



Information

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

In Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 1/95

31. Januar 1995

Die von G. Hörnemann vorgelegte Arbeit

***"Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit -
Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung"***

zeigt in historischer Perspektive den Prozeß der zunehmenden Einbindung des Arztes in das öffentlich-rechtliche System des Kassenarztrechtes. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die "Einkaufsmodelle" zur Zeit der Weimarer Republik gelenkt und aufgezeigt, daß die Beseitigung von Einzelverträgen mit den Kassen zu Gunsten von Kollektivverträgen (und damit die Verlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die Ärzteschaft) zu den zentralen berufspolitischen Forderungen der Ärzteschaft gehörte. Vor der Grundlage dieses historischen Exkurses erscheint die aktuelle Diskussion um Einkaufsmodelle in einem berufspolitisch eindeutigen Licht. Hörnemann weist darüber hinaus nach, wie nach Maßgabe moderner Korporatismustheorien, die "balance of power" der kollektiven Akteure Krankenkassen und Ärzteschaft durch Einkaufsmodelle zu Gunsten eines Machtübergewichts der Krankenkassen aufgelöst wird.

Dr. rer. soc. Gerd Hörnemann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Soziologie der Universität Konstanz

Redaktion: PD Dr. Jost Bauch

Nr. 1/95

31st January, 1995

G. Hörnemann is the author of the paper

"Purchasing model - retrogressive to the past-
The end of a joint self-government".

In this paper he shows in a historical perspective the process of an increasing integration of the doctor into the public system of the panel doctors' law. Special attention is directed to the "purchasing models" dating from the time of the "Republic of Weimar", and it is demonstrated that the cancellation of individual contracts with the sick funds in favour of collective contracts (i.e. the duty to guarantee medical care was shifted to the medical profession) belonged to the basic professional requests of the medical profession. In view of the background of this historical excursion the present discussion about purchasing models appears in a professional unmistakable light. Hörnemann also establishes proof of how - according to modern corporatism theories - the "balance of power" of the collective actors, the sick funds and the medical profession, is dissolved by purchasing models in favour of a predominance of the sick funds.

Dr. rer. soc. Gerd Hörnemann is scientific collaborator at the chair sociology of the University of Konstanz.

Editor: PD Dr. Jost Bauch

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

von Dr. Gerd Hörnemann, Konstanz

1 Einleitung

Im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl I. S. 2266), daß in seinen wesentlichen Teilen am 1.1.1993 in Kraft getreten ist, ist mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU, CSU, SPD und F.D.P. vom 5.11.1993 (BT.Dr. 12/3608 S. 8) die Änderung der nun geltenden Titelüberschrift zu § 72 SGB V „Sicherstellung der *vertragsärztlichen* und *vertragszahnärztlichen* Versorgung“ aufgenommen worden. Die Änderung beruht auf der mit diesem Entwurf angestrebten Zielsetzung, *gleiche Wettbewerbsbedingungen* unter den Kassen herzustellen und die Rahmenbedingungen für die ärztliche- und zahnärztliche Versorgung entsprechend anzupassen¹⁾. Damit erschien es entsprechend nicht mehr gerechtfertigt, zwischen einer kassen- bzw. kassenzahnärztlichen und vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung zu unterscheiden und damit insbesondere Sonderbestimmungen für den Ersatzkassenbereich beizubehalten. Fraglich sind jedoch die Folgen einer derartigen Begriffsänderung, wenn dadurch der politische Wunsch nach einem *Einkaufsmodell* realisiert werden sollte. Unter einem *Einkaufsmodell* ist die Idee zu verstehen, den Krankenkassen die Möglichkeit einzuräumen, unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten ihre Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte auswählen zu können. Im wettbewerblichen Rahmen könnte dies in einzelvertraglichen Abschlüssen zwischen Ärzten und Zahnärzten im Gegensatz zur heute geltenden kollektiv vertraglichen Verbindung, in gemeinsamer Selbstverwaltung zwischen Kassen und Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigungen geschehen. Es wäre dann auch danach zu fragen, ob den miteinander konkurrierenden Krankenkassen noch das Monopol der Kassenärztlichen - und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüberstehen könne. Wäre dann nicht die Organisation von Ärzten und Zahnärzten außerhalb der Kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen evident?

¹⁾ Dalichau/Grüner (1993), Komm. 2.1 zu Art. 1 SGB V vor §§ 72 ff.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

2 Zur historischen Entwicklung ärztlicher Organisation

Die Rekonstruktion der Entwicklung des Arztsystems und mithin des Gesundheitssystems hat sich nicht nur aus analytischen Gründen auf Entstehen und Interaktion zwischen korporativen Akteuren zu konzentrieren, denn die jüngste Entwicklungsphase wird hiervon faktisch beherrscht. Das Arztsystem innerhalb des Gesundheitssystems ist organisiert worden, wobei die Organisationen das Preis-Leistungsverhältnis in der Beziehung zwischen Dienstleistungsproduzenten und Klientel bestimmen.

Vor der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)²⁾ von 1883 stand der Arzt zu seinem Patienten in direkter, sozialer und wirtschaftlicher Beziehung. Kompensiert kontrolliert und koordiniert werden sollte diese Beziehung durch Mechanismen des Marktes. Auf Grund fehlender Wettbewerbsbedingungen hatte der Arzt gegenüber seinem Patienten eine exponierte Stellung. Der Wandel im System der Kontroll- und Koordinationsmechanismen fand in der Evolution der Bürgerlichen Gesellschaft statt. Die Medizin konnte bürgerlich werden, wenn auch die Gesellschaft eine bürgerliche wurde³⁾. Die Mängel des Arztsystems als eine Bedingung für eine ungenügende Versorgung der Bevölkerung und die daraus evolutionisierenden sozialen Probleme veranlaßten den Gesetzgeber zur Einführung und Weiterentwicklung einer Gesetzlichen Krankenversicherung⁴⁾, jedoch mit dem machtpolitischen Hintergrund einer dadurch erhofften befriedenden Einbindung der Arbeiterschicht in das System⁵⁾. Gewandelt hatte sich somit die Be-

²⁾ Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1883 (RGBl Nr. 9, S. 15 ff).

³⁾ Göckenjan (1985), S. 238.

⁴⁾ Knieps (1989), S. 13, 14 Rd 5 Einleitung zum SGB V: Die grundlegenden Strukturprinzipien, die in die Krankenversicherung der Arbeiter von 1883 aufgenommen wurden, wie das Versicherungsprinzip statt Fürsorge, Beitragszahlung nach Höhe des Arbeitsentgelts, Selbstverwaltung und gegliederte Krankenversicherung gelten im wesentlichen bis heute fort.

⁵⁾ Preller (1962), S. 167: Ludwig Preller konstatiert dazu, daß Bismarck in seiner konzipierten Ordnung eines Sozialversicherungsplans, dem eigentlichen Ziel, die politische Einordnung der wachsenden Industriearbeiterschaft in die damalige Gesellschaftsstruktur nicht erreichte. Bismarcks falsch interpretierte Liberalität, die er im Wirtschaftlichen verfolgte, sah nicht, daß die Arbeiter nicht nur Not litten, „wenn sie bei Unfall, Krankheit, Invalidität - aus dem Arbeitsverhältnis hinausfielen, sondern Not litten vor allem durch das überkommene Herrschaftsverhältnis im Betrieb, also innerhalb des Arbeitsverhältnisses, und in dieser Sicht ihnen verliehenen Staatsbürgerfreiheit mit dem damals absoluten Herrschaftsanspruch der Unternehmer in ihren Betrieben. Ludwig Preller, (S. 167), betont nachdrücklich zu diesem Sachverhalt, daß es verfehlt wäre, Bismarck daraus Vorwürfe zu konstruieren, denn man müsse sich durchaus darüber bewußt sein, „daß, nicht zuletzt im Gefolge der damals weithin maßgebenden Hegelschen Gedankenführung, die jeweilige Gesellschaft und der aus ihr und in sie strukturierte Staat als ein Endprodukt im Sinne der Dauerhaftigkeit historisch gewordener, doch gerade darum verpflichtender Institutionen und

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

rücksichtigung der gesellschaftlichen Unterschichten. Gewandelt hatte sich auch die den Ärzten zur Verfügung stehenden Institutionen, für die die Gesellschaft Ressourcen bereitstellte. Ausgehend vom Regulierungsprozeß des politischen Systems wurden die nicht funktionierenden Marktmechanismen durch ein kompliziertes System von sozialen und politischen Steuerungsprozessen kompensiert. Der *Kassenarzt*, rechtlich gesehen als die spezielle Form des allgemeinen Berufes des freipraktizierenden Arztes, wurde in ein öffentlich-rechtliches System eingebaut, als gesellschaftliche Regulationsinstanz. Der Gesetzgeber griff in das Arztsystem ein.

2.1 Die Funktion des Kassenarztes in der Gesellschaft

Es galt für die Ärzte die sozialen Verhältnisse *verantwortlich* zu definieren und zu verwalten. Die gleitenden Grenzen zwischen Gesundheit und Arbeitsunfähigkeit, zwischen Zuständen, die als „normal“ zu betrachten waren und Zuständen, die Hilfe erforderten und kollektive Ressourcen beanspruchten, mußten abgesteckt werden. Postulat war die Art der Definition der Folgen gesellschaftlicher Zustände als *Gesundheit* oder *Krankheit* sowie die Rechtfertigung der von der Gesellschaft zur Verfügung zu stellenden Hilfsmittel in der täglichen Praxis. Der Kassenarzt bekam eine Doppelrolle: Er war Therapeut und Sachverständiger im Sinne der Kassenziele und zugleich Behandelnder und Kontrollinstanz. Die eigentliche *berufsfremde Kontrollfunktion* knüpfte an die Armenarzttätigkeit an. Mit zunehmender Wichtigkeit der Grenzziehung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit und Definition der Zumutbarkeitsschwelle der Arbeitsunfähigkeit stieg auch die Bedeutung der Gutachterrolle des Arztes. Vom traditionellen ärztlichen Standesbewußtsein war es eine konträre Tatsache behandelnder praktischer Arzt mit gleichzeitig innehabenden Kontrollfunktionsfunktionen zu sein. Der Arzt exponierte in die Stellung als *sozialer Kontrolleur* der autonom Situationen definierte, Verhalten bestimmte und Leistungen verweigerte. Diese neue Sachverständigenfunktion bedeutete ein gegen den Kranken gerichtetes Vertrauensverhältnis. In keiner Weise entsprach diese Doppelrolle dem professionspolitischen Idealbild des neutralen, objektiven Sachverständigen, denn in der konfliktträchtigen Loyalitätsverteilung waren die Kassenärzte gehalten, die Wünsche der Kassenverwaltung zu erfüllen, bei koinzidenter Gefahr gegen die Interessen der Versicherten-

Typen angesehen wurde im Sinne einer Geschichte, in der wohl Ereignisse vorkommen, aber deren Strukturen sich nie bewegen und sich höchstens als Stufen und Epochen aneinanderreihen. vgl. auch die „Kaiserliche Botschaft“ Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages. V. Legislaturperiode. I. Session 1881/82, Berlin, 1882, S. 2 (Eröffnungssitzung am 17. Nov. 1882).

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

mitglieder zu handeln und umgekehrt. Schließlich entstand in diesem situativen Kontext ein durchaus standesunwürdiges Abhängigkeitsverhältnis, das das Freiberuflichkeitsproblem forcierte. Es waren bedeutende und wesentliche Änderungen im Berufsbild und im Professionscharakter ärztlicher Tätigkeit eingetreten. Jaffé⁶⁾ (1903) konstatiert zum Begriff „Kassenarzt“, daß die *Amtsbezeichnung* gewöhnlich Arzt der Krankenkassen bzw. auch Kassenarzt oder Krankenkassenarzt lautete. Das Gesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (K.V.G.) sprach nur von Ärzten und ärztlicher Behandlung durch bestimmte Ärzte, kannte aber den Ausdruck „Kassenarzt“ nicht. Jaffé wörtlich: „Da das Wort in den letzten Jahren einen etwas minderwertigen Beigeschmack bekommen hat, so bin ich dafür, es, wo angängig, ganz zu eliminieren und den etwas längeren Titel „Arzt der Krankenkasse“ zu wählen. Auch paßt der Ausdruck nicht für die Gemeinde-Krankenversicherungen, denen im Gesetz der Titel „Kasse“ versagt wurde, trotzdem ihre Einrichtungen sich mit denen der Krankenkassen decken...“ Mit Zuwachs an Verbindlichkeit geriet der Kassenarzt in neue Ambivalenzen. Autoritätssteigerung wurde durch den obligatorischen Charakter des Kassenarztes bei der Leistungsgewährung herbeigeführt. Der Versicherte konnte den Arzt nicht umgehen. Der Arzt bekam die für die heutige Zeit selbstverständliche Funktion eines öffentlich legitimierten Verteilers alternativer erkenntnisbezogener Ressourcen⁷⁾. Postulierte der Versicherte medizinische Hilfe oder Lohnausfall, dann fand er feste Zuständigkeitsregeln. Der medizinische Bedarf konnte nicht nach eigenen Bedarfsdefinitionen gedeckt werden. Der Autoritätsgewinn des Kassenarztes erfolgte nicht aufgrund eigener Kompetenz, sondern durch die Organisationen und Richtlinien-Kompetenz der Krankenkassen bzw. durch deren Vorstände. Darin lag das zentrale Autoritätsproblem der Standespolitik begründet, denn die Kassenvorstände waren Laien, meist Arbeitervertreter, die üblicherweise im Interesse ihrer Versicherten handelten. Der latente Kampf um die Dispositionsgewalt von physischer und psychischer Zumutbarkeit der auszuhaltenden Schmerzen, um die moralische und ökonomische Risikozuteilung in der Auswahl von Therapien und um die Interpretation von Krankheit bestanden nicht länger zwischen Arzt und Patient bzw. der familiären Partei des Patienten, sondern zwischen der Kasse und durch die auf das gemeinsame Wohl der Versicherten verallgemeinerten Handlungsnormen des Vorstandes. So war die Position des versicherten Arbeiters bezüglich der Stellung im Arzt-Patient-Verhältnis verortet, das nunmehr kein patronageartiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen einst gelehrtem Arzt zu seinen Patienten und deren Angehörigen mehr favorisierte und hinsichtlich der ärztlichen Tätig-

⁶⁾ Jaffé (1903), S. 81.

⁷⁾ Göckenjan (1985), S. 355.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

keit von einer Laien-Fremdkontrolle geprägt war⁸⁾. Das Arzt-Patient-Verhältnis war somit kein *privates* mehr, sondern ein *öffentlich-rechtliches* Verhältnis⁹⁾. Die Ärzteschaft postulierte hinsichtlich der starken Verhandlungsposition großer Kassen, die nicht den Interessen der freipraktizierenden Ärzten entsprach, eine Organisation mit Zwangsmitgliedschaft und korporativer Disziplinargewalt zu schaffen. Auf dem Ärztetag von 1880 wurde erstmals mehrheitlich eine verbindliche deutsche Ärzteordnung gefordert und auf dem Ärztetag von 1882 verabschiedet¹⁰⁾. Ohne Einbuße der Vorteile der Gewerbefreiheit, Freizügigkeit der ärztlichen Hilfeleistung und freie Vereinbarung der Honorare sollte diese Ärzteordnung das 1869 aufgehobene Behandlungsmonopol wiederherstellen. Auf der anderen Seite sollten die Nachteile der freien Berufstätigkeit und die mit der Konkurrenz einhergehenden Probleme, d.h. freier Vereinbarung von Verträgen, das Unterbieten von Honoraren durch interne standespolitische Regularien abgestellt werden¹¹⁾.

2.2 Das Dreiecksverhältnis Arzt - Kassenvorstand - Patient und das Postulat der „freien Arztwahl“

Die Stellung der Ärzte in der Arbeiterversicherung wurde, wie auch schon vor Erlass des Krankenversicherungsgesetzes von 1883, durch ein festes Anstellungsverhältnis bei den Kassen durch die Kassenvorstände begründet. Diese traten somit gegenüber *ihren* Ärzten in der Funktion eines *Arbeitgebers* auf. In dieser Konstellation wurde die ärztliche Berufstätigkeit im Rahmen einer Arbeitnehmer Position konfrontiert, die völlig anders als die mit einer *freiberuflichen* Tätigkeit verbunden war¹²⁾. Die Kritik an der Abhängigkeit der Ärzte durch die anstellende Behörde war auch ein Kennzeichen der Kassenärztlichen Praxis. Mit der zunehmenden Ausdehnung der Krankenversicherung, sowie durch die wachsende Anzahl der Ärzte, gerieten diese in ein Abhängigkeitsverhältnis zu einem Arbeitgeber Kassenvorstand, das sich mit dem Bild eines *Freien Berufes* nicht mehr in Einklang bringen ließ. Die neuralgischen Kritikmomente setzten an bei der Auswahl von Bewerbern um eine Kassenarztstelle, bei der Kündigung des Kassenarztes, bei der Möglichkeit eines von größtenteils mit Arbeitern besetzten und auch noch häufig der Sozialdemo-

⁸⁾ Hörnemann (1989), S. 7.

⁹⁾ Göckenjan (1985), S. 357.

¹⁰⁾ Göckenjan (1985), S. 360.

¹¹⁾ Graf (1890), S. 40 ff.

¹²⁾ Huerkamp (1985), S. 216 hebt hervor, daß zwar der Ärzteschaft die sich aus einer festen Anstellung ergebende spezifische Situation nicht völlig unbekannt waren denn schließlich waren ja die Kommunen schon lange vorher dazu übergegangen, Ärzte gegen Zahlung eines fixen Gehaltes zur medizinischen Versorgung der Ortsarmen zu verpflichten.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

kratie angehörenden Kassenvorstandes, der die Höhe des ärztlichen Honorars einseitig festsetzte und seine Befugnis in die ärztliche Tätigkeit regulierend und kontrollierend einzugreifen, ausschöpfte¹³⁾. Die Ärzte hatten keine Rechte und Verpflichtungen, außer denen, die ihnen von den Kassenvorständen durch *Anstellungsvertrag* vorgegeben waren. Privatärztliche und Kassenärztlichen Tätigkeit unterschieden sich grundlegend durch die Ausweitung des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Dreiecksverhältnis *Arzt-Kasse-Patient*, wobei es vom jeweiligen Verhältnis des Arztes zum Kassenvorstand abhing, ob die Befugnisse des Kassenvorstandes von den Ärzten als ungerechtfertigte Kontrolle und Einmischung in ihre ärztlichen Entscheidungen empfunden wurden. Der Kassenarzt war in einer doppelten Loyalität eingebunden, bei der er sowohl der Kasse als auch seinen Patienten Rechnung zu tragen hatte. Unter ökonomischen Aspekten hatten die Kassenvorstände ein Interesse daran, sparsam und wirtschaftlich die Kassenfinanzen zu regulieren, um die gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagefonds aufzubauen. Dadurch sollten eventuell die Leistungen der Kasse erweitert werden. Kranksein war für Kassenmitglieder nicht mehr Privatsache, sondern ein Vorgang, der gesellschaftlich gesteuert wurde; die Kosten dazu waren von der Gesellschaft aufzubringen. So wurde die *Tätigkeit der Ärzte* bis zu einem gewissen Grade *vergesellschaftet*.

Schiedskommissionen, paritätisch besetzte Vertrauenskommissionen, genaue Regeln bezüglich der Anstellung als auch der Kündigung von Kassenärzten und die Übertragung des Abschlusses von Kassenarztverträgen, vom einzelnen Arzt auf die ärztliche Organisation, waren Errungenschaften, die die Machtposition der Kassen schon vor dem Ersten Weltkrieg reduzierten. Ende letzten Jahrhunderts rückte weiterhin die zentrale standespolitische Frage nach Zulassung sämtlicher Ärzte zur Kassenpraxis in den Vordergrund. Mit dem Postulat der „freien Arztwahl“ bemühte sich der ärztliche Berufsstand weiter seine eigene Position gegenüber der kollektiven Nachfrage der Kassen zu verbessern. Die ärztliche Bewegung für freie Arztwahl spiegelte die Verschiebungen der Machtbalance zwischen Kassen und Ärzten wider und zeigte innerärztliche Differenzierungsprozesse auf. Konkret besagte die Forderung nach freier Arztwahl, daß die Kassenmitglieder unter ortsansässigen Ärzten frei wählen konnten und nicht mehr an einen *zudiktierten Kassenarzt* gebunden sein sollten¹⁴⁾. Bei diesem Perspektivenwandel, nun im Abstand von der Honorarfrage, ging es um die Zulassung zur Kassenärztlichen Versorgung, wobei nicht nur die Arztgruppe, die bei den Kassen angestellt war in der Diskussion stand, sondern es

¹³⁾ Huerkamp (1985), S. 219, 217.

¹⁴⁾ Huerkamp (1985), S. 224.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

ging auch um die Gruppe von Ärzten, die keine Kassenpraxis hatten und denen durch die freie Arztwahl materielle Teilhabe an dem Kassengesetz ermöglicht werden sollte. In diesem Kontext bestand eine teilweise Interessenparallelität von einem großen Teil der Ärzte auf der einen und der Kassenmitglieder auf der anderen Seite. Denn inhärent der Forderung nach freier Arztwahl war die alte Forderung der Arbeiterbewegung, daß der versicherte Arbeiter in die Lage versetzt werden müsse, genau wie der Privatpatient, sich den Arzt seines Vertrauens frei zu wählen. Nur bei freier Wahl des Arztes durch den Versicherten könne sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Arbeiter entwickeln. Die Kassenverwaltungen standen dieser Forderung ablehnend gegenüber. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, daß das System der freien Arztwahl nicht lediglich dazu diente, die Ärzte gleichmäßig auf die Kassenpraxis zu verteilen. Der andere Effekt hob hervor, daß die Anstellungsautonomie der Kassen beseitigt war, wenn alle Ärzte eines Ortes zur Kassenpraxis zugelassen werden mußten. Dann schlossen die Kassen keine privatrechtlichen Verträge mehr mit einzelnen Ärzten, sondern waren gezwungen, mit der ärztlichen *Lokalorganisation* zu verhandeln, deren Mitglieder, wenn sie sich zur Einhaltung bestimmter Bindungen hinsichtlich der Kassenärztlichen Tätigkeit bereit erklärten, dann auch zur Behandlung der Kassenärztlichen Versicherten berechtigt waren¹⁵⁾.

Die begrenzten Erfolge des ärztlichen Berufsstandes bei der Einführung einer „freien Arztwahl“ lagen in der fehlenden Geschlossenheit der Ärzte selber begründet. Solange die Kassen zwischen Varianten der Arztsysteme, wie festangestellte Ärzte, beschränkte freie Arztwahl oder organisierte freie Arztwahl etc. wählen konnten, fanden sie immer vertragsbereite Ärzte und die ärztlichen Organisationen konnten kaum Druck auf die Kassen ausüben¹⁶⁾. Hielt sich die Dachorganisation der Ärztevereine, der *Deutsche Ärztevereinsbund* aus konkret wirtschaftlichen Auseinandersetzungen stets heraus und beschränkte sich sein Agieren auf Öffentlichkeitsarbeit bzw. Einrichtungen von Petitionen beim Gesetzgeber, so konzentrierte der 1900 gegründete *Leipziger Verband*, später nach seinem Gründer *Hartmannbund* genannt, sich auf die Wahrung der ärztlichen wirtschaftlichen Interessen. Die Reichsversicherungsordnung brachte, entgegen den jahrelangen Forderungen des ärztlichen Berufsstandes, keine gesetzliche Regelung der Ärztefrage heraus. Jedoch fand zwei Jahre später im „*Berliner Abkommen*“ vom 23. Dezember 1913 zwischen dem Hartmannbund und den zentralen Verbänden der Krankenkassen durch die Aktivität dieses Berufsverbandes eine neue Machtbalance statt. Wurden weiterhin auch

¹⁵⁾ Huerkamp (1985), S. 226, 227.

¹⁶⁾ Hörnemann (1994), S. 71, 72.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

die Kassenärztlichen Verträge zwischen den Kassen und dem *einzelnen* Arzt geschlossen, so wurden kompromißbereit die Rahmenbedingungen der Verträge festgelegt. Dies vollzog ein aus Ärzten und Kassenvertretern gebildeter Vertragsausschuß. Damit war faktisch der ärztliche *Kollektivvertrag* eingeführt. Die aufgehobene Anstellungsautonomie der Kassen wurde durch ein genau geregeltes Verfahren hinsichtlich der Zulassung der Gesamtheit der Kassenärzte ersetzt¹⁷⁾. Diesbezüglich waren die wichtigsten Entscheidungen auf *ideologisch-konzeptioneller* Ebene bis 1883 gefallen, die *institutionellen* bildeten sich nach 1900. Ein entscheidendes Datum war das Jahr 1913 hinsichtlich des Berliner Kooperationsvertrages zwischen Kassen- und Ärzteverbänden¹⁸⁾.

War die Kassenarztfrage mit dem *Berliner Abkommen* noch nicht gelöst, so war ein Lösungsweg doch vorgezeichnet. Durch die Reduzierung der Gestaltungsrechte der Kassen wurden die Ärzteinteressen in koordinierenden Organisationen für die Kassen kooperationspflichtig. Es wurde der Weg geebnet für einen stufenweisen Ausbau der ärztlichen Interessen, der bis zu den heute bestehenden Paritäten einer *ärztlichen Selbstverwaltung* führen sollte.

2.3 Intermediäre Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Weimarer Zeit

Die bisher geschilderte Entwicklung läßt grundsätzliche Züge staatlichen Handelns in der Gesundheitssicherung erkennen. Es erlangten aus den umfassenden Reformdiskussionen und Referentenentwürfen nur diejenigen Gesetzeskraft, die auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner durchzuführen waren. Zu viele Interessen waren bei Gesundheitsfragen betroffen. Der Gesetzgebungsprozeß dauerte lange und zog sich wie in der Medizinalreform über Jahrzehnte hin. Der Staat mußte Hilfskonstruktionen schaffen, die - wie in den Sozialversicherungen - als *öffentlich-rechtliche Körperschaften* in einer Zwischenstellung zwischen dem Staat und den Personengruppen eingerichtet werden, denen die Leistungen gelten¹⁹⁾. Diese besonderen »Zwischen«-Einrichtungen werden daher auch *intermediäre* Instanzen genannt²⁰⁾.

¹⁷⁾ Tennstedt (1977), S. 81, 82.

¹⁸⁾ Göckenjan (1985), S. 388.

¹⁹⁾ Labisch (1992), S. 157.

²⁰⁾ Kaufmann (1982), S. 49 ff.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Die Gesetzliche Krankenversicherung hatte bereits im deutschen Kaiserreich eine so zentrale Position erlangt, daß die beteiligten Akteure ihr Organisationsinteresse vornehmlich unter Bezugnahme auf die Gesetzliche Krankenversicherung definierten. Durch die so entstandenen Interessengegensätze wurde nicht das System in Frage gestellt, sondern diese konzentrierten sich auf die interne Machtverteilung. Angesichts der unabwiesbaren Notwendigkeit, unmittelbar nach Kriegsende die dringenden Nöte der Bevölkerung zu beseitigen, standen die verschiedenen wirtschaftlichen Kräfte bezüglich sozialpolitischer Reformbestrebungen unter einem weitgehenden Einigungszwang.

Die sog. *Kassenarztffrage* erlangte zunehmend an Brisanz. Aus der politischen Behandlung dieses Problems erwuchs ein spezifisches und für die weitere Entwicklung der Gesundheitspolitik prägendes Muster der Konfliktregulierung. Einerseits bildete den Ausgangspunkt eine scherenförmige Bewegung mit der sukzessiven Ausdehnung der Versicherungspflicht, so daß schon 1913 rund 50% der Reichsbevölkerung Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung waren. Andererseits war die Bewegung von einem starken Anstieg der Ärztezahlen gekennzeichnet. Dies bedeutete, daß der Markt für Privatpatienten zurückging und gleichzeitig eine wachsende Zahl der Ärzte ökonomisch vom Marktsegment der Kassenpatienten abhing²¹⁾.

Der *Leipziger Verband* erreichte durch straffe Organisation seiner Mitglieder und die Initiierung von Ärztestreiks erhebliche Honorarerhöhungen. Er bewirkte den Zusammenschluß von Kassenärzten auf zunächst lokaler und regionaler Basis. In seinem zähen Kampf um die Ausweitung der ärztlichen Rechte gegenüber den Krankenkassen, in dem die Kassen bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges immer weiter zum Abbau ihrer Machtposition gezwungen waren, erwirkte der Verband in dem entscheidenden Schritt der Übertragung des Abschlusses von Kassenarztverträgen vom einzelnen Arzt auf die ärztliche Organisation eine bedeutende Veränderung der Machtbalance. Die bis dahin fehlenden Regelungen in der Reichsversicherungsordnung von 1911²²⁾ wurden somit kompensiert²³⁾. Wesentlich wurden die bis heute bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens mit freier Arztwahl durch die Patienten und öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie die Kassenärztlichen Vereinigungen als Verhandlungspartner der Kassen durch den *Leipziger Verband* in den ersten drei Jahrzehnten seiner Tätigkeit mitgestal-

²¹⁾ Döhler (1990). S. 164.

²²⁾ Bogs, W. (1959), S. 289.

²³⁾ Schieckel (1958), I/492.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

tet²⁴⁾ Im Kampf um die Gestaltung des Kassenarztrechtes deklarierte der *Leipziger Verband* zu seinen wesentlichen Forderungen:

1. die Zulassung aller organisierten Ärzte zur Kassenpraxis;
2. die Beseitigung der *einzelnen Arztverträge* mit den Kassen zugunsten von *Kollektivverträgen*;
3. die Behandlungs- und Verordnungsfreiheit der Ärzte und
4. die Honorierung der Kassenärzte nach Einzelleistungen.

Zu einem Hauptkampfmittel zählten neben dem Ärztestreik die *Cavete-Listen*, d.h. Listen von Krankenkassen, in deren Dienste zu treten die Ärzte gewarnt wurden. Für den Ausgang eines Konfliktes zwischen Kassen und Ärzten kam es entscheidend darauf an, ob es der Kasse gelang, genügend vertragsbereite Ärzte zu finden, so daß sie auf die Forderungen der ortsansässigen Ärzte nicht eingehen mußte. Der *Leipziger Verband* konzentrierte sich darauf, den Zuzug von außerhalb zu unterbinden und wurde schon nach kurzer Zeit in diesem Kampfmittel von den etablierten ärztlichen Organisationen, den Ärztevereinen und Ärztekammern unterstützt. Seit 1903 veröffentlichte das ärztliche Vereinsblatt als zentrales Organ des Ärztevereinsbundes in jeder Nummer eine sog. »*Cavete-Liste*«, die die Namen der Orte enthielt, an denen z. Zt. Differenzen zwischen Kassen und Ärzten schwebten. Alle Kollegen wurden gewarnt, sich um eine Stelle auf der Cavete-Liste zu bewerben, ohne sich vorher mit dem jeweiligen Vertrauensmann des Leipziger Verbandes, dessen Name und Adresse gleich mitgegeben waren, in Verbindung zu setzen²⁵⁾.

Die Krankenkassen organisierten sich im Rahmen einer Gegenmaßnahme, in dem sie sich zu Verbänden zusammenschlossen, wie zum Verband zur Wahrung der Interessen der Deutschen Betriebskrankenkassen, „Gesamtverband Deutscher Krankenkassen“ und „Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen“. Wenn dem Leipziger Verband zunächst die Verankerung der Kassenarztrechte in der Reichsversicherungsordnung, deren zweites Buch (Krankenversicherung) am 1.1.1914 in Kraft trat, noch nicht gelang, so bewirkte das *Berliner Abkommen*, daß die Krankenkassen ein Mitwirkungs- und Selbstverwaltungsrecht in Richtung *gemeinsamer Selbstverwaltung* abtraten. Angesichts des gespannten Verhältnisses, das sich vor dem Hintergrund der schlechten Wirtschaftslage in den ersten Jahren der Weimarer Republik entwickelt hatte, wurde von beiden Seiten das *Berliner Abkommen* zu der vorgesehenen Kündigungsmöglichkeit zum 31.12.1923 gekün-

²⁴⁾ Groser (1992), S. 164, 165.

²⁵⁾ Huerkamp (1985), S. 285.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

dig. Der Staat übernahm mit der Notverordnung vom 30. Oktober 1923 „der Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ (RGBl. 1923 I, S. 1051 ff), die im folgenden Jahr dann in die Reichsversicherungsordnung eingliedert wurde²⁶⁾, weitgehend die Institutionen und Regelungen des Berliner Abkommens und überführte diese somit vom Privatrecht in das öffentliche Recht. Begründet wurde der auch heute noch gültige öffentlich-rechtliche Charakter der Beziehungen zwischen den Kassenärzten bzw. ihren Vereinigungen und den Kassen der sozialen Krankenversicherung²⁷⁾. Spätestens seit der Weimarer Verfassung ist von der Sozialpolitik bekannt, daß sie als *gesellschaftspolitisch* verstanden wird.²⁸⁾ Mit dieser Entwicklung der neuen Rechtsform *gemeinsamer Selbstverwaltung* von Ärzten und Krankenkassen wurde die Grundlage des Kassenarztrechts und der Kassenärztlichen Versorgung geschaffen²⁹⁾.

Im Jahre 1933 folgte im Zuge der allgemeinen Zentralisierung der Nationalsozialistischen Herrschaft die Schaffung der „*Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD)*“ als Zwangskörperschaft des öffentlichen Rechts, die die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen ablöste (Verordnung vom 2. August 1933, RGBl. I, 567). Die *Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands* war auf Reichsebene etabliert und wurde zur Rechtsnachfolgerin des aufgelösten „Verbands der Ärzte Deutschlands“ (Hartmannbund). Ebenfalls wurde der Deutsche Ärztevereinsbund aufgelöst und die *Rechtsärztekammer* seine Rechtsnachfolgerin³⁰⁾.

3 Gewachsener Erhalt der gegliederten Sozialversicherung und gemeinsamer Selbstverwaltung

In der Nachkriegsentwicklung waren die Ärzte und Ärzteverbände an der Erhaltung der traditionellen *gegliederten Sozialversicherung* sehr interessiert³¹⁾. Es bestand eine Vielfalt autonomer Kassen, die der Ärzteposition in den Verhandlungen um die Honorarver-

²⁶⁾ §§ 368a - 368t RVO.

²⁷⁾ Goetze (1989), S. 95.

Feige (1980), S. 87 f.

²⁸⁾ Siebeck (1989), S. 44.

²⁹⁾ Tennstedt (1988), S. 78, Rd. 34.

³⁰⁾ Mayntz/Rosewitz (1988), S. 151.

Stobrawa (1989²), S. 32 - 39.

³¹⁾ Hockerts (1980), S. 41, 42.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

träge sehr nützten, während das monopolistische Gewicht der *Einheitsversicherung* unterlaufen wurde³²⁾. Dies galt um so mehr, als die Ausdehnung der Versicherungspflicht den Ärzten zugleich die Privatpatienten entzogen hätte. In der Gesetzlichen Krankenversicherung setzen Gesetzgeber und Selbstverwaltung zusammen mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts wesentliche Akzente auf dem Wege zu einer Gesundheitssicherung. 1955 wurden auf der Grundlage des von den Ärzten bis 1935 Erreichten, die Beziehungen zwischen Krankenkassen, einschließlich Ersatzkassen und Ärzten sowie Zahnärzten neu geordnet und vereinheitlicht. Das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) beendete die zwischenzeitlich eingetretene Rechtszersplitterung und ordnete das Kassenarztrecht, daß in die Reichsversicherungsordnung (RVO) eingebaut wurde, derartig neu, wie es auch heute noch im wesentlichen gilt. Die beteiligten Landes- und Bundesverbände wurden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Gesetzgeber steckte für das Verhältnis zwischen Kassenärzten und Krankenkassen nur noch einen Rahmen ab und schuf Institutionen, die im Streitfall das Funktionieren des Systems gewährleisteten wie auch andere paritätisch besetzte Gremien, denen die Regelung von Einzelheiten überlassen werden sollten.

Letztlich ist nach dieser historisch analytischen Betrachtungsweise zu konstatieren, daß die Anpassung der ärztlichen Arbeitsweise an die gesellschaftlichen Bedürfnisse vom politischen System ausging. Dies gilt auch für die Umgestaltung der ärztlichen Wirtschaftslage für einen andauernden Regulierungsprozeß. Der gesellschaftliche Prozeß verlief von der anfänglichen Selbsthilfe der Betroffenen über die staatliche Schlichtung und Vermittlung bis zur staatlichen Rechtsordnung. Der Dialektik staatlicher Eingriffe beim Aufbau des Gesundheitssicherungssystems war es inhärent, daß die Freiheit und Autonomie des freiberuflichen Arztes immer nur durch deren Einschränkung aufrechterhalten werden konnte. Ambivalent verlief auch die Evolution der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Ärzte mußten den Nachfrageoligopolen der Kassen, die durch die Zwangsmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung begründet war, ihr ärztliches Angebot in gleichartigen Organisationen gegenüberstellen. Das Verhältnis zwischen den Organisationen auf den beiden Seiten der Tauschbeziehungen war und ist heute noch eine *spannungsgeladene* Kooperation. Diese Kombination scheint einen Anreiz für die ständig wachsende territoriale Integration, Zentralisierung und Inklusion des potentiellen Mitgliederreservoirs der einmal gebildeten Organisationen darzustellen. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärzt-

³²⁾ Hockerts (1980), S. 41, 42.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

lichen Vereinigungen wurden einerseits durch die Institutionen der gemeinsam Selbstverwaltung an die Kassen gebunden, *Wettbewerb kanalisiert*, andererseits übten sie wiederum über ihre hoheitlichen Funktionen der ärztlichen Leistungen und Honorarverteilung eine starke Macht auf ihre Mitglieder aus.

Die *Vielfachsteuerung* und damit verbundene Notwendigkeit zur Konzertierung der Interessen mehrerer Schlüsselakteure vollzog sich auf *zwei* Ebenen.

1. Die gemeinsame Selbstverwaltung gewann an Relevanz, indem die Steuerung immer weiterer Leistungsparameter der alleinigen Kontrolle der Ärzteschaft entzogen wurde. Diese wurde auf paritätisch mit Kassenvertretern besetzte Ausschüsse übertragen. Dieser Transformationsprozeß wurde 1976 auf einer ersten Stufe mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) durchgeführt. Dadurch wurde eine von Kassen und Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen gemeinsam zu erarbeitende Bedarfsplanung für die regionale Verteilung der Kassenärzte eingeführt. Diese Tendenz verstärkte sich dann im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977. Die prekäre Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die bis dahin allein in der Verantwortung der Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen lag, wurde auf paritätisch besetzte Prüf- und Beschwerdeausschüsse verlagert. Ein ebenfalls paritätisch besetzter Bewertungsausschuß für die Modernisierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der die abrechnungsfähigen Leistungen und deren Wert definiert, rundet die *gemeinsame Selbstverwaltung* ab.
2. Auf einer *zweiten* Stufe kann eine Zentralisierung und Vereinheitlichung auf der Ebene der Kassenverbände beobachtet werden. Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) erfahren nicht nur die Landesverbände der Krankenkassen eine verstärkte Verhandlungsführerposition, es wurde auch die Sonderstellung der Ersatzkassen durch eine Anpassung an die danach geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung abgeschwächt³³⁾.

4 Korporatismusmodell versus Einkaufsmodell

Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 (BGBl. I, S. 2606) stellte in diesem Zusammenhang eine konsequente politische Fortsetzung der *Korporatisierungstendenz* dar.

³³⁾ Wiesenthal (1981), S. 60 f.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Die für das Krankenkassensystem symbolisch bedeutsame Trennung in RVO-Kassen einerseits und Ersatzkassen andererseits wurde aufgehoben³⁴⁾. Darin äußert sich die fortschreitende Vereinheitlichung der Rechtsstellung der verschiedenen Kassenarten - weiter konkretisiert durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 - die eine honorarpolitische Stärkung einer Seite verhindern soll³⁵⁾. Im Gesundheits-Reformgesetz wird erstmals im Bereich des Krankenkassenwesens der Begriff der *Spitzenverbände* (§ 213 SGB V) konkretisiert und mit Entscheidungsbefugnissen für gesetzlich neue Formen der Kooperation ausgestattet. Die Kompetenzzuweisungen an die Spitzenverbände deuten auf eine zweifache Instrumentalisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zum einen wird eine Art *enabling legislation* kreiert, die das Verbändesystem anmahnd in die Lage zu einer *kollektivvertraglichen Selbstregulierung* setzen soll, zum anderen aber bei unzureichender Perzeption dieser Funktion die ministerielle Ersatzvornahme ermöglicht. Der Staat schafft sich so ein Steuerungsobjekt bzw. ist bemüht, das Interventionsfeld für staatliche Steuerungsimpulse zu sensibilisieren.

Bei einer Verlagerung dieser Ebenen mit Blick auf ein Einkaufsmodell mit totalem Wettbewerb und damit eventueller Aufhebung der Institution der Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigung und Schaffung von eigenärztlichen Genossenschaften zur Regulierung der Belange, würde eventuell einem Korporatismus mit syndikalistischen Tendenzen Vorschub geleistet werden. Die Neokorporatismus-Diskussion betont die *kooperativen* Vereinbarungen zwischen Staat und verbandlich verfaßten Kollektiven sowie der Verhaltensabstimmung zwischen diesen Verbänden unter *Assistenz staatlicher Instanzen*³⁶⁾. Zentralisierte Verbände mit einem ausgeprägten Repräsentationsmonopol werden vom Staat nicht nur als privilegierte Interessenvertreter behandelt, sondern wirken darüber hinausgehend an der Erfüllung von *öffentlichen Aufgaben* mit³⁷⁾. Aber gerade dieses kooperative Muster würde, durch ein von den Krankenkassen möglicherweise politisch gewünschtes Einkaufsmodell bei dem sie unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten ihre Vertrags(-zahn)ärzte unter einzelvertraglicher Ägide auswählen könnten, unterlaufen. Die hier vorgestellte Analyse des historischen Materials zeigt den Kampf der Ärzte um die „balance of power“ im Gesundheitssystem und die Entwicklung der Positionen der kollektiven Akteure innerhalb einer gewachsenen gegliederten Sozialversicherung und gemeinsamer Selbstverwaltung bei koinzidenter staatlicher Kooperation. In diesem situati-

³⁴⁾ Hein (1990), S. 192.

³⁵⁾ Döhler/Manow-Borgwardt (1992), S. 71, 72.

³⁶⁾ Gäfgen (1988), S. 61.

³⁷⁾ Lehmbruch (1988), S. 11.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

ven Kontext versucht der Staat organisatorische Ressourcen der Verbände zur Verfolgung seiner Politikziele zu nutzen, wobei er nicht zuletzt die Bereitschaft der Mitglieder wahrnimmt, sich Empfehlungen der Verbandsführung zuzuschreiben oder von ihr eingegangene Verpflichtungen zu honorieren. Impliziert wird, daß der Verband seine Ziele mit staatlichen Zielen in Kongruenz bringt, auf Kosten derjenigen Mitgliederinteressen, die der Durchsetzung jener übergreifenden Ziele entgegenlaufen³⁸⁾. Die Theorie des *Neokorporatismus* setzt einen Akzent, so daß unter bestimmten Konditionen Interessenorganisationen dazu veranlaßt werden können bzw. sich selbst veranlaßt sehen, die Verfolgung kurzfristiger, begrenzter Sonderinteressen zurückzustellen zugunsten der Durchsetzung übergreifender Kollektivziele, d.h. der Bereitstellung von öffentlichen Gütern, wie hier dem öffentlichen Gut *Gesundheit*. Die Entwicklungslinie der Korporatismusforschung *Schmitter*s³⁹⁾ versteht Korporatismus nicht abstrakt als Modell »gesellschaftlicher Ordnung«, sondern als einen Mechanismus gesamtgesellschaftlicher Interessenabstimmung; auf konsensueller Internalisierung der Kosten von Interessenpolitik. Für die Funktion korporatistischer Arrangements ist der Begriff *Konzertierung* prädestiniert⁴⁰⁾. Das neokorporatistische Arrangement im deutschen Gesundheitswesen knüpft an die eigentümlichen Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Die vom Staat bei der *Konzertierten Aktion* in Anspruch genommenen Strukturressourcen sind nicht so sehr die autonomer zentraler Verbände, „sondern eher die eines durch staatliche Privilegierung eingegrenzten, stark institutionalisierten interorganisatorischen Verhandlungssystems“⁴¹⁾. Die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* verdankt ihre relative Stabilität in nicht geringem Maße einem älteren Kernbestand an Institutionalisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der die Beziehungen zwischen Krankenkassen und den Verbänden der Kassenärzte als Verhandlungssystem frühzeitig stabilisiert hat. Die kollektiven Akteure sollten nicht, wie bei einem eventuellen Einkaufsmodell seitens der Krankenkassen ausgehebelt werden mit der möglichen Folge, den Vertragsärzten und Vertragszahnärzten die Möglichkeit eröffnen zu müssen, die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen zu verlassen und sich in eigenen Genossenschaften zu organisieren, sondern kollektiv im Rahmen einer „balance of power“ in das Gesundheitswesen integriert werden. Die Ärzte setzten historisch gegenüber den Krankenkassen erfolgreich das Modell des Kollektivvertrages als gesetzlich privilegiertes Instrument der Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und

³⁸⁾ Lehmannbruch (1988), S. 11.

³⁹⁾ Schmitter, Phillippe C. (1974), S. 86 - 131.

Schmitter, Phillippe C. (1981²).

⁴⁰⁾ Lehmannbruch (1988), S. 17.

⁴¹⁾ Lehmannbruch (1988), S. 22.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

individuellem Arzt durch. So trugen sie gerade zur Entstehung eines Organisationsnetzes bei, das zwar den Arzt gegenüber den Kassen abschirmt, zugleich aber einen wichtigen institutionellen Ansatzpunkt für die regulierende Intervention des Staates in das Gesundheitssystem darstellt. Die stabilisierende Wirkung von Institutionalisierung mag daher rühren, daß sie die Verbände in ihren organisationspolitischen Vermittlungsproblemen entlastet.

Die Erhaltung der körperschaftlichen Lösung wirtschaftlich bedeutsamer Leistungserbringung im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Systems, im Gegensatz zum Einkaufsmodell der Krankenkassen, soll gerade der Herstellung gleicher Machtverhältnisse auf beiden Marktseiten dienen. Wenn eine Marktseite durch einen höheren Konzentrationsgrad gekennzeichnet ist, der sich ohne politischen Aufwand nicht mehr senken läßt, weil mächtige Organisationen zerschlagen werden müßten, so sei es vernünftig, gleiche Machtverhältnisse durch politische Konzentrierung der schwächeren Marktseite herbeizuführen. In diesem Kontext als Gegenstück zum Wettbewerb kreierte *John Kenneth Galbraith*⁴²⁾ den Begriff *countervailing power*.

⁴²⁾ Galbraith, John Kenneth (1956²)

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Literatur

Bogs, Walter (1959): Krankenversicherung. II. Soziale Krankenversicherung. In: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. Bd. 6. Göttingen. S. 283 - 296.

Dalichau, Gerhard/Grüner, Hans (1993): Gesundheitsstrukturgesetz. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung. Kommentar sowie Bundes- und Landesrecht. Starnberg-Percha. Loseblattsammlung. (Stand Juli 1994).

Döhler, Marian (1990): Gesundheitspolitik nach der "Wende". Policy - Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland.

Döhler, Marian / Manow-Borgwardt, Philip (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis. (1992). S. 64 - 106.

Gäfen, Gérard (1988): Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen. In: Gérard Gäfen (Hrsg.) Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden. S. 61 - 89.

Galbraith, John Kenneth (1956²): American Capitalism. The concept of Countervailing Power. Boston.

Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staat machen - Gesundheit und Medizin der bürgerlichen Welt. Frankfurt a.M.

Goetze, Erik (1989): Arzthaftungsrecht und kassenärztliches Wirtschaftlichkeitsgebot. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo.

Graf, Eduard (1905): Aerzte und Krankenkassen. Ein Beitrag zu der Frage: Freie Arztwahl. Frankfurt a.M.

Groser, Manfred (1992): Gemeinwohl und Ärzteinteressen - Die Politik des Hartmannbundes. In: Renate Mayntz (Hrsg.). Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh. 1992. S. 162 - 210.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Hein, Michael (1990): Die Verbände der Sozialversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland. München.

Hockerts, Hans Günter (1980): Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957. Bd. Stuttgart.

Hörnemann, Gerd (1989): Die Selbstverwaltung der Ärztekammern - Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufes. Konstanz.

Hörnemann, Gerd (1994): Kassenarzt als Freier Beruf. Konstanz.

Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen.

Jaffé, Karl (1903): Stellung und Aufgabe des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Handbuch der sozialen Medizin. Bd. II. Jena.

Kaufmann, Franz-Xaver (1982): Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Franz-Xaver Kaufmann (Hrsg.). Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, Wien. S. 49 - 86.

Knieps, Franz (1989): Einleitung zum SGB V. In: Bernd von Maydell (Hrsg.). Gk-SGB V. Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung. Neuwied. Loseblattsammlung. (Stand: Juli 1992).

Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt, New York.

Lehmbruch, Gerhard (1988): Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« In: Gérard Gäfgen (Hrsg.) Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden. S. 11 - 32.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Mayntz, Renate / Rosewitz, Bernd (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz, Renate / Rosewitz, Bernd / Schimank, Uwe / Stichweh, Rudolf. Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt, New York. S. 117 - 179.

Preller, Ludwig (1962): Sozialpolitik. Theoretische Ortung. Tübingen, Zürich.

Schieckel (1958): Hartmannbund. Verband der Ärzte Deutschlands. In: Richard R. Kuhns. Das gesamte Recht der Heilberufe. Berlin. I/491 - I/492.

Schmitter, Phillipe C. (1974): Still the Century of Corporatism? In: The Review of Politics. Volume XXXVI 1974. S. 85 - 131.

Schmitter, Phillippe C. (1981²): Interessenvertretung und Regierbarkeit. In: Ulrich von Alemann / Rolf G. Heinze (Hrsg.). Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Opladen. S. 92 - 115.

Siebeck, Theo (1989): Vierzig Jahre Bundesrepublik Deutschland: Die Krankenversicherung wächst in neue Dimensionen. Sankt Augustin.

Stobrawa, Franz F. (1989²): Die ärztlichen Organisationen. Entstehung und Struktur. Düsseldorf.

Tennstedt, Florian (1977): Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik. Bd. 2. Bonn, Düsseldorf.

Tennstedt, Florian (1988): Geschichte des Sozialrechts. In: Bernd Baron von Maydell / Franz Ruland. Sozialrechtshandbuch. S. 66 - 113.

Wiesenthal, Helmut (1981): Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.

Einkaufsmodell - Rückschritt in die Vergangenheit. Das Ende gemeinsamer Selbstverwaltung?

Wiesenthal, Helmut (1981): Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Frankfurt a.M.