensiert werden. Es muß jedoch davon ausgegangen werden, dass in den Verhandlungen die Vertreter der Leistungserbringer nicht bereit sein werden, auf Teile des bisher ausgehandelten Budgets zu verzichten. Hieraus kann man schlussfolgern, dass der Versuch des Umschichtens von Budgetanteilen zwischen den Versorgungsbereichen dazu führen wird, dass die Versorgungsbereiche, die Budgetanteile verlieren sollen, dies nicht in Verhandlungen tun werden. Auch hier ergibt sich ein Koordinierungsproblem zwischen den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung, welches von den Akteuren allein nicht gelöst werden kann.

In solchen Fällen ist damit zu rechnen, dass zur Konfliktlösung Schiedsstellen hinzugezogen werden müssen, wie es im folgenden Kapitel dargestellt wird. Im dritten Kapitel wird aber auch deutlich werden, dass es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung keine sektorübergreifenden Schiedsstellen gibt. Lediglich bei der Festlegung des Leistungskataloges für die Gesetzliche Krankenversicherung ist mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine schiedsstellenähnliche Institution vorgesehen.²²⁵

2.5.5.3 Strategien der Verbände von Leistungserbringern und Krankenkassen

Die Hauptaufgabe der Verbände in den Verhandlungen besteht darin, die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder zu vertreten. Dementsprechend werden die Verbände der Leistungserbringer versuchen, die Einnahmen ihrer Mitglieder zu maximieren.²²⁶ Ein weiteres Ziel ist das Erhalten des Status der freien Berufe im Gesundheitswesen.²²⁷

Die folgenden Analysen zeigen, unter welchen Bedingungen es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu einer freiwilligen Einigung zwischen den Akteuren kommt. Hierbei wird sich aber auch zeigen, dass sich aus den Strategien der Verbände von Leistungserbringern und Krankenkassen Situationen ergeben können, in denen es nicht zu einer freiwilligen Einigung zwischen den Verhandlungspartnern kommt und somit die Koordination der Akteure über eine dritte Stelle geregelt werden muss. Die Koordinierungsfunktion nehmen auch in diesem Fall die Schiedsstellen wahr.

Die folgenden Ausführungen gehen davon aus, dass sich die Verhandlungspartner so verhalten, wie es in Abschnitt 2.5.2 beschrieben wurde.

Die Strategien der Krankenkassenverbände hängen davon ab, ob in den jeweiligen Verhandlungen für alle Kassenarten einheitlich und gemeinsam oder für die einzelnen Verbände getrennt verhandelt wird. Im ersten Fall wird der kleinste gemeinsame Nenner aller Kassen dar-

225 Siehe hierzu Abschnitt 3.6.1.

226 Mark, S. (1987), S. 111 ff.

227 Lang, H. (2001).

in bestehen, die gesetzlich vorgeschriebene Beitragssatzstabilität zu erhalten.²²⁸ Im Fall getrennter Verhandlungen werden die Vertreter der Kassenverbände daneben auch darauf achten, ob andere Verbände günstigere Konditionen bei den Leistungserbringern erreicht haben. Ist dies der Fall, so kann es von Seiten der Kassen als diskriminierendes Monopolverhalten der Leistungserbringer interpretiert werden. In einem solchem Fall wird das Ziel der Verhandlung sicher auch darin bestehen, derartige Diskriminierungen abzubauen.²²⁹

Ein generelles Problem der Vertreter der Krankenkassen besteht darin, dass sie in engem zeitlichen Zusammenhang mit verschiedenen Leistungserbringern verhandeln. In der Summe dürfen hierbei die Zunahmen der vereinbarten Vergütungen nicht über die Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hinausgehen.²³⁰ Wird diese Bedingung verletzt, müssen die Beitragssätze erhöht werden. Aus dieser Prämisse lässt sich eine allgemeine Entscheidungsregel der Krankenkassenverbände über die Verhandlungsvorschläge der Leistungsanbieter ableiten. Diese lautet:

Stimme zu, wenn $\Delta \text{ Vergütung} \leq \Delta \text{ Grundlohnsumme}$.

Wird diese Entscheidungsregel in allen Verhandlungen eingehalten, so kann auch insgesamt das Gesamtvolumen der Vergütungen das Gesamtvolumen der Beiträge nicht überschreiten.

Wird diese Entscheidungsregel nicht eingehalten, so kommt es nicht zu einer freiwilligen Vereinbarung zwischen den Verhandlungspartnern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung. In diesem Fall muss die Lösung über ein Schiedsverfahren gesucht werden.

Das vorgeführte Problem macht sich besonders dann bemerkbar, wenn durch die Krankenkassen eine Umschichtung der Ressourcen von einem Bereich der Leistungserbringung zu einem anderen beabsichtigt wird. Derartige Veränderungen der Ausgabenstrukturen sind durch den medizinisch-technischen Fortschritt im Rahmen von Prozessinnovationen²³¹ durchaus regelmäßig zu erwarten.²³² Hierbei wird sich wahrscheinlich in der Zukunft die Frage

228 Rychlik, R. (1999), S. 55.

229 Vgl. hierzu Abschnitt 4.3.6. und 2.5.5.4.

230 Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen wird auch als Grundlohnsumme bezeichnet. Hierbei handelt es sich um das beitragspflichtige Arbeitsentgelt, aus dem die Beiträge zur Krankenversicherung errechnet werden. Das Beitragsaufkommen aus der Grundlohnsumme ist die Haupteinnahmequelle einer Krankenkasse. Die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes als Referenzgröße für die Fortschreibung der einzelnen Budgetierungen herangezogen. Nach der Gesundheitsreform 2000 gilt die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen als Orientierungsgröße. (Lexikon Gesundheitspolitik unter www.facharzt.de (Juni 2005))

231 Siehe Abschnitt 2.5.6.

232 Als Beispiel kann man hier die Entwicklung im Bereich der minimalinvasiven Chirurgie anführen. Durch diese neuen Operationsmethoden ist es möglich geworden, Eingriffe, die vorher einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt erforderten, ambulant durchzuführen. Durch diese tageschirurgischen Behandlungen lassen sich nach Neubauer etwa vier bis acht Milliarden Euro jährlich einsparen. (Schmidt, K. (2004), S. 3.) So ist aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes damit zu rechnen, dass die Kapazitäten in den Krankenhäusern für die stationäre Behandlung rückläufig sein werden. Aus diesem Grund ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser sich auch im Bereich der ambulanten Versorgung etablieren wollen. (Lüngen, M.; Lauterbach, K. W. (2004e), S. 179 f.)

stellen, nach welchen Kriterien Leistungen in den einzelnen Versorgungsbereichen entgolten werden.²³³

Die sich aus einer solchen Ausgangslage ergebende Verhandlungsstrategie der Krankenkassenverbände lässt sich anhand von Abbildung 6 erläutern. In ihr ist eine Transformationskurve für zwei Bereiche im Gesundheitswesen dargestellt. Im zweiten und vierten Quadranten sind die Produktionsfunktionen der zwei Leistungsbereiche abgebildet. Es ist hierbei darauf hinzuweisen, dass die Darstellung des Outputs als abhängige Größe des monetären und nicht des physischen Inputs an Ressourcen erfolgt. Der dritte Quadrant zeigt die durch die Beitragssumme determinierte Budgetbeschränkung der Krankenkassen. Unter der Annahme, dass die Krankenkassen diese Beitragssumme jeweils vollständig auf die beiden Leistungsbereiche aufteilen, erhält man im ersten Quadranten eine Transformationskurve. Gleichzeitig sind im ersten Quadranten Indifferenzkurven eingezeichnet, die in dieser Abbildung verschiedene Nutzenniveaus, in diesem Fall auch gleichzusetzen mit medizinischen Versorgungsniveaus, darstellen. Alle Punkte auf einer Indifferenzkurve stellen ein gleichwertiges Versorgungsniveau dar.

Die Krankenkassenverbände verfolgen das Ziel, mit den durch die Beitragssumme begrenzten Mitteln durch eine optimale Aufteilung auf die verschiedenen Leistungsbereiche ein höchstmögliches Versorgungsniveau zu erreichen.²³⁴ Dies ist der Fall, wenn die Transformationskurve eine dieser Indifferenzkurven gerade noch tangiert, wie in der Abbildung 6 im Punkt *A*, der hier auch Ausgangspunkt der Betrachtungen sein soll. Der technische Fortschritt²³⁵ in einem der Leistungsbereiche wird durch die Verschiebung der Produktionsfunktion im vierten Quadranten nach oben dargestellt. Hierdurch ergibt sich auch eine neue Transformationskurve und eine neue optimale Mittelaufteilung der Krankenkassenverbände. Diese werden sie in den Verhandlungen auch zu erreichen versuchen.²³⁶ Des kann bedeuten. Dass ein Leistungsbereich im Rahmen dieser Umschichtungen Ressourcen und damit Einkommen für die Mitglieder dieses Leistungsbereiches abgeben muß. Es ist aufgrund der Einkommensziele der Vertreter dieses Bereiches nicht damit zu rechnen, dass eine derartige Umschichtung nicht ohne die Anrufung einer Schiedsstelle in mindesten einem Leistungsbereich vorgenom-

233 Von der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird deshalb gefordert, dass die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung in Zukunft durchbrochen wird und es zu einem Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern kommt. DKG e.V. (2003), S. 15 f.; Als mögliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser werden die Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung insbesondere unter Berücksichtigung der Liegezeitverkürzung genannt. (Neubauer, G. (2003 a); vgl. auch Böckenhoff, N. (2002).) Weitere Erlösmöglichkeiten werden in der Beteiligung an integrierten Versorgungsformen und an Disease-Management-Programmen gesehen. In diesen Bereichen wird die Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und geeigneten Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. (DKG e.V. (2003), S. 16 f., S. 22 .)

234 Mark, S. (1987).

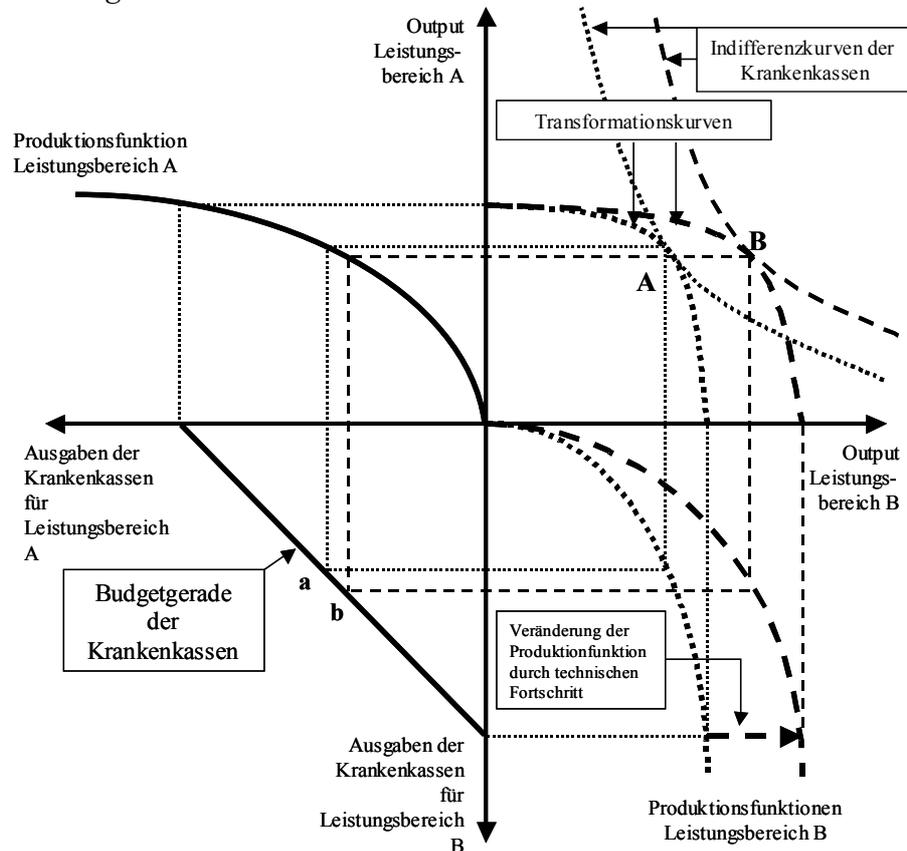
235 Zum medizinisch-technischen Fortschritt vgl. Abschnitt 2.5.6.

236 Vgl. hierzu auch Abschnitt 2.5.4.1.

men werden kann.

Eine weitere Determinante des Verhandlungsverhaltens der Krankenkassenverbände ist die Entwicklung der Beitragseinnahmen.²³⁷ So ergibt sich durch eine Erhöhung derselben eine Verschiebung der Budgetgerade nach außen. Hierdurch kann c.p. ein höheres Versorgungsni-

Abbildung 6: Strategie der Krankenkassen bei medizinisch-technischen Fortschritt



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2004 f).

veau erreicht werden.

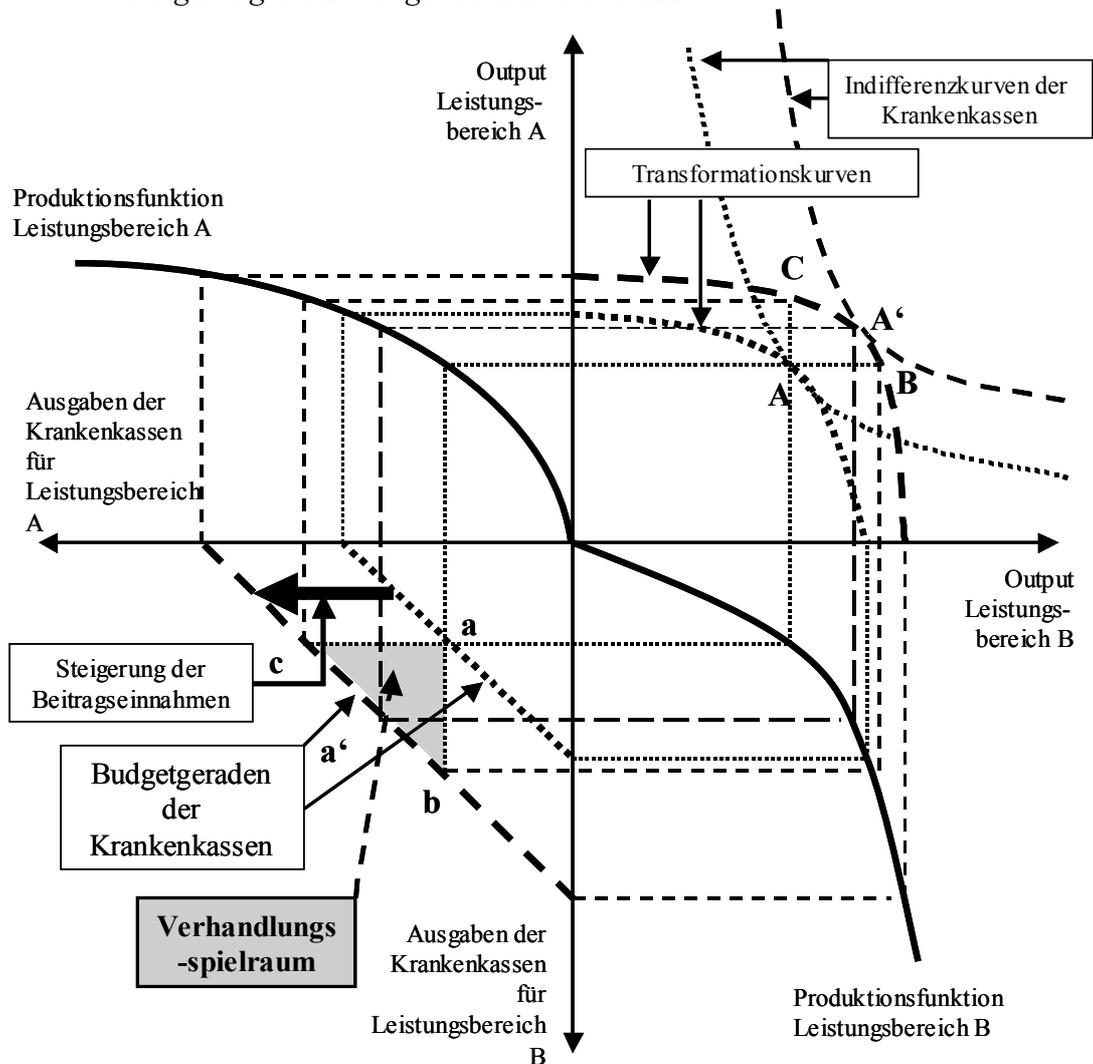
In Abbildung 7 wird deutlich, dass hierbei ein Verhandlungsspielraum entsteht. Dieser wird durch die Ausgangssituation im den Punkten *a* und *A* und den Punkten *c* und *C* sowie *b* und *B* eingegrenzt. Innerhalb dieses Raumes können Vereinbarungen abgeschlossen werden, ohne dass einer der Beteiligten einen Nutzenverlust hinnehmen muss. In der Punktkombination *c* und *C* fließen die zusätzlichen Beitragseinnahmen vollständig in den Leistungsbereich A und die Produktion in diesem Leistungsbereich wird auf den Wert *C* erhöht. Der Output in Bereich B bleibt konstant. Werden dagegen die zusätzlichen Beitragseinnahmen vollständig zum Leistungsbereich B geleitet, wie dies in Punkt *b* der Fall ist, so erhöht sich der Output auf den Wert *B*. Jetzt bleibt der Output in Bereich A konstant.

Alle Aufteilungen der zusätzlichen Beiträge zwischen den Punkten *b* und *c* verbessern die Situation mindestens eines Leistungsbereiches, ohne den anderen zu verschlechtern. Gleichzei-

237 Vgl. hierzu Abschnitt 2.5.7.

tig wird die Budgetrestriktion der Krankenkassen eingehalten. Demnach erhält man zwischen den Punkten a , b und c einen Verhandlungsspielraum. Für die Krankenkassen wird dabei das Ziel sein, den Punkt a' zu erreichen, da sie an diesem Punkt das aus ihrer Sicht höchste Nutzenniveau im Punkt A' auf der Transformationskurve erhalten.

Abbildung 7: Verschiebung der Transformationskurve im Gesundheitsbereich durch Steigerung der Beitragseinnahmen der GKV



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2004 f).

In diesem Fall kann eine Verhandlungslösung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch ohne Mitwirkung einer Schiedsstelle erreicht werden.

Die Vertreter der Leistungserbringer werden ihre Verhandlungsziele von den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen der durch sie vertretenen Leistungserbringer ableiten.²³⁸ Für die Erstellung der Gesundheitsdienstleistung müssen diese an den Faktormärkten Produktionsfaktoren einkaufen und diese auch zu den herrschenden Marktpreisen entlohnen. Um die betriebliche Existenz zu sichern, müssen die Erlöse aus der Leistungserbringung diese Faktor-

238 Rychlik, R. (1999), S. 54; Gries, T.; Langeleh, D. (2004).

kosten zumindest decken. Steigen diese Faktorkosten zum Beispiel durch eine Lohnerhöhung an, so bedeutet dies, dass c.p. für eine medizinische Dienstleistung ein höherer (zu Marktpreisen bewerteter) Ressourceneinsatz nötig ist. Für die Darstellung in Abbildung 7 bedeutet das einen flacheren Anstieg der Produktionsfunktion. Wünschen sich die Krankenkassenverbände ein gleichbleibendes Leistungsangebot, so werden die Vertreter der Leistungserbringer auf eine entsprechende Erhöhung der zugeteilten finanziellen Ressourcen bestehen müssen. Hieraus lässt sich die Zustimmungsregel für die Vorschläge der Kassenseite für die Vertreter der Leistungserbringer ableiten:

Stimme zu, wenn $\Delta \text{ Vergütung} \leq \Delta \text{ Kosten}$.

Auch hier gilt: Wird diese Entscheidungsregel nicht eingehalten, so kommt es nicht zu einer freiwilligen Vereinbarung zwischen den Verhandlungspartnern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung. In diesem Fall muss die Lösung über ein Schiedsverfahren gesucht werden.

Fasst man diese Aussagen in der Abbildung zusammen, so lässt sich erkennen, dass eine freiwillige Verhandlungslösung nur unter folgenden Bedingungen zustande kommt:

- Die Budgetrestriktion der Krankenkassen wird nicht verletzt.
- In jedem Leistungsbereich decken die jeweils zusätzlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen die bei der Erstellung der Leistungen zusätzlich anfallenden Kosten.
- Das Verhandlungsergebnis erreicht ein von dritter Seite vorgegebenes medizinisches Versorgungsniveau.

Ist eine dieser Bedingungen nicht erfüllt, kommt es zu keiner freiwilligen Verhandlungslösung zwischen den Krankenkassenverbänden und den Vertretern der Leistungserbringer.

Da jedoch ein vertragsfreier Zustand nicht vorgesehen ist, muss für diesen Fall eine Lösung auf anderem Wege erreicht werden. Eine Möglichkeit hierfür stellt die ersatzweise Festlegung einer Lösung durch Dritte dar. Diese geschieht in der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Schiedsstellen und -ämter.

2.5.5.4 Folgen des Risikostrukturausgleichs für die Strategie der Krankenkassen

Die Auswertung der vom Verfasser beobachteten Schiedsverfahren²³⁹ zeigt, dass seit Einführung des solidarischen Wettbewerbes und der damit verbundenen Einführung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen die historisch entstandenen Entgeltunterschiede zwischen den einzelnen Kassenarten zu einem Streitpunkt geworden sind, welcher regelmäßig zur Anrufung der Schiedsstellen führt.²⁴⁰

239 Siehe Abschnitt 4.4.

240 SVRG (2005), S. 94.

Um die Veränderung der Strategie der Krankenkassen durch Einführung des Risikostrukturausgleiches zwischen den Krankenkassen zu analysieren, sollen hier als erstes die wesentlichen Grundannahmen dargestellt werden:

- Die Krankenkassen handeln als Gruppe mit den regionalen Monopolverbänden der Vertrags(zahn)ärzte einheitliche Konditionen aus. Diese Gruppe kann entweder alle Krankenkassen oder Teilmengen von ihnen umfassen,²⁴¹ da der Gesetzgeber den Verbänden der Kassenarten autonomes Vertragsrecht zugesteht.
- Der Leistungsumfang ist für alle Versicherten in der Form genormt, dass die Art der Leistungen, welche durch die gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten zur Verfügung gehalten werden müssen, für alle Krankenkassen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.²⁴²
- Die Krankenkassen haben seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) die Möglichkeit, die Art der Leistungserbringung im Rahmen der neuen Versorgungsformen²⁴³ zu differenzieren.
- Der Wettbewerb um die Versicherten findet hauptsächlich über Beitragssätze und weniger über Differenzierung im Leistungsangebot statt.²⁴⁴ Hier kann bislang nur eine Differenzierung über Service-Leistungen stattfinden.

Unter diesen Voraussetzungen verfolgen die Krankenkassen als Organisationen neben den durch den Gesetzgeber vorgegebenen sozialpolitischen Zielen auch eigene Ziele wie die Sicherung des Kassenfortbestandes, das Erhöhen oder Halten der Kassengröße sowie das Senken oder Halten des Beitragssatzes.²⁴⁵ Sozialpolitische Ziele der Gesetzgebung sind vor allem die Sicherung eines diskriminierungsfreien Zuganges zur Gesundheitsversorgung, aber auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.²⁴⁶

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen findet seit 1996 unter der Voraussetzung eines Risikostrukturausgleichs statt. Der Beitragssatz hängt im Wesentlichen von der Finanzkraft der Mitglieder einer Krankenkasse, gemessen am beitragspflichtigen Arbeitseinkommen (Grundlohnsumme)²⁴⁷ und dem Beitragssatzbedarf gemessen an den Leistungsausgaben, die mit den Beitragseinnahmen gedeckt werden müssen.²⁴⁸

Das Bemühen der Krankenkassen um so genannte gute Risiken soll durch den Risikostrukturausgleich vermieden werden.²⁴⁹ Deshalb wurde auch schon vor seiner Einführung untersucht, welche Faktoren dem Kasseneinfluss unterworfen sind.²⁵⁰ Die Grundlohnsumme, welche die wichtigste Einflussgröße in Bezug auf die Finanzkraft ist, lässt sich teilweise durch die Kran-

241 Schönbach, K.-H. (2001), S. 10.

242 Greß, S. (2002), S.493.

243 Siehe Abschnitt 3.5.3.

244 Weller, M. (2002), S. 40; Schwarze, J.; Andersen, H. H. (2001). S. 17 f.;Wendt, C. (2003), S. 295 f.;Kritisch hierzu: Becker, K.; Zweifel, P. (2004), S. 15 f.

245 Haenecke, H. (2001), S. 33.

246 Haenecke, H. (2001), S. 28 f.

247 Siehe Abschnitt 2.5.5.3.

248 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 32 ff.

249 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 31.;Wüstrich, T. (1994), S. 115 f.

250 Wüstrich, T. (1994).

kenkassen beeinflussen. So können sich die Krankenkassen gezielt um Versicherte bemühen, die über ein hohes Einkommen verfügen.²⁵¹

Kennt man die Risikostrukturmerkmale, so ist immer noch nicht die Frage geklärt, nach welchem Verfahren es zu einem Ausgleich kommen soll. Jedes Modell mit Risikostrukturausgleich muss zwei Fragen klären, nämlich:²⁵²

- (1) Welche sind die Risikostrukturmerkmale, die ausgeglichen werden sollen?
- (2) Wie sollen diese Risikostrukturmerkmale ausgeglichen werden?

In Deutschland findet der Risikostrukturausgleich seit 1996 für die Merkmale Arbeitseinkommen und Alter sowie Familienangehörige, Geschlecht, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit statt. Für diese vier Merkmale wird der Ausgleich so durchgeführt, dass lediglich der durchschnittliche Aufwand aller Kassen je Risiko ausgeglichen wird, unabhängig von den aktuellen Kosten der einzelnen Kassen.²⁵³

Diese Kosten sind auch nur teilweise von den Krankenkassen zu beeinflussen. So liegt es auf der Hand, dass die Morbidität der Versicherten selbst von der einzelnen Kasse wenig beeinflussbar ist, wenn man auch durch Aufklärung, Früherkennung und Prävention von Seiten der Kasse auf die Morbidität der Versicherten Einfluss nehmen kann.²⁵⁴ Neben diesen Maßnahmen, die nur indirekt über die Beeinflussung der Eintrittswahrscheinlichkeiten von Krankheiten auf die Leistungsausgaben wirken, können die Krankenkassen aber über die Festsetzung der Leistungsentgelte für die Behandlung der Erkrankten auch direkten Einfluss auf die Leistungsausgaben nehmen.²⁵⁵

Für die Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung und somit auch auf die Schiedsstellen hat der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen folgende Auswirkungen:

Die Zielstellung der Verhandlungsführer der Krankenkassenverbände ändert sich insofern, als sie in Anbetracht der Untersuchungsergebnisse über die Determinanten des Wechsels von Mitgliedern der Krankenkassen weniger über differenzierte Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer²⁵⁶ Vorteile für ihre Mitgliedschaften im Wettbewerb um Mitglieder zu erreichen versuchen. Vielmehr wird man sich darauf konzentrieren, das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Versorgungsniveau mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen.²⁵⁷ Die Nutzung der Möglichkeiten der Differenzierung in der Art der Leistungserstel-

251 Weller, M. (2002), S. 40 .

252 Wüstrich, T. (1994), S. 119 ff.

253 Vgl. SGB V § 266.

254 Haenecke, H.; Müller, F.; Nederegger, G.; Thiäner, M. (2001), S. 113 f.

255 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 43 ff.

256 z.B den Abschluss von Strukturverträgen nach SGB V § 73 a oder. Die Nutzung der Möglichkeiten von Integrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen und Hausarztmodellen.

257 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 45.

lung findet dagegen auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen statt.²⁵⁸

Der Risikostrukturausgleich bewirkt, dass insbesondere Krankenkassenverbände mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem auf eine Verringerung der Leistungsausgaben drängen, da ihren Mitgliedskassen nur die durchschnittlichen Ausgaben aller Krankenkassen als Maßstab für ihren Finanzbedarf angerechnet wird.

Diese Veränderungen des Verhandlungsverhaltens der Krankenkassenvertreter führt zu einer Verringerung der Konzessionsbereitschaft der „Zahlerkassen“ gegenüber den Vertretern der Leistungserbringer.²⁵⁹ Hierdurch wird der Verhandlungsspielraum kleiner. Im Endeffekt wird die Wahrscheinlichkeit steigen, dass die Vereinbarungen zwischen den Verbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern durch Schiedsverfahren festgelegt werden müssen.

Auch hier zeigt sich wieder, dass, wie in Kapitel 2.3 aufgeführt wurde, durch das Nebeneinander der Koordinierung der Akteure auf Ebene der Krankenkassen durch den Wettbewerb um Mitglieder und den Verhandlungen auf Verbandsebene in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, ein Koordinierungsproblem entsteht, welches zu einer verstärkten Anrufung von Schiedsstellen zur Konfliktlösung führt.

2.5.5.5 Drohpotentiale und Exit-Optionen der Leistungserbringer und ihre Glaubwürdigkeit

Aus den Ausführungen der vorhergehenden Abschnitte wird deutlich, dass zwischen den Zielsetzungen der Krankenkassen und denen der Leistungserbringer starke Unterschiede bestehen.²⁶⁰ Gleichzeitig ist durch den Gesetzgeber eine Marktform herbeigeführt worden, die in den meisten Versorgungsbereichen als bilaterales Monopol charakterisiert werden kann. Eine vergleichbare Verhandlungslage findet man in Deutschland nur noch im Bereich der Tarifverhandlungen auf dem Arbeitsmarkt.²⁶¹ Bei dieser Analogie stellt sich natürlich auch die Frage, ob sich die Verhandlungsteilnehmer analog zu Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden verhalten können. Hierbei richtet sich das Augenmerk insbesondere auf die Drohpotentiale der Verhandlungsparteien und die Frage, ob diese einen Einfluss auf die Verhandlungsergebnisse und Schiedssprüche in der Gemeinsamen Selbstverwaltung haben.

Auch die Ankündigung einer Verhandlungspartei, notfalls den Weg zum Schiedsamt zu beschreiten, sieht unter anderem Groser als wirksames Drohpotential.²⁶²

Im Bereich der Lohnverhandlungen sind dies auf Seite der Gewerkschaften vor allem die

258 Siehe Abschnitt 3.5.3.

259 SVRG (2005), S. 93.

260 Gries, T.; Langeleh, D. (2004), S. 300 f.; Herder-Dorneich, Ph. (1993), 737 f.

261 Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 734 ff.

262 Groser, M. (1989), S. 147 f.

Möglichkeit des Streikes und auf Seite der Arbeitgeberverbände das Mittel der Aussper-
rung.²⁶³ Im Bereich der Gesundheitsversorgung sind Leistungsverweigerungen seitens der
Vertragsärzte oder der Krankenhäuser gesetzlich verboten.²⁶⁴ Geht aufgrund eines abgestimm-
ten Verfahrens der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen über,²⁶⁵ so darf mit diesen
(ehemaligen) Vertragsärzten auch kein Vertrag nach § 72a Abs. 3 Satz 1 abgeschlossen
werden.²⁶⁶ In Anbetracht dessen, dass etwa 90 Prozent aller Patienten bei den Gesetzlichen
Krankenversicherungen versichert sind, ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Arzt dieses
wirtschaftliche Risiko eingeht.

Die in einem solchen Fall entstehende Marktstruktur entspräche dem Einkaufsmodell, in wel-
chem den Krankenkassen zusätzlich die Optionen eingeräumt sind, mit ausländischen Leis-
tungserbringern Verträge zur Versorgung der Versicherten abzuschliessen als auch Eigenein-
richtungen gemäß SGBV § 140 Abs. 2 einzurichten.²⁶⁷

Diese Überlegungen zeigen, dass zumindest im vertragsärztlichen Bereich so genannte
„Ärztestreiks“ äußerst unwahrscheinlich sind, da die darauf folgenden Sanktionen für die be-
teiligten Ärzte eine ernst zu nehmende wirtschaftliche Bedrohung darstellen. So ist es im Juli
2004 zum ersten Mal vorgekommen, dass in Deutschland die kieferorthopädische Versorgung
in Niedersachsen durch die Krankenkassen sichergestellt werden musste.²⁶⁸

Trotzdem ist nach Groser ein Einfluss der Drohung mit dem Mittel der massenweise Rück-
gabe der Kassenarztzulassung oder einer Abwandlung in Form eines Bummelstreiks nicht
ohne Rückwirkung auf das Verhalten der Verhandlungspartner innerhalb der Gemeinsamen
Selbstverwaltung.²⁶⁹

2.5.6 Medizintechnische und medizinisch-organisatorische Innovationen und ihre Auswirkungen auf die Verhandlungen

Der Bereich der medizinischen Versorgung ist einer der innovativsten Bereiche unserer heu-
tigen Gesellschaft. In den letzten hundert Jahren wurden immer mehr Krankheiten diagnosti-
zierbar und auch heilbar. Hierdurch wurden immer mehr Menschenleben gerettet und die
durchschnittliche Lebenserwartung signifikant erhöht.²⁷⁰

Gleichzeitig entsteht durch den medizinisch-technischen Fortschritt ein Koordinierungspro-

263 Herder-Dorneich, Ph. (1993), S. 743 ff.

264 SGB V § 95b.

265 SGB V § 72a Abs. 3 Satz 3.

266 SGB V § 95b.

267 SGB V § 72a Abs. 3 Satz 2. und SGB V § 140 Abs. 2 Satz 2; SGB V § 140 Abs. 1; SGB V § 140 Abs. 2 Satz 1.

268 Galas, E.; Andrés, J. (2004), S. 35.; Niedersächsischer Landtag (24.06.2004), S. 4075 ff; Gerhartz, K. (2005); Bethge, I. (2005).

269 Groser, M. (1989), S. 147.

270 Oberender, P.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2001), S. 132 f..

blem in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung, das immer häufiger nur im Wege der Schiedsverfahren gelöst werden kann.

In den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung stellt sich die Frage, ob alle Innovationen wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V sind.²⁷¹ Insbesondere die Vertreter der Krankenkassen legen hohe Anforderungen an neue Verfahren an. Die Vertreter der Leistungserbringer berufen sich dagegen auf § 2 Absatz 1 SGB V, wonach die Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und der medizinische Fortschritt zu berücksichtigen ist.

Da die Partner in der Gemeinsamen Selbstverwaltung diesen Interessenkonflikt oft nicht im Rahmen von Verhandlungen lösen können, haben die Schiedsstellen zwischen den beiden Argumentationen von Leistungserbringern und Krankenkassen abzuwägen und üben hierdurch auch indirekt Einfluss auf die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden aus. Aus diesen Grund ist es hier nützlich den medizinisch technischen Fortschritt etwas genauer zu betrachten.

Der medizinisch-technische Fortschritt findet über Innovationen statt. Diese lassen sich aus ökonomischer Sicht wie folgt einteilen:²⁷²

- **Prozessinnovationen:** diese erlauben es, ein gleichartiges Produkt mit geringerem Aufwand herzustellen. Im Gesundheitswesen sind dies zum Beispiel Analyseautomaten, die es erlauben, in der gleichen Zeit einen Patienten auf die doppelte Anzahl von Parametern zu untersuchen. Die Prozessinnovationen lassen sich wiederum in diagnostische und therapeutische Innovationen unterscheiden.²⁷³ Der diagnostische Fortschritt bedeutet, dass man die Ursachen für bisher nicht diagnostizierbare Krankheitsbilder erkennt. Hierdurch sind diese Krankheiten im Allgemeinen noch nicht heilbar. Aber dieser Fortschritt ist die Voraussetzung für die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten. Solche neuen Behandlungsverfahren sind oft auch an Produktinnovationen geknüpft. Im Allgemeinen führen Prozessinnovationen zu Kosteneinsparungen und werden unter Wettbewerbsbedingungen immer verwirklicht, wenn sie als Möglichkeit zur Kosteneinsparung erkannt werden.²⁷⁴
- **Produktinnovationen:** Diese erlauben es, ein Produkt mit neuen Eigenschaften oder neuer Kombination von Eigenschaften, zu in der Regel höheren Produktionskosten, zu erstellen. In diesen Bereich sind unter anderem neue Therapien einzuordnen, mit denen es möglich wird, bisher nicht behandelbare Krankheiten zu lindern oder zu heilen.²⁷⁵
- **Organisatorische Innovationen:** Diese stehen für die Möglichkeit, mit neuartigen Kombinationen von Produktionsprozessen oder Unternehmen Kostenvorteile zu erzielen. Hierzu kann man unter anderem die Bildung von Gruppenpraxen oder auch die so genannte integrierte Versorgung zählen.

Die Entwicklung der Medizin zeigt, dass der medizinische Fortschritt sich vor allem im Be-

271 Ueberle, M. (2003), S. 25.; Gäfgen, G. (1984a), S. 150.; SVRG (2005) S. 412 ff., S.422, S. 427f., S. 443ff.

272 Breyer, F.; Zweifel, P. (1999), S. 404.

273 Bantle, R. (1996), S.108.

274 Zweifel, P. (1984), S. 65.

275 Zweifel, P. (1984), S. 64.

reich der Produktinnovation bewegt. In der Vergangenheit wurde ein stetig wachsendes Spektrum an Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eröffnet. Diese Konzentration der medizintechnischen Forschung auf bisher unbekannte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten wird auch als Konzentration auf „Add on“-Technologien bezeichnet. Es ist von einer „Explosion des Machbaren“ die Rede.²⁷⁶ Dies führt jedoch nicht dazu, dass die bisher angewandten Behandlungs- und Diagnoseverfahren nicht mehr benötigt werden. Im deutschen Gesundheitswesen findet bislang keine Selektion des technischen Fortschritts nach dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit statt.²⁷⁷ Somit führt diese Art des medizinisch-technischen Fortschritts zum Ansteigen des Mittelbedarfs innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung und somit zur Verschärfung der Konkurrenzsituation um die vorhandenen Ressourcen.

Der technische Fortschritt hat dagegen bisher nur in beschränktem Umfang kostensenkende Prozessinnovationen hervorgebracht. Auch organisatorische Neuerungen waren bisher in der Minderzahl. Eine Untersuchung der Ursachen für diese Entwicklung findet sich bei Zweifel.²⁷⁸ Mittels einer Regressionsanalyse an Daten von Schweizer Ärzten wurde festgestellt, dass die Abrechnung innovativer Leistungen wesentlich von der Abrechenbarkeit gegenüber den Krankenkassen als auch von der Ausstattung der Praxis mit entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Gerätschaften abhängt.²⁷⁹

Kostensenkende Prozessinnovationen und organisatorische Erneuerungen können zu Verhandlungsspielräumen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung beitragen und somit die Koordinierung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch freiwillige Vereinbarungen erleichtern. Sie können aber, wie im Abschnitt 2.5.5 beschrieben wurde, auch zu einer Verschärfung der Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und somit zu einem Anstieg der Zahl der Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung führen.²⁸⁰

Von besonderer ökonomischer Bedeutung sind hierbei neue Behandlungsverfahren, welche zwar die Auswirkungen von Krankheiten mildern, aber keine Heilung des Patienten bewirken.²⁸¹ Hierdurch ist es möglich, das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern und seine Lebenserwartung zu erhöhen, jedoch benötigen diese Patienten oft eine ständige Behandlung über einen langen Zeitraum.²⁸² Dieselbe Wirkung haben neue Diagnoseverfahren, welche keine Konsequenzen für die weitere Behandlung von Patienten haben und aus rein defensivmedizinischen Überlegungen, das heißt aus dem Sicherheitsbedürfnis von Arzt und Patient

276 Oberender, P.; Fleischmann, J. (2002), S. 79.

277 Münnich, F. E. (1984), S. 34; Neubauer, G. (2000c), S. 170.

278 Zweifel, P. (1984).

279 Zweifel, P. (1984), S. 79 ff.

280 Beispiele für kostensparenden medizinisch-technischen Fortschritt lassen sich im Bereich der Prävention für die Einführung von Schutzimpfungen gegen früher sehr verbreitete Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Scharlach, Diphtherie, Polio oder auch Pocken finden. (Münnich, F. E. (1984), S. 27 f.)

281 SVRKAiG (1989), S. 70.

282 Münnich, F. E. (1984), S. 25 f.

heraus, veranlasst werden.²⁸³ Vor allem diese Verfahren werden von den Krankenkassen als nicht wirtschaftlich kritisiert und führen deshalb in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur Konfliktlösung über Schiedsstellen oder ähnliche Institutionen.

Insgesamt führt der medizinisch-technische Fortschritt dazu, dass die zunehmende Überlebensrate des Menschen mit einer Zunahme des Krankenstandes der Bevölkerung verbunden ist und somit von einer abnehmenden Grenzproduktivität von Diagnose und Therapie gesprochen werden kann.²⁸⁴

Für die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassenverbänden sind diese Entwicklungen insofern von Bedeutung, als diese neuen Verfahren einen zusätzlichen Mittelbedarf zu den schon vorhandenen Verfahren verursachen.²⁸⁵ Dieser zusätzliche Mittelbedarf löst wiederum Koordinierungsprobleme in der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus, die innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Schiedsverfahren gelöst werden müssen.

Wird die Anwendung von neuen Verfahren nicht von der GKV finanziert, so haben die Leistungserbringer auch keinen Anreiz, diese Verfahren anzuwenden.²⁸⁶ So kann der medizinisch-technische Fortschritt nur im Rahmen der in den medizinischen Forschungseinrichtungen zur Verfügung bestehenden ökonomischen Ressourcen realisiert werden.²⁸⁷ Die hieraus entstehenden Probleme für die Verhandlungen zwischen Vertretern der Leistungserbringer und Krankenkassenverbänden kann man erkennen, wenn man die Mehrausgaben berücksichtigt, welche durch den medizinischen Fortschritt verursacht werden. Hierbei entstehen für die Verhandlungsführer der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Fragen zur Disposition, welche neuen Behandlungsverfahren sollen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, in welchem Umfang soll dies geschehen und in welchen anderen Bereichen müssen Budgetanteile dafür gekürzt werden.²⁸⁸

Auch stellt sich sowohl für die Verhandlungsführer als auch für die Mitglieder von Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Frage, ob die Bedingungen nach SGB V § 71 erfüllt sind, wonach Beitragssatzerhöhungen erlaubt sind, da sich auch nach Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven sonst keine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung sicherstellen lässt. Die Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven bedeutet im Sinn der Abbildung 8 auch, dass die Möglichkeiten durch Umschichtung zwischen den Versorgungsbereichen sowie die Möglichkeiten der Pro-

283 SVRKAiG (1989), S. 69; Ueberle, M. (2003), S. 225.

284 Bantle, R. (1996), S. 122.

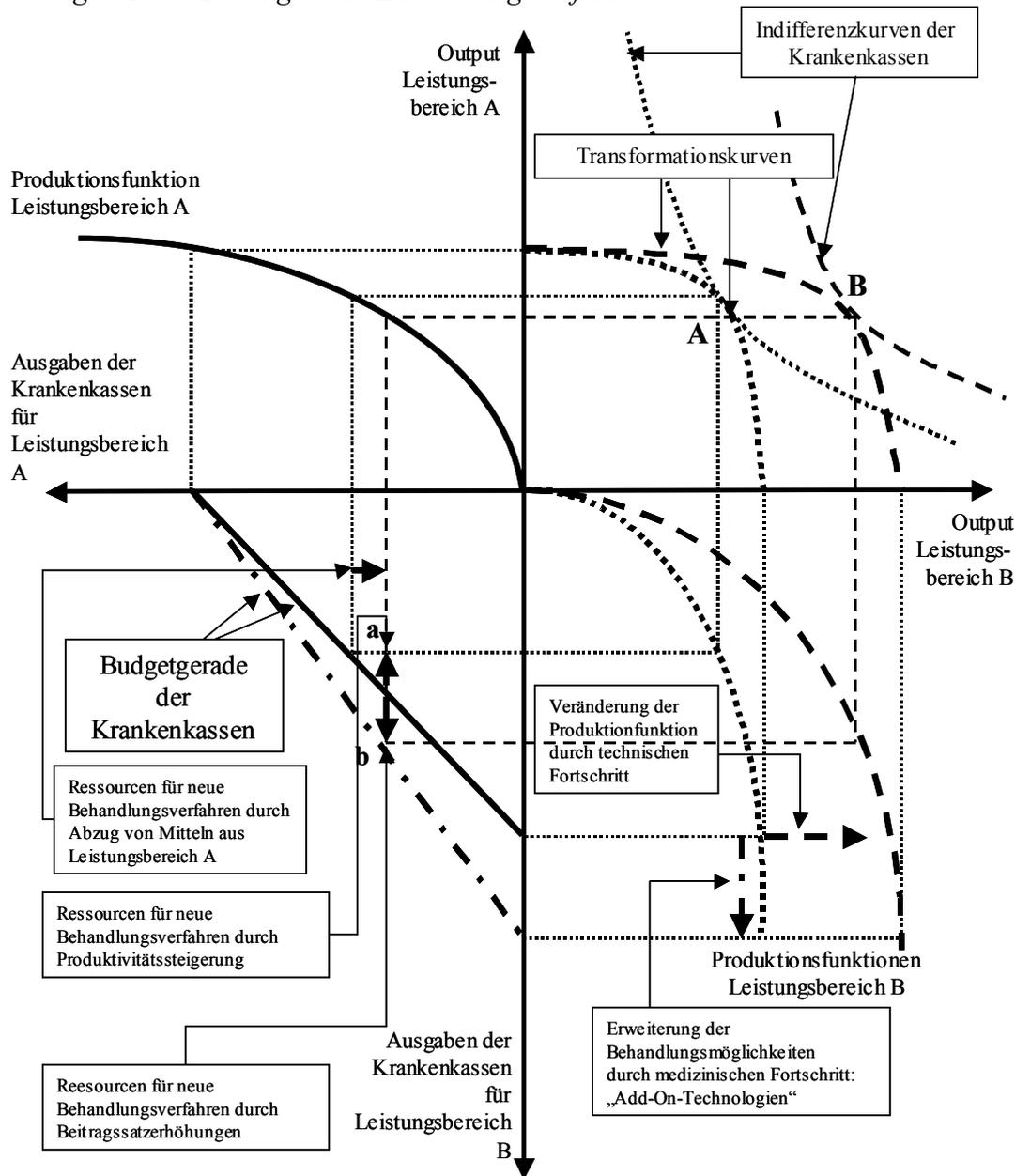
285 Münnich, F.E. (1984), S. 27 ff.; Schneider, U. (2003), S. 12.

286 Deisenroth, H.-J. (1999), S. 341 f.

287 Bantle, R. (1996), S. 123 f.

288 Dass dies wiederum zur Anrufung von Schiedsstellen führt, wurde in Abschnitt 2.5.2. und 2.5.3 dargestellt.

Abbildung 8: Finanzierung neuer Behandlungsverfahren



Quelle: Eigene Darstellung

duktivitätssteigerung genutzt werden müssen, bevor zusätzliche Mittel durch eine Beitragssatzerhöhung der gesetzlichen Krankenkassen in den Gesundheitssektor fließen können.

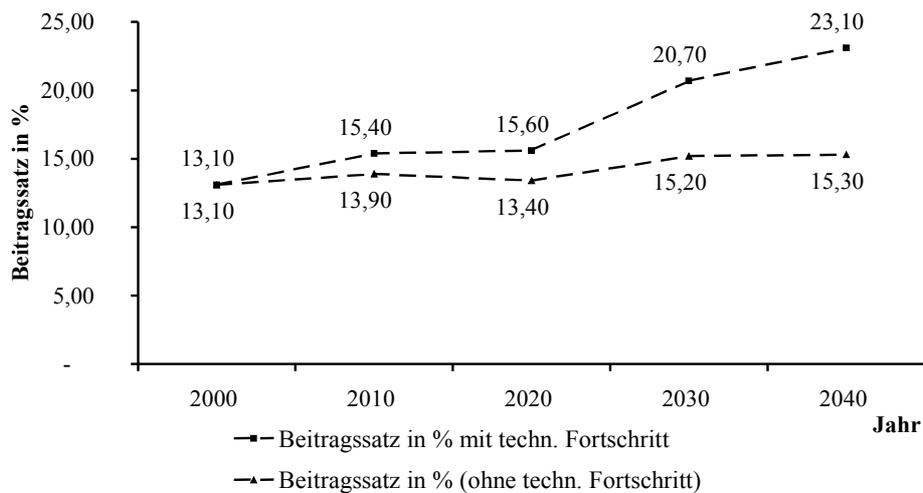
Da auch hier nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich die Verhandlungspartner innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf dem Verhandlungsweg über diese Fragen einigen können, sind für die Bereiche des Gesundheitswesens mit Einigungszwang Schlichtungsmechanismen geschaffen worden, wie in den Abschnitten 3.3 und 3.6 gezeigt wird.

Die empirische Relevanz dieser Problematik für die Gemeinsame Selbstverwaltung ist durch mehrere Studien belegt, welche sich mit dem Einfluss des technischen Fortschritts auf die mögliche Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen befassen.

Dass eine derartige Entwicklung auch Einfluss auf die Entwicklung der Beitragssätze und so-

mit auf eine wichtige Zielgröße innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung hat, zeigt Abbildung 9, in der die geschätzte Entwicklung der Beitragssätze der GKV jeweils mit und ohne medizinischen Fortschritt dargestellt werden: Demnach würden die durchschnittlichen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung des derzeitigen Finanzierungssystems einen Anstieg auf Werte zwischen 15 % ohne Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts und über 23% mit Nutzung der Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts bedeuten.

Abbildung 9: Prognostizierte Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV mit und ohne medizinischen Fortschritt



Quelle: Breyer, F.; Ulrich, V. (1999).

Bedenkt man jedoch, dass die Beitragssatzstabilität als Ziel der Krankenkassen im SGV V festgelegt ist, so ergibt sich aus den Ergebnissen dieser Prognose durch den medizinisch-technischen Fortschritt auch aus empirischer Sicht ein erhebliches Konfliktpotential.²⁸⁹

Die sich aus den in verschiedenen Prognosen vorgestellten Szenarien ergebenden Probleme werden sich immer weniger durch Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung lösen lassen, so dass die Anrufung der Schiedsstellen und ähnlicher Schlichtungsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch diese Entwicklung in der Häufigkeit wahrscheinlich

289 Neben den Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung spielen jedoch auch Annahmen über die Verteilung der Gesundheitsausgaben innerhalb des Lebenszyklus, insbesondere über die Konzentration der Gesundheitsausgaben vor dem Tod, der Menschen eine wesentliche Rolle. (Zweifel, P. (2001), S. 7 f vgl. auch: Buchner, F.; Wasem, J. (2000), S. 15 ff.; Lubitz, J.; Prihoda, R. (1984); Lubitz J.D.; Riey, G.F.(1993); Lubitz, J.; Beebe, J.; Baker, C. (1995); Arrow, K. J. (2001), S. 1198.; Zweifel, P.; Felder, S.; Meier, M. (1995) und Zweifel, P.; Felder, S.; Werblow, A. (2004).; Busse, R.; Schwartz, F. W. (1996)); Nach Ulrich nimmt die Morbidität im Alter dank einer immer leistungsfähigeren Medizin nur geringfügig zu. (Ulrich, V. (2003), S. 10 f.; Wiesner, G. (2001), S. 60.) Dementsprechend käme es demographiebedingt zu keiner zusätzlichen Ausgabenbelastung. (Cassel, D. (2001), S. 87.; vgl. auch Breyer, F.; Felder, S. (2004), S. 11 ff.; vgl. auch Postler, A. (2003); Hof, B. (2001)) Eine andere These ist die Medikalisierungsthese, nach welcher die Morbidität im Alter stark zunimmt und einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben verursacht. (Cassel, D. (2001), S. 87; vgl. Schulze Ehring, F. (2004).) Diese These konnte jedoch nicht statistisch signifikant belegt werden. (Kühn, H. (2004), S. 8 ff.; vgl. auch Ulrich, V. (2003), S. 12 f.)

zunehmen wird. Dies gilt auch für die Schlichtungsorgane, welche sich, wie der Gemeinsame Bundesausschuss nach SGB V § 91, mit der Frage befassen, welche Verfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden sollen.

2.5.7 Die Entwicklung der Budgetrestriktion im Gesundheitswesen

Neben der in Abschnitt 2.5.6 dargestellten Entwicklung von Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungsbedarf, die sich aus den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung herleiten lassen, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auch dadurch determiniert, welche volkswirtschaftlichen Ressourcen für den Bereich des Gesundheitswesens zur Verfügung stehen. Dies sind vor allem die Mittel der gesetzlichen Krankenkassen, welche über die Beitragszahlungen der in ihnen versicherten Arbeitnehmer die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Umlageverfahren finanzieren.²⁹⁰ Demnach stellen die Beitragseinnahmen eines Jahres auch die Budgetgrenze für die Krankenkassen dar. Über sie lässt sich auch die nach Stackelberg zwischen allen Teilbereichen einer Wirtschaft bestehende Interdependenz²⁹¹ für die Beziehungen zwischen den Teilbereichen des Gesundheitswesens erklären. Durch die Budgetgrenze ergibt sich ein Zielkonflikt zwischen der Knappheit der Ressourcen und den Zielen der Medizin.²⁹² Je knapper die Ressourcen sind, umso größer wird der Druck auf die Gemeinsame Selbstverwaltung, die Verteilung auf die einzelnen Leistungsbereiche zu begründen.²⁹³

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt die zunehmenden Probleme bei der Konsensfindung sowohl zwischen den Verbänden Krankenkassen und Leistungserbringern, aber auch innerhalb der Verbände auf die konjunkturell und strukturell bedingte Wachstumsschwäche der Beitragseinnahmen zurück.²⁹⁴ Hierdurch steigt wiederum die Notwendigkeit der Konfliktlösung durch Schiedsverfahren, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

Um die Entwicklung der Budgetrestriktion für das Gesundheitswesen zu verstehen, muss man die Finanzierungsmechanismen beschreiben.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt hierbei, dass sie über lohnabhängige Zwangsabgaben finanziert wird.²⁹⁵ Diese Abgaben sind paritätisch durch die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten²⁹⁶ und deren Arbeitgeber zu entrichten. Demnach ergibt sich die Entwicklung der Budgetrestriktion für den Bereich der gesetzlichen Krankenversi-

290 Kannengießer, W. (2005), S. 321.

291 Stackelberg, H. v. (1934), S. 29.

292 SVRKAiG (1987), S. 23 f.

293 SVRKAiG (1988), S. 19

294 SVRG (2005), S. 93.

295 SVRKAiG (1989), S. 49.

296 BMGS (2005); Breyer, F. (2001), S. 48.

cherung aus der Veränderung folgender Größen:²⁹⁷

- Beitragssatz²⁹⁸
- Zu- oder Abnahme der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten²⁹⁹
- Entwicklung der Löhne und Gehälter.³⁰⁰

In der Bewertung der Einflussfaktoren dieser Bestimmungsgrößen der Beitragseinnahmen ist in den letzten Jahren ein Wandel eingetreten. Während man Mitte der neunziger Jahre noch davon ausgegangen ist, dass bei günstiger Entwicklung eine ausreichende Finanzierung über die lohnabhängige Bemessungsgrundlage möglich ist, so hält man derzeit die lohnabhängige Finanzierungsbasis für nicht mehr hinreichend.³⁰¹ Für diese Veränderung der Einschätzung sind verschiedene Ursachen zu beobachten:

Auf dem Arbeitsmarkt haben sich die Vertrags- und Entgelt-Strukturen grundsätzlich geändert.³⁰² So sind Arbeitsverhältnisse auf Grundlage von nicht versicherungspflichtigen Dienst- und Werkverträgen ausgeweitet worden. Auch in den versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen haben die nicht-versicherungspflichtigen Anteile der Arbeitsentgelte zum Beispiel durch die Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge abgenommen.³⁰³

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Krankenkassen ihre Beitragseinnahmen nicht nur für Gesundheitsdienstleistungen verwenden können.³⁰⁴ Vielmehr werden über die Krankenkassen auch sozialpolitische Maßnahmen des Staates finanziert.³⁰⁵

Der Verhandlungsspielraum für die Krankenkassen in den Verhandlungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung wird durch die Verringerung der Beitragseinnahmen und die sozialpolitisch motivierten versicherungsfremden Leistungen³⁰⁶ eingeschränkt. Dies führt dazu, dass die An-

297 Vgl. SVRKAiG (1994), S. 177 ff.; vgl. auch: Oberdieck, V. (1998), S. 22 f., Henke, K.-D. (1992) ; S. 266 f.; Henke, K.-D. (1989) , S. 308 ff.; Schmid, J. (1986), S. 308.

298 Hierbei ist davon auszugehen, dass eine Erhöhung des Beitragssatzes schwer durchsetzbar ist, da in § 71 SGB V die Beitragssatzstabilität als Ziel gesetzlich verankert und die Höhe des Beitragssatzes ein wesentlicher Parameter im Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder ist (Cassel, D. (1987), S. 47 f.).

299 Die Entwicklung der Anzahl und der Struktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist auf die demographische Entwicklung, (Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1989)), die Entwicklung der Erwerbsquote die Entscheidungen von Personen, für die die Versicherungspflicht entfällt, für ein Verbleiben in der oder für das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung, die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze, die Zahl der Sozialhilfeempfänger und Langzeitarbeitslosen sowie die Zahl der nicht versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigten (= geringfügig Beschäftigten) zurückzuführen. (SVRKAiG (1994), S.177.)

300 Die Entwicklung der Löhne und Gehälter wird vor allem durch die konjunkturelle Entwicklung beeinflusst. Zunehmend spielen durch die Globalisierung der Wirtschaft auch strukturelle Faktoren eine wesentliche Rolle. (SVRKAiG (1996), S. 246 ff.; Wille, E. (2004), S. 73.; Bandelow, N. C. (1998), S. 135 ff.)

301 Kritik zu dieser Annahme findet sich bei Pimpertz, J. (2003).

302 Neubauer, G. (2004 e).

303 Pimpertz, J. (2001), S. 21 f.

304 SVRKAiG (1989), S. 51.

305 Rebscher, H. (2004), S. 4 f.

306 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (04.11.2004); Beske, F.; Hübener, J. (1996); Beske, F.; Thiede, M.; Hallauer, J.F. (1996); Beske, F.; Drabinsnski, T.; Michel, C. (2002a); Beske, F.;

zahl der Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zunimmt.³⁰⁷

Neben der Zunahme der Anzahl der Schiedsverfahren durch den Einfluss der Budgetrestriktion spielt die Entwicklung der Beitragseinnahmen auch eine wesentliche Rolle als quantitative Orientierung für die Entscheidungen der Schiedsstellen. So wurden bei der Festlegung der Gesamtvergütung die Entwicklung der Mitglieder und die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen explizit berücksichtigt. Dies gilt besonders für die Bereiche, in denen die Landesverbände der Krankenkassen getrennt voneinander verhandeln.³⁰⁸

2.6 Das Scheitern von Verhandlungen als Ausgangspunkt für Schiedsverfahren

Die vorhergehenden Ausführungen dieses Kapitels haben gezeigt, dass das deutsche Gesundheitswesen dadurch gekennzeichnet ist, dass die Akteure auf verschiedenen Ebenen miteinander Inhalte von Verträgen aushandeln müssen. Hierbei sind vertragslose Zustände sowie streikähnliche Aktionen seitens der Leistungserbringer vom Gesetzgeber von vornherein ausgeschlossen worden.

Trotz dieses von außen vorgegebenen Zwanges zum Abschluss von Vereinbarungen können Interessengegensätze zwischen den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen dazu führen, dass die Vertreter der Leistungserbringer und der Krankenkassen sich in Verhandlungen nicht auf einen Vertragsinhalt einigen können.

Die Ursachen für dieses Scheitern der Verhandlungen können recht unterschiedlich sein. Trotzdem besteht die Notwendigkeit einer Festlegung der Vertragsinhalte, um die Sicherstellung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

Die Schiedsstellen und -ämter stellen eine Möglichkeit dar, dieses Problem zu lösen und auch nach Scheitern der Verhandlungen zwischen den Vertretern von Leistungserbringern und Krankenkassen durch eine Festsetzung der Vertragsinhalte durch eine dritte Institution die Versorgung mit Gesundheitsgütern zu gewährleisten.

Drabinski, T. (2004).

307 SVRG (2005), S. 93.

308 Vgl. hierzu Abschnitt 4.4 und 6.4.

3 Schiedsverfahren und Schiedsstellen in den einzelnen Leistungsbereichen – eine institutionelle Bestandsaufnahme

3.1 Merkmale von Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung

3.1.1 Besetzung der Schiedsstellen

Die Besetzung der Schiedsstellen ist in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Für den vertragsärztlichen Bereich und die Zahntechniker sind sie im Fünften Titel des SGB V³⁰⁹ sowie in der Schiedsamtverordnung³¹⁰ festgehalten. Für den Bereich der Krankenhausversorgung finden sich die entsprechenden Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in § 18a.³¹¹ Die gesetzlichen Grundlagen für Schiedsstellen im Rettungsdienst und Krankentransport finden sich in den Landesgesetzen sofern diese Schiedsstellen vorsehen.³¹²

Allen Regelungen zur Besetzung von Schiedsstellen und Schiedsämtern sind folgende Merkmale gemein:³¹³

- Sie werden meistens auf Landes- und Bundesebene gebildet.
- Sie unterliegen deshalb der Aufsicht der entsprechenden Landes- oder Bundesbehörden.
- Sie bestehen aus der jeweils gleichen Anzahl von Vertretern der Verbände der Krankenkassen und der Verbände der Leistungserbringer sowie einem oder mehreren neutralen Mitgliedern.
- Die Zahl der neutralen Mitglieder ist ungerade.
- Die neutralen Mitglieder und der Vorsitzende sind durch die Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam zu benennen.
- Können sich diese nicht auf die neutralen Mitglieder und einen Vorsitzenden einigen, so werden sie auf Grundlage der Vorschläge der Parteien entweder durch Losentscheid oder durch Weisung der aufsichtsführenden Behörde bestimmt.
- Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt und sind nicht weisungsbunden.

Den grundsätzlichen Aufbau einer Schiedsstelle zeigt die Abbildung 10.

309 SGB V § 89.

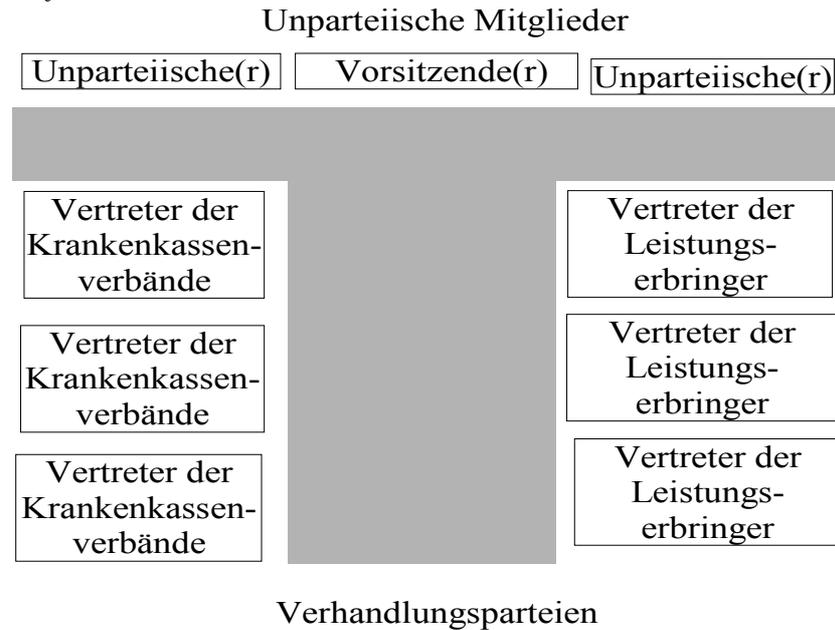
310 SchiedsVO (2001)

311 KHG §18a.

312 Schrunner, B. (1999), S. 106 ff.; Vgl. auch Abschnitt 3.4.1.

313 SchiedsVO (2001)

Abbildung 10: Aufbau einer Schiedsstelle



Quelle: Eigene Darstellung

3.1.2 Schiedsverfahren

Auch die Schiedsverfahren im Gesundheitswesen weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf. Hierzu gehören:

- Es müssen vorher Verhandlungen zwischen den Parteien stattgefunden haben.
- Diese Verhandlungen müssen von mindestens einer Seite als gescheitert erklärt werden. Somit ist kein gültiger Vertrag zustande gekommen.³¹⁴
- Die Feststellung darüber, ob die Verhandlungen gescheitert sind, geschieht durch Anrufung der Schiedsstelle durch eine der Parteien oder durch Nichtzustandekommen einer neuen Vereinbarung innerhalb einer gesetzlich vorgeschriebenen Frist nach Kündigung der alten Verträge durch eine Vertragspartei oder nach Auslaufen von zeitlich befristeten Verträgen.³¹⁵
- Die Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit gefällt.
- Die Entscheidungen sind den entsprechenden Aufsichtsbehörden vorzulegen und können von diesen bei Feststellung eines Rechtsverstößes beanstandet werden.³¹⁶
- Gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen kann durch die Parteien geklagt werden.³¹⁷

In der Abbildung 11 wird der grundlegende Ablauf von Verhandlungen und die Einbindung der Schiedsstellen in selbige veranschaulicht.

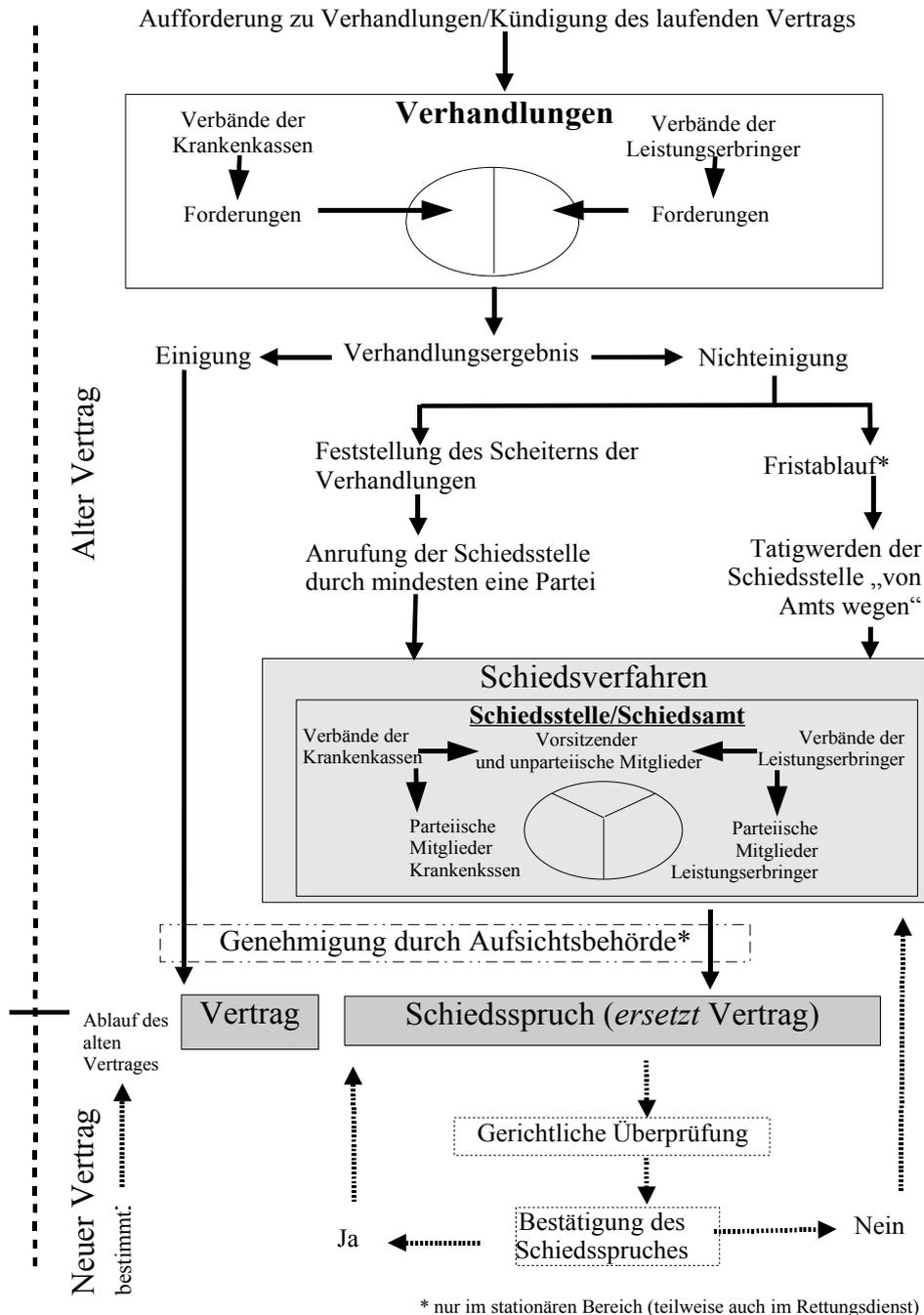
314 Köhrer, D. (1991), S. 118 f.

315 Gehendges, G. (2000); SchiedsVO (2001) § 13 u. 14.

316 Gehendges, G. (2000).

317 Gehendges, G. (2000).

Abbildung 11: Ablauf von Verhandlungen im Bereich des SGB V § 89



Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Darstellung des Ablaufs eines Schiedsverfahrens

Ein Schiedsverfahren innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung beginnt mit der Feststellung des Scheiterns der Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Dies geschieht entweder durch eine Erklärung mindestens einer Verhandlungspartei oder durch Nichteinhaltung gesetzlich vorgeschriebener Fristen innerhalb des Verhandlungsprozesses. Im letzteren Fall können die entsprechenden Schiedsstellen von sich aus aktiv werden.

Das Schiedsverfahren an sich beginnt mit der Anrufung der jeweils zuständigen Schiedsstelle durch eine Verhandlungspartei über deren Geschäftsstelle. Der mit der Anrufung eingegangene Antrag wird allen Mitgliedern der Schiedsstelle zugestellt. Nach dem Eingang der Anrufung der Schiedsstelle bemüht sich der Vorsitzende zusammen mit den anderen Mitgliedern der Schiedsstelle um die Festlegung eines Termines für die mündliche Verhandlung. Zeitgleich erfolgt ein Schriftwechsel zwischen den Verhandlungsparteien und der Schiedsstelle, welcher mit dem oben genannten Antrag beginnt. In diesem Antrag werden die Forderungen gestellt und aus Sicht der Antragsteller begründet.

Als Reaktion auf diesen Antrag stellt die gegnerische Partei einen Gegenantrag. In diesem Gegenantrag stellen und begründen die Antragsgegner ihre Forderungen an die Gegenseite. Darauf reagiert die andere Partei in der Regel mit einer schriftlichen Stellungnahme auf diesen Gegenantrag. Dieser Schriftwechsel wird oft bis kurz vor dem von den Unparteiischen festgesetzten mündlichen Verhandlungstermin fortgeführt. Beide Seiten bemühen sich hierbei, ihre Position durch statistische Angaben, juristische und andere fachliche Gutachten, Presseauschnitte, gerichtliche Urteile verschiedener Instanzen und Angaben über den bisherigen Verhandlungsverlauf zu stärken und die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle von der Richtigkeit ihrer Position zu überzeugen. Dieses Verhalten kann, wie in Abschnitt 5.3.1.3 gezeigt wird, auch als Versuch des Lobbying gewertet werden, da die Vertreter sowohl der Krankenkassen als auch der Leistungserbringer Ressourcen aufwenden, um die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Positiver Effekt ist hierbei jedoch, dass beide Seiten gegenüber dem gesamten Schiedsamt, also auch gegenüber den parteiischen Mitgliedern bis dahin interne Informationen zur Verfügung stellen.

In der mündlichen Verhandlung werden zuerst beide Parteien die Möglichkeit zu Erläuterung ihrer Standpunkte gegeben, danach versuchen die Unparteiischen die beiden Verhandlungsparteien zu einer gemeinsamen Verhandlungslösung zu bringen.³¹⁸ Gelingt dies nicht, so wird innerhalb der Schiedsverhandlung ein Schiedsentscheid gefällt. Wie die Mitglieder der Schiedsstelle innerhalb dieser Verhandlungen vorgehen, wird im Abschnitt 6.4 beschrieben.

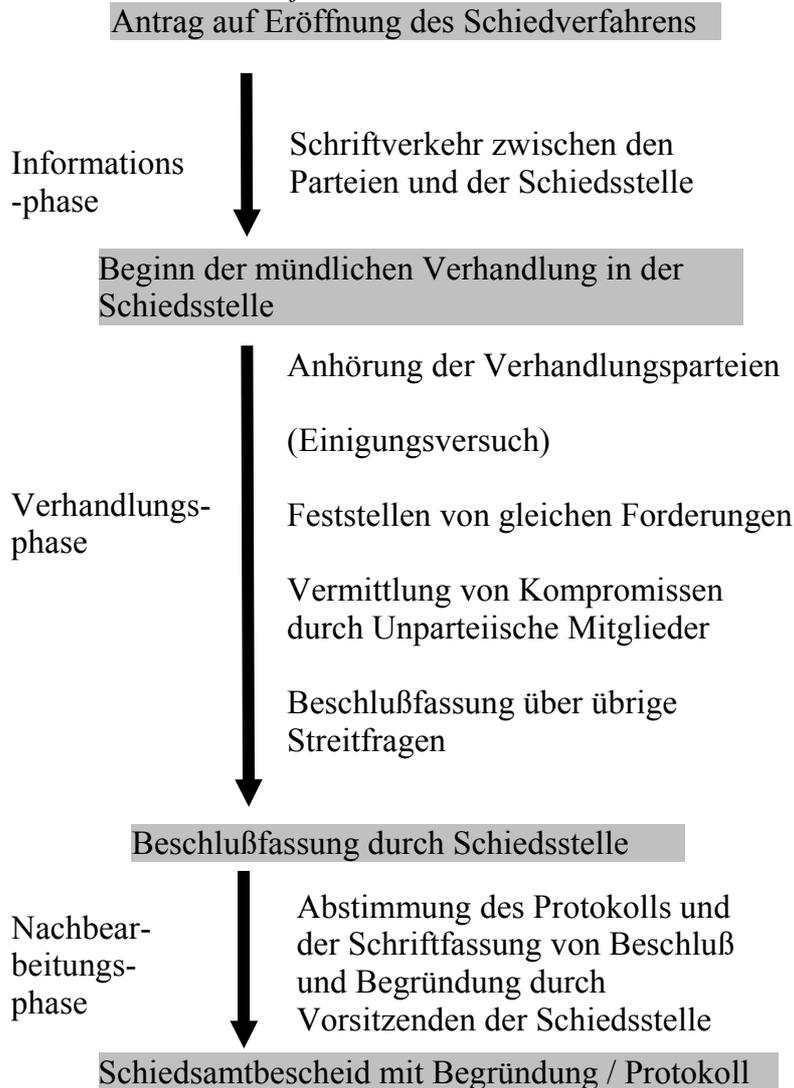
Die Schiedsverhandlungen werden schriftlich protokolliert. Hierbei werden vor allen Zwischenergebnisse und die Ergebnisse der Abstimmungen festgehalten. Hierbei werden die Abstimmungsergebnisse nur nach den Kategorien „mit Mehrheit angenommen“ oder „mit Mehrheit abgelehnt“ in das Protokoll aufgenommen.

Der Schiedsspruch wird nach Abschluss des Verfahrens durch den Vorsitzenden schriftlich abgefasst und mit den Mitgliedern der Schiedsstelle abgestimmt. Dann wird er an die Verhandlungspartner versandt.

318 Köhrer, D. (1991), S. 120.

Somit lässt sich der Ablauf der Schiedsverfahren in drei Phasen unterteilen, wie es in Abbildung 12 dargestellt wird.

Abbildung 12: Phasen der Schiedsverfahren nach SGB V



Quelle: Eigene Darstellung.

3.3 Leistungsbereiche mit geregelten Schiedsverfahren

3.3.1 Krankenhausbereich

Die Entgeltverhandlungen für Krankenhäuser werden durch die Regelungen aus folgenden Gesetzen und Verordnungen bestimmt:

- SGB V
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)
- Bundespflegesatzverordnung (BPflV)

Im Krankenhausbereich gibt es sowohl Verträge auf Bundesebene, auf Landesebene als auch auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser. In der Übersicht 3 werden für diese Ebenen die Verhandlungspartner sowie die in diesen Ebenen zu verhandelnden Regelungen dargestellt.

Übersicht 3: Verhandlungspartner und Verhandlungsgegenstände im Krankenhausbereich

Verhandlungsebene	Verhandlungspartner		Verhandlungsgegenstände	Gesetzliche Regelung
	Leistungserbringer	Financiers		
Krankenhaus	Krankenhausträger	Sozialleistungsträger oder Arbeitsgemeinschaften, auf die im Jahr vor Beginn der Verhandlungen mehr als 5% der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen	Basispflegesätze, Abteilungspflegesätze, Zu- und Abschläge zu Fallpauschalen und Sonderentgelten Budget	BpflV § 17*
			Krankenhausindividueller Basisfallwert, krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge, Erlösbudget, Gesamtbetrag,	KHEntG § 11
Landesebene	Landeskrankenhausgesellschaft	Landesverbände der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherungen	Fallpauschalen, Sonderentgelte,	KHG § 18; BpflV § 16
			Landesweiter Basisfallwert	KHEntG § 10 KHG § 17 b
Bundesebene	Deutsche Krankenhausgesellschaft	Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherungen	Entgeltkataloge für Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte (Bewertungsrelationen) Ermittlung der für die Beachtung der Beitragssatzstabilität maßgeblichen Veränderungsrate, Ermittlung der Berichtigungsrate zur Berücksichtigung des med.-techn. Fortschritts. Aufbau der Datensätze und Grundlagen der Übermittlung der Diagnose und Operationsstatistik sowie der weiteren Teile der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen	KHG § 18; BpflV § 15
			Fallpauschalen-Katalog, Katalog ergänzender Zusatzentgelte, Bewertungsrelationen, Abrechnungsbestimmungen, Empfehlungen an die Vertragsparteien aus Landesebene	KHEntG § 9 § 17b KHG

gilt nur noch für Psychiatrie

Ein wesentliches Merkmal für die Verhandlungen im Bereich der Krankenhäuser ist, dass grundsätzlich alle Vertragspartner auf Seiten der Financiers einheitlich und gemeinsam mit den Vertretern der Krankenseite verhandeln müssen. Das heißt, dass an den Verhandlungen im Krankenhausbereich jeweils die Vertreter der sieben Verbände der Krankenkassen und ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung teilnehmen. Die Verträge kommen durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande und müssen durch die jeweilige Aufsichtsbehörde sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestätigt werden. Sie gelten im Allgemeinen für ein Jahr und für alle Financiers.³¹⁹

Eine Besonderheit im Krankenhausbereich waren die in der Bundespflegesatzverordnung dem Krankenhaus auferlegten Vorschriften zur Rechnungslegung und Kalkulation. Diese ergaben in Zusammenhang mit dem Krankenhausbetriebsvergleich eine Informationsbasis für die Verhandlungspartner auf beiden Seiten.³²⁰ So mussten die Krankenhausträger auf Verlangen

319 KHG § 18 Abs. 1 u. 5.

320 Braun, G.E.; Schmutte, A.M. (1999), S. 729.

der Financiers einen Kosten- und Leistungsnachweis vorlegen.³²¹ Mit der Umstellung des Entgeltsystemes ab dem Jahr 2004 von tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten auf das diagnosebezogene G-DRG-Fallpauschalensystem ist an seine Stelle ein Vergleich auf Grundlage von DRG-Leistungsdaten getreten.³²²

In den Verhandlungen werden aber wesentliche Elemente des vorhergehenden Systemes weiter Bestand haben. Hierzu gehören die Vereinbarungen von Budgets für die Krankenhäuser und die Vereinbarungen von Ausgleichssätzen für den Fall, dass die zum Jahresbeginn vereinbarten Mengen über- oder unterschritten werden.³²³ Neu hinzu kommen Zuschläge, welche für innovative Leistungen vereinbart werden können, um den medizinisch-technischen Fortschritt nicht zu gefährden.³²⁴ Die grundsätzlichen Fragen zur Umstellung des Entgeltsystemes sind inzwischen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung in Deutschland und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Rahmen von Vereinbarungen auf Bundesebene geregelt worden. Zu diesen Regelungen gehören:³²⁵

- die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG“,
- die „Vereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17 b Absatz 1 Satz 4 KHG“,
- die „Vereinbarung über die Durchführung eines Methoden-Pretests zur Vorbereitung der Kalkulation von Fallkosten in einem deutschen DRG-System“ sowie
- die „Vereinbarung zum Systemzuschlag“.

In diesen Vereinbarungen haben sich die Vertragspartner (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung in Deutschland, Deutsche Krankenhausgesellschaft) für den Fall eines Konfliktes auf die Anrufung der Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG geeinigt.³²⁶

Ein wesentlicher Unterschied zum früheren System besteht darin, dass nach einer so genannten Konvergenzphase die Basisfallraten von einer krankenhausesindividuellen zu einer landeseinheitlichen Größe werden sollen.³²⁷ Ob diese Zielstellung ökonomisch sinnvoll ist, wird (und wurde) unter anderem von Neubauer diskutiert.³²⁸

321 KHG § 18 Abs. 3; KHEntgG § 8.

322 KHEntgG § 4 zur Systematik derartiger Vergleiche in DRG-Systemen siehe Lüngen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 35 ff.

323 Lüngen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 3.

324 „Vereinbarung über Regelungen über Zu- und Abschläge gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG“ zitiert in: Lüngen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 15 ff. und KHG § 17b; vgl. auch: <http://www.g-drg.de> (Stand: 16.01.2005).

325 Der Wortlaut der Vereinbarungen findet sich unter der URL: <http://www.g-drg.de> (Stand: 16.01.2005).

326 Siehe hierzu: www.g-drg.de (Stand: 16.01.2005).

327 Neubauer, G. (2004 d), S. 701.

328 Neubauer, G. (2004 d), S. 702 f.; vgl. auch: Hoffmann, E.-O. (2000); Leber, W.-D. (1999); Maas, H.-J. (1998).

Mit der Einführung der DRG ändern sich somit Inhalt und Charakter der Verhandlungen, aber das Prinzip der Entgeltfestsetzung durch Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern bleibt in ihren wesentlichen Merkmalen bestehen.³²⁹

Im Bereich der Krankenhausversorgung legen die Bundesländer in einem Landeskrankenhausplan fest, welche Krankenhäuser welche Versorgungsleistungen vorzuhalten haben.³³⁰ Diese Krankenhäuser haben mit der Aufnahme in diesen Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag und einen Anspruch auf Verhandlungen mit den Krankenkassen erhalten.³³¹ Für die Vorhaltung sollen die Einrichtungen gemäß KHG die Investitionsaufwendungen vom Staat erhalten. Notgedrungen beginnen die Krankenhäuser wegen des Rückgangs der staatlichen Investitionsförderung auch nach eigener Planung zu investieren.³³²

Dass die Ziele der durch die Bundesländer vorgenommenen Standortplanung für die Krankenhäuser nicht vollkommen mit denen der Krankenkassen kompatibel sind, wurde in Abschnitt 2.4.2 schon dargestellt.

So kann es zwar für Krankenhäuser zu ungünstigen Konditionen kommen, aber der Bestand eines Krankenhauses steht im Allgemeinen nicht zur Disposition.³³³ Auch für die mit der Einführung des DRG-Systemes erwarteten Schließung von Fachabteilungen und Krankenhausstandorten wird durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfohlen, ausreichend lange Zeiträume in den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorzusehen, um auf beiden Seiten die Planungssicherheit zu verbessern.³³⁴

Die Verhandlungen im Krankenhausbereich gelten als gescheitert, wenn innerhalb von sechs Wochen, nachdem eine der Vertragsparteien die andere zu Verhandlungen aufgefordert hat, keine neue Vereinbarung abgeschlossen wurde.³³⁵ Bei Scheitern der Verhandlungen muss durch eine Vertragspartei die zuständige Schiedsstelle angerufen werden, die dann den Vertragsinhalt ersatzweise festsetzt. Auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser sind für die Zeit bis zum Schiedsspruch vorläufige Entgeltvereinbarungen zu treffen.³³⁶ Diese Schiedsstellen sind für jede Verhandlungsebene zu bilden. Ihre Zusammensetzung und Besetzung wird in Übersicht 4 dargestellt.

329 Böcker, K.; Henke, N.; Krishan, H. S.; Mansky, T.; Paffrath, D.; Steiners, D. (2001), S. 68 f.

330 Lungen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 21, 94 und 165 f.

331 KHEntgG § 9 Abs. 1.; Lungen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 3.

332 Neubauer, G. (2005), S. 63 f.

333 Frese, E.; Heberer, M.; Hurlebaus, T.; Lehmann, P. (2004), S. 738.

334 SVRG (2005), S. 321.

335 KHG § 18 Abs. 4.

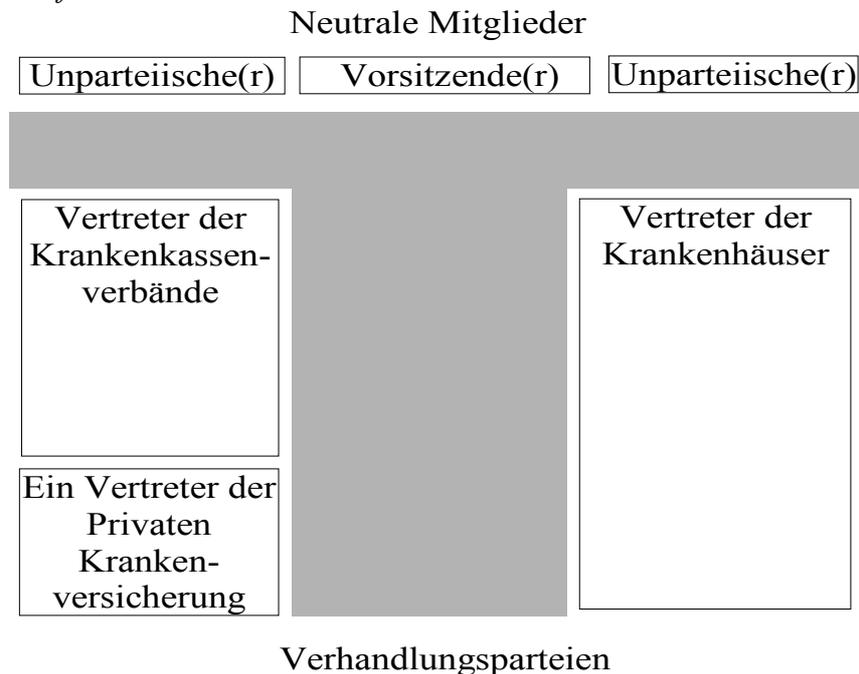
336 KHEntgG § 12.

Übersicht 4: Schiedsstellen im Krankenhausbereich

Verhandlungsebene	Schiedsstelle	Besetzung		Gesetzliche Regelung
		Neutrale Mitglieder	Vertreter der Vertragsparteien	
Krankenhaus	Eine oder mehrere Schiedsstellen je Bundesland	Ein neutraler Vorsitzender bestimmt durch die Vertragsparteien. Landesschiedsstelle: zwei weitere neutrale Mitglieder bestimmt durch Vertragsparteien.	Vertreter von Krankenhäusern und Krankenkassen in gleicher Zahl und ein Vertreter der privaten Krankenversicherungen (wird auf Zahl der Krankenkassenvertreter angerechnet).	KHG § 18 KHEntG § 13
Landesebene	Landesschiedsstelle	Bei Nichteinigung Berufung durch Landesbehörde.	Vertreter der Krankenhäuser werden durch Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Vertreter der Krankenkassen werden durch Landesverbände der Krankenkassen benannt. Der Vertreter der PKV wird durch den Landesverband der privaten Krankenversicherungen benannt.	
Bundesebene	Bundesschiedsstelle	Ein neutraler Vorsitzender und zwei weitere neutrale Mitglieder bestimmt durch die Vertragsparteien. Bei Nichteinigung Berufung durch Präsidenten des Bundessozialgerichtes.	Vertreter von Krankenhäusern und Krankenkassen in gleicher Zahl und ein Vertreter der privaten Krankenversicherungen (wird auf Zahl der Krankenkassenvertreter angerechnet). Vertreter der Krankenhäuser werden durch Deutsche Krankenhausgesellschaft bestellt. Vertreter der Krankenkassen werden durch Spitzenverbände der Krankenkassen benannt. Der Vertreter der PKV wird durch den Bundesverband der privaten Krankenversicherungen benannt.	KHG § 18 KHEntG § 13

Die Abbildung 13 stellt den Aufbau einer Schiedsstelle für den akutstationären Bereich dar.

Abbildung 13: Aufbau der Schiedsstellen im Krankenhausbereich



Quelle: Eigene Darstellung

Sowohl durch Vertragsverhandlungen als auch durch Schiedsstellenentscheidungen zustandegekommene Vertragsvereinbarungen im Krankenhausbereich unterliegen der Genehmigungspflicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde.³³⁷

337 KHEntG § 14; Zu den Befugnissen der Aufsichtsbehörden siehe Abschnitt 6.3.3.

3.3.2 Vertragsärztliche, vertragszahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Zum vertragsärztlichen Bereich gehören die ambulant tätigen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten.³³⁸ Wesentliches Merkmal der Versorgung im ambulanten Bereich ist der so genannte Sicherstellungsauftrag des § 72 SGB V. Dieser beschreibt ein öffentlich-rechtliches System mit einem Versorgungsauftrag an die Vertrags(zahn)ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich.³³⁹ Ziel dieses Systems ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Vergütung bei gleichzeitiger angemessener Vergütung der Ärzte.³⁴⁰ Um dieses sicherzustellen, sind Krankenkassen und Vertragsärzte durch den Gesetzgeber dazu verpflichtet worden, die grundlegenden Elemente der ambulanten Versorgung von Krankenkassenpatienten durch Verträge³⁴¹ miteinander zu regeln.³⁴²

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung.³⁴³ Auch die stationäre belegärztliche Behandlung durch Vertragsärzte³⁴⁴ ist mit diesem Sicherstellungsauftrag verknüpft.

Für den vertragsärztlichen Bereich ist durch den Gesetzgeber festgelegt worden, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung auf Landesebene Gesamtverträge aushandeln.³⁴⁵ Die Rahmenvereinbarungen hierzu werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Bundesebene vereinbart. Bei diesen Verträgen handelt es sich nicht um rein schuldrechtliche Normen, sondern um öffentlich-rechtliche Normenverträge.³⁴⁶

Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag ist hierbei als ein Rechtsverhältnis auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts definiert, welches durch Vertrag begründet, geändert oder aufgehoben wird. Insbesondere kann eine Behörde, anstatt einen Verwaltungsakt zu erlassen, einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit demjenigen schließen, an den sie sonst einen Verwaltungsakt richten würde.³⁴⁷ Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag über Sozialleistungen kann nur geschlossen werden, soweit die Erbringung der Leistungen im Ermessen des Leistungsträgers steht.³⁴⁸

338 Beske, F.; Drabinski, T.; Wolf, J. H. (2002), S. 35.

339 SGB V § 72; Beske, F.; Drabinski, T.; Wolf, J. H. (2002), S. 35.

340 Beske, F.; Drabinski, T.; Wolf, J. H. (2002), S. 35.

341 Im folgenden auch „vertragsärztliche Versorgung“ genannt.

342 Beske, F.; Drabinski, T.; Wolf, J. H. (2002), S. 35.

343 SGB V § 73.

344 SGB V § 123.

345 SGB V, §§ 82, 83.

346 Lang, H. (2001), S. 35.

347 VwVfG § 54; SGB X § 53 Abs. 1.

348 SGB X § 53 Abs. 2.

Es werden folgende Arten öffentlich-rechtlicher Verträge unterschieden.³⁴⁹

- der koordinationsrechtliche Vertrag: Die Vertragsparteien stehen hier bezüglich des Vertragsgegenstandes in einem gleichartigen Rangverhältnis zueinander, keine Partei ist gegenüber der anderen weisungsbefugt.
- der subordinationsrechtliche Vertrag: Ein solcher liegt vor, wenn die Parteien (Bürger und Behörde) bezüglich des Vertragsgegenstandes in einem Über- und Unterordnungsverhältnis zueinander stehen (z.B. Stellplatzablösevertrag).

Im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung handelt es sich um koordinationsrechtliche Verträge zwischen den Verbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern.

Ein Bestandteil dieser Gesamtverträge ist eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung für die kassenärztliche Versorgung, die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt wird. Der Begriff Gesamtvergütung kennzeichnet das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen, die die Versicherten einer Krankenkasse im Berechnungszeitraum erhalten haben.³⁵⁰ Diese auf Landesebene vereinbarten Gesamtvergütungen werden von den einzelnen Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt. Somit sind die Krankenkassen zwar Schuldner der Gesamtvergütung, können aber die Berechnungsgrundlagen oder die Berechnungsergebnisse nicht selber bestimmen.³⁵¹ Die Gesamtvergütung wird dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach einem Honorarverteilungsmaßstab an die Vertragsärzte verteilt, der im Wesentlichen auf den innerhalb der Selbstverwaltung auf Bundesebene ermittelten Punktrelationen zwischen den abrechenbaren Leistungen beruht.

Im Gegensatz zu den Verhandlungen im Krankenhausbereich steht es den Krankenkassen offen, in welcher Aggregation sie mit den Verbänden der Leistungserbringer verhandeln. Sie können sowohl einheitlich und gemeinsam als auch getrennt nach Kassenarten verhandeln.³⁵² Hierdurch ergeben sich für die Verbände der Krankenkassen die Optionen, entweder gemeinsam mit anderen Verbänden anderer Kassenarten oder auf Ebene der einzelnen Kassenarten zu verhandeln.

Kommt kein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung zustande, so setzt ein Schiedsamt den Vertragsinhalt fest.³⁵³ Dieses Schiedsamt wird entweder auf Antrag einer der Vertragsparteien oder der zuständigen Aufsichtsbehörden aktiv.³⁵⁴ Es hat dann innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt festzusetzen.

349 <http://www.rechtslexikon-online.de>.

350 Vgl. SGB V § 85 Abs. 2 Satz 2 sowie Lang, H. (2001), S. 35.

351 Lang, H. (2001), S. 35.

352 SGB V § 82 Abs. 2.

353 SGB V § 89 Abs. 1.

354 SGB V § 89 Abs. 1a.

Ein zwingender Zeitpunkt für die Anrufung der Schiedsstellen oder für die Annahme des Scheiterns der Verhandlungen, wie im Bereich der stationären Versorgung, ist im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung nicht vorgesehen. Somit muss das Scheitern der Verhandlungen durch eine der Vertragsparteien oder durch die Aufsichtsbehörde explizit erklärt oder festgestellt werden.

Übersicht 5: Verhandlungen im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung

Verhandlungsebene	Verhandlungspartner		Verhandlungsgegenstände	Gesetzliche Regelung
	Leistungserbringer	Financiers		
Bundesebene	KBV bzw. KZBV	Spitzenverbände der Krankenkassen	Bundesmantelverträge	SGB V § 82 Abs. 1
Landesebene	KV bzw. KZV	Landesverbände der Krankenkassen Verbände der Ersatzkassen	Gesamtverträge: Gesamtvergütung Verträge über Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln	SGB V § 82 Abs. 2; § 83 § 84; § 85

Diese Schiedsämter werden auf Landesebene für eine Amtsdauer von vier Jahren gebildet.³⁵⁵ Sie bestehen aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und Vertretern der beteiligten Krankenkassenverbände zu je gleicher Zahl, einem neutralen Vorsitzenden und zwei weiteren neutralen Mitgliedern.³⁵⁶ Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied zu der Zusammensetzung der Schiedsstelle im Krankenhausbereich, an der auf Seite der Financiers jeweils Vertreter aller Verbände der Krankenkassen und ein Vertreter des Verbandes der Privatversicherungen vertreten sind. Auf diese Weise folgt die Zusammensetzung der Schiedsstelle der Struktur der Verhandlungen.

Der Vorsitzende und die beiden neutralen Mitglieder sollen von den Parteien gemeinsam bestellt werden. Kommt es in diesem Punkt zu keiner Einigung, so wird durch die Beteiligten eine Liste erstellt, auf der mindestens Namen für zwei Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter stehen müssen. Von dieser Liste werden dann per Losentscheid der Vorsitzende und die anderen beiden neutralen Mitglieder ermittelt. In einem solchen Fall beträgt die Amtsdauer nur ein Jahr.³⁵⁷ Den generellen Aufbau einer Schiedsstelle im vertragsärztlichen Bereich veranschaulicht Abbildung 14.

Für den vertragszahnärztlichen Bereich gilt im Wesentlichen das zum vertragsärztlichen Bereich Gesagte.³⁵⁸ Auch hier verhandeln die Verbände der Leistungserbringer mit denen der Krankenkassen. Es gibt jedoch gesonderte Schiedsstellen für die vertragszahnärztliche Versorgung.³⁵⁹ Die Verbände der Leistungserbringer sind für die Zahnärzte die Kassenzahnärztli-

355 SGB V § 89 Abs. 3 und SchiedsVO (2001) § 3.

356 SchiedsVO (2001) § 1 Abs. 2 u. 3.

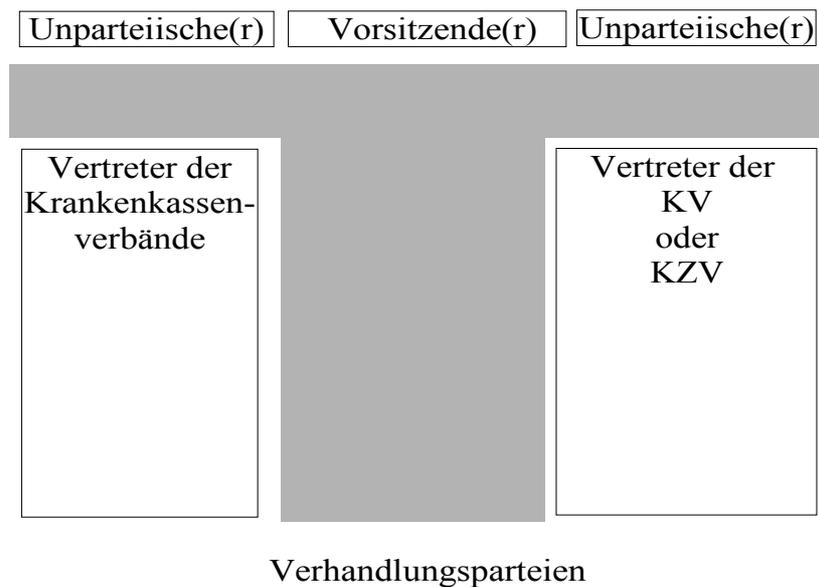
357 SGB V § 89 Abs. 3.

358 Thiemann, B.; Klingenberg, D.; Weber, M. (2003), S. 66 ff.; SchiedsVO (2001) §§ 22a und 22b zu besonderen Vorschriften für die Schiedsämter für die Kassenzahnärztliche Versorgung sind seit 20. 12. 1988 aufgehoben.

359 SGB V § 89 Abs. 4.

che Vereinigung (KZV) auf Landesebene und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf Bundesebene.³⁶⁰ Der wesentliche Unterschied zwischen dem vertragsärztlichen und dem vertragszahnärztlichen Bereich liegt in der relativ homogenen Struktur im vertragszahnärztlichen Bereich. Im Gegensatz hierzu ist der vertragsärztliche Versorgungsbereich schon durch die Aufteilung in haus- und fachärztliche Versorgung wesentlich inhomogener.³⁶¹ Zusätzlich teilt sich die fachärztliche Versorgung noch in eine Vielzahl von Fachgebieten auf, die sich durch die starke Spezialisierung in diesem Bereich ergeben.

Abbildung 14: Aufbau der Schiedsstellen im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich
Neutrale Mitglieder



Quelle: Eigene Darstellung

Die Aufsicht über die Schiedsämter obliegt den für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden.³⁶² Für die Schiedsämter auf Bundesebene ist das Bundesgesundheitsministerium zuständig. Diesen Aufsichtsbehörden sind die Entscheidungen der Schiedsämter vorzulegen. Diese können dann innerhalb von zwei Monaten die Entscheidungen bei Rechtsverstößen beanstanden.³⁶³ Die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung können sowohl gegen die Schiedssprüche als auch gegen die Beanstandungen der Schiedssprüche durch die Aufsichtsbehörden klagen.

3.3.3 Zahntechnische Versorgung

Für die zahntechnischen Leistungen wird auf Ebene der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen im Einvernehmen mit dem Kassen-

360 SGB V § 77 Abs. 1.

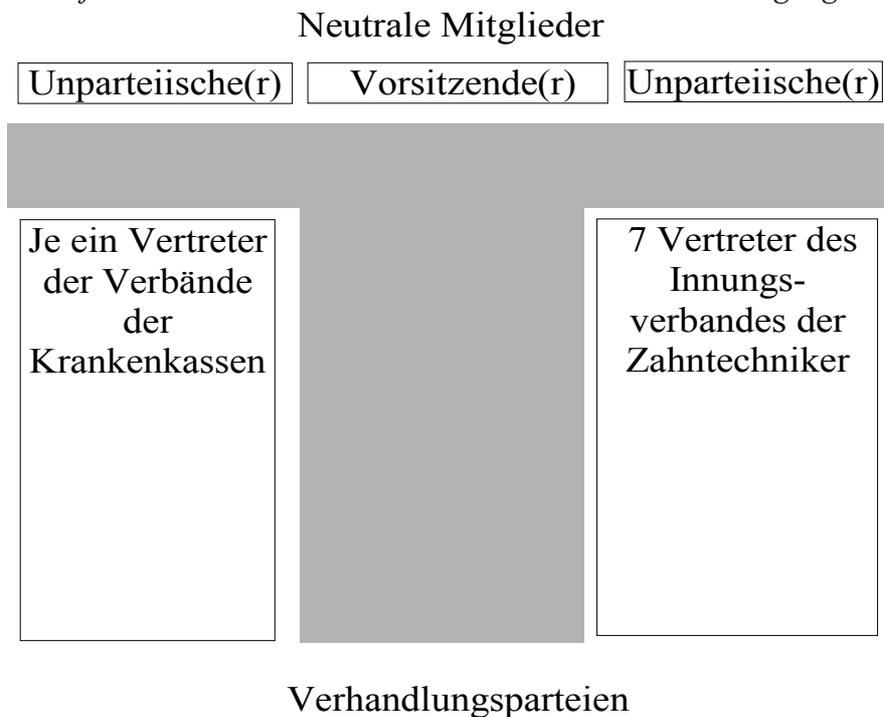
361 SVRG (2005), S. 93 f.

362 SGB V § 89 Abs. 5.

363 SGB V § 89 Abs. 5.; Zu den Befugnissen der Aufsichtsbehörden siehe Abschnitt 6.3.3.

zahnärztlichen Bundesverband ein bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis erstellt.³⁶⁴ Auf Basis dieses Verzeichnisses werden auf Landesebene Vergütungen für die darin aufgenommenen Leistungen vereinbart, die den Charakter von Höchstpreisen haben sollen.³⁶⁵ Falls zahntechnische Leistungen von einem Zahnarzt erbracht werden, wird ein Preisabschlag von mindestens fünf Prozent vorgenommen.³⁶⁶ Für die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen haben die Krankenkassen Festzuschüsse vorzusehen.

Abbildung 15: Aufbau der Schiedsämter in der zahntechnischen Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Diese richten sich nach den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam mit den Innungsverbänden der Zahn-techniker-Innungen ausgehandelten Höchstpreisen für zahntechnische Leistungen der Regelversorgung³⁶⁷ sowie nach den Bemühungen des Patienten zur Gesunderhaltung der Zähne.³⁶⁸

Die Befunde, für die die Krankenkassen Festzuschüsse an die Patienten zahlen müssen, und die ihnen zugeordneten Regelversorgung werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt.³⁶⁹

Kommt kein Vertrag über die zahntechnische Versorgung zustande, so setzt ein Schiedsamt den Vertragsinhalt fest.³⁷⁰ Dieses Schiedsamt wird entweder auf Antrag einer der Vertrags-

364 SGB V § 88 Abs. 1.

365 SGB V § 88 Abs. 2.

366 SGB V § 88 Abs. 3; vgl. auch Thiemann, B.; Klingenberger, D.; Weber, M. (2003), S. 75 ff.

367 SGB V § 55 Abs. 1, § 56, § 57 Abs. 2 (erstmalig für 2005).

368 SGB V § 55 Abs. 1.

369 SGB V § 55 Abs. 2 (erstmalig zum 30.06.2004); vgl. hierzu auch Abschnitt 3.6.

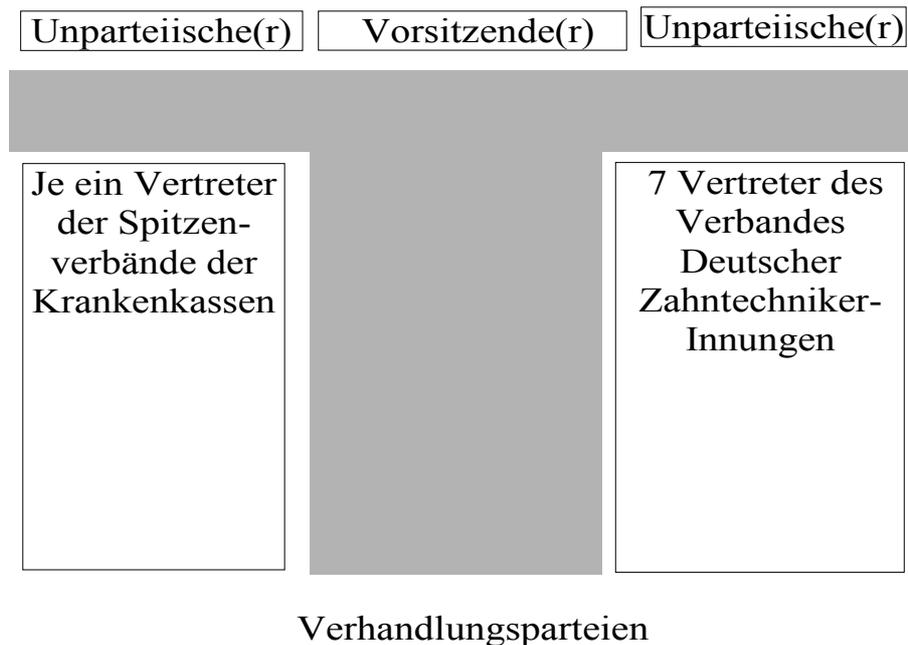
370 Schulin, B. (1992), S. 22.

parteien oder der zuständigen Aufsichtsbehörden aktiv. Es hat dann innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt festzusetzen. Diese Schiedsämter werden auf Landesebene und eines auf Bundesebene für eine Amtsdauer von vier Jahren gebildet. Sie bestehen auf Landesebene aus sieben Vertretern des Innungsverbandes der Zahntechniker, je einem Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen, zwei Vertretern der Verbände der Ersatzkassen, einem neutralen Vorsitzenden und zwei weiteren neutralen Mitgliedern (siehe Abb. 15).³⁷¹

Auf Bundesebene bilden der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Bundesschiedsamt.³⁷² Dieses Schiedsamt besteht aus sieben vom Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen bestellten Vertretern sowie sieben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (darunter zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestimmte) und den von der Bundesknappschaft bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern (siehe Abb. 16).³⁷³

Die Bestimmung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder entspricht dem bei der

Abbildung 16: Aufbau der Schiedsstelle der Zahntechniker auf Bundesebene
Neutrale Mitglieder



Quelle: Eigene Darstellung

vertragsärztlichen Versorgung beschriebenen Verfahren.³⁷⁴

Die Aufsicht über die Schiedsämter obliegt auch hier den für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden. Für das Schiedsamt auf Bundesebene ist das Bundesgesundheitsministerium zuständig. Diesen Aufsichtsbehörden sind die Entscheidungen der Schiedsämter

371 SGB V § 89 Abs. 8.

372 SGB V § 89 Abs. 7.

373 SGB V § 88 Abs. 7.

374 SGB V § 89 Abs. 3 u. SchiedsVO (2001).

vorzulegen. Diese können dann innerhalb von zwei Monaten die Entscheidungen bei Rechtsverstößen beanstanden.³⁷⁵ Die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung können sowohl gegen die Schiedssprüche als auch gegen die Beanstandungen der Schiedssprüche durch die Aufsichtsbehörden klagen.

3.3.4 Pflegeversicherung

Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung gehört zwar streng genommen nicht zum Gesundheitswesen, sie ist aber organisatorisch und rechtlich eng an die Krankenkassen gekoppelt. Weiterhin bestehen viele Ähnlichkeiten bei der Festsetzung der Vergütungen der Leistungserbringer. Denn auch hier finden zwischen den Pflegekassen und den Leistungserbringern Pflegesatzverhandlungen statt.

Verhandlungen zu den Pflegesatzvereinbarungen finden im Bereich der stationären Versorgung zwischen den Pflegekassen und den ambulanten sowie stationären Leistungserbringern statt. Zusätzlich sind die Träger der Sozialhilfe auf Seiten der Kostenträger vertreten.³⁷⁶ Hierbei werden tagesgleiche Pflegesätze, abgestuft nach so genannten Pflegestufen, vereinbart.³⁷⁷ Die Pflegestufen sind Kategorien, in denen die Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit eingeordnet werden. Führen die Verhandlungen nicht innerhalb eines Zeitrahmens von 6 Wochen zu einem Ergebnis, so muss auch hier eine Schiedsstelle angerufen werden.³⁷⁸ Hierbei haben die Träger der Sozialhilfe das Recht, im Voraus zu verlangen, dass an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende mit den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern oder nur der Vorsitzende allein über die strittigen Fragen entscheiden soll.³⁷⁹

Für ambulante Pflegeleistungen kann das Bundesgesundheitsministerium mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung erlassen.³⁸⁰ Nur wenn diese Gebührenordnung keine Anwendung findet,³⁸¹ gelten dieselben Regelungen wie für stationäre Pflegeeinrichtungen.³⁸² Deshalb spielten Verhandlungen für die Gesetzliche Pflegeversicherung im ambulanten Bereich bisher kaum eine Rolle, da die Leistungen für die einzelnen Pflegestufen durch den Gesetzgeber vorgegeben worden sind.

Diese Sonderregelungen machen die Schiedsverfahren mit denen im Bereich des SGB V nur schwer vergleichbar, weshalb sie im Weiteren nicht näher untersucht werden.

375 SGB V § 89 Abs. 5 u. SchiedsVO (2001); Zu den Befugnissen der Aufsichtsbehörden siehe Abschnitt 6.3.3.

376 SGB XI § 85 Abs. 2.

377 SGB XI § 84 Abs. 2.

378 SGB XI § 85 Abs. 4.

379 SGB XI § 85 Abs. 5.

380 SGB XI § 90 f.

381 SGB XI § 89 Abs. 1.

382 SGB XI § 89 Abs. 2 u. 3.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung:³⁸³

Tabelle 1: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

	<i>Art der Leistung</i>	<i>Pflegestufe 1 erheblich Pflegebedürftige</i>	<i>Pflegestufe 2 Schwerpflegebedürftige</i>	<i>Pflegestufe 3 Schwerpflegebedürftige (Härtefälle)</i>
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis € monatlich	384	921	1.432 (1.918)
	Pflegegeld € monatlich	205	410	665
Pflegevertretung	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis €	205	0	665
- durch nahe Angehörige				
	- durch sonstige Personen	1432	1432	1432
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis € im Jahr	1432	1432	1432
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis € im Jahr	384	921	1432
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Leistungsbetrag bis € jährlich	460	460	460
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich	1023	1279	1.432 (1.688)
Pflege in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10% des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis € monatlich	31		
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	90% der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 € Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von	2557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	Je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis € monatlich (Beitrittsgebiet)	123 (103)	247 (207)	371 (311)

3.4 Leistungsbereiche mit teilweise geregelten Schiedsverfahren

3.4.1 Rettungswesen und Krankentransport

Der Bereich des Rettungswesens ist in Deutschland als Bestandteil der Gefahrenabwehr und der Daseinsvorsorge der Regelungszuständigkeit der Länder zugeordnet. Diese haben die damit zusammenhängenden Regelungen in Landesrettungsdienstgesetzen geregelt. In diesen wird geregelt, wer als Träger für die flächendeckende Sicherstellung des Rettungsdienstes zuständig ist. Weiterhin ist hier auch geregelt, welche Zuschüsse zu den Investitionskosten der Träger von den Ländern gewährt werden und welche Entgelte für die Nutzung des Rettungsdienstes erhoben werden. Diese Entgelte sollen gemäß dem Selbstkostendeckungsprinzip

383 BMGS (2004).

sämtliche Kosten des Rettungsdienstes abdecken, deren Finanzierung nicht anderweitig sichergestellt ist. Bei der Festsetzung dieser Entgelte lassen sich hierbei im Wesentlichen zwei Modelle ausmachen. Dies wird aus der Darstellung in der folgenden Übersicht 6 ersichtlich, in der die Regelungen zur Entgeltfestsetzung und die Verfahren für den Fall der Nichteinigung der an den Entgeltfestsetzungen beteiligten Akteure für die einzelnen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland dargestellt werden.

Übersicht 6: Vergleich der gesetzlichen Regelung der Finanzierung von Rettungsdienst und Krankentransport in den Bundesländern

<i>Bundesland</i>	<i>Regelung der Rettungsdienstentgelte</i>	<i>Verfahren bei Nichteinigung zwischen Leistungserbringern oder Trägern des Rettungsdienstes und Kostenträgern</i>
Baden-Württemberg	Vereinbarung von Benutzungsentgelten zwischen Leistungsträgern und Landesverbänden der Kostenträger ³⁸⁴	Festsetzung durch Schiedsstellen, ³⁸⁵ je Regierungsbezirk in der Landrettung, eine Landeschiedsstelle für Luft-, Berg- und Wasserrettungsdienst ³⁸⁶
Bayern	Vereinbarung von Benutzungsentgelten zwischen Leistungserbringern und Landesverbänden der Kostenträger ³⁸⁷	Festsetzung der Entgelte durch Schiedsstellenentscheidungen ³⁸⁸
Berlin	Bei Durchführung der Notfallrettung durch Feuerwehr: Festsetzung von Gebühren durch Senatsverwaltung. ³⁸⁹ Bei Durchführung durch andere Leistungserbringer: Vereinbarung zwischen Leistungserbringern, Landesverbänden der Krankenkassen, Verbänden der Ersatzkassen und der privaten Krankenkassen ³⁹⁰	Vor dem 24.06.2004 Festsetzung durch Senatsverwaltung ³⁹¹ Nach dem 24.06.2004 Festsetzung durch eine Schiedsstelle ³⁹²
Brandenburg	Kostendeckende Nutzungsgebühren auf Grundlage einer zwischen Trägern des Rettungsdienstes und Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Kosten- und Leistungsrechnung ³⁹³	Festsetzung durch Schiedsstelle bestehend aus je vier Vertretern von Trägern des Rettungsdienstes und der Kostenträger und einem unparteiischen Vorsitzenden ³⁹⁴
Bremen	Befristete Vereinbarungen zwischen Aufgabenträgern (Kommune) und Kostenträgern (Verbände der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften). ³⁹⁵	Festsetzung von Gebühren durch Aufgabenträger ³⁹⁶
Hamburg	Vereinbarungen zwischen der zuständigen Behörde ³⁹⁷ (oder anderen Leistungserbringern ³⁹⁸) und Verbänden der Krankenkassen	Festsetzung durch Schiedsstelle ³⁹⁹ (übergangsweise Gebührenfestsetzung durch Senat) ⁴⁰⁰
Hessen	Vereinbarungen von Leistungsentgelten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ⁴⁰¹	Festsetzung durch Schiedsstelle ⁴⁰²
Niedersachsen	Verhandlungen zwischen Trägern des Rettungsdienstes (Landrettung: Kommunen, Luftrettung: Land Niedersachsen) und Kostenträgern (Krankenkassen, Krankenversicherung, Unfallversicherung) über kostendeckende	Festsetzung von Nutzungsgebühren nach Niedersächsischen Kommunalabgabengesetz (Landrettung) bzw. Verwaltungskostengesetz (Luftrettung) ⁴⁰⁵

384 RDG-Baden-Württemberg, § 28 Abs. 3 u. 4.

385 RDG-Baden-Württemberg, § 28 Abs. 5 u. 6.

386 RDG-Baden-Württemberg, § 30

387 BayRDG (2003), Art. 24 Abs. 2 Satz 1

388 BayRDG (2003), Art. 24 Abs. 2 Satz 2 und Art. 22 Abs. 1 Satz 2

389 RettG Berlin (2004), § 20 .

390 RettG Berlin (2004), § 21 Abs. 1.

391 RettG Berlin (1993); § 21 Abs. 2.

392 RettG Berlin (2004), § 21 Abs. 2.

393 BbgRettG (1992), § 10.

394 BbgRettG (1992), § 10a.

395 BremHilfeG (2002), § 58 Abs. 1 Satz 1.

396 BremHilfeG (2002), § 58 Abs. 1 Satz 4.

397 HmbRDG (2003), § 10a Abs. 1

398 HmbRDG (2003), § 10a Abs. 2

399 HmbRDG (2003), § 10b.

400 HmbRDG (2003), § 10a Abs. 3

401 HRDG (1998), § 19 Abs. 1 u. § 8 Abs. 1 - 5

402 HRDG (1998), § 8 Abs. 6 u. 7.

<i>Bundesland</i>	<i>Regelung der Rettungsdienstentgelte</i>	<i>Verfahren bei Nichteinigung zwischen Leistungserbringern oder Trägern des Rettungsdienstes und Kostenträgern</i>
	Entgelte. ⁴⁰³ Mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragte Dritte nehmen an den Verhandlungen teil. ⁴⁰⁴	Optional Schlichtung durch Schiedsstelle für Streitigkeiten zwischen Trägern des Rettungsdienstes, Beauftragten und Kostenträgern ⁴⁰⁶
Nordrhein-Westfalen	Festsetzung von Benutzungsgebühren durch Träger des Rettungsdienstes ⁴⁰⁷	Verbände der Kostenträger können eine Begründung verlangen ⁴⁰⁸
Mecklenburg-Vorpommern	Landrettung: Vereinbarungen zwischen Trägern des Rettungsdienstes und Landesverbänden der Sozialleistungsträger ⁴⁰⁹ Luftrettung: Vereinbarungen zwischen Betreibern der Rettungshubschrauberstation und Landesverbänden der Kostenträger ⁴¹⁰	Landrettung: Festsetzung der Entgelte durch eine Schiedsstelle ⁴¹¹ Luftrettung: Festsetzung der Entgelte durch das Landes-Sozialministerium ⁴¹²
Rheinland-Pfalz	Vereinbarungen auf Landesebene von Entgelten zwischen Verbänden der Kostenträger und zuständigen Behörden und Landesverbänden der Sanitätsorganisationen ⁴¹³ (bedürfen der Genehmigung des Minister des Innern)	Festsetzung durch Schiedsstelle ⁴¹⁴ (bedürfen der Genehmigung des Minister des Innern)
Saarland	Teilweise Ausgabenübernahme durch das Saarland und Vereinbarung von Leistungsentgelten zwischen dem Rettungszweckverband Saarland und den Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung. ⁴¹⁵	Bei Nichteinigung Erhebung von Gebühren nach den Vorschriften des Kommunalabgabengesetzes ⁴¹⁶
Sachsen	Landrettung: Gebührenfestsetzung auf Grundlage von Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Trägern des Rettungsdienstes ⁴¹⁷ Luftrettung: Gebührenerhebung durch den Freistaat Sachsen durch Rechtsverordnung ⁴¹⁸	Geregelt entsprechend KHG § 18 Abs. 2 ⁴¹⁹
Sachsen-Anhalt	Erhebung von Benutzungsgebühren gemäß dem Kommunalabgabengesetz ⁴²⁰	Nicht vorgesehen
Schleswig-Holstein	Erhebung von Benutzungsgebühren gemäß dem Kommunalabgabengesetz ⁴²¹	
Thüringen	Vereinbarungen zwischen Aufgabenträgern und Kostenträgern ⁴²²	Gebührenerhebung durch Aufgabenträger nach Kommunalabgabenverordnung ⁴²³

Entweder werden durch die Kreise und kreisfreien Städte, welche in diesem Fall Träger des Rettungsdienstes sind, einseitig im Rahmen einer Abgabensatzung Benutzungsentgelte festgelegt, oder es finden zwischen den Leistungserbringern, Aufgabenträgern und den Krankenkassen Verhandlungen statt, in denen diese Benutzungsentgelte vereinbart werden.

Im ersten Fall werden die Entgelte auf Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung er-

403 NRettDG (2001), § 15 Abs. 1.

404 NRettDG (2001), § 15 Abs. 2.

405 NRettDG (2001), § 16.

406 NRettDG (2001), § 18 Abs. 1 (Neben dem Unparteiischen sind als Mitglieder je 2 Vertreter von Trägern des Rettungsdienstes und Beauftragten und 4 Vertreter der Kostenträger vorgesehen).

407 RettG NRW (2001), § 14 Abs. 1.

408 RettG NRW (2001), § 14 Abs. 2.

409 RDG M.-V. (2003), § 11 Abs. 1

410 RDG M.-V. (2003), § 11 Abs. 5.

411 RDG M.-V. (2003), § 11 Abs. 1.

412 RDG M.-V. (2003), § 11 Abs. 5.

413 RettRDG-Rheinland-Pfalz (1991), § 12 Abs. 2.

414 RettRDG-Rheinland-Pfalz (1991), § 12 Abs. 3 und RettRDG-Rheinland-Pfalz (1991), § 13.

415 SRettG (2004), §§ 9 u. 10.

416 SRettG (2004), § 10 Abs. 2.

417 SächsRettDG (1993), § 26 Abs. 3.

418 SächsRettDG (1993), § 26 Abs. 5.

419 SächsRettDG (1993), § 26 Abs. 3.

420 RettDG-LSA (1993), § 20 Abs. 2.

421 RDG-Schl.-H. (1998), § 8 Abs. 1 u. 2.

422 ThürRettG (2001), § 12 Abs. 2 und § 13 (Luftrettung).

423 ThürRettG (2001), § 12 Abs. 3 und § 13 (Luftrettung).

mittelt, die unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Krankenkassenverbände erarbeitet wird. Da hierbei den Krankenkassen oft nur ein Anhörungsrecht gewährt wird, hat der Bundesgesetzgeber in diesem Fall die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, ihre Leistungspflicht auf Festbeträge zu begrenzen. Diese Regelung ist getroffen worden, um übermäßigen Preissteigerungen wegen des fehlenden Wettbewerbes mit privaten Leistungserbringern zu begegnen. Diese Festbeträge sollen sich an den Kosten vergleichbarer Leistungen bei vertraglichen Vergütungsregelungen oder bei Vorhandensein mehrerer Leistungsanbieter am günstigsten unter diesen orientieren. Weiterhin können bei der Festsetzung der Entgelte durch Abgabenverordnungen die Krankenkassen Festbeträge festlegen, wenn in die einseitige Entgeltbemessung Kosten eingeflossen sind, die über den Sicherstellungsauftrag hinausgehen, oder die Leistungserstellung unwirtschaftlich ist.⁴²⁴

Bei der zweiten Art der Festlegung der Entgelte finden zwischen den Trägern der Leistungserbringer oder den zur Organisation und Sicherstellung des Rettungsdienstes verpflichteten Gebietskörperschaften und den Krankenkassen Verhandlungen statt. Hierbei können die Krankenkassen die Befugnis zum Vertragsabschluss ihrem Landes- oder Bundesverband übertragen. Diese Verträge beinhalten nur die Vergütungsvereinbarungen. Die Einzelheiten der Versorgung, wie Leistungsumfang oder Bedarfsfestlegung, ergeben sich aus den Rettungsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer.

Bei diesen Verhandlungen sollen die Vertreter der Krankenkassen sich an den jeweils preisgünstigsten verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten orientieren. Die Krankenkassen sind hier dazu verpflichtet, Preisvergleiche zwischen verschiedenen Anbietern vorzunehmen und darauf hinzuwirken, dass sich bei den Preisvereinbarungen an den günstigsten Angeboten orientiert wird. Hierdurch soll eine Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern ermöglicht werden, die wiederum zu einer für die Krankenkassen günstigen Preisentwicklung führen soll.⁴²⁵ Weiterhin sind sie auch hier durch das SGB V an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden.

Kommt es bei den Verhandlungen zu keiner Einigung, entscheidet entweder eine Schiedsstelle über die Festlegung der Entgelte oder selbige werden durch eine Behörde im Rahmen einer Gebührenordnung festgesetzt.

In der Übersicht 7 werden die Regelungen für die Finanzierung von Rettungsdienst und Krankentransport zusammengefasst.

Im Vergleich der verschiedenen Regelungen zur Finanzierung von Rettungsdienst und Krankentransport zeigt sich, dass die Streitschlichtung durch Schiedsstellen systematisch an

424 SGB V § 133; vgl. SVRKAiG (1991).

425 Abig, C., (2003), S. 122 f.

Verhandlungen zwischen Krankenkassen und deren Verbänden auf der einen Seite und Trägern des Rettungsdienstes oder den von ihnen beauftragten Leistungserbringern auf der anderen Seite geknüpft ist.

Übersicht 7: Zusammenfassung bestehender Vergütungsfestlegung für Rettungsdienst und Krankentransport in den Bundesländern

<i>Art der Festlegung</i>	<i>Gebührenfestsetzung</i>	<i>Verhandlungen</i>	
<i>Beteiligte</i>	Kommunal-/ Landesbehörden	Verbände der Financiers Aufgabenträger Leistungserbringer (Verbände)	
<i>Verfahren bei Nichteinigung in Verhandlungen / Nichteinverständnis bei Gebührenfestsetzung</i>		Festsetzung durch Behörde	Festsetzung durch Schiedsstelle
<i>Bundesländer</i>	Berlin (teilw.) Nordrhein-Westfalen Sachsen (Luftrettung) Sachsen-Anhalt Schleswig-Holstein	Berlin (bis 2004) Bremen Niedersachsen Mecklenburg-Vorpommern (Luftrettung) Saarland Thüringen	Berlin (ab 2004) Brandenburg Bayern Hamburg Hessen Niedersachsen Mecklenburg-Vorpommern (Landrettung) Rheinland-Pfalz Sachsen (Landrettung)

3.4.2 Arzneimittelversorgung

Nach dem Arzneimittelgesetz sind Arzneimittel als Stoffe oder Zubereitung von Stoffen definiert, die dazu bestimmt sind, am menschlichen oder tierischen Körper⁴²⁶ Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen, vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen, Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe abzuwehren, zu beseitigen oder unschädlich zu machen, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände zu beeinflussen. Da der Verbraucher die Wirkungen von Arzneimitteln nicht immer überblicken kann, unterliegt der Handel mit ihnen einer Reihe von Sicherheitsvorkehrungen. Diese betreffen Hersteller, Apotheker, Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Patienten, Überwachungsbehörden und Krankenkassen.⁴²⁷

Diese Regelungen umfassen die Arzneimittelzulassung, ihre Herstellung, den Vertrieb und die Preisgestaltung. Je nach den Risiken, welche von Arzneimitteln ausgehen, werden sie in folgende Gruppen eingeteilt:

- *Freiverkäufliche Arzneimittel* können in Apotheken, Reformhäusern und Lebensmittelgeschäften verkauft werden.
- *Apothekenpflichtige Arzneimittel* sind nur in Apotheken, aber ohne ärztliche Verordnung erhältlich.
- *Verschreibungspflichtige Arzneimittel* sind stets apothekenpflichtig und nur gegen Vorlage

426 AMG (1996), § 2.

427 Beske, F.; Hallauer, J. F. (2001), S. 158.

einer ärztlichen Verordnung erhältlich.

- *Betäubungsmittel* unterliegen wegen ihres hohen Abhängigkeitspotentials besonders scharfen Bestimmungen. Sie werden auf Basis des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverordnung nur auf besonderen Rezeptformularen abgegeben. Abgabe und Verbleib müssen nachgewiesen werden.

Im Rahmen dieser Arbeit sind vor allem die Bestimmungen interessant, die zu Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen führen. Derartige Bestimmungen betreffen die Preisgestaltung bei Arzneimitteln allerdings nur indirekt. Da der Gebrauch von Arzneimitteln im Wesentlichen durch das Ordnungsverhalten der Ärzte beeinflusst wird, versuchen die Verbände der Krankenkassen das Ordnungsverhalten der Ärzte bei den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu steuern. Damit gehören entsprechende Bestimmungen zu den Verträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen und werden bei Nichteinigung auch durch das entsprechende Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung geregelt.⁴²⁸

Zwischen den Spitzenverbänden der Apotheker und den Verbänden der Krankenkassen gibt es nur in einem Fall ein durch den Gesetzgeber vorgesehenes Schiedsamt. Dieser Fall betrifft den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung.⁴²⁹

In diesem Rahmenvertrag müssen die Verfahrensfragen zur Arzneimittelabrechnung geregelt werden und Maßregeln festgelegt werden für den Fall, dass Apotheker gegen ihre Pflichten aus SGB V § 29 Abs. 1 verstoßen. Weiterhin ist in diesem Vertrag zu regeln, in welcher Art und Weise die Spitzenorganisation der Apotheker die Daten zur Festsetzung von Festbeträgen nach SGB V § 35 den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung stellt. Diese Festbeträge muss der Gemeinsame Bundesausschuss für folgende Gruppen von Medikamenten festsetzen:

- Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen
- Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen
- Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkung.

Kommt ein solcher Rahmenvertrag nicht zustande, so wird er durch eine Schiedsstelle festgesetzt.⁴³⁰ Diese setzt sich aus Vertretern der Krankenkassen und Apotheker in gleicher Anzahl, dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammen.

Dieser Rahmenvertrag hat nur indirekten Einfluss auf die Preisgestaltung von Arzneimitteln. Außerdem gilt er nur für Apotheken, welche einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation der Apotheken angehören oder dem Rahmenvertrag direkt beitreten.⁴³¹

428 SGB V, § 31.

429 SGB V, § 129.

430 SGB V § 129 Abs. 7-10, § 300 Abs. 3 und 4.

431 SGB V § 129 Abs. 3.

3.5 Leistungsbereiche ohne geregelte Schiedsverfahren

3.5.1 Medizinische Rehabilitation

Rehabilitation im Allgemeinen umfasst die Gesamtheit der Maßnahmen, zur Behandlung eines durch Krankheit, durch ein angeborenes Leiden oder durch eine Schädigung körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus. Sie wird in medizinische, schulische, berufliche und soziale Rehabilitation unterteilt.⁴³²

Entsprechend der umfassenden Definition der Rehabilitation gibt es hier auch viele beteiligte Institutionen, die als Träger fungieren. Hauptsächlich sind die Gesetzliche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung beteiligt. Aber auch andere Träger, wie die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung, der Sozialhilfe oder auch die öffentliche Jugendhilfe finanzieren Maßnahmen zur Rehabilitation.⁴³³

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen gibt es eine grundsätzliche Aufgabenteilung zwischen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Vorsorgeleistungen und Anschlussheilbehandlungen gehören hierbei grundsätzlich zum Aufgabengebiet der Krankenversicherung. Medizinische Rehabilitationsleistungen werden der Gesetzlichen Rentenversicherung zugeordnet, wenn durch sie der Eintritt eines Rentenanspruchs aufgrund von Berufsunfähigkeit vermieden wird.⁴³⁴

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, bei Gesundheitsschäden mit funktionellen Einschränkungen durch Heilung oder Linderung von Krankheit sowie durch Prophylaxe von Folgeerkrankungen den Gesundheitszustand zu verbessern. Der Behandlungserfolg ist hierbei die Basis für weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen im schulischen, beruflichen oder sozialen Bereich. Die medizinische Rehabilitation ist von anderen Bereichen der Rehabilitation dadurch zu unterscheiden, dass es hierbei hauptsächlich um gesundheitliche Verbesserung nach einer Akutbehandlung oder einer chronischen Krankheit geht. Hierbei gilt allgemein der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.⁴³⁵ Damit ist gemeint, dass bevor eine Person wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit in Rente geht, durch Rehabilitationsmaßnahmen zumindest versucht werden soll, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Erst wenn diese Maßnahmen ohne Erfolg bleiben, soll einem Rentenantrag stattgegeben werden. Diese gesetzliche Prämisse soll dafür sorgen, dass zum einen die Rentenversicherung weniger Rentenleistungen zahlen muss und andererseits diese Personen durch die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess von Leistungsempfängern der Sozialversicherung zu Beitragszahlern werden. Aus diesen Erwägungen heraus sind die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht

432 Beske, F.; Hallauer, J. F. (2001), S.196.

433 Beske, F.; Hallauer, J. F. (2001), S.196.

434 BMG (2002), S. 47.

435 RehaAnglG § 7.

nur der vorrangige Financier der Rehabilitation,⁴³⁶ sondern auch gleichzeitig als Leistungserbringer in der Form tätig, dass sie auch Träger von stationären Reha-Einrichtungen sind.⁴³⁷

Die Gesetzlichen Krankenkassen dürfen für medizinische Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation, die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abschließen. Diese Einrichtungen werden für die Vertragsdauer für die Versorgung mit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zugelassen. Die Versorgungsverträge können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden. Hierbei soll ein Einvernehmen mit den für Krankenhausplanungen zuständigen Behörden angestrebt werden. Aus diesen Bestimmungen lässt sich schließen, dass es im Bereich der stationären Versorgung mit Rehabilitationsleistungen zwar Kontrahierungszwang aber keine Belegungspflicht gibt.⁴³⁸ Schiedsstellen oder -ämter sind nach SGB V nicht vorgesehen. Daneben können Rehabilitationseinrichtungen mit verschiedenen Akutkliniken oder Kostenträgern unterschiedliche Leistungspakete und Preise aushandeln. Bestandteil solcher Leistungspakete kann auch eine Belegungszusage durch den Kostenträger sein.⁴³⁹

3.5.2 Heil- und Hilfsmittel

Heil- und Hilfsmittel sind Sach- oder Dienstleistungen, die den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder eine Behinderung vermeiden sollen. Hierbei werden Heilmittel im Vergleich zu Arzneimitteln überwiegend äußerlich angewendet. Hierunter fallen zum Beispiel die physikalische Therapie oder auch die Sprech- und Sprach-Therapie. Über ihre Anwendung geben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen heraus.⁴⁴⁰

Hilfsmittel sind dagegen überwiegend Sachleistungen, wie Körperersatzstücke oder orthopädische Hilfsmittel. Auch Brillen, andere Sehhilfen und Krankenfahrstühle zählen zu ihnen. Eine genaue Aufzeichnung der von der Leistungspflicht der Krankenkassen umfassten Hilfsmittel ist in einem Hilfsmittelverzeichnis ausgewiesen, das die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen und im Bundesanzeiger veröffentlichen müssen.⁴⁴¹

In beiden Versorgungsbereichen werden die Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern erstellt, die für die Versorgung zugelassen sein müssen. Die Bestimmung der für die Zulassung nötigen Qualifikationen ist in SGB V §§ 126 (Hilfsmittel) und 124 (Heilmittel)

436 RehaAnglG, § 6.

437 Adomeit, A.; Kilian, P. H.; Messemer, J.; Salfeld, R.; Schmid, A. (2001), S. 210.

438 Adomeit, A.; Kilian, P. H.; Messemer, J.; Salfeld, R.; Schmid, A. (2001), S. 217 f.

439 Adomeit, A.; Kilian, P. H.; Messemer, J.; Salfeld, R.; Schmid, A. (2001), S. 213, 217 u. 220.

440 SGB V § 125.

441 SGB V § 128.

geregelt. Die Zulassungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt und können von diesen auch unter bestimmten Bedingungen widerrufen werden.⁴⁴²

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und den Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln werden in Rahmenverträgen geregelt, die zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen abgeschlossen werden.⁴⁴³ Die in diesen Verträgen vereinbarten Festpreise haben den Charakter von Festbeträgen. Im Bereich der Hilfsmittel ist es den Krankenkassen ausdrücklich erlaubt, Preisvergleiche durchzuführen und Ärzte und Versicherte auf preisgünstigere Versorgungsmöglichkeiten hinzuweisen. Allerdings können diese Hinweise im Rahmen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung gerichtlich überprüft werden.⁴⁴⁴ Schiedsstellen oder -ämter sind für diese Versorgungsbereiche nicht vorgeschrieben, da die Steuerung der Nachfrage nach Heil- und Hilfsmitteln über die Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, indem hier auch durch Vereinbarung von Budgets festgelegt wird, welche Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel durch die Vertragsärzte veranlasst werden dürfen. Streitfragen zu diesen Budgets werden dementsprechend auch durch die Schiedsämter für vertragsärztliche Versorgung entschieden.

3.5.3 Neue Versorgungsformen nach GKV-Modernisierungsgesetz

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 sind den Krankenkassen in einigen Bereichen Möglichkeiten eröffnet oder erweitert worden, Direktverträge mit Leistungserbringern zu schließen, ohne dass die Verbände der Leistungserbringer oder der Krankenkassen daran mitwirken müssen. Hiedurch sollen bisherige Hemmnisse für die Einführung neuer Versorgungsstrukturen beseitigt werden, die vor allem in der Festlegung der Verhandlungsebene auf Kollektivebene gesehen wurden.⁴⁴⁵ Diese Direktverträge sind als Gegenstück zum Kollektivvertrag zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen gedacht, welche für alle Krankenkassen und Ärzte als Zwangsmitglieder verbindlich sind.⁴⁴⁶ Dagegen sollen die Direktverträge dem einzelnen Leistungserbringer die Möglichkeit eröffnen, individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln.⁴⁴⁷ Direktverträge können in drei Bereichen abgeschlossen werden.

Der erste Bereich ist die so genannte hausärztliche Versorgung. Hier wurde durch Einfügung des § 73 b in das SGB V durch Artikel 49 des GMG die Errichtung hausarztzentrierter Versorgungsmodelle durch die Krankenkassen geregelt. Diese Versorgungsform ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Versicherten einer Krankenkasse schriftlich dazu verpflichten

442 SGB V § 126 (Hilfsmittel) Abs. 4 bis 6 und § 124 (Heilmittel) Abs. 2 bis 5.

443 SGB V § 127 Abs. 2 und SGB V § 125 Abs. 5

444 Siehe hierzu Abschnitt 6.3.2.

445 Jacobs, K.; Schröder, W. F. (1999), S.18.

446 BMGS-Redaktionsbüro Gesundheit (2004a).

447 Gerst, T. (2004), S. 307.

können, ambulante fachärztliche Leistungen nur nach Überweisung durch einen Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dieser Hausarzt muss einen Vertrag mit der Krankenkasse des Versicherten haben. Der Versicherte bleibt im Regelfall für mindestens ein Jahr an seine Entscheidung gebunden.⁴⁴⁸ Um diese hausarztzentrierte Versorgung sicherzustellen, müssen die Krankenkassen mit geeigneten Leistungserbringern Verträge abschließen.⁴⁴⁹ Sie haben dabei die Auswahl zwischen besonders geeigneten niedergelassenen Hausärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren.⁴⁵⁰ Es besteht kein Anspruch auf einen Vertragsabschluss.⁴⁵¹ Bei der Regelung der Vergütung wurde es vom Gesetzgeber der Gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen zu entscheiden, ob und wie die Vergütungen für die hausarztzentrierte Versorgung auf die Gesamtvergütungen nach §§ 85 und 85a anzurechnen sind.⁴⁵² Diese Regelungen können wiederum relevant für Schiedsstellenanrufungen werden.

Eine weitere Möglichkeit zum Abschluss individueller Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern hat der Gesetzgeber für die Versorgung chronisch kranker Versicherter in so genannten Disease-Management-Programmen (DMP) geschaffen. Ziel dieser Programme ist es, Patienten mit chronischen Erkrankungen durch eine abgestimmte kontinuierliche Behandlung und Betreuung so zu versorgen, dass das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit vermieden und damit die Lebensqualität der Patienten verbessert wird. Als Nebeneffekt soll sich durch die bessere Abstimmung der Behandlung zwischen den beteiligten Leistungserbringern auch eine wirtschaftlichere Versorgung ergeben.⁴⁵³ Die Teilnahme an den Programmen ist für die Versicherten freiwillig. Im Rahmen von DMP können ambulante Leistungen sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhäusern erbracht werden. Diese Programme werden seit dem Jahr 2002 im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt und im Risikostrukturausgleich gefördert. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) haben die Krankenkassen auch die Möglichkeit erhalten, zusätzliche finanzielle Anreize für solche Patienten zu schaffen, die sich in derartige Programme einschreiben und sich aktiv daran beteiligen.

Der dritte Bereich, in dem seit dem Jahr 2004 individuelle Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen werden können, betrifft Verträge zur integrierten Versorgung. Mit dieser Versorgungsform wird das Ziel verfolgt, die bisher oft mangelhafte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern.⁴⁵⁴ Die Krankenkassen sollen über die Integrierte Versorgung die Möglichkeit erhal-

448 SGB V § 73 b Abs. 1 und GMG Artikel 49.

449 Rabbatta, S. (2004), S. A1218.

450 Butz, N. (2004), S. 9.

451 SGB V § 73 b Abs. 2 und GMG Artikel 49.

452 SGB V § 73 b Abs. 3 und GMG Artikel 49.

453 BMGS-Redaktionsbüro Gesundheit (2004b).

454 Clade, H. (1999), S. A1762.

ten, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, in der die verschiedenen Leistungserbringer koordiniert zusammenwirken.⁴⁵⁵ Um die Anschubfinanzierung sicherzustellen, hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Krankenkassen den Krankenhäusern und Kassenärzten bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung abziehen und für Integrierte Versorgung ausgeben dürfen.⁴⁵⁶ In diesem die Auslegungen dieser Bestimmungen zur Finanzierung der neuen Versorgungsformen ging es in einem Schiedsverfahren zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und der AOK-Bayern zu den Vergütungsregelungen der Jahre 2004 und 2005.⁴⁵⁷ Hier forderte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern unter anderem, dass die Notwendigkeit der Abzüge durch Vorlage der entsprechenden Verträge nachgewiesen wird.⁴⁵⁸ Die AOK-Bayern wollte dagegen neben den bestehenden Verträgen auch die in Kürze noch abzuschliessenden Verträge mit berücksichtigen.⁴⁵⁹

Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet bei der Integrierten Versorgung außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen statt.⁴⁶⁰ Somit liegt die Vertragsgestaltung bei den einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern, welche sich zur Zusammenarbeit innerhalb der Integrierten Versorgung entschließen.

Den drei hier vorgestellten „neuen“ Versorgungsformen ist gemeinsam, dass es keine Verpflichtung der Krankenkassen oder der Leistungserbringer gibt, Verträge abzuschließen. Auch die Verhandlungsebene ist von der Verbandsebene auf die Ebene der einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringer verschoben. Weiterhin ist die Teilnahme an diesen Versorgungsformen für alle Beteiligten freiwillig. Dies betrifft Versicherte oder Patienten genauso wie Krankenkassen und Leistungserbringer.

Durch den fehlenden Zwang zur Kontrahierung entfällt auch die Notwendigkeit von Schiedsverfahren.

3.6 Schiedsstellenähnliche Institutionen

3.6.1 Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Erarbeitung von Richtlinien für die medizinische Versorgung

Die Festlegung der Leistungen, die durch die Gesetzlichen Krankenkassen für die in ihr versicherten Personen zu übernehmen sind, ist von grundlegender Bedeutung für alle weiteren Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Hier wird nämlich

455 Kritisch hierzu: Kostuj, T. (2001), S. A2568.

456 Richter-Kuhlmann, E. A. (2004), S. A156.

457 In diesem Verfahren konnte laut Anschreiben der KVB an die Schiedsamtmitglieder vom 14.12.2004 eine Einigung der Vertragspartner nach mündlicher Verhandlung erzielt werden.

458 KVB (2004), S. 5.

459 AOK Bayern (2004), S. 6 und S. 25.

460 Flintrop, J. (2003), S. 440.

festgelegt, in welchem Umfang medizinische und andere krankheitsbedingte Sachleistungen durch die Solidargemeinschaft den Versicherten einer Gesetzlichen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden müssen. Diese Frage gewinnt vor der laufenden Personalzusatzkostendiskussion immer stärker an Bedeutung, insbesondere, wenn man die zu diesem Problem geäußerten Reformvorschläge von Regierung und Opposition verfolgt.

Für die Leistungserbringer hat die Festlegung des Leistungskataloges die Bedeutung, dass sie ausschließlich die dort genannten Leistungen für Kassenpatienten erbringen und gegenüber den Krankenkassen abrechnen dürfen. In diesem Katalog nicht genannte Leistungen können nur im Rahmen der Privatliquidation nach der GOÄ abgerechnet werden. Umgekehrt ist es nicht erlaubt, Leistungen aus diesem Katalog gegenüber Kassenpatienten im Rahmen der Privatliquidation in Rechnung zu stellen. Aufgrund der hohen sozialpolitischen Bedeutung ist der Leistungskatalog auch im SGB V in den Paragraphen 11 bis 62 festgeschrieben. Er ist für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich und kann nur in sehr begrenzten Maße durch Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen ergänzt werden. Die einzelnen Leistungsarten und deren gesetzliche Regelung ist in folgender Übersicht zusammengefasst:

Übersicht 8: Leistungsarten der GKV und deren Regelung in SGB V

<i>Leistungsarten nach SGB V § 11</i>	<i>Gesetzliche Regelung in SGB V</i>
Zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch	§§ 20 bis 24b
Zur Früherkennung von Krankheiten	§§ 25 und 26
Behandlung einer Krankheit	§§ 27 bis 43 b und § 52
Krankengeld	§§ 44 bis 51
Sterbegeld	§ 58
Fahrtkosten	§ 60

Sämtliche Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V, wonach sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Außerdem dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Weiterhin gilt der Grundsatz, dass die Versorgung bedarfsgerecht, gleichmäßig verteilt und dem allgemein anerkannten Stand der Medizin entsprechen muss.⁴⁶¹

Die Entscheidung, ob eine Leistung die genannten Kriterien erfüllt und somit in den Leistungskatalog aufgenommen wird, traf bis zum Jahr 2003 im ambulanten Bereich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.⁴⁶²

461 SGB V § 70.

462 SGB V § 91.

Im stationären Bereich wurden die entsprechenden Entscheidungen bis in das Jahr 2003 vom Bundesausschuss Krankenhaus getroffen.

Zur Koordinierung zwischen den verschiedenen Bundesausschüssen wurde im Jahr 2000 der Koordinierungsausschuss nach SGB V § 137e eingeführt. Dieser sollte auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für eine sowohl medizinisch als auch wirtschaftliche Leistungserbringung für einzelne Krankheitsbilder beschließen. Hierbei sollte auch eine sektorenübergreifende Steuerung erreicht werden.⁴⁶³

Mit dem GMG wurden im Jahr 2004 diese Ausschüsse auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst. Diesem wurde zur fachlichen Unterstützung das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zugeordnet. Hierdurch ergibt sich die folgende Struktur:

Abbildung 17: Gemeinsamer Bundesausschuss nach GMG



Quelle: Rebscher (2004).

Der prinzipielle Aufbau des Gemeinsamen Bundesausschusses und seiner Unter-Ausschüsse entspricht weitgehend dem Aufbau der Schiedsstellen. Der grundlegende Unterschied zu den Entgeltverhandlungen besteht darin, dass vorher keine Verhandlungen zwischen den Parteien stattfinden.

Auch die Erarbeitung von Richtlinien obliegt in der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Weiterhin ist der Gemeinsame Bundesausschuss als Nachfolger des Koordinierungsausschusses mit der Erstellung von Richtlinien für die sektorübergreifende Behandlung von

463 Maus, J. (2000), S. A2579 f.

Krankheitsbildern befasst.⁴⁶⁴ Diese Richtlinien befassen sich vor allem mit sektorübergreifenden Behandlungsprogrammen von chronischen Krankheiten.

Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen auch eine verbindliche Vorgabe für die Schiedsstellen auf Landesebene dar. Sie müssen bei der Festlegung ihrer Entscheidungen den Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen. Dieser wird durch die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses operationalisiert. Kann dieser Stand der Versorgung nicht mit den gegebenen Ressourcen sichergestellt werden, so müssen auch die Schiedsstellen vom Ziel der Beitragssatzstabilität abweichen.

3.6.2 Bewertung von Diagnose- und Behandlungsverfahren

Zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen soll im Rahmen der Bundesmantelverträge ein einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen festgelegt werden. In diesem EBM wird sowohl der Inhalt, als auch das wertmäßige Verhältnis der gegenüber der GKV abrechenbaren medizinischen Leistungen zueinander festgelegt. Diese Festlegung erfolgt für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung jeweils in einem Bewertungsausschuss, welcher aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beziehungsweise von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern besteht. Der Vorsitz wird abwechselnd von einem Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen geführt.⁴⁶⁵

Kommt es in diesem Gremium zu keiner Einigung, so wird der Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert.⁴⁶⁶ Dieser Erweiterte Bewertungsausschuss entspricht im Aufbau und der Funktion wieder einem Schiedsamt auf Bundesebene.⁴⁶⁷

Die hohe wirtschaftliche Bedeutung dieses Gremiums wird deutlich, wenn man die Diskussionen um die EBM-Reform seit 1998 beobachtet. Hierbei konnte man auch die unterschiedlichen Zielstellungen der beteiligten Parteien verfolgen.⁴⁶⁸

Die Leistungserbringer strebten bei der Abschaffung der 1997 eingeführten Praxisbudgets eine betriebswirtschaftlich sichere Kalkulationsgrundlage und eine zumindest teilweise Übernahme des Morbiditätsrisikos, soweit es sich auf die Fallzahl bezieht, durch die Kran-

464 AOK Mediendienst (2001); vgl. auch Zipperer, M.; am Odre, Bettina (2001), S. 175.

465 SGB V § 87 Abs. 1 – 3.

466 SGB V § 87 Abs. 4.

467 Maus, J. (2001), S. A569.

468 Maus, J. (2004).

kenkassen an.⁴⁶⁹

Die Krankenkassen lehnten die Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Grund des aus ihrer Sicht nicht tragbaren Finanzierungsmehrbedarfs ab und setzten in ihrem Gegenentwurf auf eine Verstärkung der Rolle des Hausarztes in seiner Lotsenfunktion im Gesundheitswesen sowie auf eine verbesserte Kooperation von Haus- und Fachärzten.⁴⁷⁰

Für den vertragszahnärztlichen Bereich ist der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen zuständig. Dieser setzt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (hier „Bema“ genannt) für zahnärztliche Leistungen fest. Er nimmt auch die Beschreibung abrechenbarer Leistungen vor, übernimmt die Bewertung in Punkten und setzt hiermit die Bewertungsrelationen fest.⁴⁷¹ Er setzt sich paritätisch aus Vertretern von Krankenkassen und Zahnärzten zusammen. Können sich die Mitglieder nicht einigen, so wird er um weitere vier neutrale Mitglieder und einen Vorsitzenden zum Erweiterten Bundesausschuss erweitert.⁴⁷²

Auch hier zeigt sich, dass der schiedsstellenähnliche Aufbau der Bewertungsausschüsse aus dem gesetzlichen Zwang zur Einigung innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung resultiert.

3.7 Schiedsverfahren – In- oder Outside-Option im „Verhandlungsspiel“?

Um die Frage zu klären, ob Schiedsverfahren eine Outside-Option im „Verhandlungsspiel“ sind, muss man zunächst klären, was unter dem Begriff Outside-Option zu verstehen ist. In der Spieltheorie versteht man hierunter eine Handlungsalternative eines Spielers in nicht-kooperativen Spielen, in welcher dieser Spieler ohne Mitwirken der anderen Mitspieler eine (sichere und positive) Auszahlung erhält.⁴⁷³ Er kann also aus dem Spiel heraus optieren. Eine solche Outside-Option ist in Abbildung 18 dargestellt.⁴⁷⁴

In diesem Beispiel hat Spieler 1 die Möglichkeit, durch Wahl der Option O eine Auszahlung von 49 ohne Mitwirken von Spieler 2 zu erhalten. Er kann sich aber auch durch Wahl der Option V für Verhandlungen mit Spieler 2 entscheiden. Bei Wahl dieser Option stehen dann 100 Einheiten zur Verteilung. Spieler 2 hat wiederum die Möglichkeit, dem Spieler 1 entweder eine „faïres“ Angebot zu unterbreiten, in welchem der Verhandlungsnutzen im Verhältnis 50:50 aufgeteilt wird, oder ein extrem „unfaïres“ Angebot, in welchem Spieler 1 eine Einheit des Verhandlungsnutzens und Spieler 2 die restlichen 99 Einheiten des Verhandlungsnutzens erhalten. Spieler 1 kann dieses Angebot entweder annehmen oder ablehnen. Eine Ablehnung

469 Schorre, W. (1998), S. A1222 f.

470 Rabbata, S. (2002), S. A3065.

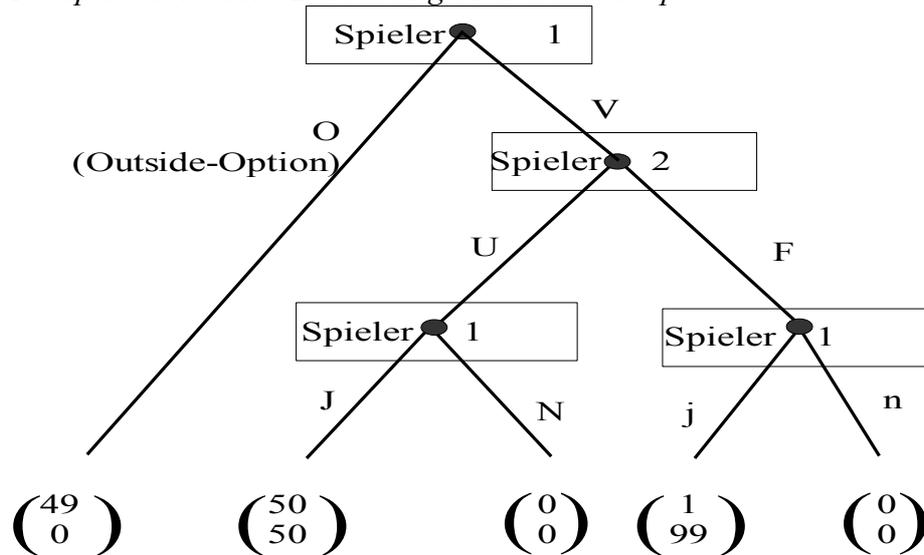
471 Maibach-Nagel, E.; Prchala, G. (2003); Kassenzahnärztliche Vereinigung (2003), S. 3.

472 SGB V § 87 d.

473 Mutho, A. (1995), S. 293.

474 Güth, W. (1999), S.122 f..

Abbildung 18: Spieltheoretische Darstellung einer Outside-Option



Quelle: Güth (1999)

hätte jeweils zur Folge, dass kein Vertrag zustande kommt und demnach auch kein Nutzen aus dem Vertrag zur Verteilung steht. Man kann erkennen, dass durch das Vorhandensein der Outside-Option die Verhandlungsmacht von Spieler 1 gestärkt wird, da er nicht auf ein „unfares“ Angebot von Spieler 2 eingehen muss, um ein Einkommen zu erzielen. Vielmehr muss das Angebot von Spieler 2 Spieler 1 eine höhere Auszahlung bringen, als Spieler 1 durch Wahl der Outside-Option erreichen kann. Dies zeigt, dass das Vorhandensein einer solchen Option die Verhandlungsstärke von Spieler 1 stärkt.⁴⁷⁵ Dies hat zur Folge, dass Spieler 2 bei vollständiger Information über das Spiel keinen Anreiz hat, ein „unfares“ Angebot zu unterbreiten.⁴⁷⁶ Liegt die Auszahlung der Outside-Option über den in den Verhandlungen erreichbaren Auszahlungen, so wird ein rationales Wirtschaftssubjekt die Outside-Option wählen, ohne in Verhandlungen zu treten.⁴⁷⁷

Auch das Schiedsverfahren kann als Outside-Option zu den Verhandlungen im Gesundheitswesen gesehen werden.⁴⁷⁸ Betrachtet man das typische Schiedsverfahren, so erkennt man, dass diese keine Outside-Option zu den Verhandlungen sind. So müssen zum Beispiel erst Verhandlungen geführt worden sein, bevor eine Schiedsstelle angerufen werden kann. Weiterhin sind die Schiedsstellen an dieselben gesetzlichen Grundlagen gebunden wie die anderen Verhandlungsparteien in den Vertragsverhandlungen. Die Schiedslösung ist also nicht unabhängig von den Verhandlungen und sie bietet auch nicht die Möglichkeit, ohne Mitwirkung der anderen Spieler eine sichere Auszahlung zu erzielen.⁴⁷⁹ Die Unsicherheit der Parteien über die Aufteilung der Auszahlungen gilt als ein wesentliches Merkmal von

475 Mutho, A. (1995), S. 294.

476 Mutho, A. (1995), S. 295 f.

477 Goeree, J. K.; Holt, C. A. (2001), S. 1407.

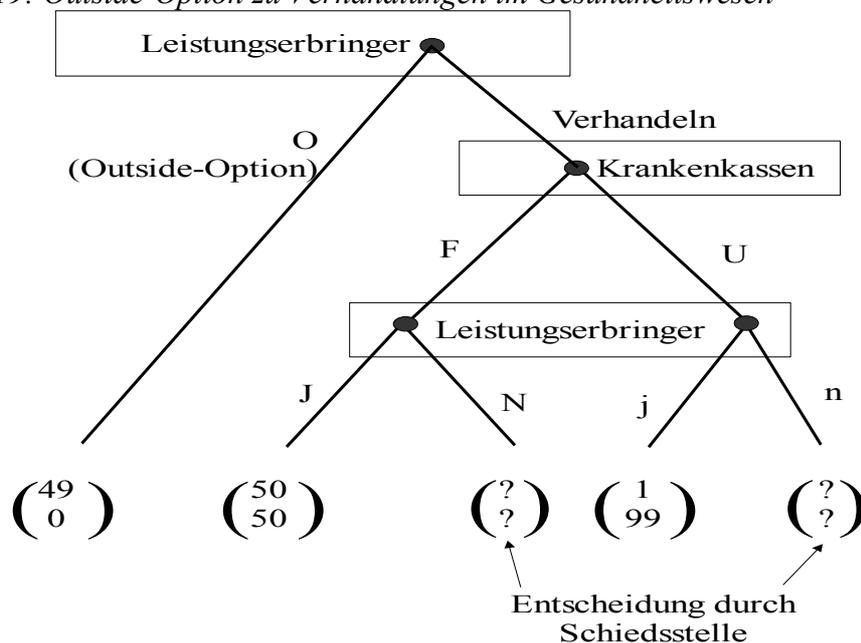
478 Gehendges, G. (2000).

479 Mutho, A. (1995), S. 293.

Schiedsstellen.⁴⁸⁰ Somit bildet die Anrufung der Schiedsstelle eine Handlungsalternative der Parteien in den Verhandlungen, aber keine Alternative zu diesen. Das zeigt auch die folgende, in Anlehnung an die Darstellung in Abbildung 18 ausgeführte Abbildung 19, aus welcher hervorgeht, dass die Schiedsverfahren erst nach einer gescheiterten Verhandlung stattfinden und hier die Alternative der Ablehnung des Angebotes der Gegenpartei darstellen.

Falls jedoch das Ergebnis des Schiedsverfahrens mit einer gewissen Sicherheit abzusehen ist, wie zum Beispiel bei einer proportionalen Nutzenaufteilung durch den Vorsitzenden⁴⁸¹, und für eine Partei ein günstiges Ergebnis zu erwarten ist, kann man Schiedsverfahren durchaus als Outside-Option betrachten.⁴⁸²

Abbildung 19: Outside-Option zu Verhandlungen im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Güth (1999)

Natürlich stellt sich die Frage, ob es überhaupt Outside-Optionen zu den Verhandlungen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung gibt. Diese Frage kann man für einige Bereiche des Gesundheitswesens durchaus bejahen. Die Vertreter der Kassenverbände haben zum Beispiel in den Verhandlungen im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich die Wahl, entweder als Einzelverband oder mit anderen Verbänden zusammen mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zu verhandeln. Seit der Einführung des GMG besteht außerdem die Möglichkeit auf Ebene der Einzelakteure (Mikro-Ebene), Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu innovativen Versorgungsformen abzuschließen. Da hierzu nicht mehr die Zustimmung der Verbände erforderlich ist, können hier Auszahlungen außerhalb des „Verhandlungs-Spiels“ erzielt werden. Ob diese Outside-Optionen einen Einfluss auf die übrigen

480 Farber, H. S.; Katz, H. C. (1979), S. 57; Feigenbaum, C. (1975), S. 312; Riddell, W. C. (1981), S. 588.

481 Siehe Abschnitt 5.1.3.4.

482 Groser, M. (1989), S. 147 f.

Verhandlungen haben, hängt unter anderem davon ab, welchen Anteil die sicheren Auszahlungen für die Parteien im Verhältnis zur gesamten Spielsumme haben.⁴⁸³

Neben der Outside-Option gibt es für die Leistungserbringer auch noch eine Exit-Option. Diese bedeutet, dass sich Leistungsanbieter zum Beispiel aus der Versorgung der gesetzlich Versicherten zurückziehen und sich auf die Versorgung von Privatpatienten spezialisieren können. Diese Option ist jedoch aufgrund eines Anteils der Privatpatienten von nur etwa 10 Prozent der Bevölkerung eher unglaublich. Eine weitere Outside-Option besteht im Abschluss von Verträgen zu den neuen Versorgungsformen des GMG, da hier für die Vertragspartner sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Leistungserbringer die Möglichkeit besteht, außerhalb der Kollektivverhandlungen Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten zu treffen.

3.8 Vergleich mit anderen Schiedsverfahren

Bei der ordnungspolitischen Einordnung der Schiedsverfahren im Bereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung stellt sich natürlich die Frage, ob es nicht ähnliche Verfahren in anderen Bereichen gibt. Zumindest dem Begriff nach lassen sich weiter Beispiele für Schiedsstellen finden. So haben Schiedsstellen zum Beispiel im Bereich der Streitschlichtung im internationalen Handel eine wesentliche Bedeutung. Auch im Bereich des Zivilrechtes gibt es oft die Möglichkeit, Streitfragen durch Hinzuziehen einer Schiedsstelle zu lösen. Allen diesen Verfahren ist gemeinsam, dass sich die Beteiligten freiwillig auf die Streitschlichtung durch eine Schiedsstelle einigen.⁴⁸⁴ Dies geschieht entweder in Ermangelung eines zuständigen Gerichtes oder zur Vermeidung eines gerichtlichen Prozesses.⁴⁸⁵ Hierzu treffen die Beteiligten eine Vereinbarung in Form eines Schiedsvertrages.⁴⁸⁶ Diese Schiedsgerichte haben auch hoheitlichen Charakter, und der Schiedsrichter entscheidet grundsätzlich nicht nach Zweckmäßigkeitserwägungen, sondern nach Rechtsvorschriften.⁴⁸⁷ Somit unterscheidet sich das zivilrechtliche Schiedsverfahren nur durch das weniger formale Verfahrensrecht vom normalen Gerichtsverfahren in Zivilsachen.⁴⁸⁸

Auch im Gesundheitswesen gibt es ähnliche freiwillige Schlichtungsstellen, zum Beispiel um Streitfragen zwischen Leistungserbringern und Patienten zu schlichten. Bei den Streitfragen handelt es sich meistens um Fragen der unterschiedlichen Auslegung eines Vertrages. Dies setzt voraus, dass vorher zumindest ein Vertragsabschluss stattgefunden haben muss. Hier besteht auch der Hauptunterschied zu den Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung

483 Kahn, L. M.; Murnighan, J. K. (1993), S. 1277 ff.

484 Engelhardt, H. (1992), S. 32 ff., vgl. auch: Schütze, R. A.; Tscherning, D.; Wais, W. (1985).

485 Devasagayam, P. R. (2003), S. 3 f.

486 Oppenhoff, W. (1992), S. 23 ff.; Tirole, J. (1999), S. 68 f.

487 ZPO § 1051.

488 Ott, S. (2000), S. 10.

des Gesundheitswesens. Die Schiedsstellen in der Selbstverwaltung werden aktiv, um die Inhalte von (Kollektiv-)Verträgen festzusetzen und nicht um aus bestehenden Verträgen herrührende Streitfragen zu lösen. Derartig in die Zukunft gerichtete Vermittlungstätigkeit zwischen zwei Parteien leisten ansonsten vor allem die Schlichter bei den Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften. Da es auch hier prinzipiell um Entgeltverhandlungen geht, sollen im folgenden die Schlichtungsverfahren bei Tarifverhandlungen genauer betrachtet und mit den Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung verglichen werden.

3.9 Analogien und Unterschiede zur Schlichtung im Arbeitskampf

3.9.1 Vergleich der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen

Ein Vergleich zwischen den Verhandlungen im Gesundheitswesen und den Tarifverhandlungen wurde schon durch Herder-Dorneich angeregt, da es sich in beiden Fällen um so genannte Gruppenverhandlungen und somit um eine Steuerung auf mittlerer Ebene handelt.⁴⁸⁹

Beim Vergleich zwischen den Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und den Schlichtungsverfahren bei Tarifverhandlungen interessieren vor allem die folgenden Fragestellungen:

- Wer wird in den Verfahren durch wen vertreten?
- Wie sind diese Vertreter legitimiert?
- Was wird verhandelt?
- Welche Ziele verfolgen die Verhandlungsparteien?
- Wer ist durch das Ergebnis der Verfahren betroffen?
- Auf welcher Grundlage beruht die Teilnahme am Verfahren?
- Welche Alternativen haben die Verhandlungspartner und die durch sie vertretenen Interessengruppen?
- Welche Drohpotenziale besitzen die Verhandlungsparteien?
- Welche Druckmittel können die Verhandlungsparteien während der Verhandlung einsetzen?
- Wie verbindlich sind die Vermittlungsergebnisse für die Parteien?
- Welchen Zweck verfolgen die Vermittlungsverfahren?

In der Übersicht 9 werden die Antworten auf diese Fragen für die beiden Verfahrensarten gegenübergestellt:

489 Herder-Dorneich, Ph. (1981), S. 39.

Übersicht 9: Vergleich von Schiedsverfahren im Gesundheitswesen und Schlichtung bei Tarifverhandlungen

	<i>Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung nach SGB V</i>	<i>Schlichtungsverfahren bei Tarifverhandlungen</i>
Streitparteien	Leistungserbringer Krankenkassen	Arbeitnehmer Arbeitgeber
Vertreter der Parteien	Verbände der Leistungserbringer Verbände der Krankenkassen	Gewerkschaften Arbeitgeberverbände
Rechtsform der Verhandlungspartner	Körperschaften öffentlichen Rechtes	Privatrechtliche Vereine
Legitimation der Vertreter	Wahlen innerhalb der Verbände Verbände sind Körperschaften öffentlichen Rechtes	Wahlen innerhalb der Verbände
Verhandlungsgegenstand	Entgelte für medizinische Leistungen	Löhne Arbeitsbedingungen Beschäftigung
Ziele der Verhandlungspartner	Verbände der Leistungserbringer: angemessene Einkommen Krankenkassenverbände: kostengünstige Leistungserstellung	Gewerkschaften: hohe Löhne, hohe Beschäftigung, Arbeitsbedingungen Arbeitgeberverbände: annehmbare Arbeitskosten
Betroffene	Direkt: Leistungserbringer und Krankenkassen Indirekt: Beitragszahler, Versicherte, Patienten	Direkt: Arbeitnehmer, Arbeitgeber (soweit in Gewerkschaften/Arbeitgeberverbänden organisiert) Indirekt: Staat, Sozialversicherung
Rechtsgrundlage	SGB V	Grundgesetz: Tarifautonomie
Alternativen	keine	Austritt aus den Verbänden und individuelle Verträge
Drohpotenziale	Nicht glaubhaft	Arbeitskampfmaßnahmen
Druckmittel	Fortdauer der alten Verträge	Arbeitskampfmaßnahmen (während der Schlichtung meistens ausgesetzt)
Verbindlichkeit des Vermittlungsergebnisses	Für beide Parteien verbindlich	Beide Parteien müssen zustimmen
Zweck des Verfahrens	Sicherstellung der Versorgung	Vermeidung von Arbeitskämpfen

Aus diesem Vergleich ergeben sich als Gemeinsamkeiten, dass es sich beim Verhandlungsgegenstand um Fragen des Entgeltes von Leistungen handelt. Ziel der Verhandlungen sind Verträge, welche für den Zeitraum nach den Verhandlungen gültig werden.⁴⁹⁰ Weiterhin sind die Verhandlungspartner gewählte Vertreter von Interessengruppen.⁴⁹¹ Diese Interessengruppen verfolgen entweder Einkommens- oder Kostenziele. In beiden Fällen werden unparteiische Dritte hinzugezogen, wenn man in den Verhandlungen zu keinem für beide Seiten akzeptierbaren Ergebnis kommt. Bei den Zielsetzungen entsprechen die Gewerkschaften den Verbänden der Leistungserbringer und die Arbeitgeberverbände den Verbänden der Krankenkassen.

Unterschiede zeigen sich vor allem bei der Frage des Wirksamwerdens des Vermittlungsergebnisses. Während es bei der Schlichtung im Tarifverfahren der Zustimmung beider Parteien bedarf, werden die Schiedssprüche in den Entgeltverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar für beide Verhandlungspartner gültig. Der Schiedsspruch ersetzt die vertragliche Einigung

490 Feuille, P. (1975), S. 303; Feigenbaum, C. (1975), S. 312.

491 Feuille, P. (1975), S. 303.

zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassenverbände. Dies entspricht ordnungspolitisch einer autoritären Zwangsmaßnahme. Das Ergebnis einer Schlichtungsverhandlung hat dagegen lediglich einen Vorschlagscharakter. Dementsprechend unterschiedlich sind auch die Folgen, wenn das Schlichtungsergebnis von einer oder beide Parteien nicht akzeptiert wird. Bei den Tarifverfahren müssen die Gewerkschaften und die Arbeitgeberverbände weiter verhandeln oder es drohen Arbeitskämpfmaßnahmen wie Streik und Aussperrung.⁴⁹² Zusätzlich können die Gewerkschaften durch Warnstreiks Druck auf die Arbeitgeberverbände ausüben. Im Wirkungsbereich des SGB V bleibt den Parteien nur noch der Weg einer gerichtlichen Anfechtung des Schiedsspruches. Das Druckmittel eines Streikes entfällt in diesem Bereich. Weitere Unterschiede ergeben sich dadurch, dass im Falle der Tarifverhandlungen die Legitimation der Verhandlungsführer auf einer freiwilligen Mitgliedschaft in ihren Organisationen beruht, welche im Rahmen des Grundgesetzes geschützt ist. Es ist jedoch den Arbeitnehmern und Arbeitgebern freigestellt, sich durch Organisationen vertreten zu lassen oder individuelle Verträge abzuschließen.

Für den Bereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung gibt es diese Freiwilligkeit nicht. Die Autonomie der Verhandlungspartner ist im Gegensatz zu der Tarifautonomie dadurch eingeschränkt, dass keine Abschlussfreiheit besteht.⁴⁹³ Da Druckmittel wie Streiks ausgeschlossen sind und für die meisten Leistungserbringer Verdienstmöglichkeiten außerhalb des Bereiches der Gesetzlichen Krankenversicherung sehr begrenzt vorhanden sind, bleiben die Schiedsstellen die einzige Möglichkeit innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, bei in Verhandlungen nicht lösbaren Interessenkonflikten eine Einigung herbeizuführen.

3.9.2 Vergleich der Abläufe

Wenn man die Abläufe von Schiedsverfahren im Gesundheitswesen und der Schlichtung im Tarifverfahren vergleicht, ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wann müssen Verhandlungen geführt werden?
- Zu welchen Zeitpunkten enden die bestehenden Vereinbarungen und ab wann werden die neuen Vertragsbedingungen wirksam?
- Wann werden werden unabhängige Dritte (Schlichter/Schiedsstellen) hinzugezogen?
- Zu welchen Zeitpunkt können die im vorigen Abschnitt genannten Druckmittel eingesetzt werden?
- Wie lange dauern die Verfahren?

Zunächst werden diese Fragestellungen anhand der folgenden schematischen Darstellung des Ablaufes von Tarifverhandlungen beantwortet (vgl. Abb. 20).

492 Feuille, P. (1975), S. 303; Farber, H. S.; Katz, H. C. (1979), S. 55.

493 Ludes, H. (1988), S. 180 f.

Das Tarifverfahren beginnt, wenn vor Ablauf des alten Tarifvertrages der Tarifvertrag durch eine der Tarifparteien gekündigt wird. Vier Wochen vor Ablauf des alten Tarifvertrages werden die Forderungen der Gewerkschaften an den Arbeitgeberverband übermittelt. Zwei Wochen vor Ablauf des alten Tarifvertrages beginnen die Tarifverhandlungen. Die Tarifparteien werden hierbei durch Verhandlungskommissionen vertreten, welche durch die jeweiligen Tarifkommissionen bestimmt werden. Diese Tarifverhandlungen führen entweder zu einem neuen Tarifvertrag oder die Tarifkommissionen erklären sie für gescheitert. Wenn die Tarifverhandlungen für gescheitert erklärt werden, gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder es kommt zum Arbeitskampf oder die Tarifparteien nutzen die Möglichkeit eines Schlichtungsverfahrens. Letzteres geschieht, wenn beide Parteien innerhalb von zwei Werktagen die Schlichtungsstelle anrufen oder binnen eines weiteren Werktages eine der Parteien die Schlichtungsstelle einseitig anruft. Im Fall einer einseitigen Anrufung der Schlichtungsstelle hat die andere Partei zwei weitere Werktage, um ihrerseits ihr Einverständnis oder ihre Ablehnung zu einem Schlichtungsverfahren zu erklären. Im Falle der Ablehnung gibt es kein Schlichtungsverfahren und es kommt zum Arbeitskampf.

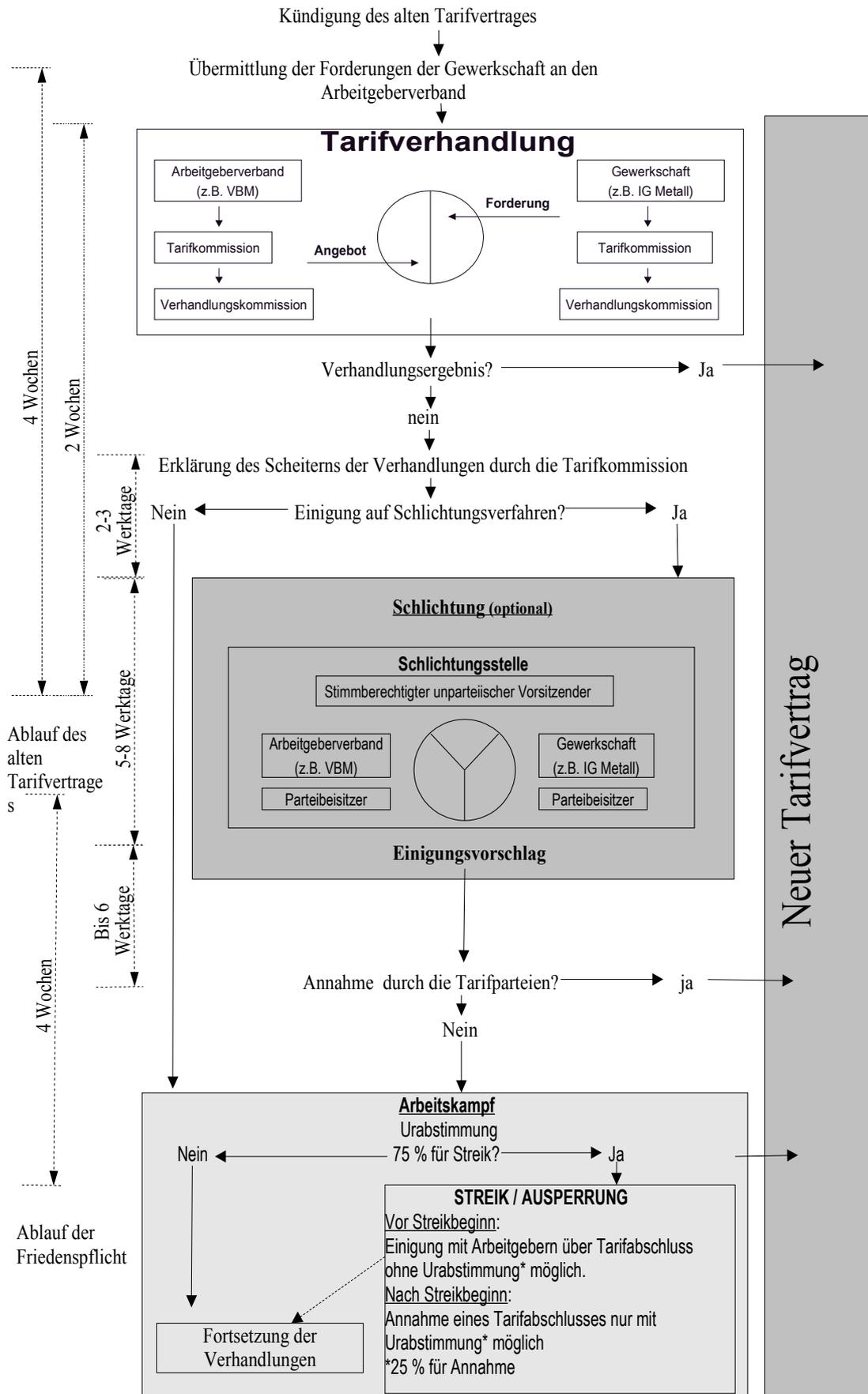
Einigen sich die Tarifparteien auf ein Schlichtungsverfahren, so muss unverzüglich der unparteiische Vorsitzende durch Einigung oder Losverfahren bestimmt werden. Weiterhin sind die Parteibeisitzer zu benennen. Innerhalb von drei Werktagen muss die Schlichtungsstelle zusammentreten. Sie hat dann innerhalb von fünf Werktagen einen Einigungsvorschlag zu unterbreiten. Diese Frist kann bei besonderen Schwierigkeiten um drei Werktage verlängert werden.⁴⁹⁴ Nach Unterbreitung des Einigungsvorschlages haben die Tarifparteien wiederum sechs Werktage Zeit, diesem Vorschlag zuzustimmen oder ihn abzulehnen. Im Falle der Ablehnung durch eine der Tarifparteien kommt es zum Arbeitskampf.

Kommt es also weder in den Tarifverhandlungen noch durch das Schlichtungsverfahren zu einer Einigung zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften, so ist es wahrscheinlich, dass es zum Arbeitskampf kommt. Hierzu ist jedoch zu beachten, dass noch weitere Bedingungen erfüllt sein müssen, bevor es zu Arbeitskampfmaßnahmen kommen kann. Zunächst muss die so genannte „Friedenspflicht“ eingehalten werden. Dies heißt, dass bis zu vier Wochen nach Ablauf des alten Tarifvertrages keine Arbeitskampfmaßnahmen durchgeführt werden dürfen. Des Weiteren muss die Gewerkschaft eine Urabstimmung durchführen. In dieser müssen sich 75 Prozent der Gewerkschaftsmitglieder des betroffenen Tarifbezirkes für einen Streik aussprechen.

Die Einordnung der Schlichtungsverfahren in die Abläufe der Tarifverfahren wird anhand von

494 Lee, H.-C. (1995), S. 15.

Abbildung 20: Einordnung des Schlichtungsverfahrens in die Tarifverhandlungen



Quelle: Eigene Darstellung nach IG-Metall Bayern (2001).

Abbildung 20⁴⁹⁵ grafisch veranschaulicht.

Auch im Geltungsbereich des SGB V müssen Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen beziehungsweise zwischen ihren Verbänden geführt werden. Im Gegensatz zu den Tarifverhandlungen, deren Ergebnisse, die Tarifverträge, oft über mehrere Jahre gültig sind, gelten die Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern oder ihren Verbänden und den Verbänden der Krankenkassen im Regelfall für ein Jahr. Dies ist vor allem durch die Tatsache bedingt, dass die Zunahme der Grundlohnsumme, welche für die Vertreter der Krankenkassen die Obergrenze des Ausgabenwachstums festlegt, jedes Jahr neu bestimmt und im September durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales veröffentlicht wird. Bis zum Ende des jeweiligen Jahres sollen dann die Entgelte für die Leistungserbringer durch ihre Verbände und die Verbände der Krankenkassen durch einen neuen Vertrag vereinbart sein. Die Verhandlungen werden dadurch eröffnet, dass eine der Parteien die Gegenseite schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen auffordert. Der genaue Zeitpunkt ist nicht gesetzlich geregelt. Jedoch sollte mit den Verhandlungen rechtzeitig begonnen werden, um bis zum Ende des Jahres einen Vertrag für das Folgejahr vereinbaren zu können. Die Verhandlungen enden mit dem Abschluss einer schriftlichen Vereinbarung für das Folgejahr. Führen sie zu keiner Vereinbarung, so wird auf Antrag einer oder beider Verhandlungspartner das jeweilige Schiedsamt aktiv. Hier müssen sich die Parteien im Gegensatz zum Tarifverfahren nicht erst auf ein Schlichtungsverfahren einigen. Es reicht die unilaterale Anrufung durch eine Seite.

Aber auch die Aufsichtsbehörden können, falls es nicht rechtzeitig zu vollständigen Vereinbarungen zwischen den Parteien kommt, das Schiedsamt anrufen. Eine derartige Zwangsschlichtung gibt es bei Tarifverfahren nicht. Das Schiedsamt hat dann innerhalb einer festgelegten Frist einen Schiedsspruch zu fällen, welcher in den meisten Fällen sofort in Kraft tritt. Im Bereich der stationären Versorgung, in dem die Verträge zwischen den Krankenhäusern und den Verbänden der Krankenkassen der Genehmigung durch die Landesbehörden bedürfen, muss auch der Schiedsspruch als Ersatz des Vertrages durch die Landesbehörde genehmigt werden. Eine bilaterale Zustimmung, wie im Tarifverfahren ist nicht notwendig. Wie im vorigen Abschnitt schon erwähnt, sind die Verhandlungsparteien an die Schiedssprüche rechtlich gebunden und können zu ihrer Umsetzung gezwungen werden.

In Gegensatz zu den Tarifverfahren müssen sich in der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Parteien nicht erst zum Zeitpunkt des Scheiterns einer Verhandlung auf die Besetzung dieser Schiedsstelle einigen. Dies geschieht, wie in Abschnitt 3.1 dargestellt, unabhängig von den Verhandlungen. Wie in Abschnitt 2.5.4.1 schon beschrieben, gelten die laufenden Verträge weiter, bis sie durch eine neue Regelung ersetzt werden.

495 IG Metall Bayern (2001)

Vergleicht man die Abläufe zwischen den Schlichtungen im Tarifverfahren und den Schiedsverfahren im deutschen Gesundheitswesen, so kann man folgende Gemeinsamkeiten feststellen: In beiden Fällen müssen Verhandlungen nach Ablauf oder Kündigung der alten Verträge geführt werden. Weiterhin geht es in den Verhandlungen nicht um Rechtsstreitigkeiten, sondern um einen Regelungsstreit, in welchem es im Wesentlichen um die Frage geht, welche kollektiv wirksamen Regelungen in einem zukünftigen Zeitraum getroffen werden.⁴⁹⁶ Um unabhängige Dritte in Form von Schlichtern oder Schiedsstellen hinzuzuziehen, müssen die Verhandlungen gescheitert sein. Die Feststellung des Scheiterns erfolgt im Allgemeinen durch die Verhandlungsparteien.

Hier beginnen aber schon Unterschiede, da bei den Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen diese auch nach Ablauf einer festgesetzten Frist durch die Aufsichtsbehörde als gescheitert betrachtet werden und so die Entscheidung an eine Schiedsstelle weitergeleitet wird. Unterschiede gibt es aber auch beim In- und Außerkraft-Treten der verhandelten Verträge. Während Tarifverträge mit Ablauf des Vertragszeitraums unwirksam werden und mit Abschluss eines neuen Tarifvertrages, welcher auch rückwirkende Klauseln enthalten kann, wirksam werden, so gelten im Wirkungsbereich des SGB V die alten Verträge bis zum Abschluss eines neuen Vertrages beziehungsweise dessen Ersetzung durch einen Schiedsspruch weiter.

Allerdings ist der Zeitraum für Verhandlungen und Schiedsverfahren durch Bestimmungen im SGB V begrenzt. Auch dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den Tarifverhandlungen, deren Zeitrahmen nicht vorgeschrieben, sondern von den Parteien determiniert ist. Hierbei spielen insbesondere die Arbeitskampfmaßnahmen eine Rolle.⁴⁹⁷ Diese können frühestens 4 Wochen nach Auslauf des alten Tarifvertrages durchgeführt werden. Während der ersten Verhandlungen üben die Gewerkschaften durch so genannte Warnstreiks, das heißt zeitlich und örtlich begrenzte Arbeitsniederlegungen Druck auf die Arbeitgeberseite aus. Scheitern die Verhandlungen und wird auch das Ergebnis des Schlichtungsvorschlages nicht durch die Gewerkschaftsmitglieder in Urabstimmungen angenommen, so können auch umfangreichere Arbeitskampfmaßnahmen wie Streiks von den Gewerkschaften vorgenommen werden.⁴⁹⁸ Die Arbeitgeberseite kann hierauf mit Aussperrungen reagieren. Beide Maßnahmen sind für die Beteiligten recht kostenintensiv. Bei den Unternehmen entstehen Produktionsausfälle und die Gewerkschaften müssen an ihre streikenden Mitglieder Streikgeld zahlen. Die Vermeidung dieser Kosten durch den Abschluss einer Gesamtvereinbarung in Form eines Tarifvertrages ist

496 Söllner, A. (1978), S. 101 f.

497 Knappe, E. (1985), S. 84.

498 Damit diese Arbeitskampfmaßnahmen durchgeführt werden können, müssen in den Urabstimmungen mindestens 75% der Mitglieder für diese gestimmt haben. (Plänkner, G. (1990), S. 73.)

in diesem Fall als Ziel der Schlichtung anzusehen.⁴⁹⁹ Das Schlichtungsverfahren ist nicht als Rechtsprechung zu sehen, sondern wird als ein Bemühen um einen friedlichen Interessenausgleich zwischen den Tarifvertragsparteien definiert.⁵⁰⁰ Bei Einführung eines Zwangsschlichtungsverfahrens ohne Streikmöglichkeiten nimmt die Anzahl der nicht in Verhandlungen lösbaren Widersprüche im Vergleich zu Tarifverhandlungen mit der Option von Streikmaßnahmen zu. Dies hat eine Untersuchung anhand kanadischer Daten zu den Tarifverträgen im öffentlichen Dienst gezeigt. Als Ursache für diese Beobachtung werden die im Vergleich zum Arbeitskampf geringeren Kosten der Zwangsschlichtung genannt, welche den Anreiz zur selbstständigen Konfliktlösung für die Parteien verringern.⁵⁰¹ Zu diesen Verfahren werden im weitesten Sinne auch alle Einigungsstellen auf betrieblicher Ebene zur Beilegung von Meinungsverschiedenheiten zwischen Arbeitgebern und Vertretern der Arbeitnehmer gerechnet.⁵⁰²

499 Plänklers, G. (1990), S. 73; vgl. auch Adamy, H.; Steffen, J. (1985), S. 225.

500 Currie, J.; McConnell, S. (1991), S. 693 f.

501 Currie, J.; McConnell, S. (1991), S. 704.

502 Plänklers, G. (1990), S. 73.

4 Konfliktfelder und Lösungsbedarf durch Schiedsstellen

4.1 Aufgaben und Funktionen von Schiedsstellen

In Abschnitt 2.5 wurde festgestellt, dass im deutschen Gesundheitswesen in vielen Bereichen eine oligopolistische oder monopolistische Marktstruktur herrscht. Durch den Gesetzgeber sind hierbei in den meisten Versorgungsbereichen Leistungserbringer und Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zum Abschluss von Verträgen verpflichtet. Hierbei treten zwischen den Verhandlungspartnern, wie in Kapitel 2 gezeigt, Interessenkonflikte auf, die sich im Rahmen der Verhandlungen nicht immer beilegen lassen. Ökonomisch betrachtet sind in diesem Fall die Transaktionskosten unendlich hoch oder die Mindestnutzen sind in Verhandlungen nicht erreichbar.⁵⁰³ In Schiedsstellen lassen sich Konflikte auch deshalb lösen, weil für das Zustandekommen einer Schiedsentscheidung keine Kontraktzone wie bei Verhandlungslösungen notwendig ist.⁵⁰⁴

Die Schiedsstellen haben in diesem Fall die Aufgabe, innerhalb einer vorgeschriebenen Frist ersatzweise einen Vertragsinhalt zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern festzusetzen. Somit fällt ihnen die Aufgabe zu, den Interessenkonflikt der Parteien zu managen. Hierbei sollen die Schiedsstellen das Ausmaß des Konfliktes begrenzen und ihn nach einer für alle Beteiligten akzeptierten Norm auflösen.⁵⁰⁵ Sie sind innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung eine obligatorische Form der Zwangsschlichtung.⁵⁰⁶ Da die Entscheidungen der Schiedsstellen anstelle der fehlenden Vertragsnormen treten und die Vertragsparteien an die Entscheidungen des Schiedsamtes genauso gebunden sind, als ob sie selbst den Vertrag abgeschlossen hätten⁵⁰⁷, wird den Schiedsstellen eine subsidiäre untergesetzliche Normsetzungsfunktion zugeschrieben.⁵⁰⁸ In diesem Sinne treten sie an die Stelle der Vertragsparteien, um für die Zukunft vertragliche Regelungen zu treffen.⁵⁰⁹ Hierbei wird ihnen ein besonders weiter Ermessensspielraum zugebilligt. Prinzipiell entspricht die Vertragsgestaltungsfreiheit der Schiedsstellen derjenigen der Vertragspartner bei freien Verhandlungen. Die Schiedsrichterlösungen sollen auch genauso (pareto-) effizient sein wie die Verhandlungslösungen.⁵¹⁰ Die Überprüfung, ob eine Schiedsstelle die Grenzen ihres Beurteilungsspielraumes eingehalten und ihr Gestaltungsermessen bei der Vertragsfestsetzung sachgerecht ausgeübt hat, unterliegt jedoch der gerichtlichen Nachprüfbarkeit und der Aufsicht der zuständigen Ministeri-

503 Farber, H. S.; Katz, H. C. (1979), Farber, H. S.; Bazerman, M. H. (1987).

504 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 354.

505 Siebeck, G. (2003).

506 Schrunner, B. (1999) S. 107.

507 Jung, K. (1989), S. 3.

508 Schirmer, H. D. (1999), S. 92.

509 Jung, K. (1989), S. 5.

510 Tirole, J. (1999), S. 69.

en.⁵¹¹

4.2 Schiedsverfahren als Fortsetzung der Verhandlungen mit Moderator

Den Entscheidungen der Schiedsstellen im Gesundheitswesen gehen im Allgemeinen mündliche Verhandlungen innerhalb der Schiedsstellen voraus. In der Zeit bis zum Wirksamwerden des Schiedsspruches haben die Vertragspartner die Möglichkeit, sich auch außerhalb des Schiedsverfahrens auf einen Vertragsinhalt zu einigen. Dieses Primat der eigenständigen Einigung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ist teilweise auch in den Schiedsstellenverordnungen der Bundesländer verankert. Während dieser Verhandlungen obliegen dem Vorsitzenden wesentliche Steuerungsfunktionen für die Verhandlungsführung. Ihm fallen folgende Aufgaben zu, mit denen er den Verlauf der Verhandlung bestimmt:⁵¹²

- Er legt Zeit, Ort und Gegenstand der Sitzungen gemäß der Geschäftsordnung der Schiedsstelle fest.
- Er übt die Sitzungspolizei aus und achtet auf die Einhaltung des Mündlichkeitsprinzips.
- Er führt Erörterungen des Sach- und Streitgegenstandes aus.
- Er bemüht sich in allen Stadien des Schiedsverfahrens um eine gütliche Einigung.
- Er hat darauf zu achten, dass durch Fragen der Schiedsstellenmitglieder kein neuer Streit- und Tatsachenstoff in die Verhandlung eingeführt wird.

Ein Problem tritt auf, wenn durch die Anträge der Parteien der Streitstoff erweitert wird, indem zum Beispiel Sachverhalte, die in den Verhandlungen vor dem Schiedsverfahren unstrittig waren, in den Anträgen an die Schiedsstelle strittig gestellt werden. In solchen Fällen kann die Schiedsstelle die Parteien in die Verhandlungen zurückverweisen.⁵¹³ Weiterhin müssen die Unparteiischen darauf achten, dass einmal gemachte Angebote nicht zurückgenommen werden.⁵¹⁴

In den Schiedsverhandlungen hat die Schiedsstelle die Aufgabe, die von den Parteien der Leistungserbringer vorgebrachten Anträge auf ihre Substanz und Schlüssigkeit zu überprüfen. Nach Möglichkeit soll auch im Schiedsverfahren nach einer Lösung gesucht werden, die beide Parteien besser als vor dem Verfahren stellt.⁵¹⁵ Hierbei sollen auch durch die Parteien nicht ausgenutzte oder übersehene Kontraktzonen durch die Unparteiischen gefunden werden,⁵¹⁶ so dass sich nach Möglichkeit ein gemeinsamer Kompromiss finden lässt, dem die Vertreter beider Parteien zustimmen können. Grafisch lassen sich diese durch die Schiedsstelle gefundenen neuen Kompromisse als Veränderung der Konzessionsfunktionen der

511 Schirmer, H. D. (1999), S. 93.

512 Heinze, M. (1989), S. 73.

513 Heinze, M. (1989), S. 75.

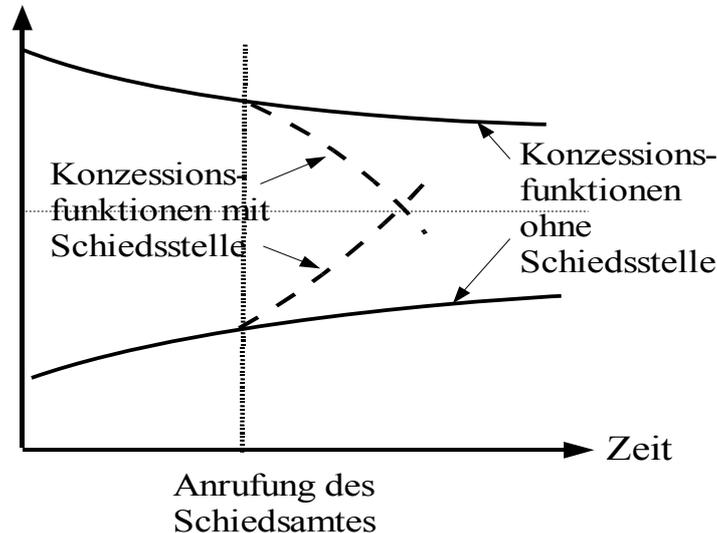
514 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 355 f.

515 Lobel, I. B. (1994), S. 776 f.

516 Farber, H. S.; Bazerman, M. H. (1987), S. 347 ff.; Ashenfelter, O. (1987), S. 346.

Parteien interpretieren, wie sie in Abbildung 21 gezeigt werden.⁵¹⁷ Führt auch dies nicht zu einer Einigung, so obliegt es den Unparteiischen eine Lösung zu generieren und die Verhandlungspartner von dieser Lösung zu überzeugen.

Abbildung 21: Veränderung der Konzessionsfunktionen im Schiedsverfahren
Entgeltforderungen



Quelle: Hunter (1977).

Dies geschieht in den Verhandlungen, indem die strittigen Sachverhalte einzeln überprüft werden. Lassen sich anhand der Informationen der Parteien die Sachverhalte für die unparteiischen Mitglieder nicht in ausreichendem Maß nachvollziehen, kann das Schiedsamt oder die Schiedsstelle auf Vorschlag der Parteien auch Sachverständige hinzuziehen. Den Parteien obliegen gegenüber der Schiedsstelle dieselben Vorlage- und Auskunftspflichten, wie in den vorhergehenden Verhandlungen.⁵¹⁸ In diesem Punkt kommt dem Informationsverhalten der Krankenkassen und der Leistungserbringer eine besondere Bedeutung zu. So halten sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen in den Vertragsverhandlungen unter Umständen genaue Unterlagen, wie interne Vergleichsstatistiken, zurück und erschweren damit insbesondere den neutralen Mitgliedern und dem Vorsitzenden die Entscheidungsfindung.⁵¹⁹ Aus diesem Grund werden in den Schiedsverhandlungen alle nicht beiden Parteien und der Schiedsstelle vorgelegten und durch diese nachprüfbar Beweise als unsubstantiierte Behauptungen zurückgewiesen. Diese finden somit auch keine Berücksichtigung in den Schiedsstellenentscheidungen.⁵²⁰ Durch dieses Vorgehen wird den Vertragsparteien ein Anreiz gegeben, schon in den Vertragsverhandlungen, die ihnen zugänglichen Informationen bei den Schiedsverhandlungen offenzulegen und einer späteren Überprüfung durch die Schiedsstellenmitglieder zugänglich zu machen. Andererseits ist es möglich, dass die Parteien in den Verhandlungen ihre Verhandlungsspielräume nicht nutzen, um bessere Positionen für ein

517 Hunter, L. C. (1977), S. 231.

518 SchiedsVO (2001) § 15.

519 Heinze, M. (1989), S. 79.

520 Vgl. Abschnitt 6.1.1.

Schiedsverfahren zu erreichen.⁵²¹

4.3 Hauptstreitpunkte der Verhandlungspartner

4.3.1 Probleme der Leistungsbewertung bei Selbstkostendeckung

Im Bereich der Rettungsdienste und des Krankentransportes wird je nach Bundesland ganz oder teilweise das Selbstkostendeckungsprinzip⁵²² angewendet. Auch im Bereich der Krankenhausversorgung war es lange Zeit vorherrschend. Hiermit ist gemeint, dass den Leistungserbringern die ihnen durch die bedarfsgerechte Behandlung oder Versorgung von Versicherten entstandenen Kosten zu erstatten sind. Hierbei sollen in den Verträgen Vergütungen festgelegt werden, die den Leistungserbringern bei wirtschaftlicher Durchführung ihrer Versorgungsaufgaben eine Abdeckung der betriebsnotwendigen Ausgaben gewährleistet.

Bei den kostendeckenden Vergütungen muss unterschieden werden, ob diese retrospektiv oder prospektiv vereinbart werden. Bei der retrospektiven Ermittlung werden den Leistungserbringern am Ende des Verhandlungszeitraums die real entstandenen nachgewiesenen Kosten erstattet. Werden diese Vereinbarungen dagegen prospektiv getroffen, müssen hierbei sowohl Erwartungen über die Art und Anzahl der zu erbringenden Leistungen als auch über die hierfür notwendigen bereitzustellenden ökonomischen Ressourcen gebildet werden. Über die Grundlagen dieser Erwartungsbildung kann es zwischen den Verhandlungsparteien durchaus zu unterschiedlichen Meinungen kommen, welche dann einem freiwilligen Vertragsabschluss im Wege stehen können. So muss unter Umständen eine Schiedsstelle darüber entscheiden, wann eine Leistung bedarfsgerecht ist und ob sie wirtschaftlich erbracht wird. Die Bedarfsgerechtigkeit wird hierbei nach § 2 Absatz 1 SGB V definiert, wonach die Leistungen dem allgemein anerkannten Stand medizinischen Erkenntnis zu entsprechen haben und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist nach § 12 SGB V so definiert, dass die Leistungen ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten sollen. Hierbei treten zwischen den Parteien Konflikte sowohl bei der Definition der Bedarfsgerechtigkeit als auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen auf, da beim Selbstkostendeckungsprinzip nur die für die Leistungserbringung notwendigen Kosten gedeckt werden sollen.

4.3.2 Produktbeschreibung, Abrechnungseinheiten und Risikoverteilung

Die Versorgungsbereiche Rettungsdienst und Krankenhausversorgung sind dadurch gekennzeichnet, dass sie im Prinzip zwei Leistungsarten in der Versorgung bereitstellen. Sie

521 Farber, H. S.; Bazerman, M. H. (1987).

522 Zur Selbstkostenkalkulation vgl. Wöhe, G. (1990), S. 1220 ff.

erbringen einerseits direkte Versorgung von Patienten durch Behandlung von Krankheiten oder den Transport von Kranken. Weiterhin müssen sie eine Vorhalteleistung erbringen, indem sie eine jederzeitige Versorgungsmöglichkeit bereitstellen. Dies bedingt, dass sieben Tage in der Woche vierundzwanzig Stunden am Tag ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen müssen, um eine eventuell nötige Notfallversorgung eines Patienten zu gewährleisten. Dies bedeutet für die Leistungserbringer einen hohen Anteil von Fixkosten.

Bei den Entgeltverhandlungen muss deshalb darüber entschieden werden, wie diese beiden Leistungsarten bei der Abrechnung behandelt werden. Dies entspricht dann einer Produktbeschreibung der erbrachten und abrechenbaren Dienstleistungen der Leistungserbringer.

Im derzeitigen System werden die direkt am Patienten erbrachten Leistungen abgerechnet. Dies liegt an der Tatsache, dass diese Leistungen sich durch die Diagnose des Patienten und die sich daraus ergebenden Tätigkeiten des medizinischen Personals sowie der benötigten Sachmittel relativ einfach zuordnen lassen. Die anteilig erbrachten Bereitschaftsleistungen werden dagegen nur indirekt berücksichtigt, da sie sich im Allgemeinen als Residualgrößen abbilden, genauer, als die Zeit, in der die Ressourcen zwar bereitstehen, aber keine Patienten behandelt oder transportiert werden. Praktisch geschieht diese Berücksichtigung dadurch, dass der Leistungsbedarf für den zu vereinbarenden Zeitraum geschätzt wird. Dieser geschätzte Bedarf wird durch die erwarteten Kosten geteilt, die auch die Aufwendungen für die Bereitschaftsleistungen enthalten. Die so ermittelten Kosten je Leistungseinheit sind dann die Grundlage für die Vergütungen. Diese Art der Vergütungsermittlung erzeugt ein ökonomisches Risiko, das von der tatsächlichen Entwicklung der Anzahl der erbrachten Leistungen abhängt. Bleiben die erbrachten Leistungen hinter dem erwarteten Versorgungsbedarf zurück, so reichen die Erlöse nicht aus, um die anteiligen Bereitschaftsleistungen abzudecken. Übersteigen die erbrachten Leistungen dagegen die Erwartungen, so haben die Leistungserbringer durch die enthaltenden Entgelte für die Bereitschaftsleistungen zusätzliche Einnahmen. Aus diesem Grund sind sie auch daran interessiert, die Leistungsentwicklung eher vorsichtig zu prognostizieren. Auch wenn vorgesehen ist, dass derartige Überschüsse durch Vergütungssenkung im Folgezeitraum ausgeglichen werden, haben die Leistungserbringer noch einen Liquiditätsvorteil. Diese Befürchtung der Krankenkassen wurde zum Beispiel bei einem Verfahren der Bundesschiedsstelle Krankenhaus im Oktober 1998 zur Festsetzung der Ausgleichssätze für Mehrerlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten geäußert.⁵²³ Neben dem eben geschilderten Liquiditätsvorteil der Leistungserbringer gibt ein hoher Anteil von Vorhalteleistungen den Vertretern der Krankenkassen Anlass zur Hinterfragung der Notwendigkeit der Vorhaltung. Dies zeigen zum Beispiel die Schiedsverfahren zu den Verhandlungen

523 Bundesschiedsstelle Krankenhaus (1998), S. 750.

zwischen den Durchführenden des Landrettungsdienstes und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern.⁵²⁴

Die Auswirkungen der Abweichung von der erwarteten und der tatsächlichem Leistungserbringung hängt von der Struktur der Behandlungskosten ab. So bewirkt eine Steigerung der Fallzahl eine Verbesserung der Auslastung der vorzuhaltenden Ressourcen, insbesondere des Personals. Die für die Behandlung einzusetzenden Sachmittel sind dagegen variable Kosten, welche nicht zu einer Kostendegression durch Fallzahlerhöhung führen.

Eine Möglichkeit, das Leistungsgeschehen im Krankenhaus genauer abzubilden, stellt das vom Deutschen Krankenhausinstitut e.V. vorgeschlagene Modulare Entgeltsystem dar. Hier werden die unterschiedlichen Leistungsarten von Krankenhäusern durch vier unterschiedliche Abrechnungseinheiten abgebildet:

Übersicht 10: Leistungsarten und Abrechnungseinheiten eines modularen Entgeltsystemes

<i>Leistungsart</i>	<i>Abrechnungseinheit</i>
Vorhaltungskosten	Grundpauschale je Patient je nach Verweildauer
Unterbringung und Verpflegung der Patienten	Hotelpauschale je Patiententag
Medizinische Behandlung	Katalogpauschalen ähnlich den Sonderentgelten
Medizinische Pflege	Abteilungsfallpauschalen

Ein solches System ermöglicht eine recht genaue Darstellung der Leistungsstruktur.⁵²⁵

Ein weiteres Problem liegt in der Beschreibung der am Patienten erbrachten Leistungen. Diese Produktbeschreibung entspricht im Allgemeinen auch den Abrechnungseinheiten. Durch diese Definition der Leistungseinheiten wird auch über die Verteilung der Risiken bestimmt. So kann man im stationären Bereich das wirtschaftliche Risiko der Behandlungen im Krankenhaus in das Fallzahl-Risiko und das Liegezeit-Risiko unterteilen. Wird nun die Leistung des Krankenhauses über Behandlungstage beschrieben, wie dies bis 2003 größtenteils der Fall war, so tragen die Krankenkassen sowohl das Fallzahl- als auch das Liegezeit-Risiko. Bei einer Leistungsbeschreibung, die vom Behandlungsfall ausgeht, haben die Krankenkassen zwar noch das Fallzahl-, aber nicht mehr das Liegezeitrisiko zu tragen. Letzteres geht auf die Leistungserbringer über. Aber auch in diesem Fall kann es zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragsparteien und damit auch zur Anrufung der Schiedsstelle kommen, wenn einzelne Leistungen in anderen Versorgungsbereichen wirtschaftlicher erbracht werden könnten, wie dies zum Beispiel beim ambulanten Operieren der Fall ist.⁵²⁶

Streitpunkte zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind im Bereich der Leistungs-

524 Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (2004), gestützt durch ein Gutachten des Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (2004).

525 Neubauer, G. (1998), S. 654.

526 Quaas, M. (1995), S. 525.

beschreibung entweder die zu erwartende Anzahl der Leistungsfälle oder auch die Frage, ob zum Beispiel überhaupt eine Bereitstellungsleistung vorliegt. Letztere wird vor allem bei stark Fachkrankenhäusern ohne Notfallversorgung gestellt. Hier versuchten die Vertreter der Krankenkassen in der Vergangenheit, Abschlüsse wegen fehlender stationärer allgemeiner Notfallversorgung oder wegen begrenzter Leistungserbringung durchzusetzen.⁵²⁷ Die angerufenen Schiedsstellen hatten dementsprechend zu beurteilen, ob die Spezialisierung dieser Fachkrankenhäuser zu einem Kostenvorteil führt, welcher in Form niedrigerer Entgelte an die Krankenkassen weitergegeben werden sollte.

Art und Umfang der Leistungsbereitstellung ist in den Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen weniger häufig strittig, da diese in der Regel durch Dritte im Rahmen des Krankenhausplans der Länder⁵²⁸ und der Landesrettungsdienstgesetze vorgegeben werden. In folgenden Fällen dürfen die Vertragspartner bei Budgetverhandlungen für einzelne Krankenhäuser sogar die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV überschreiten.⁵²⁹

- Veränderung der Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,
- zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung eines Landes,
- die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder
- 50 Prozent der Tariflohnsteigerung.

Somit sind auch die Schiedsstellen berechtigt, über eine höhere Steigerungsrate der Entgelte für ein einzelnes Krankenhaus zu entscheiden. Allerdings benötigen Vertragsparteien und Schiedsstellen gerade für die Feststellung der Veränderung von Leistungsstruktur und Fallzahlen eine möglichst genaue Datengrundlage. Dies geschah im Krankenhausbereich auf Grundlage der Daten, die von den Leistungserbringern im Rahmen des Krankenhausbetriebsvergleiches zu übermitteln waren.⁵³⁰

Mit der Umstellung der Entgelte auf das DRG-System hat sich die Leistungsbeschreibung für die Krankenhausbehandlung grundlegend geändert. Die Leistungsbeschreibung basiert nicht mehr auf Behandlungstagen, sondern auf Behandlungsfällen. Diese werden auf Basis der Diagnose und Prozeduren in kostenhomogene Gruppen unterteilt. Die Fall-Gruppen sind soweit nötig nach ökonomischer Fallschwere unterteilt. Jede dieser Gruppen wird mit einem Relativgewicht bewertet.⁵³¹ Die Zuordnung eines Falles zu einer DRG erfolgt über die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren. Eventuell vorhandene Nebendia-

527 Quaas, M. (1995), S. 527.

528 BpflV'95 § 4.

529 BpflV'95 § 6.

530 BpflV'95 § 17 Abs. 4.

531 DKG (2004a).

gnosen können die Schweregradeinstufung beeinflussen.⁵³² Die Definitionen der DRG's erfolgen über das jeweils gültige DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) in dem sich neben der alphanumerischen Verschlüsselung und den textlichen Definitionen auch die Zuordnung von Diagnosen und Prozeduren zu den DRG's befinden.⁵³³

Ein weiteres Element des Systemes ist ein Basisfallwert. Dieser Basisfallwert wird landesweit in Verhandlungen zwischen den Financiers und den Landeskrankengesellschaften festgelegt. Durch Multiplikation des Basisfallwertes mit dem Relativgewicht erhält man das Entgelt für den Behandlungsfall. Für die Berechnung des Budgets eines einzelnen Krankenhauses spielt dann noch der so genannte Case-Mix-Index eine Rolle, welcher sich aus der durchschnittlichen (ökonomischen) Fallschwere auf Grundlage des Krankenhausbudgets berechnet:

$$\text{Krankenhausbudget} = \text{Anzahl der Fälle} \times \text{Case-Mix-Index} \times \text{Basisfallwert} \quad \text{Gleichung 5}$$

Der Case-Mix-Index ergibt sich somit aus folgender Formel:

$$\text{Case-Mix-Index} = \text{Krankenhausbudget} / (\text{Anzahl der Fälle} \times \text{Basisfallwert}) \quad \text{Gleichung 6}$$

Durch diese Umstellung der Leistungsbeschreibung ändert sich auch die Risikoverteilung zwischen den Krankenhäusern als Leistungserbringer und den Krankenkassen. Die Krankenkassen haben nur noch das Fallzahlrisiko zu tragen. Sie müssen allerdings weiterhin Vergleiche zwischen den Krankenhäusern im Rahmen der Verhandlungen durchführen. Hierbei eröffnen sich durch die neue fallorientierte Abrechnung auch die Möglichkeit und Notwendigkeit eines Qualitätsvergleiches oder Benchmarkings von Krankenhausleistungen.⁵³⁴ Das Risiko der Liegezeit und krankenhausspezifische Kostenrisiken gehen auf die Krankenhäuser über. Das Ausmaß des Liegezeitrisikos hängt nun wesentlich davon ab, wie gut die Relativgewichte die tatsächlichen ökonomischen Kosten abbilden.⁵³⁵

Im Bereich der ambulanten Versorgung hat die Einführung der Praxisgebühr zu einer Anrufung der Bundesschiedsstelle geführt. Auch hier ging es im Wesentlichen um die Frage der Verteilung des Inkassorisikos für den Fall, dass ein Patient die Praxisgebühr nicht zahlt und der Leistungserbringer diese Forderung gegen den Patienten durchsetzen muss. Im Rahmen der Einführung der Praxisgebühr war nämlich vorgesehen, dass die entsprechenden zehn Euro von vornherein von der Vergütung des Arztes abgezogen werden sollten. Somit sollte das Inkassorisiko in voller Höhe beim behandelnden Arzt liegen. Weiterhin sollte der Arzt auch die Kosten des Inkassos tragen. Das zu diesem Problem angerufene Bundes-Schiedsamt hat am 8. Dezember 2003 wie folgt entschieden: „Die Ärzte tragen nicht das volle Inkassorisiko. Sie

532 DKG (2004a).

533 Die jeweils aktuellen Richtlinien findet man unter : www.g-drg.de (Stand: 16.01.2005).

534 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 72 f.

535 Neubauer, G. (2004 a), S. 421.

sind nur für die Rechnungserstellung und die erste Mahnung zuständig, danach übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung das Verfahren. Müssen Fälle vor Gericht geklärt werden, muß die Kasse für die Kosten aufkommen.⁵³⁶

4.3.3 Problematik der Leistungsbewertung

4.3.3.1 Bewertung zu Markt- oder Vergleichspreisen

Neben der Frage der Leistungsbeschreibung ist die Frage der Leistungsbewertung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen besonders bei Selbstkostendeckung ein oft strittiges Problem. Aber auch bei Bewertung der Leistungen mit Punkten oder bei der Ermittlung von Kopfpauschalen stellt sich die Frage, ob die vertraglich vereinbarten oder gesetzlich definierten Leistungen auch wirtschaftlich im Sinne von § 12 Absatz 1 SGB V erbracht wurden. Für die Vertreter der Krankenkassen bedeutet diese Frage: Könnten diese Leistungen nicht auch für weniger Ausgaben erbracht werden? Kann diese Frage positiv beantwortet werden, so ist dies aus Sicht der Krankenkassen ein Indiz dafür, dass die von den Leistungserbringern dargestellten Kosten nicht in vollem Umfang zur wirtschaftlichen Erstellung der Versorgungsleistungen notwendig sind.

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist es günstig, wenn es im Bereich der Gesundheitsversorgung einen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern gibt, dann kann man den günstigsten vertraglich binden. Solche Marktstrukturen sind im deutschen Gesundheitswesen allerdings nur teilweise gegeben.⁵³⁷

So hat man zumindest im Bereich der stationären Versorgung mit dem DRG-Fallpauschalensystem Möglichkeiten Leistungserbringer miteinander zu vergleichen. In der vorhergehenden Bundespflegesatzverordnung von 1995, welche die Grundlage für die Festsetzung der Krankenhausvergütung bis 2004 war, wurde ein Vergleich der Krankenhäuser vorgeschrieben.⁵³⁸

Mit der Einführung dieser Bundespflegesatzverordnung ging man erstmals vom teilweise Selbstkostendeckungsprinzip ab, da hier die Kosten vergleichbarer Leistungserbringer als Vergleichsmaßstab zur Orientierung herangezogen wurden.⁵³⁹ Für die Verhandlungen und die Schiedsstellen war so natürlich auch zu klären, welche Krankenhäuser miteinander vergleichbar und welche Besonderheiten eines Krankenhauses bei den Verhandlungen zu berücksichtigen sind. Hierbei spielte wieder die Leistungsdarstellung eine wichtige Rolle. Die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser wurde nämlich über die Zusammensetzung der Behandlungsfälle nach Diagnose und Fallschwere, dem so genannten Case-Mix durchgeführt.⁵⁴⁰ Hier-

536 Ärztezeitung (23.01.2004).

537 Tuschen, K. H. (1998), S. 200.

538 BpflV'95 § 5.

539 Tuschen, K. H. (1998), S. 201.

540 Kehr, H. (1998), S. 195 f.

durch wurde der Krankenhausbetriebsvergleich zu einem wirksamen Verfahren zur Objektivierung von Schiedsstellenentscheidungen.⁵⁴¹

Die Einführung der Vergütung nach DRG ab 2005 bedeutete dann die vollständige Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip.

Nach der vollen der Einführung des DRG-Systemes bis zum Jahr 2009 wird es wahrscheinlich nur noch ergänzende Entgelte geben. Dominierend werden landeseinheitliche Basisfallwerte sein, die zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Verbänden der Krankenkassen verhandelt werden. Dieses System macht Vergleiche zwischen den Leistungserbringern unnötig, da für jedes Bundesland ein einheitlicher Basisfallwert ausgehandelt wird.⁵⁴² Da wahrscheinlich kein Krankenhaus diesen Basisfallwert genau trifft, wird es in diesem System Gewinner und Verlierer geben.⁵⁴³

Für die Budgetverhandlungen wird aber der Case-Mix-Index noch an Bedeutung gewinnen, da er die wesentliche krankenhausespezifische Komponente neben der Fallzahl zur Berechnung des krankenhausespezifischen Budgets bleibt.⁵⁴⁴ Weitere Probleme bei den DRG liegen in der Ausreisserproblematik, was insbesondere bei so genannten Lang- oder Kurzliegern zu unerwünschten ökonomischen Auswirkungen führen kann. Auch die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollte aus einem DRG-System herausgenommen werden.⁵⁴⁵

Kritisch zu den allokativen und distributiven Folgen solcher Einheitsentgelte äußert sich Neubauer.⁵⁴⁶ Er empfiehlt stattdessen, den Basisfallwert als Orientierungswert oder Richtgröße für krankenhausespezifische Basisfallwerte in dezentralen Verhandlungen zu verwenden. Bei Nichteinigung sollten Schiedsstellen über die zulässigen Abweichungen vom landesweiten Basisfallwert entscheiden.⁵⁴⁷

Das Fehlen von geeigneten Vergleichsmaßstäben erschwert die Arbeit der Schiedsstellen. So werden bei Verhandlungen auf Landesebene, wie sie zum Beispiel beim Rettungsdienst üblich sind, meist nur aggregierte Daten über Einsatzzahlen und Kosten von den Leistungserbringern dargestellt, die keinen Rückschluss auf Wirtschaftlichkeitsunterschiede einzelner Leistungserbringer zulassen. Von Seiten der Krankenkassen wird zwar versucht, diesem Informationsdefizit durch den Vergleich mit anderen Bundesländern zu begegnen. Jedoch gestaltet sich dies durch die unterschiedliche Struktur der Organisation der Rettungsdienste

541 Kehr, H. (1998), S. 197.

542 Becker, H.; Messemer, J.; Nederegger, G.; Weidunger, M. (2001), S. 74.

543 Neubauer, G. (2004 a), S. 420 f.; Neubauer, G. (2004 b), S. 8.

544 Sahlmüller, H. (2001), S. 72 f.

545 Roeder, N. (2004), S. 113 ff.

546 Neubauer, G. (2004 a), S. 421 f.

547 Neubauer, G. (2004 a), S. 423.

recht schwierig. Ein Vergleich wird hier nur dann möglich, wenn die Versorgungsaufträge für einzelne Regionen über Ausschreibungsverfahren vergeben werden und somit über die Angebote der verschiedenen Leistungserbringer Daten über deren Wirtschaftlichkeit gewonnen werden können.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung werden von den Verbänden der Krankenkassen zum Vergleich unter anderem die Vereinbarungen mit anderen Verbänden herangezogen. Hier kommt es ihnen zugute, dass in diesem Leistungsbereich nicht einheitlich und gemeinsam verhandelt werden muss.

4.3.3.2 Bewertung zu kalkulatorischen Kosten der Leistungserbringer

Ist eine Bewertung zu Markt- oder anderen Vergleichspreisen nicht möglich oder nicht vorgesehen, so bleibt im Allgemeinen nur eine Bewertung der Versorgungsleistungen nach dem Input übrig. Aber gerade in diesen Fällen ist es schwierig zu überprüfen, ob eine Leistung wirklich wirtschaftlich erbracht worden ist. Hierbei stellt sich im Allgemeinen die Frage, ob die vereinbarten oder vorgeschriebenen Leistungen zu den geringstmöglichen Kosten erstellt worden sind. Hierbei wird dann oft die Notwendigkeit eines Kostenfaktors für die Erstellung der medizinischen Leistung als Kriterium herangezogen. Weiterhin soll auch berücksichtigt werden, ob sämtliche Kosten der Leistungserbringung von den Krankenkassen erstattet werden müssen oder ob ein Teil der Kosten durch den Zufluss finanzieller Mittel aus anderen Quellen, wie staatlichen Förderungen, Erlösen aus Behandlung von nicht in der GKV versicherten Personen und weiteren Erlösen der Leistungserbringer gedeckt werden kann.

Für den Krankenhausbereich fanden sich zu diesem Zweck Definitionen der so genannten pflegesatzfähigen Kosten in §§ 7 und 8 der Bundespflegesatzverordnung. Weiterhin galten für alle Krankenhäuser einheitliche Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen, welche als Anlagen 3 und 4 zur Bundespflegesatzverordnung aufgeführt waren.

Bei der Bewertung zu Selbstkosten sind oft die folgenden Punkte strittig und von Schiedsstellen zu entscheiden:

- Ist eine bestimmte Kostenart dem Grunde nach für die Erfüllung des Versorgungsauftrages nötig und somit bei der Berechnung der Selbstkosten zu berücksichtigen?
- Sind bestimmte Kostenarten in der Höhe des Ansatzes richtig bemessen?

Zu dem unter dem ersten Punkt genannten Streitpunkt fallen oft Kosten, bei denen es zu Abgrenzungsproblemen mit staatlichen Aufgaben im Rahmen der Investitionsförderung kommen kann. Beispiel hierfür sind Erhaltungs- und Instandsetzungskosten des Anlagevermögens. Strittig sind ferner nur indirekt mit der Patientenversorgung zusammenhängende Sach- und Personalkosten.

Beim Ansatz der Höhe der Kosten treten Zuordnungsprobleme und Bewertungsprobleme auf. Die Zuordnungsprobleme treten vor allem bei Gemeinkosten auf, welche nur zum Teil in die Selbstkosten einberechnet werden. Hierzu gehören im Krankenhausbereich zum Beispiel die Verwaltungskosten oder im Bereich der Rettungsdienste die Kosten der Rettungsleitstellen, soweit diese nicht nur für die medizinische Notrufannahme, sondern auch für Polizei und/oder Feuerwehr Notrufe entgegennimmt und die Einsätze der beteiligten Einsatzkräfte koordiniert. Derartige Einrichtungen können zwar für eine optimierte Notfallversorgung sorgen, es fällt jedoch schwer, sich für die Kostenzuordnung auf gemeinsame Maßstäbe zu einigen.

Eine besondere Problematik bilden die Personalkosten. Hier ist es oft strittig, ob eine durch Tarifvertrag vereinbarte Lohnerhöhung der Angestellten der Leistungserbringer in voller Höhe über die Erhöhung der Selbstkosten an die Krankenkassen weitergegeben werden soll oder ob ein Teil dieser Kostenerhöhung durch Rationalisierung kompensiert werden kann. Auch die Personalstruktur der Leistungserbringer wird unter diesem Gesichtspunkt von den Krankenkassen kritisch hinterfragt.

Bei den frei-gemeinnützigen Trägern der Leistungserbringer stellt sich die Frage, welcher Anteil der erbrachten Leistungen von den Mitgliedern ehrenamtlich erbracht wird und welcher von Angestellten der Leistungserbringer.⁵⁴⁸

Die Frage, in welchem Umfang die Overheadkosten der frei-gemeinnützigen Träger durch die Beiträge und Spenden der Mitglieder getragen werden sollen, ist zwischen diesen Organisationen und den Krankenkassen unter Umständen strittig.

Es kommt auch vor, dass private Leistungserbringer, wenn sie im Verlauf von Verhandlungen mit anderen Leistungserbringern verglichen werden, diesen frei-gemeinnützigen Leistungserbringern vorwerfen, über die Deckung von Gemeinkosten durch Mitgliedsbeiträge und Spenden die gegenüber den Krankenkassen abgerechneten Kosten niedrig zu halten. Eine derartige „Quersubventionierung“ wird von den privaten Leistungserbringern als wettbewerbsverzerrende Maßnahme angesehen.

Diese Streitpunkte sind für die Anrufung von Schiedsstellen vor allen dann relevant, wenn es für den Kostennachweis keine verbindlichen Vorgaben gibt. Die betrifft vor allem den Rettungsdienst, wie die beobachteten Fallbeispiele zeigen.

Die Bewertung der Leistung zu kalkulatorischen Kosten ist jedoch nicht nur für die Leistungsbereiche relevant, in denen das Selbstkostendeckungsprinzip gilt. Auch in den Verhandlungen um Punktwerte und Kopfpauschalen spielt sie eine Rolle, wenn es um die Festlegung einer

548 Vgl. hierzu Abschnitt 4.4 insb. die Ausführungen zu den Schiedsverfahren zur Landrettung in Bayern.

leistungsbezogenen Vergütung geht.⁵⁴⁹ Dies zeigt ein im Rahmen der Verhandlungen im Erweiterten Bewertungsausschuss für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgelegtes PROGNOS-Gutachten, in dem ein betriebswirtschaftliches Modell zur Neubewertung zahnärztlicher Leistungen von einer kalkulatorischen Vollkostenrechnung einer repräsentativen Zahnarztpraxis ausgeht.⁵⁵⁰ So werden von den Vertretern der Leistungserbringer in den Schiedsverfahren regelmäßig Aufstellungen der Kostenentwicklungen der durch sie vertretenen Einrichtungen vorgebracht, um zu beweisen, dass mit den gegenwärtigen Vergütungen eine vertragsgemäße Leistungserstellung nicht mehr möglich ist.

4.3.4 Probleme der Leistungsabgrenzung

Wenn unterschiedliche Leistungs- und Abrechnungseinheiten in einem Versorgungsbereich nebeneinander existieren, kann es bei den Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen zu unterschiedlichen Meinungen über die Abgrenzung der Kostenzuordnung zwischen den einzelnen Abrechnungsbereichen kommen. Dies gilt besonders, wenn die Abrechnungseinheiten unterschiedlichen Charakter haben. Ein Beispiel hierfür war das Nebeneinander von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie tagesgleichen Pflegesätzen im Krankenhaus vor Einführung der Vergütung auf Basis von Fallpauschalen zum 01.01.2004. Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden bis dahin zwischen den Landeskrankengesellschaften und Krankenkassenverbänden auf Ebene der Bundesländer vereinbart. Sie waren landeseinheitlich und konnten so für das einzelne Krankenhaus nicht dem Prinzip der Kostendeckung folgen. Die tagesgleichen Pflegesätze sollten im Verhandlungszeitraum die voraussichtlichen Kosten für die Behandlung decken. Um eine Abgrenzung zwischen diesen beiden Abrechnungsbereichen zu schaffen, waren in der Bundespflegesatzverordnung zwei Verfahren vorgesehen und zwar das Erlösabzugsverfahren⁵⁵¹ und das Kostenausgliederungsverfahren⁵⁵². Die Wahl, welches Verfahren angewandt wurde, lag beim jeweiligen Krankenhaus. Diese Entscheidung war nicht schiedsstellenfähig.⁵⁵³

Mit der Einführung des G-DRG-Systemes wurden die Probleme des Nebeneinanders verschiedener Abrechnungseinheiten innerhalb des Krankenhausbereiches für die Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen beseitigt. Es bestehen allerdings unterschiedliche Abrechnungs-

549 SVRG (2005), S. 93.

550 PROGNOS (2002).

551 Beim Erlösabzugsverfahren wurden die erwarteten Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten von den erwarteten pflegesatzfähigen Gesamtkosten des Krankenhauses im Verhandlungszeitraum abgezogen. Die übriggebliebenen nicht durch Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelte abgedeckten Kosten sollten dann durch die tagesgleichen Pflegesätze abgedeckt werden.

552 Beim Kostenausgliederungsverfahren den über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechneten Leistungsarten die ihnen zuordenbaren Kosten gegenübergestellt. Diese Kosten wurden ausgegliedert, und für die nicht über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechneten Leistungsarten werden wiederum tagesgleiche Pflegesätze verhandelt.

553 Heinze, M. (1997), S. 10.

modalitäten für gleiche oder vergleichbare Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen. Auch diese Unterschiede führen zu Problemen in den Verhandlungen der Selbstverwaltung, welche in der Folge zu Schiedsverfahren führen.⁵⁵⁴

4.3.5 Entgeltdifferenzierungen

Entgeltdifferenzierung wird in der Theorie als Preisdiskriminierung behandelt. Preisdiskriminierung ist ein Verhalten, bei dem ein Marktteilnehmer aufgrund seiner Marktmacht für ein identisches Produkt unterschiedliche Preise realisiert. Im Allgemeinen geschieht dies dadurch, dass ein monopolistischer Anbieter seine Produkte zuerst an die Nachfrager mit der höchsten Zahlungsbereitschaft verkauft. Wenn deren Nachfrage abgedeckt ist, verringert er seinen Preis und verkauft die Produkte an die Nachfrager mit der nächstniedrigeren Zahlungsbereitschaft bis auch deren Nachfrage gedeckt ist. Dieses Verfahren wiederholt der Anbieter so oft, bis er die letzte kostendeckende Einheit seines Produktes verkauft hat. Durch dieses Verhalten der zeitlichen und örtlichen Differenzierung seiner Preissetzung kann er aufgrund seiner Marktmacht die gesamte Marktrente für sich abschöpfen.⁵⁵⁵

Aber auch Nachfrager können bei entsprechender Marktmacht durch entsprechendes Verhalten die Produzentenrente des Marktes gegen null schrumpfen lassen, wenn sie zwischen den Marktteilnehmern eine Trennung oder Differenzierung des Marktes vornehmen können. Insbesondere das Abwarten der Verhandlungsergebnisse anderer Krankenkassenverbände kann für einen Krankenkassenverband Vorteile in den Verhandlungen und Schiedsverfahren bringen.⁵⁵⁶

Voraussetzung für diskriminierendes Verhalten ist die Möglichkeit zur willkürlichen Teilung des Marktes.⁵⁵⁷ Diese Teilung kann entweder von den Marktteilnehmern selber vorgenommen werden, oder sie nutzen eine gegebene Marktdifferenzierung zu ihrem Nutzen aus. Letzteres Verhalten wird von Stackelberg als Dumpingproblem behandelt.⁵⁵⁸

Im Bereich des Gesundheitswesens gibt es durch die vorgegebenen Marktstrukturen durchaus Möglichkeiten für die Marktteilnehmer, für gleiche Leistungen unterschiedliche Entgelte zu verwirklichen. So sieht das SGB V für den Bereich der ambulanten Versorgung vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einer Region jeweils mit den Landesverbänden der einzelnen Kassenarten Verträge abschließen müssen. Da die Krankenkassen in diesem Fall nicht zwischen verschiedenen Anbietern wählen können, nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen hier die Rolle eines monopolistischen Anbieters ein. Ihnen steht dadurch die Möglichkeit of-

554 Stillfried, D. Graf v.; Ryll, A. (2004), S. 38 ff.; Felder, S. (2004), S. 34; Staffelt, T. (2004), S. 54 f.

555 Tirole, J. (1999), S. 305 ff. u. S. 311 ff.

556 Gu, W.; Kuhn, P. (1998), S. 429 ff.

557 Stackelberg, H. v. (1939), S.379.

558 Stackelberg, H. v. (1939), S.383.

fen, durch entsprechende Festlegung der Reihenfolge der Verhandlungen Verluste aus den Verhandlungen mit den Verbänden mit relativ großer Marktmacht durch höhere Entgelte bei den Verbänden mit kleinerer Marktmacht zu kompensieren.⁵⁵⁹

Geht man davon aus, dass die Verhandlungsergebnisse allen Marktteilnehmern bekannt sind, so ist auch zu erwarten, dass die weniger mächtigen Kassenverbände versuchen werden, sich gegen eine derartige Preisdiskriminierung zu wehren und von den Kassenärztlichen Vereinigungen die gleichen Vertragskonditionen fordern, wie sie mit den marktstärkeren Kassenverbänden vereinbart worden sind. Dies würde jedoch die so genannte Mischkalkulation der Kassenärztlichen Vereinigung zunichte machen, in der es ja eingeplant ist, die relativ ungünstigen Vertragskonditionen mit den marktmächtigen Krankenkassenverbänden durch entsprechend bessere Konditionen mit den marktschwächeren Krankenkassenverbänden zu kompensieren. In solchen Fällen ist vor dem Hintergrund der derzeitigen Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen, insbesondere des Risikostrukturausgleichs, nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit von einer freiwilligen Einigung zwischen den Verhandlungsparteien auszugehen.⁵⁶⁰ Dies zeigen auch die in den Fallbeispielen betrachteten Schiedsverfahren, in denen die Unterschiede in den Entgelten vor dem Hintergrund des Risikostrukturausgleiches regelmäßig ein wesentlicher Grund für die Anrufung der Schiedsstellen waren.

Eine weitere Form von Preisdiskriminierung kann durch die strikte Trennung der verschiedenen Versorgungssektoren entstehen.⁵⁶¹ Insbesondere die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung kann dazu führen, dass Entgelte für die gleiche medizinische Leistung differieren. Dieses Problemfeld tritt besonders seit den durch den medizinisch-technischen Fortschritt möglich gewordenen ambulanten Operationen in Erscheinung. Diese werden sowohl in Krankenhäusern als auch von niedergelassenen Chirurgen erbracht. Obwohl die Leistungen fast identisch sind, kommt es durch die verschiedenen Vergütungssysteme in den beiden Versorgungsbereichen zu unterschiedlichen Entgelten.⁵⁶² So ist das Entgelt für ein Krankenhaus, welches ambulante Operationen durchführt, relativ sicher kalkulierbar, während für den Leistungserbringer aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte die Abrechnung nach dem entsprechenden Punktwert erfolgt. Dieser ist, wie schon gezeigt wurde, durch den Leistungserbringer nicht kalkulierbar und kann auch derart niedrig ausfallen, dass das Entgelt nicht mehr die entstandenen Kosten des Leistungserbringers abdeckt.⁵⁶³ Auch hier spielt die unterschiedliche Beschreibung der Leistungen in den verschiedenen Versorgungsbe-

559 Tirole, J. (1999), S. 297 ff.

560 Straub, C.; Pütz, C. (2004), S. 12; vgl. auch Schawao, D.; Schneider, W. (2004), S. 15; Busse, R. (2004), S. 28.

561 Tirole, J. (1999), S. 369 ff.

562 Felder, S. (2004), S. 34 f.

563 Rebscher, H. (2004b).

reichen eine wesentliche Rolle.⁵⁶⁴

4.3.6 Differenzen und Unsicherheiten in der Rechtsauslegung

Neben den sachlichen Differenzen zwischen den Verhandlungspartnern innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung kann es auch durch Unterschiede in der Rechtsauslegung zum Scheitern der Vertragsverhandlungen kommen.⁵⁶⁵ Diese Unterschiede können sowohl grundsätzlich die Gewichtung der einzelnen Passagen des § 71 SGB V betreffen als auch durch Veränderungen des rechtlichen Umfeldes zum Beispiel durch Gesetzesnovellierungen zustande kommen.⁵⁶⁶ Zusätzlich kann es zu Kollusionen zwischen Landes- und Bundesrecht kommen, wenn Teilbereiche des Gesundheitswesens in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fallen. Wesentliche Beispiele hierfür sind der Rettungsdienst und der Bereich der Krankenhausplanung. Hier kann es zu Widersprüchen zwischen der durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bestimmten Budgetbegrenzung der Krankenkassen und der durch Entscheidungen der Landesgesetzgebung bestimmten Kostenentwicklung kommen, welche im Fall von Verhandlungslösungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen meist durch Schiedsämter und Schiedsstellen gelöst werden.

4.3.7 Verbandsinterne Determinanten der Verhandlungsführung

Neben den schon genannten Determinanten, die sich eher zwischen den an den Schiedsverfahren Beteiligten auswirken, gibt es auch Einflüsse innerhalb der Verhandlungsparteien, die sich auf die Verhandlungsführung und somit auf die Wahrscheinlichkeit der Anrufung von Schiedsstellen auswirken.⁵⁶⁷

Von wesentlicher Bedeutung dürfte hierbei die Betroffenheit der Verhandlungsführer von dem Verhandlungsergebnissen sein. Diese können die Verhandlungsführer direkt betreffen, wenn sich die Verhandlungsergebnisse direkt auf die Einkommen der Vertreter einer Verhandlungspartei auswirken oder indirekt, wenn die Verhandlungsführer für Dritte im Auftrag verhandeln.⁵⁶⁸ Ersterer Fall ist innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung dann gegeben, wenn ehrenamtliche Vertreter der Verbände der Kassenärzte an den Verhandlungen beteiligt sind. Bei ihnen wirken sich die Verhandlungsergebnisse prinzipiell in derselben Art und Weise aus wie bei den Personen, welche sie in den Verhandlungen vertreten, da sie ihr Einkommen aus ihrer ärztlichen Tätigkeit beziehen.

Die Krankenkassen werden dagegen meistens von Personen vertreten, deren Einkommen nicht direkt vom Verhandlungsergebnis abhängt. Das Problem ist mit der Prinzipal-Agenten-

564 Stillfried, D. Graf v.; Ryll, A. (2004), S.48 ff.

565 Vaudt, S. (2001), S. 2.

566 Vaudt, S. (2001), S. 9 f.

567 SVRG (2005), S.106 f.

568 Mark, S. (1987).

Problematik in Unternehmen vergleichbar. Hier hat man festgestellt, dass es bei einem Auseinanderfallen der Eigentümer- und der Managementfunktion zu Interessengegensätzen zwischen den Eigentümern und den sie vertretenden Managern kommen kann.

Einen weiteren Maßstab der Betroffenheit vom Verhandlungsergebnis erhält man, wenn man die Größenordnung des Verhandlungsergebnisses ins Verhältnis zum Gesamtvolumen der wirtschaftlichen Transaktionen der Verhandlungspartner setzt. Hier kann man davon ausgehen, dass mit steigendem Grad der wirtschaftlichen Betroffenheit die Konzessionsbereitschaft einer Verhandlungspartei abnimmt.

Neben den bisher genannten Determinanten können auch die Wahlen in den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung das Verhalten der Verhandelnden bestimmen.⁵⁶⁹ Hierbei spielt vor allem die Kontrollfunktion der Wahlen eine entscheidende Rolle. Werden die Verhandlungsführer durch Wahlen legitimiert, so müssen Sie ihre Verhandlungsergebnisse auch vor ihren Auftraggebern verantworten.⁵⁷⁰

Haben sich die Vertreter einer Verhandlungspartei öffentlich verpflichtet, ein bestimmtes Verhandlungsergebnis zu erreichen, so ist zu erwarten, dass sie in eine unversöhnliche Verhandlungsposition gedrängt werden.⁵⁷¹ Je höher der Erfolgs- und Kontrolldruck der vertretenen Organisation auf die Verhandlungsführer ist, desto höher kann die Neigung der Verhandlungsführer werden, die Entscheidung einem unabhängigen Dritten zu übertragen.⁵⁷² In einem solchen Fall ist auch nicht zu erwarten, dass die Parteien in den Verhandlungen aufeinander zugehen.⁵⁷³ Sie werden eher unter der Annahme, dass der Schiedsrichter am ehesten eine Lösung in der Mitte zwischen den Forderungen der Parteien finden wird, an ihren extremen Ausgangspositionen festhalten, um so eine gute Basis für das Schiedsverfahren zu sichern.⁵⁷⁴

Durch die Verlagerung des Verhandlungsprozesses in ein Schiedsamt können sich die Vertreter der Parteien im Sinne der Prinzipal-Agenten-Theorie auch der direkten (Verhaltens-)Kontrolle durch ihre Auftraggeber entziehen.⁵⁷⁵ Somit bietet das Schiedsverfahren den Vertretern der Parteien die Möglichkeit sich zu einigen, ohne „das Gesicht zu verlieren“.⁵⁷⁶

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass in den Verhandlungen auf Seiten der Krankenkassen Vertreter mehrerer untereinander in Konkurrenz um Mitglieder stehender

569 Neubauer, G. (1985), S. 223, S. 228 f.

570 Simon, H. A.; Dantzig, G. B.; Hogarth, R.; Plott, C. R.; Raiffa, H.; Schelling, T. C.; Shepsle, K. A.; Thaler, R.; Tversky, A.; Winter, S. (1987), S. 27.

571 Rubin, J. Z. (1980), S. 386.

572 Vaudt, S. (2001), S. 114 f.

573 Falk, A.; Fehr, E.; Fischbacher, U. (2003), S. 172; Neubauer, G. (1985), S. 232 f.

574 Rueschhoff, S. (1991), S. 496.

575 Witt, P. (2001), S. 89 ff.; vgl. auch Williamson, O. E. (1985), S. 145 f.

576 Jiménez-Figueres, D. (2004), S. 93.

Krankenkassen gemeinsam miteinander agieren müssen. Hierbei kann das als Arrow-Abstimmungsparadoxon bekannte Problem auftreten, dass bei der Abstimmung der Verhandlungsziele keine eindeutige Rangfolge der Verhandlungsziele hergestellt werden kann.⁵⁷⁷

Auf Seiten der Leistungserbringer tritt dieses Problem in den Bereichen auf, in denen die Leistungserbringer durch Verbände vertreten werden. So gibt es zum Beispiel in den Kassenärztlichen Vereinigungen Untergruppen, die sich nach Fachrichtungen unterscheiden.⁵⁷⁸ Auch hierbei müssen die einzelnen Zielfunktionen der Untergruppen aggregiert werden, was wiederum zu den genannten Problemen führt.

In den genannten Verhandlungssituationen muss man davon ausgehen, dass die Verhandlungspartner zu Zwangskartellen zusammengefasst sind. In Versorgungsbereichen wie dem Krankenhausbereich, in denen einzelne Leistungserbringer mit den Verbänden der Krankenkassen verhandeln, ist dieses Problem auf Leistungserbringerseite nicht zu finden. Hier wird zwischen einem (lokalen) Monopolisten und einem Zwangskartell der Financiers (gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherung) verhandelt. Im Gegensatz zu anderen Bereichen kann im Krankenhausbereich auch kein Financier aus dem Zwangskartell austreten.

Im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung gibt es dagegen mehrere Zwangskartelle auf Seiten der Krankenkassen in Form mehrerer untereinander konkurrierender Krankenkassenverbände. Dagegen sind in diesem Bereich die Leistungserbringer zu einem Zwangskartell in Form der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ohne Austrittsmöglichkeit und somit zu einem Kollektivmonopol zusammengefasst.

Nach Thiemeyer wird jedoch die Rolle des Arrow-Abstimmungsparadoxons für die Gemeinsame Selbstverwaltung zu hoch bewertet. Dies begründet er damit, dass man von den Abstimmungen innerhalb der Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung nur einen stringenten Vollzug logisch widerspruchsfreier Entscheidungen von Einzelfragen sieht. In der Praxis wird dieses Problem nach seiner Meinung gar nicht oder nur in Grenzfällen relevant.⁵⁷⁹ Neben den internen und externen sachlichen Differenzen zwischen den Parteien können auch interpersonelle Konflikte innerhalb einer Verhandlungsgruppe entscheidend das Verhandlungsergebnis beeinflussen.⁵⁸⁰ So können persönliche Animositäten zwischen den Verhandlungsführern die Arbeitsatmosphäre derart beeinträchtigen, dass eine Auseinandersetzung über Sachfragen nur noch im Schiedsverfahren möglich ist.⁵⁸¹

577 Bandelow, N. C. (2004).

578 SVRG (2005), S.106 f.

579 Thiemeyer, T. (1988), S.252.

580 Güth, W.; Kliemt, H. (2003), S. 159 f.

581 Heinze, M. (1988), S. 7 f.

4.3.8 Strategische Überlegungen der Parteien

Neben den sachlichen und rechtlichen Differenzen können auch weitere strategische Überlegungen eine Rolle spielen, wenn es um die Frage geht, ein Schiedsamt anzurufen. Wie in Abschnitt 2.5.4 schon erwähnt, gibt es im Bereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens keinen vertragsfreien Zustand. Dies bedeutet, dass ein alter Vertrag solange gilt, bis er durch eine neue Vereinbarung oder einen Schiedsspruch ersetzt worden ist. Hier kann schon aus Liquiditäts-Überlegungen heraus ein Interesse entstehen, das Zustandekommen einer neuen Entgeltregelung durch die Anrufung einer Schiedsstelle zu beschleunigen. Weitere strategische Aspekte können aus der Besetzung der Schiedsstelle, insbesondere der Position des Vorsitzenden entstehen. Auf diese Aspekte wird im Abschnitt 6.4 näher eingegangen.

Im Fall, dass die Verhandlungsführer der Parteien sich aufgrund des Druckes durch die von ihnen vertretenen Organisationen nicht im Rahmen der Verhandlungen einigen können, bieten die Schiedsverhandlungen einen weiteren strategischen Vorteil für die Verhandlungsführer. Sie werden nämlich nicht öffentlich geführt, womit sich das Verhalten der Verhandlungsführer (Agenten) nicht mehr unter der direkten Kontrolle der Prinzipale befindet.⁵⁸²

Die Schiedsentscheidungen müssen mit Mehrheit gefällt werden. Es wird deshalb die Anzahl der zustimmenden Mitglieder erfaßt, aber nicht, wer von den parteiischen Mitgliedern der Schiedsstelle dem Vorschlag der oder des Unparteiischen zugestimmt hat. Dies erleichtert es vor allem den Vertretern von Leistungserbringern und Krankenkassen über Streitfragen zu verhandeln, die im Rahmen der vorangehenden Verhandlungen nicht diskutierbar waren.⁵⁸³ Gegenüber den eigenen Organisationen können die parteiischen Mitglieder nach den Schiedsverhandlungen argumentieren, dass der Schiedsspruch mit den Stimmen der Gegenpartei und des Unparteiischen gefällt worden ist.

Durch Nichtöffentlichkeit der Schiedsverhandlung können die Vertreter der Parteien in der Schiedsstelle jede Abweichung von der Ausgangsposition der anderen Partei als Nutzenzuwachs für die eigene Seite ausweisen. In diesem Punkt befinden sich die Verhandlungsführer im Fall einer offenen Abstimmung „nur“ noch unter der Kontrolle der mit anwesenden Vertreter der eigenen Seite. Bei starken Differenzen innerhalb der Verhandlungsparteien könnte diese Kontrolle durch eine geheime Abstimmung aufgehoben werden.

4.4 Darstellung der strittigen Punkte in den analysierten Schiedsverfahren

Die Probleme, die zum Scheitern der Verhandlungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstver-

582 Jost, P.-J. (2001), S. 25.

583 Li, H.; Suen, W. (2004), S. 312.

waltung führen, wurden anhand von Schiedsverfahren zwischen den Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer im Freistaat Bayern im Zeitraum von 1995 bis 2005 festgestellt.

Um die strittigen Punkte zwischen den Parteien in den untersuchten Schiedsverfahren zu betrachten, wurden zunächst einmal die wesentlichen Forderungen aus den Schriftsätzen der Parteien und den Protokollen der Schiedsstellensitzungen durch Einsichtnahme in die Akten der Geschäftsstellen der Schiedsstellen zusammengetragen und in den Tabellen 3 bis 6 gegenübergestellt. Diese Tabellen sind nach den jeweils zuständigen Schiedsstellen geordnet, da die strittigen Punkte jeweils eine ähnliche Struktur aufweisen.

So haben die Krankenkassen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern (KZVB) nicht die über eine Vergütung der Leistungserbringer über eine Kopfpauschale mit befreiender Wirkung verhandelt sondern über eine Abrechnung über Punktwerte. Gleichzeitig wurden Gesamtvergütungen vereinbart, um expansive Effekte durch Mengenausweitungen zu verhindern. Ist diese Gesamtvergütung durch die abgerechneten Leistungen erreicht, so müssen die Krankenkassen keine weiteren Zahlungen an die KZVB leisten.

Die Vertreter der KZVB forderten in ihren Anträgen an das Schiedsamt eine Erhöhung der Punktwerte. Gegenüber den Verbänden der Ersatzkassen begründeten sie dies mit der Entwicklung der Kosten der Zahnärzte⁵⁸⁴ und dem geringeren Anstieg der Punktwerte im Vergleich zur Entwicklung der Grundlohnsumme.⁵⁸⁵ Bei den Anträgen in den Schiedsverfahren gegen die Primärkassen kommt zu diesen Begründungen noch der Vergütungsabstand zu den Ersatzkassen.⁵⁸⁶ Hier argumentieren die Vertreter der KZVB damit, dass die Punktwerte bei den Ersatzkassen für eine angemessene Versorgung anerkannt sind und es für dieselbe Leistung kein geringeres Entgelt geben sollte.⁵⁸⁷ Dieselbe Begründung wird auch in allen Verfahren für das Entgelt für Gutachten von den Vertretern der KZVB vorgebracht.⁵⁸⁸ Hier wurden als Vergleichsmaßstab die Gutachterentgelte bei Zivilgerichten herangezogen.

Dasselbe Argument wurde auch in allen Verfahren von den Ersatzkassen verwendet, nur mit umgekehrter Zielsetzung. Die Vertreter der Ersatzkassenverbände hatten in den Anträgen zu den Schiedsverfahren zur vertragszahnärztlichen Versorgung jeweils eine Absenkung der Punktwerte auf den Wert der Primär- oder auch Regionalkassen gefordert.⁵⁸⁹ Begründet wurde dies damit, dass durch den Risikostrukturausgleich die wirtschaftliche Grundlage für

584 KZVB (1999b), S. 18 ff.

585 KZVB (1999a), S. 11 u. 25; KZVB (2000a), S. 12 ff.; KZVB (2001a), S. 16 ff.; KZVB (2002a), S. 18 ff.

586 KZVB (1999a), S. 18 – 21.

587 KZVB (1999a).

588 KZVB (2000a), S. 18; KZVB (2000b), S. 17 f.; KZVB (2001a), S. 26 f.

589 vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1997); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1998); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1999); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (2000); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (2001); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (2002).

die historisch entstandenen Entgeltunterschiede entfallen ist. Vor Einführung des Risikostrukturausgleiches konnten die Ersatzkassenverbände höhere Entgelte zahlen, da auch die durchschnittlichen Einnahmen je Mitglied über denen der Regionalkassen lagen. Diese überdurchschnittliche Finanzkraft konnte auch für höhere Entgelte an die Leistungserbringer verwandt werden. Durch den Risikostrukturausgleich müssen die Ersatzkassen für ihre überdurchschnittliche Finanzkraft einzahlen. Aus diesem Grund fordern die Ersatzkassenverbände eine Senkung der Punktwerte um im Wettbewerb mit den anderen Kassenarten gerechtere Bedingungen zu erhalten.

Weitere Streitpunkte ergaben sich aus der Interpretation von Verträgen aus vergangenen Zeiträumen und deren Auswirkungen auf die aktuellen Entgeltverhandlungen. So fordern die Ersatzkassenverbände eine Korrektur der Ausgangswerte um die nach ihrer Auffassung fälschlicherweise berücksichtigte Mitgliederentwicklung in den Jahren 1991 bis 1993. In fast allen Verfahren machen die Vertreter der Krankenkassenverbände auch Rückforderungsansprüche aus vergangenen Zeiträumen geltend, welche bei der Festsetzung der Ausgangslage für die Fortschreibung der Entgelte berücksichtigt werden sollen.

In den Verfahren der Entgeltschiedsstelle der Landrettung in Bayern entstanden die Streitpunkte zwischen den Landes-Verbänden der Krankenkassen und den Vertretern der Leistungserbringer durch eine unterschiedliche Gewichtung von Bundes- und Landesgesetzgebung.⁵⁹⁰ Während die Leistungserbringer aus dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz einen Anspruch auf Kostenerstattung ableiteten, betonten die Vertreter der Krankenkassenverbände den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aus § 71 SGB V. Die Vertreter der Zahntechniker-Innung beabsichtigten neben strittigen Entgeltfragen unter anderem auch Fragen des Marktzutritts insbesondere von Nicht-Innungsbetrieben in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu regeln. Hierüber konnte keine Einigung erzielt werden, so dass diese Streitfragen durch das Landesschiedsamt der Zahntechniker gelöst werden sollten.⁵⁹¹

590 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a), S. 3 f.

591 Landesschiedsamt Zahntechniker in Bayern (2004).

5 Determinanten des Schiedsergebnisses

Neben den Gründen für die Anrufung des Schiedsamtes sind die Determinanten der Ergebnisse von Schiedsverfahren ein weiterer Punkt, um die Frage nach der Rolle der Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu klären. Im Folgenden soll deshalb untersucht werden, welchen Einfluss die verschiedenen Determinanten auf die Ergebnisse der Schiedsverfahren haben.

5.1 Einfluss der Unparteiischen auf die Schiedsergebnisse

5.1.1 Auswahl und Funktion der Schiedsrichter

Die Bedeutung der Auswahl der unparteiischen Mitglieder und insbesondere des Vorsitzenden der Schiedsstellen für die Entscheidung beruht neben den schon in Abschnitt 4.1 genannten Funktionen während der Verhandlungsführung auf der Tatsache, dass die Entscheidungen mit einfacher Mehrheit gefällt werden.⁵⁹² Somit entscheidet der Vorsitzende im Fall, dass die von den Leistungserbringern ernannten parteiischen Mitglieder dem Antrag ihrer Partei folgen und die von den Krankenkassen bestimmten Mitglieder der Schiedsstelle dem Antrag der Krankenkassenseite zustimmen, allein die Stimme der Unparteiischen über den Sachverhalt.⁵⁹³ Aus Gründen der Fairness sollte dieser Personenkreis so gewählt werden, dass er keine Präferenzen für eine der beiden Parteien hat.⁵⁹⁴ Dies wird im Allgemeinen dadurch erreicht, dass der Vorsitzende von beiden Parteien gemeinsam bestellt werden muss. Können sie sich nicht auf eine Person einigen, so setzt die jeweilige Aufsichtsbehörde den Vorsitzenden der Schiedsstelle ein. Für die Auswahl der Unparteiischen wird außerdem empfohlen, dass sie Sachverstand über den Verhandlungsgegenstand besitzen sollen,⁵⁹⁵ kreative Lösungen für die Verhandlungsparteien entwickeln können, mit persönlichen Konflikten zwischen den Verhandelnden umgehen können⁵⁹⁶ und bei beiden Parteien über eine gute Reputation verfügen.⁵⁹⁷

Für den Fall, dass der Vorsitzende nicht gemeinsam durch beide Parteien bestimmt wurde, kann man nicht mehr davon ausgehen, dass er einen von beiden Seiten als gerecht empfundenen Schiedsspruch vorschlägt.⁵⁹⁸

592 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 355.

593 Kehr, H.-H. (1995), S. 147.

594 Müller, C. (2000); Li, H.; Suen, W. (2004), S. 325; Steege, R.; Rheinberger, P. (2004), S. A3389.

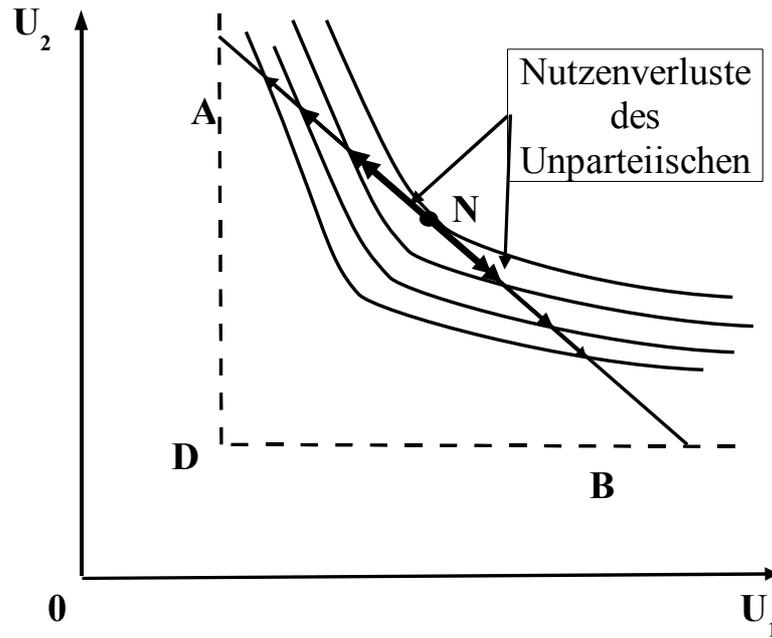
595 Krämer, W. (1992), S. 321 f.; Lanzone, A. M. (2001), S. 394.

596 Posthuma, R. A.; Dworkin, J. B.; Swift, M. S. (2002), S. 95 f.; Chaykin, A. A. (1994), S. 59; Tirole, J. (1999), S. 69.

597 Clairborne, Z. A. (1998), S. 19; Jiménez-Figueres, D. (2004), S. 96.

598 Arnold, J. A. (2000), S. 319; Ashenfelter, O. (1987); Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 355 f.; Jiménez-Figueres, D. (2004), S. 96 f.

Abbildung 22: Präferenzstruktur des Schiedsrichters



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Vorsitzende soll einen Interessenausgleich zwischen den Parteien der Leistungserbringer und der Krankenkassen anstreben.⁵⁹⁹ Aus seiner Sicht muss er den Verhandlungsparteien einen Vorschlag machen, der die Belange beider Seiten in angemessenen Umfang berücksichtigt. Jede Abweichung von diesem Vorschlag stellt für ihn einen Nutzenverlust dar, weil hierdurch eine Verhandlungspartei einen aus seiner Sicht ungerechten Nutzenzuwachs erhält, während die andere Verhandlungspartei einen aus Sicht des Vorsitzenden einen ungerechten Nutzenverlust erleidet. Hierbei ist es für den Vorsitzenden aufgrund seiner Unparteilichkeit nicht von Bedeutung, in welche Richtung diese Abweichung geht. Hierdurch ergibt sich eine Präferenzstruktur, wie sie in Abbildung 22 dargestellt ist. Der Entscheidungsspielraum der Schiedsstelle ist durch das Dreieck *ABD* dargestellt. Die Linie *AB* kennzeichnet die pareto-optimalen Entscheidungsmöglichkeiten. Die Indifferenzkurven in der Abbildung stellen die erreichbaren Nutzenniveaus aus der Sicht des unparteiischen Vorsitzenden der Schiedsstelle dar. Der Punkt *N* stellt in Abbildung 22 den Vorschlag des Vorsitzenden der Schiedsstelle dar. Durch diesen Punkt verläuft die äußerste erreichbare Nutzen-Indifferenzkurve des Unparteiischen. Dieser Punkt stellt somit das Nutzenmaximum des Schiedsrichters dar. Wird von diesem Punkt abgewichen, so verringert sich für den Vorsitzenden der Schiedsstelle der erreichte Nutzen. In der Abbildung ist auch erkennbar, dass es keine Rolle spielt, in welche Richtung diese Abweichung erfolgt.

Dem Vorschlag des Vorsitzenden müssen jedoch mindestens die Hälfte der anderen Mitglieder der Schiedsstelle zustimmen. Stimmt jedoch kein weiteres Mitglied der Schiedsstelle dem Vermittlungsvorschlag zu, so muss der Vorsitzende seinen Vorschlag solange revidieren, bis

⁵⁹⁹ Vaudt, S. (2001), S. 34.

mindestens eine Seite ihm zustimmt. Mit Sicherheit erreicht er dies, wenn er dem Antrag einer Partei vollständig nachgibt. Er kann sich aber auch durch schrittweises Modifizieren seines Vorschlages sich an die Zustimmungsbereitschaft der parteiischen Mitglieder der Schiedsstelle herantasten.

Neben seinem Nutzenverlust entstehen dem unparteiischen Vorsitzenden der Schiedsstelle bei Ablehnung seines Schlichtungsvorschlages Transaktionskosten durch die Fortsetzung der Verhandlungen sowie durch die Neufassung des (aus seiner Sicht dann sub-optimalen) Schiedsspruches. Ein Verfahren, wie der Vorsitzende zu eine Lösung gelangen kann, findet sich in Abschnitt 5.1.2.

5.1.2 Schiedsspruch durch iterative wechselseitige Präferenzabfrage

Um trotzdem die Zustimmung mindestens der Hälfte der parteiischen Mitglieder der Schiedsstelle bei gleichzeitiger Minimierung seines Nutzenverlustes zu erreichen, kann er wie folgt vorgehen:⁶⁰⁰ Er stellt die parteiischen Mitglieder der Schiedsstelle vor die Entscheidung, seinen Vorschlag anzunehmen oder diesen Vorschlag durch eine Zufallsentscheidung zu variieren.⁶⁰¹ Diese Zufallsentscheidung sollte folgenden Bedingungen genügen:

- Der Erwartungswert der Zufallsentscheidung entspricht der Schiedsrichterlösung.
- Der Betrag der Abweichung von der ursprünglichen Schiedsrichterlösung wird vor dem Zufallsprozess durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle festgelegt.
- Der Zufallsprozess entscheidet nur die Richtung der Abweichung von der Ausgangslösung. Hierbei gibt es die Möglichkeit, den Abweichungsbetrag von der Ausgangslösung abzuziehen oder auf sie aufzuschlagen.
- Beide Ausprägungen des Zufallsprozesses treten mit der Wahrscheinlichkeit von 0,5 ein.
- Die zusätzlichen Transaktionskosten der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle werden durch die parteiischen Mitglieder nicht kompensiert.

Ein mögliches Verfahren, welches obige Eigenschaften erfüllt ist folgendes:

Der Vorsitzende hält seinen Vermittlungsvorschlag als Ausgangswert W_0 fest und stellt ihn zur Abstimmung. Bekommt er von keiner Seite eine Zustimmung zu seinem Vorschlag, so legt er einen Betrag X_1 fest, um welchen er seine Lösung verändert. Die Richtung der Veränderung bestimmt er durch den Wurf einer Münze. Nach dem Zufallsereignis stellt er das veränderte Ergebnis zur Abstimmung. Als neuen Wert der Auszahlung W_1 erhält man

$$\begin{aligned}
 W_1 &= W_0 + X_1 \text{ mit der Wahrscheinlichkeit } 0,5 \text{ oder} && \text{Gleichung 7} \\
 W_1 &= W_0 - X_1 \text{ mit der Wahrscheinlichkeit } 0,5 . && \text{Gleichung 8}
 \end{aligned}$$

Der Erwartungswert beträgt:

600 Das beschriebene Verfahren wurde erstmals in einem Schiedsverfahren des Erweiterten Bewertungsausschusses für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 1999 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Neubauer praktiziert.

601 Kidd, A. (2003), S. 601 f.

$$EW(W_1) = W_0 + 0.5X - 0.5X = W_0. \quad \text{Gleichung 9}$$

Erhält er dann immer noch keine Zustimmung, so wiederholt er diesen Vorgang mit einem höheren Betrag X_2 . Dieses Verfahren wird solange mit $|X_{n+1}| > |X_n|$ fortgesetzt, bis eine Seite dem Vermittlungsvorschlag

$$W_n = W_0 \pm X_n \quad \text{Gleichung 10}$$

zustimmt. Der Schiedsrichter handelt im geschilderten Fall entsprechend seiner Präferenzstruktur, indem er den Parteien Konzessionen macht, um zu einem Ergebnis im Verfahren zu kommen. Die absoluten Werte $|X_n|$ hängen wiederum von der Konzessionsfunktion der Unparteiischen ab. Sie können von Runde zu Runde proportional, über- aber auch unterproportional zunehmen. Der Extremfall ist hierbei die so genannte Final-Offer-arbitration, bei welcher dem Antrag einer der Parteien voll zugestimmt wird. Der Prozess lässt sich als Brown'scher Prozess ohne Drift beschreiben. Er ist mittelwertstabil und hat eine im Zeitverlauf steigende Varianz.

Im Folgenden geht man davon aus, dass wegen der Symmetrie in der Nutzenbewertung durch den und die Unparteiischen für jede Partei eine positive Veränderung der Auszahlung eine Verbesserung darstellt und eine negative Veränderung der Auszahlung eine Verschlechterung.

Die Parteien müssen sich in diesem Verfahren entscheiden, ob sie dem aktuellen Vorschlag des Unparteiischen annehmen oder den Zufallswert der nächsten Runde abwarten. Stimmt eine Partei dem aktuellen Vorschlag zu, so steht die Schiedsentscheidung fest. Lehnt eine Partei den aktuellen Vorschlag ab, so muss sie berücksichtigen, dass sie sich jeweils mit der Wahrscheinlichkeit von 0,5 verbessern oder mit der Wahrscheinlichkeit von 0,5 verschlechtern kann. Im letzteren Fall muss noch berücksichtigt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit p ($0 < p < 1$) die Gegenpartei dem neuen Vorschlag zustimmt und somit den Prozeß beendet. Somit ergibt sich als Erwartungsnutzen einer Partei für die $n+1$ te Runde

$$U(EW_{n+1}) = U(W_0 + 0,5 X_{n+1} - 0,5 p X_{n+1}). \quad \text{Gleichung 11}$$

Dieser Wert wird mit dem sicheren Nutzen $U(W_n)$ des aktuellen Vorschlages der Unparteiischen verglichen. Ob eine Partei zustimmt, wird im Wesentlichen von ihrer Risikoaversion und der Einschätzung der Risikoaversion der Gegenpartei abhängen⁶⁰². Die Partei mit der stärkeren Risikoaversion wird zuerst dem Vorschlag des Unparteiischen zustimmen. Aus dieser Information können die anderen Beteiligten eine Vermutung über den Verlauf der Nutzenfunktion ableiten.⁶⁰³

602 Meyer, R. (2000), S. 32 f.; vgl auch Reiss, P. (1996), S. 425.

603 Currim, I. S.; Sarin, R. K. (1983), S. 251 f.

Für dieses Verfahren gilt, dass die unparteiischen Mitglieder im Schiedsverfahren die Rolle einer dritten Partei einnehmen. Sie nehmen am Entscheidungsprozess aktiv teil und verfolgen dabei eine eigene Zielfunktion. Sie können hierbei sowohl beratend als auch entscheidend tätig werden.⁶⁰⁴

In der Literatur wird zwischen der Kontrolle des Verfahrens und der Kontrolle des Ergebnisses unterschieden.⁶⁰⁵

Bei der Kontrolle des Verfahrens können die Unparteiischen das Ergebnis durch ihre Handhabung des Verhandlungsprozesses, durch Beeinflussung der Kommunikation zwischen den Verhandlungsparteien, durch ihren Einfluss auf räumliche und zeitliche Vorgaben, durch ihr Verhalten gegenüber den Parteien oder auch durch ihre Autorität beeinflussen.⁶⁰⁶

Die Beeinflussung des Ergebnisses hängt dagegen von der Nutzenfunktion der Unparteiischen Mitglieder im Schiedsverfahren ab. Bei der Formulierung der Zielfunktion der Unparteiischen wird meistens davon ausgegangen, dass man die Schiedsrichterlösung aus der Menge der paretooptimalen Auszahlungskombinationen ermittelt.⁶⁰⁷ Aus Sicht der Beteiligten soll sich die Schiedsrichterlösung jedoch nicht wesentlich von einer Vertragslösung unterscheiden.⁶⁰⁸ Aus diesem Grund werden Schiedsrichterlösungen analog der Verhandlungslösungen modelliert.⁶⁰⁹ Die Rolle des Schiedsrichters wird in diesen Lösungen als Gewichtung der Nutzen der beiden Verhandlungsparteien formuliert. In der Nutzenfunktion eines fairen Schiedsrichters sollen die Nutzen beider Parteien so berücksichtigt werden, wie es ein vollständiger Vertrag zwischen beiden Parteien vorgesehen hätte.⁶¹⁰

Eine andere Beschreibung der Rolle der Schiedsrichter liegt vor, wenn die Schiedsstellen nur die Möglichkeit der so genannten Final-Offer-Arbitration hat. In diesem Fall hat sie nur die Möglichkeit, einer von beiden Parteien Recht zu geben und ihr den gesamten Nutzen der strittigen Verhandlungsmasse zuzusprechen.⁶¹¹ Von einer solchen Lösung wird erwartet, dass der Anreiz zum Weiterverhandeln steigt. Allerdings werden die Ergebnisse derartiger Schiedssprüche nicht in dem Maße als fair akzeptiert, wie die Schiedssprüche „konventioneller“ Art.⁶¹² Nach Crawford ist eine Final-Offer-Lösung auch völlig unabhängig von den Präferenzen der Parteien und hängt nur von den Präferenzen der Schiedsrichter ab.⁶¹³

604 Vaudt, S. (2001), S. 60.

605 Lewicki, R. ;Weiss, S. E.; Lewin, D (1992) , S.231.

606 Coben, J. R. (2001), S. 5.

607 Friedrich, P. (1976), S. 224.

608 Tirole, J. (1999), S. 69.

609 Raiffa, H. (2002), S. 183 ff.

610 Tirole, J. (1999), S. 69.

611 Farber, H. S.; Bazerman, M. H. (1987), S. 347 f.; Feuille, P. (1975), S. 304 f.

612 Feigenbaum, C. (1975), S. 316.

613 Crawford, V. P. (1981), S. 206.

Sind mehrere Unparteiische in einem Schiedsverfahren involviert, so kann hier das als Arrow-Paradoxon bekannte Problem entstehen, dass es in der Gruppe der Unparteiischen zu keiner klaren Rangfolge der gemeinsamen Präferenzen kommen könnte.⁶¹⁴ Allerdings ist dieses Problem in kleinen Gruppen mit einer begrenzten Anzahl von Entscheidungsproblemen durch Stimmentausch und Zusammenfassung von Entscheidungen lösbar.⁶¹⁵ Gerade bei komplexen Problemen wird davon ausgegangen, dass eine Gruppe von Unparteiischen eher zu einer Lösung kommt als ein einzelner unparteiischer Vorsitzender.⁶¹⁶

Der Verlauf der Schiedsverfahren entspricht den normalen Verhandlungen⁶¹⁷ mit dem Unterschied, dass die Parteien die Nutzenfunktion der Unparteiischen in ihrer Verhandlungsführung mit berücksichtigen müssen.⁶¹⁸ Im Folgenden werden deshalb einige mögliche Nutzenfunktionen der Unparteiischen und deren Auswirkungen auf das Schiedsergebnis dargestellt.

5.1.3 Nutzenfunktionen der Unparteiischen

5.1.3.1 Modell einer fairen Schiedsrichterlösung nach Nash

Schon John Nash hat sich die Frage gestellt, welche Anforderungen ein Schiedsspruch erfüllen muss, damit man ihn als gerecht akzeptiert.⁶¹⁹ Um die Schiedsentscheidungen zu modellieren, wurde von ihm ein Modell⁶²⁰ entwickelt, welches von der Annahme ausgeht, dass die beteiligten Parteien im Schiedsverfahren miteinander kooperieren. Diese Annahme wird aus folgenden Beobachtungen abgeleitet, die in Experimenten zu einer Kooperation zwischen Spielern geführt haben⁶²¹:

- Die Teilnehmer in den Schiedsverfahren treffen sich regelmäßig und kennen ihre Reaktionsfunktionen.
- Das Kooperieren kann erlernt werden und die Kooperationsfähigkeit nimmt zu, wenn die Notwendigkeit von Kommunikation besteht.⁶²²
- Es besteht ein Interesse an Kooperation, wenn es gemeinsame Gegenspieler gibt. Im Fall der Schiedsverhandlung kann der Staat als ein solcher gesehen werden, wenn er im Falle des Versagens der Schiedsverhandlungen mit Lösung der Streitfragen durch eigene Ersatzvornahmen droht.
- Es existiert ein Rechtssystem um die Einhaltung von Verträgen durchzusetzen.⁶²³
- Die Schiedssprüche werden im Rahmen einer Verhandlung gefällt, womit die Schiedsrichterlösungen auch im Rahmen von Verhandlungsmodellen abgebildet werden können.⁶²⁴

614 Campbell, D. E.; Kelly, J. S. (2000), S. 6.

615 Bernholz, P. (1974).

616 o.V., Harvard Law Review (1986), S. 1884 f.

617 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 354.; Williams, S. R. (1990), S. 227.

618 Babcock, L.; Loewenstein, G.; Issacharoff, S.; Camerer, C. (1995), S. 1338.

619 Nash, J. (1953).

620 Nash, J. (1950).

621 Schneider, H. (1969), S. 68 f.; Schenk, S. (1995), S. 77 ff.

622 Crawford, V. P. (1990), S. 217.

623 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 23.

624 Wilson, C. A. (2001).

Der Schiedsspruch wird dabei als Aufteilungsvorschlag von Nutzen (U_1, U_2) dargestellt und als Vektor (r_1, r_2) aus einer gegebenen Lösungsmenge P definiert. Hiernach müssen folgende Axiome erfüllt sein:⁶²⁵

- Axiom 1: Die vorgeschlagene Aufteilung (r_1^*, r_2^*) muss pareto-optimal sein, d.h. $(U_1^*, U_2^*) \in P$. Diese Forderung resultiert aus der Überlegung, dass sich die Beteiligten einer „Schiedsrichterlösung“ zurecht widersetzen würden, wenn diese Forderung verletzt würde, da für mindestens einen Spieler etwas verschenkt würde.⁶²⁶
- Axiom 2: Wird die Nutzenfunktion eines Haushaltes einer bestimmten Transformation T , so erhält man die Lösung des neuen Spiels, indem man die alte Lösung des Spiels dieser Transformation T unterwirft. Materiell ändert sich die Lösung nicht.
- Axiom 3: Unter einem völlig symmetrischen Spiel versteht man ein Spiel, bei dem sich weder Ausgangslage noch die entsprechenden Möglichkeiten eines Spielers ändern, wenn die Spieler ihre Rollen tauschen und eventuell nach entsprechender Transformation dieselbe Nutzenfunktion haben.⁶²⁷ Ist ein Spiel völlig symmetrisch, dann gilt $U_1^* = U_2^*$.⁶²⁸ Dies bedeutet, dass der Schiedsrichter keine Partei bevorzugt.⁶²⁹
- Axiom 4: Die Alternativen, die nicht in der unmittelbaren Nachbarschaft der Lösung liegen, sollen irrelevant für die Lösung sein. Das bedeutet, dass Veränderungen der Lösungsmenge keinen Einfluss auf die Lösung haben⁶³⁰ und die Schiedsrichterlösung sich nicht ändert, wenn andere mögliche Ergebnisse als Lösung ausscheiden.⁶³¹
- Axiom 5: Die Lösung muss den Ungleichungen $U_1 > U_1^D$ und $U_2 > U_2^D$ genügen, da kein rationaler Spieler eine Schiedsrichterlösung akzeptiert, die ihn schlechter stellt.⁶³²

Eine Darstellung einer solchen Schiedsrichterlösung findet sich unter anderem bei Schneider.⁶³³ Hierbei gilt folgende Notation: Der Ausgangsnutzen wird mit D bezeichnet. In diesem Punkt haben die Wirtschaftssubjekte eine Nutzenaufteilung U_1^D, U_2^D . Die Nutzenveränderungen definieren sich wie folgt:

$$\Delta_1 = U_1 - U_1^D \quad \text{Gleichung 12}$$

$$\Delta_2 = U_2 - U_2^D \quad \text{Gleichung 13}$$

Die optimale Schiedsrichterlösung ist definiert als:

$$\Delta_1^* = U_1^* - U_1^D \quad \text{Gleichung 14}$$

$$\Delta_2^* = U_2^* - U_2^D \quad \text{Gleichung 15}$$

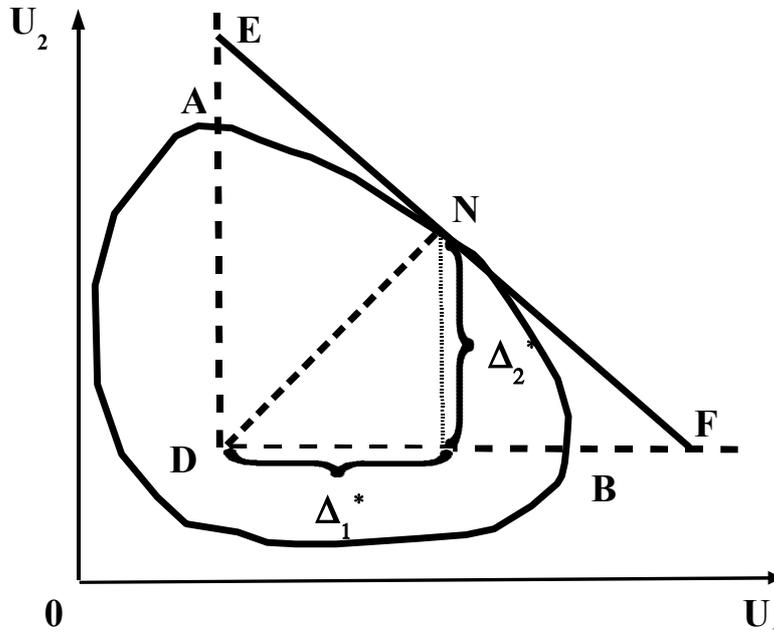
625 Schneider, H. (1969), S.17 f.
 626 Bamberg, G.; Coenenberg, A. G. (2004), S. 228; Davis, M. D. (1999), S. 115.
 627 Müller, C. (2000), S. 161 ff.
 628 Davis, M. D. (1999), S. 115.
 629 Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S. 156.
 630 Dieses Axiom wird in Literatur als wenig plausibel befunden. Siehe: Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S.164 ff.; Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 128 ff.; Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S.196; Kalai, E.; Smorodinsky, M. (1975).
 631 Davis, M. D. (1999), S. 115.
 632 Bamberg, G.; Coenenberg, A. G. (2004), S. 228.
 633 Schneider, H. (1969), S. 19 f.; vgl. auch Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 128 ff.; Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S.154 ff.

(U_1^*, U_2^*) wird, wenn alle vier Axiome erfüllt sein sollen so gewählt, dass gilt:

$$\Pi = \Delta_1^* * \Delta_2^* \Rightarrow \max. \quad \text{Gleichung 16}$$

Grafisch wird diese, auch als Nash-Produkt oder auch Nash-Gleichgewicht bezeichnete,⁶³⁴ Lösung in Abbildung 23 dargestellt:

Abbildung 23: Schiedsrichterlösung nach Nash



Quelle: Schneider (1969).

Der Punkt N stellt in Abbildung 23 die Schiedsrichterlösung (U_1^*, U_2^*) dar. Die Strecke DN demnach den Lösungsvektor (r_1^*, r_2^*) . Die Strecke EF tangiert im Punkt N die Lösungsmenge P , womit das Kriterium des Pareto-Optimums erfüllt ist. Durch den Tangentialpunkt N wird diese Strecke EF genau halbiert.⁶³⁵ Der Lösungsvektor lässt sich unter der Nebenbedingung, dass N ein Element der Nutzengrenze ist, unmittelbar aus der Maximierung des Nashproduktes ableiten. Diese Maximierung unter Nebenbedingungen lässt sich in folgendem Lagrange-Ansatz zusammenfassen:

$$L = (U_1^* - U_1^D)(U_2^* - U_2^D) - \lambda H(U_1^*, U_2^*). \quad \text{Gleichung 17}$$

Mit dem Lagrange-Multiplikator λ der Nebenbedingung ist $H(U_1^*, U_2^*) = 0$. Leitet man die Lagrange-Funktion L nach U_1^* , U_2^* und λ ab, so erhält man folgende Bedingungen erster Ordnung für ein Maximum:

$$\frac{\partial L}{\partial U_1^*} = (U_2^* - U_2^D) - \lambda(\frac{\partial H}{\partial U_1^*}) = 0. \quad \text{Gleichung 18}$$

$$\frac{\partial L}{\partial U_2^*} = (U_1^* - U_1^D) - \lambda(\frac{\partial H}{\partial U_2^*}) = 0. \quad \text{Gleichung 19}$$

$$\frac{\partial L}{\partial \lambda} = H(U_1^*, U_2^*) = 0. \quad \text{Gleichung 20}$$

634 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 202.

635 Schneider, H. (1969), S. 19 ff.; Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S. 157 ff.

Die partiellen Ableitungen der Nutzengrenze sind die Gewichte des Spiels

$$(\delta L / \delta U^*_1) / (\delta L / \delta U^*_2) = (U^*_2 - U^D_2) / (U^*_1 - U^D_1) G. \quad \text{Gleichung 21}$$

und aus dem totalen Differential der Nutzengrenze $H(U^*_1, U^*_2) = 0$ folgt für die Steigung der Nutzengrenze an eine Punkt folgende Beziehung:

$$(\delta H / \delta U_{1,}) / (\delta H / \delta U_{2,}) = - du_2 / du_1. \quad \text{Gleichung 22}$$

Für die Tangentialeigenschaft im Punkt N erhält man folgende Beziehung:

$$du^*_2 / du^*_1 = (U^*_2 - U^D_2) / (U^*_1 - U^D_1). \quad \text{Gleichung 23}$$

Diese Tangentialeigenschaft beinhaltet die Aussage, dass der Nutzen, welcher den Ausgangspunkt übersteigt, im gleichen Verhältnis geteilt wird, wie der Nutzen im Punkt N von einem auf den anderen Spieler transferiert werden kann.⁶³⁶

Die mathematischen Eigenschaften dieser Lösung sind bei Schneider aufgeführt⁶³⁷. Der Nachweis, dass die Bedingung

$$\Pi = \Delta^*_1 * \Delta^*_2 \Rightarrow \max \quad \text{Gleichung 24}$$

tatsächlich aus den Axiomen folgt, findet sich bei Harsanyi.⁶³⁸ Somit gibt es genau einen auf der Menge der Verhandlungsspiele definierten Schlichtungsmechanismus, welcher alle Axiome gleichzeitig erfüllt.⁶³⁹

An der Nash-Lösung als Modellierung einer Verhandlungslösung wird kritisiert, dass sie die strategischen Möglichkeiten der Spieler nur unzulänglich berücksichtigt.⁶⁴⁰ Auch verhindert das Axiom der Pareto-Optimalität, dass der Ausgangsnutzen als Ergebnis der Schiedsrichterlösung in Frage kommt. Somit ist ein Scheitern der Verhandlungen in dieser Lösung nicht vorgesehen.⁶⁴¹ Letzteres entspricht jedoch auch nicht der Zielsetzung der Schiedsverfahren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Hier ist die Herbeiführung einer Lösung Aufgabe der Schiedsstelle.

Ein weiterer Nachteil der Nash-Lösung wird darin gesehen, dass die Menge der erreichbaren Lösungen durch die Ausgangssituation begrenzt ist, da nur die Nutzenzuwächse gegenüber diesem Punkt maximiert werden.⁶⁴²

Auf die Abhängigkeit der Nash-Lösung vom Verlauf der Nutzenfunktionen der Beteiligten

636 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 204.

637 Schneider, H. (1969), S. 22 f.; vgl. auch Wilson, C. A. (2001), S. 356 ff.

638 Harsanyi, J. C. (1959), S. 331 f.

639 Bamberg, G.; Coenenberg, A. G. (2004), S. 229.

640 Raiffa, H. (1953), S. 371; vgl. auch Luce, R. D.; Raiffa, H. (1985), S. 136.

641 Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S.164; Peters, H.; van Damme, E. (1991), S. 449 f.

642 Rabe, B. (2000), S. 147.

weisen Klemisch-Ahlert⁶⁴³ sowie Luce und Raiffa⁶⁴⁴ hin. So führt die Nash-Lösung nur im symmetrischen Spiel mit identischen Nutzenfunktionen zu einer Gleichverteilung der Nutzengewinne.⁶⁴⁵ Bei Unterschieden in der Nutzenfunktion wird von der Gleichverteilung abgewichen. Je größer die Konkavität der Nutzenfunktion eines Wirtschaftssubjektes ist, desto größer wird der Nutzenanteil sein, der der anderen Person zugesprochen wird. So haben risikoscheuere Wirtschaftssubjekte (beschrieben durch abnehmenden Grenznutzen) gegenüber risikoneutralen Wirtschaftssubjekten (konstanter Grenznutzen) eine schlechtere Position, da sie leichter mit weniger zufriedenzustellen sind.⁶⁴⁶

Ähnlich verhält es sich nach Luce und Raiffa mit dem Einfluss schon erreichter Nutzensättigung: Da ein Wirtschaftssubjekt mit hohem Sättigungsgrad einen geringeren Grenznutzen aus einer zusätzlichen Nutzeneinheit erreicht als eines mit geringerem Sättigungsgrad, müsste es gemäß der Nash-Lösung einen größeren Anteil am Zusatznutzen aus dem Spiel zugesprochen bekommen.⁶⁴⁷

Die Abbildung 24 zeigt den Zusammenhang zwischen der Konkavität der Nutzenfunktion und der Nash-Lösung anhand eines von Luce und Raiffa vorgestellten Beispiels für die Aufteilung von 100 Geldeinheiten zwischen einem „Reichen“ und einem „Armen“: Falls sie sich nicht einigen, erhält keiner von ihnen etwas. Der Reiche beansprucht 75 Geldeinheiten für sich mit der Begründung, dass der Arme aus 25 Geldeinheiten denselben Nutzen bezieht, wie er aus 75 Geldeinheiten. Einer gerechten Nutzenaufteilung entspreche es, dass die Nutzenzugewinne für den Armen und den Reichen gleich groß seien.⁶⁴⁸ Dies ist tatsächlich die Konsequenz aus der Nash-Lösung, wenn man den Konfliktpunkt mit 0 bewertet und die Nutzenfunktionen einen Verlauf wie in Abbildung 24 besitzen.

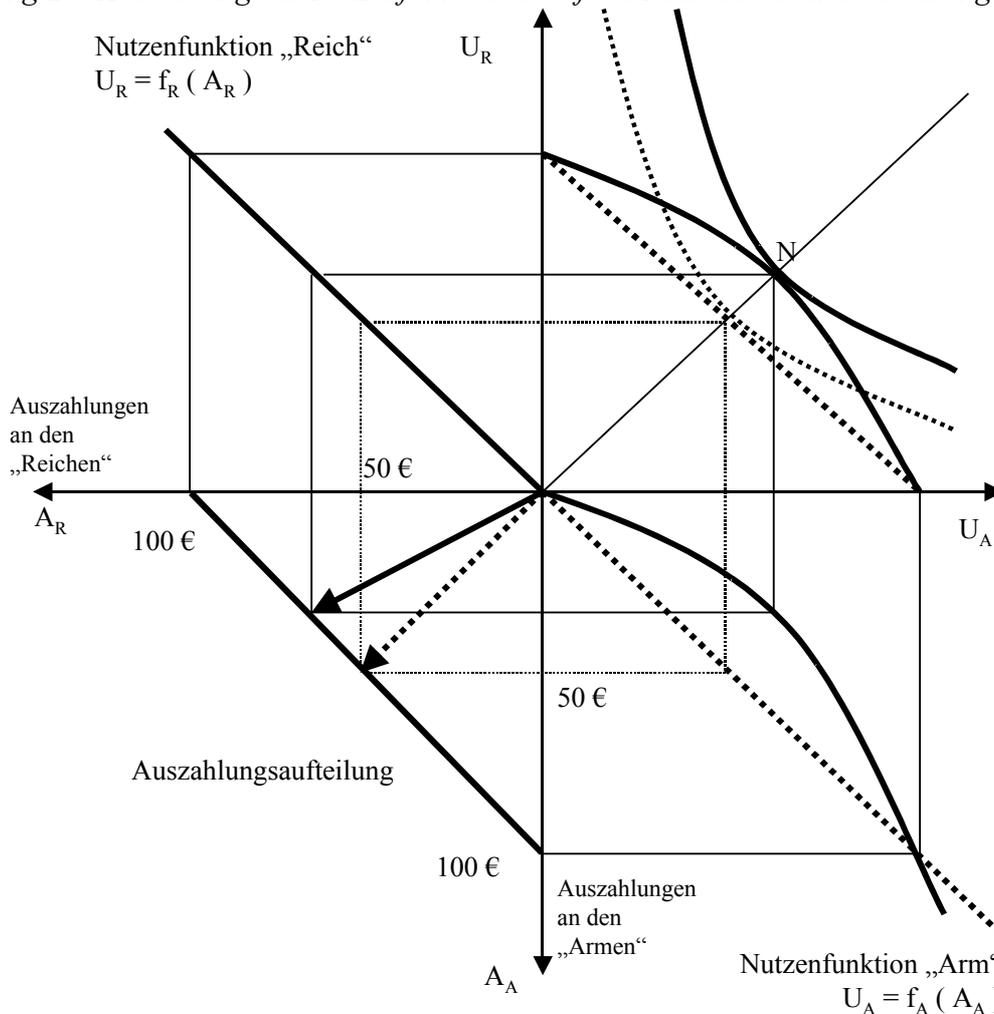
Im Beispiel von Luce und Raiffa waren folgende Nutzen mit den Geldaufteilungen verbunden:⁶⁴⁹

643 Klemisch-Ahlert, M. (1991 a), S.90 ff.
 644 Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 128 ff.
 645 Bishop, R. L. (1963), S. 563 f.
 646 Riechmann, T. (2002), S. 138.
 647 Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 128 ff.
 648 Luce, R.D.; Raiffa, H. (1957), S. 129 f.
 649 Luce, R.D.; Raiffa, H. (1957), S. 129 f.

Tabelle 2: Nash-Produkte bei unterschiedlicher Konkavität der Nutzenfunktionen

Geldauszahlung an den Armen (m)	Geldauszahlung an den Reichen (100-m)	Nutzen für den Armen $v=f(m)$	Nutzen für den Reichen $z=f(m-1)$	Gesamtnutzen nach Nash $U=v*z$
0	100	0,0000	1,0000	0,0000
25	75	0,7300	0,7500	0,5475
50	50	0,9000	0,5000	0,4500
75	25	0,9800	0,2500	0,2450
100	0	1,0000	0,0000	0

Abbildung 24: Auswirkung der Nutzenfunktionen auf die Nash-Schiedsrichterlösung



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Rabe (2000).

Man erkennt, dass die vom Reichen vorgeschlagene Aufteilung des Zusatznutzens dem höchsten Nash-Nutzen zugeordnet werden kann. Einen derartigen Unterschied in der Konkavität der Nutzenfunktion erklären die genannten Autoren mit der unterschiedlichen „Sättigung“ der beiden beschriebenen Akteure in diesem Spiel.

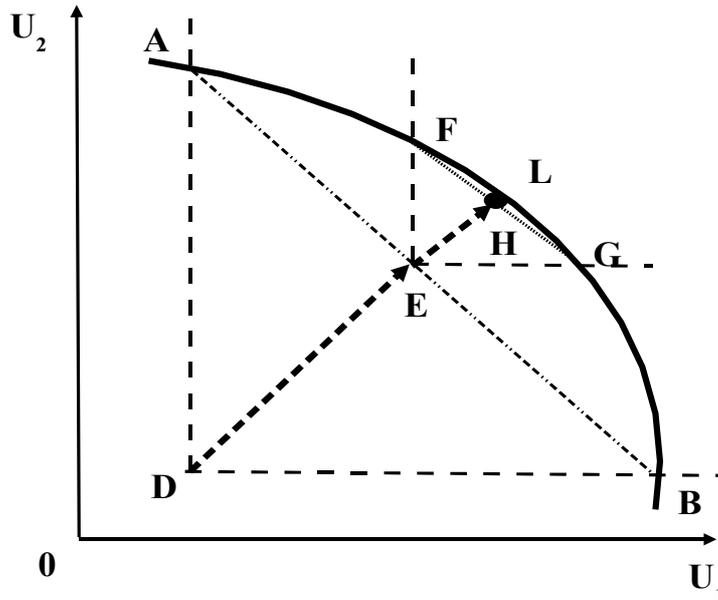
Die Konkavität der Nutzenfunktion kann aber auch durch Risikoaversion, Zeitpräferenzen oder generell durch abnehmenden Grenznutzen erklärt werden. Zum Vergleich ist in Abbildung 24 auch der Fall symmetrischer Nutzenfunktionen als gepunktete Linie dargestellt. Hier hat der „Arme“ dieselbe lineare Nutzenfunktion wie der „Reiche“ und als Ergebnis erhält man als Nash-Lösung eine Aufteilung der Auszahlung im Verhältnis 1:1.

5.1.3.2 Schiedsrichterlösung nach Raiffa

Eine weitere Möglichkeit zur Darstellung einer „fairen“ Schiedsrichterlösung ist von H. Raiffa dargestellt worden. Sie benutzt nur die Axiome 1 bis 3 der Nash-Lösung. Zusätzlich soll diese Lösung stabil sein.⁶⁵⁰

Die vorgeschlagene Lösung findet man am einfachsten auf iterativem Weg, wie anhand der Abbildung 25 gezeigt wird:⁶⁵¹

Abbildung 25: Schiedsrichterlösung nach Raiffa



Quelle: Schneider (1969)

Man nimmt zunächst die beiden Extremlösungen A und B in Abbildung 25. Die Nutzendifferenzen werden halbiert, so dass der Punkt E erreicht wird, welcher nicht pareto-optimal ist. Vom Punkt E aus lassen sich wieder zwei Extremwerte F und G finden, mit denen dieser Prozess wiederholt wird. Auf diese Weise lässt sich die Lösung L iterativ ermitteln.

5.1.3.3 Die Kalai-Smorodinsky-Lösung

An der Nash-Schiedsrichterlösung wird auch kritisiert, dass sie unabhängig von irrelevanten Alternativen ist. Dies bedeutet, dass alle Veränderungen des Auszahlungsraumes, welche nicht den Lösungspunkt betreffen, keinen Einfluss auf die Nash-Lösung haben. Dies ist nach Meinung einiger Autoren nicht zu rechtfertigen, da sich Änderungen in der Lösungsmenge sich auch im Ergebnis einer fairen Lösung niederschlagen müssten.⁶⁵² Fallen für einen Spieler Lösungselemente mit hohem Nutzenwert weg, so müssten sie durch den unparteiischen Schiedsrichter bei der Auswahl des Lösungspunktes schlechtergestellt werden.⁶⁵³ Aufbauend

650 Raiffa, H. (1953), S. 385.

651 Schneider, H. (1969); S. 22.

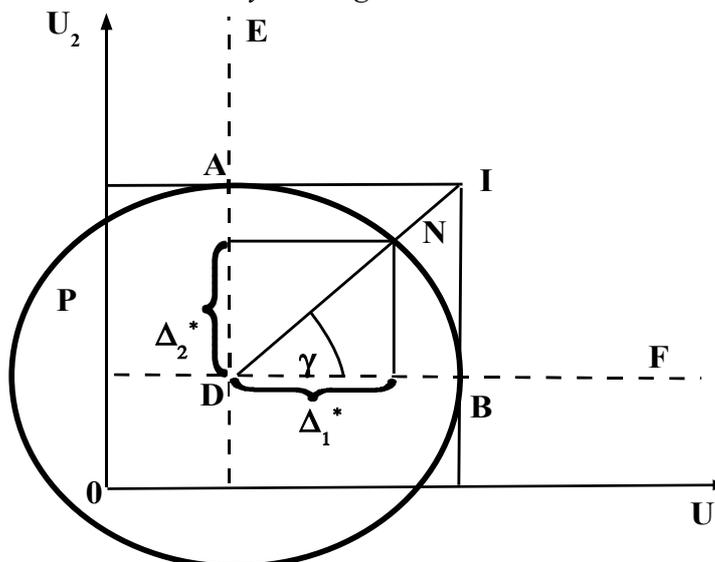
652 Rabe, B. (2000), S.149.

653 Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 133.

auf dieser Kritik formulierten Kalai und Smorodinsky⁶⁵⁴ ein Lösungskonzept, das neben den Axiomen der Symmetrie, der Pareto-Optimalität und der Unabhängigkeit von äquivalenten Nutzentransformationen ein Monotonie-Axiom zugrunde legt. Dieses Monotonie-Axiom führt dazu, dass sich bei Ausweitung des erreichbaren Nutzenniveaus für einen Spieler bei gleichbleibendem Nutzenniveau des anderen Spielers die Lösung zugunsten dieses Spielers verschiebt.⁶⁵⁵

Neben der Ausgangssituation in Punkt *D* wird die Kalai-Smorodinsky-Lösung von einem so genannten Idealpunkt $I(U^I_1; U^I_2)$ bestimmt. Dieser entspricht der Kombination der maximal erzielbaren Nutzengewinne jeder Partei.⁶⁵⁶ Dieser Punkt liegt in der Regel nicht im relevanten Auszahlungsraum und ist damit nicht durchführbar.⁶⁵⁷ Die Lösung *N* erhält man im Schnittpunkt des Vektors zwischen der Ausgangslage *D* und dem Idealpunkt *I* mit der Grenze der Lösungsmöglichkeiten, wie die Abbildung 26 zeigt.⁶⁵⁸

Abbildung 26: Die Kalai-Smorodinsky-Lösung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Napel (2002).

Der Aufteilung des Nutzengewinns erfolgt nach der Gleichung

$$(U^*_1 - U^D_1) / (U^*_2 - U^D_2) = (U^I_1 - U^D_1) / (U^I_2 - U^D_2). \quad \text{Gleichung 25}$$

Dies bedeutet, dass die zusätzlichen Nutzen im Verhältnis der maximal erreichbaren Nutzen auf die Wirtschaftssubjekte aufgeteilt werden.

654 Kalai, E.; Smorodinsky, M. (1975)
 655 Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S. 171 f.
 656 Klemisch-Ahlert, M. (1991), S. 28.
 657 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 218.
 658 Napel, S. (2002), S. 23; vgl. auch Rabe, B. (2000), S. 149.

5.1.3.4 Proportionale Aufteilung des Nutzengewinns

Der proportionalen Aufteilung des Nutzengewinns liegt die Idee zugrunde, dass ein Schiedsrichter die möglichen Auszahlungen eines Verhandlungsspieles in einem festen Verhältnis den Spielern zuordnet. Hierbei geht der Schiedsrichter vom Ausgangspunkt D in der Abbildung 31 aus und teilt die Auszahlungen an die Spieler entsprechend dieses Verhältnisses auf bis der Auszahlungsraum P des Spieles erschöpft ist.⁶⁵⁹ Dieser Grundgedanke liegt der Darstellung in Abbildung 27 zugrunde, in der die konstante Proportion der den Spielern zugeteilten Nutzengewinne dem Anstiegswinkel γ des Lösungsvektors entspricht. Diese Lösung ist symmetrisch und genügt damit den Vorstellungen von Fairness, welche hierbei dem Schiedsrichter zugrundegelegt werden.

Ein Sonderfall der proportionalen Schiedsrichterlösung ist die egalitäre Lösung. Sie sieht eine strikte Gleichverteilung der Zugewinne durch Schiedsverhandlungen vor. In diesem Fall hat der Lösungsvektor einen Anstiegswinkel von $\gamma = 45^\circ$.

Ein Problem bei der proportionalen Aufteilung der Auszahlungen auf die Spieler besteht darin, dass der Schiedsrichter nicht die interpersonellen Nutzen der verschiedenen Spieler vergleicht.⁶⁶⁰ Hierdurch kann es zu ineffizienten Entscheidungen kommen, dass es im Sinn der Pareto-Optimalität durchaus möglich wäre, einen der Spieler besser zu stellen, ohne den anderen schlechter zu stellen.⁶⁶¹ Luce und Raiffa argumentieren, dass die Parteien es dem Schiedsrichter unter Umständen nicht nachsehen, wenn er ihnen eine ineffiziente, wenn auch vielleicht gerechte Lösung vorschlägt.⁶⁶²

Holler und Illing weisen darauf hin, dass der Unterschied zwischen der proportionalen Schiedsrichterlösung und den Nash- oder Kalai-Smorodinsky-Lösungen darin besteht, dass die Steigung des Lösungs-Vektors (r^*_1, r^*_2) , welcher das Verhältnis der Nutzengewinne aus der Lösung festlegt, nicht im Rahmen des Modells bestimmt wird, sondern exogen vorgegeben ist.⁶⁶³ Für symmetrische und symmetrisch-äquivalente Verhandlungsspiele gilt, dass die Nash- und die Kalai-Smorodinsky-Schiedsrichterlösung identisch mit einer proportionalen Lösung sind, welche durch gleich große Nutzenzugewinne für die Spieler spezifiziert ist.⁶⁶⁴

659 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 224 ff.

660 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 228.

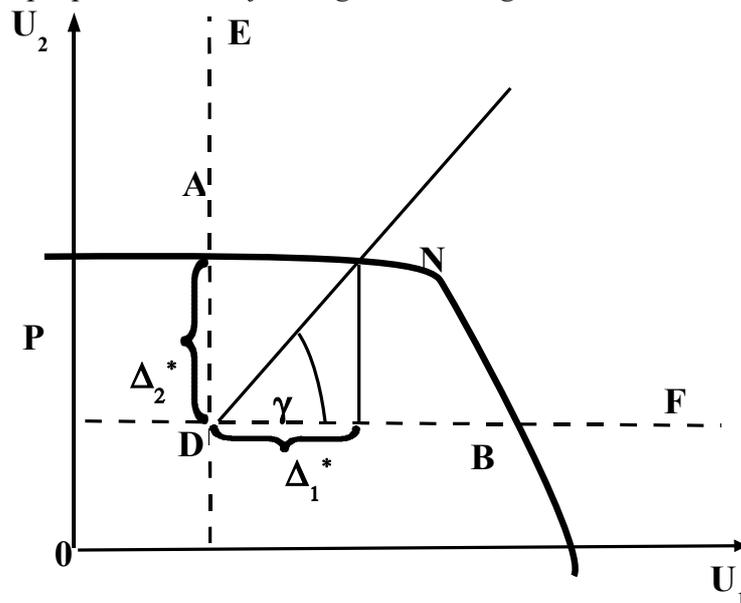
661 Napel, S. (2002), S. 133.

662 Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S.121 ff.

663 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 228.

664 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 228.

Abbildung 27: Die proportionale Aufteilung der Nutzengewinne



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Holler und Illing (2003).

Ein anderer Sonderfall der proportionalen Nutzenaufteilung ist die Final-Offer-Arbitration, bei der sämtliche Nutzengewinne einer der beiden Parteien zugesprochen werden.⁶⁶⁵

5.1.4 Informationen über Präferenzen der Unparteiischen

Direkte Informationen über die Präferenzen der Unparteiischen sind im Allgemeinen nur schwer zu bekommen. Wäre ihre Entscheidung vorhersehbar, so würden nach Gehendges die Verhandlungsparteien das Ergebnis des Schiedsergebnisses antizipieren und sich schon in den Verhandlungen auf dieses einigen. Hierfür ist im Allgemeinen eine Mindestanzahl von Entscheidungen nötig, bevor die Parteien Erkenntnisse über die Entscheidungen der Unparteiischen gewinnen können.⁶⁶⁶ Ansonsten müssen sich die Parteien auf andere Weise über die mögliche Präferenzen der Unparteiischen Mitglieder informieren.⁶⁶⁷

Eine mögliche Informationsquelle könnten Schiedssprüche aus anderen Versorgungsbereichen sein, wenn ein unparteiisches Mitglied schon in anderen Versorgungsbereichen in Schiedsstellen mitgewirkt hat. Weitere Informationen über die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstellen lassen sich unter Umständen aus deren Publikationen und Aussagen auf öffentlichen Veranstaltungen oder in den Medien ableiten. So wurde wegen der Mitwirkung an einem Gutachten für den Bundestag einem Schiedsamtsvorsitzenden in Bayern der Vorwurf der Befangenheit gemacht.⁶⁶⁸

Weiterhin kann auch die Frage, von welcher Seite ein unparteiisches Mitglied vorgeschlagen wurde, unter Umständen etwas über dessen Präferenzen aussagen. Schwierig ist dies

665 Crawford, V. P. (1981), S. 207.

666 Jiménez-Figueroles, D. (2004), S. 97.

667 Bloom, D. E.; Cavanagh, C.L. (1987), S. 355.

668 Landesschiedsamt Zahntechniker in Bayern (2000).

allerdings für den Vorsitzenden einer Schiedsstelle, auf welchen sich die Verbände der Leistungserbringer und der Krankenkassen einigen müssen.⁶⁶⁹ Hier kann man hilfsweise davon ausgehen, dass der Vorsitzende versucht, eine ausgleichende Funktion wahrzunehmen, und die möglichen Nutzengewinne auf beide Parteien hälftig aufteilt.

Auch die Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden selbst können ein Interesse an einer frühzeitigen Bekanntgabe ihrer Vorstellungen über zu erwartende Streitfragen haben. Hierdurch können sie die Bestellung in ein Amt vermeiden in denen die Zielvorstellungen beider Verhandlungsparteien sich nicht mit den Nutzenvorstellungen des Vorsitzenden der Schiedsstelle in Einklang bringen lässt.

Können sich die Parteien jedoch nicht auf einen Vorsitzenden der Schiedsstelle einigen und wird dieser deshalb von einer Aufsichtsbehörde aus den Vorschlägen von Leistungserbringern und Krankenkassen festgesetzt, so ist davon auszugehen, dass die Partei, aus deren Vorschlägen der Vorsitzende dann kommt, sich einen Vorteil für die Schiedsverhandlungen erwartet. Ob sich diese Erwartung erfüllt, zeigt sich allerdings erst in den Schiedsverhandlungen. Hier ist es durchaus denkbar, dass dieser Vorsitzende, um den Vorwurf der Parteilichkeit zu begegnen, gerade unter solchen Voraussetzungen zugunsten der Gegenseite entscheidet.

5.1.5 Einfluss der Unparteiischen auf das Informationsverhalten der Verhandlungsparteien

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstellen können auf verschiedene Art und Weise in den drei Abschnitten eines Schiedsverfahren Einfluss auf den Verlauf des Verfahrens nehmen.

In der Informationsphase bestehen die Möglichkeiten der Einflussnahme vor allem darin, dass die Unparteiische aktiv auf das Informationsverhalten Einfluss nehmen können. So können die Unparteiischen von den Parteien tiefer gehende Begründungen ihrer Forderungen verlangen. Auch zusätzliche Informationen können durch die Unparteiischen eingefordert werden.

Ein derartiger Einfluss auf das Verhalten der Parteien war zum Beispiel in den Verfahren der Entgeltschiedsstelle für die Landrettung und den Krankentransport in Bayern zu beobachten. Hier konnten die Krankenkassen sich nicht nur auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V berufen, sondern sie mussten durch den Einfluss des Schiedsamtes zu den einzelnen Forderungen der Leistungserbringer Stellung nehmen, da die einzelnen Forderungen vom Schiedsamt ausdrücklich auf ihre Berechtigung nach Art und Höhe überprüft wurden.

669 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 356.

In diesen Verfahren mussten aber auch die Leistungserbringer zusätzliche Informationen beibringen. So wurde vom Vorsitzenden der Schiedsstelle eine Vorlage von aktuellen Ist-Zahlen verlangt. Dazu mussten die Leistungserbringer die einzelnen Positionen, insbesondere die Abweichungen zwischen den vorgelegten Ist-Zahlen und den als Forderung postulierten Plan-Zahlen erklären und begründen.

Eine weitere Möglichkeit der Einflussnahme besteht in der aktiven Unterbreitung von Lösungsvorschlägen zur freiwilligen Einigung zwischen den Parteien. Diese Möglichkeit besteht während des gesamten Schiedsverfahrens bis zum In-Kraft-Treten eines Schiedsspruches. In zwei hier beobachteten Verfahren ist es durch die Vorschläge der Unparteiischen zu einer Einigung zwischen den Parteien gekommen.⁶⁷⁰

5.2 Einfluss der gebundenen Mitglieder der Schiedsstelle

Neben dem Vorsitzenden und den unparteiischen Mitgliedern gehören den Schiedsstellen auch von den jeweiligen Verhandlungsparteien benannte parteiische Mitglieder an.

Ihr Einfluss auf das Ergebnis von Schiedsverfahren ergibt sich zu einem wesentlichen Teil daraus, dass die Schiedsstellenentscheidungen der Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder bedürfen. Findet der Vorsitzende keine Zustimmung für seinen Vorschlag, so muss er gegenüber den parteiischen Mitgliedern der Schiedsstelle Konzessionen machen und von seinem Vorschlag abweichen, um einen mehrheitsfähigen Vorschlag zu finden. Wie er ohne dabei parteiisch zu werden vorgehen kann, wurde in Abschnitt 5.1.2 schon beschrieben.

Im Ergebnis bedeutet dies allerdings auch, dass die Schiedssprüche von den im Abschnitt 5.1 beschriebenen Lösungskonzeptionen abweichen können. Auch das in Abschnitt 5.1.2 dargestellte Verfahren zur iterativen Informationsgewinnung durch den Vorsitzenden können die anderen Mitglieder der Schiedsstelle ablehnen.

Neben diesen Einfluss haben die parteiischen Mitglieder auch dadurch Einfluss auf die Schiedsergebnisse, dass sie Informationen über den Verlauf der Nutzenfunktionen der Verhandlungsparteien besitzen. Diese Informationen können sie in Schiedsverhandlungen an die unparteiischen Mitglieder weitergeben.

Dies kann dadurch erfolgen, dass sie direkt den Unparteiischen und dem Vorsitzenden mitteilen, bis zu welchem Punkt sie den Vorschlägen zustimmen würden. Sie können aber auch darüber informieren, ab welchem Punkt die Verbände der Krankenkassen oder der Leistungserbringer den Schiedsspruch wahrscheinlich gerichtlich überprüfen lassen würden. Hierdurch geben die parteiischen Vertreter zusätzliche Informationen über eventuell nicht bekannte

670 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2002c).

Verhandlungsspielräume der durch sie vertretenen Verhandlungsparteien.

Alle genannten Wege der Einflussnahme konnten vom Verfasser persönlich in den Verhandlungen der Schiedsstelle gemäss Artikel 22 Absatz 2 BayRDG (Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern) beobachtet werden.

5.3 Einflussnahme der Verhandlungsparteien auf die Schiedsergebnisse

5.3.1 Theoretische Modellierung

5.3.1.1 Ausgangslage vor Anrufung des Schiedsamtes

Der Einfluss der Ausgangslage vor Anrufung des Schiedsamtes auf den Ausgang des Verfahrens wird schon durch die Tatsache deutlich, dass das Schiedsamt im Rahmen der durch die Anträge der Parteien begrenzten Spielraum seine Entscheidung treffen wird. Somit schaffen die Parteien vor der Anrufung des Schiedsamtes einen Handlungsrahmen, welcher im Wesentlichen durch den bis zu den Verhandlungen geltenden Vereinbarungen und die durch die Verhandlungsparteien in das Verfahren eingebrachten Forderungen determiniert ist.

Die Bedeutung der Ausgangslage für die Ergebnisse von Schiedsverfahren lässt sich auch anhand verschiedener Modelle veranschaulichen, welche vor allem im Bereich der Spieltheorie und der Bargaining-Theorie für die Modellierung von Schiedsverfahren entwickelt worden sind.⁶⁷¹ Im Folgenden werden die Auswirkungen anhand der in Abschnitt 5.1.3.1 vorgestellten Nash-Schiedsrichter-Lösung veranschaulicht.

Bei allen in Abschnitt 5.1 vorgestellten Schiedsrichterlösungen spielt der Punkt D eine bedeutende Rolle.⁶⁷² Durch seine Lage wird die Lösung direkt beeinflusst.⁶⁷³ Er stellt gleichzeitig die Lage der Spieler im Fall dar, dass es zu keiner Einigung kommt. Weiterhin wird die Lösung noch durch die Definition der Lösungsmenge determiniert.⁶⁷⁴ In den grafischen Darstellungen wird implizit davon ausgegangen, dass jeder Spieler das Ziel hat, seinen Nutzenzuwachs aus dem Schiedsverfahren zu maximieren. Dies bedeutet, dass jeder Spieler vorerst zu einer der Extremlösungen strebt.

Die Abbildungen 28 und 29 zeigen, welche Auswirkungen Veränderungen der Ausgangslage und der Extremlösungen auf die Lösung haben. Hierbei kennzeichnen die mit D bezeichneten Punkte jeweils die Ausgangslage. Die Extremlösungen sind jeweils mit A für die Lösung, in welcher der gesamte Nutzenzuwachs dem Wirtschaftssubjekt 2 und mit B für die Lösung in welcher der gesamte Nutzenzuwachs dem Wirtschaftssubjekt 1 zugesprochen wird, gekennzeichnet.

671 Klemisch-Ahlert, M. (1991 a), S. 92; Mariotti, M. (1999), S. 734.

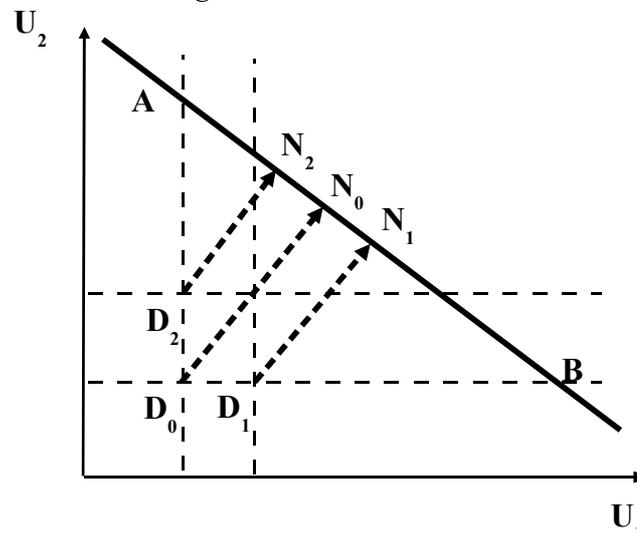
672 Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S. 178, Luce, R. D.; Raiffa, H. (1957), S. 134.

673 Peters, H.; van Damme, E. (1991), S. 457 f.; vgl. Dagan, N.; Volij, O.; Winter, E. (2002), S. 816 ff.

674 Beblo, M. (2001), S. 17; Rabe, B. (2000), S. 141.

In Abbildung 28 kann man erkennen, dass eine Veränderung der Ausgangslage auch zu einer Veränderung der Lage der Extremlösungen führt. Wird in diesem Fall die Schiedsrichterlösung, wie im Fall der symmetrischen Nash-Lösung, durch Halbierung der Nutzenzuwächse ermittelt, so verschiebt sich auch diese.⁶⁷⁵ Die Richtung dieser Verschiebung lässt sich durch den Vergleich der Ausgangslagen D_2 und D_1 mit der ursprünglichen Ausgangslage D_0 sowie der damit verbundenen Lösungsvektoren ermitteln. Die Ausgangslage D_2 spricht im Vergleich zur Ausgangslage D_0 dem Wirtschaftssubjekt 2 einen höheren Nutzenzuwachs zu. Auch die Schiedsrichterlösung N_2 ergibt für das Wirtschaftssubjekt 2 einen höheren Nutzenzuwachs als von der Ausgangslage D_0 erreicht wird. Umgekehrt verhält es sich bei der Ausgangslage D_1 . Hier erhält das Wirtschaftssubjekt 1 einen höheren Nutzenzuwachs in der Ausgangslage und demnach auch in der Schiedsrichterlösung.⁶⁷⁶

Abbildung 28: Auswirkung von Veränderungen der Ausgangslage auf das Ergebnis von Schiedsrichterlösungen



Quelle: Schneider 1969

Die Wirkungen von Veränderungen der Extremlösungen auf die Schiedsrichterlösung verdeutlicht Abbildung 29. Auch hier führt eine Verschiebung der Extremlösung zugunsten eines der Wirtschaftssubjekte auch zu einer Verschiebung der Schiedsrichterlösung zugunsten dieses Wirtschaftssubjektes.⁶⁷⁷

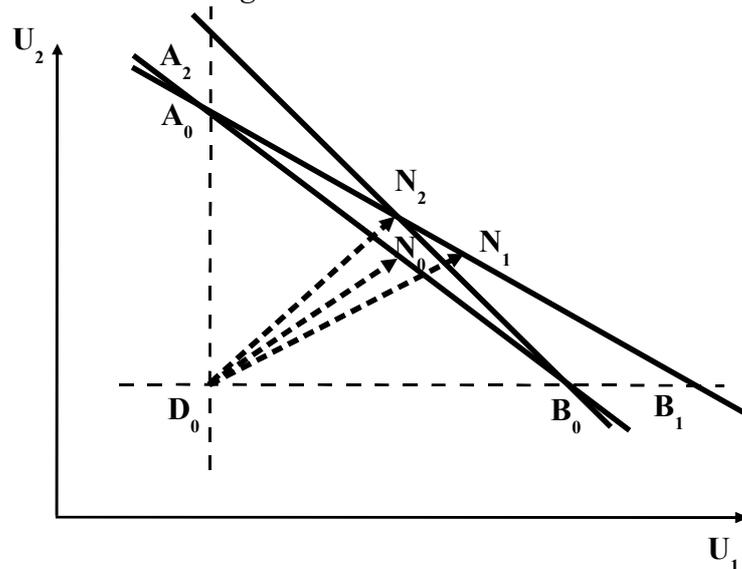
Weiterhin kann man feststellen, dass eine Verschiebung der Extremlösungen nach außen auch für die andere Partei einen zusätzlichen Nutzenzuwachs in der Schiedsrichterlösung ergeben kann. Hierzu kann man in Abbildung 29 die Schiedsrichterlösungen N_0 und N_1 heranziehen. In der Lösung N_1 hat sich die Schiedsrichterlösung durch Verschiebung der Extremlösung von B_0 zu B_1 zu Gunsten von Wirtschaftssubjekt 1 verschoben. Gleichzeitig liegt auch

675 Livne, Z. A. (1989), S. 689.

676 Beblo, M. (2001), S. 17; vgl. auch Ethamo, H.; Hämäläinen, R. P.; Heiskanen, P.; Teich, J.; Verkama, M.; Zions, S. (1999), S. 1701 f.

677 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S 356 f.

Abbildung 29: Auswirkung von Veränderungen der Extremlösungen auf Schiedsrichterlösungen



Quelle: Eigene Darstellung.

der Nutzenzuwachs von Wirtschaftssubjekt 2 in N_1 über dem Niveau von N_0 .

Die Verschiebungen der Extremlösungen können nach Crawford und Farber als Verschiebung der so genannten Kontraktzone interpretiert werden.⁶⁷⁸

Übertragen auf die Schiedsämter im Gesundheitswesen kann man die Ausgangslage mit den bestehenden Vertragsbeziehungen gleichsetzen, welche bis zum wirksamen Abschluss eines neuen Vertrages oder dessen Festsetzung durch die Schiedsstelle gültig bleiben. Die Extremlösungen werden in den Schiedsverfahren durch die Anträge der Parteien repräsentiert. Sie können diese jedoch nicht beliebig festsetzen, sondern sind an die Bestimmungen des SGB V gebunden. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die Akteure innerhalb dieser Grenzen den für sie höchstmöglichen Nutzenzuwachs zu erreichen versuchen.

5.3.1.2 Verhandlungsmacht und Verhandlungsgeschick der Parteien – Verallgemeinerte Nash-Lösung

Anknüpfend an dem Kritikpunkt, dass in der symmetrischen Nashlösung die Unterschiede im Verhandlungsgeschick und der Verhandlungsmacht nicht darstellbar sind, wurde durch Nash angeregt, das Verhandlungsgeschick durch die Modifikation der Auszahlungsvektoren zu operationalisieren.⁶⁷⁹ Dies kann man damit begründen, dass hinter den Auszahlungen Strategiekombinationen stehen.⁶⁸⁰ Einem ungeschickten Spieler stehen bei gleicher Ausgangssituation nicht die gleichen Strategiemengen zur Verfügung wie einem geschickten Spieler. Hierdurch sind für ihn vorteilhafte Auszahlungsvektoren nicht erreichbar.⁶⁸¹

678 Crawford, V. P. (1981), S. 207; Farber, H. S.; Katz, H. C. (1979).

679 Nash, J. (1953).

680 Berninghaus, S.; Güth, W.; Lechler, R.; Ramser, H.-J. (2001), S. 439.

681 Holler, M. J.; Illing, G. (2003), S. 215.

Eine Alternative hierzu ist es, Verhandlungsgeschick und Verhandlungsstärke nicht durch Unterschiede in den Strategiemengen, sondern durch das Lösungskonzept selbst zu modellieren. Eine solche Lösung müsste das Symmetrie-Axiom aufgeben, ohne die anderen Axiome zu verletzen. Im Ergebnis derartiger Überlegungen ist die so genannte asymmetrische Nash-Lösung entstanden.⁶⁸² In ihr wird die Verhandlungsstärke der beteiligten Wirtschaftssubjekte durch die Einführung der Exponenten α und β in die Nash-Lösung operationalisiert.⁶⁸³ Diese Exponenten nehmen mit wachsender Verhandlungsstärke zu. Formal hat diese Lösung folgende Form.

$$\Pi = \Delta_1^*{}^\alpha * \Delta_2^*{}^\beta \Rightarrow \max. \quad \text{Gleichung 26}$$

Die Nash-Schiedsrichterlösung verändert sich durch die Einführung dieser Exponenten insoweit, dass die Nutzensgewinne nicht mehr gleichmäßig auf die Spieler aufgeteilt werden, sondern im Verhältnis ihrer Verhandlungsmacht.⁶⁸⁴

Grafisch kann man die asymmetrische Nash-Lösung auch wie in Abbildung 23 darstellen. Die Strecke DN stellt auch hier den Lösungsvektor (r_1^*, r_2^*) dar. Durch den Tangentialpunkt N wird diese Strecke EF im Unterschied zur symmetrischen allerdings nicht mehr genau halbiert.⁶⁸⁵ Der Auszahlungsvektor lässt sich unter der Nebenbedingung, dass N ein Element der Nutzengrenze ist, unmittelbar aus der Maximierung des Nashproduktes ableiten. Diese Maximierung unter Nebenbedingungen lässt sich in folgendem Lagrange-Ansatz zusammenfassen:

$$L = \Delta_1^\alpha \Delta_2^\beta - \lambda H(\Delta_1, \Delta_2, c). \quad \text{Gleichung 27}$$

Mit dem Lagrange-Multiplikator λ der Nebenbedingung ist $H(\Delta_1, \Delta_2, c) = 0$. Leitet man die Lagrange-Funktion L nach Δ_1^* , Δ_2^* und λ ab, so erhält man folgende Bedingungen erster Ordnung für ein Maximum:

$$\delta L / \delta \Delta_1 = \alpha \Delta_1^{\alpha-1} * \Delta_2^\beta - \lambda (\delta H / \delta \Delta_1^*) = 0. \quad \text{Gleichung 28}$$

$$\delta L / \delta \Delta_2 = \beta \Delta_2^{\beta-1} * \Delta_1^\alpha - \lambda (\delta H / \delta \Delta_2^*) = 0. \quad \text{Gleichung 29}$$

$$\delta L / \delta \lambda = H(\Delta_1, \Delta_2, c) = 0. \quad \text{Gleichung 30}$$

Für die Tangentialeigenschaft im Punkt N erhält man folgende Beziehung:

$$d\Delta_2^* / d\Delta_1^* = \alpha \Delta_1^* / \beta \Delta_2^*. \quad \text{Gleichung 31}$$

Diese Tangentialeigenschaft beinhaltet die Aussage, dass der Nutzen, welcher den Ausgangspunkt übersteigt, im gleichen Verhältnis geteilt wird, wie der mit der Verhandlungs-

682 Kalai, E. (1977).

683 Pull, K. (2003), S.164.

684 Riechmann, T. (2002), S. 136 f.

685 Schneider, H. (1969), S. 19ff.; Berninghaus, S. K.; Ehrhart, K.-M.; Güth, W. (2002), S. 157 ff.

macht gewichtete Nutzen im Punkt N von einem auf den anderen Spieler transferiert werden kann.

5.3.1.3 Informationspolitik der Parteien gegenüber der Schiedsstelle

Das Problem bei allen hier vorgestellten Schiedsrichterlösungen ist, dass angenommen wird, dass der Vorsitzende die Nutzenfunktionen der Parteien kennt. In der Praxis ist dies jedoch nicht der Fall. Vielmehr müssen sich der Vorsitzende und die anderen unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle anhand der Informationen, die ihnen von den Verhandlungsparteien zur Verfügung gestellt werden und ihres persönlichen Fachwissens, eigene Annahmen über den Verlauf der Nutzenfunktionen der Verhandlungsparteien bilden.

Nur im Fall, dass der Vorsitzende für seinen Vorschlag eines Schiedsspruches keine Zustimmung von mindesten der Hälfte der anderen Mitglieder der Schiedsstelle erhält, kann er über das in Abschnitt 5.1.2 beschriebene Vorgehen durch das Abstimmungsverhalten der parteiischen Mitglieder der Schiedsstelle partielle Informationen über die Konkavität der Nutzenfunktionen der Verhandlungsparteien in der Umgebung seiner Schiedsrichterlösung gewinnen.

Somit kann festgestellt werden, dass die Verhandlungsparteien über ihr Informationsverhalten gegenüber der Schiedsstelle das Ergebnis der Schiedsverfahren beeinflussen können.

Selbstverständlich muss man davon ausgehen, dass die Parteien im Schiedsverfahren ein für sie möglichst günstiges Ergebnis durchsetzen wollen. Bei der Frage, wie sie diese Zielsetzung erreichen können, tritt als augenfälliges Merkmal die Informationsasymmetrie zwischen den Beteiligten in den Schiedsstellen auf.⁶⁸⁶ Während die parteiischen Mitglieder wahrscheinlich durch ihre tägliche Arbeit und die Zuarbeit ihrer vertretenden Mitglieder über eine gute Informationsbasis verfügen, müssen sich die unparteiischen Schiedsrichter meist erst in die Materie der einzelnen Verhandlungen einarbeiten. Hierdurch ergibt sich für die Parteien die Möglichkeit, durch mehr oder weniger umfangreiche Informationen die Entscheidungen der unparteiischen Schiedsstellenmitglieder zu beeinflussen.⁶⁸⁷ Eine solche Informationspolitik ist aber nur unter folgenden Bedingungen möglich:

- Es existieren für die Verhandlung relevante private Informationen.
- Diese können von den Verhandlungspartnern selektiv den Schiedsstellen bereitgestellt werden.
- Die Informationsbereitstellung und -gewinnung verursacht Kosten.
- Die Gegenpartei kann den Informationsvorsprung nicht durch eigene Informationen neutralisieren.

686 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 356 f.

687 Crawford, V. P. (1990), S. 216.

Eine Möglichkeit der Darstellung der Informationspolitik von Parteien gegenüber der Schiedsstelle bietet die Betrachtung anhand eines Lobbyingmodells, wie es zur Beschreibung der Festlegung von Schiedsstellenentscheidungen im Krankenhausbereich durch Gehendges verwandt wird.⁶⁸⁸

Ausgangspunkt der Betrachtung ist, dass die Schiedsstelle bis auf den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder paritätisch besetzt ist. Bei einer Abstimmung im Streitfall kommt es auf ihre Stimmen an. Hier wird auch der Ansatzpunkt für die Beeinflussung der Schiedsstelle durch die Parteien gesehen.

Neben der möglichen direkten Bestechung der Schiedsstellenmitglieder resultieren die Beeinflussungsmöglichkeiten auch aus der Komplexität der Materie und dem Fehlen von Präzedenzfällen und Erfahrungswerten.⁶⁸⁹ Hier besteht also auch die Möglichkeit, durch selektive Informationen das Ergebnis der Schiedsstellenentscheidung zu beeinflussen.⁶⁹⁰

In dem genannten Modell hängt die Entscheidung der neutralen Schiedsstellenmitglieder von den Lobbyingintensitäten der Parteien ab. Diese sind auch die Wahlparameter der Parteien.⁶⁹¹ Weiterhin wird davon ausgegangen, dass beide Parteien vollständige Informationen voneinander haben. Der Zusammenhang zwischen Lobbyingaufwand und Schiedsergebnis wird durch eine Produktionsfunktion mit abnehmenden Grenzertrag dargestellt. Für die Akteure ergibt sich hiermit ein Maximierungsproblem.⁶⁹² Im Falle einer symmetrischen Lösung ergibt sich für die Parteien ein Gefangenendilemma, in welchem Lobbying die dominante Strategie ist, aber die Schiedsstellenentscheidung nicht von der Lösung abweicht, welche ohne Lobbying durch die Parteien erzielt worden wäre.⁶⁹³

Gibt man die Annahme der Informationssymmetrie auf, so verändern sich die Ergebnisse der Schiedsrichterlösungen entscheidend. Hierbei wird angenommen, dass die Krankenkassen nicht über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser informiert sind.⁶⁹⁴ Gleichzeitig wird festgestellt, dass leistungsschwächere Krankenhäuser wahrscheinlich höhere Lobbyinganstrengungen unternehmen müssen als leistungsstarke Krankenhäuser.⁶⁹⁵

Im Verlauf der Verhandlung bilden die Krankenkassen anhand der Lobbyinganstrengungen des Krankenhauses Annahmen über dessen Leistungsfähigkeit. Beide Parteien bilden sich zudem Erwartungen über die möglichen Entscheidungen des Schiedsamtes. Im Ergebnis der

688 Gehendges, G. (2000), S. 122.

689 Gehendges, G. (2000), S. 122.

690 Crawford, V. P. (1990), S. 216.

691 Gehendges, G. (2000), S. 123.

692 Gehendges, G. (2000), S. 124 f.

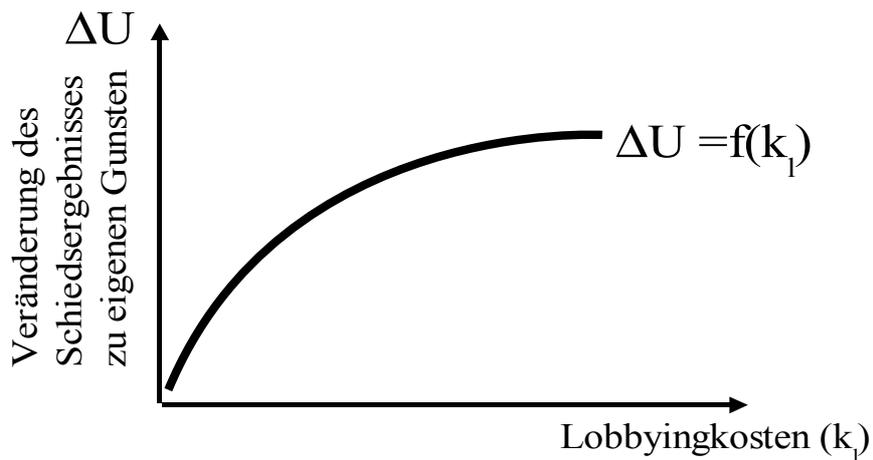
693 Gehendges, G. (2000), S. 126 f.

694 Gehendges, G. (2000), S. 131.

695 Gehendges, G. (2000), S. 132 f.

Untersuchungen wird von Gehendges festgestellt, dass es bei Verhandlungen zwischen leistungs-

Abbildung 30: Produktionsfunktion für Lobbying



Quelle: Eigene Darstellung.

tungsstarken Krankenhäusern und Krankenkassen zu einem Verhandlungsspielraum und zu Verhandlungslösungen kommen kann. Bei Verhandlungen zwischen leistungsschwächeren Krankenhäusern und Krankenkassen wird es dagegen zu einer Schiedsstellenentscheidung kommen.⁶⁹⁶

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle können aber auch umgekehrt über das Lobbying-Verhalten der Verhandlungsparteien Rückschlüsse auf deren Nutzenfunktionen ziehen. So kann angenommen werden, dass die Verhandlungspartei mit den höheren erkennbaren Lobbyinganstrengungen einen höheren Nutzengewinn aus dem Schiedsverfahren erwartet und somit einen konkavere Verlauf der Nutzenfunktion hat.⁶⁹⁷

Eine weitere Möglichkeit der Beeinflussung der Schiedsergebnisse kann man in der Verbergung der eigenen Nutzenfunktion sehen. Da die ihre Konkavität im Verhältnis zur Konkavität der Nutzenfunktion der Gegenseite das Ergebnis negativ beeinflussen könnte, scheint die Strategie plausibel, in den Schiedsverhandlungen den Eindruck zu erwecken, man würde sich für den Verhandlungsgegenstand nur wenig interessieren.⁶⁹⁸

5.3.2 Strategien der Verhandlungsparteien in den beobachteten Schiedsverfahren

5.3.2.1 Ausgewertete Schiedsverfahren

Wie schon in der Darstellung der Vorgehensweise beschrieben wurde, sind im Rahmen dieser Arbeit Schiedsverfahren aus den Bereichen der kassenärztlichen Versorgung, der kassenzahnärztlichen Versorgung, der zahntechnischen Versorgung und des Rettungsdienstes in Bayern aus dem Zeitraum von 1995 bis 2005 gewonnen worden.

696 Gehendges, G. (2000), S. 141.

697 Gehendges, G. (2000), S. 131 ff.; Rabe, B. (2000), S.151 ff.

698 Riechmann, T. (2002), S. 139.

Die sechzehn ausgewerteten Verfahren stellen für den genannten Zeitraum im Gebiet des Freistaates Bayern die Gesamtheit aller Schiedsverfahren mit Ausnahme der Schiedsverfahren im Krankenhaussektor nach KHG § 18 dar.

Die Analyse der Schiedsverfahren den Bereichen der kassenärztlichen Versorgung, der kassenzahnärztlichen Versorgung und der zahntechnischen Versorgung wurde anhand der in den Geschäftsstellen der Schiedsstellen eingesehenen Schriftsätze und der begründeten Schiedssprüche vorgenommen. Aus diesen Unterlagen konnten Informationen über die Forderungen der Parteien beim Eintritt in das Schiedsverfahren, das Verhalten im Schiedsverfahren, die Entscheidung der Schiedsstelle und auch über die Akzeptanz dieser Entscheidung gewonnen werden.

Bei den Schiedsverfahren der Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern) konnte der Verfasser zusätzlich durch persönliche Teilnahme an mehreren Verhandlungen der Schiedsstelle im Zeitraum von 1999 bis 2005 Erkenntnisse über das Vorgehen der Beteiligten gewinnen.

5.3.2.2 Strategie der maximalen Ausgangsposition

Bei der Auswertung der strittigen Fragen aus den Anträgen der Parteien ist festzustellen, dass erwartungsgemäß versucht wurde, das Ergebnis der Schiedsverfahren durch die Festlegung von Ausgangslage und Extrempunkten zu beeinflussen.

Die Festlegung der Ausgangslage ist einfach, wenn in der Periode vor der im Schiedsverfahren zu verhandelnden Einvernehmen über die Vergütung bestand. Dies war allerdings nur selten der Fall. Ansonsten versuchten die Parteien auf verschiedenen Wegen, die Ausgangslage zu ihren Gunsten zu beeinflussen. So konnte bei der Auswertung der Unterlagen zu den Schiedsverfahren im Freistaat Bayern folgende Beobachtungen festgehalten werden:

So haben die Vertreter der Krankenkassen in den meisten Verfahren Rückzahlungsforderungen gestellt, welche vor allem die Ausgangsbasis für die Berechnung der aus Sicht der Krankenkassen durch die Entwicklung der Grundlohnsumme bestimmten beitragsatzgefährdenden Höhe der Zahlungen an die Leistungserbringer nach unten korrigieren sollte.⁶⁹⁹ Im Schiedsverfahren der Verbände der Ersatzkassen gegen die KZVB zu den Entgelten im Jahr 1999 beantragten die Vertreter der Krankenkassen ausdrücklich die Ausgangsbasis für die Berechnung der Gesamtausgaben um drei Prozent zu senken, da nach ihrer Meinung, gestützt durch einen Beschluss des Landessozialgerichtes Niedersachsen, die Mitgliederentwicklung der Jahre 1991 bis 1993 zu Unrecht bei der Festsetzung der Entgelte ausgabensteigernd be-

699 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a), S. 10.

rücksichtigt wurde.⁷⁰⁰ Auch in den Verfahren des Schiedsamtes nach Artikel 22 Absatz 1 Satz 2 BayRDG haben die Vertreter der Krankenkassenverbände Rückzahlungsforderungen wegen Ausdehnung der Leistungserbringung geltend gemacht.

Auch die Leistungserbringer bemühten sich, nicht nur gegen die Absenkung der Ausgangsbasis durch die Vertreter der Krankenkassen zu argumentieren, sondern auch die Auswirkungen zurückliegender Einsparungen wieder aufzuholen, wie der Antrag der KZVB im Jahr 1999 in den Schiedsverfahren mit den Ersatzkassen⁷⁰¹ und den Primärkassen zeigt. Hier wird zum Beispiel die Meinung vertreten, dass die Plafondierung der Gesamtvergütung durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1997 nur einen begrenzten Zeitraum gelten sollten und in den darauf folgenden Zeiträumen wieder eingeholt werden müsse.⁷⁰² In den Folgezeiträumen sollte die Ausgangsbasis für die Fortführung der Entgeltberechnungen wieder um diese fünf Prozent anzuheben sein. Ansonsten befürchteten sie eine dauerhafte Wirkung einer nur für ein Jahr gedachten Preissenkung. Die Vertreter der Krankenkassen sahen dagegen jeweils in der Wachstumsrate der Grundlohnsumme die Obergrenze für Entgeltanhebungen.⁷⁰³

5.3.2.3 Strategie der maximalen Forderung

Neben der Ausgangslage determinieren auch die Extrempunkte die Ergebnisse von Schiedsverfahren. Aus diesem Grund ist auch zu erwarten, dass die Parteien entsprechend der Erkenntnisse aus Abschnitt 5.1 ihre Strategie darauf richten werden, diese Extrempunkte entsprechend ihrer Zielsetzung zu setzen. In den ausgewerteten Schiedsstellenverfahren kann man verschiedene Wege erkennen, wie die Parteien derartige Extrempunkte setzen und begründen, aber auch, wie die jeweilige Gegenseite auf diese Extremforderungen reagiert. So wurden vom Autor bei der Einsicht in die Unterlagen zu den Schiedsverfahren folgende Beobachtungen gemacht:

In den Verfahren zwischen Ersatzkassenverbänden und der KZVB in den Jahren 1997 und 1998 verlangten die Ersatzkassenverbände zum Beispiel eine Absenkung der Punktwerte auf das Niveau der Primärkassen und begründen dies mit einer wettbewerbsverzerrenden Wirkung dieser Entgeltunterschiede.⁷⁰⁴ Dies bestätigt den Einfluss der Veränderung der Wettbewerbsordnung im Krankenkassenbereich auf die Verhandlungen mit den Leistungserbringern und die Rolle der Schiedsverhandlungen als Konfliktlösungsstelle für Wettbewerbsverzerrungen. Auch in den Schiedsverfahren zwischen der KZVB und den Ersatzkassenverbänden wurde von den Vertretern der Ersatzkassen eine Absenkung der Pro-Kopf-

700 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (1999b).

701 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a), S. 4.

702 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a), S. 4 f.

703 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a), S.10 f.

704 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1998); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1997).

Pauschale um 8%⁷⁰⁵ mit dem Hinweis auf die veränderte Wettbewerbssituation im Bereich der Krankenkassen und den Folgen des Risikostrukturausgleiches gefordert.⁷⁰⁶

Die Vertreter der KZVB verlangten in demselben Verfahren dagegen eine Punktwerverhöhung um 8,3%,⁷⁰⁷ was in den betrachteten Zeiträumen oberhalb der Steigerung der Grundlohnsumme lag. Begründet wurde diese Forderung mit der Kostenentwicklung im Bereich der Zahnarztpraxen, der allgemeinen Preisentwicklung, der allgemeinen Einkommensentwicklung und besonders mit der Tatsache, dass die Entwicklung der Punktwerte hinter der Entwicklung der Grundlohnsumme zurückgeblieben ist. In der Begründung des Antrages für die Punktwertfestsetzung im Jahr 2000 wird auch eine Schätzung eingefügt, in welcher die Aussage vertreten wird, dass bei einer Entwicklung der Punktwerte analog zur Entwicklung der Grundlohnsumme der Punktwert sogar bei 2,1435 DM liegen müsste.⁷⁰⁸ Dem Argument der Vertreter der Ersatzkassenverbände, dass diese Forderung die Beitragssatzstabilität gefährde, wurde entgegengehalten, dass die Kassen in anderen Bereichen gespart haben und die freigewordenen Mittel für den Entgeltzuwachs der Zahnärzte zur Verfügung ständen.

Bei den Verfahren der Schiedsstelle für die Landrettung in Bayern in den Jahren 1999 bis 2005 konnte festgestellt werden, dass die Vertreter der Leistungserbringer eine Strategie verfolgt hatten, welche gleichzeitig die Beurteilung der Ausgangslage als auch die Extremforderungen determinierten.

Dies wurde dadurch erreicht, dass die Vertreter der Leistungserbringer sich auf den Kostenersatzanspruch des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes berufen haben und dabei unterstellten, dass die festgestellten notwendigen Ausgaben der Leistungserbringer von den Krankenkassen zu erstatten seien.⁷⁰⁹ Gleichzeitig wurde eine auf Planzahlen beruhende Kostenkalkulation als Forderungsbasis eingereicht.⁷¹⁰ Selbige sollte zu Entgelten führen, welche sich fast auf das Doppelte der bisher gezahlten Entgelte beliefen. Natürlich wurde dies von den Vertretern der Krankenkassen nicht akzeptiert. Diese boten als maximales Entgelt die um die Entwicklung der Grundlohnsumme angepassten bisherigen Entgelte an. Mit der Erörterung der Kostenkalkulation der Leistungserbringer wurde von Seiten der Krankenkassen erst im Schiedsverfahren begonnen.

705 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a); vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1998).

706 vdak/aev-Landesvertretung Bayern (1997).

707 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a); KZVB (1998); KZVB (1997).

708 KZVB (2000a).

709 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a); Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001b); BRK-Landesgeschäftsstelle (2004); Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (2004); Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (2000).

710 BRK-Landesgeschäftsstelle (2004).

5.3.2.4 Informationsstrategien der Verhandlungsparteien

Auch das Informationsverhalten der Parteien in den analysierten Schiedsverfahren hing eng mit deren Zielsetzungen zusammen. Im wesentlichen haben die Vertreter der beteiligten Parteien dem Schiedsamt mit ihren Schriftsätzen Informationsmaterial zugesandt, welches die eigenen Argumente unterstützte oder die Argumente der Gegenseite entkräftete.

Um das Informationsverhalten in den beobachteten Schiedsverfahren festzustellen, wurden vom Verfasser bei der Einsichtnahme in die Unterlagen der Geschäftsstellen der Schiedsstellen der Schriftverkehr zwischen den Schiedsstellen und den beteiligten Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer untersucht.

Das den Schriftsätzen beigefügte Informationsmaterial bestand aus gutachterlichen Stellungnahmen, Auszügen aus dem Schriftverkehr der Verhandlungspartner vor Anrufung der Schiedsstelle, statistischen Auswertungen und auch aus Gerichtsurteilen und Beschlüssen, welche aus Sicht der einreichenden Partei für die Entscheidungsfindung der Schiedsstelle relevant sein sollten. Diese Informationen sind im Allgemeinen vor der mündlichen Verhandlung an die Schiedsstelle übermittelt worden.

Neben den oben genannten Informationen gibt es aber auch solche, welche nicht im Vorfeld der mündlichen Verhandlung übermittelt werden. Dies sind vor allem Informationen darüber, in welchen Teilen der Forderung Verhandlungsbereitschaft besteht und in welchen Teilen kein Nachgeben zu erwarten ist. Diese Präferenzstrukturen werden im Verlauf der Schiedsverhandlungen oft erst durch die gezielte Arbeit der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstellen in Erfahrung gebracht. Hierzu beraten sie sich nicht nur mit den Parteien gemeinsam, sondern es werden auch die gemeinsamen Verhandlungen unterbrochen, damit die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle mit den Vertretern der Verhandlungsparteien die Aspekte der einzelnen Verhandlungspunkte getrennt erörtern können. Wie diese Offenbarung der Informationen über die Struktur der Präferenzen zur Konfliktlösung beiträgt, wurde in Abschnitt 5.1.2 behandelt.

5.4 Einfluss der Schiedsstellen auf die Verhandlungsmacht der Parteien

Durch die Anrufung der Schiedsstellen ändert sich auch die Verhandlungsmacht der Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Dies begründet sich aus der Tatsache, dass die Vertreter beider Seiten ihre Forderungen in den Verhandlungen nicht mehr einfach durchsetzen können. Durch die Hinzuziehung der unparteiischen Mitglieder müssen auch diese durch Begründung der Forderungen überzeugt werden. Dies ist nur möglich, wenn der Schiedsstelle auch bisher nur einer Seite verfügbare Informationen zur Verfügung gestellt werden. Da aber auch Vertreter der Gegenparteien Mitglieder der Schiedsstelle sind, bedeutet

das, dass auch die Verhandlungsgegner diese Informationen erhalten können.

Die Verhandlungsmacht der Parteien im Schiedsverfahren kann auch dadurch beeinflusst werden, dass die Schiedsstelle zu den in den Anträgen der Parteien gemachten Aussagen sachliche oder gutachterliche Beweise einfordern kann. Dies ist zum Beispiel im Schiedsverfahren der Entgeltschiedsstelle für die bayerische Landrettung 2004 geschehen und konnte von Verfasser sowohl anhand der Schriftsätze als auch bei der persönlichen Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsstelle beobachtet werden. Hier wurde zur Begutachtung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ein externer Gutachter hinzugezogen.⁷¹¹ In dem hierbei vorgelegten Gutachten wurde untersucht, ob die derzeitige Struktur der Vorhaltung von Rettungsmitteln der Zielsetzung einer flächendeckenden Versorgung genügt.⁷¹² Anhand eines Soll-Ist-Vergleiches wurde dabei festgestellt, in welchen Regionen Bayerns eine Unter- oder Überversorgung vorliegt. Anhand dieser Erkenntnisse wurden auch Vorschläge für Strukturveränderungen in der Versorgung gemacht.⁷¹³ Weiterhin hat die Schiedsstelle auch die Art der Ermittlung der prospektiven Kosten hinterfragt und die nicht zeitnahe Ermittlung der tatsächlich entstandenen Kosten beanstandet.⁷¹⁴ Im Gegenzug wurde hier aber auch von den Vertretern der Krankenkassen gefordert, die Argumente der Leistungserbringer zu widerlegen und sich nicht nur auf die gesetzlich geforderte Beitragssatzstabilität zu berufen.⁷¹⁵

Die Auswertung der Schriftsätze zu den übrigen beobachteten Schiedsverfahren zeigte, dass auch im Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern und den so genannten Primärkassen haben die Unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle von den Krankenkassen einen Nachweis für die Verursachung der Überschreitung der Gesamtvergütung durch die Zahnärzte gefordert, da die Kassenzahnärztliche Vereinigung nur in diesem Fall vertraglich hierfür zu belangen ist.⁷¹⁶

5.5 Externe Einflüsse auf die Schiedsergebnisse

5.5.1 Lohnnebenkostendiskussion

In den Schiedsverfahren spielen neben den durch die gesetzlichen Bestimmungen festgesetzten Grenzen der Lösungsmenge auch weitere, nicht direkt im Umfeld der im jeweiligen Schiedsverfahren verhandelten Vertragsinhalte liegende Einflußfaktoren eine Rolle für die Entscheidungsfindung.⁷¹⁷

711 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a), S. 5 und 7.

712 Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (2004).

713 Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (2004), S. 35 ff.

714 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a), S. 4.

715 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a), S. 4 u. 5.

716 Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (29.11.1999), S. 26.

717 Bloom, D. E.; Cavanagh, C. L. (1987), S. 357.

Ein wesentliches Beispiel hierfür ist die Personalzusatzkostendiskussion. In ihr werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung hauptsächlich als Bestandteil der Personalkosten gesehen. Im Rahmen dieser Diskussion werden selbige auch regelmäßig in den Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung betrachtet. So wird im Jahresgutachten 2002/2003 die Höhe der Gesundheitsausgaben für den erreichten Versorgungsgrad als zu hoch betrachtet.⁷¹⁸ Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden im gegenwärtigen System als Steuer auf den Faktor Arbeit interpretiert.⁷¹⁹

Die Vorschläge des SVR zur Senkung der Personalzusatzkosten gehen über die derzeitigen Möglichkeiten der Gemeinsamen Selbstverwaltung hinaus und laufen langfristig auf einen Systemwechsel hinaus.

Aus diesen, vor allem arbeitsmarktpolitischen Erwägungen heraus ist der Gesetzgeber daran interessiert, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen zu stabilisieren. Hierin kann die politische Motivation für den § 71 SGB V gesehen werden, welcher das Ziel der Beitragssatzstabilität für die Krankenkassen festschreibt. Da dies trotzdem nur ungenügend gelingt, wurden regelmäßig Gesetze zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beschlossen.

Weniger Beachtung in der politischen Diskussion findet die Tatsache, dass die Leistungserbringung im Gesundheitssektor im Vergleich zu anderen Sektoren sehr personalintensiv ist und auch nur beschränkt in das Ausland verlagert werden kann.⁷²⁰ Derartige Untersuchungen sind zum Beispiel vom Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen Gutachten von 1996⁷²¹ vorgenommen worden. In diesen und in den Gutachten von 2000/2001 und 2003⁷²² wurde aber auch darauf hingewiesen, dass es in der Gesundheitsversorgung Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, deren Großteil durch die mangelnde Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen verursacht wird. Einer Behebung dieser Koordinierungsprobleme steht jedoch entgegen, dass die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sektoral geführt werden. Da die Schiedsstellen auch jeweils an die entsprechenden Verhandlungsebenen geknüpft sind, können sie aber auch nicht die entsprechenden Probleme auflösen.

Die Personalzusatzkostendiskussion stärkt im Wesentlichen die Verhandlungsposition der Krankenkassenverbände. Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstellen werden sich bei ihrer Entscheidungsfindung bewusst sein, dass die Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatz-

718 SVR (2002), Ziffer 484.

719 SVR (2002), Ziffer 484.

720 Blöß, T. (2005), S. 646.

721 SVRKAiG (1996).

722 SVRKAiG (1996), SVRKAiG (2001) u. SVRKAiG (2003).

stabilität nachteilige Folgen für die Beschäftigung haben könnte.

Weiterhin werden auch im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG)⁷²³ Empfehlungen erarbeitet, welche in die Schiedssprüche eingehen können. Dieser hat neben dem Sachverständigenrat für Wirtschaft wesentlichen Einfluss auf die Diskussion über die Vergütungen im Gesundheitssektor. Er beurteilt aber die Gesundheitsausgaben nicht nur als Teil der Personalzusatzkosten, sondern untersucht das Gesundheitswesen auch auf seine Effizienz im Bezug auf das Ziel einer medizinisch und ökonomisch sinnvollen Versorgungsstruktur.⁷²⁴ Hierbei unterbreitet er auch Vorschläge zur effizienteren Verwendung der Ressourcen im Gesundheitswesen. Insgesamt gibt der SVRKAiG den Entscheidern in den Vergütungsverhandlungen durchaus Hinweise auf mögliche Wirtschaftlichkeitsreserven als auch Argumente für eine Ausgabenerhöhung über die Grundlohnsumme hinaus, wenn eine sinnvolle medizinische Versorgung auch bei Ausschöpfung der möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr gewährleistet ist.

Nicht außer acht lassen sollte man auch den Einfluss durch die Aufsichtsbehörden und Gerichte. Die Schiedsentscheidungen unterliegen nämlich in unterschiedlichem Maße der Aufsicht von Genehmigungsbehörden. Diese reicht von einer Rechtsaufsicht über die Ordnungsmäßigkeit der Verfahren bis zu einer Genehmigungspflicht durch die Aufsichtsbehörden, wie dies im Bereich der stationären Versorgung üblich ist. Der Einfluss der Gerichte resultiert aus der Möglichkeit, dass die Parteien den Schiedsspruch bei Gericht beklagen können.

Die aufgeführten externen Einflüsse lassen sich in das vorgestellte Modell einer asymmetrischen Nash-Schiedsrichterlösung dadurch implementieren, dass man sie als Nebenbedingung für die Schiedsstelle definiert. Diese Nebenbedingungen können sich entweder als „weiche“ Nebenbedingung darstellen, indem sie die Ausgangslage nicht verändern, jedoch den möglichen Lösungsraum eingrenzen, indem sie einen Teil der möglichen Lösungen ausschließen. Entscheidungsrelevant sind solche Nebenbedingungen, wenn die Lösung aus dem Modell in Abschnitt 5.1 innerhalb dieser nicht erlaubten Lösungsmenge liegt. In einem solchen Fall kann man annehmen, dass sich die Schiedsstelle für eine Lösung an der Stelle des gerade noch Erlaubten einigt.

723 Aktuelle Bezeichnung : Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen - unter dieser Bezeichnung ist im Mai 2005 das erste Gutachten unter dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ erschienen.

724 SGB V §142Abs.2; SVRG (2005), S. 7.

Die Stärkung der Verhandlungsmacht durch externe Einflüsse schlägt sich bei einer asymmetrischen Nash-Lösung in der Veränderung der Exponenten nieder, welche die Verhandlungsmacht in der allgemeinen Nash-Schiedsrichterlösung kennzeichnen.

Ein stärkerer Einfluss auf das Ergebnis des Schiedsverfahrens liegt vor, wenn durch die externen Einflüsse die Ausgangslage der Schiedsverfahren beeinflusst wird. Die Auswirkung entsprechen dann auch denen in Abbildung 28. Hiervon kann man zum Beispiel ausgehen, wenn durch eine diskretionäre Maßnahme des Gesetzgebers einer Partei schon ein Mindestnutzen aus dem Entgeltverfahren zugesichert wurde.

5.5.2 Sitz der Schiedsstelle

Auch der Ort der Schiedsverhandlungen kann Einfluss auf das Ergebnis von Schiedsverfahren haben. Finden die Verhandlungen zum Beispiel in den Räumen einer der Parteien statt, so haben die Vertreter dieser Seite einen Vorteil, da sie auf sämtliche Ressourcen des Hauses im Notfall zurückgreifen können.⁷²⁵ Aus diesem Grund werden die Schiedsverfahren nach Möglichkeit an neutralen Orten durchgeführt.⁷²⁶ Umgekehrt könnte es auch ratsam erscheinen, gerade aus dem Grund der Informationsgewinnung die Schiedsverhandlungen in den Örtlichkeiten einer Verhandlungspartei stattfinden zu lassen. Insbesondere, wenn die Mitglieder der Schiedsstelle von einer der Parteien umfangreichere Informationen anfordern oder den Eindruck haben, dass ihnen bestimmte Informationen von einer Partei vorenthalten werden und dadurch die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein könnte, scheint eine Verhandlung in den Räumen dieser Partei sinnvoll.⁷²⁷ Vor allem wenn nur eine Partei über entscheidungsnotwendige Daten verfügt, wie zum Beispiel ein Krankenhaus über seine Kosten oder Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkassen, ist es sinnvoll die Verhandlungen in den Räumen der Parteien zu verhandeln, bei der die Informationen am einfachsten zu beschaffen sind.

725 Schulte, P. (1990), S. 123.

726 Hirschsteiner, G. (1999), S. 39.

727 Donaldson, M. (2000), S. 76.

6 Anforderungen an Schiedssprüche und Absicherung deren Einhaltung

6.1 Allgemeine Anforderungen an Schiedsverfahren

Die Schiedsverfahren sind notwendig, da der Gesetzgeber sicherstellen möchte, daß zu jedem Zeitpunkt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unabhängig vom Einkommen des Einzelnen gewährleistet ist. Aus diesem Grund hat er die Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen stark reglementiert und vertragsfreie Zustände per Gesetz ausgeschlossen.

Wie die Ausführungen in Kapitel zwei zeigen, besteht aber weiterhin die Möglichkeit, daß eine vertragliche Einigung nicht auf dem Verhandlungsweg erreicht werden kann. In diesem Fall sollen an Stelle von Verhandlungsergebnissen Schiedssprüche den Inhalt der Verträge festlegen.

Da vom Inhalt dieser Schiedssprüche wesentliche Einflüsse auf die Entscheidungen der Beteiligten ausgehen, sollten diese zu einem Termin bekanntgegeben werden, der den Beteiligten die Möglichkeit gibt, ihre ökonomischen Dispositionen auf den Inhalt der Schiedssprüche einzustellen. Zu spät gefällte Schiedssprüche gefährden für Krankenkassen und Leistungserbringer die Planungssicherheit. Hieraus lässt sich als erste Anforderung festhalten, daß Schiedssprüche möglichst frühzeitig, das heisst vor dem Beginn des Vertragszeitraums gefällt und den Beteiligten bekanntgegeben werden.

Eine weitere Anforderung an Schiedssprüche besteht darin, dass auch in ihnen die bestehenden rechtlichen Anforderungen an die Vertragsinhalte eingehalten werden. Deshalb dürfen die Kompetenzen der Schiedsstellen und Schiedsämter nicht über den Entscheidungskompetenzen der Vertragsparteien hinausgehen aber auch nicht zusätzlichen Restriktionen unterliegen. Neben den gesetzlichen Vorgaben spielen hier auch die Einflussmöglichkeiten von Gerichten und Aufsichtsbehörden eine wesentliche Rolle bei der Festsetzung des Entscheidungsspielraumes der Schiedsstellen.

Als letzte Anforderung an die Schiedssprüche soll hier die Forderung gelten, dass die Schiedssprüche von beiden Seiten als gerechter Kompromiss zwischen den Forderungen der Vertragsparteien akzeptiert werden sollen. Aus dieser Anforderung wurde in Abschnitt 5.1.3.1 der Forderungskatalog von Nash hergeleitet.

Als weitere Forderung wird verlangt, dass auch die Grenzen des technisch-organisatorisch Umsetzbaren berücksichtigt werden. Dies entspräche formal der Kalai-Smorodinsky-Schiedsrichterlösung.

Allen als von den Parteien für gerecht empfundenen Lösungen ist gemeinsam, dass die Inter-

essen beider Streitparteien in der Schiedsrichterlösung explizit berücksichtigt werden. Bei Berücksichtigung der empirischen Befunde aus den ausgewerteten Schiedsverfahren kann geschlossen werden, dass die Akzeptanz der Ergebnisse sowohl durch die Verbände der Leistungserbringer, als auch durch die Verbände der Krankenkassen am ehesten erreicht wird, wenn die Unparteiischen durch beide Seiten gemeinsam benannt werden. Entscheidet dagegen ein Losverfahren über die Besetzung des Vorsitzenden, so zeigen die analysierten Schiedsverfahren, dass die Schiedssprüche weniger akzeptiert werden, was sich durch die Anfechtungsrate der Schiedssprüche vor Gericht belegen lässt.⁷²⁸

6.2 Beeinflussung von Informationsstand und Verhandlungsmacht der Beteiligten während der Schiedsverfahren

Von einigen Autoren wird verlangt, dass die Schiedsstellen auch einen ausgleichenden Einfluss auf die Verhandlungsmacht der Verbände in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ausüben. Dies wird vor allem dann notwendig, wenn diese Unterschiede in der Verhandlungsmacht aus Informationsasymmetrien resultieren. Formal läßt sich ein dieser Forderung genügender Schiedsspruch durch die erweiterte Nash-Schiedsrichterlösung modellieren.

Wie in Abschnitt 5.3 schon erwähnt wurde, gehen die Beteiligten der Schiedsverfahren mit unterschiedlichem Informationsstand in die Schiedsverfahren. Dieser unterschiedliche Informationsstand resultiert aus den für die Verhandlungsführer zugänglichen Informationsquellen. Jede Partei hat zunächst die Informationen aus dem eigenen Datenbestand zu ihrer Verwendung. Zu diesen Informationen gehören zum Beispiel auf Seiten der Leistungserbringer Daten über Betriebs- und dazu gehörende Kostenstrukturen. Auf Seiten der Krankenkassenverbände gehören die Verhandlungsergebnisse mit anderen Leistungserbringern dazu. Dies spielt vor allem eine Rolle, wenn wie im Krankenhausbereich hierdurch Vergleiche verschiedener Leistungserbringer möglich sind. Diese Informationen sind privater Natur und können demnach auch von den Parteien strategisch eingesetzt werden.⁷²⁹

Um den Einfluss der Informationsmacht auf die Verhandlungsstärke einer Partei zu klären, muss man beachten, welche Informationen für den Abschluss eines Vertrages notwendig⁷³⁰ sind, wer über diese Informationen verfügt und welche Partei ihre Verhandlungspositionen mit Informationen belegen muss.

Den niedrigsten Informationsstand im Schiedsverfahren haben zunächst die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstellen. Ihnen stehen nur allgemein zugängliche Informationen zur Verfügung. Sie müssen jedoch Informationen über den Verlauf der Nutzenfunktionen der

728 Siehe hierzu Tabelle 3 bis 6.

729 Milgrom, P.; Roberts, J. (1987), S. 185.

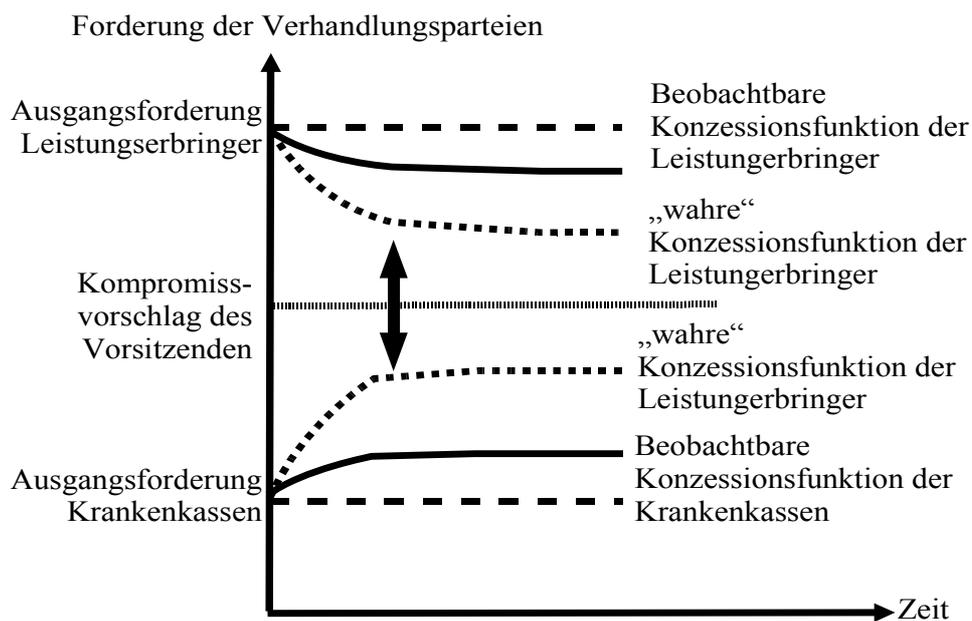
730 SchiedsVO (2001) § 30.

Verhandlungsparteien haben, damit eine Lösung, die den Anforderungen aus Abschnitt 6.1 gerecht wird, gefunden werden kann.

Der Informationsstand ändert sich jedoch während des Verfahrens durch das Informationsverhalten der Parteien im Verfahren. Hierdurch erhalten die Neutralen ein wichtiges Instrument zur Beeinflussung der Verhandlungsmacht der Parteien im Schiedsverfahren.

Die Entwicklung des Kenntnisstandes der Unparteiischen lässt sich am Beispiel der folgenden Abbildung erläutern.

Abbildung 31: Informationsstand der unparteiischen Mitglieder im Schiedsverfahren



Quelle: Eigene Darstellung

Zunächst kennen die Unparteiischen und der Vorsitzende nur die Ausgangsforderung der Verhandlungsparteien (Abbildung 31: grob gestrichelte Linien). Aus den mit den Anträgen eingereichten Unterlagen und den Darstellungen der Verhandlungsparteien in der mündlichen Erörterung der Anträge erhalten der Vorsitzende und die anderen Unparteiischen ein Bild der in den gescheiterten Verhandlungen beobachtbaren Konzessionsfunktionen der Verhandlungsparteien. (Abbildung 31: durchgehende Linien) Anhand dieser Informationen bietet der Vorsitzende den Verhandlungsparteien einen Kompromissvorschlag an. Diesem müssen, wie in Abschnitt 5.1.2 schon beschrieben, mindestens die Hälfte der Mitglieder der Schiedsstelle zustimmen.

Je nachdem, wie die Reaktion der gebundenen Mitglieder der Schiedsstelle auf diesen Vorschlag ausfällt, kann er seine Annahmen über den wahren Verlauf der Konzessionsfunktionen (Abbildung 31: fein gestrichelte Linien) korrigieren. Hierbei geht er davon aus, dass der Grad der Zustimmung mit der Nähe zu wahren Konzessionsfunktion zunimmt. Ist der Grad der Zu-

stimmung der gebundenen Mitglieder der Schiedsstelle in etwa gleich, so liegt der Kompromissvorschlag wahrscheinlich auch in der Mitte zwischen den wahren Konzessionsfunktionen der Verhandlungsparteien. Gibt es dagegen starke Unterschiede im Grad der Zustimmung, so liegt sein Vorschlag näher an der wahren Konzessionsfunktion der Verhandlungspartei mit dem höheren Grad der Zustimmung.

Durch Wiederholung der Abstimmungsprozesse zum Beispiel durch das in Abschnitt 5.1.2 dargestellte Verfahren können der Vorsitzende und die anderen Unparteiischen ihren Informationsstand über den wahren Verlauf der Konzessionsfunktionen der Verhandlungsparteien mit der Zeit verbessern.

Hier zeigt sich, dass durch die Besetzung der Schiedsstellen sowohl mit gebundenen, als auch mit unparteiischen Mitgliedern und die Erfordernis der Mehrheitsentscheidung dazu beiträgt, dass Schiedssprüche gefällt werden können, die die Interessen beider Verhandlungsparteien in gleichem Maße berücksichtigen.

Neben diesen Informationen über die Bewertung der Kompromissvorschläge durch die Verhandlungsparteien benötigen die Schiedsstellen auch Informationen zur Einordnung der Forderungen der Verhandlungsparteien in das gesetzliche Umfeld.

In den Verhandlungen mit den Leistungserbringern werden Verbände der Krankenkassen in ihrer Verhandlungsmacht durch den Gesetzgeber dadurch gestärkt, dass ihnen durch § 71 SGB V die Obergrenze der Leistungsausgabenentwicklung vorgeschrieben ist. Diese maximale Zuwachsrate wird jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben. Die Krankenkassenverbände benötigen in den Verhandlungen nur dann Zusatzinformationen, wenn sie die Entgelte in einzelnen Leistungsbereichen über diese Höchstgrenze steigen lassen oder die Entgelte absenken wollen.

Die Verbände der Leistungserbringer müssen dagegen nachweisen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung mit den gegebenen Mitteln nicht möglich ist, wenn sie eine Steigerung ihrer Entgelte über der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV durchsetzen wollen. In diesem Fall kommt es auch darauf an, in welcher Form diese Entgelte vereinbart werden. Sind, wie in der ambulanten Versorgung, befreiende Kopfpauschalen vorgesehen, so wird dieser Nachweis tendenziell schwerer fallen, als wenn die Entgelte zu einer Kostendeckung führen sollen. Gerade im Fall der so genannten Selbstkostendeckung besteht für die Leistungserbringer ein Informationsvorteil. Sie weisen in diesem Fall die entstandenen Kosten nach, während die Vertreter der Krankenkassenverbände im Gegenzug nachweisen müssen, welche Kosten im Zweifelsfall als unwirtschaftlich anzusetzen sind. Hierzu benötigen sie aber Informationen über die Kostenstruktur der Leistungserbringer und entsprechende Vergleichs-

daten, um eine unwirtschaftliche Leistungserbringung nachzuweisen. Dieser Nachweis fällt schwer, wenn keine Vergleichsdaten aufgrund einer monopolistischen Marktstruktur vorliegen.

Für das Informationsverhalten der Parteien im Schiedsverfahren ist der Umstand entscheidend, dass die Unparteiischen im Schiedsverfahren ihre Entscheidungen von den vorgelegten Informationen abhängig machen können. Hierdurch können sie aktiv das Informationsverhalten der Parteien beeinflussen.⁷³¹ So kann ein Schiedsamt von den Verhandlungsparteien Beweise für die Berechtigung ihrer Forderungen einfordern. Da die viele Informationen der gesamten Schiedsstelle zur Verfügung gestellt werden und das Abstimmungsverhalten für die Mitglieder der Schiedsstelle beobachtbar ist, erhalten nicht nur die Unparteiischen private Informationen der Parteien, sondern auch die parteiischen Mitglieder der Gegenseite. Hierdurch können diese aber auch die Argumente durch die Beibringung eigener Beweismittel entkräften.

Die Informationsasymmetrien werden im Schiedsverfahren durch diese Art „Beweisaufnahme“ teilweise eliminiert. Die Vertreter der Parteien haben einen Anreiz, der Schiedsstelle alle Informationen zu liefern, welche die Entscheidung der unparteiischen Mitglieder zu ihren Gunsten bewegen oder Argumente der Gegenseite widerlegen könnten. Da alle Mitglieder der Schiedsstelle diese Informationen direkt oder indirekt erhalten, werden im Verlauf des Verfahrens vorher private Informationen zu öffentlichen Informationen.

Das Schiedsverfahren an sich trägt schon zum Abbau von Informationsasymmetrien bei. Hierdurch können auch bis dahin nicht bekannte Verhandlungsspielräume zwischen den den Verbänden der Leistungserbringer und denen der Krankenkassen aufgezeigt werden. Dies kann dann dazu führen, dass sich die Verhandlungspartner auf einen Vertrag einigen können, ohne dass es eines Schiedsspruches bedarf.

Wie durch den Abbau von Informationsasymmetrien über die Schaffung vergleichbarer Daten Schiedsverfahren vermieden werden können, zeigen die Ausführungen zum Krankenhausbereich in Abschnitt 3.3.1. Durch die Möglichkeit des Vergleiches zwischen den verschiedenen Krankenhäusern lassen sich Verfahren um die Entgelte dadurch verhindern, dass die Schiedsstelle festgestellt hat, mit welchen anderen Krankenhäusern ein Krankenhaus vergleichbar ist.

Anders sieht die Informationslage der Verhandlungspartner aus, wenn nur auf aggregierter Ebene verhandelt wird. Von besonderem Nachteil für die Vertreter der Krankenkassen ist hierbei das Fehlen der Vergleichbarkeit zwischen mehr oder weniger wirtschaftlichen Leistungserbringern. Die Vertreter der Leistungserbringer haben auch keinen Anreiz, durch Dis-

731 Knappe, E.; Laine, V.; Schmitz, S. H.; Winkler, A. (1988); Milgrom, P.; Roberts, J. (1987); S. 185 ff.

aggregation der Kostenarten für eine bessere Informationslage zu sorgen. Für die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern spielt es demnach eine wichtige Rolle, inwieweit die Nachweispflichten für die entstandenen Kosten der Leistungserbringer durch den Gesetzgeber geregelt sind. Kommt es hierüber zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Verhandlungspartnern, so sind diese ebenfalls durch die Schiedsstelle zu klären.

In solchen Fällen muss die Schiedsstelle vor der Klärung der Entgeltfragen erst einmal für eine gemeinsame Verhandlungsbasis sorgen. Dies bedeutet, dass in den Schiedsverhandlungen erst über die Art und Weise des Kostennachweises durch die Leistungserbringer entschieden werden muss. Dann müssen diese einen entsprechenden Nachweis erstellen, bevor die Kosten dann im weiteren Verlauf der Schiedsverhandlung auf Wirtschaftlichkeit geprüft werden können.

Gehen aus dem Kostennachweis der Leistungserbringer keine Informationen hervor, welche Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung erlauben, kann die Schiedsstelle ihre Informationslücke durch Hinzuziehen externer Gutachter verringern.⁷³² Sie kann zudem ihre Entscheidung auch direkt vom Informationsverhalten der Verhandlungsparteien abhängig machen.⁷³³ Somit besteht für die Schiedsstelle die Möglichkeit, durch Zwang die Verhandlungsparteien zur Offenbarung privater Informationen zu bewegen. Durch diesen Eingriff in die Informationsverteilung wird die Verhandlungsmacht der Parteien wesentlich beeinflusst.⁷³⁴

So hat das Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung einen Antrag der Krankenkassenverbände auf Festsetzung der Richtgrößen für die Heilmittel unter anderem bei Nichtvorlage geeigneter Entscheidungsunterlagen abgelehnt.⁷³⁵ Diese Zwangsmaßnahmen stellen einen hoheitlichen Eingriff in die Verfügungsmächte der Verhandlungsparteien dar, welcher durch die Organisationsform der Gemeinsamen Selbstverwaltung als Körperschaft öffentlichen Rechtes legitimiert wird.⁷³⁶ Außerdem sollte man berücksichtigen, dass die Parteien erwarten, dass ihre Verhandlungspositionen entsprechen ihrer Marktmacht berücksichtigt werden. Weicht der Schiedsspruch stark von den Erwartungen einer Partei ab, so wird diese ihn wahrscheinlich beklagen.⁷³⁷ Somit würde eine wesentliche Anforderung an den Schiedsspruch nicht erfüllt.

Zusätzlich können die Unparteiischen diese Informationen anhand allgemein zugänglicher Informationen gewichten. Zu diesen Informationsquellen gehören zum Beispiel die Berichte des

732 SchiedsVO (2001) § 17.

733 SchiedsVO (2001) § 15; Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern (27.05.2000).

734 Brennan, G.; Güth, W.; Klient, H. (2003), S. 21 f.

735 Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern (27.05.2000), S. 2.

736 Rabbata, S. (2005b), S. 638.

737 Roth, A. E.; Schoumaker, F. (1983), S. 371.

Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, welche Aussagen zur Bedarfsgerechtigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zulassen.

Somit können die Schiedsstellen auch der Forderung nach einem Ausgleich der Verhandlungsmacht zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung genügen.

6.3 Autonomie der Schiedsämtler und externe Vorgaben

6.3.1 Sozialrechtliche Vorgaben

Neben dem Ziel der Beitragssatzstabilität gibt es noch weitere, vor allem sozialpolitische Ziele. Diese beziehen sich vor allem auf Fragen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und der Verteilung dieser Leistungen auf die Bevölkerung.

Eines dieser Ziele ist, allen Bürgern einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und somit soziale Unterschiede in Mortalität und Morbidität zu verhindern.⁷³⁸ Weiterhin soll der Umfang der medizinischen Versorgung nicht vom Einkommen abhängig sein.⁷³⁹ Das letztgenannte Ziel ist durch die derzeitige Organisation der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen durch die Pflichtversicherung eines Großteils der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet.⁷⁴⁰ Damit diesen Versicherten auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet ist, wurden die Verbände der Krankenversicherungen und die der Leistungserbringer im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu verpflichtet, miteinander Verträge über die Leistungserbringung abzuschließen. Auch die Bestimmung, dass diese Verträge nach einer Kündigung durch einen der Vertragspartner oder nach ihrem Ablauf weiterhin Bestand haben, bis ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, dient diesem Ziel.⁷⁴¹

Weitere Ziele sind ein Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten, die Sicherung der Effizienz der Leistungserbringung⁷⁴² und damit eine gesamtwirtschaftlich vertretbare Höhe der Gesundheitsausgaben.⁷⁴³

Die Reglementierungen in den Versorgungsbereichen, welche vom Staat als besonders wichtig im Rahmen einer Daseinsvorsorge erachtet werden, führen zu den in Abschnitt 2.4.2 genannten Problemen.⁷⁴⁴

738 Vgl. Schreyögg, J. (2002), S. 8 ff.

739 Nass, E. (2004), S. 31.

740 Trotzdem lassen sich noch erhebliche Unterschiede im Gesundheitszustand in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status beobachten, wie der Bericht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigt. (SVRG (2005), S. 115 ff.)

741 SVRKAiG (1996), S. 9.

742 In Sinne von §12 SGB V

743 SVRKAiG (1996), S. 9.

744 Neubauer, G. (2005), S. 63.

Weitere sozialpolitische Vorgaben umfassen die Festlegung der Leistungen, welche gesetzlich Krankenversicherten im Falle des Bedarfes zukommen sollen. Diese Vorgaben sind im SGB V jedoch nur relativ vage vorgegeben worden.⁷⁴⁵ Die konkrete Ausgestaltung ist wiederum den Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Ebene ihrer Bundesverbände übertragen worden.⁷⁴⁶

6.3.2 Wettbewerbsrechtliche Begrenzung

Unter Wettbewerb versteht man in der Ökonomie die Wahlmöglichkeit der Wirtschaftssubjekte aus mehreren Entscheidungsalternativen. Durch ihn wird auch ein Interessenausgleich zwischen den Anbietern und Nachfragern an einem Markt möglich. Durch die verschiedenen Auswahlalternativen kann jeder Marktteilnehmer die Konditionen der Gegenseite vergleichen und sich aus diesen verschiedenen Entscheidungsalternativen diejenige herausuchen, welche seinen Bedürfnissen am ehesten entspricht.

Die wichtigsten wettbewerbspolitischen Vorgaben sind im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen niedergelegt. Ziel dieses Gesetzes ist die Sicherung des Wettbewerbes als Ordnungsprinzip. Dieses Ziel kann durch Ausnutzung von Marktmacht gefährdet werden. Sie entsteht durch Konzentration von Angebot oder Nachfrage auf wenige Wirtschaftssubjekte. Eine derartige Konzentration kann durch (verbotene) Absprachen der Wirtschaftssubjekte untereinander, durch Markteintrittsbarrieren, durch Unternehmenszusammenschlüsse oder auch nur durch die Größe des eines Wirtschaftssubjektes verursacht werden.⁷⁴⁷ Gemessen wird die Marktmacht durch den Marktanteil.⁷⁴⁸ Dieser gibt an, welchen Anteil ein Unternehmen an den gesamten wirtschaftlichen Aktivitäten eines relevanten Marktes hat. Ist dieser Anteil eines Unternehmens größer als ein Drittel des relevanten Marktes so geht man von einer marktbeherrschenden Stellung des Wirtschaftssubjektes aus.⁷⁴⁹ Können Unternehmen durch Zusammenschluss eine marktbeherrschende Stellung erreichen, oder wollen zwei marktbeherrschende Unternehmen fusionieren, so muss dieser Unternehmenszusammenschluss durch die Kartellbehörden genehmigt werden.⁷⁵⁰ Zusätzlich sind aber auch die Vorgaben der europäischen Union zu beachten.⁷⁵¹

Im Bereich der Gemeinsamen Selbstverwaltung stellen sich hinsichtlich der wettbewerbspolitischen Gegebenheiten folgende Fragen:

745 SGB V §§ 11- 34 (Drittes Kapitel)

746 Dies geschieht vor allem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Bewertungsausschüsse, welche paritätisch durch Vertreter der Bundesverbände besetzt sind. Können sich diese Vertreter nicht einigen, so werden die Bewertungsausschüsse um unparteiische Mitglieder erweitert. In Aufbau und Arbeitsweise entsprechen diese erweiterten Bewertungsausschüsse einer Schiedsstelle. (Vgl. Abschnitt 3.6)

747 GWB § 19 Abs. 2.

748 GWB §§ 19, 38.

749 GWB § 19 Abs. 3.

750 GWB §§ 35 bis 43.

751 SVRG (2005), S. 68 ff.

- In welchen Bereichen gibt es Wettbewerb und in welchen nicht?
- Aus welchen Erwägungen werden durch den Gesetzgeber diese Marktstrukturen befürwortet?
- Welchen Einfluss haben diese Wettbewerbsstrukturen auf die Arbeit von Schiedsstellen?

Bei der Betrachtung der Wettbewerbsstrukturen ist festzustellen, dass der Gesundheitssektor insgesamt betrachtet ein breites Spektrum von Wettbewerbsstrukturen aufweist. Es reicht von atomistischen Strukturen im Bereich der ambulanten Versorgung und der nichtärztlichen freien Gesundheitsberufe bis hin zu Monopolstrukturen im Bereich der stationären Versorgung.⁷⁵²

Für den im Zusammenhang mit den Schiedsverhandlungen relevanten Bereich der Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassenverbänden ist festzustellen, dass sich durch die Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Kassenärztlichen Vereinigungen eine monopolistische Position der Verbände der Leistungsanbieter gegenüber den Verbänden der Krankenkassen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ergibt.⁷⁵³

Für den Bereich der Krankenkassen gilt, dass hier durchaus Wettbewerb im Bereich der Versicherten besteht. Im Bereich der Leistungserbringern besteht auch ein Wettbewerb um die Patienten. Im Bereich der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer stehen dagegen kollektivvertragliche Regelungen, welche vom Prinzip her wettbewerbswidrig sind.⁷⁵⁴ Diese Wettbewerbsstruktur besteht seit der Einführung des solidarischen Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen im Jahr 1992.⁷⁵⁵ Aber schon seit der Regelung des Kassenarztes in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhundert hat der Gesetzgeber in Anknüpfung an Regelungen der dreißiger Jahre auf ein kollektivvertragliches Regelungskonzept in Anlehnung an das Modell der Tarifverhandlungen gesetzt.⁷⁵⁶

Die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für alle Kassenarten bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern sollte hierbei verhindern, dass der nun erweiterte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über den Komplex des Leistungsangebots geführt wird.⁷⁵⁷ Grundsätzlich ist auch dieser Bereich nicht von den Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen ausgenommen. Ausnahmen sind jedoch aus juristischer Sicht aufgrund der Ranggleichheit von GWB und SGB V möglich.⁷⁵⁸

Die Frage, welches Gesetz angewandt werden muss, stellt sich insbesondere bei den Krankenkassen.⁷⁵⁹ Diese können als öffentlich-rechtliche Rechtsträger sowohl in privatrechtlicher

752 Meyer, D. (2001), S. 118, SVRG (2005), S. 49.

753 Hajen,L.; Paetow,H.; Schuhmacher, H. (2000), S.70 f.

754 Cassel, D. (2003), S. 15.

755 Cassel, D. (2003), S. 14.

756 Schirmer, H. D. (1999), S. 91 f..

757 Bauer, H.-H. (1999), S. 40.

758 Neumann, D. (1999), S. 13.

759 SVRG (2005), S. 33.

als auch in öffentlich-rechtlicher Form handeln. Die wettbewerbsbeschränkenden Regelungen des SGB V werden vielfach damit begründet, dass sie der Allgemeinheit, insbesondere deren Interesse an einer funktionsfähigen und kostengünstigen Krankenversicherung dienen.⁷⁶⁰

Nach der Argumentation des Bundessozialgerichtes kommt das besondere Interesse des Gesetzgebers an der Absicherung der Funktionsfähigkeit eines Teilbereiches der Gesundheitsversorgung durch die Vermeidung vertragsloser Zustände in diesen Versorgungsbereichen zum Ausdruck.

Als typisches Merkmal wird für diese Leistungsbereiche die Verpflichtung von Leistungserbringern und Krankenkassen zu einer Zwangskontrahierung und gleichzeitiger Vorsehung eines Schlichtungs- oder Schiedsverfahrens für den Fall des Nichtzustandekommens einer vertraglichen Vereinbarung durch den Gesetzgeber für den entsprechenden Leistungsbereich gesehen.⁷⁶¹ Gleichzeitig gelten in diesen Leistungsbereichen die bestehenden Verträge bis zum Abschluss eines Folgevertrags. Diese Verträge werden dann als öffentlich-rechtliche Verträge gewertet, auf welche die Bestimmungen des nationalen Wettbewerbsrechtes keine Anwendung finden, wie das Bundessozialgericht in einem Urteil festgestellt hat.⁷⁶²

Fehlen dagegen diese Bestimmungen, so wird vom Bundessozialgericht davon ausgegangen, dass der Gesetzgeber bewusst die Möglichkeit eines vertragslosen Zustandes in Kauf genommen hat. Da es auch ohne gesetzlichen Zwang zu gegenseitigen wirtschaftlichen Abhängigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen kommen kann, gelten in Bereichen ohne ausdrücklichen Kontrahierungszwang die Bestimmungen des Kartellrechtes. Hier werden insbesondere die Krankenkassen als „öffentliche Unternehmen“ von den Bestimmungen des GWB erfasst.⁷⁶³

In den Versorgungsbereichen mit Zwangskontrahierung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen besteht durch die Zusammenfassung der Leistungserbringer und der Krankenkassen zu Verbänden, welche keine Wahlmöglichkeit der Vertragspartner haben, die Marktform eines bilateralen Monopols.⁷⁶⁴ Die Wahl dieser Marktform wird damit begründet, dass die Leistungserbringer ohne Kollektivverträge auf den Abschluss von Einzelverträgen mit den Krankenkassen angewiesen wären. Hier aber wird befürchtet, dass die Marktmacht der Krankenkassen im Verhältnis zur Marktmacht eines einzelnen Leistungsanbieters zu einseitigen Verträgen zugunsten der Krankenkassen führen könnte. Durch die Einführung eines korporatistischen Vertragsmodells soll eine gleichberechtigte Mitbestimmung von Leistungs-

760 Neumann, D. (1999), S. 15.

761 BSG, B3 KR 2/03 R (2004), BSG, B 3 KR 15/00 R (2001), BSG, B 6 KR 14/00 R (2001).

762 BSG, B 3 KR 3/01 R (2001).

763 Jaeger, W. (1999), S.23.

764 Cassel, D. (2003), S.15.

erbringern und Krankenkassen an den Verträgen gewährleistet werden.⁷⁶⁵

Im Rahmen der europäischen Einigung spielen wettbewerbsrechtlich die oben genannten Faktoren eine wesentliche Rolle. Im Vertrag von Maastricht ist geregelt worden, dass das Sozialrecht weiterhin als Ausnahmereich im Kompetenzbereich der einzelnen Mitgliedsstaaten verbleibt. Allerdings hat sich die künstliche Trennung von Wirtschafts- und Sozialpolitik mit der zunehmenden wirtschaftlichen Integration als Problem herausgestellt. Mit dem Abbau von Unterschieden in gesetzlichen Regelungen, die relevant für Produktionskosten sind, und der Beseitigung monetärer Disparitäten durch die Wirtschafts- und Währungsunion gewinnen die Arbeitskosten inklusive der Lohnnebenkosten eine neue Bedeutung als Wettbewerbsfaktor.⁷⁶⁶ Gleichzeitig wird der Ausschluss eines wesentlichen Marktes ,wie es der Gesundheitsmarkt mit je nach Mitgliedsland einem Anteil von acht bis zwölf Prozent an Bruttoinlandsprodukt einer ist, immer kritischer gesehen. Erkennbar ist dies insbesondere an der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Hier zeigt sich, dass europäische Wettbewerbsrecht generell auf den Bereich der sozialen Sicherheit, insbesondere das Gesundheitswesen anwendbar ist.⁷⁶⁷ Nach EU-Recht tritt das Kartellrecht nur dann zurück, wenn bei Unternehmen der Daseinsvorsorge der Unternehmensfortbestand gefährdet wäre oder um die Zweige der Sozialversicherung vor finanzieller Überforderung zu schützen.⁷⁶⁸ Hierdurch gewinnt die Frage, inwieweit die Akteure als Unternehmen agieren und wann sie Staatsaufgaben wahrnehmen, an Bedeutung.⁷⁶⁹ Hierbei wird die Einordnung funktional vorgenommen. Danach ist eine Krankenversicherung ein Unternehmen, wenn sie unabhängig von ihrer Finanzierung wirtschaftliche Aktivitäten ausübt.⁷⁷⁰ Dies ist zu bejahen, wenn die Tätigkeit auch auf dem privaten Markt ausgeübt werden kann. Dies trifft für den Bereich der Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern prinzipiell zu.⁷⁷¹ Aus diesem Grund müssen auch europäische Leistungserbringer Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ohne Genehmigung durch die Krankenkassen behandeln dürfen.⁷⁷²

Als Gründe für eine Ablehnung der Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen sieht der EuGH dagegen Merkmale wie die gesetzliche Festlegung von Versicherungspflicht, den einheitlichen Leistungsumfang für den versicherten Personenkreis, die Einkommensabhängigkeit der Beiträge, das Umlageprinzip und den Finanzausgleich unter den Trägern über den Risikostrukturausgleich.⁷⁷³ Diese Merkmale kennzeichnen die gesetzlichen Krankenversi-

765 Schirmer, H. D. (1999), S. 88.

766 Kötter, U. (2000), S. 28.

767 Kötter, U. (2000), S. 29.

768 Schönbach, K.-H. (2001), S. 13.

769 EuGH, Az. C-264/01,C-306/01,C345/01,C355/01 (16.03.2004).

770 Knispel, U. (2004), S. 246.

771 Kötter, U. (2000), S. 31.

772 Wenner, U. (2004), S. 33 f.

773 EuGH, Az.C-218/00 (22.01.2002).

cherungen als Einrichtung mit ausschließlich sozialem Charakter. Sozialversicherungsträger unterliegen aber mangels wirtschaftlicher Tätigkeit nicht dem Wettbewerbsrecht.⁷⁷⁴

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in den Bereichen des Gesundheitswesens, in welchen Schiedsstellen vorgesehen sind, diese für den Interessenausgleich zwischen Anbietern und Nachfragern sorgen sollen. Somit erfüllen die Schiedsstellen eine Funktion, welche ansonsten der Wettbewerb an Märkten durch die Möglichkeit der Auswahl aus verschiedenen Alternativen wahrnimmt.

6.3.3 Kontrolle durch Gerichte und Genehmigungsbehörden

Als Körperschaften öffentlichen Rechtes unterliegen die Organisationen der Krankenkassen und der Leistungserbringer der Rechtsaufsicht des Staates. Diese wird im Allgemeinen durch das Bundesgesundheitsministerium ausgeübt. Auf Länderebene übernehmen die entsprechenden Landesbehörden diese Aufgabe. In diesem Sinn üben diese Behörden auch die Rechtsaufsicht über die Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung aus, welche als Organ der Selbstverwaltung aus Vertretern beider Parteien gebildet werden. Weiterhin unterliegen sowohl die Entscheidungen der Schiedsstellen als auch die Entscheidungen der sie beaufsichtigenden Genehmigungsbehörden einer gerichtlichen Überprüfung. Diese erfolgt im Wesentlichen durch die Sozialgerichte und die Verwaltungsgerichte, soweit es Entscheidungen der Aufsichtsbehörden betrifft. Die Entscheidungen der Schiedsstellen werden hierbei als interne Verwaltungsakte innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung behandelt. Aus den Beschlüssen und Urteilen dieser Gerichte, insbesondere des Bundessozialgerichtes und des Bundesverwaltungsgerichtes kann man Erkenntnisse ziehen, welchen Entscheidungsspielraum den Schiedsstellen zuerkannt wird und in welchem Maße die Aufsichtsbehörden Einfluss auf die Schiedsstellen nehmen können.

Insgesamt lässt sich aus den Urteilen und deren Begründungen ableiten, dass die Rechtsprechung der Sozialgerichte den Schiedsstellen weitgehende Ermessensspielräume zubilligt. So vertritt das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung die Auffassung, dass die Schiedsentscheidungen nur in eingeschränktem Maße gerichtlicher Kontrolle zugänglich sind.⁷⁷⁵ Hiermit soll berücksichtigt werden, dass die Schiedssprüche einen Kompromißcharakter haben und vor allem dem Interessenausgleich zwischen den Parteien dienen.⁷⁷⁶ Dementsprechend unterliegen nur die Einhaltung der verfahrensrechtlichen Anforderungen und die Einhaltung der zwingenden rechtlichen Vorgaben einer gerichtlichen Überprüfung. Zu den verfahrensrechtlichen Anforderungen gehört hierbei, dass die Schiedsstellen in einem fairen Verfahren den Sachverhalt unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt haben und die

774 Knispel, U. (2004), S. 247; EG-Vertrag, Art. 86 Abs. 2.

775 BSG, B 6 KA 62/03 R (2004).

776 BSG, B 6 KA 29/02 R (2003).

Gründe für die Entscheidung erkennbar sein müssen. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, dass der vom Schiedsamt zugrunde gelegte Sachverhalt stimmen muss und ob das Schiedsamt die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat.⁷⁷⁷ Für die Auslegung insbesondere des § 71 SGB V wird hierbei den Schiedsstellen ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt, zwischen den gesetzlich normierten Prinzipien der Beitragssatzstabilität und der Sicherung einer angemessenen Versorgung abzuwägen, indem beiden Prinzipien eine gleichrangige Bedeutung zugesprochen wird.⁷⁷⁸ Die Schiedsstellen haben nach Auffassung des Bundessozialgerichtes die Aufgabe, „eine Kollision dieser Prinzipien positiv festzustellen und dann aufzulösen“.⁷⁷⁹ Weiterhin kann durch die Gerichtsbarkeit auch überprüft werden, ob ein durch die Schiedsstelle entschiedener Sachverhalt schiedsfähig ist.⁷⁸⁰

Die Beziehungen zwischen Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden spielen in Leistungsbereichen eine Rolle, in denen die Schiedsstellenentscheidungen einer Genehmigung bedürfen. Dies trifft in Deutschland auf den Bereich der stationären Versorgung zu, in dem die Entscheidungen der Schiedsstellen erst durch die Zustimmung der Genehmigungsbehörde wirksam werden.⁷⁸¹ Die Entscheidung der Schiedsstelle ist daher ein nicht anfechtbarer interner Mitwirkungsakt, welcher dem maßgeblichen behördlichen Genehmigungsakt vorgeschaltet ist.⁷⁸² Diese auf Antrag mindestens einer Partei zu erteilende⁷⁸³ Genehmigung dient allerdings ausschließlich der Rechtskontrolle. Die Landesbehörde hat keine Befugnis zu einer von den Vereinbarungen der Pflegesatzparteien oder den Festsetzungen der Schiedsstelle abweichenden Gestaltung oder einer nur teilweisen Genehmigung.⁷⁸⁴ Gegen diese Genehmigung können die Vertragsparteien an den zuständigen Verwaltungsgerichten Klage einlegen. Diese Klage hat jedoch keine aufschiebende Wirkung. Nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen ist es möglich, eine Aussetzung der Vollziehung auf gerichtlichem Weg zu erreichen.⁷⁸⁵ Versagt die Aufsichtsbehörde die Genehmigung, so sind die Verhandlungspartner und auch die Schiedsstelle bei einer erneuten Entscheidung an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde gebunden.⁷⁸⁶

In Beziehungen zu den Aufsichts- und Genehmigungsbehörden ist aber auch für die Schiedsstellen in anderen Leistungsbereichen entschieden worden, dass die Schiedsstellen Beanstandungen der Schiedssprüche durch die Aufsichtsbehörden bei ihrer Entscheidungsfindung

777 BSG, B 6 KA 62/03 R (2004).

778 BSG, B 6 KA 20/99 R (2000).

779 BSG, B 6 KA 20/99 R (2000).

780 BSG, B 6 KA 6/02 R (2003).

781 KHG § 18 Abs. 5 Satz 1 ; BPfIV §§ 17, 18.

782 Kuhla, W.; Voß, L. G. (1998), S. 689.

783 BPfIV §15 Abs. 1.

784 Kuhla, W.; Voß, L. G. (1998), S. 689 f.

785 Kuhla, W.; Voß, L. G. (1998), S. 696 ff.

786 Leber, W. (1998) , S. 210.S

zwingend zu berücksichtigen haben.⁷⁸⁷ Wird ein Schiedsspruch durch Entscheidung eines Gerichtes aufgehoben, so hat die betreffende Schiedsstelle bei einer neuen Entscheidung die Rechtsauffassung des Gerichtes zu berücksichtigen.⁷⁸⁸ Weiterhin haben die Schiedsstellen nicht die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Genehmigungsbehörden zu klagen.⁷⁸⁹ Dieses Recht steht nur den im Schiedsverfahren beteiligten Parteien zu.

6.4 Strategien der Neutralen zur Lösungsfindung

Beim Vorgehen der Schiedsstellen zur Findung einer Entscheidung lässt sich aus den ausgewerteten Protokollen der Schiedsstellensitzungen Folgendes feststellen:

Als erstes versuchen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Parteien noch einmal zu einer freiwilligen Einigung zu bewegen. Dies hat den Hintergrund, dass bei einer freiwilligen Einigung kein Schiedsspruch gefällt werden muss und dementsprechend für die Mitglieder der Schiedsstelle auch ein wesentlich geringerer Arbeitsaufwand anfällt. Derartige freiwillige Vereinbarungen auf Vorschlag der unparteiischen Mitglieder konnten in den Schiedsverhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und der AOK Bayern im Jahr 2004⁷⁹⁰ sowie im Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den Regionalkassen in Bayern im Jahr 2002⁷⁹¹ festgestellt werden.

Gelingt es nicht, die Parteien zu einer gemeinsamen Lösung zu bewegen, so löst die Schiedsstelle die Gesamtforderungen aus den Anträgen der Verhandlungsparteien in einzelne Teilprobleme auf. Diese Teilprobleme werden nach dem Grad des Dissenses geordnet. Aus diesen Teilforderungen werden in einem nächsten Schritt alle Punkte sondiert, bei denen zwischen den Beteiligten Einigkeit besteht. Diese werden schriftlich festgehalten und aus der weiteren Diskussion ausgeschlossen. In einem nächsten Schritt sondieren die Mitglieder der Schiedsstelle, bei welchen Teilforderungen es eventuell noch Verhandlungsspielräume gibt. Hierzu führen die Mitglieder der Schiedsstelle auch getrennte Gespräche mit den parteiischen Mitgliedern und den Vertretern der einzelnen Parteien.

Die gesuchten Verhandlungsspielräume können darin bestehen, dass bei den Verhandlungspartnern verschiedene Forderungen unterschiedlich gewichtet sind. Dies zeigen die vom Verfasser vorgenommenen Auswertungen der Unterlagen zu den Schiedsverfahren im Freistaat Bayern. So waren im Verfahren der Ersatzkassen gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2004 den Vertretern der Krankenkassen vor allem die Begrenzung der Gesamtausgaben sehr und die Höhe des

787 BSG, B 6 KA 20/99 R (2000); BVerwG, 3 C 49.01 (2002).

788 BVerwG, 3 C 51.01 (26.09.2002).

789 BSG, B 6 KA 20/99 R (2000).

790 Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung (2004).

791 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2002b).

Punktwertes einer Einzelleistung weniger wichtig. Dagegen war den Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern die Höhe des Punktwertes sehr wichtig, während sie in Bezug auf die Festlegung der Gesamtausgaben kompromissbereit waren. Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle haben den Konfliktparteien daraufhin einen Vorschlag unterbreiten, welcher eine Erhöhung des Punktwertes um 1,84% und eine Gesamtvergütung von 862.038.122 € vorsah. Da beide Parteien ihre wichtigen Forderungen erfüllt sahen, haben sie diesem Zuschlag zugestimmt und eine Vergleichsregelung entsprechend dieses Vorschlages getroffen.⁷⁹²

Eine andere Methode der Aufteilung der strittigen Punkte konnte der Verfasser durch die Teilnahme am Verfahren der Entgeltschiedsstelle der Landrettung im Jahr 2001 zu beobachten.⁷⁹³ Da hier das Entgelt über mehrere Zeiträume strittig war, wurde die Gesamtforderung zuerst in Teilforderungen unterteilt, welche jeweils für eine reguläre Abrechnungsperiode zusammengefasst wurden. Dies war aus Sicht der Schiedsstelle nötig, um für den Vergleich mit der Grundlohnsummensteigerung für jeden Zeitraum einen Ausgangswert für die Berechnungen zu erhalten. Weiterhin wurden die Verfahren für die privat-rechtlich organisierten Leistungserbringer für die Abrechnungszeiträume 1999/2000 und 2000/2001 von den Verfahren für die öffentlich-rechtlich organisierten Leistungserbringer abgetrennt, da in diesen Zeiträumen jeweils andere Berechnungsgrundlagen für diese Leistungserbringer galten.⁷⁹⁴

Der Beitrag der Schiedsstelle, insbesondere der unparteiischen Mitglieder, besteht in darin, durch die Offenlegung der Präferenzen der Verhandlungspartner bisher nicht bekannte Verhandlungsspielräume festzustellen und Lösungen zu finden, welche für beide Parteien einen Nutzenzuwachs bedeuten.

Gibt es keine Möglichkeiten mehr, strittige Einzelfragen durch Verhandlungen zu beiderseitigem Vorteil zu schlichten, so geht die Schiedsstelle dazu über, die restlichen Problemstellungen durch Auswertung der ihr zugänglichen Informationen zu entscheiden. Hierbei werden als erstes die Probleme entschieden, bei denen es eindeutige Vorgaben durch den Gesetzgeber oder die Rechtsprechung gibt. In diesen Punkten besteht nämlich weder für die Verhandlungsparteien noch für die Schiedsstellen ein Entscheidungsspielraum. Dementsprechend werden diese Punkte entsprechend der externen Vorgaben entschieden. Beispiele für derartige Sachverhalte konnte der Verfasser bei der Auswertung der Unterlagen zu den Schiedsverfahren für die Zahnärzte im Jahr 1999 und der Schiedsstelle für die Landrettung im Jahr 2004. In den zuerst genannten Verfahren ging es um die Absenkung der Punktwerte für 1999,⁷⁹⁵ wel-

792 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2002c).

793 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001a).

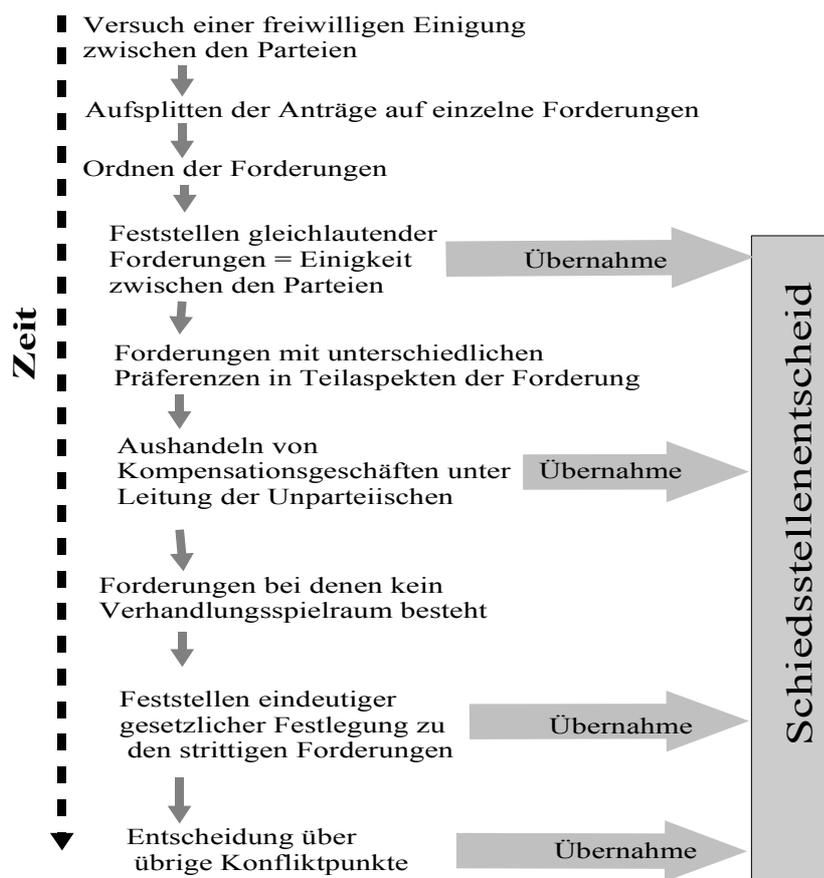
794 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001a); Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001b).

795 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (1999b).

che im Art. 15 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz gesetzlich vorgeschrieben waren. Im Verfahren über die Entgeltfestsetzung der bayerischen Landrettung betraf dies die Übernahme der Investitionsfinanzierung durch die Kostenträger. Selbige war allerdings zwischen den Beteiligten nicht umstritten, sodass dieser Sachverhalt schon zu den unstrittigen Punkten übernommen werden konnte und nicht erst verhandelt werden musste.⁷⁹⁶

Auch bei der Entscheidung über die nicht verhandelbaren Streitpunkte versuchten die Unparteiischen zumindest über die Verfahren der Entgeltfestsetzung Einigkeit zwischen den Parteien herzustellen. So einigte man sich bei der Entgeltschiedsstelle für die bayerische Landrettung auf die Hinzuziehung eines externen Gutachters, welcher im Auftrag des Bayerischen Innenministeriums eine Analyse der Struktur der Landrettung in Bayern angefertigt hatte.⁷⁹⁷ Die Ergebnisse dieses Gutachtens wurden zur Bestätigung oder Nichtbestätigung der Ansätze der Kostenkalkulation der Durchführenden des Rettungsdienstes in Bayern herangezogen. Das eben vorgestellte Verfahren wird in Abbildung 32 grafisch veranschaulicht.

Abbildung 32: Vorgehensweise der Schiedsstelle



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei Betrachtung dieser Strategie aus ökonomischer Sicht kann man feststellen, dass die durch

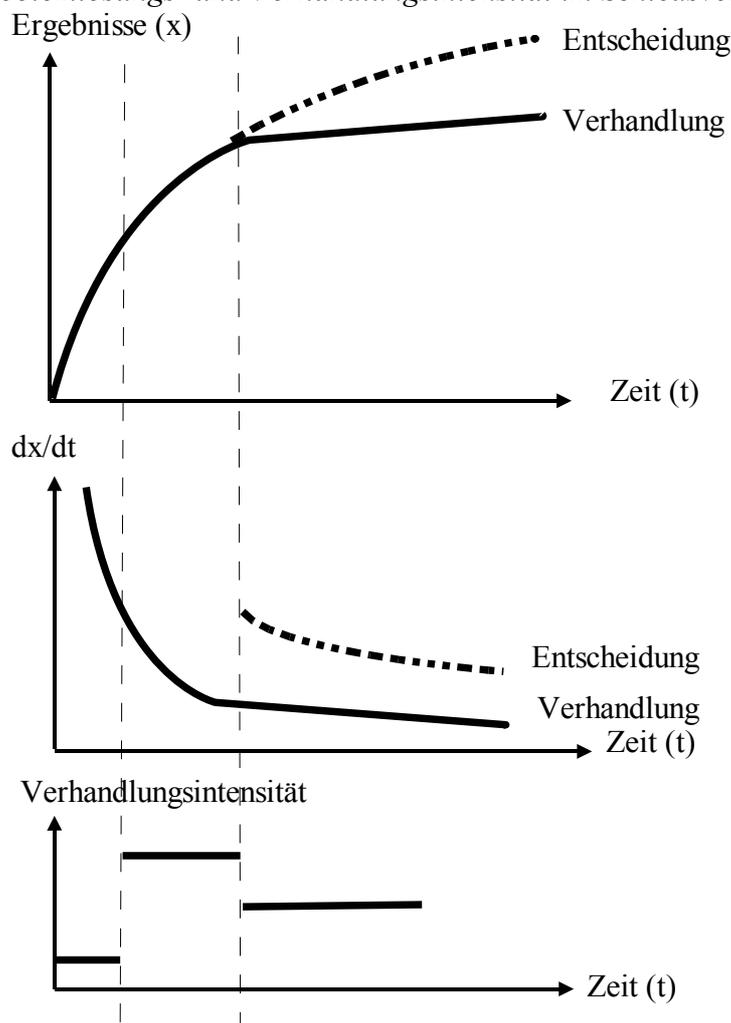
796 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a).

797 Entgeltschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004a).

die Schiedsstelle vorgenommenen Auftrennungen der Gesamtforderungen der Parteien und die zeitliche Einordnung der Abarbeitung der Teilforderungen dem Prinzip des abnehmenden Grenzertrags entsprechen. Es werden zuerst die Probleme behandelt, deren Lösung den geringsten erwarteten Zeit- und Arbeitsaufwand erfordern. Dann werden die Punkte abgehandelt, bei denen die Mitglieder der Schiedsstelle Verhandlungsspielräume festgestellt haben. Zuletzt werden die für die Beteiligten nicht verhandelbaren Probleme entschieden.

In dieser letzten Phase der Schiedsverhandlungen haben die Schiedsstellen einen stark Transaktionskosten senkenden Einfluss auf die Verfahren, da hier davon ausgegangen werden muss, dass die Grenzerträge zusätzlicher Verhandlungen nicht positiv sind. Es konnte hierbei

Abbildung 33: Problemlösungs- und Verhandlungsintensität im Schiedsverfahren



Quelle: Eigene Darstellung.

beobachtet werden, dass die Schiedsämter in einzelnen Fällen bewusst nicht alle strittigen Punkte zu einer Lösung geführt haben, sondern nur die gesetzlich vorgesehenen Mindestanforderungen an die Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen entschieden haben. Dies wurde mit dem Hinweis der begrenzten Zeit und der Aufforderung an

die Parteien zu weiteren Verhandlungen begründet.⁷⁹⁸ Somit kann man die Schiedsverfahren auch als Produktionsprozess darstellen, im welchem unter dem Einsatz von Verhandlungszeit ersatzweise Vertragslösungen für die Gemeinsame Selbstverwaltung produziert werden. Dies wird in Abbildung 33 veranschaulicht.

6.5 Schiedsergebnisse und deren Akzeptanz durch die Parteien

Um die Akzeptanz der Schiedssprüche festzustellen wurden vom Verfasser die eingesehenen Unterlagen der Schiedsstellen daraufhin untersucht, ob gegen selbige ein Widerspruch durch eine der Parteien des Verfahrens eingelegt wurde oder ob Schiedssprüche beklagt wurden. In solchen Fällen wurde von einer Nicht-Akzeptanz ausgegangen. Ist jedoch gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen kein Widerspruch eingegangen, so wurde in dieser Untersuchung davon ausgegangen, dass die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung den entsprechenden Schiedsspruch akzeptiert hatten.

Die Auswertungen der Ergebnisse der Verfahren ergab, dass die vermittelnde und schlichtende Funktion der Schiedsstellen im Allgemeinen Vorrang vor einer Entscheidung zwischen den Anträgen der Parteien hatte. So wurden in allen vorliegenden Schiedssprüchen die Anträge beider Parteien abgelehnt. In den Beschlüssen wurde auch meistens eine Lösung zwischen den Positionen von Antragstellern und Antragsgegnern gefunden. In den Tabellen 3 bis 6 werden die Ausgangslage und die Ergebnisse der Schiedsstellen miteinander verglichen.

Zur vergleichbaren Bestimmung des Auszahlungsvektors wurde die prozentuale Aufteilung der Streitsummen auf Leistungserbringer und Krankenkassen untersucht. Hierbei konnte festgestellt werden, dass auch bei gemeinsamer Bestimmung der Unparteiischen und des Vorsitzenden keine symmetrische Aufteilung der Streitsumme auf die Parteien erfolgte. Dies unterstützt die Annahme, dass die Verhandlungssituation auch in den Schiedsverhandlungen nicht symmetrisch ist.

Eine Möglichkeit der Erklärung findet sich in der Hypothese, dass die Konkavität der Nutzenfunktion bei den Vertretern von Krankenkassen und Leistungserbringern unterschiedlich ist. Die Nutzenfunktion der Leistungserbringer wird hierbei konkaver verlaufen, da die Vertreter der Leistungserbringer in stärkerem Maße direkt vom Verhandlungsergebnis betroffen sind als die Vertreter der Krankenkassen. Eine andere Erklärung für diese Aufteilung der Nutzengewinne kann man in der unterschiedlichen Verhandlungsmacht der Beteiligten Vertreter der Parteien suchen.

Dies konnte vom Verfasser bei der Auswertung der Schiedsverfahren zwischen der KVB und den Ersatzkassen beobachtet werden, in welchen die Aufteilung der Streitsumme zwischen

798 Landesschiedsamt Zahntechniker in Bayern (2004).

den Parteien in den verschiedenen Verfahren bei gleicher Besetzung des Schiedsamtes sehr unterschiedlich ausfiel. In diesen Verfahren war der Vorsitzende durch beide Seiten gemeinsam bestimmt worden, und die Schiedssprüche sind nicht beklagt worden. Im Jahr 2000 konnten die Parteien von den Unparteiischen dazu gebracht werden, eine einvernehmliche Lösung zu finden.

Tabelle 3: Schiedsverfahren KVB gegen Ersatzkassen 1998 bis 2002

Verhandlungszeitraum	Streitgegenstand	Forderungen Leistungserbringer	Forderung Krankenkassen	Schiedsentscheid	Differenz zwischen den Forderungen der Verhandlungsparteien	Anteil an der Differenz zwischen den Forderungen für Leistungserbringer im Schiedsspruch	Anteil an Differenz zwischen den Forderungen für Krankenkassen im Schiedsspruch	Schiedsrichterbestimmung	Klage
1998 ⁷⁹⁹	Kopfpauschalen(Anstieg)	0,02	-5,53%	1,05%	7,26%	90,56%	9,44%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2001 ⁸⁰⁰	Kopfpauschalen(Anstieg)	0,03	-4,30%	1,50%	7,71%	75,23%	24,77%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2002 ⁸⁰¹	Kopfpauschalen(Anstieg)	0,08	-0,59%	1,84%	8,14%	29,85%	70,15%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein

Die Begründung der Schiedssprüche bei den Rettungsdiensten lässt eine Modellierung nach der Kalai-Smorodinski-Lösung zu, da hier explizit darauf hingewiesen wird, dass die Forderungen der Leistungserbringer, insbesondere die angestrebte Ausdehnung der Personalausgaben, in der Laufzeit der Schiedsentscheidung organisatorisch nicht umsetzbar sind. Aber auch mit dem Einfluss der Verhandlungsstärke und der Konkavität der Nutzenfunktion lässt sich hier die Aufteilung der Streitsumme in einem ungefähren Verhältnis von 80 für die Krankenkassen zu 20 Prozent für die Leistungserbringer auf die Parteien erklären. Auch hier wurde der Vorsitzende durch beide Parteien gemeinsam bestimmt. Eine Differenzierung der Einflussgrößen nach Effekten aus dem Verlauf der Nutzenfunktion der Parteien, der Risikopräferenz und der Verhandlungsstärke war anhand der vorliegenden Daten nicht möglich.

Tabelle 4: Schiedsverfahren nach Art. 22 Abs. 1 Satz 2 BayRDG (Entgeltsschiedsstelle)

Verhandlungszeitraum	Streitgegenstand	Forderungen Leistungserbringer	Forderung Krankenkassen	Schiedsentscheid	Streitsumme	Anteil an der Streitsumme für Leistungserbringer	Anteil an Streitsumme für Krankenkassen	Bestimmung des Vorsitzenden	Klage
1999/2000 ⁸⁰²	Mehrkosten öffentlich-rechtliche	14997700 DM	0 DM	6013193 DM	14997700 DM	40,09%	59,91%	Gemeinsame Be-	nein

799 Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung (1999a).

800 Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung (2001a).

801 Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung (2003a).

802 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001b).

<i>Verhandlungszeitraum</i>	<i>Streitgegenstand</i>	<i>Forderungen Leistungserbringer</i>	<i>Forderung Krankenkassen</i>	<i>Schiedsentscheid</i>	<i>Streitsumme</i>	<i>Anteil an der Streitsumme für Leistungserbringer</i>	<i>Anteil an der Streitsumme für Krankenkassen</i>	<i>Bestimmung des Vorsitzenden</i>	<i>Klage</i>
	Durchführende							stellung durch Parteien	
1999/2000 ⁸⁰³	Mehrkosten private Durchführende	3229164,4 DM	0 DM	390618,8 DM	3229164,4 DM	12,10%	87,90%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2000/2001 ⁸⁰⁴	Mehrkosten öffentlich-rechtliche Durchführende	15313606 DM	0 DM	2500000 DM	15313606 DM	16,33%	83,67%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2000/2001 ⁸⁰⁵	Mehrkosten private Durchführende	3819398,93 DM	0 DM	759863 DM	3819398,93 DM	19,89%	80,11%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2002 ⁸⁰⁶	Gesamtkosten aller Durchführenden	717.201.515,13 DM	507.512.809,04 DM	543.784.087,00 DM	209.688.706,09 DM	17,30%	82,70%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein
2004 ⁸⁰⁷	Gesamtkosten aller Durchführenden	360.633.435,00 €	277.424.271,00 €	304.500.000,00 €	83.209.164,00 €	32,54%	67,46%	Gemeinsame Bestellung durch Parteien	nein ⁸⁰⁸

Die Akzeptanz der Schiedssprüche kann man am Verhalten der Parteien nach der Schiedsstellensitzung erkennen. Hierbei konnte der Verfasser bei der Auswertung der Unterlagen zu den beobachteten Schiedsverfahren feststellen, dass die Akzeptanz neben der Abweichung von den ursprünglichen Verhandlungszielen von der Begründung der Schiedssprüche, von der erwarteten Wirkung auf zukünftige Verhandlungen und vom Verhalten der Gegenpartei abhängt. Auch die Bestimmung des Vorsitzenden hatte einen wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz durch die Parteien. Wurde der Vorsitzende eines Schiedsamtes durch Losverfahren bestimmt, wie dies in den Schiedsverfahren zwischen der KZVB und den Ersatzkassen und in den Schiedsverfahren zwischen den Primärkassen der Fall ist, so wurden die Schiedssprüche meist von der Partei beklagt, deren Vorschlag für die Besetzung der Position des Vorsitzenden nicht berücksichtigt wurde.

Die Auswertung der Verteilung der Streitsumme auf Parteien zeigt, dass sich bei nicht einstimmiger Wahl des Vorsitzenden die Aufteilung der Streitsumme zu Gunsten der Partei verschob, welche diesen Vorsitzenden vorgeschlagen hatte. Bei gesetzlicher Einschränkung des Entscheidungsspielraums wurden der nicht bevorzugten Seite auch nur die gesetzlich festgelegten Mindestauszahlungen zugestanden. Dies wird besonders bei den Verfahren zwischen der KZVB und den Ersatzkassen deutlich, in denen der Vorsitzende in allen betrachteten Verfahren durch das Los bestimmt wurde. Hier wurden den Krankenkassen im Falle der Stel-

803 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001a).

804 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001c).

805 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2001d).

806 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2002).

807 Entgeltsschiedsstelle für den Rettungsdienst Bayern (2004b).

808 Gegen den Schiedsspruch ist am 15.04.2005 Widerspruch eingelegt worden. Dieser wurde am 03.08.2005 zurückgezogen.

lung des Vorsitzenden durch die Seite der Leistungserbringer grundsätzlich in Leistungsbereichen, in denen eine Punktwertsenkung durch den Gesetzgeber vorgeschrieben wurde, diese exakt im Rahmen der gesetzlichen Norm im Schiedsspruch übernommen.

Darüber hinausgehende Forderungen der Krankenkassen wurden jedoch abgelehnt. Es konnte auch festgestellt werden, dass die Schiedssprüche in allen Verfahren, in denen der Vorsitzende nicht im Einvernehmen beider Parteien bestimmt wurde, durch die Partei, deren Vorschlag im Losverfahren unterlag, beklagt wurden. Dies geht auch aus den Darstellungen in Tabellen 5 und 6 hervor. In den Tabellen 3 und 4 werden dagegen die vom Autor untersuchten Verfahren abgebildet, bei denen der Vorsitzende durch beide Seiten gewählt wurde, ist dagegen nur gegen einen Schiedsspruch Widerspruch eingelegt worden. Dieser ist aber später zurückgenommen worden.⁸⁰⁹

Tabelle 5: Schiedsverfahren KZVB gegen Ersatzkassen

Verhandlungszeitraum	Streitgegenstand	Forderungen Leistungserbringer	Forderung Krankenkassen	Schiedsentcheid	Differenz zwischen den Forderungen der Verhandlungspartner	Anteil an der Differenz zwischen den Forderungen für Leistungserbringer im Schiedsspruch	Anteil an Differenz zwischen den Forderungen für Krankenkassen im Schiedsspruch	Schiedsrichterbestimmung	Klage
1998 ⁸¹⁰	Punktwert BEMA A,B,E	8,00%	-8,00%	0	16,33%	51,01%	48,99%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	8,00%	-8,00%	0	16,33%	51,01%	48,99%		
	Punktwert BEMA C,D	8,00%	-3,80%	0	12,13%	68,67%	31,33%		
1999 ⁸¹¹	Punktwert BEMA A,B,E	9,00%	-9,00%	5,00%	18,00%	75,77%	24,23%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	9,34%	-8,57%	5,00%	17,91%	75,77%	24,23%		
	Punktwert BEMA C,D	-5,00%	-8,95%	-5,00%	3,95%	100,00%	0,00%		
	Gesamtvergütung BEMA C,D	-5,00%	-8,95%	-5,00%	3,95%	0,00%	0,00%		
2000 ⁸¹²	Punktwert BEMA A,B,E	1,85 DEM	1,53 DEM	1,71 DEM	0,32 DEM	44,79%	55,21%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	1,85 DEM	1,53 DEM	1,71 DEM	0,32 DEM	44,79%	55,21%		
	Punktwert BEMA C,D	1,71 DEM	1,29 DEM	1,38 DEM	0,42 DEM	79,05%	20,95%		
2001 ⁸¹³	Punktwert BEMA A,B,E	1,96 DEM	1,58 DEM	1,73 DEM	0,39 DEM	41,03%	58,97%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	1,96 DEM	1,72 DEM	1,73 DEM	0,24 DEM	4,50%	95,50%		
	Punktwert BEMA C,D	1,81 DEM	1,39 DEM	1,44 DEM	0,42 DEM	11,54%	88,46%		
	Gesamtvergütung	1.011.563.310 DEM	888.059.067 DEM	1.003.000.000 DEM	123.504.243 DEM	93,07%	6,93%		
2002 ⁸¹⁴	Punktwert BEMA A,B,E	€ 1,03	€ 0,81	€ 0,90	€ 0,22	43,76%	56,24%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	€ 1,13	€ 0,88	€ 0,90	€ 0,25	8,74%	91,26%		

809 Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (2005)

810 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1998a).

811 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (1999a).

812 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2000a).

813 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2001a).

814 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung (2002a).

Verhandlungszeitraum	Streitgegenstand	Forderungen Leistungserbringer	Forderung Krankenkassen	Schiedsentscheid	Differenz zwischen den Forderungen der Verhandlungspartner	Anteil an der Differenz zwischen den Forderungen für Leistungserbringer im Schiedsspruch	Anteil an Differenz zwischen den Forderungen für Krankenkassen im Schiedsspruch	Schiedsrichterbestimmung	Klage
	Punktwert BEMA C,D	€ 0,95	€ 0,71	€ 0,75	€ 0,24	16,83%	83,17%		
	Gesamtvergütung	€ 526.954.275	€ 441.933.060	€ 522.261.750	€ 85.021.215	94,48%	5,52%		

Tabelle 6: Schiedsverfahren KZVB gegen Primärkassen

Verhandlungszeitraum	Streitgegenstand	Forderungen Leistungserbringer	Forderung Krankenkassen	Schiedsentscheid	Differenz zwischen den Forderungen der Verhandlungspartner	Anteil an der Differenz zwischen den Forderungen für Leistungserbringer im Schiedsspruch	Anteil an Differenz zwischen den Forderungen für Krankenkassen im Schiedsspruch	Schiedsrichterbestimmung	Klage
1999 ⁸¹⁵	Punktwert Bema 1,2,4	1,71 DEM	1,48 DEM	1,53 DEM	0,22 DEM	19,94%	80,06%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	1,71 DEM	1,48 DEM	1,71 DEM	0,22 DEM	100,00%	0,00%		
	Punktwert Bema 3,5	1,44 DEM	1,29 DEM	1,36 DEM	0,15 DEM	44,09%	55,91%		
2000 ⁸¹⁶	Punktwert Bema 1,2,4	1,85 DEM	1,50 DEM	1,55 DEM	0,35 DEM	13,46%	86,54%	Losverfahren	ja
	Punktwert IP,FU	1,85 DEM	1,50 DEM	1,71 DEM	0,35 DEM	58,41%	41,59%		
	Punktwert Bema 3,5	1,71 DEM	1,31 DEM	1,38 DEM	0,40 DEM	17,30%	82,70%		

Aus den beobachteten Schiedsverfahren kann man also erkennen, dass die Akzeptanz der Schiedsergebnisse durch die Parteien davon abhängt, auf welche Art und Weise der Vorsitzende bestimmt wurde. Wurde der Vorsitzende gemeinsam bestimmt, so kann man davon ausgehen, dass auch die Nutzen beider Parteien aus Sicht derselben in gerechter Weise durch ihn berücksichtigt werden. Dies ließe eine Modellierung der Schiedsentscheidungen nach den Modellen von Nash oder Kalai-Smorodinski zu, in denen die Nutzengewinne beider Parteien explizit in der Nutzenfunktion des Schiedsrichters abgebildet sind.

Bei der Bestimmung des Vorsitzenden durch Losverfahren muss man bei den beobachteten Schiedsverfahren davon ausgehen, dass der Vorsitzende entweder eine unabhängig von den Nutzenfunktionen beider Parteien bestimmte proportionale Aufteilung der Streitsumme als Ziel verfolgt, oder dass er in seiner Zielfunktion Nebenbedingungen unterliegt, welche der Partei, welche ihn vorgeschlagen hat, einen höheren Nutzenszuwachs aus dem Schiedsverfahren zukommen lässt als ein von beiden Parteien gemeinsam bestimmter Vorsitzender.

815 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (1999b).

816 Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (2000b).

7 Vorschläge zur Verbesserung der Schiedsverfahren

7.1 Defizite der Schiedsverfahren

In den beiden vorhergehenden Kapiteln wurde gezeigt, dass die sachlichen Entscheidungsspielräume, welche durch die Gesetzgebung und Rechtsprechung gegeben werden im wesentlichen ausreichen um die Funktion der Schiedsstellen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu gewährleisten.

Bei der Untersuchung der empirischen Daten hat sich jedoch trotz der begrenzten Zahl der beobachteten Schiedsverfahren gezeigt, dass die Anforderungen bezüglich der rechtzeitigen Entscheidung von strittigen Sachverhalten durch die Schiedsstelle nicht immer erfüllt werden. Dies liegt vor allem in der Tatsache begründet, dass die Verhandlungspartner die Schiedsstellen oft sehr spät anrufen. Zum einen, weil auch mit den Verhandlungen spät begonnen werden, zum anderen kam es bei den ausgewerteten Schiedsverfahren auch vor, dass Sachverhalte mit mehrjähriger Verspätung einer Schiedsstelle zur Klärung vorgelegt wurden. Gerade letztgenannte Fälle waren nur unbefriedigend durch die Schiedsstelle zu entscheiden, da de facto schon Handlungen trotz unklarer Vertragslage vorgenommen wurden, welche nicht mehr rückgängig gemacht werden konnten.

Um diese und weitere Probleme zu vermeiden, werden in den folgenden Abschnitten Verbesserungen zu den Schiedsverfahren vorgeschlagen. Diese Verbesserungsvorschläge beziehen sich zum einen auf organisatorische Verbesserungen und zum anderen auf die Entlastung der Schiedsstellen von Koordinierungsproblemen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, welche durch sich widersprechende Regelungen in der Gesetzgebung ergeben.

7.2 Festsetzung von Stichtagen zur Anrufung der Schiedsstelle

Durch die verbindliche Vorgabe von Stichtagen könnte man erreichen, dass die Schiedsstellen rechtzeitig einen Beschluß zu den zwischen den Parteien kritischen Fragen fassen kann. Damit würde Planungssicherheit für die Leistungserbringer und Krankenkassen geschaffen. Das Schiedsverfahren sollte an festgelegten Stichtagen durch die Aufsichtsbehörde eingeleitet werden, wenn die Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung den zuständigen Aufsichtsbehörden nicht das Vorliegen innerhalb einer Frist, zum Beispiel zum Ende des dritten Quartals eines Jahres, eines gültigen Vertrages für den folgenden Abrechnungszeitraum melden. Die Terminierung der Stichtage sollte so erfolgen, dass die Schiedsstellen innerhalb der jetzt schon vorgeschriebenen Fristen einen Beschluss fassen können und den Akteuren in der Gemeinsamen Selbstverwaltung noch Zeit bleibt, diesen Beschluss in ihren Planungen zu berücksichtigen. Durch die Festsetzung von Stichtagen wären wiederum auch die

Vertreter der Verbände in der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu angehalten ihrerseits zeitiger mit den Verhandlungen zu beginnen.

7.3 Ausschluss zurückliegender Abrechnungsperioden

Mit dem Ausschluß abgeschlossener Zeiträume von Schiedsverfahren sollten die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Verhandlungen nicht über mehrere Abrechnungsperioden hinaus verzögern und somit einen Problemlösungsstau aufbauen dürfen, der durch die Mitglieder der Schiedsstelle nur schwer zu bewältigen ist. Stattdessen sollten sich die Schiedsstellen nur mit der prospektiven Klärung von Vertragsinhalten beschäftigen. Durch diese Maßnahme kann zum einen die Rechts- und Planungssicherheit für die Akteure in der Gemeinsamen Selbstverwaltung hergestellt und gleichzeitig die Komplexität der Streitfragen in den Schiedsverfahren verringert werden. Um einen notwendigen Ausgangspunkt für die Schiedsrichterlösung zu erhalten sollte der jeweilige Status quo herangezogen werden, was im Fall des Gesundheitswesens der jeweils noch gültige Vertrag wäre. Dies ist deshalb von Vorteil, da es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung keinen vertragsfreien Zustand gibt und die Informationen über die Ausgangslage des Verfahrens somit für alle Beteiligten gleich bekannt sind.

7.4 Eingrenzung des Entscheidungsspielraumes der Schiedsstellen

Eine weitere Möglichkeit, die Schiedsverfahren zu beschleunigen, wäre die Möglichkeit, den Entscheidungsspielraum der Schiedsstellen auf die Festlegung der für die Sicherstellung der Versorgung unbedingt nötigen Vertragsinhalte zu beschränken. Dieses Verfahren wurde teilweise schon von Schiedsstellen praktiziert, um komplizierte Verfahren innerhalb der vorgeschriebenen Zeit abschließen zu können und gleichzeitig die Partner in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur ernsthafteren Eigeninitiative in den Vertragsverhandlungen zu motivieren. Das Problem einer solchen Beschränkung ist, dass man hiermit auch die Möglichkeiten der Schiedsstellen zur einvernehmlichen Schlichtung zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung beschränkt. Ohnehin steht diese Option den Schiedsstellen schon offen.

7.5 Abschaffung des Losverfahrens zur Auswahl der Vorsitzenden

Die Beobachtungen der Fallbeispiele hat gezeigt, dass durch ein Losverfahren aus den Vorschlägen der Verhandlungsparteien bestimmter Vorsitzender einer Schiedsstelle oft nicht in der Lage ist, im Schiedsverfahren einen Schiedsspruch zu erreichen, welcher durch beide Verhandlungsparteien als gerecht akzeptiert wird. Dies erkennt man auch daran, dass gegen alle betrachteten Schiedssprüche Klage eingereicht wurde, wenn der Vorsitzende durch das

Los bestimmt wurde. Wurde dagegen der Vorsitzende durch die Parteien gemeinsam bestimmt, so wurde auch wesentlich seltener gegen die Schiedssprüche geklagt.

Die Ursache für diese Feststellung kann darin vermutet werden, dass die Verhandlungspartei, deren Vorschlag im Losverfahren sich nicht durchgesetzt hat, grundsätzlich vermutet, dass der Vorsitzende des Verfahrens nicht neutral sein kann.

Um die Vermutung der Parteilichkeit des Vorsitzenden auszuschließen und dadurch auch die Akzeptanz der Schiedssprüche durch die Verhandlungsparteien zu erhöhen, sollte im Fall der Nichteinigung der Verhandlungsparteien auf einen Vorsitzenden dieser durch die Aufsichtsbehörde bestellt werden.

Allerdings könnte auch hier die Unabhängigkeit der Vorsitzenden in Frage gestellt werden, wenn die Aufsichtsbehörden ein Eigeninteresse an der Unterstützung der Krankenkassen oder der Leistungserbringer haben könnten. Deshalb wäre es eventuell sinnvoller, dass die Vorsitzenden im Fall einer Nichteinigung, durch das Gericht eingesetzt werden, welches auch für die Überprüfung der Schiedssprüche im Falle deren Beklagung zuständig ist. Bei einer solchen Regelung kann man erwarten, dass die Gerichte darum bemüht sein werden, einen Vorsitzenden zu finden, von dem sie erwarten, dass die Schiedssprüche von beiden Seiten akzeptiert werden. Finden sie eine geeignete Person, so haben die Gerichte in der Form einen Nutzen davon, dass die Schiedssprüche nicht beklagt werden und somit auf die Gerichte weniger Arbeitsaufwand zukommt.

7.6 Neuordnung des solidarischen Wettbewerbs im Gesundheitswesen

In Abschnitt 4.3.5 wurde bereits erwähnt, dass eine Ursache für die Anrufung von Schiedsstellen in der Tatsache liegt, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Entgelte für gleiche Leistungen von den einzelnen Verbänden der Krankenkassen erhalten. Diese Preisdifferenzierung ist, wie in Abschnitt 4.3.5 bereits erwähnt, nur dadurch möglich, dass innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Verbände der Krankenkassen einzeln mit den Verbänden der Leistungserbringer Verträge abschließen können. Die Verbände der Leistungserbringer können sich demnach als diskriminierende Monopolisten verhalten. In Leistungsbereichen, in denen die Verbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam mit den Leistungserbringern verhandeln müssen, wie zum Beispiel bei den Krankenhäusern, gibt es derartige Preisdiskriminierungen nicht.

Historisch sind die meisten dieser Entgeltunterschiede in der Gemeinsamen Selbstverwaltung dadurch entstanden, dass die einzelnen Kassenarten mit den Verbänden der Leistungserbringer über unterschiedliche Leistungspakete Verträge abgeschlossen hatten. In diesen Leistungspaketen waren teilweise umfangreiche kassenspezifische Zusatzleistungen enthal-

ten. Gleichzeitig gab es keinen nennenswerten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, da die Mehrzahl der gesetzlich Krankenversicherten auch nicht ihre Krankenkasse wechseln konnten.

Diese Situation änderte sich mit der Einführung der Wahlfreiheit für die gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 1996. Gleichzeitig wurde jedoch auch der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung strenger normiert, sodass es kaum noch nennenswerte Wahlleistungen und damit Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt.⁸¹⁷ Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte reduziert sich hierdurch im Wesentlichen auf die Beitragssätze. Gleichzeitig könnten die Krankenkassen einen Anreiz haben, eine Risikoselektion bei den Versicherten zu betreiben.⁸¹⁸ Um dies zu vermeiden, wurde mit der Einführung der freien Wahlmöglichkeit der Krankenkassen für die Versicherten das Mittel des Risikostrukturausgleiches (RSA) eingeführt. Die Ausgestaltung des RSA hat auch wesentlichen Einfluss auf die Verhandlungen der Leistungserbringer mit den Verbänden der einzelnen Kassenarten, wie schon in Abschnitt 2.5.5.4 dargestellt wurde. So erweisen sich die gegenwärtigen Vertragsstrukturen der Gemeinsamen Selbstverwaltung als teilweise inkompatibel zur Struktur des Risikostrukturausgleiches,⁸¹⁹ da die Krankenkassen den Effizienzdruck aus dem Beitragswettbewerb nur sehr begrenzt an die Leistungserbringer weiterleiten können.⁸²⁰ Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern deshalb auch einen Wettbewerb im Vertragsbereich mit den Leistungserbringern.⁸²¹

Eine von Böcking vorgenommene statistische Analyse zu den Einflussgrößen auf das Wechselverhalten der gesetzlich Krankenversicherten ergab, dass die Leistungsausgaben je Mitglied im Vergleich zum Durchschnitt der Leistungsausgaben einen statistisch signifikanten, negativen Einfluss auf die Mitgliederentwicklung von Krankenkassen hatten. Mit einem Koeffizienten von -0,154 lag er sogar noch deutlich über dem Einfluss des Beitragssatzes, welcher einen statistisch signifikanten, negativen Einfluss auf die Mitgliederentwicklung von Krankenkassen mit einem Koeffizienten von -0,096 aufwies.⁸²²

Die Ausführungen in den vorhergehenden Kapiteln haben gezeigt, dass die Veränderung der sozialpolitischen Rahmenbedingungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Einführung von Wettbewerb im Bereich der Versicherten und die strengere Normierung der Leistungen dazu geführt hat, dass historisch entstandene Entgeltunterschiede für die unterschiedlichen Krankenkassenverbände nicht mehr akzeptabel sind. Andererseits ist kaum zu erwarten,

817 Greß, S. (2002), S. 493.

818 Knüppel, D. (2003), S. 73.

819 Jacobs, K. (2002), S. 15 ff.; Cassel, D. (2003), S. 14.

820 Börsch-Supan, A. (2003), S. 8.

821 Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Presseerklärung vom 29.04.2003).

822 Böcking, W. (2002), S. 36 ff.

dass sich die Verbände der Leistungserbringer auf eine Nivellierung ihrer Entgelte auf das niedrigste Niveau einlassen werden.

In der eben angeführten Wettbewerbssituation sehen die Vertreter der Leistungserbringer einen inhärenten Interessenkonflikt zwischen den Zielen der sich untereinander im Wettbewerb befindenden Krankenkassen und den Zielen der Leistungserbringer.⁸²³ Insbesondere die Frage, ob die Definition der Versorgungsziele zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen oder zu qualitativen Verbesserungen der Leistungsqualität führen soll, also welche Ausprägung des ökonomischen Prinzips angewandt wird, wird durch beide Seiten unterschiedlich beantwortet.⁸²⁴ Es muss hier festgehalten werden, dass der durch den Risikostrukturausgleich und den Beitragswettbewerb der Krankenkassen hervorgerufene Konflikt in erster Linie nicht als ein Konflikt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zu sehen ist, sondern vielmehr ein Konflikt zwischen den verschiedenen Verbänden der Krankenkassen, welcher durch eine Umstellung des ordnungspolitischen Umfeldes in Richtung des Beitragswettbewerbs hervorgerufen wurde. Ordnungspolitisch wäre es systemkonform, im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung diesen Beitragssatzwettbewerb mit einem Vertragswettbewerb auf der Leistungsseite zu kombinieren.⁸²⁵

Solange es aber die Kombination von Wettbewerb um die Versicherten über den Beitragssatz und Kontrahierungspflicht auf der Leistungsseite gibt, wird es in der gemeinsamen Selbstverwaltung auch zu Konflikten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen bei unterschiedlichen Leistungsentgelten kommen. Die durch diese ordnungspolitischen Rahmenbedingungen hervorgerufenen Konflikte in den Entgeltverhandlungen können innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung am ehesten durch die Hinzuziehung von Schiedsstellen gelöst werden. Hierdurch erhalten die Schiedsverfahren auch eine wichtige Funktion in der Steuerung eines fairen Wettbewerbes zwischen den einzelnen Krankenkassen.

7.7 Auflösung von ordnungspolitischen Widersprüchen aus Vorgaben der Gesetzgebung

Ein wesentliches Problem in der Koordinierung zwischen den Parteien in der Gemeinsamen Selbstverwaltung liegt in den zum Teil widersprüchlichen gesetzlichen Vorgaben für die Verhandlungsparteien. Hier sind Konflikte zu erwarten, weil die Verhandlungspartner Gesetze unterschiedlich interpretieren. Dies tritt vor allem dann ein, wenn vom Gesetzgeber mehrere unterschiedliche Instrumente zur Steuerung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen eingesetzt werden. Im Allgemeinen ist mit der Festlegung der Steige-

823 Cassel, D. (2003), S. 15 f.

824 Hess, R. (1999), S. 19.

825 Gericke, G.; Haenecke, H. (2001), S. 99 ff.; Nederegger, G.; Puttlitz, J. zu; Thiäner, M.; Wallmann, C. (2001), S. 91 f.

rung der Grundlohnsumme als Obergrenze für die Steigerung der Leistungsausgaben in § 71 SGB V für die Verbände der Krankenversicherungen eine verbindliche Vorgabe gegeben. Diese Vorgabe wirkt als Budgetbeschränkung.

Daneben gibt es allerdings auch in einigen Leistungsbereichen eine so genannte „Input-Steuerung“. Hierdurch legt der Staat aber auch über diese Planung das Angebot an Leistungen und indirekt auch den Ressourcenbedarf für die medizinische Versorgung fest.⁸²⁶ Dies führt solange nicht zu Konflikten, wie auch die Finanzierung dieser medizinischen Leistungen über den Staat erfolgt.

Probleme treten auf, wenn diese Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren sind.⁸²⁷ In diesem Fall kann die staatliche Planung dazu führen, dass Leistungen zu erbringen sind, welche zu einem schnelleren Anstieg der Ausgaben als der Einnahmen bei den Krankenkassen führt. Die Leistungserbringer gehen hierbei davon aus, dass sie durch staatliche Vorgaben zur Erbringung bestimmter Leistungen angehalten sind und der hierfür notwendige Aufwand erstattet werden muss.⁸²⁸ Die Verbände der Krankenkassen berufen sich dagegen auf den § 71 SGB V, welcher ihnen nicht gestattet, ihre Leistungsausgaben über die Steigerung der Grundlohnsumme hinaus zu erhöhen. Typische Beispiele für derartige Probleme sind die Verhandlungen im Bereich der Krankenhausversorgung und der Rettungsdienste. Wenn diese Probleme über Schiedsverfahren gelöst werden, haben Schiedsstelle nicht die Sicherstellung der Versorgung als Streitgegenstand, sondern deren Finanzierung.

Im Bereich der Krankenhausversorgung legen die Bundesländer in einem Landeskrankenhausplan die Versorgungsstruktur im stationären Bereich fest. Die Verbände der Krankenkassen sind andererseits dazu verpflichtet, mit allen Krankenhäusern, welche im Landeskrankenhausplan verzeichnet sind, Verträge über Leistungsentgelte abzuschließen.⁸²⁹

Ähnlich wird auch im Bereich des Rettungswesens die Versorgungsstruktur durch die Bundesländer durch Landesrettungsdienstgesetze vorgegeben. In ihnen werden sowohl Fragen der Versorgungsstruktur, der Organisation und der Vergütung der Leistungserbringer geregelt.⁸³⁰ Im Wesentlichen lassen sich, wie in Abschnitt 3.4.1 schon dargestellt, hierbei zwei Finanzierungsformen unterscheiden: Zum einen die Finanzierung über, durch die Rettungszweckverbände, festgelegte Gebühren und zum anderen eine Verhandlungslösung, bei der die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge abschließen müssen. Bei der ersten Lösung gibt es kaum Probleme bei der Entgeltfestsetzung für die Krankenkassen, da ihnen bei

826 DKG (2004d).

827 Neubauer, G. (2004e), S. 103; Neubauer, G. (2003c), S. 72 f.

828 Dies zeigen z.B. die Anträge der Leistungserbringer der betrachteten Verfahren vor der Entgeltsschiedsstelle in der Bayerischen Landrettung.

829 Lungen, M.; Lauterbach, K. W. (2003), S. 3, 21, 94 und 165 f.

830 Vgl. Abschnitt 3.4.1; Neubauer, G. (2005), S. 62.

einseitiger Festsetzung der Entgelte durch den § 133 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit gegeben ist, ihrerseits ihre Entgeltzahlungen zu begrenzen. Die Differenz zwischen dem durch die Krankenkassen gezahlten Entgelt und dem Entgelt für die Leistungserbringer müssen in diesem Fall die Träger der Rettungsdienste, im Allgemeinen sind dies die Rettungszweckverbände, aus eigenen Haushaltsmitteln bestreiten. Sehen dagegen die Landesrettungsdienstgesetze Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen vor, so sind unterschiedliche Vorstellungen über die Entgelte zwischen den Verhandlungspartnern durch Schiedsstellen zu klären.

Eine Lösung für diese aus dem Nebeneinander von staatlicher Planung der Vorhaltung von Ressourcen und der Festlegung der Vergütung durch Verhandlungen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung resultierenden Koordinierungsproblemen wäre die Beteiligung der Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung an den Verhandlungen zur Planung der Versorgungsstruktur oder noch konsequenter die vollständige Übertragung der Verantwortung an die Gemeinsame Selbstverwaltung. Wenn in diesen Verhandlungen nicht zu einer Einigung zwischen den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung kommt, sollten die Schiedsstellen auch über Fragen der Versorgungsstruktur entscheiden. Dass ein derartiges Vorgehen möglich ist, zeigen die Regelungen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes. Hier ist eine Beteiligung der Verbände der Krankenkassen und der Durchführenden des Rettungsdienstes an den Verhandlungen über die Struktur der Vorhaltung vorgesehen. Wird in diesen Verhandlungen keine Einigung erzielt, so muss eine sogenannte Struktur-Schiedsstelle angerufen werden, welche dann über die in den Verhandlungen nicht gelösten Fragen zur Vorhaltung von Rettungsmitteln entscheidet.

In den dargestellten Leistungsbereichen haben die Schiedsstellen Konflikte zu lösen, welche durch das Nebeneinander von sich ordnungspolitisch widersprechenden Steuerungssystemen verursacht werden, nämlich einer staatlichen Kapazitätsplanung und eines wettbewerblich orientierten Entgeltsystemes.⁸³¹

831 Neubauer, G. (2004e), S. 103; Neubauer, G. (2003c), S. 72 f.

8 Mögliche Alternativen zu Schiedsstellen

8.1 Einführung von Vertragsfreiheit

In den vorangehenden Abschnitten wurde herausgearbeitet, dass die Notwendigkeit von Schiedsstellen unter anderem damit begründet wird, dass es in der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Zwangskontrahierung zur Regelung eines Interessenausgleichs innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern bedarf. Für diesen Interessenausgleich könnten aber auch andere Regelungen genutzt werden.

Von Ökonomen wird häufig darauf hingewiesen, dass durch den Wettbewerb und die damit verbundenen Wahlmöglichkeiten die Funktion des Interessenausgleiches wahrgenommen werden kann.⁸³² Damit es zu einem Wettbewerb kommen kann, muss es allerdings mehrere Alternativen geben, zwischen denen sich die Wirtschaftssubjekte entscheiden können.⁸³³

Für den Bereich der Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen würde dies bedeuten, dass man die bisherigen Marktstrukturen verändern müsste.⁸³⁴ Zum einen müsste der Kontrahierungszwang innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung abgeschafft werden, zum anderen wären die Konzentrationen sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Krankenkassenverbände zu verringern. Die Verringerung der Konzentration kann dadurch erfolgen, dass man die durch Zwangsmitgliedschaft der Beteiligten in ihren jeweiligen Verbänden hervorgerufene Monopol-/Monoposonstellung durch Abschaffung dieser Zwangsmitgliedschaft aufhebt.⁸³⁵

Es wäre jedoch falsch zu erwarten, dass sich dann polypolistische Marktstrukturen auf dem Gebiet der Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ergeben.⁸³⁶ Schon die Tatsache, dass es einige Krankenkassen gibt, welche durch den Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Patienten eine nicht zu unterschätzende Marktmacht im Bereich von Versorgungsverträgen ausüben können, lässt vermuten, dass sich auch die Leistungsanbieter freiwillig zu Verbänden zusammenschließen werden, um dieser Marktmacht eine entsprechende Gegenmacht bei Verhandlungen entgegensetzen zu können.⁸³⁷

Aus diesem Grund wird bei Aufhebung der Zwangskontrahierung innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Entstehung der Marktform eines bilateralen Oligopols in Form miteinander konkurrierender Verbände auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungs-

832 Thielmann, L.; Rohr, M.; Schade, D. (2002), S. 63 ff.

833 Rebscher, H. (2000), S. 21.

834 Rebscher, H. (2000), S. 21.

835 Cassel, D. (2003), S. 17.

836 SVRG (2005); S. 85 f.

837 Cassel, D. (1988); SVRG (2005); S. 84.

erbringer erwartet.⁸³⁸ Bei dieser Marktform stehen wenigen potenziellen Vertragspartnern auf der Nachfrageseite wenige potenzielle Vertragspartner auf der Angebotsseite gegenüber.

Kommt es bei dieser Marktform zu Interessenkonflikten zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern, so können sie diesen Konflikten im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Ausweichen auf einen anderen Verhandlungspartner aus dem Weg gehen. Die unter Kontrahierungszwang im bilateralen Monopol unbedingt notwendige interne Konfliktlösung durch eine Schiedsstelle wird im Fall des Wettbewerbes durch Wechsel des Verhandlungspartners erreicht.⁸³⁹ Somit erfüllt der Wettbewerb die Funktion des Schiedsrichters.⁸⁴⁰

Von einer derartigen Deregulierung im Leistungsbereich werden aber auch weitere Änderungen im Verhalten der Partner in der Gemeinsamen Selbstverwaltung erwartet. So wird angenommen, dass sich die Krankenkassen nicht nur im Bereich der Beitragssätze, sondern auch durch innovative Versorgungsangebote im Wettbewerb um Mitglieder profilieren werden.⁸⁴¹ Damit stehen die Krankenkassen auch im Bereich der Leistungen in den Augen der Versicherten im Wettbewerb.⁸⁴² Es wird auch erwartet, dass die Krankenkassen im Interesse ihrer Mitglieder eine stärkere Kontrolle der Behandlungsqualität ausüben werden.⁸⁴³ Somit kommen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen neben den Beitragssätzen auch wirtschaftliche Versorgungsformen als zusätzliche Komponente hinzu.⁸⁴⁴ Die Gemeinsame Selbstverwaltung bleibt bei dieser Lösung in der Form bestehen, dass die Verhandlungspartner weiterhin auf Verbandsebene nach einer Lösung für die Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Gesundheitsleistungen suchen.

Von den Leistungsanbietern wird erwartet, dass sie im Wettbewerb um Patienten ein großes Interesse an Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen haben. Dies soll dazu führen, dass sie ein Interesse entwickeln, innovative Versorgungskonzepte mit guter Qualität und günstigen Preisen anzubieten.⁸⁴⁵ Durch diesen Leistungswettbewerb können die Leistungserbringer auch Patienten direkt an sich binden und deren Entscheidung bei der Wahl der Krankenkasse beeinflussen.⁸⁴⁶ Da jedoch hierdurch eine einseitig starke Marktmacht insbesondere durch die mitgliederstarken Krankenkassen entsteht, wird auch erwartet, dass sich einzelne Leistungserbringer, aber auch mitgliederschwächere Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu Verbänden zusammenschließen werden, um eine entsprechende Gegen-

838 Cassel, D. (2003), S.18.

839 Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung" (1987), S. 25 f.

840 Bester, H. (1993), S. 278 f.

841 Oberender, P.; Fleischmann, J. (2002), S. 149.

842 Neubauer, G. (1999), S. 93 f.

843 Nederegger, G.; Puttlitz, J. zu; Thiäner, M.; Wallmann, C. (2001), S. 90.

844 Korenke, T. (2001), S. 274.

845 Greß, S.; Erbsen, I.; Hass, A.-K.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Szecsenyi, J.; Wasem, J. (2003), S. 105.

846 Neubauer, G. (1999), S. 94.

macht zu bilden.⁸⁴⁷ Es wird davon ausgegangen, dass ein Marktmachtmissbrauch durch entsprechende Überwachung durch die Kartellbehörden verhindert werden kann.⁸⁴⁸ Nach Rebscher wäre hierbei in der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Marktform eines sozialpolitisch gebundenen bilateralen Oligopols anzustreben, um eine gleichwohl wettbewerbsintensive und solidaritätsbewahrende Marktform zu schaffen.⁸⁴⁹

Für den Patienten ergibt sich in einem derartigen System des Vertragswettbewerbes, dass seine individuelle Auswahl der Leistungserbringer auf diejenigen beschränkt wird, mit denen seine Krankenkasse Verträge abgeschlossen hat.⁸⁵⁰ Somit steuern die Versicherten in einem derartigen System sowohl über die Auswahl der Leistungserbringer als auch über die Wahl ihrer Krankenkasse die Leistungserbringung.⁸⁵¹ Hierdurch könnte auch den Präferenzen der Versicherten mehr entsprochen werden.⁸⁵²

Als weiteres Argument für die Einführung wettbewerblicher Elemente, insbesondere für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges, wird angeführt, dass hierdurch auch teilweise den Anreizen zur Risikoselektion bei der „Auswahl“ der Versicherten durch die Krankenkassen entgegengewirkt wird.⁸⁵³ Dies wird damit begründet, dass die Krankenkassen mit den schlechteren Risiken in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern mehr Macht ausüben können, da sie mehr der potenziellen Patienten stellen.⁸⁵⁴

Bei der derzeitigen Ausgestaltung des Risikostrukturausgleiches wird allerdings befürchtet, dass durch den Ausgabenausgleich für DMP⁸⁵⁵-Patienten ein Anreiz für die Krankenkassen besteht, möglichst viele Versicherte in DMP-Programme zu bringen.⁸⁵⁶ Durch die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern, aber auch zwischen den Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt, wird eine Kostensenkung in der unmittelbaren Krankenversorgung erwartet.⁸⁵⁷

Dass die Einführung wettbewerblicher Instrumente auch innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung möglich ist, zeigen die Regelungen zur integrierten Versorgung.⁸⁵⁸ Diese sehen vor, dass vom Budget des ambulanten und des stationären Sektors jeweils ein Prozent abgezogen werden. Die hierdurch zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel müssen durch die

847 Neubauer, G. (2002b), S. 5 f.; Neubauer, G. (2002c), S. 212 f.

848 Wagner, G. G. (2001), S. 21.

849 Rebscher, H. (1994), S. 46 f.; vgl. auch Cassel, D. (1988), S. 130; Knüppel, D. (2004), S. 17.

850 Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung" (1987), S. 23.

851 Greß, S.; Erbsen, I.; Hass, A.-K.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Szecsenyi, J.; Wasem, J. (2003), S. 106.

852 Knappe, E.; Weissberger, D. (2003), S. 104; vgl. auch Greß, S. (2002), S. 492; Rebscher, H. (2000), S. 21; Arnold, M.; Geisbe, H. (2003), S. 61.

853 van de Ven, W.P.M.M. (2002), S. 488; vgl. auch Neubauer, G. (2000b), S. 79.

854 Knüppel, D. (2003), S. 73.

855 DMP: Disease-Management-Programm (Siehe Abschnitt 3.5.3).

856 Seitz, R. (2004), S. 12 u. 20 f.

857 Knüppel, D. (2004), S. 22; Nederegger, G.; Puttlitz, J. zu; Thiäner, M.; Wallmann, C. (2001), S. 90 f.

858 SGB V §§ 140a – h.

einzelnen Krankenkassen dazu verwendet werden, um Vertragspartner für eine sektorübergreifende Versorgung bestimmter Krankheiten zu bezahlen.⁸⁵⁹ Hierbei wurde bewusst offen gelassen, aus welchem Versorgungsbereich die jeweiligen Vertragspartner kommen. Hierdurch wird erstmals die kollektivvertraglich standardisierte Leistungserbringung auf der Anbieterseite aufgebrochen.⁸⁶⁰

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in diesem Bereich nicht mehr Vertragspartner der Krankenkassen sein und sie erhalten auch kein Beitrittsrecht zu den Vereinbarungen. Somit erstreckt sich ihr Sicherstellungsauftrag nur noch auf die Regelversorgung, aber nicht mehr auf den der integrierten Versorgung.⁸⁶¹

Neben Ärzten können auch Träger medizinischer Versorgungszentren, Krankenhäuser, Apotheken und Träger, welche nicht selbst Leistungserbringer sind, sondern die Leistungen durch berechtigte Leistungserbringer anbieten, für die Krankenkassen als Vertragspartner für die integrierte Versorgung in Frage kommen.⁸⁶²

Es wird erwartet, dass durch entsprechende Auswahl der Vertragspartner und Gestaltung der Verträge bisher bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven durch Doppeluntersuchungen und andere „Reibungsverluste“ beim Übergang der Patienten zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen genutzt werden können.⁸⁶³

Es gibt aber auch Autoren, welche sowohl die ökonomische als auch die medizinische Sinnhaftigkeit der neuen Versorgungsformen, insbesondere der integrierten Versorgung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung in Frage stellen.⁸⁶⁴

Weitere Liberalisierungen des Vertragsrechtes erweiterten den Spielraum vor allem der einzelnen Krankenkassen, ohne Mitwirkung der Verbände mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abzuschließen.⁸⁶⁵ So können sie mit dafür besonders qualifizierten Hausärzten und dafür zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen, ohne dass die Ärzte einen Rechtsanspruch auf einen Vertragsabschluss haben.⁸⁶⁶

Auch im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung können die Krankenkassen mit einzelnen oder Gruppen von Ärzten ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen

859 Flintrop, J. (2003), S. 440.

860 Korenke, T. (2001), S. 269.; Korzilius, H. (2005), S. 22.

861 Gerlinger, T. (2004a), S. 505.

862 Flintrop, J. (2003), S. 440.

863 Rebscher, H. (2004b); Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Wasem, J. (2004), S. 124 f. u. 131 ff.

864 Häussler, B.; Berger, U. (2004), S. 50 ff.

865 Gerlinger, T. (2004a), S. 504; Flintrop, J. (2004), S. A3221.

866 SGB V § 73 b; vgl. auch GMG (2003), Art. 1 Abs. 49.

Vereinbarungen über besondere Versorgungsaufträge treffen.⁸⁶⁷

Je nachdem, inwieweit diese Lösungen noch eine Zusammenarbeit zwischen den Selbstverwaltungen der Verbände von Krankenkassen und Leistungserbringern erfordern, entfernt man sich jedoch von den Prinzipien der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Kritiker dieser Entwicklung weisen darauf hin, dass neben den erwarteten Nutzen auch zusätzliche Kosten aus der Einführung wettbewerblicher Elemente im Bereich der Leistungserbringung entstehen.⁸⁶⁸

So benötigen die als „Einkäufer“ benannten Akteure der Krankenkassen Informationen über die Qualität der Leistungserstellung und über die Preise der einzelnen potenziellen Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer. Weiterhin muss die Erfüllung der Verträge überwacht werden. Als drittes Argument gegen die Einführung wettbewerblicher Elemente wird der Anstieg der Transaktionskosten aufgeführt.⁸⁶⁹ So muss erst ein Management, welches die Einzelverträge abschließt, koordiniert und überwacht auf Ebene der einzelnen Krankenkassen entwickelt werden.⁸⁷⁰

Aber auch auf Seite der Leistungserbringer besteht die Notwendigkeit, ein professionelles Vertragsmanagement zu entwickeln, welches die Vor- und Nachteile der optionalen Vertragsmöglichkeiten beurteilen kann.⁸⁷¹ Es besteht auch die Gefahr des Entstehens von Doppelstrukturen infolge des Nebeneinanders einzelvertraglicher und kollektivvertraglicher Strukturen.⁸⁷² Gleichzeitig wird ein Rückzug medizinischer Versorgungseinrichtungen aus der Fläche befürchtet.⁸⁷³

Die Kosten für das Management der Einzelverträge könnten dann die möglichen Einspar-effekte aus dem Wettbewerb überkompensieren.⁸⁷⁴ Da ein selektives Vertragsmodell auch bedeuten würde, dass der Sicherstellungsauftrag, welcher im derzeitigen System durch die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen wahrgenommen wird, auf die einzelnen Krankenkassen übergeht, müsste auch die Versicherungsaufsicht völlig neu entwickelt werden.⁸⁷⁵

Es wird auch damit argumentiert, dass durch den Verlust der ordnungspolitischen Funktionen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch deren konflikt- und damit kostensparende Wirkung verloren geht. Insbesondere die Anerkennung einer Zwangsschlichtung und der Ver-

867 SGB V § 73 c; vgl. auch GMG (2003), Art. 1 Abs. 50.

868 Nehls, R. (2000), S. 334; Seitz, R. (2004), S. 20.

869 Deppe, H.-U. (1997), S. 33.

870 Knüppel, D. (2004), S. 21.

871 Clade, H. (2004), S. A2088 .

872 Gerst, T. (2004), S. 307; Knüppel, D. (2004), S. 20.

873 Arbeitsgruppe "Public Health" (2002), S. 34.

874 Weber, M. (2001), S. 258.

875 Wagner, G. G. (2001), S. 21.

zucht auf das Streikrecht werden als unterschätzte Wirkung der derzeitigen korporatistischen Steuerung erwähnt.⁸⁷⁶ Dementsprechend wird das selektive Kontrahieren eher als Ergänzung denn als Ersatz für die derzeitigen kollektivvertraglichen Regelungen gesehen.⁸⁷⁷

8.2 Alternativen der Entgeltfestsetzung ohne Schiedsstellen

In den vorangegangenen Ausführungen, insbesondere beim Vergleich der Entgeltfestsetzung des Rettungsdienstes zwischen den verschiedenen Bundesländern, wird deutlich, dass die Notwendigkeit von Schiedsstellenlösungen daraus resultiert, dass die Vertreter von Leistungserbringern und Krankenkassen miteinander Verträge über das Entgelt von Gesundheitsleistungen abschließen müssen, auch wenn sie gegensätzliche Ziele verfolgen. Im vorangegangenen Abschnitt wurde gezeigt, dass diese Funktion des Interessenausgleiches auch über den Wettbewerb zwischen verschiedenen Alternativen wahrgenommen werden kann. Es besteht aber sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Krankenkassen die Notwendigkeit, weiterhin Verträge mit jeweils einem oder mehreren Partnern der Gegenseite abzuschließen. Dies resultiert aus dem Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung und aus der Tatsache, dass die Gesundheitsleistungen nur von entsprechend geschulten Personal erbracht werden können.

Sucht man nun nach Alternativen zu den Schiedsstellen, so kann man von der Erkenntnis ausgehend, dass die Schiedsstellen nur bei Verhandlungslösungen notwendig sind, überlegen, wie man die Notwendigkeit von Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vermeiden kann. Bei der Suche nach Alternativen ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der europäischen Einigung auch die Gesundheitsmärkte zusammen wachsen werden.⁸⁷⁸ Durch den Wegfall der Verhandlungen ist jedoch die Notwendigkeit der institutionellen Zusammenarbeit zwischen den Verbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern und somit ein wichtiges Merkmal der Gemeinsamen Selbstverwaltung nicht mehr vorhanden.

Eine Möglichkeit besteht hierbei in der schon im zweiten Kapitel beschriebenen staatlichen Entgeltfestsetzung. Die durch den Gesetzgeber oder nachgeordnete Behörden vorgeschriebenen Entgelte sind sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Krankenkassen verbindlich. Somit werden Verhandlungen zwischen ihnen und somit auch Schiedsstellen nicht mehr notwendig. Eine solche Entgeltfestsetzung ist für den Staat zum Beispiel dadurch möglich, dass er, wie es beim Rettungsdienst in einigen Bundesländern der Fall ist, die Leistungen selbst erbringt und dafür im Rahmen einer Abgabenordnung Entgelte festsetzt. Eine

876 Weber, M. (2001), S. 258.

877 Rebscher, H. (2003), S. 409; Arbeitsgruppe "Public Health" (2002), S. 35; Gerlinger, T. (2002), S. 34 f.; Neubauer, G. (2003b), S. 381.

878 Neubauer, G. (2001b), S. 43.

weitere Möglichkeit besteht in der Festsetzung von mehr oder weniger flexiblen Entgelten durch den Staat, wie dies für den Bereich der Privatpatienten durch die GOÄ geregelt ist.

Der Gesetzgeber kann aber auch festlegen, dass die Krankenkassen in ihrer absoluten Höhe festgelegte Zuschüsse für definierte medizinische Leistungen zahlt und darüber hinausgehende Zahlungen durch den Patienten zu leisten sind. Hierdurch würde der Interessenkonflikt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen (zu Lasten des Versicherten) aufgehoben.

Eine staatliche Festsetzung der Entgelte würde jedoch auch vom Prinzip der Regelung auf Verbandsebene in der Gemeinsamen Selbstverwaltung abweichen.

Eine weitere Möglichkeit der Vermeidung von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern besteht in der organisatorischen Integration von Krankenkassen und Leistungserbringern. Dies kann dadurch geschehen, dass die Krankenkassen die Leistungserstellung für ihre Versicherten durch bei ihnen angestelltes Personal in ihnen unterstehenden Einrichtungen vorhalten. Durch die Leistungserbringung im eigenen organisatorischen Einwirkungsbereich könnten die Krankenkassen direkten Einfluss auf die Mengen- und Kostenstruktur der Leistungserstellung nehmen.

Die Notwendigkeit von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Einigung über Entgelte kann aber auch durch eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip erfolgen.⁸⁷⁹ Ein Übergang zum Verfahren der Kostenerstattung hätte aber zur Folge, dass Verhandlungen zwar ein Element der Preisfindung bleiben könnten, doch eine zwanghafte Einigung nicht mehr erzielt werden muss.⁸⁸⁰

Da die Patienten bei einem Kostenerstattungssystem dem Leistungserbringer als Nachfrager gegenüber treten und die Kosten ihnen dann von ihrer Krankenkasse erstattet werden, gewinnen sie ein höheres Maß an Souveränität und können auch eher individuelle Wünsche verwirklichen.⁸⁸¹

Die Krankenkassen können ihrerseits einseitig festlegen, bei welchen Leistungen in welcher Höhe Kosten erstattet werden.⁸⁸² Dies würde für den Patienten bedeuten, dass er darüber hinausgehende Kosten selbst zu tragen hätte.⁸⁸³ Dafür könnte er jedoch auch Leistungserbringer wählen, die in keinem Vertragsverhältnis zu ihrer Krankenkassen stehen.⁸⁸⁴ Aus diesem Grund wird dem Kostenerstattungsprinzip eine zunehmende Bedeutung im Rahmen eines europäischen Gesundheitssystems eingeräumt.⁸⁸⁵ Beim Kostenerstattungsverfahren werden

879 Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung" (1987), S. 23.

880 Neubauer, G. (2001a), S. 123.

881 Hajen, L. (2004), S. 27 f.

882 Neubauer, G. (2001a), S. 123.

883 Neubauer, G. (2001a), S. 123.

884 Neubauer, G. (2002b), S. 5 f.

885 Neubauer, G. (2003f), S. 89 f.

allerdings an den Patienten hohe Anforderungen an die Managementfähigkeiten gestellt.⁸⁸⁶ Deshalb wird es vor allem als Optionsangebot zum Sachleistungsprinzip empfohlen.⁸⁸⁷

Um keine unerwünschten Anreizwirkungen hervorzurufen, kann es hierbei für die Krankenkassen auch günstig sein, die Kostenerstattungen für bestimmte Krankheiten zu pauschalisieren.⁸⁸⁸ In einigen Teilbereichen, wie zum Beispiel in der vertragszahnärztlichen Versorgung, wird die Kostenerstattung den gesetzlich Krankenversicherten zur Wahl gestellt.

Auch im Rahmen der europäischen Dienstleistungsfreiheit ist gesetzlich Krankenversicherten durch den europäischen Gerichtshof das Recht zugestanden worden, sich im Raum der europäischen Union durch einen Leistungserbringer ihrer Wahl behandeln zu lassen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben in diesem Fall dem Versicherten die Kosten maximal in der Höhe zu erstatten, die sie eine entsprechende Behandlung im Heimatland gekostet hätte.⁸⁸⁹

8.3 Zulassen eines vertragslosen Zustandes

Die in den beiden vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Alternativen zum Schiedsverfahren weisen als Gemeinsamkeit auf, dass es keinen Zwang zum Vertragsabschluss gibt. Hierdurch ergibt sich die Frage, ob die Aufhebung der Zwangskontrahierung im bestehenden System eine Alternative zum Schiedsverfahren darstellen kann.

Zur Klärung dieser Frage muss untersucht werden, ob das Ziel des Schiedsverfahrens in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, nämlich die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten durch Vermeidung eines vertragsfreien Zustandes zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, auch ohne Bestehen eines Vertrages zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen erreicht werden kann.

Die Ausführungen im Abschnitt 8.2 zeigen, dass dies durch das Kostenerstattungsprinzip möglich ist. Besteht kein Vertrag zwischen Leistungserbringern oder deren Verbänden und Krankenkassen, so kann die Behandlung der gesetzlich Versicherten dadurch sichergestellt werden, dass sie wie Privatversicherte behandeln lassen und die Krankenkassen ihren Versicherten die Kosten erstatten.

Prinzipiell gilt hier dasselbe, wie schon im zweiten Teil des Abschnitts 8.2 zur Kostenerstattung gesagt. Der Unterschied liegt darin, dass bei einer Abschaffung der Zwangskontrahierung im gegenwärtigen System das Kostenerstattungsverfahren auf die Zeiträume von vertragslosen Zuständen begrenzt bleibt.

886 Hajen, L. (2004), S. 28 f.

887 Neubauer, G. (2001a), S. 123; Neubauer, G. (2002b), S. 5 f.; Neubauer, G. (2002c), S. 212 f.

888 Neubauer, G. (2002e), S. 33 f.

889 Wenner, U. (2005), S. 33 f.

Dass eine derartige Regelung funktionieren kann zeigt das Beispiel Österreich. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist dort ähnlich wie in Deutschland organisiert. Allerdings gibt es dort keinen Zwang zum Vertragsschluss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenkassen. Dadurch sind vertragslose Zustände möglich in denen die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sich wie Privatpatienten behandeln lassen müssen. Die Rechnungen für die angefallenen Ausgaben müssen sie im Original bei ihrer Krankenkasse einreichen, welche ihnen dann einen Teil der Kosten erstattet.⁸⁹⁰ Das Hauptmerkmal der Gemeinsamen Selbstverwaltung, nämlich die konstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer bleibt bei dieser Alternative im Wesentlichen erhalten.

890 Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (2000), S. 86f.

9 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde analysiert, welche Rolle Schiedsverfahren bei der Koordinierung der Akteure innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen wahrnehmen. Im Rahmen dieser Untersuchungen wurden folgende Ergebnisse gefunden.

Das deutsche Gesundheitswesen ist dadurch gekennzeichnet, dass sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Leistungserbringer Verbände existieren, welche durch das Merkmal der Zwangsmitgliedschaft gekennzeichnet sind. Die Verbände von Krankenkassen und Leistungserbringer sind durch den Gesetzgeber dazu verpflichtet, miteinander Verträge über die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten abzuschließen.

Diese Pflicht zum Vertragsabschluss resultiert aus der Übertragung der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vom Staat an die Gemeinsame Selbstverwaltung, welche sich aus den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer zusammensetzt. Hierfür wurde den Verbänden vom Staat hoheitliche Rechte übertragen.

Die Übertragung der Gesundheitsversorgung vom Staat auf die Gemeinsame Selbstverwaltung folgt der Überzeugung, dass weder eine rein marktwirtschaftliche noch eine staatlich organisierte Gesundheitsversorgung eine diskriminierungsfreie und an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Versorgung mit Gesundheitsgütern gewährleisten kann.

Innerhalb dieser Gemeinsamen Selbstverwaltung kommt es jedoch zu Widersprüchen, wie im zweiten Teil des zweiten Kapitels gezeigt wird. Die Ursachen für diese Konflikte liegen sowohl in den unterschiedlichen Zielstellungen der Verhandlungspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung als auch in der Entwicklung des medizinischen Fortschrittes und der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenkassen begründet. Diese Konflikte können dazu führen, dass die Verbände, obwohl sie dazu verpflichtet sind, sich nicht auf einen Vertrag einigen können.

Um die Versorgung mit Gesundheitsleistungen trotzdem zu gewährleisten und Kampfmaßnahmen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer zu vermeiden, sind Zwangsschlichtungen in Form von Schiedsverfahren vorgesehen worden.

Somit bilden die in Verhandlungen nicht lösbaren Interessenkonflikte innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch den Ausgangspunkt für die Schiedsverfahren.

Den engen Zusammenhang zwischen dem Zwang zum Abschluss einer Vereinbarung und somit den fehlenden Handlungsalternativen der Verhandlungspartner und den Schiedsverfahren als Zwangsschlichtung innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung zeigt die systematische

Untersuchung der einzelnen Versorgungsbereiche im dritten Kapitel. Durch den Vergleich der gesetzlichen Regelungen in SGB V und anderer relevanter Gesetze konnte festgestellt werden, dass die Form der Zwangsschlichtung durch Schiedsverfahren nur in den Versorgungsbereichen vorgesehen ist, in denen die Verhandlungsparteien zum Abschluss von Verträgen verpflichtet sind. Um in diesen Bereichen ein Schiedsverfahren einzuleiten, müssen vorher Verhandlungen geführt worden und gescheitert sein. Diese Merkmale treffen auf die Bereiche der Krankenhausversorgung, der ambulant-ärztlichen Versorgung und der zahn-technischen Versorgung zu.

In den Bereichen, in denen keine Zwangseinigung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für erforderlich gehalten wird, sind auch keine Stellen zur Zwangsschlichtung vorgesehen. Dies sind zum einen der Bereich der Heil- und Hilfsmittel, in dem es keine Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gibt, als auch die Bereiche der Rehabilitation. Auch für die neuen Versorgungsformen nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz sind keine Schiedsstellen vorgesehen. In diesen Bereichen gibt es zwar Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, jedoch keinen Zwang zum Abschluss einer Vereinbarung.

Eine Sonderrolle nimmt der Bereich des Rettungsdienstes ein, da hier auf Grund der Zuständigkeit der Länder unterschiedliche gesetzliche Regelungen getroffen worden sind. Hier ließ sich allerdings recht deutlich der Zusammenhang zwischen Verhandlungen mit Zwang zur Einigung und Schiedsverfahren feststellen.

Aufgrund der fehlenden Alternativen ist das Schiedsverfahren auch keine Outside-Option für die Verhandlungsparteien.

Das Merkmal der Zwangsschlichtung für zukünftige Zeiträume stellt auch das charakterisierende Merkmal zur Abgrenzung von anderen ähnlichen Verfahren dar. Dies zeigten die Vergleiche mit Schiedsverfahren des Zivilrechtes, welche sich mit der Auslegung bereits bestehender Verträge befassen, als auch ein Vergleich mit der Schlichtung im Arbeitskampf, welcher das Merkmal des Zwanges fehlt.

Die Untersuchung der Funktion der Schiedsstellen im vierten Kapitel ergab, dass die Schiedsstellen zunächst versuchen, die Verhandlungsparteien noch einmal auf dem Verhandlungsweg zu einer Einigung zu bewegen, bevor sie zu einer Lösung in Form eines Schiedsspruches kommen.

Die Untersuchung der Streitpunkte anhand der Literatur und der vorliegenden Fallbeispiele, welche zur Anrufung von Schiedsstellen führen im zweiten Teil des vierten Kapitels ergab, dass zum einen Probleme der Leistungsbeschreibung und Bewertung direkt zu Konflikten

fürten, welche in Schiedsverfahren gelöst werden mussten. Aber auch aus dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und aus Differenzen in der Auslegung der Gesetze entstehen Konflikte zwischen Untergruppen von Krankenkassen oder Leistungserbringern, welche sich auf die Verhandlungsführung zwischen den Verbänden der Gemeinsamen Selbstverwaltung derart auswirken, dass eine Vereinbarung nur durch einen Schiedsspruch bewirkt werden kann. Neben den aufgeführten Gründen der Nichteinigung der Verbände innerhalb von Verhandlungen zählen auch verbandsinterne und interpersonelle Probleme.

Die Suche nach Erklärungsansätzen für den Inhalt von Schiedssprüchen in der Literatur führte zu verschiedenen Schiedsrichtermodellen. Hierbei wurde die besondere Bedeutung der Unparteiischen, insbesondere des Vorsitzenden für das Ergebnis der Schiedsverfahren deutlich. In allen Schiedsrichterlösungen hängt das Ergebnis der Schiedssprüche davon ab, wie sich die Nutzenfunktionen der Verhandlungsparteien in der Nutzenfunktion der Unparteiischen abbilden.

Neben den Unparteiischen haben die parteiischen Mitglieder und die Verhandlungsparteien Einfluss auf die Schiedsergebnisse, wie in den Abschnitten 5.2 und 5.3 dargelegt wurde. Dieser Einfluss kann jedoch wieder von den Unparteiischen neutralisiert werden.

Im vierten Teil des fünften Kapitels wurde festgestellt, dass auch externe Einflüsse, wie die Lohnnebenkostendiskussion die Ergebnisse der Schiedsverfahren beeinflussen.

Die Analysen der Anforderungen an Schiedsverfahren im sechsten Kapitel zeigten, dass sich diese aus dem Sicherstellungsauftrag der Gemeinsamen Selbstverwaltung ableiten lassen. Hieraus ergaben sich technische Anforderungen, wie ein möglichst zeitiges Ergebnis, als auch inhaltliche und formale Anforderungen. Als wichtigste Forderung erwies sich die Akzeptanz der Schiedssprüche durch die Verhandlungsparteien.

Als Voraussetzung zur Erfüllung der Anforderungen müssen die Schiedsstellen die gleichen Befugnisse haben, wie die Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung in den Verhandlungen. Diese Autonomie der Schiedsstellen wird durch die Gesetzgebung und Rechtsprechung gewahrt.

Die Auswertung der Fallstudien in Bezug auf die Akzeptanz durch die Parteien zeigt, dass selbige im wesentlichen von der Besetzung der Funktion des Vorsitzenden abhing. Die Beobachtungen zeigen, dass Akzeptanz nicht gegeben war, wenn der Vorsitzende per Losverfahren bestimmt wurde.

In den Verfahren, in denen der Vorsitzende durch Losentscheid bestimmt wurde, konnte auch eine stabile relative Aufteilung der Auszahlungen aus den Schiedsverfahren an die Verhand-

lungsparteien beobachtet werden, was für eine proportionale Aufteilung des Nutzens durch den Vorsitzenden spricht. In den Verfahren, bei denen sich die Verhandlungsparteien gemeinsam auf einen Vorsitzenden geeinigt hatten, wies die relative Nutzenaufteilung auf die Verhandlungsparteien starke Schwankungen auf. Hierbei war auch zu beobachten, dass die Vorsitzenden in den Begründungen zu den Schiedssprüchen detaillierter auf die Anträge der Verhandlungsparteien oder auf die Umsetzbarkeit der Forderungen eingingen.

Ebenso wurde bei der Auswertung der Fallstudien untersucht, ob es Defizite in der Funktionserfüllung der Schiedsstellen gibt und wie sich diese abstellen lassen.

Als eher technisch-organisatorisches Problem ist die oft späte Anrufung und die zeitliche Verzögerung der Problemlösung während der Verhandlungen einzustufen. Ein Verbesserungsvorschlag hierfür ist die Festsetzung von Stichtagen zur Anrufung der Schiedsstellen und der Ausschluss vergangener Zeiträume aus den Schiedsverfahren. Eine Eingrenzung des Entscheidungsspielraumes zur Beschleunigung der Schiedsverfahren wird dagegen als Verbesserungsvorschlag verworfen.

Da die Akzeptanz der Schiedsergebnisse in den beobachteten Schiedsverfahren immer dann nicht gegeben war, wenn der Vorsitzende per Losverfahren aus den verschiedenen Vorschlägen der Verhandlungsparteien festgelegt wurde, wird hierzu angeregt das Losverfahren abzuschaffen. Stattdessen sollte der Vorsitzende besser durch die entsprechende Aufsichtsbehörde oder das zuständige Gericht berufen werden, falls die Verhandlungsparteien sich nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag einigen können.

Da sowohl die Auswertung der beobachteten Fallstudien als auch der Literatur ergab, dass ein wesentlicher Teil der Anrufungen von Schiedsstellen aus ordnungspolitischen Widersprüchen der Gesetzgebung herrührt, wäre es zweckmässig diese Widersprüche aufzulösen, um die Schiedsstellen von den hieraus resultierenden Problemen zu entlasten.

Aus den Erkenntnissen des zweiten bis siebenten Kapitels dieser Arbeit kann man einen Katalog externer Einflußvariablen auf die Arbeit der Schiedsstellen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung erstellen.

- Zunächst sind hier die gesetzlichen Vorgaben zu nennen. Diese betreffen vor allem die Frage, wann und in welchen Bereichen Schiedsstellen tätig werden müssen. Auch die Entscheidungsrichtlinien werden durch den Gesetzgeber vorgeschrieben. Teilweise resultiert die Notwendigkeit von Schiedsentscheidungen auch auf Widersprüchen innerhalb der Gesetzgebung.
- Ein weiterer externer Einflussfaktor ist die wirtschaftliche Entwicklung, welche die für die Gemeinsame Selbstverwaltung verfügbaren Ressourcen begrenzt.
- Der Einfluss der Personalzusatzkostendiskussion resultiert aus der paritätischen Finanzierung der Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung und der sich dadurch ergebenden Belastung des Faktors Arbeit.

- Der medizinisch-technische Fortschritt sorgt dagegen für eine ständige Ausweitung des medizinisch Machbaren und führt somit zu einem steigenden Bedarf nach Gesundheitsleistungen.
- Die demographische Entwicklung wirkt sich sowohl auf die Anzahl und Struktur der Beitragszahler als auch auf der Bedürfnisstruktur der Versicherten und somit auf gleichzeitig auf Einnahmen und Ausgaben der GKV aus.
- Für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung spielen externe Expertenmeinungen in Form z.B. der Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen oder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung eine wesentliche Rolle.
- Aufsichtsbehörden und Gerichte überprüfen die Entscheidungen der Schiedsstellen der Gemeinsamen Selbstverwaltung, beschränken sich dabei aber im wesentlichen auf formal-juristische Richtigkeit der Beschlüsse.

Im achten Kapitel wurden mögliche Alternativen zum Schiedsverfahren untersucht. Hierbei schälten sich drei Möglichkeiten alternativer Konfliktkoordinationen heraus.

- Die erste ist die Einführung von mehr wettbewerblichen Elementen in das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Dies bedeutet für die Verhandlungsführung auf beiden Seiten die Auswahlmöglichkeit von Verhandlungspartnern und damit den Wechsel des Partners als Konfliktlösung.
- Eine andere Möglichkeit der Konfliktvermeidung stellt die Festsetzungen von Entgelten und Leistungen ohne die Notwendigkeit von Verhandlungen dar. Dies ist einerseits durch staatliche Regelungen oder durch die Abkehr vom Sachleistungsprinzip und den Übergang zum Kostenerstattungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Dies kann jedoch auch zu einer (partiellen) Abkehr von den Prinzipien der Gemeinsamen Selbstverwaltung führen.
- Die Betrachtung des Kostenerstattungsprinzips zeigte auch, dass auch im gegenwärtigen System der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Schiedsverfahren nicht mehr nötig sind, wenn man vom Zwang zur Kontrahierung abgeht und vertragslose Zustände erlaubt. Die Versorgung kann in derartigen Zeiträumen über das Kostenerstattungsprinzip sichergestellt werden. Dies stellt die dritte Alternative zu Konfliktlösung durch Schiedsstellen dar.

Bei allen Alternativen zum Schiedsverfahren, wird die Schiedsstelle dadurch unnötig, dass der Zwang zum Abschluss einer Vereinbarung mit einem vorbestimmten Vertragspartner entfällt. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Teilbereiche der Gesundheitsversorgung über die Budgetrestriktion der Beitragseinnahmen der Krankenkassen miteinander korrespondieren.⁸⁹¹ Somit kann die Einführung alternativer Konfliktlösungsmechanismen in einem Bereich durchaus die Anrufungen der Schiedsstellen in anderen Bereichen erhöhen.

Mit Blick auf die Zukunft der Gemeinsamen Selbstverwaltung kann festgehalten werden, dass Schiedsverfahren in der derzeitigen Form solange notwendig bleiben werden, wie es den Zwang zum Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen oder deren Verbänden innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung geben wird.

891 SVRG (2005), S. 49.

10 Literaturverzeichnis

- Abig, Constanze: Finanzierung des Rettungswesens - Wie die Krankenkassen die Entgelte beeinflussen können, in: Die Ersatzkasse, März 2003, S. 121-125.
- Adamy, Wilhelm; Steffen, Johannes: Handbuch der Arbeitsbeziehungen, Bonn 1985.
- Adomeit, Alin; Kilian, Peter H.; Messemer, Jochen; Salfeld, Rainer; Schmid, Alexander: Der deutsche Reha-Markt: strategische Optionen für Träger und Betreiber, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen(Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York 2001, S. 209-221.
- Alchian, Armen A.; Demsetz, Harold: Production, Information Costs, and Economic Organization, in: American Economic Review, December 1972, S. 777 - 792.
- Andersen, Hanfried H.: Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. Einführung und Überblick, in: Andersen, Hanfried H.; Henke, Klaus-Dirk; von der Schulenburg, J.-Matthias(Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Berlin 1992, S. 13-38.
- AOK Bayern - Die Gesundheitskasse: Antrag zum Schiedsamtverfahren zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2004 vom 12.10.2004.
- AOK Mediendienst: So funktioniert der Koordinierungsausschuß, in: psg -Politik Presseservice Gesundheit, Ausgabe 9 vom 21.09.2001.
- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern: Stellungnahme zum Schiedsverfahren gem. Art. 24 Abs.2 Satz 3 BayRDG; Benutzungsentgelte für den Landrettungsdienst für den Zeitraum 01.07.1999-30.06.2000, München 2000.
- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren gem. Art. 24 II(3) BayRDG; Benutzungsentgelte für den Landrettungsdienst für den Zeitraum 01.01.-31.12.2004 vom 03.03.2004, München 2004.
- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern: Anschreiben an die Entgeltschiedsstelle bei der Zentralen Abrechnungsstelle betreffs des Widerspruchs zur Entscheidung vom 19.04.2005, München 2005
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Gemeinsame Presserklärung vom 29.04.2003: Krankenkassen fordern mehr Wettbewerb statt reiner Kostendämpfung, Berlin 2003.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame Presseerklärung vom 4. November 2004, www.g-k-v.de (Stand 30.01.2005).
- Arbeitsgruppe "Public Health": Korporatismus und Wettbewerb, in: WZB-Nachrichten, Juni 2002, S. 32-35.
- Arnold, Josh A.: Mediator insight: Disputants' Perception of third Parties Knowledge and its effect on Mediated Negotiation, in: The International Journal of Conflict Management, Vol. 11 No. 4, 2000, S. 318-336.
- Arnold, Michael; Geisbe, Heinrich: Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser, in: Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2002, Stuttgart 2003, S. 55-70.
- Arrow, Kenneth J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, Vol. 53 Issue 5, 1963, S. 941-973.
- Arrow, Kenneth J.: Reflections on the Reflections, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, October 2001, S. 1197-1203.
- Ashenfelter, Orley: Arbitrator Behavior, in: American Economic Review, Papers and Proceedings, Vol. 77, No. 2, 1987, S. 342-346.
- Babcock, Linda; Loewenstein, George; Issacharoff, Samuel; Camerer, Colin: Biased Judgements of Fairness in Bargaining, in: American Economic Review, Vol. 85 No. 5, 1995, S. 1337-1343.
- Balakrishnan, P.V. Sundar; Eliashberg, Jehoshua: An Analytical Process Modell of Two-party Negotiations, in: Management Sciences, Vol. 41, No. 2, Februar 1995, S. 227-243.
- Bamberg, Günter; Coenenberg, Adolf G.: Betriebswirtschaftliche Entscheidungslehre, München 2004.
- Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik - Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?, Opladen 1998.
- Bandelow, Nils C.: Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung, 37. Jg., Nr. 2., 2004, S. 49-63.
- Bantle, Roland: Determinanten der Innovation und Diffusion des medizinisch-technischen Fortschritts, Bayreuth 1996.
- Bartling, Hartwig; Luzius, Franz: Grundzüge der Volkswirtschaftslehre, Mainz 2004.
- Bauer, Hans-Holger: Risiken und Chancen kartellrechtlicher Regulierungen aus der Sicht der Krankenkassen, in: Löwisch, Manfred (Hrsg.): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Stuttgart 1999, S. 39-47.
- Beblo, Miriam: Bargaining over Time Allocation - Economic Modelling and Econometric Investigation of Time

- Use within Families, Heidelberg 2001.
- Becker, Helmut; Messemer, Jochen; Nederegger, Georg; Weidinger, Matthias: Prügelknabe
Risikostrukturausgleich - seine Funktion und seine Zukunft, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen(Hrsg.): Die
Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York
2001, S. 31-48.
- Becker, Karolin; Zweifel, Peter: Age and Social Choice in Health Insurance: Evidence from Switzerland, in:
Working Paper, No. 0410, August 2004.
- Bernholz, Peter: Logrolling, Arrow-Paradox and Decision Rules - A Generalization, in: Kyklos, Jg. 27 Nr. 1,
1974, S. 49-62.
- Berninghaus, S.; Güth, W.; Lechler, R.; Ramser, H.-J.: Decentralized versus collective bargaining - An
experimental study, in: International Journal of Game Theory, Vol. 30., 2001, S. 437-448.
- Berninghaus, Siegfried K.; Ehrhart, Karl-Martin; Güth, Werner: Strategische Spiele: Eine Einführung in die
Spieltheorie, Berlin, Heidelberg, New York 2002.
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas: Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung: Politische Entscheidungen
1977 - 2004 und andere Tatbestände, Kiel 2004.
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Michel, Claus: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen
Krankenversicherung - Finanzielle Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung / Finanzielle
Entlastungen anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates, Kiel 2002.
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Wolf, Jörn Henning: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung
- Standpunkte und Perspektiven, Kiel 2002.
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Michel, Claus: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen
Krankenversicherung: Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung/Finanzielle Entlastung
anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates - Kieler Kritik, Kiel 2002a.
- Beske, Fritz; Hallauer, Johannes F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland, Köln 2001.
- Beske, Fritz; Hübener, Juliane: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel 1996.
- Beske, Fritz; Thiede, Michael; Hallauer, Johannes F.: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch
Fremdleistung - Analyse und Lösungsvorschläge,
Kiel 1996.
- Bester, Helmut: Bargaining versus Price Competition in Markets with Quality Uncertainty, in: American Economic
Review, Vol. 83 No. 1, March 1993, S. 278-288.
- Bethge, Iris: Verbesserte kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen - Sozialministerin gibt
Sicherstellungsauftrag für Cuxhaven an Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen zurück, in:
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit(Hrsg.):
<http://www.ms.niedersachsen.de> (Stand 04.08.2005), Hannover 2005
- Birkner, Barbara: Privathaushalt und Gesundheit - Erklärungsansätze für das präventive Gesundheitsverhalten von
Privathaushalten und Versuch einer empirischen Überprüfung anhand ausgewählter Beispiele, München
1986.
- Bishop, Robert L.: Game-Theoretic Analyses of Bargaining, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 77 No. 4,
November 1963, S. 559-602.
- Bloom, David E.; Cavanagh Christopher L.: Negotiator Behavior under Arbitration, in: American Economic
Review, Papers and Proceedings, Vol. 77 No. 2, Februar 1987,
S. 353-358.
- Blöß, Timo: Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen - Die unterschätzte Branche, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102,
Heft 10, März 2005, S. A644 - A649.
- BMGS-Redaktionsbüro Gesundheit: <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/direktvertrag.html> (Stand:
29.12.2004), 2004 a
- BMGS-Redaktionsbüro Gesundheit: http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/strukturierte_behandlungsprogramme.html (Stand: 29.12.2004), 2004b.
- Böckenhoff, Norbert: Zukunftsmarkt für Krankenhäuser?, in: Krankenhaus Umschau, 73. Jg. Nr 23, Mai 2003, S.
31-33.
- Böcker, Klaus; Henke, Nicolaus; Krishan, Hari, Sven; Mansky, Thomas; Paffrath, Dieter; Steiners, Daniel:
Diagnosis Related Groups - Grundstein für ein neues Abrechnungssystem der Krankenhäuser und
Krankenkassen: Implikationen und Herausforderungen, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen(Hrsg.): Die
Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York
2001, S. 48-76.
- Böcking, Wolfgang: Erfolgsfaktoren für die Mitgliederentwicklung von Gesetzlichen Krankenversicherungen,
Baden-Baden 2002.
- Bolton, Gary E.: A Comparative Model of Bargaining: Theory and Evidence, in: American Economic Review,

- Vol. 81 No. 5, December 1991, S. 1096-1136.
- Börsch-Supan, Axel: Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen, Mannheim 2003.
- Bowe, Norbert: Allgemeine Gesichtspunkte zur Gesundheitsstrukturreform, 2003, http://www.bvvp.de/news03/bowe_gmg_503.htm (Stand 22.07.2003).
- Braun, Günther: Konzept des integrierten Krankenhausmanagement: Grundlagen und Aufbau des Handbuchs, in: Braun, Günther E.(Hrsg.): Handbuch des Krankenhausmanagement - Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart 1999, S. 3-18.
- Braun, Günter E.; Schmutte, Andre M. : Krankenhausbetriebsvergleiche und Benchmarking, in: Braun, Günter E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Stuttgart 1999, S. 725-741.
- Brennan, Geoffrey; Güth, Werner; Kliemt, Hartmut: Trust in the Shadow of the Courts, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE), Vol. 159 (2003), S. 16-36.
- Breyer, Friedrich: Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen der GKV, in: KrV, Februar 2001, S. 48-51.
- Breyer, Friedrich; Felder, Stefan: Life Expectancy and Health Care Expenditures: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying, in: DIW-Discussion Papers, No. 452, Juli 2004a.
- Breyer, Friedrich; Felder, Stefan: Zunahme der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben: Eine neue Berechnung unter Berücksichtigung der Sterbekosten, Fulda 2004b.
- Breyer, Friedrich; Ulrich, Volker: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, 1999.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1999.
- BRK-Landesgeschäftsstelle: Antrag der BRK Landesgeschäftsstelle für die Durchführenden des im Rettungsdienst (Benutzungsentgelte für den Zeitraum 1.1.-31.12.2004) vom 20.01.2004, 2004.
- Bronfenbrenner, Martin: The Incidence of Collective Bargaining, in: American Economic Review, Vol. 44 No. 2, May 1954, S. 293-307.
- Bruckenberg, Ernst: Krankenhausbedarfsplanung, in: Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-Jürgen; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der(Hrsg.): Krankenhausmanagement, München, Berlin 1998, S. 649-660.
- Buchner, F.; Wasem, J.: Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen von Krankenversicherern, Greifswald 2000.
- Bundesministerium für Gesundheit: Die Gesetzliche Krankenversicherung von A bis Z, 2002.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit: Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick, 2004, http://www.bmgs.bund.de/downloads/01-Leistungen_der_PV_im_Ueberblick.pdf (Stand 21.10.2004).
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales: Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder, Beitragssätze und Kranke (KM1-Statistik), Oktober 2004.
- Bundesregierung: Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, in: Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG), 1999.
- Bundesschiedsstelle Krankenhaus: Bundesschiedsstelle setzt Ausgleichssätze nach § 11 Absatz 8 BPflV fest, in: das Krankenhaus, 12/98, Dezember 1998, S. 749-752.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 10.05.2000, B 6 KA 20/99 R, 2000.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 25.09.2001 , B 3 KR 15/00 R, 2001.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 25.09.2001, B 3 KR 3/01 R, 2001.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 25.09.2001 B 3 KR 14/00 R, 2001.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 16.07.2003, B 6 KA29/02 R, 2003.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 05.02.2003, B 6 KA 6/02 R, 2003.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 28.04.2004, B & KA 62/03 R, 2004.
- Bundessozialgericht: Urteil vom 13.05.2004, Az.: B 3 KR 2/03 R, 2004.
- Bundesverwaltungsgericht: Urteil des 3. Senats vom 26. September 2002 , BVerwG 3 C 49.01, 2002.
- Bundesverwaltungsgericht: Urteil des 3. Senats vom 26. September 2002 - BVerwG 3 C 51.01, 2002.
- Busse, R.; Schwartz, F.W.: Health care costs do not rise with age, 1996.
- Busse, Reinhard: Risikostrukturausgleich - Ziele, Umsetzungsmöglichkeiten sowie finanzwirtschaftliche und allokativen Wirkungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, November/Dezember 2004, S. 23-31.
- Butz, Norbert: GKV-Modernisierungsgesetz: Bewegung und Bürokratie für niedergelassene Ärzte, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101 Heft 1, Januar 2004, S. 9-10.
- Campbell, Donald E.; Kelly, Jerry S. : Information and preference aggregation, in: Social Choice and Welfare,

- Vol. 17, 2000, S. 3-24.
- Cassel, Dieter: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (Expertise im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung), Bonn 1987.
- Cassel, Dieter: Mehr Markt und Wettbewerb in der GKV - Herausforderung für die PKV?, in: Farny, Dieter; Felderer, Bernhard(Hrsg.): Ordnungspolitik der Lebens- und Krankenversicherung, Karlsruhe 1988, S. 116-133.
- Cassel, Dieter: Demographischer Wandel - Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst - Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Nr. 2/2091, Februar 2001, S. 87-91.
- Cassel, Dieter: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2002, Stuttgart 2003, S. 3-20.
- Charlier, Thomas: Solidarleistungen - Individuelleleistungen? Eine Weiterentwicklung des Systems unter besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie, 2002, http://www.bvvp.de/news03/charlier_102.htm (Stand 26.06.2003).
- Chaykin, Arthur A.: Selecting the right Mediator, in: Dispute Resolution Journal, September 1994, S. 58 - 65.
- Clade, Harald: Integrationsversorgung: Manaed-Care-Modelle verstärkt gefragt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 93 Heft 26, Juli 1999a, S. A1762.
- Clade, Harald: Gesundheitsreform 2000 - Torso-Gesetz verschärft sektorale Budgets, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 96. Heft 49, Dezember 1999b, S. A3145-A3146.
- Clade, Harald: GKV-Gesundheitsreform - Stabile Beiträge über alles!, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.97 Heft 1-2, Januar 2000, S. A17-A19.
- Clade, Harald: Kooperative Versorgungsformen in Regie der Ärzteschaft, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 30, 23. Juli 2004, S. A2086-A2088.
- Clairborne, Zela A.: How to Select a Mediator, in: Cost Engeneering, Vol. 40 No. 2, Februar 1998, S. 18-19.
- Coase, Ronald H.: Industrial Organization: A Proposal for Reserach, in: Fuchs, Victor R.(Hrsg.): Policy Issues and Research Opportunities in Industrial Organization, New York 1972, S. 59-73.
- Coben, James R.: Mediation's dirty little secret: Straight about mediator manipulation and deception, in: Alternative Dispute Resulation in Employment, 2001, S. 4-7.
- Coddington, Alan: A Theory of the Bargaining Process: Comment, in: American Economic Review, Vol. 56 No. 3, March 1966, S. 522-530.
- Contini, Bruno: The Value of Time in Bargaining Negotiations: Some Experimental Evidence, in: American Economic Review, Part 1 of 2, Vol. 58 Issue 3, June 1968, S. 374-393.
- Crawford, Vincent P.: Explicit Communication and Bargaining Outcomes , in: American Economic Review: Papers and Proceedings, Vol. 80 No. 2, May1990, S. 213-219.
- Crawford, Vincent P.: Arbitration and Conflict Resolution in Labor-Management Bargaining, in: American Economic Review: Papaers and Proceedings, Vol. 71 No. 2, May 1981 1981, S. 205-210.
- Cross, John G.: A Theory of the Bargaining Process, in: American Economic Review, Vol. 55, 1965, S. 67-94.
- Cross, John G.: A Theory of the Bargaining Process: Reply, in: American Economic Review, Vol. 56 No. 3, March 1966, S. 530-533.
- Cross, John G.: The Economics of Bargaining, New York, London 1969.
- Currie, Janet; McConnell, Sheena: Collective Bargaining in the Public Sector: The Effect of Legal Structure on Dispute Costs and Wages, in: American Economic Review, September 1991, S. 693-718.
- Currim, Imran S.; Sarin, Rakesh, K.: A Procedure for Measuring and Estimating Consumer Preferences Under Uncertainty, in: Journal of Marketing Research, Vol. 20 , August 1983, S. 249-256.
- Dagan, Nir; Volij, Oscar; Winter, Eyal: A characterization of the Nash bargaining solution, in: Social Choice and Welfare, Vol. 19, 2002, S. 811-823.
- Davis, Morton D.: Spieltheorie für Nichtmathematiker, München 1999.
- Deisenroth, Heinz-Jürgen: Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: DIW - Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Nr. 3/1999, S. 332-335.
- Deppe, Hans-Ulrich: Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen, in: Systema, 11.Jg.1997, Januar 1997, S. 31-41.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Positionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens 2003, Berlin 2003.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): DRG-Entgelttarif 2005 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß §8 KHEntgG, in: Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 288/04 vom 16. Dezember 2004a.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V (DKG): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern - Stand November 2004, Berlin 2004b.
- Devasagayam, P. Raj: Alternative Dispute Resolution and Agency Costs, in: Consumer Interests Annual, Vol. 49, Jg. 2003, S. 1-9.
- Donaldson, M.: Erfolgreich verhandeln für Dummies, Bonn 2000.
- Dutt, Amitava Krishna; Sen, Anindya: Union Bargaining Power, Employment, and Output in a Model of Monopolistic Competition with Wage Bargaining, in: Journal of Economics - Zeitschrift für Nationalökonomie, Januar 1997, S. 1 - 17.
- Eichhorn, Peter u.a.: Verwaltungslexikon; 3. neu überarbeitete Auflage (Stand: Juni 2002), Baden-Baden 2002.
- Engelhardt, Hans: Die Rechtsprechung des BGH zur Schiedsgerichtsbarkeit, in: Böckstiegel, Karl-Heinz (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit im Umfeld von Politik, Wirtschaft und Gerichtsbarkeit, Köln, Berlin, Bonn, München 1992, S. 31-49.
- Ethamo, Harri; Hämäläinen, Raimo P.; Heiskanen, Pirja; Teich, Jeffrey; Verkama, Markku; Zions, Stanley: Generating Pareto Solutions in a Two Party Setting: Constraint Proposal Methods, in: Management Science, Vol. 45, Nr. 12, Dezember 1999, S. 1697-1709.
- Eucken, Walter : Die Grundlagen der Nationalökonomie, München 1940, 8. Aufl. 1965
- Europäische Union: Protokoll über das Verfahren bei einem übermäßigen Defizit, in: Läufer, Thomas(Hrsg.): Europäische Union / Europäische Gemeinschaft - Die Vertragstexte von Maastricht mit den deutschen Begleitgesetzen, Bonn 1994.
- Europäische Union, Europäische Gemeinschaft: Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, in: Läufer, Thomas(Hrsg.): Europäische Union / Europäische Gemeinschaft - Die Vertragstexte von Maastricht mit den deutschen Begleitgesetzen, Bonn 1994.
- Europäischer Gerichtshof (EuGH): Urteil vom 22.01.2002 , Aktenzeichen: C-218/00, 2002.
- Europäischer Gerichtshof (EuGH): Urteil vom 16.03.2004 , Aktenzeichen: C-264/01,C-306/01, C345/01,C355/01, 2004.
- Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, Kopenhagen 2000.
- Fabel, Oliver; Hilgers, Bodo; Lehmann, Erik: Strategie und Organisationskultur, in: Jost, Peter-J.(Hrsg.): Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart 2001, S. 183-216.
- Falk, Armin; Fehr, Ernst; Fischbacher, Urs: Reasons for Conflict: Lessons from Bargaining Experiments, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE), Vol. 159, 2003, S. 171-187.
- Farber, Henry; Bazerman, Max H.: Why is there Disagreement in Bargaining?, in: American Economic Review, Papers and Proceedings, Vol. 77 No.2, Februar 1987, S. 347-352.
- Farber, Henry S.; Katz, Harry S.: Interest Arbitration, Outcomes and the Incentive to Bargain, in: Industrial and Labor Relations Review, Vol. 33 No. 1, 1979, S. 55-63.
- Feigenbaum, Charles: Final Offer Arbitration: Better Theory Than Practice, in: Industrial Relations, Vol. 14 No. 3, October 1975, S. 311-317.
- Felder, Stefan: Anpassung der Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme an die Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens, in: Soziale Sicherheit in einer Gesellschaft des langen Lebens, 2003.
- Felder, Stefan: Reformbedarf der ärztlichen Gesamtvergütung in Deutschland, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, November/Dezember 2004, S. 32-35.
- Feuille, Peter: Final Offer Arbitration and the Chilling Effekt, in: Industrial Relations, Vol. 14 No. 3, October 1975, S. 302-310.
- Flinthrop, Jens: Integrierte Versorgung - Jenseits der Sicherstellung, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100 Heft 10, Oktober 2003, S. 440-441.
- Flinthrop, Jens: Integrierte Versorgung - Freibrief für die Kassen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101 Heft 48, November 2004, S. A3221.
- Flüchter, Anedore: Kollektivverträge und Konfliktlösungsmechanismen im Leistungserbringungsrecht des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB V), in: Manfred Löwtsch(Hrsg.): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1999, S. 75-84.
- Frese, Erich; Heberer, Michael; Hurlbaus, Thomas; Lehmann, Patrick: „Diagnosis Related Groups" (DRG) und kosteneffiziente Steuerungssysteme im Krankenhaus, in: zfbf - Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Jg. 56, Heft 12, Dezember 2004, S. 737-759.
- Friedrich, Peter: Standorttheorie für öffentliche Verwaltungen, Baden-Baden 1976.
- Friedrich, Peter: Regional Effects of the Establishment of Public Offices, in: Richardson, Harry W.; Hwang, Myong-Chan(Hrsg.): Urban and Regional Policy in Korea and International Experience, Seoul 1987, S. 325-350.

- Friedrich, Peter: Behördenansiedlung ein erfolgsversprechendes Wirtschaftsförderungs-instrument ?, in: Friedrich, Peter; Tkaczynski(Hrsg.): Business Promotion Activities in Poland and Germany, Torun 2003, S. 115-134.
- Friedrich, Peter: Notes to Lectures in Location Theory (Diskussion Paper No. 44), München 2003.
- Friedrich, Peter; Kosinski, Janusz A.: Regionaler Wettbewerb im Rahmen der Erweiterung der EU mit Hilfe öffentlicher Unternehmen, in: Hasse, Rolf H.; Schenk, Karl-Ernst ; Czege, Andreas Graf Wass von(Hrsg.): Wettbewerb und öffentliche Unternehmen, Schriftenreihe der Europakollegs Hamburg zur Integrationsforschung, Baden-Baden 2004, S. 76-104.
- Friedrich, Peter; Feng, Xiao: The Role of Public Institutions for Regional Competitiveness in Regional Competition, in: Atalik, Gündüz; Fischer, Manfred M. (Hrsg.): Regional Integration, Heidelberg 2002, S. 79-113.
- Friedrich, Peter; Feng, Xiao; Noor, Cristina: Location Theory of Public Administrative Units, Neubiberg 2004.
- Friedrich, Peter; Wonnemann, H.G.: Manual for Identifying the Effects of the Settlement of a Public Office, in: Lierop, Wal F.J. van; Nijkamp, Peter(Hrsg.): Locational Developments and Urban Planning, Alphen aan den Rijn, Rockville 1981, S. 347-388.
- Fritz, Thomas; Gilow, Christian; Paffrath, Dieter: Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 150-171.
- Gäfen, Gérard: Zur Beurteilung medizinischer Fortschritte und Forschungen: Notwendigkeit, Ansatzpunkte und Probleme normativer Aussagen, in: Münnich, Frank E.; Oettle, Karl(Hrsg.): Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Stuttgart 1984a, S. 145-206.
- Gäfen, Gérard: Der Beitrag der Gesundheitsökonomie zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, in: Herder-Dorneich, Pholipp; Klages, Helmut; Schlotter, Hans-Günther(Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise - Ordnungspolitische Ansätze, Baden-Baden 1984b, S. 129-148.
- Gäfen, Gérard: Gesundheit, Gerechtigkeit und Gleichheit: Distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung, in: Gäfen, Gérard ; Oberender, Peter(Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1989, S. 11-47.
- Galas, Eckart; Andrés, Jana: Krankenkassen stellen kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen sicher, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 9-10/2004, September/Oktober 2004, S. 35-43.
- Gehendges, Guido: Pflegesatzverhandlung in Deutschland - Eine ökonomische Untersuchung unter besonderer Beachtung der Schiedsstellen nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Hamburg 2000.
- Geigant, Friedrich: Ärztliche Berufsverfassung und Wettbewerb, in: Hamm, Walter; Neubauer, Günter (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie - Band 7: Wettbewerb im Gesundheitswesen, Stuttgart 1985, S. 77-116.
- Gerhartz, Katja: Polnische Spezialisten profitieren vom Streit der Kieferorthopäden, in: Die Welt vom 20. Juni 2005
- Gericke, Geromo; Haenecke, Henrik: Nutzenversprechen von Krankenkassen - ein Schlüssel zum Wettbewerb, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen(Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York 2001, S. 95-110.
- Gerlinger, Thomas: Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, in: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health : Discussion Paper P02-204, Berlin 2002.
- Gerlinger, Thomas: Privatisierung - Liberalisierung - Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystemes, in: WSI-Mitteilungen,9 – 2004, September 2004a, S. 501-506.
- Gerlinger, Thomas: Steuerung im Gesundheitswesen zwischen Staat, Selbstverwaltung und Markt, 2004b, www.ev-akademie-boll.de/texte/online/doku/400904/Gerlinger.pdf (Stand 30.01.2005).
- Gerst, Thomas: Integrierte Versorgung - Viele Varianten scheinen möglich, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104 Heft 7, Juli 2004, S. 307.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998.
- Goeree, Jacob K.; Holt, Charles. A.: Ten Little Treasures of Game Theory and Ten Intuitive Contradictions, in: American Economic Review, Vol. 91 No. 5, Dezember 2001, S. 1402-1422.
- Greiner, Wolfgang; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der: Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000.
- Greß, Stefan: Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV - Effekte und Perspektiven, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg. 2002 Heft 4, Oktober 2002, S. 490-497.

- Greif, Stefan; Erbsen, Ingwer; Hass, Anne-Katrin; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine; Szecsenyi, Joachim; Wasem, Jürgen: Wettbewerbsliche Steuerung in der GKV - Perspektiven für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4/2003, April 2003, S. 105-108.
- Greif, Stefan; Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine; Wasem, Jürgen: Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen, in: Klauber, Jürgen; Robra, Berndt Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 121-136.
- Gries, Thomas; Langeleh, Dirk: Anreizkompatibilität als zentrales Element eines neu gestalteten Gesundheitsmarktes, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Heft 3, März 2004, S. 293-311.
- Groser, Manfred: Verhandlungsgegenstand und Verhandlungsverfahren in der GKV im Lichte der collective-bargaining-Theorien, in: Knappe, Eckhard; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Adalbert (Hrsg.): Theoretische und empirische Analyse der Steuerungskapazität des Honorarverhandlungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1989, S. 141-162.
- Gu, Wulong; Kuhn, Peter: A Theory of Holdouts in Wage Bargaining, in: American Economic Review, Vol. 88 No. 3, 1998, S. 428-449.
- Günster, Christian; Mansky, Thomas; Repschläger, Uwe: Das deutsche DRG-Entgeltsystem, in: Klauber, Jürgen; Robra, Berndt Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 43-67.
- Güth, Werner: Spieltheorie und Ökonomische (Bei-)Spiele, Berlin Heidelberg New York 1999.
- Güth, Werner; Kliemt, Hartmut: An Evolutionary Game Approach to Fundamentalism and Conflict, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE), Vol. 159, 2003, S. 155-162.
- Haenecke, Henrik: Unternehmensziele von Krankenkassen - Eine empirische Analyse, in: Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/2001, Januar/Februar 2001, S. 27-34.
- Haenecke, Henrik; Müller, Frank; Nederegger, Georg; Thiäner, Michael: Faktenbasiertes Management einer Krankenkasse - Führen nach Zahlen, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen (Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York 2001, S. 111-123.
- Häussler, Bertram; Berger, Ursula: Blühende Landschaften: Die Effektivität von Disease-Management-Programmen in der Wahrnehmung deutscher EBM-Experten, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5-6/2004, 2004, S. 48-55.
- Hajen, Leonhard: Steuerung über Preise erfordert Stewardship, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 7-8/2004, 2004, S. 23-29.
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schuhmacher, Harald: Gesundheitsökonomie, Stuttgart, Berlin, Köln 2000.
- Harms, Helmut: Ist die Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) der Ärzte noch zeitgemäß?, in: Heiß, Günter (Hrsg.): Wie krank ist unser Gesundheitswesen?, Mainz 2000, S. 423-431.
- Harsanyi, John C.: A Bargaining Model for the Cooperative n-Person-Game, in: Tucker A. W.; Luce, R. D. (Hrsg.): Contributions to the Theory of Games, Princeton 1959, S. 325-356.
- Harsanyi, John C.: Bargaining and Conflict Situations in the Light of a new Approach to Game Theory, in: American Economic Review, 1957, S. 447 - 457.
- Heinze, Meinhard: Schiedsstellenverfahren, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 5 Heft 6, 1988, S. 7-10.
- Heinze, Meinhard: Verfahren und Entscheidung der Schiedsstelle, in: Heinze, Meinhard; Wagner, Volker (Hrsg.): Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Köln, Berlin, Bonn, München 1989, S. 61-85.
- Heinze, Meinhard: Schiedsstellen werden überfordert - Die Krankenhausgesetzgebung 1997 aus der Sicht der Schiedsstellen, in: f&w - Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jg. Heft 1, Januar 1997, S. 8-12.
- Heinze, Meinhard; Wagner, Volker: Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Köln, Berlin, Bonn, München 1989.
- Henke, Klaus-D.: Voraussetzungen und Optionen für eine rationale Gesundheitspolitik, in: Oberender, Peter (Hrsg.): Gesundheitswesen im Umbruch?, Bayreuth 1987, S. 1-10.
- Henke, Klaus-D.: Die finanzielle Situation im Gesundheitswesen: Ein quantitativer Überblick, in: Finanzarchiv, Nr. 2, Februar 1989, S. 299-323.
- Henke, Klaus-D.: Financing a National Health Insurance, in: Health Policy, Nr. 3, March 1992, S. 253-268.
- Herder-Dorneich, Philipp: Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1966.
- Herder-Dorneich, Philipp: Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie, in: Herder-Dorneich, Philipp; Sieben, Günter; Thiemeyer, Theo (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie - Band 1: Wege zur Gesundheitsökonomie I, Stuttgart 1981, S. 11-63.
- Herder-Dorneich, Philipp: Sozialstaatskrise und Soziale Ordnungspolitik, in: Herder-Dorneich, Philipp; Klages, Helmut; Schlotter, Hans Günther (Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise - Ordnungspolitische Ansätze, Baden-Baden 1984, S. 13-68.

- Herder-Dorneich, Philipp: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens - Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1993.
- Herder-Dorneich, Philipp: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens - Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1994.
- Hess, Rainer: Orientierung medizinischer Versorgung - Gesundheitsziele aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sondernummer 2 August 1999, S. 18-20.
- Hicks, John R.: Jahresüberblick über die Wirtschaftstheorie: Die Theorie des Monopols (eng. orig.: Annual Survey of Economic Theory. The Theory of Monopoly, in: *Econometrica*, Bd. 3. Jg. 1935, S.1-20), in: Ott, Alfred Eugen (Hrsg.): *Preistheorie*, Köln, Berlin 1968, S. 249-269.
- Hicks, J.R.: *The Theory of Wages*, London 1963.
- Hirschsteiner, G.: *Einkaufsverhandlungen - Strategien, Techniken, Regeln, Praxis*, Stuttgart 1999.
- Hof, Bernd: *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung*, Köln 2001.
- Hoffmann, Ernst-Otto: Fallpauschalen nach dem DRG-System: Ausgangspunkt für eine Strukturreform im Krankenhausbereich oder Quelle vielfältiger Mißverständnisse?, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 1-2, Januar/Februar 2000, S. 10-19.
- Hohmann, Jürgen: *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa - Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1998.
- Holler, Manfred J.; Illing, Gerhard: *Einführung in die Spieltheorie*, Berlin, Heidelberg, New York 2003.
- Hunter, Lawrence C.: *Economic Issues in Conciliation and Arbitration*, in: *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 15 No. 2, July 1977, S. 226-245.
- IG Metall Bayern: *Der Tarifvertrag*, 2001, <http://www.igmetall-jugend-bayern.de/download/Tarifvertrag.ppt> (Stand 12.01.2005).
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH): www.g-drg.de (Stand: 16.01.2005).
- Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) am Klinikum der Universität München: *Trend- und Strukturanalyse der Rettungsdienstes in Bayern - Wirtschaftlichkeitsanalyse - Detailliergebnisse Rettungsmittelvorhaltung in Bayern für das Jahr 2004*, München 2004.
- Jacobs, Klaus: *Vergütungssysteme und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: Wille, Eberhard (Hrsg.): *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen*, Baden-Baden 2002, S. 11-33.
- Jacobs, Klaus; Schröder, Wilhelm F.: *Zur solidarkompatiblen Gestaltung von Strukturverträgen zur integrierten Versorgung*, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 3-4, März/April 1999, S. 10-19.
- Jaeger, Wolfgang: *Krankenkassen als Adressaten des Kartellrechts*, in: Manfred Löwisch (Hrsg.): *Wettbewerb, Kollektivvertrag und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens*, Köln, Berlin, Bonn, München 1999, S. 23-38.
- Jiménez-Figueroes, Dyalá: *Amicable Means to Resolve Disputes: How the ICC ADR Rules Work*, in: *Journal of International Arbitration*, Vol. 21 No. 1, 2004, S. 91-101.
- Joskow, Paul L.: *Contract Duration and Relation-Specific Investments: Empirical Evidence from Coal Markets*, in: *American Economic Review*, Vol. 77 No.1, 1987, S. 168-185.
- Jost, Peter-J.: *Die Prinzipal-Agenten-Theorie im Unternehmenskontext*, in: Jost, Peter-J. (Hrsg.): *Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre*, Stuttgart 2001, S. 11-44.
- Jung, Karl: *Aufgaben und Funktionen der Schiedsstelle im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*, in: Heinze, Meinhard; Gitter, Wolfgang (Hrsg.): *Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes*, Köln, Berlin, Bonn, München 1989, S. 1-20.
- Kahn, Lawrence M.; Murnighan, J. Keith: *A General Experiment on Bargaining in Demand Games with Outside Options*, in: *American Economic Review*, Vol. 83 No. 5, 1993, S. 1260-1280.
- Kalai, Ehud: *Nonsymmetric Nash-Solutions and Replication of 2-Person Bargaining*, in: *International Journal of Game Theorie*, 1977, S. 129-133.
- Kalai, Ehud; Smorodinsky, Meir: *Other Solutions to Nash's Bargaining Problem*, in: *Econometrica*, Nr. 3, Bd. 43, 1975, S. 513-518.
- Kamke, Kerstin; Stillfried, Dominik Graf von: *GKV-Beitragssatz 13,6% in 2004? Eine kritische Analyse zur Ausgangslage dieser politischen Vorgabe*, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 1-2/2004, Januar/Februar 2004, S. 27-33.
- Kannengießner, Walter: *Konjunktur 2005 - Dem Aufschwung fehlt es an Kraft*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 102, Heft 6, Februar 2005, S. A321-A322.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern: *Antrag zum Schiedsamtverfahren zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse wegen der Vergütung*

- vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 2004 vom 28.10.2004.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Rundschreiben zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen und zur Änderung der Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung, Berlin 2003.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Ergänzter Antrag und Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns zu dem Verfahren vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Ersatzkassen, die dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV) angehören vom 18.12.1997.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Antrag und Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns zu dem Verfahren vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Ersatzkassen, die dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV) angehören vom 28.05.1998.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Antrag auf Einleitung eines Verfahrens vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 17.09.1999, 1999a.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Antrag auf Einleitung und Durchführung eines Verfahrens vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 23.06.1999, 1999b.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Erweiterter Antrag und Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns zu dem Verfahren vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Ersatzkassen, die dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV) angehören vom 10.04.2000, 2000a.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Erweiterter Antrag und Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns zu dem Verfahren vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Krankenkassen, die den sog. Regionalkassenverbänden (AOK Bayern, IKK Bayern, BKK, LdL, LdLP-Landesverbände in Bayern) angehören und die Bundesknappschaft (Verwaltungsstelle München) vom 30.03.2000, 2000b.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Erweiterter Antrag und Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns zu dem Verfahren vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Ersatzkassen, die dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV) angehören vom 10.04.2001, 2001.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns: Antrag auf Einleitung eines Verfahrens vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 30.01.2002, 2002 a.
- Kehr, Hans-Helmut: Leistungsorientierter Krankenhausbetriebsvergleich, München 1995.
- Kehr, Helmut: Der Krankenhausbetriebsvergleich, in: f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17 Heft 3, Mai 1998, S. 194-197.
- Keller, Bernd: Strukturunterschiede zwischen Kollektivverhandlungen im öffentlichen Sektor und der Privatwirtschaft, in: Knappe, Eckhardt; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Aldabert (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Honorarverhandlungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1988, S. 223-247.
- Kidd, Andrew: Wich Side Are You On? Bias, Credibility and Mediation, in: American Journal of Political Science, Vol. 47, No. 4, Oktober 2003, S. 597-611.
- Klemisch-Ahlert, Marlies: Verhandlungslösungen als soziale Entscheidungsmechanismen, Frankfurt a. M. 1991.
- Klemisch-Ahlert, Marlies: Independence of the Status Quo? A Weak ans a Strong Impossibility - Result for Social Decisions by Bargaining, in: Journal of Economics - Zeitschrift für Nationalökonomie, Vol. 53 No. 1, 1991 a, S. 83-93.
- Kliemt, Hartmut: Reziprozität und Versichertensouveränität als Leitvorstellung einer Neuordnung des Gesundheitswesens, in: Oberender, Peter (Hrsg.): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden 1993, S. 9-32.
- Knappe, Eckhard; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Aldabert: Forschungsbericht: Theoretische und empirische Analyse der Steuerungskapazität des Honorarverhandlungssystems im Gesundheitswesen, in: Knappe, Eckhard; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Aldabert (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Honorarverteilungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1988, S. 7-140.
- Knappe, Eckhard; Weissberger, Doris: Wettbewerb und Solidarität im deutschen Gesundheitssystem, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4, April 2003, S. 102-105.
- Knappe, Eckhardt: Mengen- und Preissteuerung auf der Angebotsseite des Gesundheitssektors, in: Geigant, Friedrich; Oberender, Peter (Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1985, S. 59-106.

- Knieps, Franz: Gesundheitsziele und Wettbewerb - Parameter einer rationalen Gesundheitspolitik, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe vom 2. August 1999, S. 31-33.
- Knispel, Ulrich: Arznei-Festbeträge mit EU-Wettbewerbsrecht vereinbar - Krankenkassen sind keine Wirtschaftsunternehmen, in: Soziale Sicherheit, Heft 7/2004, Juli 2004, S. 244-249.
- Knüppel, Dirk: Risikoselection als Folge von Einkaufsmodellen im deutschen Gesundheitswesen - Instrumente, Indikatoren, Nachweis und Möglichkeiten zur Verhinderung von Risikoselektion, Darmstadt 2003.
- Knüppel, Dirk: Chancen und Risiken von Einkaufsmodellen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1-2/2004, Januar 2004, S. 16-26.
- Köhler, Dietmar: Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflegesatzverhandlungen - Eine Untersuchung zur wirtschaftlicheren Betriebsführung von Krankenhäusern, Baden-Baden 1991.
- Korenke, Thomas: Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 11/2001, November 2001, S. 268-277.
- Korzilius, Heike: Ein Jahr GKV-Modernisierungsgesetz - Aufbruch in eine ungewisse Zukunft, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 1-2, Januar 2005.
- Kostuj, Tanja: Einkaufsmodelle, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98 Heft 36, Juni 2001, S. A2568.
- Kötter, Ute: Marktsteuerung im Gesundheitswesen und europäische Markt und Wettbewerbsordnung, in: Sozialer Fortschritt, 49. Jg. (2000) Heft 2/3, Februar/März 2000, S. 27 - 31.
- Krämer, Walter: Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, in: Andersen, Hanfried H.; Henke, Klaus-Dirk; von der Schulenburg, J.-Matthias(Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Berlin 1992, S. 63-82.
- Krauth, Christian; Schwartz, Friedrich Wilhelm; Perleth, Matthias; Buser, Kurt; Busse, Reinhard; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der: Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystemes in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Hannover 1997.
- Kuhla, Wolfgang; Voß, Lutz G.: Gerichtlicher Rechtsschutz für Krankenhäuser im Pflegesatzverfahren, in: Das Krankenhaus, Heft 11/1998, November 1998, S. 689-698.
- Kühn, Wolfgang: Die Bedeutung der Gerichte bei der Durchführung von Schiedsverfahren, in: Böckstiegel, Karl-Heinz(Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit im Umfeld von Politik, Wirtschaft und Gerichtsbarkeit, Köln, Berlin, Bonn, München 1992, S. 65-91.
- Kühn, Hagen: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel - Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 6 / 2004, Juni 2004.
- Lampert, Heinz: Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip, in: Winterstein, Helmut (Hrsg.): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip des Sozialstaates II, Berlin 1984, S. 37-62.
- Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern: Schiedsspruch und begründung vom 27.05.2000 wegen der Festsetzung der Richtgrößen für Heilmittel für 1999, München 2000.
- Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern: Begründung zum Schiedsspruch vom 12.November 1999, München 1999.
- Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung in Bayern: Beschluß und Begründung vom 8. März 1999, München 1999a.
- Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung in Bayern: Beschluß und Begründung vom 31.05.2001, München 2001a.
- Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung in Bayern: Beschluß und Begründung vom 08.03.2003, München 2003a.
- Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung in Bayern: Niederschrift über die Sitzung des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern am Mittwoch dem 24. November 2004, München 2004.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Beschluß und Begründung vom 05. Juni 1998, München 1998a.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Beschluß und Begründung vom 13.08.1999, München 1999a.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern: Beschluß und Begründung vom 29.11.1999, München 1999b.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Beschluß und Begründung vom 14.04.2002, München 2000a.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern: Schiedsspruch und Begründung vom 06.04.2000, München 2000b.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Beschluß und Begründung vom 08.11.2001, München

- 2001a.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Beschluß und Begründung vom 07.03.2002, 2002a.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Vergleichsregelung im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 20.06.2002, München 2002b.
- Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung: Vergleichsregelung zwischen der KZVB und den Regionalkassen in Bayern im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 20.06.2002 vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern, München 2002c.
- Landesschiedsamt Zahntechniker in Bayern: Anlage 1 zur Niederschrift über die Sitzung des Landesschiedsamtes Zahntechniker in Bayern am 16.06.2000 beim BKK-Landesverband Bayern, München 2000.
- Landesschiedsamt Zahntechniker in Bayern: Beschluß und Begründung vom 7. September 2004, München 2004.
- Lang, Heinrich: Die Vergütung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2001.
- Lanzone, Anthony M.: Ethics and the Attorney as Mediator or Third Party Neutral, in: FICC Quarterly, Summer 2001, S. 391-401.
- Leber, Wolfgang: Die Bindung der Schiedsstelle an die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde, in: f&w-Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 3/1998, S. 210-213.
- Leber, Wulf-Dietrich: DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte - Ein Vorschlag zur Strukturreform im Krankenhausbereich, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4, März/April 1999, S. 40-46.
- Lee, Hag-Chun: Beilegungssysteme von kollektiven Arbeitsstreitigkeiten in Deutschland und Korea unter besonderer Berücksichtigung des Vergleichs der Schlichtungssysteme beider Länder, Bielefeld 1995.
- Lerner, Abba P.: Der Begriff des Monopols und die Bestimmung der Monopolmacht (dt. Übersetzung, orig.: The Concept of Monopoly and the Measurement of Monopoly Power, in: The Review of Economic Studies, Bd. 1, Jg. 1933/34, S.157-175), in: Ott, Alfred Eugen(Hrsg.): Preistheorie, Köln, Berlin 1968, S. 225-248.
- Lewicki, Roy; Weiss, Stephe E.; Lewin, David: Models of Conflict, Negotiation and Third Party Intervention: A Review and Synthesis, in: Journal of Organizational Behavior, Jg.13, 1992, S. 209-252.
- Li, Hao; Suen, Wing: Delegating Decision to Experts, in: Journal of Political Economy, Vol. 112 No. 1 pt. 2, 2004, S. 312-335.
- Linhart, Peter B.: Bargaining solutions with non-standard objektives, in: Review of Economic Desing, Nr. 6 / 2001, Juny 2001, S. 225-239.
- Livne, Zvi A.: On the Status Quo Sets Induced by the Raiffa Solution to the Two Person Bargaining Problem , in: Mathematics of Operations Research, Vol. 14 No. 4, November 1989, S. 688-692.
- Lobel, Ira B.: Realities if Interest Based (Win-Win) Bargaining, in: Labor Law Journal, Vol. 45 No. 8, August 1994, S. 771-778.
- Lubitz J.D.; Riey, G.F.: Trends in Medicare payments in the last year of life, in: New England Journal of Medicine, Heft 328, 1993, S. 1092-1096.
- Lubitz, J.; Beebe, J.; Baker, C.: Longevity and Medicare expenditures, in: New England Journal of Medicine, Nr. 332, 1995, S. 999-1003.
- Lubitz, J.; Prihoda, R.: The use and costs of Medicare in the last 2 years of life, in: Financing Review, Nr. 5, May 1984, S. 117-131.
- Luce, R. Duncan; Raiffa, Howard: Games and Decisions - Introduction and Critical Survey, New York 1957(Reprint 1985).
- Ludes, Horst: Staatliche Eingriffe in die Selbstverwaltung der GKV und ihre Auswirkungen auf Ablauf und Ergebnis der Honorarverhandlungen, in: Knappe, Eckhardt; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Aldabert (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Honorarverhandlungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1988, S. 179 - 197.
- Lüngen, Markus; Lauterbach, Karl W.: Konsequenzen der DRG-Einführung für die Ambulante Versorgung, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 173-186.
- Lüngen, Markus; Lauterbach, Karl. W.: DRG in deutschen Krankenhäusern, Stuttgart, New York 2003.
- Maas, Hans-Jürgen: Entgelt-Kataloge werden weiterentwickelt - Bundesärztekammer befürwortet leistungsorientierten Ansatz, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 95 Heft 47, November 1998, S. A2964-A2966.
- Maibach-Nagel, Egbert; Prchala, Gabriele: Bema-Neubewertung: Dicke Bretter gebohrt, 2003, www.zm-online.de/zm/12_03/pages2/titel1.htm (Stand: 01.02.2005).
- Maus, Josef: Kassenärztliche Vereinigungen - Zum Abschluss freigegeben?, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 1/ 2002, Januar 2002 2002, S. 9.
- Mariotti, Marco: Fair Bargains: Distributive Justice and Nash Bargaining Theory, in: Review of Economic

- Studies, Vol. 66, 1999, S. 733-741.
- Mark, Stefan: Die Steuerung ambulanter medizinischer Leistungen im Gesundheitssystem, Pfaffenweiler 1987.
- Maus, Josef: Gesundheitsreform 2000- Entschiedener Widerstand gegen eine ignorante Politik (Bericht von der KBV-Vertreterversammlung in Cottbus 1999), in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.96 Heft 23, Juni 1999, S. A1533-A1539.
- Maus, Josef: Koordinierungsausschuß: Alles im Griff - unter einem Dach, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97 Heft 40, Oktober 2000, S. A2579-A2580.
- Maus, Josef: EBM 2000 plus: Hängepartie, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98 Heft 10, März 2001, S. A569.
- Maus, Josef: EBM 2000plus - Kluge Entscheidung, in: Deutsche Ärzteblatt, Jg. 101 Heft 45, November 2004, S. A2985.
- Metze, Ingolf: Marktversagen als Problembereich der Gesundheitsökonomie - Zur Frage der Organisation des Gesundheitswesens, in: Herder-Dorneich, Philipp; Sieben, Günter; Thiemeyer, Theo (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie - Band 1: Wege zur Gesundheitsökonomie I, Stuttgart 1981, S. 63-110.
- Meyer, Dirk: The German Health Charitable Welfare System: A Critism from the Viewpoint of Ordnungspolitik, in: Annals of Public and Cooperative Economics, Vol. 72. No. 1, 2001, S. 103-133.
- Meyer, Roswitha: Entscheidungstheorie, Wiesbaden 2000.
- Milgrom, Paul; Roberts, John: Informational Asymmetries, Strategig Behavior, and Industrial Organization, in: American Economic Review, Vol. 77 No. 2, 1987, S. 184-193.
- Müller, Christian: Das vertragstheoretische Argument in der Ökonomik, Berlin 2000.
- Münnich, Frank E.: Kosten- und Allokationswirkungen des trechnischen Fortschritts im Gesundheitswesen, in: Münnich, Frank E.; Oettle, Karl (Hrsg.): Beiträge zur Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Stuttgart 1984, S. 13-56.
- Mutho, Abhinay: On the strategig role of outside options in bilateral bargaining, in: Operations Research, Vol. 43, No. 2, März-April 1995, S. 292-297.
- Napel, Stefan: Bilateral Bargaining - Theory and Applications, Heidelberg 2002.
- Nash, John: The Bargaining problem, in: Econometrica, Vol. 18, No. 2, 1950, S. 155 - 162.
- Nash, John: Two-Person Cooperative Games, in: Econometrica, Vol. 21, 1953, S. 136 ff.
- Nass, Elmar: Gesundheitsökonomie zwischen Güterknappheit und Humangerechtigkeit, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3-4/2004, März 2004, S. 31-36.
- Nederegger, Georg; Puttlitz, Jasper zu; Thiäner, Michael; Wallmann, Carsten: Zukunft des gesetzlichen Krankenkassenwesens in Deutschland: von der Budgetierung zur wert- und leistungsorientierten Gesundheitsversorgung, in: Salfeld, Rainer; Wettke, Jürgen (Hrsg.): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens - Perspektiven und Konzepte, Berlin, Heidelberg, New York 2001, S. 77-94.
- Nehls, Roderich: Managementaufgaben in Praxisnetzwerken, in: Merke, Klaus(Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Reform 2000 - Prozeßmanagement - Leitlinien, Berlin 2000, S. 329-333.
- Neubauer, Günter: Konkurrenz der Steuerungssysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Herder-Dorneich, Philipp; Klages, Helmut; Schlotter, Hans-Günther(Hrsg.): Überwindung der Sozialstaatskrise - Ordnungspolitische Ansätze, Baden-Baden 1984, S. 149-168.
- Neubauer, Günter: Wahlen als Steuerungselement der Gemeinsamen Selbstverwaltung, in: Verein für Socialpolitik (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitwesens, Berlin 1985, S. 223 - 240.
- Neubauer, Günter: Der Einfluß verschiedener Honorierungsverfahren auf Ablauf und Ergebnis von Honorarverhandlungen, in: Knappe, Eckhard; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Adalbert (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Honorierungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1988, S. 198-222.
- Neubauer, Günter: Gleichheit vor dem Tode - Ökonomische Analyse unterschiedlicher Sterblichkeitsraten in Bayern, in: Gäfgen, Gérard ; Oberender, Peter (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1989, S. 47 - 72.
- Neubauer, Günter: Systematische Bewertung der Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung, in: das Krankenhaus, 91. Jg. Heft 11, November 1998, S. 652-656.
- Neubauer, Günter: Stationäre Leistungen Kuren und Rehabilitationen, in: Albring, Manfred; Wille, Eberhard (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1999, S. 87-97.
- Neubauer, Günter: Einführung in die Thematik, in: Neubauer, Günter(Hrsg.): Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems-Hoffnungen und Ängste (Tagungsband zum 9. Neubiberger Krankenhausforum), Neubiberger 2000a, S. 3-14.
- Neubauer, Günter: Koreferat zu Frank Schulz-Nieswandt: Der Krankenhausektor im institutionellen und leistungsrechtlichen Strukturwandel - derzeitige Situation und zukünftige Entwicklungsperspektiven, in: Schmähel, Winfried(Hrsg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat, Berlin 2000b, S. 71 - 78.

- Neubauer, Günter: Medizinischer Fortschritt und Krankenversicherung, in: Maydell, Bernd von; Shimomura, Takeshi; Tezuka, Kazuaki(Hrsg.): Entwicklung der Systeme sozialer Sicherheit in Japan und Europa, Berlin 2000c, S. 169 - 182.
- Neubauer, Günter: Ordnungspolitische Eckpunkte einer Krankenhausentgeltordnung - Ziel: Das Verhältnis von Preisen und Leistungen optimieren, in: Krankenhaus Umschau, Heft 2/2001, Februar 2001a, S. 122-126
- Neubauer, Günter: Perspektiven einer Neuordnung der Leistungs- und Finanzierungsseite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Klauber, Jürgen; Klose, Joachim; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Die Zukunft denken - Diskussion des Wissenschaftlichen Beirats des WIdO zur Zukunft des Gesundheitswesens, Bonn 2001b, S. 41-50.
- Neubauer, Günter: Gesundheitspolitik im Interesse der Versicherten: Strukturreform oder Systemwechsel, in: Die BKK, Nr. 9/2002, September 2002a, S. 375 - 382.
- Neubauer, Günter: Koordinaten eines Systemwechsels - Ist GKV durch Reform noch zu retten?, in: gpk - Gesellschaftspolitische Kommentare, Heft 5/2002b, Mai 2002b, S. 3 -6.
- Neubauer, Günter: Perspektiven unseres Gesundheitssystems: Reicht eine Reform oder brauchen wir einen Systemwechsel?, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Heft 4/2002, August 2002 c, S. 210 - 213.
- Neubauer, Günter: Schnittstellenproblematik aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 58/2002, Juni 2002d, S. 91 - 93.
- Neubauer, Günter: Paradigmenwechsel in der Dialysevergütung in Deutschland: Pauschalvergütung statt Kostenerstattung seit 1.Juli 2002, in: Nephro-News - Forum für Nephrologie und Hypertensologie, Heft 4/2002, September 2002e, S. 333 - 36.
- Neubauer, Günter: Ein erhebliches Potenzial - Möglichkeiten stationersetzender Leistungen und Wege zu deren Ausschöpfung, in: Krankenhaus Umschau, 73. Jg., Heft 5, Mai 2003a, S. 25 - 29.
- Neubauer, Günter: Ein erhebliches Potential: Möglichkeiten stationersetzender Leistungen und Wege zu deren Ausschöpfung, in: ku.Sepzial Controlling, Heft 4/2003, 2003b, S. 25-29.
- Neubauer, Günter: Die Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2002, Stuttgart 2003c, S. 71-91.
- Neubauer, Günter: Ende der Kassenarten - Ende des Korporatismus? Zeit für eine moderne Neustrukturierung des Organisationsrechtes der Krankenkassen, in: Forum für Gesundheitspolitik, November/Dezember 2003d, S. 379 - 381.
- Neubauer, Günter: Wettbewerb der europäischen Gesundheitssysteme aus ökonomischer Sicht, in: Klusen, Norbert(Hrsg.): Europäischer Binnenmarkt und Wettbewerb - Zukunftsszenarien für die GKV, Baden-Baden 2003e, S. 73 - 92.
- Neubauer, Günter: DRG-Konvergenzphase: wann, wie, wie lang? - Alternativmodelle für einen modifizierten DRG-Einführungsprozeß, in: Krankenhaus Umschau, 73. Jg., Heft 5, Mai 2004a, S. 421-423.
- Neubauer, Günter: Einführung und Entwicklung der DRGs in Deutschland, in: Beck, Markus; Goldschmidt, Andreas J.W.; Greulich, Andreas; Kalbitzer, Manfred; Schmid, Rudolf; Thiele, Günter(Hrsg.): Management Handbuch DRGs, 2004 b, S. MH-DRGs, 4.Erg.-Lfg. Juni 2004 (Neubauer).
- Neubauer, Günter: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernd.Peter; Schellschmidt, Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004 c, S. 101-119.
- Neubauer, Günter: Das Ziel muß Wettbewerb sein - Konvergenz mit einheitlichen oder differenzierten Basisfallwerten?, in: Krankenhaus Umschau, Heft 8, August 2004d, S. 701-704.
- Neubauer, Günter: GMG in Kraft - Und wie gehts weiter mit der Gesundheitsreform?, in: Hindringer, Bernd; Rothballer, Wolfgang; Thomann, Herrmann J.(Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Köln 2004e, S. .
- Neubauer, Günter: Grundzüge der Volkswirtschaftslehre, 4. Auflage, Bayreuth 2004 f.
- Neubauer, Günter: Demokratisch demographische Falle - Reformen des Gesundheitssystems müssen auch gegen die älteren Generationen durchgesetzt werden, in: gpk - Gesellschaftspolitische Kommentare, 45 .Jg., Nr 11, November 2004 g, S. 3 - 10.
- Neubauer, Günter: Das Kartellamt hinterfragt die Klinik-Monopole - Gibt es eine private Marktmacht in einem staatlich regulierten Krankenhausmarkt?, in: f&w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 22, Nr. 2, April 2005, S. 62 - 66.
- Neubauer, Günter; Rebscher, Herbert: Gemeinsame Selbstverwaltung - Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf 1984.
- Neubauer, Günter; Demmler, Gertrud; Sonnenholzer-Roche; Anneliese; Unterhuber, Hans: Von der Leistung zum Entgelt - Neue Ansätze zur Vergütung von Krankenhäusern, Stuttgart 1989.
- Neubauer, Günter; Zelle, Barbara: Finanzierungs- und Vergütungssysteme, in: Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-

- Jürgen; Schulenburg, J. -Matthias Graf von der(Hrsg.): Krankenhausmanagement, München, Berlin 1998, S. 546-558.
- Neumann, Daniela: Kartellrechtliche Sanktionierung von Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitswesen, in: Löwitsch, Manfred (Hrsg.): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1999, S. 11-22.
- Niedersächsischer Landtag: Protokoll der 38. Plenarsitzung vom 24. Juni 2004, Hannover 2004.
- Niedersächsischer Landtag, Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit: Beschlussempfehlung zum Antrag der SPD vom 19.04.2004 (Drucksache 15/1044), Hannover 2004.
- o.V.: So kam es zur Praxisgebühr - eine Chronik, Abrufbar unter der URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/01/23/012a1302.asp> (Stand 30.01.2004).
- o.V.: OECD Health- Data (CD), 2004.
- o.V.: Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung durch Unternehmer und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsdienstgesetz NRW - RettG NRW) vom 24.11.1992 in der Fassung vom 25.09.2001.
- o.V.: Sozialgesetzbuch V(SGB V) .
- o.V.: Zivilprozeßordnung .
- o.V.: The Sultans of SWAP: Defining the Duties and Liabilities of American Mediators, in: Harvard Law Review, Vol. 99 No. 8, 1986, S. 1876 - 1895.
- o.V.: Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz - RettDG -) Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 22.April 1991, 1991.
- o.V.: Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg, 1992.
- o.V.: Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettDG-LSA) vom 11. November 1993.
- o.V.: Rettungsdienstgesetz Berlin (RettG Berlin) vom 08.07.1993.
- o.V.: Gesetz über Rettungsdienst, Notfallrettung und Krankentransport für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Rettungsdienstgesetz - SächsRettDG) vom 7. Januar 1993, 1993.
- o.V.: Arzneimittelgesetz, Berlin 1996.
- o.V.: Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der Fassung vom 26.08.1998 (Fundstelle: BGBl I 1998, 2521).
- o.V.: Gesetz zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Hessisches Rettungsdienstgesetz 1998 - HRDG) vom 24. November 1998
- o.V.: Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 16.07.1998
- o.V.: Gesetz über die Notfallrettung und den Krankentransport (Rettungsdienstgesetz - RDG) vom 29. November 1991 in der Fassung vom 16.Juni 1998.
- o.V.: Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BpflV/BPflV'95) vom 26. September 1995 in der Fassung vom 22.12.1999, 1999.
- o.V.: Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG) vom 29.01.1992 zuletzt geändert durch Artikel 25 des Gesetzes vom 20.11.2001.
- o.V.: Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtverordnung/SchiedsVO) vom 28. Mai 1957 in der Fassung vom 23.10.2001.
- o.V.: Thüringer Rettungsdienstgesetz (ThürRettG) Vom 22.12.1992 in der Fassung vom 24.10.2001.
- o.V.: Bremisches Hilfeleistungsgesetz (BremHilfeG) vom 18.Juni 2002.
- o.V.: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003, in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003, 2003, S. 2190 - 2259.
- o.V.: Hamburgisches Rettungsdienstgesetz (HmbRDG) vom 9. Juni 1992 in der Fassung vom 11.Juni 2003.
- o.V.: Gesetzliche Krankenversicherung - Die Ausgaben sind das Übel, in: iwd - Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, Nr. 16 vom 17.April 2003.
- o.V.: Sozialversicherung - Zum Jobkiller mutiert, in: iwd - Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, Nr. 43 vom 23. Oktober 2003.
- o.V.: Gesetz über die Entgelte für voll- und Teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG), 2003.
- o.V.: Gesetz über die Entgelte für voll- und Teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG), 2003.
- o.V.: Krankenhausfinanzierungsgesetz, Berlin 2003.
- o.V.: Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstgesetz - RDG M-V) vom 01.07.1993 in der Fassung vom 17.12.2003.

- o.V.: Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayrRDG) in der Fassung von 2004.
- o.V.: Rettungsdienstgesetz Berlin (RettG Berlin) vom 08.07.1993 in der Fassung vom 24.06.2004, 2004.
- o.V.: Sozialgesetzbuch XI.
- o.V.: Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) Gesetz Nr. 1328 vom 9. Februar 1994 in der Fassung vom 3. Januar 2004.
- o.V.: Verwaltungsverfahrensgesetz (in der Fassung vom 23.01.2003), Berlin 2003.
- o.V.: http://www.rechtslexikon-online.de/Oeffentlichrechtlicher_Vertrag.html(Stand vom 17.06.2005).
- o.V.: http://www.facharzt.de/content/facharzt.otx/180_5287_0.html?sID=9d54e2e54092c5cfc4b1ff1545650ba0 (Stand: 21.06.2005).
- Oberdieck, Veit: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Hamburg 1998.
- Oberender, Peter: Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage: Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen -Vorschläge zur Neuorientierung im Gesundheitswesen, in: Geigant, Friedrich; Oberender, Peter(Hrsg.): Marktsteuerung im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1985, S. 13-58.
- Oberender, Peter; Hebborn, Ansgar;Zerth, Jürgen: Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2001.
- Oberender, Peter; Zerth, Jürgen: Die Positivliste aus ökonomischer Sicht: eine ordnungsökonomische Analyse, in: Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Universität Bayreuth, Diskussionspapier 11-03, August 2003 ,Bayreuth 2003.
- Oberender,Peter; Fleischmann, Jochen: Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft, Stuttgart 2002.
- Oppenhoff, Walter: Über die Bedeutung der Schiedsgerichtsbarkeit im gegenwärtigen politischen und wirtschaftlichen Umfeld, in: Böckstiegel, Karl-Heinz(Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit im Umfeld von Politik, Wirtschaft und Gerichtsbarkeit, Köln, Berlin, Bonn, München 1992, S. 23-25.
- Ott, Alfred Eugen: Marktform und Verhaltensweise, Stuttgart 1959.
- Ott, Stefanie: Außergerichtliche Konfliktbeilegung in Zivilsachen, Stuttgart 2000.
- Pen, J.: A General Theory of Bargaining, in: American Economic Review, Vol.42 No. 1 ,March 1952, S. 24-42.
- Peters, Hans; van Damme, Eric: Characterizing the Nash and Raiffa bargaining solution by disagreement point axioms, in: Mathematics of Operations Research, Vol. 16, No. 3, August 1991, S. 447-461.
- Pimpertz, Jochen: Marktwirtschaftliche Ordnung in der sozialen Krankenversicherung, Köln 2001.
- Pimpertz, Jochen: Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: iw-trends, Heft 1/2003, April 2003.
- Plänkers, Gudrun: Institutionalisierte Konfliktregelung in den industriellen Arbeitsbeziehungen in der BRD, Pfaffenweiler 1990.
- Posthuma, Richard A.; Dworkin, James B.; Swift, Maria Stella: Mediator Tactics and Sources of Conflict: Facilitating and Inhibiting Effects, in: Industrial Relations, Vol. 41, No. 1, Januar 2002, S. 94-109.
- Postler, Andreas: Modellrechnung zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung- Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, in: Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, 2003.
- PROGNOS: Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland, 1998.
- PROGNOS: Betriebswirtschaftliches Modell (BEM) zur Neubewertung zahnärztlicher Leistungen - Gutachterliche Stellungnahme im Kontext der BAZ II und der IFH-Studie, Basel/Köln 2002.
- Pull, Kerstin: Ultimatum Games and Wages: Evidence of an "Implicit Bargain"?, in: Schmalenbach Business Review, Vol. 50, April 2003, S. 161-171.
- Quaas, Michael: Die wichtigsten Schiedsstellenentscheidungen der Jahre 1994 und 1995, in: f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 12 Nr. 3, Mai 1995, S. 521-529.
- Rabbata, Samir: Gebührenordnung - Kassen ziehen nach, in: Deutsche Ärztezeitung, Jg. 99 Heft 46, November 2002, S. A3065.
- Rabbata, Samir: Gesundheitskosten - Krankheitsrisiko Armut, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 10, März 2005a, S. A621.
- Rabbata, Samir: Debatte um Hausarztmodelle - Umfrage: Ärzte schlecht auf neue Aufgaben vorbereitet, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 18, April 2004, S. A1218.
- Rabatta, Samir: Ambulante Versorgung - Kassen werten Daten aus, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 10, März 2005, S. A638.
- Rabe, Brigitta: Implementation von Arbeitsmarktpolitik durch Verhandlungen - Eine spieltheoretische Analyse, Berlin 2000.
- Raiffa, Howard: Arbitration Schemes for Generalized Two-Person Games, in: Kuhn, H. W. ; Tucker, A. W.

- (Hrsg.): Contributions to the Theory of Games, Princeton 1953, S. 361--387.
- Raiffa, Howard: Decision Analysis: A Personal Account of how it go Started and Envolved, in: Operations Research, Vol. 50 No. 1, Januar 2002, S. 179 - 185.
- Rebscher, Herbert: Solidarische Wettbewerbsordnung - Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, Januar 1994, S. 42-48.
- Rebscher, Herbert: Neue Szenarien für das jetzige Gesundheitssystem, in: Merke, Klaus(Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Reform 2000 - Prozeßmanagement - Leitlinien, 2000, S. 19 - 25.
- Rebscher, Herbert: Wir überschätzen die Handlungsfähigkeit von Einzelakteuren, in: Forum für Gesundheitspolitik, November/Dezember 2003a, S. 407-411.
- Rebscher, Herbert: Der Sicherstellungsauftrag - seine Einordnung in eine Systematik zentraler ordnungspolitischer Grundentscheidungen, in: Perspektiven des Gesundheitswesens, 2003b, S. 107-124.
- Rebscher, Herbert: Zwischen Staat und Individuum - Die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk), Nr 2., Februar 2004a, S. 3-8.
- Rebscher, Herbert: Integrierte Versorgung - Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3-4, 2004b, S. 46 - 52.
- Rebscher, Herbert: Gesundheitsökonomische Zusammenhänge gesundheitspolitischer Entscheidungen, 2004c, www.unibw-muenchen.de.
- Rebscher, Herbert; Straub, Christoph: Bestimmung von Gesundheitszielen - Neuer Auftrag für die Krankenkassen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sondernummer 2 August 1999, S. 34-36.
- Reiss, Peter: Empirical Models of Discrete Strategig Choices, in: American Economic Review: Papers ans Proceedings, Vol. 86, No. 2, May 1996, S. 421-425.
- Richter-Kuhlmann, Eva A.: Integrationsverträge ein Megainstrument - Im Wettbewerb sieht die DKG gute Chancen für ihre Mitglieder, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 4, Januar 2004, S. A156.
- Richter-Kuhlmann, Eva A.: Gemeinsamer Bundesausschuss - Undankbare Aufgabe, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.102, Heft 8, Februar 2005, S. A461.
- Richter, Rudolf; Furubotn, Erki G.: Neue Institutionenökonomik, Tübingen 1999.
- Riddell, W. Craig: Bargaining under Uncertainty, in: American Economic Review, Vol. 71, No. 4, September 1981, S. 579-590.
- Riechmann, Thomas: Spieltheorie, München 2002.
- Riesberg, Annette; Busse, Reinhard: 120 Jahre Krankenversicherung in der deutschen Gesundheitsversorgung, in: Die BKK, 91. Jg., Nr. 8, August 2003 2004, S. 381-388.
- Robra, Bernt-Peter; Deh, Uwe; Swart, Enno; Felder, Stefan; Dralle, Ralf: Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs, in: Klauber, Jürgen; Robra, Berndt-Peter; Schellschmidt, Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 137-147.
- Roeder, Norbert: Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005 - Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Münster 2004.
- Roth, Alvin E.; Schoumaker, Francoise: Expectations and Reputations in Bargaining: A Experimental Study, in: American Economic Review, Vol. 73 No. 3, 1983, S. 362 - 372.
- Rubin, Jeffrey Z.: Experimental Research on Third-Party Intervention in Conflict: Toward Some Generalization, in: Psychological Studies, 87. Jg. No. 2, 1980, S. 379-391.
- Rüschman, Hans-Heinrich; Schmolling, Klaus: Konsequenzen aus dem Konflikt von staatlicher Planung und Wettbewerb, in: Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-Jürgen; Schulenburg, J. -Matthias Graf von der(Hrsg.): Krankenhausmanagement, München, Berlin 1998, S. 630-648.
- Rueschhoff, Susan M.: Measuring and Explaining Atitudes for Interest Groups Toward Selected Aspects of Publi Sector Interest Arbitration, in: Public Personnel Management, Jg. 20 No. 4, 1991, S. 493-504.
- Rychlik, Reinhard: Gesundheitsökonomie, Stuttgart 1999.
- Sachverständigenrar für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1988.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitwesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden 1991.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 - Eigenverantwortung, Subidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingunge, Baden-Baden 1994.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen(SVRKAiG): Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden 1996.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 2001.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Baden-Baden 2003.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRG): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Berlin 2005.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR): Jahresgutachten 2002/2003 - Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden 2002.
- Sahlmüller, Helga: Vom ICD-Mix zum Fallgruppenmix - Ein konzeptioneller Vorschlag zur Weiterentwicklung des Karankenhausbetriebsvergleichs unter Einbeziehung der DRGs, in: Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schellschmidt, Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2000, Stuttgart 2001, S. 243-266.
- Schawao, Dorothee; Schneider, Werner: Möglichkeiten und Grenzen eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, 2004, S. 14-22.
- Schenk, Stefan: Evolution kooperativen Verhaltens: Spieltheoretische Simulationen, Wiesbaden 1995.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Schiedsspruch und Begründung vom 14. Dezember 2001 für die privaten Durchführenden des Rettungsdienstes von Juli 1999 bis Juni 2000, München 2001.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Protokoll der Sitzung der Schiedsstelle vom 03.11.2001, 2001a.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Schiedsspruch und Begründung des Schiedspruches vom 4.11.2001 für die öffentlich-rechtlichen Durchführenden des Rettungsdienstes für Juli 1999 bis Juni 2000, 2001b.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Protokoll der Sitzung der Schiedsstelle vom 14.12.2001, 2001c.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Schiedsspruch und Begründung vom 13. Dezember 2001 für die öffentlich-rechtlichen Durchführenden des Rettungsdienstes von Juli 2000 bis Juni 2001, 2001d.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Schiedsspruch und Begründung vom 14 Dezember 2001 für die privaten Durchführenden des Rettungsdienstes von Juli 2000 bis Juni 2001, 2001e.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Schiedsspruch und Begründung vom 3. Januar 2002 für alle Durchführenden des Rettungsdienstes im Jahr 2002, 2002.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Protokoll der 1. Sitzung vom 12.03.2004, 2004a.
- Schiedsstelle gemäß Art. 22 Abs 1 Satz 2 BayrRDG (Entgeltsschiedsstellefür den Rettungsdienst Bayern): Beschluß und Begründung des Schiedspruches vom....., 2004b.
- Schirmer, Horst Dieter: Die Organisation der Leistungserbringer als Partner von Kollektivverträgen und Konfliktlösung, in: Löwisch, Manfred(Hrsg.): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Köln, Berlin, Bonn, München 1999, S. 85 - 98.
- Schmid, J.: Sozialpolitische Konsequenzen der Bevölkerungsentwicklung, in: Politische Studien, 37. Jg. Nr. 285, 1986, S. 299 - 312.
- Schmidt, Klaus: Behandlung im Krankenhausbett oft überflüssig - Gesundheitsökonom Günter Neubauer weist auf Sparpotenzial durch Tageskliniken hin, in: epd Sozial,Nr. 48 vom 26.11.2004, 2004, S. 3.
- Schmitz, Harald; Platzköster, Clemens: Fallkostenkalkulation und Relativgewichte - entscheidende Faktoren der zukünftigen Krankenhausvergütung, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt.Peter; Schellschmidt, Henner(Hrsg.): Krankenhausreport 2003, Stuttgart 2004, S. 21-41.
- Schneider, Friedrich: Einfluß von Interessengruppen auf gesundheitspolitische Entscheidungen: Einige theoretische Überlegungen mit Hilfe der ökonomischen Theorie der Politik, in: Oberender, Peter(Hrsg.): Umbruch und Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bayreuth 1990
- Schneider, Helmut: Das allgemeine Gleichgewicht in der Marktwirtschaft, Tübingen 1969.
- Schneider, Udo: Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderung und Perspektiven der

- Gesundheitssicherung, in: Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Universität Bayreuth, Diskussionspapier Nr. 08-03, Juni 2003.
- Schönbach, Karl-Heinz: Öffentlich rechtliches Vertragsrecht und Wettbewerb in der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 7-8, Juli/August 2001, S. 10-15.
- Schorre, Winfried: EBM-Reform - ein Paradigmenwechsel, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 95, Heft 20, Mai 1998, S. A1222-A1223.
- Schreyögg, Jonas: Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive, Berlin 2002.
- Schrinner, Bernd: Handlungsbefugnis und Handlungsschranken der Krankenkassen bei Kollektivverträgen und Konfliktlösung, in: Löwisch, Manfred (Hrsg.): Wettbewerb, Kollektivverträge und Konfliktlösung in der Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden 1999, S. 98-108.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Greiner, Wolfgang: Gesundheitsökonomik, Tübingen 2000.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der : Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der: Thesen zur Ordnungspolitischen Neugestaltung des Gesundheitswesens, in: Farny, Dieter; Felderer, Bernhard (Hrsg.): Ordnungspolitik der Lebens- und Krankenversicherung, Karlsruhe 1988, S. 99-115.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der: Demographischer Wandel und Umverteilung via Gesetzliche Krankenversicherung, in: Gäfgen, Gérard; Oberender, Peter(Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1989, S. 73 - 91.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der: Preisbildung im Gesundheitswesen, in: Andersen, Hanfried H.; Henke, Klaus-Dirk; von der Schulenburg, J.-Matthias (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Berlin 1992, S. 111-134.
- Schulin, Bertram: Vergütungen für zahntechnische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1992.
- Schulte, P.: Einkaufen - professionell und erfolgreich, Ehningen 1990.
- Schulz, Erika; Leidl, Reiner; König, Hans-Helmut: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle - Vorausschätzung bis 2020 mit Ausblick auf 2050, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.): Diskussionspapier Nr. 240, Berlin 2001 .
- Schulze Ehring, Frank: Beitragssatzanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung - Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner, Köln 2004.
- Schütze, Rolf A.; Tscherning, Dieter; Wais, Walter: Handbuch des Schiedsverfahrens: Praxis der deutschen und internationalen Schiedsgerichtsbarkeit, Berlin, New York 1985.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Kickbusch, Ilona; Wismar, Matthias: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes(Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998, S. 172-188.
- Schwarze, Johannes; Andersen, Hanfried H.: DIW-Diskussionspapier Nr. 267, Berlin 2001.
- Sebenius, James K.: Negotiation Analysis: A Characterization and Review, in: Management Science, Vol. 38, No. 1, Januar 1992, S. 18-38.
- Seitz, Robert: Die deutschen DMP nach GMG und 9. RSAÄndV, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 7-8/2004, , S. 11 – 22.
- Sellien, Reinhold; Sellien, Helmut (Hrsg.): Gablers Wirtschaftslexikon, 10. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden 1988.
- Shackle, George L.S.: The Nature of Bargaining Process, in: Dunlop, J.(Hrsg.): The Theory of Wage Determination, Proceedings of the International Economic Association, New York 1957, S. 303 ff..
- Siebeck, Georg: Cause and Management of Conflicts - Editorial Preface, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE), Vol. 159, 2003, S. 1-15.
- Simon, Herbert A.; Dantzig, George B.; Hogarth, Robin; Plott, Charles R.; Raiffa, Howard; Schelling, Thomas C.; Shepsle, Kenneth A.; Thaler, Richard; Tversky, Amos; Winter, Sidney: Decision Making and Problem Solving, in: Interfaces, Vol. 17. No. 5, September-Oktober 1987, S. 11-31.
- Söllner, Alfred: Arbeitsrecht, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1978.
- Stackelberg, Heinrich von: Marktform und Gleichgewicht, Wien, Berlin 1934.
- Stackelberg, Heinrich von: Preisdiskrimination bei willkürlicher Teilung des Marktes (Nachdruck aus Archiv für mathematische Wirtschafts- und Sozialforschung, Bd. 5, Jg. 1939, S. 1-11.), in: Ott, Alfred Eugen(Hrsg.): Preistheorie, Köln, Berlin 1968, S. 379-389.
- Staffelt, Thomas: Morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumina in der ärztlichen Vergütung - Eine Machbarkeitsanalyse, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, November/Dezember 2004, S. 51 - 59.

- Steege, Reinhard; Rheinberger, Paul: Gemeinsamer Bundesausschuss - Gebot der Unbefangenheit, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 50, Dezember 2004, S. A3389.
- Stillfried, Dominik Graf von; Ryll, Andreas: Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung - Erste empirische Ergebnisse, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, November/Dezember 2004, S. 36-50.
- Straub, Christoph; Pütz, Claudia: Perfektionswahn statt echter wettbewerblicher Reformen - Die Rolle des Risikostrukturausgleiches in einer wettbewerblichen Krankenversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 11-12, November/Dezember 2004, S. 10-13.
- Teichmann, Ulrich: Bestimmungsgründe des Organisationsgrades der Tarifverbände und ihr Einfluß auf die Tarifpolitik, in: Külp, Bernhard; Haas, Heinz-Dieter (Hrsg.): Soziale Probleme in der modernen Industriegesellschaft, Berlin 1977, S. 609-638.
- Thielmann, Lars; Rohr, Manfred; Schade, Diethard: Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen, Stuttgart 2002.
- Thiemann, Burkhard; Klingenberger, David; Weber, Michael: System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln 2003.
- Thiemeyer, Theo: GKVen und KVen als Interessenvertreter von Versicherten, Patienten und Ärzten, in: Knappe, Eckhardt; Laine, Vesa; Schmitz, Stefan H.; Winkler, Aldabert(Hrsg.): Steuerungswirkung des Honorarverhandlungssystems im Gesundheitssektor, Stuttgart 1988, S. 247-273.
- Tirole, Jean: Industrieökonomik, München, Wien 1999.
- Tretter, Felix: Krankes Gesundheitswesen und die Reformen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 9, März 2005, S. A570-A573.
- Tuschen, Karl Heinz: Der Krankenhausbetriebsvergleich nach der BPfIV, in: f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 15 Heft 3, März 1998, S. 200- 01.
- Ueberle, Max: Krankenversicherungssysteme im Vergleich - Perspektiven für einen Systemwettbewerb zwischen integrierter Versorgung und der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, Stuttgart 2003.
- Ulrich, Volker: Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000, Berlin 1998.
- Ulrich, Volker: Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz in der GKV, Berlin 2003.
- Ulrich, Volker; Pohlmeier, Winfried: Arztwahl und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Ein ökonomischer Ansatz zur Modellierung des Entscheidungsprozesses im ambulanten Bereich, in: Oberender, Peter(Hrsg.): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden 1993, S. 33 - 63.
- Unterhuber, Hans: Preissteuerung in der Krankenhausversorgung - Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung von Preisen zur Steuerung von Krankenhausleistungen, München 1986.
- van de Ven, Wynand P.M.M.: Was ist die beste Strategie eines "solidarischen" Ausgleichs der Krankheitslasten in einem solidarischen Wettbewerbssystem: Obergrenzen für Versicherungsbeiträge oder risikobezogene Prämiensubvention?, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg. (2002) Heft 4, 2002, S. 477 - 489.
- Vaudt, Susanne: Außergerichtliche Konfliktregelung unter Rechtsunsicherheit - Die Schiedsstelle für Krankenhauspflegesätze, München und Mehring 2001.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen in den Jahren 1996 und 1997 vom 13. Oktober 1997, München 1997.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahre 1998 vom 30. April 1998, München 1998.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahre 1999 vom 21. Mai 1999, München 1999.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahre 2000 vom 31. März 2000, München 2000.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahre 2001 vom 23. Oktober 2001, München 2001.
- vdak/AEV-Landesvertretung Bayern: Antrag zum Schiedsverfahren zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen wegen der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Jahre 2002 vom 19. Februar 2002, München 2002.
- Wagner, Gerd G.: Geregelter Wettbewerb statt Leistungsausschlüsse, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/2001, September/Oktober 2001, S. 17 - 21.

- Weber, Michael: Wettbewerb im Gesundheitswesen - oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden?, in: Sozialer Fortschritt, 11/2001, November 2001, S. 254 - 260.
- Weizsäcker, Robert K. von: Staatsverschuldung und Demokratie, in: Kyklos, Vol. 45, Nr 1., 1992, S. 51-67.
- Weizsäcker, Robert K. Von: Staatsverschuldung und Demokratie, München 2004.
- Weller, Michael: Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung: Chancen nutzen - Gefahren erkennen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/2002, Januar/Februar 2002, S. 39 - 42.
- Wendt, Claus: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?, Remittende 2003.
- Wenner, Ulrich: Bundessozialgericht und Europäischer Gerichtshof: Zur Kostenerstattung für Krankenbehandlungen in der Europäischen Union, in: Soziale Sicherheit, Heft 1/2005, Januar 2004, S. 33-36.
- Wiesner, Gerd: Der Lebensverlängerungsprozeß in Deutschland: Stand - Entwicklung - Folgen, Berlin 2001.
- Wille, Eberhard: Die Reform der Beitragsgestaltung im Widerstreit der Meinungen, in: Sodan, Helge (Hrsg.): Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, Berlin 2004, S. 71-88.
- Williams, Steven R.: The Transition from Bargaining to a Competitive Market, in: American Economic Review: Papers and Proceedings, Vol. 80 No. 2, May 1990, S. 227 - 231.
- Williamson, Oliver E.: The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations, in: American Economic Review, Mai 1971, S. 112 - 123.
- Williamson, Oliver E.: The Limit of Firms: Incentive and Bureaucratic Features, 1985.
- Williamson, Oliver E.: Credible Commitments: Using Hostages to Support Exchange, in: American Economic Review, Vol. 74, September 1983, S. 519 - 540.
- Wilson, Charles A.: Mediation and the Nash bargaining solution, in: Review of Economic Design, Vol. 6, No. 3-4, December 2001, S. 353 - 370.
- Winkler, Walter O.: Verhandlungsführer der Innungen fordern in einer gemeinsamen Resolution faire Vertragsverhandlungen, abrufbar unter der URL:
<http://www.vdzi.de/news/0/f36dd908fcd201dc1256c410023fcf0?OpenDocument> (Stand 09.06.2003), 2002.
- Wismar, Matthias; Schwartz, Friedrich Wilhelm: Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument - Verbesserte Allokationseffizienz in der Gesundheitsversorgung?, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sondernummer 2, August 1999, S. 13-17.
- Wissenschaftliche Arbeitsgruppe "Krankenversicherung": Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Aktuelle Formen des Korporatismus, 2000.
- Witt, Peter: Corporate Government, in: Jost, Peter-J. (Hrsg.): Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart 2001, S. 82- 16.
- Wöhe, Günter: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, München 1990.
- Wüstrich, Thomas: Wettbewerb und Soziale Krankenversicherung, Bayreuth 1994.
- Zintl, Reinhard: Zur Reform des Verbändestaates, in: Freiburger Diskussionspapiere zur Ordnungsökonomik, Nr. 04/15, Freiburg/Brsg. 2004, S. .
- Zipperer, Manfred; am Orde, Bettina: Der Koordinierungsausschuß - Genese, Anspruch und Perspektive, in: KrV - Die Krankenversicherung, 51. Jg., Heft 6, Juni 2001, S. 172-177.
- Zweifel, P.; Felder, S.; Meier, M.: Ageing of Population and healthcare expenditure: are herring?, 1995.
- Zweifel, Peter: Der medizinisch-technische Wandel aus ökonomischer Sicht, in: Münnich, Frank E.; Oettle, Karl (Hrsg.): Ökonomie des technischen Fortschritts in der Medizin, Stuttgart 1984, S. 57 - 106.
- Zweifel, Peter: Alter, Gesundheit und Gesundheitsausgaben - eine neue Sicht, in: GGW, 1/2001, Juli 2001 2001, S. 7 - 12.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan; Werblow, Andreas: Population ageing and health care expenditure: New evidence on the 'red herring', Zürich 2004.