

2 Bestimmung des Politikfeldes Gesundheitspolitik

Die Orientierung der vorliegenden Untersuchung an einem policyanalytischen Forschungsansatz benötigt die Eingrenzung und Bestimmung des Gegenstandsbereichs, hier des konkreten Politikfeldes. Nach Böcher und Töller (2012) stellt sich „[...] ein Politikfeld als eine spezifische auf Dauer angelegte Konstellation sich aufeinander beziehender Probleme, Akteure, Institutionen und Maßnahmen [...]“ (S. 4) dar. In einem Politikfeld werden, so konkretisiert Noweski (2010), kollektiv verbindliche Entscheidungen vorbereitet und ausgehandelt, die wiederum individuelle und kollektive Handlungen unabhängig vom Regierungssystem beeinflussen. In Anlehnung an das Verständnis, dass „Gesundheitspolitik [...] die Herstellung Gesundheitszustände beeinflussender sowie kollektiv verbindlicher Entscheidungen gemäß demokratischer Praxis und Normen [ist]“ (S. 15), stellen sich die Einführung, Weiterentwicklung und grundsätzliche Gestaltung der hausärztlichen Versorgung bzw. der HzV innerhalb des GKV-Systems als Elemente des Politikfeldes Gesundheitspolitik dar. Auch die nicht-staatlichen Akteure, die die politischen Entscheidungen zur Entwicklung der HzV beeinflussen, sind Teil der Gesundheitspolitik.

Entsprechend beleuchtet das folgende Kapitel den institutionellen Kontext, in dem Gesundheitspolitik stattfindet und die HzV zu verorten ist, das System der GKV²⁹ und dessen Strukturmerkmale, welche den Rahmen des gesundheits-

29 In Abgrenzung zur privaten Krankenversicherung (PKV), die in dieser Untersuchung nicht als primärer Untersuchungsgegenstand herangezogen wird. Der institutionelle, historisch entstandene Dualismus von gesetzlicher und privater Krankenversicherung prägt durch seine Systemgrenzen das deutsche Versicherungssystem. Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen (u. a. Selbstständige, Beamte und abhängige Beschäftigte mit einem Einkommen über einer bestimmten Jahresarbeitsentgeltgrenze) können sich bei einer privaten Krankenversicherung innerhalb der PKV versichern. Dieser Versichertenkreis wird auch als „freiwillig Krankenversicherte“ (§ 9 SGB V) bezeichnet. Diese zwei Systeme unterscheiden sich u. a. in der Art der Finanzierung bzw. der Beitragskalkulation. In der PKV werden nach Risikoäquivalenz Prämien gezahlt, während die Beiträge in der GKV nach Einkommen (bis zu einer jährlich festgelegten Beitragsbemessungsgrenze) erhoben werden (Böckmann 2011: 57ff., Rosenbrock und Gerlinger 2014: 155, Bandelow 2006: 160). Besonders unterscheiden sich die beiden Systeme in ihrer Rechtsform. Gesetzliche Kassen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts einem gesetzlich definierten, öffentlichen Auftrag verpflichtet. Wenngleich auch die Privatversicherer Teil des sozialen Sicherungssystems sind, agieren sie doch als gewinnorientierte Versicherungsunternehmen (also in der Rechtsform von Unternehmen) (Bö-

politischen Handelns bestimmen. Zu diesem gehören ferner der Trend des Qualitätswettbewerbs sowie die Interessenvermittlungsstrukturen gesundheitspolitischer Akteure. Abgeleitet davon gilt es sodann die relevanten Akteure des Politikfeldes zu identifizieren und zu charakterisieren. Dies ist notwendig, um im Sinne einer policy-analytischen Untersuchung die situativen und strukturellen Voraussetzungen für die Entwicklung der HzV erfassen und verstehen bzw. in Beziehung zu einander setzen zu können.³⁰

2.1 Strukturmerkmale der Gesetzlichen Krankenversicherung – Rahmenbedingungen gesundheitspolitischen Handelns

Die institutionellen und strukturellen Charakteristika der GKV sind historisch gewachsen und entwickelten sich im Laufe eines langwierigen Prozesses zu einem hochkomplexen und fragmentierten System mit besonderen Spezifika (z. B. Noweski 2004: 12; Simon 2013: 17). Zunächst gilt mit Blick auf das SGB V zu unterstreichen, dass die GKV verschiedenen Grundprinzipien zu folgen hat. Als Solidargemeinschaft ist sie dem Solidarprinzip verpflichtet. Ihre Ausgestaltung wird von den Grundprinzipien der Eigenverantwortung (der Versicherten) (§ 1 SGB V)³¹, der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) und seit 1992 der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) bestimmt. Diese Grundprinzipien stehen teilweise in einem Spannungsverhältnis zu einander, das zusammen mit den weiteren strukturellen Charakteristika der GKV das Handeln beteiligter Akteure maßgeblich determiniert (u. a. Greß und Wasem 2001: 21).

Das deutsche Gesundheitswesens und damit auch die GKV sind durch eine ausgeprägte Spezialisierung und Professionalisierung medizinischer Tätigkeiten charakterisiert, die zusammen mit den historischen Entwicklungen dazu führen, dass das bundesdeutsche Gesundheitssystem von einer besonderen funktionalen, arbeitsteiligen Differenzierung geprägt ist. Diese führt zur Fragmentierung der Versorgungsstrukturen sowie des Finanzierungs- und Steuerungssystems und folglich zu einer hohen Komplexität, die gesundheitspolitisches Handeln bestimmt. Aus dieser Fragmentierung haben sich drei große Versorgungsbereiche

cken 2011: 63ff.). Da der Kreis der freiwillig Versicherten auch die Möglichkeit hat, sich in der PKV zu versichern, kommt es hier zu einem Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen und Versicherern der PKV um diese Personen.

30 Gesundheitspolitische Forderungen und Strategien sowie aktorenspezifische Interessenslagen und deren Einflussmöglichkeiten müssen je vor veränderten strukturellen Gegebenheiten betrachtet werden (Bandelow 2005: 13).

31 Das Prinzip der Eigenverantwortung kommt u. a. im § 1 SGB V zum Ausdruck, in dem es heißt, dass die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind sowie weiteren Rechten und Pflichten unterliegen (siehe auch Greß und Wasem 2001: 20f.).

bzw. Sektoren herausgebildet: die ambulante, die stationäre sowie die Arzneimittelversorgung (u. a. Noweski 2004: 12). Keiner der Sektoren weist Merkmale eines Primärarztsystems auf. Die Ausgangsbedingungen des deutschen Gesundheitssystems sind davon geprägt, dass auf Ebene der ambulanten Versorgung eine Art Arbeitsteilung zwischen Hausärzten bzw. Allgemeinmedizinern und Fachärzten herrscht und Versicherte über einen weitestgehend freien Zugang zu beiden Arztgruppen verfügen.³² In jedem der drei genannten Versorgungsbereiche ist ein eigener heterogener und komplexer Mix aus Regulierungsformen³³ mit unterschiedlicher staatlicher, korporatistischer und markt- sowie wettbewerbsorientierter Ausprägung vorherrschend (z. B. Noweski 2004: 17ff.; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 200f.; Gerlinger 2009b: 19f.). Im Folgenden liegt der Schwerpunkt der Darstellung aufgrund der Verortung der HzV auf dem ambulanten Sektor.

Die Gestaltung der ambulanten Versorgung erfolgt vor dem Grundsatz, dass sich der Staat in seinen Aktivitäten auf die Definition des politischen Ordnungsrahmens (das Setzen von „Generalnormen“) und die Rechtsaufsicht sowie die Übertragung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zur direkten Ausführung und Durchführung von Gesetzen auf die Verbände der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassenverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. die KBV) beschränkt. Hier werden die gesetzlichen Rahmenvorgaben von Akteuren auf der Mesoebene im Sinne einer intermediären Funktion – hin zur Mikroebene – konkretisiert (ebd.). Diese Konkretisierung erfolgt maßgeblich in den Kollektivverhandlungen zwischen KVen und seit 2008 dem Spitzenverband Bund (SpiBu) der Krankenkassen bzw. den Kassenverbänden auf Landesebene³⁴ und den daraus resultierenden Kollektiv- bzw. Gesamtverträgen

32 Seit 1993 besteht eine gesetzliche Trennung der vertragsärztlichen Versorgungsfunktionen in die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgungstätigkeit. Es gilt zu betonen, dass die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit mit einer fachärztlichen Weiterbildung zum Internisten, Kinderarzt oder Allgemeinmediziner verknüpft ist, die wie auch die anderen fachärztlichen Weiterbildungen mit spezifischen Anforderungen verbunden ist (siehe Kapitel 3). Hat sich ein Versicherten in einen spezifischen Versorgungsvertrag eingeschrieben, kann der Zugang zum Versorgungssystem dadurch eingeschränkt sein. Dies ist z. B. der Fall, wenn der Versicherte sich verpflichtet hat, immer zuerst seinen gewählten Hausarzt und den Facharzt nur nach hausärztlicher Überweisung aufsucht. Der präferierte Hausarzt kann überdies nicht Teil des Versorgungsvertrags sein, dann muss sich der Versicherte einen anderen Arzt aussuchen.

33 Der Begriff der Regulierung wird „als die Beschränkung der Entscheidungsfreiheit eines Akteurs durch einen anderen Akteur“ verstanden (Noweski 2012: 17). Der Steuerungs-Begriff wird im politikwissenschaftlichen Kontext „[...] im Sinne der Fähigkeit zur konzeptionell orientierten Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt durch politische Instanzen verstanden“ (Mayntz 1997: 189).

34 Der Gesetzgeber hat hier die Verbände zu einem gemeinsamen und einheitlichen Handeln verpflichtet.

(§ 82, 1 und 2 SGB V).³⁵ Stellvertretend für Vertragsärzte, Einzelkassen und Versicherte verhandeln die Verbände dabei die wesentlichen Fragen zur Finanzierung, Menge und Qualität der zu erbringenden Leistungen³⁶, um die Ergebnisse in Gesamtverträgen als kollektiv verbindliche Vereinbarungen festzuhalten. Gegenstand dieser Verträge sind u. a. Vereinbarungen über die vertragsärztliche (budgetierte) Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) sowie die von den KVen für ihren Zuständigkeitsbereich zu übernehmende Gewährleistungspflicht, als Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gegenüber den Kassen (§§ 72 und 75 SGB V) (der Sicherstellungsauftrag³⁷). Auch finden sich in den Gesamtverträgen Vereinbarungen über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung als Teil der Gesamtverträge in der Regelversorgung (§ 73, 1c SGB V) zum Inhalt und zur Durchführung von Hausarztverträgen als Einzelvertragsoption (§ 73a, 2 SGB V) sowie über weitere Aufgaben der Qualitätssicherung und Ressourcenverteilung.³⁸

Die staatliche Schaffung dieses Vertragsmonopols³⁹ sowie die Pflichtmitgliedschaft⁴⁰ stellen die Durchsetzung der ausgehandelten Vereinbarungen sicher (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 200). Dieses Organisationsprinzip der Selbstverwaltung durch die Übertragung von Entscheidungskompetenzen unter staatlicher Aufsicht kann als unterste Ebene des Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen verstanden werden (Bandelow 2004: 49). Auch wird das deutsche Gesundheitswesen aufgrund einer traditionell starken Einbindung der Mesoebene in staatliche, gesetzgeberische Entscheidungsprozesse als Korporatismus bzw.

35 Dieses Kollektivvertragssystem stellt (noch heute) die „tragende [...] Säule des Steuerungsregimes der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“ dar (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 497), wenngleich es in den vergangenen zwei Dekaden an Bedeutung verloren hat. Im stationären Sektor sind solche Vertragsverhandlungen für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen nicht vorhanden.

36 Diese Leistungen sind in Regelleistungen und Satzungsleistungen zu unterteilen: Zur Finanzierung der kollektiv verhandelten Regelleistungen sind die gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz verpflichtet, während sie die Satzungsleistungen in ihrer Satzung beschließen können. Im Rahmen der Satzungsleistungen können bspw. Regelungen zu Hausarztverträgen sowie andere einzelvertragliche Optionen bzw. besondere Versorgungsformen festgeschrieben werden (BMG 2015a).

37 Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung ist der gesetzliche Auftrag, den eine oder mehrere Institutionen innehaben, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (BMG 2015a).

38 An deren Umsetzung wiederum teilweise auch weitere Interessengruppen beteiligt werden.

39 An den Vertragsverhandlungen sind nur die KVen und die Kassenverbände beteiligt. Patienten und/oder einzelne Ärzte sowie die Einzelkassen nehmen nicht teil. Dies geschieht (weitestgehend) in den mittlerweile etablierten Selektivverträgen.

40 Hier der Vertragsärzte in den KVen und der Versicherten in der GKV bzw. der Einzelkassen in den Verbänden.

Mesokorporatismus, im Sinne verhandlungsdemokratischer Arrangements, bezeichnet (ebd.; Czada 2000: 9).⁴¹

Ergänzend zu den Gesamtverträgen können inzwischen auch einzelne Krankenkassen und einzelne oder Gruppen von Leistungserbringern Einzel- bzw. Selektivverträge zu „besonderen Versorgungsformen“ vereinbaren. Hier können beispielsweise Verträge zur HzV nach § 73b SGB V abgeschlossen werden. Erste Möglichkeiten zum Abschluss von Einzelverträgen wurden 1997 mit dem GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) in Form von Modellvorhaben und Strukturverträgen (siehe Kapitel 2.1) geschaffen. Diese stellen sich als Element der Liberalisierung des Vertragsrechts sowie eines grundlegenden strukturellen Wandels des Steuerungs- und Regulierungssystems der GKV dar. Dieser Wandel findet u. a. seinen Ausdruck in einer zunehmenden Etablierung von Wettbewerbselementen, die durch die Einführung der freien Kassenwahl 1996 verstärkt wird (u. a. Gerlinger 20014: 39ff.). Waren die Versorgungsstrukturen zuvor maßgeblich vom korporatistischen Prinzip der Gesamtverträge, also durch eine von der „Solidargemeinschaft“ ausgehandelte Vereinbarung geprägt, sollen nun die Einzelkassen und mittlerweile auch einzelne Ärzte an der Gestaltung der Versorgung aktiv beteiligt werden. Dadurch wird auch auf die vereinheitlichende Wirkung verzichtet, die vom vorherigen Prinzip auf die Versorgungsstrukturen ausging (u. a. ebd.; Gerlinger 2002a: 25). Die schrittweise Erweiterung der Vertrags- und Gestaltungskompetenzen der Kassen führte zur Stärkung ihrer Vertragsautonomie sowie zu Kompetenzverlusten der KVen bzw. der KBV.⁴² Diese Liberalisierung der Vertragspolitik bzw. der Umbau des Steuerungs- und Regulierungssystems (oder auch der Einstieg in einen Vertragswettbewerb) ist ferner Ausdruck einer gewachsenen Kritik an der Selbstverwaltung und den Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen. Dies bezieht sich u. a. auf das bis dato vorherrschende berufsständige Gliederungs- bzw. Zuweisungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen (siehe Kapitel 2.2.3) (u. a. Paquet 2009a: 120; Bandelow 2004: 61; Noweski 2012: 56; Gerlinger 2014: 57). Dieses Prinzip

41 Korporatismus wird in diesem Zusammenhang als Beteiligung von Interessenverbänden, nicht nur bei der Implementierung, sondern bereits bei der Formulierung von politischen Programmen verstanden (Czada 2000: 9) (siehe Kapitel 2.1.2). Mesokorporatismus meint explizit die Beteiligung der Interessenverbände in formalisierten Gremien wie z. B. ein runder Tisch oder eine konzertierte Aktion (u. a. Bandelow 2004: 61). In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung werden die Begrifflichkeiten zuweilen schärfer getrennt: Korporatismus als staatliches Handeln unter Beteiligung von Verbänden einerseits und Selbstverwaltung als prozedurale Steuerung der relativ autonomen Selbstregulierung eines Verbändesystems durch den Staat andererseits (Mayntz 1997: 216). Im Folgenden wird diese zwar berücksichtigt, eine detaillierte Auseinandersetzung und Unterscheidung ist für die weitere Analyse jedoch nicht von Relevanz.

42 Da eine Einigung mit diesen für einzelne Versorgungsfelder und -verträge nicht mehr nötig ist (u. a. Albrecht 2010: 21).

wurde Ende der 1980er Jahre von unabhängigen Fachleuten einheitlich stark kritisiert, da durch die Beschränkung des Versichertenkreises zwar alle Krankenkassen die gleichen gesetzlichen Leistungsverpflichtungen, aber unterschiedliche Risikostrukturen und Finanzierungspotentiale aufwiesen. Durch das GSG wurden 1992 die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten und die Einführung eines bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA) in einer großen Sachkoalition verabschiedet und im Laufe der 1990er Jahre umgesetzt.⁴³ Mit dem GSG sollte ein stärkerer Fokus auf strukturverändernde Reformmaßnahmen gelegt werden, was eine Abkehr von der vormals dominierenden, traditionellen Kostendämpfungspolitik bedeutet, die eine Erreichung des (neuen) Globalziels Beitragssatzstabilität nicht realisieren konnte (u. a. Reiners 2009a: 9f.; Pichutta 2007: 28; Gerlinger 2009c: 12).

Im Zuge der Etablierung von Wettbewerbselementen wird das Gesundheitssystem aus verschiedenen Perspektiven zunehmend als Gesundheitsmarkt⁴⁴ verstanden. Aufgrund verschiedener Spezifika der ambulanten medizinischen Versorgung wie dem Sachleistungsprinzip und einer ausgeprägten Informationsasymmetrie (u. a. in der Arzt-Patienten-Beziehung) werden drei Märkte bzw. Wettbewerbsfelder für das deutsche Gesundheitssystem unterschieden: a) der Behandlungsmarkt, b) der Versicherungsmarkt sowie c) der Vertragsmarkt (Albrecht et al. 2010: 19f.). „Auf dem Behandlungsmarkt konkurrieren die Anbieter von Gesundheitsleistungen um Patienten, die zwischen Ärzten und Krankenhäusern faktisch frei wählen können. Auf dem Versicherungsmarkt konkurrieren Krankenkassen um Versicherungsnehmer. Auf dem Vertragsmarkt konkurrieren

43 Die Union schloss sich als Regierungspartei mit der SPD zusammen. Der kleine Koalitionspartner FDP blieb dabei weitestgehend außen vor. Vor diesem Hintergrund und der vermeintlichen Reichweite werden das GSG und die dahinterstehenden Kompromissverhandlungen auch als „legendärer Kompromiss von Lahnstein“ bezeichnet (z. B. Reiners 2009b: 54). Durch den Kassenwettbewerb sollte eine Vermischung der sozio-demographisch ungleichen Risikopools zwischen den Kassen entstehen. Vor Inkrafttreten der freien Kassenwahl wurde zunächst der RSA eingeführt, der gleiche Wettbewerbsbedingungen für die Kassen, unabhängig von der Risikostruktur ermöglichen sollte. Der RSA umfasste 92 Prozent der Beitragseinnahmen, der Rest verblieb für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen bei den Kassen. Der RSA wurde in den vergangenen Jahren weiter reformiert. Schließlich haftete ihm auch aus der Wissenschaft die Einschätzung an, unzureichend ausgestaltet zu sein. Vorrangig die Berücksichtigung der Morbidität war wiederkehrend Anlass für harsche Kritik. Dabei wurde, gestützt durch zahlreiche Gutachten, konstatiert, dass einzelne Kassen zur Risikoselektion animiert würden. Die weitreichendste Anpassung erfolgte 2001 mit dem RSA-Reformgesetz. Mit diesem wurden ein Morbi-RSA und ein Risikopool eingeführt. 2007 wurde durch eine Große Koalition der Gesundheitsfonds verabschiedet, der im Grunde als Fortführung des RSA zu verstehen ist (u. a. Reiners 2009a: 7; Pichutta 2007: 30f.).

44 Noweski (2012: 15) bezeichnet Gesundheitsmärkte als „Orte des Aufeinandertreffens von Angebot und Nachfrage jener Waren und Dienstleistungen, die mit dem Zweck, Gesundheitszustände positiv zu beeinflussen, konsumiert werden.“

Krankenkassen und Leistungsanbieter untereinander und gegenseitig um Versorgungsverträge“ (ebd.: 19).⁴⁵

Politische Bestrebungen zur Etablierung von Wettbewerbselementen konzentrierten sich zunächst auf den Versicherungsmarkt. Mit Einführung der freien Kassenwahl im Jahr 1996 wurde der Versicherungs- bzw. Kassenwettbewerb eröffnet (z. B. ebd.; Paquet 2011: 39; Noweski 2012: 10). Gleichwohl wurden die Möglichkeiten zum Abschluss von Versorgungsverträgen bzw. zur Entwicklung neuer Versorgungsformen nur zögerlich durch die Kostenträger umgesetzt (u. a. Gerlinger 2002b: 121; 2014: 42; Paquet 2011: 26). Als Folge entwickelte sich vor allem ein „Beitrags- und Service-Wettbewerb“ zwischen den Kassen (Paquet 2011: 12). Unzureichende gesetzliche Rahmenbedingungen, u. a. ein vermeintlich unvollständiger RSA sowie eine unzureichende Berücksichtigung des Vertragsmarktes und somit die Dominanz des Kollektivvertragssystems, wurden hierfür als ursächlich angeführt. Durch die sukzessive Ausweitung des Wettbewerbs auch auf den Versicherungs- und Vertragsmarkt, u. a. in Form einer RSA-Reform und der mit ihr auf den Weg gebrachten Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) (2001) sowie des 2007 verabschiedeten Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), nahmen Einzelverträge zu. Diese Entwicklungen gingen mit der seit Ende der 1990er Jahre erneut stark gewachsenen Kritik an der Selbstverwaltung einher (Albrecht et al. 2010: 19; Gerlinger 2002c: 132; Bandelow 2004: 61). In den Einzelverträgen können Vertragsärzte nunmehr aus der klassischen Regelversorgung bzw. den Kollektivverträgen ausscheren (Exit-Option) (u. a. Noweski 2012: 73ff.). Daneben ist es den einzelnen Kassen zunehmend möglich, unabhängig von ihren Verbänden zu agieren und eigene Verträge abzuschließen. Mittlerweile erfahren Einzelverträge aus allen Lagern eine recht breite Unterstützung, wenn diese auch eine je unterschiedliche Reichweite hat.⁴⁶ Ungeachtet der Einführung dieser wettbewerblichen Elemente, die insbesondere das Kollektivvertragssystem politisch bedrohen, bestimmen noch immer die Gesamtverträge die Versorgungsstrukturen, die weiterhin umfassenden politischen Regulierungen unterworfen sind. Gleichwohl

45 Neben der freien Kassenwahl hat jeder Versicherte, unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit, durch § 76 SGB V auch die freie Arztwahl, sofern die gewählten Leistungserbringer durch die KVen zur Versorgung zugelassen sind.

46 Diese Reichweite bezieht sich auf die Frage, welchen Stellenwert Selektivverträge in der ambulanten Versorgung einnehmen sollen. Bislang galten die Leistungen, die durch Selektivverträge ausgehandelt wurden, als „ein „Mehr“, ein Add-on gegenüber der Regelversorgung, die durch solche Verträge im Grunde unberührt blieb“ (Paquet 2011: 7). Fraglich ist daher, wie weit sich das Modell der Selektivverträge in der Zukunft entwickeln wird. Dabei besteht die Möglichkeit, dass Selektivverträge das aktuelle System der Kollektivverträge vollständig ablösen, oder aber, dass weiterhin beide Vertragsformen in einer Koexistenz bestehen bleiben (z. B. ebd.).

kann davon gesprochen werden, dass neben dem System der Kollektivverträge aktuell auch ein System von selektiven Verträgen besteht (z. B. Paquet 2011: 7; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 203).

2.1.1 Etablierung eines Qualitätswettbewerbs

Spätestens seit Ende der 1990er Jahre hat, je nach Akteur und Versorgungsbe-
reich mit unterschiedlicher Intensität, die Qualitätsdiskussion in die gesundheits-
politische Betrachtung der Strukturen der GKV Einzug erhalten. Im Jahr 1999
verabschiedete beispielsweise die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) die
„Ziele für eine einheitliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ (GMK
1999). 2006 folgte ein weiterer Beschluss, nach dem Qualität als maßgebliches
Leit- und Steuerungskriterium im Gesundheitswesen verstanden werden soll
(GMK 2006). Im Fokus steht der Anspruch eines akteurs- und sektorenübergrei-
fenden Qualitätsgedankens. Auch eine Vielzahl der in den vergangenen 15 Jah-
ren veröffentlichten Gutachten des SVR beschäftigt sich insbesondere mit dieser
Thematik (u. a. 2002; 2005). Wenngleich die vertragsärztliche Versorgung dem
„Wirtschaftlichkeitsgebot“⁴⁷ (§ 12 SGB V) zu folgen hat, wurde die Debatte um
Qualität der Versorgungsstrukturen zunehmend mit vermeintlichen Ineffizienzen
des Gesundheitswesens in Verbindung gebracht (SVR 2002, Band II / III). Eine
Steigerung der Versorgungsqualität sollte den zukünftigen Herausforderungen
des Gesundheitswesens (die nun zunehmend problematisiert wurden) bei be-
grenztem Mitteleinsatz in dem durch sektorale Trennung geprägten Versor-
gungssystem begegnen (z. B. Noweski 2004: 55). Damit einhergehend gewann
auch der Anspruch einer wissenschaftlichen Rationalisierung und Objektivier-
barkeit der medizinischen Versorgung für die Praxis der Leistungserbringung an
Relevanz (z. B. Vogd 2002: 294f.; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 389).⁴⁸ In
der Folge erhielt die Evidenzbasierung der medizinischen Versorgung bzw.
Evidence based Medicine (EbM) als „klassische medizinische Qualitätssiche-
rung“ einen spürbaren Bedeutungszuwachs (Brinkmann et al. 2007: 35; Noweski
2004: 7ff.). EbM zielt darauf, „[...] die klinische Praxis auf die jeweils beste
,externe Evidenz‘ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen [...]“
(Vogd 2002: 294). In der Praxis spiegelt sich dies primär in der Entwicklung

47 Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung muss eine „eine ausreichende, zweckmä-
ßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein
anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse [durch die Kostenträger und Leistungs-
erbringer] gewährleisten“ (§§ 72, 2 SGB V) werden.

48 U. a. in Form der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Orientierung der
Finanzierung von Gesundheitsleistungen an einer wissenschaftlich fundierten Medizin (z. B.
Vogd 2002: 294; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 390).

evidenzbasierter Leitlinien sowie in der Orientierung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen an entsprechenden Nachweisen wider.⁴⁹ Neben der Tatsache, dass verschiedene Probleme und Widersprüche am Verständnis von Qualitätssicherung haften, wird auch der EbM-Ansatz je nach Perspektive und Interesse von den beteiligten Akteuren unterschiedlich bewertet (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 390).⁵⁰ Der (mögliche) Verlust der ärztlichen Autonomie durch die „Verwissenschaftlichung“ verweist auf die Kritik an der EbM und den Leitlinien aus Sicht der Ärzteschaft (Vogd 2002: 299).⁵¹ Schließlich gilt die therapeutische Freiheit aus professionssoziologischer Sicht als Kernelement der ärztlichen Profession. Für die Öffentlichkeit und die Patienten können EbM und Leitlinien hingegen ärztliche Entscheidungen transparent und nachvollziehbar machen (Klemperer 2006: 3). Den Kassen bieten sie überdies ein „Instrument [...], um an Hand nachprüfbarer Kriterien die am besten geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zu identifizieren und die Qualität des medizinischen Leistungsgeschehens nachhaltig zu erhöhen“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 390).

Neben den Entwicklungen im Kontext der Evidenzbasierung wurde Qualitätssicherung, als vormals ordinäre Aufgabe der Selbstverwaltung⁵², auf weitere Felder des Gesundheitswesens verlagert. Durch die Einführung des Versicherten- bzw. Vertragswettbewerbs und die damit verbundenen neuen Versorgungsformen bzw. -verträge sollen und sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, im Sinne von Qualität und Wirtschaftlichkeit innovative „Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ zu entwickeln (§ 63, 1 SGB V) (u. a. Noweski 2004: 78). Fortan wurde Qualität sukzessive in einen direkten Bezug zu Wettbewerb gesetzt. Nachdem zunächst alleine die Kostenträger für die „Modernisierung“ der Versorgungsstrukturen in die Verantwortung gezogen wurden, erfolgte zunehmend auch die Einbeziehung der Leistungserbringer, u. a. durch die Selektivvertragsoptionen, in den zu etablierenden Qualitätswettbewerb (z. B. Kumpmann 2012: 267f.; Hahne 2005: 111; Paquet 2011: 6).⁵³ Grundsätzlich haben die Kassen nur wenig Einfluss auf die

49 Anwendung fanden die EbM und medizinische Leitlinien erstmals im Kontext der DMP, dessen Ausgestaltung u. a. mit Blick auf Therapie und Behandlung medizinischen Leitlinien zu folgen hat. Trotz weitreichender Akzeptanz wird an solchen Leitlinien und weiterführend an den DMP oftmals die Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit kritisiert.

50 Ergänzt bzw. gestärkt wurde diese sozialrechtliche Forderung vor allem seit Anfang der 1990er Jahre durch eine von Medizinern getragene Initiative der „Medizinrationalisierung“ (Vogd 2002: 294).

51 Inwiefern die Thematik der Autonomieeinschränkung als Thematik der Politik oder als Thematik der Praxis zu deuten ist, erscheint mit Blick auf die Literatur unklar.

52 Mit dem Sicherstellungsauftrag übernehmen die KVen auch den Gewährleistungsauftrag zur Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Leistungen (u. a. Beske und Hallauer 1999: 77).

53 Schließlich wurde wiederkehrend moniert, dass sich der Wettbewerb ohne ihre Beteiligung auf einen Beitrags- und Service-Wettbewerb beschränke. Die Selektivverträge sollten eine Konkur-

(ärztliche) Versorgungsqualität.⁵⁴ Dieser wurde aber durch die Möglichkeit von Einzelverträgen teilweise erweitert. Dadurch haben sie nun indirekten Einfluss, indem sie bspw. die Leistungserbringer nach qualitätsorientierten Kriterien selektieren und den Vertragsabschluss an verbindliche Vorgaben und Verpflichtungen knüpfen. Zu diesen gehört die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards, die Orientierung an medizinischen Leitlinien, der Besuch zusätzlicher Fortbildungen sowie der Erwerb von Qualitätssicherungszertifikaten usw. (Cassel et al. 2006: 51; Kumpmann 2012: 267f.).⁵⁵

Effizienz und Qualität werden heute kaum noch vom Vertragswettbewerb getrennt. Wengleich die Operationalisierung und die Objektivierbarkeit bzw. die Messung sowie die Steuerung von Qualität mit unterschiedlichen Problemen behaftet sind, ist die Thematik auf den verschiedenen Wettbewerbsfeldern des Gesundheitswesens sehr bedeutsam. Überdies können Aspekte rund um die Thematik Qualität Gesundheitsreformen bzw. gesundheitspolitische Forderungen legitimieren. Entsprechend verwundert es nicht, dass Qualität in der Diskussion um die langfristige Sicherung des Gesundheitswesens sukzessive zum „Megathema“ wurde und dies vermeintlich auch weiter bleiben wird (Bandelow 2009: 188). Qualitätssicherung, die als Instrument „[...] im Konzert mit Komplementärpolitiken [...] zu einer simultanen Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätssteigerung führen“ soll (Lamping 2002: 43), erhält schließlich stets einen hohen normativen Charakter und kann auf eine breite Unterstützung aus der Bevölkerung zurückgreifen (Bandelow und Schade 2008: 111).⁵⁶

renzsituation zwischen den Leistungserbringern hervorrufen, damit diese ebenfalls an einer verbesserten und effizienteren Versorgung interessiert sind (z. B. Gerlinger 2009b: 32f.; Hahne 2005: 111; Paquet 2011: 6).

54 Daneben bereitet die Beurteilung der Qualität eines Arztes oder eines Krankenhauses auch den Krankenversicherungen große Schwierigkeiten, da die Krankenversicherungen dazu auf deren Informationen angewiesen sind (Gerlinger 2009b: 32f.).

55 Selektivverträge sollen nicht nur die Grundlage für einen Preiswettbewerb, sondern vor allem auch für einen Qualitätswettbewerb zwischen Krankenversicherungen bilden (Cassel et al. 2006: 18).

56 Da Versicherte hingegen die medizinisch-fachliche Qualität der Versorgung nur schwerlich einschätzen können, haben neben objektiven zunehmend auch subjektive Qualitätsindikatoren Einzug in die Bewertung medizinischer Versorgungsqualität erhalten (Brinkmann et al. 2007: 35).

2.1.2 *Verbandliche Interessenvermittlung vor dem Hintergrund struktureller Rahmenbedingungen*

Im Zuge der historisch gewachsenen Rolle von Interessenverbänden bei der Ausgestaltung der Gesundheitssystemstrukturen, u. a. in Form der Gemeinsamen Selbstverwaltung, hat sich parallel auf Ebene staatlicher Entscheidungsprozesse eine einflussreiche Mesoebene entwickelt (siehe vorheriges Kapitel). Neben dem Mehrheitsprinzip der parlamentarischen Demokratie und dem damit verbundenen Parteienwettbewerb ist das politische System der Bundesrepublik Deutschland allgemein sowie insbesondere im Politikfeld Gesundheit im besonderen Maße durch die Einbindung institutioneller Arrangements der Selbstverwaltung geprägt (Bandelow et al. 2009: 276).⁵⁷ Die (dauerhafte) Einbeziehung von Interessengruppen in die Formulierung und Implementation politischer Programme, u. a. durch die zentralisierten gesellschaftlichen Verbände (wie die Gemeinsame Selbstverwaltung), wird in der Wissenschaft als „Korporatismus“ bzw. Mesokorporatismus oder als Ausprägung eines verhandlungsdemokratischen bzw. korporatistischen Arrangements verstanden (Czada 2003: 45). Ziel solcher Arrangements ist die konsensuale Aushandlung von Problemlösungen und daraus folgend eine hohe Umsetzungsfähigkeit einer durch Übereinkunft erzielten Entscheidung (ebd.). Weiterhin ist das bundesdeutsche Gesundheitswesen, heute mehr denn je, charakterisiert durch eine Vielzahl verschiedener Regulierungsformen und eine ausgeprägte Pluralität von Interessengruppen (z. B. Bandelow et al. 2010: 58; Noweski 2004: 97; Gerlinger 2014: 57).

Gerade die historisch gewachsenen (starren) Verhandlungssysteme in Form der Gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem weitreichenden Einfluss der Mesoebene wurden (und werden teils noch immer) für versorgungsbezogene Defizite verantwortlich gemacht. Für die wachsenden Beitragssätze innerhalb der GKV, aber auch für Schwierigkeiten bei der Verabschiedung und Implementierung von Gesundheitsreformen galt die Gemeinsame Selbstverwaltung als ursächlich. Einem hohen postulierten Grad an Reformnotwendigkeit und einer starken Konfliktfähigkeit u. a. durch die enorme Interessenpluralität steht daher seit Dekaden eine gewisse Skepsis mit Blick auf die Reformfähigkeit des Gesundheitswesens gegenüber (u. a. Noweski und Engelmann 2006: 12; Bandelow und Eckert 2010: 12).⁵⁸ Der Gesetzgeber versuchte dem zwischen 1977

57 Durch gesetzliche Festlegung sind an der Verabschiedung von Gesetzesänderungen zum einen die Koalitionsregierung und der Bundesrat als deren potentieller Vetospieler sowie zum anderen die Verbände im Rahmen von Selbstverwaltung, Korporatismus und der Beteiligung in Anhörungsverfahren direkt und offiziell beteiligt (Döhler 2002: 25f.).

58 Lange Zeit ist polarisierend auch von „unüberwindbaren Reformblockaden“ die Rede (Bandelow und Eckert 2010: 6f.; Rosewitz und Webber 1990: 25ff.; Nullmeier 2004: 20).

und 1992 durch eine allgemeine Stärkung von Selbstverwaltung und Korporatismus entgegenzuwirken, indem Aufgaben an die Verbände delegiert wurden. Da diese Strategie das indes dominierende gesundheitspolitische Ziel der Beitragssatzstabilität bzw. der Kostendämpfung verfehlte, erfolgte in den 1990er Jahren ein Umbau des korporatistischen Systems, der 1992 mit dem GSG begann und mit der Verschiebung von Machtverhältnissen verbunden war (siehe vorheriges Kapitel).⁵⁹ Davon betroffen waren und sind besonders die Verbände bzw. Verhandlungspartner der Gesamtverträge (Bandelow 2004b: 63; 2005: 12; Döhler 2002: 30; Gerlinger 2009a: 48f.; 2014: 57). Relevant für die Interessenvermittlung ist ferner, dass überdies korporatistische Akteure zunehmend weniger in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse einbezogen wurden. Bereits im Rahmen des GSG blieben die Interessen der Verbände im Vergleich zu vorherigen Reformen weitestgehend außen vor (Reiners 2009b: 54). Die anschließenden gesetzgeberischen Bemühungen der 1990er Jahre folgten keinem einheitlichen Trend. Neben der Etablierung marktwirtschaftlicher (Steuerungs-) Instrumente (bzw. Wettbewerbselemente, die sowohl auf der Meso- als auch auf der Mikroebene etabliert wurden⁶⁰) sowie der Verlagerung von Kompetenzen zwischen den Akteuren erfolgte auch eine Ausweitung staatlicher Interventionen.⁶¹ Zunehmende marktwirtschaftliche (Steuerungs-) Instrumente sollten durch eine Stärkung des Staates und die Erhöhung staatlicher Strategiefähigkeit ergänzt

59 In der Wissenschaft liegt keine einheitliche Definition von Macht sowie dessen Operationalisierung vor (z. B. Hradil 1980). Pannowitsch (2012: 122ff.) hat sich zur Operationalisierung von Macht an den fünf Variablen der Macht nach Dahl (1957) orientiert: Machtgrundlage, Machtmittel, Machtbereich, Machtfülle und die Ausdehnung der Macht orientiert. Diese werden auch für vorliegende Untersuchung herangezogen. Nach Noweski (2012: 106ff.) ist Macht im Kontext von Interessenvermittlung schlicht die Fähigkeit, die eigenen Interessen zu vertreten. Ebenfalls in Anlehnung an Dahl gründet Macht auf kompetenziellen, informationellen und finanziellen Ressourcen, der demokratischen und moralischen Legitimität sowie Einsatzbereitschaft (die je als Machtressourcen verstanden werden können) (Noweski 2004: 94).

60 Dabei wird die Verabschiedung des GSG in der Wissenschaft auch als „Paradigmenwechsel“ der politischen Regulierung der GKV aufgefasst, mit dem sowohl eine Periode wettbewerbsorientierter Strukturreformen als auch kontrastierend eine Ausweitung staatlicher Interventionen eingeleitet wurde (z. B. Gerlinger 2009a: 35; Noweski 2004: 6). Das tatsächliche Ausmaß dieses Wandels wird zwar uneinheitlich interpretiert, doch gelten die damit verbundenen Veränderungen durchgängig als einschneidend (Böckmann 2007: 3).

61 Erhöht wurde die Strategiefähigkeit des Staates bspw. durch die Aufwertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, als das heute oberste gesundheitspolitische Selbstverwaltungsgremium) hin zu einem „Funktionsmonopol“ in der Ausgestaltung der ambulanten Versorgung (z. B. Urban 2001: 2) sowie durch den „Ausbau eigener und unabhängiger gesundheitspolitischer Expertise“ (Noweski 2012: 60). Nach Gerlinger (2009a: 36) zeigt sich dies ferner anhand einer verstärkten prozeduralen Steuerung sowie einer Veränderung von Verfahrensregeln und der Schaffung neuer Institutionen und gesetzlicher Vorgaben sowie der Budgetierung der Ausgaben der Kassen.

werden, wenngleich dieser Ansatz von den Parteien unterschiedlich bewertet wurde (Noweski 2004: 59; Gerlinger 2009a: 34).

In der Folge existiert im Politikfeld Gesundheit nun ein komplexer Steuerungsmix aus staatlichen, korporatistischen und marktbezogenen Elementen. Gleichwohl dominieren weiterhin korporatistische Regulierungsstrukturen (wie größtenteils die Gesamtverträge) (z. B. Gerlinger 2014: 36; 2009a, 34; Noweski 2004: 97). Ungeachtet der aus wissenschaftlicher Perspektive kontrovers diskutierten Folgen dieser Entwicklungen⁶² und trotz des starken normativen Charakters des Solidarprinzips innerhalb der Gesundheitsversorgung wird der Rolle von Wettbewerbselementen von der Wissenschaft einheitlich eine hohe Relevanz zugesprochen (u. a. Böckmann 2009: 9). Im Verlauf der Veränderungen haben sich in der Wissenschaft verschiedene Konzepte bzw. Begrifflichkeiten wie „Wettbewerbskorporatismus“ (u. a. Urban 2001: 1f.), „regulierter Wettbewerb bzw. Gesundheitsmarkt“ (u. a. Böckmann 2009: 10; 2007: 3f.; Gerlinger 2014: 35f.) oder „solidarische Wettbewerbsordnung“ (Cassel et al. 2014: 18f.) herausgebildet, um die vorherrschende Steuerungs- und Regulierungslogik zu umschreiben. Einigkeit besteht darüber, dass das Politikfeld durch eine enorme Unübersichtlichkeit geprägt ist (u. a. Noweski 2004: 12.; Urban 2001, 37f.; Böckmann 2009: 10; Gerlinger 2009a: 35). Im Zuge dessen unterlagen fast alle Bereiche des Gesundheitswesens einem Wandel der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, dem „anerkannten Satz von Zielen und Leitbildern“ (Klinke 2008: 63). Dieser geht wiederum mit „[...] weitreichende[n] Veränderungen in den Interessenlagen der Akteure, in ihrem Selbstverständnis und in ihren Beziehungen zueinander [...]“ einher (Gerlinger 2009a: 40). Da der Staat Handlungsfähigkeit gegenüber den Verbänden zurückerobert hat, verlieren ebenfalls klientelistische Bindungen zwischen Parteien und einzelnen Interessengruppen an Bedeutung.⁶³ Neben dem Verlust des formalen Bestandsschutzes (u. a. über Mitgliederzuweisungen) und den vormalis sichergeglaubten (korporatistischen) Machtressourcen können sich die Verbände ihres politischen Einflusses nicht mehr sicher sein (u. a. Noweski 2004: 26f.; Bandelow und Schade 2009a: 93). Durch die veränderte Stellung der traditionellen, korporatistischen Akteure und den veränderten Ordnungsrahmen können sich andere, teilweise neue Akteure zunehmend erfolgreich in Arenen der Gesundheitspolitik etablieren (ebd.: 21f.;

62 Sowohl eine verstärkte Korporatisierung als auch eine Erosion des Korporatismus bzw. ein Wandel der Verhandlungssysteme bis zu deren Verdrängung durch den Wettbewerb werden diskutiert (z. B. Döhler 2002: 36; Kania und Blanke 2000: 588).

63 Diese Entwicklung ist nicht nur für das Politikfeld Gesundheit zu konstatieren. Auf unterschiedlichen Politikfeldern wandeln sich die autonomen und stabilen Konstellationen von Akteuren, Interessen und Machtverhältnissen, die bislang eine intermediäre Stellung zwischen Staat und Gesellschaft einnahmen (Trampusch 2009: 197).

Bandelow 2007: 277; Gerlinger 2009a: 42).⁶⁴ Davon abgeleitet entwickeln die Akteure je nach Position ein neues Selbstverständnis und akteurspezifisch werden unterschiedliche (neue) Problembereiche und Bedrohungen⁶⁵ wahrgenommen. Schließlich findet in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen, Verbänden und Ärztekörperschaften nicht nur ein ökonomisch-instrumenteller Tausch (von Geld und Ressourcen gegen u. a. Dienstleistungen) statt, sondern auch ein politischer Tausch. In diesem werden die Bedingungen und Regeln, unter denen der ökonomisch-instrumentelle Tausch erfolgt, ausgehandelt (Weber 2001: 256).⁶⁶ Die veränderten Tauschbeziehungen führen zu (neuen) sowohl intraorganisationalen als auch interorganisationalen Interessenskonflikten auf der Mesoebene, die sich durch unterschiedliche (Problem-) Wahrnehmungen zuspitzen (Bandelow und Hartmann 2007: 348f.).⁶⁷ Von Seiten aller Akteure (korporatistisch und nicht korporatistisch), die mit unterschiedlichen Machtressourcen und einer unterschiedlich starken Integration in das gesundheitspolitische Verhandlungssystem ausgestattet sind, gilt es nun umso mehr die eigenen Interessen im kollektiv-korporativen Handlungsfeld der GKV und somit in den Verteilungskämpfen und Aushandlungsprozessen zu verteidigen bzw. zu stärken (Bandelow 2009: 183; Weber 2001: 256). Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Akteure auf Wettbewerbsvorteile, die Vermeidung von (Ressourcen-) Einbußen sowie die Einflussnahme auf den politischen Entscheidungsprozess zielen (Pannowitsch 2012: 212). Neben den veränderten Strategien der Interessensvermittlung sind auch die veränderten Deutungsmuster und Problemwahrnehmungen bei der Frage nach (neuen) Gestaltungsoptionen für die Akteure handlungsleitend. Demgemäß ist davon auszugehen, dass neue Versorgungsmodelle wie die HzV oder die grundsätzliche Frage nach einer primärärztlichen

64 Das Verhältnis zwischen Staat und Verbänden wandelt sich ebenso wie die Beziehungen zwischen den Verbänden und ihren Mitgliedern. Es kommt zur Binnendifferenzierung von Interessen und zu einer Pluralisierung von Akteuren sowie zu einem Wandel des Selbstverständnisses der Akteure (Gerlinger 2009a:40ff.). Auf Ebene der Ärzteschaft gewinnen bspw. ärztliche Fachverbände wie der Hausärzterverband an Bedeutung.

65 Überdies scheinen im Zuge dessen die über Dekaden postulierte Reformblockade und ein ausgeprägter Steuerungspessimismus (Reformresistenz) in der deutschen Gesundheitspolitik auch in der (politik-)wissenschaftlichen Diskussion als überwunden (z. B. Noweski und Engelmann 2006: 20; Noweski 2004: 54; Lamping 2002: 60).

66 Es ist folglich davon auszugehen, dass jeder Akteur versucht, diese entsprechend seiner Interessen und Ziele zu „manipulieren“, um so die eigene Austauschbarkeit innerhalb dieses Verhandlungssystems zu verhindern oder zumindest zu erschweren (Weber 2001: 256). So stehen beispielsweise Bestandsinteressen bestehender Machtverteilungen (Ärzteschaft und Kassenärztliche Vereinigungen) einer Stärkung der Verhandlungsmacht durch strukturelle Wandlungen (Kassenverbände) gegenüber (u. a. Bandelow 2009: 184).

67 Intraorganisational entstehen u. a. Verteilungskonflikte mit Blick auf die Honorare zwischen einzelnen Arztgruppen. Konkurrenz zwischen den Einzelkassen bzw. den Kassenverbänden stellt sich bspw. als ein interorganisationaler Interessenkonflikt dar.

Ausgestaltung der Versorgung stets vor dem Hintergrund ihrer Bedeutung für die eigene Position im Tauschsystem betrachtet werden.

Zusammenfassend haben diese Entwicklungen letztlich auch zu veränderten Bedingungen und Strukturen der Interessenvermittlung geführt, die ihren Ausdruck in einer Diversifizierung von Interessenvermittlungsstrategien seitens der einzelnen Akteure finden (Gerlinger 2009a: 33). Traditionelle Instrumente der Interessenvermittlung, im Sinne von Lobbyismus, gewinnen sodann an Bedeutung. Obwohl durch die vermeintlich gestärkte Handlungsfähigkeit des Staates die Erfolgsaussichten für lobbyistische Aktivitäten geringer werden, werden die korporatistischen Verbände dazu veranlasst, als „typische“ Lobbyverbände zu agieren (ebd.). Lobbyismus umfasst im Folgenden formal das (legitime) Einwirken von Interessengruppen oder -verbänden auf die Akteure politischer Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, eigene, spezifische Interessen umzusetzen (u. a. Wehrmann 2007: 39; von Winter und Willems 2007: 35f.; Lösche 2007: 9f.).⁶⁸

Unabhängig von der wissenschaftlichen Einschätzung und der tatsächlichen Bedeutung der Interessenvermittlung für das Funktionieren moderner Gesellschaften und demokratischer Regierungssysteme⁶⁹ können Interessengruppen bzw. -verbände im Rahmen der Politikformulierung, der Gesetzgebung und der Verwaltung Einfluss ausüben (z. B. Kleinfeld et al. 2007: 7f.; von Alemann und Eckert 2006: 4). (Gesetzes-)Lobbyismus oder auch exekutivorientierte Einflussnahme mit dem Ziel der Beeinflussung von Gesetzesvorhaben stellt sich als eine Art der Interessenvermittlung dar, die in der Bundesrepublik weitverbreitet ist (Sebalt 2007: 105). Ferner bedingen die Gliederung in Bund und Länder sowie eine den deutschen Staat kennzeichnende hohe Mitregenten- und Vetospielerdichte⁷⁰ die Prozesse der Politikformulierung, Gesetzgebung und Verwaltung

68 Lobbyismus als reiner Prozess der Interessenvermittlung ist daher grundsätzlich unabhängig von einer zumeist im öffentlichen Diskurs dominierenden negativen Konnotation zu verstehen.

69 Nach Fraenkel u. a. (1991: 300f.) führen die freie Organisation und Artikulation und der damit verbundene Wettbewerb der Interessendurchsetzung (Konkurrenz um Einfluss) sowie die „Konflikte“ zwischen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft (a posteriori, also nicht von vornherein und nicht durch die Festsetzung einer höheren Instanz) zu der Entstehung von Gemeinwohl. Gleichwohl wird diese Einschätzung in der wissenschaftlichen Diskussion nicht vollständig getragen und die Bedeutung von Interessenverbänden, ihr Wirken und ihr gesellschaftlicher Nutzen werden dem gegenüber ebenso kritisiert (z. B. Zimmer und Speth 2009: 267f.).

70 Dabei unterscheidet Tsebelis (1995: 301; 2002: 19f.) individuelle und kollektive sowie institutionelle und parteipolitische Vetospieler. Grundsätzlich zählen inkorporierte Verbände und Interessengruppen nicht zu den Vetospielern. Da hingegen die Erfassung der Präferenzen dieser Akteure u. a. in Fallstudien von Relevanz sein kann, werden als Vetospieler Akteure betrachtet, die zwar keine direkten Entscheidungskompetenzen aufweisen, jedoch Einfluss auf die formalen Entscheidungssträger ausüben können. Auch nach Abromeit und Stoiber (2006: 72f.) gelten nicht-staatliche Akteure als (zumindest) informelle bzw. situative Vetospieler, sofern sie bspw. über exklusives Expertenwissen verfügen und dadurch in das staatliche Entscheidungssystem einbezogen werden.

(u. a. Schmidt 2007: 190f.). Als Vetospieler gelten nach Tsebelis (1995: 301; 2002: 19) alle Akteure, deren Zustimmung für eine politische Entscheidung zwingend notwendig ist. Die Chancen, als ein solcher Vetospieler aufzutreten bzw. Politikergebnisse grundsätzlich zu beeinflussen, gelten zwischen den Interessengruppen als asymmetrisch verteilt, da sie über ungleiche machtpolitische sowie organisationspezifische Ressourcen verfügen (z. B. von Winter 2007: 217). Die Einflussmöglichkeiten, Ansatzpunkte sowie auch die Techniken, Methoden und Adressaten der politischen Einflussnahme sind vielschichtig und werden von verschiedenen Determinanten beeinflusst (Kleinfeld et al. 2007: 17; von Winter und Willems 2007: 15f.). Daher ist die Art und Weise, wie Einfluss ausgeübt wird, vielfältig (Lösche 2007: 61ff.). Der reine Prozess der Interessenvertretung baut nach Koch-Baumgarten (2010: 241f.), orientiert an den Grundfunktionen von Verbänden, auf einen organisationsinternen Willensbildungsprozess auf. In dessen Rahmen müssen Verbände Positionen und Strategien auswählen und bündeln (Interessenaggregation und -selektion⁷¹). Interessenkonvergenz bzw. -kongruenz sowie die Kohäsion der Mitglieder beeinflussen die Handlungs- und Strategiefähigkeit des Akteurs (u. a. Pannowitsch 2012: 69ff.; Noweski 2012: 103). Nachfolgend müssen diese gegenüber anderen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren formuliert und vertreten werden (Interessenartikulation und -repräsentation) (u. a. Straßner 2006: 20: 59; Koch-Baumgarten 2010: 241; Wehrmann 2007: 54). Die tatsächlichen Chancenstrukturen bzw. Durchsetzungsfähigkeit, als Fähigkeit, eigene Interessen im politischen Entscheidungsprozess bzw. in Gesetzgebungsprozessen durchzusetzen, ist von den verfügbaren Machtressourcen respektive der gegebenen Machtverteilung im Ordnungsgefüge abhängig. Diese werden wiederum u. a. von der Ressourcenverteilung sowie parlamentarischen und ministeriellen Beziehungen bzw. institutionellen Verflechtungen oder besonderen Zugangsmöglichkeiten (klientelistischen Bindungen) sowie den rechtlichen Regulierungen beeinflusst (u. a. von Winter 2007: 220f.). Die traditionellen Ressourcen zur Beschreibung von Machtpotentialen setzen sich aus materiellen und sozialen Ressourcen zusammen. Erste umfassen u. a. Geld, Rechte und Konfliktfähigkeit. Nach Offe (1969: 146) stellt sich Konfliktfähigkeit als (glaubhaftes) Drohpotential in Bezug auf den Entzug oder das Vorenthalten wirtschaftlich oder gesellschaftlich wichtiger Leistungen dar und ergibt sich aus öffentlichem Ansehen, exklusiven Wissensbeständen, Anzahl der Mitglieder

71 Die Bündelung und Formulierung von Interessen (Interessenaggregation) sowie die Filterung dieser z. T. heterogenen Interessen zu Interessen, die als repräsentativ und realistisch in der Umsetzung für einen Verband erscheinen (Interessenselektion), sind nach Straßner (2006: 10) notwendige Bedingungen für eine erfolgreiche Interessenvertretung.

und dem Organisationsgrad⁷². Soziale Ressourcen sind u. a. die ideologische Nähe zu Parteien bzw. die Verflochtenheit mit diesen, die Bündnisfähigkeit mit anderen Akteuren (sowohl verbandlich als auch parteipolitisch) sowie die Einbindung in interorganisatorische Netzwerke (u. a. Czada 2004: 52f.; von Winter 2007: 220). Zwar bedingen diese auch noch heute das Einflusspotential nachhaltig, dennoch haben sie im Laufe der vergangenen Dekaden an Bedeutung verloren. Informationelle Ressourcen wie der Zugang zu implementationsbezogenen Informationen gewinnen ebenso wie Strategiefähigkeit⁷³, Überzeugungskraft und Verhandlungsstärke an Bedeutung, sodass auch die politisch-institutionellen Gegebenheiten für die Durchsetzungsfähigkeit eines Akteurs relevant sind. Schließlich bedingen diese Aspekte die Fähigkeit eines nicht-staatlichen Akteurs, z. B. als informeller Vetospieler zu agieren (von Winter 2007: 220; Sebaldt 2009: 79). Trotz des gewandelten Ordnungsrahmens gilt hingegen noch immer der Zugang zu staatlichen und (partei-)politischen Akteuren als unverzichtbar für eine (erfolgversprechende) Einflussnahme (ebd.; Rudzio 2015: 83f.).⁷⁴

72 Der Organisationsgrad gibt Auskunft über den Grad der Inklusion (bzw. Exklusion) der Mitglieder einer Berufsgruppe durch formale (Nicht-)Mitgliedschaft in Verbänden (Ebbinghaus et al. 2009: 345). Sowohl die Konfliktfähigkeit als auch der Organisationsgrad sind wiederum u. a. von Gruppengröße, Abgrenzbarkeit, Art der Interessen, Mitgliederzahlen, finanziellen Mitteln, der Möglichkeit zur Mobilisierung der eigenen Mitglieder, dem verfügbaren Expertenwissen und dem Störpotential sowie dem repräsentierten Produktionsbereich wie bspw. dem eigenen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung abhängig (u. a. Pannowitsch 2012: 171). Wichtig für die Durchsetzungsfähigkeit ist stets eine gefestigte Mitgliederbasis (Frerichs und Pohl 2004: 25). Ferner geht eine hohe Anzahl an Mitgliedern zu meist mit einer hohen Finanzkraft einher (Lösche 2007: 79).

73 Strategisches Handeln bezeichnet nach Raschke und Tils (2013: 127) „erfolgsorientierte Konstrukte, die auf situationsübergreifenden Ziel-Mittel-Umwelt-Kalkulationen beruhen“. Für die Erfassung der Strategiefähigkeit von Verbänden ist u. a. von Relevanz, welchen Mitteln, Formen und Methoden der Interaktion sich Interessenverbände intern und in Beziehung zu ihrem Umfeld (dazu zählt auch die Bereitschaft zur Bündnisbildung) sowie zur Konflikt- und/oder Konsensorientierung bedienen (von Alemann et al. 1987: 187; Pannowitsch 2012: 122f.). „Zugang zu haben beinhaltet die Chance, Informationen zu transportieren, die die Präferenzen der Entscheidungsträger ändern können“ (von Winter 2007: 227).

74 Da die meisten Gesetzesentwürfe nicht im Bundestag entstehen sondern durch die Ministerien vorbereitet und von der Regierung eingebracht werden (Rudzio 2015: 244), ist der Kontakt zu politischen Entscheidungsträgern unabdingbar (von Winter 2007: 227). Sobald ein Gesetzesentwurf die ministeriale Ebene verlassen und u. a. in entsprechenden Ausschüssen oder öffentlichen parlamentarischen Anhörungen vorliegt, erfolgt nur noch selten eine Revision (u. a. Lösche 2007: 61).

2.1.3 Parteipolitischer Einfluss im Gesetzgebungsprozess

Der stärkste Einfluss auf den Verlauf des Gesetzgebungsprozesses liegt zumeist bei den Regierungsparteien.⁷⁵ „[...] [I]hre Fraktionen im Parlament und die von ihren Abgeordneten gewählten Regierungen sind die zentralen Akteure im politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozess“ (Schmidt 2007: 153). Gleichwohl ist je nach vorherrschender struktureller und institutioneller sowie gesellschaftlicher Situation die Chance einer einzelnen Partei, unabhängig von der Zugehörigkeit zur Regierungskoalition eigene Interessen durchzusetzen, unterschiedlich stark ausgeprägt.⁷⁶

Da die Regierungsparteien weitestgehend über die Kontrolle des Regierungsapparats, die Besetzung der Ministerien bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG⁷⁷) und über die Mehrheit in den Abstimmungsarenen des Bundestages sowie über exklusive Zugangsmöglichkeiten zu Informationen⁷⁸ verfügen, ist ihre Beteiligung an der Gesetzgebung weitestgehend gesichert. Auch verfügt die Bundesregierung nach dem Kanzler- und Ressortprinzip u. a. durch Gesetzesinitiativen⁷⁹ über die Kontrolle der Themenagenda und gilt so als Agenda-Setter, der den öffentlichen Diskurs inhaltlich beeinflussen kann (u. a. Speth 2006: 12f.; Pannowitsch 2012: 156, Rudzio 2015: 253f.: 467f.). Dies bedeutet aber nicht, dass eine Partei durch ihre Beteiligung an der Regierung per se starken Einfluss ausüben kann. Aufgrund des Mehrheitswahlrechts und -prinzips im Regierungssystem erfolgt die Regierungsbildung in der Regel durch den Zusammenschluss von Koalitionsparteien. Die Chance einer (Regierungs-)Partei, Einfluss geltend machen zu können, ist von der Stellung gegenüber dem Koaliti-

75 Im Folgenden wird keine Unterscheidung zwischen Fraktion und Partei vorgenommen. Die politischen Parteien sind zwar formal nicht unmittelbar am Gesetzgebungsprozess beteiligt, durch ihre Einflussnahme auf die eigenen Abgeordneten und teilweise die Mitarbeiter im BMG wirken sie dennoch weitreichend auf die Entscheidungen und Prozesse parlamentarischer Entscheidungen ein (Gros 1998: 6).

76 Außerdem darf das Zwei-Kammern-System der Bundesrepublik nicht unbeachtet bleiben, da der Bundesrat als starker (Veto-)Akteur auftreten kann (u. a. Pannowitsch 2012: 127).

77 In den letzten Dekaden kam es wiederkehrend zu Umstrukturierungen, Umbenennungen und Zusammenlegungen von Ministerien sowie deren Zuständigkeiten. In der 15. Legislaturperiode wurde beispielsweise das BMG zum Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erweitert (Schmidt 2007: 307). In der darauffolgenden Legislaturperiode erfolgte hingegen erneut eine Trennung der Arbeitsbereiche. Im Folgenden wird einheitlich vom BMG gesprochen.

78 Die Regierungsmehrheit verfügt u. a. über den vorteilhaften Zugang zum Informationsfluss aus den Ministerien und kann dadurch der Regierung im Plenum sowie in den Ausschüssen Rückhalt geben (Rudzio 2015: 216f.).

79 Die Bundesregierung hat in, als „das gesetzesinitiiierende Organ“ (Rudzio 2105: 244) hat in der Regel maßgeblich Einfluss auf die Entwicklung von Referententwürfen und Gesetzesinitiativen. Die Partei, die das BMG besetzt, ist dabei noch stärker. Unabhängig davon, dass auch Oppositions- und Mehrheitsinitiativen möglich sind (ebd.; Sontheimer et al. 2007: 267f.).

onspartner und der Koalition gegenüber der Opposition sowie weiteren Faktoren abhängig. Neben der Frage, welche Partei das Kanzleramt und das BMG besetzt, ist auch die Beteiligung an Gremien und Ausschüssen und deren Besetzung relevant(ebd.).⁸⁰ Wenngleich auch das Kanzleramt beachtlich mit sachlichen und personellen Ressourcen ausgestattet ist, gilt die Besetzung des BMG als wichtigste gesundheitspolitische Ressource (Schroeder 2009a: 84f.). Dies liegt u. a. daran, dass die meisten Gesetzesentwürfe nicht im Bundestag entstehen, sondern von der Regierung eingebracht und vor allem durch die Ministerien vorbereitet werden (Sebaldt 2007: 104; Rudzio 2015: 94, Sontheimer et al. 2007: 267f.).⁸¹ Neben der Besetzung von Ämtern und Gremien determinieren wie auch auf verbandlicher Ebene die machtpolitischen bzw. strategischen Ressourcen, mit denen die einzelnen Parteien ausgestattet sind, die Durchsetzungsfähigkeit im Gesetzgebungsprozess. Das (taktische) Handeln von Individualakteuren und ihr Einfluss auf Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse sind wie die Verfügbarkeit über eigene Fachkompetenz bzw. -expertise für die Regierungspartei und die -koalition wichtig. Denn so können sie u. a. unabhängig von Interessenverbänden und anderen Akteuren agieren und leichter gesundheitspolitische Positionen einnehmen respektive auf gesundheitspolitische Konzepte und Ideen zurückgreifen (Noweski 2012: 111; Pannowitsch 2012: 139). Gemeinsam mit einer partei-internen Interessenkonvergenz stärken beide Aspekte die Verhandlungsposition und können ferner auf die partei- und/oder koalitionsinterne Kohäsion einwirken. Besteht ein parteiübergreifender Konsens, haben sowohl die Oppositionsparteien als auch Lobbyakteure kaum Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess. Gleiches gilt, wenn die Opposition aus kleinen Parteien besteht. Im Umkehrschluss stärkt es die Opposition, wenn koalitions- oder parteiinterne Konflikte in den Regierungsparteien vorliegen. Denn dann kann die Opposition als „informeller Koali-

80 Im Ausschuss für Gesundheit (AfG) des Bundestages werden die (gesundheitspolitischen) Gesetze – oft unter Hinzuziehung von Experten – nach erster Lesung detailliert besprochen, sodass zumindest auf die Richtung eines Gesetzes Einfluss genommen werden kann. Hier haben die nichtstaatlichen Akteure die Möglichkeit, umfassende, schriftliche Stellungnahmen abzugeben. Diese Diskussionsphase endet mit der Beschlussempfehlung, die im Plenum des Bundestags im Rahmen der zweiten Lesung verlesen wird und eventuelle Änderungsvorschläge beinhaltet und erläutert (Sontheimer et al. 2007: 282f.).

81 Insgesamt gehen die Initiativen zu ca. einem Drittel von Mitgliedern des Bundestages, selten vom Bundesrat und zur großen Mehrheit von der Bundesregierung aus (Sontheimer et al. 2007: 316f.). Gesetzesberatungen in entsprechenden Ausschüssen des Parlaments oder öffentlich parlamentarischen Anhörungen führen nur noch selten zur Revision eines Gesetzentwurfes. Schließlich findet bereits während der Konzeption des Entwurfes ein interner Abstimmungsprozess statt (u. a. ebd. Lösche 2007: 74f.; 266f.). Ein Regierungswechsel führt i. d. R. sowohl zu einer Änderung in der Führung des Ministeriums sowie zu Veränderungen im Personal nach Parteipatronage (Rudzio 2015: 253; Murswick 2009: 28).

tionspartner“ auftreten oder ein starkes Bündnis mit anderen möglichen Vetospielern eingehen (u. a. Pannowitsch 2012: 144).⁸²

Neben der Abstimmungsstärke im Bundestag ist aufgrund des Zweikammersystems das Stimmenverhältnis im Bundesrat von enormer Bedeutung. Der Einfluss von Oppositionsparteien kann durch die Stimmenverteilung im Bundesrat maßgeblich gestärkt werden.⁸³ Oppositionsparteien können dann u. a. bei zustimmungspflichtigen Gesetzen⁸⁴ als institutioneller Veto- bzw. Gegenspieler agieren (ebd.; Rudzio 2015: 255f.). Ferner kann eine Oppositionspartei als „informeller Vetospieler“ auftreten und einen der eigentlichen, offiziellen Koalitionspartner, die in der Regierung sind negieren (Pannowitsch 2012: 162; Jun 2001: 347). Überdies befinden sich die Parteien im Parteienwettbewerb und so im Ringen um die Gunst der Wählerstimmen, die Durchsetzung politischer Inhalte und letztlich um die Regierungsbeteiligung. Daher sind die Parteien je als Gegenspieler einzuordnen⁸⁵ und sachpolitische Handlungsorientierungen nicht immer von primärer Bedeutung (Bräuninger und Ganghof 2005: 149; Pannowitsch 2012: 17).

Als weitere Determinanten der Durchsetzungsfähigkeit von Parteien für Gesetzesvorhaben gilt bspw. der bestehende Handlungsdruck. Hervorgebracht werden kann dieser sowohl durch endogene Faktoren wie die finanzielle Situation der GKV als auch durch exogene Faktoren, etwa einen Regierungswechsel, sozio-ökonomische sowie weitere politische Entwicklungen und Geschehnisse. Von Bedeutung ist ebenfalls, ob die Öffentlichkeit spezifische Reformen fordert.⁸⁶ Dies beeinflusst mögliche Interessens- respektive Akteurskonstellationen und gestaltet somit spezielle Handlungssituationen für die politischen Akteure mit (Bandelow 2006: 174; Pannowitsch 2012: 219; Janning und Töns 2008: 12).

82 Auch bei der Opposition (wie bei den Regierungsparteien und den verbandlichen Akteuren) ist die Bündnisfähigkeit von der Interessenskonvergenz maßgeblich abhängig (u. a. Noweski 2012: 128).

83 Ergänzend auch von den grundlegenden Mehrheitsverhältnissen im Bundestag, eine knappe Mehrheit der Regierungskoalitionen kann diese schließlich schwächen.

84 Zustimmungspflichtig sind Gesetze, sofern die „Rechte oder Interessen der Länder in besonderer Weise berührt werden“ (Jun 2001: 347). In diesen Fällen ist die Zustimmung des Bundesrates zur Gesetzesvorlage unabdinglich. Lehnt der Bundesrat ein solches Gesetz ab, kann der Vermittlungsausschuss, das gemeinsame Gremium von Bundesrat und Bundestag, einberufen werden, um einen Konsens zu finden. In diesem Gremium zählt ebenfalls das strategische Agieren einzelner Akteure. Kommt es zur wiederholten Ablehnung durch den Bundesrat, gilt der Gesetzesentwurf als gescheitert (vgl. Schmidt 2007: 153; Ismayr 2003: 447).

85 Vor allem die zwei großen Volksparteien (SPD und Union) stehen sich hier gegenüber.

86 Anstöße für grundlegende Veränderungen in Politikfeldern werden häufig auf exogene Faktoren (Regierungswechsel, soziale und ökonomische Krisen) zurückgeführt. „Policy-Wandel muss allerdings als ein Prozess verstanden werden, auf den die Eigenschaften der betroffenen Politikfelder einwirken und in den die relevanten Akteure und Koalitionen eingreifen können“ (Janning und Toens 2008: 12).

Die parteispezifische unterschiedliche Gewichtung gesundheitspolitischer Ziele⁸⁷ und der Stellenwert ideologischer Vorstellungen (Konvergenz von Interessen und Problemwahrnehmungen) sowie die Stakeholder-Abhängigkeit (die sich auch in klientelischen Bindungen zwischen Parteien und Verbänden widerspiegelt) determinieren ebenfalls die Rahmenbedingungen des gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesses (u. a. Bandelow 2006: 159; Pannowitsch 2012: 151).

Ferner können Parteien, ob aus der Opposition oder der Regierungskoalition, Einfluss auf informelle Entscheidungsprozesse ausüben. Diesen Einfluss abzuschätzen, ist hingegen für externe Beobachter kaum realisierbar (von Winter 2007: 219).

2.2 Akteure im deutschen Gesundheitswesen und der ambulanten kassenärztlichen Versorgung

Öffentliche Politik und somit auch Gesundheitspolitik werden nicht nur durch einen singulären Akteur wie den Staat, den Gesetzgeber oder die Regierung bestimmt. Vielmehr stellt Politik das Ergebnis der Interaktion bzw. der Aushandlungs- und Konfliktprozesse vieler Akteure dar. Die Handlungslogiken dieser Akteure sind in der Regel durch unterschiedliche Interessen, Problemwahrnehmungen, Wertvorstellungen und Machtpotentiale geprägt (Schneider und Janning 2006: 35; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 21). Die Begrifflichkeit „Akteur“ meint vor diesem Hintergrund nicht eine einzelne Person, sondern „komplexe Akteure“, die sich in der Regel aus einer Ansammlung vieler Individuen (als Mitglieder) zusammensetzen und ihre Interessen und Ressourcen bündeln, um gemeinsame Ziele zu verfolgen (Scharpf 2000: 85; Blum und Schubert 2009: 52).⁸⁸

Um gesellschaftliche Problembereiche und somit auch gesundheitspolitische Prozesse darzustellen und zu analysieren, erweist sich die Aufteilung in Makro-, Meso- und Mikroebene (zu denen jeweils spezifische Akteure gehören)

87 Nach Bandelow (2006: 195) beziehen sich die wichtigsten (teilweise sich widersprechenden) Ziele der Gesundheitspolitik auf die Finanzierbarkeit, Qualität, Solidarität und das Wachstum.

88 Weiterhin lassen sich komplexe Akteure in kollektive und kooperative Akteure gliedern, die sich in ihrem Grad der Autonomie unterscheiden. Kollektive Akteure (Beispiele sind Regierungen, Ministerien, politische Parteien, Gewerkschaften, Industrieverbände, Unternehmen, aber auch Forschungseinrichtungen) sind zumeist stärker als kooperative Akteure (z. B. strategische Allianzen oder Vereine) an die Ziele ihrer Mitglieder gebunden (Scharpf 2000: 101). Im Folgenden wird nicht zwischen kollektiven, kooperativen und komplexen Akteure unterschieden, zumal eine klare Abgrenzung zwischen ihnen nicht klar vorzunehmen ist (Blum und Schubert 2009: 52).

als möglich und sinnvoll. Die Makroebene als nationalstaatliche Ebene umfasst die institutionelle Konstitution des Gesetzgebungsprozesses (u. a. das Zweikammersystem und dessen Gesetzgebungskompetenz sowie das Parteiensystem bzw. die Rolle der Regierungskoalitionen und der Oppositionsparteien in Entscheidungsprozessen, siehe vorheriges Kapitel). Diese Ebene zielt durch staatliche Steuerung und mittels unterschiedlicher Governanceformen⁸⁹ auf die Lenkung des gesamten Gesundheitssystems (z. B. Noweski 2004: 30, Rosenbrock und Gerlinger 2014: 16). Die Mesoebene stellt sich als „vermittelnde Instanz“ zwischen den auf der Makroebene staatlich vorgegebenen Rahmenseetzungen in der Konkretisierung hin zur Mikroebene dar (u. a. Donges 2011: 217). Die Mesoebene kann sich u. a. aus regionalen Untergliederungen des staatlichen Akteurs und aus Organisationen beteiligter Akteure zusammensetzen. Entsprechend den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems u. a. mit der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind im Kontext der ambulanten Versorgung die KVen und (mittlerweile) auch andere Ärzteverbände sowie die Kostenträger (vorrangig die Kassenverbände) von Bedeutung (ebd.). Auf der Mikroebene lassen sich Individualakteure verorten, die (zuweilen) einzelwirtschaftliche Interessen verfolgen und als Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen miteinander interagieren (Noweski 2004: 85).⁹⁰

Trotz des seit mehreren Dekaden eingeleiteten Wandels der Staat-Verbände-Beziehungen sowie der korporatistischen Regulierung und Interessenvermittlung sind Interessenverbände⁹¹ auf der Mesoebene verortet und weiterhin an der Formulierung von Gesundheitsreformen und vor allem an der Umsetzung gesundheitspolitischer Entscheidungen beteiligt (z. B. Döhler 2002: 28f.; Czada 2004: 54f.; siehe hierzu auch Kapitel 2.1.2). Die Mikroebene stellt sich hingegen

89 Als analytischer Begriff verstehen Benz und Kollegen (2007: 13) „[...] Governance als Oberbegriff für sämtliche vorkommenden Muster der Interdependenzbewältigung zwischen Staaten sowie zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren [...]“. Kollektive Problemlösung bzw. die Erzeugung kollektiver Güter erfolgt unter diesem Verständnis nicht mehr in reiner hierarchischer Steuerung durch staatliche Instanzen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass staatliche Instanzen auch mit privaten korporativen Akteuren in neokorporatistischen Verhandlungssystemen und/oder Politiknetzwerken kooperieren. Die Governanceforschung fragt weiterführend danach, welche Kombination von Regelungsformen einen bestimmten Bereich kennzeichnet und eine erfolgreiche kollektive Problemlösung ermöglicht (Mayntz 2009: 105). Im Folgenden sind mit Governance gleichermaßen (staatliche) Steuerungs- und Regulierungssysteme bzw. -instrumente gemeint.

90 Somit fallen „[g]esundheitspolitische Entscheidungen [...] auf verschiedenen Ebenen und unter Beteiligung ganz unterschiedlicher Akteure“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 16).

91 Aus soziologischer Perspektive werden Verbände in der Interessenvertretung als „intermediäre Organisationen“ betrachtet, die als Mittler zwischen Staat und Gesellschaft bzw. Individuum und dessen Interessen und Bedürfnissen fungieren und den gesellschaftlichen Zusammenhalt unterstützen (Zimmer und Speth 2009: 270). Darüber hinaus wird Verbänden eine zentrale Rolle bei der Sicherung moderner Demokratien zugeschrieben (z. B. von Alemann 2006: 3f.).

in der Regel als sehr heterogen und fluide dar. Ihr unmittelbarer (gesundheits-) politischer Einfluss ist durch die Regulierungsstrukturen im Gesundheitswesen eher eingeschränkt. Ferner sind einzelne Akteure der Mikroebene, insbesondere die Kostenträger und Leistungserbringer, durch die starke Mesoebene in übergeordneten Verbänden organisiert.⁹² Auf der Mesoebene lassen sich nach Bandelow (2004b: 50f.) für die GKV drei wesentliche Interessen- bzw. Akteursgruppen unterscheiden: die Leistungsanbieter bzw. Leistungserbringer (u. a. Ärzte und ihre Verbände), die Finanzierungsträger (hier stellvertretend als der wichtigste Finanzierungsträger die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände) sowie die Patienten und Versicherten. Da die letztgenannten Akteure nur über wenig einflussreiche eigene Verbände verfügen⁹³ (ebd.: 63) und ihre Zusammensetzung sehr heterogen und variabel ist, bleiben sie in der folgenden Darstellung außen vor (Noweski 2012: 184).

Vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses der Untersuchung liegt der Fokus der Darstellung der Makroebene auf den parteipolitischen Akteuren respektive den vier bisher an der Bundesregierung beteiligten Parteien.

Politische Ziele und Präferenzen (Policy-Positionen oder auch Policy-Präferenzen⁹⁴) von Parteien und anderen Organisationen lassen sich idealtypisch auf drei Begründungen zurückführen: materielle, institutionelle und ideelle Ziele (Bandelow und Schade 2009b: 58f.). Materielle Ziele werden im Folgenden vereinfacht als monetäre Sicherstellung und/oder Zuwächse sowie als Sicherstellung der eigenen organisatorischen Existenz verstanden.⁹⁵ Institutionelle Ziele werden als Durchsetzungskraft eigener Interessen sowie als grundsätzliche Stärkung der eigenen Position definiert. Ideelle Ziele richten sich auf die Gewährleistung der Gemeinwohlerstellung bzw. der gesundheitlichen Versorgung. Nach Bandelow (2006: 197) lassen sich vier ideelle Ziele differenzieren, die wesentlichen Einfluss auf die politischen Ziele von Parteien und anderen Organisationen haben:

92 Dies heißt nicht, dass die gesundheitspolitischen Präferenzen der Individualakteure deckungsgleich mit denen der ihnen zugehörigen Verbände sind. Diese können teilweise sogar gegenteilig sein, wie die weiteren Ausführungen des Kapitels darstellen. Gleichwohl sind es die Verbände, die in der Regel (gesundheitspolitischen) Einfluss geltend machen.

93 Die geringe Einflussstärke liegt u. a. an der grundsätzlichen Einschränkung von repräsentativen Demokratiesystemen sowie an den Charakteristika der Akteursgruppe an sich (Noweski 2012: 184).

94 Policy-Präferenzen umfassen im Folgenden die Interessen und Ziele der komplexen Akteure, die u. a. durch weitere grundlegenden Überzeugungen, ideelle handlungsleitende Orientierungen und in Folge dessen auch durch (spezifische) Problemwahrnehmungsmuster geprägt werden.

95 Als materielle Ziele von Parteien gelten vorrangig die Maximierung von Wählerstimmen und Ämtern. Wollen Parteien eine unterschiedliche Wählerklientel ansprechen, unterscheiden sich ihre parteispezifischen Präferenzen am stärksten (Bandelow und Schade 2009b: 59).

1. „Stabilisierung der Gesundheitsausgaben („Finanzierbarkeit“),
2. hochwertige Gesundheitsversorgung („Qualität“),
3. gleichwertige Versorgung der Bevölkerung unabhängig vom Einkommen („Solidarität“) und
4. Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und Gewinnmöglichkeiten für die Leistungsanbieter im Gesundheitsmarkt („Wachstum“) (Bandelow 2006: 197).

Diese Ziele gleichzeitig zu realisieren, ist grundsätzlich schwer und führt wiederkehrend zu Wertekonflikten innerhalb der Parteien bzw. Akteure und vor allem auch zwischen den Akteuren⁹⁶ und weiter zu gesundheitspolitischen Konflikten zwischen den Interessengruppen (ebd.). Inwiefern Konflikte zwischen den Zielen gesehen werden, ist wesentlich vom Akteur und seiner ideellen Überzeugung sowie seiner spezifischen Gewichtung der Ziele abhängig. „Akteure, die dem Qualitätsziel eine hohe Präferenz einräumen, verneinen tendenziell mögliche Konflikte zu anderen Zielen. [...] Dagegen sehen sowohl Akteure mit einer primären Präferenz für das Solidaritätsziel als auch Akteure mit einer primären Präferenz für das Wachstumsziel hier Zielkonflikte“ (Bandelow und Schade 2009b: 59). Durch den kontinuierlichen Anstieg der Beitragssätze der GKV herrscht zunehmend ein von vielen Akteuren und auch von der Wissenschaft kaum geleugneter Konflikt zwischen der Finanzierbarkeit und den anderen Zielen. Eine zeitgleiche Orientierung an den Wachstums- und Solidaritätszielen konnte seit den 1970er Jahren nicht mehr gewährleistet werden (Bandelow 2006: 162). Politische Akteure, besonders die politischen Parteien, müssen sich für eine Gewichtung der Ziele entscheiden, was wiederum zu zentralen Konflikten zwischen den Parteien führt (Bandelow und Schade 2009b: 60).

2.2.1 Parteipolitische Akteure

Seit den 1980er wandelt sich das deutsche Parteiensystem und ist mit dem Einzug von Bündnis 90/Die Grünen in den Bundestag (1983) pluralistischer gewor-

⁹⁶ „So kann Finanzierbarkeit in Widerspruch vor allem zu Wachstum und Qualität geraten, da letztgenannte Ziele eine Ausweitung der Ressourcen erfordern. Wachstumsinteressen können mit dem Solidaritätsziel kollidieren, sofern die öffentlichen Finanzierungsmöglichkeiten begrenzt sind und Wachstum nur durch zusätzliche private Finanzierung möglich wird. Selbst Qualität und Wachstum sind nicht deckungsgleich, obwohl hier die Widersprüche am wenigsten offenkundig sind. Qualitätsinteressen können aber zu einer Mittelverwendung im Gesundheitswesen führen, die von den Interessen der nationalen Leistungsanbieter abweicht“ (Bandelow 2006: 159). Finanzierbarkeit findet ihren Ausdruck bspw. in dem operationalisierten Ziel der Beitragssatzstabilität (ebd.).

den. Bestand es bis dahin mit Union, SPD und FDP aus „zweieinhalb“ Parteien, kam mit der Bundestagswahl 2005 ergänzend DIE LINKE als fünfte Partei hinzu und weitere Wandlungen bis hin zu einem fluiden Fünfparteiensystem sind zu konstatieren (u. a. Niedermayer 2015: 6-7; von Alemann et al. 2010: 84f.). In der Folge sind auch die potentiellen Regierungskonstellationen sowie Bündnismöglichkeiten zwischen den Parteien vielfältiger geworden. Das Parteiensystem und darin die einzelnen Parteien sehen sich mit veränderten gesellschaftlichen, institutionellen, organisatorischen und strategischen Rahmenbedingungen konfrontiert (u. a. von Alemann et al. 2010: 222). Zurückgeführt wird dieser Wandel auf eine Vielzahl unterschiedlicher Phänomene und Aspekte wie den Wandel der Erwerbsstrukturen, Milieuerosionsprozesse⁹⁷, gesellschaftlichen Wertewandel, Individualisierungstendenzen verbunden mit der Abkehr der Bevölkerung von gesellschaftlichen Großorganisationen und dem Verfall von Parteienbindungen etc. (u. a. ebd.: 232f.; Decker 2013: 28f.; Lösche 2009: 8). Wenngleich Art, Ausmaß und Richtung dieser Veränderungen von der Wissenschaft sehr kontrovers bewertet werden, lässt sich unumstritten festhalten, dass die Benennung von parteispezifischen Präferenzen und Positionen allgemein sowie im Zeitverlauf erschwert wird. Schließlich ist davon auszugehen, dass Parteien „[...] aus unterschiedlichsten Gruppierungen, Organisationseinheiten und Gliederungen bestehen, die jeweils völlig unterschiedliche Interessen vertreten können“ (Haas et al. 2008: 14). Erschwerend wirkt, dass sich wiederkehrend für fast jede Partei innerparteiliche Konfliktlinien, u. a. durch unterschiedliche Werteorientierungen, ausfindig machen lassen, die ebenfalls die gesamtpolitische Ausrichtung beeinflussen. Entsprechend verwundert es nicht, dass sowohl für spezifische politische Fragestellungen als auch für die wesentlichen Politikfelder eindeutige parteiprogrammatische Benennungen von Zielen und Forderungen in der Literatur nur selten vorzufinden sind. Grundsätzlich stellt sich die valide empirische Einschätzung parteipolitischer Programmatiken aufgrund der Komplexität des politischen Systems und der Akteure an sich als eine komplizierte Angelegenheit dar (u. a. Egle 2009: 62). Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass sich politische Parteien und Koalitionsregierungen durch divergente ideologische Standpunkte kennzeichnen, die sich in programmatischen Unterscheidungen in den einzelnen Politikfeldern wie der Gesundheitspolitik widerspiegeln (u. a. ebd.; von Beyme 2000: 64f.). Je nach ideologischen Präferenzen und wahltaktischen Erwägungen legen die Parteien unterschiedliche Schwerpunkte auf Policies. Diese Schwerpunkte können wiederum je Legislaturperiode variieren. Überdies

97 Durch eine Erosion der traditionellen Sozialmilieus (wie des kirchlichen und sozialdemokratischen Milieus) können diese ihre vormals bestehenden politischen Sozialisationsleistungen nicht mehr erbringen. Auch haben alle Parteien, besonders aber Union und SPD, mit geringen und sinkenden Mitgliedschaften zu kämpfen (Niedermayer 2005: 82).

wird durch die veränderten Rahmenbedingungen auch der Parteienwettbewerb verschärft, da sich sowohl die zwei vormals dominierenden „Volksparteien“ Union und SPD⁹⁸ als auch die kleineren Parteien ihrer Wählerschaft nicht mehr sicher sein können. Obwohl weiterhin zwischen den einzelnen Parteien unterschiedliche Akzente in den Zielepräferenzen gelegt werden, kommt es doch in verschiedenen Bereichen zur Angleichungen zwischen den Parteien, sodass diese nun zunehmend um das gleiche Wählerpotential konkurrieren (wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten und mit unterschiedlichen Konstellationen) (u. a. Decker 2013: 22f.). Das Ziel der Maximierung von Wählerstimmen führt zusammen mit dem Wandel des Parteiensystems zu einem Bedeutungsgewinn strategischen Agierens seitens der Parteien. Im Kontext von Gesundheitsreformen bzw. ihrer erfolgreichen Verabschiedung und Umsetzung wird die Notwendigkeit strategischen Handelns von Parteien sowie von Akteuren des Regierungsapparates durch die hohe Pluralität von Interessen und Akteuren unterstrichen (Gerlinger 2002a: 15). Dabei können traditionelle klientelische Zuordnungen⁹⁹ zwischen Wählerschaft bzw. gesellschaftlichen Gruppierungen und politischem Lager sowie Unterschiede in den ideologischen Präferenzen und Kernkompetenzen einzelner Parteien zwar weiterhin benannt werden, ihr Einfluss auf tatsächliche Policy-Positionen lässt sich hingegen schwer(er) abschätzen.¹⁰⁰

Bündnis 90/Die Grünen, die sich aus einer Bürger- und Friedensbewegung entwickelten, konnten erst mit dem 2002 verabschiedeten Grundsatzprogramm neben ihren klassischen umweltpolitischen Themen auch im Bereich von arbeits-, sozial- und gesundheitspolitischen Fragestellungen Positionen beziehen. Eine tatsächliche Programmdebatte auch mit Blick auf gesundheitspolitische Fragestellungen erfolgte hingegen erst auf dem „Zukunftskongress“ der Grünen im Herbst 2006. Dabei bleibt zu betonen, dass Gesundheitspolitik nicht zu den Kernthemen der Partei zählt (u. a. Poguntke 2003: 101). Eine Benennung von klientelischen Bindungen ist in der Literatur kaum vorzufinden, gleichwohl werden sie zuweilen als „Partei der bürgerlichen aufgeklärten Mittigkeit mit ökologischem Profil“ (Lösche 2009: 10) dargestellt. Nach Bandelow (2006: 156) ist davon auszugehen, dass die Grünen das Ziel der Qualitätssteigerung in der Gesundheitspolitik am stärksten gewichten und ihr Handeln an Sozialnormen ausrichten. Ergänzend betont Hartmann (2003: 16), dass die Partei sich im Zeit-

98 Obwohl bereits weitverbreitet vom Untergang der Volksparteien, die auch als „Massenintegrationsparteien“ verstanden wurden, die Rede ist (u. a. Lösche 2009: 4), wird im Folgenden weiterhin diese Begrifflichkeit verwendet.

99 Diese erlitten zwar einen Bedeutungsverlust, liegen aber immer noch vor.

100 Auf Ebene der einzelnen Parteien (beginnend mit den zwei großen Parteien) haben sich parteiinterne gesundheitspolitische Gremien entwickelt, die neben einer Steigerung von Expertenwissen den Bedeutungsverlust ursprünglicher Klientelbeziehungen ermöglichten (Döhler und Manow 1995: 3).

verlauf, spätestens im Verlauf der 15. Legislaturperiode, zur „Wettbewerbspartei“ wandelte. Überdies wird sie heute nicht mehr nur als „natürlicher“ Koalitionspartner der SPD verstanden, sondern als mögliche „Scharnierpartei“ zum linken Lager (Niedermayer 2015: 151). Neben innerparteilichen Konflikten u. a. um Grundsatzfragen war die politische Arbeit der Grünen vor allem in den ersten Jahren nach erstmaliger Übernahme der Regierungsverantwortung (1998) von organisatorischen und strategischen Schwächen geprägt (u. a. Poguntke 2003: 98).

Die FDP büßte nach vielen Dekaden einer ununterbrochenen Regierungsbeileiligung (1949-1998) durch das Auftreten der Grünen als Regierungspartei die liberale Vorherrschaft als Scharnier- bzw. Funktionspartei im Sinne eines „festen“ Koalitionspartners für eine der zwei großen Volksparteien ein.¹⁰¹ Mit dem Rollenverlust der Mehrheitsbeschafferin geht auch der Verlust der vormals sicheren, traditionellen „Leihstimmen“ (vorrangig der Unionsanhänger) einher (u. a. Niedermayer 2015: 130; von Alemann et al. 2010: 68). Wie keiner anderen Partei haftet ihr das Image einer Klientelpartei im Allgemeinen sowie für das Gesundheitswesen im Speziellen an. Dabei gilt sie als wichtigster Adressat der Lobbyarbeit von Vertretern des selbständigen kleinen und mittleren Mittelstandes sowie der Freiberufler, für das Gesundheitswesen sind dies insbesondere Ärzte und Apotheker (Lehmbruch 2000a: 114; Bandelow 2006: 167). Einhergehend mit der zugeschriebenen Verortung ihrer Kernkompetenz in Wirtschaftsfragen positioniert sie sich stets für Marktfreiheit und Steuersenkungen (u. a. Lösche 2009: 10; Zohnhöfer 2007: 131; Niedermayer 2015: 108). Diese Ziele werden auch auf das Gesundheitswesen übertragen, sodass die Liberalen als extreme Verfechter des „Wachstumsziels“ bezeichnet werden (Bandelow 2006: 169).

Für die Union, als bundesweiter Zusammenschluss aus CDU und CSU, geht mit dem Regierungswechsel 1998 eine lange Ära von 16 Jahren christlich-demokratischer Regierungsverantwortung vorüber. Als Volkspartei ist sie im besonderen Maße von den gesellschaftlichen Entwicklungen und deren Einfluss auf das Parteiensystem betroffen. Das traditionelle kirchengebundene katholische (Wähler-)Milieu der Union ist zunehmend erodiert und sichergeglaubte Wählerstimmen sind verloren gegangen. Wenngleich die Christlich-Bürgerlichen ebenso wie die Gruppe der Arbeitgeber die Stammklientel bleiben (u. a. Niedermayer 2015: 16), wird dennoch das Wählerpotential heterogener. In der Folge werden neue (strategische) Positionierungen und Konzepte allgemein sowie für einzelne Politikfelder gesucht (Niedermayer 2003: 30). Die Union unterlag in den vergangenen zwei Dekaden weitreichenden innerparteilichen Wandlungsprozessen

101 Als liberales Korrektiv von CDU/CSU und SPD (Niedermayer 2015: 103).

(u. a. Zolleis und Schmid 2015: 28). Zusammen mit ihrem Marktkern, der Wirtschaftskompetenz (u. a. Niedermayer 2015: 16), richtet sich ihre gesundheitspolitische Zielgewichtung auf die Finanzierbarkeit. Daneben bewertet sie das Wachstumsziel höher als das Solidaritätsziel, wengleich auch diese Gewichtungen sich im Zeitverlauf verschieben. Ergänzend bleiben, trotz Bedeutungsverlustes im Politikfeld Gesundheitspolitik, klassische Bindungen zu den Arbeitgebern und den Leistungserbringern bestehen (u. a. Neumann 2009: 92; Bandelow 2006: 169).

Für die Sozialdemokraten hat der Verlust der Stabilität und Kontinuität des Parteiensystems wie für die Union weitreichende Bedeutung für ihre politische Existenz. Das alte sozialdemokratische Milieu, der sekundäre Sektor, schrumpft kontinuierlich und mit ihm die Bindungen zwischen „facharbeiterlich-gewerkschaftlicher“ Wählerschaft und sozialdemokratischer Partei (u. a. Lösche 2009: 8). In der Folge unterlag auch die SPD weitreichenden innerparteilichen Wandlungsprozessen in ihren Positionierungen. Eine besondere Wendung erfuhr sie in der 15. Legislaturperiode. Diese fand ihren besonderen Ausdruck in der „Agenda 2010“¹⁰², die mit erheblichen Folgen und Veränderungen im Bereich der Wählerschaft und der innerparteilichen Strukturen in Verbindung gebracht werden kann (u. a. Niedermayer 2015: 13). Gleichwohl liegt auch noch heute der Markenkern der SPD in der Sozialkompetenz. So kann sie traditionell auf starke personelle und sachliche Ressourcen in sozialpolitischen Fragen zurückgreifen (ebd.). Wengleich die Stärke der Bindungen fluide und das allgemeine Wählerpotential heterogener geworden ist, gilt die SPD noch immer als Repräsentantin der Arbeitnehmer. Überdies werden Bindungen zu Gewerkschaften und Ortskrankenkassen benannt (Bandelow 2006: 163). In der sozialdemokratischen Gesundheitspolitik dominierte bis in die Mitte der 1970er Jahre das Solidaritätsziel, das durch den Bedeutungsgewinn der Kostendämpfungspolitik um das Finanzierungsziel und die Beitragssatzstabilität ergänzt wurde (ebd.: 169).

2.2.2 Die Ärzteschaft und ihre Verbände

Die ambulante Versorgung der GKV wird maßgeblich von Fach- und Hausärzten bzw. den Vertragsärzten (traditionell als niedergelassene Ärzte bezeichnet) des GKV-Systems realisiert. Berufssoziologisch stellt der Arztberuf eine Profession dar, die durch Autonomie, eine spezialisierte Wissensbasis (deren Definition,

102 Die Agenda 2010 stellt ein Reformkonzept für das deutsche Sozialsystem und den Arbeitsmarkt dar. Seitens der Bevölkerung wird dieses zuweilen auch als Synonym für soziale Ungerechtigkeit wahrgenommen. Es veranlasste weitreichende innerparteiliche Konflikte und Flügelkämpfe (u. a. Niedermayer 2015: 13; Spier und von Alemann 2015: 50).

Entwicklung und Anwendung) sowie die Vertrauenswürdigkeit ihrer Mitglieder gegenüber der Gesellschaft charakterisiert ist (Klemperer 2006: 61). In der Praxis der ärztlichen Tätigkeit findet dies u. a. seinen Ausdruck in der ärztlichen Freiberuflichkeit, der Therapie- und Diagnosefreiheit (ärztliche Autonomie) sowie im Behandlungsmonopol und der freien Arztwahl (Noweski 2012: 267; Lepperhoff 2004: 191). Diese Aspekte sowie die strukturellen Gegebenheiten des GKV-Systems und die zentrale Stellung in der ambulanten Versorgung verhalfen den deutschen Ärzten im europäischen Vergleich zu einer gewissen „Sonderrolle“. Sie verfügen über wirtschaftlich gute Niederlassungsmöglichkeiten (z. B. Noweski 2004: 66) und zählen zu den erfolgreichsten Interessenverbänden innerhalb der Gesundheitspolitik, wenngleich sich ihr gesundheitspolitischer Einfluss im Zuge der gewandelten Rahmenbedingungen seit den 1990er Jahren verringert hat (z. B. Bandelow 2007: 288).

Das Handeln der Ärzteschaft und die ärztlichen Interessen werden nicht nur von der ärztlichen Ethik und Gemeinwohlaspekten wie einer optimalen gesundheitlichen Versorgung der Patienten geprägt, sondern maßgeblich von berufsständischen Zielen. Hierzu zählen sowohl monetäre Aspekte wie möglichst hohe Einkünfte als auch die Steigerung bzw. der Erhalt des gesellschaftlichen Status und der Privilegien der Freiberuflichkeit (Bandelow 2004b: 51; Musil 2003: 167; Stillfried und Jelastopulu 1997: 30f.).¹⁰³ Entsprechend stellt sich der Schutz der „professionellen Autonomie“, die die wesentlichen standespolitischen Ziele vereint, als handlungsleitende Orientierung (ärztliches Belief-System) dar. Um die Ziele zu realisieren, gilt es in der ärztlichen Interessenvermittlung aufgrund der historisch gewachsenen Strukturen das Kollektivvertragssystem bzw. den Sicherstellungsauftrag, die Unabhängigkeit von den Krankenkassen und das Behandlungsmonopol zu schützen (Lepperhoff 2004: 191; Noweski 2004: 6f.). Strukturelle Änderungen wie die Etablierung eines Vertragswettbewerbs und Kompetenzerweiterungen eines Verhandlungspartners können schließlich als Störungen des vormals bestehenden Verhandlungsgleichgewichts und weiterführend als Bedrohung (vorrangig für die traditionell etablierten Akteure) im Handlungsfeld der GKV gedeutet werden (Weber 2001: 256; Noweski 2012: 221f.).

Die recht homogen wirkende Gruppe der Ärzteschaft hat sich mit den Wandlungen der strukturellen Rahmenbedingungen zunehmend ausdifferenziert. Mittlerweile besteht ein Pluralismus von Ärzteverbänden, die je nach Stellung im ordnungspolitischen Gefüge unterschiedliche Interessenlagen und -strategien aufweisen (Birkelbach 2003: 175; Bandelow 2007: 278). Diese Entwicklungen sowie die Beziehungen der Ärzteverbände untereinander beeinflussen sowohl die

103 In den vergangenen Jahrzehnten haben besonders honorarpolitische Forderungen an Bedeutung gewonnen.

Chancen der Interessensvermittlung als auch die eigenen ordnungspolitischen Vorstellungen (Gerlinger 2009a: 33).

Im Jahr 2014 nahmen 143.635 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil, darunter waren 109.638 Vertragsärzte (76 Prozent). Von diesen gut hunderttausend vertragsärztlich tätigen Ärzten waren 48 Prozent (52.648) Hausärzte (gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie inklusive Allgemein-/Praktischen Ärzten, Hausinternisten, Kinderärzten) (KBV 2014, eigene Berechnungen). Im Jahr 1986 machte der Anteil der hausärztlichen Vertragsärzte an allen Vertragsärzten noch 65,4 Prozent, im Jahr 1996 nur noch 54,8 Prozent und im Jahr 2006 bereits unter 50 Prozent (49,3 Prozent) aus (Kopetsch 2010: 50). Diese Zahlen verdeutlichen zum einen, dass der Anteil der Hausärzte innerhalb der KBV geringer ist als der der Fachärzte, und zum anderen verweisen sie auf den vermeintlichen Trend eines Bedeutungsverlustes der hausärztlichen Versorgung (u. a. Rosenbrock und Gerlinger 2015: 172) (siehe Kapitel 3). Weiterhin stellt sich der Anteil der in der ambulanten Versorgung angestellten Ärzte als Einflussfaktor auf die ärztliche Interessensvermittlung dar. Im Jahr 1998 waren im ambulanten Bereich lediglich rund 7.800 angestellte Ärzte tätig (Bundesärztekammer (BÄK) 1998). Bis zum Jahr 2006 ist dieser Anteil bereits auf ca. 9.100 gewachsen (BÄK 2014) und hat sich bis zum Jahr 2014 mit 26.307 fast verdreifacht (ebd.). Es arbeitet zwar weiterhin der deutlich überwiegende Anteil der Vertragsärzte als Freiberufler, gleichwohl wird deutlich, dass sich die Struktur der Ärzteschaft wandelt. Dies wird weiterhin durch einen wachsenden Anteil an ambulant tätigen Ärztinnen deutlich. Lag der Anteil der Frauen bei allen an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (inklusive Privatärzten) im Jahr 1998 bei rund 34,5 Prozent (BÄK 1998), wuchs dieser bis zum Jahr 2006 auf 37,5 Prozent (BÄK 2006) und verzeichnete bis zum Jahr 2014 einen weiteren deutlichen Anstieg auf 42,4 Prozent (BÄK 2014). Ein gestiegener Anteil an angestellten Ärzten bedeutet nicht, dass die Interessensvermittlung per se geschwächt wird. Vielmehr müssen die Ärzteverbände stärker als zuvor die spezifischen Interessensverlagerungen, die auch durch die wachsende Anzahl an Frauen im Arztberuf bedingt sind, berücksichtigen.¹⁰⁴

Abgeleitet von den strukturellen Rahmenbedingungen stellt sich die KBV zusammen mit den 17 regionalen KVen als zentraler Akteur bzw. Verband zur Realisierung der ambulanten Versorgung dar. Ihr Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 77, 5 SGB V) sowie die Übertragung des Sicherstellungsauftrags (§ 75 SGB V) verhalfen ihr zu einer starken Machtposition. Da für jeden Mediziner, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen möchte, eine

104 Es ist bspw. anzunehmen, dass der Status der Freiberuflerlichkeit eine geringere Bedeutung erhält. Gleichwohl ist auch dies nicht mit einer Einschränkung der ärztlichen Autonomie gleichzusetzen.

Zwangsmitgliedschaft in einer der KVen besteht, haben diese quasi Bestandschutz erhalten. Ferner haben die KVen und die KBV den gesetzlichen Auftrag, zu prüfen, ob die Vertragsärzte ihre Pflichten erfüllen und die staatlichen Rahmenvorgaben eingehalten werden. Darüber hinaus müssen sie die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags wahrnehmen (§ 75, 1-2 SGB V).¹⁰⁵ Gemeinsam verschaffte dies den KVen ein Vertragsmonopol in der kollektivvertraglich gestalteten ambulanten Versorgung sowie eine bedeutende Rolle innerhalb der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte (u. a. Bandelow 2007: 273). Ursprünglich sollte das Vertragsmonopol eine innerärztliche Konkurrenz bei den Vertragsverhandlungen mit den Kassen verhindern (z. B. ebd.; Bandelow 2004b: 66; Noweski 2004: 41).¹⁰⁶ In der Folge nehmen die KVen eine gesetzlich festgeschriebene, aber „[...] politisch umstrittene Doppelstellung- bzw. Funktion als Körperschaft mit öffentlichen Aufgaben einerseits und als politische Vertretung ärztlicher Partikularinteressen andererseits ein“ (Bandelow 2007: 274). Dies hat zusammen mit den veränderten Rahmenbedingungen und Regulierungsstrukturen (wie der Liberalisierung des Vertragswettbewerbs¹⁰⁷) zunehmend zu einer Problematik in der Interessenaggregation und -artikulation der KVen geführt (z. B. ebd.). Verschärfend wirkt der zunehmend restriktive Finanzrahmen der GKV, der verbunden mit der Anfang der 1990er geschaffenen gedeckelten Gesamtvergütung bei einer zu hohen Ärztezahl zu enttäuschten Einkommenserwartungen der Vertragsärzte sowie honararpolitischen Verteilungskonflikten zwischen den einzelnen Arztgruppen führte (Gerlinger 2009a: 41).¹⁰⁸

105 Wie die Erfüllung der Präsenz- und Leistungserbringungspflichten, die in den Bundesmantelverträgen geregelt sind. Durch diese ist es den KVen nicht gestattet, Streiks, organisierte Praxisschließungen sowie andere Formen der Leistungsverweigerung durchzuführen (u. a. Rosenbrock und Gerlinger 2014: 183). Bei der Wahrnehmung dieses Sicherstellungsauftrags wirken KBV und KVen mit den Kassen zusammen (§ 72,1 SGB V). In den Vertragsverhandlungen zu den Kollektivverträgen verhandeln die KVen mit den Kassen u. a. über die Höhe der Gesamtvergütung. Auch sind die KVen für die Verteilung der Honorare an die einzelnen Ärzte verantwortlich.

106 Überdies werden dem Kollektivvertragssystem geringere Ex-ante-Kosten gegenüber individualisierten Vertragsformen je nach Perspektive zugesprochen, da an das Management der Vertragsverhandlungen erhebliche Anforderungen gestellt werden (Weber 2001: 257).

107 Das selektive Kontrahieren von Leistungserbringern durch die Kassen kann dazu führen, dass die ärztliche Tätigkeit (von außen) steuerbar wird, und so der ärztlichen Autonomie entgegenstehen. Inwiefern dies tatsächlich in der Praxis der Fall ist, gilt als strittig (Kumpmann 2012: 267).

108 Die Kostendämpfungspolitik, deren Notwendigkeit sich u. a. durch die zu hohe Arztdichte ergab, führte zu einer verschlechterten ökonomischen Situation und so zu Einnahmeeinbußen auf Seiten aller Ärzte (u. a. Perschke-Hartmann 1994: 65; SVR 1990: 140).

Dies spiegelt sich wiederum in einer wachsenden Unzufriedenheit der Mitglieder gegenüber der Interessenvermittlung der Verbände¹⁰⁹ wider, vorrangig in Bezug auf die wirtschaftlich-ökonomische Interessenvertretung (u. a. Bandelow 2007: 274; Brechtel 2001: 14). Aufgrund der Orientierung an den staatlichen Vorgaben werden die Körperschaften von einzelnen Teilen der Ärzteschaft auch als Vertreter staatlicher und nicht der eigenen Interessen kritisiert (Bandelow 2004b: 53). Überdies wird den KVen eine langjährige „einseitige Klientelpolitik“ zugunsten der Fachärzte zugeschrieben (Rühmkorf 2010: 172).¹¹⁰

Wiederkehrend führen diese Wahrnehmung sowie die innerärztlichen Konflikte zu Spaltungs- bzw. Austrittsbestrebungen¹¹¹, vorrangig seitens der Hausärzte respektive der Allgemeinmediziner (u. a. Gerlinger 2009a: 42). Zumindest ein eigenes Verhandlungsmandat stellt sich als permanente Forderung der Hausärzte innerhalb der KBV dar (u. a. Bandelow 2007: 286). Die zunehmend erodierende innerärztliche Kohäsion beeinträchtigt wiederum die Handlungsfähigkeit der KVen nachhaltig und führt weiterhin zu einer erhöhten Kompromissbereitschaft der KBV gegenüber dem Gesetzgeber und den Kassen. Dies geschieht auch, um die eigene verbandliche Existenz zu sichern und Verbandskompetenzen auszubauen oder zumindest zu erhalten (ebd.: 288f.).¹¹² Schließlich stellt sich die Lockerung der wichtigsten Machtressourcen, des Sicherstellungsauftrags und des Kollektivvertragssystems, gerade für die KVen und die KBV (mit Blick auf Legitimation und Existenz) als entscheidende Bedrohung dar (Noweski 2012: 292; Bandelow und Schade 2009a: 101). Das liegt auch daran, dass durch die Selektivverträge für den einzelnen Vertragsarzt nun genau solche Exit-Optionen aus den Kollektivverträgen und somit auch aus dem „Zwangsverband“ der KBV entstanden sind.

In der Folge wurde die Durchsetzungsfähigkeit der KVen und der KBV nachhaltig geschwächt. Zusammen mit einer durch Verabschiedung des GMG 2004 veranlassten Organisationsreform (mit dem Ziel der Professionalisierung

109 „Deren Vorstände sind immer weniger in der Lage, zwischen den vom Gesetzgeber und von den Krankenkassen formulierten Handlungsanforderungen einerseits sowie den Interessen ihrer Mitglieder andererseits zu vermitteln. Die KV-Vorstände bewegen sich, so könnte man sagen, im Widerspruch zwischen Einflusslogik und Mitgliedschaftslogik“ (Gerlinger 2009a: 42).

110 Die nach Meinung unterschiedlicher Akteure und Wissenschaftler ihren Ausdruck in tendenziell unterbewerteten Honoraren der Allgemeinmediziner zugunsten der Fachärzte findet (Rühmkorf 2010: 172).

111 Ein Systemausstieg, u. a. in Form einer kollektiven Zulassungsrückgabe ist hingegen mit rechtlichen Restriktionen und nur unter bestimmten Voraussetzungen realisierbar (§ 95b SGB V).

112 Dies neben der stetigen Forderung der finanziellen Besserstellung der eigenen Mitglieder. Ein radikaler Systemwechsel der GKV-Strukturen wird in der Folge von der KBV nicht angestrebt. Vielmehr geht es um den Erhalt der (vormals dominierenden) eigenen Stellung im Ordnunggefüge (Bandelow 2007: 284).

der Verbandsstrukturen seitens des Gesetzgebers)¹¹³ unterlagen sie in den vergangenen zwei Dekaden weitreichenden innerverbandlichen Veränderungen.

Über eine Zwangs- bzw. Pflichtmitgliedschaft rekrutieren ebenfalls die 17 Landesärztekammern ihre Mitglieder.¹¹⁴ Auch sie haben den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Jeder Mediziner ist mit der Approbation Mitglied in einer dieser Landesärztekammern. Diese sind nicht als berufspolitische Interessenverbände zu verstehen, sondern dienen primär der Überwachung der ärztlichen Berufsethik und übernehmen teilweise „quasi-staatliche Funktionen“, indem sie durch den Erlass der Aus- und Weiterbildungsordnungen für Ärzte u. a. wesentlich an der Qualitätssicherung beteiligt sind (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 388). Durch eine Stärkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassen und KVen) in den 1970er Jahren verloren die Kammern deutlich an Einfluss (z. B. Bandelow 2004b: 53; 2007: 274). Auch wenn sie durch politische Stellungnahmen einzelner Mitglieder öffentlich Wirkung (als wichtige politische Machtressourcen) erzeugen können, ist ihr politischer Einfluss von geringer Bedeutung. Schließlich stellt sich u. a. auch ihre Mitgliederstruktur als zu heterogen dar.

Beiden Zwangsverbänden ist gemein, dass ihren Mitgliedern die Möglichkeit des Austritts (Exit) fehlt, sodass die Mitgliedschaft in krisenhaften Situationen verstärkt zur Artikulation der Unzufriedenheit (Voice) genutzt wird (vgl. Hirschmann 1970). Dies beinhaltet auch Äußerungen über andere Verbände. Dabei ist ferner davon auszugehen, dass die Interessenkonvergenz in Zwangsverbänden herabgesetzt ist, die aber eine entscheidende Bedeutung bei der zielgerichteten Nutzung von Machtressourcen hat (Noweski 2012: 103). In Freiwilligenverbänden ist demgegenüber der Mitgliederaustritt wahrscheinlicher (Brechtel 2001: 278f.). Durch Selektivvertragsoptionen haben sich nun aber auch für die Vertragsärzte Exit-Optionen aus den KBV entwickelt.¹¹⁵ Grundsätzlich

113 Neben der Pflicht zur Einführung eines hauptamtlichen Vorstands (mit bis zu drei Mitgliedern und einem hausärztlichen Vertreter) und der veränderten Funktion der Vertreterversammlung, die zum alleinigen Selbstverwaltungsorgan (als Legislativ- und Kontrollorgan) umgewandelt werden sollte, sollten die Hausärzte nun in eigenen Angelegenheiten alleine stimmberechtigt sein. Ferner wurde durch gesetzlich vorgegebene Zusammenschlüsse die Anzahl der regionalen KVen von vormals 23 auf 17 KVen bundesweit reduziert (§§ 77ff. SGB V). Besonders die Einführung der hauptamtlichen Strukturen traf seitens der KV-Vertreter auf harsche Kritik. Bereits durch die Gesundheitsreform 2000 wurde mit § 79c SGB V ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung eingeführt. Erst mit dem VSG 2015 dürfen innerhalb der KBV Vertreter der Hausärzte über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, selbst entscheiden (§ 79, 3a SGB V). Gleiches gilt für die Fachärzte.

114 Die BÄK koordiniert als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern bzw. als Dachorganisation, die einzelnen Kammern. Sie zielt hier u. a. auf einen Erfahrungsaustausch ab und fungiert als wichtiges Sprachrohr aller Ärzte (Bandelow 2007: 273).

115 Dabei gilt jedoch zu beachten, dass dies für den einzelnen Arzt mit ökonomischer Unsicherheit verbunden ist, da er bislang im sicheren Netz der KBV-Strukturen tätig war bzw. ist.

besteht demnach in der Interessenvertretung der Ärzteschaft eine Art „Dualismus“ von zwei verschiedenen Verbandstypen: ärztlichen Körperschaften und freien Interessenverbänden. Durch die steigende Unzufriedenheit der Ärzte mit der Arbeit der körperschaftlich organisierten Verbände haben sodann die freien Interessenverbände innerhalb der Ärzteschaft und der ärztlichen Interessenvertretung an Bedeutung gewonnen und im Zuge dessen auch ihre Handlungskompetenzen erweitert (z. B. Bandelow 2007: 273). Unter diesen Ärzteverbänden sind zwei Grundtypen zu unterscheiden: „freie Berufsverbände“ und „ärztliche Fachverbände“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 184). Dabei wird die Interessenvertretung durch Zwangsverbände von den Ärzten schlechter bewertet als die Interessenvertretung durch Freiwilligenverbände (Brechtel 2001: 286).¹¹⁶

Die Mitgliedschaft in freien Berufsverbänden steht jedem Arzt, unabhängig von seiner Fachzugehörigkeit sowie der Stellung im Beruf offen (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 184). Die freien Verbände streben auf Grundlage eigener politischer Positionen gesundheitspolitische Lobbyarbeit sowohl innerhalb als auch außerhalb der Ärzteschaft an. Der Hartmannbund gilt als bedeutender freier Ärzteverband. Er tritt regelmäßig mit gesundheitspolitischen Stellungnahmen in Erscheinung.¹¹⁷ Zwar steht er formell allen Arztgruppen offen, ist primär aber ein Verband der niedergelassenen Mediziner (Birkelbach 2003: 158f.; Bandelow 2007: 275).¹¹⁸ Auch die freien Ärzteverbände sind von der gewachsenen Bedeutung von Partikularinteressen, besonders bei finanziellen Fragen einzelner Arztgruppen, betroffen. Eine fachübergreifende Organisation von Ärzten ist durch die innerärztlichen Interessenskonflikte mit Blick auf Interessenartikulation und -durchsetzung kaum noch möglich (Gerlinger 2009a: 42).

In der Folge konnten ärztliche Fachverbände, bei denen eine Fachgruppenzugehörigkeit zur Mitgliedschaft vorausgesetzt wird, einen enormen Bedeu-

116 Besonders die wirtschaftlich-ökonomische Verbandsarbeit wird von der Ärzteschaft zunehmend (und mit besonderer Stärke seit dem GSG) kritisch in Frage gestellt (Brechtel 2001: 282).

117 Historisch sind die KVen aus dem Hartmannbund hervorgegangen, der auch als „Gewerkschaft“ der Ärzte verstanden wurde. Entsprechend bestehen noch heute teilweise enge personelle Verflechtungen sowohl im Vorstand wie in der Mitgliedschaft (Noweski 2004: 54). Der Marburger Bund, ebenfalls eine Art „Ärztegewerkschaft“, zählt zu den größten freien Ärzteverbänden Deutschlands. Dieser vertritt vorrangig angestellte und beamtete Mediziner und ist damit die zentrale Interessenvertretung der Krankenhausärzte (Bandelow 2007: 274). Ebenso ist im Kontext der freien ärztlichen Berufsverbände der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) zu nennen. Dieser verfügt aber gegenüber dem Hartmannbund über einen wesentlich geringeren Organisationsgrad sowie geringere materielle und selektive Anreize.

118 Nach eigenen Angaben vertritt der Hartmannbund über 70.000 Mitglieder (Hartmannbund 2014). Um Mitglieder zu rekrutieren, bedient sich der Verband vor allem materieller und exklusiver Anreize (Bandelow 2007: 275).

tungsgewinn (als gesundheitspolitische Akteure sowie mit Blick auf Mitgliederzuwächse) verzeichnen (u. a. ebd.). Aufgrund ihrer homogenen Mitgliederstruktur gelingt es ihnen, gezielt die Sonderinteressen ihrer Mitglieder in der Gesundheitspolitik zu aggregieren und zu artikulieren (ebd.; Brechtel 2001: 278). Ihr ursprünglicher Arbeitsschwerpunkt, die fachgruppenspezifische Fortbildung und Beratung der Mitglieder, wandelte sich in den vergangenen Dekaden zu einer stärkeren Ausrichtung auf die Vertretung der eigenen Gruppeninteressen in den innerärztlichen Verteilungskämpfen (ebd.). Der Deutsche Hausärzterverband (DHÄV) (bis 2002 Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, BDA)¹¹⁹ wurde 1960 gegründet. Seine regionalen Untergliederungen hatten im Jahr 2014 mehr als 32.000 Mitglieder. Somit ist er nach eigenen Angaben der inzwischen größte Berufsverband niedergelassener Ärzte in Deutschland (DHÄV 2014). Der DHÄV und seine regionalen Untergliederungen haben in den letzten Jahren deutlich an politischem Einfluss gewonnen (Bandelow 2007: 277; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 184f.). Er ist neben den KVen zu einem bedeutenden Vertragspartner (im einzelvertraglichen Bereich) der Kassen geworden (Paquet 2011: 34; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 184f.). Die Managementaufgaben zum Abschluss und zur Durchführung dieser Verträge übergibt er zumeist an das genossenschaftlich organisierte Unternehmen, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG).¹²⁰ Der Verband tritt somit konkret in Konkurrenz zu den KVen, sowohl in Verträgen zur HzV als auch in weiteren Versorgungsbereichen (Gerlinger 2009a: 43). Besonders er kann als Nutznießer der innerärztlichen Konflikte und der Erosion der Machtposition der KVen bezeichnet werden (ebd.; Bandelow 2007: 290). Im Kontext der Interessenvermittlung kann der DHVÄ anders als die KVen exklusiv die Interessen der spezifischen Gruppe der Hausärzte innerhalb der Ärzteschaft und auch gegenüber der Politik vertreten (ebd.; Birkelbach 2003: 160).

Durch diese Art der Interessenvermittlung, mit einem deutlichen Fokus auf den materiellen Interessen ihrer Mitglieder (und somit auf Fragen der Honorar-

119 Wird im Folgenden vom DHÄV gesprochen, meint dies sowohl den Verband als BDA bis 2002 als auch danach.

120 Im Sinne einer qualifizierten Gemeinschaft, wie es vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist (§ 73b SGB V), auch wenn Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der HÄVG in vielen Fällen nicht zu einem erfolgreichen Abschluss gelangten und heute bundesweit Schiedsverfahren laufen. Überdies schließen sich Ärzte, die aus dem Kollektivvertragssystem austreten wollen, in zielorientierten Ärzterverbänden zusammen und versuchen hier, in den KVen Mehrheiten für den Ausstieg aus dem Kollektivvertragssystem zu organisieren (Gerlinger 2009: 44; Bandelow und Schade 2009a: 98). Der bekannteste und bisher erfolgreichste Verband ist der MEDI-Verband, der von ehemaligen Funktionären der KVen als Parallelorganisation zu diesen gegründet wurde (Bandelow und Schade 2009a: 98).

verteilung), stehen die Fachverbände untereinander in starker Konkurrenz.¹²¹ Der DHÄV steht einer Vielzahl weiterer Facharztverbände und explizit der Berufsvereinigung Deutscher Internisten (BDI) gegenüber (ebd.: 156; Bandelow 2007: 275).¹²²

Weiterhin lassen sich von den ärztlichen Fachverbänden ärztliche Fachgesellschaften abgrenzen.¹²³ Als eine Art Netzwerk stellen diese im Wesentlichen die wissenschaftliche Interessenvertretung der Ärzteschaft dar. Sie befassen sich weniger mit wirtschaftlichen und berufspolitischen Aspekten, sondern mit medizinischen und fachwissenschaftlichen Fragestellungen wie der Entwicklung von Behandlungsleitlinien. Entsprechend sind sie mehr als Experten denn als Interessenvertretungsorgan für ihre Mitglieder zu verstehen (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 185).

Grundsätzlich verfügt die ärztliche Interessenvermittlung, trotz Einbußen in den vergangenen Dekaden, über weitreichende Machtressourcen bzw. eine hohe Konfliktfähigkeit. Schließlich erfolgte durch die strukturellen Wandlungen auch eine Verschiebung von Handlungs- und Einflusspotential innerhalb der Verbände der Ärzteschaft. Aufgrund der hohen (gesellschaftlichen) Bedeutung der zu erbringenden medizinischen Leistungen stellt eine mögliche Verweigerung dieser Leistungen ein ernstzunehmendes Drohpotential der Ärzteschaft dar, das jedoch in den einzelnen Arztgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist (u. a. Piepenburg 2003: 99). Neben der Möglichkeit, ihre gesundheitspolitischen Strategien mit Gemeinwohrrhetorik zu verknüpfen, genießen Ärzte ein hohes Ansehen in der Bevölkerung, das größer ist als bei jeder anderen Berufsgruppe (Institut für Demoskopie Allensbach 2011). Wengleich sich in den vergangenen Dekaden wiederkehrend auch die Kritik an der Ärzteschaft, u. a. mit Blick auf vermeintlich überzogene Interessen an Honorarsteigerungen, verstärkt hat, können sie entsprechend auf eine starke Multiplikatoren-Wirkung zurückgreifen (Brechtel 2001: 276).¹²⁴

Das ärztliche Drohpotential ist überdies bedeutend von der (externen) Einschätzung über die Versorgungssituation durch Kassenärzte abhängig. Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre dominierte recht einheitlich die Wahrnehmung

121 Schließlich sind sie im Vergleich zu den Körperschaften in ihren Forderungen weniger an eine Gemeinwohrrhetorik gebunden (Bandelow 2007: 284).

122 Der 1959 gegründete BDI vertritt wiederum die Partikularinteressen der Internisten und grenzt sich von den Hausärzten teilweise deutlich ab.

123 Wie bspw. die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin oder die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF).

124 Die Ärzteschaft stellt schließlich selbst eine enorme Anzahl an potentiellen Wählern dar und kann gleichzeitig ihre Patienten als Wähler mobilisieren. Bereits Adenauer betonte: „Das ist doch klar, gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat, dagegen ein Gesetz zu machen, ist außerordentlich schwierig“ (zitiert nach Döhler und Manow 1995: 17).

von „Ärztenschwämmen“ im Sinne einer zu hohen und weiter ansteigenden Arztdichte¹²⁵ und damit einhergehend bedrohlich steigender Leistungsausgaben (u. a. Perschke-Hartmann 1994: 65; SVR 1990: 140). Seit Ende der 1990er Jahre hat sich diese Einschätzung hingegen gewandelt. Je nach Perspektive und anscheinend der Interessenlage wird die Versorgungssituation öffentlich unterschiedlich diskutiert. Auf der einen Seite bewertet bspw. eine Studie der KBV aus dem Jahr 2010 die Situation der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung als äußerst bedrohlich, u. a. aufgrund großer Nachwuchsproblematiken in der Ärzteschaft allgemein sowie insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich (Kopetsch 2010: 17f.).¹²⁶ Dem gegenüber verneint ein Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der AOKen (WiDO) einen drohenden Ärztemangel und konstatiert vielmehr eine schlechte Verteilung der teilnehmenden Ärzte (Uhlemann und Lehmann 2011: 13).¹²⁷ Gleichwohl wird das Verhältnis zwischen haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen kritisch wahrgenommen. Die deutsche Versorgungssituation wird von einem großen Anteil an Spezialisten bestimmt, der in den vergangenen Jahren gegenüber den hausarzt-spezifischen Arztgruppen kontinuierlich zugenommen hat (ebd.). Allgemein ist ein deutlicher Trend zur Spezialisierung der medizinischen Versorgung zu verzeichnen, der sich auch in einer Verlagerung des Leistungsgeschehens zugunsten der fachärztlichen Behandlungsfallzahlen zeigt (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 172). Dieser Trend zur Spezialisierung und der Bedeutungsverlust der hausärztlichen Versorgung können in ihrem Potential für gesundheitspolitische Forderungen kontrovers betrachtet werden.¹²⁸ Gleiches gilt für die bestehende Versorgungssituation und ihr Potential als Druckmittel. Demgegenüber wirken große Finanzmittel der Akteursgruppe und die traditionell gegebene umfassende korporatistische Einbindung in die Strukturen der Gesundheitspolitik (dies primär bei den korpo-

125 Diese fand u. a. ihren Ausdruck in dem 1986 verabschiedeten Gesetz zur Bedarfsplanung sowie weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen (u. a. Perschke-Hartmann 1994: 65). Wenn- gleich noch weitere Umstände notwendig waren, wären solche Maßnahmen in anderen politi- schen Phasen sicherlich weniger erfolgreich gewesen.

126 U. a. sei die Niederlassungsbereitschaft zu gering. Dies spiegelt sich vor allem in der Femini- sierung des Arztberufes wider (z. B. Gensch 2007: 346). Die Altersstruktur der aktuell prakti- zierenden Ärzte sei besonders kritisch.

127 Nach dem Gutachten des SVR ist heute von einer Fehlversorgung die Rede, nach der neben Unter- auch Überversorgung zu konstatieren ist. Als kritisch wird zumeist nur die Versorgung durch Hausärzte wahrgenommen (SVR 2009: 330).

128 Wird ein Ungleichgewicht versorgungspolitisch gefährlich und als ineffizient bewertet, stellt es sich als Druckmittel dar. Jedoch kann dies je nach Akteursperspektive unterschiedlich wahrge- nommen werden. Ergänzend wird durch eine weitere Subspezialisierung bzw. Ausdifferenzierung der ärztlichen Tätigkeit eine Konkurrenzsituation der kassenärztlichen Fachärzte gegen- über der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern bedingt (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 172).

ratistischen Verbänden und wie beschrieben mit verringerter Wirkung) unterstützend (Bandelow 1998: 77).¹²⁹

Es ist davon auszugehen, dass innerärztliche Interessenskonflikte und die damit einhergehende Verringerung der Interessenkonvergenz nicht nur Einfluss auf die einzelnen Verbände haben, sondern auf die Interessenvermittlung der gesamten Ärzteschaft. Schließlich stellt sich eine geringe Interessenkonvergenz als nachteilig in der Durchsetzungsstärke von kollektiven Akteuren dar.

Die konstatierten Verteilungskämpfe zeigen sich besonders in tiefen Zerwürfnissen zwischen Hausärzten und Fachärzten (Gerlinger 2009a: 42; Birkelbach 2003: 159). Dabei wird den Allgemeinmedizinern und Hausärzten teilweise eine spezifische strukturelle Benachteiligung hinsichtlich ihrer Organisations- und Durchsetzungsfähigkeit ihrer Interessen im Vergleich zu (verschiedenen, kleineren) Facharztgruppen zugesprochen (z. B. Piepenburg 2003: 97f.).¹³⁰ Die Gruppe der Allgemeinmediziner ist durch eine starke Heterogenität und eine relativ große Gruppengröße geprägt. Dies erschwert zunächst die gemeinsame Identitätsausbildung der Mitglieder¹³¹ und kann sich weiterhin negativ, im Sinne des kollektiven Handelns, auf ihre Organisations- und Konfliktfähigkeit auswirken (ebd.). Eine „[...] profilierte, nach-vollziehbar attraktive Außendarstellung (u. a. gegenüber dem potenziellen Nachwuchs, anderen Fachgruppen, Kostenträgern etc.) [...]“ (SVR 2009: 324) wird beeinträchtigt. Die einzelnen Facharztgruppen sind demgegenüber allgemein sowie spezifisch in der KBV verglichen mit den Allgemeinmedizinern stärker repräsentiert. Letztere machten im Jahr 2014 schließlich nur 48 Prozent der Vertragsärzte aus (KBV 2014). Obwohl verschiedene Maßnahmen die Substituierbarkeit der hausärztlichen Tätigkeit¹³² inzwischen reduziert haben, kann davon ausgegangen werden, dass die Verweigerung hausärztlicher Leistungen ein geringeres Druckmittel als die Verweigerung fachärztlicher Leistungen¹³³ darstellt (z. B. Piepenburg 2003: 99). Der konstatierte Spezialisierungstrend kann dabei, je nach Perspektive, als Argument für

129 Die Kompetenzverlagerung zugunsten der Kassen gegenüber den KVen wird stets beispielhaft für den verringerten ärztlichen Einfluss in der Gesundheitspolitik angeführt.

130 Piepenburg (2003: 99) schlussfolgert, „dass die kleinen Arztgruppen im Vergleich zur großen Gruppe der Hausärzte durch effektivere Interessenvertretung gegenüber den KVen jeweils einen überproportionalen Anteil der Gesamthonorarsumme für sich vereinnahmen können“.

131 „Die Allgemeinmedizin ist als Fach insgesamt heterogener als andere, oft auf ein Organsystem (z. B. Kardiologie, Augenheilkunde) oder eine Technik (z. B. Radiologie, Labormedizin) bezogene Disziplinen“ (SVR 2009: 324).

132 Wie die Einführung und Verlängerung der Weiterbildungspflicht in der Allgemeinmedizin sowie die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich.

133 Fachärzte bieten hingegen monopolistische Leistungen an, die weder von den Hausärzten noch von anderen Facharztgruppen substituiert werden können. Entsprechend erscheint deren mögliche Verweigerung als ein ernstzunehmendes Drohpotential (Piepenburg 2003: 99).

eine Stärkung des hausärztlichen Versorgungsbereichs angeführt werden. Abhängig ist dieses Argument ferner von der Einschätzung der Qualität und der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für die ambulante Versorgungssituation.

In der Vergangenheit galt die Fachexpertise der Ärzteschaft, auf die Staat und Politik lange Zeit angewiesen waren, als weitere bedeutende Machtressource. Mittlerweile haben die Akteure des staatlichen Apparats und die parteipolitischen Akteure hingegen eigene und unabhängige gesundheitspolitische Expertise aufgebaut und die Abhängigkeit deutlich verringert (Noweski 2004: 60).¹³⁴ Ferner ist für die Gesundheitspolitik seit Anfang der 1990er Jahre eine geringere Bindung von Verbänden zu Politik und Parteien zu beobachten (u. a. Trampusch 2004: 6). Mit dem Umbau des gesundheitspolitischen Steuerungssystems seit 1992 zielt der Staat auf die Steigerung der eigenen Strategie-, Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit. In der Konsequenz erleiden auch klientelpolitische Beziehungen zwischen Parteien und Verbänden einen deutlichen Bedeutungsverlust und der gesamten Ärzteschaft gelingt es weniger, in gesundheitspolitischen Reformprozessen Deutungsmacht geltend zu machen.¹³⁵ Diese Emanzipation wird bspw. durch die Entwicklung eigener Fachexpertise sowie einer generellen Professionalisierung von Politik und Parteien gestützt (ebd.: 17; Noweski 2004: 62). Gleichwohl kann die KBV mit ihrem Zentralinstitut (ZI), der wissenschaftlichen Einrichtung des Verbands mit recht hoher Publizität, fachliche und somit kompetenzielle Ressourcen aufweisen (Noweski 2012: 224).

2.2.3 Die Krankenkassen und ihre Verbände

Die 70,40 Millionen GKV-Versicherten¹³⁶ im Jahr 2014 verteilten sich auf 124 Kassen (Statistisches Bundesamt 2015: 116: 122), die als Körperschaften öffentlichen Rechts die zentralen Träger der GKV und somit der kassenärztlichen Versorgung sind. In ihrer Rolle als Selbstverwaltungsorgane sind sie an wesentlichen Verhandlungen und Gestaltungsfragen im Gesundheitswesen beteiligt

134 Auf staatlicher Ebene u. a. in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und seiner Aufgaben und der Zusammensetzung und Einführung verschiedener Institute wie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und auf parteipolitischer Ebene u. a. durch den Ausbau expliziten gesundheitspolitischen Expertenwissens in den eigenen Parteien. So werden bspw. Entscheidungen über Nutzen und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen zunehmend ohne verbandliche Beteiligung getroffen (Noweski 2012: 60; Gerlinger 2009a: 38).

135 Der Mythos von der „Lobby in Weiß“ wurde spätestens mit Verabschiedung des GSG durch die Abschottung der Politik von den Verbänden gebrochen (Brechtel 2001: 276).

136 Inklusive Rentner und mitversicherte Familienangehörige.

(hier und im Folgenden: u. a. Simon 2013: 165f.; 452; Rosenbrock und Gerlinger 2014: 125f.).¹³⁷ Historisch bedingt lassen sich die Kassen (aktuell) sechs Kassenarten zuordnen. Diese Gliederung geht auf das ursprüngliche und bis zur Einführung der Kassenwahlfreiheit (siehe Kapitel 2.1) geltende Organisationsprinzip der berufsständischen Pflichtzuweisung von Versicherten zurück. Die Ersatzkassen der Angestellten und der Arbeiter¹³⁸ entstanden ursprünglich als freiwillig organisierte Hilfskassen ersatzweise für eine berufsständische Pflichtzuweisung. Organisiert sind sie heute im „Verband der Ersatzkassen“¹³⁹ (vdek). Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) waren ursprünglich regional organisiert und gehören zu den Primär- oder Pflichtkassen¹⁴⁰, die im „AOK Bundesverband“ (AOK-BV) organisiert sind. Der „BKK Bundesverband“ (BKK-BV) stellt die Dachorganisation der Betriebskrankenkassen (BKK) dar. Die Innungskrankenkassen (IKK) waren ursprünglich den in einer Handwerksinnung eingetragenen Handwerkern als Krankenversicherung vorbehalten.¹⁴¹ Organisiert sind sie auf Bundesebene im „IKK e. V.“. Die Knappschaft-Bahn-See (KBS) ist aus dem Zusammenschluss der ehemals selbstständigen berufsständischen Krankenkassen der Bundesknappschaft, der Deutschen Bahn sowie der See-Krankenkasse entstanden. Erst im Jahr 2007 wurde die KBS für alle gesetzlich Krankenversicherten geöffnet. Sie unterhält keinen separaten Bundesverband. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sind regional gegliedert und im „Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung“ organisiert. Sie umfassen alle Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft und deren mitarbeitenden Familienangehörigen als

137 U. a. über ihre Landesverbände im Rahmen der Kollektivverhandlungen für die Gesamtverträge, über den SpiBu bei den Verhandlungen zu den Bundesmantelverträgen und unmittelbar bei den Direktverträgen mit einzelnen Leistungserbringern.

138 Zu den Ersatzkassen gehören heute die Barmer GEK, die DAK-Gesundheit, die Techniker Krankenkasse (TK), die KKH Allianz, die Hanseatische Krankenkasse sowie die Handelskrankenkasse.

139 Der vdek ist aus dem „Verband der Angestellten-Krankenkassen“ (VdAK) sowie teilweise dem „Arbeiter-Ersatzkassen-Verband“ (AEV) als Zusammenschluss der Arbeiter-Ersatzkassen zum 1. Januar 2009 entstanden. Die beiden Verbände agierten in gesundheitspolitischen und versorgungsrelevanten Fragen weitestgehend gemeinsam als vdek. Schließlich hatte seit 1957 der VdAK-Vorstand die Geschäftsführung des AEV inne, der sich nach den Veränderungen durch das WSG zum 31. Dezember 2008 auflöste. Die Gmünder Ersatzkasse wurde Mitglied im VdAK, der sich wiederum zum 1. Januar 2009 in „vdek“ umbenannte. Wird im Folgenden vom vdek oder „den Ersatzkassen“ gesprochen, sind gleichermaßen der VdAK sowie der AEV (zusammengefasst vdek) und alle Einzelkassen dieses Systems gemeint.

140 Bei ihnen wurden alle Arbeitnehmer/innen pflichtversichert, die der Krankenversicherungspflicht unterlagen und nicht das Recht hatten sich in einer anderen Primär- bzw. Pflichtkasse zu versichern. Dies endete mit der freien Kassenwahl (Statistisches Bundesamt 2012).

141 Unternehmen mit regelmäßig mindestens 1.000 versicherungspflichtig Beschäftigten und einer auf Dauer gesicherten Leistungsfähigkeit können eine BKK gründen. Mittlerweile dürfen sie sich auch für Betriebsfremde öffnen. Gleiches gilt für Innungen, die eine IKK gründen wollen.

Pflichtmitglieder (u. a. Statistisches Bundesamt 2012: 21).¹⁴² Die AOKen und die Ersatzkassen sind sowohl zu Beginn der Kassenwahlfreiheit (1996) als auch im Jahr 2014 die zwei größten Kassenarten und versichern zusammen weit mehr als die Hälfte aller GKV-Versicherten. Im Jahr 1996 waren 43 Prozent und im Jahr 2014 34,6 Prozent der GKV-Versicherten bei einer AOK versichert. Die Ersatzkassen versicherten im Jahr 1996 32,4 Prozent und im Jahr 2014 38 Prozent. Danach folgen mit weitem Abstand die Betriebskrankenkassen (1996 10,8 Prozent und 2014 16,1 Prozent) und die Innungskrankenkassen (1996 4,9 Prozent und 2014 7,6 Prozent) (BMG 2015b: 117).¹⁴³ Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich seit Einführung der Kassenwahlfreiheit Wanderungsbewegungen der Versicherten zwischen den einzelnen Kassenarten vollzogen. Wenngleich deren Ursachen je Kassenart unterschiedlicher Natur sind und die Hauptursache unterschiedliche Beitragssätze sind, zeigt sich, dass die Kassen durch die Aufhebung des Zuweisungsprinzips ihren Bestandsschutz verloren haben (u. a. Gerlinger 2014: 38). Dieses berufsständische Prinzip spiegelt sich hingegen noch heute teilweise in der Risikostruktur der einzelnen Kassenarten wider. Im Mai 2015 waren 84,5 Prozent der GKV-Versicherten Pflichtmitglieder und 15,5 Prozent waren freiwillige Mitglieder (BMG 2015b: 117).¹⁴⁴ Dabei ist auffällig, dass 10,1 Prozent dieser freiwilligen Mitglieder bei einer AOK und sogar 20,3 Prozent bei einer Ersatzkasse versichert waren. Dies verdeutlicht u. a. die historische Zusammensetzung der AOKen. Vor der freien Kassenwahl versicherten diese sowohl traditionell die Arbeiterklientel (und somit die unteren und mittleren Einkommensschichten) als auch Personen, die aufgrund ihres Berufsstandes keinen Zugang zu einer der anderen Kassenarten hatten (hierzu zählten auch Arbeitslose und Rentner) (u. a. Rosenbrock und Gerlinger 2014: 147). Dabei gilt zu betonen, dass die Mitglieder der unteren Einkommensgruppen statistisch gesehen ein höheres Morbiditätsrisiko aufweisen (u. a. Lampert und Mielck 2008: 7). Zum anderen wird die besondere Konkurrenzsituation mit der PKV, in der sich vorrangig die Ersatzkassen befinden, deutlich (u. a. Rosenbrock und Gerlinger 2014: 147).

Bis 2008 waren die Kassen je nach Kassenart in einem eigenen Bundes- bzw. Spitzenverband organisiert. Diese acht Spitzenverbände (die sich ferner in der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände zusammenschlossen) verloren mit dem WSG 2007 und der Gründung des GKV-SpiBu 2008 ihren Körperschafts-

142 Sie ist die einzige berufsständische Krankenkasse, die sich noch nicht für alle Versicherungspflichtigen geöffnet hat. Auch einige BKKen (rund 30) sind nicht geöffnet. Ferner sind manche Kassen (dies ist besonders bei den AOKen der Fall) nur regional geöffnet (BMG 2015b: 117).

143 Bei den landwirtschaftlichen Kassen waren 1996 1,4 Prozent und 2014 1,0 Prozent versichert. Die Kassen des heutigen Zusammenschlusses KBS versicherten 1996 und 2014 je 2,7 Prozent aller GKV-Versicherten (BMG 2015b: 117).

144 Angabe ohne Rentner und mitversicherte Familienangehörige.

status, ihre gesetzlichen, für die Kassen ihrer Kassenart verbindlichen Aufgaben (u. a. in der Vertragspolitik) sowie die Zwangsmitgliedschaft der einzelnen Kassen. Wenngleich vier dieser heute, teilweise in unterschiedlichen Rechtsformen und mit unterschiedlichen Strukturen¹⁴⁵ weiterbestehen, unterlagen die traditionellen Kassenarten dadurch (ergänzt durch die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen seit 2007) einem weitreichenden Bedeutungsverlust auf verschiedenen Ebenen (Paquet 2009b: 130).

Die Selbstverwaltungsorgane der Kassen bestehen aus einer ehrenamtlichen Vertreterversammlung, einem hauptamtlichen Vorstand und einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat ist mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt (dies unterscheidet sich nach Kassenart und Entstehungsgeschichte)¹⁴⁶ und erlässt u. a. die Satzung der Kassen als autonomes Recht. Bis zur Einführung der Kassenwahlfreiheit im Jahr 1996 existierten 642 Kassen. Diese Anzahl hat sich im Verlauf der vergangenen Jahre sukzessive verringert: Waren es im Jahr 1993 1.221, schrumpfte sie im Jahr 2005 auf 267 und im Jahr 2015 auf 124 Kassen, zwischen denen die Versicherten weitestgehend frei wählen können (GKV-Spitzenverband 2015). Dieser (weitervorschreitende) Verdrängungsprozess ist Ausdruck des neuentstandenen Wettbewerbs bzw. der Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Kassen¹⁴⁷, die nun im Wettbewerb um Versicherte stehen und gleichzeitig Kosten einsparen müssen (u. a. Noweski 2004: 77; Gerlinger 2009c: 13). Die Kassen und ihre Verbände waren und sind im besonderen Maße von den veränderten Regulierungs- und Steuerungsstrukturen betroffen. Im Verlauf der Transformation wurden vor allem die Handlungsspielräume der einzelnen Kassen erweitert. Auch führte der Wegfall der gesetzlichen Zuweisung von Mitgliedern zur Auflösung des vormaligen Quasi-Bestandsschutzes der einzelnen Kassen (u. a. Daubenbüchel 2001: 77; Paquet 2009b: 130). Die Kassen sollen aus Sicht des Gesetzgebers aktiv an der Gestaltung und der Modernisierung der Versorgungsstrukturen hin zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität beteiligt werden (Gerlinger 2009a: 35).

145 Dies u. a. mit Blick auf die Interessenvertretung und die Zusammensetzung des Verwaltungsrats. Ferner haben sie sich zu Dienstleistungsunternehmen (zumeist privaten Rechts) gewandelt, die quasi den Kassen gehören (u. a. Paquet 2009b: 126).

146 Wie der Verwaltungsrat besetzt ist, hängt von der Entstehungsgeschichte ab. Bei den Ersatzkassen sind es lediglich Versichertenvertreter. Bei den BKKen ist neben den Versichertenvertretern auch der Arbeitgeber oder ein Arbeitgebervertreter beteiligt. Bei der KBS wird eine Vertreterversammlung anstelle des Verwaltungsrates gebildet. Die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane wird über die Sozialwahlen bestimmt, an denen Versicherte und Arbeitgeber teilnehmen.

147 Weiterhin erleichtert die geringe Zahl an Einzelkassen auch das strategische Handeln der Kostenträger im politischen Prozess (u. a. Bandelow und Schade 2009a: 94). Es ist auffällig, dass die einzelnen Kassen und ihre Verbände selbst zunehmend darauf abzielen, eigene Versorgungsmonopole zu entwickeln (u. a. Noweski 2012: 163).

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive hat der Organisationstyp Krankenkasse bislang nur wenig Aufmerksamkeit erhalten. Einzelne Studien verdeutlichen den besonderen Charakter des Akteurs und sein Verhältnis zur Gesellschaft, das durch Multireferenzialität geprägt ist. Dabei müssen die Kassen stets in verschiedenen Rollen agieren (Bode 2003: 436). Mit den durch den Gesetzgeber initiierten Wandlungsprozessen im Regulierungssystem wurde diese Anforderung weiter verschärft. In den Handlungslogiken der Kassen kam es seitdem zu einer starken Aufwertung betriebswirtschaftlichen Denkens. Damit einhergehend bildeten die Kostenträger im Zeitverlauf ein neues Selbstverständnis aus (Bode 2005: 191). Zunächst standen die Kassen vor der Herausforderung, sowohl ihre Gemeinsamkeiten (gegenüber den KVen) als auch ihr internes Konkurrenzverhältnis neu auszurichten (Gerlinger 1997: 176). Nach einem gewissen Entwicklungs- bzw. Findungsprozess prägten die Kassen je Kassenart mit unterschiedlichen Schwerpunkten eigene, zum Teil unterschiedliche Handlungsstrategien aus (u. a. mit Blick auf die Rolle von Versorgungsangeboten) (ebd.; Niedermeier und Müller 2001: 86). Gemein ist ihnen, dass sie sich zunehmend selbst primär als „kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen“ verstehen, die aktiv an der Gestaltung der Versorgungsstrukturen beteiligt sein wollen, und weniger als reine administrative Verwalter des Leistungsgeschehens (u. a. ebd.: 65). Das kann sich bspw. in neuen Versorgungsformen wie Hausarztverträgen ausdrücken. Diese Position gilt es sodann auch in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu vertreten. Damit die Kassen diesem Trend hin zum „Versorgungsmanagement“ gerecht werden konnten, war nach Ansicht zahlreicher Wissenschaftler (hier besteht mittlerweile Einigkeit) die Schaffung von Selektivvertragsoptionen, also die Ausweitung der Vertragskompetenz seitens der Kostenträger gegenüber den Leistungserbringern eine entscheidende Grundvoraussetzung (Bode 2005: 191f.; Kumpmann 2012: 267). Im Zuge dessen stellt sich neben der Kassenwahlfreiheit der Versicherten die Etablierung der (ersten) Einzelvertragsmöglichkeiten¹⁴⁸ sowie deren weiterer Ausbau durch Folgereformen als zentrale Elemente dar. Dadurch sollte es den Kassen ermöglicht werden, in den Qualitätswettbewerb um mehr Effizienz einzutreten (u. a. Kumpmann 2012: 262f.).¹⁴⁹ Durch die neuen Anforderungen stehen die Kassen hingegen,

148 Beginnend mit den Strukturverträgen nach § 73 a SGB V und Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V durch das 2. GKV-NOG (1997) (siehe u. a. Kapitel 3.3 Chronologie).

149 Dabei gilt zu betonen, dass Kassen nur einen eingeschränkten Einfluss auf die Versorgungsqualität haben und die Qualität der Leistungserbringung durch den Arzt nur schwer durch sie beurteilt werden kann (Gerlinger 2009b: 32f.). Selektivverträge gelten (auch aufgrund der freien Arztwahl) daher zumeist als Grundlage eines Qualitätswettbewerbs, da sie hierüber eigene Qualitätsanforderungen definieren können (Kumpmann 2012: 268). „Zu möglichen Aktivitäten im Qualitätswettbewerb gehört die Gestaltung der Versorgungsformen, [...] wie Hausarztmo-

mehr als zuvor, in einem Spannungsverhältnis zwischen ihrer Stellung auf dem Gesundheitsmarkt und ihrer Aufgaben als Körperschaft und somit Teil des sozialen Sicherungssystems (u. a. Bode 2005: 191; Greß und Wasem 2001: 21).¹⁵⁰ Der Gesundheitsmarkt unterliegt ferner aufgrund seiner Orientierung am kollektiven Versicherungs- und Solidarprinzip weitreichenden Einschränkungen (Höppner et al. 2005: 6ff.). Anvisierte Modelle des Kassenwettbewerbs stehen tendenziell im Konflikt mit dem sozialpolitisch gesetzten Ziel einer vom Einkommen unabhängigen Gesundheitsversorgung für alle. Daher unterliegt dieser Wettbewerb noch heute weitreichenden Einschränkungen (Kumpmann 2012: 21). Trotz verschiedener Reformmaßnahmen und vereinzelt erweiterten Möglichkeiten von Satzungsleistungen und Selektivvertragsoptionen wird der tatsächliche Handlungsspielraum der einzelnen Krankenkassen für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen als sehr eingeschränkt bewertet (u. a. ebd.). Limitierend wirkt und wirkte besonders der gesetzlich vorgegebene Leistungskatalog samt der Vorgabe von Qualitätskriterien (durch den G-BA). Überdies werden die Kassen zu einem „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln verpflichtet. Entsprechend sind autonome Entscheidungsspielräume für die einzelne Kasse nur im geringen Umfang gegeben (Bandelow und Schade 2009a: 97; Kumpmann 2012: 263).¹⁵¹ „Letztendlich konzentriert sich der Wettbewerb vor allem auf Einschränkungen bei den wählbaren Leistungsanbietern und bei der Kostenübernahme von additiven, nicht im Leistungskatalog festgeschriebenen Therapiemaßnahmen“ (Bandelow und Schade 2009a: 97). Überdies dominierten lange Zeit ein vermeintlich zu geringer Spielraum der Kostenträger bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern und ein asymmetrisches Verhältnis zwi-

delle oder die integrierte Versorgung [sowie] [...] die Ausgestaltung der Vergütungsformen für Leistungserbringer [...]“ (ebd.: 266).

- 150 Bereits vor Einzug des Wettbewerbs traten die Kassen nach Bode (2003: 435-450) als „hybride Organisationen“ in Erscheinung, da sie multireferenziell ausgerichtet waren und teilweise entgegengesetzte Interessen und Anforderungen vereinen mussten. Durch die Etablierung der Wettbewerbsordnung wurde dies weiter verschärft. Das Spannungsverhältnis, in dem die Kassen nun agieren, zeigt sich in vielfältigen Bereichen. Handeln sie bspw. als Körperschaften, gelten sie zum einen als mittelbare Staatsverwaltung (u. a. Gestaltung der Versorgungsstrukturen). Fokussieren sie hingegen ihren Ressourcen-Haushalt, u. a. im Bereich der Mitgliederwerbung, agieren sie eher als Unternehmen. Dabei sind sie stets konstitutiv auf die Logiken mehrerer gesellschaftlicher Teilsysteme bezogen. Entsprechend ist ihre Verbandsarbeit von verschiedenen Logiken und (teilweise historisch bedingten) Organisationsprinzipien und -zielen sowie pluralen Entscheidungsstrukturen geprägt (Bode 2003: 436f.).
- 151 Innerhalb der sozialen Krankenversicherung kann der Leistungskatalog nur eine geringe Rolle spielen (Kumpmann 2012: 264). Gut 50 Prozent der Ausgaben legen die Kassen ‚gemeinsam und einheitlich‘ fest, fast 30 Prozent werden durch kassenartenspezifische Verbandsverträge bestimmt, sodass neben den Verwaltungskosten nur knapp 8 Prozent ihrer Ausgaben das Ergebnis eines eigenen Kassenvertrages sind (SVR 2005: 36). Entsprechend wird nur ein geringer Anteil der Versorgung über Einzelverträge geregelt.

schen den zwei Akteuren die Diskussion um den Kassenwettbewerb (u. a. Groß und Wasem 2001: 23f.; Hartmann 2003: 4; Cassel et al. 2006: 25f.). Den Kassen stehen zusammenfassend für einen tatsächlichen Qualitätswettbewerb nur unzureichende Wettbewerbsinstrumente zur Verfügung (Kumpmann 2012: 262).¹⁵² Wenngleich zunehmend auch Aspekte der Versorgungsqualität Einfluss auf die Wechselbereitschaft von Versicherten haben (u. a. Andersen und Grabka 2006a: 148), bleibt der Beitragssatz der zentrale Wettbewerbsparameter bei der Mitgliederwerbung oder der Vermeidung von Mitgliederverlusten (u. a. ebd.; Pichutta 2007: 30). Dabei gilt zu konstatieren, dass die Mobilität der Versicherten ebenfalls erst nach einem gewissen Entwicklungsprozess einsetzte (u. a. Andersen und Grabka 2006a: 180; Braun et al. 2008: 49ff.). Trotz der parallelen Einführung des RSA und des Kontrahierungszwangs zur Kassenwahlfreiheit (siehe Kapitel 2.1) erschwerten die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, mit denen die einzelnen Kassenarten entsprechend ihrem Versichertenpool (mit Blick auf die Einkommens- und Morbiditätsstruktur, u. a. durch das vormalige berufsständische Zuweisungsprinzip ihrer Versicherten) 1996 in den Wettbewerb geschickt wurden, die nachhaltige Etablierung eines Qualitätswettbewerbs (u. a. Pichutta 2007: 28). Inwiefern die Wettbewerbsnachteile der Kassen mit schlechterer Risikostruktur durch den seit 2009 neugestalteten, nun morbiditätsorientierten RSA tatsächlich ausgeglichen werden, gilt weiterhin als strittig (u. a. Drösler et al. 2011: 2). Bei einem unzureichenden RSA bestehen, in Verbindung mit weiteren Strukturelementen für die Kassen, die im Wettstreit um niedrige Beitragssätze darauf zielen, Kosten zu sparen, Anreize zur Selektion „guter Risiken“. In der Folge besteht Risikoentmischung (gerade diese sollte mit dem Kassenwettbewerb verringert werden) und die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Versorgung bleibt vermeintlich zweitrangig (u. a. Pichutta 2007: 29).¹⁵³ Gleichwohl räumen die Kassen vor dem Hintergrund des der GKV zugrundeliegenden Solidarprinzips (die GKV als Solidargemeinschaft) der Solidarität ebenso wie der Herstellung von Kollektivgütern einen besonderen Stellenwert ein. Das liegt auch an der ihnen zugewiesenen Gesamtverantwortung für die Gesundheitsversorgung. Daher ist davon auszugehen, dass die Kassen neben der (neuen) starken Gewichtung von Marktorientierung und dem gesundheitspolitischen Ziel der Finanzierbarkeit auch einen hohen Anspruch an die Versorgungsqualität haben (Bode 2003: 448). Ferner ist wahrscheinlich, dass der SpiBu und die vormaligen

152 So sind die Analysen über die Grenzen des bestehenden Wettbewerbs in zahlreichen Veröffentlichungen zu finden (u. a. Höppner et al. 2005; Wille und Knabner 2008; Ebsen et al. 2003).

153 Dabei wird ferner konstatiert, dass vorrangig wettbewerbsstarke Kassen von der Möglichkeit, Zusatzleistungen anzubieten, profitieren (z. B. Urban 2001: 38). Der kassenindividuelle Beitragssatz kann demnach nicht als reines Signal für Effizienz und Effektivität angeführt werden, wenngleich dies zuweilen geschieht und eines der Ziele des Kassenwettbewerbs darstellt (u. a. Pichutta 2007: 26).

Bundesverbände mit Körperschaftsstatus andere, stärker gemeinwohlorientierte Gewichtungen als die einzelnen Kassen vornehmen (Bandelow 2006: 158f.). Das Angebot neuer Versorgungsformen und der Abschluss von Einzelverträgen sind ferner mit einem qualitativ und quantitativ veränderten Aufgabenspektrum verbunden. Besonders kleinere, regional verankerte Kassen verfügen hingegen zu meist über weniger konzeptionelle und administrative Kapazitäten als größere, bundesweit agierende Kassen (Greß und Wasem 2001: 29; Gerlinger et al. 2007: 18).¹⁵⁴ Entsprechend kann das Angebot neuer Versorgungsformen angesichts der zentralen Bedeutung der ökonomischen Bestandssicherung je nach Kassenperspektive auch als Risiko bewertet werden (Noweski 2012: 162). Die Etablierung des Vertrags- und Versichertenwettbewerbs und die sukzessive Erweiterung der Kompetenzen der einzelnen Kassen haben zur Entstehung einer „neuen“ Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Kassen und Kassenarten geführt. Schließlich müssen diese bspw. einer höheren einzelwirtschaftlichen Verantwortung gerecht werden (u. a. Gerlinger 2009: 41; Noweski 2004: 77; Greß und Wasem 2001: 29). In der Folge sowie verstärkt durch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der einzelnen Kassen lassen sich zum Teil entscheidende Unterschiede in den Interessenlagen benennen. Exemplarisch zeigt sich dies besonders in der Frage nach der Reichweite und der Ausgestaltung des RSA. Die unterschiedlichen Interessenlagen führten zur Fragmentierung der Kassenlandschaft (ebd.). Dies ist besonders für die Interessenvermittlung, u. a. mit Blick auf die Interessenaggregation und -artikulation von Relevanz, die sich in der Konsequenz ebenfalls veränderte (u. a. Gerlinger 2009: 42). Eine geringe Interessenkonvergenz und Kohäsion von kollektiven Akteuren schwächt ihren Einfluss in (gesundheits-)politischen Entscheidungsprozessen (u. a. Noweski 2012: 162; Pannowitsch 2012: 70, 83). Bis zur Gründung des SpiBu galten die Bundesverbände der Kassenarten (die sich ferner zur gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zusammenschlossen) als zentrale Interessenverbände der Kostenträger (Paquet 2009b: 126; Noweski 2012: 162). Inwieweit der SpiBu als einheitliches Sprachrohr im Sinne der verschiedenen Einzelverbände und weiterführend der Einzelkassen (die zunehmend einzelwirtschaftliche Interessen ausbilden) agieren kann, bleibt fraglich. Erschwerend wirkt, dass die Kassenverbände bereits auf der Ebene der Einzelkassen verschiedene Interessengruppen mit teilweise unterschiedlichen Zielen repräsentieren (u. a. Gewerkschaften, Versichertengruppe, Arbeitgebervertreter sowie hauptamtliche Vertreter der jeweiligen Kassen, je nach Zusammensetzung des Verwal-

154 Schließlich besteht bei der Umsetzung von Einzelverträgen das Risiko einer Steigerung von Transaktions-, Verwaltungs- sowie Marketingkosten (u. a. durch die erhöhte Bürokratie im Bestehen des doppelten Systems von Selektiv- und Kollektivverträgen und der Vielzahl verschiedener Verträge) (Kumpmann 2012: 264).

tungsrates) (Bandelow 2004b: 57). Daher ist zu beobachten, dass die Einzelkassen in gesundheitspolitischen Reformprozessen zunehmend selbstständig agieren und eigene Positionen formulieren (Gerlinger 2009a: 41). Gleichwohl nehmen die weiterhin existierenden Bundesverbände, wenn auch in anderer Rechtsform, die Interessenvermittlung ihrer Mitgliedschaften wahr. Dabei müssen sie nicht mehr den rechtlichen Vorgaben für Körperschaften genügen. Entsprechend können sie „freier“ agieren und u. a. öffentlichkeitswirksame Kampagnen umsetzen¹⁵⁵, wenngleich sie bereits zuvor ihre gesundheitspolitischen Positionen in den Reformprozess, teilweise auch im Konflikt mit dem BMG, einbrachten.¹⁵⁶ Der gewonnenen Autonomie der Bundesverbände steht nach Ansicht von Noweski (2012: 163) hingegen der verlorene Zugang zu den Gremien der Selbstverwaltung gegenüber, durch den sie wertvolle konzeptionelle und informationelle Ressourcen erhielten. Hier sitzt nun der SpiBu.

Die hohe Anzahl an Versicherten stellt eine wichtige Machtressource der Kostenträger dar. Da alle Verbände eigene Mitgliederzeitschriften veröffentlichen¹⁵⁷, die zusammen eine hohe Auflagenzahl erreichen, verfügen sie über gute Zugangswege zur Öffentlichkeit. Ergänzend können die Verbände, teils die Einzelkassen, auf eigene wissenschaftliche Forschungseinrichtungen zurückgreifen. Besonders das WiDO weist eine hohe Publizität auf. Die Ersatzkasse TK kann mit dem Wissenschaftlichen Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) auf fundierte Forschung zurückgreifen, jedoch wurde das Institut erst 2006 gegründet. Durch ihren Körperschaftsstatus und ihre Position in der gesundheitlichen Versorgung stellt sich das Drohpotential der Kassen als gering dar. Allgemein gilt zu konstatieren, dass Analysen zu den tatsächlichen Machtressourcen der Kostenträger (egal auf welcher Ebene) nur rudimentär vorhanden sind (Noweski 2012: 162). Verfügbare Literatur fokussiert eher Aspekte in Richtung Unternehmensberatung wie Fragen des Marketings und des Managements von Kassen.

155 Der Spielraum von Körperschaften wird bspw. durch die Nutzung der eigenen Finanzmittel für die Interessenvermittlung eingeschränkt.

156 Nicht nur im formalen Prozess der Sitzungen des Ausschusses für Gesundheit.

157 Die Verbandszeitschrift des AOK-BV ist die „Gesundheit und Gesellschaft“ („G+G“); die Ersatzkassen veröffentlichen seit 2010 regelmäßig das „Ersatzkassen-Magazin“, zuvor war es „Die Ersatzkasse“; der BKK-BV verfügt über die Zeitschrift „Die BKK“; für den IKK e. V. ist es „Die Krankenversicherung“.



<http://www.springer.com/978-3-658-17869-7>

Entwicklung und Wandel der hausarztzentrierten
Versorgung

Eine policy-analytische Untersuchung der Ansprüche
und Wahrnehmungen

Räker, M.

2017, XIX, 405 S. 5 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17869-7