

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung



Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Köln

Katrin Behaghel

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung

Ein Verbandssystem unter Streß

Campus Verlag
Frankfurt/New York

9411324

Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Bibliothek

WDA-110

28136 000

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Behagel, Katrin:

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: ein Verbandssystem
unter Stress / Katrin Behagel. –

Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, 1994

(Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 18)

ISBN 3-593-35178-1

NE: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung <Köln>: Schriften
des Max-Planck-Instituts ...

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

Copyright © 1994 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main

Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen

Satz: C. Lehmann, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Printed in Germany

Inhalt

Abbildungen, Tabellen und Übersichten	8
Abkürzungen	10
Vorwort	13
Einleitung:	
Kostendämpfung, Logik der Willensbildung und Vorstandsverflechtung	15
1 Das korporative Arrangement: Verbände als private Regierungen	20
2 Mitgliederinteressen und Vorstandsverflechtung	24
3 Fragestellung und Aufbau der Arbeit	27
I · Die Akteure	33
1 Kassenärztliche Vereinigungen als Gegenmacht: Ein historischer Überblick	35
1 Homogenisierung der ärztlichen Interessen	37
2 Durchsetzung der ärztlichen Interessen	42
3 Die Konsolidierung des Kassenarztes	49
2 Kassenärztliche Vereinigungen als Partner: Das Vertragswesen	55
1 Das Verhältnis zu den Krankenkassen	57
2 Das Verhältnis zu den Mitgliedern	68
3 Kassenärztliche Vereinigungen als Arenen: Die Logik der Willensbildung	77
1 Mitgliederstärke und Mitgliederstruktur der KVen	79
2 Die Organisationsstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen	83
3 Das Verhältnis zwischen KVen und KBV	91
4 Das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen	97
5 Vielfalt und Interdependenz der Kassenärztlichen Vereinigungen	107

4	Verbündete und Widersacher der KVen:	
	Die freien Verbände	111
1	Die Entwicklung der ärztlichen Verbandslandschaft bis 1945	113
2	Fachübergreifende Berufsverbände nach 1945	116
3	Fachspezifische Berufsverbände	127
4	Die Organisationsstruktur der freien Verbände	136
5	Die Beziehung zwischen freien Verbänden und KVen	140
II · Die Kostendämpfungsgesetze		147
5	Die Kostendämpfungsgesetze:	
	Anlässe und Maßnahmen	149
1	Anlässe der Kostendämpfungsgesetzgebung	151
2	Die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung	157
6	Kostendämpfung und Einkommensentwicklung	169
1	Das Einkommen des Kassenarztes: Determinanten und Probleme	170
2	Die Notwendigkeit einer Reform des EBM	177
3	Die Entwicklung des kassenärztlichen Einkommens	182
4	Die Stabilität des Vergütungssystems: Auswirkungen der EBM-Reform	186
7	Die Beschränkung der ärztlichen Autonomie	195
1	Die Wirtschaftlichkeitsprüfung	197
2	Die Kontrolle der Ordnungsweise	204
3	Die apparative Ausstattung der Kassenarztpraxis	206
III · Die Folgen		211
8	Kostendämpfung und KV-interne Willensbildung	213
1	Zufriedenheit der Kassenärzte	214
2	Verteilungskonflikte innerhalb der Kassenärzteschaft	219
3	Änderungen der informellen Regeln der KV-internen Willensbildung	225
4	Die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen	229

9	Determinanten der Vorstandsverflechtung	231
1	Die empirische Untersuchung der Vorstandsverflechtung	232
2	Die territoriale und föderale Gliederung Deutschlands	236
3	Das Wahlsystem der KVen	240
4	Das Kalkül des Wählers	247
5	Das Kalkül des Kandidaten	250
6	Das Kalkül des freien Verbandes	251
7	Die Kostendämpfungsmaßnahmen	257
10	Das Netz der Vorstandsverflechtung: Struktur und Wandel	261
1	Auswahl, Erhebung und Aufbereitung der Daten	263
2	Der Umfang der Ämterkumulation	271
3	Die Verflechtung zwischen den ärztlichen Berufsverbänden	273
4	Die Verflechtung zwischen KVen und ärztlichen Berufsverbänden	276
5	Multiplexität und Stabilität der Verbindungen	279
6	Die räumliche Gliederung des Netzes	283
7	Der Wandel der Verflechtung	287
	Schluß:	
	Ein Verbandssystem unter Streß	295
1	Die Untersuchung der Verbandsverflechtung	299
	Anhang	305
1	Organisationen, deren Vertreter für Interviews und Auskünfte zur Verfügung standen	305
2	Fundstellen zu den Tabellen Abkürzungen zu den Fundstellen	306
3	Quellen Gesetze, Verordnungen · Zeitschriften, Tätigkeitsberichte, Rechtssammlungen, Statistiken · Namentlich gezeichnete Beiträge	311
4	Sekundärliteratur	317
	Namenregister	325

Abbildungen, Tabellen und Übersichten

Abbildungen

E.1	Der Zusammenhang zwischen Kostendämpfung und Verflechtung	29
3.1	Struktur einer Kassenärztlichen Vereinigung	84
3.2	Struktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	92
9.1	Horizontale und vertikale Verflechtungen	240

Tabellen

2.1	Gesetzliche Krankenkassen und ihre Mitglieder	58
3.1	Kammerangehörige nach Tätigkeitsbereich	79
3.2	KV-Mitglieder nach Tätigkeitsbereich	81
3.3	Mitgliederstärke und Mitgliederstruktur der KVen	82
3.4	Die Vertreterversammlungen der KVen	86
3.5	Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen	87
3.6	Repräsentation der KVen in der KBV	94
3.7	Wahlberechtigte und Wahlkreise der KVen	100
3.8	Wahlbeteiligung der ordentlichen Mitglieder	101
3.9	Wahlbeteiligung der außerordentlichen Mitglieder	102
3.10	Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe: Anzahl der Listen	103
6.1	Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung	171
6.2	Verwendung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung	172
6.3	Entwicklung des Umsatzes aus Kassenarztztätigkeit	183
6.4	Durchschnittlicher Umsatz und Einkommen aus kassenärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppe	184
6.5	Entwicklung des Kostenanteils am Umsatz niedergelassener Ärzte	185
8.1	Wiederwahl und Austausch der Vorstandsmitglieder der KVen	228
9.1	Repräsentation der Facharztgruppen in den Vorständen der KVen	243
9.2	Die Überlappung der Mitgliedschaft zwischen ausgewählten freien Verbänden und den KVen	245
10.1	Der Datensatz: Landesverbände und fehlende Vorstände je Verband	267
10.2	Der Datensatz: Erfasste Vorstände, Vorstandsmitglieder, Vorstandspositionen und Vorstandsverflechtungen	270

10.3	Verteilung der Vorstandspositionen auf die Vorstandsmitglieder	272
10.4	Verbindungen zwischen freien ärztlichen Berufsverbänden	274
10.5	Verbindungen zwischen KVen und freien Berufsverbänden	277
10.6	Differenzierung der Verbindungen zwischen KVen und freien Verbänden auf der Landesebene nach Berufsverband	278
10.7	Multiplexe Verbindungen	280
10.8	Stabilität der Verbindungen	281
10.9	Komponenten im Netz	284
10.10	Dichte der Verbindungsarten je Region	285
10.11	Wandel der Häufigkeit der Verbindungen	291
10.12	Wandel der Häufigkeit der Verbindungen auf Landesebene	293

Übersichten

2.1	Gliederung des Bundesmantelvertrages/Ärzte (BMV-Ä)	59
2.2	Gliederung eines Gesamtvertrages	61
2.3	Gemeinsame Ausschüsse der KVen und der gesetzlichen Krankenkassen	62
2.4	Gliederung des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages (EKV)	66
2.5	Autonome Satzungenormen der KVen	69
2.6	Rechte und Pflichten der Mitglieder der KVen	70
2.7	Fortbildungsbestimmungen der KV Nordrhein	73
3.1	Aufgaben der Vertreterversammlungen der KVen	85
3.2	Aufgaben der Vertreterversammlung der KBV	93
4.1	Ziele des Hartmannbundes	117
4.2	Aufgaben des Hartmannbundes	118
4.3	Aufgaben des NAV	120
4.4	Fachübergreifende ärztliche Berufsverbände	122
4.5	Arztbezeichnungen und fachspezifische Berufsverbände	130
5.1	Änderungen des Kassenarztrechts	158
9.1	Anzahl der Landesverbände ausgewählter ärztlicher Berufsverbände	237
10.1	Klassifikation der Regionen nach der Dichte der horizontalen und vertikalen Verbindungen	286
10.2	Klassifikation der Regionen nach ihrer Größe und der Dichte der vertikalen Verbindungen	287

Abkürzungen

BA	Bayern
BÄK	Bundesärztekammer
BAPAD	Bundesarbeitsgemeinschaft der Praktischen Ärzte Deutschlands e.V.
BDÄ	Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände e.V.
BDB	Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V.
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
BDL	Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.
BE	Berlin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI. I	Bundesgesetzblatt, Teil I.
BMAS	Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag/Ärzte
BNG	Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte e.V.
BPA	Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin e.V.
BR	Bremen
BVDRN	Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner e.V.
BW	Baden-Württemberg
EKV	Arzt/Ersatzkassenvertrag
FDA	Fachverband Deutscher Allgemeinärzte e.V.
FDP	Freie Demokratische Partei
GFB	Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände
GG	Grundgesetz
GKAR	Gesetz über Kassenarztrecht
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
HA	Hamburg
HE	Hessen
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

KVEG	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
KVG	Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
NAV	NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
RABl.	Reichsarbeitsblatt
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RP	Rheinland-Pfalz
RVO	Reichsversicherungsordnung
SA	Saarland
SGB V	Sozialgesetzbuch, Band V
SH	Schleswig-Holstein
VV	Vertreterversammlung
WL	Westfalen-Lippe

Vorwort

Die hier vorgelegte Arbeit ist die überarbeitete Fassung meiner Dissertation. Sie nahm ihren Anfang im Graduiertenkolleg Köln für Sozialwissenschaften an der Universität zu Köln, dem ich von März 1989 bis August 1991 angehörte. Den Leitern dieses Kollegs, Hartmut Esser, Renate Mayntz, Fritz W. Scharpf und Erwin K. Scheuch, sowie seinem Koordinator Lorenz Gräf sei an dieser Stelle für das Engagement gedankt, mit dem sie sich für das Kolleg und seine »Gladiatoren« eingesetzt haben. Die zahlreichen Anregungen, die ich während meines Aufenthaltes am Graduiertenkolleg in den Seminaren, Workshops auswärtiger Dozenten, Diskussionskreisen und, nicht zuletzt, durch die jederzeit ansprechbaren Diskussionspartner erhielt, haben einen wesentlichen Beitrag zur Abrundung dieser Arbeit geleistet.

Die Durchführung des Forschungsvorhabens erfolgte in Absprache mit den Direktoren des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung in Köln, Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf. Ihnen verdankt diese Arbeit, abgesehen von der konstruktiven Kritik, die bei Bedarf erhältlich war, vor allem die unerbittliche Rückführung auf die eigentliche Fragestellung. Der Wert dieser Leistung sollte angesichts der verlockenden Exkursmöglichkeiten, die das Thema in mehr als einer Hinsicht bot, nicht unterschätzt werden.

Das Forschungsprojekt profitierte nicht nur von der Expertise der Direktoren des Max-Planck-Instituts, auch die (derzeitigen und ehemaligen) wissenschaftlichen Mitarbeiter haben in ungezählten Diskussionen auf die eine oder andere Weise zur Schärfung der Argumentation beigetragen. Namentlich zu nennen sind hier Jens Alber, Marian Döhler, Lothar Krempel, Andreas Ryll und Douglas Webber, denen diese Arbeit in stärkerem Maße verpflichtet ist, als sie sich möglicherweise bewußt sind.

Einen wichtigen Bestandteil meiner Erklärung bildet die Definition und Interpretation der Situation aus der Sicht der betroffenen Akteure. Ich danke meinen Gesprächspartnern aus dem Bereich der kassenärztlichen Selbstver-

waltung und der ärztlichen Berufsverbände für ihre Bereitschaft, mir ihre Sicht der Dinge zu vermitteln. Auch wenn anzunehmen ist, daß sie nicht alle meine Schlußfolgerungen teilen werden, so haben sie sich doch bereitwillig auf meine Fragen eingelassen. Insbesondere bin ich Christiane Dülffer verpflichtet, die mir in unseren zahllosen Gesprächen den Blick für die Widrigkeiten des Alltags der kassenärztlichen Tätigkeit schärfte.

Einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Qualität der Argumentation haben Dietmar Braun, Bernhard Ebbinghaus und Julia Funke-Welti geleistet. Cynthia Lehmann hat sich um die Verständlichkeit der zahlreichen Tabellen verdient gemacht. Sie und Friederike Botzenhardt nahmen ihre editorischen Pflichten mit solcher Sorgfalt wahr, daß ich mich noch zu mancher nachträglichen Verbesserung gezwungen sah. Alle verbleibenden Ungereimtheiten gehen selbstverständlich zu meinen Lasten.

Die Arbeit wurde durch ein Stipendium der Stiftung Volkswagenwerk unterstützt.

Heidelberg, im Dezember 1993

Katrin Behaghel

Einleitung: Kostendämpfung, Logik der Willensbildung und Vorstandsverflechtung

Auch wenn der Korporatismus schon mehrfach totgesagt wurde (vgl. u.a. Williamson 1989: ix), spielen korporative Arrangements nach wie vor eine wichtige Rolle im gesamtgesellschaftlichen Interessenausgleich. Ein korporatives Arrangement zeichnet sich dadurch aus, daß der Staat die Regulierung eines gesellschaftlichen Bereichs den korporativen Akteuren dieses Bereiches überläßt, indem er diese mit einer entsprechenden Lizenz ausstattet. Ein solches Arrangement kann, so die Theorie, allen Seiten zum Vorteil gereichen: Staat und Gesellschaft profitieren von dieser Lösung nicht nur, weil der Staat durch diese Delegation entlastet wird, sondern auch, weil zu erwarten ist, daß die ihre Mitgliedschaft regulierenden korporativen Akteure aufgrund ihrer besseren Kenntnis des Bereichs eine größere Effizienz erzielen als der Staat. Die Mitglieder der korporativen Akteure des betroffenen Bereiches können wiederum erwarten, daß eine Regulierung in Eigenverantwortung ihren Bedürfnissen stärker entgegenkommt als eine Regulierung durch den Staat.¹

Ein korporatives Arrangement wurde in Deutschland unter anderem im Gesundheitsbereich für die ambulante ärztliche Versorgung eingerichtet. Die Anbieter ambulanter ärztlicher Leistungen haben sich in Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammengeschlossen. Umfang und Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen werden zwischen den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung² und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe sicherzustellen, daß ihre Mitglieder, die Kassenärzte, die ambulanten ärztlichen Leistungen gemäß den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erbringen, und die

1 Vgl. hierzu u.a. Durkheim (1964: 5), Crouch (1983: 458), Streeck/ Schmitter (1985: 22-24), Williamson (1989: 107-108).

2 Darunter zählen u.a. die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen.

ihnen von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung unter den Kassenärzten gemäß der von diesen erbrachten Leistungen zu verteilen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in Deutschland seit 1955 ein Monopol auf die ambulante ärztliche Versorgung. Seit dieser Zeit ist es den Krankenkassen nicht mehr möglich, die ambulante ärztliche Versorgung in Eigeneinrichtungen zu erbringen oder mit individuellen Ärzten Verträge zu schließen. Stattdessen sind sie gezwungen, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die ambulante Versorgung ihrer Mitglieder abzuschließen.³ Das bedeutet für den einzelnen Arzt, daß er Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung werden muß, wenn er Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant versorgen will.

Diese Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung hat sich in Deutschland in den Zeiten der Weimarer Republik herausgebildet. Sie geriet im Laufe der 70er Jahre zunehmend unter Kritik, als in der Bundesrepublik, wie auch in anderen westlichen Industriestaaten, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt kontinuierlich stieg. Als Ursache der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen galt unter anderem, daß das 1955 verabschiedete Gesetz über Kassenarztrecht zu einem Übergewicht der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen geführt habe. Dieses Übergewicht schlug sich beispielsweise in einer überproportionalen Steigerung der kassenärztlichen Einkommen im Vergleich zum durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen nieder.

Seit Ende der 70er Jahre versucht deswegen der Gesetzgeber, die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch Eingriffe in das Kassenarztrecht zu dämpfen. Zu den Maßnahmen, die er ergriff, zählen unter anderem die Stärkung der Position der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Verringerung des Handlungsspielraums der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Erweiterung der Regulierungsbefugnisse und -pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Kassenärzten. Die Situation der Kassenärzte hat sich dadurch, gemessen an den in den 70er Jahren herrschenden Verhältnissen, im Laufe der letzten fünfzehn Jahre verschlechtert. Nicht nur, daß die Durchsetzungsfähigkeit ihrer Interessen gegenüber den Krankenkassen abnahm, wodurch ihre Einkommenserwartungen nicht mehr erfüllt werden konnten, auch ihre Tätigkeit wird in zunehmendem Maße mit dem Ziel der Kostendämpfung reguliert.

Diese Entwicklung hat zwei Konsequenzen: Weil den Kassenärztlichen Vereinigungen kraft ihres Amtes die Aufgabe der Vollstreckung der Bestim-

3 Diese Bestimmung wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 gelockert.

mungen des Gesetzgebers zukommt, ist die Zufriedenheit der Kassenärzte mit der Vertretung ihrer Interessen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesunken. Darüber hinaus resultiert die Verknappung der Mittel in einen sich verschärfenden Verteilungskampf innerhalb der Kassenärzteschaft. Die Partikularinteressen einzelner Subgruppen unter den Kassenärzten werden dabei von freien ärztlichen Berufsverbänden vertreten. Im Prozeß der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen diese freien Verbände⁴ die Funktion, die unterschiedlichen Interessen innerhalb der Kassenärzteschaft zu aggregieren und damit aushandlungsfähig zu machen.

Das Verhältnis zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen wird im allgemeinen als eng angesehen. Kassenärztliche Vereinigungen und freie ärztliche Berufsverbände sind in mehrfacher Hinsicht aufeinander angewiesen. Die freien ärztlichen Berufsverbände versorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen beispielsweise mit Informationen, die diese für ihre Verhandlungen mit den Krankenkassen brauchen, aber nur schwer selbst beschaffen können. Umgekehrt stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Arena dar, innerhalb derer die Repräsentanten der einzelnen Arztgruppen innerärztliche Einkommensumverteilungen aushandeln.

Die im Laufe dieser Arbeit zu klärende Frage ist, welche Auswirkungen die Kostendämpfungsgesetze auf das Verhältnis von Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden haben. Prinzipiell sind zwei Reaktionen der ärztlichen Berufsverbände angesichts der abnehmenden Durchsetzungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen und des zunehmenden Verteilungskampfes innerhalb der Kassenärzteschaft denkbar. Die Verbände können es zum einen als Gefahr empfinden, daß sie von ihrer Mitgliedschaft für die Mißerfolge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie weiterhin eine enge Liaison mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingehen. Eine solche Einschätzung müßte sie dazu veranlassen, sich von den Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Politik zu distanzieren. Die Verbände könnten

4 Die ärztlichen Berufsverbände werden im Gegensatz zu den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen häufig als »frei« bezeichnet, da sie sich nicht wie jene zur Übernahme öffentlicher Aufgaben verpflichtet haben. Es lassen sich zwei Arten von ärztlichen Berufsverbänden unterscheiden: fachübergreifende Verbände, die über die Grenzen der ärztlichen Disziplinen hinweg einen mehr oder weniger umfassenden Teil der Ärzteschaft organisieren, und fachspezifische Verbände, die die spezifischen fachlichen und wirtschaftlichen Interessen der Angehörigen einer Arztgruppe (beispielsweise Chirurgen oder Internisten) gegenüber anderen Arztgruppen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten.

jedoch auch umgekehrt die Auffassung vertreten, daß sie angesichts des sich verschärfenden Verteilungskampfes den Interessen ihrer Mitglieder besser dienen, wenn sie sich stärker in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen engagieren. Der Verband hat damit – sofern er die Notwendigkeit sieht, seine Strategie gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen zu ändern – die Wahl zwischen den beiden Handlungsalternativen *Distanzierung* und stärkeres *Engagement*.

Für welche der beiden Handlungsalternativen sich die ärztlichen Berufsverbände entscheiden, wird in dieser Arbeit anhand der Vorstandsverflechtung von ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen empirisch untersucht. Vorstandsverflechtung ist ein Instrument, das von Organisationen zur Gestaltung und Kontrolle⁵ der Willensbildungsprozesse in einer anderen Organisation eingesetzt wird. Die personelle Beteiligung an den Willensbildungsprozessen der anderen Organisation erhöht nicht nur die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten, sie bringt auch, in größerem oder geringerem Umfang, die Übernahme von Verantwortung für die Aktivitäten der kontrollierten Organisation mit sich (vgl. Olsen 1981). Vorstandsverflechtung hat damit einen Preis: die Übernahme von Verantwortung.

Dieser Preis der Vorstandsverflechtung ist infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen, die den Kassenärztlichen Vereinigungen eine sinkende Durchsetzungsfähigkeit bescherten, für die freien Verbände gestiegen. Es ist anzunehmen, daß es eine Schwelle gibt, jenseits derer der Preis der Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für die freien ärztlichen Berufsverbände so hoch ist, daß sie eine Distanzierung von der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen bevorzugen. Diese Strategie müßte sich unter anderem in einer Entflechtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden bemerkbar machen.

Nicht nur die Kosten, auch der Nutzen einer Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen kann infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen für die freien Verbände steigen. Die Kostendämpfungsmaßnahmen

5 Der Begriff »Kontrolle« wird im Rahmen dieser Arbeit nicht im Sinne seiner Bedeutung als Beherrschung verwendet, sondern im Sinne seiner Bedeutung als Überwachung. Seine Bedeutung kommt damit der des englischen »monitoring« gleich, das ist die Überwachung, die gegebenenfalls die Möglichkeit des Eingriffs umfaßt. Mit der Verwendung des Begriffs Kontrolle soll hier dementsprechend nicht impliziert werden, daß der freie Verband die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen mittels einer Vorstandsverflechtung tatsächlich beherrscht oder nur beeinflusst, sondern daß er ein Interesse an der Beeinflussung der Willensbildungsprozesse hat, ihm in der Regel aber nicht viel mehr als nur eine Überwachung derselben möglich ist.

haben auch eine Zuspitzung des innerärztlichen Verteilungskampfes bewirkt. Eine Kontrolle der Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen erleichtert es, diesen Verteilungskampf zugunsten der Mitglieder des eigenen Verbandes zu beeinflussen. Sollten die Repräsentanten der freien ärztlichen Berufsverbände der Ansicht sein, daß ihrer Mitgliedschaft angesichts des sich verschärfenden Verteilungskampfes besser gedient ist, wenn sich die Verbandsspitze verstärkt in den Kassenärztlichen Vereinigungen engagiert, dann muß sich das auch in einer steigenden Vorstandsverflechtung von ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen bemerkbar machen.

Vorstandsverflechtung kann im Sinne dieser Argumentation als ein Indikator für die Änderung der Strategie der freien Verbände verwendet werden. Dieser Indikator hat den Vorteil, daß er empirisch relativ einfach zu erheben ist. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit ist der Nachweis, daß die Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden auf den Druck der Kostendämpfungsmaßnahmen reagiert. Dazu müssen die Faktoren identifiziert werden, über die der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen vermittelt wird.

Oben wurde argumentiert, daß Vorstandsverflechtung als das Produkt der Strategie der freien Verbände interpretiert werden kann. So interpretiert beispielsweise Streeck (1987) interorganisatorische Verflechtung als ein Instrument, das Organisationen einsetzen, um Handlungsspielräume wiederzugewinnen, die sie aufgrund zunehmender funktionaler Abhängigkeiten verloren haben. Bei interorganisatorischer Verflechtung »opfern [die beteiligten Organisationen] einen Teil ihrer Autonomie mit dem Ziel, die durch Überkomplexität begrenzten Handlungsmöglichkeiten jeder einzelnen Organisation durch »Konzertierung« als kollektives Gut aller wiederherzustellen« (Streeck 1987: 488). Im Laufe dieser Arbeit wird gezeigt, daß diese Interpretation nur bedingte Gültigkeit hat. Die Strategie der Verbandsspitze ist nur eine und, unter Umständen, nicht einmal die entscheidende Determinante der Vorstandsverflechtung.

Die Vorstandsverflechtung gehorcht im Verbandsbereich anderen Konstruktionsbedingungen als im Unternehmensbereich: Das Kalkül des Verbandsvorstandes ist nur eine davon. Will man den relativen Einfluß des Verbandskalküls auf das Muster der Verflechtung abschätzen, so ist es erforderlich, die Konstruktionsbedingungen der Vorstandsverflechtung im Verbandsbereich allgemein zu identifizieren und ihren Einfluß auf das Muster der Verflechtung zu ermitteln. Vorstandspositionen sind Wahlämter: Die Mitglieder des Vorstandes werden von der Mitglieder- bzw. Vertreterversammlung aus ihrer

Mitte gewählt. Das bedeutet, daß sowohl das Wahlsystem als auch das Kalkül des Wählers eine Determinante des Musters der Vorstandsverflechtung darstellt. Aus diesem Grund wird im Laufe dieser Arbeit auch untersucht, wie sich das Kalkül des Wählers infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen geändert hat, welche Konsequenzen das für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen hat und auf welche Weise sich diese Veränderungen im Muster der Vorstandsverflechtung niederschlagen.

Im weiteren Verlauf der Einleitung werden die hier angerissenen Fragestellungen ausführlicher dargestellt und die dahinterstehenden Annahmen und Konzepte erläutert. Der folgende Abschnitt befaßt sich mit der Bedeutung der Sonderstellung, die die Kassenärztlichen Vereinigungen als »private Regierungen« im System der ärztlichen Berufsverbände einnehmen, und den Konsequenzen, die sich aus dieser Sonderstellung für die Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen ergeben. Im Anschluß daran werden die Möglichkeiten der konzeptuellen Verknüpfung von Mitgliederinteressen und Vorstandsverflechtung diskutiert, d.h., es wird untersucht, über welche Mechanismen Mitgliederinteressen und Vorstandsverflechtung gekoppelt werden. Im letzten Abschnitt werden schließlich vor dem Hintergrund der bis dahin zusammengetragenen Ergebnisse die Fragestellung der Arbeit präzisiert und der Aufbau derselben erläutert.

1 Das korporative Arrangement: Verbände als private Regierungen

Verbände sind, so argumentieren unter anderen Streeck und Schmitter (1985), neben Markt, Staat und Gemeinschaft eine zentrale Institution des gesamtgesellschaftlichen Interessenausgleichs. Der Beitrag der Verbände zur sozialen Ordnung besteht darin, daß sie die Interessen ihrer Mitglieder homogenisieren und aggregieren und dadurch einen Interessenausgleich zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen erleichtern. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß Verbände auch in der Lage sind, ihre Mitglieder auf die von ihnen erzielten Verhandlungsergebnisse zu verpflichten (vgl. Streeck 1972: 131). Damit stellt sich für die Verbandsspitze das Problem, Mitgliederinteressen und Umweltauforderungen miteinander vereinbaren zu müssen.

Aus der Perspektive der potentiellen Verbandsmitglieder heraus ist, worauf vor allem Olson (1965) hingewiesen hat, eine Verbandsgründung in der Regel alles andere als selbstverständlich. Der Zweck einer Verbandsgründung ist

im allgemeinen die Produktion eines »Kollektivgutes«. Ein Kollektivgut unterscheidet sich dadurch von einem privaten Gut, daß niemand von seinem Konsum ausgeschlossen werden kann; die Verfügungsrechte an diesem Gut können nicht oder nur schwer einzelnen Personen zugeschrieben werden.⁶ Das bedeutet, daß, wenn ein Kollektivgut erst einmal produziert ist, innerhalb einer gewissen Population jeder davon profitieren kann, ohne dafür einen Beitrag geleistet haben zu müssen. Aus diesem Grund wird selten ein Individuum einen hinreichend großen Anreiz haben, das Kollektivgut zu produzieren; aus der Sicht des Individuums ist es günstiger, darauf zu warten, daß jemand anderes das Kollektivgut bereitstellt und dann als »Trittbrettfahrer« davon zu profitieren (vgl. u.a. Olson 1965, 1982).

Verbandsgründungen erfolgen deswegen erst dann, wenn es einem »politischen Unternehmer« gelingt, das Trittbrettfahrerproblem zu lösen. Der Verbandsgründer muß eine hinreichend große Zahl von potentiellen Mitgliedern finden, die bereit sind, um des zu erwartenden Ertrages willen die Kosten der Verbandsgründung auf sich zu nehmen. Auch nach der Verbandsgründung stellt sich für den Verband das Trittbrettfahrerproblem: Um der Erhöhung seiner Durchsetzungsfähigkeit willen muß er versuchen, möglichst viele potentielle Mitglieder zum Verbandsbeitritt zu motivieren. Potentielle Mitglieder haben jedoch keinen Anreiz, dem Verband beizutreten, solange sie, auch ohne selbst Verbandsmitglied zu sein, das Kollektivgut, das der Verband produziert, nutzen können.

Die Motivation potentieller Mitglieder kann zum einen dadurch erfolgen, daß der Verband selektive Anreize zur Mitgliedschaft entwickelt, die unabhängig vom eigentlichen Verbandsziel eine Mitgliedschaft attraktiv erscheinen lassen. Eine andere Möglichkeit der Anhebung des Organisationsgrades ist die Umwandlung des Kollektivgutcharakters des Verbandszieles in den eines »Clubgutes«. Damit können nur noch Verbandsmitglieder von den Lobbying- oder Verhandlungserfolgen des Verbandes profitieren. Diesen Weg haben beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt. Ihnen ist es gelungen, das Recht auf Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung vom Kollektivgut in ein Clubgut zu verwandeln: Dieses Recht erhält nur der Arzt, der einer Kassenärztlichen Vereinigung beitrifft.

Das Recht auf Monopolisierung des Verbandszieles wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen vom Staat im Rahmen eines Tauschhandels verliehen. Im Gegenzug erklärten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen bereit, die

6 Die klassischen Beispiele kollektiver oder öffentlicher Güter, wie sie auch genannt werden, sind nationale oder innere Sicherheit.

Tätigkeit ihre Mitglieder im Sinne staatlicher Vorstellungen zu regulieren. Die gesellschaftliche Funktion von Verbänden beschränkt sich nach der Logik dieses Arguments nicht nur darauf, einen Interessenausgleich zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen (beispielsweise Arbeitnehmern und Arbeitgebern) zu erreichen. Darüber hinaus können Verbände zu einer Entlastung des Staates beitragen, indem sie in seinem Auftrag öffentliche Aufgaben wahrnehmen, d.h., ihre Mitglieder im Interesse der Öffentlichkeit regulieren. Wenn Verbände dergestalt eine staatliche Lizenz zur Regulation ihrer Mitglieder haben, werden sie auch als »private Regierungen« bezeichnet (vgl. Streeck/ Schmitter 1985). Dieses Arrangement bietet im allgemeinen sowohl für die Verbandsmitglieder als auch für die Öffentlichkeit Vorteile.

Mit der Bereitschaft zur Selbstregulierung kann der Verband seinen Mitgliedern direkte staatliche Interventionen ersparen. Eine Selbstregulierung durch den Verband ist für die Betroffenen vorteilhafter als eine Regulierung durch den Staat, weil der Verband bei der Implementation der erforderlichen Maßnahmen über einen gewissen Spielraum verfügt. Da er die Interessen und Bedürfnisse seiner Mitglieder besser kennt als der Staat, ist er in der Lage, unangenehme Folgen für die Mitglieder zu verhindern bzw. abzumildern. Darüber hinaus können die Regulierten hoffen, daß der Staat sich bezüglich des Umfangs der Regulierungsmaßnahmen kompromißbereit zeigt, da ihm zum einen Arbeit abgenommen wird und er zum anderen weiß, daß auch die regulierenden Verbände auf ein gewisses Maß an Legitimität gegenüber ihren Mitgliedern angewiesen sind und dies nicht durch allzu unbeliebte Maßnahmen verspielen dürfen (vgl. Crouch 1983: 458; Williamson 1989: 107).

Auch für Staat und Gesellschaft bietet ein solches korporatives Arrangement Vorteile. Zunächst einmal wird der Staat durch eine Selbstregulierung der Betroffenen entlastet. Desweiteren gilt, daß der Effizienz einer staatlichen Regulierung in vielen Fällen aufgrund unzureichender Kenntnis des zu regulierenden Bereichs Grenzen gesetzt sind. Ferner kann die Delegation der Regulierungsrechte an die Verbände der Betroffenen einem Schwund staatlicher Legitimität vorbeugen, der eine mögliche Folge direkter staatlicher Intervention sein könnte. Schließlich kann erwartet werden, daß die Stabilität des Arrangements im Falle der Selbstregulierung höher ist als im Falle direkter staatlicher Intervention, da Selbstregulierung ein erhöhtes Ausmaß an Disziplin von Seiten der Betroffenen fordert (so die Argumentation von Streeck und Schmitter (1985: 22-24); vgl. Williamson 1989: 107-108).

Der Status einer privaten Regierung erfordert, daß die Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen demokratischen Prinzipien entspricht. Die Kassenärzte wählen in regelmäßigen Abständen eine Vertreter-

versammlung, die aus ihrer Mitte einen Vorstand wählt. Der Vorstand bestimmt die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen und vertritt sie nach außen. Das bedeutet, daß auch innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Homogenisierung und Aggregation von Interessen erforderlich ist. Diese Funktion übernehmen, wie bereits erwähnt, die freien ärztlichen Berufsverbände. Mandate in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen werden vielfach von Vertretern der freien ärztlichen Berufsverbände wahrgenommen. Durch solche Doppelmitgliedschaften ergibt sich eine umfangreiche Verflechtung der verschiedenen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der ärztlichen Berufsverbänden.

Die personelle Verflechtung ärztlicher Standesorganisationen wurde schon mehrfach in der sozialwissenschaftlichen Literatur diskutiert. Auch wenn ihr Umfang bisher noch nicht empirisch untersucht wurde, so mangelt es nicht an Hypothesen über ihre Funktion und Folgen. Die Beurteilung der Auswirkungen der Verflechtung ärztlicher Standesorganisationen variiert dabei je nach Standpunkt des Betrachters. Während Herder-Dorneich (1966: 307) der Meinung ist, daß die freien Verbände durch personelle Verflechtung ihre Einflußmöglichkeiten in den Kassenärztlichen Vereinigungen verbessern, vertritt Lüth (1974: 390) die Ansicht, daß die freien Verbände dadurch auf die »kammerseitig verordnete Generallinie« eingeschworen werden. Naschold (1967: 179-180) hält einen gewissen Grad an Ämterkumulation für erforderlich, um dem Kontakt zur Peripherie nicht zu verlieren; »die in vielen Fällen anzutreffende allzu starke Häufung von Ämtern« erscheint ihm jedoch »funktional problematisch«. Döhler (1987: 7-8) sieht den Vorteil der Verflechtung darin, daß auf diese Weise Spaltungen innerhalb der Berufsgruppe bezüglich des Einkommens, der Spezialisierung oder des Dienstgrades entschärft wurden. Groser (1987: 748) ist schließlich der Ansicht, daß eine hohe Verflechtung die Anpassung der Erwartungen der Mitglieder an sich ändernde Umstände (beispielsweise Kostendämpfung) erleichtert hat.

Generell läßt sich sagen, daß personelle Verflechtung sowohl Vor- als auch Nachteile für den Verband hat (vgl. Olsen 1981). Der wichtigste Vorteil ist für den Verband in diesem Zusammenhang, daß seine Möglichkeiten der Gestaltung und der Kontrolle der Willensbildungsprozesse in der privaten Regierung umso größer sind, je mehr Repräsentanten er in deren Entscheidungsgremien plazieren kann. Auf diese Weise hat der Verband nicht nur einen leichteren Zugang zu den Informationen, die für ihn relevant sind, er kann darüber hinaus auch seinen Einfluß auf die Willensbildung in den Kassenärztlichen Vereinigungen stärken. Die Vorteile, die die Verflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung dem ärztlichen Berufsverband bieten,

wurden bereits von Herder-Dorneich (1966: 307) folgendermaßen zusammengefaßt:

Ein freier Verband kann seine Verhandlungen mit der KV dann am günstigsten führen, wenn unter den Verhandlungspartnern in den Organen der KV ein von diesem Verband selbst hineingewähltes Mitglied sitzt. Ein solcher Vertreter kennt die persönlichen, finanziellen und publizistischen Mittel des Verbandes, er kann am besten einschätzen, wie weit sein Einfluß realiter reicht. Andererseits kennt er die Verhältnisse in Vertreterversammlung und Vorstand [der KV] und weiß, wo man am besten ansetzen kann, wenn man durch Bluff und Drohung etwas erreichen möchte. Die pressure-group kann damit ihre Erfolgchancen durch eigene Leute in den Organen der KV verbessern.

Personelle Verflechtung weist jedoch, wie bereits erwähnt, gegenüber anderen Mitteln der Einflußnahme⁷ einige Nachteile auf (vgl. Olsen 1981). Indem der Verband seine Repräsentanten am Willensbildungsprozeß der privaten Regierung beteiligt, übernimmt er auch Verantwortung für die dort getroffenen Entscheidungen. Dies mag, sofern die Entscheidung im Sinne der Basis des Verbandes ist, zur Erhöhung seines Ansehens beitragen. Läuft die Entscheidung der privaten Regierung jedoch den Interessen der Mitglieder des Verbandes zuwider, so wird das Ansehen des Verbandes bei seinen Mitgliedern eher geschwächt. Die Entscheidung für oder gegen die Verwendung von personeller Verflechtung als Mittel zur Wahrung der Interessen der Verbandsmitglieder wird von der Verbandsspitze aus diesem Grund nicht unabhängig von Interessenkalkül der Verbandsmitglieder getroffen. Auf welche Weise das Interessenkalkül des Verbandsmitgliedes die personelle Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden beeinflusst, wird im folgenden Abschnitt untersucht.

2 Mitgliederinteressen und Vorstandsverflechtung

Die Möglichkeiten eines einzelnen Verbandsmitgliedes, die Politik seines Verbandes zu beeinflussen, sind, solange es nicht aktiv ehrenamtlich tätig

7 In der Literatur zum kollektiven Handeln werden u.a. folgende Mittel der Einflußnahme genannt: Verhandlungen eines Agenten des Verbandes mit den entsprechenden Ansprechpartnern in der Regierung, Informationsdienste, Öffentlichkeitsarbeit, Koalitionen mit anderen Verbänden sowie Mobilisierung der Mitglieder zu Aktionen, die von schriftlichen Protesten bei den entsprechenden Stellen bis zu Streiks reichen können (vgl. beispielsweise Knoke 1990: 207-208).

werden will, gering.⁸ Sie beschränken sich normalerweise darauf, in bestimmten Zeitabständen bei der Wahl von Vertreterversammlung und Vorstand ein Votum abzugeben. Sofern das Verbandsmitglied mit der Politik seines Verbandes zufrieden ist, besteht für ihn auch nicht die Notwendigkeit, die Politik des Verbandes aktiv zu beeinflussen.

Anders ist die Situation, wenn die Politik des Verbandes die Verbandsmitglieder nicht befriedigt, da sie hinter deren Erwartungen zurückbleibt. In diesem Falle stehen den Verbandsmitgliedern in der Terminologie Hirschmans (1970) zwei Handlungsoptionen offen, der Protest innerhalb des Verbandes (*voice*) und der Austritt aus dem Verband (*exit*).⁹ Der Protest der Mitglieder kann viele Formen annehmen: Gängige Formen sind Unmutsartikulationen auf der Mitglieder- oder Vertreterversammlung oder die Abwahl oder Abberufung des amtierenden Vorstandes. Die Handlungsalternative Protest hat den Nachteil, daß die Handlung eines einzelnen Mitgliedes kaum Aussicht auf Erfolg hat. Erst das *kollektive Handeln*¹⁰ mehrerer Mitglieder ermöglicht den Erfolg, wobei die Aussicht auf Erfolg umso größer ist, je höher der Anteil der an der Aktion beteiligten Akteure.¹¹

Der Verbandsspitze, die ein Interesse daran hat, im Amt zu bleiben, ist weder der Protest, noch der Austritt der Mitglieder genehm. Deswegen versucht sie, Handlungen, die den Verbandsmitgliedern Anlaß zu übermäßiger Unzufriedenheit geben, zu vermeiden. Hierbei ergibt sich für sie das Problem, daß sie nicht genau weiß, wo die »Schmerzgrenze« liegt, an der die Zufriedenheit der Mitglieder in Unzufriedenheit umschlägt, die von Verbandsaustritten und Unmutsbekundungen begleitet wird. Die Begrenzung der Handlungsautonomie der Verbandsspitze durch das Interessenkalkül der Verbands-

8 Die folgenden Überlegungen beziehen sich sowohl auf freie Verbände als auch auf private Regierungen. Der Begriff »Verband« wird, sofern es aus dem Kontext nicht anders hervorgeht, als Oberbegriff verwendet.

9 Der Austritt ist im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen sehr teuer, weil er den Verzicht auf die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung erfordert.

10 Im Rahmen dieser Arbeit wird der nicht immer übliche Unterschied zwischen kollektivem und korporativem Handeln gemacht. Kollektives Handeln ist das mehr oder weniger koordinierte Handeln einer Vielzahl individueller Akteure, die unabhängig voneinander eine Entscheidung treffen. Korporatives Handeln ist das Handeln eines korporativen Akteurs. Die Leitlinien korporativen Handelns werden in den Entscheidungsgremien des korporativen Akteurs festgelegt.

11 Dieser Zusammenhang läßt sich am Wahlmechanismus verdeutlichen: Der einzelne Wähler hat einen verschwindend geringen Einfluß darauf, ob der Kandidat seiner Wahl eine Stimmenmehrheit erhält oder nicht. Erst das kollektive Handeln gleichgesinnter Wähler ermöglicht eine Stimmenmehrheit für den bevorzugten Kandidaten.

mitglieder ergibt sich daher, wie Vobruba (1992: 91) ausführt, nicht aus der »Schmerzgrenze« [selbst], sondern dadurch, daß die Verbandsspitze ex ante nicht wissen kann, wo sie liegt, und dadurch, daß sie nicht riskieren kann, diese »Schmerzgrenze« praktisch »auszutesten«.

Die Schmerzgrenze der Mitglieder variiert mit der Zufriedenheit der Mitglieder mit der Verbandsleistung. Solange die Mitglieder mit den Leistungen des Verbandes zufrieden sind, ist der Handlungsspielraum der Verbandsspitze hoch; eine um der Maximierung der Einflußmöglichkeiten willen angestrebte Verflechtung des Verbandes mit einer privaten Regierung stößt auf wenig Kritik von Seiten der Mitglieder. Die Situation ändert sich jedoch, wenn sich die äußeren Umstände soweit verschlechtern, daß, wie es infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen geschah, die privaten Regierungen die in sie gesetzten Erwartungen ihrer Mitglieder enttäuschen.

Wenn sich, wie im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Rolle der privaten Regierung nicht nur auf die Kontrolle der Tätigkeit ihrer Mitglieder beschränkt, sondern auch die Determination ihres Einkommens umfaßt, führt eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage auch zu einer Manifestation latenter Verteilungskonflikte. In dieser Situation steigen die Erwartungen der Mitglieder an den eigenen freien Verband, sofern dieser sich die Vertretung der wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder zur Aufgabe gemacht hat. Der Handlungsspielraum des freien Verbandes wird dann von zwei Seiten eingeengt. Die Verschärfung des Verteilungskonfliktes innerhalb der Mitgliedschaft der privaten Regierung erschwert dem Verband die Wahrung der Interessen seiner Mitglieder. Auf der anderen Seite sinkt auch die »Schmerzgrenze« der Verbandsmitglieder, d.h., ihre Toleranz gegenüber den Aktivitäten der Verbandsspitze wird geringer.

In einer solchen Situation kann sich die Spitze des freien Verbandes keine Experimente mehr leisten, sondern muß genau überlegen, welche korporativen Strategien die Verbandsmitglieder tolerieren. Eine zu enge Liaison mit der privaten Regierung kann zu dem Vorwurf führen, daß die Verbandsspitze die Verbandsziele verrate, indem sie eine Politik mittrage, die den Interessen der Verbandsmitglieder zuwiderlaufe. Auf der anderen Seite ist jedoch auch die umgekehrte Reaktion denkbar: Die Mitglieder erwarten um der besseren Wahrung ihrer Interessen willen ein verstärktes Engagement der Verbandsspitze in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Einfluß der Mitglieder auf die Vorstandsverflechtung steigt damit mit steigender Unzufriedenheit der Mitglieder.

Welche Richtung dieser Einfluß nehmen wird, d.h., welche Reaktion die Mitglieder von ihrem Verband erwarten, sei es eine stärkere Distanzierung

oder ein stärkeres Engagement, ist von Verband zu Verband verschieden. Es gilt, daß die Kosten eines verstärkten Engagements in den Kassenärztlichen Vereinigungen für den freien Verband umso größer sind, je größer die ideologische Distanz zwischen freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung ist. Ist die ideologische Distanz gering, so kann *ceteris paribus* eine stärkere Verflechtung erwartet werden; ist sie hoch, so ist mit einer stärkeren Distanzierung zu rechnen.

Auch die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen werden von den Kostendämpfungsmaßnahmen beeinflusst. Deswegen sind auch sie, bei hinreichender Unzufriedenheit der Kassenärzte, eine nicht zu vernachlässigende Determinante der Vorstandsverflechtung. Auch hier ist jedoch ohne genauere Kenntnis der Interessenkalküle der Kassenärzte nicht entscheidbar, welche Konsequenzen die infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen gestiegene Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden hat. Sinkt die Verflechtung, weil die etablierten Funktionäre abgewählt werden, oder steigt sie, weil die Wähler verstärkt Repräsentanten ihrer Berufsverbände in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen? Auch diese Frage soll im Laufe dieser Arbeit beantwortet werden.

Die Interaktion von kollektivem und korporativem Handeln wird im Laufe dieser Arbeit nicht nur am Beispiel des Zusammenspiels von verbands- und KV-interner Willensbildungsprozesse und Verflechtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden untersucht. In Kapitel 6 wird am Beispiel der Einkommensentwicklung und in Kapitel 7 am Beispiel der Bedrohung der individuellen und korporativen Autonomie gezeigt, wie sich aus der Interaktion des kollektiven Handelns der Kassenärzte und des korporativen Handelns der Kassenärztlichen Vereinigungen Effekte ergeben, die von den individuellen und korporativen Akteuren weder beabsichtigt noch erwünscht sind.

3 Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Die Aufgabenstellung dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen auf die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf das Verhältnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden zu erfassen. Inwieweit sich

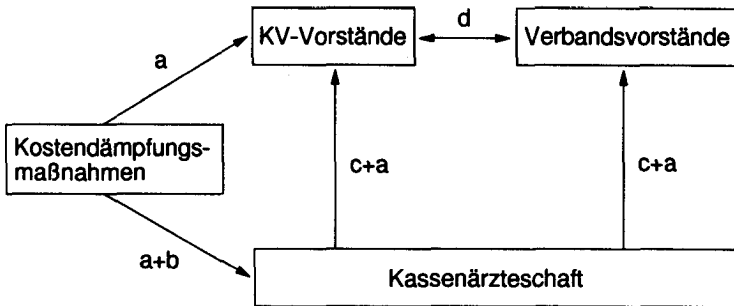
das Verhältnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden geändert hat, wird empirisch insbesondere am Beispiel der Entwicklung ihrer Vorstandsverflechtung nachvollzogen.

Die Bewältigung dieser Aufgabe erfolgt in mehreren Schritten. Es muß gezeigt werden, daß die äußeren Umstände in Gestalt der Kostendämpfungsmaßnahmen das Interessenkalkül von Kassenärzten, Verbandsmitgliedern und Verbandsvorständen dergestalt geändert haben, daß diese sich zu einer Änderung ihres aktiven und passiven Wahlverhaltens veranlaßt sahen. Ferner wird erörtert, von welchen Faktoren das Muster der Vorstandsverflechtung determiniert wird. Es wird untersucht, inwieweit Vorstandsverflechtung als Konsequenz einer strategischen Entscheidung der jeweiligen Verbandsspitze interpretiert werden kann. Schließlich wird analysiert, in welcher Weise die Vorstandsverflechtung von einer Änderung des Kalküls der Wähler, seien es Kassenärzte oder Verbandsmitglieder, beeinflußt wird.

Die Wirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen auf den individuellen Kassenarzt liegen, so wird im Laufe dieser Arbeit gezeigt, in der Einschränkung seines Handlungsspielraumes und der Enttäuschung seiner Einkommenserwartungen. Die Folge davon ist, daß die Zufriedenheit der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Wahrung ihrer Interessen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sinkt. Verbandsspitzen sind in der Wahl ihrer Strategie nicht vollkommen unabhängig von den Interessen der Mitglieder des Verbandes, ihre Entscheidungen sind zumindest durch die Tatsache, daß sie im Rahmen regelmäßig stattfindender Wahlen abgewählt werden können, an die Interessen der Mitglieder gekoppelt. Damit muß die Verbindung von Kostendämpfungsmaßnahmen und Verbandsstrategie über die Analyse der wirtschaftlichen Lage und der Interessen der Verbandsmitglieder erfolgen.

Konkret läßt sich die Arbeit in folgende Fragestellungen zerlegen: Kann der Nachweis erbracht werden, daß sich die wirtschaftliche und berufliche Situation der Kassenärzte infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen geändert hat und daß diese Änderungen Konsequenzen für die Zufriedenheit der Kassenärzte mit ihren Interessenvertretern haben? Inwiefern sind die Repräsentanten der ärztlichen Berufsverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen gezwungen, auf die geänderte Erwartungshaltung ihrer Mitgliedschaften zu reagieren, d.h., auf welche Weise erfolgt die Koppelung zwischen Mitgliederinteressen und Verbandsstrategie? Was sind die Prinzipien, nach denen die Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden strukturiert ist, und in welcher Weise machen sich die strategischen Entscheidungen der Verbände und die Wahlentscheidung der Wähler im Muster der Vorstandsverflechtung bemerkbar?

Abb. E.1: Der Zusammenhang zwischen Kostendämpfung und Verflechtung



- a. Einschränkung des Handlungsspielraums
- b. Reduktion des Umsatzes aus kassenärztlicher Tätigkeit
- c. Zunahme der Unzufriedenheit mit der Politik der Repräsentanten
- d. Veränderung der Vorstandsverflechtung?

Abbildung E.1 stellt die Zusammenhänge graphisch dar. Die zugrundeliegenden Annahmen, deren Plausibilität in den drei Teilen dieser Arbeit erörtert wird, sind, in stark verkürzter Form, folgende: Die Kostendämpfungsmaßnahmen haben die materiellen Erwartungen der Kassenärzte frustriert, indem sie diesen mehr oder minder starke Umsatzeinbußen zufügten (b). Darüber hinaus führten sie zu einer Beschränkung der Autonomie der Kassenärzteschaft (a).¹² Die Einschränkung betrifft sowohl den Spielraum des individuellen Kassenarztes als auch den Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen. Aufgrund dieser Einschränkungen stieg die Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft mit der Politik ihrer in die Gremien der kassenärztlichen Selbstverwaltung gewählten Vertreter (c). Eine steigende Unzufriedenheit macht sich auch gegenüber den Vertretern der freien Verbände bemerkbar: Ihnen wird von den Mitgliedern vorgeworfen, ihre Interessen nicht entschieden genug gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen gewahrt zu haben (c). Die Frage, die im Rahmen dieser Arbeit geklärt wird, ist, inwieweit diese Veränderungen zu einer Veränderung der Vorstandsverflechtung zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt haben (d).

12 Die Autonomie ist ein zentrales Element des freiberuflichen Selbstverständnisses.

Ziele, Tätigkeiten und Struktur der ärztlichen Berufsverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen werden im ersten Teil der Arbeit erläutert. Diese Analyse gibt Aufschluß über das Verhältnis zwischen Mitgliedern und Repräsentanten in den ärztlichen Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie über das Verhältnis zwischen den Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst. Dabei werden insbesondere die Möglichkeiten der involvierten individuellen und korporativen Akteure zur Wahrung und Durchsetzung ihrer Interessen gegenüber den jeweils anderen Akteuren untersucht. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf der Analyse der Handlungsspielräume, die die Akteure in ihrer Interaktion nutzen können.

Der zweite Teil der Arbeit befaßt sich mit den vom Gesetzgeber im Rahmen der Kostendämpfungsgesetze ergriffenen Maßnahmen sowie ihren Konsequenzen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärzte. Am Beispiel zweier zentraler Dimensionen des ärztlichen professionellen Selbstverständnisses, dem angemessenen Einkommen und der beruflichen Autonomie, wird gezeigt, wie und in welchem Umfang die Handlungsspielräume der Kassenärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen reduziert worden sind.

Im dritten Teil der Arbeit wird schließlich untersucht, welche Konsequenzen die in Teil II identifizierten unmittelbaren Auswirkungen der Kostendämpfungsgesetze auf das Verhältnis von freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen zueinander haben. Dazu wird zunächst analysiert, in welcher Weise die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen beeinflusst werden. Im Anschluß daran werden Umfang und Wandel der Vorstandsverflechtung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählten ärztlichen Berufsverbände im Laufe der letzten zwanzig Jahre untersucht. Um beurteilen zu können, welchen Einfluß die Entscheidung des Wählers oder der Verbandsspitze auf das Muster der Vorstandsverflechtung hat, muß festgestellt werden, von welchen Determinanten das Muster der Vorstandsverflechtung geprägt ist.

Bei der Erstellung dieser Arbeit wurde aus vielen Quellen geschöpft. Die Erhebung von Umfang und Wandel der Vorstandsverflechtung erforderte die Erfassung der Besetzung sämtlicher Vorstandspositionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählter ärztlicher Berufsverbände. Die Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen wurden primär durch eine Auswertung entsprechender Berichte in der ärztlichen Standespresse sowie durch mit Kassenärzten geführte Interviews ermittelt. Die Eindrücke, die sich dabei ergaben, konnten durch Sekundäranalysen zweier repräsentativer Befragungen (Ander-

sen/ Schulenburg 1990; Infratest 1990) weiter validiert werden. Darüber hinaus konnte auch auf die Materialien, die Douglas Webber im Rahmen seines Projektes über die Gemeinwohlorientierung der Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt hat, sowie die Ergebnisse der Interviews, die er in diesem Zusammenhang geführt hat, zurückgegriffen werden (vgl. Webber 1992). Die Bedeutung der Vorstandsverflechtung für die ärztlichen Berufsverbände wurde schließlich anhand von Interviews mit Repräsentanten ärztlicher Berufsverbände und Kassenärztlicher Vereinigungen erhoben.

Es versteht sich von selbst, daß der Horizont dieser Untersuchung sowohl zeitlich als auch räumlich beschränkt ist. Der Umfang der Vorstandsverflechtung wurde für den Zeitraum der letzten zwanzig Jahre erhoben, d.h. von 1973 bis 1990. Da es zu aufwendig gewesen wäre, alle freien ärztlichen Berufsverbände in die Untersuchung der Vorstandsverflechtung einzubeziehen, wurde eine Auswahl von vier Verbänden getroffen. Die räumliche Begrenzung der Arbeit liegt darin, daß, die Vorstandsverflechtung für diesen Zeitraum nur für das Gebiet der alten Bundesländer erhoben wurde. Wenn also im Laufe der Arbeit auf Deutschland Bezug genommen wird, so ist damit nur das Gebiet der alten Bundesländer umschrieben.

Teil I

Die Akteure

Ziel des ersten Teils dieser Arbeit ist es, die Tätigkeiten, Handlungskalküle und Handlungsspielräume der individuellen und korporativen Akteure, die den Gegenstand dieser Arbeit bilden, darzustellen und zu analysieren. Es wird untersucht, in welchem Verhältnis Kassenärzte, Kassenärztliche Vereinigungen und freie ärztliche Berufsverbände zueinander stehen und welche Möglichkeiten der Beeinflussung und Kontrolle der Kassenärztlichen Vereinigungen Kassenärzte und freie ärztliche Berufsverbände haben. Im Rahmen dieser Analyse wird gezeigt, welche Ziele die Akteure verfolgen und welche Mittel ihnen zur Verwirklichung dieser Ziele zur Verfügung stehen.

Diesen Fragestellungen nähern sich die folgenden Kapitel unter zwei verschiedenen Perspektiven: Die Darstellung des Gründungsanlasses und der historischen Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbände erlaubt es, die gegenwärtigen Ziele und Mittel derselben als Produkt ihrer Entwicklung zu betrachten, als Konsequenz vergangener Handlungsoptionen und Entscheidungen. Diese historisch-genetische Perspektive wird durch eine systematisch-analytische ergänzt: Ziele und Mittel von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbände werden anhand ihrer autonomen Satzungsnormen und der vertraglichen Vereinbarungen, die sie eingegangen sind, sowie der Möglichkeiten und des Ausmaßes der Koppelung der Ziele und Mittel an die Interessen ihrer Mitglieder bestimmt.

Die Beschreibung der Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist Gegenstand von Kapitel 1. Hier wird gezeigt, auf welchem Wege sich die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgreich als Gegenmacht zu den Krankenkassen etablieren konnten. Kapitel 2 bildet das systematische Gegenstück zum historischen Überblick von Kapitel 1. Hier werden die vertraglichen Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf der einen sowie Kassenärzten auf der

anderen Seite untersucht. Dabei zeigt sich die Ambivalenz des Verhältnisses der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ihren Mitgliedern. In Kapitel 3 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr länger als korporativer Akteur, sondern als Arena interpretiert. Mit der Untersuchung der Logik der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermittelt, wie die Entscheidungskompetenzen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen verteilt sind, nach welchem Verfahren entscheidungsrelevante Positionen besetzt werden und welche Rolle strukturelle Determinanten im Entscheidungsverfahren spielen.

Die Interpretation der Kassenärztlichen Vereinigungen als Arenen setzt voraus, daß es Akteure gibt, die innerhalb dieser Arenen auftreten. Diese Rolle wird von den freien ärztlichen Berufsverbänden übernommen, die in Kapitel 4 vorgestellt werden. Innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen sie zwei Rollen wahr: Sie bemühen sich einerseits um eine Gestaltung und Weiterentwicklung der Position der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber dem Gesetzgeber, andererseits übernehmen sie die Wahrung der Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ziele und Mittel der Verbände sowie ihr Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen werden hauptsächlich in historischer Perspektive anhand ihrer Entstehungsbedingungen rekonstruiert. Darüber hinaus wird die Verteilung der Entscheidungskompetenzen innerhalb der Verbände sowie die Koppelung von Zielen und Mitteln der Verbände an die Interessen der Mitglieder dargestellt.

Kapitel 1

Kassenärztliche Vereinigungen als Gegenmacht: Ein historischer Überblick

Von Galbraith (1952) stammt die These, die Bildung einer kollektiven Organisation zur Durchsetzung bestimmter Interessen begünstige die kollektive Organisation der konkurrierenden Interessen. Die beiden Organisationen bilden Macht und Gegenmacht (»countervailing power«). Durch eine »Aufrüstung« ihrer Organisationsstruktur (Feige 1983) versuchen beide, jeweils die Oberhand über den anderen zu gewinnen. Diese Logik, daß Macht die Organisation von Gegenmacht provoziert, ist auch im Falle der Entstehung und Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beobachten. Kassenärztliche Vereinigungen sind der explizite Versuch der Ärzteschaft, gegenüber den Krankenkassen eine Gegenmacht zu etablieren.

Was das Galbraithsche Konzept unterschlägt, ist die Schwierigkeit der kollektiven Organisation von Interessen. Wie Olson (1965) verdeutlichte, handelt es sich bei kollektiver Interessenvertretung um ein Kollektivgut. Damit ist es angesichts des individuellen Kosten-Nutzen-Kalküls alles andere als selbstverständlich, daß sich Individuen zusammenschließen, um ihre Interessen kollektiv zu vertreten. Jeder wäre bessergestellt, wenn die anderen sich zur kollektiven Vertretung der Interessen zusammenschlossen und er selbst als Trittbrettfahrer von den Erfolgen der anderen profitierte. Die heutige Existenz der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, daß es den Protagonisten derselben unter den Ärzten gelang, dieses Kollektivgutproblem zu überwinden und gegenüber den Krankenkassen eine Gegenmacht zu bilden.

Im Laufe dieses Kapitels werden die Bedingungen dieser Entwicklung untersucht. Das Ziel ist dabei weniger die retrospektive Analyse der Erfolgsaussichten kollektiver Interessenorganisation. Der Überblick über die historische Entwicklung ist deshalb für die weitere Argumentation wichtig, weil, wie schon unter anderen Rokkan (u.a. 1970) betonte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt getroffenen Entscheidungen den weiteren Verlauf der Entwicklung prägen und dadurch die Optionen für zukünftige Entscheidungsträger begren-

zen. Die Möglichkeiten der Entwicklung von Organisationen oder Institutionen sind damit nicht unbegrenzt, sondern pfadabhängig. Der gegenwärtige Handlungsspielraum der Akteure wird durch vergangene Entscheidungen strukturiert. In diesem Sinne kann auch das heute geltende Kassenarztrecht als Destillat der Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen betrachtet werden.

In der Vergangenheit ausgetragene Konflikte und getroffene Entscheidungen strukturieren nicht nur die gegenwärtigen Handlungsoptionen der Akteure, sie prägen auch deren Situationswahrnehmung und Selbstverständnis. Dies führt dazu, daß einzelne Handlungsalternativen von den beteiligten Akteuren gar nicht mehr erwogen werden, weil sie aufgrund der bisher gesammelten Erfahrungen außerhalb des Bereichs der möglichen beziehungsweise der akzeptablen Lösungen zu liegen scheinen. Die Folge, die in der gegenwärtigen Ausprägung des Kassenarztrechts relativ häufig anzutreffen ist, ist, daß erwiesenermaßen ineffiziente Lösungen beibehalten werden, weil sie den grundlegenden Überzeugungen der involvierten Akteure entsprechen und gegen deren Veto nicht zu beseitigen sind. Indem eine historische Analyse auch die Kristallisation und Verankerung der jeweiligen Wertvorstellungen aufzeigt, deckt sie jene ideologischen Differenzen auf, die den Auseinandersetzungen jeweils zugrunde liegen, und ermöglicht damit ein besseres Verständnis der gegenwärtigen Konfliktlinien und der von den beteiligten Akteuren wahrgenommenen Handlungsoptionen.

Die Geschichte der Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigungen läßt sich *cum grano salis* in vier Phasen untergliedern. Der in der ersten Phase ablaufende Prozeß kann als Homogenisierung und Aggregation der ärztlichen Interessen bezeichnet werden. Seinen Schlußpunkt bildet der Beschluß des Deutschen Ärztetages von 1891. Mit dem dort erreichten Konsens ist die Phase der Homogenisierung der ärztlichen Interessen abgeschlossen; die Forderung nach Bildung einer kollektiven Gegenmacht zu den Krankenkassen wurde von einer Mehrheit der Delegierten unterstützt. Die zweite Phase ist durch die Mobilisierung der Ärzteschaft und die erfolgreiche Durchsetzung ihrer Interessen geprägt. Sie endet mit der Notverordnung von 1931, in der die Regierung den Ärzten die Bildung Kassenärztlicher Vereinigungen als Gegenmacht zu den Krankenkassen zugesteht. In der dritten Phase erfolgt die Konsolidierung der kassenärztlichen Rechte und der Ausbau der Privilegien der Kassenärzte. Sie beginnt während des Dritten Reiches und endet im Laufe der 70er Jahre.

Das erste Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 kann schließlich als Auftakt der vierten, gegenwärtig anhaltenden Phase betrachtet

werden. Anstatt weiterhin, wie gewohnt, ihren Besitzstand mehren zu können, sahen sich die Kassenärzte angesichts überproportional steigender Ausgaben im Gesundheitssektor in zunehmendem Maße mit Gemeinwohlforderungen konfrontiert (vgl. Groser 1987, Mayntz 1992, Webber 1992). Seitdem befindet sich die Kassenärzteschaft, wie jedes »Gesundheits-Reformgesetz« von neuem zeigt, in einem Rückzugsgefecht; sie kann allenfalls hoffen, den Verlust jeweils möglichst gering zu halten. Die in den ersten drei Phasen ablaufenden Prozesse werden in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels behandelt. Die Dynamik der vierten Phase ist Gegenstand des zweiten Teils der Arbeit.

1 Homogenisierung der ärztlichen Interessen

Auf dem Deutschen Ärztetag von 1891 schloß sich eine große Mehrheit der Delegierten der Forderung einzelner ärztlicher Berufsverbände nach freier Arztwahl an (vgl. Huercamp 1985: 224).¹ Freie Arztwahl war ursprünglich eine Forderung der Arbeiterbewegung: der Versicherte sollte das Recht haben, sich einen Arzt seines Vertrauens zu wählen und nicht auf den Arzt angewiesen sein, mit dem seine Krankenkasse einen Behandlungsvertrag geschlossen hatte. Die Möglichkeit der freien Wahl der Kassenmitglieder unter den Ärzten implizierte, daß die Ärzte ihrerseits eine Organisation bilden mußten, die mit den Krankenkassen den Leistungsumfang aushandelte und die Vergütung abrechnete. Diese Forderung muß angesichts der damaligen Verhältnisse relativ utopisch erscheinen. So dauerte es vierzig Jahre, bis die Ärzte 1931 vom Staat das Privileg der Bildung Kassenärztlicher Vereinigungen erhielten, und knapp siebzig Jahre, bis 1960 das Bundesverfassungsgericht endgültig das Recht auf freie Arztwahl anerkannte, d.h., Zulassungsbeschränkungen für verfassungswidrig erklärte.

Es erhebt sich die Frage, aufgrund welcher Interessenkonstellation die Forderung nach freier Arztwahl gegen Ende des 19. Jahrhunderts unter den Ärzten mehrheitsfähig wurde. Diese Frage wird im Laufe dieses Abschnitts beantwortet. Erklärende Faktoren sind, wie im folgenden dargestellt wird, insbesondere die gesellschaftliche Stellung des Arztes, die Veränderung seiner

1 Der Deutsche Ärztetag war damals die Delegiertenversammlung des Deutschen Ärztevereinsbundes, einem Dachverband ärztlicher Verbände. Die ihm angehörigen Verbände, das waren nach den Angaben Grafs (1890) zum damaligen Zeitpunkt ungefähr 220, entsandten Delegierte zum jährlich stattfindenden Deutschen Ärztetag.

wirtschaftlichen Situation infolge der zunehmenden Verbreitung von Arbeiterhilfskassen und kommunalen Krankenkassen, der Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft sowie die bereits im 19. Jahrhundert relativ umfassende kollektive Organisation der ärztlichen Interessen.

Sozialer Status und wirtschaftliche Situation des Arztes sind für den Beginn des 19. Jahrhunderts nicht sehr hoch anzusetzen. Im Gegensatz zu den Laienmedizinern (Kurpfuschern) und Chirurgen hatte der Arzt zwar eine universitäre Ausbildung genossen, der damalige Stand der medizinischen Wissenschaft befähigte ihn jedoch nicht, bessere Heilerfolge als seine Konkurrenten, die Laienmediziner, zu erzielen. Darüber hinaus war es aus finanziellen Gründen nur dem geringsten Teil der Bevölkerung möglich, sich überhaupt einen akademisch gebildeten Arzt zu leisten; der ärmere Teil der Bevölkerung mußte sich im Bedarfsfall an einen Laienmediziner wenden. Die Folge dieser Situation war, daß sich die Ärzte in einem patronage-ähnlichen Abhängigkeitsverhältnis von ihren wenigen Patienten befanden (vgl. Huercamp 1985: 27-28).

Mitte des 19. Jahrhunderts verhalf nicht nur der Fortschritt in der Medizin den Ärzten zu einer wissenschaftlichen Fundierung ihrer Behandlungsmethoden und infolgedessen zu einer qualitativen Überlegenheit gegenüber den Laienmedizinern. Auch die Nachfrage nach wissenschaftlich fundierten ärztlichen Leistungen stieg. Ursache hierfür war die wachsende Anzahl von Krankenkassen, die den Arbeitnehmer gegen das Krankheitsrisiko versicherten und ihm im Bedarfsfall einen Arztbesuch ermöglichten. Die Gründung von Krankenkassen erfolgte zum einen auf Eigeninitiative der Arbeiter hin, die sich zu Hilfsvereinen zusammenschlossen, Unterstützungskassen bildeten und sich auf diese Weise gegenseitig versicherten. Zum anderen begann auch der Gesetzgeber in stärkerem Maße seine Fürsorgepflicht gegenüber seinen Untertanen wahrzunehmen. So erteilte Preußen beispielsweise seinen Gemeinden 1845 das Recht, kommunale Krankenkassen zu bilden. Diese Bestimmung wurde 1854 dahingehend erweitert, daß Preußen von nun an seine Gemeinden durch seine Bezirksregierungen dazu verpflichten konnte, Krankenkassen einzurichten (vgl. Feige 1983: 308-309; Huercamp 1985: 144).

1883 wurde schließlich durch das »Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer« (KVG) einheitlich auf nationaler Ebene die Versicherungspflicht für bestimmte Personengruppen (vor allem Arbeiter und Angestellte in Bergbau, Industrie und Handwerk) eingeführt. Gleichzeitig wurde ein Katalog von Mindestleistungen festgelegt, auf den die Versicherten einen Rechtsanspruch hatten (vgl. Deppe 1987a: 14).² Damit waren allerdings

2 Je nach Blickwinkel des Betrachters werden unterschiedliche Gründe für die Einführung

erst ca. 10% der Bevölkerung des Deutschen Reichs Mitglied einer Krankenkasse (vgl. u.a. Deppe 1987a: 14; Huercamp/ Spree 1982: 111). Mit der 1914 in Kraft tretenden Reichsversicherungsordnung (RVO) wurde auch der Kreis der Versicherten ausgedehnt (vgl. Huercamp 1985: 199). Damit betrug der Anteil der Versicherten an der Reichsbevölkerung 35% (vgl. u.a. Deppe 1987a: 21).

Den Ärzten erschloß sich mit der Entstehung und Verbreitung der Krankenkassen ein neuer Markt für ihre Leistungen. Diese Entwicklung blieb nicht ohne Folgen für ihre wirtschaftliche Situation, da die Behandlung von Arbeitnehmern mit der zunehmenden Verbreitung der Krankenkassen in steigendem Umfang das ärztliche Einkommen determinierte. Während der Gesetzgeber das Leistungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Kassenmitglied ziemlich genau regelte, überließ er die Gestaltung des Verhältnisses zwischen Kasse und behandelndem Arzt den Vertragspartnern; seine einzige diesbezügliche Vorgabe war noch 1914, daß »die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ... durch schriftlichen Vertrag geregelt« werden.³ Auf diese Weise bildeten sich unterschiedliche Vertragsverhältnisse zwischen Ärzten und Krankenkassen heraus. Die Krankenkassen konnten Ärzte fest anstellen, sie konnten aber auch mit ihnen vertraglich vereinbaren, daß sie gegen die Zahlung eines pauschalen Betrages die Versorgung ihrer Mitglieder übernahmen.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich, in der Darstellung von Huercamp und Spree (1982: 96),

bei den Kassen hauptsächlich folgende ›Arztsysteme‹ herausgebildet:

Eine Reihe von Kassen hatte die von ärztlicher Seite geforderte freie Arztwahl eingeführt, das heißt, jeder Arzt, der die Zulassung bei der Kasse beantragte, wurde auch zugelassen, teilweise allerdings mit der Auflage, daß er schon eine Zeitlang am Ort praktiziert haben mußte (Karenzzeit). Die zahlreichen kleineren Kassen – noch 1900 betrug die Durchschnittsmitgliederzahl pro Kasse nur 381 Mitglieder – hatten meist nur einen Vertragsarzt, an den die Kassenmitglieder sich im Fall einer Erkrankung zu wenden hatten. Bei einem Teil der größeren Kassen bestand ein Distriktarztsystem, das heißt, der Einzugsbereich der Kasse wurde nach Wohnbezirken in bestimmte Distrikte eingeteilt; für jeden Distrikt war ein von der Kasse bestimmter Arzt zuständig, bei dem sich die Patienten, die im jeweiligen Bezirk wohnten, im Krankheitsfall behandeln lassen mußten. Nach diesem System wurde beispielsweise in Berlin und Dresden sowie bei den Eisenbahner- und Knappschaftskassen verfahren. Ein anderer Teil der größeren

der allgemeinen Versicherungspflicht angeführt: So wird beispielsweise die Beseitigung von Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten sowie Wettbewerbsverzerrungen infolge der bestehenden Regelung (Feige 1983: 314) oder die Pazifikation der Arbeiterschaft angesichts der Sozialistengesetzgebung (Deppe 1987a: 13) als Anlaß genannt.

3 RVO § 368; zitiert nach RGBI.: 580 (19.7.1911).

Kassen hatte die sogenannte ›beschränkt‹ freie Arztwahl eingeführt, bei der die Patienten unter einer Reihe bei der Kasse tätigen Ärzten wählen konnten.

Das Problem der Krankenkassen war, daß ihr finanzieller Spielraum relativ begrenzt war. Deswegen mußten sie versuchen, einen übermäßigen Anstieg der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen mit allen Mitteln zu verhindern. Aus diesem Grund wurde beispielsweise das Verschreibungsverhalten der Vertragsärzte vom Kassenvorstand genau kontrolliert. Dies stieß wiederum bei den Ärzten auf wenig Verständnis, da sie es als Einmischung in ihre fachliche Kompetenz betrachteten. Eine andere Möglichkeit der Begrenzung des Kostenanstiegs war die Strategie der Krankenkassen, nur mit einer begrenzten Anzahl von Ärzten Verträge über die Behandlung der Kassenmitglieder abzuschließen und diese Ärzte pauschal zu vergüten. Mehr Leistungen, als diese Ärzte zu erbringen imstande waren, konnten die Kassenmitglieder somit nicht nachfragen.

Nicht wenige Vertragsärzte waren trotz der Kostendämpfungsbestrebungen der Krankenkassen mit den ihnen angebotenen Verträgen relativ zufrieden; sie sicherten ihnen immerhin ein geregeltes Einkommen. Auf der anderen Seite gab es jedoch viele Ärzte, die das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft als wenig vorteilhaft empfanden. Sie beklagten sich insbesondere über die Unterbezahlung der ärztlichen Tätigkeit durch die Kassen sowie die Einmischung des Kassenvorstandes in rein ärztliche Aufgabenbereiche, da dieser die Arzneimittelverordnungen sowie die Krankschreibungspraxis des einzelnen Arztes genau kontrollierte (vgl. Huercamp 1985: 195-196).

Ein steigender Konkurrenzdruck auf Seiten der Ärzteschaft führte dazu, daß sich die Position der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen im Laufe der Zeit verschlechterte. Konkurrenz erhielten die niedergelassenen Ärzte durch den ärztlichen Nachwuchs.⁴ Die Berufsanfänger stellten insofern eine Gefahr für die bereits etablierten Vertragsärzte dar, als sie diese bei den Kassen mit günstigeren Vertragsangeboten zu unterbieten drohten. Dadurch verschärfte sich der Konkurrenzkampf der Ärzte um die Verträge mit den Krankenkassen und erlaubte es letzteren, die Vertragsbedingungen zu diktieren.⁵

4 Die steigende Zahl von Medizinstudenten ist nicht nur eine Folge der wissenschaftlichen Fundierung der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch generell Folge steigender Studentenzahlen sowie sinkender Erwerbchancen der Berufsanfänger, die Rechts- oder Geisteswissenschaften studiert haben (vgl. Huercamp/ Spree 1982: 87).

5 Teilweise konnten es sich die Krankenkasse sogar erlauben, Verträge mit den mindestfordernden Ärzten abzuschließen (vgl. Huercamp 1985: 218; Kortmann 1968: 19).

Angesichts dieser Entwicklung kamen einige Ärzte gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf die Idee, die Forderung der Arbeiterbewegung nach freier Arztwahl zu übernehmen, um so mit der Unterstützung der Versicherten ihre Position gegenüber den Krankenkassen verbessern zu können (vgl. Huercamp 1985: 224-225, 226). Ein Zugeständnis der Krankenkassen in dieser Frage hätte für das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft weitreichende Folgen: Die Kassen hätten nicht mehr mit dem einzelnen Arzt einen privatrechtlichen Vertrag abgeschlossen, sondern mit einer ärztlichen Lokalorganisation einen Kollektivvertrag ausgehandelt. Sie hätten nicht mehr den einzelnen Vertragsarzt honoriert, sondern eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichtet. Die Kassenärztliche Vereinigung hätte dann das ausgehandelte Gesamthonorar unter ihren Mitgliedern verteilt (vgl. Huercamp 1985: 227). Die Kassen hätten dadurch nicht nur ihre Einstellungsautonomie verloren, auch die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit wäre erschwert gewesen (ebd.). Darüber hinaus bestand auf Kassenseite die Befürchtung, daß auch der Versicherte bei freier Arztwahl zu einer Leistungsausweitung beitrüge, da ihm der Arzt, um ihn nicht an einen Konkurrenten zu verlieren, aus Gefälligkeit mehr als die notwendige Behandlung angedeihen ließe (ebd.).⁶

Auch auf der Seite der Ärzte war die Forderung nach freier Arztwahl nicht unumstritten. Zum einen waren, wie bereits erwähnt, nicht alle Ärzte mit ihren Kassenverträgen unzufrieden. Darüber hinaus wurde beispielsweise kritisiert, daß die mit der freien Arztwahl verbundene Honorierung der Ärzte gemäß der von ihnen erbrachten einzelnen Leistungen, die »Einzelleistungsvergütung«, einen größeren bürokratischen Aufwand erfordere als ein fixes Gehalt (Huercamp 1985: 235). Die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft erfolgte schon damals innerhalb verbandlicher Strukturen.⁷ Die Frage der Position

6 Insofern bestand auch auf ärztlicher Seite die Einsicht in die Notwendigkeit, die durch die Einführung der freien Arztwahl entfallenden Kontrollmechanismen durch andere zu ersetzen. Hierfür wurde die Einrichtung von Kommissionen vorgeschlagen, die von Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen zu besetzen wären und sich mit der Ausarbeitung von Richtlinien sowie der Prüfung von Beschwerden zu befassen hätten (vgl. Huercamp 1985: 228).

7 Eine 1890 vom langjährigen Vorsitzenden des Deutschen Ärztevereinsbundes veröffentlichte Monographie des ärztlichen Verbandswesens führt für das Gebiet des Deutschen Reiches namentlich 352 ärztliche Verbände auf; 220 davon waren Mitglieder des Deutschen Ärztevereinsbundes (Graf 1890). Als Ursachen dieser ausgeprägten verbandlichen Organisation der Ärzteschaft sind insbesondere die zunehmende Notwendigkeit wissenschaftlicher Weiterbildung und der Wunsch nach standesrechtlicher Selbstbestimmung anstelle staatlicher Gängelung anzusehen. Sie werden in Kapitel 4 ausführlicher behandelt.

der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen wurde auf mehreren Ärztetagen kontrovers diskutiert. Angesichts der zunehmenden Konkurrenz der Ärzte um Kassenverträge und der damit verbundenen Schwächung der ärztlichen Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen schloß sich 1891 eine Mehrheit der Delegierten der Forderung einzelner Verbände und Arztgruppen nach freier Arztwahl an (vgl. Huercamp 1985: 224).

Der relativ früh erzielte innerärztliche Konsens über die Forderung nach freier Arztwahl läßt sich so mit einem Bündel von Faktoren erklären. Der wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin stärkte das Expertenbewußtsein des Arztes gegenüber dem medizinischen Laien, den er behandelte, und damit sein Standesbewußtsein gegenüber der Gesellschaft. Durch die steigende Konkurrenz der Ärzte um Kassenverträge verschlechterte sich die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte. Die bereits existierenden verbandlichen Strukturen erlaubten es schließlich, das Interessenspektrum innerhalb der Ärzteschaft so weit zu homogenisieren und aggregieren, so daß schon 1891, als noch nicht einmal 15% der Bevölkerung Mitglied einer Krankenkasse waren (Huercamp/ Spree 1982: 111), das Verhandlungsziel der Ärzte gegenüber den Krankenkassen definiert wurde. Damit war der Weg für eine kollektive Durchsetzung der ärztlichen Forderung vorbereitet; auf welche Weise die Durchsetzung erfolgte, wird im folgenden Abschnitt untersucht.

2 Durchsetzung der ärztlichen Interessen

Die erfolgreiche Durchsetzung kollektiver Interessen bedarf im allgemeinen eines Verbandes, der nicht nur in der Lage ist, die Interessen seiner Mitglieder zu homogenisieren, sondern auch seine Handlungsfähigkeit durch Mobilisierung seiner Mitglieder unter Beweis stellen kann. Der Deutsche Ärztevereinsbund war für diese Aufgabe aus mehreren Gründen ungeeignet. Zum einen war der Deutsche Ärztevereinsbund nur ein Dachverband, d.h., seine Möglichkeiten der Mobilisierung der Mitglieder seiner Mitgliedsverbände waren begrenzt. Darüber hinaus war die Interessenlage der Mitgliedsverbände sehr heterogen; die Vertretung wirtschaftlicher Interessen der Mitgliedschaft war weder das einzige noch das oberste Ziel dieser Verbände. Eine wirkungsvolle Artikulation der wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft mußte daher über eigens zu diesem Zweck gegründete Verbände erfolgen. Die ersten Versuche dieser Art stellten die auf lokaler Ebene agierenden »Vereine für die Einführung der freien Arztwahl« dar. Diesen Vereinen, die meist von jungen Ärzten

gegründet wurden, war jedoch nur selten dauerhafter Erfolg beschieden (vgl. Huercamp 1985: 236-238). Da sie selten die gesamte Ärzteschaft ihres Ortes hinter sich bringen konnten, hing der Erfolg ihrer Aktivitäten von der Verhandlungsbereitschaft der jeweiligen Kassen ab; gelegentlich half ihnen dabei der Wunsch der Kassenmitglieder nach freier Arztwahl (Huercamp 1985: 237).

Einen bemerkenswerten Erfolg in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen um für die Ärzte günstigere Verträge konnte erst der 1900 von Hermann Hartmann gegründete Leipziger Verband verbuchen. Seinen ersten größeren Erfolg hatte dieser Verband im Frühjahr 1904, als es ihm mittels eines Streikes gelang, den Leipziger Ortskrankenkassen die Vertragsbedingungen zu diktieren. Die Kampfmaßnahmen des später zum Andenken an seinen Begründer Hartmannbund genannten Verbandes in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen umfaßten die Kündigung bestehender Arztverträge und die öffentliche Warnung der Ärzte vor der Annahme von Vertragsangeboten der bestreikten Krankenkassen. Diese Warnungen wurden in »Cavete-Tafeln« in den Ärzteblättern veröffentlicht. Darüber hinaus richtete der Verband einen Fond ein, mit Hilfe dessen vertragswillige Ärzte davon abgehalten werden sollten, die Vertragsangebote der Krankenkassen zu akzeptieren. Ärzte, die es dennoch wagten, mit den bestreikten Krankenkassen Verträge abzuschließen oder abschließen zu wollen, wurden einer starken sozialen Diskriminierung ausgesetzt, die bis zum Abbruch jeglicher kollegialer Beziehungen reichte (vgl. Huercamp 1985: 285-286). Diese Aussicht dürfte einige Ärzte veranlaßt haben, von der Rolle des Streikbrechers Abstand zu nehmen.

Der Erfolg in Leipzig 1904 sowie die Nichtberücksichtigung ärztlicher Forderungen in der Novelle von 1903 zum Krankenversicherungsgesetz von 1883 brachte dem Verband einen starken Mitgliederzuwachs (vgl. Huercamp 1985: 283-284, Finkenrath 1928: 33-34). Nach den Angaben von Huercamp (1985: 283) stieg die Zahl der Mitglieder des Leipziger Verbandes von ca. 2.000 zu Beginn des Jahres 1903 auf ca. 16.000 Mitte 1904 nach dem erfolgreichen Streik gegen die Leipziger Ortskrankenkassen.⁸ Zu einem Zuwachs an Legitimation verhalf dem Leipziger Verband auch die Tatsache, daß er 1903 in den Deutschen Ärztevereinsbund integriert wurde, indem er zur wirtschaftlichen Abteilung des Ärztevereinsbundes ernannt wurde. Der infolge dieses Streiks erreichte Organisationsgrad sowie die mehrfach erfolgreich

8 Dies entsprach einer Erhöhung des Organisationsgrades von 8% auf 57% im Jahre 1904. 1910 betrug die Zahl der Mitglieder bereits 23.129, damit war laut Huercamp (1985: 283) ein Organisationsgrad von 75% der Zivilärzte erreicht.

demonstrierte Streikbereitschaft ließen die Androhung weiterer Streiks äußerst glaubwürdig erscheinen. Der Hartmannbund hatte sich damit eine nicht unbeachtliche Reputation erworben.

Die Kassen befanden sich bei einem solchen geschlossenen Vorgehen der Ärzteschaft am schwächeren Hebel, weil sie gesetzlich verpflichtet waren, ihren Mitgliedern freie ärztliche Hilfe in natura zu gewährleisten.⁹ War nämlich die ärztliche Versorgung während solcher Auseinandersetzungen nicht mehr gewährleistet, so schritt die Aufsichtsbehörde ein und entschied den Konflikt – nicht selten zugunsten der Ärzte (vgl. Huercamp/ Spree 1982: 101). Auf diese Weise gelang es der Ärzteschaft, ein Drohpotential aufzubauen, mit dessen Hilfe sich die Durchführung von Streiks häufig erübrigte; es genügte vollauf, Streiks anzukündigen, um die Krankenkassen zum Einlenken zu bewegen.

Um in den Fragen der Vertragsgestaltung nicht von der Verhandlungswilligkeit der Kassen abhängig zu sein, war es das Ziel der Ärzte, die Regelung ihres Verhältnisses zu den Krankenkassen, insbesondere das Recht auf kollektive Vertragsabschlüsse gesetzlich fixieren zu lassen. Der Gesetzgeber hatte offenbar zunächst kein Interesse daran, das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen verbindlich zu regeln, stattdessen überließ er den Vertragspartnern die Lösung ihrer Konflikte. So enthielt noch 1914 der entsprechende Paragraph der neu in Kraft getretenen Reichsversicherungsordnung (RVO) nur den lapidaren Satz: »Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt; die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.«¹⁰

Die von Weltkrieg und Weltwirtschaftskrise beeinträchtigte soziale und wirtschaftliche Entwicklung ließ jedoch eine solche Enthaltensamkeit des Gesetzgebers nicht mehr zu. Die finanzielle Lage der Krankenkassen war zeitweise so schlecht, daß die Regierung nicht auch noch Ärztestreiks dulden konnte und deswegen per Notverordnung oder Gesetz eingreifen mußte. Diese Eingriffe erfolgten nicht immer zum Wohle oder im Sinne der Ärzte. Durch

9 Erst die Reichsversicherungsordnung von 1911 erlaubte es den Krankenkassen, »mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes den Versicherten anstelle der ärztlichen Behandlung eine Barleistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren, »falls die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet würde«, daß die Krankenkassen keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen könnten oder die Ärzte den Vertrag nicht einhielten« (§ 370 RVO, zitiert nach Schneider 1981: 868).

10 Vgl. § 368 RVO, zitiert nach RGBl.: 580 (19.7.1911).

solche Eingriffe wurde das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten Schritt für Schritt gesetzlich fixiert.

Nachdem bis 1913 Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft erforderlichenfalls durch die regional zuständige Aufsichtsbehörde gelöst worden waren, sah sich im Herbst 1913 der Gesetzgeber das erste Mal zum Eingriff in die Beziehungen von Ärzten und Krankenkassen genötigt. Ursache war der auf einem außerordentlichen Ärztetag im Oktober 1913 gefaßte Beschluß, mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung am 1. Januar 1914 in einen Generalstreik zu treten. Der Anlaß des ärztlichen Unmuts war, daß die RVO, die bereits 1911 vom Reichstag verabschiedet worden war, in der Frage der kassenärztlichen Versorgung keine Rücksicht auf die Wünsche der Ärzteschaft genommen hatte (Huercamp 1985: 302).

Die Ärzte vermißten in der RVO zum einen eine verbindliche Regelung des Vertragsverhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen in ihrem Sinne, das heißt, eine gesetzliche Verankerung des Kollektivvertrages. Zum anderen stärkte die RVO die Position der Krankenkassen im Fall von Auseinandersetzungen, indem sie ihnen, wie bereits erwähnt, das Recht zugestand, den Versicherten Barleistungen zu gewähren, sollten diese aufgrund eines Ärztestreiks daran gehindert werden, ihren zuständigen Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen.

Mit der Streikdrohung konnten die Ärzte jedoch keine Änderung der Reichsversicherungsordnung bewirken. Stattdessen veranlaßte der Gesetzgeber die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen, einen Vertrag zu schließen, der das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen zu beiderseitiger Zufriedenheit regeln sollte. Unter Federführung des Reichsamtes des Inneren kam es so im Dezember 1913 zum Berliner Abkommen, das für die Dauer von zehn Jahren zwischen dem Deutschen Ärztevereinsbund und dem Leipziger Verband auf der Seite der Ärzte und drei zentralen Krankenkassenverbänden geschlossen wurde (Huercamp 1985: 302).

In diesem Abkommen konnten die Ärzte zwar nicht den Einzelvertrag zwischen Kasse und Arzt abschaffen, sie erreichten jedoch, daß die Rahmenbedingungen der Verträge von einem aus Ärzten und Kassenvertretern gebildeten Vertragsausschuß¹¹ festgelegt wurden. Außerdem erreichten sie, daß über die Anstellung eines Kassenarztes nicht mehr die Kasse allein, sondern Kassenärzte und Kassenvertreter gemeinsam in einem Zulassungsausschuß

11 Diese Vertragsausschüsse sind die Vorläufer der heutigen Landesausschüsse.

entschieden. Schließlich wurde eine Verhältniszahl¹² eingeführt: Auf je 1.350 Versicherte sollte mindestens ein Arzt zugelassen werden.¹³

Da das Berliner Abkommen eine Laufzeit von zehn Jahren hatte, war es zum 31.12.1923 kündbar. Angesichts der wirtschaftlichen und sozialen Folgen des Ersten Weltkrieges waren weder Krankenkassen noch Ärzte an einer Fortführung des Abkommens interessiert. Die Ärzte sahen sich einem erheblichen Konkurrenzdruck ausgesetzt, der eine Folge der kriegsbedingt verstärkten Ärzteausbildung sowie der Rückkehr der zum Krieg eingezogenen Ärzte war. Die Krankenkassen kämpften mit dem Problem, daß infolge der Inflation die Ausgaben schneller stiegen als die Einnahmen. Aufgrund dieser Entwicklung sah sich die Regierung zum Eingreifen veranlaßt. Mit der »Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen« vom 30.10.1923 wurde der Spielraum des behandelnden Arztes stark eingeschränkt; nicht erforderliche Behandlungen waren beispielsweise abzulehnen. Da die Ärzteschaft diese Verordnung als standesunwürdig empfand, kam es im Winter 1923/24 zu einem zwei Monate dauernden Generalstreik der Ärzte (vgl. Schneider 1981: 869).

Mit der »Verordnung über Ärzte und Krankenkassen« wurde auch die Beziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen neu geregelt.¹⁴ Unter anderem wurde das Zulassungsverfahren gesetzlich geregelt. Darüber hinaus wurde der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen gebildet. Die vom Reichsausschuß zu vereinbarenden Gesamtverträge wurden als Mantelverträge für die zwischen Arzt und Kasse abzuschließenden Einzelverträge verbindlich. Schließlich wurde die im Berliner Abkommen vereinbarte Verhältniszahl in eine Höchstzahl umgewandelt und die Behandlungs- und Verordnungsfreiheit der Ärzte aufgrund der angespannten finanziellen Situation der Kassen eingeschränkt.

Damit hatten die Ärzte einen ersten Erfolg in ihrem Bemühen um gesetzliche Absicherung ihres vertraglichen Verhältnisses zu den Krankenkassen errungen. Diese Errungenschaft hatte allerdings ihren Preis: Aufgrund der Einschränkung ihrer Behandlungs- und Verordnungsfreiheit mußten die Ärzte finanzielle Einbußen hinnehmen. Das sich hier abzeichnende Muster ist auch bei künftigen Auseinandersetzungen der Ärzte mit dem Gesetzgeber zu beobachten: Gegen finanzielle Zugeständnisse erhält die Kassenärzteschaft die

12 Mit der Verhältniszahl wird die Anzahl der Versicherten je Kassenarzt festgelegt, d.h., die Anzahl der erforderlichen Kassenärzte je Gebiet bestimmt.

13 Vgl. Deppe (1987a: 21); Huercamp (1985: 239-240); Schneider (1981: 868).

14 Diese Verordnung wurde mit der Bekanntmachung vom 5.12.1924 innerhalb der §§ 368 RVO eingefügt (RGBl. I: 779; vgl. Schneider 1981: 869).

Möglichkeit, ihre Position gegenüber den Krankenkassen institutionell abzusichern.

Ihren entscheidenden Erfolg konnten die Ärzte zu Beginn der 30er Jahre verbuchen. Infolge der Weltwirtschaftskrise waren die Krankenkassen wieder in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Da durch die hohe Arbeitslosigkeit die Beiträge zur Sozialversicherung sanken, sahen sich die Kassen mit dem Problem sinkender Einnahmen konfrontiert. Aus diesem Grund erweiterte der Reichspräsident die Befugnisse der Krankenkassen. Per Verordnung erlaubte er ihnen im Juli 1930, die Ärzte auf die wirtschaftliche Erbringung ihrer Leistung zu verpflichten.¹⁵

Um nicht durch Eingriffe des Gesetzgebers weitere Beschränkungen der ärztlichen Autonomie hinnehmen zu müssen,¹⁶ entwickelte der Hartmannbund einen Vertragsentwurf, der zur Stabilisierung der Finanzlage der Krankenkassen beitragen sollte. Der Vorschlag des Hartmannbundes war, einen Pauschalbetrag für ärztliche Dienste in Prozent des Beitragsaufkommens festzulegen. Die Koppelung der ärztlichen Vergütung an die Einnahmen der Krankenkassen bedeutete zwar, daß »das Risiko hoher Erkrankungsraten, die Kosten unnötiger Verschreibungen und Einzelleistungen, vor allem aber der zu erwartende Kostenschub durch das dauernde Hineindrängen der Jungärzte in die Kassenpraxis« von der gesamten Ärzteschaft getragen werden mußte (Göckenjan 1987: 31). Sie erforderte aber andererseits die Bildung einer kollektiven Organisation der Ärzteschaft, die die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, die Verteilung der Vergütung und die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit zu übernehmen hatte.

Aufgrund der zu erwartenden Einkommensverluste war dieser Vertragsentwurf innerhalb der Ärzteschaft ziemlich umstritten, wurde jedoch vom Deutschen Ärztetag 1931 gebilligt (vgl. Göckenjan 1987: 32; Webber 1988: 174). Auch bei den Kassenverbänden stieß dieser Vorschlag nicht auf ungeteilte Zustimmung. So lehnte ihn beispielsweise der Verband der Betriebskrankenkassen ab, weil er »die Direktionshoheit der Kassen in der ärztlichen Versorgung abschaffen würde« (Göckenjan 1987: 32). Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit durch die Kassen würde erschwert.

15 »Verordnung zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände« vom 26.7.1930 (vgl. Schneider 1981: 870). Die Verordnung erlaubte es den Krankenkassen, bei unwirtschaftlicher Behandlungsweise von den Ärzten Schadenersatz zu fordern oder den Arztvertrag zu kündigen.

16 Nach Sauerborn (1953: 211) soll der Arbeitsminister 1931 gedroht haben, die Kassenärzte in Kassenangestellte zu verwandeln (zitiert nach Webber 1988: 174).

Da der Vertrag jedoch einen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge darstellte, wurde er von der Regierung 1931 per Notverordnung in Kraft gesetzt (Webber 1988: 175).¹⁷

Damit war die Existenz der Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich verankert. Die Ärzte hatten nach vierzig Jahren die von ihnen geforderte kollektive Gegenmacht zu den Krankenkassen erhalten. Darüber hinaus war ihnen im Bereich der kassenärztlichen Tätigkeit das Recht auf eine berufsständische Selbstregulierung zuerkannt. Diese Privilegien hatten sie allerdings, wie schon 1923, um den Preis von Einkommenseinbußen erhalten.

Den Vorstand der neu gebildeten Kassenärztlichen Vereinigungen übernahm jeweils der Vorstand des örtlichen Leipziger Verbandes (vgl. Deppe 1987a: 26). Es wurde gesetzlich festgelegt, daß die Höhe der Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale bestimmt werde und die Entwicklung der Gesamtvergütung sich nach der Änderung der Grundlohnsumme sowie den besonderen Umständen der jeweiligen Kasse zu richten habe (vgl. Kortmann 1968: 33). Die Verhältniszahl wurde auf 1 Arzt je 600 Versicherte gesenkt. Die gleichzeitige Senkung der Verhältniszahl und Honorierung der ärztlichen Leistungen mit einem festen Anteil der Kasseneinnahmen bedeutete eine Kürzung des ärztlichen Einkommens. Auch die Behandlungs- und Verordnungsweise der Ärzte wurde eingeschränkt (Feige 1980: 89).

Die Beschreibung der Phase der Durchsetzung der ärztlichen Forderung nach einer kollektiven Gegenorganisation zu den Krankenkassen läßt eine einheitliche Strategie der ärztlichen Verhandlungsführer erkennen: Die verbandliche Aufrüstung gegenüber den Krankenkassen mußte jeweils mit finanziellen Zugeständnissen erkaufte werden. Der Erfolg der Ärzteschaft ist jedoch nicht alleine dieser Bereitschaft zu finanziellen Zugeständnissen zuzuschreiben; eine wesentliche Bedingung der Durchsetzung der ärztlichen Forderung nach Bildung einer kollektiven Gegenmacht war die schlechte finanzielle Situation der Krankenkassen infolge von Weltkrieg und Weltwirtschaftskrise, die ein Eingreifen der Regierung erforderlich machte.

Eine weitere wichtige Voraussetzung der Durchsetzung eines solchen Verhandlungszieles ist die Kontrolle über die eigene Basis. Diese Kontrolle beinhaltet nicht nur die Fähigkeit, die Basis gegebenenfalls zu Protestaktionen zu mobilisieren, sondern auch die Aufgabe, sie auf die erreichten Verhandlungsergebnisse zu verpflichten (vgl. Streeck 1972: 131). Daß diese beiden Aufgaben von den ärztlichen Verhandlungsführern überhaupt bewältigt werden

17 Fundstelle: RGBI. I: 699 (8.12.1931). Die Änderungen der RVO finden sich in der Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14.1.1932 (vgl. Schneider 1981: 870).

konnten, dazu dürfte neben dem korporativen Bewußtsein der deutschen Ärzteschaft auch die ausgeprägte verbandliche Organisation derselben beigetragen haben. Der Deutsche Ärztevereinsbund konnte in diesem Zusammenhang nur die Rolle der Interessenhomogenisierung und -aggregation (im Rahmen der von ihm veranstalteten Deutschen Ärztetage) und Informationsvermittlung (beispielsweise durch Veröffentlichung der Cavete-Tafeln im Deutschen Ärzteblatt) übernehmen. Die Mobilisierung der Ärzteschaft erfolgte durch einen eigens dafür gebildeten Kampfverband, dem Leipziger Verband. Die Grundlage der erstaunlichen Mobilisierungsleistung des Leipziger Verbandes bildet nicht nur die sich selbst verstärkende Dynamik des Mitgliederzuwachses infolge erfolgreich geführter Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, sondern auch die zeitliche Anordnung der Konflikte.

3 Die Konsolidierung des Kassenarztesrechtes

Wie schon die Phase der Durchsetzung der ärztlichen Forderung läßt sich auch die Phase der Konsolidierung des Kassenarztesrechtes damit charakterisieren, daß die Umstände ärztliche Interessen begünstigten. Nationalsozialistische Ideologie und Gedankengut trugen zu einer weiteren Stärkung der Position der Ärzte gegenüber den Krankenkassen bei. Auch nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhr die Position der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Schwächung, da die Pläne der Alliierten zur Einrichtung einer Einheitsversicherung nicht realisiert wurden.

Das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte wurde während des Dritten Reiches insbesondere durch zwei Maßnahmen ausgebaut. Zum einen wurden von den Krankenkassen betriebene Ambulatorien geschlossen und die kommunale Gesundheitsfürsorge drastisch beschnitten (Göckenjan 1987: 33). Darüber hinaus wurde im Dezember 1933 auch die Kurierfreiheit aufgehoben. Das bedeutete, daß jede berufliche Heiltätigkeit an den ärztlichen Berufsstatus gebunden war (ebd.). Die Kompetenzen für die Organisation der Krankenversorgung waren mit dieser Maßnahme endgültig von den Krankenkassen auf die Kassenärzteschaft übergegangen; die ambulante Versorgung durch den in eigener Praxis niedergelassenen Kassenarzt war zur Norm geworden (vgl. Rosewitz/ Webber 1990: 19).

Das gegliederte System der Sozialversicherung blieb trotz der Bemühungen der Deutschen Arbeitsfront um die Einrichtung eines nationalsozialistischen Volksversorgungswerkes erhalten; hierfür sorgten die auf Wahrung ihrer

Zuständigkeit bedachten Beamten des Reichsarbeitsministeriums (vgl. Hentschel 1983: 137). Lediglich die Anzahl der Krankenkassen wurde reduziert, indem diese zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ihrer Verwaltung zusammengelegt wurden; die unterschiedlichen Kassentypen blieben dabei erhalten (Hentschel 1983: 138-139).

Im Einklang mit der nationalsozialistischen Präferenz für das Führerprinzip¹⁸ erfolgte eine Zentralisierung der Organisationsstruktur. Im August 1933 wurde die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) gebildet (Kater 1987: 307).¹⁹ Sie diente als zentrale »Kontrollstelle« für alle Kassenärzte und war alleiniger Abrechnungspartner der verschiedenen Krankenkassen (ebd.). Die KVD trat damit vollständig in die bisher den örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Aufgaben und Befugnisse ein; die bis dahin existierenden Kassenärztlichen Vereinigungen gingen als unselbständige Träger in die KVD auf (Schneider 1981: 872). Diese Organisationsstruktur wurde nach dem Zweiten Weltkrieg wieder rückgängig gemacht, d.h., durch demokratische Prinzipien der Willensbildung ersetzt.

In der Zeit zwischen 1945 und 1955 galten in den einzelnen Besatzungszonen bzw. Bundesländern unterschiedliche Regelungen (vgl. Deppe 1987a: 37; Deppe 1987b: 42-43). Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands wurde von den alliierten Kontrollbehörden im Rahmen ihres Dezentralisierungsprogramms aufgelöst. In einigen Ländern übernahmen zunächst die Ärztekammern die Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in anderen waren es die Versicherungsamter. Ab 1948 begannen sich auf Landesebene wieder eigene Kassenärztliche Vereinigungen zu bilden, die in einigen Ländern schon 1949 den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erhielten (so in Bayern und Württemberg-Hohenzollern). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde 1953 gegründet (Deppe 1987a: 37). Auf eine einheitliche rechtliche Grundlage wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen erst wieder mit der Verabschiedung des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) im Jahre 1955 gestellt.

Zur Erfüllung der ihnen durch das Gesetz über Kassenarztrecht übertragenen Aufgaben, so § 368k Abs. 1 RVO, sollen die Kassenärzte für den Bereich

18 Das Führerprinzip bedeutet, daß die Regeln demokratischer Willensbildung außer Kraft gesetzt werden. Stattdessen werden die leitenden Positionen von oben besetzt. Die Positionsinhaber waren ihrem Vorgesetzten verantwortlich und nicht den Mitgliedern des Verbandes.

19 Fundstelle: RGBI. I: 567 (2.8.1933). Die Satzung der KVD ist im RABl. IV: 450 abgedruckt (Schneider 1981: 871-872).

jedes Landes je eine Kassenärztliche Vereinigung bilden. Anstelle der nach dieser Regelung zu erwartenden elf Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es jedoch derer achtzehn: jeweils vier in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, zwei in Nordrhein-Westfalen und je eine in den übrigen Bundesländern. Ursache hierfür ist zum einen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise schon bestanden, bevor die Bundesländer in ihren heutigen Grenzen gebildet wurden. Zum anderen lag es auch im Interesse der Alliierten, Verwaltungsstrukturen möglichst dezentral zu gestalten. Im Zuge der Verwaltungsreformen gegen Ende der 60er Jahre wurde zwar auch der Zusammenschluß der vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz diskutiert, dieser Vorschlag stieß jedoch bei den betroffenen Kassenärzten, die eine unmittelbare Selbstverwaltung einem unpersönlichen Verwaltungsapparat vorzogen, auf wenig Gegenliebe.²⁰

Das Gesetz über Kassenarztrecht restaurierte im wesentlichen die zu Beginn der 30er Jahre bestehende Rechtslage (vgl. Kortmann 1968: 42, Webber 1988: 184-185). Von den während des Dritten Reichs errungenen Privilegien blieb den Kassenärzten das Behandlungsmonopol erhalten, das beispielsweise den Krankenkassen verbot, ihre Mitglieder in Eigeneinrichtungen (Ambulatorien, in denen festangestellte Ärzte arbeiteten) ambulant zu versorgen.²¹ Die Verhältniszahl wurde auf 1 Arzt je 500 Versicherte gesenkt. Darüber hinaus enthielt das GKAR einige Neuerungen, die geeignet waren, die Position der Ärzte gegenüber den Krankenkassen weiter zu verbessern. Die Berechnung der Höhe der Gesamtvergütung mußte nicht mehr notwendigerweise nach einem Kopfpauschale erfolgen; die Vertragspartner hatten die Wahl zwischen einer Berechnung nach Kopfpauschale, Fallpauschale oder Einzelleistungen.

Als »eine der bedeutendsten Veränderungen« bezeichnen Heinemann und Liebold (1990: A 16) die Tatsache, daß der § 370 RVO aufgehoben wurde. Dieser Paragraph ermöglichte es den Kassen, »an Stelle der ärztlichen Behandlung als Sachleistung eine Barleistung dann gewähren [zu können], wenn die ärztliche Behandlung deshalb ernstlich gefährdet wurde, weil die Ärzte mangels eines Vertrages eine Behandlung auf Krankenschein ablehnten, also streikten« (ebd.). Damit, so die Interpretation von Heinemann und Liebold (ebd.), haben die Ärzte »auf die Möglichkeit eines gewerkschaftlichen Hono-

20 So wurden beispielsweise die beiden rheinland-pfälzischen Regierungsbezirke Rheinhessen und Pfalz 1968 zum Regierungsbezirk Rheinhessen-Pfalz zusammengelegt. Die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen Rheinhessen und Pfalz existieren dagegen noch.

21 Die in Berlin von den Krankenkassen nach dem Kriege eröffneten Ambulatorien mußten daraufhin wieder geschlossen werden (Deppe 1987a: 37).

rarkampfes im Ausgleich gegen die Aufrechterhaltung und Vervollkommnung des sogenannten kassenärztlichen Behandlungsmonopols verzichtet.«

In den folgenden zwanzig Jahren gelang es dem Gesetzgeber nicht, das Übergewicht der Kassenärzteschaft gegenüber den Krankenkassen durch Eingriffe in das Kassenarztrecht zu reduzieren. Zwar versuchte schon Ende der 50er Jahre der damalige Bundesarbeitsminister, eine Krankenversicherungsreform in Gang zu bringen, deren Ziel, so Naschold (1967: 62), es unter anderem war, »das Gleichgewicht der Vertragspartner wieder herzustellen [sowie] innerärztliche Differenzen über die Honorarverteilung zu beseitigen«. Dieser Reformversuch scheiterte, da er vorsah, nicht nur den Spielraum der Ärzte, sondern auch – durch eine Ausweitung der staatlichen Aufsichtsrechte – den der Krankenkassen einzuschränken und den Patienten eine Selbstbeteiligung zuzumuten. Mit diesen Maßnahmen wurde der Widerstand aller Betroffenen, d.h. von Ärzten, Gewerkschaften und Krankenkassen, erregt; hinzu kam, daß parteiinterne Differenzen nicht zu überbrücken waren (ebd.). Auch das in der folgenden Legislaturperiode angestrebte Reformvorhaben war aus den gleichen Gründen nicht durchsetzbar (vgl. Webber 1988: 187).

Damit konnten die Ärzte nun ungehindert die Früchte ihrer berufspolitischen Strategie der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts einfahren. In der Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs nach dem Zweiten Weltkrieg fiel es den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht schwer, relativ großzügige Honorarforderungen durchzusetzen. Ursache hierfür war, daß zum einen mit steigendem Reallohn auch die Einnahmen der Krankenkassen stiegen und eine großzügigere Ausgabenpolitik erlaubten. Darüber hinaus nahm mit steigendem Wohlstand auch das Bedürfnis der Versicherten nach einer umfassenderen Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu. Schließlich galt, daß die Krankenkassen untereinander um Mitglieder konkurrierten, wobei die Konkurrenz nicht über niedrigere Beitragssätze, sondern über einen großzügigeren Versicherungsschutz erfolgte. Das Ergebnis war, daß die Krankenkassen den Honorarforderungen der Ärzte relativ bereitwillig nachgaben.

Einen bedeutenden Verhandlungserfolg konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Laufe der 60er Jahre durchsetzen, als es ihnen gelang, wie schon vorher mit den Ersatzkassen auch mit den Ortskrankenkassen eine Einzelleistungshonorierung zu vereinbaren. Das bedeutete, daß die Gesamtvergütung nicht mehr nach einem Pauschale, sondern nach Maßgabe der einzelnen von den Kassenärzten erbrachten Leistungen berechnet wurde; das Morbiditätsrisiko²² wird in diesem Falle von den Krankenkassen getragen. Für

22 Als Morbidität wird die Fallzahl je Versicherten bezeichnet (Liebold 1984d: 178). Anders

die Einwilligung der Ortskrankenkassen in die Einzelleistungshonorierung waren, so Rosewitz und Webber (1990: 235), »wohl zwei Gründe entscheidend«: Zum einen erhofften sich die Kassen dadurch eine verbesserte Abrechnungstransparenz und, damit verbunden, eine bessere Bekämpfung des Abrechnungsmißbrauchs. Zum anderen wollten sie ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber den Ersatzkassen steigern, d.h., ihren Ruf der »Arme-Leute-Kasse« beseitigen (vgl. auch Kortmann 1968). Das Ergebnis dieser Entwicklungen und Verhandlungserfolge der Kassenärztlichen Vereinigungen war, daß das durchschnittliche Einkommen eines Arztes in den 60er Jahren wesentlich schneller stieg als das durchschnittliche Arbeitnehmereinkommen.²³

Als der letzte Meilenstein der Geschichte der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen kann das »Kassenarzturteil« des Bundesverfassungsgerichts von 1960 betrachtet werden. In diesem Urteil wurde die Verhältniszahl für verfassungswidrig erklärt, da sie dem Grundrecht auf freie Berufswahl (Art. 12 Abs. 1 GG) widerspreche. Mit der Abschaffung der Verhältniszahl war in den Augen der Ärzte endlich das seit nahezu einem Jahrhundert von ihnen geforderte Recht des Versicherten auf freie Arztwahl errungen; keinem Arzt konnte mehr die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung verweigert werden.

Mit diesen beiden Errungenschaften, dem Kassenarzturteil und dem Übergang zur Einzelleistungsvergütung, hatte die Ärzteschaft den Höhepunkt ihrer korporativen Macht erreicht.²⁴ Ironischerweise hatten sie mit diesen beiden Errungenschaften jedoch auch schon den Grundstein für die Demontage dieser Machtstellung gelegt. Mit der Aufhebung der Verhältniszahl war ihnen jede Möglichkeit genommen, den Zugang zur kassenärztlichen Tätigkeit zu kontrollieren. Und mit der Einzelleistungsvergütung lag die Verantwortung für die Höhe der zu Lasten der Krankenkassen entstehenden Ausgaben beim individuellen Arzt, sofern Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen den Handlungsspielraum des Arztes nicht durch wirkungsvolle Kontrollmecha-

als bei der Pauschalvergütung variieren im Falle der Einzelleistungsvergütung die Ausgaben der Krankenkassen mit der Morbidität, das Morbiditätsrisiko liegt damit bei ihnen.

23 So ermittelte ein Arbeitskreis der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt unter dem Vorsitz von Theo Thiemeyer 1974, daß das Verhältnis von Reinertrag je Arztpraxis zum Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit von 5,46 im Jahre 1959 auf 6,52 im Jahre 1971 angestiegen war (Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. 1974: 32).

24 Für wie umfassend zu Beginn der 60er Jahre die Machtstellung der Ärzte gehalten wurde, läßt sich beispielsweise dem Ausspruch Adenauers entnehmen, daß es »außerordentlich schwierig« sei, »gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat ..., ein Gesetz zu machen« (zitiert nach Webber 1988: 186).

nismen begrenzen konnten. Die überproportionalen Einkommenssteigerungen der Kassenärzte zeigten, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu nicht in der Lage waren. Angesichts der hohen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die die Gemeinschaft der Versicherten im Laufe der 70er Jahre in zunehmendem Maße finanziell belastete, waren diese Einkommenssteigerungen in den Augen der Öffentlichkeit nicht mehr länger legitimierbar. Auf diese Weise trugen die Ärzte selbst zur Verminderung ihres hohen sozialen Prestiges bei.

Kapitel 2

Kassenärztliche Vereinigungen als Partner:

Das Vertragswesen

Moderne Gesellschaften sind dadurch gekennzeichnet, daß weite Bereiche der Interaktion sowohl individueller als auch korporativer Akteure rechtlich und vertraglich geregelt sind. Explizite Interaktionsvereinbarungen haben den Vorteil, daß sie die Erwartungssicherheit der beteiligten Akteure erhöhen. Die Akteure haben damit prinzipiell die Möglichkeit, langfristige Planungshorizonte zu wählen und auf kurzfristig erzielbare niedrige Gewinne zugunsten langfristiger erzielbarer höherer Gewinne zu verzichten. Die rechtliche und vertragliche Sicherung von Interaktionsbeziehungen kann so einen Beitrag zur Erhöhung von Effizienz und gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrt leisten.

Auch das Verhältnis zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärzten ist stark durch seine rechtlichen und vertraglichen Grundlagen geprägt. Durch die vertraglichen Vereinbarungen sollte die Gefahr der Ausbeutung des jeweiligen Verhandlungsgegners reduziert werden. Wo sich die Vertragspartner Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen untereinander nicht einigen konnten, griff der Gesetzgeber ein. Auf diese Weise wurden die Interaktionsverhältnisse zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der einen sowie zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärzten auf der anderen Seite im Laufe der Zeit zunehmend kodifiziert.

Die Aufgabe dieses Kapitels ist es, die Kodifikation des Verhältnisses der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Krankenkassen und zu den Kassenärzten in ihren wesentlichen Zügen darzustellen. Diese Darstellung erlaubt es, einen Eindruck von der Komplexität der Vertragsverhältnisse zu gewinnen. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird untersucht, welche Bereiche des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als einer vertraglichen Regelung bedürftig und damit als problematisch angesehen werden. Es wird gezeigt, welche Gremien welche Entscheidungen über die kassenärztliche Versorgung treffen. Damit wird deutlich, wo die Ansatz-

punkte zur Beeinflussung dieser Entscheidungen liegen. Die Beschreibung der Rechte und Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen verdeutlicht, welchen Spielraum die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder haben.

Der zweite Abschnitt dieses Kapitels befaßt sich mit der vertraglichen Regelung des Verhältnisses zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen, d.h., den Rechten und Pflichten derselben im Verhältnis zueinander. Hier zeigt sich, daß der Spielraum, über den der Kassenarzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit verfügt, als gering angesehen werden muß. Ihm ist in weiten Teilen vorgeschrieben, was er in seiner Behandlung zu tun und zu lassen hat. Das Bild des Arztes als Freiberufler, der im Rahmen seiner Tätigkeit über ein hohes Maß an Autonomie verfügt, ist damit korrekturebedürftig.

Das Vertragsverhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen hat sich mit der im vorangegangenen Kapitel geschilderten Durchsetzung Kassenärztlicher Vereinigungen als kollektiver Gegenmacht der Ärzte gegenüber den Krankenkassen grundlegend verändert. Das Verhältnis vor der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen läßt sich als Dreiecksverhältnis charakterisieren: Der Arzt behandelt den Versicherten, der Versicherte entrichtet seinen Beitrag an die Krankenkasse, und die Krankenkasse vergütet den Arzt gemäß dem zwischen ihm und ihr geschlossenen Behandlungsvertrag.

Mit der Einführung der Kassenärztlichen Vereinigungen wandelt sich dieses Dreiecksverhältnis zu einem Vierecksverhältnis: Nach wie vor behandelt der Arzt den Versicherten und entrichtet der Versicherte seinen Beitrag an die Krankenkasse. Was sich geändert hat, ist, daß nun die Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Behandlungsvertrag abschließt und pauschal an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung für die von den Kassenärzten erbrachten Leistungen entrichtet. Geschlossen wird das Viereck dadurch, daß die Kassenärztliche Vereinigung die Erbringung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärzte zu überwachen hat und die Gesamtvergütung unter den Ärzten gemäß der von diesen erbrachten Leistungen zu verteilen hat.

Indem sich die Kassenärztlichen Vereinigungen damit zwischen die Beziehung von Ärzten und Krankenkassen geschoben haben, sind sie zum Vertragspartner beider geworden. Mit den Ärzten schließen sie einen Vertrag über die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung, mit den Krankenkassen einen Vertrag über die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Komplexität dieser Vertragsverhältnisse wird ersichtlich, wenn man die Rechten und Pflichten untersucht, die die Partner dieser Verträge jeweils erhalten

bzw. eingehen. Diese vertraglichen Vereinbarungen bilden die Grundlage der tatsächlich zwischen den Partnern ablaufenden Interaktionen; man kann sie insofern auch als Restriktionen betrachten, die den Handlungsspielraum der Akteure strukturieren und einschränken.

1 Das Verhältnis zu den Krankenkassen

Wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, haben es die Ärzte im Laufe der Zeit geschafft, im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Angebotsmonopol in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigungen zu errichten. Auf der Seite der Krankenkassen ist es hingegen nicht zur Monopolbildung gekommen.¹ Die unterschiedlichen Kassentypen waren nicht daran interessiert, ihre Selbständigkeit zwecks besserer Vertretung ihrer Interessen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen aufzugeben. Bei den heute vorhandenen Kassentypen unterscheidet man zwischen allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen sowie Ersatzkassen.² Tabelle 2.1 zeigt, wie sich die ca. 1.200 derzeit noch bestehenden Krankenkassen auf diese Kassentypen verteilen.³

Der einzige Tribut, den die Krankenkassen der verbandlichen Aufrüstung der Ärzte gezollt haben, ist, daß sich die Krankenkassen des gleichen Kassentyps zu Kassenverbänden zusammengeschlossen haben. Diese Verbände haben die Aufgabe übernommen, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verträge auszuhandeln, in denen die Leistungen der Kassenärzte sowie die Vergütung derselben vereinbart wird. Damit ist das eingangs erwähnte Vierecksverhältnis im Grunde genommen ein Fünfecksverhältnis, in dem die Verbände der Krankenkassen die Beziehung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vertraglich regeln.

Die Ersatzkassen nahmen, historisch bedingt, lange Zeit gegenüber den RVO-Kassen eine Sonderstellung ein. Das Kassenarztrecht der Reichsversiche-

1 Dieser strukturelle Unterschied wird als ein wichtiger Grund dafür angesehen, daß es den Kassenärzten in der Nachkriegszeit relativ ungehindert gelang, ihre Forderungen gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen.

2 Orts-, Betriebs-, Innungs-, landwirtschaftliche und See-Krankenkassen werden im folgenden auch unter dem Begriff »RVO-Kassen« zusammengefaßt und unter diesem Oberbegriff den Ersatzkassen gegenübergestellt.

3 Die Zahl der Krankenkassen hat im Laufe der Zeit stark abgenommen.

Tabelle 2.1: Gesetzliche Krankenkassen und ihre Mitglieder^a

Kasstyp	Kassen	Mitglieder
Ortskrankenkassen	269	16.166.905
Betriebskrankenkassen	722	4.252.687
Innungskrankenkassen	155	1.910.967
Landwirtschaftliche Krankenkassen	19	766.629
See-Krankenkasse	1	52.943
Bundesknappschaft	1	955.418
Arbeiter-Ersatzkassen	8	582.886
Angestellten-Ersatzkassen	7	12.029.271
Summe	1.182	36.717.706

a Stand 1987. Mitversicherte Angehörige sind in der Mitgliederzahl nicht enthalten.

Quelle: BMAS, ASS-H (1988: 174).

rungsordnung bezog sich zunächst nur auf das Verhältnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und RVO-Kassen. »Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden« war es den Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubt, »weitere Aufgaben der Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung« zu übernehmen (§ 368n Abs. 2 RVO).⁴ Im folgenden wird zunächst die vertragliche Beziehung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und RVO-Kassen erläutert, die sich davon unterscheidende Stellung der Ersatzkassen wird im Anschluß daran dargestellt.

Aus der Aufgabenstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen, »die den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung ... sicherzustellen« (§ 368n Abs. 1 RVO), ergibt sich, daß Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen Umfang und Vergütung der kassenärztlichen Versorgung aushandeln müssen, sofern der Gesetzgeber explizite Vorgaben unterlassen hat. Die Aushandlung dieser Parameter erfolgt im Rahmen gesetzlich und vertraglich fixierter Strukturen. Diese Strukturen werden im folgenden dargestellt. Es handelt sich zum einen um die vertraglichen Vereinbarungen und zum anderen um die gemeinsam zu besetzenden Ausschüsse und deren Aufgabenstellung. Das Alter der Ausschüsse zeigt, welches Beharrungsvermögen diese Strukturen besitzen.

4 Mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 wurde diese Bestimmung zwar nicht aufgehoben (sie ist jetzt in § 75 Abs. 6 SGB V zu finden), Ersatzkassen zählen jetzt jedoch nicht mehr zu den »anderen Trägern der Sozialversicherung«.

Übersicht 2.1: Gliederung des Bundesmantelvertrages/Ärzte (BMV-Ä)

-
- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages
 - § 2 Umfang der kassenärztlichen Versorgung
 - § 3 Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung
 - § 4 Rechte und Pflichten des Kassenarztes
 - § 5 Aufzeichnungen
 - § 6 Sprechstundenbehandlung
 - § 7 Besuchsbehandlung
 - § 8 Behandlungsausweis
 - § 9 Mutterschaftsvorsorgeschein
 - § 10 Berechtigungsschein für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
 - § 11 Gültigkeitsdauer der Behandlungsausweise, Behandlungsfall
 - § 12 Gültigkeitsdauer der Mutterschaftsvorsorgescheine, Mutterschaftsvorsorgefall
 - § 13 Gültigkeitsdauer der Berechtigungsscheine für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
 - § 14 Ermächtigung zur Durchführung kurativer Leistungen
 - § 15 Ermächtigung zur Durchführung von Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
 - § 16 Ermächtigung von Ärzten zur Durchführung der Beratung im Rahmen sonstiger Hilfen
 - § 17 Ermächtigung von Ärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen
 - § 18 Rechte und Pflichten des ermächtigten Arztes
 - § 19 Überweisungen
 - § 20 Verordnung von Krankenhauspflege, häuslicher Krankenpflege
 - § 21 Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst
 - § 22 Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung
 - § 23 Ausschuß für Untersuchungs- und Heilmethoden
 - § 24 Röntgenleistungen und nuklearmedizinische Leistungen
 - § 25 Ärztliche Sachleistungen
 - § 26 Zytologische Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung
 - § 27 Humangenetische Leistungen
 - § 28 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Grundsatz der Wirtschaftlichkeit
 - § 29 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - § 30 Auskünfte und Bescheinigungen
 - § 31 Vordrucke zur Durchführung der kassenärztlichen Versorgung
 - § 32 Verzeichnis der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
 - § 33 Prüfungseinrichtungen, Prüfverfahren
 - § 34 Prüfung der Behandlungs- und Ordnungsweise
 - § 35 Begleichung von Schadensersatzansprüchen der Krankenkassen
 - § 36 Stationäre kassenärztliche Behandlung
 - § 37 Kassenärztliche Gesamtvergütung, Arzneimittelhöchstbetrag, Heilmittelhöchstbetrag
 - § 38 Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenärztliche Vereinigung
 - § 39 Statistische Auswertung der Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung
 - § 40 Prüfung der Abrechnungsunterlagen
 - § 41 Unterrichtung der Krankenkassen über Disziplinarverfahren
 - § 42 Vertragsausschuß
 - § 43 Inkrafttreten
 - § 44 Kündigung
-

Quelle: KV Nordrhein: GSV Bd. 1: Bundesmantelvertrag/Ärzte (BMV-Ä) zwischen der KBV und den Bundesverbänden der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen (in der Fassung vom 28. März 1986).

Die wichtigste Grundlage der Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen ist neben den gesetzlichen Bestimmungen der »Gesamtvertrag« (vgl. § 368g RVO). Dieser Vertrag wird mit den Verbänden der RVO-Kassen auf Landesebene geschlossen. Vor 1977, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) konnten die Gesamtverträge auch auf regionaler Ebene mit der einzelnen Kasse geschlossen werden; seitdem dürfen Gesamtverträge nur noch zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und dem Landesverband der jeweiligen Kasse vereinbart werden. Der allgemeine Inhalt der Gesamtverträge mit den RVO-Kassen wird in einem »Mantelvertrag« festgelegt. Dieser wird auf der Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen geschlossen. Die Übersichten 2.1 und 2.2 stellen den Aufbau des Mantelvertrages und eines Gesamtvertrages dar. Sie zeigen, welche Bereiche vertraglich geregelt sind.⁵

Wie sich der Gliederung dieser Verträge entnehmen läßt, haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sehr genau vereinbart, welche Leistungen ein Arzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbringen darf, welche nicht, und wie er seine Leistungen zu dokumentieren hat. Darüber hinaus ist vereinbart, wie die Gesamtvergütung zu berechnen ist, wie die Rechnungslegung durch die Kassenärztliche Vereinigung zu erfolgen hat, welche Ausschüsse zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen gebildet werden sollen, und bei welchen Themen die Kassenärztliche Vereinigung der Krankenkasse gegenüber zur Auskunft verpflichtet ist.⁶

Zur Aushandlung von Umfang und Vergütung der ärztlichen Versorgung, zur Durchführung derselben sowie zur Konfliktlösung bei Auseinandersetzungen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen im Laufe der Zeit eine Reihe von gemeinsamen Ausschüssen gebildet (vgl. Übersicht 2.3). Bereits das Berliner Abkommen von 1913 sah einen Zulassungsausschuß, einen Vertragsausschuß, ein Schiedsamt und einen »Zentralausschuß« vor, der ein Vorläufer des heutigen Bundesausschusses darstellt (vgl. Schneider 1981: 868). Diese Ausschüsse wurden im Laufe der Zeit in die Reichsversicherungsordnung übernommen und damit gesetzlich vorge-

5 Mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 ist eine Überarbeitung der Verträge erforderlich geworden. Aus diesem Grund entsprechen die hier wiedergegebenen Gliederungen nicht mehr dem aktuellen Stand.

6 Dies ist beispielsweise bei auf Veranlassung einer Krankenkasse eingeleiteten Disziplinarverfahren erforderlich (vgl. § 41 BMV-Ä).

Übersicht 2.2: Gliederung eines Gesamtvertrages**Abschnitt I:** Allgemeines

- § 1 Gegenstand
- § 2 Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung
- § 3 Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung
- § 4 Aufzeichnungen
- § 5 Sprechstundenbehandlung
- § 6 Besuchsbehandlung
- § 7 Behandlungsausweis
- § 8 Überweisungen
- § 9 Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst
- § 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- § 11 Auskünfte und Bescheinigungen
- § 12 Vordrucke und Kassenarztstempel
- § 13 Verzeichnis der an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
- § 14 Unterrichtung der Krankenkassen über Disziplinarverfahren
- § 15 Vertragsausschuß

Abschnitt II: Kassenärztliche Gesamtvergütung

- § 16 Bewertung der Leistungen / Berechnung und Zahlung der Gesamtvergütung / Rechnungslegung
- § 17 Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die KV Nordrhein – Formblatt 3
- § 18 Prüfung der Abrechnungsunterlagen

Abschnitt III: Arzneimittelhöchstbetrag

- § 19 [ohne Titel]

Abschnitt IV: Besondere Regelungen

- § 20 [ohne Titel]

Abschnitt V: Schlußbestimmungen

- § 21 Inkrafttreten und Kündigung

Quelle: KV Nordrhein: GSV Bd. 1: Inhalt der Gesamtverträge zwischen der KV Nordrhein und den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen sowie der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft (in der Fassung vom 1. Juli 1978).

geschrieben. Existenz und Aufgabenstellung dieser Ausschüsse lassen erkennen, welches die neuralgischen Punkte im Verhältnis von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sind.

Die Zulassungsausschüsse (§ 368b RVO) entscheiden gemäß der Zulassungsordnung über die Zulassung eines Arztes zur kassenärztlichen Versorgung und über die Entziehung der Zulassung. Gegen die Entscheidung des

Übersicht 2.3: Gemeinsame Ausschüsse der KVen und der gesetzlichen Krankenkassen

Erste Instanz	Zweite Instanz
Landesebene	
Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen	
Prüfungsausschuß	Beschwerdeausschuß
Vertragsausschuß	Landesschiedsamt
Zulassungsausschuß	Berufungsausschuß
Bundesebene	
Bewertungsausschuß	
Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen	
Vertragsausschuß	Bundesschiedsamt

Quelle: RVO §§ 368 b, g, h, i, n und o.

Zulassungsausschusses kann beim Berufungsausschuß Widerspruch eingelegt werden. Zulassungs- und Berufungsausschüsse sind paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der RVO-Kassen besetzt.

Die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen⁷ ist es, die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Kassenmitglieder zu beschließen (§ 368p Abs. 1 RVO). Diese Aufgabe umfaßt unter anderem die Erarbeitung von Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und die Erstellung von Preisvergleichslisten für Arznei- und Heilmittel (§ 368p RVO). Die vom Bundesausschuß beschlossenen Richtlinien müssen von der aufsichtsführenden Behörde, das war bis 1991 der Bundesminister für Arbeit,⁸ genehmigt werden.

Der Bundesausschuß besteht aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie neun Vertretern der Ärzte, sechs Vertretern der RVO-Krankenkassen, einem Vertreter der knappschaftlichen Krankenver-

7 Sein Vorläufer, der Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen, wurde 1923 vom Gesetzgeber gebildet. Er stellt eine Weiterentwicklung des im Berliner Abkommen von 1913 vereinbarten Zentralausschusses dar (vgl. Schneider 1981: 868).

8 Seit der Kabinettsumbildung nach den letzten Bundestagswahlen von 1990 ist es der Bundesgesundheitsminister, der die Aufsicht über die gesetzliche Krankenversicherung führt.

sicherung (§ 368o Abs. 3 RVO). Für bestimmte Aufgabenstellungen wurde der Bundesausschuß zwischen 1977 und 1989 um zwei Vertreter der Ärzte sowie zwei Vertreter der Ersatzkassenverbände erweitert (§ 368o Abs. 7 RVO).⁹ Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 sind auch die Vertreter der Ersatzkassenverbände permanente Mitglieder des Bundesausschusses.

Parallel zum Bundesausschuß wurden auf der Landesebene Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gebildet. Ihre Aufgabe ist es laut Reichsversicherungsordnung, die bezirkliche und örtliche enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen zu fördern sowie für ihren Bezirk Richtlinien aufzustellen, welche die Richtlinien des Bundesausschusses nach den bezirklichen Bedürfnissen ergänzen (§ 368q RVO). Die Landesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie jeweils sechs Vertretern der Ärzte und der RVO-Kassen (§ 368o Abs. 2 RVO).

Die Aufgabe der Schiedsämter ist es, einen Vertragsabschluß zu vermitteln, wenn ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande kommt (vgl. § 368h Abs. 1 RVO). Schiedsämter werden sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene eingerichtet und bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl (§ 368i Abs. 2 RVO). Wird der Vermittlungsvorschlag des Schiedsamtes von den Vertragsparteien abgelehnt, so kann das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt festsetzen (§ 368h Abs. 1 RVO). Auch wenn die Vertragsverhandlungen in der Regel zäh und mühsam sind, scheuen die Vertragspartner einen Gang zum Schiedsamt; nicht nur weil das Schiedsamt drei unparteiische Mitglieder enthält, deren Entscheidung nicht berechenbar ist, sondern auch weil dieses nicht berechenbare Urteil bindend ist (Interview).

Später als die bisher genannten Ausschüsse fanden die Prüfungsausschüsse Eingang in die Reichsversicherungsordnung. Die Prüfungsausschüsse werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung errichtet (§ 368n Abs. 5 RVO). In diesen Ausschüssen wird die Behandlungs- und die Verordnungsweise des einzelnen Kassenarztes auf seine Wirtschaftlichkeit überprüft. Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses kann beim Beschwerdeausschuß Widerspruch eingelegt werden. Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sind seit 1977 paritätisch

9 Bei den Aufgaben handelt es sich unter anderem um Rehabilitationsrichtlinien, um Früherkennungsrichtlinien oder um Bedarfsplanungsrichtlinien (vgl § 368p Abs. 4-7 RVO).

mit Vertretern der Ärzte und Vertretern der Krankenkassen zu besetzen (§ 368n Abs. 5 RVO).¹⁰

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurde ein weiterer gemeinsamer Ausschuß von Ärzten und Krankenkassen eingerichtet, der Bewertungsausschuß. Seine Aufgabe ist die Vereinbarung und Weiterentwicklung eines Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (§ 368i Abs. 8 RVO). Im Bewertungsmaßstab wird der relative Wert jeder ärztlichen Leistung definiert; er bildet die Grundlage der für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen verwendeten Gebührenordnung. Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie fünf von den Bundesverbänden der RVO-Kassen bestellten Vertretern (von jedem Bundesverband einer) und zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern.

Die letzten hier zu erwähnenden gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen sind die Vertragsausschüsse. Ihre Aufgabe ist die »Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, [die] Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und [die] Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge« (§ 368g Abs. 7 RVO). Diese Ausschüsse sind in den Gesamtverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen vorzusehen und paritätisch zu besetzen. So besteht beispielsweise der Vertragsausschuß zwischen der KV Nordrhein und den entsprechenden Landesverbänden der Krankenkassen aus jeweils drei Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände (§ 15 des Gesamtvertrages).

Das Verhältnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Ersatzkassen unterschied sich bis zum Gesundheits-Reformgesetz von 1988 unter anderem in sprachlicher Hinsicht von dem der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den RVO-Kassen: Die Versorgung der Mitglieder der Ersatzkassen wird vertragsärztliche Versorgung genannt; »Vertragsarzt« ist jeder Arzt, der am Ersatzkassenvertrag beteiligt und damit berechtigt ist, Mitglieder der Ersatzkassen zu behandeln. Im Gegensatz zu den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind die Ersatzkassen bundesweit organisiert; ihre Verbände schließen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den »Arzt/Ersatzkassenvertrag«

10 Bis zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 konnten die Krankenkassen formal nur einen von ihnen beauftragten Arzt entsenden, der beratend mitwirkte (§ 368n Abs. 4 RVO). Faktisch hatten sie jedoch schon vorher in Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erreicht, daß auch die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse paritätisch besetzt wurden.

über die Behandlung der Ersatzkassenmitglieder ab. Seine Struktur ist in Übersicht 2.4 dargestellt.

Auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Ersatzkassen gebildeten gemeinsamen Ausschüsse unterscheiden sich mehr im Namen als in der Funktion von den mit den RVO-Kassen gebildeten Ausschüssen. Die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen besteht auf der Grundlage des § 19 des Arzt/Ersatzkassenvertrages. Sie stellt das Äquivalent zu den Vertragsausschüssen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und RVO-Kassen dar. Ihre Aufgabe ist es,

- die Bestimmungen des Vertrages verbindlich auszulegen sowie die sich aus der Durchführung des Vertrages ergebenden grundsätzlichen Fragen zu klären,
- die vereinbarte Gebührenordnung verbindlich auszulegen und zu ändern, wobei die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen sind,
- bis zur Beschlußfassung durch den Bewertungsausschuß über die Berechnungsfähigkeit solcher Leistungen zu entscheiden, die noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verzeichnet sind (§ 19 EKV).

Die Arbeitsgemeinschaft setzt sich aus sechs Vertretern der KBV und sechs Vertretern der Ersatzkassenverbände zusammen.

Über die Beteiligung eines Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Beteiligungskommissionen, die paritätisch mit jeweils zwei Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und zwei Vertretern der Ersatzkassenverbände besetzt sind (§ 6 EKV). Gegen die Entscheidung der Beteiligungskommission kann bei der Berufungskommission Widerspruch eingelegt werden. Auch der Arzt/Ersatzkassenvertrag sieht die Bildung von Prüfungs- und Beschwerdekommisionen vor, deren Aufgabe es ist, darüber zu entscheiden, ob die ärztliche Behandlungs- und Abrechnungsweise »dem Erfordernis der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit genügt« (§ 14 EKV). Diese Prüfungskommissionen bestanden aus drei bis fünf Vertragsärzten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung bestellt wurden, und einem Vertreter des Verbandes der Ersatzkassen (§ 15 EKV). Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 sind auch sie paritätisch zu besetzen (§ 106 Abs. 7 SGB V).

Bis 1977 war es dem niedergelassenen Arzt auch möglich, nur die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu beantragen, d.h., sich auf die Behandlung von Ersatzkassen- und Privatpatienten zu beschränken. Diese Möglichkeit wurde mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz aufgehoben. Seitdem kann der Arzt nur noch dann zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er sich gleichzeitig an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt.

Übersicht 2.4: Gliederung des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages (EKV)

-
- § 1 Zweck, Träger und Gegenstand des Vertrages
 - § 2 Vertragsleistungen
 - § 3 Durchführung des Vertrages
 - § 4 Anspruchsberechtigung und Arztwahl
 - § 5 Vertragsärzte
 - § 5a Dienstleistungen erbringende Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der EG
 - § 6 Durchführung des Verfahrens bei Beteiligung und Widerruf der Beteiligung
 - § 7 Beendigung und Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit
 - § 8 Krankenscheine
 - § 9 Vergütung der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit
 - § 10 Regelung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
 - § 11 Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
 - § 12 Abrechnungsverkehr zwischen Vertragsarzt und KV
 - § 13 Abrechnungsverkehr zwischen KV und Vertragskasse
 - § 14 Prüfung der Behandlungs- und Abrechnungsausweise
 - § 15 Prüfungsverfahren
 - § 16 Arzneimittelhöchstbetrag
 - § 17 Prüfung der Verordnungsweise
 - § 18 Schadensersatzansprüche der Vertragskasse gegen den Vertragsarzt
 - § 19 Arbeitsgemeinschaft Ärzte/ Ersatzkassen
 - § 20 Vertragsverletzung durch den Vertragsarzt
 - § 21 Vertragsdauer – Kündigung
 - § 22 Schiedsamt
 - § 23 Übergangsbestimmungen

Anlagen

- 1 Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 11 EKV [seit 1975 Anlage 1 zur E-GO]
- 2 Durchführungsbestimmungen zum Vertrag
- 3 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung vom 19. Juni 1978
- 4 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- u. Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung vom 16.2.82
- 5 Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie
- 5a Anwendung von Verhaltenstherapie
- 6 Richtlinien für die Durchführung und Prüfung von Pneumothoraxbehandlungen
- 7 Richtlinien für die Anwendung von Pleoptik und Orthoptik
- 9 Mutterschaftsvorsorge gemäß § 196 RVO
- 10a Früherkennung von Krebserkrankungen
- 10b Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung d. 4. Lebensjahres
- 11 Rehabilitation
- 12 Sonstige Hilfen
- 14 Ambulante Dialysebehandlung
- 15 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhauspflege vom 26. Februar 1982
- 17 Durchführung von aktiven Schutzimpfungen
- 18 Großgeräte-Richtlinien-Ärzte

Quelle: KV Nordrhein: GSV Bd. 2: Arzt/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) zwischen der KBV und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (in der Fassung vom 1. Juli 1986).

Der unterschiedliche Status von Ersatzkassen und RVO-Kassen ist, abgesehen von den hier aufgeführten vertragsrechtlichen Besonderheiten, insbesondere darin zu sehen, daß die Ersatzkassen aufgrund ihrer im Durchschnitt besser gestellten Klientel finanziell besser ausgestattet sind als die RVO-Kassen. Dies befähigt sie, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen großzügigere Honorarverträge zu vereinbaren, die eine bessere ärztliche Versorgung der Ersatzkassenmitglieder ermöglichen. Dadurch sehen sich jedoch die RVO-Kassen verpflichtet, es den Ersatzkassen gleichzutun, wollen sie nicht ihre besserverdienenden Mitglieder an diese verlieren. Diesen Wettbewerb konnten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere im Laufe der 60er Jahre zunutze machen und so ihren Mitgliedern zu beträchtlichen Einkommenssteigerungen verhelfen. Wie auch die Gewerkschaften beginnen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen, von denen sie die besten Abschlüsse erwarten.¹¹

Die Darstellung der gemeinsamen Ausschüsse von Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen und ihrer Aufgaben vermittelt ein relativ deutliches Bild von Umfang und Komplexität der Beziehungen zwischen den Vertragspartnern. Darüber hinaus lassen sich an der Existenz und Aufgabenstellung der Ausschüsse auch die Schwerpunkte der gemeinsamen Tätigkeit der Vertragspartner ablesen. Hierbei handelt es sich um

- die Zulassung als Kassenarzt beziehungsweise den Widerruf der Zulassung (Zulassungsausschüsse),
- die Erarbeitung von Richtlinien über Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung (Bundes- und Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen),
- die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung (Prüfungsausschüsse),
- die Aushandlung der Gesamtverträge und der Honorarverträge (Vertragsausschüsse, Schiedsämter),
- die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Bewertungsausschuß).

Die Tatsache, daß diese Gremien paritätisch besetzt sind, spricht eher gegen die häufig vertretene These, daß die Krankenkassen sich ohnmächtig mit der Rolle des Zahlmeisters begnügen müßten und keinerlei Kontrolle über Art, Umfang und Kosten der kassenärztlichen Versorgung besäßen. Stattdessen

¹¹ Dies sind in der Regel Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen sowie Kassen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Nord-Württemberg und Nordbaden.

zeigt sich, daß alle Fragen, die die kassenärztliche Versorgung betreffen, in Ausschüssen ausgehandelt werden, in denen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gleich stark vertreten sind. Die immer wieder konstatierte Unterlegenheit der Kassenseite, insbesondere in den Honorarverhandlungen, ist damit nur schwer mit den von der Reichsversicherungsordnung gesetzten Rahmenbedingungen zu erklären. Ihre Ursache ist eher in dem oben beschriebenen Konkurrenzverhältnis der Krankenkassen untereinander zu suchen. Darüber hinaus fällt es den Krankenkassen solange schwer, überzogene Honorarforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wirksam zurückzuweisen, solange die Öffentlichkeit, wie das bis Mitte der 70er Jahre der Fall war, eher an einer Verbesserung des Angebots an ärztlichen Leistungen als an einer Begrenzung des Kostenanstiegs interessiert ist.¹²

2 Das Verhältnis zu den Mitgliedern

Grundlegendes Merkmal des Verhältnisses der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ihren Mitgliedern ist die ihm innewohnende Ambivalenz, die bereits im Auftrag des Gesetzgebers an die Kassenärztlichen Vereinigungen angelegt ist. Laut Reichsversicherungsordnung ist die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur die Wahrnehmung der »Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen«. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen sich dazu verpflichtet haben, »die den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung ... sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht«, besteht ihre Aufgabe auch darin, »die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls ... zu ihrer Erfüllung anzuhalten« (vgl. § 368n Abs. 1 und 2 RVO).

Das Ziel dieses Abschnitts ist es darzustellen, welche Pflichten dem Kassenarzt obliegen, auf welchem Wege die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung dieser Pflichten überwachen und mit welchen Mitteln sie die Kassenärzte zur Erfüllung ihrer Pflichten anhalten kann. Dazu muß zunächst geklärt werden, was unter Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu ver-

12 Vgl. den Diskussionsbeitrag von Schwartz (Knappe 1985: 95-97).

stehen ist. Mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 wurde das Ziel der Sicherstellung vom Gesetzgeber folgendermaßen definiert:

Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen (§ 368 Abs. 3 RVO).¹³

Die Beziehung zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung ist in den autonomen Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigung definiert. Übersicht 2.5 zeigt, welche Normen dazu zu rechnen sind. Diese Normen werden von der Vertretersammlung (beziehungsweise, soweit es sich um Richtlinien handelt, vom Vorstand) der Kassenärztlichen Vereinigung beschlossen.

Übersicht 2.5: Autonome Satzungen der KVen

- Satzung
 - Wahlordnung
 - Disziplinarordnung
 - Notfalldienstordnung
 - Honorarverteilungsmaßstab
 - Richtlinien zur Ausführung bestimmter Sachleistungen
-

Quelle: Übernommen aus: Liebold (1984c: 130).

Die Rechte und Pflichten der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigung in der Regel folgendermaßen umschrieben: Die Rechte des Kassenarztes umfassen neben dem Recht auf Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung das aktive und passive Wahlrecht zu den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie das Recht auf Widerspruch für den Fall, daß sich der Kassenarzt durch eine Maßnahme der Kassenärztlichen Vereinigung in seinen Rech-

13 Mit dem Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung von 1986 wurde dieser Absatz um folgenden Satz erweitert: »Dabei sollen Unterversorgung oder Überversorgung vermieden, ein ausgewogenes Verhältnis unter den an der Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, insbesondere zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hergestellt sowie die Qualität der kassenärztlichen Versorgung gewährleistet werden.«

ten beeinträchtigt glaubt (siehe Übersicht 2.6). Die Liste der Pflichten, die ein Arzt mit der Zulassung als Kassenarzt eingeht, nimmt, wie sich Übersicht 2.6 entnehmen läßt, einen breiteren Raum ein als die seiner Rechte. Die oberste Pflicht des Kassenarztes ist die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Darüber hinaus umfaßt die Liste die Pflicht zur Beachtung der Satzungsbestimmungen und der satzungsgemäß gefaßten Beschlüsse der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und Vereinbarungen, die Auskunftspflicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst und an den Fortbildungsmaßnahmen¹⁴ der Kassenärztlichen Vereinigung.

Übersicht 2.6: Rechte und Pflichten der Mitglieder der KVen

-
- Recht auf Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung
 - aktives und passives Wahlrecht
 - Recht auf Widerspruch im Falle der Beeinträchtigung der eigenen Rechte
.....
 - Pflicht zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung
 - Pflicht zur Beachtung der Satzungsbestimmungen und der satzungsgemäß gefaßten Beschlüsse der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und Vereinbarungen
 - Auskunftspflicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung
 - Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst
 - Pflicht zur Teilnahme an den Fortbildungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung
-

Quelle: KV Nordrhein, GSV Bd. 1: Satzung der KV Nordrhein § 4. Vgl. auch Heine mann/ Liebold (1990: T 9).

Gegenüber Mitgliedern, »die ihre kassenärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen, insbesondere gegen die für sie verbindlichen vertraglichen Bestimmungen und Richtlinien verstoßen oder unrichtige Bescheinigungen oder Berichte über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit erteilen«, muß die Kassenärztliche Vereinigung über Befugnisse und Mittel zur Sanktionierung dieser Mitglieder verfügen (vgl. § 368m Abs. 4 RVO). Das Verfahren

14 Zur Fortbildung ihrer Ärzte »auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit« sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 gesetzlich verpflichtet (§ 368m Abs. 5 RVO).

zur Ausübung dieser Befugnisse ist in der Disziplinarordnung jeder Kassenärztlichen Vereinigung definiert, die von der Vertreterversammlung beschlossen und gegebenenfalls geändert wird. Als mögliche Sanktionsmittel nennt der Gesetzgeber »Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 20.000 Deutsche Mark oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu sechs Monaten« (vgl. § 368m Abs. 4 RVO).¹⁵

Eine wesentliche Pflicht des Kassenarztes, die im Laufe der Zeit zunehmend an Bedeutung gewonnen hat (und weiterhin gewinnen wird), ist die Berücksichtigung des Aspekts der Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung eines Patienten. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Kassenarztes wird von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen überprüft, die von Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen paritätisch zu besetzen sind. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt anhand der Behandlungsnachweise, die der Kassenarzt jeweils zum Quartalsende bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung einreicht.¹⁶ Die Sachbearbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung erfassen die Angaben des Kassenarztes mittels elektronischer Datenverarbeitung¹⁷ und prüfen sie auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit sowie Konsistenz.¹⁸

In einem zweiten Schritt wird anhand der EDV-Ausdrucke geprüft, inwieweit die vom einzelnen Arzt abgerechneten Leistungen sowie die von ihm

15 Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 kann ein Rufen der Zulassung bis zu zwei Jahren angeordnet werden (§ 81 Abs. 5 SGB V).

16 Bei dem Behandlungsnachweis handelt es sich um den vom Patienten mitgebrachten Krankenschein, auf dessen Rückseite der Kassenarzt das Datum der Leistungserbringung, die Diagnose sowie die Nummern der von ihm erbrachten Leistungen einträgt. Die Nummer entnimmt er der mit dem Verband der jeweiligen Krankenkasse vereinbarten Gebührenordnung.

17 Laut Liebold (1984a: 288-289) sind es mehr als die Hälfte der (1984) mehr als 5.000 hauptamtlichen Mitarbeitern der achtzehn Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich mit der Bearbeitung der Abrechnungen der Kassenärzte beschäftigen. Die [damals] rund 67.000 an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte rechneten pro Jahr mehr als 270 Mio. »Fälle« ab. Unter der Annahme, daß »im Durchschnitt aller Scheine je Schein etwa 6,5 Leistungen anfallen«, müsse man »pro Jahr in der Bundesrepublik mit etwa 1,7 Mrd. Leistungen rechnen, die zu prüfen, zu bewerten und je Arzt und je Kostenträger abzurechnen sind« (ebd.).

18 Beispielsweise wird kontrolliert, ob sich gegenseitig ausschließende Leistungen abgerechnet worden sind. Dabei handelt es sich um Leistungen, die bei der Behandlung eines Patienten nicht am selben Tag erbracht werden dürfen. Werden solche Leistungen erbracht, ist prinzipiell nur eine der beiden Leistungen abrechenbar.

ausgestellten Bescheinigungen (beispielsweise über Arbeitsunfähigkeit) und veranlaßten Arzneimittelverordnungen dem durchschnittlichen Leistungsprofil seiner Fachgruppe entsprechen oder diesen Durchschnitt übersteigen. Legen die Abrechnungsunterlagen den Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit in der Behandlungs- oder Verordnungsweise nahe und stellt die Kassenärztliche Vereinigung oder die Krankenkasse einen entsprechenden Antrag, so werden die Abrechnungsunterlagen an einen Prüfarzt verschickt. Dieser Prüfarzt kontrolliert die Abrechnungsunterlagen und erstattet dem Prüfungsausschuß darüber einen Bericht.¹⁹ Der Prüfungsausschuß hat zu entscheiden, ob die Leistungen unwirtschaftlich erbracht wurden und ob in diesem Falle eine Regreßforderung²⁰ der Krankenkasse gerechtfertigt ist (vgl. Hess 1981: 43).²¹ Ist der Prüfungsausschuß der Ansicht, daß Leistungen unwirtschaftlich erbracht wurden, sollte von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung eine Beratung des Arztes hinsichtlich seiner Behandlungs- und Verordnungsweise erfolgen.

Die Wirksamkeit des Prüfwesens als Mittel zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise ist jedoch gering; nach verschiedenen Angaben beträgt die Summe der Honorarkürzungen gerade 1% des Gesamthonorars.²² Trotzdem trägt das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht unwesentlich zur Abneigung der Kassenärzte gegenüber der Aufsichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen bei. Ursache hierfür scheint vor allem zu sein, daß das Verfahren oft nicht transparent ist und daß die Entscheidungen den Betroffenen häufig willkürlich erscheinen.²³

Der Kassenarzt ist nicht nur zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verpflichtet. Darüber hinaus soll seine Leistung auch »den Regeln der ärztlichen Kunst« (§ 368e RVO) entsprechen, d.h., sie muß den geltenden Quali-

19 Als Prüfarzt wird ein Arzt ausgewählt, der demselben Fachgebiet angehört, dessen Praxis sich jedoch weit entfernt von derjenigen des zu prüfenden Kollegen befindet (Liebold 1984a: 290).

20 Eine Regreßforderung ist die Forderung der Krankenkasse an den Arzt, ihr die ihr infolge seiner unwirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise entstandenen Kosten zu erstatten.

21 Gegen den Beschluß des Prüfungsausschusses kann der Arzt, jede betroffene Krankenkasse oder die Kassenärztliche Vereinigung Widerspruch einlegen. Über den Widerspruch entscheidet der Beschwerdeausschuß. Widerspruch gegen den Beschluß des Beschwerdeausschusses wird beim örtlich zuständigen Sozialgericht eingelegt (vgl. Liebold 1984a: 291-292).

22 Vgl. *Ärzte-Zeitung* (2.8.1990: 10; 20.11.1990: 2).

23 Vgl. ausführlicher Kapitel 8.

tatsanforderungen genügen. Dieses Ziel müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß der Vorgaben des Gesetzgebers auf mehreren Wegen erreichen. Zum einen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 zur Fortbildung ihrer Ärzte »auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit« verpflichtet (§ 368m Abs. 5 RVO). Übersicht 2.7 zeigt, wie beispielsweise die KV Nordrhein diese Bestimmung in Satzungsrecht umsetzte.

Darüber hinaus muß der Kassenarzt auch in regelmäßigen Abständen nachweisen, daß seine Geräte (beispielsweise Labor- oder Röntgenapparate) und seine Qualifikation zur Bedienung dieser Geräte den erforderlichen Stan-

Übersicht 2.7: Fortbildungsbestimmungen der KV Nordrhein

Die gemäß § 368m Abs. 5 RVO den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten obliegende Fortbildung erstreckt sich auf:

- a. die Aufrechterhaltung und Vertiefung des Wissens über Inhalt und Auswirkungen der für die kassenärztliche Tätigkeit jeweils maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen, Verordnungen, Richtlinien und Verträge
- b. den Erwerb der für die kassenärztliche Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder Untersuchungs- und Heilmethoden, welche neu in die kassenärztliche Versorgung eingeführt werden
- c. die Aufrechterhaltung und Vertiefung des Wissens über die Beachtung des Gebotes der wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise bei der Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit.

Die Fortbildung in den unter Abs. 1 aufgeführten Gebieten kassenärztlicher Tätigkeit erfolgt in Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder in Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern, welche diese im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf den in Abs. 1 genannten Gebieten durchführen.

In hierfür geeigneten Gebieten kann eine ausreichende Fortbildung auch durch andere Methoden nachgewiesen werden.

Zur Teilnahme an den Fortbildungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung ist jeder an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet. Die Fortbildungsmaßnahmen und der Kreis der teilnahmepflichtigen Ärzte werden jeweils im Rheinischen Ärzteblatt bekanntgegeben. Der Teilnahmepflicht wird durch die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen genügt, wenn sie nach Inhalt und Umfang vergleichbar sind.

Quelle: Übernommen aus: KV Nordrhein, GSV Bd. 1: Satzung der KV Nordrhein § 4 Abs. 10. Vgl. auch Heinemann/ Liebold (1990: T 9).

dards entsprechen. Diese Anforderungen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Richtlinien zur Qualitätssicherung der betreffenden Leistung definiert.²⁴ Kann ein Arzt diese Anforderungen nicht erfüllen, so ist er nicht berechtigt, die betreffenden Leistungen zu erbringen bzw. abzurechnen.²⁵

Jenseits dieser direkten Bestimmungen soll die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung auch indirekt mittels des Honorarverteilungsmaßstabes sichergestellt werden. Die Reichsversicherungsordnung bestimmt, daß der Verteilungsmaßstab »zugleich sicherstellen [solle], daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird« (§ 368f Abs. 1 RVO). Aus diesem Grund enthalten die meisten Honorarverteilungsmaßstäbe Bestimmungen darüber, um wieviel Prozent die Honoraranforderung eines Arztes zu kürzen ist, wenn sie eine bestimmte (fachgruppenspezifisch festgelegte) Gesamtpunktzahl überschreitet. Dieser Regelung liegt, so Hess (1981: 41), die Vermutung zugrunde, daß »bei einem übermäßigen Gesamtvolumen der Honoraranforderung eines einzelnen Arztes gegenüber der Honoraranforderung seiner Fachgruppe ... die einzelne Leistung nicht sorgfältig genug erbracht worden ist, da sonst in der zur Leistungserbringung insgesamt zur Verfügung stehenden Zeit vom Arzt als Freiberufler ein solches Ausmaß an Leistungen persönlich nicht hätte erbracht werden können«.

Nach einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes entfielen 1987 im Durchschnitt mehr als 80% des Umsatzes eines niedergelassenen Arztes auf seine kassenärztliche Tätigkeit.²⁶ Das bedeutet, daß der Kassenarzt mehr als 80% der von ihm erbrachten Leistungen über seine Kassenärztliche Vereinigung abrechnet. Der Alltag des Kassenarztes wird damit wesentlich von den Anforderungen und Bestimmungen seiner Kassenärztlichen Vereinigung geprägt. Relevant für sein Handeln sind zum einen die Qualitätsanforderungen, die in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen erlassenen Richtlinien definiert sind. Zum anderen hat der Kassenarzt bei seiner Tätigkeit auf die Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungs- und Verordnungsweise zu achten,

24 Solche Richtlinien existieren unter anderem zur Qualitätssicherung von medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Röntgen- und nuklearmedizinischen Leistungen sowie zytologischen Untersuchungen (Liebold 1984c: 135; siehe auch Heinemann/ Liebold 1990: V).

25 Seit der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988 ist diese Praxis auch gesetzlich vorgeschrieben: »Die Kassenärztliche ... Bundesvereinigung ... bestimm[t] durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung« (§ 135 Abs. 3 SGB V).

26 Statistisches Bundesamt: Fachserie 2, Reihe 1.6.1 (1990: 12).

wenn er Sanktionen vermeiden will. Schließlich wird sein Handlungsspielraum bezüglich der kassenärztlichen Versorgung auch durch die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Gebührenordnung eingeschränkt, da der Kassenarzt nur zur Erbringung und Abrechnung solcher Leistungen berechtigt ist, die in der Gebührenordnung enthalten sind.

Der in eigener Praxis niedergelassene Arzt gilt in der Berufssoziologie als Prototyp eines Freiberuflers. Das Kennzeichen eines Freiberuflers ist, daß er dank seines Expertenwissens über eine relativ hohe berufliche Autonomie verfügt, d.h. selbst über Inhalt und Ablauf seines Arbeitsprozesses entscheiden kann (vgl. Döhler 1989: 179). Die vorangegangene Darstellung unterstützt diese Sichtweise nicht. In dem Maße, in dem der Wirtschaftlichkeitsaspekt die kassenärztliche Versorgung dominiert, verkleinert sich der Handlungsspielraum des Kassenarztes. Dies gilt nicht nur für den hausärztlich tätigen Kassenarzt, der, da er zur kassenärztlichen Versorgung verpflichtet ist, kaum einen Notfall abweisen darf und insofern trotz Bestellpraxis nur ungenügende Kontrolle über den Ablauf seines Arbeitsprozesses hat. Der hochspezialisierte Gebietsarzt (wie beispielsweise der Radiologe oder Laborarzt) kann zwar den Ablauf seines Arbeitsprozesses besser kontrollieren, nicht jedoch, da er ja nur auf Überweisung tätig werden darf, den Inhalt. Ihm wird auf dem Überweisungsschein vorgegeben, welche Untersuchungen er durchzuführen hat.

Das hier entworfene Bild der Beziehung zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung legt den Schluß nahe, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber dem Kassenarzt eine ziemlich restriktive Rolle spielen können bzw. spielen. Dieses Bild ist sicher zutreffend für die Zeit vor und kurz nach dem zweiten Weltkrieg sowie für die gegenwärtige Phase der Kostendämpfungsbemühungen im Gesundheitssektor. Nur die Prosperitätsphase der 60er und der ersten Hälfte der 70er Jahre, in der die Kassenärzte relativ zum Arbeitnehmereinkommen überdurchschnittliche Einkommenssteigerungen verzeichnen konnten, ist mit diesem Bild nicht korrekt beschrieben. Mangels eines entsprechenden Drucks von außen konnten sich damals die Kassenärztlichen Vereinigungen den Kassenärzten gegenüber eine »laissez faire«-Haltung erlauben, d.h., die Definition von Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung weitgehend den Kassenärzten überlassen.

Die Tatsache, daß der Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Phase wirtschaftlicher Prosperität größer ist als in den Phasen wirtschaftlicher Schwierigkeiten, kann nicht als Beschränkung der hier gewonnenen Einsicht gelten, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der zahlreichen vertraglichen Vereinbarungen und autonomen Satzungsnormen gegenüber dem Kassenarzt eine eher restriktive Rolle übernehmen. Sie zeigt

vielmehr, daß es nicht alleine diese Normen sind, die das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung beeinflussen. Eine gewichtige Rolle spielt auch der Druck von »außen«, der sich insbesondere in den Vorstellungen der Regierung, des Gesetzgebers und der Öffentlichkeit manifestiert. Die Bedeutung der Verstärkung dieses Drucks von außen – in Gestalt der Kostendämpfungsbemühungen – für das Verhältnis zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen wird im zweiten Teil dieser Arbeit einer eingehenden Untersuchung unterzogen.

Kapitel 3

Kassenärztliche Vereinigungen als Arenen: Die Logik der Willensbildung

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Kassenärztliche Vereinigungen als korporative Akteure betrachtet, die gegenüber den Krankenkassen die Rechte ihrer Mitglieder und gegenüber ihren Mitgliedern die Rechte der Krankenkassen vertreten. In dieser Darstellung wurde der Prozeß der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen vernachlässigt. Untersucht man den Prozeß der Willensbildung, so erscheint die Kassenärztliche Vereinigung nicht länger als korporativer Akteur, der Entscheidungen trifft und ausführt, sondern eher als Arena, in der miteinander um Einfluß konkurrierende Interessengruppen versuchen, eine korporative Entscheidung in ihrem Sinne herbeizuführen.

Entscheidungen können auf viele Arten herbeigeführt werden. Das Spektrum reicht von der diktatorischen Entscheidung eines einzelnen bis zur einstimmig getroffenen Entscheidung aller. Entscheidungsregeln unterscheiden sich in dem Ausmaß, in dem die von der Entscheidung Betroffenen in das Entscheidungsverfahren einbezogen werden, und in den Kosten, die sie verursachen. So haben zwar bei der Einstimmigkeitsregel alle Beteiligten das größtmögliche Mitspracherecht, genau dadurch ist diese Entscheidung jedoch mit den höchsten Kosten verbunden. Aus diesem Grund wird jenseits der Kleingruppe in der Regel auf eine direkte Demokratie verzichtet und eine repräsentative Demokratie gebildet. Das bedeutet, daß die Gruppenmitglieder ihre Entscheidungsbefugnisse an ein Gremium delegieren, das aus einer überschaubaren Anzahl von Mitgliedern besteht.

Die Möglichkeiten der Ausgestaltung des Delegationsverfahrens sind mindestens ebenso vielfältig wie die Arten von Entscheidungsverfahren. Zu fragen ist, welche Kompetenzen an welche Gremien delegiert werden und nach welchen Regeln diese Gremien besetzt werden. Die Analyse des Prozesses der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhaltet

tet damit zwei Komponenten: die Analyse des Delegationsverfahrens sowie die Analyse des Entscheidungsverfahren innerhalb dieser Gremien. Das Ziel dieser Analyse ist zu zeigen, wer innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen welche Befugnisse hat. Die Darstellung der Funktion und Kompetenzen dieser Gremien bildet die Grundlage für die in Kapitel 4 geführte Diskussion, warum eine Vorstandsverflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung für ärztliche Berufsverbände überhaupt von Interesse sein könnte.

Auch das Verfahren der Besetzung der Entscheidungsgremien muß als eine wichtige Determinante der Vorstandsverflechtung betrachtet werden, da es die Chance beeinflußt, die das Mitglied eines freien Verbandes hat, in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu gelangen. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieses Kapitels das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen untersucht. Es wird dargestellt, wie man Mitglied eines Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung wird. Ein Wahlsystem umfaßt sowohl die zumeist in Wahlordnungen niedergelegten offiziellen Regeln des Wahlverfahrens als auch die selten explizierten Regeln der Nominierung der Kandidaten. Das Ziel ist herauszuarbeiten, auf welche Weise die Chance, in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu gelangen, durch die spezifische Ausprägung der Wahlsysteme beeinflußt wird.

Innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen kann zwischen vier Gruppen von Akteuren mit unterschiedlichen Kompetenzen unterschieden werden: einfache Mitglieder, Mitglieder der Vertreterversammlung, Mitglieder des Vorstandes und Mitglieder der Geschäftsstelle. Eine weitere Differenzierung der Kompetenzhierarchie entsteht durch die Unterordnung der Kassenärztlichen Vereinigungen unter die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann wiederum zwischen den Gremien Vertreterversammlung, Vorstand, Länderausschuß und Geschäftsstelle unterschieden werden. Im Rahmen dieses Kapitels wird untersucht, welche Einflußmöglichkeiten diese unterschiedlichen Gruppen und Gremien innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung auf Entscheidungen und Handlungen derselben haben. Im folgenden wird zunächst gezeigt, aus welchen Kreisen der Ärzteschaft sich die Kassenärzteschaft rekrutiert und welche Gruppen es innerhalb der Kassenärzteschaft damit gibt.

1 Mitgliederstärke und Mitgliederstruktur der KVen

Die Bezeichnung »Arzt« darf in Deutschland führen, wer die Approbation erworben hat.¹ Mit der Approbation wird der Arzt automatisch Mitglied einer Ärztekammer.² Die Mitglieder der Ärztekammern können sowohl nach Arztbezeichnung (Allgemeinarzt, Internist etc.) als auch nach Tätigkeitsart (selbständig, angestellt, ohne ärztliche Tätigkeit) differenziert werden. Tabelle 3.1 zeigt die Verteilung der Kammerangehörigen auf die unterschiedlichen Tätigkeitsarten.

Tabelle 3.1: Kammerangehörige nach Tätigkeitsbereich

Tätigkeitsbereich	Kammerangehörige ^a	
	abs.	in %
Niedergelassen	70.277	32
In Krankenhäusern tätig	82.580	38
Bei Behörden tätig	7.792	4
Mit sonstiger ärztlicher Tätigkeit	10.838	5
Ohne ärztliche Tätigkeit	44.951	21
Summe	216.438	100

a Stand 31.12.1987.

Quelle: BÄK, TB (1988: 28-29).

Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen stellen, mengentheoretisch gesprochen, eine Teilmenge der Kammerangehörigen dar. Sie lassen sich in zwei Gruppen einteilen, ordentliche und außerordentliche Mitglieder. Ordentliche Mitglieder sind, so die Definition der RVO, »die Kassenärzte und – für die Dauer ihrer Beteiligung – die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte« (§ 368k Abs. 4 RVO). Als »Kassenärzte« werden diejenigen an

1 Die Approbation ist die staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde unter der Bezeichnung »Arzt« (vgl. Narr 1984b: 53).

2 Auch die Ärztekammern sind, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, Körperschaften des öffentlichen Rechts. D.h., nur wer Mitglied einer Ärztekammer ist, darf ärztlich tätig werden. Die Aufgaben der Ärztekammern umfassen u.a. die Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten durch die Mitglieder, die Weiter- und Fortbildung der Mitglieder, die Wahrung der Berufsehre und die Mitwirkung bei der Gestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege.

der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bezeichnet, die sich in einer eigenen Praxis oder einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen haben. Bei den beteiligten Ärzten handelt es sich um diejenigen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die in einem Krankenhaus angestellt sind.³

Außerordentliche Mitglieder sind nach der Definition der RVO »die in das Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzte« (ebd.). Dabei handelt es sich zum einen um ehemalige Kassenärzte, die aus Altersgründen ihre Zulassung zurückgegeben haben, nicht jedoch ihre Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung aufgeben wollen. Zum anderen sind es berufstätige Ärzte, die entweder planen, sich zu einem späteren Zeitpunkt als Kassenarzt in eigener Praxis niederzulassen, oder zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt wurden.⁴

Tabelle 3.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ärztlichen Tätigkeitsbereiche. 1988 hatten die Kassenärztlichen Vereinigungen ca. 71.000 ordentliche und ca. 38.000 außerordentliche Mitglieder, das sind zusammengenommen etwa 50% der Kammerangehörigen (vgl. Tabelle 3.1). Den größten Teil der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen stellen, wie Tabelle 3.2 entnommen werden kann, die Kassenärzte, das sind die in eigener oder Gemeinschaftspraxis niedergelassenen Ärzte. Ihr Anteil an den niedergelassenen Ärzten liegt bei ungefähr 96% (vgl. Tabelle 3.1).⁵ Bei den außerordentlichen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich, wenn die der Tabelle zugrunde liegenden Schätzungen korrekt sind, zu etwa zwei Dritteln um Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind und sich in das Kassenarztregi-

-
- 3 Krankenhausärzte können an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden, »sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten« (§ 368a Abs. 8 RVO). Ende 1988 hatten knapp 6% der 72.386 ordentlichen Mitglieder den Status eines beteiligten Arztes (KBV Tätigkeitsbericht 1990: 186).
 - 4 Die Ermächtigung ist die dritte Form der Beteiligung eines Arztes an der kassenärztlichen Versorgung (neben der Zulassung als Kassenarzt und der Beteiligung eines Krankenhausarztes). Eine Ermächtigung wird beispielsweise erteilt, wenn es gilt, eine Unterversorgung abzuwenden, einen begrenzten Personenkreis (Beschäftigte eines abgelegenen Betriebes) zu behandeln, oder wenn sich der Arzt (beispielsweise als Ausländer) nur für einen beschränkten Zeitraum an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt (vgl. Liebold 1984b: 46-47).
 - 5 Das bedeutet im Umkehrschluß, daß etwa 4% der niedergelassenen Ärzte ausschließlich Privatpatienten behandeln.

Tabelle 3.2: KV-Mitglieder nach Tätigkeitsbereich

Tätigkeitsbereich	KV-Mitglieder ^a					
	ordentliche Mitglieder		außerordentliche Mitglieder		Summe	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Niedergelassen Krankenhaus/ Sonstige Tätigkeit	67.200	95	0	0	67.200	62
Ohne ärztl. Tätigkeit	3.900	5	24.900 ^b	66	28.800	26
	0	0	13.000	34	13.000	12
Summe	71.000	100	37.900	100	108.900	100

a Stand 1988. Die Werte sind gerundet.

b Die Werte in den schattierten Feldern sind Schätzungen von mir, sie beruhen auf Angaben der KV Hessen.

Quellen: BÄK, TB (1988: 28-9); KBV, TB (1989: 89); KBV, M-RStat (16.8.1990); KV Hessen, M-HGF (3.12.1993); eigene Schätzungen und Berechnungen.

ster haben eintragen lassen, weil sie eine Niederlassung als Kassenarzt planen. Das andere Drittel der außerordentlichen Mitglieder stellen ehemalige Kassenärzte, die ihre Kassenarztstätigkeit aus Altersgründen aufgegeben haben, ihre KV-Mitgliedschaft jedoch beibehalten.

In den alten Bundesländern gibt es achtzehn Kassenärztliche Vereinigungen, die jeweils eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Das bedeutet, daß sie im Rahmen der rechtlichen Vorgaben der Reichsversicherungsordnung durchaus Spielraum bei der Gestaltung der Willensbildung und des Wahlsystems haben. Die Variationsmöglichkeiten, die sich hier bieten, konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht systematisch untersucht werden. In der folgenden Darstellung wird, soweit Informationen dazu verfügbar waren, auf entsprechende Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Konsequenzen hingewiesen.

Einen Überblick über Mitgliederstärke und Mitgliederstruktur der achtzehn westdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen gibt Tabelle 3.3. Die Tabelle zeigt, daß es in der Mitgliederstärke der Kassenärztlichen Vereinigungen beträchtliche Variationen gibt. Die Plätze 1 bis 5 in der Rangordnung der KVen nach Mitgliederstärke nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Niedersachsen und Hessen ein; sie haben mehr als bzw. knapp 10.000 Mitglieder. Platz 17 und 18 der Rangordnung belegen die Kassenärztlichen Vereinigungen Rheinhessen und Trier; sie haben

Tabelle 3.3: Mitgliederstärke und Mitgliederstruktur der KVen

Kassenärztliche Vereinigung	Mitglieder ^a					
	insgesamt		ordentliche Mitglieder			
	Anzahl	Rang der KV	insgesamt		Allg./ Prakt. Ärzte	
Anzahl			in %	in % d. ord. Mitgl.	Rang der KV	
Baden-Württemberg						
Nordbaden	4.683	8	3.028	64,7	33,4	15
Südbaden	4.189	10	2.621	62,6	44,8	2
Nord-Württemberg	6.056	6	3.942	65,1	30,5	17
Süd-Württemberg	2.843	12	1.858	65,4	38,5	13
Bayern	20.923	1	13.596	65,0	38,8	12
Berlin	5.078	7	2.842	56,0	29,3	18
Bremen	1.296	16	851	65,7	43,1	7
Hamburg	3.710	11	2.334	62,9	31,6	16
Hessen	9.953	5	6.370	64,0	44,4	3
Niedersachsen	10.724	4	7.501	69,9	43,6	6
Nordrhein-Westfalen						
Nordrhein	15.684	2	10.321	65,8	43,1	8
Westfalen-Lippe	11.666	3	7.586	65,0	40,5	11
Rheinland-Pfalz						
Rheinessen	909	17	671	73,8	37,7	14
Pfalz	2.265	13	1.517	67,0	42,2	9
Koblenz	2.243	14	1.482	66,1	44,1	4
Trier	727	18	518	71,3	43,9	5
Saarland	1.690	15	1.116	66,0	46,4	1
Schleswig-Holstein	4.296	9	2.914	67,8	41,7	10
Summe / Durchschnitt	108.935		71.068	65,2	40,0	

^a Stand: 1988.

Quelle: KBV, M-RStat (16.8.1990); eigene Berechnungen.

beide weniger als 1.000 Mitglieder. Die unterschiedliche Mitgliederstärke macht sich nicht nur in der Rolle bemerkbar, die die Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung spielen, auch Variationen in den Willensbildungsprozessen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sind darauf zurückzuführen. So ist unmittelbar einleuchtend, daß in einer kleinen Kassenärztlichen Vereinigung mit weniger als 1.000 Mitgliedern ein ganz anderes Verhältnis zwischen Mitgliedern und Vorstand herrscht als in einer großen.

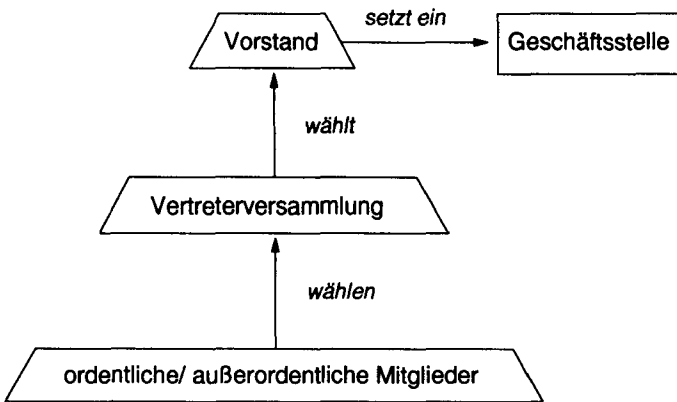
Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterscheiden sich, wie Tabelle 3.3 zeigt, nicht nur in ihrer Mitgliederstärke, sondern auch in der Zusammensetzung ihrer Mitgliedschaft. Der Anteil der außerordentlichen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder beträgt durchschnittlich 35%. Am höchsten ist er mit 44% in der KV Berlin; in der KV Rheinhessen erreichen die außerordentlichen Mitglieder hingegen nur einen Anteil von 26%. Auch der Anteil der Allgemein- und Praktischen Ärzte variiert zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Er ist in ländlichen Räumen höher als in den Städten. Rang 1 belegt hier die KV Saarland mit einem Anteil von 46%; das Schlußlicht bildet die KV Berlin, in der die Allgemein- und Praktischen Ärzte nur 29% der ordentlichen Mitglieder stellen.

2 Die Organisationsstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen

Innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen lassen sich, wie bereits erwähnt, vier Gruppen von Akteuren mit unterschiedlichen Kompetenzen differenzieren: einfache Mitglieder, Mitglieder der Vertreterversammlung, Mitglieder des Vorstandes und Mitglieder der Geschäftsstelle. Vertreterversammlung und Vorstand sind als »Organe der Selbstverwaltung« vom Gesetzgeber vorgeschrieben (vgl. § 3681 Abs. 1 RVO). Im folgenden wird dargestellt, wie sich diese vier Akteursgruppen zusammensetzen und was ihre Aufgaben und Befugnisse im Rahmen der Selbstverwaltung sind. Die in Abbildung 3.1 dargestellte Organisationsstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen verdeutlicht die Beziehung zwischen diesen Gruppen.

Bei der Gruppe der einfachen Mitglieder wird, wie erwähnt, zwischen den ordentlichen und den außerordentlichen Mitgliedern unterschieden. Im Rahmen der Selbstverwaltung liegt die Kompetenz der Mitglieder im aktiven und passiven Wahlrecht. Das heißt, sie haben alle vier Jahre das Recht, sich selbst oder einen anderen als Mitglied der Vertreterversammlung zu nominieren und zu wählen. Die Wahl der Vertreterversammlung erfolgt dabei in getrennten Wahlzügen, d.h. ordentliche und außerordentliche Mitglieder wählen jeweils aus ihrer Mitte den ihnen zustehenden Anteil an Delegierten zur Vertreterversammlung. Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches stehen den außerordentlichen Mitgliedern maximal 20% der Sitze der Vertreterversammlungen zu (§ 80 SGB V).

Abb. 3.1: Struktur einer Kassenärztlichen Vereinigung



Die Vertreterversammlung wird in der Satzung gelegentlich als das oberste Organ der Kassenärztlichen Vereinigung bezeichnet.⁶ Die satzungsgemäßen Aufgaben einer Vertreterversammlung können Übersicht 3.1 entnommen werden. Zur Durchführung ihrer Aufgaben kann die Vertreterversammlung Ausschüsse einrichten (beispielsweise einen Finanzausschuß oder einen Vertragsausschuß zur Beratung des Vorstandes in allen Vertragsangelegenheiten, so festgesetzt in § 7 der Satzung der KV Nordrhein). Dies ist jedoch je nach Kassenärztlicher Vereinigung unterschiedlich geregelt, in manchen Kassenärztlichen Vereinigungen werden solche Ausschüsse vom Vorstand selbst bestellt (so § 10 der Satzung der KV Nord-Württemberg).

Wie häufig eine Vertreterversammlung mindestens zusammenzutreten hat, ist in den Satzungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich geregelt: mindestens einmal im Jahr in Nord-Württemberg und Bayern, mindestens zweimal im Jahr in Bremen, Nordrhein und dem Saarland und mindestens viermal im Jahr in Westfalen-Lippe. Darüber hinaus können bei Bedarf außerordentliche Sitzungen der Vertreterversammlung einberufen werden. Für ihre ehrenamtliche Tätigkeit erhalten die Mitglieder der Vertreter-

6 So beispielsweise in der Satzung der KV Bremen, der KV Nordrhein oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Übersicht 3.1: Aufgaben der Vertreterversammlungen der KVen

- Wahl des Vorstandes
- Wahl der Delegierten zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Wahl der in die gemeinsamen Ausschüsse von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu entsendenden Vertreter
- Aufstellung und Änderung von Satzung, Wahlordnung, Geschäftsordnung und Honorarverteilungsmaßstab
- Festsetzung der Mitgliedsbeiträge
- Festsetzung der Höhe der Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten
- Genehmigung des vom Vorstand vorgelegten Haushaltsplanes und der Bilanz sowie Entlastung des Vorstandes aufgrund des jährlichen Rechenschaftsberichtes

Quelle: KV Nordrhein, GSV Bd. 1: Satzung der KV Nordrhein § 4. Vgl. auch Heinemann/ Liebold (1990: T 9).

versammlung eine Aufwandsentschädigung (die sich auch nach der Länge der Sitzung bemißt).

Tabelle 3.4 zeigt, daß die Größe der Vertreterversammlung der jeweiligen Mitgliederstärke entsprechend zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen variiert. Die größten Vertreterversammlungen mit 120 bzw. 140 Mitgliedern haben die drei großen Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Nordrhein und Hessen. Bemerkenswert klein ist die Vertreterversammlung der KV Trier mit nur 14 Mitgliedern. Die Vertreterversammlungen unterscheiden sich ferner in dem Umfang, in dem außerordentliche Mitglieder repräsentiert sind. Obwohl die außerordentlichen Mitglieder, wie Tabelle 3.3 zeigt, zwischen 26% (KV Rheinhessen) und 44% (KV Berlin) der Mitglieder stellen, stellen ihre Repräsentanten nur 12-20% der Mitglieder der Vertreterversammlungen.

Die Anzahl der Wahlberechtigten je Vertreter kann man als einen Indikator für die »Basisnähe« der Vertreter betrachten.⁷ Hier gibt es zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen große Unterschiede. Ein besonders nahes Verhältnis zu ihrem Vertreter haben die Kassenärzte Saarlands; dort teilen sich durchschnittlich 28 Kassenärzte einen Vertreter. Die größte Distanz zwischen Basis und Vertreterversammlung findet sich in der KV Niedersachsen; hier kommen durchschnittlich 156 Kassenärzte auf einen Vertreter.

⁷ Je weniger Mitglieder ein Vertreter repräsentiert, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Vertreter die von ihm vertretenen Mitglieder persönlich kennt.

Tabelle 3.4: Die Vertreterversammlungen der KVen^a

Kassenärztliche Vereinigung	Mitglieder- stärke	Vertreterversammlung		ordentl. Mitglieder der KV je Vertreter
		Vertreter insgesamt	Vertreter der ordentl. Mitgl. in % d. Vertreter	
Nordbaden	8	70	80	54
Südbaden	10	50	80	66
Nord-Württemberg	6	85	80	58
Süd-Württemberg	12	38	82	60
Bayern	1	140	80	121
Berlin	7	43	81	81
Bremen	16	20	80	53
Hamburg	11	67	81	43
Hessen	5	120	80	66
Niedersachsen	4	57	84	156
Nordrhein	2	140	80	92
Westfalen-Lippe	3	95	80	100
Rhein Hessen	17	19	84	42
Pfalz	13	30	83	61
Koblenz	14	33	88	51
Trier	18	14	86	43
Saarland	15	48	83	28
Schleswig-Holstein	9	52	81	69

a Stand 1988/89.

b Vgl. Tabelle 3.3.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); KBV, M-RStat (16.8.1990); eigene Berechnungen.

Der Vorstand wird von den Mitgliedern der Vertreterversammlung gewählt. Ihm obliegt die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigung. Er »führt die gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung durch und nimmt ihre Befugnisse wahr, soweit sie nicht der Vertreterversammlung vorbehalten sind« (§ 8 der Satzung der KV Nordrhein). Seine Tätigkeit beinhaltet insbesondere das Aushandeln und den Abschluß der Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der wichtigste dieser Verträge ist der Honorarvertrag. Die dafür notwendigen Vorverhandlungen werden häufig von der Geschäftsstelle durchgeführt (Interview). Auch für den Vorstand ist gelegentlich die Mindestzahl der jährlichen Sitzungen in der Satzung festgelegt: beispielsweise mindestens vier Sitzungen

im Jahr in Bayern oder mindestens zwölf Sitzungen im Jahr in Nordrhein oder Westfalen-Lippe.

Tabelle 3.5: Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen^a

Kassenärztliche Vereinigung	Mitgliederstärke Rang der KV ^b	Vorstands- mitglieder	ordentl. Mitglieder der KV je Vorstandsmitglied
Nordbaden	8	8	433
Südbaden	10	8	374
Nord-Württemberg	6	7	657
Süd-Württemberg	12	7	310
Bayern	1	11	1.360
Berlin	7	7	474
Bremen	16	5	213
Hamburg	11	8	333
Hessen	5	13	579
Niedersachsen	4	7	1.250
Nordrhein	2	18	645
Westfalen-Lippe	3	8	1.084
Rhein Hessen	17	9	84
Pfalz	13	7	253
Koblenz	14	9	185
Trier	18	6	104
Saarland	15	5	279
Schleswig-Holstein	9	7	486
KBV		8	
Durchschnitt		8	474

^a Stand 1988/89.

^b Vgl. Tabelle 3.3.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); KBV, M-RStat (16.8.1990); eigene Berechnungen.

Tabelle 3.5 zeigt, daß sich auch die Vorstandsgröße je nach Kassenärztlicher Vereinigung unterscheidet. Die drei großen Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Hessen und Nordrhein haben nicht nur die größten Vertreterversammlungen, sondern auch die größten Vorstände. Zwar sind sich auch die Beteiligten der Tatsache bewußt, daß ein Vorstand, der wie der der KV Nordrhein achtzehn Mitglieder hat, kaum zu einer geschlossenen Vorgehensweise in der Lage ist, wenn die Mitglieder sich aus gegensätzlichen Fraktionen der Vertreterversammlung konstituieren. Eine Verkleinerung des Vorstandes per Satzungsänderung scheiterte jedoch, so ein Interviewpartner, daran, daß ein

entsprechender Vorschlag im Vorstand nie mehrheitsfähig sei, da kein Vorstandsmitglied auf sein Amt verzichten wolle. Betrachtet man auch hier die Anzahl der Wahlberechtigten je Vorstandsmitglied als einen Indikator für die Basisnähe des Vorstandes, so sind es die sechs kleinsten Kassenärztlichen Vereinigungen Pfalz, Koblenz, Saarland, Bremen, Rheinhessen und Trier, deren Vorstände die geringste Distanz zur Wählerschaft aufweisen.

Innerhalb des Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung spielt der Vorstandsvorsitzende die entscheidende Rolle. Die Tätigkeit des Vorstandsvorsitzenden beansprucht, so läßt sich aufgrund verschiedener Angaben vermuten, im Schnitt zwischen zwei und vier Tagen in der Woche. Laut Satzung nimmt der Vorstandsvorsitzende (oder im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter) die dem Vorstand obliegende gerichtliche und außergerichtliche Vertretung wahr.⁸ Insofern hat der Vorstandsvorsitzende einen sehr viel besseren Überblick über die laufenden Geschäfte der Kassenärztlichen Vereinigung als seine Beisitzer. Dadurch kann sich die Konstellation ergeben, daß der Vorstandsvorsitzende die Geschäfte der Kassenärztlichen Vereinigung führt und die Beisitzer damit zufrieden sind, daß sie ausreichend über die Aktivitäten des Vorstandsvorsitzenden informiert werden. So berichtet beispielsweise Webber (1992: 246) von einer kleineren Kassenärztlichen Vereinigung, in der es früher üblich war, Entscheidungen allein dem Vorsitzenden zu überlassen.

Eine unzureichende Informationspolitik des Vorstandsvorsitzenden gegenüber Vorstand und Vertreterversammlung war einer der Hauptkritikpunkte des 1990 von seinem Amt zurückgetretenen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden an dem Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein.⁹ Gerade bei so großen Vorständen wie dem der KV Nordrhein mit achtzehn Mitgliedern ist es schwierig oder zumindest sehr zeitaufwendig, alle Vorstandsmitglieder gleichmäßig zu informieren und am Entscheidungsprozeß zu beteiligen. Wenn darüber hinaus der Vorstand die Zersplitterung der Basis und der Vertreterversammlung widerspiegelt, ist es nicht weiter überraschend, daß der Vorstandsvorsitzende sich nur mit den Vorstandsmitgliedern berät, die seiner eigenen Fraktion angehören, bevor er seine Entscheidung trifft. Der gesamte Vorstand wird in einer solchen Konstellation nur bei den satzungsgemäß vorgeschriebe-

8 Vgl. beispielsweise die Satzung der KV Nordrhein § 6.

9 Vgl. den Bericht des Rheinischen Ärzteblattes (1990: 139-140) über die Vertreterversammlung vom 3. Februar 1990 sowie die zahlreichen Berichte zu diesem Thema in der ärztlichen Tagespresse in diesem Zeitraum.

nen Vorstandssitzungen oder bei bedeutenderen Entscheidungen¹⁰ in den Prozeß der Entscheidungsfindung einbezogen.

Als ein Indikator für die Bedeutung der Vorstandstätigkeit und die Differenzierung der Entscheidungskompetenz innerhalb des Vorstandes kann die Höhe der Aufwandsentschädigungen für Vorstandsvorsitz und Beisitzertätigkeit gewertet werden. Berechnung und Höhe der Aufwandsentschädigung variiert je nach Kassenärztlicher Vereinigung. So erhalten beispielsweise einfache Vorstandsmitglieder der KV Hamburg je Vorstandssitzung eine Arbeitsausfallentschädigung, eine Vorbereitungspauschale und ein Sitzungsgeld je angefangene Stunde.¹¹ Ein Vorstandsmitglied der KV Nordrhein erhält pauschal DM 1.500 im Monat.¹²

Der Vorstandsvorsitzende und sein Stellvertreter erhalten hingegen weit höhere Bezüge¹³ sowie einen Praxisvertreter und ein Übergangsgeld¹⁴ bei Beendigung ihrer Tätigkeit. Diese großzügige Honorierung der ehrenamtlichen Tätigkeit sowie die Tatsache, daß es dem Praxisumsatz des Kassenarztes eher abträglich ist, wenn er aufgrund seiner zahlreichen ehrenamtlichen Verpflichtungen kaum noch Zeit für seine Patienten hat, lassen die Hypothese gerechtfertigt erscheinen, daß das Amt des Vorstandsvorsitzenden auch durch seine finanziellen Anreize zur Berufung wird.

-
- 10 Aber auch da nicht immer, wie Webber (1992: 246) in bezug auf die Entscheidung Muschalliks zur honorarpolitischen Selbstbeschränkung der Kassenärztlichen Vereinigungen Mitte der 70er Jahre berichtet.
 - 11 Laut Bericht der *Ärzte-Zeitung* (26.2.1990: 6), auf den sich diese Angaben stützen, ergibt das bei einer vierstündigen nachmittäglichen Sitzung mit einer Wegstunde eine Gesamtentschädigung von DM 660.
 - 12 Angabe des Vorstandsmitglieds der KV Nordrhein, Wasmuth, in einem Leserbrief an die *Ärztliche Praxis* (5.1.1991: 12).
 - 13 Die monatliche Entschädigung des Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein liege bei DM 15.000, die seines Stellvertreters bei DM 9.000 (so Wasmuth in seinem Leserbrief an die *Ärztliche Praxis*, 5.1.1991: 12). Der Vorsitzende des Vorstandes der KV Berlin erhält hingegen nur monatlich DM 7.500 als Aufwandsentschädigung sowie DM 4.500 (pauschal) oder DM 6.000 (gegen Nachweis) für eine Praxisvertretung (*Ärzte-Zeitung*, 6.6.1991: 19).
 - 14 Höhe und Dauer der Zahlung des Übergangsgeldes ist unterschiedlich. Besonders großzügig scheint hier die KV Nordrhein zu sein, die ihren noch lebenden ehemaligen Vorstandsvorsitzenden monatliche Bezüge zukommen läßt, »die dem Ruhestandsgehalt eines Ministerialdirektors gemäß der Besoldungsstufe B6 entsprechen« (Der Kassenarzt 1990/10: 24). In anderen KVen wird das Übergangsgeld nur für einen begrenzten Zeitraum und nur maximal in der Höhe der im Amt erhaltenen Bezüge bezahlt. In der KV Pfalz wurde die Regelung über Übergangentschädigungen mittlerweile gänzlich abgeschafft (vgl. Der Kassenarzt 1990/10: 24; *Ärzte-Zeitung*, 6.6.1991: 19).

Die vierte eigenständige Gruppe von Akteuren innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Geschäftsstellen. Diese beschäftigen relativ viele Mitarbeiter vor allem deswegen, weil sie für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen wahrnehmen. In den die Kassenärztlichen Vereinigungen betreffenden Paragraphen (§§ 368-368t) der Reichsversicherungsordnung werden Geschäftsstellen jedoch nicht erwähnt. Ebensowenig befassen sich alle Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihnen. Die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist schon relativ ausführlich, wenn sie in § 8 Abs. 4 festhält: »Zur Erledigung der laufenden Geschäfte unterhält die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Geschäftsstelle.«

Das Verhältnis von hauptamtlicher zu ehrenamtlicher Verbandsführung ist ein problematischer Punkt in der verbandsinternen Willensbildung. Eine hauptamtliche Geschäftsführung wird formal vom Vorstand eingesetzt und ist diesem gegenüber weisungsgebunden und rechenschaftspflichtig. Damit soll sichergestellt werden, daß die Verbandspolitik von den Repräsentanten der Mitglieder und deren Willensbildung bestimmt wird (vgl. Streck 1972: 142). De facto erhebt sich jedoch die Frage, inwieweit der ehrenamtlich tätige Vorstand von seinen Kompetenzen her überhaupt in der Lage ist, die Tätigkeit der hauptamtlichen Geschäftsführung zu kontrollieren.

Kritisch wird die Befähigung des Vorstandes zur Kontrolle der Geschäftsführung von Webber (1992: 247-248) beurteilt. Sein Argument stützt sich auf drei Punkte: Da die gewählten Amtsinhaber nur ehrenamtlich sind, dürfte es dem Vorstand zum einen aus rein zeitlichen Gründen schwerfallen, seine Prioritäten gegenüber denen der Geschäftsführung durchzusetzen, wenn sie sich von diesen unterscheiden. Zweitens, so sein Argument, dürfte die Geschäftsführung im Verhältnis zu den Vorstandsmitgliedern über ein überlegenes juristisches Fachwissen verfügen, was angesichts der zunehmenden Verrechtlichung der deutschen Krankenversicherung von besonderer Bedeutung ist. Schließlich dürfte der Wissens- und Sachverständnissvorsprung der Geschäftsführung noch dadurch verstärkt werden, daß die Vorstände mehr oder weniger regelmäßig durch Wahlen abgelöst werden, wohingegen die Geschäftsführungen durch eine sehr starke personelle Kontinuität gekennzeichnet sind.

Die Hierarchie der Kompetenzen bezüglich der KV-internen Willensbildung läßt sich damit folgendermaßen zusammenfassen: Die geringsten Mitwirkungsrechte haben die einfachen Mitglieder, ihre Kompetenzen beschränken sich auf die Stimmabgabe bei den in vierjährlichem Turnus stattfindenden Wahlen zur Vertreterversammlung. Umfassender sind die Kompetenzen der

Vertreterversammlung, im Vergleich zu denen des Vorstandes müssen jedoch auch sie als beschränkt angesehen werden. Der Vertreterversammlung obliegt zwar die Kontrolle der Tätigkeit des Vorstandes, diese kann jedoch erst im nachhinein erfolgen. Nur selten gelingt es der Vertreterversammlung, den Handlungsspielraum des Vorstandes per Resolution an ihren Willen zu binden. Der Vorstand ist damit das eigentliche Entscheidungszentrum der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. auch Webber 1992: 246).

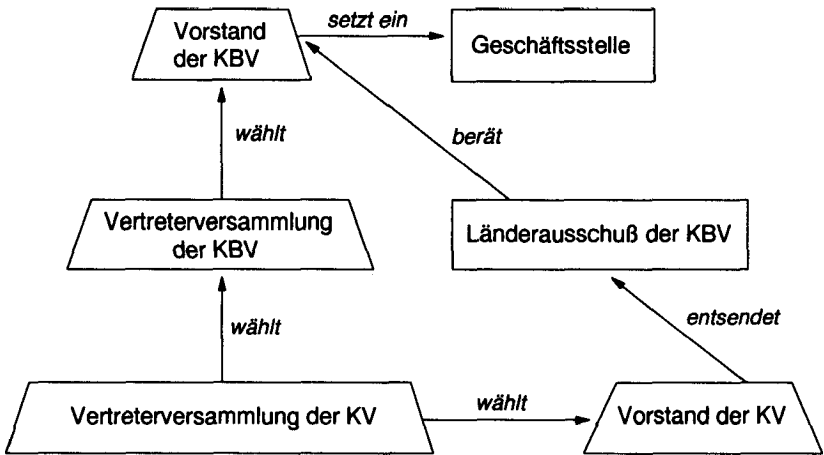
Inwieweit Entscheidungen des Vorstandes auf Empfehlungen der Geschäftsführung basieren oder gar von der Geschäftsführung vorweggenommen werden, ist schwer zu beantworten. Da es jedoch letztendlich der Vorstand ist, der die Entscheidungen gegenüber der Vertreterversammlung zu verantworten hat, muß ihm ein Interesse an der Kontrolle des Handlungsspielraumes der Geschäftsführung unterstellt werden. In welchem Umfang er von seinen Kontrollrechten Gebrauch machen wird, hängt von dem Spielraum ab, den ihm die Vertreterversammlung einräumt. Dieser variiert wiederum, wie im dritten Teil der Arbeit dargestellt wird, mit der Zufriedenheit der Vertreterversammlung mit der Politik des Vorstandes.

3 Das Verhältnis zwischen KVen und KBV

Die achtzehn westdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Durch die Unterordnung der Kassenärztlichen Vereinigungen unter die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsteht eine weitere Differenzierung der Kompetenzhierarchie. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ebenso wie die Kassenärztlichen Vereinigungen bildet sie eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. Diese werden jeweils auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Darüber hinaus sind, wie Abbildung 3.3 zeigt, auch ein Länderausschuß und eine Geschäftsstelle zu den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu rechnen.

Zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehören, was ihr Außenverhältnis betrifft, u.a. der Abschluß des Bundesmantelvertrages mit den Bundesverbänden der RVO-Kassen, in dem der Inhalt der Gesamtverträge vereinbart wird (§ 368g Abs. 3 RVO), der Abschluß des Arzt/Ersatzkassenvertrages über die ärztliche Versorgung der Ersatzkassenmitglieder sowie die Honorarverhandlungen mit den Ersatzkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist ferner dafür zuständig, die Vertreter der Ärzteseite für

Abb. 3.2: Struktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



die auf der Bundesebene bestehenden gemeinsamen Selbstverwaltungsgremien zu benennen (u.a. Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, Bewertungsausschuß).

Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die achtzehn Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Binnenverhältnis, d.h. das Rechts- und Pflichtverhältnis zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ist in § 9 der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgendermaßen umrissen:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, in allen Angelegenheiten ihres Aufgabenbereiches den Rat und die Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihrer Geschäftsstelle in Anspruch zu nehmen.
2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Rahmen ihrer Zuständigkeit abgeschlossenen Verträge über ärztliche Versorgung durchzuführen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat nicht in allen Aspekten der kassenärztlichen Versorgung Weisungsbefugnis gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Bindend für die Kassenärztlichen Vereinigungen sind beispielsweise der Bundesmantelvertrag und der Arzt/Ersatzkassenvertrag. Spielraum haben die Kassenärztlichen Vereinigungen hingegen, im Rahmen der

gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, bei den mit den RVO-Kassen auf Landesebene geschlossenen Gesamtverträgen sowie insbesondere bei den Honorarverträgen.

Übersicht 3.2: Aufgaben der Vertreterversammlung der KBV

- Beschlußfassung über die Satzung und ihre Änderung
- Aufstellung einer Geschäftsordnung
- Wahl des Vorstandes
- Wahl von Ausschüssen
- Wahl der Vertreter der Ärzte im Bundesschiedsamt und im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie die Vorschläge für die Ernennung von Bundessozialrichtern
- Beschlußfassung über alle Grundsatzentscheidungen, Richtlinien und Bestimmungen im Rahmen der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sofern sie nicht unter die Zuständigkeit des Vorstandes fallen
- Genehmigung des Kostenvoranschlags und Freisetzung der Beiträge
- Entgegennahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
- Genehmigung außerplanmäßiger Aufgaben
- Festsetzung von Aufwandsentschädigungen für den Vorstand

Quelle: KV Nordrhein: GSV Bd. 1: Satzung der KBV § 5. Vgl. auch Heinemann/ Liebold (1990: T 1).

Das oberste beschließende Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist laut Satzung die Vertreterversammlung (§ 5). Ihre Aufgaben können Übersicht 3.2 entnommen werden. Die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden von den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt. Die Gesamtzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist in deren Satzung (§ 3) auf 92 festgesetzt. Die Anzahl der Delegierten, die jede Kassenärztliche Vereinigung in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entsenden hat, richtet sich nach der Mitgliederstärke der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie wird, für ordentliche und außerordentliche Mitglieder getrennt, nach dem Höchstzahlverfahren ermittelt (§ 3 der Satzung der KBV). Auch hier dürfen die Vertreter der außerordentlichen Mitglieder maximal 20% der Vertreter stellen.

Tabelle 3.6 zeigt die Verteilung der Sitze der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen

Tabelle 3.6: Repräsentation der KVen in der KBV

Kassenärztliche Vereinigung	Mitglieder- stärke Rang der KV ^a	Delegierte zur Vertreterversammlung der KBV		
		Delegierte insgesamt ^b	Mitglieder des Vorstands der KV ^c	Mitglieder des Vorstands der KBV ^d
Nordbaden	8	4	4	0
Südbaden	10	3	3	0
Nord-Württemberg	6	5	5	1
Süd-Württemberg	12	2	1	0
Bayern	1	20	10	7
Berlin	7	4	3	1
Bremen	16	1	0	0
Hamburg	11	2	2	5
Hessen	5	9	8	4
Niedersachsen	4	10	6	5
Nordrhein	2	14	9	5
Westfalen-Lippe	3	10	4	6
Rheinhausen	17	1	1	1
Pfalz	13	1	0	0
Koblenz	14	1	1	3
Trier	18	1	0	0
Saarland	15	1	1	1
Schleswig-Holstein	9	3	3	1
Summe		92	61	40

a Vgl. Tabelle 3.3.

b Wahljahr 1989.

c Mittelwert der Jahre 1981 und 1985 (gerundet).

d Kumulierter Wert der Wahlen 1973, 1977, 1981, 1985, 1989.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); KBV, M-RStat (16.8.1990); eigene Berechnungen.

im Jahre 1989.¹⁵ Der Tabelle läßt sich entnehmen, daß es für eine Mehrheitsentscheidung ausreicht, wenn (inklusive Bayern) die Delegierten von vier der fünf größeren Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich abstimmen. Wie mir von mehreren meiner Gesprächspartner berichtet wurde, ist es durchaus

15 Im Zuge der Wiedervereinigung beschloß auch die Vertreterversammlung der KBV im Dezember 1990 »wegen des Hinzutretens der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer eine Erweiterung der Vertreterversammlung für die laufende Amtsperiode« (KBV Tätigkeitsbericht 1990: 11).

üblich, daß die Vertreter einer Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen nach den Vorgaben ihres jeweiligen Vorstandes abstimmen.¹⁶ Die Tabelle zeigt auch, daß sich die Delegierten zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Regel aus den Mitgliedern des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung rekrutieren. In den hier untersuchten Amtsperioden von 1981 und 1985 waren etwa zwei Drittel der Delegierten Mitglied des Vorstandes ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erledigt die laufenden Angelegenheiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er wird von der Vertreterversammlung gewählt und besteht aus sieben Vertretern der ordentlichen Mitglieder und einem Vertreter der außerordentlichen Mitglieder. Die Wahl erfolgt in gesonderten Wahlgängen für jedes Vorstandsmitglied (§ 6 der Satzung der KBV). Die Wahlvorschläge für die Wahl der von den Vertretern der ordentlichen Mitgliedern gewählten Vorstandsmitglieder bedürfen jeweils der Unterstützung von zwölf Vertretern der ordentlichen Mitglieder, die Vorschläge der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder der Unterstützung von drei Vertretern der außerordentlichen Mitglieder.

Wie sich Tabelle 3.6 entnehmen läßt, spielt die Mitgliederstärke der Kassenärztlichen Vereinigung auch bei der Besetzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Rolle. Im Zeitraum zwischen 1973 und 1989 fanden fünf Vorstandswahlen statt, d.h., es waren 40 Vorstandspositionen zu besetzen. Diese 40 Positionen wurden 27 mal von Mitgliedern der fünf mitgliederstärksten Kassenärztlichen Vereinigungen (Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Westfalen-Lippe) eingenommen. Dies bedeutet auch, daß, mit der Ausnahme von Hessen, jede der großen Kassenärztlichen Vereinigungen in jeder Amtsperiode mindestens eine Position im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung innehatte. Hier zeigt sich der Preis, den die kleinen Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Basisnähe zahlen müssen: auf Bundesebene haben ihre Vertreter es schwer, sich gegenüber den Vertretern großen Kassenärztlichen Vereinigungen durchzusetzen. In den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelangen sie selten.

Bei der Erledigung seiner Tätigkeiten bedient sich der Vorstand einer Geschäftsstelle. Die Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung befindet sich in Köln. Der Personalstand der Geschäftsstelle belief sich Ende 1990 auf 110 Personen.¹⁷ Die Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Bun-

16 Vgl. dazu u.a. die Berichterstattung zum Abstimmungsverhalten in der KBV-Vertreterversammlung vom September 1989 (Der Kassenarzt 1989/41: 21).

17 KBV Tätigkeitsbericht (1990: 12).

desvereinigung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen. Sie zahlen »Beiträge in Höhe eines Promillesatzes der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für die ärztliche Versorgung« (§ 10 der Satzung der KBV).

Die Rückkopplung zwischen Bundes- und Landesebene erfolgt unter anderem durch den Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Aufgabe dieses Ausschusses ist die »Aufrechterhaltung ständiger Föhlung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen«. ¹⁸ Der Ausschuß besteht aus den achtzehn ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und zwei Vertretern der außerordentlichen Mitglieder. Die Vertreter der außerordentlichen Mitglieder werden von den Vertretern der außerordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt.

Der Länderausschuß muß laut Satzung vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung insbesondere vor folgenden Tätigkeiten gehört werden:

- dem Abschluß, der Kündigung und der Änderung von Verträgen über die ärztliche Versorgung,
- dem Erlaß von Bestimmungen über den Zahlungsausgleich für die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung,
- der Aufstellung von Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsföhrung der Kassenärztlichen Vereinigungen. ¹⁹

Der Länderausschuß hat zwar nicht die Möglichkeit, den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an sein Votum zu binden, die Satzung der KBV legt jedoch fest, daß »auf Antrag der Mehrheit dieses Ausschusses ... der Vorstand den Beratungsgegenstand der Vertreterversammlung zur Beschlußfassung vorzulegen« hat (§ 6).

Die Funktion des Länderausschusses liegt insbesondere in der Konzertierung der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Als Bindeglied zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung erlaubt der Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darüber hinaus, die Akzeptanz der von ihr verfolgten Ziele oder gewählten Instrumente durch die Basis vorab zu testen. Indem einzelne Mitglieder des Länderausschusses die zur Diskussion stehenden Mittel oder Ziele jeweils ihrer eigenen Vertreterversammlung zur Abstimmung vorlegen, kann auf regionaler Ebene ausprobiert werden, was nachher bundesweit gelten soll.

18 § 6 der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

19 § 6 Abs. 5 der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Der Länderausschuß stellt ein Forum dar, in dem die kleineren Kassenärztlichen Vereinigungen sich Gehör verschaffen können. Im Gegensatz zu den Organen Vertreterversammlung und Vorstand, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Mitgliederstärke entsprechend repräsentiert sind, ist hier jede Kassenärztliche Vereinigung durch genau einen Vertreter repräsentiert. Abstimmungen erfolgen ohne Gewichtung der Stimmen nach der Größe der Kassenärztlichen Vereinigung. Dieses Recht scheint jedoch nicht unumstritten zu sein: Als infolge des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988 eine Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erforderlich wurde, versuchten die großen Kassenärztlichen Vereinigungen auch im Länderausschuß eine Gewichtung der Stimmen nach der Mitgliederstärke durchzusetzen. Dieser Vorschlag war jedoch in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht mehrheitsfähig.²⁰

4 Das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen

Da eine Vorstandsposition ein Wahlamt ist, ist das Muster der Vorstandsverflechtung auch von Wahlergebnissen abhängig. Das Ergebnis einer Wahl hängt wiederum in entscheidendem Maße davon ab, nach welchen Regeln die Wahl erfolgt. So ist allgemein bekannt, daß ein Mehrheitswahlsystem zwar stabile Mehrheiten im Parlament liefert, daß dies jedoch auf Kosten der Interessen der kleineren gesellschaftlichen Gruppen geschieht. Auf der anderen Seite garantiert ein reines Verhältniswahlsystem zwar die proportionale Vertretung aller Interessengruppen im Parlament, erschwert dadurch jedoch die Bildung stabiler Koalitionen. Im Laufe dieses Abschnitts wird das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen untersucht. Das Ziel ist festzustellen, in welcher Weise das Wahlsystem zwischen unterschiedlichen Gruppen innerhalb der Kassenärzteschaft diskriminiert, d.h., diesen Gruppen unterschiedliche Chancen der Repräsentation ihrer Interessen einräumt.

Ein Wahlsystem umfaßt sowohl die offiziellen Regeln des Wahlverfahrens als auch die selten explizierten Regeln der Nominierung der Kandidaten. Die offiziellen Regeln des Wahlverfahrens finden sich im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Satzungen und Wahlordnungen derselben und in den entsprechenden Paragraphen der Reichsversicherungsordnung. Auch

20 Vgl. Ärzte-Zeitung (16.5.1990: 9); Ärztliche Praxis (26.5.1990: 33).

das Verfahren der Nominierung der Kandidaten wird teilweise in den Wahlordnungen festgelegt (beispielsweise dergestalt, daß ein Wahlvorschlag von einer Mindestanzahl von Wählern unterstützt werden muß). Der größere Teil des Nominierungsverfahrens entzieht sich jedoch einer schriftlichen Fixierung. Die hier zusammengetragenen Erkenntnisse zum Nominierungsverfahren basieren deshalb im wesentlichen auf Interviews.

Die Organe der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Vertreterversammlung und Vorstand. Die Vertreterversammlung wird von den einfachen Mitgliedern gewählt, der Vorstand von der Vertreterversammlung. Die Wahl der Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder erfolgt in getrennten Wahlzügen. Das bedeutet, daß ordentliche und außerordentliche Mitglieder jeweils getrennt aus ihrer Mitte ihre Vertreter in unmittelbarer und geheimer Wahl wählen (§ 368I Abs. 4 RVO).²¹ Dabei sollen »die außerordentlichen Mitglieder im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten [sein], höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung« (§ 368I Abs. 2 RVO).

Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Entfielen 1973 im Durchschnitt noch 3,3 ordentliche Mitglieder auf ein außerordentliches Mitglied, so betrug 1988 das Verhältnis von ordentlichen zu außerordentlichen Mitgliedern nur noch ungefähr 2 zu 1.²² Das bedeutet nicht nur, daß die außerordentlichen Mitglieder mit einem Anteil von nur 20% der Mitglieder der Vertreterversammlung stark unterrepräsentiert sind, sondern auch, daß sie im Verhältnis zu den ordentlichen Mitgliedern zunehmend schlechter repräsentiert werden. Die Begründung für diese gesetzlich festgelegte mangelnde Repräsentation ist, daß auf diese Weise verhindert werden soll, »daß die Beschlüsse [der Vertreterversammlungen] zu stark von Gesichtspunkten und Interessen solcher Ärzte beeinflußt werden, die an der kassenärztlichen Versorgung selbst entweder gar nicht oder lediglich als ermächtigte Ärzte teilnehmen« (Heinemann/ Liebold 1990: C 79-5).

Zum Zwecke der Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung ist jede Kassenärztliche Vereinigung in Wahlbezirke für die Wahl der Vertreter der außerordentlichen Mitglieder und Wahlkreise für die Wahl der Vertreter der ordentlichen Mitglieder unterteilt. Die Wahlbezirke entsprechen in der Regel

21 Die Wahl erfolgt per Briefwahl.

22 Dies ergaben eigene Berechnungen anhand von Unterlagen, die mir vom Referat für Volkswirtschaft und Statistik der KBV zur Verfügung gestellt wurden.

den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Wahlkreise analog den Kreisstellen (so § 1 der Wahlordnung der KV Nordrhein) oder »sind nach Maßgabe der Schlüsselzahl zur möglichst gleichmäßigen Wahl eines oder mehrerer Vertreter zu bilden«, wobei »nach Möglichkeit das Gebiet eines Land- bzw. Stadtkreises, ggf. zusammen mit benachbarten Kreisen, Stimmkreis sein« soll (§ 3 Abs. 2 der Wahlordnung der KV Bayerns).

Die Anzahl der Vertreter pro Wahlbezirk bzw. Wahlkreis wird nach unterschiedlichen Verfahren ermittelt: In manchen Satzungen ist festgelegt, daß jeweils ein Vertreter auf eine bestimmte Anzahl von Mitgliedern entfällt (so in der KV Westfalen-Lippe). In diesem Falle steigt die Anzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung mit der Anzahl der ordentlichen Mitglieder. Andere Kassenärztliche Vereinigungen fixieren hingegen die Anzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung und ermitteln die Zahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Vertreter proportional zur Größe der einzelnen Wahlkreise (so die KV Nord-Württemberg) oder nach dem d'Hondtschen Höchstzahlverfahren (so die KV Nordrhein), wobei pro Wahlkreis mindestens ein Vertreter zu wählen ist.²³

In Tabelle 3.7 ist für jede Kassenärztliche Vereinigung die Anzahl der Wahlkreise und die durchschnittliche Anzahl der Wahlberechtigten je Wahlkreis dargestellt. Die Tabelle zeigt, daß kein Zusammenhang zwischen der Größe einer Kassenärztlichen Vereinigung, der Anzahl der Wahlkreise und der durchschnittlichen Anzahl der Wahlberechtigten je Wahlkreis besteht. Die Anzahl der Wahlberechtigten je Wahlkreis variiert nicht nur zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch innerhalb derselben. Die höchste Streuung in der Größe ihrer Wahlkreise und der Anzahl der Wahlberechtigten je Vertreter weist nach meinen Berechnungen die KV Hessen auf. Der kleinste Wahlkreis, der 1988 einen Vertreter in die Vertreterversammlung entsandte, umfaßte 24 Wahlberechtigte. Parallel dazu gab es jedoch auch Wahlkreise mit bis zu 120 ordentlichen Mitgliedern, die nur einen Vertreter in die Vertreterversammlung wählten.²⁴

Wahlvorschläge werden je Wahlkreis in Form von Listen beim Wahlausschuß eingereicht. Diese Listen müssen je nach Kassenärztlicher Vereinigung von 5 oder 10 Prozent der Wahlberechtigten unterzeichnet sein und mindestens (so beispielsweise in der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe)

23 Soweit es im folgenden nicht anders vermerkt ist, stammen die Informationen aus den Wahlordnungen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. u.a. Heine mann/ Liebold 1990: T).

24 Vgl. Hessisches Ärzteblatt (1989/1: 54-63).

Tabelle 3.7: Wahlberechtigte und Wahlkreise der KVen^a

Kassenärztliche Vereinigung	ordentliche Mitglieder			außerordentl. Mitglieder		
	Anzahl	Wahl- kreise	Wähler je Wahlkrs. ^b	Anzahl	Wahl- kreise	Wähler je Wahlkrs. ^b
Nordbaden	3.028	12	252	1.655	5	331
Südbaden	2.621	10	262	1.568	1	1.568
Nord-Württemberg	3.942	19	207	2.114	1	2.114
Süd-Württemberg	1.858	9	206	985	1	985
Bayern	13.596	67	203	7.327	8	916
Berlin	2.842	12	237	2.236	1	2.236
Bremen ^c	851	7	122	445	1	445
Hamburg ^c	2.334	22	106	1.376	1	1.376
Hessen	6.370	48	133	3.583	1	3.583
Niedersachsen	7.501	11	682	3.223	1	3.223
Nordrhein	10.321	27	382	5.363	7	766
Westfalen-Lippe	7.586	11	690	4.080	4	1.020
Rheinhausen	671	4	168	238	1	238
Pfalz	1.517	11	138	748	1	748
Koblenz	1.482	11	135	761	1	761
Trier	518	...	...	209	...	...
Saarland ^c	1.116	8	140	574	1	574
Schleswig-Holstein	2.914	15	194	1.382	1	1.382
Summe / Durchschnitt	71.068	304	232	37.867	37	1.018

... Wert nicht ermittelbar.

^a Stand 1988/89.

^b Durchschnittliche Anzahl der Wähler je Wahlkreis.

^c Zusätzlich zu den Listen der einzelnen Wahlkreise gibt es in dieser KV noch eine einheitliche Landesliste für alle ordentlichen Mitglieder.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); KBV, M-RStat (16.8.1990); eigene Berechnungen.

oder höchstens (so in der KV Bayerns) so viele Kandidaten enthalten, als Vertreter und Stellvertreter für den Wahlkreis zu wählen sind. Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen haben ein Persönlichkeitswahlrecht, das heißt, der Wähler kann so viele Kandidaten (auch von unterschiedlichen Listen) ankreuzen, wie aus seinem Wahlkreis Vertreter zu entsenden sind.²⁵ Gewählt sind die Kandidaten, die im Rahmen der für den Wahlkreis festgesetzten

25 In einigen rheinland-pfälzischen KVen herrscht hingegen Listenwahlrecht: Hier kann der Wähler nur einer Liste seine Stimme geben.

Anzahl von Vertretern die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Diese Regelungen entsprechen denen eines Mehrheitswahlsystems; d.h., die Wahlvereinigungen oder Verbände der unterlegenen Kandidaten haben keine Chance, dem Anteil der auf sie entfallenen Stimmen entsprechend in der Vertreterversammlung präsent zu sein. Ein Verhältniswahlrecht herrscht hingegen in den Kassenärztlichen Vereinigungen Pfalz, Koblenz und Trier. Hier hat der Wähler nur eine Stimme, die er der Liste seiner Wahl geben kann. Die Sitze der Vertreterversammlung werden nach dem Verhältnis der erreichten Stimmen auf die Listen verteilt.

Tabelle 3.8: Wahlbeteiligung der ordentlichen Mitglieder (in %)

Kassenärztliche Vereinigung	Wahl der Vertreterversammlung				
	1972	1976	1980	1984	1988
Südbaden	69,3	71,6	65,9	61,5	73,7
Süd-Württemberg	71,5	...	73,0	...	...
Berlin	...	73,4	71,4	72,5	81,1
Bremen	77,5	82,9	79,3	81,3	84,1
Hamburg	77,2	85,4	79,5	71,6	68,5
Hessen	80,9	...	75,2	...	76,9
Niedersachsen	76,0	72,2	69,1	70,0	68,1
Nordrhein	80,0	79,4	75,0	74,3	72,7
Westfalen-Lippe	70,1	62,8	59,3	58,7	62,8
Koblenz	81,7	...	...	...	...
Saarland	85,3	86,1	81,5	82,9	81,4
Durchschnitt	78,0	74,0	70,9	69,2	71,6

... Wert nicht ermittelbar.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); eigene Berechnungen.

Wie sich Tabelle 3.8 entnehmen läßt, ist die Wahlbeteiligung der ordentlichen Mitglieder für die Wahlen zu den Vertreterversammlungen relativ hoch; der Durchschnitt aller hier berechneten Wahlbeteiligungen liegt bei 72%.²⁶ Die hohe Wahlbeteiligung ist nicht weiter erstaunlich, wenn man bedenkt, welche Bedeutung die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung für das Einkommen des Kassenarztes hat (vgl. Neubauer 1986: 228). Im Durchschnitt aller hier

26 Die Wahlbeteiligung war leider nicht für alle Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung für alle Amtsperioden anhand der Ärzteblätter ermittelbar.

aufgeführten Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Wahlbeteiligung im Laufe der letzten achtzehn Jahre gesunken – ein Phänomen, das sich auch in anderen Wahlsystemen beobachten läßt. Für die letzte Wahlperiode läßt sich jedoch ein leichter Anstieg der durchschnittlichen Wahlbeteiligung von 69,2% auf 71,6% feststellen. Der Blick auf die Entwicklung der Wahlbeteiligung in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, daß man nicht von einer einheitlichen Entwicklung reden kann. Die starken Schwankungen der Wahlbeteiligungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen haben jeweils spezifische Anlässe, die sich einer Verallgemeinerung entziehen.

Tabelle 3.9: Wahlbeteiligung der außerordentlichen Mitglieder (in %)

Kassenärztliche Vereinigung	Wahl der Vertreterversammlung				
	1972	1976	1980	1984	1988
Südbaden	31,4	28,2	26,3	25,6	30,1
Süd-Württemberg	29,4	...	37,0	...	...
Berlin	...	18,9	23,8	34,0	33,8
Bremen	60,7	61,6	58,0	54,2	54,8
Hamburg	49,1	51,0	40,8	35,1	38,1
Hessen	69,6	...	62,8	...	62,2
Niedersachsen	42,7	36,4	33,5	29,2	31,1
Nordrhein	53,4	43,5	38,8	48,7	43,0
Westfalen-Lippe	42,8	38,5	32,6	33,6	28,4
Koblenz	56,2	...	...	...	...
Saarland	47,0	58,9	63,1	60,0	60,8
Durchschnitt	50,7	37,8	39,0	37,1	40,0

... Wert nicht ermittelbar.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); eigene Berechnungen.

Die Wahlbeteiligung der außerordentlichen Mitglieder ist wesentlich niedriger als die der ordentlichen; sie lag im Durchschnitt der vergangenen Jahre bei 40% (vgl. Tabelle 3.9). Diese geringe Beteiligung kann zum einen mit der geringeren Bedeutung begründet werden, die die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Einkommen der außerordentlichen Mitglieder hat. Zum anderen dürfte auch die Tatsache, daß die Stimme der außerordentlichen Mitglieder ein geringeres Gewicht hat als die Stimme der ordentlichen Mitglieder die Wahlbeteiligung der außerordentlichen Mitglieder senken. Gelegentlich kommt es auch vor, daß die außerordentlichen Mitglieder so wenig Interesse an der Politik ihrer Kassenärztlichen Vereinigung zeigen, daß sie

es unterlassen, rechtzeitig eine Liste von Kandidaten für die Vertreterversammlung zu erstellen und sich damit der Möglichkeit der Wahrnehmung ihres aktiven und passiven Wahlrechts begeben.²⁷

Tabelle 3.10: Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe: Anzahl der Listen

	1972	1976	1980	1984	1988
Wahlkreise	12	12	11	11	11
Listen	14	13	11	12	17

Quelle: Diverse Jahrgänge des Westfälischen Ärzteblattes (s. Anhang).

Die Bedeutung der Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen sich zwar in einer relativ hohen Wahlbeteiligung, nicht jedoch in einer hohen Anzahl konkurrierender Listen. So war es beispielsweise in der KV Hamburg in den 70er Jahren üblich, daß mehrere der größeren freien ärztlichen Berufsverbände einen gemeinsamen Wahlvorschlag für die Landesliste zur Wahl der Vertreterversammlung aufstellten.²⁸ Wie die Tabelle 3.10 für die KV Westfalen-Lippe zeigt, traten in den zwölf bzw. elf Wahlkreisen der ordentlichen Mitglieder in der Regel zwischen vierzehn und zwölf Listen an; das ist im Durchschnitt eine Liste je Wahlbezirk.²⁹ Die Wahlordnung der KV Westfalen-Lippe schreibt jedoch vor, daß eine Liste mindestens so viele Kandidaten enthalten müsse, als Vertreter und Stellvertreter für den Wahlkreis zu wählen sind. Auf diese Weise kann dem Arzt selbst bei einer Einheitsliste noch ein gewisser Spielraum verbleiben, wenn es auch nicht immer der Fall ist, daß eine Liste mehr Kandidaten enthält, als Vertreter zu wählen sind. Nur im Jahre 1988 lag die Zahl der Listen beträchtlich über der der Wahlkreise (obwohl auch hier nicht in jedem Wahlkreis eine

27 Dies war beispielsweise im Wahlbezirk Düsseldorf der KV Nordrhein 1976 und 1980 der Fall (vgl. die Bekanntmachungen des Landeswahlausschusses zur Wahl der Vertreterversammlung der KV Nordrhein im Rheinischen Ärzteblatt 1976: 912-918; 1980: 789-797).

28 Dabei handelte es sich um die Verbände Hartmannbund, Verband der niedergelassenen Ärzte/NAV, Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) und Deutscher Kassenarztverband (vgl. Der Praktische Arzt 1972: 1463; 1976: 4078). 1972 war auch die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände an der Gemeinschaftsliste beteiligt (ebd.).

29 Für die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen wurde die Anzahl der Listen je Wahlkreis zwar nicht systematisch erhoben, es ergibt sich jedoch ein ähnliches Bild.

oppositionelle Liste aufgestellt wurde). Die Gründe hierfür sind in den Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen zu suchen; sie werden im dritten Teil der Arbeit diskutiert.

Die Modalitäten der Wahl des Vorstandes sind ebenfalls in der Reichsversicherungsordnung und den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt. Die Mitglieder des Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung werden von der Vertreterversammlung gewählt (§ 368l Abs. 5 RVO). Ihre Zahl ist jeweils in der Satzung bestimmt (§ 368m Abs. 1 RVO). Dem Vorstand muß mindestens ein außerordentliches Mitglied angehören (§ 368l Abs. 3 RVO). Die Modalitäten der Vorstandswahl variieren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Während in einigen zunächst in getrennten Wahlgängen erster und zweiter Vorsitzender und im Anschluß daran die Beisitzer gewählt werden, werden in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen erster und zweiter Vorsitzender von der Vertreterversammlung aus der Mitte der in den Vorstand gewählten Personen gewählt. Die Wahlvorschläge müssen von einer in der Satzung festgelegten Anzahl von Mitgliedern der Vertreterversammlung unterstützt werden. Gewählt ist, wer die Mehrheit der gültigen abgegebenen Stimmen erhält.³⁰ Das außerordentliche Mitglied des Vorstandes wird von den außerordentlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung gewählt.³¹ Manche Kassenärztlichen Vereinigungen legen fest, daß jede Bezirksstelle im Vorstand durch ein Vorstandsmitglied vertreten sein muß.

Ein Wahlprozeß besteht nicht nur aus der Legitimation bestimmter Kandidaten für ein Amt per Wählerentscheid; die betreffenden Kandidaten müssen zunächst nominiert werden, bevor sie in die Ämter gewählt werden können (vgl. Herder-Dorneich 1983). Weil das Nominierungsverfahren nicht schriftlich fixiert ist, ist es in stärkerem Maße als das Wahlverfahren dem Druck von Umweltänderungen ausgesetzt. So ist im Falle des kassenärztlichen Wahlsystems ein Wandel des Nominierungsverfahrens parallel zur Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation im Laufe der letzten zehn Jahre zu beobachten.

Nach den Aussagen meiner Interviewpartner mußte die Kandidatur für ein Vorstandsamt früher langfristig geplant und frühzeitig, d.h. mindestens zwei Amtsperioden früher, angemeldet werden. Voraussetzung für eine aussichtsreiche Kandidatur war ein angemessener Bekanntheitsgrad. Diesen er-

30 Vgl. die Wahlordnung der KV Nord-Württemberg oder die Satzung der KV Westfalen-Lippe bzw. der KBV.

31 Diese Regelung wurde mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 aufgehoben. Zukünftig werden die ordentlichen und die außerordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlung gemeinsam die Mitglieder des Vorstandes wählen (§ 80 Abs. 2 SGB V).

warb man beispielsweise durch die Übernahme von ehrenamtlichen Positionen in den großen freien Verbänden.³² Der Verband diente nicht nur dazu, den eigenen Bekanntheitsgrad zu erhöhen; er stellte auch eine Art Hausmacht dar; der Kandidat konnte sich auf die Unterstützung durch die Mitglieder seines Verbandes verlassen. Darüber hinaus hat der Verband die Funktion einer Informationsquelle; die Stimmungslage an der Basis kann in einem Verband besser erfaßt werden als in einer Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Alternative zur Verbandstätigkeit beziehungsweise Ergänzung derselben war eine Karriere innerhalb der Ehrenämter der Kassenärztlichen Vereinigungen: man diente sich vom Kreisstellenvorsitz über den Bezirksstellenvorsitz in die Vertreterversammlung.

Wie oben am Beispiel Westfalen-Lippes gezeigt, war die Anzahl der Listen, die für die Wahl einer Vertreterversammlung je Wahlkreis aufgestellt wurde, bis Mitte der 80er Jahre nicht sehr hoch; in der Regel existierte gerade eine Liste. Das bedeutete, daß man sich bemühen mußte, einen hohen Platz auf dieser Einheitsliste zu erhalten, um in die Vertreterversammlung gewählt zu werden. Diese Liste wurde, so meine Interviewpartner, von den Amtsinhabern kontrolliert; sie entschieden, wer für das Amt des Vertreters kandidieren durfte. Auf der Einheitsliste kandidierten die Vertreter der verschiedenen freien Verbände gemeinsam. Oppositionelle Listen schnitten, sofern es sie gab, selten so gut ab wie die Einheitsliste. Wahlkämpfe erübrigten sich in diesem System; für die Kandidaten genügte es, in ihrem Wahlbezirk hinreichend bekannt zu sein. Heute hat sich der Ablauf des Nominierungsverfahrens insofern geändert, als aufgrund der gestiegenen Unzufriedenheit der Kassenärzte Anzahl und Erfolgsaussichten oppositioneller Listen gestiegen sind. Damit wird auch ein Wahlkampf der Kandidaten zunehmend wichtiger; die Kontrolle der Amtsinhaber über den Nominierungsprozeß ist gesunken.³³

Die Frage, die in der Einleitung zu diesem Abschnitt aufgeworfen wurde, ist, in welcher Weise das Wahlsystem zwischen unterschiedlichen Gruppen

32 Damit sind insbesondere Hartmannbund und NAV gemeint. Aber auch die fachspezifischen Verbände der großen Facharztgruppen, Allgemein- und Praktische Ärzte (BPA) und Internisten (BDI), dürften ihren Kandidaten zu einem ausreichenden Bekanntheitsgrad verholfen haben. In diesem Fall durften sich die Kandidaten jedoch nicht allzusehr mit fachspezifischen Themen profilieren; das wurde wiederum von den *gatekeepers*, den »alten Herren«, nicht gerne gesehen (Interview).

33 Diese Beobachtung trifft sicher nicht in gleichem Maße auf die kleinen Wahlkreise mit 24 Wahlberechtigten zu. Hier dürfte sich kaum einer die Mühe eines Wahlkampfes machen, weil ohnehin jeder jeden kennt. Stattdessen ist anzunehmen, daß jeder froh ist, wenn sich einer findet, der bereit ist, das Amt zu übernehmen.

innerhalb der Kassenärzteschaft diskriminiert, d.h., diesen Gruppen unterschiedliche Chancen der Repräsentation ihrer Interessen einräumt. Diese Frage ist insofern im Rahmen dieser Arbeit relevant, als die ärztlichen Berufsverbände insbesondere durch die Unterstützung ihrer Mitglieder in die Gremien der kassenärztlichen Selbstverwaltung gewählt werden. Stellt sich heraus, daß das Wahlsystem zwischen unterschiedlichen Gruppen innerhalb der Kassenärzteschaft diskriminiert, so kann das bedeuten, daß auch die Verbände, die die Interessen dieser Gruppen vertreten, aufgrund des Wahlsystems unterschiedliche Chancen haben, in die Selbstverwaltungsgremien gewählt zu werden. Die Frage ist deswegen, inwieweit die Chancen ärztlicher Berufsverbände durch die hier beobachteten Diskriminierungen in unterschiedlicher Weise beeinflußt werden.

Eine erste Ungleichheit betrifft die Repräsentation von ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern. Außerordentliche Mitglieder haben aufgrund des Wahlsystems weitaus schlechtere Repräsentationsmöglichkeiten als ordentliche. Die außerordentlichen Mitglieder lassen sich in drei Gruppen differenzieren: die Gruppe der ehemaligen Kassenärzte, die Gruppe der ermächtigten Ärzte und die Gruppe der niederlassungswilligen, aber noch im Krankenhaus tätigen Ärzte. Reine Seniorenverbände gibt es unter den Ärzteverbänden nicht; sie können also auch nicht durch das Wahlsystem benachteiligt werden. Ermächtigte und niederlassungswillige Ärzte können, soweit sie im Krankenhaus tätig sind, Mitglied eines Verbandes sein, der die Interessen der angestellten Ärzte vertritt. Diesen Verbänden werden im Wahlsystem der kassenärztlichen Vereinigungen geringere Chancen eingeräumt als den Verbänden der ordentlichen Mitglieder.

Eine weitere Disparität ergibt sich aus der Variation der Repräsentationschancen der Wahlkreise, die insbesondere in Hessen zu beobachten ist. Dort werden Wahlkreisen mit bis zu 120 Mitgliedern dieselbe Anzahl von Sitzen in der Vertreterversammlung eingeräumt wie Wahlkreisen mit nur 24 Mitgliedern. Die Wahrscheinlichkeit, daß sich diese Disparität auf die Repräsentationschancen der ärztlichen Berufsverbände in unterschiedlichem Maße auswirkt, dürfte jedoch gering sein. Allenfalls läßt sich vermuten, daß die Begünstigung kleiner ländlicher Wahlkreise durch das Wahlsystem den Allgemein- und Praktischen Ärzten, die auf dem Lande stärker vertreten sind als die Fachärzte, zu einer besseren Repräsentation in der Vertreterversammlung verhilft.

Eine dritte Ungleichheit entsteht schließlich durch das Nominierungsverfahren. Die Nominierung erfolgt durch die Amtsinhaber; diesen kann zunächst einmal ein Interesse am Fortbestand ihres eigenen Status unterstellt werden.

Darüber hinaus wird von den Amtsinhabern offenbar darauf geachtet, daß die potentiellen Kandidaten keine allzu partikularistischen Positionen vertreten (Interview). Damit haben es Verbände, die Außenseiterpositionen vertreten oder noch nicht lange etabliert sind, schwerer, einen Sitz in der Vertreterversammlung zu erlangen, da sie keinen Platz auf der Einheitsliste eingeräumt bekommen. Ihre Chancen steigen erst dann, wenn die Mehrheit der Kassenärzte mit den amtierenden Vertretern so unzufrieden ist, daß sie ihre Stimme lieber einer oppositionellen als der Einheitsliste geben.

5 Vielfalt und Interdependenz der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen, wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, keinen monolithischen Block dar. Nicht anders als die deutschen Bundesländer unterscheiden sie sich teilweise deutlich voneinander. Diese Unterschiede haben zum Teil soziostrukturelle Ursachen: So stehen den großen Kassenärztlichen Vereinigungen mit mehr als 10.000 Mitgliedern kleine mit weniger als 1.000 Mitgliedern gegenüber. Ausschließlich städtisch geprägt sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin und Hamburg; gemeinsam mit der KV Nord-Württemberg weisen sie den höchsten Facharztanteil auf (vgl. Tabelle 3.3). Auch die wirtschaftliche Struktur der Bundesrepublik prägt die finanzielle Situation der Kassenärzte. Analog zur wirtschaftlichen Potenz der Bundesländer läßt sich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Süd-Nord-Gefälle nachweisen: In Regionen mit hoher Arbeitslosenquote oder, wie in Berlin, einem hohen Rentneranteil können auch die Honorarverträge mit den Ortskrankenkassen nicht sehr großzügig ausfallen.³⁴

Die Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sind jedoch nicht nur auf soziostrukturelle Unterschiede zurückzuführen, sondern auch, wie im Laufe dieses Kapitels nur angedeutet werden konnte, auf Unterschiede in der Organisation der kollektiven Willensbildung. Ein kleiner Vorstand erlaubt beispielsweise einen anderen Führungs- und Informationsstil als ein großer. Das Amt des Vorstandsvorsitzenden zeichnet sich häufig durch

34 Am schlechtesten kamen Ende der 80er Jahre die Kassenärzte Berlins davon (vgl. *Ärzte-Zeitung*, 7.6.1990: 18; Webber 1992: 264).

eine hohe personelle Kontinuität aus und ermöglicht es damit dem Amtsinhaber, die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung mit seinem persönlichen Stil zu prägen.

Die Tatsache, daß Gesamt- und Honorarverträge auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt werden, erlaubt den Vertragspartnern einen Spielraum zum Erproben neuer Vertragsvarianten. Sollten sich die Varianten bewähren, so können sie von den Vertragspartnern der anderen Regionen übernommen werden. So schlossen die KV Bayerns und die Landesverbände der bayerischen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen 1979 den »Bayern-Vertrag«, der die Kassenärzte Bayerns durch gezielte Anreize zu einer Senkung der von ihnen verordneten Arzneimittelkosten und Krankenhauseinweisungen veranlassen sollte (vgl. Schwefel/ van Eimeren/ Satzinger 1986). Die Wirkung dieses Vertrages entsprach jedoch nicht den Erwartungen, so daß er keine weiteren Nachahmer fand.

Nicht nur im Verhältnis zum Vertragspartner, auch in der Ausgestaltung der Selbstverwaltung besitzen die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Spielraum, der Experimente ermöglicht. So wurden beispielsweise von den Vertreterversammlungen der KV Schleswig-Holstein 1989 und von der KV Niedersachsen 1990 Honorarverteilungsmaßstäbe beschlossen, deren Umverteilungswirkungen erst noch erprobt und von der Kassenärzteschaft akzeptiert werden müssen (vgl. auch Kapitel 7).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen besitzen damit, was die Gestaltung ihres Verhältnisses zu ihren Mitgliedern und zu ihren Vertragspartnern betrifft, eine relativ hohe Eigenständigkeit. Dies zeigt sich beispielsweise darin, daß in der Vergangenheit häufiger Honorarverträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen großzügiger ausfielen, als es der zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassenverbänden ausgehandelten Empfehlung entsprach. Auch wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen sich nicht immer nach den Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung richten, ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen mehr als ein machtloser Dachverband. Dies liegt nicht nur daran, daß sie im Namen der Kassenärztlichen Vereinigungen Mantelvertrag und Arzt/Ersatzkassenvertrag aushandelt und die Vertreter der Kassenärzte in die Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung entsendet und daß die Richtlinien dieser Ausschüsse für die Kassenärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen bindend sind.

Ein weiterer Grund liegt in der engen Beziehung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung, die durch die enge Verzahnung der Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung be-

günstigt wird. So sind zwei Drittel der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vorstandsmitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Tabelle 3.10). Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rekrutiert sich zu knapp drei Vierteln aus den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen.³⁵ Dadurch und, in geringem Maße, durch den Länderausschuß sind die Kommunikationswege zwischen den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Bundesvereinigung relativ kurz. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann in diesem Interdependenzsystem die Funktion der Rückkopplung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Vereinheitlichung der Politik derselben übernehmen.

Die Verschiedenartigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen kann nicht alleine mit Unterschieden in der Mitgliederstärke der KVen, der Wirtschaftsstruktur der Region oder der Organisation der KV-internen Willensbildung erklärt werden. Ein weiterer Faktor ist in diesem Zusammenhang der Einfluß, den die freien ärztlichen Berufsverbände jeweils auf die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ihre Mitwirkung an derselben ausüben. Das bedeutet, daß der politische Stil der Kassenärztlichen Vereinigungen auch davon abhängt, welche Verbände in welchem Umfang in die Entscheidungsfindung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen involviert sind. Aus dieser Perspektive sind Kassenärztliche Vereinigungen als Arenen zu betrachten, innerhalb derer die freien Verbände versuchen, das Handeln des korporativen Akteurs Kassenärztliche Vereinigung im Sinne der Interessen ihrer Mitglieder zu gestalten. Welche Interessen durch die freien Verbände aggregiert und vertreten werden, wird im folgenden Kapitel diskutiert.

35 1989 dürfte das erste Mal in der Nachkriegsgeschichte gewesen sein, daß die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Kassenarzt in den Vorstand wählte, der nicht gleichzeitig Mitglied eines Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung war.

Kapitel 4

Verbündete und Widersacher der KVen: Die freien Verbände

Die ärztliche Berufsgruppe zeichnet sich durch ein besonders reich entwickeltes Verbandswesen aus. Neben den bisher erwähnten Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und dem Hartmannbund existieren zahlreiche weitere Verbände, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten. Viele dieser Verbände nehmen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen eine ambivalente Haltung ein. Einerseits sind sie für eine erfolgreiche Durchsetzung ihrer Ziele auf die Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen, beziehungsweise können sie durch Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Situation ihrer Mitglieder verbessern. Auf der anderen Seite müssen sie oft genug erleben, daß die Interessen ihrer Mitglieder durch Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen beeinträchtigt werden; in diesem Falle versuchen sie, solche Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verhindern.

Da diese Ambivalenz auch die Neigung der Verbandsvorstände prägt, eine personelle Verflechtung mit den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen einzugehen, bedarf es einer genaueren Untersuchung ihrer Grundlagen. Ursache der ambivalenten Einstellung der ärztlichen Berufsverbände zu den Kassenärztlichen Vereinigungen sind die unterschiedlichen Zielsetzungen von ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zielsetzung eines Verbandes kann in der Regel seiner Satzung entnommen werden. Die konkrete Ausgestaltung von Verbandszielen, d.h. die Ableitung spezifischer Aufgabenstellungen aus allgemeinen Zielsetzungen, ist abhängig von den konkreten Interessen der Verbandsmitglieder. Die Zielsetzungen und Aufgabenstellungen der Verbände sowie die Mechanismen der Rückkopplung der Aufgabenstellung an die Interessen der Mitgliedschaft sind die beiden Themen, die im Laufe dieses Kapitels untersucht werden.

Der historische Überblick über die Entwicklung der ärztlichen Verbandslandschaft in den ersten drei Abschnitten dieses Kapitels zeigt, um welcher

Kollektivgüter willen die Gründung der Berufsverbände erfolgte und was die Interessenlage dieser Verbände gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Die Darstellung der Verbandsgründungen vor 1945 gibt einen Überblick über das Spektrum der organisierten ärztlichen Interessen und zeigt, welches hohe Alter diese teilweise besitzen. Die Analyse von Entstehungsbedingungen, Aufgabenstellung, Organisationsgrad und der Bedeutung selektiver Anreize der nach 1945 gegründeten fachübergreifenden und fachspezifischen Berufsverbände verdeutlicht, welche Interessen diese mit welchem Nachdruck gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten. Die im vierten Abschnitt dieses Kapitels durchgeführte Analyse der Struktur der freien Verbände gibt Aufschluß über die Koppelung der Verbandsentscheidungen an die Interessen der Mitglieder. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels zeigt schließlich, aus welchen Gründen die freien ärztlichen Berufsverbände ein Interesse an einer Kontrolle der Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen haben.

Ärztliche Berufsverbände lassen sich in zwei Gruppen einteilen: fachübergreifende und fachspezifische Verbände. Fachspezifische Berufsverbände gibt es ungefähr so viele, wie es Gebietsbezeichnungen in der Weiterbildungsordnung¹ gibt. Mitglied eines fachspezifischen Berufsverbandes kann der Arzt werden, der berechtigt ist, die entsprechende Gebietsbezeichnung zu führen oder dabei ist, diese Gebietsbezeichnung zu erwerben. Fachübergreifende Verbände rekrutieren ihre Mitglieder hingegen nicht aufgrund der Gebietsbezeichnung, die diese führen, sondern aufgrund anderer Kriterien, beispielsweise der Tätigkeitsart. So gibt es fachübergreifende Verbände, die jeweils die Interessen angestellter Ärzte, leitender Krankenhausärzte oder der Kassenärzte vertreten.²

1 Die Weiterbildungsordnung legt die Bedingungen für die Weiterbildung zwecks Erwerb einer Gebietsbezeichnung (beispielsweise Gynäkologie, Innere Medizin) fest. Die Weiterbildungsordnung führt derzeit 27 anerkannte Gebietsbezeichnungen und 18 Teilgebietsbezeichnungen auf (vgl. Narr 1984c: 108-109; siehe auch Übersicht 4.5).

2 Auch das Geschlecht kann, wie das Beispiel des Deutschen Ärztinnenbundes zeigt, als Mitgliedschaftskriterium dienen.

1 Die Entwicklung der ärztlichen Verbandslandschaft bis 1945

Zusammenschlüsse von Medizinern lassen sich bis in das 17. bzw. 18. Jahrhundert zurückverfolgen. Bei diesen frühen ärztlichen Vereinigungen handelte es sich um medizinische bzw. medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaften; ihre Zielsetzung war wissenschaftlich und nicht standespolitisch.³ Die Phase verstärkter Verbandsgründungen begann erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts (vgl. Stobrawa 1979: 10). In dieser Zeit waren es sowohl wissenschaftliche als auch standespolitische Anlässe, die zur Gründung einer ärztlichen Vereinigung führten.

Die Gründung von Verbänden mit wissenschaftlicher Zielsetzung ist mit dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu erklären, der es den Ärzten ermöglichte, ihre Behandlungsmethoden wissenschaftlich zu fundieren. Um mit dem Stand der medizinischen Entwicklung mithalten zu können, sahen sich die niedergelassenen Ärzte gezwungen, in zunehmendem Maße in ihre Fortbildung zu investieren. Zu diesem Zweck bildeten sich auf lokaler und regionaler Ebene zahlreiche wissenschaftliche Verbände und Lesegesellschaften. Die Aufgabe dieser Verbände war es, durch den Aufbau von Bibliotheken und die Herausgabe von Fachzeitschriften die Weiterbildung ihrer Mitglieder zu fördern (vgl. Trüb 1986: 332-333).

Den Anlaß für die Gründung ärztlicher Vereinigungen mit standespolitischer Zielsetzung bot das Verhältnis der Ärzte zum Staat, das von diesen als unbefriedigend empfunden wurde. Zumindest in Preußen war der Arzt strengen staatlichen Reglementierungen unterworfen: Ärzte hatten einen Diensteid zu leisten und waren disziplinarrechtlich den Staatsbeamten gleichgestellt, ohne jedoch die Privilegien des Beamtenstatus genießen zu können. Darüber hinaus hatten sie den Behörden unentgeltlich zuzuarbeiten und waren gesetzlich zu Hilfeleistungen im Notfall verpflichtet (vgl. Huerkamp 1985: 254-255). Ein weiteres Anliegen der Ärzte, die nicht nur eine akademisch gebildete Berufsgruppe darstellten, sondern auch für die Demokratisierungsbestrebungen der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts empfänglich waren, war neben der Abwehr staatlicher Reglementierung ein Mitspracherecht bei solchen staatlichen Regelungen, die die Gesundheitspolitik betrafen (vgl. u.a. Graf 1890: 105).

3 Als die ältesten ärztlichen wissenschaftlichen Gesellschaften auf deutschem Boden haben nach Angaben Trübs (1961: 332) die 1644 in Hamburg und 1651 in Danzig gegründeten Collegium medicum zu gelten.

Aus diesen Gründen bildeten sich auf regionaler Ebene zahlreiche Vereine mit standespolitischer Zielsetzung, von denen sich 1872 ein großer Teil zum Deutschen Ärztevereinsbund zusammenschloß. Die Forderung dieser Verbände war nicht nur ein Recht auf Mitsprache in der Gesundheitspolitik und eine Reduktion staatlicher Bevormundung, sondern darüber hinaus das Recht auf eine eigene Gestaltung des ärztlichen Berufsrechts durch Einführung einer ärztlichen Berufsordnung und eines ärztlichen Ehrengerichts (vgl. Huercamp 1985: 254-255). Diese Standesvertretung und Standesregulierung sollte durch Ärztekammern erfolgen.

Die ersten Ärztekammern entstanden 1864 in Baden und 1865 in Sachsen und Braunschweig (Finkenrath 1928: 48). Es gelang den Ärzten jedoch nicht, eine national einheitliche Regelung durchzusetzen; die Petitionen der Standesvertreter 1868 im Norddeutschen Bund, 1871 an den Reichstag sowie die Immediateingabe 1889 an den Reichskanzler blieben in dieser Hinsicht erfolglos: Eine Reichsärztekammer wurde nicht bewilligt (vgl. Finkenrath 1928: 46-47, Graf 1890: 45-46). Staatlich anerkannte Standesvertretungen mußten in jedem Bundesstaat selbst erkämpft werden. Nicht in allen Ländern stand den Kammern das Recht auf eine Ehrengerichtbarkeit zu (Finkenrath 1928: 46), ebensowenig herrschte in allen Ländern Beitrittszwang (ebd., S. 50), und manche Länder hatten selbst 1928 den Ärzten noch keine Kammer zugestanden (ebd., S. 49).

Einen Überblick über den Stand des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland zum Ende des 19. Jahrhunderts bietet die Festschrift von Eduard Graf, dem damaligen Vorsitzenden des Deutschen Ärztevereinsbundes (Graf 1890). Graf führte anlässlich seiner Darstellung des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland eine Umfrage unter den damals bestehenden Vereinen durch. Mit dieser Umfrage erfaßte er 352 Verbände, die er in seiner Dokumentation namentlich aufführt. Von diesen 352 Verbänden gaben 315 an, wissenschaftliche Zielsetzungen zu verfolgen, 319, standespolitische Zielsetzungen, und einer, gesellige Zielsetzungen zu verfolgen. 220 dieser Verbände waren Mitglied des Deutschen Ärztevereinsbundes; 106 Verbände (in den Königreichen Bayern, Sachsen und Württemberg sowie im Großherzogtum Hessen) besaßen den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Die zunehmende Bedeutung des krankenversicherten Patienten ließ gegen Ende des letzten Jahrhunderts einen weiteren Verbandstyp entstehen, der weniger wissenschaftliche oder standespolitische Zielsetzungen verfolgte als wirtschaftliche. Der Organisationserfolg des Leipziger Verbandes zu Beginn dieses Jahrhunderts, der später nach seinem Begründer Hartmannbund genannt wurde, wurde schon in Kapitel 1 dargestellt, ebenso, daß bereits im 19. Jahr-

hundert auf lokaler Ebene vereinzelt Kassenärztliche Vereinigungen oder Verbände gleicher Aufgabenstellung existierten.

Nicht alle verbandlichen Organisationen der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte verfolgten damals das vom Hartmannbund mit Vehemenz vertretene Ziel der freien Arztwahl. Eine andere Ansicht vertraten in dieser Angelegenheit beispielsweise der Reichsverband der Ärzte und der Reichsverband der Knappschaftsärzte. Während der Reichsverband der Ärzte ein fixiertes Arztsystem bevorzugte, votierte der Reichsverband der Knappschaftsärzte für eine feste Anstellung der Ärzte bei den Kassen (vgl. Finkenrath 1928: 44-45).

Nicht nur die mehr oder weniger an der kassenärztlichen Tätigkeit beteiligten Ärzte schlossen sich zur Vertretung ihrer wirtschaftlichen Interessen zusammen. In seiner Darstellung der Organisation der deutschen Ärzteschaft von 1928 führt Finkenrath (1928: 44) weitere Vereine auf, die nach Tätigkeitsbereich getrennt die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder vertraten. Finkenrath nennt unter anderem folgende Verbände: Deutscher Medizinalbeamtenverein, Verband angestellter Kommunalärzte, Standesverein der reichsdeutschen Badeärzte, Vereinigung der Krankenhausärzte, Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte. Die ebenfalls erwähnte Reichsnotgemeinschaft deutscher Ärzte stellt eine Interessengemeinschaft der durch die Verhältniszahl von der Kassenpraxis ausgeschlossenen Ärzte dar. Auch ein Bund deutscher Ärztinnen existierte schon zu Weimarer Zeiten.

Das Dritte Reich brachte der deutschen Ärzteschaft 1936 schließlich die seit der Gründung des Norddeutschen Bundes geforderte Reichsärztekammer sowie eine Reichsärzteordnung. Dieser Sachverhalt ist nicht weiter erstaunlich, da sich eine zentralisierte Organisation der Ärzteschaft im Einklang mit der nationalsozialistischen Präferenz für das Führerprinzip befand (vgl. Kater 1987: 306-307). »Der treibende Motor« dieser Entwicklung war der bereits 1929 begründete Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (NSDÄB) (Kater, ebd.). Dessen erster Vorsitzender hatte schon 1933 die kommissarische Führung des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Hartmannbundes übernommen und damit die Gleichschaltung der deutschen Ärzteverbände eingeleitet (Deppe 1987a: 28-29).

Mit dem Erlaß der Reichsärzteordnung im Jahre 1935 wurden die Ärztekammern der Länder, der Ärztevereinsbund sowie die ihm angehörenden Standesvereine, der Hartmannbund und die ihm angeschlossenen wirtschaftlichen Vereinigungen aufgelöst. Rechtsnachfolger der Ärztekammern und des Ärztevereinsbundes wurde die Reichsärztekammer; das Vermögen des Hart-

mannbundes und der ihm angeschlossenen wirtschaftlichen Vereinigungen ging in den Besitz der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland über.⁴

Die Reichsärztekammer wurde 1945 – dem Dezentralisierungsbestreben der Alliierten entsprechend – wieder aufgelöst. Die heute existierende Bundesärztekammer nennt sich Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern; sie ist »ein privatrechtlicher Zusammenschluß der Ärztekammern des Bundesgebietes in der Rechtsform eines nichteingetragenen Vereines« (Narr 1984a: 19). Ihre Nachkriegsexistenz begann im Jahre 1947, als die Ärztekammern damit begannen, auf überregionaler Ebene zu kooperieren. Die Aufgabenstellung der Bundesärztekammer umfaßt die Koordination der Tätigkeiten der Ärztekammern sowie die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft. Darüber hinaus ist die Bundesärztekammer für die Organisation des jährlich stattfindenden Deutschen Ärztetages zuständig. Die Reichsärzteordnung wurde erst 1961 durch die Bundesärzteordnung ersetzt (Deppe 1987a: 43).

2 Fachübergreifende Berufsverbände nach 1945

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ist, was das ärztliche Verbandswesen betrifft, sowohl durch Anknüpfung an die in der Weimarer Republik bestehenden Strukturen als auch durch Weiterentwicklungen gekennzeichnet. Mit Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Hartmannbund wurden die Strukturen der Weimarer Zeit wiederbelebt. Daneben bildeten sich angesichts neuer Herausforderungen neue Berufsverbände, die bis dato noch nicht artikulierte Interessen vertraten. Im Laufe dieses Abschnitts wird gezeigt, welche fachübergreifenden Interessen sich im Laufe der Nachkriegszeit artikulierten und welchen Vertretungsanspruch die betreffenden Verbände jeweils übernehmen. Angesichts der Vielzahl der derzeit existierenden ärztlichen Berufsverbände kann nur eine Auswahl von Verbänden beschrieben werden. Die Auswahl beschränkt sich auf jene Verbände, die aufgrund der Zusammensetzung ihrer Mitgliedschaft überhaupt ein Interesse an Möglichkeiten der Beeinflussung der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen haben.

Der Hartmannbund wurde 1949 neu gegründet (Stobrawa 1979: 75). Gegenüber seiner ursprünglichen Zielsetzung, der Vertretung der wirtschaftlichen

4 § 87 der Reichsärzteordnung vom 13.12.1935 (vgl. die Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt Jg. 66/1936: 517).

Übersicht 4.1: Ziele des Hartmannbundes

Der Verband tritt ein

1. für eine Ordnung der Sozialversicherung und der öffentlichen Gesundheitspflege nach folgenden Grundsätzen:
 - Verbesserung und Vervollkommnung der Gesundheitssicherung des einzelnen Menschen und des Volkes
 - Teilnahme der gesamten Bevölkerung an allen Fortschritten der medizinischen Wissenschaft
 2. für die Unabhängigkeit des Arztes und seiner Berufsausübung
 3. für die freie Arztwahl
 4. für die Vertragsfreiheit
 5. für eine gerechte und angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen
 6. für die Sicherung des ärztlichen Einflusses in allen der Gesundheitspflege dienenden Einrichtungen
 7. für die Freiheit der ärztlichen Niederlassung
 8. für die Erhaltung der Freiberuflichkeit des Arztes
 9. für die berufsspezifischen Interessen des einzelnen Mitgliedes.
-

Quelle: Übernommen aus: Satzung des Hartmannbundes (Stand: 23.10.1987).

Interessen der Ärzte gegenüber den Krankenkassen, hat ein Wandel stattgefunden: Der Verband fühlt sich jetzt laut Satzung (§ 2) der »Wahrung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der in ihm zusammengeschlossenen Ärzte *aller* Berufs- und Fachgruppen« verpflichtet (Hervorh. v. Verf.). Das heißt, er vertritt jetzt sowohl die Interessen der niedergelassenen als auch der angestellten Ärzte. Die Interessen aller Ärzte bzw. der Zweck des Hartmannbundes kann Übersicht 4.1 entnommen werden.

Ungeachtet dieser Erweiterung der Aufgabenstellung stellen die niedergelassenen Kassenärzte nach wie vor mit ca. zwei Dritteln den größten Anteil der Mitglieder (vgl. Groser 1992: 179). Und nach wie vor ist das Kassenarztwesen das hauptsächliche Betätigungsfeld des Hartmannbundes. Auch die Mittel, derer sich der Verband zur Erreichung seiner Ziele bedienen will, sind in der Satzung aufgeführt (vgl. Übersicht 4.2). Daß der Hartmannbund maßgeblich an der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt war, heißt nicht, daß er die Politik derselben vorbehaltlos unterstützt. Sein Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ist eher als kritisch zu bezeichnen. Der Tenor seiner Kritik ist, daß die Körperschaften der zunehmenden Gängelung durch den Gesetzgeber zuwenig Widerstand entgegengesetzten, sich viel-

Übersicht 4.2: Aufgaben des Hartmannbundes

1. fester Zusammenschluß der gesamten Ärzteschaft Deutschlands zur gemeinsamen Verfolgung der Ziele des Hartmannbundes
 2. Vertretung der Vorstellungen und Forderungen des Verbandes gegenüber dem Gesetzgeber sowie den Regierungen und Behörden des Bundes und der Länder sowie den Trägern der öffentlichen Gesundheitspflege und der Sozialversicherung
 3. Zusammenarbeit mit den ärztlichen Körperschaften und anderen ärztlichen Organisationen
 4. Eintreten für die Selbstbehauptung und Geltung der freien Berufe im öffentlichen Leben gemeinsam mit anderen freien Berufen
 5. Zusammenarbeit mit allen Organisationen und Einrichtungen, die sich für das Wohl des Volkes verantwortlich fühlen, um das soziale und gesundheitliche Wohl des gesamten Volkes zu fördern
 6. Zusammenarbeit mit Ärzteorganisationen auf internationaler Ebene
 7. Beratung der Mitglieder in berufsbezogenen Rechtsfragen
-

Quelle: Satzung des Hartmannbundes (Stand: 23.10.1987).

mehr durch »vorausiehenden Gehorsam« ausgezeichneten.⁵ Eingedenk seiner Tradition als »Kampfverband« betrachtet er sich gerne als »Speerspitze« der Kassenärzteschaft, die nach außen gerichtet werden muß, während die Kassenärztlichen Vereinigungen den Schild darstellen.⁶

Die kompromißlose Haltung des Hartmannbundes zur Position der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung führt nicht selten auf den Hauptversammlungen des Hartmannbundes zu Auseinandersetzungen zwischen Entscheidungsträgern des Hartmannbundes und solchen Hartmannbundmitgliedern, die Vorstandspositionen in den Kassenärztlichen Vereinigungen bekleiden. Während die Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen vor einer überzogenen Konfrontationsstellung des Hartmannbundes zu den ärztlichen Körperschaften warnen, die die Hartmannbund-Mandatsträger innerhalb der Körperschaften nur in eine ungünstigere Ausgangsposition hin-

5 Vgl. dazu u.a. die Berichterstattung zu den jeweils im Oktober jeden Jahres stattfindenden Hauptversammlungen des Hartmannbundes in der ärztlichen Standespresse (u.a. Der Deutsche Arzt, Deutsches Ärzteblatt, Rheinisches Ärzteblatt); siehe auch Groser (1992: 174-177).

6 Vgl. die Rede des Hartmannbund-Vorsitzenden Bourmer in: Der Deutsche Arzt (1988/1-2: 5).

einmanöviere,⁷ wird ihnen, so ein Gesprächspartner, von Seiten des Hartmannbundes vorgeworfen, daß sie beim Eintritt in den KV-Vorstand ihre Hartmannbund-Vergangenheit vergäßen und stattdessen auf die Linie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einschwenkten.

Die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg bot nicht nur Gelegenheit zur Wiedergründung bereits bestehender Verbände, es bestand auch Bedarf an der Organisation der von den bestehenden Verbänden nicht vertretenen Interessen. Wie nach dem ersten Weltkrieg gab es auch zu dieser Zeit das Problem, daß die aus dem Krieg heimkehrenden, jüngeren Ärzte mit den bereits etablierten Ärzten um die Kassenarztsitze konkurrierten und daß die Krankenkassen relativ wenig Geld zur Verfügung hatten. In dieser Situation bildeten sich in einigen Großstädten der drei Westzonen 1946/47 »Arbeitsgemeinschaften der Jung-Ärzte«. Ihnen gehörten sowohl niedergelassene Nicht-Kassenärzte als auch im Krankenhaus tätige Assistenzärzte an.⁸ Die Assistenzärzte dieser Arbeitsgemeinschaften schlossen sich im Mai 1948 im Marburger Bund zusammen, der heute als gewerkschaftliche Organisation ihre Interessen in den Tarifverhandlungen vertritt.

Die niedergelassenen Nicht-Kassenärzte versuchten zunächst weiterhin, in Arbeitsgemeinschaften ihre Interessen zu wahren. 1949 entstanden in Nordrhein-Westfalen und Hamburg Landesverbände der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte, die sich auf dem Ärztetag desselben Jahres zum Verband der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte Deutschlands (NKV) zusammenschlossen. Die Gründung von Landesverbänden war im wesentlichen bis zum Sommer 1952 abgeschlossen. Mit der Forderung nach freier Arztwahl des Patienten vertrat der NKV ein Ziel, das eigentlich zu den ureigensten Anliegen des Hartmannbundes zählt. Der Hartmannbund selbst sah es jedoch zu dieser Zeit nicht als opportun an, diese Forderung in der Öffentlichkeit zu vertreten (vgl. Rodegra et al. 1981: 32-33).⁹ Das wichtigste Anliegen des NKV in den ersten

7 Vgl. den Bericht zur Hauptversammlung des Hartmannbundes 1987 in: Rheinisches Ärzteblatt (1987: 1078).

8 Vergleiche als ausführliche Dokumentation hierzu die Festschrift des NAV zu Ehren ihres Vorsitzenden Kaspar Roos (Rodegra et al. 1981: 30).

9 Der Vorstand des Hartmannbundes erklärte sich jedoch bereit, »in der Öffentlichkeit dieser Forderung der Jungärzteverbände gegenüber eine wohlwollende Haltung ein[zunehmen] [und] seinen Mitgliedern gegenüber aufklärend die Argumente der Jungärzteschaft für diese Forderung bei geeigneter Zeit verständlich [zu] machen« (Beschluß des Geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes vom 1.10.1950; zitiert nach Rodegra et al. 1981: 33). Auf dieser Grundlage waren Hartmannbund, Marburger Bund und NKV zu einer Zusammenarbeit in diesen Fragen bereit (ebd.).

Jahren war die Senkung der Verhältniszahl von Ärzten je Versicherte auf 1:450.¹⁰

Wie der Hartmannbund, so erreichte auch der NKV im Laufe der Zeit sein ursprüngliches Organisationsziel, was ihn zu einem Namens- und Programmwechsel, nicht aber zur Auflösung des Verbandes veranlaßte. Nachdem es im Laufe der Zeit dem größeren Teil seiner Mitglieder gelungen war, einen Kassenarztsitz zu erhalten, wurde auf der Bundeshauptversammlung von 1957 beschlossen, zukünftig auch Kassenärzte als Mitglieder zuzulassen. Der Verband wurde in Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) umgenannt, alle Organe wurden soweit wie möglich paritätisch mit Nicht-Kassenärzten und Kassenärzten besetzt (Rodegra et al. 1981: 112-113).

Übersicht 4.3: Aufgaben des NAV

1. Zweck des Verbandes ist der Zusammenschluß aller niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Ziel des Verbandes ist die Sicherung der freiberuflichen Tätigkeit niedergelassener Ärzte, der Niederlassungsfreiheit, der freien Zulassung zur Kassenpraxis sowie der uneingeschränkten freien Arztwahl der Bevölkerung.
2. Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands vertritt die Interessen dieser Arztgruppe in parteipolitischer, weltanschaulicher und konfessioneller Neutralität gegenüber den Parlamenten, den Regierungen, den Parteien, Behörden und allen anderen Organisationen und Institutionen in Deutschland und im Ausland.
3. Er vertritt die Interessen dieser Arztgruppe im allgemeinen, kann sich jedoch im Einzelfall nur für seine Mitglieder einsetzen.

Quelle: Übernommen aus: Satzung des NAV (Stand: 7.2.1986).

1960 erklärte das Bundesverfassungsgericht die Verhältniszahl der Kassenärztlichen Vereinigungen für verfassungswidrig, da sie dem Recht auf freie Berufswahl (Art. 12 GG) widerspreche.¹¹ Mit dem Kassenarzturteil war der ursprüngliche Vereinigungszweck des NAV, die freie Arztwahl des Patienten, erreicht; d.h., jeder Arzt hatte nun das Recht auf Zulassung zur kassenärzt-

10 Dieser Forderung entsprach das Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 nicht ganz: Die Verhältniszahl wurde nur auf 1:500 gesenkt.

11 Die Klage war vom Marburger Bund eingereicht worden. Offensichtlich war das Interesse der angestellten Ärzte an einer Öffnung des Weges in die Niederlassung in eigener Praxis höher als das der bereits niedergelassenen Ärzte, die mit dem Recht auf freie Arztwahl letztlich einen höheren Konkurrenzdruck befürchten mußten.

lichen Tätigkeit. Dies bedeutete nicht, daß der Verband nun ohne Zielsetzung dastand. Die satzungsgemäße Zielsetzung des Verbandes kann Übersicht 4.3 entnommen werden. Gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen tritt der NAV gemäßiger auf als der Hartmannbund. Sein Image ist eher das eines konstruktiven Vordenkers, der bereit ist, die gegebenen Grenzen zu akzeptieren. Dadurch setzt er sich jedoch dem Vorwurf der Basis aus, die Interessen der Mitglieder nicht hinreichend zu wahren bzw. zu vertreten.¹²

Hartmannbund und NAV sind die fachübergreifenden Verbände, die in bezug auf die Vertretung der Interessen der niedergelassenen Ärzte das größte Gewicht haben. Sie sind jedoch nicht die einzigen Verbände, die die berufspolitischen Interessen der Ärzteschaft vertreten. Im folgenden werden Gründungsanlaß und Ziele von einigen weiteren fachübergreifenden Verbänden beschrieben, sofern diese Verbände auch oder ausschließlich die Interessen der niedergelassenen Kassenärzte wahrnehmen. Übersicht 4.4 gibt einen Überblick über die im folgenden diskutierten Verbände. Diese Darstellung ermöglicht es, einen Eindruck von dem Spektrum der gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen verbandlich organisierten Interessen zu gewinnen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben.

Auch Mitgliederstärke und Organisationsgrad¹³ dieser Verbände sind, soweit sie zu ermitteln waren, in Übersicht 4.4 wiedergegeben. Diese Größen geben Aufschluß über das Gewicht, über das der Verband in innerärztlichen Diskussionen verfügt. Nicht behandelt werden berufspolitische Verbände, die die Interessen angestellter Ärzte vertreten, wie beispielsweise der Marburger Bund e.V., der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.¹⁴ oder der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.¹⁵

Einen besonderen Verbandstypus stellen Dachverbände dar, das sind Verbände von Verbänden. In der ärztlichen Verbandslandschaft gibt es neben der Bundesärztekammer drei weitere Dachverbände: Die Bundesvereinigung Deut-

12 Vgl. beispielsweise die Berichterstattung in der *Ärzte-Zeitung* (9.10.1985: 1; 1.10.1990: 7).

13 Als Organisationsgrad wird der Prozentsatz der tatsächlichen Verbandsmitglieder bezogen auf die Anzahl der möglichen Verbandsmitglieder bezeichnet.

14 In dem Maße, in dem Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden können, dürften Verbände, die die Interessen der Krankenhausärzte vertreten auch Mitglieder Kassenärztlicher Vereinigungen als Mitglieder haben. Die Überlappung der Mitgliedschaft dürfte jedoch sehr niedrig sein. Aus diesem Grund werden diese Verbände in dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

15 Übersichten über die derzeit existierenden Berufsverbände bieten beispielsweise Oeckl, das *Staatshandbuch*, *Teilausgabe Verbände*, oder Stobrawa (1979).

Übersicht 4.4: Fachübergreifende ärztliche Berufsverbände

Verband	Mitgliederstand abs.	Organisationsgrad ^a in %
Dachverbände		
Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände e.V. (BDÄ)	5	
Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)	18	
Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. (HB)	5	
Verbände für an der kassenärztl. Versorgung teilnehmende Ärzte		
Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. (HB)	34.217	16
NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.	14.329	20
Deutscher Kassenarztverband e.V.	10.430	15
Unabhängiger Ärzteverband Deutschlands e.V.	4.150	5
Verbände für spezifische Gruppen unter den Kassenärzten		
Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V. (BDB)	ca. 2.000	36
Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte e.V. (BNG)	ca. 1.000	5
Verband Deutscher Gruppenpraxen e.V. / Arbeitsgemeinschaft ärztlicher Laborgemeinschaften	ca. 5.000	...

... Wert nicht ermittelbar

a Der Organisationsgrad ist definiert als der Prozentsatz der tatsächlichen Verbandsmitglieder bezogen auf die Anzahl der möglichen Verbandsmitglieder.

Quellen: BDÄ: NAV Jahresbericht (1987/88). GFB, NAV, Deutscher Kassenarztverband, Unabhängiger Ärzteverband: Staatshandbuch, Teilausgabe Verbände (1988: 255-264). Hartmannbund: Hartmannbund Jahresbericht (1988). BDB: Deutsches Ärzteblatt (1989: A-2133). BNG: Auskunft des BNG-Bundesvorsitzenden. Verband Deutscher Gruppenpraxen: Ärzte-Zeitung (5.4.1990: 1). Organisationsgrad: eigene Berechnungen.

scher Ärzteverbände, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände sowie den Hartmannbund. Die Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände (BDÄ) wurde 1978 als Reaktion auf das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 gegründet (vgl. Stobrawa 1979: 78). Die zugrundeliegende Absicht war eine bessere Koordination der Politik der beteiligten Verbände gegenüber der Regierung (vgl. Wiesenthal 1981: 69; Frank 1983: 25). Mittlerweile beschränkt sich die Rolle der BDÄ offensichtlich darauf, den Mitgliedsverbänden ein Gesprächsforum zu bieten, das der berufspolitischen Entscheidungshilfe und Meinungsbildung dient; was Stellungnahmen zu standespolitischen Ereignissen betrifft, ist sie eher zurückhaltend. Mitgliedsverbände der Bundesvereinigung sind derzeit Hartmannbund, NAV, Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, Bundesverband

der Knappschaftsärzte und Bundesverband Deutscher Belegärzte; die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände nimmt als Beobachter teil.¹⁶

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) wurde mit dem Ziel gegründet, die Interessen der Gebietsärzte gegenüber den Allgemein- und Praktischen Ärzten besser zu vertreten (vgl. Stobrawa 1979: 79). Die Gründung erfolgte 1972, nachdem die Vorgängerorganisation, die Arbeitsgemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, aufgelöst worden war. Die GFB ist kein eingetragener Verein, es existiert auch keine Satzung, beschlußfassendes Organ ist die Sitzung der Vorsitzenden der Mitgliedsverbände.¹⁷ Im Gegensatz zur BDÄ ist die GFB mehr als ein Forum zur Meinungsbildung: Zur Wahrung der Interessen ihrer Mitgliedsverbände tritt sie gelegentlich an die Öffentlichkeit oder wendet sich an die ärztlichen Körperschaften. Darüber hinaus wird sie von den ärztlichen Körperschaften konsultiert, wenn diese Fragen zu entscheiden haben, die die Mitglieder der GFB betreffen. Bei den Mitgliedsverbänden handelt es sich um fachspezifische Berufsverbände; sie sind in Übersicht 4.5 aufgeführt.

Auch der Hartmannbund hat sich entschlossen, die Rolle eines Dachverbandes zu übernehmen. 1980 ergänzte die Hauptversammlung des Hartmannbundes die Satzung und ermöglichte damit auch ärztlichen Verbänden die (korporative) Mitgliedschaft.¹⁸ Damit hat der Hartmannbund nach eigenem Verständnis »die berufs- und gesundheitspolitische Vertretung für mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zu seinen eigenen Mitgliedern [übernommen], so daß er in berufspolitischen Fragen für rund 55.000 Ärzte spricht«.¹⁹

Wie Übersicht 4.4 zeigt, gibt es neben NAV und Hartmannbund eine Reihe weiterer Verbände, die sich explizit der Vertretung der Interessen bzw. Teilinteressen der Kassenärzte widmen. Der Deutsche Kassenarztverband ging 1959 aus der Aktionsgemeinschaft Deutscher Ärzte hervor, die sich die Bekämpfung der damals vom Bundesarbeitsminister geplanten Krankenversicherungsreform zum Ziel gesetzt hatte. Seine Zielsetzung ist laut Satzung die »Wahrung der Freiberuflichkeit« und die »Sicherung der wirtschaftlichen

16 Vgl. die Darstellung im NAV Jahresbericht (1987/1988: 46).

17 Auskunft der Geschäftsführerin.

18 Korporative Mitglieder des Hartmannbundes waren 1989 der Berufsverband der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren, der Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren, die ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie/Kneippärztebund und die Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin (Hartmannbund Jahresbericht 1989: 54).

19 Hartmannbund Jahresbericht (1988: 48).

Existenz« der Kassenärzte. Den wesentlichen Teil seiner Aktivitäten bildet jedoch die Organisation von abendlichen Fortbildungsveranstaltungen (über 120 im Jahr) sowie zwei bis drei mehrtägigen Fortbildungskongressen im Jahr.²⁰ Die Zahl der Mitglieder lag 1987 bei ca. 10.500.²¹

Der Unabhängige Ärzteverband Deutschlands (Ärzte-Regreß-Schutz) wurde 1961 gegründet. Sein Zweck ist laut Satzung insbesondere die »Erhaltung der Freiheit des ärztlichen Berufes« und die »Durchsetzung der Behandlungsfreiheit der Kassenärzte«. Wesentlicher Beitrittsanreiz dieses Verbandes dürfte die Unterstützung der Mitglieder durch Anwälte bei Sozialrechtsverfahren sein, beispielsweise bei Einspruch gegen Honorarkürzungen durch eine Kassenärztliche Vereinigung. Im Mitgliedsbeitrag ist außerdem noch eine Sozialrechtsschutzversicherung enthalten. Eine Besonderheit des Verbandes ist, daß Mitglied des Vorstandes nicht werden kann, »wer dem Landes- oder Bundesvorstand einer ärztlichen Körperschaft des öffentlichen Rechts angehört«.²² Damit ist eine Vorstandsverflechtung zwischen dem Unabhängigen Ärzteverband Deutschlands und einer Kassenärztlichen Vereinigung per Satzung ausgeschlossen. 1988 hatte der Unabhängige Ärzteverband ungefähr 4.200 Mitglieder.²³

Der Bundesverband Deutscher Belegärzte (BDB) wurde 1979 gegründet.²⁴ Die Gründung erfolgte auf Initiative des Hessischen Belegarztverbandes, ihr war die Gründung von weiteren Belegarztverbänden auf Landesebene vorausgegangen.²⁵ Der BDB vertritt die Interessen der Belegärzte gegenüber Krankenhäusern, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Klage der Belegärzte ist, daß sie stationäre Leistungen zwar wesentlich kostengünstiger erbringen als Krankenhäuser, daß ihre Möglichkeiten der Senkung der Kosten im Gesundheitswesen jedoch nicht hinreichend genutzt

20 Mitteilung des ersten Vorsitzenden.

21 Staatshandbuch, Teilausgabe Verbände (1988: 257).

22 § 6 Abs. 2 der Satzung; diese ist abgedruckt in der Verbandszeitschrift *Der freie Arzt* (1977/1: 16-17).

23 Staatshandbuch, Teilausgabe Verbände (1988: 257).

24 Ein Belegarzt ist ein niedergelassener Kassenarzt, »der auf der Grundlage eines Vertrages mit einem Krankenhausträger berechtigt ist, eigene oder ihm überwiesene Patienten in diesem Krankenhaus stationär zu behandeln«. Die Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung (Narr 1984b: 58-59).

25 Vgl. die Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (in: *Der Chirurg* 1979/4: 63-64) und den Bericht über die Gründung des rheinland-pfälzischen Belegarztverbandes im Jahre 1976 (*Deutsches Ärzteblatt* Jg. 74/1977: 202).

und gefördert werden. Nach einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts organisierte der BDB 1989 ungefähr 2.000 der 5.500 Belegärzte.²⁶

Der Verband Deutscher Gruppenpraxen wurde 1974 gegründet.²⁷ Er vertritt die Interessen der Laborgemeinschaften gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Laborgemeinschaft ist eine Form der Apparategemeinschaft zu der sich Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten, Frauenärzte etc. zusammenschließen können, um Laborgeräte gemeinsam zu nutzen und damit die Investitions- und Betriebskosten für den einzelnen Arzt zu senken. Die Mitgliederzahl von Laborgemeinschaften variiert zwischen zwei und dreihundert oder mehr Ärzten.²⁸ Die Zahl der Mitglieder des Verbandes Deutscher Gruppenpraxen wurde in einem Bericht der Ärzte-Zeitung (5.4.1990: 1) mit knapp 5.000 angegeben.

Der Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte (BNG) ist eine Verbandsgründung jüngeren Datums. Zur Gründung dieses Verbandes im Jahre 1984 trugen zwei Faktoren bei: Zum einen entwickelte sich eine steigende Unzufriedenheit mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung, die nach Ansicht der Verbandsmitglieder den ihnen offenstehenden Handlungsspielraum gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen nicht hinreichend ausnutzen. Der zweite Anlaß war der Eindruck, daß eine große Koalition der Gebietsärzte notwendig sei, um Interessen dieser Gruppe innerhalb der Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Allgemein- und Praktischen Ärzten besser zu vertreten. Der Verband besaß 1991 bundesweit ca. 1.000 Mitglieder.²⁹

Bei den bisher vorgestellten ärztlichen Berufsverbänden handelt es sich zum überwiegenden Teil um eingetragene Vereine.³⁰ Ein weiterer Organisationstypus ist die Aktions- oder Arbeitsgemeinschaft, die häufig die Vorstufe einer Verbandsgründung darstellt. So ging, wie berichtet, beispielsweise der Deutsche Kassenarztverband aus der Aktionsgemeinschaft Deutscher Ärzte hervor. Solche Aktionsgemeinschaften bilden sich anlässlich eines angekündig-

26 Deutsches Ärzteblatt (Jg. 86/1989: A-2133).

27 Vgl. Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1975: 4) Nach dieser Quelle soll der Verband Deutscher Gruppenpraxen auf Antrieb rund 90% aller in der Bundesrepublik bestehenden Gruppenpraxen, Apparategemeinschaften, Laborgemeinschaften etc. organisiert haben, zu denen sich damals annähernd 2.000 niedergelassene Ärzte zusammengeschlossen hatten (ebd.).

28 Nach Angaben Liebolds (1984b: 49) handelt es sich bei 80% der über 1.000 Laborgemeinschaften um kleine Gemeinschaften mit durchschnittlich 7 Ärzten.

29 Auskunft des Bundesvorsitzenden.

30 Ausnahme ist beispielsweise die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände.

ten oder bevorstehenden gesetzgeberischen Eingriffs in das Kassenarztrecht oder wenn eine Gruppe von Kassenärzten aus sonstigen Gründen ihre Rechte nicht hinreichend von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten fühlt. Auch die letzten Kostendämpfungsmaßnahmen und ihre Begleitumstände hatten die Bildung ärztlicher Aktionsgemeinschaften zur Folge. So entstanden in Nordrhein und Westfalen-Lippe Ende der 80er Jahre Zentrale Arbeitsgemeinschaften (ZAG), die in Nordrhein auf Anhieb den Sprung in Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung schafften.

Verbandsziel oder Gründungsanlaß eines Verbandes ist jedoch, insbesondere wenn letzterer bereits mehrere Jahrzehnte zurückliegt, nicht immer hinreichender Grund für die Beitrittsentscheidung eines potentiellen Verbandsmitgliedes. Aus diesem Grund bieten viele Verbände selektive Anreize, um potentielle Verbandsmitglieder zum Beitritt zu bewegen. Im Falle von Hartmannbund und NAV handelt es sich bei den selektiven Anreizen um Beratung in rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen insbesondere im Hinblick auf die Kassenarztstätigkeit sowie um das Angebot günstiger Gruppenversicherungstarife und Berufshaftpflichtversicherungen. Beim Bundesverband Deutscher Belegärzte, Verband Deutscher Gruppenpraxen und Ärzte-Regreß-Schutz liegt der selektive Anreiz zum Beitritt auch in dem spezifischen Wissen, mit dem diese Verbände ihren Mitgliedern bei Problemen weiterhelfen können. Der Anreiz zum Beitritt zum Deutschen Kassenarztverband liegt meinem Eindruck nach alleine in den Fortbildungsveranstaltungen, die dieser Verband anbietet. Beim Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte sowie bei den Zentralen Arbeitsgemeinschaften liegt der Beitrittsanreiz hingegen noch primär im Kollektivgut, das diese Verbände sich bemühen bereitzustellen.

Untersucht man die Organisationsgrade dieser Verbände, so muß man feststellen, daß weder das von den Verbänden bereitgestellte Kollektivgut, noch die selektiven Anreize eine sehr große Anziehungskraft ausüben (vgl. Übersicht 4.4). Den höchsten Organisationsgrad der hier erfaßten Verbände weist mit 36% der Bundesverband Deutscher Belegärzte auf, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß die Belegärzte nur 8% der Kassenärzte stellen. 20% erreicht der NAV und nur 16% der Hartmannbund.³¹

31 Der Organisationsgrad fiel für den Hartmannbund natürlich höher aus, wenn man noch die Mitglieder seiner korporativen Mitglieder berücksichtigen würde.

3 Fachspezifische Berufsverbände

Neben den öffentlich-rechtlichen Körperschaften, das sind Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen, und den fachübergreifenden Berufsverbänden stellen die Berufsverbände mit fachspezifischer Zielsetzung die dritte wichtige Gruppe ärztlicher Berufsverbände dar. Sie vertreten die berufspolitischen und wirtschaftlichen Interessen einer bestimmten ärztlichen Fachgruppe, beispielsweise der Allgemeinärzte oder der Radiologen. Fachspezifische Berufsverbände bildeten sich in der Nachkriegszeit als Ableger der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften der jeweiligen Arztgruppe. Anlaß für diese Ausdifferenzierung war, daß die Fachgesellschaften es trotz steigenden Bedarfs ihrer Mitglieder an berufspolitischer Beratung vorzogen, sich auf die Beschäftigung mit medizinischen und wissenschaftlichen Fragestellungen zu beschränken. Die Befassung mit berufspolitischen Fragestellungen war in den Satzungen der Fachgesellschaften nicht vorgesehen und hätte durch eine Satzungsänderung legitimiert werden müssen.

Vorläufer der heutigen fachspezifischen Berufsverbände gab es schon zu Zeiten der Weimarer Republik. So existierten nach den Angaben Finkenraths (1928: 45) in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts bereits ein Verband der Fachärzte Deutschlands sowie, als Pendant dazu, ein Verband der Praktischen Ärzte. Die Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns wurde beispielsweise 1927 gegründet, »um die Interessen [der praktischen Ärzte] gegen den Verdrängungswettkampf durch die hausärztlich tätigen Internisten und ihre Gleichstellung in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen behaupten zu können«.³²

Eine republikweite Organisation der fachspezifischen Interessen erfolgte nach dem Zweiten Weltkrieg. Gründungsanlaß ist meist eine von den Trägern der entsprechenden Gebietsbezeichnung wahrgenommene Benachteiligung bzw. Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation. Im folgenden werden zunächst einige Beispiele von Gründungsanlässen fachspezifischer Berufsverbände dargestellt. Im Anschluß daran wird die Bedeutung dieser Verbände anhand der Indikatoren Mitgliederstärke, Organisationsgrad und selektive Anreize diskutiert sowie ihre Rolle gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen untersucht.

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) wurde 1959 im Rahmen des jährlichen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin

32 Dieckhoff (1990: 49).

gegründet. Anlaß war zum einen, daß die Internisten ihr Fachgebiet dadurch herabgewürdigt sahen, daß in der von der Bundesärztekammer entworfenen Gebührenordnung von 1953 »ein Abschnitt ›Innere Medizin‹ völlig fehlte«. »Hinzu kam,« so der Verband in einer Darstellung seines Gründungsanlasses,³³ »daß die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin die Flut der Anfragen und Beratungswünsche der Internisten nicht bearbeiten konnte, da sie satzungsgemäß ›unmittelbar der Förderung der Volksgesundheit und der Wissenschaft‹ verschrieben war.«

Aufschlußreich ist auch der Anlaß der Bildung des Berufsverbandes der Dermatologen. Hier waren es, wie das folgende Zitat zeigt, unmittelbare wirtschaftliche Interessen, die zur Verbandsgründung führten. Der Verband der niedergelassenen Dermatologen Deutschlands wurde in den Worten eines der Gründungsmitglieder 1952 gegründet, nachdem »eine bis dahin verhältnismäßig gute Einnahmequelle zu versiegen [begann], als der nach dem Kriege zunächst hohe Anteil an Geschlechtskrankheiten innerhalb ganz kurzer Zeit fast zur Bedeutungslosigkeit absank«, obwohl »viele junge Kollegen in die Praxis drängten«. Zunächst bildeten sich an mehreren Orten Interessengemeinschaften von Dermatologen. Da deren Einflußmöglichkeiten jedoch nur gering bleiben konnten und auch die Deutsche Dermatologische Gesellschaft sich außerstande sah einzugreifen, »da ihr als einer rein wissenschaftlichen Gesellschaft die Kompetenz dazu fehlte«, trafen sich die Vertreter der Interessengemeinschaften 1952 in Köln und beschlossen die Gründung des Berufsverbandes.³⁴

Auch die Verbandsgründung der Praktischen Ärzte zeigt die Einsicht in die Notwendigkeit der kollektiven Organisation zur besseren Vertretung der Interessen der eigenen Arztgruppe gegenüber den anderen Arztgruppen. Der erste überregionale Zusammenschluß von Verbänden Praktischer Ärzte nach dem zweiten Weltkrieg erfolgte im Jahre 1953.³⁵ Praktikervereinigungen aus Berlin, Braunschweig, Dortmund und München gründeten die Bundesarbeitsgemeinschaft der Praktischen Ärzte Deutschlands (BAPAD). In den folgenden Jahren konstituierten sich weitere Landesverbände, die sich 1960 zum Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) zusammenschlossen. Das

33 Beindorff (1984: 3-4).

34 So eines der Gründungsmitglieder anlässlich des 25jährigen Jubiläums des Berufsverbandes (Aretz 1977: 6).

35 Allgemeinärzte gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht, der Arzt für Allgemeinmedizin wurde erst 1969 vom 72. Deutschen Ärztetag in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

vordringliche Anliegen des BPA war »von Anfang an die Förderung des Ansehens der Praktischen Ärzte innerhalb der Ärzteschaft und bei den Patienten, die Verfechtung der honorarmäßigen Gleichstellung der ärztlichen Leistungen der Praktischen Ärzte mit denen der Gebietsärzte und, nicht zuletzt, die Förderung der allgemeinärztlichen Lehre, Forschung und Fortbildung«. Maßgeblicher Gründungsanlaß war, daß »Ansehen und wirtschaftliche Situation der Praktischen Ärzte in den ersten Nachkriegsjahren durch die spektakulären Erfolge der klinischen Medizin und die Überbewertung der apparativen Medizin, die zu einer Expansion der Fachärzte führte, einen erneuten Tiefpunkt erreicht« hatte.³⁶

Auch fachspezifische Verbände bieten selektive Anreize an, um die Zahl ihrer Mitglieder zu erhöhen. Dabei handelt es sich nicht nur, wie im Falle der fachübergreifenden Verbände, um die Beratung in rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten und um die Vermittlung von Rabattvorteilen. Ein wichtiger Bestandteil der selektiven Anreize eines fachspezifischen Berufsverbandes ist die von ihm angebotene Förderung der fachspezifischen Fortbildung seiner Mitglieder. Diese erfolgt sowohl über die Mitgliederzeitschrift, die in monatlichen Abständen erscheint und über neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden informiert, als auch über die Organisation von Fortbildungsseminaren, die auch in den Umgang mit neuen Techniken einführen.³⁷ Dieser relativ starke Anreiz macht sich in durchweg höheren Organisationsgraden der fachspezifischen Verbände bemerkbar (vgl. Übersicht 4.5).

Die Mitglieder fachspezifischer Berufsverbände können selbständig oder angestellt oder auch ohne ärztliche Tätigkeit sein. Damit wird es, sofern die Verbände nicht in der Lage sind, ihre Mitglieder nach Tätigkeitsart aufzuschlüsseln, schwierig zu beurteilen, in welchem Ausmaß sich Mitgliedschaft in einem fachspezifischen Verband und einer Kassenärztlichen Vereinigung überschneiden. Was anhand der Statistik der Bundesärztekammer zu ermitteln ist, ist die Verteilung der Kammerangehörigen einer Gebietsbezeichnung auf die Tätigkeitsarten. Übersicht 4.5 zeigt für jede Gebietsbezeichnung die Anzahl der berufstätigen Kammerangehörigen und die Anzahl der niedergelassenen Kammerangehörigen.³⁸

36 So Dieckhoff (1990: 49).

37 Vgl. beispielsweise das diesbezügliche Angebot des BDI (Beindorff 1984: 59-64).

38 Bei den niedergelassenen Kammerangehörigen ist zu berücksichtigen, daß im Durchschnitt nur 95% dieser Gruppe an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Übersicht 4.5: Arztbezeichnungen und fachspezifische Berufsverbände

Arztbezeichnung	Verband	Dachverband	berufstätige Kammerangehörige	
			Insgesamt Mitgliederstand ^a	niedergelassen Organisationsgrad ^b in %
1. Keine Gebietsbezeichnung			77.139	16.675
Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin e.V. (BPA) ^c		BDÄ	12.000	ca. 16
2. Allgemeinmedizin			14.987	13.474
Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin e.V. (BPA)		BDÄ	12.000	ca. 16
Fachverband Deutscher Allgemeinärzte e.V. (FDA)		-
3. Anästhesiologie			5.923	428
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.		-	2.808	34
4. Augenhellkunde			3.841	3.289
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA)		GFB	ca. 4.600	81
5. Chirurgie			8.251	1.825
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)		GFB	5.400	42
6. Haut- und Geschlechtskrankheiten			2.416	1.893
Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.		GFB	ca. 1.700	45
7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe			8.526	5.965
Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BFV)		GFB	6.100	49
8. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde			2.989	2.394
Berufsverband der Deutschen Hals-, Nasen- und Ohrenärzte e.V.		GFB	2.500	55
9. Innere Medizin			20.396	11.278
Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)		GFB	13.000	43
10. Kinderheilkunde			5.927	3.453
Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e.V. (BVKD)		GFB	6.000	64
11. Kinder- und Jugendpsychiatrie			400	110
Berufsverband der Deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V.		GFB, HB	280	49
12. Laboratoriumsmedizin			724	313
Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL)		GFB	ca. 300	27
Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Laborärzte (ANL)		-
13. Lungen- und Bronchialheilkunde			731	313
Bundesverband der Pneumologen (BdP)		GFB	780	47
14. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			415	244
Bundesverband Deutscher Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.		GFB	400	61
15. Neurologie / Psychiatrie / Nervenheilkunde			6.125	2.799
Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)		GFB	1.600	18

16.	Nuklearmedizin Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner e.V. (BVDRN)	GFB	ca. 1.100	316	82
	Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.	-	...	...	...
17.	Orthopädie Berufsverband der Ärzte für Orthopädie e.V.	-	ca. 3.600	3.810	2.803
18.	Pathologie Berufsverband Deutscher Pathologen e.V.	GFB		685	133
19.	Radiologie Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner e.V. (BVDRN)	GFB	ca. 1.100	470	48
	Deutsches Informationszentrum für Radiologie e.V. (DIR) ^d	-	300	3.043	1.233
20.	Urologie Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.	GFB	1.793	2.323	1.461
21.	Sonstige^e Berufsverband Deutscher Medizinischer Mikrobiologen e.V.	GFB	...	2.520	112
	Berufsverband für Neurochirurgie e.V.	GFB	...	...	...
Summe			171.487	70.277	

... Wert nicht ermittelbar

- a Die hier genannten Mitgliederstände sind mit Vorsicht zu genießen, da sie von den Verbänden offensichtlich nicht mit hinreichender Genauigkeit an die Redaktion des Staatshandbuchs weitergegeben werden. Dies zeigt sich beispielsweise daran, daß die Zahlen über Jahre hinweg konstant bleiben, um eines Tages drastisch erhöht zu werden, oder daran, daß sie teilweise höher liegen als die Eigenangaben der Verbände in ihren Jahresberichten.
- b Der Organisationsgrad ist definiert als der Prozentsatz der tatsächlichen Verbandsmitglieder bezogen auf die Anzahl der möglichen Verbandsmitglieder. Als mögliche Verbandsmitglieder wurden hier alle Kammerangehörigen der jeweiligen Gebietsbezeichnung (d.h. auch die nicht mehr berufstätigen Ärzte) sowie die sich zu diesem Gebiet in Weiterbildung befindlichen Ärzte betrachtet. Da diese Zahl jedoch nicht zur Verfügung stand, wurde sie anhand der hier verwendeten Angaben der Bundesärztekammer geschätzt, indem die ohne Gebietsbezeichnung im Krankenhaus tätigen Ärzte (die sich zum überwiegenden Teil in der Weiterbildung befinden dürften) entsprechend dem Anteil der berufstätigen Kammerangehörigen der jeweiligen Gebietsbezeichnung anteilmäßig zu den Kammerangehörigen der einzelnen Gebietsbezeichnungen addiert wurden. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollte der hier berechnete Organisationsgrad nur als grober Näherungswert betrachtet werden. Er läge höher, wenn man ihn nur auf die berufstätigen Kammerangehörigen bezogen berechnen könnte.
- c Der Organisationsgrad des BPA wurde bezogen auf die Kammerangehörigen ohne Gebietsbezeichnung (abzüglich der ohne Gebietsbezeichnung im Krankenhaus tätigen Ärzte) sowie der Kammerangehörigen mit der Gebietsbezeichnung »Allgemeinmedizin« berechnet.
- d Der Organisationsgrad des DIR wurde bezogen auf die niedergelassenen Kammerangehörigen berechnet.
- e Arbeitsmedizin, Mikrobiologie, Neurochirurgie, öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Rechtsmedizin. Das Kriterium zur Zusammenfassung dieser Gebietsbezeichnungen war, daß 1988 weniger als 50 Ärzte der jeweiligen Gebietsbezeichnung in eigener Praxis niedergelassen waren.

Quellen: Kammerangehörige: BÄK, Tätigkeitsbericht 1988 (1988: 28-29). Mitgliederstände außer DIR: Staatshandbuch, Teilausgabe Verbände (1988: 256-263). DIR: Die Neue Ärztliche (10.5.1990: 1). Organisationsgrad: eigene Berechnungen.

Für nahezu jede Gebietsbezeichnung gibt es einen eigenen Berufsverband.³⁹ In der Übersicht 4.5 wurden die fachspezifischen Berufsverbände den entsprechenden Gebietsbezeichnungen zugeordnet, wobei sowohl bezüglich der Erfassung der fachspezifischen Berufsverbände als auch bezüglich der Zuordnung derselben zu den Gebietsbezeichnungen kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.⁴⁰ Darüber hinaus ist der Übersicht auch zu entnehmen, welchen Dachverbänden die aufgeführten fachspezifischen Berufsverbände angehören. Nur vier der hier aufgeführten Verbände sind nicht Mitglied der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Dabei handelt es sich zum einen um die Verbände der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, BPA und FDA, und zum anderen um den Berufsverband Deutscher Anästhesisten und den Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner.⁴¹

Die drei größten Arztgruppen unter den niedergelassenen Ärzten stellen mit einem Anteil von zusammengenommen knapp 60% die praktischen Ärzte (24%),⁴² Allgemeinärzte (19%) und Internisten (16%) dar. Von den übrigen Arztgruppen erreichen die Frauenärzte einen Anteil von 8% aller niedergelassenen Ärzte, die Kinderärzte 5%, die Augenärzte 4% und der Rest jeweils nicht mehr als 3%. Der Übersicht kann auch entnommen werden, von welchen Arztgruppen der überwiegende Teil eine Niederlassung anstrebt und welche Arztgruppen vorwiegend im stationären Sektor verbleiben. Von der Gruppe der Allgemeinärzte verbleiben die wenigsten im Krankenhaus; 90% aller berufstätigen Kammerangehörigen dieser Arztgruppe haben sich niedergelassen.⁴³ Auch von den Augenärzten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Hautärzten

39 Teilweise haben sich auch schon Ärzte gleicher Teilgebietsbezeichnung zu Berufsverbänden zusammengeschlossen, um ihre gemeinsamen Interessen gegenüber Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen besser vertreten zu können. So vertritt der Berufsverband der Deutschen Rheumatologen die Interessen der als Rheumatologen tätigen Internisten und Orthopäden (vgl. Die Neue Ärztliche, 25./26.5.1990: 1).

40 Zur Zeit gibt es 27 Gebietsbezeichnungen, 18 Teilgebietsbezeichnungen und 17 Zusatzbezeichnungen (Narr 1984c: 108-109, 113-114).

41 Quellen: Oeckl (1988/89: 536-538); Staatshandbuch BRD, Teilausgabe Verbände (1988: 258-259).

42 Mit dem Begriff »praktischer Arzt« wird im allgemeinen der Arzt ohne Gebietsbezeichnung, d.h. ohne Weiterbildung, bezeichnet. 1980 beschloß allerdings der Deutsche Ärztetag, die Bezeichnung »Praktischer Arzt« abzuschaffen. Ein Arzt ohne Gebietsbezeichnung heißt seitdem korrekt einfach »Arzt« (vgl. Narr 1984b: 54).

43 Dies ist nicht weiter erstaunlich, wenn man bedenkt, daß der Allgemeinarzt in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde, um den Status des Hausarztes gegenüber dem des Facharztes zu heben und damit für ärztliche Berufsanfänger attraktiver zu machen.

und Orthopäden lassen sich mehr als 70% in eigener oder Gemeinschaftspraxis nieder. Von der Gruppe der Frauenärzte, Urologen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Kinderärzte und Internisten sind mehr als die Hälfte der berufstätigen Kammerangehörigen niedergelassen. Die Angehörigen der übrigen Arztgruppen, das sind u.a. Anästhesisten, Chirurgen, Laborärzte, Nervenärzte und Radiologen, verbleiben überwiegend am Krankenhaus.

Der Organisationsgrad der fachspezifischen Berufsverbände liegt, wie bereits erwähnt, im Durchschnitt über dem der fachübergreifenden Berufsverbände.⁴⁴ Würde man den Organisationsgrad der Verbände bezogen auf die niedergelassenen Ärzte ermitteln, so dürfte er in der Regel höher liegen als der hier berechnete Organisationsgrad.⁴⁵ So berichtet beispielsweise der Berufsverband der Kinderärzte, daß es sich 1987 bei 2.750 seiner Mitglieder um niedergelassene Ärzte handelt; das entspricht bezogen auf die niedergelassenen Kinderärzte einem Organisationsgrad von 80%.⁴⁶ Der BPA-Landesverband Niedersachsen gab an, 1984 einen Organisationsgrad von knapp 50% erreicht zu haben.⁴⁷ Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) berichtete, daß 1989 ungefähr 5.600 seiner Mitglieder als niedergelassene Ärzte tätig waren; das sind ungefähr 49% der niedergelassenen Internisten.⁴⁸

Nach den hier durchgeführten Berechnungen ist es der Berufsverband der Augenärzte, der mit 80% den höchsten Organisationsgrad erreicht. Organisationsgrade von mehr als 60% ergeben sich für die Verbände der Kinderärzte, der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen sowie der Orthopäden. Eine Organisationsgrad von mehr als 45% haben die Verbände der Frauenärzte, der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, der Kinder- und Jugendpsychiater, der Lungenärzte, der Pathologen und der Urologen. Diese Organisationsgrade dürften im Vergleich zu anderen Berufsgruppen oder Verbandssystemen relativ hoch sein. Sie erklären sich nicht allein aus der effizienten Interessenvertretung, die diese Verbände für ihre Mitglieder betreiben. Eine wichtige Determinante der Mitgliedschaft sind, wie bereits erwähnt, die selektiven Anreize, die die Mitgliedschaft im fachspezifischen Berufsverband überhaupt erstrebenswert erscheinen lassen. Zur Erhöhung des Organisationsgrades dürfte auch beitragen, daß

44 Vgl. die Erläuterungen zu Übersicht 4.5 zur Berechnung des Organisationsgrades.

45 Der Versuch dazu wurde nicht unternommen, da er zum einen mit einem hohen Aufwand verbunden gewesen wäre (jeder Verband hätte um eine entsprechende Mitgliederstatistik gebeten werden müssen) und zum anderen nicht alle Verbände überhaupt eine hinreichend detaillierte Mitgliederstatistik besitzen.

46 Der Kinderarzt (Jg. 18/1987: 1803).

47 Der Praktische Arzt (1985/17: 28).

48 Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1990: 75).

Ärzte, die im Laufe ihrer Weiterbildung mehr als eine Gebietsbezeichnung erworben haben, um der Fortbildungsmöglichkeiten willen in mehr als einem fachspezifischen Berufsverband Mitglied werden.

Wie sich Übersicht 4.5 entnehmen läßt, haben einige Arztgruppen, was die Vertretung ihrer fachspezifischen Berufsinteressen betrifft, die Wahl zwischen mehreren Verbänden. So steht den Allgemeinärzten nicht nur der BPA offen, der praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin organisiert, sie können ihre Interessen auch vom Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) vertreten lassen.⁴⁹ Der FDA wurde 1979 gegründet, 10 Jahre nach Einführung der Gebietsbezeichnung »Allgemeinmedizin«. Repräsentanten des FDA betonen, daß der FDA »keine Spaltung oder Schwächung bewährter standes- und berufspolitischer Verbände« beabsichtige und auch nicht im Gegensatz zum BPA stehe. Der FDA verfolge »ausschließlich das absolut legitime Ziel einer klaren Abgrenzung gegenüber den nicht weitergebildeten Ärzten sowie gegenüber den Superspezialisten«.⁵⁰ In diesem Sinne fordert der FDA beispielsweise auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit eigene Prüfgruppen für Allgemeinärzte (Mertens 1980: 7) oder versucht, den Nachweis zu erbringen, daß Allgemeinärzte kostengünstiger arbeiten als Praktische Ärzte.⁵¹

Nicht nur die Allgemeinärzte, auch die niedergelassenen Laborärzte hatten offensichtlich den Eindruck, daß der vorhandene Berufsverband ihren Bedürfnissen nicht hinreichend entspreche, und haben sich deswegen zu einer Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Laborärzte zusammengeschlossen. Das Deutsche Informationszentrum für Radiologie (DIR) ist eine Gründung niedergelassener Radiologen, die ihre Interessen vom bereits bestehenden Berufsverband, dem BVDRN, nicht hinreichend gewahrt sahen. Die Gründung erfolgte Ende der 80er Jahre, als nicht nur einige radiologische Praxen im Zuge von Umstrukturierungen der Gebührenordnung, die zu Lasten der radiologischen Leistungen gingen, Konkurs zu machen drohten, sondern sich auch eine Reihe radiologischer Praxen mit staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wegen vermeintlich betrügerischen Abrechnungsverhaltens konfrontiert sahen.

49 Die Gebietsbezeichnung »Allgemeinmedizin« wurde erst 1969 vom 72. Deutsche Ärztetag eingeführt. Die dahinterstehende Absicht war, die Tätigkeit des Hausarztes, die bis dahin nur von praktischen Ärzten wahrgenommen wurde, durch eine Weiterbildung aufzuwerten und so den Fachärzten gegenüber attraktiver zu machen. Die Umbenennung des BPA von Berufsverband der Praktischen Ärzte in Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin erfolgte im Jahre 1970 (Der Praktische Arzt 1979: 1177).

50 So der Gründungsvorsitzende Mertens (1980: 7).

51 Vgl. Schüttrumpf (1989: 1039-1043).

Die Vielfalt der fachspezifischen Verbände mag verwirrend erscheinen. Im Verhältnis zu den Kassenärztlichen Vereinigungen haben sie jedoch alle das gleiche Interesse: die Wahrung bzw. Vermehrung des Besitzstandes der von ihnen vertretenen Arztgruppe im Rahmen der von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommenen Honorarverteilung. Zu diesem Zweck bemühen sie sich beispielsweise um eine Monopolisierung bestimmter Leistungen. Sie wollen erreichen, daß bestimmte Leistungen nur von Angehörigen der von ihnen vertretenen Arztgruppe erbracht werden dürfen. Ein anderes Ziel fachspezifischer Berufsverbände ist es durchzusetzen, daß bereits von der Arztgruppe monopolisierte Leistungen im Verhältnis zu den anderen Leistungen aufgewertet werden. Die Chancen zur Durchsetzung ihrer Ansprüche sind gemäß den Regeln der demokratischen Willensbildung und unter der Annahme, daß Kassenärzte bevorzugt Repräsentanten ihrer eigenen Arztgruppe in die Selbstverwaltungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen, umso höher, je größer der fachspezifische Verband selbst bzw. die vom Verband organisierte Arztgruppe ist. Das bedeutet, daß BPA und BDI, das sind die Verbände der beiden größten Facharztgruppen, bei diesen Aushandlungsprozessen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen eine dominierende Stellung einnehmen.⁵²

4 Die Organisationsstruktur der freien Verbände

Der Handlungsspielraum eines Verbandes wird nicht nur durch seine Umwelt, sondern auch durch die Interessen seiner Mitgliedschaft definiert. Die Artikulation der Interessen der Mitgliedschaft erfolgt über die Mechanismen der verbandsinternen Willensbildung. Im folgenden werden die Strukturen der verbandsinternen Willensbildung der ärztlichen Berufsverbände vergleichend dargestellt. Dabei wird untersucht, welche Möglichkeiten der effektiven Kon-

52 Diese These ist insofern schwer zu belegen, als die entsprechenden Verhandlungen, beispielsweise um Auf- und Abwertungen von Gebührenordnungspositionen, hinter verschlossenen Türen stattzufinden pflegen. Als Evidenz soll hier angeführt werden, daß, nimmt man die Berichterstattung der Standespresse als Indikator, die größeren fachspezifischen Verbände stärker in die Diskussion der Weiterentwicklung der kassenärztlichen Vergütung involviert sind als die Verbände kleinerer Arztgruppen. Weiterhin gilt, daß es sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht leisten könnte, sich in der Honorarpolitik über die Interessen der größeren Arztgruppen hinwegzusetzen.

trolle der Tätigkeit des Vorstandes die Mitglieder haben oder ob sich die Vorstandsmitglieder gemäß dem Michelsschen ehernen Gesetz (vgl. Michels 1925) kaum nach den Interessen der Mitglieder richten müssen.

Die Rechtsform der freien ärztlichen Berufsverbände ist die eines eingetragenen Vereins. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 21-79 BGB) muß ein Verein mindestens die Organe *Mitgliederversammlung* und *Vorstand* haben. Die Bestellung des Vorstandes erfolgt durch Beschluß der Mitgliederversammlung (BGB § 26), ebenso werden die Angelegenheiten des Vereins, »soweit sie nicht vom Vorstand oder einem anderen Vereinsorgane zu besorgen sind, durch Beschlußfassung in einer Versammlung der Mitglieder geordnet« (BGB § 32). Die Mitgliederversammlung ist somit das oberste Organ eines Verbandes. Ihr obliegt u.a. die Wahl des Vorstandes, die Genehmigung des Haushaltsplanes, die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge, die Genehmigung des Rechenschaftsberichtes und die Entlastung des Vorstandes sowie die Entscheidung über Satzungsänderungen. Außerdem kann sie für bestimmte Zwecke Ausschüsse einsetzen.

Die Möglichkeiten der Mitglieder zur Artikulation ihrer Interessen sind, wie in der Einleitung skizziert wurde, Wahlen, Voten auf der Mitgliederversammlung, Proteste und, als ultima ratio, der Austritt aus dem Verband. Die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Mitglieder können durch Manipulation des Wahlverfahrens eingeschränkt werden (vgl. Herber 1982; Herder-Dorneich 1983). So gilt beispielsweise, daß eine kürzere Wahlperiode die Gewählten enger an den Wählerwillen anbindet, da sie häufiger für ihr Handeln zur Rechenschaft gezogen werden. Die Dauer einer Wahlperiode liegt mittlerweile in der Mehrheit der Verbände bei 4 Jahren (beim FDA bei drei Jahren), insofern kann diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Verbänden beobachtet werden.⁵³

Die Kontrollmöglichkeiten der Mitglieder variieren auch mit der Länge der Wahlkette.⁵⁴ So kann der Einfluß des Mitgliedes dadurch verringert werden, daß es nicht direkt den Vorstand, sondern die Mitglieder einer Vertreterversammlung wählt, die wiederum aus ihrer Mitte den Vorstand bestimmt. Die

53 Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß einige Mitgliedsverbände des BPA bis in die 70er Jahre eine Wahlperiode von zwei Jahren hatten und nicht sehr begeistert waren, als der Bundesvorstand die Dauer einer Wahlperiode auf einheitlich vier Jahre festlegte.

54 Eine Wahlkette ist die Aneinanderreihung mehrerer Wahlgänge dergestalt, daß die Mandatsträger einer ersten Wahl in den folgenden Wahlgängen Mandatsträger höherer Ordnung wählen (vgl. Herber 1982: 48-49; Herder-Dorneich 1983: 93).

Wahlkette kann weiterhin durch die Differenzierung in Landes- und Bundesebene verlängert werden. Der Bundesvorstand wird dann von der Vertreterversammlung auf Bundesebene gewählt, die wiederum von den Vertreterversammlungen auf Landesebene gewählt wird. Auf dieser Dimension ergeben sich einige Variationen zwischen den Berufsverbänden.

Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte eines Verbandes, sofern er diese nicht an eine Geschäftsstelle delegiert. Der Hartmannbund gibt eine Sitzungsfrequenz von ca. zehn Vorstandssitzungen pro Jahr an.⁵⁵ Wie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, so gibt es auch bei dem einen oder anderen Verband einen Ausschuß, dessen Aufgabe es ist, die Tätigkeit des Bundesvorstandes zu kontrollieren bzw. die Koordination zwischen Landes- und Bundesvorstand zu erleichtern. So gibt es beispielsweise im Hartmannbund einen Gesamtvorstand, der von den ersten Vorsitzenden der Landesverbandsvorstände, den Vorsitzenden der Arbeitskreise sowie dem geschäftsführenden Bundesvorstand gebildet wird. Der Gesamtvorstand tagt zwei- bis dreimal im Jahr. Im Vergleich zur Delegiertenversammlung ist er damit kleiner, außerdem ist die Kompetenz seiner Mitglieder höher. Deswegen ist zu erwarten, daß er eher als die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung dazu in der Lage ist, die Tätigkeit des Vorstandes zu kontrollieren.⁵⁶

Die Größe der Geschäftsstelle eines Verbandes variiert mit seiner Größe und Finanzkraft: Am kleinsten sind die Geschäftsstellen der fachspezifischen Verbände der kleineren Facharztgruppen. Sie bestehen zumeist aus einem Geschäftsführer, der den Verbandsvorstand in rechtlichen Angelegenheiten berät und ihm auch bei den Verhandlungen mit Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt, sowie aus ein bis zwei Schreibkräften, die die Mitgliederkartei auf dem laufenden halten und anfallende Schreibarbeiten erledigen.⁵⁷ Der Berufsverband Deutscher Internisten beschäftigt hingegen ein Dutzend Personen in seiner Geschäftsstelle,⁵⁸ der Hartmannbund mittlerweile knapp 100 Mitarbeiter.⁵⁹

55 Hartmannbund Jahresbericht (1988: 42; 1989: 51).

56 Über diese Gremien hinaus richten manche Verbände (insbesondere fachspezifische, aber auch der Hartmannbund) auf Bundesebene zusätzlich Sektionen oder Arbeitskreise ein, die im Rahmen der allgemeinen Ziele des Berufsverbandes speziellen Aufgabenstellungen nachgehen.

57 Vgl. beispielsweise die Angaben zur Geschäftsstelle des BVDRN in: Röntgenpraxis, Röntgenpraxis aktuell (1988/18: Editorial).

58 Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1989: 78).

59 Zwei Drittel dieser Mitarbeiter arbeiten in der Hauptgeschäftsführung in Bonn, ein Drittel in den Geschäftsführungen der Landesverbände. Darüber hinaus sind noch fünfzehn

Die ärztlichen Berufsverbände gliedern sich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in Landesverbände. Die Anzahl der Landesverbände variiert je nach Verband. Keine Untergliederung in Landesverbände haben der Deutsche Kassenarztverband oder der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA); diese Verbände weisen nur auf der Bundesebene einen Vorstand und eine Mitgliederversammlung auf; auf Landesebene ist allenfalls ein Landesbeauftragter präsent. Auch bei den fachspezifischen Berufsverbänden gilt auf der Bundesebene häufig die Mitgliederversammlung als das oberste Organ des Verbandes. Mit zunehmender Größe wird jedoch auch hier, wie bei den großen fachübergreifenden Berufsverbänden, die Mitgliederversammlung auf der Bundesebene durch die Delegiertenversammlung ersetzt. Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), der trotz seiner Größe von (1990) mehr als 16.000 Mitgliedern alljährlich auf der Bundesebene eine Mitgliederversammlung durchführt, der auch die Wahl des Bundesvorstandes sowie dessen Entlastung obliegt.

Die Landesverbände können je nach Bedarf noch einmal in Orts-, Kreis- oder Bezirksvereine ohne eigene Rechtspersönlichkeit untergliedert sein.⁶⁰ Die Organe der Landesverbände der ärztlichen Berufsverbände sind im allgemeinen Mitgliederversammlung und Vorstand. Nur die größeren Berufsverbände, wie Hartmannbund und NAV, haben auch auf Landesebene Delegiertenversammlungen. Werden in den Landesverbänden Orts- oder Kreisvereine bzw. Bezirksgruppen gebildet, wird die Mitgliederversammlung durch eine Delegiertenversammlung ersetzt, deren Mitglieder von den Mitgliederversammlungen auf Bezirks- oder Kreisebene gewählt werden.⁶¹

Diese Strukturen legen den Schluß nahe, daß die Einflußmöglichkeiten der Mitglieder fachspezifischer Berufsverbände auf die Tätigkeit des Vorstandes größer sind als die der großen fachübergreifenden Berufsverbände Hartmannbund und NAV. Nicht nur die Möglichkeit zur, auch das Interesse an einer Kontrolle der Tätigkeit des Vorstandes ist bei den Mitgliedern fachspezifischer Berufsverbände höher als bei den Mitgliedern fachübergreifender Verbände. Ursache hierfür ist, daß, wie der Überblick über die Anlässe der Verbandsgründungen zeigte, das von den fachspezifischen Berufsverbänden produzierte Kollektivgut für die Verbandsmitglieder von weitaus unmittelbarer Relevanz für die eigene wirtschaftliche Situation ist als das von den großen fachüber-

freiberufliche Rechtsberater bei den Geschäftsstellen der Landesverbände tätig (Hartmannbund Jahresbericht 1989: 56-57).

60 Vgl. § 3 der Satzung des Hartmannbundes.

61 So ist es beispielsweise in den Satzungen vor Hartmannbund und NAV festgelegt.

greifenden Verbänden hergestellte Gut. Diese größere Relevanz des Kollektivgutes trägt neben der größeren Bedeutung der selektiven Anreize zu dem höheren Organisationsgrad der fachspezifischen Verbände bei.

Im Vergleich zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ist es in einem freien Verband einfacher, in den Vorstand zu gelangen. Da das Verhältnis von ehrenamtlichen Positionen zu Verbandsmitgliedern günstiger ist als in den Kassenärztlichen Vereinigungen, muß die Konkurrenz der Kandidaten um Positionen geringer sein. So gilt zumindest für die kleineren Berufsverbände, daß es auf Landesebene gelegentlich Schwierigkeiten gibt, alle satzungsgemäß vorgeschriebenen Positionen mit Kandidaten zu besetzen.

5 Die Beziehung zwischen freien Verbänden und KVen

Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen werden nur dann miteinander eine engere und längerfristige Beziehung, wie sie die personelle Verflechtung darstellt, eingehen, wenn sich beide Seiten davon einen Vorteil versprechen. Deswegen wird im folgenden diskutiert, aus welchem Grund freie Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen überhaupt ein Interesse an einer gegenseitigen Beziehung haben sollten. Darüber hinaus wird erörtert, auf welche Weise die freien Verbände eine personelle Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingehen können, vorausgesetzt sie wollen es.

Im Sinne des tauschtheoretischen Ansatzes läßt sich argumentieren, daß zwei Akteure, seien es Individuen oder Organisationen, genau dann eine Beziehung eingehen werden, wenn sie Verfügungsrechte über Ressourcen haben, die für den jeweils anderen Akteur von Nutzen sind (vgl. u.a. Coleman 1990: 37; Laumann/ Galaskiewicz/ Marsden 1978: 470). Überträgt man diese Argumentation auf das Verhältnis von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden, so gilt es, die Verfügungsrechte zu definieren, an denen der jeweils andere Akteur interessiert ist.

Im Falle der fachspezifischen Verbände ist die Identifikation der Verfügungsrechte unproblematisch. So ist es von unmittelbarer Relevanz für den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Gebietsarzt, welche Leistungen er in welchem Umfang erbringen und abrechnen darf und wie diese Leistungen vergütet werden. Diese Größen werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen in gemeinsamen Gremien ausgehandelt; Vertreter fachspezifischer Verbände sind offiziell nicht an diesen Verhandlungen beteiligt. Damit liegen die Verfügungsrechte über die Bestim-

mung dieser Parameter nicht beim zuständigen fachspezifischen Berufsverband, sondern bei den gemeinsamen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Da die Mitglieder der fachspezifischen Verbände von ihrem Verband, wie im Laufe dieses Kapitels gezeigt wurde, auch die Vertretung ihrer wirtschaftlichen Interessen erwarten, muß die Verbandsspitze auch an einer Kontrolle dieser Verfügungsrechte interessiert sein.

Spezifische Belange einzelner Gebietsarztgruppen werden nicht nur zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, sondern auch innerhalb der kassenärztlichen Selbstverwaltungsgremien verhandelt. Ein Beispiel für ein innerhalb der Kassenärzteschaft kontroverses Thema ist die Sicherung der Qualität medizinisch-technischer Leistungen. Sie ist in der Regel mit Kosten für die diese Leistungen erbringende Berufsgruppe verbunden, weil vorhandene Geräte ersetzt oder nachgerüstet werden müssen, um den neuen Anforderungen zu entsprechen. Im Falle radiologischer Leistungen sind es die Radiologen, die weitergehende Qualitätssicherungsmaßnahmen fordern, und die Teilgebietsradiologen, die sie zu verhindern suchen. Da Radiologen ihre Geräte besser auslasten und damit häufiger ersetzen können als die Teilgebietsradiologen, verschafft ihnen das Argument der Qualitätssicherung einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Teilgebietsradiologen, die aus Kostengründen in geringerem Maße als Radiologen dazu bereit sind, die Anforderungen an die Qualität ihrer Geräte zu erhöhen.

Angesichts solcher Auseinandersetzungen kann die Präsenz in den Selbstverwaltungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen nur von Vorteil sein. So versuchte beispielsweise 1989 der Berufsverband Deutscher Internisten als Vertreter der Teilgebietsradiologen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Mehrheit für eine Entschließung zu finden, mit der eine erforderliche Nachrüstung von Röntgenapparaten aufgeschoben werden sollte.⁶² Auch wenn die gezielte Beeinflussung der Entscheidungsträger im Sinne der Interessen der Mitglieder des eigenen Verbandes in diesem Falle nicht erfolgreich war, so gilt allgemein, daß eine Präsenz in den Gremien der Kassenärztlichen Selbstverwaltung dem Verband auch

62 Die Entschließung hätte, nach den Berichten der ärztlichen Landespresse, dank der Unachtsamkeit der übrigen Mitglieder der Vertreterversammlung beinahe eine Mehrheit gefunden (die Sitzung näherte sich schon ihrem Ende, die Aufmerksamkeit der Delegierten ließ nach), wenn nicht im letzten Moment die bayerischen Delegierten auf Geheiß ihres Vorsitzenden geschlossen den Saal verlassen hätten. Durch diese Senkung der Delegiertenzahl wurde die Versammlung beschlußunfähig (Der Kassenarzt 1989/41: 21).

einen besseren Informationsstand bezüglich der Angelegenheiten ermöglicht, die die Interessen seiner Mitglieder betreffen.

Es sind nicht nur die fachspezifischen Berufsverbände, die ein Interesse an einer Beziehung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen haben. Umgekehrt verfügen auch die fachspezifischen Berufsverbände über Ressourcen, an denen die Kassenärztlichen Vereinigungen interessiert sind. So ist der fachspezifische Kenntnisstand in den fachspezifischen Berufsverbänden höher als in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf diesen Kenntnisstand sind die Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen, wenn sie gegenüber den Krankenkassen die Einführung neuer ärztlicher Leistungen oder eine angemessenere Bewertung bereits in der Gebührenordnung anerkannter Leistungen durchsetzen wollen. Eine Ursache für den höheren fachspezifischen Kenntnisstand des Berufsverbandes ist die gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen größere Homogenität der Mitgliedschaft, die die Aggregation der vorhandenen Informationen erleichtert. Eine weitere Ursache ist, daß die fachspezifischen Berufsverbände nicht nur niedergelassene Gebietsärzte, sondern auch ihre im Krankenhaus tätigen Kollegen organisieren. Diese sind diejenigen, die zuerst Erfahrungen mit neuen Techniken und Leistungen sammeln. Der Berufsverband dient in diesem Fall als Forum zur Weitergabe dieser Erfahrungen an die niedergelassenen Kollegen (so die Darstellung eines Interviewpartners).

Nicht nur der fachspezifische Kenntnisstand weckt das Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen an einer Beziehung zu den freien Berufsverbänden. Darüber hinaus sind auch Rekrutierung und Ausbildung des berufspolitischen Nachwuchses eine Tätigkeit, die eher von den freien Verbänden als von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen wird.⁶³ Aus theoretischer Sicht ist es nicht unplausibel, daß der Beginn einer berufspolitischen Karriere eher in einem freien Verband als in einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.⁶⁴ Zum einen gilt, daß die Anforderungen an den Bewerber in einem freien Verband geringer sind, weil nicht nur die Zahl der Mitbewerber gering-

63 Beispielsweise bieten, wie eine Durchsicht der entsprechenden Verbandszeitschriften zeigt, die großen fachübergreifenden Berufsverbände wie Hartmannbund und NAV im Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Mitgliedern regelmäßig berufspolitische Schulungsseminare an.

64 Auch die für die Analyse der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden erhobenen Daten (vgl. Kapitel 10) weisen in diese Richtung: Von den hier erfaßten mehrfachen Vorstandsmitgliedern traten ungefähr drei Viertel ihre Tätigkeit im Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung während oder nach ihrer Tätigkeit im Vorstand eines freien Verbandes an; nur ungefähr ein Viertel kumulierte seine Vorstandsämter in umgekehrter Reihenfolge.

ger ist, sondern auch weil weniger auf dem Spiel steht als in einer KV. Das bedeutet, daß der Kandidat in Ruhe in sein Amt wachsen kann. Zum anderen dürfte die infolge der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft stärkere Identifikation mit der ideologischen Position des Verbandes eher ein berufspolitisches Engagement stimulieren als die Zwangsmitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung. Da auch die Kassenärztlichen Vereinigungen auf berufspolitischen Nachwuchs angewiesen sind, ist es für sie naheliegend, hier auf die in den freien Verbänden geschulten Kandidaten zurückzugreifen.

Kassenärztliche Vereinigungen sind noch in einem weiteren Sinne auf die Mitwirkung der freien Berufsverbände angewiesen. Sofern sich die freien Verbände darauf einlassen, können sie bei ihren Mitgliedern um Verständnis für Entscheidungen werben, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen wurden, und damit die Akzeptanz für solche Entscheidungen erhöhen. Diese Aufgabe fällt den freien Verbänden insofern leichter als den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst, da aufgrund der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft das Vertrauen der Basis in die Verbandsführung größer ist als bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auch im Verhältnis zu den Krankenkassen kann ein Engagement der freien Verbände den Kassenärztlichen Vereinigungen zugute kommen, auch wenn die freien Verbände nicht direkt an den Verhandlungen beteiligt sind. Die freien Verbände haben die Reputation, Meinungsbildner innerhalb der Kassenärzteschaft zu sein. Mithilfe dieser Reputation können sie durch öffentlich geäußerte überzogene Erwartungen die Verhandlungsposition der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen stärken, indem sie deren Verhandlungsspielraum einschränken (vgl. Putnam 1988; Schelling 1960: 27). Mit dem Verweis auf die von den freien Verbänden artikulierte Unzufriedenheit unter den Kassenärzten kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Verhandlungen mit den Krankenkassen oder politischen Akteuren ihren Forderungen Nachdruck verleihen (Webber 1992: 254). In diesem Zusammenhang pflegt sich insbesondere der Hartmannbund als Sprachrohr ärztlicher Unzufriedenheit zu profilieren (ebd.). Der Erfolg dieser Strategie ist jedoch in den letzten Jahren mit den zunehmenden Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers gesunken.

Während es bei den fachspezifischen Verbänden primär die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder sind, die diesen Verbänden einen Einfluß auf die Verfügungsrechte der Kassenärztlichen Vereinigungen erstrebenswert erscheinen lassen, können die Interessen der fachübergreifenden Verbände an den Verfügungsrechten der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht so unmittelbar identifiziert werden. Da die fachübergreifenden Verbände den Anspruch erhe-

ben, die Interessen aller Kassenärzte zu vertreten, können sie sich nicht auf Verteilungskämpfe innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen einlassen. Stattdessen betrachten sie es als ihre Aufgabe, zu solchen Fragen Positionen zu entwickeln, die, wie beispielsweise die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung, die gesamte Kassenärzteschaft betreffen. Zur Umsetzung ihrer Vorschläge bedarf es eines Grundkonsenses innerhalb der Kassenärzteschaft. Aus diesem Grund müssen auch die fachübergreifenden Verbände an einer Beziehung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen interessiert sein, denn nur innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen kann es ihnen gelingen, die für einen Konsens erforderliche Mehrheit zu gewinnen.

Die Anzahl ärztlicher Berufsverbände ist, wie dieses Kapitel gezeigt hat, relativ hoch. Es erhebt sich die Frage, ob die Beziehung zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen bei allen Verbänden von gleicher Intensität ist, oder ob und unter welchen Bedingungen das Interesse an einer Verbindung stärker oder schwächer ist. Die Bedeutung der Verbindung variiert mit zwei Faktoren: der Überlappung der Mitgliedschaft von freiem Verband und Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Ausmaß der Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Interessen der Verbandsmitglieder durch die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Bei der Überlappung der Mitgliedschaft von freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung handelt es sich, aus der Sicht des Verbandes betrachtet, um die Größe des Anteils der Verbandsmitglieder, die auch Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung sind. Sind alle Verbandsmitglieder Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung, und vertritt der Verband auch die wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder, dann müßte sein Interesse an einer Verbindung relativ hoch sein, wenn er sich nicht, wie beispielsweise der BNG es tut, von einer Distanzierungsstrategie einen größeren Mitgliederzuwachs verspricht. Bei den fachübergreifenden Verbänden sind es Hartmannbund und NAV, die, zumindest in der Vergangenheit, ein vergleichsweise hohes Interesse an einer Beziehung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen aufwiesen.

Bei den fachspezifischen Berufsverbänden nimmt die Aufgabe der Wahrung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder aufgrund der größeren Homogenität der Mitgliedschaft eine noch dominantere Stellung ein als bei den fachübergreifenden Verbänden. Solange von den Kassenärztlichen Vereinigungen, wie das vor den Kostendämpfungsgesetzen der Fall war, keine Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder zu erwarten ist, solange kommt auch der Beziehung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen keine größere Bedeutung zu. Das Interesse der fachspezifischen Berufsverbände an einer Beziehung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen steigt in

dem Maße, in dem die Verbandsmitglieder ihre wirtschaftlichen Interessen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen beeinträchtigt sehen.

Aus der Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigungen gilt, daß auch für sie die Bedeutung der Verbindung mit einem freien ärztlichen Berufsverband mit der Überlappung der Mitgliedschaft variiert. D.h., für sie ist die Verbindung zu einem ärztlichen Berufsverband umso wichtiger, je größer der Anteil der Kassenärzte ist, die auch Mitglied des betreffenden ärztlichen Berufsverbandes sind. Aus dieser Perspektive sind es bei den fachübergreifenden Verbänden Hartmannbund und NAV, und bei den fachspezifischen Verbänden BPA und BDI, die für die Kassenärztlichen Vereinigungen die größte Bedeutung haben.

Vorstandspositionen sind sowohl bei den freien Verbänden als auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Wahlämter. Das bedeutet, daß eine Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden nicht nur das Ergebnis korporativer Intentionen und Handlungen sein kann. Die Vorstandsverflechtung wird darüber hinaus durch das Wahlverfahren und das Verhalten der Wähler beeinflußt.

Das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde im vorangegangenen Kapitel ausführlich erläutert. Es wurde festgestellt, daß der Einfluß des Wählers auf das Wahlergebnis umso höher ist, je größer die Unzufriedenheit der Wähler mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Ist die Unzufriedenheit der Kassenärzte gering, so liegt die Kontrolle des Wahlausgangs weitgehend bei den Amtsinhabern, die für die Nominierung der Kandidaten zuständig sind. In diesem Falle sind die Vertreter der freien Verbände, die in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung gewählt werden wollen, darauf angewiesen, von den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen einen möglichst aussichtsreichen Listenplatz zugeteilt zu bekommen. Die Kontrolle über Art und Umfang der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden liegt damit eher in den Händen der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen als in denen der Vertreter der freien ärztlichen Berufsverbände.⁶⁵

Diese Situation ändert sich jedoch, wenn die Zufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen sinkt. Dadurch verlieren, wie in Kapitel 3 ausgeführt wurde, die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen ihr Nominierungsprivileg. In dieser Situation ist es der Wähler, genauer: das kollektive Handeln der Wählerschaft, das über Art und Umfang

65 Die Vertreter der freien Verbände werden quasi in die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen kooptiert.

der Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden entscheidet. Weder die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, noch die Vertreter der ärztlichen Berufsverbände und erst recht nicht der individuelle Wähler können in dieser Situation einen entscheidenden Einfluß auf das Wahlergebnis und damit Art und Umfang der Vorstandsverflechtung nehmen. Der freie Verband ist darauf angewiesen, daß das kollektive Handeln der Wählerschaft seiner korporativen Absicht entgegenkommt, damit er sein Ziel der Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen realisieren kann. Diese Voraussetzung wird dadurch erfüllt, daß Kassenärzte, wie Interviews ergaben, durchaus dazu neigen, ihre Stimme dem Vertreter des eigenen Verbandes oder der eigenen Arztgruppe zu geben.⁶⁶ Der Einfluß von Wahlsystem, Kalkül des Wählers, Kalkül des Kandidaten und Kalkül des Verbandes auf das Muster der Vorstandsverflechtung wird in Kapitel 9 noch einmal ausführlicher diskutiert.

66 Für die Vertreter kleinerer ärztlicher Berufsverbände oder Arztgruppen ergibt sich dadurch das Problem, daß es für sie schwieriger ist, die erforderliche Mehrheit zu erhalten.

Teil II

Die Kostendämpfungsgesetze

Die Effizienz staatlicher Maßnahmen wird, gemessen an den mit den Maßnahmen intendierten Zielen, häufig kritisch beurteilt. Dies gilt auch für die Kostendämpfungsgesetze im bundesdeutschen Gesundheitswesen (vgl. u.a. Hamm 1980; Hauser 1985; Webber 1988, 1989). Unterstützung erhält diese Kritik durch die Beobachtung, daß es nicht bei einem Kostendämpfungsgesetz geblieben ist, sondern daß bisher jedes Gesetz noch ein weiteres nach sich zog, weil das bereits verabschiedete offenbar seine Zwecke nicht erreichte.

Auch wenn staatliche Maßnahmen die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen, so bedeutet das nicht, daß sie keinerlei Wirkungen auf den Adressatenkreis ausüben. In diesem Sinne wird im zweiten Teil dieser Arbeit untersucht, was die Folgen der Kostendämpfungsgesetze für den einzelnen Kassenarzt sind. Es wird gezeigt, wie sich die Handlungsbedingungen infolge der Kostendämpfungsgesetze für den des individuellen Kassenarzt geändert haben. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wird im dritten Teil dieser Arbeit analysiert, welche Konsequenzen die Kostendämpfungsgesetze für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, für das Verhältnis der freien ärztlichen Berufsverbände zu den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit für die personelle Verflechtung zwischen diesen und den Kassenärztlichen Vereinigungen haben.

Die Kostendämpfungsmaßnahmen haben, wie in der Einleitung postuliert wurde, insbesondere zwei Wirkungen auf die Kassenärzteschaft. Zum einen ist die Zufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen gesunken. Zum anderen hat sich der Verteilungskampf innerhalb der Kassenärzteschaft verschärft. Die Berechtigung dieser Hypothesen wird im Laufe dieses zweiten Teils nachgewiesen.

In Kapitel 5 werden die Anlässe der Kostendämpfungsgesetze dargestellt. Außerdem werden die vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen erläutert, soweit sie direkte Konsequenzen für den Handlungsspielraum des einzelnen

Kassenarztes bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung haben. Kapitel 6 und 7 zeigen am Beispiel des ärztlichen Einkommens und der ärztlichen Autonomie, welche Handlungsdynamiken sich sowohl auf der Ebene des individuellen Handelns der Kassenärzte als auch auf der Ebene der korporativen Verhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen daraus ergeben, daß sich die Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Tätigkeit und Selbstverwaltung infolge der Kostendämpfungsgesetze geändert haben.

Das Interessante an diesen Entwicklungen ist, wie in Kapitel 6 und 7 jeweils am Beispiel des ärztlichen Einkommens und der ärztlichen Autonomie herausgearbeitet wird, daß individuelles und korporatives Handeln bei den derzeit gegebenen Verfahrensregeln einander konterkarieren. Das bedeutet nicht nur, daß die Handlungsfolgen weder von den Kassenärzten noch von den Kassenärztlichen Vereinigungen beabsichtigt sind, sondern auch, daß sie für beide Seiten suboptimale Lösungen darstellen. Damit können sie zu einer Destabilisierung des Systems der kassenärztlichen Versorgung beitragen, wenn nicht die Regeln geändert werden, die zu den suboptimalen Ergebnissen führen. Für die Kassenärzteschaft besteht die Gefahr, daß sie, sofern die Verfahrensregeln nicht geändert werden, letztendlich selbst zur Beseitigung des Systems der kassenärztlichen Versorgung beiträgt.

Kapitel 5

Die Kostendämpfungsgesetze: Anlässe und Maßnahmen

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde im Laufe der 70er Jahre in zunehmendem Maße als reformbedürftig betrachtet. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung begannen zu Beginn der 70er Jahre, in bis dahin nicht bekannter Größenordnung anzusteigen. Der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 8,1% im Jahre 1970 auf 11,2% im Jahre 1975.¹ Die unterschiedlichen Ursachen dieser Ausgabensteigerung werden im ersten Abschnitt dieses Kapitels diskutiert.

Eine Ausgabensteigerung dieser Größenordnung konnte langfristig nicht durch steigende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgefangen werden, da dies nicht nur die internationale Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen gefährdet hätte, sondern ein ständig steigender Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auch den Arbeitnehmern nicht zuzumuten war. Nachdem Versuche der Bundesregierung Mitte der 70er Jahre, die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen durch Maßhalteappelle zur Selbstbeschränkung zu veranlassen, wenig Erfolg zeigten, kam man zu dem Ergebnis, daß nach der Bundestagswahl 1976 eine gesetzliche Regelung unumgänglich sei (vgl. Rosewitz/ Webber 1990: 240-244).

Gesetzliche Änderungen der Krankenversicherung sind, wie die bisherigen Erfahrungen in der Bundesrepublik zeigen, nur schwer durchsetzbar und entsprechen häufig nur zu geringen Teilen den ursprünglichen Entwürfen der zuständigen Abteilung des federführenden Ministeriums.² Grund hierfür ist die hohe Anzahl von Akteuren, die bei einer Krankenversicherungsreform

1 BMAS, Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse (1989: 114).

2 Federführendes Ministerium war bis 1991 das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, dem bis dahin die Aufsicht über die gesetzliche Krankenversicherung oblag. Mit der Kabinettsumbildung nach der Bundestagswahl von 1990 wurde die Aufsicht über die gesetzliche Krankenversicherung dem Bundesgesundheitsministerium übertragen.

etwas zu gewinnen oder zu verlieren haben. So besteht in Deutschland innerhalb der Regierungskoalition das Problem, daß die FDP sich nicht nur als Hüter der freien Marktwirtschaft betrachtet, sondern auch die Interessen der Freiberufler vertritt und deswegen einer stärkeren Regulierung des Kassenarztbereiches nur ungern zustimmt.

Die Bundesländer erschweren eine Kompromißbildung dadurch, daß sie für die Krankenhauspolitik zuständig sind, und von daher Änderungen, die den stationären Sektor betreffen, nur dann zustimmen, wenn sie entsprechende Kompensationen erhalten. Auch Arbeitgeber- und Gewerkschaftsverbände versuchen ihren Einfluß im Gesetzgebungsverfahren geltend zu machen, da sie beide die Interessen der Beitragszahler vertreten. Schließlich versuchen auch die Verbände der Leistungsanbieter, d.h. insbesondere der Ärzte und der pharmazeutischen Industrie, den Gesetzgebungsprozeß zugunsten ihrer Mitglieder zu beeinflussen.

Von den bisher erlassenen Gesetzen hat infolgedessen noch keines das Ziel der Stabilisierung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung erreicht. Das bedeutet jedoch nicht, daß die Gesetze keine Spuren hinterlassen hätten. In bezug auf das System der kassenärztlichen Versorgung lassen sich vor allem zwei Stoßrichtungen des Gesetzgebers erkennen. Zum einen wird der Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen zunehmend eingeschränkt. Zum anderen ist es das Ziel des Gesetzgebers, auch den Handlungsspielraum des einzelnen Kassenarztes sowie die für ihn relevante Anreizstruktur zu verändern.

Eine Veränderung des Handlungsspielraumes des einzelnen Kassenarztes kann nicht direkt durch den Gesetzgeber erfolgen, da die Regulierung dieses Bereichs, dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend, den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung vorbehalten ist. Dementsprechend muß sich die Rolle des Gesetzgebers in diesem Falle darauf beschränken, den Kassenärztlichen Vereinigungen qua Gebot nahezu legen, die Tätigkeit der Kassenärzte stärker zu regulieren. Auch wenn eine Mißachtung dieser Gebote nicht direkt sanktioniert werden kann, bedeutet das nicht, daß die Regierung ihren Vorstellungen keinen Nachdruck verleihen kann. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen unterliegen der Aufsicht durch den zuständigen Minister auf Landes- bzw. Bundesebene. Die aufsichtsführende Behörde hat das Recht, selbst entsprechende Richtlinien zur Regulierung der Tätigkeit des Kassenarztes zu erlassen, falls die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung innerhalb einer gegebenen Frist keine oder keine der aufsichtsführenden Behörde genehmen Richtlinien erarbeiten. Werden solche Ankündigungen realisiert, so erhöht

die aufsichtsführende Behörde dadurch ihr Drohpotential; entsprechende folgende Ankündigungen werden glaubwürdiger.

Die bisherigen Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetze haben aufgrund dieser Dynamik gemessen an den Veränderungen, die sie in den letzten fünfzehn Jahren für Kassenärzte und Kassenärztliche Vereinigungen brachten, durchaus Wirkung gezeigt. Dabei mag die Wirkung jeder einzelnen Reform zwar vernachlässigbar erscheinen, im Laufe der Zeit haben sich jedoch trotz jeweils inkrementeller Veränderungen beträchtliche Kumulationseffekte ergeben. Deswegen genügt es nicht, worauf Döhler und Manow-Borgwardt (1992) hinweisen, die Wirkungen der einzelnen Gesetze unabhängig voneinander zu analysieren. Ihr Argument ist (ebd.: 65), daß »durch kurzfristige Betrachtungszeiträume langfristige Politikdynamiken ausgeblendet werden und dadurch der Sequenzcharakter politischer Entscheidungen, also ihre Einbettung in eine Handlungskette mit strategischer Zielrichtung aus dem Blick gerät«.

Im folgenden werden zunächst jene Entwicklungen im Bereich der ambulanten Versorgung beschrieben, die den Anlaß für die Kostendämpfungsgesetzgebung boten. Damit wird die Stoßrichtung der Maßnahmen verdeutlicht. Im Anschluß an diese Darstellung werden die Maßnahmen selbst beschrieben, soweit sie direkte Konsequenzen für den Handlungsspielraum des einzelnen Kassenarztes bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung haben.

1 Anlässe der Kostendämpfungsgesetzgebung

Die starke Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hat mehrere Ursachen. Zu nennen sind hier unter anderem die in der Nachkriegszeit gesetzlich veranlaßte Ausdehnung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung,³ die Änderung der Krankenhausfinanzierung⁴ sowie eine steigende Nachfrage der Versicherten nach medizinischen

3 Zusätzlich in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden nach dem zweiten Weltkrieg beispielsweise die Mutterschaftsvorsorge, die Krebsfrüherkennungsmaßnahmen, die Früherkennungsmaßnahmen für Säuglinge und Kleinkinder oder die Rehabilitationsmaßnahmen.

4 Durch die Änderung der Krankenhausfinanzierung 1972 wurden die Krankenkassen gezwungen, den Krankenhäusern kostendeckende Pflegesätze zu zahlen, ohne die Kosten selbst überprüfen zu können (vgl. Leszczyński 1975).

Leistungen. Als Verursacher der starken Expansion der Leistungsmenge im Bereich der ambulanten Versorgung wurde weniger eine steigende Nachfrage der Versicherten nach ärztlichen Leistungen als vielmehr, da die Ärzte dank ihres Expertenstatus weitgehend die Nachfrage bestimmen, ein steigendes Angebot an ärztlichen Leistungen angesehen.

Die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung gehörten zwar in den 60er, nicht jedoch in den 70er Jahren zu den stärksten kostentreibenden Faktoren in der Krankenversicherung. Seit 1971 ist ihr Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von knapp 22% auf ungefähr 17% gesunken.⁵ Das bedeutet, daß der Kostenanstieg im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung niedriger war als beispielsweise im Bereich der stationären Versorgung. Aufgrund der Anreizstruktur des Vergütungssystems⁶ konnte man zum damaligen Zeitpunkt allerdings nicht ausschließen, daß in diesem Bereich kaum kontrollierbare Kostensteigerungen einsetzten.⁷

Die Expansion der Leistungsmenge sowie der Übergang zur Einzelleistungsvergütung hatte den Kassenärztlichen Vereinigungen über einen längeren Zeitraum hinweg stark steigende Gesamtvergütungen beschert. Da die Gesamtvergütung stärker stieg als die Anzahl der niedergelassenen Ärzte, konnte sich die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte an die Spitze der bundesdeutschen Einkommensskala schieben. Diese Entwicklung blieb, wie bereits in Kapitel I dargestellt, nicht unbemerkt. Sie wurde beispielsweise von der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt (1974) dokumentiert, was unter anderem dazu führte, daß Mitglieder des Bundestages die Bundesregierung um Stellungnahme zur Verhältnismäßigkeit der Einkommensdifferenz zwischen durchschnittlichem Arbeitnehmer und Arzt baten.⁸

5 BMAS, Arbeits- und Sozialstatistik, Hauptergebnisse (1982; 1989); vgl. die Tabellen 6.1 und 6.2.

6 Die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten im Laufe der 60er Jahre erreicht, daß die von den Krankenkassen zu zahlende Gesamtvergütung nicht mehr länger nach einem Pauschale, sondern nach Maßgabe der von den Kassenärzten erbrachten Leistungen berechnet wurde. Damit stieg für den Kassenarzt der Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen, weil sich diese zusätzlichen Leistungen direkt in einem Anstieg seines Einkommens niederschlugen.

7 Darüber hinaus konnte eine Reform des stationären Sektors aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern nicht ohne die Zustimmung der Bundesländer erfolgen (vgl. Webber 1988: 164-165). Aus diesem Grunde war sie Mitte der 70er Jahre noch nicht durchsetzungsfähig und mußte zunächst zurückgestellt werden.

8 So beispielsweise in der 12. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 4.2.1977 (Plenarprotokoll 8/12: 571), zitiert nach: Die Ortskrankenkasse (1977/9: 359).

Auch die Öffentlichkeit reagierte zunehmend kritisch. Waren nach Meinungsumfragen 1973 nur 20% der Befragten der Meinung, daß die Einkommen der Ärzte »zu hoch« seien, so waren es 1977 schon gut 60% (Stone 1980: 156, zitiert nach Webber 1988: 196). Nach allgemeiner Ansicht trat mit der steigenden Einkommensdisparität zutage, daß die Verhandlungsmacht zwischen Leistungsanbietern und Leistungsnachfragern ungleich verteilt war; die Krankenversicherung war zum »Selbstbedienungsladen« für Ärzte, Zahnärzte und pharmazeutische Industrie geworden.⁹

Im System der kassenärztlichen Versorgung galt nicht nur die verhandlungstaktische Überlegenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen, die sich in großzügig bemessenen Gesamtvergütungen niederschlug, als problematisch. Auch die räumliche und fachliche Verteilung der Ärzte entsprach nicht den Erfordernissen. Während die Zahl der niederlassungswilligen Fachärzte stieg, fehlte es den Kassenärztlichen Vereinigungen an Allgemein- und Praktischen Ärzten (Deppe 1987b: 46). Die Mehrheit der approbierten Ärzte zog es vor, eine Facharztausbildung zu absolvieren und sich als Facharzt niederzulassen. Diese Option versprach nicht nur höhere Einkünfte, sondern auch eine geringere Belastung durch Hausbesuche oder Notfalldienste.

Gegen Ende der 60er Jahre machte sich in zunehmendem Maße auch eine räumliche Fehlallokation der niedergelassenen Ärzte bemerkbar. 1966 begannen einige Kassenärztliche Vereinigungen über Versorgungsschwierigkeiten in ländlichen Gebieten und Randzonen der Großstädte zu klagen (Deppe 1987b: 46), d.h., vakante Kassenarztsitze konnten trotz Umsatzgarantien nicht im erforderlichen Umfang wiederbesetzt werden.¹⁰ Mitte der 70er Jahre hatte insbesondere die KV Bayerns Schwierigkeiten, genügend Interessenten für ihre ländlichen Kassenarztsitze zu finden (Deppe 1987b: 49). Diesem Mangel konnte auch mit finanziellen Anreizen zur Niederlassung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht abgeholfen werden.

Ursache dieser Fehlallokationen war zum einen das Kassenarzturteil, das den niederlassungswilligen Ärzten erlaubte, sich dort als Kassenarzt nieder-

9 So urteilte beispielsweise Naschold (1967: 61), daß »das GKAR zu einem Übergewicht der Ärzte über die Kassen besonders bei Honorarverhandlungen geführt habe«.

10 Eine Praxis in städtischem Gebiet dürfte für einen Arzt zum einen deswegen attraktiver sein als eine Landarztpraxis, als es in der Stadt häufig einen organisierten Notfalldienst gibt, der es dem Arzt erspart, sich jedes Wochenende für Notfälle bereitzuhalten. Darüber hinaus ist anzunehmen, daß das städtische kulturelle Angebot für Angehörige einer akademisch gebildeten Berufsgruppe reizvoller ist als eine Landarztpraxis.

zulassen, wo es ihnen gefiel. Ein weiterer Faktor, der diese Fehlentwicklungen begünstigt, ist die Starrheit der zur Abrechnung verwendeten Gebührenordnungen. Die Gebührenordnung stellt den Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen dar und legt den Wert jeder Leistung fest. Gebührenordnungen müssen kontinuierlich überarbeitet werden, da sich zum einen das Leistungsspektrum und zum anderen die Wertrelationen zwischen den Leistungen aufgrund medizinischen und technischen Fortschritts verschieben. Veränderungen der Gebührenordnung müssen jedoch zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt werden. Die diametralen Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen haben zur Folge, daß der Einigungsprozeß langwierig ist. Der hohe Zeitbedarf der Verhandlungen bewirkt wiederum, daß die Preise der einzelnen Gebührenordnungspositionen im allgemeinen zu selten und nicht im erforderlichen Umfang den tatsächlichen Wertverschiebungen angepaßt werden (vgl. Zohlhöfer/ Schmidt 1985: 111). Dadurch ergibt sich für die Leistungserbringer der Anreiz, überbewertete Leistungen häufiger zu erbringen als notwendig. Die inflexiblen Preise der Gebührenordnung setzen damit als Knappheitsindikatoren zunehmend falsche Verhaltensanreize (Herder-Dorneich 1966: 289-290; Zohlhöfer/ Schmidt 1985: 112).

Im Falle der ärztlichen Gebührenordnung bedeutet das konkret folgendes: Medizinisch-technische Leistungen sind prinzipiell eher zu rationalisieren als persönlich-ärztliche Leistungen, da die Geräte im Laufe der Zeit immer benutzerfreundlicher in der Bedienung werden. Der Arzt kann damit immer mehr Leistungen, die er zunächst selbst erbringen mußte, an seine Helferinnen delegieren. Darüber hinaus ist es bei technischen Innovationen in der Regel so, daß neu eingeführte Geräte einen Preisverfall erleben; d.h., sie werden im Laufe der Zeit zunehmend günstiger angeboten. Der medizinisch-technisch orientierte Arzt profitiert damit nicht nur davon, daß er immer mehr Leistungen delegieren kann und auf diese Weise seine Kapazität steigert. Er profitiert in der Regel auch davon, daß der Preis einer neu eingeführten medizinisch-technischen Leistung in der Gebührenordnung zunächst relativ hoch angesetzt wird, da die für die Leistungserbringung erforderlichen Geräte der ersten Generation noch relativ teuer sind, und nicht in dem Maße abgewertet wird, in dem die Gerätepreise verfallen.

Das Problem der persönlich-ärztlichen Leistungen ist dagegen, daß zwar ihre Kosten steigen (da auch die Kosten der Arbeitszeit steigen) nicht jedoch, im Falle einer inflexiblen Gebührenordnung, ihre Vergütung. Das bedeutet, daß nach Ablauf einer gewissen Zeitspanne medizinisch-technische Leistungen überbewertet und persönlich-ärztliche Leistungen unterbewertet sind. Der Arzt wird deswegen, »um Einkommenseinbußen möglichst zu vermeiden, im Rah-

men des medizinisch Vertretbaren, den Aufwand pro unterbewertete Leistung zu reduzieren und gleichzeitig sein Angebot an Leistungen insgesamt, besonders aber das an überbewerteten Leistungen auszuweiten suchen« (Zohlhöfer/Schmidt 1985: 118). Auch wenn die Ärzte diese inadäquaten Bewertungen im Rahmen einer Mischkalkulation bis zu einem bestimmten Grad kompensieren können, werden sie doch dem Anreiz nicht widerstehen können, durch verstärkten Einsatz technischer Geräte ihr Einkommen zu erhöhen.¹¹

Dieser Anreiz macht sich nicht nur kurzfristig in der Verschiebung des Leistungsspektrums zugunsten der medizinisch-technischen Leistungen bemerkbar. Eine längerfristige Folge der Unterbewertung der persönlich-ärztlichen Leistungen ist, daß diejenigen ärztlichen Spezialgebiete sich am unteren Ende der ärztlichen Einkommenskala befinden, deren Tätigkeit überwiegend die Erbringung persönlich-ärztlicher Leistungen beinhaltet. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Gruppe der Allgemein- und Praktischen Ärzte sowie der Kinderärzte und der Gynäkologen. Diese Arztgruppen verlieren deswegen bei den ärztlichen Berufsanfängern an Attraktivität. Dieser Attraktivitätsverlust macht sich langfristig in dem oben erwähnten Rückgang des Anteils von Allgemein- und Praktischen Ärzten bemerkbar.¹²

Die Diskussion um die vom Kassenarzturteil hervorgerufenen räumlichen und fachlichen Ungleichheiten trat jedoch schon in der zweiten Hälfte der 70er Jahre in den Hintergrund. Stattdessen begannen sowohl Krankenkassen als auch Kassenärztliche Vereinigungen, eine Ärzteschwemme zu befürchten, da die Zahl der Medizinstudenten und damit nach einigen Jahren zwangsläufig die Zahl der approbierten und niederlassungswilligen Ärzte stark anstieg (vgl. Deppe 1987b: 51-52). Die Krankenkassen befürchteten, daß eine zunehmende Konkurrenz der Kassenärzte um die Versicherten eine übermäßigen Ausdehnung der abgerechneten Leistungen und damit eine schwer kontrollierbare Kostensteigerung zur Folge haben würde. Die Kassenärzte sorgten sich hingegen, daß eine steigende Zahl von Kassenärzten einen zunehmend schärfer

11 Daß dieser Anreiz besteht, zeigen Zohlhöfer und Schmidt (1985: 119) anhand von Mengenindices kassenärztlicher Leistungserstellung: Im Zeitraum von 1965 bis 1977 ist die Anzahl überwiegend arzt-spezifischer Leistungen je Kassenmitglied ungefähr konstant geblieben, wohingegen sich die Anzahl überwiegend rationalisierungsfähiger Leistungen je Mitglied nahezu verdreifacht hat. Die Substitution persönlich-ärztlicher durch medizinisch-technische Leistungen kann darüber hinaus auch mit dem Interesse des Arztes erklärt werden, gemäß des von ihm geleisteten hypokratischen Eides dem Patienten die bestmögliche Behandlung zu gewähren.

12 Bei Kinderärzten und Gynäkologen ist hingegen kein gravierender Rückgang zu beobachten. Hier kompensieren andere Faktoren die mangelnde Attraktivität des Einkommens.

werdenden Verteilungskampf innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen nach sich ziehen werde.

Starke Ausgabensteigerungen hatte nicht nur die Krankenversicherung, sondern die Sozialversicherung allgemein zu verzeichnen. Der Anteil der Sozialausgaben am Bruttosozialprodukt nahm kontinuierlich zu, 1975 lag er bei 34%, was einen Anstieg von 11% gegenüber 1960 bedeutete. Der Anteil der Ausgaben für die Krankenversicherung am Bruttosozialprodukt war im gleichen Zeitraum von 3,2% auf 5,9% gestiegen.¹³

Das eigentliche Problemkind der Sozialversicherung war in der zweiten Hälfte der 70er Jahre weniger die Krankenversicherung als vielmehr die Rentenversicherung (vgl. Wiesenthal 1981: 52-53). Durch einen konjunkturell bedingten Rückgang der Beitragseinnahmen (infolge niedrigerer Beschäftigtenzahlen und niedrigerer Lohnzuwachsrate) und ein demographisch bedingtes Ansteigen des Belastungsquotienten¹⁴ drohte die Rentenversicherung in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten (Wiesenthal 1981: 52). Deswegen wurde im Rahmen der Reform der Rentenversicherung eine Reduktion der Zuschüsse der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner beschlossen. Erst durch diese Maßnahme wurde auch die Krankenversicherung reformbedürftig (Wiesenthal 1981: 54).

Die den Kostendämpfungsgesetzen zugrundeliegende Problemwahrnehmung läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Auch wenn der Bereich der ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht als der wesentliche kostentreibende Faktor bezeichnet werden kann, so gab es doch einige strukturell bedingte Ineffizienzen, die als korrekturbedürftig angesehen wurden. Zum einen bestand eine räumliche und eine fachliche Fehlallokation der Kassenärzte. Ein zweites Problem stellte die strukturell bedingte Unterlegenheit der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern dar. Diese Unterlegenheit ermöglichte den Kassenärztlichen Vereinigungen großzügige Honorarabschlüsse und trug damit zu einem starken Anstieg des ärztlichen Einkommens bei. Angesichts der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung wurde das ärztliche Einkommen bald als unver-

13 Dieser Anstieg bedeutete für die Arbeitgeber eine Erhöhung der Lohnnebenkosten und damit einen Wettbewerbsnachteil auf dem internationalen Markt. Für die Arbeitnehmer bedeuteten die ständig steigenden Sozialversicherungsbeiträge eine Reduktion des verfügbaren Einkommens.

14 Als Belastungsquotient wird das quantitative Verhältnis von Rentenberechtigten zu Beitragspflichtigen bezeichnet.

hältnismäßig hoch angesehen. Ein weiteres Problem stellten schließlich die steigenden Ausgaben für Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel dar.

Oberstes Ziel des Gesetzgebers war, wie die Bezeichnung »Kostendämpfungsgesetz« nahelegt, eine Verringerung des Ausgabenanstiegs im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die legislativen Hürden im ambulanten Bereich niedriger waren als im stationären, begann man im ambulanten Bereich. Zur Behebung des Problems der räumlichen und fachlichen Fehlallokation der Kassenärzte wurde den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgetragen, Bedarfspläne zum Zwecke der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu entwickeln und die Gebührenordnungen kontinuierlich dem Stand des medizinisch-technischen Fortschritts anzupassen. Das Problem der strukturell bedingten Unterlegenheit der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern versuchte man mittels einer Angleichung des Status von RVO- und Ersatzkassen sowie einer zunehmend paritätischen Besetzung der gemeinsamen Ausschüsse der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zu lösen. Das Problemfeld des unverhältnismäßig hohen ärztlichen Einkommens sollte zum einen durch eine Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenkassen und zum anderen durch neue Regelungen zur Vereinbarung der Gesamtvergütung gelöst werden. Der starke Anstieg der Ausgaben für Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel sollte dadurch verringert werden, daß die Kassenärzte aufgrund geeigneter Maßnahmen des Gesetzgebers und der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung ihr Verschreibungsverhalten mäßigen.

2 Die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung

Als Kostendämpfungsgesetze werden jene Eingriffe des Gesetzgebers in die Reichsversicherungsordnung bzw. das Sozialgesetzbuch bezeichnet, die eine Abschwächung des Anstiegs der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken sollen. Die für das Kassenarztrecht relevanten Kostendämpfungsgesetze sind in Übersicht 5.1 wiedergegeben.

Die Regulierung der kassenärztlichen Versorgung erfolgt primär mittels zweier Vorgehensweisen. Zum einen wird der Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere gegenüber den Krankenkassen, eingeschränkt. Zum anderen werden die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mittels entsprechender Gebote veranlaßt, auch den Handlungsspielraum des einzelnen Kassenarztes sowie die für ihn relevante Anreizstruktur zu verändern. Im folgenden werden zunächst jene Maßnahmen beschrieben,

Übersicht 5.1: Änderungen des Kassenarztrechts

Gesetz	Jahr
Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KWVG) ^a	1976
Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)	1977
Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG)	1981
Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG)	1981
Haushaltsbegleitgesetz 1983	1982
Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung ^a	1986
Gesundheits-Reformgesetz (GRG) ^b	1988
Gesundheitsstrukturgesetz	1992

a Dieses Gesetz befaßt sich mit der kassenärztlichen Bedarfsplanung, weniger mit der Kostendämpfung.

b Mit diesem Gesetz wurde das Kassenarztrecht aus der Reichsversicherungsordnung ausgegliedert und Bestandteil des fünften Buches des Sozialgesetzbuches.

die sich primär auf den Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen beziehen. Danach wird erläutert, durch welche Gebote die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgefordert wurden, den Handlungsspielraum der Kassenärzte sowie die für sie relevante Anreizstruktur zu verändern.

Als eine Ursache der Verhandlungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen in den Honorarverhandlungen wurde die Fragmentierung und Konkurrenz auf der Kassenseite angesehen, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubte, ihre Monopolstellung ungehindert zu ihrem Vorteil auszunutzen. Folgerichtig galt eine Stoßrichtung der Kostendämpfungsgesetze der Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Stärkung erfolgte auf zwei Wegen. Zum einen wurde die Verhandlungsführung auf der Seite der RVO-Kassen zentralisiert: Nicht mehr die einzelne Kasse, nur noch der jeweilige Landesverband der Kasse ist seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 berechtigt, mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Gesamtvertrag abzuschließen.¹⁵ Auch die Kompetenz zur Vereinbarung der Berechnung der Gesamtvergütung wurde der einzelnen RVO-Kasse entzogen; auch sie liegt seitdem beim Landesverband. Auf diese Weise wurden die bis dahin

15 § 368g RVO; vgl. Schirmer (1978: 38-39).

existierenden Landesmantelverträge der RVO-Kassen überflüssig; sie wurden durch Bundesmantelverträge ersetzt.¹⁶

Der zweite Weg zur Stärkung der Kassenseite bestand in der sukzessiven Angleichung des Status der Ersatzkassen an den der RVO-Kassen. Bis 1977 waren die Ersatzkassen nicht an die Institutionen des Kassenarztrechts gebunden. Sie entsandten keine Vertreter in die Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung, hatten eigene Prüfungskommissionen und eine eigene Gebührenordnungskommission. Die Statusangleichung begann mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977. Dort wurde unter anderem festgelegt, daß die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen einen »Einheitlichen Bewertungsmaßstab« (EBM) zu entwickeln haben, der sowohl für die RVO-Kassen als auch für die Ersatzkassen verbindlich ist (§ 525c Abs. 2 RVO).¹⁷ Zwar haben RVO- und Ersatzkassen nach wie vor unterschiedliche Vertragsgebührenordnungen, diese können sich jedoch nur noch in Art und Umfang der Leistungsausschlüsse unterscheiden, nicht mehr in der unterschiedlichen Bewertung der einzelnen Leistungen.¹⁸

Durch die Vereinheitlichung des Bewertungsmaßstabes wurde die Ärzteseite gezwungen, die Einführung und Bewertung neuer ärztlicher Leistungen simultan mit beiden Kassenarten auszuhandeln. Sie konnte nicht mehr, wie bis dahin möglich, die Einführung und großzügige Bewertung neuer Leistungen erst mit den Ersatzkassen vereinbaren und erwarten, daß die RVO-Kassen aufgrund ihrer Furcht, als »Arme-Leute-Kassen« betrachtet zu werden, wenn sie die Übernahme dieser Leistungen verweigerten, mit den Ersatzkassen gleichziehen würden.

Darüber hinaus bestimmte der Gesetzgeber, daß einige der vom Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen erarbeiteten Richtlinien auch für die

16 In den Bundesmantelverträgen vereinbarten die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (§ 368g Abs. 3 RVO; vgl. Kapitel 2.1).

17 Der Bewertungsmaßstab legt den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander fest. Nach diesem Bewertungsmaßstab rechnen die Kassenärzte gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und, sofern die Höhe der Gesamtvergütung nach Einzelleistung bestimmt wird, die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen die erbrachten Leistungen ab.

18 Bis zu diesem Zeitpunkt hatte die Ersatzkassengebührenordnung immer als die fortschrittlichere Gebührenordnung gegolten, die die persönlichen Leistungen des Arztes besser honorierte als der Bewertungsmaßstab-Ärzte der RVO-Kassen. Aus diesem Grund wurde sie auch als Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gewählt.

Ersatzkassen verbindlich sind;¹⁹ zu diesem Zweck sind seitdem auch die Verbände der Ersatzkassen im Bundesausschuß vertreten (§ 368o Abs. 7 RVO). Schließlich wurde im Kostendämpfungsgesetz festgelegt, daß auch die Regelungen über die Vereinbarung von Höhe und Entwicklung der Gesamtvergütung und sonstiger Höchstbeträge (§ 368f RVO) sowie die Regelungen, die die Gesamtverträge betreffen (§ 368g RVO) sinngemäß für die Ersatzkassen gelten. Dadurch sollte es den Ersatzkassen erschwert werden, den Kassenärztlichen Vereinigungen günstigere Verträge anzubieten und so die Kostendämpfungsmaßnahmen der RVO-Kassen zu unterlaufen. Die Statusangleichung von RVO- und Ersatzkassen wurde mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 weitgehend abgeschlossen.²⁰

Eine Mäßigung der kassenärztlichen Honorarforderungen sollte durch mehrere Instrumente erreicht werden. Ein Versuch zur Begrenzung der Steigerung der kassenärztlichen Gesamtvergütung stellen die mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 verabschiedeten Regelungen über gemeinsame Empfehlungen der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung dar. Dort ist festgelegt, daß »die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ... einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben [haben]. Diese Empfehlungen sollen bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen Verhältnissen der Kassenarten Rechnung getragen werden kann.« (§ 368f Abs. 4 RVO). Man erhoffte sich, daß der moralische Druck einer solchen auf Bundesebene vereinbarten Empfehlung groß genug sei, einzelne Kassenärztliche Vereinigungen an überzogenen Honorarforderungen zu hindern.²¹

19 Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 sind alle Richtlinien des Bundesausschusses auch für die vertragsärztliche Versorgung verbindlich.

20 Eine Ersatzkasse gilt im Sozialgesetzbuch seitdem nicht mehr als »anderer Träger der Sozialversicherung«, die Bestimmungen über die »Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern« treffen nun ohne Einschränkung auch auf sie zu (vgl. §§ 69-140 SGB V).

21 In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß die Steigerung der kassenärztlichen Gesamtvergütung bereits Mitte der 70er Jahre, d.h. noch vor der Verabschiedung des ersten Kostendämpfungsgesetzes im Jahre 1977 abgenommen hatte. Ursache hierfür war, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen bei ihren Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen eine »freiwillige Selbstbeschränkung« übten in der Hoffnung, dadurch Eingriffe des Gesetzgebers in das Kassenarztrecht verhindern zu können (vgl. Rosewitz/Webber 1990: 245).

Ein weiteres Instrument zur Mäßigung der kassenärztlichen Honorarforderungen sollte ferner die mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 ins Leben gerufene »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (KAiG) darstellen (§ 405a RVO). Die Konzertierte Aktion ist ein Forum, in dem sich Vertreter der Leistungsanbieter (Ärzte, Apotheker, pharmazeutische Industrie, Krankenhausträger, Länder, Kommunen), der Leistungsnachfrager (Krankenversicherung, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, des Bundesministeriums für Wirtschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit zweimal jährlich treffen. Ihre wesentliche Funktion besteht darin, die Leistungsanbieter durch sachbezogene Informationen und moralische Appelle zur Mäßigung zu veranlassen (vgl. Groser 1992: 185-186). In den Worten der Reichsversicherungsordnung ist es die Aufgabe der Mitglieder dieses Forums, gemeinsam »(1) medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und (2) Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen« zu entwickeln (§ 405a Abs. 1 RVO; vgl. Schneider 1978: 51-52). Dieser Aufgabenstellung entsprechend hat die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen »einmal jährlich bis zum 31. März Empfehlungen, insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Höchstbeträge für Arznei- und Heilmittel sowie zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ... abzugeben« (ebd.). Durch die öffentliche Aufmerksamkeit, die diesem Forum zuteil wurde, sollten die Leistungsanbieter zur Mäßigung bei ihren Forderungen veranlaßt werden.

Diese Regelungen zeigten jedoch bezüglich der Entwicklung der kassenärztlichen Gesamtvergütung zunächst nur begrenzte Erfolge. Durch die Vereinbarung von Zeiträumen, die von den Vorgaben der Konzertierten Aktion abwichen, verstand es die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sich bei den mit den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarten Empfehlungen der Kontrolle durch die Konzertierte Aktion zu entziehen. Dieses Schlupfloch versuchte der Gesetzgeber mit dem Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz von 1981 dadurch zu stopfen, daß er festsetzte, daß die Empfehlung »für den Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni des folgenden Jahres« abzugeben sei (§ 368f (4) RVO). Außerdem ergänzte er, daß

auch die zeitliche Geltungsdauer der Empfehlung ... zu berücksichtigen [ist]; eine andere Geltungsdauer kann vereinbart werden, wenn eine jederzeitige Berücksichtigung des Vereinbarungsinhalts an künftige Empfehlungen sichergestellt ist (ebd.).

Damit sollte verhindert werden, daß, wie in der Vergangenheit geschehen, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen »die Empfehlungen der Konzertierten Aktion durch andere Empfehlungszeit-

räume unterlaufen« (Heinemann/ Liebold 1990: A 104). Ein Problem der Vereinbarung ist jedoch, daß sie nur den Charakter einer Empfehlung hat. Das bedeutet, daß sie für die tatsächlich abgeschlossenen Vergütungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht bindend sein muß.

Die Wirksamkeit dieser Empfehlungsvereinbarung kann deswegen nicht als sehr hoch eingestuft werden. Smigielski (1983) kommt zu dem Ergebnis, daß »die Abweichungen des Honorarzuwachses von den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zum Teil mehr als 50 Prozent [betragen]«. Als Ursache hierfür sieht er »die mangelnde Verbindlichkeit der Empfehlungen und die günstigen Umgehungsmöglichkeiten der Vorgaben« an (ebd.: 22). »Die Verbände der Krankenkassen sind teils zur Sicherung ihrer Sonderstellung (Ersatzkassen) oder aus Wettbewerbsgründen, teils aus Furcht vor Kompetenzverlusten (Landesverbände [der RVO-Kassen]), vielfach nicht an einer gemeinsamen Position der Krankenkassenseite gegenüber den Meinungsmultiplikatoren auf der Leistungsseite ... interessiert« (ebd.: 25). Außerdem können die Empfehlungsvereinbarungen nicht vor dem Schiedsamt eingeklagt werden, da es sich nicht um Verträge über die kassenärztliche Versorgung im Sinne des § 368h RVO handelt (Schirmer 1978: 41).

Die Einengung des Handlungsspielraumes des Kassenarztes erfolgte auf mehreren Wegen. Zum einen versucht der Gesetzgeber, die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zu einer zunehmenden Standardisierung der zu Lasten der Krankenkassen abrechenbaren ärztlichen Behandlungen und Verordnungen zu veranlassen. Entsprechende Richtlinien sind vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu entwickeln. Dabei gilt, daß der Bundesarbeitsminister²² die Richtlinien des Bundesausschusses zu genehmigen hat und daß der Bundesarbeitsminister selbst entsprechende Richtlinien erlassen kann (»Ersatzvornahme«), wenn der Bundesausschuß innerhalb einer bestimmten Frist keine oder keine dem Bundesarbeitsminister genehmen Richtlinien entwickelt (§ 368p Abs. 2 RVO).²³

Damit kann der Bundesarbeitsminister die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, das heißt unter der Prämisse der Kostendämpfung insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung, unter Druck setzen: Kann der Bundesausschuß sich nicht auf entsprechende Richtlinien einigen, so riskiert

22 Seit der Kabinettsumbildung von 1991 liegt diese Kompetenz beim Bundesgesundheitsminister.

23 Diese Bestimmung existiert seit der Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14.1.1932.

er, daß der Bundesarbeitsminister selbst seinen Vorstellungen entsprechende Richtlinien erläßt. Angesichts der herrschenden Kostendämpfungsbestrebungen ist die Vermutung der Kassenärzte gerechtfertigt, daß die Lösung des Bundesarbeitsministers für die Kassenärzte ein schlechteres Ergebnis darstellt als das Ergebnis der Verhandlungen im Bundesausschuß.

Die erste »Hausaufgabe« für den Bundesausschuß im Rahmen der Kostendämpfungsbestrebungen brachte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977.²⁴ Zum einen wurde der Bundesausschuß beauftragt, in den Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, »Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird« (§ 368p Abs. 1 RVO).

Darüber hinaus wurde dem Paragraphen 368p der RVO, der die Aufgaben des Bundesausschusses definiert, ein weiterer Absatz angefügt, in dem der Bundesausschuß beauftragt wurde,

unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.

Da man sich im Bundesausschuß jedoch nicht auf entsprechende »Negativlisten«²⁵ einigen konnte, wurde diese Bestimmung mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1981 wieder aufgehoben. Stattdessen wurde der Bundesarbeitsminister durch den neu eingefügten Paragraphen 182f der RVO ermächtigt, diese Aufgabe zu übernehmen (vgl. Heinemann/ Liebold 1990: A 86).

Diese Realisierung der Androhung der Ersatzvornahme blieb nicht ohne Einfluß auf die Kooperationsbereitschaft der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, da sie für diese prinzipiell einen Kompetenzverlust bedeutet. Zwar läßt sich im Falle der Negativlisten noch argumentieren, daß die Mitglieder

24 Auch vor den Kostendämpfungsbestrebungen hatte der Gesetzgeber dem Bundesausschuß schon explizit zusätzliche Aufgaben übertragen. Dabei handelte es sich im Zuge der Leistungsausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung unter anderem um die Erarbeitung von Richtlinien zu Rehabilitationsmaßnahmen, zur Früherkennung von Krankheiten, zu nichtrechtswidriger Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch sowie zur kassenärztlichen Bedarfsplanung zur Bekämpfung der Unterversorgung.

25 Negativlisten enthalten diejenigen Arzneimittel, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.

des Bundesausschusses ein Interesse daran hatten, daß keine Einigung zustande kommt: Auf diese Weise ersparten sie es sich, den Versicherten gegenüber diese Leistungskürzung verantworten zu müssen. Dennoch hatte der Bundesarbeitsminister damit seine Bereitschaft zur Ersatzvornahme demonstriert; die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung hatten damit einen hinreichenden Grund zu der Annahme, daß der Bundesarbeitsminister sich auch künftig dieses Instrumentes bedienen werde.

Weitere Hausaufgaben für den Bundesausschuß gab es mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988. Der Bundesausschuß wurde beauftragt, Festbeträge für vergleichbare Arzneimittel zu entwickeln (§ 35 Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus wurden von ihm auch Richtlinien über den »bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten« erwartet (§ 92 Abs. 1 SGB V). Die Umsetzung dieser Vorgabe und die sich dabei entwickelnde Interaktionsdynamik werden in Kapitel 7 unter dem Aspekt des kassenärztlichen Autonomieverlustes genauer untersucht.

Auch die Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel trugen, sofern ihre Kosten von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, zum starken Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen bei. Die Kassenärzte tragen zu diesem Anstieg bei, weil sie es sind, die die Arzneimittel verordnen. Um den Anstieg dieser Ausgaben zu dämpfen, versuchte der Gesetzgeber zunächst, die Aufmerksamkeit der Kassenärzte auf dieses Problem zu richten und sie dadurch zu stärkerer Zurückhaltung bei der Verordnung von Arzneimitteln zu bewegen. Deswegen bestimmte er mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977, daß die Vertragspartner einen Höchstbetrag für Arzneimittel im Gesamtvertrag zu vereinbaren hätten sowie jährlich eine Empfehlung über die angemessene Änderung desselben abzugeben hätten (§ 368f Abs. 6 u. 7 RVO).²⁶

Mit dieser Regelung sollte, so Schirmer (1978: 45), »ohne daß sich eine unmittelbare Umsetzung in die individuelle Verordnungspraxis des einzelnen Kassenarztes ergibt, ... das Wirtschaftlichkeitsbewußtsein der verordnenden Kassenärzte allgemein aktiviert werden«. Es leuchtet unmittelbar ein, daß eine bloße Vereinbarung von Höchstbeträgen, solange ihre Nichtbeachtung nicht mit Sanktionen verknüpft ist, kein wirksames Instrument zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs im Bereich der zu Lasten der Krankenkassen verordneten

26 Mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1982 wurde diese Bestimmung dahingehend erweitert, daß die Vertragspartner nun auch einen Höchstbetrag der zu verordnenden Heilmittel im Gesamtvertrag zu vereinbaren sowie jährlich eine Empfehlung über die angemessene Änderung desselben abzugeben hätten (§ 368f Abs. 6 u. 7 RVO).

Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel darstellt. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurden entsprechende Sanktionsmaßnahmen eingeführt.²⁷

Auch die Erbringung von medizinisch-technischen Leistungen, darunter insbesondere Laborleistungen, bedurfte in den Augen des Gesetzgebers kostendämpfender Regulierung. Schon mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 versuchte der Gesetzgeber ein erstes Korrektiv zu setzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden angewiesen,

... darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt (§ 368n Abs. 8 RVO).²⁸

Da auch diese Regelung nicht mit Sanktionsmechanismen verknüpft wurde, ist es nicht weiter erstaunlich, daß medizinisch-technische Leistungen nach wie vor von den Kassenärzten in stark steigendem Maße erbracht wurden.

Problematisch war außerdem, daß sich Kassenärzte und Krankenhäuser bei der Inbetriebnahme medizinisch-technischer Großgeräte nicht koordinierten. Das Ergebnis war aus der Sicht des Gesetzgebers vermeidbare kostspielige und kostentreibende Doppelinvestitionen. Aus diesem Grunde wurde der § 368n Abs. 8 mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 um folgende Regelung ergänzt:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Benehmen mit der für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Landesbehörde und der Krankenhausgesellschaft im Lande darauf hinzuwirken, daß bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte die regionalen Versorgungsbedürfnisse ... berücksichtigt werden, und einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte zu sichern. Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt hat eine beabsichtigte Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

27 Es wurde festgesetzt, daß die vereinbarte Gesamtvergütung um den Betrag zu verringern ist, um den die vereinbarten Höchstbeträge für Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel überschritten wurde (§ 84 Abs. 1 SGB V).

28 Die ursprüngliche Intention war hierbei, medizinisch-technische Leistungen, insbesondere Laborleistungen, von »Medizinisch-Technischen Zentren« außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen kostengünstiger erbringen zu lassen. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch am Widerstand der Ärzte (vgl. Heinemann/ Liebold 1990: A 84). Die Debatte unter den Ärzten, die dieser Regelung vorausging, wird von Heidenheimer (1980: 382-383) beschrieben.

Weil auch diese Regelungen wenig Wirkung zeigten, wurden sie mit dem Gesundheitsreform-Gesetz von 1988 weiter präzisiert. Es wurde ein »Großgeräteausschuß« ins Leben gerufen, der aus Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte »in gleicher Zahl« sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde besteht (§ 122 Abs. 3 SGB V). Innerhalb dieses Ausschusses soll »Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte ... abgestimmt« werden. »Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien ... zu beachten« (§ 122 Abs. 2 SGB V).

Die bereits erwähnte Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) diene nicht nur der Angleichung des Status von RVO- und Ersatzkassen. Sie sollte auch einen Beitrag zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Behebung der vorhandenen Fehlallokationen der Kassenärzte leisten. Der Bewertungsmaßstab, der den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen sowie ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, ist, wie der Gesetzgeber mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 bestimmte, von den Vertragspartnern

... in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen (§ 368g Abs. 4 RVO).

Durch diese Bestimmung sollte die kontinuierliche Anpassung des Bewertungsmaßstabes an den medizinisch-technischen Fortschritt gewährleistet werden. Die Anpassung des Bewertungsmaßstabes erfolgt durch den mit dem KVKG von 1977 neu eingesetzten Bewertungsausschuß.²⁹ Im Bundesarbeitsministerium versprach man sich von der Einführung des EBM eine Verbesserung der »Ordnungsfunktion« des Bewertungsmaßstabes. Der Bewertungsmaßstab gilt dort nicht nur als »Abbild des zulässigen Umfangs der ärztlichen Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung«, sondern auch als »Instrument zur Steuerung eines bedarfsgerechten, medizinisch wie wirtschaftlich angemessenen Angebots an ärztlichen Leistungen durch wertmäßige Einordnung mittels der relativen Bewertungen der einzelnen Leistungen« sowie als Instrument zum »Transfer des <medizinischen Fortschritts> durch Aufnahme neuer Leistungen oder Anpassungen der Leistungsbeschreibungen« (so Schirmer 1978: 42). Durch relative Änderungen der Leistungsbewertungen sollen die Ärzte veranlaßt werden, die entsprechen-

29 Die Zusammensetzung des Bewertungsausschusses wurde in Kapitel 2 dargestellt.

den Leistungen häufiger (bei Aufwertung der Leistung) bzw. seltener (bei deren Abwertung) zu erbringen.³⁰

Nun war es nicht der Fall gewesen, daß Krankenkassen und Kassenärzte vor 1977 nicht das Bedürfnis hatten, die jeweiligen Vertragsgebührenordnungen dem sich ändernden »Stand der medizinisch-technischen Entwicklung« anzupassen. So hatten die Partner des Bundesmantelvertrages/Ärzte 1971 einen Ausschuß gebildet, dessen Aufgabe darin bestand, den zwischen RVO-Kassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vereinbarten Bewertungsmaßstab an die besonderen Gegebenheiten und Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung anzupassen und fortzuentwickeln. Damit stellte der Bewertungsmaßstab-Ärzte der RVO-Kassen zumindest in den Augen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen »ein modernes und dem Fortschritt der medizinisch-technischen Entwicklung entsprechendes Leistungsverzeichnis« dar (so Wekel 1978: 698). Auch die Ersatzkassen-Gebührenordnung wurde kontinuierlich von der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 Arzt/Ersatzkassenvertrag den sich ändernden Wertrelationen angepaßt. Sie galt immer als die modernste Gebührenordnung und diente schon 1965 als Grundlage der neu geschaffenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)³¹.

Die hier vorgestellten Kostendämpfungsmaßnahmen können, einzeln betrachtet, als nicht sehr einschneidend bezeichnet werden. Diese These wird in dieser Arbeit auch nicht vertreten. Die These, die hier vertreten wird, ist vielmehr, daß es die kumulativen Effekte dieser Maßnahmen sind, die in Zusammenhang mit anderen, von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht steuerbaren Entwicklungen die Kassenärzteschaft unter Druck setzten. Welche Interaktionseffekte sich im einzelnen ergaben und welche Auswirkungen diese auf die Kassenärzteschaft hatten, wird im folgenden Kapitel am Beispiel der Einkommensentwicklung und in Kapitel 7 am Beispiel der Entwicklung der Autonomie des einzelnen Kassenarztes sowie der kassenärztlichen Selbstverwaltung untersucht.

30 Die Wirksamkeit dieser Ordnungsfunktion wird jedoch von ärztlicher Seite bezweifelt. So ist beispielsweise Schwartz (1985: 43) der Ansicht, daß kaum ein Arzt den Bewertungsmaßstab durchschaue; von Anreiz könne deswegen nicht die Rede sein.

31 Die GOÄ von 1965 löste die bis dahin gültige Preußische Gebührenordnung (Preugo) ab. Die GOÄ wird unter anderem für die Abrechnung mit den Kassen von Postbeamten und Bundesbahnbeamten sowie Privatpatienten verwendet. Sie wurde bisher erst 1982 und 1988 überarbeitet (vgl. Hess 1988: 15-16). Eine weitere, von den Ärzten vorgeschlagene Novellierung der Gebührenordnung wurde bislang mit der Begründung abgelehnt, daß sie nicht kostenneutral sei (vgl. Der Kassenarzt 1990/25: 30-33).

Kapitel 6

Kostendämpfung und Einkommensentwicklung

Individuelle Handlungen werden dann als interdependent bezeichnet, wenn die Akteure sich in der Ausführung ihrer Handlung gegenseitig begünstigen oder beeinträchtigen (vgl. Boudon 1980: 81-83). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive sind Interdependenzsysteme insbesondere dann interessant, wenn sich aus der Kumulation oder Aggregation interdependenter Handlungen Folgen ergeben, die von den individuellen Akteuren weder beabsichtigt noch kontrollierbar sind. Diese Folgen werden auch als »Emergenzeffekte« bezeichnet (vgl. Boudon 1980: 82). Beispiele für Emergenzeffekte gibt es viele. Ein häufiger Emergenzeffekt ist der Stau, der entsteht, wenn zu viele Leute zur selben Zeit dasselbe tun wollen. Emergenzeffekte sind nicht nur problematisch, weil sie häufig unökonomisch sind, d.h. die Effizienz des betreffenden Systems senken. Darüber hinaus bergen sie ab einer bestimmten Amplitude auch die Gefahr der Destabilisierung des gesamten Systems.¹

Unerwünschte Emergenzeffekte gibt es auch im System der kassenärztlichen Versorgung. Im Rahmen dieses Kapitels wird untersucht, inwieweit im Bereich der Vergütung der kassenärztlichen Leistungen Emergenzeffekte zu beobachten sind und welche Auswirkungen sie auf das System der kassenärztlichen Versorgung haben. Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, stieß das überdurchschnittliche Einkommen der niedergelassenen Ärzte im Laufe der 70er Jahre zunehmend auf öffentliche Kritik. Die Kostendämpfungspolitik wurde deswegen auch mit dem Hinweis auf gesamtgesellschaftliche Verteilungsziele legitimiert. Im Laufe dieses Kapitels wird untersucht, inwiefern sich das ärztliche Einkommen infolge der Kostendämpfungsgesetzgebung änderte, wie diese Änderungen von den Kassenärzten selbst wahr-

1 Ein Emergenzeffekt mit verheerenden Folgen war beispielsweise die 1929 ausgelöste Weltwirtschaftskrise. Sie wurde unter anderem durch protektionistische Maßnahmen der betroffenen Staaten verschärft.

genommen werden und welche Emergenzeffekte infolgedessen zu beobachten sind.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Determinanten des kassenärztlichen Einkommens analysiert. Dazu gehören neben den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, die den Rahmen bilden, sowohl das Verhalten des individuellen Kassenarztes als auch die Verhandlungen der korporativen Akteure, d.h. der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei steht die Untersuchung des Einflusses des Honorarverhandlungssystems der korporativen Akteure im Mittelpunkt der Analyse. Die Analyse zeigt die Grenzen der Möglichkeiten dieses Verhandlungssystems, die Entwicklung der Gesamtvergütung zu kontrollieren.

Wesentliche Ursache hierfür ist, wie im zweiten Abschnitt am Beispiel der EBM-Reform von 1987 ausführlicher dargestellt wird, die Gegensätzlichkeit der Interessen der Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, wodurch erforderliche Entscheidungen erschwert oder zumindest verzögert werden. Die Analyse des Honorarverhandlungssystems von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen nimmt deswegen im Rahmen dieses Kapitels einen relativ breiten Raum ein, weil zu den emergenten Effekten des Honorarverhandlungssystems auch die Änderung des Verhältnisses zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den ärztlichen Berufsverbänden zu zählen ist.

Im dritten Abschnitt dieses Kapitels wird die Entwicklung des kassenärztlichen Umsatzes anhand der zur Verfügung stehenden Daten untersucht. Hierbei soll ermittelt werden, in welchem Maße sich Umsatz und Einkommen der Kassenärzte im Laufe der letzten 15 Jahre infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen geändert haben. Der letzte Abschnitt diskutiert die emergenten Effekte der Kostendämpfungsmaßnahmen. Es wird untersucht, inwieweit die EBM-Reform von 1987 zu einer Destabilisierung des kassenärztlichen Vergütungssystems beigetragen hat und welche Versuche der Systemstabilisierung bisher innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen unternommen wurden.

1 Das Einkommen des Kassenarztes: Determinanten und Probleme

Das Einkommen des Kassenarztes ist von mehreren Faktoren abhängig. Beeinflusst wird es unter anderem vom Kapital- und Arbeitseinsatz des Arztes, von der Struktur der Gebührenordnung sowie von dem Ergebnis der Honorarver-

handlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen. Der wichtigste Faktor ist der Kapital- und Arbeitseinsatz des Kassenarztes selbst. Je mehr Leistungen er erbringt und abrechnet, umso höher ist sein Umsatz in Relation zu dem seiner Kollegen. Die Gebührenordnung determiniert den Umsatz des Kassenarztes dadurch, daß sie festlegt, welche Leistungen der Arzt abrechnen darf und in welcher Höhe die Leistung vergütet wird.

Tabelle 6.1: Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	insgesamt		Behandlung durch Ärzte		Arzneien/Heilmittel	
	in Mio. DM	Steigerung pro Jahr in %	in Mio. DM	Steigerung pro Jahr in %	in Mio. DM	Steigerung pro Jahr in %
1960	9.513		1.874		1.093	
1965	15.785	10,7	3.195	11,3	2.021	13,1
1970	5.179	9,8	5.458	11,3	4.224	15,9
1975	60.990	19,4	11.259	15,6	8.901	16,1
1980	89.834	8,1	15.358	6,4	12.573	7,2
1985	114.108	4,9	19.660	5,1	16.603	5,7
1990	141.654	4,4	24.371	4,4	21.841	5,6

Quelle: BMAS, ASS-H (1970: 119; 1976: 175; 1982: 135); BMAS, Die GKV in der BRD (1990: 33). Steigerungsrate: eigene Berechnungen.

Auch die Honorarverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen haben unmittelbaren Einfluß auf den Umsatz des Kassenarztes.² Die Höhe des kassenärztlichen Umsatzes variiert auch mit den Verhandlungserfolgen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Je großzügiger der Honorarvertrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen durchsetzen konnten, desto höher der Umsatz des einzelnen Kassenarztes. Die Verhandlungserfolge der Kassenärztlichen Vereinigungen sind wiederum unter anderem von der wirtschaftlichen Situation der Krankenkassen abhängig. Auch die Drohung der Regierung, entsprechende Änderungen im Kassenarztrecht vorzunehmen, falls die Kassenärztlichen Vereinigungen keine angemessene honorarpolitische Zurückhaltung zeigten, veranlaßte letztere seit Mitte der 70er Jahre zu einer

2 Je nach Dauer des Honorarvertrages finden diese Verhandlungen jährlich oder alle zwei Jahre statt.

Mäßigung ihrer Honorarforderungen (vgl. Rosewitz/ Webber 1990: 244-245).³

Die Mäßigung der kassenärztlichen Honorarforderungen läßt sich beispielsweise der Senkung der Steigerungsraten der kassenärztlichen Gesamtvergütung seit Mitte der 70er Jahre entnehmen (vgl. Tabelle 6.1). Die jährliche Steigerungsrate der kassenärztlichen Gesamtvergütung lag bis 1975 regelmäßig über 10%, seitdem hat sie die 10%-Grenze trotz steigender Arztzahlen nicht mehr erreicht. Der Anteil der Ausgaben für kassenärztliche Behandlung an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sank dadurch von knapp 22% im Jahre 1970 auf 17% im Jahre 1990 (vgl. Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2: Verwendung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	insgesamt	Behandlung durch Ärzte	Arzneien / Heilmittel
	in Mio. DM	in % der Gesamtausgaben	in % der Gesamtausgaben
1960	9.513	11,5	11,5
1965	15.785	20,2	12,8
1970	25.179	21,7	16,8
1975	60.990	18,5	14,6
1980	89.834	17,1	14,0
1985	114.108	17,2	14,6
1990	141.654	17,2	15,4

Quelle: Vgl. Tabelle 6.1; Prozentwerte: eigene Berechnungen.

Die von den RVO-Kassen zu zahlende Gesamtvergütung wurde nach dem zweiten Weltkrieg zunächst nach einem Kopfpauschale berechnet.⁴ Die von den Ersatzkassen zu zahlende Gesamtvergütung wurde, wenn die wirtschaftlichen Umstände es erlaubten, nach Maßgabe der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen berechnet (Einzelleistungsvergütung). Mit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 wurde es den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung freigestellt, ob sie die Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale, einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen berechnen wollten. Im Laufe der 60er Jahre konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen, wie

3 Diese Mäßigung erfolgte beispielsweise durch eine Verlängerung der Laufzeit bereits vereinbarter Honorarverträge.

4 So sah es die Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14.1.1932 vor (§ 368e RVO, zitiert nach: RGBl. I: 19).

bereits erwähnt (vgl. Kapitel 1.3), daraufhin auch mit den RVO-Kassen eine Einzelleistungsvergütung aushandeln.

Die zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelte Gesamtvergütung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen unter den Kassenärzten verteilt. Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt nach Maßgabe von Art und Umfang der einzelnen von den Kassenärzten erbrachten Leistungen; »eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle ist nicht zulässig« (RVO § 368f Abs. 1). Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt mittels des Honorarverteilungsmaßstabes. Dieser Honorarverteilungsmaßstab wird von den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen »im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen« (§ 368f Abs. 1 RVO) beschlossen. Der Honorarverteilungsmaßstab muß durch entsprechende Regelungen »sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird (§ 368f Abs. 1 RVO). »Polypragmasie«⁵ wird, wie im zweiten Kapitel dargestellt wurde, in der Regel dadurch kontrolliert, daß Honorarforderungen, die eine bestimmte Höhe übersteigen, prozentual gekürzt werden.

Solange die Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale und damit weitgehend unabhängig von Art und Umfang der einzelnen von den Kassenärzten erbrachten Leistungen ermittelt wird (was bei den RVO-Kassen bis Mitte der 60er Jahre der Fall war), wirken sich überzogene Honorarforderungen einzelner Kassenärzte nicht auf die Höhe der Gesamtvergütung aus. Übermäßige Honorarforderungen einzelner Kassenärzte führen in diesem Falle dazu, daß das Honorar jedes Kassenarztes sinkt, da sich bei gleichbleibender Gesamtvergütung der Wert jeder erbrachten Leistung verringert, wenn sich die Summe der erbrachten Leistungen erhöht.

Erst mit dem Übergang zur Einzelleistungsvergütung zeigt die Verwendung einer dem medizinisch-technischen Fortschritt nicht entsprechenden Gebührenordnung auch für die Krankenkassen Konsequenzen. Eine veraltete Gebührenordnung führt zu einer Fehlallokation des Angebots an ärztlichen Leistungen, indem sie falsche Anreize setzt: Da medizinisch-technische Leistungen im Vergleich zu persönlich-ärztlichen überbewertet sind, besteht für den Arzt ein Anreiz, diese Leistungen häufiger zu erbringen, als es erforderlich wäre. Solange die Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen berechnet wird, macht es sich nicht im Ausgabenvolumen der Krankenkassen bemerkbar, wenn mehr medizinisch-technische Leistungen als erforderlich erbracht wer-

5 Polypragmasie bedeutet Vielgeschäftigkeit; der Ausdruck wird häufig von Ärzten in diesem Zusammenhang verwendet.

den. Wird jedoch die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet, so hat das Interesse der Kassenärzte an der Erbringung medizinisch-technischer Leistungen unmittelbare Konsequenzen für die Höhe der Gesamtvergütung.

Mit dem Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung⁶ stieg deswegen das Interesse der RVO-Kassen an einer Weiterentwicklung der Gebührenordnung und einer besseren Anpassung derselben an den Stand der medizinisch-technischen Entwicklung. Wie schon die Ersatzkassenverbände vor ihnen vereinbarten die Verbände der RVO-Kassen 1971 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Einrichtung eines Ausschusses, dessen Aufgabe darin bestand, den Bewertungsmaßstab an die besonderen Gegebenheiten und Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung anzupassen und fortzuentwickeln. Zwischen 1971 und 1977 fanden 36 Sitzungen dieses Ausschusses der Partner des Bundesmantelvertrages/Ärzte statt.⁷

Das größte Problem stellten Mitte der 70er Jahre in diesem Zusammenhang die Laborleistungen dar. Hier war eine Entwicklung eingetreten, die in der Gebührenordnung nicht vorgesehen war: Eine zunehmende Anzahl von niedergelassenen Ärzten erkannte, daß es für sie wesentlich günstiger ist, sich mit Kollegen zu Laborgemeinschaften zusammenschließen und sich die Kosten für Laborgeräte zu teilen, anstatt sich selbst die erforderlichen Laborgeräte anzuschaffen.⁸ Bei der Vergütung der Laborleistungen werden die Investitionskosten so berücksichtigt, wie sie einem einzelnen Arzt entstehen. Deswegen konnten die Mitglieder von Laborgemeinschaften hohe Gewinne erzielen, da sie die Leistungen weit unter den in einer individuellen Praxis anfallenden Kosten erbringen konnten.

Bei den Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Anpassung der Gebühren-

6 Als Einzelleistungsvergütung wird die Methode der Berechnung der Gesamtvergütung gemäß der einzelnen von den Kassenärzten erbrachten Leistungen bezeichnet.

7 In diesen Sitzungen faßte der Ausschuß insgesamt 73 Beschlüsse, die über 1.200 Neuregelungen zum Inhalt hatten (vgl. Wekel 1978: 698). Die Beschlüsse sind in der Ortskrankenkasse dokumentiert.

8 Die ersten Laborgemeinschaften gab es bereits Anfang der 60er Jahre (Smigielski 1981: 732). Anfang 1982, so berichtet die KBV in ihrem Tätigkeitsbericht (1982: 91-92), waren bereits knapp 20.000 Kassenärzte in ca. 1.000 Laborgemeinschaften zusammengeschlossen. Knapp 80% dieser Laborgemeinschaften hatten weniger als 30 Mitglieder, 18% zwischen 30 und 100 Mitglieder und 3% mehr als 100 Mitglieder. Zum überwiegenden Teil sind es Allgemein- und Praktische Ärzte sowie Internisten, die sich zu Laborgemeinschaften zusammenschließen, die Arztgruppen also, die auch den größten Anteil an den erbrachten Laborleistungen haben.

ordnung war das Laborkapitel infolgedessen das problematischste Kapitel. Da es der Verbreitung der Laborgemeinschaften nicht hinreichend durch Abwertung der entsprechenden Leistungen Rechnung trug, war die Folge, daß die Laborleistungen stark expandierten.⁹ Die Krankenkassen forderten eine Weitergabe der von den Laborgemeinschaften erwirtschafteten Gewinne an die Gemeinschaft der Versicherten (vgl. Smigielski 1981: 732). Da sich die Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Forderung im Prinzip nicht widersetzen konnten, wurde das Laborkapitel der Vertragsgebührenordnungen in den Jahren 1975 und 1976 grundlegend überarbeitet. Nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte dadurch »die überproportionale Zunahme der Ausgaben der Krankenkassen für Laboratoriumsuntersuchungen in Relation zum Gesamtausgabenanstieg gestoppt werden«.¹⁰

Daß diese Überarbeitung nicht hinreichend war, zeigt sich jedoch daran, daß die Vertragspartner zusätzlich dazu übergingen, die von den Krankenkassen für Laborleistungen zu entrichtende Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen, sondern nach einem Fallpauschale zu berechnen. Zu einer solchen Empfehlung konnte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung allerdings erst 1978 durchringen.¹¹ Dabei ist zu berücksichtigen, daß es sich nur um eine Empfehlung der Bundesverbände handelt. Die Vertragspartner auf Landesebene konnten nicht gezwungen werden, sich bei ihren Vertragsabschlüssen an diese Empfehlung zu halten.

Seit 1978 empfehlen die Vertragspartner auf Bundesebene, »die das Labor betreffende Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale zu berechnen«.¹² Damit waren Laborleistungen wieder pauschaliert worden; eine Steigerung der Menge der erbrachten Laborleistungen würde nur noch einen Verfall der Bewertung der einzelnen Leistung zur Folge haben. Mit den Verbänden der

9 Hierfür ist nicht nur das Interesse der Ärzte an der Maximierung des eigenen Einkommens verantwortlich zu machen, sondern auch Interesse daran, dem Patienten die bestmögliche Behandlung angeeignet zu lassen und das Risiko einer Fehldiagnose zu minimieren.

10 KBV Tätigkeitsbericht (1982: 89).

11 In der Empfehlungsvereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesverbänden der Ortskrankenkassen vom 27. April 1976 wurde lediglich vereinbart, daß »sowohl in 1976 als auch 1977 der Leistungsbedarf für den Abschnitt Laboratoriumsdiagnostik des BMA auf 4% begrenzt werden soll« (KBV Tätigkeitsbericht 1977: 52).

12 KBV Tätigkeitsbericht (1982: 89). Diese Empfehlung ist »mit Ausnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden und Nord-Württemberg in allen Kassenärztlichen Vereinigungen Bestandteil der jeweiligen Vergütungsregelungen geworden« (ebd.).

Ersatzkassen wurde erstmals am 2. August 1983 ein Fallpauschale für Laborleistungen vereinbart.¹³

Mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurden die bis dahin vertraglich vereinbarten Gebührenordnungsausschüsse in die Reichsversicherungsordnung übernommen. Der Bewertungsausschuß wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen gebildet und mit deren Vertretern paritätisch besetzt (§ 368i Abs. 8 RVO; vgl. Kapitel 2). Der von diesem Ausschuß zu vereinbarende Einheitliche Bewertungsmaßstab ist sowohl für die RVO- als auch für die Ersatzkassen verbindlich. Seitdem können sich die Gebührenordnungen der beiden Kassenarten nur noch in den ergänzenden vertraglichen Bestimmungen unterscheiden (beispielsweise darüber, welche Leistungen aus finanziellen Gründen nicht nebeneinander berechnungsfähig sind), nicht mehr jedoch in den Wertrelationen der einzelnen Leistungen zueinander.

Der Bewertungsausschuß konstituierte sich im Oktober 1977 mit der Verabschiedung seiner Geschäftsordnung.¹⁴ Entscheidungen des Bewertungsausschusses müssen einstimmig getroffen werden (vgl. Heinemann/ Liebold 1990: C 405).¹⁵ Die Entscheidungen des Bewertungsausschusses werden in einem entsprechenden Arbeitsausschuß vorbereitet. »In der Regel«, so die KBV in ihrem Tätigkeitsbericht (1982: 109), erarbeitet dieser Ausschuß »beschlußreife und unter den Vertragspartnern abgestimmte Vorlagen«.

Die erste Aufgabe des Bewertungsausschusses war es, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu verabschieden, mit dem sowohl gegenüber den RVO- als auch gegenüber den Ersatzkassen abzurechnen war. Zu diesem Zweck tagte der Bewertungsausschuß im Verlauf von 1978 drei Male. In seiner vierten Sitzung verabschiedete er den vom Arbeitsausschuß vorgelegten Entwurf des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der, wie vom Gesetzgeber vorgeschlagen, die Ersatzkassen-Gebührenordnung als Grundlage hatte.¹⁶ Bei der

13 KBV Tätigkeitsbericht (1983: 54).

14 Die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vom Vorstand ernannt, setzen sich zu etwa gleichen Teilen aus Mitgliedern des Bundesvorstands und Mitgliedern der Bundesgeschäftsführung zusammen.

15 Kommt im Bewertungsausschuß ein einstimmiger Beschluß nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß um fünf unparteiische Mitglieder erweitert. Dieser erweiterte Bewertungsausschuß wurde jedoch bis 1990 noch nicht einberufen (Interview). Dieser Sachverhalt zeigt, daß die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung an einer größtmöglichen Kontrolle über das Entscheidungsergebnis interessiert sind, auch wenn das die Dauer des Entscheidungsprozesses erhöht.

16 Vgl. KBV Tätigkeitsbericht (1978: 46). Die Ersatzkassen-Gebührenordnung galt – offen-

Einführung eines neuen Bewertungsmaßstabes muß der angemessene Punktwert neu ermittelt werden. Zu diesem Zweck wurde die Gesamtvergütung für eine Übergangszeit nach einem Kopfpauschale (und nicht nach Maßgabe der erbrachten Einzelleistungen) berechnet.

Die Einführung einer neuen Gebührenordnung ist für alle Beteiligten mit hoher Unsicherheit verbunden. Da sich durch die Auf- und Abwertungen zahlreicher Leistungen die Wertrelationen zwischen den Leistungen verschieben, kann der einzelne Kassenarzt nicht abschätzen, wie die neue Gebührenordnung seinen Umsatz beeinflussen wird. Muß er befürchten, daß die von ihm vorwiegend erbrachten Leistungen eher ab- als aufgewertet wurden, so kann er versucht sein, Umsatzeinbußen durch eine »Flucht in die Menge« auszugleichen, d.h., mehr Leistungen zu erbringen beziehungsweise die erbrachten Leistungen sorgfältiger abzurechnen als vor der Reform.

Diese Reaktion ist der Unsicherheitsfaktor in der Kalkulation der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung. Sie können zwar anhand bisheriger Abrechnungsmuster sowie anhand von Feldversuchen Prognosen über die durch die Reform verursachten Verschiebungen in den Abrechnungsfrequenzen machen. Dabei können sie jedoch nicht ermessen, wie hoch das tatsächliche Ausmaß der Unsicherheit der Kassenärzte ist, d.h., in welchem Umfang diese bereit sind, »vorsichtshalber« die Flucht in die Menge anzutreten. Bei der Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im Jahre 1978 war die wirtschaftliche Situation der Kassenärzte beziehungsweise ihr Vertrauen in ihre Interessenvertretung offenbar hinreichend gut: der Punktwert stabilisierte sich (vgl. Thiemeyer 1986: 260).

2 Die Notwendigkeit einer Reform des EBM

Mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 hatte der Gesetzgeber auch festgelegt, daß der Bewertungsmaßstab »in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen [ist], ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfor-

sichtlich zum Verdruß des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (vgl. Wekel 1978: 697), der auch die zwischen ihm und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarte Gebührenordnung für »ein modernes und dem Fortschritt der medizinisch-technischen Entwicklung entsprechendes Leistungsverzeichnis« hielt (ebd.: 698) – immer als die modernste Gebührenordnung.

dernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen« (§ 368g Abs. 4 RVO). Dank einer solchen kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung des Bewertungsmaßstabes müßten sich, so könnte man meinen, durchgreifende Reformen des Bewertungsmaßstabes künftig erübrigen. Diese Erwartung erwies sich jedoch als unrichtig. Schon 1985 waren die Verzerrungen der Wertrelationen so umfangreich geworden, daß sich die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf eine weitere Reform verständigten.

Die Dynamik dieser Entwicklung ist aufschlußreich. In der sozialwissenschaftlichen Analyse wird den Krankenkassen eine strukturell bedingt unterlegene Position in den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstellt (vgl. Knappe 1985: 84; Naschold 1967: 61). Die schwächere Verhandlungsposition der Krankenkassen wird beispielsweise von Knappe (1985: 87-88) auf eine Asymmetrie in der Interessenstärke und der Stärke der Bindung der Verbandspolitik an die Mitgliederinteressen zurückgeführt. Da der niedergelassene Arzt im Durchschnitt mehr als 80% seines Umsatzes aus seiner Kassenarzttätigkeit erzielt, ist sein Interesse am Verhandlungsergebnis und damit an einer Kontrolle der Honorarpolitik seiner Kassenärztlichen Vereinigung wesentlich größer als das Interesse des Versicherten, dessen Einkommen sich durch die kassenärztliche Vergütung um ungefähr 1% reduziert.¹⁷

Der Eindruck von der relativen Unterlegenheit der Krankenkassen relativiert sich, wenn man den Ablauf der Verhandlungen im Bewertungsausschuß untersucht. Hier war es, wie im folgenden gezeigt wird, nicht so, daß die Asymmetrie der Interessenstärke den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Durchsetzung ihrer Forderungen ermöglichte. Stattdessen befanden sich die Krankenkassen in einer stärkeren Verhandlungsposition. Ihre Verhandlungsposition wurde dadurch gestärkt, daß ihre Forderung nach einer Begrenzung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit mittlerweile größere Zustimmung fand als die Forderung der Kassenärzteschaft nach einer Verbesserung der ambulanten Versorgung.¹⁸ Dabei kam ihnen zugute, daß sich jede Verschleppung der Verhandlungen nachteilig auf die Position der

17 Darüber hinaus befindet sich der Versicherte als »principal« der Krankenkasse insofern in einem Zielkonflikt, als er nicht nur an einer Stabilität des Beitragssatzes, sondern auch an einer möglichst umfassenden medizinischen Versorgung interessiert ist.

18 Hier zeigt sich, daß sozusagen auch der Zeitgeist, in Gestalt der sich im Laufe der Zeit wandelnden herrschenden Meinung, die Verhandlungsposition von Gegenspielern beeinflußt.

Kassenärztlichen Vereinigungen auswirkte. Die Bedingungen des Verhandlungserfolges der Krankenkassen werden im folgenden genauer analysiert.

In den Jahren von 1979 bis 1981 tagte der Bewertungsausschuß jeweils zweimal im Jahr. Seine Tätigkeit beschränkte sich unter anderem auf die redaktionelle Überarbeitung von Leistungslegenden, die Aufnahme bislang nicht im Bewertungsmaßstab enthaltener Leistungen (beispielsweise Computertomographie) und die Berücksichtigung des starken Anstiegs der Röntgenfilmpreise in der Bewertung der entsprechenden Leistungen.¹⁹ 1982 trat der Bewertungsausschuß dreimal zusammen. In diesem Zusammenhang berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstmals von sich »schwierig gestaltenden Verhandlungen«, »enger Abstimmung mit den betroffenen Berufsverbänden« und »innerärztlichen Widerständen«.²⁰

1983, 1984 und 1985 tagte der Bewertungsausschuß nur jeweils einmal. »Diese geringe Sitzungsfrequenz ist« nach Darstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung »ein Zeichen dafür, daß die Verhandlungen mit den Vertragspartnern im Bewertungsausschuß schwieriger geworden und substantielle Veränderungen im Bewertungsmaßstab nur schwer zu erreichen sind.«²¹ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt weiter aus:

Zu der bereits in den Vorjahren zu beobachtenden Tendenz auf seiten der Krankenkassen, für jede honorarwirksame Änderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine Kompensation in Form der Absenkung anderer Gebührenwerte zu erreichen, trat die zusätzliche Forderung nach isolierten Abwertungen. Besonders schnell wachsende und honorarträchtige Gebührenordnungsbereiche sind für die Vertreter der Krankenkassen stets Anlaß, eine Absenkung der Bewertung zu fordern. Im Berichtszeitraum waren hiervon vor allem die Sonographie und die Computertomographie betroffen. Durch das Verhalten der Krankenkassen, den finanziellen anstelle des medizinischen Aspektes in den Vordergrund zu stellen, gestaltet sich die Arbeit am Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu einem schwierigen und langwierigen Verfahren. Damit besteht die Gefahr, daß die Gebührenordnungen nicht auf dem jeweils neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Stand gehalten werden können.²²

Diese Darstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, daß die Vertreter der Krankenkassen Entscheidungen im Bewertungsausschuß blockierten. Das Ziel der Krankenkassen war dabei, die Rationalisierungsgewinne abzuschöpfen, die insbesondere im Laborbereich infolge der Einführung auto-

19 Diese Darstellung stützt sich auf die Tätigkeitsberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus den Jahren 1979 bis 1981.

20 KBV Tätigkeitsbericht (1982: 109-111).

21 KBV Tätigkeitsbericht (1983: 57).

22 KBV Tätigkeitsbericht (1984: 103-107; 1985: 132-135).

matisierter Analysegeräte und durch den Zusammenschluß der Kassenärzte zu Laborgemeinschaften entstanden waren (vgl. Brenner 1990: 42-44).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung konnte sich dem Argument nicht verschließen, daß die hohen Gewinne im Laborsektor dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Gesetzgebers widersprechen. Sie hatte jedoch wenig Interesse daran, die Krankenkassen diese Rationalisierungsgewinne abschöpfen zu lassen; stattdessen schlug sie vor, die Rationalisierungsgewinne umzuschichten und zur Aufwertung der Grundleistungen (das sind die persönlich-ärztlichen Leistungen) zu verwenden. Die Krankenkassen erklärten sich nur unter einer Bedingung bereit, diesem Wunsch der Kassenärzteschaft nachzugeben: Die ärztlichen Honorarforderungen dürften nicht stärker steigen als die Grundlohnsumme.²³

Die Zeit stand in diesem Fall auf der Seite der Krankenkassen. Je länger sich der Kompromiß verzögerte, umso durchgreifender mußte die erforderliche Reform des Bewertungsmaßstabes werden. Die mit der Einführung des reformierten Bewertungsmaßstabes einhergehende erhöhte Unsicherheit der Kassenärzte würde sich mit Sicherheit nachteilig auf das Vertrauen der Kassenärzte in die Vertretung ihrer Interessen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auswirken. Doch nicht nur ihre eigenen Mitglieder setzten die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Zugzwang. Auch im Bundesarbeitsministerium würde man die allokatonsverzerrenden Konsequenzen einer unzureichenden Anpassung des Bewertungsmaßstabes registrieren und gewiß nicht als Zeichen der Kompetenz der Selbstverwaltung im ambulanten Sektor des Gesundheitswesen interpretieren.

Aus diesen Gründen sah sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung 1985 veranlaßt, der Forderung der Krankenkassen nach einer Anbindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme nachzugeben, um die notwendige Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht weiter zu verzögern. Dabei hoffte die Kassenärztliche Bundesvereinigung, daß das Wirtschaftswachstum in den kommenden Jahren groß genug sein werde, damit das Realinkommen der Ärzte angesichts steigender Arztzahlen trotz der Anbindung an die Grundlohnsumme zunehmen kann (vgl. Webber 1992: 221).

Den Kassenärzten gegenüber wurde die Reform des Bewertungsmaßstabes mit dem Hinweis auf eine dadurch zu erzielende gerechtere Verteilung des

23 Diese Bedingung der »Anbindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme« war zwar schon seit längerem Bestandteil des Kassenarztrechts sowie der Forderungen der Krankenkassen, bis zu diesem Zeitpunkt war sie jedoch von den Kassenärztlichen Vereinigungen nie akzeptiert worden.

Einkommens zwischen den Arztgruppen legitimiert.²⁴ Ein nicht zu vernachlässigender Faktor im Kalkül der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist nach Ansicht Brenners (1990: 45-46, 50) das Bedürfnis der Kassenärzteschaft, angesichts der schon vom Gesetzgeber angekündigten neuerlichen Strukturreform im Gesundheitswesen zu zeigen, daß auch sie bereit ist, einen Beitrag zur Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten. Auf diese Weise möchte man erreichen, daß sich gesetzgeberische Eingriffe in die Reichsversicherungsordnung erübrigen.

Aus diesem Beispiel lassen sich mehrere Schlüsse ziehen. Zum einen zeigt es, daß die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen längst nicht mehr so ohnmächtig gegenüberstehen, wie es in der sozialwissenschaftlichen Literatur bis in die jüngste Zeit hin angenommen wird. Sowohl der Wandel der Prioritäten der gesetzlichen Krankenversicherung von Qualitätsverbesserung und Leistungsausdehnung zu Kostendämpfung als auch die zahlreichen Eingriffe des Gesetzgebers in das kassenärztliche Verhandlungssystem haben zu einer Schwächung der Position der Kassenärztlichen Vereinigungen und damit zu einer Stärkung der Krankenkassen geführt.

Das Beispiel zeigt weiterhin, daß der Gesetzgeber eine wichtige Rolle in den Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen spielt, auch wenn er selbst nicht direkt an den Verhandlungen beteiligt ist. Durch seine Drohung, die Struktur des Verhandlungssystems zu ändern, falls das Verhandlungsergebnis nicht seinen Erwartungen entspricht, fühlten sich die Verhandlungsführer der Kassenärzteschaft zu einem gewissen Maß an Selbstbeschränkung und Zurückhaltung veranlaßt.²⁵ In dem Maße, in dem die Drohung des Gesetzgebers die Verhandlungsführer der Kassenärzteschaft zur Zurückhaltung nötigte, trug sie zu einer Stärkung der Verhandlungsposition der Vertreter der Krankenkassen bei.

24 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Jg. 20/1988: B-1015). Diese Zielsetzung tauchte, worauf Brenner (1990: 55) hinweist, offiziell erst in der späteren Diskussion innerhalb der Kassenärzteschaft um die erneute EBM-Reform auf; sie wird weder in der Entschließung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 13.12.1985 erwähnt, in der diese der geplanten EBM-Reform zustimmt, noch in der Vergütungsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 12.3.1986, in der beide Seiten vereinbaren, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab »einer gründlichen Überarbeitung [zu] unterziehen« (zitiert nach Brenner 1990: 52).

25 Ob dieses Maß angesichts der immer noch steigenden Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung als ausreichend zu bewerten ist, ist natürlich eine andere Frage.

Bevor im letzten Abschnitt dieses Kapitels die Folgen der EBM-Reform von 1987 für die Stabilität des kassenärztlichen Vergütungssystems untersucht werden, soll im folgenden Abschnitt anhand verfügbarer Umsatz- und Einkommensdaten erörtert werden, in welchem Umfang die Kostendämpfungsgesetzgebung bisher Konsequenzen für das ärztliche Einkommen hatte.

3 Die Entwicklung des kassenärztlichen Einkommens

Ein erster Eindruck der Entwicklung des kassenärztlichen Einkommens läßt sich mit Hilfe der von den gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen überwiesenen Gesamtvergütung gewinnen. Dividiert man die Gesamtvergütung durch die Anzahl der Kassenärzte, so erhält man den in Tabelle 6.3 dargestellten durchschnittlichen Umsatz aus Kassenarzt-tätigkeit.²⁶ Die Tabelle zeigt, daß der durchschnittliche Umsatz trotz steigender Arztlizenzen jedes Jahr nominal gestiegen ist. Deflationiert man jedoch den durchschnittlichen Umsatz mit einem Preisindex, so zeigt sich, daß der Umsatz 1987 real niedriger ist als 1977.²⁷

Der Umsatz ist noch nicht das Einkommen. Erst wenn man die Betriebskosten vom Umsatz subtrahiert, erhält man das Einkommen vor Steuern. Die durchschnittlichen Betriebskosten variieren nach den Berechnungen des »Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung« sehr stark zwischen den einzelnen Arztgruppen. Die höchsten Betriebskosten haben die medizinisch-technisch spezialisierten Ärzte. An der Spitze stehen die Laborärzte, bei denen die Betriebskosten über 90% des Umsatzes aus kassenärztlicher Tätigkeit betragen

26 Die Anzahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte wurde deshalb nicht als Divisor gewählt, weil die Kassenarzt-tätigkeit für die nur beteiligten Ärzte (zur Definition siehe Kapitel 3.1) nur eine Nebenbeschäftigung darstellt. Das bedeutet jedoch, daß der hier berechnete Durchschnittswert höher als der tatsächliche ist.

27 Die reale Veränderung des Umsatzes aus Kassenarzt-tätigkeit erhält man, indem man die nominalen Werte durch einen Preisindex dividiert. Optimal wäre die Verwendung eines speziellen Index für die Preissteigerung im Gesundheitsbereich. Da dieser nicht zur Verfügung stand, wurden hier der Preisindex des Bruttosozialprodukts sowie der Lebenshaltungindex als Näherungswerte verwendet. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die hier ermittelten »realen« Umsatzänderungen nur Näherungswerte der tatsächlichen Umsatz-änderungen darstellen.

Tabelle 6.3: Entwicklung des Umsatzes aus Kassenarztztätigkeit

Jahr	Gesamt- vergütung in Mio. DM	Kassen- ärzte Anzahl	durchschnittlicher Umsatz je Kassenarzt		
			nominal in DM	real (1980 = 100)	
				(BSP) ^a in DM	(Lhk.) ^b in DM
1976	11.923,1	51.435	231.809	271.796	270.805
1977	12.488,9	52.820	236.443	267.249	266.565
1978	13.194,4	54.144	243.691	265.251	267.499
1979	14.122,4	55.357	255.115	265.744	268.825
1980	15.357,9	56.138	273.574	273.574	273.574
1981	16.490,9	57.232	288.141	274.944	271.064
1982	16.917,1	58.522	289.073	265.224	258.331
1983	17.763,5	60.221	294.971	259.230	255.166
1984	18.924,1	62.271	303.899	258.544	256.672
1985	19.660,0	63.694	308.664	257.449	255.094
1986	20.295,4	65.608	309.344	252.461	256.291
1987	20.965,8	67.038	312.745	247.562	258.467

a Der Umsatz wurde mit dem Preisindex des Bruttosozialprodukts deflationiert.

b Der Umsatz wurde mit dem Preisindex für die Lebenshaltung deflationiert.

Quellen: BMAS, ASS-H (1982, 1989); KBV, GD (1988: A8, A9); IW (1991: 31); Statistisches Bundesamt, FS 17/7 (1990: 96). Kassenarzts Umsätze: eigene Berechnungen.

können.²⁸ Tabelle 6.4 zeigt den durchschnittlichen Umsatz je Arztgruppe, den durchschnittlichen Anteil der Betriebskosten am Umsatz sowie das im Durchschnitt verbleibende Einkommen je Arztgruppe.²⁹ Umsatz und Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit werden bei den Berechnungen des Zentralinstituts nicht berücksichtigt.³⁰ Die Tabelle zeigt, daß sich die Radiologen am oberen, die Allgemein- und Praktischen sowie die Kinderärzte am unteren Ende der Einkommensskala befinden. Die Laborärzte erzielen zwar den höchsten Umsatz, ihr Einkommen aus kassenärztlicher Tätigkeit muß jedoch als vergleichsweise niedrig bezeichnet werden.

28 Die Neue Ärztliche (5.4.1990: 1). Diese Berechnung ist jedoch, worauf das Zentralinstitut selbst hinweist, nur von begrenzter Aussagekraft, da die ihr zugrundeliegende Fallzahl gering ist (N=32).

29 Ein Vergleich mit früheren Zeiträumen ist nicht möglich, da es keine entsprechenden Erhebungen gibt.

30 Bei der privatärztlichen Tätigkeit ist die Umsatz/Kosten-Relation besser als im Bereich der kassenärztlichen Tätigkeit, da die Leistungsvergütung höher ist.

Tabelle 6.4: Durchschnittlicher Umsatz und Einkommen aus kassenärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppe

Arztgruppe	Umsatz (1985) in DM	Betriebskosten ^a in % vom Umsatz	Einkommen vor Steuern in DM
Laborärzte ^b	1.836.000	93,5	120.053
Radiologen ^c	710.000	68,2	225.780
Orthopäden	466.800	57,4	198.857
Augenärzte	331.300	44,8	182.878
HNO-Ärzte	316.600	47,3	166.848
Urologen	365.200	56,8	157.766
Hautärzte	307.600	49,8	154.415
Internisten	343.900	56,6	149.253
Nervenärzte / Psychiater	281.300	48,4	145.151
Frauenärzte	293.300	52,9	138.144
Chirurgen ^d	297.400	58,8	122.529
Allgemein- / Praktische Ärzte	251.800	51,5	122.123
Kinderärzte	237.700	52,2	113.621

a Durchschnittswert für die Jahre 1984 bis 1986.

b Die für die Laborärzte ermittelten Werte sind nicht als repräsentativ zu betrachten, da sie auf der Basis von nur 32 Fällen ermittelt wurden. Bei der Behandlung von Privatpatienten betragen die Kosten nur 52% des Umsatzes.

c Der durchschnittliche Umsatz eines Radiologen wurde, da exakte Zahlen nicht verfügbar waren, anhand der Abbildung D2 (KBV, GD 1988: D2) geschätzt.

d Bei den Chirurgen ist zu berücksichtigen, daß ca. 30% ihres Gesamtumsatzes durch die gesetzliche Unfallversicherung getragen werden.

Quellen: Umsatz 1985, außer Laborärzte und Radiologen: Brenner (1990: 93-98). Betriebskostenanteil am Umsatz, außer Laborärzte: KBV, GD (1988: D2). Laborärzte: DNÄ (5.4.1990: 1). Einkommen vor Steuern: eigene Berechnungen.

Ein weiterer Hinweis auf die Entwicklung der Einkommenssituation des Kassenarztes läßt sich den Kostenstrukturanalysen des Statistischen Bundesamtes entnehmen.³¹ Obwohl die Kostenstrukturanalyse Umsätze, Gewinne und Kosten nach Fachgebieten und Umsatzgrößenklassen differenziert ausweist, wird hier nur die Entwicklung des Durchschnitts aller Fachgebiete und Umsatzgrößenklassen untersucht, da spezifischere Analysen aufgrund der geringen Fallzahlen nicht als repräsentativ gelten können. Tabelle 6.5 zeigt, daß der Anteil der Kosten am Umsatz gestiegen ist und der Reinertrag je Praxisinhaber zwischen 1979 und 1983 nicht nur real, sondern sogar nominal stagnierte.

31 Statistisches Bundesamt: Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

Tabelle 6.5: Entwicklung des Kostenanteils am Umsatz niedergelassener Ärzte

Jahr	Umsatz ^a	Reinertrag ^a	Kosten ^a	erfaßte Ärzte	Erfassungs- grad ^b
	in DM	in DM	in %	Anzahl	in %
1975	260.284	149.247	42,7	2.281	4,1
1979	304.247	156.211	48,7	1.517	2,3
1983	339.160	156.922	53,7	1.437	2,1
1987	383.400	176.500	54,0	2.121	2,6

a Mittelwert über alle erfaßten Ärzte. Aufgrund der geringen Rücklaufquoten können die Daten nicht als repräsentativ betrachtet werden.

b Der Erfassungsgrad bezieht sich auf die Praxen, nicht die Ärzte.

Quellen: 1975: Wittig/ Partsch (1986: 220-225). 1987: Statistisches Bundesamt FS 2/1.6.1 (1990: 12). 1979, 1983: eigene Berechnungen (ungewichtet anhand der Kostenstrukturanalysen des Statistischen Bundesamtes FS 2/1.6.1).

Insgesamt erwecken die hier diskutierten Durchschnittswerte den Eindruck, daß der niedergelassene Kassenarzt nach wie vor ein eindrucksvolles Einkommen erzielt. Bei dieser Feststellung ist jedoch zu berücksichtigen, daß Umsatz- und Einkommensverteilungen in der Regel nicht symmetrisch sind, sondern rechtsschief. Der Median ist kleiner als der Mittelwert; d.h., daß mehr als die Hälfte der jeweiligen Arztgruppe ein Einkommen erzielt, das unter dem hier berechneten durchschnittlichen Einkommen liegt.

Darüber hinaus gilt, wie die Analysen des Statistischen Bundesamtes zeigen, daß die Kosten stärker gestiegen sind als der Umsatz. Das bedeutet, daß der wirtschaftliche Druck auf den einzelnen Kassenarzt gestiegen ist und er höchstwahrscheinlich zumindest zu Beginn der 80er Jahre Einkommenseinbußen hinnehmen mußte. Auf eine von Infratest im Jahre 1990 durchgeführten repräsentativen Befragung von Kassenärzten antworteten in der Tat 51% der befragten Ärzte, daß ihr Einkommen vor Steuern in den letzten Jahren real gesunken sei.³² Nur 15% gaben an, daß ihr Einkommen real gestiegen sei, bei 31% der Befragten war es in etwa konstant geblieben. Auch die zukünftige Einkommensentwicklung wird von den Kassenärzten negativ eingeschätzt, wie die von Andersen und Schulenburg (1990: 123) durchgeführte repräsentative schriftliche Befragung bundesdeutscher Kassenärzte ergab.

32 Die Befragung wurde im Auftrag des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung in Köln durchgeführt. Zwecks Homogenisierung der Stichprobe wurden nur Allgemein- und Praktische Ärzte sowie Internisten befragt (Infratest 1990).

Mehr als 95% der antwortenden Ärzte stimmten der These zu, daß die Einkommenseinbußen größer werden.

4 Die Stabilität des Vergütungssystems: Auswirkungen der EBM-Reform

Der reformierte Bewertungsmaßstab trat zum 1. Oktober 1987 in Kraft. Wie schon bei der Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes 1978 war von den Vertragspartnern vereinbart worden, die Gesamtvergütung für eine Übergangszeit nach einem Kopfpauschale zu berechnen, um auf diese Weise den angemessenen Punktwert ermitteln zu können. In ihrer »Gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung« vom 23. Januar 1987 zur Einführung den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bekundeten »die Partner dieser Erklärung ... ihren festen Willen, alle Maßnahmen zügig zu ergreifen und durchzuführen, welche die baldmögliche Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung sichern« (zitiert nach Brenner 1990: 66).

Dieses Versprechen konnten die Vertragspartner jedoch bis heute noch nicht einlösen. Als Ursache hierfür hat nicht nur mangelnder Willen auf der Seite der Krankenkassen zu gelten, sondern auch die Erwartungen und die daraus resultierende Verhaltensweisen der Kassenärzte. Das Einkommen eines Kassenarztes hängt, wie erläutert, sofern die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung nach einem Pauschale berechnet wird, nicht nur von Art und Umfang der von ihm selbst erbrachten Leistungen, sondern auch von Art und Umfang der von seinen Kollegen erbrachten Leistungen ab. Solange die Gesamtvergütung im Einklang mit der Arztzahleentwicklung steigt und auch Änderungen der Gebührenordnung nur in begrenztem Umfang vorgenommen werden, kann der einzelne Kassenarzt relativ gut abschätzen, mit welchem Punktwert seine Leistungen bewertet werden. Seine Erwartungssicherheit bezüglich seines Einkommens ist damit relativ hoch.

Schwieriger wird es für ihn, die Höhe seines Einkommens abzuschätzen, wenn der Modus zur Berechnung der Gesamtvergütung geändert wird. Dies ist jedesmal dann der Fall, wenn nach einer Reform des Bewertungsmaßstabes der angemessene Punktwert erst ermittelt werden muß. Zu diesem Zweck vereinbaren die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Gesamtvergütung für eine Übergangszeit nach einem Kopfpauschale zu berechnen und

den sich in dieser Zeit ergebenden Punktwert zur Grundlage der darauffolgenden Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen zu machen. Sie versuchen dabei, die Summe der Auf- und Abwertungen der Gebührenordnungspositionen so zu gestalten, daß der Punktwert trotz der Umstrukturierung möglichst unverändert bleibt.

In einer solchen Situation ist die Unsicherheit des Kassenarztes bezüglich der Höhe des von ihm erzielten Einkommens hoch. Nicht nur, daß er nicht weiß, mit welchem Punktwert seine Leistungen letztendlich bewertet werden, darüber hinaus kann er nur ungefähr abschätzen, wie sich die zahlreichen Auf- und Abwertungen der Gebührenordnungspositionen im Falle seines persönlichen Leistungsmixes bemerkbar machen werden. Um Umsatzeinbußen möglichst zu verhindern, bemüht er sich deshalb, sorgfältig jede Leistung aufzuzeichnen und abzurechnen. Wenn sich jeder Kassenarzt so verhält, besteht die Gefahr, daß mehr Leistungen abgerechnet werden, als die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgrund der Modellversuche zur Reform des Bewertungsmaßstabes erwartet haben.

Die Konsequenz hieraus ist, da die Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale berechnet wird, ein sinkender Punktwert. Ein sinkender Punktwert wird jedoch wiederum die Kassenärzte veranlassen, noch genauer abzurechnen und gegebenenfalls ihren Leistungsmix den Anreizen des neuen Bewertungsmaßstabes anzupassen, um weitere Einkommenseinbußen zu verhindern. 1978 gelang es den Kassenärztlichen Vereinigungen offensichtlich noch, diese Spirale zu durchbrechen, indem sie ihre Mitglieder, so Thiemeyer (1986: 260), »ständig und dringlich davor [warnten], durch Leistungsexpansion den Punktwert herunterzudrücken.« Anders als 1978 war es den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch bei der Einführung des reformierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im Jahre 1987 nicht mehr möglich, eine Expansion der Leistungsmenge zu verhindern.

Infolgedessen sinken seit 1987 die Punktwerte. Lagen sie nach den Unterlagen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989: 82) im Zeitraum von 1984 bis 1986 noch durchschnittlich bei 10,3-10,5 Pfennigen für Grund- und Sonderleistungen, so sanken sie nach der EBM-Reform auf 9,15-9,35 Pfennige. 1989 betrug der Punktwert für Grund- und Sonderleistungen für die RVO-Kassen noch 8,8 Pfennig, für die Ersatzkassen 10,5 Pfennig.³³ Die Mengenexpansion führte im Laufe des Jahres 1988 in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu recht drastischen Punkt-

33 Sachverständigenrat für die KAIG (1991: 54).

wertsenkungen.³⁴ Der Auszahlungspunktwert für die RVO-Kassen in Berlin sank beispielsweise von 8,4 Pfennig im IV. Quartal 1987 auf 7,5 Pfennig im III. Quartal 1988.³⁵ Bei konstanter Leistung bedeutet das einen Umsatzrückgang von 10%.

Betrachtet man die längerfristige Entwicklung des Punktwertes, so stellt man fest, daß die quartalsweisen Schwankungen des Punktwertes größer sind als die Veränderung des Punktwertes im Jahresdurchschnitt.³⁶ Damit erhebt sich die Frage, ob der Unmut der Kassenärzte nicht eher auf die starken quartalsweisen Schwankungen des Punktwertes zurückzuführen ist, die eine exakte Kalkulation von Umsatz, Kosten und Gewinn sehr erschweren, als auf den anhaltenden Punktwertverfall, der zum Teil durch eine Mengenausweitung kompensiert werden kann.

Die Frage, ob die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes von 1987 tatsächlich eine gleichmäßigere Verteilung des kassenärztlichen Einkommens zwischen den unterschiedlichen Arztgruppen bewirkt hat, hat Brenner (1990) untersucht. Als Datenbasis dienten ihm arztbezogene Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein, Westfalen-Lippe und Hessen aus dem IV. Quartal 1986 und dem IV. Quartal 1987³⁷ (ebd.: 106). Brenner nimmt das Verhältnis zwischen den durchschnittlichen Umsätzen der Fachgruppen als Indikator und kommt zu dem Ergebnis, daß »man der Zielsetzung, mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Arztgruppen zu schaffen, ... marginal nähergekommen ist« (ebd.: 110). Die EBM-Reform bewirkte zwar eine gewisse Umsatzumverteilung zwischen den Arztgruppen, die im großen und ganzen in die gewünschte Richtung verlief; der angestrebte Umfang wurde jedoch nicht erreicht.

Was sich anhand dieser Daten deutlich zeigt, ist, daß innerhalb jeder Arztgruppe die Ungleichverteilung zugenommen hat: Es gibt Gewinner und Verlierer der EBM-Reform (Brenner 1990: 119-128). Die weiteren Analysen Brenners zeigen, daß die Wahrscheinlichkeit, zu den Gewinnern zu gehören, umso größer ist, je höher der Umsatz und die Fallzahl und je jünger der Arzt ist (ebd.: 130-134). Dieses Ergebnis bedeutet nichts anderes, als daß insbeson-

34 Hierbei ist auch ein Süd-Nord-Gefälle wahrzunehmen: In den nördlichen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Saarland ist der durchschnittliche Punktwert niedriger als anderswo. Die höchsten Punktwerte werden von den acht kleinen KVen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz erzielt (vgl. *Ärzte-Zeitung*, 7.6.1990: 18).

35 *Ärzte-Zeitung* (29.3.1990: 17).

36 Vgl. *Ärzte-Zeitung* (7.6.1990: 18).

37 Das IV. Quartal 1987 ist das erste Quartal, in dem nach dem neuen EBM abgerechnet wurde.

dere diejenigen von der EBM-Reform profitiert haben, die aufgrund einer effizienteren Behandlungs- oder Abrechnungsweise ohnehin schon zu den besser verdienenden Kassenärzten gehörten. Umsatzeinbußen mußten hingegen insbesondere solche Kassenärzte hinnehmen, die sich schon vor der Reform am unteren Ende der Umsatzskala befanden.³⁸

Damit lassen sich zwei emergente Effekte der EBM-Reform beobachten. Ein Effekt ist der sich selbst verstärkende Zirkel von Leistungsmengenexpansion und Punktwertverfall. Dieser Zirkel läßt nicht nur die Hoffnung der Kassenärzteschaft auf Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung als illusorisch erscheinen. Letztendlich stellt er auch das gegenwärtig verwendete Vergütungssystem in Frage, da seine Wirkung nicht als beitragsstabilisierend bezeichnet werden kann. Ein weiterer emergenter Effekt ist die Differenzierung der Ärzteschaft in Gewinner und Verlierer der EBM-Reform und die damit verbundene steigende Einkommensdivergenz innerhalb der Arztgruppen. Bisher ist noch nicht abzuschätzen, ob dieser Prozeß auf dem durch die EBM-Reform erreichten Niveau stationär bleiben wird oder ob die EBM-Reform auch hier einer selbstverstärkenden Eigendynamik Vorschub leistete, wodurch die Einkommensdivergenzen weiterhin zunehmen würden.

Die beiden hier beobachteten Effekte müssen den Kassenärztlichen Vereinigungen unerwünscht sein. Die Interaktionsstruktur, die dem Teufelskreis von Leistungsmengenexpansion und Punktwertverfall zugrunde liegt, wird in der Spieltheorie als »Gefangenendilemma« bezeichnet: Um den eigenen Schaden möglichst gering zu halten, ist jeder Kassenarzt angesichts drohender Umsatzeinbußen bestrebt, seine Leistungsmenge auszudehnen. Diese individuell rationale Strategie führt zu dem Teufelskreis von Punktwertverfall und Leistungsmengenexpansion, einem Ergebnis, das dem kollektiven Interesse der Kassenärzteschaft zuwiderläuft. Die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, dieses Ergebnis durch moralische Appelle zu verhindern, sind, wie die bisherige Entwicklung gezeigt hat, gering. Ein wirksames Mittel zur Aufhebung eines Gefangenendilemmas ist hingegen die Änderung der Anreizstruktur, d.h. in diesem Falle die Änderung des Abrechnungs- und Vergütungsverfahrens zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung.³⁹

38 Die Validität dieser Schlußfolgerungen wird allerdings dadurch beeinträchtigt, daß Brenner nur das erste Abrechnungsquartal nach der Einführung des EBM analysiert. Lerneffekte werden auf diese Weise nicht erfaßt.

39 Entsprechende Vorschläge werden bereits innerhalb der Kassenärzteschaft diskutiert. Sie reichen von der Forderung nach Rückkehr zum Prinzip der Kostenerstattung, die vom Hartmannbund artikuliert wird, bis zum unter anderem vom BPA vertretenen Vorschlag

Sollte sich die von Brenner (1990) beobachtete Steigerung der Einkommensdivergenz weiterhin fortsetzen, so ist zu befürchten, daß sie zu einer Polarisierung innerhalb der Kassenärzteschaft führt, was zur Folge hat, daß Homogenisierung und Aggregation der Interessen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen erschwert wird. Da dies wiederum zu einer Schwächung der Verhandlungsposition der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen führt, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Interesse daran haben, weiterhin steigende Einkommensdivergenzen innerhalb der Kassenärzteschaft zu verhindern. Daß dies von den Kassenärztlichen Vereinigungen auch so gesehen wird, zeigen die folgenden Beispiele.

Das Instrument zum Ausgleich von Ungerechtigkeiten in der Honorarverteilung ist der Honorarverteilungsmaßstab. Mit ihm können die negativen Folgen der EBM-Reform zumindest teilweise gemildert werden. Die Kompensation beginnt damit, daß die meisten Honorarverteilungsmaßstäbe Bestimmungen enthalten, die eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit einzelner Kassenärzte (Polypragmasie) verhindern sollen. Dies geschieht durch mehr oder weniger ausgefeilte Regeln der Honorarkürzung bei Überschreitung eines Punktzahlen- oder Fallzahlen-Grenzwertes. Nach der Darstellung von Heine mann und Liebold (1990: A 130) gewann diese Funktion erst dann an Bedeutung, als die Begrenzung der Gesamtvergütung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu Verteilungsproblemen führte:

Die einen KVen haben diese Probleme [zunächst] einfach nach dem Solidarprinzip durch eine Quotierung aller Auszahlungen gelöst (verminderter, nachträglich errechneter Punktwert). Im Laufe der Quartale wurde der Druck der wirtschaftlich abrechnenden Kassenärzte auf ihre KVen jedoch stärker, so daß sich viele KVen zu komplizierten HVM-Verteilungssystemen nach dem Verursacherprinzip entschließen mußten, bei denen fehlende Geldmengen nicht durch eine allgemeine Reduzierung des Punktwertes, sondern gezielt bei solchen Ärzten durch Honorarkürzungen ausgeglichen werden, die bestimmte Leistungen oder insgesamt im Vergleich zu Fachkollegen übermäßig abrechnen.

So enthält unter anderem der Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein arztgruppenspezifische Punktzahlengrenzwerte. Überschreitet ein Arzt den Punktzahlen-Grenzwert seiner Arztgruppe, so wird seine Überschreitungs-punktzahl um bis zu 50% gekürzt.⁴⁰ Entsprechende Regelungen sind jedoch nicht automatisch konsensfähig. So fühlten sich beispielsweise in der KV Nordrhein solche Internisten beeinträchtigt, die aufgrund einer höheren apparativen Ausstattung ihrer Praxis öfter den Grenzwert überschritten als eher

der Aufgabe der Einzelleistungsvergütung zugunsten einer Leistungskomplexhonorierung.

40 Vgl. den Honorarverteilungsmaßstab (Rheinisches Ärzteblatt 1988: 1058-1063).

hausärztlich orientierte Internisten mit niedriger apparativer Ausstattung. Anlässlich einer Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes durch die Vertreterversammlung der KV im Jahre 1990 konnten die Vertreter dieser Internistengruppe durchsetzen, daß der Punktzahlen-Grenzwert noch einmal innerhalb der Gruppe der Internisten differenziert wurde. Seitdem dürfen Internisten mit höherer Ausstattung einen höheren Punktzahlen-Grenzwert erzielen als ihre niedriger ausgestatteten hausärztlich orientierten Kollegen.⁴¹

Einen neuen Weg in der Honorarverteilung hat die Vertreterversammlung der KV Niedersachsen mit ihrem Beschluß vom 1.9.1990 beschritten.⁴² Mit diesem Honorarverteilungsmaßstab wird für jede Arztgruppe ein eigener Honorartopf gebildet; damit müssen beispielsweise Laborärzte und Radiologen nicht mehr befürchten, daß der Punktwert ihrer Leistungen infolge von Mengenausweitungen von Laborgemeinschaften und Teilgebietsradiologen sinkt. Darüber hinaus wurden die Leistungen in dynamische und nicht dynamische Leistungen unterteilt: Nicht dynamische Leistungen werden mit einem festen Punktwert vergütet; der Punktwert dynamischer Leistungen schwankt je nach Mengenexpansion. Der Honorarverteilungsmaßstab enthält keine Regelungen zur Kürzung der Punktzahl bei der Überschreitung von Punktzahlen-Grenzwerten; Polypragmasie wird nur mit Hilfe der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrolliert.

Solidarität mit finanziell schlechter gestellten Kollegen zeigten die Kassenärzte von Schleswig-Holstein. 1989 beschloß dort die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung einen Honorarverteilungsmaßstab, der Maßnahmen zur Alimentierung von Kassenarztpraxen mit besonders niedrigen Fallwerten aus dem Honorarvolumen der besser Verdienenden vorsah. Jeweils innerhalb einer Arztgruppe wird bei der Über- bzw. Unterschreitung von festgesetzten Grenzwerten zwischen den besser- und schlechterverdienenden Ärzten umverteilt. Dieses »Segeberger Wippe« genannte Umverteilungsverfahren erwies sich als so konsensfähig, daß es 1990 um ein weiteres Jahr verlängert wurde.⁴³

Die Beispiele zeigen, daß die Kassenärzteschaft vereinzelt versucht, die destabilisierenden Folgen der EBM-Reform durch entsprechende Änderungen

41 Vgl. den Bericht über die Vertreterversammlung der KV Nordrhein (Rheinisches Ärzteblatt 1990: 143) und den Honorarverteilungsmaßstab (Rheinisches Ärzteblatt 1990: 262-270).

42 Niedersächsisches Ärzteblatt (1990/18: 23-28).

43 Berichte über die »Segeberger Wippe« finden sich in: Der Kassenarzt (1989/26: 20-22); Ärzte-Zeitung (19.2.1990: 7); Ärzte-Zeitung (29./30.6.1990: 5).

des Honorarverteilungsmaßstabes zu dämpfen. Die Voraussetzung solcher Änderungen ist, daß sie in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mehrheitsfähig sind. Damit erhebt sich die Frage nach den Bedingungen der Stabilität der für Umverteilungsmaßnahmen stimmenden Mehrheit.

Nach den Annahmen des auf Hotelling (1929) zurückgehenden Medianwählertheorems müßten Umverteilungsmaßnahmen innerhalb der Kassenärzteschaft mehrheitsfähig sein, da mehr als die Hälfte der Kassenärzteschaft weniger als den durchschnittlichen Umsatz aus Kassenarztstätigkeit erzielt. Der Honorarverteilungsmaßstab wird jedoch von der Vertreterversammlung beschlossen. Eine Voraussetzung für eine stabile Mehrheit für Umverteilungsmaßnahmen in der Vertreterversammlung wäre damit entweder, daß auch die Mehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung einen unterdurchschnittlichen Umsatz erzielt, oder, daß die Vertreter sich strikt an das Mandat ihrer Wähler gebunden fühlen. Es ist unwahrscheinlich, daß die erste Bedingung erfüllt ist, da anzunehmen ist, daß unterdurchschnittlich verdienende Kassenärzte in der Vertreterversammlung unterdurchschnittlich vertreten sind, weil ihnen ihre finanziellen Restriktionen weniger Zeit für eine ehrenamtliche Tätigkeit lassen.

Inwieweit die zweite Bedingung erfüllt ist, ist schwer abzuschätzen. Denkbar ist, daß sie umso eher erfüllt ist, je kritischer die Wählerschaft der Tätigkeit ihrer Repräsentanten gegenübersteht. Letztendlich gilt, daß die Verabschiedung der hier dargestellten Änderungen der Honorarverteilungsmaßstäbe keine Selbstverständlichkeit ist und auch nicht als dauerhafte Lösung betrachtet werden kann.⁴⁴ Es scheint, daß kein Weg daran vorbeiführen wird, bundeseinheitlich ein neues Vergütungssystem einzuführen. Die hier dargestellten Umverteilungsmaßnahmen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen erlauben es, auf experimentellem Wege die Probleme unterschiedlicher Lösungsansätze zu ermitteln und ihre Vor- und Nachteile zu evaluieren.

Die in diesem Kapitel skizzierte Entwicklung zeigt, daß die pessimistischen Erwartungen der Kassenärzte bezüglich ihrer Umsatz- und Einkommensentwicklung gerechtfertigt sind. Da eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bislang noch nicht gelungen ist, wird sich der wirtschaftliche Druck auf den einzelnen Kassenarzt in Zukunft eher noch verstärken. Bisher haben zwar erst vergleichsweise wenig Praxen Konkurs anmelden müssen, ihre Zahl dürfte jedoch in den nächsten Jahren steigen.

44 Dies zeigt sich insbesondere an der Segeberger Wippe, die keine unbefristete Laufzeit hat, sondern jedes Jahr von der Vertreterversammlung verlängert werden muß.

Bevor im dritten Teil der Arbeit untersucht wird, in welcher Weise sich diese gedämpften Einkommenserwartungen im Prozeß der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen bemerkbar machen, soll im folgenden Kapitel analysiert werden, in welcher Weise der ärztliche Handlungsspielraum bisher durch die Kostendämpfungsmaßnahmen eingeschränkt wurde.

Kapitel 7

Die Beschränkung der ärztlichen Autonomie

»Unabhängigkeit in der Berufsausübung« ist nicht nur ein Satzungsziel freier ärztlicher Berufsverbände,¹ sie wird auch in der Berufssoziologie als ein wesentliches Kennzeichen einer freiberuflichen Tätigkeit betrachtet. So bezeichnet Freidson (1979: 117) Autonomie als den Prüfstein für den Status einer Profession: Die Angehörigen einer Profession haben das besondere Privileg, keiner Kontrolle von außen zu unterliegen. Mit professioneller Autonomie des Arztes wird im allgemeinen seine Fähigkeit bezeichnet, die Entscheidungen über Inhalt und Ablauf seines Arbeitsprozesses in eigener Verantwortung zu treffen (vgl. Döhler 1989: 179). Nicht nur die individuelle Autonomie des Professionsangehörigen, auch die kollektive Autonomie professioneller Organisationen bezüglich der Regelung der Beziehungen innerhalb der Berufsgruppe und der Regelungen der Beziehungen der Berufsgruppe zur Umwelt wird in der Regel als Kriterium der Professionalisierung einer Berufsgruppe gewertet (vgl. Siegrist 1988: 14-15).

Im Rahmen dieses Kapitels wird untersucht, inwieweit diese Elemente professionellen Selbstverständnisses durch die Kostendämpfungsgesetze der letzten fünfzehn Jahre beeinträchtigt wurden. Die Analyse umfaßt sowohl die Frage nach der Beschränkung der individuellen Autonomie des Kassenarztes infolge der Kostendämpfungsgesetze als auch die Frage nach der Beeinträchtigung der kollektiven Autonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Kostendämpfungsmaßnahmen.

Auch im Falle der Beschränkung der Autonomie des Kassenarztes lassen sich Emergenzeffekte beobachten. Da die Handlungen von Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen interdependent sind, ist es nicht nur so, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen den Handlungsspielraum der Kassenärzte

1 Vgl. beispielsweise die Satzung des Hartmannbundes (s. Kapitel 4).

beispielsweise durch Richtlinien beschränken können. Umgekehrt haben auch die Kassenärzte die Möglichkeit, den Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beschränken – nicht nur im Rahmen der KV-internen Willensbildung, sondern auch, wie im Laufe dieses Kapitels gezeigt wird, durch ihre Tätigkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

Versuche, den Arzt zur Reduktion der von ihm veranlaßten Kosten zu veranlassen können auf zweierlei Weise erfolgen: Zum einen können der Gesetzgeber bzw. die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechende positive Anreize setzen, die den Arzt veranlassen, freiwillig sein Verhalten zu ändern. Zum anderen können sie unerwünschtes Verhalten sanktionieren und den Arzt dadurch zwingen, sein Verhalten zu ändern. Die Sanktionierung von zuvor zulässigen Verhaltensweisen aufgrund von Kostendämpfungserwägungen stellt nichts anderes dar als eine Reduktion der professionellen Autonomie.

Im folgenden werden einige Beispiele der Beschränkung der kassenärztlichen Autonomie dargestellt.² Der erste Abschnitt dieses Kapitels befaßt sich mit den kostendämpfungsbedingten Änderungen im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Auch wenn die Änderungen des Verfahrens selbst durch den Gesetzgeber nicht als einschneidend zu bezeichnen sind und es sich darüber hinaus häufig nur um eine nachträgliche Verrechtlichung bereits bestehender vertraglicher Vereinbarungen handelt, so hat die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht wenig zur steigenden Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft beigetragen. Gründe hierfür sind, wie im folgenden gezeigt wird, vor allem eine mangelnde Transparenz und Plausibilität des Verfahrens.

Der zweite Abschnitt dieses Kapitels befaßt sich mit dem Fall einer gesetzlich induzierten Beschränkung der kassenärztlichen Autonomie: mit dem Versuch der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, das Ordnungsverhalten des Kassenarztes besser zu kontrollieren. Der Kassenarzt gerät dadurch in eine Zwickmühle, da er nicht immer in der Lage ist, den Anspruch des Patienten nach bestmöglicher medizinischer Versorgung und den Anspruch der Krankenkassen nach Reduktion der Ausgaben für Arzneimittel miteinander in Einklang zu bringen.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden schließlich die Versuche des Gesetzgebers diskutiert, die Expansion medizinisch-technischer Leistungen durch eine Kontrolle der apparativen Ausstattung der Kassenarztpraxis ein-

2 Eine komplette Aufzählung sämtlicher Regelungen, die die kassenärztliche Handlungsfreiheit begrenzen, hätte zwar einen Eindruck der Größenordnung vermittelt, wäre jedoch nur auf Kosten der Übersichtlichkeit der Darstellung möglich gewesen.

zuschränken. Das Beispiel zeigt, wie die individuellen Bemühungen der Kassenärzte und die korporativen Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen um eine Wahrung ihrer jeweiligen Autonomie – aufgrund der Interdependenz ihrer Strategien – angesichts der zunehmenden Einschränkung ihres Handlungsspielraumes durch die Kostendämpfungsgesetze das für beide Seiten unerwünschte Ergebnis hat, daß beider Autonomie reduziert wird.

1 Die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Grenze der ärztlichen Entscheidungsfreiheit bildete im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung schon immer das Wirtschaftlichkeitsgebot: »Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden«, so steht es in § 70 SGB V (vgl. § 368e RVO). Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung erfolgt durch Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen errichtet werden (§ 106 SGB V; vorher § 368n Abs. 5 RVO). Das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird von den Vertragspartnern vereinbart. Das Sanktionsmaß bei erwiesener Unwirtschaftlichkeit setzt der Prüfungsausschuß fest. Bei den Sanktionen handelt es sich in der Regel um Honorarkürzungen. Bei wiederholtem Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot ist auch ein Entzug der Zulassung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung möglich.

Die Tätigkeit des Kassenarztes ist in drei Bereiche untergliedert: (1) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise geht es um die Frage, ob die von dem Kassenarzt abgerechneten Leistungen den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. (2) Mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise wird kontrolliert, inwieweit die Verordnungen des Kassenarztes über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unzulässig beziehungsweise unwirtschaftlich sind. (3) Unter die Prüfung der Wirtschaftlichkeit des sonstigen Verhaltens des Arztes fällt die Prüfung der Ausstellung von Bescheinigungen über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit, die Prüfung der Erforderlichkeit einzelner Überweisungen zur Mitbehandlungen an andere Ärzte oder die Prüfung, ob Bescheinigungen z.B. über den mutmaßlichen Tag der Entbindung mit der

erforderlichen Sorgfalt ausgestellt wurden und ob im Falle einer mangelnden Sorgfalt eine Schädigung der Kasse eingetreten ist.

Als Maß der Wirtschaftlichkeit gilt sowohl bei der Behandlungs- als auch bei der Verordnungsweise in der Regel der Durchschnitt der Bezugsgruppe. Zur Feststellung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise werden beispielsweise von der Kassenärztlichen Vereinigung für jede einzelne Arztgruppe Vergleichswerte über die durchschnittliche Honoraranforderung je Fall sowie je Leistungssparte (i.e. Beratung, Besuch, allgemeine Leistungen, Sonderleistungen, Laborleistungen, Röntgenleistungen etc.) gebildet (§ 6 u. 7 der Prüfvereinbarung der KV Nordrhein).³ Eine Überprüfung der Behandlungsweise eines Arztes ist beispielsweise durchzuführen, wenn er die Vergleichswerte seiner Arztgruppe um mehr als 25% oder die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe um mehr als 50% überschritten hat oder wenn der Prüfungsausschuß sie im Einzelfall für erforderlich hält (ebd. § 11). Eine Überprüfung der Verordnungsweise eines Arztes erfolgt, wenn der Landesverband der Krankenkasse einen begründeten Antrag stellt (ebd. § 12).

Die gesetzlichen Bestimmungen, die das Prüfwesen betreffen, wurden im Laufe der Kostendämpfungsgesetze kaum geändert. Bei den Änderungen handelte es sich darüber hinaus häufig nur um Anpassungen des Gesetzestextes an bereits vereinbarte Praktiken der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung. So wurde beispielsweise mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 festgelegt, daß die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse paritätisch mit Vertretern der Kassenärzte und der Krankenkassen zu besetzen seien. Diese Regelung stellt insofern nur eine gesetzliche Festschreibung bereits bestehender vertraglicher Vereinbarungen dar, als die paritätische Besetzung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse eine der Bedingungen war, die die Krankenkassen mit dem Übergang zur Einzelleistungsvergütung verknüpften.⁴ Trotzdem erregte diese Regelung, wie Heinemann und Liebold (1990: A 83) berichten, den Unmut der Kassenärzte, da sie nun »ohne Rücksicht auf das Vergütungssystem« galt. Eine weitere Änderung der Regelung des Prüfungswesens erfolgte mit dem Haushaltsbegleitgesetz von 1983. Doch auch die hier eingeführte Bestimmung, daß auch »die Überwachung der Ausstellung von Bescheinigungen über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit« im Prüfverfahren geregelt sein muß, stellt insofern keine neue Aufgabe dar, als diese Tätigkeit,

3 In: KV Nordrhein: Gesetze, Satzungen, Verträge, Bd. 1.

4 Vgl. Herder-Domeich (1966: 295), der sich dabei auf Goldammer (1964: 59) beruft; siehe auch Kortmann (1968: 81).

so Heinemann und Liebold (1990: C 753), schon immer zum dritten Prüfungskreis gehörte.

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 wurden auch die Bestimmungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung erweitert. Der Prüfungsgegenstand ist jetzt vom Gesetzgeber folgendermaßen festgelegt:

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten,
2. arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 [das sind von den Vertragspartnern vereinbarte arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln] und
3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezieharen Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen.

Die[se] Prüfungen ... umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit (§106 Abs. 2 GRG).

Mit dieser Regelung ist zunächst einmal die Autonomie der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeschränkt, da ihnen nun präziser als zuvor vorgeschrieben ist, unter welchen Umständen sie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzunehmen haben. Die »Stichprobenprüfung« stellt darüber hinaus ein Novum im Prüfwesen dar. Mit ihrer Hilfe sollen auch Ärzte erfaßt werden, die sonst nicht geprüft würden. Eine Umsetzung dieser Vorgaben durch die Vertragspartner war bis zum Sommer 1991 noch nicht erfolgt; die Ausarbeitung der erforderlichen Vereinbarungen braucht ihre Zeit. Schließlich fand mit dem Gesundheits-Reformgesetz auch im Prüfwesen eine Angleichung des Status von RVO- und Ersatzkassen statt: Abs. 7 des § 106 SGB V legt fest, daß »die Absätze 1 bis 6 entsprechend« »für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung« gelten. Das bedeutet, daß fortan nicht nur die Prüfungs- und Beschwerdekommisionen für die Ersatzkassen paritätisch zu besetzen sind, sondern auch, daß nach den gleichen Kriterien wie bei den RVO-Kassen geprüft werden muß.

Die Wirksamkeit des Prüfwesens als Mittel zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit des Kassenarztes scheint jedoch gering zu sein: Nach verschiedenen Darstellungen beträgt die Summe der Honorarkürzungen gerade 1% des Gesamthonorars.⁵ So ergeben nach der Darstellung des Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein, Tautz, die in Nordrhein »jährlich ausgesprochenen Prüf-

5 Vgl. Ärzte-Zeitung (2.8.1990: 10; 20.11.1990: 2).

kürzungen einen Betrag von rund 30 Millionen DM, denen 10 Millionen [DM an] Ausgaben im Prüfwesen gegenüberstehen.«⁶ Etwa 10% der Ärzte sind nach Angaben der Landesvertreter jedes Jahr von Wirtschaftlichkeitsprüfungen betroffen.⁷ Der Anteil der »Wiederholungstäter«, die immer wieder in die Prüfung geraten, sei dabei jedoch relativ gering: Der Hauptgeschäftsführer der KV Berlin, von Essen, schätzt ihn für Berlin auf 1% der Kassenärzte.⁸

Ein geringer Anteil von Wiederholungstätern bedeutet, wenn jedes Jahr etwa 10% der Kassenärzte geprüft werden, daß nahezu jeder Arzt mindestens einmal im Laufe seiner kassenärztlichen Tätigkeit in die Mühlen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gerät. Die höchste Wahrscheinlichkeit hierfür ist am Beginn seiner Laufbahn gegeben, das heißt kurz nach seiner Niederlassung. Da der Arzt sich im Laufe seiner Ausbildung im Krankenhaus eher mit der Erprobung als mit der Wirtschaftlichkeit einer neuen Therapie befaßt, entspricht sein Leistungs- und Ordnungsprofil selten dem Durchschnitt seiner Fachgruppe, der jedoch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung als das Maß aller Dinge gilt. Sein erster Eindruck überzeugt ihn deswegen kaum von Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Stattdessen fühlt er sich ohne plausible Begründung auf ein Leistungsprofil zurechtgekürzt, das in keiner Weise dem Stand seiner frisch gewonnenen Kenntnisse entspricht.⁹

Auch wenn der Kassenarzt sich im Laufe seiner Tätigkeit dem Durchschnitt seiner Kollegen angepaßt hat, so ergibt sich für ihn immer wieder das Problem, daß eine Behandlungsweise oder Verordnung, die er im Einzelfall für die angemessenste Therapie hält, nur deswegen nicht akzeptabel ist, weil sie sich nicht in das durchschnittliche Leistungsspektrum seiner Kollegen einfügt oder weil, was in zunehmendem Maße vorkommt, die Leistung zwar medizinisch sinnvoll ist, aber nicht zu Lasten der Kassen erbracht oder verordnet werden darf. Darüber hinaus muß er damit rechnen, daß die Krankenkassen Regreßforderungen erheben, weil er im Laufe eines Quartals zu viele

6 Bericht des Vorstandsvorsitzenden Tautz gegenüber der Vertreterversammlung der KV Nordrhein (Rheinisches Ärzteblatt 1990: 294). Diese 30 Mio. DM entsprechen knapp einem Prozent der 1989 von den RVO- und Ersatzkassen an die KV Nordrhein überwiesenen Gesamtvergütung (Auskunft der Hauptgeschäftsführung der KV Nordrhein).

7 So die Aussagen der Vorstandsvorsitzenden der KV Bayerns, Sewering (Ärzte-Zeitung, 20.11.1990: 2), und der KV Nordrhein, Tautz (Rheinisches Ärzteblatt 1990: 294).

8 Ärzte-Zeitung (2.8.1990: 10).

9 Die Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigen dieses Problem insofern, als sie einem frisch niedergelassenen Kassenarzt häufig eine Schonfrist einräumen, in der dieser Zeit hat, sich mit Hilfe von Beratungen anstelle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen dem Durchschnitt seiner Fachgruppe anzunähern.

Arzneimittel zu ihren Lasten verordnet hat. Das bedeutet, daß sein Umsatz um den von den Kassen geforderten Betrag gekürzt wird.

Nicht selten tragen auch die Prüfungsausschüsse selbst zur Unbeliebtheit des Prüfwesens bei, indem die Grundlage ihrer Entscheidung nicht nachvollziehbar ist oder dem Betroffenen nicht einmal das Recht auf Anhörung gegeben wird. Ein Verstoß gegen die KV-internen Prüfregeln wurde in jüngster Zeit aus der KV Schleswig-Holstein bekannt. Dort wurden im Herbst 1990 entgegen den Regeln trotz gegebener Gesamtwirtschaftlichkeit Einzelleistungsprüfungen durchgeführt und Honorarkürzungsbescheide verschickt, ohne den Betroffenen vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.¹⁰ Als nicht gerade vertrauensfördernd kann auch das Verhalten der KV Nordrhein gelten: Ihr wurden am 12.7.1989 vom Sozialgericht Düsseldorf Mutwillenskosten auferlegt, weil sie den Prozeß gegen einen Kassenarzt entgegen besserer Einsicht weiterbetrieben hatte, obwohl die Rechtsverfolgung objektiv aussichtslos war.¹¹

Eine weitere Ungerechtigkeit entsteht schließlich dadurch, daß der Durchschnittswert als Maßstab der Wirtschaftlichkeit gewählt worden ist. Bei der Prüfung nach Durchschnittswerten wird die Verteilung der Ärzte über das Leistungsspektrum nicht berücksichtigt. Je homogener die Gruppe oder je höher der Durchschnittswert, desto geringer ist zwangsläufig der Anteil der Ärzte, die von Prüfverfahren betroffen sind. Das führt beispielsweise dazu, daß homogenere Arztgruppen (beispielsweise Augenärzte) seltener von Prüfmaßnahmen betroffen sind als inhomogenere Arztgruppen. Dieses Problem kann dadurch vermieden werden, daß anstelle einer prozentualen Überschreitung des Durchschnittswertes die Überschreitung der Standardabweichung als Maß der Unwirtschaftlichkeit genommen wird. Dieses Verfahren wird bereits von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen praktiziert. Probleme ergeben sich jedoch bei diesem Verfahren, wenn die zur Prüfung herangezogenen Werte nicht normalverteilt sind.¹²

Die mangelnde Akzeptanz des Prüfverfahrens zeigt sich beispielsweise in der Häufigkeit, mit der die Kassenärzte gegen ihrer Ansicht nach unberechtigte Kürzungsbescheide Klage erheben. Mehr als die Hälfte der Sozialgerichtsverfahren zur kassenärztlichen Versorgung betreffen Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, so wird der Vorsitzende des Münchner Sozialgerichtes

10 Vgl. *Ärzte-Zeitung* (9./10.11.1990: 1; 12.11.1990: 17).

11 *Der Internist*, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1990: M 136).

12 Vgl. die Beilage »Die KV-Abrechnung 4/90« zu: *Der Kassenarzt* (1990).

zitiert.¹³ Nur etwa ein Drittel aller Streitfälle, die sich aus Honorarkürzungen oder Arzneimittelregressen ergeben, gehen nach dieser Darstellung allerdings positiv für den klagenden Arzt aus. Ursache dieser Prozeßfreudigkeit ist, so der Richter, daß die Ärzteschaft als einzige Berufsgruppe die Möglichkeit habe, kostenfrei vor den Sozialgerichten um ihr Honorar zu streiten. Dadurch ist es in den vergangenen Jahren zu einem starken Anstieg der Streitfälle gekommen. Diese zahlreichen Prozesse hatten zumindest den einen Effekt, daß die Prüfungsgremien immer genauer präzisieren mußten, welche Gruppe von Ärzten als Vergleichsgruppe zur Ermittlung des Durchschnittswertes herangezogen werden kann (vgl. Stone 1980: 116). So müssen heute die Vergleichsgruppen nach der Lage der Praxis (Stadt, Stadtrand, Land), nach der Größe und nach der apparativen Ausstattung der Praxis differenziert werden.

Inwieweit sich die Akzeptanz des Prüfwesens verändert hat, ist schwer zu belegen. Indikator dafür, daß die Akzeptanz abgenommen hat, ist zum einen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten, daß seit Inkrafttreten des reformierten EBM im Oktober 1987 sowohl die Zahl der Prüfmaßnahmen als auch der Anteil der Einsprüche der betroffenen Ärzte gestiegen ist.¹⁴ Für die Vermutung, daß die Akzeptanz sich verringert hat, spricht weiterhin die Tatsache, daß einige Kassenärztlichen Vereinigungen in letzter Zeit Wert auf die Feststellung legen, daß die Prüfungsgremien nur »bei«, nicht aber »von« den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet werden.¹⁵ Diese Feststellung wird beispielsweise dadurch zur Geltung gebracht, daß die Briefköpfe der Prüfungsgremien entsprechend geändert werden (so in Hessen und Berlin) oder daß, wie in Berlin die Prüfungsgremien eigene Räume beziehen (was jedoch auch räumliche Gründe hat).¹⁶ In Schleswig-Holstein wird erwogen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Einrichtung einer getrennten Geschäftsstelle »optisch« ... etwas von der KV »weg[zu]rücken«.¹⁷

Auch in Nordrhein zeigt sich eine Reaktion der kassenärztlichen Selbstverwaltung auf die Unzufriedenheit der Ärzte mit dem Prüfungswesen. In ihrer Sitzung am 20.10.1990 beschloß die Vertreterversammlung der KV Nordrhein, einen ständigen Ausschuß »Prüfwesen« einzurichten.¹⁸ Das Ziel des Aus-

13 Ärzte-Zeitung (8.11.1990: 4).

14 Ärzte-Zeitung (1.8.1990: 1; 2.8.1990: 10).

15 Die Prüfungsgremien sind eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung, d.h., sie werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen gebildet.

16 Ärzte-Zeitung (1.8.1990: 10).

17 Ärzte-Zeitung (12.11.1990: 17).

18 Rheinisches Ärzteblatt (1990: 888); Die Neue Ärztliche (24.10.1990: 3).

schusses ist es, einheitliche Kriterien für die Prüfungsausschüsse in den Bezirksstellen und den Beschwerdeausschuß in Düsseldorf zu erarbeiten. Diese Aufgabenstellung umfaßt auch die Vereinheitlichung von Praxisbesonderheiten und die Erarbeitung von Richtlinien für die Durchführung der Beratungsgespräche, die einem möglichen Regreßantrag bei der Arzneimittelverordnung vorgeschaltet werden sollen. Bemängelt wird von den Ausschußmitgliedern vor allem, daß eine Aufarbeitung der zahlreichen Gerichtsurteile fehle, die als Argumentationshilfe gegenüber den Kassen verwendet werden könnte, und daß die Rechtsprechung verschiedener Ausschüsse einer Bezirksstelle je nach Zusammensetzung seiner Mitglieder unterschiedlich ausfalle.¹⁹

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung konfrontiert die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem nicht unbeträchtlichem Dilemma. Auf der einen Seite sind sie dem Gesetzgeber gegenüber gezwungen, die Wirksamkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu demonstrieren und gegebenenfalls zu verbessern, wollen sie nicht eine Einschränkung des Kassenarztrechts riskieren. Auf der anderen Seite war das Bewußtsein der Legitimität der Wirtschaftlichkeitsprüfung innerhalb der Kassenärzteschaft nie sehr stark ausgeprägt, was unter anderem auch damit zusammenhängt, daß die Kriterien, nach denen die Ärzte einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden und nach denen unwirtschaftliches Verhalten beurteilt wird, nicht immer hinreichend transparent waren und sind.

Die Kostendämpfungsbemühungen des Gesetzgebers machten sich bisher zwar kaum in konkreten Änderungen des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung bemerkbar. Sie erhöhten jedoch den Druck auf die Kassenärztlichen Vereinigungen, auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung freiwillig zur Kostendämpfung beizutragen, um dem Gesetzgeber keinen Anlaß zur weiteren Einschränkung des Kassenarztrechtes zu bieten. Selbst wenn also die Autonomie des Kassenarztes, d.h. die Freiheit in der Behandlungs- und Verordnungsweise, bisher durch eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung objektiv noch nicht wesentlich begrenzt worden ist, so fühlt er sich doch aufgrund der Intransparenz und gelegentlichen Willkür des Verfahrens subjektiv in seiner Handlungsfreiheit eingeschränkt.

19 Vgl. den Arztbrief der KV Nordrhein in Rheinisches Ärzteblatt (1991: 361-362).

2 Die Kontrolle der Verordnungsweise

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nicht der einzige Bereich, in dem Kassenärzte und Kassenärztliche Vereinigungen eine durch die Kostendämpfungsgesetze verursachte Reduktion ihrer Handlungsfreiheit zur Kenntnis nehmen müssen. Auch die Verordnungsweise des Kassenarztes unterliegt unabhängig von der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zunehmend restriktiveren Bestimmungen. Die Verordnungsweise wurde zwar schon immer von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrolliert, sofern sie einen bestimmten Betrag überschritt. Da diese Überprüfung jedoch offensichtlich den Anstieg der jährlich zu Lasten der Krankenkassen verordneten Arzneimittel nicht verhindern konnte, hielt es der Gesetzgeber für angebracht, diesen Anstieg mit zusätzlichen Maßnahmen zu bremsen. Mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 wurde verfügt, daß

... im Gesamtvertrag ... für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen [ist]. ... Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf Kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag nicht nur geringfügig übersteigt, haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; ein Ausgleich kann nur im Wege des Einzelregresses erfolgen (§ 368f Abs. 6 RVO).

Darüber hinaus wurde die Bestimmung aufgenommen, daß die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich einmal eine Empfehlung zur Veränderung des Arzneimittel-Höchstbetrages abzugeben haben, sofern dies nicht durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erfolgt (§ 368f Abs. 7 RVO). Mit diesen Maßnahmen sollte zunächst einmal, so Schirmer (1978: 45), »das Wirtschaftlichkeitsbewußtsein der verordnenden Kassenärzte allgemein aktiviert werden,« »ohne daß sich eine unmittelbare Umsetzung [des Arzneimittelhöchstbetrages] in die individuelle Verordnungspraxis des einzelnen Kassenarztes ergibt.« Mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1981 wurden analoge Regelungen für einen Höchstbetrag der zu verordnenden Heilmittel erlassen (§ 368f Abs. 6 und 7 RVO).

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz entfielen die Bestimmungen über die Vereinbarung von Arznei- und Heilmittel-Höchstbeträgen auf kollektiver Ebene, da ihre Wirkung gering geblieben war. Stattdessen wurden die Bestimmungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise expliziter. Die Partner der Gesamtverträge wurden aufgefordert, »arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln« zu vereinbaren. »Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen« (§ 84 SGB V). Auf der Grundlage dieser Vereinbarungen soll künftig die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise erfolgen.²⁰

Auch im Falle der Verordnungsweise wird damit in zunehmendem Maße der Durchschnitt der Arztgruppe zum Maß der individuellen ärztlichen Autonomie. Überschreitet der Kassenarzt den Durchschnittswert seiner Kollegen, liegt es an ihm, Praxisbesonderheiten glaubwürdig nachzuweisen, wenn er einen Arzneimittelregreß vermeiden will. Eine Senkung der Verordnungen ist nur zu Lasten der Patienten möglich. Damit gerät der Kassenarzt insofern in ein Dilemma, als offensichtlich nicht jeder Patient bereit ist, die Gründe für den Wechsel eines Medikamentes oder gar den Verzicht darauf nachzuvollziehen. Der uneinsichtige Patient kann sich einerseits von seinem Arzt getäuscht fühlen, wodurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet wird. Er kann andererseits versuchen, den Arzt zu erpressen, indem er droht, den Arzt zu wechseln, wenn dieser ihm nur ein Generikum anstelle des teureren Originalpräparates verschreibt. Die Kehrseite der Medaille ist, daß jene Patienten Schwierigkeiten haben, einen Hausarzt zu finden, die medizinisch indiziert einen relativ hohen Arzneimittelkonsum haben, wodurch sie ihren Hausarzt verstärkt Regreßforderungen von Seiten der Krankenkassen aussetzen.

Angesichts des immer noch herrschenden Kostendrucks im Arzneimittelbereich ist zu erwarten, daß solche Schwierigkeiten zunehmen.²¹ Für den einzelnen Kassenarzt bedeutet das zum einen, daß er in zunehmendem Maße mit Regreßforderungen von Seiten der Krankenkassen konfrontiert wird. Darüber hinaus steigt für ihn der Zwang, seine Verordnungsweise nicht nur gegenüber der Krankenkasse, sondern auch gegenüber seinen Patienten zu legiti-

20 Diese Vereinbarungen sind bis zum Sommer 1991 erst in den KVen Bayern und Nordbaden getroffen worden.

21 Auch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 brachte weitere Einschränkungen im Bereich der kassenärztlichen Verordnungsweise.

mieren. Zwar ist noch nicht endgültig abzusehen, welche Konsequenzen diese Entwicklung für das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenärztlicher Vereinigung haben wird; die Zufriedenheit der Kassenärzte mit der Wahrung ihrer Rechte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird sie mit Sicherheit nicht steigern.

3 Die apparative Ausstattung der Kassenarztpraxis

Der apparativen Ausstattung einer Kassenarztpraxis sind bislang noch wenig Grenzen gesetzt. Das in der Kassenärzteschaft immer noch dominierende Ideal des in eigener Praxis niedergelassenen Freiberuflers hat lange Zeit die Bildung von Gemeinschaftspraxen oder auch nur von Apparategemeinschaften eher behindert als gefördert. Aufgrund der in der Gebührenordnung festgeschriebenen Verzerrung des Anreizsystems neigt die Mehrheit der Kassenärzte nach wie vor dazu, lieber die eigene Praxis mit teuren Geräten auszustatten, als eine Apparategemeinschaft zu gründen oder den Patienten zu dem zuständigen Kollegen oder an das Krankenhaus zu überweisen.

Diese Vorliebe für die Investition in die eigene Praxisausstattung hat jedoch eine vermeidbare Erhöhung der Leistungsmenge zur Folge. Da anzunehmen ist, daß die Geräte, wenn sie erst einmal angeschafft wurden, auch um der schnelleren Amortisation willen so oft wie möglich genutzt werden, liegt es nahe, daß auf diese Weise den Krankenkassen vermeidbare Kosten entstehen. Aus diesem Grund begann der Gesetzgeber bereits mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 die Reichsversicherungsordnung um Regelungen der apparativen Ausstattung der Kassenarztpraxis zu bereichern:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt (§ 368n Abs. 8 RVO).²²

22 Bei dieser Regelung ist anzumerken, daß sich die Diskussion damals, Mitte der 70er Jahre, noch um eine wahrgenommene Unterversorgung kassenärztlicher Praxen mit diagnostischen Geräten drehte. Ein Lösungsvorschlag des Sozialforschungszentrums der Gewerkschaften war, medizinisch-technische Zentren einzurichten, in denen angestellte Ärzte die diagnostischen Leistungen erbringen würden, die die niedergelassenen Hausärzte für ihre Zwecke brauchten. Dieser Vorschlag stieß auf heftigen Widerstand der

Auch diese Regelung stellt, wie die Bestimmung zur Vereinbarung eines Höchstbetrages für Arzneimittel, keinen direkten Eingriff des Gesetzgebers in die Handlungsfreiheit des niedergelassenen Arztes dar, sondern einen weiteren Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. auch Schirmer 1978: 45).²³ Da sie jedoch keinerlei Auswirkungen auf das Investitionsverhalten der Kassenärzte hatte, wurde der Gesetzgeber mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) von 1981 bestimmter:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Benehmen mit der für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Landesbehörde und der Krankenhaugesellschaft im Lande darauf hinzuwirken, daß bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte die regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere die Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie die Erfordernisse der kassenärztlichen Versorgung berücksichtigt werden, und einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte zu sichern. Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt hat eine beabsichtigte Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (§ 368n Abs. 8 RVO).

Um diesem Auftrag nachzukommen, verabschiedete der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen 1985 die »Richtlinien für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten« (Großgeräte-Richtlinien-Ärzte). Mit diesen Richtlinien wurde festgelegt, welche Geräte als Großgeräte zu gelten haben und nach welchen Kriterien die Standortplanung durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zu erfolgen hat. Darüber hinaus wurde festgelegt, daß die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen enthalten soll, die mit nicht genehmigten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht wurden. Die Regelung, daß die mit nicht genehmigten Großgeräten erbrachten Leistungen nicht abrechnungsfähig sind, geht jedoch über die gesetzlich vorgeschriebene Anzeigepflicht hinaus.²⁴ Sie wurde von

niedergelassenen Ärzte, die solche Einrichtungen als unerwünschte Konkurrenz empfanden (vgl. Heidenheimer 1980: 383).

23 Bei den Ärzten stieß dieser Paragraph auf heftigen Widerstand; sie befürchteten, daß die vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des DGB vorgeschlagene Einführung von medizinisch-technischen Zentren einer »Sozialisierung« der Medizin Vorschub leisten würde (vgl. Heidenheimer 1980: 382; Heinemann/ Liebold 1990: A 84).

24 Dieses Beispiel zeigt, daß die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrem Bemühen, ihre Bereitschaft zur Kostendämpfung zu demonstrieren, gelegentlich über

den betroffenen Ärzten als Einschränkung ihres gesetzlich garantierten Grundrechts auf Berufsfreiheit interpretiert und infolgedessen auf dem Rechtsweg angezweifelt.²⁵

Ungeachtet dieses Rechtsstreites zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen wurden die Bestimmungen zur Standortplanung von Großgeräten mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 erweitert. Der Bundesausschuß erhielt nun in § 92 Abs. 1 SGB V explizit den Auftrag zur Verabschiedung entsprechender Richtlinien.²⁶ Daneben verfügte der Gesetzgeber jedoch, daß Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärzte und zuständige Landesbehörde in jedem Bundesland einen Großgeräteausschuß zu bilden haben, der aus Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte »in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde« besteht (§ 122 SGB V). Die Aufgabe der Mitglieder des Großgeräteausschusses ist es, »zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen[zuwirken]« (§ 122 SGB V).

Diese Regelung führte zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bundesarbeitsministerium und Bundesländern auf der einen und Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen auf der anderen Seite: Während der Bundesarbeitsminister und die Bundesländer die Auffassung vertreten, daß die Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die neu gebildeten Großgeräteausschüsse unverbindlich sind und daß die Großgeräteausschüsse darüber hinaus auch befugt sind, über die Standortplanung im ambulanten kassenärztlichen Bereich zu entscheiden, wehrten sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen gegen solche Eingriffe in ihre gemeinsame Selbstverwaltung.²⁷ Ihrer Ansicht nach ist die Standortplanung Aufgabe der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Diese Rechtsauffassung bestritt jedoch der Bundesarbeitsminister, weswegen er eine Freigabe der vom Bundesausschuß anlässlich des Gesundheits-Reformgesetzes überarbeiteten Richtlinien zur Veröffentlichung verweigerte.²⁸

ihr Ziel hinausschossen und, zum Unmut der Kassenärzte, Positionen aufgaben, die ihnen rechtlich zustanden.

25 Vgl. Ärzte-Zeitung (4.10.1990: 7).

26 Die RVO enthielt einen solchen Auftrag nicht (vgl. § 368p).

27 Dabei stört die Kassenärzte vor allem, daß bei Nichteinigung des Großgeräteausschusses nach dem Gesetz der Vertreter des Sozialministers über die Zulassung ihrer Geräte zu entscheiden habe (§ 122 SGB V) (so Wirzbach in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 87/1990: A-1342; vgl. auch KBV Tätigkeitsbericht 1990: 165).

28 Vgl. Wirzbach (1990: A-1342); Der Kassenarzt (1990/7: 35).

Der Rechtsstreit zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen über die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen, die mit nicht genehmigten Großgeräten erbracht worden waren, hatte im Laufe der Zeit zu einer Reihe von einander widersprechenden Sozialgerichtsurteilen geführt.²⁹ Im Oktober 1990 entschied schließlich das Bundessozialgericht, daß bis zu diesem Zeitpunkt, sowohl vor dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes als auch danach, keine ausreichende Rechtsgrundlage für die Verweigerung der Vergütung von Großgeräteleistungen vorlag. Als Begründung führten die Richter an, daß zum einen der Bundesausschuß vor der Verabschiedung des GRG nicht die Kompetenz hatte, einen Vergütungsausschluß für mit nicht genehmigten Geräten erbrachte Leistungen zu beschließen, und daß er zum anderen nicht berechtigt ist, diese Kompetenz, wie geschehen, an die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (das sind Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesverbände der Krankenkassen) zu delegieren.³⁰

Dieses Urteil setzte die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Druck: Solange der Bundesarbeitsminister die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen überarbeitete Großgeräte-Richtlinien nicht genehmigt, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die von den Kassenärzten mit medizinisch-technischen Großgeräten erbrachten Leistungen zu vergüten, ohne daß es jeweils einer besonderen Betriebsgenehmigung bedarf. Zu befürchten war damit ein durch das Urteil ausgelöster »Investitionsboom«, da selbst ohne KV-Zustimmung aufgestellte Großgeräte nach einer Weile »eines Bestandsschutzes sicher sein« dürften.³¹

Aus diesem Grund handelte der Bundesausschuß schnell: Unter Verzicht auf seine bisherige Position beschloß er am 16.10.1990 – zwei Wochen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts – neue Großgeräte-Richtlinien-Ärzte. Diese Richtlinien berücksichtigen nicht nur das Urteil des Bundessozialgerichts, indem sie selbst festlegen, daß die mit nicht genehmigten Großgeräten erbrachten Leistungen nicht vergütet werden können. Darüber hinaus bestätigen sie, daß die Kassenärztliche Vereinigung bei der Genehmigung eines Großgerätes an die Entscheidung des Großgeräte-Ausschusses gebunden ist.³²

29 Vgl. *Ärzte-Zeitung* (20.3.1990: 13).

30 *Ärzte-Zeitung* (4.10.1990: 7).

31 *Ärzte-Zeitung* (8.10.1990: 17).

32 *Deutsches Ärzteblatt* (Jg. 87/1990: A-3373); abgedruckt sind die Großgeräte-Richtlinien erst im Februar des folgenden Jahres (*Deutsches Ärzteblatt* Jg. 88/1991: A-497); vgl. auch die Darstellung der KBV (*Tätigkeitsbericht* 1990: 164-165).

Dieses Beispiel zeigt deutlich das Dilemma, in dem sich die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Zeit befinden: Der Versuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, durch Selbstregulierung gesetzlichen Eingriffe in die Selbstverwaltung vorzugreifen und sie dadurch zu verhindern, war im Fall der Großgeräte-Richtlinien nicht erfolgreich. Obwohl die Richtlinien des Bundesausschusses, wie das Bundessozialgericht kritisierte, über die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung hinausgingen, konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht verhindern, daß auch im Bereich der apparativen Ausstattung der Kassenarztpraxen der Spielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung durch das Gesundheits-Reformgesetz wiederum eingeschränkt wurde.

Gleichzeitig wird jedoch, wie dieses Beispiel zeigt, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Auseinandersetzung mit dem Gesetzgeber in zunehmendem Maße die Hände durch die eigene Basis gebunden. Die Bereitschaft der Kassenärzte, den »vorausiehenden Gehorsam« der Kassenärztlichen Vereinigungen mitzutragen, sinkt. Stattdessen steigt ihre Bereitschaft, zur Wahrung ihrer Interessen den Rechtsweg zu beschreiten. Besteht, wie in dem hier geschilderten Fall, die Gefahr, daß die Gerichtsentscheidung eine auch von der Gemeinschaft der Kassenärzte zu tragende Kostenlawine auslöst, so bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen nichts anderes übrig, als den Vorstellungen des Gesetzgebers nachzugeben.

Das Ergebnis solcher Prozesse ist, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen in zunehmendem Maße an Glaubwürdigkeit verlieren. Sie werden von den Kassenärzten nicht mehr länger als Anwalt ihrer Interessen gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen wahrgenommen. Wie sich diese Entwicklung im Verhältnis zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zwischen den freien ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen bemerkbar macht, wird im folgenden Teil untersucht.

Teil III

Die Folgen

Im zweiten Teil wurde untersucht, welche Auswirkungen die Kostendämpfungsmaßnahmen bisher für den einzelnen Kassenarzt hatten. Es wurde gezeigt, daß nicht nur der Handlungsspielraum von Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge der Kostendämpfungsgesetzgebung kontinuierlich eingeschränkt wurde. Dank steigender Arztzahlen und des Kostendämpfungsdrucks haben sich auch die Umsatz- und Einkommensaussichten der Kassenärzte verschlechtert. Ferner zeichnet sich eine steigende Polarisierung der Kassenärzte auf der Einkommensskala ab.

Diese Entwicklung ist nicht allein Ergebnis der vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen, sondern auch, wie die Beispiele EBM-Reform und Großgeräte-Richtlinien zeigten, ein suboptimales Ergebnis der Interaktion der Strategien von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärzten. Die Versuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sich gegenüber dem Bundesarbeitsminister im Falle der Großgeräte-Richtlinien und gegenüber den Krankenkassen im Falle der Vergütungsvereinbarungen nach der Einführung des reformierten Bewertungsmaßstabes durchzusetzen, mißlangen, weil die Kassenärzte nicht bereit waren, die dafür erforderliche Zurückhaltung zu üben. Indem sie ihre dominante Strategie, die »Flucht in die Menge«, spielten, entzogen sie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Basis für die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung bei den Honorarverträgen. Aus analogen Gründen mußte die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesarbeitsminister im Falle der Großgeräte-Richtlinien begeben: Auch hier war abzusehen, daß die Kassenärzte ihren unmittelbaren individuellen Vorteil über den möglicherweise größeren langfristigen kollektiven Nutzen stellten.

Die Aufgabe dieses dritten Teils ist zu analysieren, welche Folgen sich aus den in Teil II geschilderten Entwicklungen für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbän-

den ergeben. In Kapitel 8 wird untersucht, wie sich die kostendämpfungsbedingten Veränderungen von Autonomie und Einkommen der Kassenärzte im Verhältnis der Kassenärzte zu ihrer Interessenvertretung niederschlagen, welche Auswirkungen sich daraus für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ergeben und welche Rolle die freien ärztlichen Berufsverbände in dieser Entwicklung spielen.

Kapitel 9 und 10 befassen sich mit der Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen. In Kapitel 9 werden die Bedingungen der Konstitution der Verflechtung identifiziert und ihr potentieller Einfluß auf das Muster der Verflechtung diskutiert. In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung analysiert. Es werden Struktur und Wandel der Verflechtung erläutert und untersucht, welcher Bezug sich zwischen dem Wandel der Verflechtung und den Kostendämpfungsmaßnahmen ergibt.

Kapitel 8

Kostendämpfung und KV-interne Willensbildung

Hirschman gebührt der Verdienst für die Idee, die Reaktion auf die abnehmende Qualität einer Organisationsleistung in den Kategorien »exit« und »voice« zu analysieren und zu bestimmen, unter welchen Bedingungen diese Reaktionen effiziente Mechanismen der Qualitätssteigerung darstellen. So weist er darauf hin, daß der Protest der Mitglieder (voice) zwar ein geeignetes Mittel ist, die Qualität der Leistungen eines Verbandes zu heben, daß der Effektivität dieses Mechanismus jedoch Grenzen gesetzt sind: Werden die Proteste zu stark, so sind sie einer Verbesserung der Verbandsleistung abträglich (Hirschman 1970: 31-33). Die Repräsentanten des Verbandes sind auf ein gewisses Maß an Loyalität der Mitgliedschaft angewiesen, da sie für ihre Reaktion auf den Druck der Mitgliedschaft Zeit brauchen (ebd.: 33).

Wie im vorangegangenen Teil gezeigt wurde, sind die Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers für die Kassenärzte ein hinreichender Grund, eine Qualitätsminderung der ihnen von den Kassenärztlichen Vereinigungen angebotenen Leistungen zu konstatieren. Da die Reaktion »exit«, d.h. der Austritt aus der KV, einer Berufsaufgabe gleichkommt (sofern der Kassenarzt nicht über eine gutgehende Privatpraxis verfügt), ist zu erwarten, daß der Kassenarzt die Option »voice« wählen wird, um sein Mißfallen an den Leistungen seiner Kassenärztlichen Vereinigung auszudrücken.

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, in welcher Weise sich die Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Wahrung ihrer Interessen manifestiert und welche Folgen diese Unzufriedenheit für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen hat. Dabei wird auch untersucht, welche Rolle fachspezifische Berufsverbände und Arbeitsgemeinschaften im Rahmen der Willensbildungsprozesse einnehmen. Der folgende Abschnitt untersucht, inwieweit sich die wachsende Unzufriedenheit der Kassenärzte empirisch belegen läßt. Im zweiten Abschnitt wird dargestellt, inwieweit die abnehmenden Einkommensaussichten latente Verteilungskonflikte manifest

werden lassen und auf welche Weise diese Konflikte ausgetragen werden. Der dritte Abschnitt analysiert, inwieweit sich diese Entwicklungen – die wachsende Unzufriedenheit der Kassenärzte und die sich verschärfenden Verteilungskonflikte – in einer Veränderung des Stils der Willensbildung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen niederschlagen.

1 Zufriedenheit der Kassenärzte

»Um festzustellen, daß die Unzufriedenheit mit den Vertretern vor allem der Zwangskörperschaften gewachsen ist,« genügt, so zumindest die Einschätzung von Andersen und Schulenburg (1990: 165), »ein kurzer Blick auf Veröffentlichungen in den Ärztezeitschriften«. Überschriften wie »KV: Feindbild Nr. 1?«¹ können jedoch nur kursorische Evidenz vermitteln. Aufschluß über das quantitative Ausmaß der Unzufriedenheit gewinnt man eher aus sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, die auf der Befragung einer repräsentativen Auswahl von Kassenärzten basieren. Leider wurden solche Umfragen bisher noch nicht wiederholt, so daß sie nur bedingt Aussagen über den Wandel der Einstellung der Kassenärzte zu ihren Interessenvertretungen zulassen.

Die im folgenden zusammengestellten Ergebnisse entstammen im wesentlichen zwei repräsentativen Befragungen von Kassenärzten. Die eine (Andersen/Schulenburg 1990) wurde 1988 als schriftliche Befragung durchgeführt. Von 3.102 angeschriebenen Kassenärzten antworteten 767; das entspricht bei 219 qualitätsneutralen Ausfällen einer Rücklaufquote von 26,6%.² Gebietsärzte sind gegenüber den Allgemeinärzten überrepräsentiert, damit auch zwischen den Gebietsarztgruppen differenzierte Analysen durchgeführt werden können (vgl. Andersen/Schulenburg 1990: 20-22). Eine zweite Befragung (Infratest 1990) wurde 1990 von Infratest im Auftrag des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung in Köln mit Hilfe von Interviewern durchgeführt.³ Zwecks Homogenisierung der Stichprobe wurden nur Allgemein- und Praktische Ärzte sowie Internisten befragt.⁴ Es wurden 259 Interviews durchge-

1 Der Praktische Arzt (1988/7: 11).

2 Die Stichprobe wurde bundesweit, regional geschichtet, gezogen.

3 Die Befragung erfolgte im Rahmen des von Webber durchgeführten Projektes über die Gemeinwohlorientierung der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Webber 1992).

4 Die Auswahl der zu befragenden Ärzte erfolgte nach dem Quotenverfahren entsprechend ihrem Anteil nach Bundesländern und Gemeindetypen.

führt, davon 189 mit Allgemein- und Praktischen Ärzten und 70 mit Internisten.

Umfragen über die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrer Standesvertretung werden häufig auch von ärztlichen Berufsverbänden durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Umfragen können aber aufgrund der Selbstselektion der Antwortenden nicht als repräsentativ gelten.⁵ So berichtet der Unabhängige Ärzteverband Deutschlands 1984 folgendes Ergebnis einer von ihm durchgeführten Befragung: 94% der Antwortenden seien nicht »der Auffassung, daß die KV ihre Interessen genügend wahrnimmt« und 93% seien nicht »der Auffassung, daß die KV ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen in ausreichender Form vertritt«.⁶ Der Berufsverband Deutscher Internisten fand 1988 in einer Umfrage heraus, daß mehr als 80% der Antwortenden »mit ihren Körperschaften und deren Politik [nicht] zufrieden« sind.⁷

In die gleiche Richtung, wenn auch nicht mit ganz so extremen Ergebnissen, weisen die Ergebnisse sozialwissenschaftlicher repräsentativer Befragungen. Andersen und Schulenburg (1990: 166) berichten, daß sich nur 30% der Kassenärzte »durch ihre Standesorganisation bzw. Berufsverbände ausreichend vertreten fühlen«.⁸ Dabei stellen sie fest, daß der Anteil derer, die sich nicht ausreichend vertreten fühlen, unter den jüngeren Kassenärzten höher ist als unter den älteren (ebd.: 167). 70% der Kassenärzte sind nach den Ergebnissen von Andersen und Schulenburg der Ansicht, daß sich »das Kräfteverhältnis zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen in den letzten Jahren« »zugunsten der Kassen« geändert hat (ebd.: 165).

Infratest (Infratest 1990) kommt zu dem Ergebnis, daß nur 36% der Kassenärzte »im großen und ganzen mit der Politik ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung« unzufrieden sind.⁹ 45% der Befragten gaben an, mehr

-
- 5 Es ist anzunehmen, daß sich insbesondere die Unzufriedenen an solchen Umfragen beteiligen.
 - 6 Die Befragung wurde Ende August 1984 durchgeführt; von 500 versandten Fragebögen wurden 217 beantwortet (Der freie Arzt 1984/IV: 1).
 - 7 Zitiert nach: Der Praktische Arzt (1988/7: 11). Die Fallzahl wurde nicht genannt; sie muß bei ungefähr 670 liegen.
 - 8 Diese Einstellung wird von ihnen im folgenden als »Unzufriedenheit mit der Interessenvertretung« interpretiert (Andersen/ Schulenburg 1990: 170). Daß eine solche Interpretation der Fragestellung nicht gerechtfertigt ist, zeigen die weiter unten diskutierten Ergebnisse der Infratest-Umfrage.
 - 9 Für die moderatere Einstellung der von Infratest befragten Kassenärzte sind mehrere Gründe verantwortlich. Zum einen spielt der Faktor der Selbstselektion der Unzufriedenere eine größere Rolle, wenn es darum geht, einen Fragebogen zu beantworten und

oder weniger zufrieden zu sein (ebd.: 21). Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Allgemein- und Praktischen Ärzten und der Gruppe der Internisten. Ebenso wenig ergaben sich die von Andersen und Schulenburg (1990) häufiger beobachteten signifikanten Variationen mit der Praxisgröße oder des Alters des Befragten (Infratest 1990: 22).

Unzufriedener zeigten sich die befragten Kassenärzte mit der Politik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Nur 24% der Befragten gaben an, mit der Politik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mehr oder weniger zufrieden zu sein, 52% zeigten sich hingegen mehr oder weniger unzufrieden (Infratest 1990: 23). Auch bei dieser Frage ergaben sich weder signifikante Unterschiede zwischen Allgemein- sowie Praktischen Ärzten und Internisten noch signifikante Variationen mit der Praxisgröße oder dem Alter des Befragten (ebd.: 24).

Wie gut die Kassenärzte sich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten fühlen, wurde von Infratest mittels einer vierstufigen Skala erfragt. »Sehr gut« oder »gut« vertreten fühlen sich 26% der Befragten, »weniger gut« oder »gar nicht« vertreten hingegen 67% (Infratest 1990: 25). Besser als von den Kassenärztlichen Vereinigungen fühlen sich die Kassenärzte von den freien fachübergreifenden Verbänden Hartmannbund und NAV vertreten. »Sehr gut« oder »gut« vertreten fühlen sich 34% der Befragten vom Hartmannbund und 36% vom NAV (ebd.: 26). Weder bezüglich Kassenärztlicher Bundesvereinigung noch bezüglich Hartmannbund oder NAV ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Arztgruppen oder signifikante Variationen mit der Praxisgröße oder dem Alter des Befragten (ebd.: 30-34).

Am besten fühlten sich die befragten Kassenärzte von ihrem fachspezifischen Berufsverband vertreten; das sind der BPA im Falle der Allgemein- und Praktischen Ärzte und der BDI im Falle der Internisten. 50% der befragten Allgemein- und Praktischen Ärzte gaben an, sich »sehr gut« oder »gut« vom BPA vertreten zu fühlen; nur 34% fühlten sich »weniger gut« oder »gar nicht« vertreten. Der BDI erfreut sich unter den Internisten einer noch größeren Beliebtheit: 65% der befragten Internisten fühlten sich »sehr gut« oder

zurückzuschicken, als wenn sich ein Interviewer persönlich um eine Stellungnahme des Arztes bemüht. Zum anderen fehlen in der Infratest-Befragung die technisch spezialisierten Arztgruppen, die in besonderem Maße von den Kostendämpfungsmaßnahmen betroffen sind. Und nicht zuletzt hat die unterschiedliche Qualität der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten Einfluß auf das Umfrageergebnis: Während Andersen und Schulenburg überwiegend dichotome Antworten vorgaben (»ja« / »nein« oder »stimme eher zu« / »stimme eher nicht zu«), handelte es sich bei den Vorgaben von Infratest um siebenstufige Skalen, die den Befragten eine differenzierte Einstufung ermöglichten.

»gut« von ihm vertreten und nur 26% »weniger gut« oder »gar nicht« (Infratest 1990: 27).

Interessant ist auch die Antwort der von Infratest befragten Kassenärzte auf die Frage, wessen Interessen die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Meinung nach am stärksten vertreten. Nur 46% der Kassenärzte waren der Ansicht, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen am stärksten die Interessen der Kassenärzte vertreten. 58% waren hingegen der Auffassung, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen am stärksten die Interessen der Krankenkassen oder der Bundesregierung vertreten (Infratest 1990: 35). In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse der Befragung von Andersen und Schulenburg (1990: 167-169). Sie fragten offen, wer die niedergelassenen Ärzte am besten vertritt: Nur 9% der Befragten fühlten sich von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung oder Ärztekammer am besten vertreten. Von ihrem fachspezifischen Berufsverband fühlten sich 27% am besten vertreten. 20% gaben an, sich von keinem der Verbände, d.h. nur von sich selbst, am besten vertreten zu fühlen.

Diese Umfrageergebnisse offenbaren, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen sich nicht mehr, wie in den früheren Jahren, sicher sein können, daß ihre Mitglieder ihre Politik gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen bedingungslos akzeptieren. Dieser Akzeptanzverlust der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt sich auch darin, daß sich unzufriedene Kassenärzte in den letzten Jahren an mehreren Orten zu Schutz- oder Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen haben. Zwar sind Kassenarztinitiativen kein Novum in der Geschichte ärztlicher kollektiver Aktionen;¹⁰ sie werden spätestens dann gebildet, wenn eine hinreichende Anzahl von Kassenärzten angesichts bevorstehender Wahlen in den Kassenärztlichen Vereinigungen der Ansicht ist, daß die Tätigkeit des bisherigen Vorstandes zu wünschen übrig ließe.¹¹ Die Situation in den letzten fünf Jahren unterscheidet sich aber von vorangegangenen insofern, als jetzt, wie mir mehrere Interviewpartner bestätigten, die Ausübung einer Vorstandstätigkeit in einer Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer stärker gewordenen Opposition schwieriger geworden ist.

Die derzeit bedeutendsten Aktionsgemeinschaften sind die Berliner Schutzgemeinschaft für kassenärztliche Rechte und die nordrhein-westfälischen

10 Auch der Deutsche Kassenarztverband ging 1959 aus einer Aktionsgemeinschaft, der Aktionsgemeinschaft Deutscher Ärzte hervor (Mitteilung des ersten Vorsitzenden). Diese Aktionsgemeinschaft entstand, so Stobrawa (1979: 84), »zur Verteidigung und Erhaltung des Kassenarztrechts von 1955« angesichts der damaligen Reformversuche des Bundesarbeitsministers (vgl. Kapitel 4.2).

11 So geschehen unter anderem in Berlin 1979 (vgl. Wenzel 1980: 5).

Zentralen Arbeitsgemeinschaften. Die »Schutzgemeinschaft für Kassenärztliche Rechte« wurde 1987 von zwei Inhabern einer Gemeinschaftspraxis zusammen mit fünfzehn Berliner Ärzten nach dem Vorbild einer Laborgemeinschaft gegründet. Anstatt, wie in einer Laborgemeinschaft üblich, gemeinsam Apparate anzuschaffen und zu nutzen, stellten die Ärzte gemeinsam eine Rechtsanwältin an, deren Aufgabe darin bestand, die Rechte dieser Kassenärzte gegenüber der KV Berlin zu vertreten.¹² Die Schutzgemeinschaft ist mittlerweile ein eingetragener Verein. Auch in anderen Städten gibt es bereits regionale Schutzgemeinschaften nach dem Berliner Vorbild.

Die »Zentralen Arbeitsgemeinschaften« bildeten sich 1986 in Nordrhein-Westfalen. Gründungsanlaß war zum einen die teilweise razzienähnliche staatsanwaltschaftliche Durchsuchung von Arztpraxen, deren Inhaber im Verdacht standen, falsch zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet zu haben.¹³ Auch der Eindruck, der unter anderem aus diesen Ereignissen resultierte, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen jeglichen Kontakt zu den Problemen der Basis verloren hätten, begünstigte die Organisation der Kassenärzte in Arbeitsgemeinschaften.

Die Zentralen Arbeitsgemeinschaften möchten erreichen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder in stärkerem Maße die Interessen der Kassenärzte vertreten. Dieses Ziel soll, so ein Interviewpartner, über eine personelle Erneuerung erreicht werden: die amtierenden Repräsentanten sollen durch Mitglieder der Zentralen Arbeitsgemeinschaften ersetzt werden. Auch in den Zentralen Arbeitsgemeinschaften wurde darüber diskutiert, den Status eines eingetragenen Vereins zu erwerben; dieser Vorschlag war bis jetzt noch nicht mehrheitsfähig.

12 Vgl. den Bericht in: Status (1987/17: 11-13). Als Begründung dafür, warum man für diesen Zweck nicht einen der bereits existierenden freien Verband bemühe, meinte der Mitbegründer Nehls gegenüber Status: »Es gibt doch keinen Verband, der die Interessen der jungen Ärzte vertritt, die eine moderne Medizin machen wollen. Und die verkrustete Funktions-Schicht ist doch mit dem KV-Apparat verwurstet« (ebd.).

13 Ein Indikator für das gespannte Verhältnis zwischen den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung ist die Tatsache, daß diese Razzien von den Krankenkassen als Mittel der Kostendämpfung bezeichnet wurden.

2 Verteilungskonflikte innerhalb der Kassenärzteschaft

Die Kostendämpfungsgesetze haben den Handlungsspielraum der kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen eingeschränkt und damit den Kassenärzten den Eindruck vermittelt, daß ihre Interessen nicht mehr in hinreichendem Maße von den kassenärztlichen Vereinigungen vertreten werden. Sie haben darüber hinaus, wie in Kapitel 6 gezeigt wurde, auch den wirtschaftlichen Druck auf die Kassenärzte erhöht; die Kosten der kassenärztlichen Tätigkeit stiegen schneller als der Umsatz. Damit ist, wie die Umfrage von Andersen und Schulenburg (1990: 124-125) belegt, auch das Konkurrenzdenken innerhalb der Kassenärzteschaft gestiegen: 96% der befragten Kassenärzte stimmten der Aussage zu, daß »das Konkurrenzdenken innerhalb der Ärzteschaft steigt« (ebd.: 124). Und 93% stimmten der Meinung zu, daß »die Solidarität innerhalb der Ärzteschaft abnimmt«.

Zwar hat es, worauf auch Andersen und Schulenburg (1990: 125) hinweisen, schon immer Konkurrenz zwischen den Ärzten gegeben. Und auch die kontinuierliche Ausdifferenzierung immer neuer Berufsverbände zeigt, daß Bedarf an der Vertretung miteinander konkurrierender Interessen besteht, daß eine Solidarität jenseits aller Konflikte nie existiert hat. Neu ist jedoch, daß die Ärzte selbst in diesem Ausmaß eine Abnahme der Solidarität wahrnehmen.

Im folgenden werden einige Beispiele innerärztlicher Verteilungskonflikte dargestellt. Das Ziel dieser Darstellung ist einerseits, einen Eindruck des Spektrums der Konfliktmöglichkeiten innerhalb der Kassenärzteschaft zu vermitteln. Auch die Rolle, die die fachspezifischen Verbände in diesen Auseinandersetzungen spielen, sowie die Mittel, derer sie sich dabei bedienen, werden in diesem Zusammenhang dargestellt. Darüber hinaus zeigen diese Beispiele auch, wie wichtig es für die fachspezifischen Verbände ist, in solchen Fragen Einfluß auf die KV-interne Willensbildung zu nehmen.

Eine latente Konfliktlinie existiert zwischen Haus- und Fachärzten. Da erstere vorwiegend persönlich-ärztliche und letztere überwiegend medizinisch-technische Leistungen erbringen, partizipieren Hausärzte nicht in gleichem Maße wie die Fachärzte an den Rationalisierungsgewinnen, die der technische Fortschritt ermöglicht. Diese Ungleichheit der Einkommenschancen hat in der Vergangenheit kaum zu offenen Konflikten geführt.¹⁴ Noch in der Diskussion um die EBM-Reform von 1987 wurde das Ziel einer größeren Verteilungsgerechtigkeit von einer breiten Mehrheit der Vertreterversammlung

14 Dieser Umstand ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß bis vor kurzem noch alle Arztgruppen an den Einkommensverbesserungen partizipierten.

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragen.

Deutlich wurde diese Konfliktlinie beispielsweise, als die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich infolge des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988 veranlaßt sah, ein Konzept zur Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu entwickeln (§ 73 Abs. 1 SGB V).¹⁵ Beide Arztgruppen befürchteten, daß die jeweils andere durch eine solche Regelung auf ihre Kosten Vorteile erzielen würde. Die Hausärzte befürchteten, zu »Barfußärzten« oder bloßen Verwaltern von Patientenkarteen degradiert zu werden. Die Fachärzte mutmaßten hingegen, den Hausärzten ausgeliefert zu sein, wenn sie, wie vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989: 107) vorgeschlagen, nur noch auf Überweisung des Primärarztes tätig werden dürften.

Spannungen zwischen Haus- und Gebietsärzten zeigen sich auch darin, daß in der Regel genau darüber berichtet wird, in welchem Verhältnis diese beiden Arztgruppen in den Selbstverwaltungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten sind. So berichtet der Hartmannbund 1985 in seiner Verbandszeitschrift, daß sich unter den Vorstandsvorsitzenden der achtzehn Kassenärztlichen Vereinigungen nur sieben Gebietsärzte befinden, weitaus weniger, als es ihrem Anteil an den Kassenärzten entspricht. Auch in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren die Gebietsärzte nach der Beobachtung des Hartmannbundes unterrepräsentiert.¹⁶ Und der 1985 gegründete Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte (BNG) hat sich explizit die Vertretung der Interessen der niedergelassenen Gebietsärzte gegenüber den Allgemein- und Praktischen Ärzten zum Ziel gesetzt (vgl. Kapitel 4.2).

Konflikte gibt es innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur zwischen Hausärzten und Fachärzten. Darüber hinaus führen die Facharztgruppen untereinander Auseinandersetzungen bezüglich der Erbringung und Abrechnung gebietsbezogener Sonderleistungen. Dabei sind es vor allem Laborärzte und Radiologen, die ihren Besitzstand gegenüber den anderen Arztgruppen verteidigen. Beiden Gruppen gemein ist, daß sie selbst nur auf Überweisung tätig werden dürfen. Ein Teil ihrer Leistungen kann jedoch auch von anderen Ärzten erbracht und abgerechnet werden, sie besitzen also kein

15 Den Auftrag dazu hatte der Gesetzgeber schon mit dem Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung von 1986 erteilt (§ 368t Abs. 2 RVO). Damals sah die KBV jedoch offensichtlich noch keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Das Konzept der KBV ist beispielsweise wiedergegeben in: Die Neue Ärztliche (9.4.1990: 4).

16 Der Deutsche Arzt (1985/6: 3).

Monopol auf diese Leistungen. Weiterhin zeichnen sich diese beiden Arztgruppen dadurch aus, daß sie hauptsächlich medizinisch-technische Leistungen erbringen, persönlich-ärztliche Leistungen haben den geringsten Anteil an ihren Umsätzen. Weil sie vergleichsweise viele technische Geräte einsetzen, erzielen sie zwar die höchsten Umsätze von allen Facharztgruppen, haben aber auch die höchsten Betriebskosten (vgl. Tabelle 6.4).

Diese beiden Facharztgruppen wurden durch die im Zuge der Kostendämpfungsgesetzgebung veranlaßten Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes besonders getroffen, da die medizinisch-technischen Leistungen zugunsten der persönlich-ärztlichen abgewertet wurden. Da sie nur auf Überweisung tätig werden können, ist ihnen die »Flucht in die Menge« verschlossen; sie können einen sinkenden Punktwert nicht durch Mengenausweitung kompensieren. Angesichts ihrer hohen Investitionskosten werden diese Arztgruppen zu besonders scharfer Kalkulation gezwungen, wollen sie einen Konkurs vermeiden. Deswegen reagieren sie besonders gereizt, wenn sie ihren Besitzstand gefährdet sehen.

Eine Konfliktlinie besteht zwischen Laborärzten und Laborgemeinschaften. Laborärzte sind nicht die einzigen, die Laborleistungen erbringen können; da sie nur auf Überweisung tätig werden dürfen, haben sie nicht die Möglichkeit, einen Punktwertverfall durch Mengenausweitung zu kompensieren. Laborleistungen, die von allen Ärzten mit entsprechender Ausstattung erbracht werden dürfen, verzeichnen deswegen einen stärkeren Mengenanstieg als solche Leistungen, auf die die Laborärzte ein Monopol besitzen. Das Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, das die abrechnungsfähigen Laboratoriumsleistungen enthält, ist in drei Teile gegliedert. Die ersten beiden Teile (O I und O II) enthalten Leistungen, die sowohl von Laborärzten als auch von sonstigen Ärzten mit entsprechender Ausrüstung erbracht werden dürfen; die Leistungen des dritten Teils (O III) sind den Laborärzten vorbehalten.

1990 erwog die Kassenärztliche Bundesvereinigung, einzelne Leistungen des O III-Kapitels nach O II überzuführen.¹⁷ Daraufhin ging der Berufsverband der Laborärzte (BDL) in die Offensive: In einer Informationsschrift für die Presse rechnete er vor, daß die Zahl der durchgeführten Analysen emporschnelle, wenn die Leistungen für das allgemeine Labor freigegeben wür-

17 Die Überführung sei, so erläuterte der Hauptgeschäftsführer der KBV, Hess, aus rechtlichen Gründen notwendig: Die fraglichen Leistungen seien mit denselben Geräten und Verfahren zu erbringen wie andere Leistungen des Kapitels O II (Die Neue Ärztliche, 4.4.1990: 1).

den.¹⁸ Mehr als die Hälfte der Laborleistungen, so der Vorwurf des Verbandes an die Laborgemeinschaften, würden »aus rein merkantilen Gründen erbracht«. ¹⁹ Diese Aktion trug dem Berufsverband nicht nur ob ihrer Unverfrorenheit heftige Kritik von allen Seiten ein, ²⁰ sie konnte auch nicht verhindern, daß die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Dezember 1990 der Umstrukturierung zustimmte.²¹

Probleme mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab haben auch die Radiologen. Im Zuge der EBM-Reform von 1987 einigten sich die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Verbände der Krankenkassen entgegen vorheriger Absprachen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner (BVDRN) darauf, daß Radiologen künftig nicht mehr Beratungsleistungen gesondert abrechnen dürfen. Obwohl die Radiologen weiterhin Beratungsleistungen erbrachten (man könne ja schlecht, so ein Radiologe, den Patienten mit dem Röntgenbild zu seinem Hausarzt schicken mit dem Hinweis, daß dieser ihm schon das Untersuchungsergebnis erklären werde), konnten sie von den Krankenkassen keine Vergütung dieser Leistung erwarten. So lag es im Ermessen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, unter welchen Umständen sie den Radiologen Beratungsleistungen vergüteten.²² Auf Intervention des Verbandes hin wurde es den Radiologen 1991 wieder ermöglicht, je nach Art des Überweisungsauftrages auch Beratungen abzurechnen.

Nicht nur Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Gebührenordnungen, auch der von den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossene Honorarverteilungsmaßstab bietet einzelnen Arztgruppen hin und wieder Anlaß, sich ungerecht behandelt zu fühlen. So strengten beispielsweise Laborärzte, Allgemeinärzte und Praktische Ärzte aus unterschiedlichen Gründen eine Verfassungsbeschwerde gegen die Anlage 4 des bayerischen Honorarverteilungsmaßstabes vom 30.6.1984 an. Die Laborärzte sahen sich in der Freiheit ihrer Berufsausübung unverhältnismäßig eingeschränkt, weil die Bestimmungen eine Honorierung ihrer Leistungen nur bei genauer Bezeichnung des einzelnen Laborparameters durch den überweisenden Arzt

18 »Die Republik wird mit Junk-Tests überzogen« heißt es da beispielsweise (zitiert nach: Ärzte-Zeitung, 4.4.1990: 1).

19 Vgl. Die Neue Ärztliche (4.4.1990: 1).

20 So u.a. der Präsident der Ärztekammer Nordrhein (Rheinisches Ärzteblatt 1990: 465); der Vorsitzende des Verbandes der Gruppenpraxen (Ärzte-Zeitung, 5.4.1990: 1).

21 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Jg. 87/1990: A-4092).

22 Einige KVen taten dies beispielsweise, so ein Interviewpartner, indem sie die Abrechnung der Beratungsziffer bei bestimmten Leistungen (beispielsweise Mammographie) zuließen.

zuließen. Allgemein- und Praktische Ärzte sahen einen Verstoß gegen den Gleichheitssatz: Sie fühlten sich gegenüber den Internisten benachteiligt, weil ihre Fallpunktzahlen-Grenzwerte niedriger lagen als die der Internisten. Darüber hinaus waren die Allgemeinärzte der Ansicht, daß man sie aufgrund ihrer im Laufe ihrer vierjährigen Weiterbildung erworbenen höheren Qualifikation nicht mit den Praktischen Ärzten in einer Gruppe zusammenfassen könne. Die Verfassungsbeschwerde wurde vom Bayerischen Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 15.12.1989 abgelehnt: Besagte Anlage 4 verstoße nicht gegen die bayerische Verfassung. Die Anlage selbst war schon am 1.4.1988 von der Vertreterversammlung der KV Bayerns ersatzlos gestrichen worden.²³

Auch die Radiologen müssen die Erfahrung machen, daß innerärztliche Verteilungsprobleme zu ihren Lasten entschieden werden. Da sie, wie auch die Laborärzte, nur auf einen Überweisungsauftrag hin tätig werden dürfen, können sie selbst ihre Praxen nicht durch eine Mengenexpansion sanieren. Sie sind aber von der Mengenexpansion anderer Arztgruppen betroffen, weil dadurch auch der Punktwert der von ihnen erbrachten Leistungen sinkt. In Berlin wurde im Herbst 1987 ein Honorarverteilungsmaßstab beschlossen, der für Großgeräte-Leistungen einen Punktwert von 5,7 Pfennig vorsah. Da durch diesen niedrigen Punktwert, so der BVDRN, »die Existenz mehrerer radiologischer Praxen in höchstem Maße bedroht [war]«, »erklärte sich [der BVDRN-Vorstand] daraufhin spontan solidarisch mit den Berliner Radiologen« (Röntgenpraxis, Röntgenpraxis aktuell 1988/16: 66).

Die weitere Vorgehensweise war, in der Darstellung des Verbandes selbst, folgende: Der BVDRN-Vorsitzende

richtete einen Protestbrief an die Berliner KV, in dem er den Vorstand aufforderte, unverzüglich auf eine neue Honorarverteilung hinzuwirken. Der BVDRN sagte den Berliner Radiologen darüber hinaus juristische Unterstützung [zu]. ... Für den Fall, daß der Punktwert nicht korrigiert würde, kündigten die Berliner Radiologen den Gang vor das Sozialgericht an. ... Dank des engagierten Einsatzes [des Vorsitzenden des Berliner Landesverbandes des BVDRN] sowie durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit nahm der Druck auf den KV-Vorstand zu, und er berief für den 2. Juni 1988 eine außerordentliche Vertreterversammlung ein. In einer Kampfabstimmung gelang durch die Unterstützung der Praktiker, Urologen, Chirurgen und HNO-Ärzte und mit der Hilfe der äußerst fachkundigen Beratung durch Rechtsanwalt ... der Beschluß eines einheitlichen Punktwertes von 8,5 Pfennig rückwirkend zum 1.1.1988 (ebd.).

23 Quellen: Laboratoriumsmedizin (Jg. 13/1989: BDL 64); Der Allgemeinarzt (1990/7: 402-404); Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1990: M 135).

Wie wichtig den fachspezifischen Berufsverbänden für ihre Tätigkeit der Wahrung der Interessen ihrer Mitglieder eine Repräsentation in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, läßt sich u.a. daran ermessen, daß der Vorsitzende des Berliner Landesverbandes des BVDRN in der folgenden Amtsperiode Mitglied des Vorstandes der KV Berlin wurde. Bedenkt man, daß die unter den Kassenärzten zu verteilende Gesamtvergütung in den letzten Jahren wesentlich langsamer gestiegen ist als die Einkommenserwartungen der Kassenärzte, so ist die Annahme nicht unplausibel, auch wenn sie hier nicht quantitativ belegt werden kann, daß der zwischen den einzelnen Arztgruppen ausgetragene Verteilungskampf an Schärfe gewonnen hat.

Insgesamt zeigen die Beispiele, daß die fachspezifischen Berufsverbände nicht zögern, offensiv zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder tätig zu werden.²⁴ Dabei bedienen sie sich aller ihnen zur Verfügung stehenden Mittel, die neben Protestbriefen, Gesprächen auf der Ebene von Vorstand und Geschäftsführung sowie der Klage vor Gericht auch den Versuch der Mehrheitsbildung für die eigene Sache in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen umfassen.

Die Relation »Vorstandsverflechtung« kann in diesem Zusammenhang den Informationsfluß zwischen freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung beschleunigen. Darüber hinaus kann auch versucht werden, den Prozeß der Entscheidungsfindung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung mit Hilfe dieser Verbindung zu beeinflussen. Aus den mir zur Verfügung stehenden Unterlagen geht nicht hervor, daß die Ambivalenz der Beziehung »Vorstandsverflechtung« von den Repräsentanten der fachspezifischen Berufsverbände als problematisch empfunden wird;²⁵ das oben erwähnte Beispiel aus Berlin weist eher in die andere Richtung.

24 Nach der Aussage eines Interviewpartners hat hier ein Wandel stattgefunden. Solange Verteilungsprobleme kein Thema waren, konnten es sich die fachspezifischen Berufsverbände leisten, bezüglich der Honorarpolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen vornehme Zurückhaltung zu üben. Dies änderte sich durch den Druck der Mitglieder dieser Verbände auf die Verbandsspitze, sich gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen stärker für die Interessen der Mitglieder einzusetzen.

25 Diese Beobachtung trifft nicht auf alle Verbandstypen zu. So haben Vertreter des Hartmannbundes, die eine Vorstandstätigkeit in einer Kassenärztlichen Vereinigung übernommen haben, durchaus Schwierigkeiten, die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Mitgliedern des Hartmannbundes zu vertreten. Darüber hinaus gibt es, wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 4.2), Verbände, die, wie der BNG, eine Vorstandsverflechtung ungerne sehen, oder sie, wie der Unabhängige Ärzteverband Deutschlands, per Satzung verbieten.

3 Änderungen der informellen Regeln der KV-internen Willensbildung

Die Kostendämpfungsgesetze wirken sich nicht nur auf die Zufriedenheit der Kassenärzte mit ihrer Selbstverwaltung oder die Schärfe innerärztlicher Verteilungskonflikten aus. Wie im folgenden dargestellt wird, zeigen sich auch im Verhältnis der Organe der kassenärztlichen Selbstverwaltung zueinander kostendämpfungsbedingt Veränderungen. Diese Veränderungen sind zwar kaum in den formalen Regeln der Selbstverwaltung nachweisbar, in den informellen Regeln ergeben sich jedoch deutlich wahrnehmbare Auswirkungen.

Eine Änderung ergibt sich beispielsweise, wie sich anhand der Berichtserstattung der ärztlichen Standespresse leicht belegen läßt und auch von mehreren Interviewpartnern bestätigt wurde, im Verhältnis von Vertreterversammlung und Vorstand. Die Vertreterversammlungen haben im Laufe der letzten Amtsperiode deutlich an Einfluß gewonnen; der Vorstand muß in stärkerem Maße als früher das Votum der Vertreterversammlung bei seinen Verhandlungen mit den Krankenkassen berücksichtigen. Eine Ursache dieser Veränderung ist, daß die Verhandlungsführer der Kassenärztlichen Vereinigungen auf einen Konsens der Kassenärzte angewiesen sind, wollen sie die Position der Kassenärzte erfolgreich gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen vertreten.²⁶ Konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen in früheren Jahren diesen Konsens schlicht als gegeben annehmen, so ist dies infolge der wachsenden Enttäuschung und Unzufriedenheit der Kassenärzte heutzutage nicht mehr der Fall.

Diese Entwicklung stellt für die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Problem dar. Im Zuge des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988 ergaben sich zahlreiche Änderungen des Kassenarztrecht, aufgrund derer die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarten Verträge geändert werden mußten. Gleichzeitig waren mit den 1988 durchgeführten Wahlen eine größere Anzahl von Kritikern der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigung in die Vertreterversammlungen gelangt. In dieser Konstellation hielt es der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für opportun, sich für die mit den

26 Der von Schelling (1960: 27) postulierte negative Zusammenhang zwischen Verhandlungsmacht und Kontrolle über die Basis ist hier insofern nicht mehr gegeben, als kurzfristige Verhandlungserfolge mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit langfristig eine vom Gesetzgeber vorgenommene Beschränkung des Verhandlungsspielraumes der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Folge hätte.

Verbänden der Krankenkassen zu führenden Verhandlungen der Rückendekung durch die Kassenärzteschaft zu versichern. Er legte der Vertreterversammlung ein Handlungskonzept vor, in dem er seine Position für die Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen absteckte.

Das Handlungskonzept wurde der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Sitzung im September 1989 vorgelegt. Es enthielt Leitlinien grundsätzlicher Art, wie beispielsweise Forderungen zur Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung, zur Notwendigkeit weiterer Korrekturen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und zur Ablehnung des vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989: 107-113) vorgeschlagenen Primärarztmodells, nach dem Fachärzte nur noch auf Überweisung des Hausarztes hin tätig werden dürften.²⁷

Die Vertreterversammlung stimmte einer überarbeiteten Fassung dieses Konzeptes auf ihrer Sitzung im Dezember 1989 zwar grundsätzlich zu, das bedeutete jedoch nicht, daß der Vorstand nun freies Spiel hatte. Die vom Vorstand auf der Basis dieses allgemeinen Handlungskonzeptes erarbeiteten Verhandlungspositionen stießen in der folgenden Vertreterversammlung im Mai 1990 auf heftige Kritik.²⁸ In der Sitzung zeichnete sich ab, daß weder die Vorstandsvorlage zur Umstrukturierung des Laborkapitels noch das Hausarzt-Facharzt-Konzept des Vorstandes in der Vertreterversammlung mehrheitsfähig waren. Aus diesem Grund wurden beide Vorlagen vom Vorstand zurückgezogen, und die Diskussion auf die Herbstsitzung vertagt; gemeinsame Ausschüsse von Vertreterversammlung und Vorstand sollten bis dahin die Konzepte weiterentwickeln.²⁹ Die überarbeitete Vorlage zur Umstrukturierung des Laborkapitels wurde von der Vertreterversammlung auf ihrer Sitzung im Dezember 1990 verabschiedet.³⁰ Die Überarbeitung des Hausarzt-Facharzt-Konzeptes wurde zurückgestellt; man hatte sich entschlossen, den Beschluß des Deutschen Ärztetages über die Novellierung der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin abzuwarten.³¹

Die Tatsache, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf einen Konsens der Kassenärzte angewiesen ist, will sie die Position der Kassenärzteschaft erfolgreich gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen vertreten, ist

27 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Jg. 86/1989: A-2620-2631).

28 Vgl. Rheinisches Ärzteblatt (1990: 477).

29 Rheinisches Ärzteblatt (1990: 477, 478).

30 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Jg. 87/1990: A-4091); KBV Tätigkeitsbericht (1990: 107).

31 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Jg. 87/1990: A-4090-4091); KBV Tätigkeitsbericht (1990: 113).

nicht die einzige Ursache für das gestiegene Gewicht der Vertreterversammlungen. Eine andere Ursache, sozusagen die Kehrseite der Medaille, ist, daß Enttäuschung und Unzufriedenheit der Kassenärzte sich in steigendem Maße in Protestwahlen niederschlagen. Auf diese Weise wurden die Vertreterversammlungen Vorstandsvorlagen gegenüber kritischer als in früheren Zeiten. Sowohl in Nordrhein als auch in Berlin gelangten anlässlich der letzten Wahlen zu den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahre 1988 mit den Mitgliedern der Arbeits- und Schutzgemeinschaften radikale Kritiker der Amtsinhaber auf Anhieb in Vertreterversammlung und Vorstand.³² Dies ist umso bemerkenswerter, als, wie Interviewpartner berichteten, die Nominierung der Kandidaten früher fest in den Händen der Amtsinhaber lag.

Der wachsende Anteil von Kritikern der Vorstandspolitik in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen engt den Handlungsspielraum des Vorstandes ein. Dies zeigt sich konkret darin, daß Vertreterversammlungen in stärkerem Maße als zuvor versuchen, den Vorstand durch die Verabschiedung von Resolutionen an Handlungsaufträge zu binden. »KV-Fürsten«, die ihre Vertreterversammlung fest in der Hand haben, sind dementsprechend seltener geworden. Werden Vertragsabschlüsse des Vorstandes von den Mitgliedern der Vertreterversammlung als unzureichend angesehen, kommt es zu heftigen Unmutsbekundungen. So riefen die Vereinbarungen³³ zwischen den Primärkassen und der KV Bayerns im Dezember 1989 folgende Reaktionen hervor: Die Vertreterversammlung mißbilligte in ihrer Sitzung im März 1990

mit 89 gegen 19 Stimmen bei 7 Enthaltungen die Informationspolitik und die Verhandlungsführung des Vorstandes der KV sowie das Ergebnis der Verhandlungen. ... Was jedoch nicht gelang, war eine Aufforderung an den Vorstand, sofort zurückzutreten. Trotzdem hat sich mit den Abstimmungsergebnissen Wesentliches für die Arbeit des KV-Vorstandes geändert: So darf er nur noch gemäß Empfehlungen eines Vertragsausschusses mit den Kassen verhandeln. ... Unterschriften unter Verträge sind lediglich dann

32 Anlässlich der Wahl der Vertreterversammlung der KV Berlin 1988 gründete beispielsweise die Schutzgemeinschaft für Kassenärztliche Rechte den Wahlhilfeverein Glienicker Kreis. In Koalition mit dem BPA und verschiedenen Facharztgruppen sowie der Aktionsgemeinschaft Freie Kassenärzte wurde die Schutzgemeinschaft in Vertreterversammlung und Vorstand der KV Berlin gewählt (Interview). Mitglieder der Zentralen Arbeitsgemeinschaften konnten bei den letzten Wahlen von Vertreterversammlung und Vorstand der KV Nordrhein aus dem Stand ein Drittel der Mandate der Vertreterversammlung und fast die Hälfte der Vorstandssitze erringen (vgl. Der Kassenarzt 1990/5: 24).

33 Es handelt sich um die Fortschreibung des Gesamtvertrages sowie der Prüfvereinbarung (vgl. Ärzte-Zeitung, 15.3.1990: 2).

genehmigt, wenn ständig in der Praxis tätige Ärzte dies nach vorheriger Anhörung befürwortet haben. ... Einstimmig verlangte die Vertreterversammlung Nachverhandlungen mit den Kassen.³⁴

Die steigende Enttäuschung und Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft findet ihren Niederschlag nicht nur im Verhältnis zwischen Vertreterversammlung und Vorstand, sondern auch im Verfahren der Rekrutierung von Mandats-trägern. Wie Tabelle 8.1 zeigt, ist der Anteil der Vorstandsmitglieder Kassenärztlicher Vereinigungen, die in ihrem Amt bestätigt wurden, d.h. bereits mindestens eine Amtsperiode als Vorstandsmitglied hinter sich haben, im Laufe des hier untersuchten Zeitraumes der letzten 20 Jahre kontinuierlich gesunken. Bei den Vorstandswahlen von 1989 lag er nur noch bei 50%. Das heißt nichts anderes, als daß bei diesen Vorstandswahlen 50% aller Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen neu in ihr Amt gewählt wurden.

Tabelle 8.1: Wiederwahl und Austausch der Vorstandsmitglieder der KVen^a

Wahljahr	Vorstandsmitglieder				
	im Amt bestätigt		neu im Vorstand		Summe
	in %	in %	in %	abs.	
1976/77	65	35	100	124	
1980/81	63	37	100	119	
1984/85	55	45	100	119	
1988/89	50	50	100	119	

a Ohne Rheinland-Pfalz.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); eigene Berechnungen.

Veränderungen im Muster der Rekrutierung von Vorstandsmitgliedern machen sich auch im Nominierungsprozeß bemerkbar (vgl. Kapitel 3). In früheren Zeiten war es nicht nur üblich, eine berufspolitische Karriere langfristig zu planen und sich langsam in der Hierarchie der Vorstände und Vorstandspositionen hochzudienen. Darüber hinaus mußte man sich, so ein Interviewpartner, der Zustimmung der Amtsinhaber, der »alten Herren«, sicher sein, um überhaupt einen aussichtsreichen Listenplatz zu erhalten. Heutzutage kann es hingegen genügen, seine Kritik eloquent zu formulieren, um ohne jede weitere

34 Die Neue Ärztliche (19.3.1990: 3).

berufspolitische Erfahrung in ein Vorstandsamt katapultiert zu werden. Damit sind auch die Chancen der Konsensfindung innerhalb des Vorstandes gesunken.

4 Die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen

Es erhebt sich die Frage, inwieweit die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die hier geschilderten Entwicklungen beeinträchtigt wird. Welche Aussichten haben die Kassenärzte, mit ihrer Reaktion zur Behebung der von ihnen wahrgenommenen Mißstände beizutragen? Die Analysen haben gezeigt, daß die Kassenärzte sich um eine stärkere Kontrolle der Politik des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen bemühen. Dadurch wird der Handlungsspielraum des Vorstandes eingeschränkt. Dies zeigt sich unter anderem darin, daß der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sich bereits im Vorfeld der Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen um ein explizites Mandat der Vertreterversammlung bemüht, um auf diese Weise zu verhindern, daß die von ihm erzielten Verhandlungsergebnisse nachträglich abgelehnt werden.³⁵

Die engere Anbindung der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Mandat der Kassenärzte verringert den Raum, der den Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Verhandlungen mit den Vertretern der Krankenkassen für Kompromisse zur Verfügung steht. Das bedeutet, daß es für die Kassenärztlichen Vereinigungen schwieriger wird, mit den Krankenkassen Vereinbarungen zu erzielen. Damit sinkt aus der Perspektive der Öffentlichkeit die Fähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu leisten.

Das sinkende Vertrauen in die Selbstregulierungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung wird Regierung und Gesetzgeber wiederum veranlassen, die Tätigkeit von Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt durch Eingriffe in das Sozialgesetzbuch zu regulieren.³⁶ Damit erhalten die Kassenärzte weiteren Anlaß, an der Fähigkeit der Kassenärztlichen

35 Eine solche Absicherung ihres Mandats hatten die Repräsentanten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den 70er Jahren nicht nötig gehabt.

36 Das jüngste Beispiel dieser Tendenz ist das im Dezember 1991 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz.

Vereinigungen zur Wahrung ihrer Interessen zu zweifeln. Die Folge davon ist wiederum, daß sie noch stärker als zuvor versuchen, ihre Repräsentanten an ihr Mandat zu binden. Ob hier eine Spiralbewegung eingesetzt hat, durch die die gegenwärtige Organisationsform der ambulanten Versorgung soweit destabilisiert wird, daß sie nur noch ersetzt, aber nicht mehr erhalten werden kann, ist im Moment noch nicht abzusehen; auszuschließen ist es meines Erachtens nicht.

Kapitel 9

Determinanten der Vorstandsverflechtung

Eine Vorstandsverflechtung entsteht, wenn eine Person Mitglied in zwei Vorständen ist. Werden mehrere Vorstände durch mehrfache Vorstandsmitglieder miteinander verbunden, so kann man von einem Muster oder einem Netz¹ der Vorstandsverflechtung reden. Dieses emergente Muster von Vorstandsverflechtungen ist, nicht anders als eine einzelne Verflechtung zweier Vorstände, sowohl eine beabsichtigte als auch eine unbeabsichtigte Folge individueller Handlungen. Die Aufgabe dieses Kapitels ist es, die Determinanten der Verbandsverflechtung zu identifizieren und aufzuzeigen, in welcher Weise das Muster der Vorstandsverflechtung durch diese geprägt wird. Die Diskussion der Ergebnisse der empirischen Untersuchung erfolgt im nächsten Kapitel.

Die Determinanten des Musters der Vorstandsverflechtung lassen sich danach unterscheiden, ob es sich um Absicht oder Strategie individueller oder korporativer Akteure handelt oder ob sie selbst Strukturen oder strukturgenerierende Mechanismen darstellen. Das Muster der Verbandsverflechtung spiegelt zunächst einmal, wie im zweiten Abschnitt dieses Kapitels gezeigt wird, die territoriale und die föderale Gliederung der Bundesrepublik Deutschland wider. Im dritten Abschnitt wird untersucht, welchen Einfluß das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen auf das Muster der Verflechtung hat.

Weitere Faktoren, die das Muster der Vorstandsverflechtung beeinflussen, sind das Kalkül des freien ärztlichen Berufsverbandes, das Kalkül des Kandidaten und das Kalkül des einfachen Verbandsmitgliedes bzw. Kassenarztes. Der Einfluß dieser Faktoren auf das Muster der Verbandsverflechtung wird in den Abschnitten 4, 5 und 6 untersucht. Das Kapitel schließt mit einer Dis-

1 Der Begriff »Netz« wird hier zur Bezeichnung einer Menge von durch Verflechtung verbundenen Vorständen verwendet, auch wenn die geringe Anzahl von Verbindungen zwischen den Vorständen die Verwendung der Metapher »Netz« eigentlich nicht gerechtfertigt erscheinen läßt.

kussion der Frage, welchen Einfluß die Kostendämpfungsmaßnahmen, vermittelt über die hier diskutierten Determinanten der Verflechtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden, auf das Muster der Verflechtung haben können.

Quantitative Untersuchungen des Musters der Vorstandsverflechtung liegen bislang eher für den Unternehmensbereich als für den Verbandsbereich vor. Ziele, Hintergründe und theoretische Konzepte dieser Untersuchungen werden im ersten Abschnitt dieses Kapitels skizziert. Viele Untersuchungen der Unternehmensverflechtung, so muß festgestellt werden, beschränken sich darauf, die empirisch vorgefundene Struktur der Verflechtung zu beschreiben; in den wenigsten Fällen wird versucht, diese Struktur systematisch aus der Konstellation der strukturgenerierenden Determinanten abzuleiten.

1 Die empirische Untersuchung der Vorstandsverflechtung

Die Untersuchung der Vorstandsverflechtung hat im Bereich der Wirtschaft eine lange Tradition, wofür es neben wissenschaftlichen auch politische, ideologische und empirische Gründe gibt. Zur Popularität der Untersuchung der Unternehmensverflechtung hat sicher auch beigetragen, daß die Vorstandsverflechtung eine relativ einfach zu erhebende Form der interorganisatorischen Beziehung ist. Dieser Umstand zog später den Spott nach sich, daß sich die dieser Verbindung zugrundeliegenden Daten eher durch ihre Zugänglichkeit als durch ihre erwiesene Bedeutung auszeichnen (so Laumann/ Galaskiewicz/ Marsden 1978: 464).

Die intensive Auseinandersetzung mit der Unternehmensverflechtung ist nicht nur durch die leichte Zugänglichkeit der Daten inspiriert. Ausmaß und Struktur der Vorstandsverflechtung dient den Vertretern marxistischer und anderer weltanschaulicher Richtungen als Beleg ihrer – oder Widerlegung anderer – »Theorien« über Zustand und Entwicklung der kapitalistischen Gesellschaft. Das Ausmaß der Vorstandsverflechtung im Unternehmensbereich wird im allgemeinen als Indikator für eine Konzentration der wirtschaftlichen Macht interpretiert.

Die wohl erste systematische Untersuchung der Vorstandsverflechtung ist die Dissertation von Otto Jeidels (1905; vgl. Fennema/ Schijf 1978: 298). Jeidels interpretierte die von ihm ermittelte Verflechtung als Indikator für die Dominanz der Banken. Damit legte er den empirischen Grundstein für die lange Auseinandersetzung darüber, welche wirtschaftliche oder gesellschaftli-

che Gruppe Wirtschaft, Staat und Gesellschaft mit Hilfe personeller Verflechtung dominiere.² Die vergleichende Analyse der Vorstandsverflechtung in verschiedenen Ländern ergab, daß das Muster der Unternehmensverflechtung von der landesspezifischen Ausprägung der rechtlichen Rahmenbedingungen abhängt. Deswegen gibt es im Muster der Unternehmensverflechtung wesentliche Unterschiede zwischen den Ländern (vgl. Scott 1985a; Stokman et al. 1985).

Politisch motiviert war die Diskussion um die Bedeutung der Vorstandsverflechtung in den Vereinigten Staaten, die zu Beginn dieses Jahrhunderts einsetzte. Anlaß dieser Debatte war zum einen die Beobachtung, daß wenige Großbanken eine dominierende Rolle im Wirtschaftsbereich spielen. Darüber hinaus wurde die Frage diskutiert, inwiefern die Verflechtung zwischen Konkurrenten den Wettbewerb behindert und damit die Konsumenten schädigt. Empirische Untersuchungen erfolgten im Auftrag der Regierung. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen führten zur Verabschiedung des »Clayton Act« im Jahre 1914. Dieses Gesetz verbot zwar unter anderem die Verflechtung zwischen Banken sowie die Verflechtung zwischen konkurrierenden Unternehmen (vgl. Fennema/ Schijf 1978: 299-300; Pennings 1980: 1-2), wurde aber, so Scott (1985a: 88), kaum angewandt.

Nachdem Vorstandsverflechtung aus politischen oder ideologischen Gründen die Aufmerksamkeit der Sozialwissenschaften erregt hatte, versuchte man, die Existenz und Bedeutung der Vorstandsverflechtung mit Hilfe theoretischer Überlegungen und Verallgemeinerungen zu erklären. Die grundlegende Annahme ist, daß interorganisatorische Beziehungen im allgemeinen und Vorstandsverflechtung im besonderen die Funktion der Kontrolle oder Stabilisierung haben. Es lassen sich zwei Varianten dieses Zugangs unterscheiden, je nachdem, ob der Schwerpunkt der Erklärung auf der Kontrolle von Abhängigkeiten und Ressourcenflüssen oder auf der Bewältigung von Unsicherheiten und der Stabilisierung von Informationsflüssen liegt (vgl. Galaskiewicz 1985).

Die Kontrolle von Abhängigkeiten und Ressourcenflüssen bildet den Kern des »Resource Dependence Model«, das in den 60er Jahren von Levine und White (1961) eingeführt wurde und auf tauschtheoretischen Überlegungen basiert (vgl. Cook 1977: 63; Galaskiewicz 1985: 283). Nach dieser Theorie entstehen interorganisatorische Beziehungen, weil Organisationen um der

2 Die Wiedergabe der wichtigsten Positionen und ihrer Vertreter ist eine Aufgabe für sich. Unter anderem wurden ein »Management Control Model«, ein »Financial Control Model« und ein »Class Hegemony Model« entwickelt (vgl. als Übersichtsartikel u.a. DiDonato et al. 1988; Fennema/ Schijf 1978; Scott 1985b).

Erreichung ihrer Zielsetzungen willen auf Ressourcen angewiesen sind, die von anderen Organisationen kontrolliert werden. Die ressourcenkontrollierende Organisation kann es sich erlauben, Repräsentanten in den Vorstand der abhängigen Organisation zu entsenden. Auf diese Weise hat sie die Möglichkeit, so die Annahme des »Resource Dependence Model«, Entscheidungsprozesse innerhalb der abhängigen Organisation zu kontrollieren.

Eine Implikation dieses Ansatzes ist, daß sich die Struktur der interorganisatorischen Beziehungen aus der Verteilung der Ressourcen und der Ziele über die Organisationen ableiten läßt (Laumann/ Galaskiewicz/ Marsden 1978: 470). So stellte beispielsweise Burt (1983) fest, daß die Vorstandsverflechtung besonders hoch zwischen den Wirtschaftssektoren ist, die aufgrund von Handelsbeziehungen stark voneinander abhängig sind.

Die Validität dieser Argumentation blieb nicht unbestritten. Mehrere Forschergruppen kamen zu dem Ergebnis, daß die Rekonstitution von Verbindungen, die beispielsweise infolge von Tod oder Pensionierung eines mehrfachen Vorstandsmitglieds abgebrochen worden waren, sehr gering ist.³ Würde Vorstandsverflechtung jedoch, wie das Resource Dependence Model behauptet, in strategischer Absicht zur Kontrolle der Umwelt eingesetzt, so müßten die betroffenen Organisationen ein großes Interesse daran haben, unfreiwillig unterbrochene Verbindungen wiederherzustellen, so die Argumentation dieser Autoren.

Aufgrund der teilweise widersprüchlichen Forschungsergebnisse ist man heutzutage zurückhaltender bei der Interpretation der Beziehung »Vorstandsverflechtung« als Kontrollinstrument geworden. So ist bei Scott (1985b: 5) zu lesen, daß die minimale Inferenz, die man machen könne, sei, Verflechtung als eine soziale Beziehung, einen Kommunikationskanal zu betrachten. Daß über diesen Kanal auch Macht ausgeübt werde, sei eine Annahme, die zwar häufig gemacht werde, deren Rechtmäßigkeit jedoch jeweils empirisch geklärt werden müßte (ebd.).

Die zweite Variante der Interpretation der interorganisatorischen Beziehung »Vorstandsverflechtung« basiert auf der Vermutung, daß die Funktion der Vorstandsverflechtung in der Verbesserung des Informationsflusses und damit der Reduktion von Unsicherheit liegt. Als Pionierstudie wird in diesem Zusammenhang die Untersuchung der Tennessee Valley Authority von Selznick (1949) bezeichnet (vgl. Galaskiewicz 1985: 289). Selznick interpretierte die Kooptation von organisationsexternen Elementen in den Vorstand als ein

3 Vgl. dazu u.a. die Untersuchungen von Koenig/ Gogel/ Sonquist (1979); Palmer (1983); Stearns/ Mizrushi (1986).

Instrument, um einer Bedrohung der Stabilität oder Existenz der Organisation zu begegnen (Selznick 1949: 13). Im Rahmen dieses Ansatzes durchgeführte empirische Untersuchungen ergaben, daß ein Zusammenhang zwischen dem Umfang der Vorstandsverflechtung und dem Ausmaß der Umweltturbulenz nachgewiesen werden kann (so u.a. Boyd 1990; Pfeffer 1972).

Diese zwei Perspektiven beleuchten zwei unterschiedliche Aspekte des Interesses einer Organisation an einer Vorstandsverflechtung: Eine Organisation kann Mitglieder ihres Vorstandes in den Vorstand einer anderen Organisation *entsenden*, um die dort ablaufenden Entscheidungsprozesse besser kontrollieren zu können. Eine Organisation kann umgekehrt Vorstandsmitglieder einer anderen Organisation in ihren Vorstand *kooptieren*, weil sie sich dadurch eine Befriedung der anderen Organisation und eine Stabilisierung ihrer Umwelt verspricht.

Auch in der Vorstandsverflechtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden lassen sich die beiden Aspekte, Entsendung und Kooptation, beobachten: Die freien Verbände haben ein Interesse daran, Mitglieder ihres Vorstandes in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu entsenden, um auf diese Weise den Informationsfluß zu verbessern und den Willensbildungsprozeß innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen besser kontrollieren⁴ zu können. Bei der Ressource, über die sie in stärkerem Maße verfügen als die Kassenärztlichen Vereinigungen, handelt es sich um die Erwartungs- und Meinungsbildung innerhalb der Kassenärzteschaft. Umgekehrt sind auch die Kassenärztlichen Vereinigungen an einer Kooptation von Vorstandsmitgliedern der freien ärztlichen Berufsverbände interessiert, weil für sie auf diese Weise der Informationsfluß verbessert wird. Darüber hinaus kann erwartet werden, daß die Kooptation ein gewisses Maß an Domestikation des kooptierten Verbandes zur Folge hat und damit einen Beitrag zur Stabilisierung der Umwelt der Kassenärztlichen Vereinigungen leistet.

Die Mehrheit der Untersuchungen der Unternehmensverflechtung beschränkt sich darauf, die Struktur der Verflechtung zu beschreiben und gegebenenfalls mit geeignet erscheinenden Input- oder Outputvariablen zu korrelieren. Nur wenige Studien versuchen, systematisch die Faktoren und Prinzipien zu identifizieren, nach denen die Struktur erzeugt wird. Genau dies ist die Aufgabe der folgenden Abschnitte dieses Kapitels.

4 Vgl. die Definition von »Kontrolle« in der Einleitung.

2 Die territoriale und föderale Gliederung Deutschlands

Die Bundesrepublik Deutschland ist, wie der Name schon andeutet, ein Bundesstaat, d.h., die Staatsgewalt ist zwischen Zentralstaat und Gliedstaaten geteilt; je nach Aufgabenverteilung liegt sie beim Zentralstaat oder bei den Gliedstaaten. Diese Konstruktion beinhaltet zwei Gliederungsprinzipien: eine territoriale Gliederung, die die Zuständigkeitsbereiche der Gliedstaaten voneinander trennt, und eine föderale Trennung der Zuständigkeitsbereiche von Zentralstaat und Gliedstaaten.⁵ Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen folgen dieser Gliederung in Bundes- und Landesebene.⁶ Im folgenden wird erläutert, in welcher Weise das Muster der Vorstandsverflechtung durch diese Gliederung geprägt wird.

Auf dem Gebiet der alten Bundesländer gibt es achtzehn Kassenärztliche Vereinigungen, deren Grenzen denen der Bundesländer oder denen der Regierungsbezirke innerhalb der Bundesländer entsprechen. Auch die Mehrzahl der freien ärztlichen Berufsverbände ist, soweit es die Mitgliederstärke zuläßt, in Landesverbände oder Landesgruppen gegliedert. Die territoriale Gliederung der ärztlichen Berufsverbände folgt in der Regel der der Ärztekammern oder der der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Einfluß der territorialen Gliederung auf das Netz der Vorstandsverflechtung besteht darin, daß die Mitgliedschaft in freiem Verband oder Kassenärztlicher Vereinigung auf Landesebene örtlich gebunden ist. Das bedeutet, daß das Mitglied in den Landesverband eintritt, der den Ort seines Wohnsitzes oder seiner Niederlassung umfaßt. Daraus folgt zweierlei: Zum einen kann zwischen den Landesverbänden desselben Verbandes keine Vorstandsverflechtung existieren, weil sich die Mitgliedschaften der Landesverbände nicht überschneiden.⁷ Deswegen ist zweitens eine Vorstandsverflechtung auf Landesebene nur innerhalb einer Region zwischen den Landesverbänden unterschiedlicher Verbände möglich.⁸ Daraus ergibt sich wiederum, daß es auf

5 Im Falle der Bundesrepublik sind das Bund und Bundesländer.

6 Welche Gründe sie, und Verbände allgemein, hierfür haben, wird von Mayntz (1990) diskutiert.

7 Konkret heißt das beispielsweise: Wer Mitglied im Landesverband Hessen des Hartmannbundes ist, kann nicht gleichzeitig Mitglied im Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbundes sein. Deswegen kann zwischen den Landesverbänden Baden-Württemberg und Hessen keine Vorstandsverflechtung existieren.

8 Beispielsweise ist eine Vorstandsverflechtung zwischen dem Landesverband Hessen des Hartmannbundes und dem Landesverband Hessen des NAV möglich.

der Ebene der Regionen maximal so viele Netze von Vorstandsverflechtungen geben kann, wie es Regionen gibt.

Die Bestimmung der Anzahl der Regionen ist unproblematisch. Einen ersten Näherungswert stellt die Anzahl der Bundesländer dar, deren territorialer Gliederung die Ärztekammern und damit auch die Mehrzahl der Verbände folgt. Aus der Tatsache, daß es (inklusive West-Berlin) in den Grenzen der Bundesrepublik vor 1989 elf Bundesländer gab, ergibt sich, daß sich auch das Netz der Verflechtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden in elf Regionen zerlegen läßt. Diese Folgerung muß nur geringfügig modifiziert werden, weil es in Nordrhein-Westfalen zwei Kammerbereiche gibt und deswegen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie sämtliche ärztlichen Berufsverbände dort in jeweils zwei, einander nicht überlappende Bereiche gegliedert sind: Nordrhein und Westfalen-Lippe. Das bedeutet, daß auf Landesebene maximal zwölf Netze zu finden sind, die nicht miteinander verbunden sein können.

Übersicht 9.1: Anzahl der Landesverbände ausgewählter ärztlicher Berufsverbände

Verband	Landesverbände
Kassenärztliche Vereinigungen	18
Hartmannbund	12
NAV	11
Deutscher Kassenarztverband	0
Bundesverband Deutscher Belegärzte (BDB)	3
Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte (BNG)	6
Berufsverband Praktischer Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA)	13
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)	18

Quelle: Eigene Erhebungen.

Übersicht 9.1 zeigt, daß die Anzahl der Landesverbände zwischen den Verbänden variiert. So gibt es auf Landesebene achtzehn Kassenärztliche Vereinigungen (je vier in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, zwei in Nordrhein-Westfalen und je eine in den übrigen Bundesländern). Hartmannbund, NAV und BPA haben sich bei der Demarkation ihrer Landesverbände weitgehend an der Gliederung der Ärztekammern orientiert, so daß sie wie diese in ungefähr zwölf Landesverbände untergliedert sind (zwei in Nordrhein-West-

falen, je einer in den übrigen Bundesländern).⁹ Der BDI hat sich an der Gliederung der Kassenärztlichen Vereinigungen orientiert und dementsprechend achtzehn Landesgruppen gebildet.

Gelegentlich kommt es vor, daß einzelne Landesverbände mangels Mitglieder nicht existieren oder mit anderen Landesverbänden zusammengeschlossen werden. So gab es bei Hartmannbund und NAV bis Ende der 70er Jahre nur einen Landesverband Rheinland-Pfalz/ Saarland, bevor ein eigener Landesverband Saarland gegründet wurde. Eine zu geringe Mitgliederdichte ist auch die Ursache dafür, daß der Bundesverband Deutscher Belegärzte nur noch drei Landesverbände aufweist.¹⁰ Die (1991) existierenden sechs Landesverbände des Bundesverbandes niedergelassener Gebietsärzte sind damit zu erklären, daß der Verband noch im Aufbau begriffen ist. Der Deutsche Kassenarztverband ist, wie man der Tabelle entnehmen kann, gar nicht auf Landesebene vertreten.

Neben der Verflechtung auf Landesebene, die im folgenden auch als horizontale Verflechtung bezeichnet wird, besteht infolge der föderalen Gliederung auch die Möglichkeit der Verflechtung zwischen Landes- und Bundesebene (vertikale Verflechtung). Sie kann sowohl innerhalb eines Verbandes als auch zwischen zwei Verbänden bzw. zwischen einem freien Verband und einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen. Die vertikale Verflechtung ist innerhalb eines Verbandes wesentlich häufiger zu beobachten als zwischen zwei verschiedenen Verbänden. Dabei kann es zwischen Landes- und Bundesebene innerhalb eines Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen maximal so viele Verbindungen geben, wie es Vorstandspostitionen auf Bundesebene gibt.

Die vergleichsweise häufig auftretende Verflechtung innerhalb eines Verbandes hat mehrere Gründe. Zum einen gilt, daß die beste Qualifikation für das Amt eines Bundesvorstandsmitgliedes die Mitgliedschaft in einem Landesvorstand ist. Ein weiterer Grund ist, daß die Politik eines Verbandes auf Landes- und Bundesebene der Koordination bedarf, wenn die Politik den An-

9 Beim NAV bilden Bremen und Niedersachsen einen Landesverband; deshalb zählt der NAV nur elf Landesverbände. Der BPA hat hingegen noch einen dreizehnten Landesverband, den Landesverband Braunschweig. Dieser gehörte zu den Gründungsmitgliedern des BPA, gliederte sich anschließend zunächst dem Landesverband Niedersachsen an, um sich danach wieder selbständig zu machen.

10 Landesverbände bestehen zur Zeit offiziell in Bayern, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. In den übrigen Gebieten werden entweder Obleute eingesetzt, oder es gibt infolge restriktiver Landeskrankenhausgesetze kaum Belegärzte (Auskunft des Bundesvorsitzenden).

spruch der Einheitlichkeit erheben will. Die Vorstandsverflechtung stellt das geeignete Instrument zur Koordination der Politik unterschiedlicher Vorstände dar, weil durch die Doppelmitgliedschaft einer Person in Landes- und Bundesvorstand der Informationsweg wesentlich verkürzt wird. Darüber hinaus erlaubt sie es auch den Landesvorständen, die Politik des Bundesvorstandes besser zu überwachen. Auf diese Weise können sie gegebenenfalls Entscheidungen des Bundesvorstandes verhindern, die den Interessen der Landesverbände zuwiderlaufen.

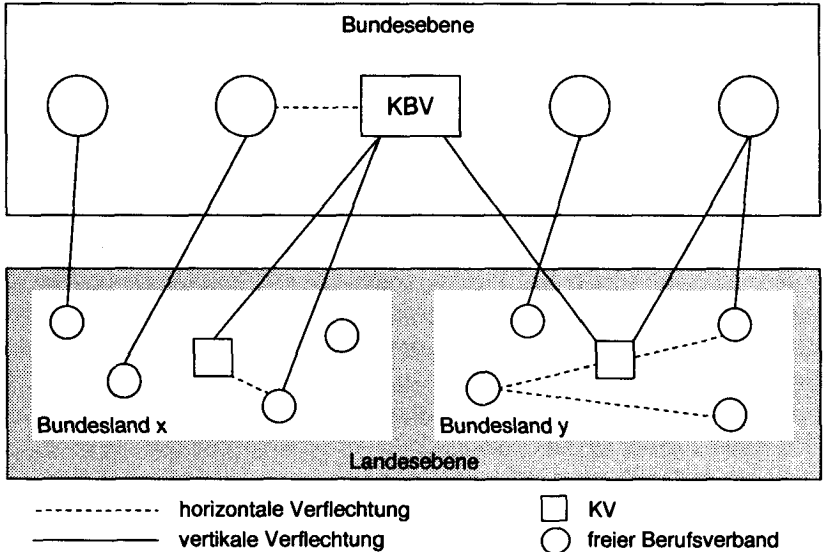
Mit Hilfe dieser Überlegungen lassen sich folgende Strukturierungsprinzipien definieren: Eine horizontale Verflechtung kann auf Landesebene immer nur innerhalb einer Region und zwischen unterschiedlichen Verbänden bzw. freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung erfolgen. Komplexere Strukturen ergeben sich dabei in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, wo den vier Kassenärztlichen Vereinigungen und vier Landesgruppen des BDI jeweils ein Landesverband von Hartmannbund, NAV oder BPA gegenübersteht. Auch auf Bundesebene ist eine (horizontale) Vorstandsverflechtung möglich. Sie ist wesentlich seltener zu beobachten als die horizontale Verflechtung auf Landesebene, nicht zuletzt deshalb, weil die Anzahl der möglichen Verbindungen auf der Bundesebene wesentlich geringer ist als die der möglichen Verbindungen auf Landesebene.

Eine vertikale Verflechtung erfolgt sowohl innerhalb eines Verbandes als auch zwischen unterschiedlichen Verbänden. Die maximal zwölf unverbundenen Netze auf Landesebene werden durch vertikale Verflechtungen zwischen Landes- und Bundesebene sowie horizontale Verflechtungen auf Bundesebene indirekt miteinander verbunden. Auf diese Weise ergibt sich ein Netz, das mehrere Regionen umfassen kann. Die Frage, wieviele solcher, mehrere Regionen umfassenden Netze entstehen werden, kann nur empirisch beantwortet werden. Denkbar ist beispielsweise, daß ein großes Netz entsteht, das alle Regionen umfaßt, oder daß mehrere Netze entstehen, die jeweils einen anderen Teil der Regionen miteinander verbinden.

Abbildung 9.1 verdeutlicht diese Zusammenhänge graphisch am Beispiel der Vorstandsverflechtung innerhalb zweier Bundesländer und zwischen Landes- und Bundesebene. Sowenig wie in der Realität alle möglichen Verbindungen zwischen den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbände existieren, sind in Abbildung 9.1 alle möglichen Verbindungen dargestellt. Es kommt durchaus vor, daß einzelne Landesbandsvorstände weder horizontale noch vertikale Verbindungen haben; d.h., keines ihrer Mitglieder ist Mitglied eines weiteren Vorstandes. Bundesvor-

stände haben hingegen mindestens vertikale Verbindungen, da sich ihre Mitglieder zum überwiegenden Teil aus Landesverbandsvorständen rekrutieren.

Abb. 9.1: Horizontale und vertikale Verflechtungen



3 Das Wahlsystem der KVen

Die Vorstandsämter der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Wahlämter. Vorstandsmitglieder werden nicht vom Vorstand selbst ernannt, sondern von den Mitgliedern der Vertreterversammlungen aus ihrer Mitte gewählt. Das bedeutet, daß ein Kassenarzt, der Mitglied eines Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung werden will, folgende Hürden zu überwinden hat: Er muß auf einem Wahlvorschlag erscheinen, er muß von den Wahlberechtigten seines Wahlkreises in die Vertreterversammlung gewählt werden, und er muß von den Mitgliedern der Vertreterversammlung für das Amt des Vorstandsmitgliedes nominiert und gewählt werden.

Einen wesentlichen Einfluß auf das Wahlergebnis übt das Wahlsystem aus, das ist die Gesamtheit der Regeln, nach denen die Wahl erfolgt. Beim Wahlsystem lassen sich zwei ideale Typen unterscheiden. Beim *Verhältniswahlrecht* wird die Zahl der zu verteilenden Sitze der Vertreterversammlung gemäß der Anzahl der einer Gruppierung zugekommenen Stimmen aufgeteilt. Beim *Mehrheitswahlrecht* erhält in jedem Wahlkreis diejenige Gruppierung den Sitz in der Vertreterversammlung, die die Mehrheit der Stimmen erzielt hat. Das Mehrheitswahlrecht begünstigt große Gruppierungen. Da Minderheiten, wie beispielsweise kleine Arztgruppen, bei annähernder Gleichverteilung der Gruppierungen über die Wahlkreise kaum eine Chance haben, in einem Wahlkreis eine Mehrheit zu gewinnen, gelingt ihnen selten der Sprung in die Vertreterversammlung. Das reine Verhältniswahlrecht erlaubt hingegen auch Minderheiten eine ihrer Stärke in der Grundgesamtheit entsprechende Repräsentation in der Vertreterversammlung. In der Realität werden meist Mischformen zwischen den beiden Systemen verwendet.

In den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen gilt eine Form des Mehrheitswahlrechts, d.h. der Kandidat ist gewählt, der die meisten Stimmen erhalten hat. In der Vergangenheit, d.h., solange das Nominationsverfahren in den Händen der Amtsinhaber lag, war es üblich, daß die Amtsinhaber gemeinsam auf einer Einheitsliste für die Wiederwahl kandidierten. In vielen Kassenärztlichen Vereinigungen muß ein Wahlvorschlag mindestens so viele Kandidaten enthalten, wie Vertreter für den Wahlkreis zu wählen sind. Den Kandidaten oppositioneller Gruppierungen fällt es unter diesen Umständen schwer, mehr Stimmen zu erhalten als einer der Amtsinhaber. Dadurch liegt der Anteil der Kandidaten einer oppositionellen Liste an der Zahl derer, die den Sprung in die Vertreterversammlung schaffen, normalerweise unter dem Anteil der Stimmen, die die oppositionelle Liste insgesamt erhalten hat.

Dieses Schicksal ereilte beispielsweise die Kandidaten des BPA-Landesverbands Berlin bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Berlin im Jahre 1984. Da die Kandidaten der oppositionellen Liste, auf der die Mitglieder des BPA kandidierten, zwar einen beachtlichen Stimmenanteil erreichten, die absolute Zahl der für sie abgegebenen Stimmen jedoch jeweils geringer war als die Stimmenzahl, die die Amtsinhaber auf sich vereinigen konnten, gelang nur einem Allgemeinarzt auf Anhieb der Einzug in die Vertreterversammlung.¹¹

11 Anlässlich des Ausscheidens der Vorstandsmitglieder aus der Vertreterversammlung gelangten weitere vier Allgemeinärzte in die Vertreterversammlung (vgl. Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1985/2: 31, 34).

Gelingt es den oppositionellen Gruppierungen aufgrund allgemeiner Unzufriedenheit der Wähler jedoch, in jedem Wahlkreis eine, wenn auch nur knappe Mehrheit zu erzielen, dann beherrschen sie die Vertreterversammlung. Dies gelang beispielsweise den oppositionellen Gruppierungen in Berlin im Jahre 1988. Nur ein Mitglied der Liste der Amtsinhaber errang einen Sitz in der Vertreterversammlung. Ihr Versprechen, das Mehrheitswahlrecht durch ein Verhältniswahlrecht zu ersetzen, lösten die Wahlsieger jedoch nicht ein.¹²

Die Auswirkungen des Wahlsystems zeigen sich auch in der Repräsentation der verschiedenen Arztgruppen (Augenärzte, Internisten etc.) in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unterstellt man den Mitgliedern der unterschiedlichen Arztgruppen, daß sie ein Interesse daran haben, einen Vertreter ihres Faches in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wählen, damit dieser dort ihre fachspezifischen Belange vertreten und fachspezifischen Interessen wahren kann, dann ist, bei reinem Verhältniswahlrecht, zu erwarten, daß die arztgruppenspezifische Zusammensetzung von Vertreterversammlungen und Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen in etwa der arztgruppenspezifischen Zusammensetzung der Kassenärzteschaft entspricht.

Nach den Regeln des Mehrheitswahlrechts ist jedoch zu erwarten, daß die größeren Arztgruppen, das sind vor allem Allgemein- und Praktische Ärzte sowie Internisten, in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen überrepräsentiert sind. Inwiefern diese Vermutung zutrifft, zeigt Tabelle 9.1. Die beiden größten Arztgruppen, Allgemein- und Praktische Ärzte sowie Internisten, sind in der Tat in den hier untersuchten beiden Zeiträumen in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen überrepräsentiert. Die stärkste überproportionale Vertretung im Vorstand weisen in den hier untersuchten Zeiträumen die Radiologen auf: Ihr Anteil an den Vorstandsmitgliedern ist doppelt so hoch wie ihr Anteil an den ordentlichen Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die These, daß diejenigen Arztgruppen, die medizinisch-technische Leistungen erbringen, in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Lasten der Arztgruppen, die vorwiegend persönlich-ärztliche Leistungen erbringen, überrepräsentiert sind, wurde bereits von

12 Vgl. *Ärzte-Zeitung* (25.4.1991: 9). Die Quittung für dieses Versäumnis erhielten die Amtsinhaber bei der nächsten Wahl der Vertreterversammlung im Jahre 1992. Bei dieser Wahl reichten die Mehrheitsverhältnisse nicht für eine Bestätigung im Amt; nur wenigen Vertretern der amtierenden Fraktion gelang überhaupt der Sprung in die Vertreterversammlung (vgl. KV-Blatt – Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1993/1: 8).

Tabelle 9.1: Repräsentation der Facharztgruppen in den Vorständen der KVen

Facharztgruppe	ordentliche KV-Mitglieder ^a		Vorstandsmitglieder ^b			
			1981		1989	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Augenärzte	3.384	4,7	0	0,0	2	1,3
Chirurgen	2.682	3,7	3	2,0	2	1,3
Frauenärzte	6.423	8,9	7	4,7	8	5,3
HNO-Ärzte	2.457	3,4	9	6,0	4	2,7
Hautärzte	1.911	2,6	2	1,3	3	2,0
Internisten	11.774	16,3	38	25,3	46	30,7
Kinderärzte	3.509	4,8	3	2,0	1	0,7
Laborärzte	392	0,5	1	0,7	0	0,0
Nervenärzte / Psychiater	3.259	4,5	4	2,7	5	3,3
Orthopäden	3.002	4,1	0	0,0	2	1,3
Radiologen	1.684	2,3	6	4,0	8	5,3
Urologen	1.640	2,3	7	4,7	3	2,0
Sonstige Ärzte ^c	1.341	1,9	2	1,3	0	0,0
Allgemein- / Prakt. Ärzte	28.928	40,0	68	45,3	65	43,3
Nicht zuordenbar					1	0,7
Summe	72.386	100,0	150	100,0	150	100,0

a Mitgliederstand zum 31.12.1988. Die Verteilung der Ärzte auf die Facharztgruppen hat sich zwischen 1981 und 1989 nur unwesentlich geändert.

b Vorstände der 18 Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Ehrenvorsitzende.

c Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Lungenärzte, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen.

Quellen: Diverse Ärzteblätter (s. Anhang); KBV, TB (1990: 186); eigene Berechnungen.

Herder-Dorneich (1966: 291, 303) entwickelt. Sie wird auch dazu verwendet, die Einkommensdifferenzierung zwischen den Arztgruppen zu erklären: Je unabhömmlicher eine Arztgruppe im Alltag ihrer Praxis ist, so die These, desto geringer ist ihre Repräsentation in den Verhandlungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diesen Arztgruppen fällt es dementsprechend schwer, ihr Interesse an einer angemessenen Aufwertung der persönlich-ärztlichen Leistungen zu Lasten der medizinisch-technischen Leistungen gegenüber den technisierten Arztgruppen durchzusetzen. (vgl. Zohlhöfer/ Schmidt 1985: 128).

Diese These wird von den hier ermittelten Werten nur bedingt gestützt. Die in Tabelle 9.1 dargestellte Auswertung zeigt stattdessen ein leichtes Über-

gewicht der Allgemein- und Praktischen Ärzte, das ist die größte Gruppe der im Praxisalltag eher unabkömmlichen Ärzte. Das Übergewicht dieser Arztgruppe findet sich auch in der Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wieder und wird von der ärztlichen Standespresse häufig als solches registriert.¹³ Damit scheint die von Zohlhöfer und Schmidt (1985: 128-129) formulierte These, daß »einige wenige Ärztegruppen wie Internisten, Augenärzte, Orthopäden [und] Radiologen ... nicht zuletzt aufgrund ihrer wirksameren Interessenvertretung [in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen] Spitzeneinkommen behaupten konnten«, zumindest was die Repräsentation der Orthopäden und Augenärzte in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen betrifft, angesichts der hier ermittelten Werte der Wirklichkeit nicht ganz gerecht zu werden.

Die Hürde des Wahlsystems macht sich nicht nur in der Repräsentation der Arztgruppen in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen bemerkbar, sie begrenzt auch die Möglichkeiten der freien ärztlichen Berufsverbände, Kandidaten in die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen zu entsenden. Tabelle 9.1 zeigte, daß das Mehrheitswahlsystem zur Folge hat, daß kleinere Arztgruppen (mit Ausnahme der Radiologen) in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterrepräsentiert sind. Das bedeutet, daß die Repräsentanten der fachspezifischen Berufsverbände der kleineren Arztgruppen schlechtere Chancen haben, in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu gelangen als die Repräsentanten der fachspezifischen Berufsverbände der größeren Arztgruppen.

Die Frage ist, ob sich allgemein, d.h. auch für die fachübergreifenden Verbände, entsprechende Zusammenhänge zwischen Verbandsgröße und Wahlchance, und damit Chance der Vorstandsverflechtung, zeigen lassen. Um diese Frage beantworten zu können, wird die relative Wahlchance einiger ärztlicher Berufsverbände in den Kassenärztlichen Vereinigungen geschätzt. Nimmt man an, daß die Mitglieder eines freien ärztlichen Berufsverbandes einen Anreiz haben, den Kandidaten ihres Verbandes in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wählen,¹⁴ so kann man folgern, daß der Stimmenanteil des Verbandes in etwa dem Anteil seiner Mitglieder an der Kassenärzteschaft entspricht. Dieses Modell liefert konservative Schätzwerte, weil unterstellt wird, daß der Kandidat eines Verbandes nur von dessen Mit-

13 Vgl. u.a. Der Deutsche Arzt (1985/6: 3).

14 Dieser Anreiz läßt sich nicht zuletzt damit begründen, daß die Mitglieder des Verbandes dessen Kandidaten und die Interessen, die dieser vertritt, besser kennen als die Kandidaten anderer Verbände.

gliedern gewählt wird. Die realistischere Annahme, daß der Kandidat eines Verbandes auch von Nicht-Verbandsmitgliedern gewählt wird, die mit den Zielen des Verbandes sympathisieren, kann mangels entsprechender Informationen nicht als Berechnungsgrundlage verwendet werden.

Tabelle 9.2: Die Überlappung der Mitgliedschaft zwischen ausgewählten freien Verbänden und den KVen

Verband	Mitglieder			
	insgesamt	Mitglied einer KV		
		abs. ^c	doppelte Mitglieder ^a abs. ^c	in % der Verbandsmitglieder ^b	in % der KV-Mitglieder
Fachübergreifende Verbände				
Hartmannbund	34.000	20.000	> 60	21
NAV	14.000	14.000	=100	15
Deutscher Kassenarztverband	10.000	10.000	=100	11
BDB	2.000	2.000	=100	2
BNG	1.000	1.000	=100	1
Fachspezifische Verbände				
BPA	12.000	11.000	> 90	11
BDI	13.000	5.000	< 40	5

a Berechnet durch Multiplikation der Anzahl der Verbandsmitglieder mit dem (teilweise geschätzten) Anteil der KV-Mitglieder an den Verbandsmitgliedern.

b Teilweise geschätzte Werte (bei NAV, Deutschem Kassenarztverband, BDB und BNG wurde angenommen, daß sie sich nur an niedergelassene Kassenärzte richten; beim BPA, daß er darüber hinaus auch solche Ärzte rekrutiert, die sich niederlassen wollen).

c Gerundete Werte.

Quellen: Vgl. Übersichten 4.4, 4.5. Hartmannbund: Groser (1992: 179). BDI: Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten (1990: 75). Eigene Schätzungen und Berechnungen.

Tabelle 9.2 führt die Mitgliederstärke einiger freier ärztlicher Berufsverbände auf. Nicht alle Verbände rekrutieren ihre Mitgliedschaft ausschließlich aus Kassenärzten; deswegen kann die Mitgliederstärke des Verbandes nicht als Indikator für den Stimmenanteil des Verbandes bei Wahlen in den Kassenärztlichen Vereinigungen gelten. Der Anteil der Verbandsmitgliedern an den KV-Mitgliedern läßt sich berechnen, wenn bekannt ist, wieviele Verbandsmitglieder »doppelte Mitglieder«, d.h., auch KV-Mitglieder sind. Da diese Größe

nicht für alle der hier aufgeführten Verbände verfügbar war, beruhen die in der letzten Spalte der Tabelle aufgeführten Werte teilweise auf Schätzungen. Unter der Annahme, daß der Verbandskandidat nur von den Mitgliedern seines Verbandes gewählt wird, entsprechen diese Anteile dem Stimmenanteil, den der Kandidat bei einer Wahl in den Kassenärztlichen Vereinigungen erreichen kann.

Die letzte Spalte von Tabelle 9.2 zeigt, daß der Hartmannbund mit 21% den größten Stimmenanteil erzielen würde und BDB und BNG mit 2% bzw. 1% die geringsten Chancen haben, in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung gewählt zu werden. Wollte man aus diesen Zahlen auf die relative Stärke einer Vorstandsverflechtung zwischen den betreffenden Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen schließen, so würde man folgern, daß die Verflechtung von Hartmannbund und Kassenärztlichen Vereinigungen enger sein sollte als die von NAV und Kassenärztlichen Vereinigungen. An dritter Stelle stünde die Verflechtung von Deutschem Kassenarztverband oder BPA und Kassenärztlichen Vereinigungen, keine nennenswerte Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen dürften BDB oder BNG aufweisen. Inwieweit diese Vermutungen zutreffend sind, wird sich in Kapitel 10 erweisen.

Der Einfluß des Wahlsystems auf die Verflechtung zwischen den freien ärztlichen Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen läßt sich damit folgendermaßen resümieren. Das in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen herrschende Mehrheitswahlrecht begünstigt in der Regel große Arztgruppen und Berufsverbände. Aus der Annahme, daß die Mitglieder freier ärztlicher Berufsverbände vorzugsweise dem Kandidaten des eigenen Verbandes die Stimme geben, läßt sich anhand von Schätzungen folgern, daß die Verflechtung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Hartmannbund am höchsten sein muß. Selbst die größten fachspezifischen Berufsverbände können nach diesem Modell nicht die gleiche Verflechtungsdichte wie der Hartmannbund erreichen.

Das Muster der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden wird nicht nur von der territorialen und föderalen Gliederung Deutschlands sowie dem Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen strukturiert. In den folgenden drei Abschnitten wird diskutiert, welche Rolle die Kalküle der involvierten individuellen und korporativen Akteure – Wähler, Kandidaten und Vorstandsvorstände – spielen.

4 Das Kalkül des Wählers

Sowohl für die freien ärztlichen Berufsverbände wie auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt, daß die Toleranz der Mitglieder gegenüber dem Vorstand mit der Zufriedenheit der Mitglieder mit der Politik des Vorstandes variiert. Je zufriedener die Verbandsmitglieder bzw. Kassenärzte mit der Politik ihres Vorstandes sind, desto größer ist der Handlungsspielraum, den sie diesem einräumen. Der Handlungsspielraum des Vorstandes erstreckt sich nicht nur auf die Vertretung der Interessen der Mitgliedschaft gegenüber Dritten, sondern auch auf die Kontrolle der Willensbildungsprozesse¹⁵ innerhalb von Verband oder Kassenärztlicher Vereinigung.

Solange die Loyalität der Wähler gegenüber den Amtsinhabern hoch ist, liegt die Kontrolle über den Wahlvorgang bei den Amtsinhabern. Da auch die Kontrolle über den Nominationsprozeß in diesem Fall bei den Amtsinhabern liegt, hängt das Wahlergebnis weitgehend von ihnen ab. Sinkt jedoch die Zufriedenheit der Mitgliedschaft mit der Politik ihres Vorstandes, so beginnt sie damit, die Tätigkeit des Vorstandes genauer zu kontrollieren. Dadurch wird der Handlungsspielraum des Vorstandes eingeschränkt. Der Vorstand ist in stärkerem Umfang als zuvor gezwungen, seine Entscheidungen in der Vertreterversammlung rückzukoppeln. Entspricht die Tätigkeit des Vorstandes trotz stärkerer Kontrolle und Rückkopplung nach wie vor nicht den Erwartungen der Mitglieder, so riskiert der Vorstand, bei den nächsten Wahlen abgewählt und durch oppositionelle Kandidaten ersetzt zu werden. Das heißt, daß mit sinkender Zufriedenheit der Mitgliedschaft die Kontrolle des Vorstandes über den Wahlausgang sinkt.

Die Frage, die im Laufe dieses Abschnitts erörtert wird, ist, welche Konsequenzen sich aus diesem Zusammenhang für das Muster der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden ergeben. Solange die Mitglieder der freien ärztlichen Berufsverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Tätigkeit ihrer Vorstände so zufrieden sind, daß diese die Kontrolle über den Wahlausgang haben, solange üben sie, wie gesagt, keinen Einfluß auf das Muster der Vorstandsverflechtung aus. Die Situation ändert sich jedoch, wenn, wie es infolge der Kostendämpfungsgesetze geschehen ist, die Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft so weit ansteigt, daß sich genügend Wähler finden, die bereit sind,

15 Willensbildungsprozesse umfassen sowohl die Meinungsbildung innerhalb eines Verbandes als auch die Verfahren der Besetzung von Vertreterversammlung und Vorstand.

selbst zu kandidieren beziehungsweise Kandidaten oppositioneller Listen zu unterstützen.

Inwiefern sich die Vorstandsverflechtung ändert, wenn die Amtsinhaber durch Kandidaten oppositioneller Gruppierungen ersetzt werden, hängt davon ab, unter welchen Gesichtspunkten der Kassenarzt seine Stimme vergibt. In Kapitel 8 wurde festgestellt, daß sich in den letzten Jahren eine steigende Anzahl von Kassenärzten aufgrund ihrer wachsenden Unzufriedenheit mit der Politik ihrer Repräsentanten zu Arbeitsgemeinschaften zusammenschloß. Ein erklärtes Ziel der Arbeitsgemeinschaften ist, eine personelle Erneuerung der Kassenärztlichen Vereinigungen dadurch zu erreichen, daß die amtierenden Repräsentanten durch Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften ausgewechselt werden. Nimmt man an, daß es sich bei den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaften überwiegend um solche Kassenärzte handelt, die bis zum Zeitpunkt ihrer Mitarbeit in einer Arbeitsgemeinschaft berufspolitisch eher inaktiv waren und dementsprechend keine weiteren Ehrenämter bekleiden, so kann man erwarten, daß der Umfang der Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und etablierten ärztlichen Berufsverbänden sinkt, wenn die Mitglieder der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen von den Kassenärzten per Stimmabgabe durch Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften ersetzt werden.¹⁶

Die Kostendämpfungsmaßnahmen hatten, wie in Kapitel 8 gezeigt wurde, nicht nur eine steigende Unzufriedenheit mit der Politik der Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Folge, die sich in wachsendem Zulauf und in Wahlerfolgen der Arbeitsgemeinschaften manifestiert. Gleichzeitig sank das Vertrauen in die Wirksamkeit der Interessenwahrung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder fachübergreifenden Berufsverbände: eine Mehrheit der Kassenärzte fühlt sich heutzutage eher von ihrem fachspezifischen Berufsverband als von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung oder einem fachübergreifenden Berufsverband vertreten. Diese Einschätzung sollte den rational wählenden Kassenarzt dazu veranlassen, bei der Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen seine Stimme bevorzugt den Kandidaten seines fachspezifischen Berufsverbandes zu geben.

Sofern es bevorzugt die Vorstandsmitglieder der fachspezifischen Berufsverbände sind, die für die Vorstandspeditionen der Kassenärztlichen Vereini-

16 Nicht alle Mitglieder von Arbeitsgemeinschaften haben keine berufspolitischen Erfahrungen, es finden sich sowohl Mitglieder als auch Amtsinhaber fachübergreifender wie auch fachspezifischer Verbände unter ihnen.

gungen kandidieren,¹⁷ müßte sich die Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden verdichten. Dies setzt jedoch voraus, daß die Wählerschaft der jeweiligen Arztgruppe hinreichend groß ist, um sich gegen Koalitionen der übrigen Arztgruppen durchsetzen zu können. Das wiederum dürfte vor allem den beiden größten Arztgruppen, den Allgemein- und Praktischen Ärzte sowie die Internisten, gelingen.

Über den Zusammenhang zwischen dem Kalkül des Wählers und der Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen läßt sich damit folgendes festhalten: In den Zeiten, in denen der Kassenarzt mit der Politik seiner Kassenärztlichen Vereinigung und seines Berufsverbandes relativ zufrieden ist, übt er als Wähler keinen Einfluß auf die Vorstandsverflechtung aus, da das Wahlergebnis weniger von ihm als vom Nominationsverfahren abhängt. Dieses liegt in den Händen der Amtsinhaber. Sinkt seine Zufriedenheit jedoch soweit, daß er bereit ist, selbst zu kandidieren beziehungsweise Kandidaten oppositioneller Listen zu unterstützen, so steigt mit dem Erfolg oppositioneller Kandidaten der Einfluß der Wählerschaft auf die Verflechtung.¹⁸

Im Falle der infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen gestiegenen Unzufriedenheit ist a priori schwer entscheidbar, in welcher Weise der Willen der Wählerschaft das Muster der Vorstandsverflechtung verändert. Denkbar ist einerseits, daß die Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden sinkt, weil die amtierenden mehrfachen Vorstandsmitglieder durch die Mitglieder von Arbeitsgemeinschaften, die keine weiteren Vorstandspositionen innehaben, ersetzt werden. Denkbar ist aber auch, daß die Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und fachspezifischen Berufsverbänden ansteigt, weil es die Kassenärzte angesichts eines sich verschärfenden Verteilungskampfes bevorzugen, einen Repräsentanten ihrer Arztgruppe in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wählen. Denkbar ist schließlich, daß sich beide Entwicklungen überlagern und gegenseitig auslöschen, so daß keine Veränderung der Vorstandsverflechtung beobachtbar ist.

17 Dafür spricht die Tatsache, daß Vorstandsmitglieder in der Regel eine größere Bekanntheit haben als einfache Kassenärzte, weswegen ihre Wahlchance höher ist.

18 Der Einfluß des individuellen Wählers ist dabei nach wie vor, aufgrund des geringen Gewichts seiner Stimme, vernachlässigbar. Erst das kollektive Handeln einer gleichsinnigen Wählerschaft kann den Wahlausgang beeinflussen.

5 Das Kalkül des Kandidaten

Nicht nur das Kalkül des Wählers, auch die Überlegungen der Individuen, die durch ihre Ämterkumulation überhaupt erst eine Vorstandsverflechtung konstituieren, üben einen Einfluß auf das Muster der Vorstandsverflechtung aus. Auch hier ergibt sich das Problem, daß sich die quantitativen Effekte dieser Determinante nur schwer bestimmen lassen. Dafür sind nicht zuletzt Erhebungsprobleme verantwortlich: Man müßte Informationen über die quantitative Verteilung der Handlungsrestriktionen der individuellen Akteure haben, wenn man den Effekt ihrer strategischen Entscheidung auf das Muster der Vorstandsverflechtung erfassen wollte. Aus diesem Grund können die folgenden Überlegungen nur den Status von Spekulationen beanspruchen.¹⁹

Eine erste, individuell bedingte Determinante der Vorstandsverflechtung ist die Verfügbarkeit von fähigen und willigen Personen, die bereit sind, die erforderliche Ämterkumulation auf sich zu nehmen. Es ist schwierig zu quantifizieren, in welchem Umfang die Nachfrage nach Vorstandsmitgliedern das Angebot an Kandidaten übersteigt. Die im Rahmen der Analyse der Vorstandsverflechtung erforderliche Erfassung der personellen Besetzung der Vorstände zeigte, daß nur bei den Kassenärztlichen Vereinigungen prinzipiell alle satzungsgemäß festgelegten Vorstandspositionen besetzt werden. Bei den freien Verbänden kommt es hingegen gelegentlich vor, daß, aus Mangel an geeigneten oder willigen Kandidaten, einzelne Landesverbandsvorstände nicht vollständig oder sogar zeitweise gar nicht besetzt wurden. Sind jedoch die Vorstände personell unterbesetzt, so ist zu erwarten, daß auch die Vorstandsverflechtung niedriger ausfällt, als es bei vollständiger Besetzung der Vorstände der Fall wäre.

Eine weitere, nicht zu vernachlässigende Determinante der Verflechtung ist das Zeitbudget der Vorstandsmitglieder. Ein Vorstandsamt ist mit zeitlichem Aufwand verbunden. Der Aufwand mag noch relativ gering sein, wenn es sich um die Position eines Beisitzers in einem freien Verband handelt. Er steigt jedoch mit der Position im Vorstand und der Größe und Bedeutung des Verbandes. So läßt einem die Position des Vorstandsvorsitzenden in einer größeren Kassenärztlichen Vereinigung verbunden mit einer Position im Vor-

19 Ihre Aufnahme in diese Argumentation erfolgt mehr um der analytischen Vollständigkeit als um der empirischen Verwertbarkeit willen.

stand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kaum noch Zeit für die eigene Kassenarztpraxis (Interview).²⁰

Aus diesem Grund ist anzunehmen, daß die Zahl der Personen, die zwei Vorstandsämter innehaben, wesentlich geringer ist als die Zahl derer, die nur ein Vorstandsamt bekleiden. Analog dazu gilt, daß die Kumulation von drei oder mehr Vorstandsämtern wesentlich seltener ist als die Kumulation von nur zwei Ämtern. Daraus folgt wiederum, daß die Verflechtung von zwei Vorständen eher die Ausnahme darstellt als die Regel, d.h., daß das »Netz« der Vorstandsverflechtung relativ dünn ist. Es folgt weiterhin, daß die Verbindung von drei oder mehr Vorständen durch eine Person wesentlich seltener ist als die Verbindung von zwei Vorständen.²¹

6 Das Kalkül des freien Verbandes

Will man Vorstandsverflechtung als Folge der Handlung eines Verbandes interpretieren, so muß man das Kosten-Nutzen-Kalkül spezifizieren, das den Verband veranlaßt, eine entsprechende Handlung zu wählen. Es muß also gezeigt werden, inwiefern die Vorteile der Vorstandsverflechtung ihre Nachteile überwiegen. Einem Verband, der die Interessen seiner Mitglieder gegenüber einer (privaten oder öffentlichen) Regierung wahren und vertreten will, stehen im allgemeinen mehrere Möglichkeiten offen:²² Durch Informationsdienste und Öffentlichkeitsarbeit kann er Regierung und Öffentlichkeit mit der Lage seiner Mitglieder vertraut machen. Die Interessen seiner Mitglieder

20 Aus dieser Tatsache läßt sich ein Interesse des Mandatsträgers an seiner Wiederwahl konstruieren, da seine ursprüngliche wirtschaftliche Basis, seine Kassenarztpraxis, durch seine ehrenamtliche Tätigkeit beeinträchtigt wird. Nicht zuletzt um dieses Interesse an der Wiederwahl zu senken, erhalten Vorstandsvorsitzende bei Ausscheiden aus ihrem Amt in der Regel großzügige Abfindungen (vgl. Kapitel 3.2).

21 Auch dieses Prinzip erlaubt Rückschlüsse auf die Struktur der Verflechtung. Zum einen gilt aufgrund dieses Prinzips, daß die Verbindung von drei Vorständen, eine »Triade«, wesentlich seltener zu beobachten ist als die Verbindung von nur zwei Vorständen. Da die Kumulation von mehr als zwei Vorstandspositionen häufig dergestalt erfolgt, daß die verbindende Person innerhalb eines Verbandes eine Vorstandsposition sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene wahrnimmt, ist darüber hinaus zu erwarten, daß Triaden eher zwischen Bundes- und Landesebene auftreten als ausschließlich auf Landes- oder Bundesebene.

22 Vgl. beispielsweise Knoke (1990: 207-208).

artikuliert er beispielsweise in Verhandlungen seiner Repräsentanten mit den entsprechenden Ansprechpartnern in der Regierung. Sollten diese Bemühungen nicht den gewünschten Erfolg haben, so kann er versuchen, in Koalitionen mit anderen Verbänden oder durch Mobilisierung seiner Mitglieder zu Aktionen, die von schriftlichen Protesten bei den entsprechenden Stellen bis zu Streiks reichen, seine Ziele durchzusetzen.

Auch die Vorstandsverflechtung kann als ein Instrument des Verbandsvorstandes zur Wahrung der Interessen der Verbandsmitglieder interpretiert werden.²³ Sie unterscheidet sich von den obengenannten Instrumenten der Interessenwahrung nicht zuletzt dadurch, daß es nicht ausschließlich in der Kontrolle des Verbandes liegt, ob sie existiert oder nicht. Das Amt eines Vorstandes ist ein Wahlamt. D.h., selbst wenn es den Mitgliedern eines Verbandsvorstandes freisteht, für das Vorstandsamt einer Kassenärztlichen Vereinigungen zu kandidieren,²⁴ bedarf es zusätzlich einer Mehrheit der Kassenärzteschaft sowie der Vertreterversammlung der KV, damit der Kandidat des Verbandes tatsächlich das angestrebte Amt einnehmen kann.²⁵ Trotz dieser Ungewißheit des Wahlausgangs haben, wie im folgenden gezeigt wird, einige Verbände gute Gründe, die Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als ein Instrument der Interessenwahrung zu betrachten.

Der Wert der Vorstandsverflechtung liegt für den ärztlichen Berufsverband weniger darin, daß er die Entscheidungsfindung in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Kosten der Kassenärzteschaft zum Nutzen der Interessen seiner Mitglieder manipulieren kann. Da die Entscheidungen dieser

-
- 23 Der Leser mag sich fragen, ob ein Verbandsvorstand tatsächlich die Vorstandsverflechtung mit einer KV als Instrument der Interessenwahrung betrachtet und, wenn ja, mit welchen Mitteln er diese erreichen kann. Aus den von mir geführten Interviews ergab sich, daß Vorstandsmitglieder eines freien Verbandes durchaus, sei es aus Engagement für die Ziele des Verbandes, sei es aus einem Ehrgeiz zur Ämterkumulation, zusätzlich das Amt eines KV-Vorstandsmitgliedes anstreben. Welcher Mittel es bedarf, um dieses Amt zu erreichen, läßt sich der Beschreibung des Wahlsystems der KVEn in Kapitel 3 entnehmen.
- 24 Zu den Voraussetzungen und Erfolgsaussichten einer Kandidatur um ein Vorstandsamt in einer KV vergleiche die Beschreibung des Wahlsystems der KVEn in Kapitel 3.
- 25 Solange oppositionelle Listen keine Wahlsiege erringen können, d.h., solange das Nominierungsverfahren von den Amtsinhabern in den KVEn kontrolliert wird, solange gilt, daß die Vertreter der großen freien Verbände bessere Aussichten haben, in einen KV-Vorstand gewählt zu werden, weil die KVEn ein Interesse daran haben, diese Verbände einzubinden. Eine alternative Handlungsoption für den Vorstand eines kleineren Verbandes wäre in diesem Fall, das Mitglied eines KV-Vorstandes in den Verbandsvorstand zu wählen oder zu kooptieren.

Gremien von der Mehrheit ihrer Mitglieder getragen werden müssen, wäre eine solche Manipulation nur möglich, wenn die Mitglieder des betreffenden Verbandes die Mehrheit der Gremienmitglieder stellen würden. Der Wert der Vorstandsverflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung liegt für den Verband vielmehr darin, daß sie den Informations- und Kommunikationsweg zwischen Verband und Kassenärztlicher Vereinigung wesentlich verkürzt. Damit erlaubt sie eine bessere Kontrolle der Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dadurch ist es dem Verband möglich, frühzeitig und gezielt zu reagieren, wenn Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Interessen seiner Mitglieder beeinträchtigen.

Vorstandsverflechtung im Verbandsbereich ist insofern eine besondere Art interorganisatorischer Beziehungen, als sie auf der Überlappung der Mitgliedschaft der beteiligten Organisationen basiert. Die Beziehung »überlappende Mitgliedschaft« kann es auf und zwischen allen Ebenen von Kassenärztlicher Vereinigung und ärztlichem Berufsverband geben. Es können sowohl einfache Mitglieder als auch Mitglieder der Mitglieder- oder Vertreterversammlung oder Mitglieder des Vorstandes daran beteiligt sein. Je nach der Position, die die verbindende Person in freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung einnimmt, ist sie in unterschiedlichem Umfang am Willensbildungsprozeß in beiden Organisationen beteiligt. Ist die Person beispielsweise in beiden Organisationen nur einfaches Mitglied, so sind auch ihre Möglichkeiten der Kontrolle des Willensbildungsprozesses gering. Ist sie hingegen in beiden Organisationen Vorstandsmitglied oder gar Vorstandsvorsitzender, so ist ihre Kontrollmöglichkeit wesentlich höher und ihr Zugang zu relevanten Informationen am größten.

Die größere Einflußmöglichkeit, die sich für den freien Verband infolge einer Doppelmemberschaft oder personellen Verflechtung auf Vorstandsebene ergibt, hat jedoch auch ihren Preis.²⁶ Je sichtbarer sich die Verbandsspitze in die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung einmischt, umso stärker wird sie auch für diese Politik zur Rechenschaft gezogen werden. Insbesondere die eigenen Mitglieder werden ihr gegebenenfalls den Vorwurf machen, die eigene Position um unbefriedigender Kompromisse willen aufzugeben zu haben. Der Verzicht auf eine klare ideologische Position zugunsten unwillkommener Kompromisse kann für die Verbandsspitze dann gefährlich werden, wenn sie verstärkt Mitgliederaustritte und Protestwahlen nach sich zieht. Das Problem der Verbandsspitze ist hierbei, daß sie nicht genau weiß, wo bei ihren Mitgliedern die Grenze der Akzeptanz liegt (vgl. Vobruba 1992: 91).

26 Vgl. zu den folgenden Argumenten insbesondere Olsen (1981).

Der Verhandlungsspielraum einer Verbandsspitze wird daher bei einer offensichtlichen Liaison mit einer Kassenärztlichen Vereinigung von zwei Seiten eingeschränkt. Die Mitglieder werden es im allgemeinen nur einen begrenzten Zeitraum lang tolerieren, daß die Verbandsspitze Kompromisse eingeht, die ihren Interessen zuwiderlaufen. Auf der anderen Seite kann es sich die Verbandsspitze im Falle personeller Verflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr erlauben, sich uneingeschränkt auf die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder zu beschränken. Da sie aufgrund personeller Verflechtung quasi auf beiden Seiten des Verhandlungstisches sitzt, wird sie in den Augen der Öffentlichkeit wenig überzeugend erscheinen, wenn sie im Interesse ihrer Mitglieder überzogene Forderungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen vertritt.

Der Preis, den der Verband für eine personelle Verflechtung zu entrichten hat, differiert je nach Umständen. Er ist niedrig, wenn die ideologische Distanz zwischen Verband und Kassenärztlicher Vereinigung gering ist und wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ihrerseits, aus welchen Gründen auch immer, gezwungen sind, sich mit den Krankenkassen auf Kompromisse zu einigen, die den Interessen ihrer Mitgliedschaft, und damit auch der der freien Verbände, zuwiderlaufen. In diesem Falle müssen die Verbandsmitglieder nicht einen Ausverkauf ihrer Interessen befürchten. Der Preis der personellen Verflechtung ist für den Verband hingegen hoch, wenn die ideologische Distanz zwischen ihm und Kassenärztlicher Vereinigung hoch ist. In diesem Falle muß er auf der einen Seite damit rechnen, daß seine Mitglieder ihm den Ausverkauf ihrer Interessen zum Vorwurf machen. Auf der anderen Seite würde der Verband seine Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit beeinträchtigen, wenn er zu unverblümt die Interessen seiner Mitglieder vertritt. Der Preis ist ferner dann hoch, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen, wie es beispielsweise im Zuge der Kostendämpfungsgesetze geschah, nicht mehr in der Lage sind, die Interessen ihrer Mitglieder deren Erwartungen entsprechend zu vertreten.

In einer solchen Situation muß sich der Verband fragen, ob der Nutzen einer personellen Verflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung deren Kosten noch überwiegt. Je nach ideologischer Distanz zur Position der Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Antwort des Verbandes unterschiedlich ausfallen. Was die derzeit bestehenden fachübergreifenden Verbände betrifft, so läßt sich feststellen, daß für Hartmannbund und NAV der Nutzen einer Vorstandsverflechtung offensichtlich immer noch deren Kosten übersteigt. Beiden Verbänden ist mehr daran gelegen, ihren Ideen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen Gehör zu verschaffen, als sie von außen an diese

heranzutragen. Hierbei gilt, daß, betrachtet man die Vorschläge der beiden Verbände zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, die ideologische Distanz zur Position der Kassenärztlichen Vereinigungen für den NAV geringer ist als für den Hartmannbund (vgl. auch Groser 1992: 189).

Eine extremere Position als der Hartmannbund nimmt der Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte (BNG) ein. Diese Haltung ist sicher auch damit zu erklären, daß der BNG als noch junger und mitgliederschwacher Verband erst noch Profil gewinnen muß, um genügend Mitglieder an sich zu binden, bevor er es sich erlauben kann, sich auf Kompromisse in bezug auf die Möglichkeiten und Grenzen der kassenärztlichen Versorgung einzulassen. Dieses Selbstverständnis manifestiert sich unter anderem darin, daß vorerst versucht wird, eine allzu offensichtliche Liaison mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, wie sie beispielsweise die Vorstandsverflechtung darstellt, zu vermeiden (Interview).

Einen noch größeren Abstand zu den Kassenärztlichen Vereinigungen hält der Unabhängige Ärzteverband Deutschlands, der sich schon per Satzung eine Vorstandsverflechtung mit Kassenärztlichen Vereinigungen untersagt. Dieser Verband macht sich jedoch berufspolitisch kaum bemerkbar. Ebenso wenig schaltet sich der Deutsche Kassenarztverband in die berufspolitische Diskussion ein. Seine Aktivitäten beschränken sich auf die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen. Aus diesem Grund kann ihm auch kein berufspolitisches Interesse an personeller Verflechtung unterstellt werden.

Ein anderes Kosten-Nutzen-Kalkül gilt für die fachspezifischen Berufsverbände. Ihnen geht es primär um die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder im innerärztlichen Verteilungskampf und weniger um die Wahrung der Tragfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung als solcher. Für dieses Ziel ist eine Position innerhalb der Entscheidungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Fall nützlicher als außerhalb. Dies gilt umso mehr, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund von Entwicklungen, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, nicht mehr in der Lage sind, die Erwartungen ihrer Mitglieder im gleichen Maße wie zuvor zu befriedigen, und der Verteilungskampf innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen infolgedessen an Schärfe gewinnt. Zwar sind auch die Vorstände fachspezifischer Berufsverbände nicht gegen die Kritik ihrer Mitglieder gefeit, daß sie deren (wirtschaftliche) Interessen nicht hinreichend gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen gewahrt hätten. Ein entsprechender Vorwurf führte beispielsweise 1988 zum Austausch von 75% der Mitglieder des Bundesvorstandes des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) und veranlaßte die Verbandsspitze, ihr Engagement in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verstärken.

Zusammenfassend läßt sich damit festhalten, daß der Nutzen einer Vorstandsverflechtung für den freien Verband deren Kosten überwiegt, sofern die ideologische Distanz zwischen Verband und Kassenärztlicher Vereinigung hinreichend klein ist und die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung im großen und ganzen den in sie gesetzten Erwartungen entspricht. Dieses Kosten-Nutzen-Kalkül wird durch die Kostendämpfungsgesetze verändert. Die Kostendämpfungsmaßnahmen bewirken, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr in der Lage sind, die in sie gesetzten Erwartungen ihrer Mitglieder zu erfüllen. Damit steigt der Legitimationszwang für den Vorstand eines freien Verbandes, wenn er durch eine Vorstandsverflechtung eine allzu starke Unterstützung der Politik der Kassenärztlichen Vereinigung signalisiert. Diese steigenden Kosten müßten den Verband ab einer gewissen Schwelle veranlassen, sich aus dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zurückzuziehen.

Etwas anders sieht das Kosten-Nutzen-Kalkül des fachspezifischen Verbandes aus. Hier können mit den Kostendämpfungsmaßnahmen nicht nur die eben beschriebenen Kosten, sondern auch der Nutzen der Vorstandsverflechtung steigen, da die kostendämpfungsinduzierte Verschärfung des innerärztlichen Verteilungskampfes den Wert einer Kontrolle der KV-internen Willensbildungsprozesse erhöht. Auch bei dieser Entwicklung läßt sich jedoch nicht a priori bestimmen, inwieweit sie sich quantitativ bemerkbar macht. Dies festzustellen, bleibt der empirischen Untersuchung des folgenden Kapitels vorbehalten.

Die freien ärztlichen Berufsverbände sind, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht nur prinzipiell, sondern auch oder gerade dann an einer Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen interessiert, wenn die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen den Erwartungen ihrer Mitgliedschaft in immer geringerem Maße entspricht. Die strategische Entscheidung der Verbandsspitze, eine Vorstandsverflechtung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung einzugehen, hängt damit auch von der Zufriedenheit der Verbandsmitglieder mit der Wahrung ihrer Interessen durch die Verbandsspitze ab. Je zufriedener die Verbandsmitglieder sind, umso größer ist der Handlungsspielraum, den sie der Verbandsspitze einräumen. Die Verbandsspitze wird sich innerhalb des von ihr wahrgenommenen Handlungsspielraumes für eine der beiden Strategien, Distanzierung oder Engagement, entscheiden.

7 Die Kostendämpfungsmaßnahmen

Das Netz einer Verbandsverflechtung wird von einer Reihe von Determinanten geprägt. Dabei handelt es sich im Falle der Vorstandsverflechtung von ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere um die territoriale und föderale Gliederung Deutschlands, um das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie um das Kalkül des Vorstandsvorstandes, des Kandidaten und des Wählers. Während territoriale und föderale Gliederung die räumliche Struktur der Vorstandsverflechtung prägen, beeinflusst das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen die Chancen der ärztlichen Berufsverbände, eine Vorstandsverflechtung mit diesen einzugehen. Diese beiden Determinanten der Vorstandsverflechtung blieben von den Kostendämpfungsmaßnahmen unbeeinflusst.

Anders sieht es mit dem Kalkül von Verband, Kandidat und Wähler aus. Die Verschlechterung seiner Lage infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen veranlaßt den Kassenarzt, nicht nur von seiner Kassenärztlichen Vereinigung, sondern auch von seinem Berufsverband in stärkerem Maße Rechenschaft zu fordern. Das bedeutet, daß auch der Handlungsspielraum der Repräsentanten der ärztlichen Berufsverbände sinkt und sie stärker an das Mandat der Mitglieder ihres Verbandes gebunden werden. Dieser Zusammenhang gilt insbesondere für die fachspezifischen Berufsverbände, denen es explizit um die Wahrung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen geht.

Die Kostendämpfungsmaßnahmen haben nicht nur das Ausmaß der Rückkopplung der Verbandstätigkeit an die Interessen der Mitgliedschaft verändert, sie haben darüber hinaus auch Kosten und Nutzen einer Vorstandsverflechtung für den Verband beeinflusst. Um die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen besser kontrollieren zu können, sind die freien Verbände prinzipiell an einer Vorstandsverflechtung interessiert. Die Kostendämpfungsmaßnahmen führten zu einem Anstieg der Kosten der Vorstandsverflechtung in Gestalt der Mitverantwortung, die ein Verband gegenüber seinen Mitgliedern für die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung trägt, wenn er eine enge Beziehung zur Kassenärztlichen Vereinigung unterhält. Diese steigenden Kosten müßten den Verband ab einer gewissen Schwelle veranlassen, sich aus dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zurückzuziehen.

Für den fachspezifischen Verband gilt dieser negative Zusammenhang zwischen Kostendämpfungsmaßnahmen und Vorstandsverflechtung nur bedingt, da für ihn mit den Kostendämpfungsmaßnahmen nicht nur die Kosten,

sondern auch der Nutzen einer Vorstandsverflechtung steigt. Ursache hierfür ist, daß die kostendämpfungsinduzierte Verschärfung des innerärztlichen Verteilungskampfes den Wert einer Kontrolle der KV-internen Willensbildungsprozesse erhöht. Damit ist es durchaus möglich, daß die Kostendämpfungsmaßnahmen zu einer Steigerung des Umfangs der Vorstandsverflechtung der fachspezifischen Verbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt haben.

Auch das Interessenskalkül und die Verfügbarkeit der die Verflechtung konstituierenden Personen stellen eine Determinante des Musters der Vorstandsverflechtung dar. Die Kostendämpfungsmaßnahmen haben nicht nur zur Gründung neuer Verbände und Arbeitsgemeinschaften geführt, sie haben auch, wie in Kapitel 3 am Beispiel der KV Westfalen-Lippe gezeigt wurde, die Anzahl der konkurrierenden Listen und damit die Anzahl der Bewerber für das Amt des Vorstandsmitgliedes einer Kassenärztlichen Vereinigung steigen lassen. Die mir vorliegenden Informationen lassen jedoch keine Vermutungen darüber zu, ob diese zusätzlichen Bewerber in stärkerem oder geringerem Maße als die bisherigen Amtsinhaber ehrenamtliche Positionen in den freien ärztlichen Berufsverbänden innehaben. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, Hypothesen über den Einfluß zu entwickeln, den die Kostendämpfungsmaßnahmen vermittelt über das Kalkül der Kandidaten auf das Muster der Vorstandsverflechtung nehmen.

Bei der letzten in diesem Rahmen zu erörternden Determinante handelt es sich um das Kalkül der Wähler. Hier wurde festgestellt, daß er keinen Einfluß auf die Vorstandsverflechtung ausübt, solange er mit der Politik seiner Kassenärztlichen Vereinigung zufrieden ist. In diesem Falle hängt das Wahlergebnis nicht von ihm, sondern vom Nominationsprozeß ab. Sinkt jedoch seine Zufriedenheit mit der Politik seiner Kassenärztlichen Vereinigung, so steigt mit dem Erfolg oppositioneller Kandidaten der Einfluß der Wählerschaft auf das Wahlergebnis und damit auf die Verflechtung.

Im Falle der Kostendämpfungsmaßnahmen ist a priori nicht entscheidbar, in welcher Weise der Willen der Wählerschaft das Muster der Vorstandsverflechtung verändert hat. Denkbar ist, wie gesagt, einerseits, daß die Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden sinkt, weil die amtierenden mehrfachen Vorstandsmitglieder durch die Mitglieder von Arbeitsgemeinschaften, die keine weiteren Vorstandspositionen innehaben, ersetzt werden. Denkbar ist auf der anderen Seite auch, daß die Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und fachspezifischen Berufsverbänden ansteigt, weil es die Kassenärzte angesichts eines sich ver-

schärfenden Verteilungskampfes bevorzugen, einen Repräsentanten ihrer Arztgruppe in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wählen.

Im Laufe dieses Kapitels wurden fünf Faktoren identifiziert, die das Muster der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden prägen. Drei dieser Faktoren, so wurde gezeigt, änderten ihre Ausprägung infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen. Im folgenden Kapitel 10 wird das empirisch vorgefundene Muster der Vorstandsverflechtung beschrieben und untersucht, inwiefern die hier entwickelten Hypothesen dadurch bestätigt oder widerlegt werden.

Kapitel 10

Das Netz der Vorstandsverflechtung: Struktur und Wandel

Die Untersuchung von Strukturen, die sich aus Beziehungen zwischen Akteuren ergeben, wird in den Sozialwissenschaften als Netzwerkanalyse bezeichnet. Die formale Grundlage der Netzwerkanalyse ist die mathematische Graphentheorie. Netzwerkanalyse unterscheidet sich von anderen Methoden der empirischen Sozialforschung dadurch, daß ihr Ziel nicht eine, wie auch immer geartete, Analyse der Verteilung von Merkmalen über Merkmalsträger ist, sondern die Analyse der Verteilung von Beziehungen zwischen Merkmalsträgern. Damit erlaubt es die Netzwerkanalyse, Aussagen über soziale Strukturen im eigentlichen Sinne des Wortes zu machen.

Struktur ist ein Begriff, der in den Sozialwissenschaften zwar viel verwendet, aber selten präzise definiert wird. Wenn man von der Struktur eines Systems spricht, so ist damit der innere Aufbau oder die innere Gliederung des betreffenden Systems gemeint. Formal, d.h. graphentheoretisch, wird Struktur als Menge von »Knoten« und »Kanten« definiert. Nach dieser Definition kann eine Struktur in zwei Mengen zerlegt werden: eine Menge von Elementen (auch Knoten genannt) sowie einer Menge von Beziehungen zwischen diesen Elementen (bzw. Kanten über diesen Knoten).¹ Bei den Elementen handelt es sich im Falle sozialwissenschaftlicher Untersuchungen in der Regel um Akteure, seien es individuelle oder korporative. An Beziehungen werden u.a. Freundschaftsbeziehungen, Tauschbeziehungen oder Beratungsbeziehungen untersucht. Im Falle der hier vorliegenden Arbeit wird die Beziehung Vorstandsverflechtung untersucht. Die Vorstände werden als die Elemente beziehungsweise Knoten der Struktur betrachtet. Kanten sind die Vorstands-

1 Ein »Graph« ist ein Paar $G = \langle V, E \rangle$. Er setzt sich zusammen aus der Menge V , die aus Elementen (Knoten) besteht, und der Menge E , die aus zweielementigen Teilmengen der Menge V (Kanten) besteht (vgl. Kappelhoff 1987: 42).

verflechtungen, die dadurch entstehen, daß mindestens eine Person gleichzeitig Mitglied zweier Vorstände ist.²

Eine Struktur kann mit netzwerkanalytischen Methoden auf unterschiedliche Weisen charakterisiert werden. Sie kann erstens durch eine schlichte Aufzählung der Knoten und der Kanten beschrieben werden, eine etwas mühsame und auch wenig erhellende Art der Darstellung. Man kann zweitens versuchen, die Struktur mittels einer Zeichnung darzustellen. Diese Methode funktioniert jedoch nur, solange die Struktur nicht allzu komplex ist. Drittens kann eine Struktur auch als Matrix dargestellt werden, auf deren Grundlage Maßzahlen berechnet werden können, die die jeweilige Struktur charakterisieren. Eine vierte Methode zur Charakterisierung von Strukturen ist die Durchführung von Zensen, d.h., man zählt, wie häufig bestimmte Relationskonfigurationen auftreten (vgl. dazu Hummell/ Sodeur 1987). Die elementarste Konfiguration ist die »Dyade«; sie besteht aus zwei Knoten, die durch eine Kante verbunden sein können oder nicht. Diese relativ einfache Methode wird im folgenden verwendet, um Struktur und Wandel der Vorstandsverflechtung zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beschreiben.

Im Laufe dieses Kapitels werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung der Vorstandsverflechtung zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen dargestellt. Dabei wird diskutiert, inwieweit diese Ergebnisse den im vorangegangenen Kapitel entwickelten Annahmen über Struktur und Wandel der Vorstandsverflechtung entsprechen. Die Analyse beschränkt sich nicht nur auf den Dyadenzensus; weitere Methoden der Strukturbeschreibung werden herangezogen, soweit es für die Argumentation sinnvoll erscheint. Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit einer Beschreibung des Umfangs der Ämterkumulation der Vorstandsmitglieder. Das Ausmaß der Ämterkumulation kann als Indikator für individuell bedingte Restriktionen der Vorstandsverflechtung, wie die Verfügbarkeit von fähigen oder willigen Kandidaten, interpretiert werden.

In einem zweiten Schritt wird der Umfang der Verflechtung der freien ärztlichen Berufsverbände untereinander untersucht. Er kann als eine Art »Nullmodell« betrachtet werden, das den Umfang des »Hintergrundrauschens« (white noise) widerspiegelt. Vorstandsverflechtung wird, wie im vorangegangenen Kapitel diskutiert wurde, von vielen Faktoren beeinflusst. Aus diesem

2 Intertemporale Vorstandsverflechtungen, die dadurch entstehen, daß eine Person nacheinander Mitglied zweier Vorstände ist, werden in dieser Arbeit nicht systematisch untersucht.

Grund wird sie unabhängig von der strategischen Absicht der Vorstandsvorstände existieren, die Frage ist nur, welches Niveau im Falle der hier vorliegenden Fragestellung als die »natürliche Rate« der Verflechtung betrachtet werden soll. Auf diese Frage gibt die Untersuchung der Vorstandsverflechtung zwischen den freien Verbänden Antwort.

Der Umfang der Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden wird im Anschluß an die Diskussion des Nullmodells untersucht. Dabei wird nicht nur die Vorstandsverflechtung auf Landesebene, sondern auch die Verflechtung zwischen Landes- und Bundesebene dargestellt. Dieser quantitative Vergleich der unterschiedlichen Verflechtungstypen gibt Aufschluß über die Bedeutung der Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden im Vergleich zu den anderen Verbindungstypen. Daß die Bedeutung dieser Verbindung eine andere ist, läßt sich auch anhand einer Reihe von weiteren Indikatoren wie der Multiplexität und Stabilität der Verbindungen zeigen. Die Analyse des Musters der Vorstandsverflechtung im Bereich ärztlicher Berufsverbände und Kassenärztlicher Vereinigungen wird im sechsten Abschnitt dieses Kapitels durch eine Diskussion regionaler Besonderheiten innerhalb des Netzes abgerundet.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird schließlich der Wandel der Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden im Laufe der letzten zwanzig Jahre untersucht. Diese Untersuchung gibt Aufschluß darüber, welchen Effekt die Kostendämpfungsmaßnahmen auf das Netz der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden haben. Zunächst werden im folgenden Abschnitt Auswahl, Erhebung und Aufbereitung der Daten erläutert.

1 Auswahl, Erhebung und Aufbereitung der Daten

Die Grundlage der hier durchgeführten Untersuchung bildet eine Totalerfassung der Mitglieder der Bundes- und Landesvorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewählter ärztlicher Berufsverbände. Für jede Vorstandsposition wurde ermittelt, durch wen sie innerhalb des gegebenen Zeitraumes besetzt wurde. Die erforderlichen Informationen konnten zum größten Teil anhand der Veröffentlichungen der Ergebnisse der Vorstandswahlen in den Kassenärztlichen Vereinigungen und den ärztlichen Berufsver-

bänden gewonnen werden.³ Verfügbare personenbezogene Informationen waren Name, Vorname, Ort der Niederlassung sowie, in der Mehrzahl der Fälle, auch die Gebietsbezeichnung. Die Wahrscheinlichkeit, daß zwei Ärzte gleichen Namens, Vornamens und gleicher Gebietsbezeichnung am gleichen Ort ärztlich tätig und berufspolitisch engagiert sind, ist angesichts einer Population von 1988 knapp 220.000 Kammerangehörigen, die sich über ca. 8.500 Gemeinden und mehr als 20 Gebietsbezeichnungen verteilen, gering. Aus diesem Grund ist das Risiko eines β -Fehlers⁴ als gering einzustufen.⁵

Natürlich gilt wie bei jeder empirischen Untersuchung auch bei der hier durchgeführten, daß die Daten nicht immer in der erwünschten Vollständigkeit verfügbar waren. Welche Lücken sich im Laufe der Erhebung auftraten und auf welche Weise versucht wurde, diese Lücken zu schließen, wird im folgenden erörtert. Eine erste Lücke ergibt sich aus der Auswahl der in die Untersuchung einbezogenen Verbände. Eine Erfassung der Mitglieder der Vorstände sämtlicher freien ärztlichen Berufsverbände hätte nicht nur teilweise unlösbare Erhebungsprobleme bereitet, sie wäre auch aus Zeit- und Kostengründen nicht durchzuführen gewesen. Aus diesem Grund wurde nur eine Auswahl von vier ärztlichen Berufsverbänden neben den Kassenärztlichen Vereinigungen in die Untersuchung einbezogen.

Die Auswahl erfolgte nach mehreren Kriterien. Zum einen sollte sowohl der fachübergreifende als auch der fachspezifische Verbandstyp in der Untersuchung repräsentiert sein. Damit ist es möglich, festzustellen, ob die Reaktion der Wählerschaft auf die Kostendämpfungsmaßnahmen die Repräsentation der Vertreter fachübergreifender und fachspezifischer Verbände in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen hat. Ein weiteres Kriterium war, daß die Verbände sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene vertreten sein müssen, und zwar nicht nur durch Landesbeauftragte, sondern durch Vorstände, die von den Mitgliedern des Landesverbandes gewählt werden. Darüber hinaus mußten die Verbände vor 1970 gegründet worden sein, da der Wandel der Verflechtung im Laufe der letzten zwanzig Jahre untersucht wurde.

3 Diese Daten werden in der Regel in den jeweiligen Mitgliedszeitschriften veröffentlicht.

4 Der β -Fehler ist definiert als die irrtümliche Annahme der Nullhypothese, obwohl die Alternativhypothese zutrifft. Den β -Fehler zu begehen bedeutet hier, daß irrtümlich von der Namensidentität auf Personenidentität geschlossen wird.

5 Sofern berechtigte Zweifel an einer Personenidentität bestanden, konnten diese mit Hilfe von Telefonbüchern und ärztlichen Adreßbüchern ausgeräumt werden.

Das letzte Kriterium war schließlich, daß der Verband hinreichend groß sein muß, das heißt, eine hinreichende Anzahl von Mitgliedern haben muß. Nur wenn diese Bedingung erfüllt ist, kann der Verband es sich überhaupt leisten, Vorstandsverflechtung als Strategie einzusetzen, und läuft nicht Gefahr, schon am Wahlmechanismus zu scheitern. Die hier genannten Bedingungen werden nur von den beiden fachübergreifenden Verbänden Hartmannbund und NAV sowie den beiden fachspezifischen Verbänden der größten Facharztgruppen, BPA für die Praktischen und Allgemeinärzte und BDI für die Internisten, erfüllt.

Es mag als ein Manko dieser Auswahl erscheinen, daß die Berufsverbände der Facharztgruppen, die, wie in Kapitel 8 geschildert, von den Kostendämpfungsgesetzen am meisten betroffen sind, d.h. Laborärzte und Radiologen, nicht in die empirische Untersuchung einbezogen wurden. Es gibt jedoch mehrere Gründe, die diesen Ausschluß rechtfertigen: Zum einen ist es den kleinen Berufsverbänden aufgrund ihrer geringen Mitgliederzahl oft nicht möglich, ihre Repräsentanten in die Gremien Kassenärztlicher Vereinigungen zu wählen bzw. wählen zu lassen.⁶ Zum anderen wäre es auch schwierig gewesen, den Wandel der Verflechtung dieser Verbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im gegebenen Zeitraum zu untersuchen, da die Verbände dieser Berufsgruppen, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, daß es den Angehörigen dieser Berufsgruppen solange vergleichsweise gut ging, erst relativ spät gegründet wurden.⁷

Die zweite Lücke betrifft die Vollständigkeit der Datenerhebung. Die Erhebung war an sich unproblematisch, da die meisten Verbände die Ergebnisse der Vorstandswahlen sowohl für Bundes- als auch Landesebene kontinuierlich in ihrer Verbandszeitschrift veröffentlichen.⁸ Wo die Wahlergebnisse nicht vollständig in der Verbandszeitschrift veröffentlicht worden waren oder die entsprechende Ausgabe der Verbandszeitschrift nicht in der Bibliothek verfügbar war, war es in den meisten Fällen möglich, die gewünschten Daten mit Hilfe der Verbände zu erhalten.

6 So ist beispielsweise bei den letzten Wahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen 1988-89 kein einziger Laborarzt in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung gewählt worden.

7 Der Berufsverband Deutscher Laborärzte wurde beispielsweise erst 1983 gegründet.

8 Die Verbandszeitschriften der ärztlichen Berufsverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Deutschland von der Zentralbibliothek der Medizin gesammelt, die zu den zentralen Einrichtungen der Universität zu Köln zählt. Sie sind dort relativ vollständig vorhanden und dem Publikum in den Kellern der Bibliothek zugänglich.

Auf diese Weise konnten die Mitglieder der Vorstände nahezu komplett erfaßt werden. Für jeden Wahltermin wurde ermittelt, welche Person in welche Vorstandsposition gewählt worden war.⁹ Schwierigkeiten hinsichtlich der Vollständigkeit der Wahlergebnisse ergaben sich bei den Landesvorständen des BDI, bei denen sich die namentliche Nennung der Vorstandsmitglieder in der Verbandszeitschrift häufig auf die Angabe des Vorsitzenden und seines Stellvertreters beschränkte. Ebenfalls spärlich war die Berichterstattung über die Wahlergebnisse im offiziellen Mitteilungsblatt der rheinland-pfälzischen Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, was für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts doch erstaunlich ist.

Weitere Lücken in der Datenerhebung ergaben sich unter anderem dann, wenn bereits existierende lokale Interessenvertretungen, die später in den Verband integriert wurden, die Bildung eines Landesverbandes erübrigten,¹⁰ oder ein Landesverband aus dem Bundesverband austrat,¹¹ und sich auf diese Weise unter anderem auch der Erfassung seiner Wahlergebnisse entzog. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß bei den hier untersuchten Verbänden einige Landesverbände erst im Laufe der 70er Jahre gegründet wurden.¹² Tabelle 10.1 zeigt die Anzahl der Landesverbände je Verband. Darüber hinaus ist je Verband und Periode aufgeschlüsselt, für welche Anzahl von Vorständen die Besetzung nicht ermittelt werden konnte.

Gelegentlich werden über die gewählten Vorstandsmitglieder hinaus weitere Personen aufgrund besonderer Verdienste zu Ehrenvorsitzenden oder Ehrenmitgliedern eines Vorstandes ernannt oder in den Vorstand kooptiert.¹³ Da

-
- 9 Vorstandspositionen sind üblicherweise die Position des Vorstandsvorsitzenden, seines Stellvertreters sowie die Positionen der Beisitzer.
 - 10 So bestand beispielsweise in Berlin eine Vereinigung Niedergelassener Berliner Internisten e.V., die vom Berufsverband Deutscher Internisten mit der Funktion einer Landesgruppe betraut wurde (Der Internist, Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten 1975: 41).
 - 11 So beispielsweise die Vereinigung der Praktischen und Allgemein-Ärzte Bayerns, die Mitte der 70er Jahre aus dem BPA austrat. In der Folge einigte man sich darauf, zumindest miteinander zu kooperieren.
 - 12 Einen solchen Fall stellen die Landesverbände Saarland des Hartmannbund und des NAV dar. Sie bildeten bis Ende der 70er Jahre mit den Landesverbänden Rheinland-Pfalz eine Einheit.
 - 13 Zum Ehrenvorsitzenden bzw. Ehrenmitglied werden im allgemeinen langgediente Vorstandsvorsitzende gewählt. Die Kooptation von Personen in den Vorstand wird nur von den Verbänden ausgeübt; Kassenärztliche Vereinigungen bedienen sich ihrer eigenen Kenntnissen nach nicht. Die Kooptation ist zum einen ein Mittel, künftige Vorstandsmitglieder auf ihre Aufgabe vorzubereiten (Interview). Zum anderen werden auf diese Weise

es nicht möglich war, kooptierte Vorstandsmitglieder und Ehrenmitglieder systematisch zu erfassen, wurden diese Positionen bei der Analyse der Verflechtung nicht berücksichtigt. Diese Entscheidung erfolgte aufgrund der Annahme, daß das Ergebnis sonst zugunsten der Verbände verzerrt worden wäre, für die solche Positionen besser dokumentiert sind.

Tabelle 10.1: Der Datensatz: Landesverbände und fehlende Vorstände je Verband

Verband	KV	HB	NAV	BPA	BDI
Landesverbände	18	11/12	10/11	13	16/18
Fehlende Vorstände					
1972-73	0	0	0	0	1
1976-77	2	0	0	1	1
1980-81	0	0	0	0	0
1984-85	3	0	0	1	0
1988-89	0	0	0	0	0

Quelle: Eigene Erhebungen.

Um den Wandel der Vorstandsverflechtung in Abhängigkeit von den Kostendämpfungsgesetzen zu erfassen, muß das Ausmaß der Vorstandsverflechtung zu mehreren Zeitpunkten erhoben werden, mindestens jedoch vor und nach der Kostendämpfungsgesetzgebung. Die ersten Kostendämpfungsgesetze traten 1977 in Kraft. Damit kam der Beginn der 70er Jahre als Zeitraum vor den Kostendämpfungsmaßnahmen in Betracht. Da die Kostendämpfungsmaßnahmen noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden können, können die jüngsten verfügbaren Wahlergebnisse von 1988 und 1989 nur als Näherungswert für die Periode der Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen dienen. Insgesamt wurden für die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die in die Untersuchung einbezogenen freien ärztlichen Berufsverbände die Wahlergebnisse innerhalb der letzten zwanzig Jahre erfaßt.

wohl auch bewußt die Verbindungen zu Kammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen verbessert, indem Angehörige dieser Vorstände in den Vorstand des Verbandes kooptiert werden (eine Strategie, der sich insbesondere der Hartmannbund bedient).

Vorstandswahlen pflegen sowohl in den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch in den ärztlichen Berufsverbänden alle vier Jahre stattzufinden.¹⁴ Der Wahltermin variiert sowohl zwischen als auch innerhalb der Verbände:

- Ein relativ einheitlicher Wahlturnus findet sich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Hartmannbund. Sechzehn der achtzehn Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Vorstandswahlen im gleichen Zeitraum durch; nur die KV Bayerns und die KV Saarland führen ihre Wahlen genau ein Jahr früher durch. Die Wahl der Vertreterversammlung erfolgt jeweils im Herbst; der Vorstand sowie die Delegierten zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden in der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung gewählt, die im Januar des folgenden Jahres stattfindet. Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird in der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im März des gleichen Jahres gewählt.
- Im Hartmannbund werden die Wahlen in allen Landesverbänden in dem auf die KV-Wahlen folgenden Sommer durchgeführt; der neue Bundesvorstand des Hartmannbundes wird im Herbst des gleichen Jahres gewählt. Die übrigen Verbände haben keinen verbandsweiten Wahlzyklus; hier wählen die Landesverbände unabhängig voneinander.

Die Folge unterschiedlicher Wahlzyklen ist, daß die Wahlergebnisse die Besetzung der Vorstandspositionen in den unterschiedlichen Verbänden nicht zum selben Zeitpunkt wiedergeben. Um trotzdem von den Wahlergebnissen auf die Existenz von Vorstandsverflechtungen schließen zu können, ist eine Recodierung der Daten erforderlich. Die Wahl einer Person in einen Vorstand wurde so interpretiert, daß diese Person die Vorstandsfunktion für den Zeitraum einer Amtsperiode, das sind vier Jahre, wahrnimmt. Dieser Interpretation der Wahlergebnisse liegt die Annahme zugrunde, daß, wer in einen Vorstand gewählt wird, dieses Amt auch bis zum nächsten Wahltermin wahrnimmt.¹⁵

14 In der Gründungsphase wurden beispielsweise bei einigen Landesverbänden des BPA alle zwei Jahre Vorstandswahlen durchgeführt, bis auf Bundesebene die Dauer einer Amtsperiode einheitlich auf vier Jahre festgelegt wurde.

15 Diese Annahme trifft zwar nicht immer zu, da Vorstandsmitglieder gelegentlich auch während einer Amtsperiode ausscheiden. Es kann jedoch angenommen werden, daß Vorstandsverflechtungen dadurch, daß Amtsinhaber ausscheiden und von Nachfolgern ersetzt werden, während einer Amtsperiode genauso häufig neu entstehen, wie sie abgebrochen werden. Das heißt, daß α -Fehler und β -Fehler sich gegenseitig neutralisieren. Die Qualität der Ergebnisse wird infolgedessen mit dieser Annahme nicht beeinträchtigt.

Eine Funktion, die die Vorstandsverflechtung für die ärztlichen Berufsverbände hat, ist, daß sie den beteiligten Verbänden eine bessere Überwachung der Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Eine solche Funktion kann einer Vorstandsverflechtung nur dann unterstellt werden, wenn diese eine gewisse Mindestlänge überdauert. Kurzfristige Doppelmitgliedschaften, die beispielsweise dadurch entstehen, daß eine Person schon in einen Vorstand gewählt worden ist, bevor sie aus dem anderen ausgeschieden ist, können diese Funktion nicht erfüllen. Deswegen wurde ein Mindestzeitraum definiert, den eine Person gleichzeitig zwei Vorständen angehört haben muß, ehe diese Doppelmitgliedschaft als personelle Verflechtung gezählt wird.

Als Mindestdauer einer Vorstandsverflechtung wurden zwei Jahre angesetzt. Drei oder vier Jahre als erforderlichen Zeitraum zu nehmen, ist weniger sinnvoll, da bei dieser Zeitspanne die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß in einem der Verbände bereits eine neue Wahl stattgefunden hat, infolge derer eine bestehende Verbindung aufgelöst oder eine neue konstituiert wurde. Als Beginn der Zweijahresperiode wurde jeweils das Jahr der Vorstandswahlen in den Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt. Die Veränderung der Vorstandsverflechtung wurde ermittelt, indem das Muster der Vorstandsverflechtung zu fünf Zeitpunkten erhoben wurde. Bei diesen Zeitpunkten handelt es sich um die fünf Zweijahresperioden 1973-74, 1977-78, 1981-82, 1985-86 und 1989-90.

Ein Problem der Orientierung an den Wahlergebnissen ist, daß, wie bereits erwähnt, Wechsel innerhalb einer Amtsperiode auf diese Weise nicht erfaßt werden können. Diese Wechsel finden beispielsweise statt, weil ein Vorstandsmitglied, sei es aus gesundheitlichen Gründen, sei es wegen Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Vorstandes oder wegen Arbeitsüberlastung, zurücktritt. Ein nicht seltener Rücktrittsgrund ist auch, daß das betreffende Vorstandsmitglied in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung gewählt worden ist und mit seinem Rücktritt seine Integrität gegenüber den Kassenärzten demonstrieren will (d.h., auf diese Weise zum Ausdruck bringen will, daß er sich für alle Kassenärzte und nicht nur die Mitglieder seines Verbandes verantwortlich fühlt).¹⁶ Soweit Vorstandsänderungen während

16 Nicht allzu selten werden aus diesem Grund zurückgetretene Vorstandsmitglieder wieder in den Vorstand des freien Verbandes kooptiert, um so »für eine kontinuierliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit [zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und freiem Verband] weiterhin Gewähr [zu bieten]« (so im Falle des Vorstandsvorsitzenden eines Hartmannbund-Landesverbandes, der in den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung

einer Amtsperiode erfaßt werden konnten, wurden sie bei den Auswertungen berücksichtigt.

Tabelle 10.2 erlaubt eine erste Einschätzung des Umfangs des Datensatzes. Sie gibt Auskunft über die Gesamtzahl der erfaßten Vorstände, Vorstandsmitglieder, Vorstandspositionen, der empirisch ermittelten sowie der theoretisch möglichen Vorstandsverflechtungen. Als Vorstandsverflechtungen werden im folgenden jene Verbindungen zwischen zwei Vorständen bezeichnet, die dadurch entstehen, daß eine oder mehrere Personen Mitglied beider Vorstände ist bzw. sind.¹⁷

Tabelle 10.2: Der Datensatz: Erfaßte Vorstände, Vorstandsmitglieder, Vorstandspositionen und Vorstandsverflechtungen

	Summe ^a		Durchschnitt je Periode
	inklusive Rheinland-Pfalz	ohne Rheinland-Pfalz	ohne Rheinland-Pfalz
Vorstände	364	328	66
Vorstandsmitglieder	2.003	1.901	380
Vorstandspositionen	2.333	2.190	438
Verbindungen	330	285	57
Mögliche Verbindungen ^b	13.140	10.725	2.145
Mögliche Verbindungen ^c	2.531	2.232	446

a Kumuliert über die 5 Perioden 1973-1990.

b Berechnet nach der Formel $n(n-1)/2$.

c Berechnet unter Berücksichtigung der territorialen und föderalen Restriktionen.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

Viele der im folgenden dargestellten Auswertungen wurden ohne Berücksichtigung der Daten für Rheinland-Pfalz durchgeführt, weil deren Vollständigkeit im Vergleich zu den Daten der anderen Regionen zu wünschen übrig ließ. Aus diesem Grund sind die Werte in Tabelle 10.2 sowohl inklusive als auch exklusive der Landesverbände Rheinland-Pfalz aufgeführt. Unter Berücksichti-

gewählt worden war; vgl. Hartmannbund Jahresbericht 1988: 54).

17 Die Beziehung »Vorstandsverflechtung« wird damit, sofern, wie bei der Untersuchung der Multiplexität der Verbindungen, nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, als dichotome Relation behandelt: Sie ist vorhanden oder nicht vorhanden; die Information, wieviele Vorstandsmitglieder die Verflechtung etablieren, wird nicht berücksichtigt.

gung der rheinland-pfälzischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der ärztlichen Berufsverbände wurden für den Zeitraum von 1972 bis 1990 364 Vorstände erfaßt. Diese Vorstände umfaßten 2.333 Vorstandspeditionen, die von 2.003 Vorstandsmitgliedern¹⁸ eingenommen wurden.

Die durchschnittliche Anzahl der Vorstände je Periode beträgt 66. In diesen 66 Vorständen sind im Durchschnitt in jeder Periode 438 Positionen zu besetzen, die von 380 Vorstandsmitgliedern eingenommen wurden. Insgesamt wurden – ohne Rheinland-Pfalz – 285 Vorstandsverflechtungen erfaßt; das sind durchschnittlich 57 Verbindungen je Periode. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zur Anzahl der möglichen Verbindungen, so hat man eine Information über die Dichte des Netzes der Vorstandsverflechtungen.

Die Zahl der möglichen Verbindungen wird üblicherweise nach der Formel $n(n-1)/2$ berechnet, wobei n für die Anzahl der Knoten steht, das sind in diesem Falle die Vorstände. Bei durchschnittlich 66 Vorständen ergibt das 2.145 mögliche Verbindungen je untersuchte Periode. Diese rein rechnerisch ermittelte Zahl gibt jedoch nicht die Anzahl der im Rahmen der Verbandsverflechtung möglichen Verbindungen wieder, weil sie nicht die Restriktionen berücksichtigt, die sich aus der territorialen und föderalen Gliederung Deutschlands ergeben. Berücksichtigt man diese Restriktionen (beispielsweise, daß eine Vorstandsverflechtung auf Landesebene zwischen Verbänden unterschiedlicher Regionen ausgeschlossen ist), so reduziert sich die Zahl der in einer Periode möglichen Verflechtungen auf 446.

2 Der Umfang der Ämterkumulation

Einen ersten Überblick über die »Eng-« oder »Weitmaschigkeit« des Netzes der Vorstandsverflechtung erhält man, wenn man den Umfang der Ämterkumulation untersucht. Das Ausmaß der Vorstandsverflechtung variiert stark mit dem Ausmaß der Ämterkumulation, da eine Person mit n Mandaten $n(n-1)/2$ Verbindungen schafft. Insofern erlaubt die in Tabelle 10.3 wiedergegebene Analyse der Verteilung der Positionen über die verbindenden Personen eine erste Einschätzung des Umfangs der Vorstandsverflechtung. Wie Tabelle 10.3 zu entnehmen ist, sind es nur 14% der Vorstandsmitglieder, die mehr

18 Sofern die Vorstandsmitglieder ihr Amt über mehrere Amtsperioden hinweg innehatten, wurden sie mehrfach, entsprechend der Anzahl ihrer Amtsperioden als Vorstandsmitglied gezählt.

als eine Vorstandsposition innehaben und damit überhaupt eine Verflechtung zweier Vorstände konstituieren. Von diesen 14% haben im gesamten hier untersuchten Zeitraum nur 16% (46 Personen) mehr als zwei Positionen, d.h., der überwiegende Teil der mehrfachen Vorstandsmitglieder konstituiert nur eine Vorstandsverflechtung.

Tabelle 10.3: Verteilung der Vorstandspositionen^a auf die Vorstandsmitglieder

Positionen je Vorstandsmitglied	Vorstandsmitglieder ^b	
	abs.	in %
1	1.723	86,0
2	234	11,7
3	42	2,1
4	4	0,2
Summe	2.003	100,0

a Vorstandspositionen insgesamt = 2.333 (vgl. Tabelle 10.2).

b Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

Vergleicht man diese Verteilung mit den Ergebnissen von Untersuchungen der Unternehmensverflechtung, beispielsweise der vergleichenden Analyse der Unternehmensverflechtung in zehn Ländern (Stokman et al. 1985), so fallen phänotypisch einige Gemeinsamkeiten ins Auge. Der Anteil der mehrfachen Vorstandsmitglieder an der Gesamtzahl der Vorstandsmitglieder liegt innerhalb der bei der Untersuchung der Unternehmensverflechtung vorgefundenen Variationsbreite. Auch die Kumulationsrate, d.h. die durchschnittliche Anzahl der Positionen pro Person, bewegt sich mit 1,17 im Rahmen dessen, was über die Unternehmensverflechtung herausgefunden wurde.¹⁹ Nur der Anteil derjenigen, die mehr als drei Vorstandspositionen haben (und damit mehr als drei Verbindungen konstituieren) ist mit 4 Personen (das ist 1%) wesentlich geringer als im Falle der Unternehmensverflechtung.

Diese Ähnlichkeiten sind insofern überraschend, als die Konstruktionsbedingungen von Unternehmensverflechtung und Verbandsverflechtung wesentliche Unterschiede aufweisen. So spielen nicht nur territoriale Restriktionen bei der Unternehmensverflechtung eine geringere Rolle, auch die Re-

19 Man kann sich allerdings fragen, ob die Kumulationsrate in diesem Fall aufgrund der Beschränkung auf nur fünf verschiedene Verbände nicht systematisch unterschätzt ist.

geln der Selektion der Kandidaten und der Besetzung der Positionen unterscheiden sich.

3 Die Verflechtung zwischen den ärztlichen Berufsverbänden

Die im folgenden durchgeführte Analyse von Muster und Umfang der Vorstandsverflechtung der freien ärztlichen Berufsverbände untereinander wird als Nullmodell zur Beurteilung der Verflechtung zwischen freien ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen verwendet. Die Existenz der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden läßt sich damit erklären, daß die Vertreter der freien Verbände Kontrolle über die Entscheidungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewinnen suchen. Da dieses Motiv im Falle einer Verflechtung der freien ärztlichen Berufsverbände untereinander entfällt, muß das Niveau dieser Verflechtung wesentlich niedriger sein als das Niveau der Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen.²⁰

In Tabelle 10.4 sind für jeden Verbindungstyp die Anzahl der möglichen Verbindungen, absolute und relative Häufigkeit der bestehenden Verbindungen sowie die Dichte wiedergegeben. Die Anzahl der möglichen Verbindungen wurde nicht nach der üblicherweise verwendeten Formel²¹ berechnet, sondern unter Berücksichtigung der im vorangegangenen Kapitel erläuterten territorialen und föderalen Restriktionen.²² Die Werte werden hier nicht für das gesamte Netz, sondern für jeden Verbindungstyp einzeln ausgewiesen. Damit kann für jeden Verbindungstyp gesondert analysiert werden, welche tatsächliche Bedeutung er hat.

Relative Häufigkeit und Dichte werden als Indikatoren der Bedeutung der einzelnen Verbindungstypen verwendet. Die relative Häufigkeit eines Ver-

20 Das Niveau wird jedoch nicht gleich Null sein, da, wie im vorangegangenen Kapitel argumentiert wurde, Vorstandsverflechtung von einer Reihe von weiteren Faktoren beeinflußt wird.

21 Die Anzahl der möglichen Verbindungen wird üblicherweise nach der Formel $n(n-1)/2$ berechnet, wobei n die Anzahl der Knoten ist (das sind in diesem Falle die Vorstände).

22 Das heißt beispielsweise, daß bei der Berechnung der maximal möglichen Verbindungen auf Landesebene berücksichtigt wurde, daß Verbindungen zwischen den Landesverbänden unterschiedlicher Regionen nicht auftreten können.

Tabelle 10.4: Verbindungen zwischen freien ärztlichen Berufsverbänden^a

Verbindungstyp	Verbindungen			Dichte
	mögliche	bestehende		
		abs.	in %	
Auf der Landesebene				
fachübergreifend ↔ fachübergreifend	55	5	5	0,09
fachübergreifend ↔ fachspezifisch	256	16	14	0,06
fachspezifisch ↔ fachspezifisch	73	0	0	0,00
Zwischensumme / Durchschnitt	384	21	19	0,05
Zwischen Landes- und Bundesebene				
innerhalb eines Verbandes	233	84	75	0,36
zwischen zwei Verbänden	699	4	4	0,01
Auf der Bundesebene	30	2	2	0,07
Gesamtsumme / Durchschnitt	1.346	111	100	0,08

a Ohne Rheinland-Pfalz. Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

bindungstyps zeigt, ob er im Verhältnis zu den anderen Verbindungstypen eher häufig oder selten zu beobachten ist. Die »Dichte« eines Verbindungstyps ist definiert als der Quotient der Anzahl der empirisch ermittelten zur Anzahl der möglichen Verbindungen.²³ Die Dichte eines Verbindungstyps mißt seine Bedeutung damit an der Intensität, mit der er auftritt. Ist der Dichtewert eines Verbindungstyps vergleichsweise hoch, so kann hier, eingedenk der in Kapitel 9 erläuterten Konstruktionsprinzipien des Netzes der Verbandsverflechtung, unterstellt werden, daß die betreffenden Verbindungen nicht nur strukturelle, sondern auch intentionale Ursachen haben.

Der wichtigste Verbindungstyp ist, wie man der Tabelle eindeutig entnehmen kann, die Verbindung von Bundes- und Landesebene innerhalb eines Verbandes. Er stellt nicht nur mit 75% den höchsten Anteil aller Verbindungstypen, er weist auch mit 36% die höchste Dichte auf.²⁴ Der zweite bedeutendste Verbindungstyp ist der der ärztlichen Berufsverbände untereinander

23 Die Dichte kann maximal zwischen 0 (es existieren keine Verbindungen zwischen den Elementen) und 1 (jede mögliche Verbindung existiert) variieren.

24 Diese hohe Dichte läßt sich mit der Koordinationsfunktion erklären, die die Vorstandsverflechtung für Bundes- und Landesebene hat.

auf Landesebene. Knapp 20% der Verbindungen dieser Tabelle entfallen auf ihn. Angesichts der Anzahl der möglichen Verbindungen dieses Typs sind es jedoch relativ wenig Verbindungen; die Dichte liegt dementsprechend bei 5%.

Die Verbindungen auf Landesebene können noch einmal danach differenziert werden, ob sie zwischen zwei fachübergreifenden, zwei fachspezifischen oder fachübergreifendem und fachspezifischem Verband bestehen. Es ist zu erwarten, daß keine Verbindungen zwischen den beiden fachspezifischen Verbänden bestehen, da die beiden Verbände in der Sprache der Populationsökologie »unterschiedliche Nischen« besetzen und sich ihre Mitgliedschaft dementsprechend kaum überschneidet.²⁵ Diese Erwartung wird durch Tabelle 10.4 bestätigt: Zwischen den beiden fachspezifischen Verbänden bestehen keine Verbindungen. Unter dem populationsökologischen Gesichtspunkt ist es ebenfalls nicht überraschend, daß zwischen den beiden fachübergreifenden Verbänden, die innerhalb der gleichen Nische um Mitglieder konkurrieren, sehr wohl Verbindungen existieren. Hierfür kann auf mikrostruktureller Ebene neben dem Ehrgeiz mancher Individuen, möglichst viele Ämter zu kumulieren, auch ein Mangel an geeigneten Kandidaten verantwortlich gemacht werden.

Am höchsten ist, wie Tabelle 10.4 zeigt, die Anzahl der Verbindungen zwischen fachübergreifenden und fachspezifischen Verbänden. Dies läßt sich damit erklären, daß diese Verbindungen, wie auch die zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, eine Funktion erfüllen. Der Nutzen einer solchen Verbindung ist insbesondere für die fachspezifischen Verbände hoch. Wenn es ihnen gelingt, einen der größeren freien Verbände auf eines ihrer Ziele gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten,²⁶ dann haben sie auch innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Chancen, eine Mehrheit zu erhalten, erhöht.

25 Eine Überschneidung ist nicht per definitionem ausgeschlossen, da viele Ärzte im Laufe ihrer Weiterbildung mehrere Gebietsbezeichnungen erwerben und damit, beispielsweise um der Fortbildungsmöglichkeiten willen, Anreiz haben, mehreren Berufsverbänden beizutreten. Sie hat jedoch keine Konsequenzen für das Muster der Vorstandsverflechtung, da es sehr unwahrscheinlich ist, daß eine Überschneidung auf der Ebene der einfachen Mitglieder zu einer Überschneidung auf Vorstandsebene führt.

26 Entsprechende Versuche werden, wie die von mir geführten Interviews ergaben, durchaus unternommen.

4 Die Verflechtung zwischen KVen und ärztlichen Berufsverbänden

Vor dem Hintergrund der Verflechtung der freien Verbände untereinander wird nun die Verflechtung der freien Verbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen untersucht. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung der Vorstandsverflechtung sind in Tabelle 10.5 dargestellt. Auch hier ist, so zeigen Anzahl und Dichte der unterschiedlichen Verbindungstypen, die Verflechtung zwischen Landes- und Bundesebene der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer Dichte von 47% der wichtigste Verbindungstyp.

Die Verflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden auf Landesebene steht, wenn man ihre Bedeutung an der Dichte mißt, erst an zweiter Stelle. Diese ist jedoch mit 34% wesentlich höher als die Dichte der Verbindungen der freien Verbände untereinander. Sofern man bereit ist, die Dichte als ein Indikator der Bedeutung der Verbindung zu betrachten, muß man zugeben, daß die Bedeutung der Verbindungen zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen höher ist als die der ärztlichen Berufsverbände untereinander.

Tabelle 10.5 kann auch entnommen werden, ob es eher fachübergreifende oder eher fachspezifische Verbände sind, die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verflochten sind. Im vorangegangenen Kapitel wurde argumentiert, daß fachübergreifende Verbände aufgrund ihrer größeren Mitgliedschaft eine größere Chance haben, in die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen gewählt zu werden. Das hier ermittelte Ergebnis bestätigt diese Vermutung: Die Verbindungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und fachübergreifenden Verbänden weisen mit 41% eine höhere Dichte auf als die Verbindungen zwischen fachspezifischen Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen (27%).²⁷

Tabelle 10.5 gibt weiterhin über Umfang und Dichte der Verbindungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden zwischen Landes- und Bundesebene Auskunft. Auch wenn die Dichte dieser Verbindung mit 11% für die fachübergreifenden und 6% für die fachspezifischen Verbände im Vergleich zu den anderen Verbindungstypen gering ist, so ist sie doch höher als die Dichte der Verbindung zwischen Landes- und Bundesebene zwischen unterschiedlichen ärztlichen Berufsverbänden. Auch

27 Die Frage, inwieweit dieses Verhältnis im Zeitverlauf konstant geblieben ist oder sich geändert hat, wird an späterer Stelle untersucht.

Tabelle 10.5: Verbindungen zwischen KVen und freien Berufsverbänden^a

Verbindungstyp	Verbindungen			Dichte
	mögliche	bestehende		
		abs.	in %	
Auf der Landesebene				
fachübergreifender Verband ↔ KV	140	57	33	0,41
fachspezifischer Verband ↔ KV	143	38	22	0,27
Zwischensumme / Durchschnitt	283	95	55	0,34
Zwischen Landes- und Bundesebene				
innerhalb von KVen und KBV	70	33	19	0,47
fachübergreifender Verband ↔ KV / KBV	245	26	15	0,11
fachspezifischer Verband ↔ KV / KBV	268	16	9	0,06
Auf der Bundesebene	20	4	2	0,20
Gesamtsumme / Durchschnitt	886	174	100	0,20

a Ohne Rheinland-Pfalz. Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

hier scheint sich somit die höhere Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ärztlichen Berufsverbände, wenn auch nur marginal, bemerkbar zu machen.

Die hier empirisch beobachtete höhere Dichte der Verbindung zwischen Landes- und Bundesebene zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien Verbänden muß jedoch als ein Artefakt angesehen werden, weil es sich bei den Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene verschiedener Verbände zum überwiegenden Teil um »induzierte Verbindungen« handelt. Induzierte Verbindungen entstehen automatisch, wenn ein und dieselbe Person Mitglied im Landes- und Bundesvorstand eines Verbandes und im Landes- oder Bundesvorstand eines weiteren Verbandes ist. Da die Dichte der Verbindungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien Verbänden auf Landesebene höher ist als die Dichte der Verbindungen zweier freien Verbände, ist auch die Dichte der induzierten Verbindungen höher als bei den freien Verbänden.

In diesem Zusammenhang kann auch geprüft werden, inwieweit der Umfang der Verflechtung zwischen freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung vom Ausmaß der Überlappung ihrer Mitgliedschaft abhängt. In Tabelle 10.6 ist noch einmal der in Kapitel 9 für einige Verbände berechnete

Anteil der Mitglieder der freien ärztlichen Berufsverbände an der Kassenärzteschaft wiedergegeben (vgl. Tabelle 9.3). Da die Überlappung der Mitgliedschaft für den Hartmannbund am höchsten war und für den BDI am niedrigsten, ist nach dieser Berechnung zu erwarten, daß der Hartmannbund die höchste Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen aufweist und der BDI die niedrigste.²⁸

Tabelle 10.6: Differenzierung der Verbindungen zwischen KVen und freien Verbänden auf der Landesebene nach Berufsverband^a

Verband	Verbandsmitglieder in % der KV-Mitglieder (geschätzt)	Verbindungen zwischen Verband und KV Landesebene	
		abs.	in % ^b
Hartmannbund	21	30	22
NAV	15	17	13
BPA	11	18	13
BDI	5	5	4
Summe	52	71	52

a Ohne Rheinland-Pfalz. Die Werte sind über 4 Perioden (1973-1986) kumuliert.

b Die Prozentwertverteilung der Vorstandsverflechtung wurde auf 52% »standardisiert«, um den Vergleich mit der Prozentwertverteilung der überlappenden Mitgliedschaft zu erleichtern.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang). Verbandsmitglieder: vgl. Tabelle 9.2.

Der Anteil dieser beiden Verbände an den Vorstandsverflechtungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entspricht mit 22% bzw. 4% ziemlich genau dem Anteil ihrer Mitgliedschaft an der Kassenärzteschaft. Die Werte der Vorstandsverflechtung von NAV und BPA mit den Kassenärztlichen Vereinigungen liegen zwar mit jeweils 13% (gerundet), wie zu erwarten war, zwischen diesen beiden Werten, ihre Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entspricht aber nicht in gleicher Weise dem Anteil ihrer Mitgliedschaft an den Kassenärzten. Damit läßt sich im großen und ganzen die These belegen, daß der Umfang der Verflechtung zwischen einem Verband und den Kassenärztlichen Vereinigungen auch (aber, wie das Beispiel von

28 Auf die dieser Hypothese zugrundeliegenden Vereinfachungen wurde bereits in Kapitel 9 hingewiesen.

NAV und BPA zeigt, nicht nur) von der Stärke der Mitgliedschaft des Verbandes und der Überschneidung derselben mit der Kassenärzteschaft abhängt.

5 Multiplexität und Stabilität der Verbindungen

Schon die bisherige Analyse der relativen Häufigkeit und der Dichte von Verbindungstypen hat gezeigt, daß manche Verbindungen eine bedeutendere Rolle spielen als andere. Die höchsten Dichtewerte ergaben sich bisher für die Verbindungen zwischen freiem Verband und Kassenärztlicher Vereinigung auf Landesebene sowie zwischen Landes- und Bundesebene innerhalb eines Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Ergebnisse werden bestätigt, wenn man die relative Bedeutung von Verbindungen anhand weiterer Indikatoren, wie der Multiplexität und der Stabilität, untersucht.

Eine Verbindung zwischen zwei Elementen wird in der Graphentheorie als »multiplex« bezeichnet, wenn zwischen den beiden Elementen mehr als eine Beziehung existiert (wobei die Stärke der Multiplexität der Anzahl der unterschiedlichen Beziehungen entspricht). Im Falle der Vorstandsverflechtung gilt eine Verbindung dann als multiplex, wenn zwei Vorstände mehr als ein gemeinsames Vorstandsmitglied haben. Die Multiplexität einer Verbindung kann im Falle der Vorstandsverflechtung, wo es um die Kontrolle bzw. Überwachung von Entscheidungsprozessen geht, als Indikator für die Ausübung von Kontrolle betrachtet werden: Je höher die Anzahl der Mitglieder eines Verbandes in dem Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung, umso größer ist im Prinzip die Möglichkeit des Verbandes, den Entscheidungsprozeß innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung zu beeinflussen. Ein hoher Anteil multiplexer Verbindungen zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen würde dann bedeuten, daß die freien Verbände sich nicht nur bemühen, den in den Kassenärztlichen Vereinigungen ablaufenden Entscheidungsprozeß überhaupt zu verfolgen, sondern darüber hinaus versuchen, ihn mit Hilfe größerer Stimmenanteile zu beeinflussen.

Tabelle 10.7 ist zu entnehmen, wieviele multiplexe Verbindungen es im Laufe des untersuchten Zeitraumes gab und wie hoch ihr Anteil an der Gesamtzahl der tatsächlichen sowie an der Anzahl der möglichen Verbindungen ist. Zunächst ist festzuhalten, daß nur 15% aller Verbindungen multiplex sind. 86% der multiplexen Verbindungen werden durch zwei gemeinsame Vorstandsmitglieder konstituiert, nur 14% durch drei gemeinsame Vorstandsmitglieder. Der durchschnittliche Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung

Tabelle 10.7: Multiplexe Verbindungen^a

Verbindungstyp	Verbindungen				Dichte ^b
	mögliche	bestehende			
		insg.	multiplexe		
			abs.	abs.		in %^{c}
Auf der Landesebene					
zwischen Verband und KV	283	95	27	28	0,10
zwischen freien Verbänden	384	21	0	0	0,00
Zwischen Landes- u. Bundesebene					
innerhalb Verband oder KV	303	117	16	14	0,05
zwischen Verbänden oder KVen	1.212	46	1	2	0,00
Auf der Bundesebene					
	50	6	0	0	0,00
Summe / Durchschnitt	2.232	285	44	15	0,02

a Ohne Rheinland-Pfalz. Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

b Anteil der multiplexen Verbindungen an den möglichen Verbindungen.

c In Prozent der bestehenden Verbindungen.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

hat acht Mitglieder; das bedeutet, daß nicht angenommen werden kann, daß es tatsächlich möglich ist, mittels multiplexer Verbindungen die Willensbildung innerhalb des Vorstandes einer Kassenärztlichen Vereinigung zu kontrollieren.

Weiterhin fällt auf, daß auf Landesebene multiplexe Verbindungen nur zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht jedoch zwischen den freien Verbänden existieren. Bei den Verbindungen zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene beträgt der Anteil der multiplexen Verbindungen an der Gesamtzahl der tatsächlichen Verbindungen 28%, bezogen auf die Anzahl der möglichen Verbindungen liegt er bei 10%. Damit zeigt sich auch in der Analyse der Multiplexität der Verbindungen, daß die Vorstandsverflechtungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für die freien Verbände eine größere Bedeutung haben als Vorstandsverflechtungen mit anderen freien Verbänden.

Neben den Verbindungen zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Landesebene sind es, wie aus Tabelle 10.7 ersichtlich ist, nur die Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene innerhalb der KVen oder eines Verbandes, bei denen ein nennenswerter Anteil (14% der Verbindungen) von mehr als einer Person konstituiert wird. Die Existenz

multiplexer Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene überrascht, da man annehmen sollte, daß die Rückkopplung zwischen Landes- und Bundesebene dann am umfassendsten ist, wenn so viele Landesverbandsvorstände wie möglich an dem Entscheidungsprozeß auf Bundesebene beteiligt sind. Die Einhaltung dieser Regel scheidet offenbar an der Durchsetzungsfähigkeit der mitgliederstärksten Landesverbände.²⁹

Tabelle 10.8: Stabilität der Verbindungen

Verbindungstyp	bestehende Verbindungen ^a				
	Verbindungsdauer (Amtsperioden) in % aller Verbindungen			Summe	
	1	2-4	5	in %	abs.
Auf der Landesebene					
zwischen Verband und KV	26,3	4,9	2,1	33,3	95
zwischen freien Verbänden	5,3	2,1	0,0	7,4	21
Zw. Landes- u. Bundesebene					
innerhalb Verband oder KV	33,7	3,2	4,2	41,1	117
zwischen Verbänden o. KVen	13,0	3,2	0,0	16,2	46
Auf der Bundesebene					
	1,4	0,7	0,0	2,1	6
Summe^b	79,7 (227)	14,1 (40)	6,3 (18)	100,0 (285)	

a Ohne Rheinland-Pfalz. Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

b Absolutwerte in Klammern.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

Auch die Stabilität einer Verbindung kann als Indikator ihrer Bedeutung interpretiert werden: Je wichtiger eine Verbindung ist, desto größer sollte das Interesse an ihrer Stabilität sein. In Tabelle 10.8 sind die im Rahmen dieser Untersuchung ermittelten Stabilitätswerte dargestellt. Der überwiegende Teil der Verbindungen (227, das sind knapp 80% aller Verbindungen) besteht nur eine Amtsperiode lang. Immerhin 6% der Verbindungen bestehen länger als vier Amtsperioden, also mehr als zwanzig Jahre. Auch hier sind es nur die

29 Allein 11 der 16 multiplexen Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene bestehen zwischen Landesverbänden aus Bayern bzw. Nordrhein und den entsprechenden Bundesvorständen. Auch an den übrigen 5 multiplexen Verbindungen sind mehrheitlich mitgliederstarke Landesverbände beteiligt.

zwei wichtigsten Verbindungstypen, die eine solche Stabilität aufweisen: Verbindungen auf Landesebene zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene innerhalb eines Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Von den Verbindungen auf Landesebene sind es nur die Verbindungen zwischen Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, die über mehr als vier Amtsperioden stabil sind. Stabilität herrscht insbesondere in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie in dem Flächenstaat Baden-Württemberg.

Ebenso wie die Multiplexität zeichnet sich auch die Stabilität der Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene eines Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen dadurch aus, daß hauptsächlich die Landesverbände bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen der mitgliederstärksten Regionen daran beteiligt sind. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sind es die KVen Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein und Westfalen-Lippe, die regelmäßig mit mindestens einem Vorstandsmitglied im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten sind.³⁰ Bei Hartmannbund und NAV sind es die Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein, die die stabilsten Verbindungen zur Bundesebene aufweisen, beim NAV darüber hinaus auch Berlin. Dem Bundesvorstand des BDI gehört in der Regel mindestens ein Mitglied der Landesvorstände von Bayern und Niedersachsen an, dem Bundesvorstand des BPA im allgemeinen ein Mitglied des Landesvorstandes von Berlin.

Die Aussagekraft dieser Tabelle ist eingeschränkter, als es auf den ersten Blick scheinen mag. Ein gravierendes Problem ist, daß die Daten sowohl links als auch rechts zensiert sind. Sowohl Verbindungen, die schon vor Beginn des erfaßten Zeitraumes (vor 1972 also) bestanden, als auch Verbindungen, die jenseits des erfaßten Zeitraumes (nach 1990) noch fortbestehen, erhalten einen zu niedrigen Stabilitätswert. Das bedeutet, daß die Anzahl der über mehrere Perioden bestehenden Verbindungen hier zu niedrig angegeben ist, wobei unbekannt ist, wie hoch der tatsächliche Wert der Abweichung ist.³¹

30 Das bedeutet, daß die übrigen 12 Kassenärztlichen Vereinigungen nur eine geringe Chance haben, im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten zu sein.

31 Die durch die Zensierung der Daten verursachte Verzerrung der Ergebnisse läßt sich zwar schätzen, hier wurde jedoch darauf verzichtet, da diese Information für das eigentliche Argument nur marginale Bedeutung hat.

6 Die räumliche Gliederung des Netzes

Im vorangegangenen Kapitel wurde argumentiert, daß sich auch die territoriale und föderale Gliederung der Bundesrepublik Deutschland im Muster der Vorstandsverflechtung bemerkbar macht. Da die Verbands- oder KV-Mitgliedschaft auf Landesebene an den Wohn- oder Niederlassungsort des Arztes gebunden ist, zerfällt das Netz der Vorstandsverflechtung auf Landesebene in zwölf disjunkte Netze, deren gegenseitige Abgrenzung in etwa den Bereichen der Ärztekammern entspricht. Daraus ergibt sich zum einen die Frage, inwieweit diese Netze über die Bundesebene indirekt miteinander verbunden sind. Diese Frage wird im folgenden mit Hilfe einer Komponentenanalyse erörtert. Die zweite Frage ist, ob sich die einzelnen Regionen hinsichtlich des Musters ihrer Verflechtung unterscheiden und inwieweit sich hier Typen von Regionen mit ähnlichen Verflechtungsmustern bilden lassen. Auch diese Frage wird im Laufe dieses Abschnitts untersucht.

Die Struktur eines Netzes läßt sich auch dadurch beschreiben, daß man die Anzahl der Komponenten ermittelt, die das Netz konstituieren. Als »Komponente« wird die Teilmenge eines Graphen bezeichnet, die sich dadurch auszeichnet, daß alle Punkte innerhalb der Komponente, sei es auf direktem oder indirektem Wege, miteinander verbunden sind, daß jedoch keine Verbindungen zu Punkten außerhalb der Komponente bestehen. Eine Identifikation der Komponenten erlaubt Aussagen darüber, wie verbunden die einzelnen Elemente des Netzes (die Vorstände) sind. Würde das Netz aus mehreren, ungefähr gleich großen Komponenten bestehen, so ließe das den Schluß zu, daß innerhalb einer Region Verflechtung zwischen den Verbänden besteht, daß jedoch zwischen den Regionen kaum Verbindungen existieren. Ergäbe die Analyse hingegen die Existenz einer großen Komponente neben einer geringen Anzahl kleiner Komponenten und isolierter Vorstände, so wäre der Schluß gerechtfertigt, daß die Landesverbände im großen und ganzen über die Bundesverbände miteinander verbunden sind.

Wie Tabelle 10.9 zu entnehmen ist, wird das Netz jeweils von einer großen Komponente dominiert, die zwischen 44 und 51 Vorstände je Periode umfaßt.³² Durchschnittlich 30% aller Vorstände je Periode sind isoliert, das bedeutet, daß keines seiner Mitglieder Mitglied eines weiteren Vorstandes ist. Die große Komponente enthält mehr als 60% aller Vorstände je Periode;

32 Die Komponentenanalyse wurde mit GRADAP (iec ProGAMMA, Groningen, NL) durchgeführt.

Tabelle 10.9: Komponenten im Netz

Zeitraum	Verbands- und KV-Vorstände				Verbindungen (in größter Komponente)	Dichte (größte Komponente)
	Summe	Isolierte	in kleinen Komponenten	in größter Komponente		
1973-74	72	20	6 (3) ^a	46	60	0,06
1977-78	72	21	7 (3)	44	59	0,06
1981-82	75	21	9 (4)	45	64	0,06
1985-86	72	24	3 (1)	45	62	0,06
1989-90	77	24	2 (1)	51	70	0,05
Durchschnitt	74	22	5 (2)	46	63	0,06
in % der Vorstände	100	30	7	63		

a Die Zahlen in Klammern geben die Zahl der kleinen Komponenten an.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

diese Vorstände sind alle direkt oder indirekt miteinander verbunden.³³ Mehr als die Hälfte aller Vorstände auf Landesebene sind damit über die Bundesebene indirekt miteinander verbunden.³⁴ Die Dichte der großen Komponente ist jedoch nicht sehr hoch: Im Durchschnitt werden die 46 Vorstände durch 63 Linien miteinander verbunden, was eine Dichte von 0,06 ergibt.³⁵

Eine andere Frage ist, ob es zwischen den Regionen Unterschiede in dem Muster ihrer Vorstandsverflechtungen gibt. A priori ist anzunehmen, daß die Strukturen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sich von denen der anderen Regionen unterscheiden, weil in diesen beiden Bundesländern jeweils vier Kassenärztliche Vereinigungen und BDI-Landesgruppen je einem Landesverband von Hartmannbund, NAV und BPA gegenüberstehen. Hinzu kommt,

-
- 33 Die maximale Distanz zwischen zwei beliebigen Vorständen innerhalb der großen Komponente variiert zwischen 8 und 10. Als »Distanz« wird in der Netzwerkanalyse die kürzeste Verbindung zwischen zwei Vorständen einer Komponente bezeichnet. Ihr Wert entspricht der minimalen Anzahl der Kanten, die die beiden Vorstände miteinander verbinden.
- 34 Ähnliche Befunde ergeben sich bei Untersuchungen der Unternehmensverflechtung: Auch dort ist der überwiegende Teil der Unternehmensvorstände in einer großen Komponente wiederzufinden (vgl. beispielsweise Stokman/ Wasseur 1985: 27).
- 35 Bei dieser, mit GRADAP durchgeführten Berechnung wurde nicht nach Verbindungstypen differenziert. Die Dichte wurde mit der Formel $n(n-1)/2$ berechnet; deswegen ist sie niedriger als die von mir je Verbindungstyp berechneten Werte.

daß, wie die bisherigen Ergebnisse gezeigt haben, sich größere und kleinere Regionen dadurch unterscheiden, daß der Anteil vertikaler Verbindungen (d.h. zwischen Landes- und Bundesebene) in den größeren Regionen höher ist als in den kleineren. Im folgenden wird untersucht, wie sich die 11 Regionen bezüglich der Dichte ihrer horizontalen und vertikalen Beziehungen voneinander unterscheiden und welche Möglichkeiten der Klassifikation der Regionen sich daraus ergeben.

Tabelle 10.10: Dichte der Verbindungsarten je Region^a

Region	horizontale Verbindungen		vertikale Verbindungen	
	zwischen Verband und KV	zwischen zwei freien Verbänden	innerhalb Verband oder KV	zwischen Verbänden oder KVEn
Baden-Württemberg	0,36	0,00	0,22	0,04
Bayern	0,15	0,00	0,76	0,07
Berlin	0,70	0,27	0,40	0,05
Bremen	0,15	0,00	0,00	0,00
Hamburg	0,40	0,17	0,32	0,03
Hessen	0,20	0,03	0,52	0,04
Niedersachsen	0,32	0,11	0,43	0,05
Nordrhein	0,50	0,00	0,64	0,10
Westfalen-Lippe	0,10	0,00	0,52	0,00
Rheinland-Pfalz	0,23	0,07	0,33	0,05
Saarland	0,40	0,00	0,28	0,02
Schleswig-Holstein	0,30	0,07	0,24	0,01
Durchschnitt	0,32	0,06	0,39	0,04

a Die Werte sind über alle 5 Perioden (1973-1990) kumuliert.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

In Tabelle 10.10 sind für die zwölf untersuchten westdeutschen Regionen die empirisch ermittelten Dichtewerte für horizontale und vertikale Verbindungstypen aufgeführt. Auch die Werte für Rheinland-Pfalz sind hier aufgeführt, im Gegensatz zu denen der anderen Regionen basieren sie jedoch nur auf drei Perioden (1973-74, 1981-82, 1989-90).³⁶ Die Tabelle zeigt, daß es sowohl

³⁶ Da hier auch die rheinland-pfälzischen Beobachtungen in die Berechnung der durchschnittlichen Dichte einbezogen wurden, unterscheidet diese sich geringfügig von den Werten der anderen Tabellen.

in der Dichte horizontaler als auch in der Dichte vertikaler Verbindungen beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen gibt. Bei den horizontalen Verbindungen weist Berlin die höchsten Dichtewerte auf und Westfalen-Lippe die niedrigsten. In vertikaler Richtung erreichen die großen Regionen Bayern und Nordrhein die höchsten Dichtewerte, das Schlußlicht bildet Bremen.

Übersicht 10.1: Klassifikation der Regionen nach der Dichte der horizontalen und vertikalen Verbindungen

		vertikale Verbindungen	
		niedrig	hoch
horizontale Verbindungen	niedrig	BW, BR, RP	BA, HE, WL
	hoch	HA, SA, SH	BE, NI, NO

Quelle: Eigene Erhebungen.

In Übersicht 10.1 sind die Regionen nach der Höhe der Dichte ihrer horizontalen und vertikalen Verbindungen gruppiert worden. Für jede Region wurde der Durchschnitt der beiden horizontalen und der beiden vertikalen Verbindungstypen berechnet. Als Trennkriterium zwischen »hoch« und »niedrig« wurde der Mittelwert gewählt. Eine geringe Verflechtung (sowohl in vertikaler als auch in horizontaler Beziehung) weisen die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen und Rheinland-Pfalz auf. Relativ hohe Verflechtung auf der Landesebene, aber eine geringe Verflechtung mit der Bundesebene charakterisiert die Regionen Hamburg, Saarland und Schleswig-Holstein. Eine geringe Verflechtung auf Landesebene, dafür aber eine starke Verflechtung mit der Bundesebene weisen die Kassenärztlichen Vereinigungen und freien Verbände der Regionen Bayern, Hessen und Westfalen-Lippe auf. Berlin, Niedersachsen und Nordrhein sind schließlich drei Regionen, in denen sich sowohl auf Landesebene als auch zwischen Landes- und Bundesebene eine hohe Verflechtung findet.

Übersicht 10.2 zeigt, daß die Dichte der vertikalen Verflechtung zwischen Landes- und Bundesebene stark mit der Größe der Region variiert.³⁷ Die

37 Als Maß der Größe der Region wurde hier die Anzahl der (ordentlichen und außerordent-

Übersicht 10.2: Klassifikation der Regionen nach ihrer Größe und der Dichte der vertikalen Verbindungen

		Größe der Region	
		klein	groß
Dichte der vertikalen Verbindungen	niedrig	BR, HA, RP SA, SH	BW
	hoch	BE	BA, HE, NI NO, WL

Quelle: Eigene Erhebungen.

fünf größten Regionen Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein und Westfalen-Lippe weisen die höchsten Dichtewerte für die vertikale Verflechtung auf. Am unteren Ende der Dichteskala befinden sich die kleineren Regionen Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden lediglich Berlin, das trotz seiner geringen Größe eine relativ hohe Verflechtung mit der Bundesebene hat (wofür möglicherweise die Besonderheiten des »Inselstatus« verantwortlich sind), und Baden-Württemberg, das trotz seiner Größe eine relativ geringe Verflechtung mit der Bundesebene aufweist. Die für seine Größe geringe vertikale Verflechtung Baden-Württembergs läßt sich strukturell u.a. damit erklären, daß die vier Kassenärztlichen Vereinigungen zu klein sind, um sich einen Platz im Bundesvorstand zu sichern.

7 Der Wandel der Verflechtung

Die bisherigen Analysen haben einen Eindruck vom Muster des Netzes der Vorstandsverflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt. Sie ergaben, daß an der Verflechtung der Verbandsvorstände weniger als 15% der Vorstandsmitglieder beteiligt sind. Das Netz der Vorstandsverflechtung kann deswegen nicht als engmaschig

lichen) Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen der betreffenden Region gewählt (Stand 1988). Als Kriterium der Einteilung in große und kleine Regionen wurde der Mittelwert verwendet.

bezeichnet werden. Die geringe Dichte des Netzes ist auch als Folge individueller Interessenskalküle zu interpretieren: Die Verfügbarkeit von Vorstandsmitgliedern, die willig oder fähig sind, für weitere Vorstandstätigkeiten zu kandidieren, ist nicht als sehr hoch einzustufen.

Auch die territoriale und föderale Gliederung Deutschlands hinterläßt, wie gezeigt wurde, ihre Spuren im Muster der Vorstandsverflechtung. Die Notwendigkeit der Rückkopplung zwischen Bundes- und Landesebene innerhalb eines Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt sich in der vergleichsweise hohen Dichte dieses Verbindungstyps. Auch die Bedeutung der unterschiedlichen Verbindungstypen wurde analysiert. Die größte Bedeutung haben, gemessen als Anteil an der Gesamtzahl der Verbindungen, die vertikalen Verbindungen innerhalb eines freien Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf horizontaler Ebene die Verbindungen zwischen freien ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Komponentenanalyse ergab, daß die Mehrheit der Vorstände von Kassenärztlichen Vereinigungen und freien Verbänden miteinander in einer großen Komponente verbunden ist. Schließlich wurde gezeigt, daß sich die Regionen in der Dichte ihrer horizontalen und vertikalen Verbindungen unterscheiden.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird nun analysiert, inwieweit sich die Kostendämpfungsmaßnahmen, vermittelt über das Handlungskalkül des Verbandes und das Handlungskalkül des Wählers, im Muster der Vorstandsverflechtung niederschlagen. Zu diesem Zweck wird im folgenden untersucht, in welchem Umfang sich die Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen im Laufe der letzten zwanzig Jahre geändert hat.

Das Handlungskalkül des Verbandes wird von den Kosten und dem Nutzen der Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt. Kosten entstehen dem Verband dadurch, daß er mit der Vorstandsverflechtung auch Verantwortung für die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen übernimmt. Der Nutzen einer Verflechtung liegt für ihn darin, daß er die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen besser kontrollieren kann. Je größer die ideologische Distanz zwischen Verband und Kassenärztlicher Vereinigung, desto größer sind für den Verband die Kosten der Übernahme von Verantwortung.

Dieses Handlungskalkül, so wurde argumentiert, wurde je nach Verbandstyp in unterschiedlicher Weise durch die Kostendämpfungsgesetze beeinflusst. Der Anstieg der Kosten der Übernahme von Verantwortung ist für den Verband umso stärker, je größer die ideologische Distanz zwischen Verband und

Kassenärztlicher Vereinigung ist.³⁸ Eine Folge des sich verschärfenden Verteilungskampfes innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, daß der Nutzen einer Vorstandsverflechtung für die fachspezifischen Verbände stark angestiegen ist, stärker als für die fachübergreifenden Verbände.

Sofern das strategische Kalkül des Verbandes einen Einfluß auf seine Vorstandsverflechtung hat, muß der Einfluß des Kalküls nach diesen Überlegungen darin bestehen, daß die Vorstandsverflechtung zwischen fachspezifischen Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen stärker gestiegen ist als die Verflechtung der fachübergreifenden Verbänden mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus kann erwartet werden, daß die Kostendämpfungsmaßnahmen dann zu einer Reduktion der Vorstandsverflechtung führen, wenn die ideologische Distanz des freien Verbandes zur Kassenärztlichen Vereinigung sehr hoch ist.

Ein Wandel der Vorstandsverflechtung infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen ist nicht nur aufgrund einer Änderung des Handlungskalküls des Verbandes, sondern auch aufgrund einer Änderung des Handlungskalküls des Wählers zu erwarten. Damit ergibt sich die Frage, ob die Handlungskalküle der ärztlichen Berufsverbände und der Wähler gleichlaufen und sich damit in ihrer Wirkung verstärken oder ob sie einander zuwiderlaufen und sich damit in ihrer Wirkung gegenseitig beeinträchtigen.

Die Kostendämpfungsmaßnahmen bewirkten eine Reduktion der Einkommenserwartungen und des Handlungsspielraumes des Kassenarztes. Die Konsequenz hieraus ist eine steigende Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Wahrung ihrer Interessen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Unzufriedenheit kann sich auf zweierlei Weise bemerkbar machen. Zum einen kann der Kassenarzt seine bisherigen Repräsentanten abwählen und durch Angehörige der oppositionellen Arbeitsgemeinschaften ersetzen. Zum anderen kann er versuchen, verstärkt Vertreter seiner Arztgruppe in die Gremien zu wählen, um auf diese Weise sicherzustellen, daß seine fachspezifischen Interessen in dem sich verschärfenden Verteilungskampf bessere Durchsetzungschancen haben.

Das Interesse des Wählers an einer Wahrung seiner fachspezifischen Interessen deckt sich mit dem Kalkül der Repräsentanten der fachspezifischen

38 Dies zeigt sich beispielsweise darin, daß es den Repräsentanten des Hartmannbundes schwerer fällt als den Repräsentanten des NAV, ihre Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen den Mitgliedern ihres Verbandes gegenüber in der jährlich stattfindenden Hauptversammlung zu rechtfertigen.

Verbände. Letztere sind gezwungen, sich gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt für die Belange der von ihnen vertretenen Arztgruppe einzusetzen, wenn sie Proteste und Austritte der Mitglieder des Verbandes und damit den Verlust der eigenen Position im Verband vermeiden wollen. Je höher die allgemeine Unzufriedenheit der Kassenärzte, desto mehr empfiehlt es sich, den Einzug in die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über eine oppositionelle Liste zu versuchen anstatt über die Liste der Amtsinhaber. Das Nominierungsverfahren selbst stellt kein Hindernis mehr für eine Kandidatur dar, weil das früher existierende Nominierungsmonopol der Amtsinhaber durch die wachsende Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft beeinträchtigt wurde.

Anders sieht es mit dem Kalkül der Vertreter der fachübergreifenden Verbände aus; dieses deckt sich nicht in gleichem Maße mit den Interessen der Wähler. Zwar betrachten die Vertreter fachübergreifender Verbände, wie Interviews ergaben, personelle Verflechtung durchaus als ein wirksames Instrument zur Einbringung und Umsetzung von verbandlichen Konzepten in die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen. Das Nominierungsverfahren stellt für sie kein Problem dar, weil sie sich in der Regel eines Platzes auf der Liste der Amtsinhaber sicher sein können. Angesichts der großen Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft mit ihrer gegenwärtigen Situation können sich die Kandidaten der etablierten fachübergreifenden Verbände jedoch nicht sicher sein, die für den Sprung in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderliche Mehrheit zu erhalten. Hierfür sind zwei Gründe verantwortlich zu machen: Die Vertreter der fachübergreifenden Verbände können aufgrund ihrer bisherigen ideologischen Position die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht im gleichen Maße wie die Vertreter der oppositionellen Arbeitsgemeinschaften kritisieren. Ebenso wenig können sie sich, wie es die Vertreter der fachspezifischen Verbände tun, für die Wahrung der fachspezifischen Interessen des Kassenarztes einsetzen. Die Chance der fachübergreifenden Verbände, eine Vorstandsverflechtung zu konstituieren, muß nach diesen Überlegungen aufgrund der kostendämpfungsbedingten Änderung des Wahlkalküls des Kassenarztes gesunken sein.

Die Entwicklung der Verflechtung zwischen den vier hier untersuchten freien Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen ist in Tabelle 10.11 dargestellt. Am auffälligsten ist zunächst einmal die Konstanz des Musters der Verflechtung: Die Häufigkeit der einzelnen Verbindungstypen blieb über vier Perioden hinweg nahezu konstant; erst die letzte der hier untersuchten Perioden zeigt eine deutliche Abweichung. Keine deutlichen Schwankungen zeigt die Entwicklung der Verbindungen der freien Verbände untereinander

Tabelle 10.11: Wandel der Häufigkeit der Verbindungen

Verbindungstyp	Verbindungen ^a je Zeitraum				
	1973-74	1977-78	1981-82	1985-86	1989-90
Auf der Landesebene					
zwischen Verband und KV	19	18	17	17	24
zwischen freien Verbänden	3	5	5	4	4
Zw. Landes- u. Bundesebene					
innerhalb Verband oder KV	24	23	23	23	24
zwischen Verbänden oder KVen	8	9	8	9	12
Auf der Bundesebene					
	1	1	1	2	1
Summe	55	56	54	55	65

a Häufigkeiten ungewichtet. Ohne Rheinland-Pfalz.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

auf Landesebene. Dieses Ergebnis entspricht den Annahmen des Nullmodells: Es existiert eine Vorstandsverflechtung, die andere Ursachen als das strategische Kalkül der Verbände oder der Wähler hat. Das Ausmaß dieser Vorstandsverflechtung wird durch die Kostendämpfungsmaßnahmen nicht beeinflusst.

Anders sieht es mit der Entwicklung der Verbindungen zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Landesebene aus. Während hier über den Zeitraum der ersten vier Amtsperioden, d.h. zwischen 1973 und 1987, eine trotz aller in diesem Zeitraum verabschiedeten Kostendämpfungsgesetze bemerkenswerte Konstanz zu beobachten ist, ist im Übergang vom vierten auf den fünften Beobachtungszeitraum (d.h. von 1985-86 auf 1989-90) eine ziemlich starke Zunahme der Verflechtung um ungefähr 40% festzustellen.

Gerade der starke Anstieg der Verflechtung zwischen freien Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Landesebene muß als Indikator dafür interpretiert werden, daß der Vorteil der Kontrolle der Willensbildungsprozesse in den Kassenärztlichen Vereinigungen den Nachteil der Übernahme von Verantwortung bei weitem überwiegt. Erstaunlich ist allerdings, daß er erst relativ spät, d.h., mehr als 10 Jahre nach dem Beginn der Kostendämpfungsgesetzgebung zu beobachten ist. Eine Begründung für dieses Phänomen ist, daß es erst die mißglückte EBM-Reform von 1987 und das sich abzeichnende Gesundheits-Reformgesetz von 1988 waren, die die Verbandsmitglieder soweit in Unruhe versetzten, daß der Verbandsspitze eine Strategieänderung

in Richtung stärkerer Verflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen angebracht erschien.

Auch die Verbindungen zwischen Landes- und Bundesebene verschiedener Verbände oder zwischen Verbänden und KVen haben zwischen 1985-86 und 1989-90 zugenommen, wenn auch in geringerem Umfang als die Verbindungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden auf Landesebene. Der Anstieg dieser Verflechtung ist als Induktionseffekt zu interpretieren: Da manch ein Vorstandsmitglied eines freien Verbandes, das neu in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung gelangte, gleichzeitig Mitglied des Bundesvorstands seines Verbandes ist, ergibt sich automatisch eine Verbindung zwischen Landes- und Bundesebene verschiedener Verbände oder zwischen KVen und Verbänden.³⁹

Tabelle 10.11 zeigt somit, daß das Netz der Verbandsverflechtung nicht nur von solch strukturellen Dimensionen wie der territorialen und föderalen Gliederung Deutschlands geprägt ist. Darüber hinaus hinterlassen auch Ereignisse wie beispielsweise die Kostendämpfungsmaßnahmen ihren Spuren im Netz. Das Problem ist nun, den Zusammenhang zwischen den Kostendämpfungsmaßnahmen und dem Anstieg der Verflechtung schlüssig nachzuweisen. Zu diesem Zweck ist in Tabelle 10.12 der Anstieg der Verflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene für fachübergreifende und fachspezifische Verbände differenziert dargestellt. Dadurch wird es möglich, festzustellen, welchen Anteil die Nutzenkalküle der freien Verbände und der wählenden Kassenärzte an der Erklärung haben. Aus der Interdependenz dieser Kalküle sollten sich, wie oben argumentiert wurde, für fachübergreifende und fachspezifische Verbände unterschiedliche Chancen der Vorstandsverflechtung ergeben.

Tabelle 10.12 zeigt, daß die Entwicklung der Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für fachübergreifende und fachspezifische Verbände unterschiedlich verlaufen ist. Die Anzahl der Verbindungen zwischen den hier untersuchten fachübergreifenden Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen ist im Laufe der letzten zwanzig Jahre gesunken. Gestiegen ist hingegen die Anzahl der Verbindungen zwischen den hier untersuchten fachspezifischen Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen,

39 Natürlich sind auch andere Variationen der Entstehung einer »induzierten« Verflechtung denkbar: Das Vorstandsmitglied, das bereits eine Verbindung zwischen einem freien Verband und einer Kassenärztlichen Vereinigung auf Landesebene konstituiert, wird in den Bundesvorstand des freien Verbandes oder der KVen gewählt.

Tabelle 10.12: Wandel der Häufigkeit der Verbindungen auf Landesebene

Verbindungstyp	Verbindungen ^a je Zeitraum				
	1973-74	1977-78	1981-82	1985-86	1989-90
Auf der Landesebene					
KV ↔ fachübergreifender Verband	14	11	11	11	10
KV ↔ fachspezifischer Verband	5	7	6	6	14
Summe	19	18	18	17	24

a Häufigkeiten ungewichtet. Ohne Rheinland-Pfalz.

Quellen: Eigene Erhebungen (siehe Anhang).

wobei sich die Anzahl der Verbindungen zwischen 1985-86 und 1989-90 mehr als verdoppelt hat.

Die Tatsache, daß es die fachspezifischen Verbände sind, denen der Anstieg der Vorstandsverflechtung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den ärztlichen Berufsverbänden zu verdanken ist, spricht dafür, daß es der zunehmende innerärztliche Verteilungskampf ist, der das Interesse der Verbände und der Wähler an einer besseren Kontrolle der Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen geweckt hat. Dieser Verteilungskampf manifestierte sich jedoch nicht gleich zu Beginn der Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers. Virulent wurde er erst mit der 1987 erfolgten Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die, gemessen an den mit ihr verbundenen Zielen, als mißglückt bezeichnet werden muß (vgl. Kapitel 6). Der hier beobachtbare Anstieg der Vorstandsverflechtung erfolgte genau nach der Einführung des reformierten Bewertungsmaßstabes. Diese Entwicklung zeigt, daß auch der Willen der Wähler seinen Teil zu diesem Ergebnis beigetragen hat. Indem die Wähler es vorzogen, ihre Stimme dem Kandidaten ihres fachspezifischen Berufsverbandes oder einer Arbeitsgemeinschaft zu geben, verweherten sie den Vertretern der fachübergreifenden Verbände den Eintritt in Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen.⁴⁰

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung der Vorstandsverflechtung lassen sich damit folgendermaßen auf den Punkt bringen: Die zunächst durch-

40 Daß der aggregierte Wille des Wählers einen Einfluß auf die Vorstandsverflechtung zwischen ärztlichen Berufsverbänden und KVen hat, deutete schon Tabelle 10.6 an, nach der der Umfang der Verflechtung zwischen freiem Verband und KV mit dem Anteil der Mitgliedschaft des Verbandes an der Kassenärzteschaft variiert.

geführte Analyse der Struktur des Netzes ergab, daß das Muster der Verflechtung in der Tat von solchen Strukturierungsprinzipien wie der Verfügbarkeit von fähigen und willigen Kandidaten, dem Umfang der Überlappung der Mitgliedschaft und der territorialen und föderalen Gliederung Deutschlands determiniert wird. Diese Gestaltungskriterien sind jedoch nicht die einzigen Determinanten des Musters der Vorstandsverflechtung. Die Tatsache, daß die Anzahl der Verflechtungen zwischen freien ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers anstieg, zeigt, daß es weitere Faktoren gibt, die das Muster der Vorstandsverflechtung beeinflussen.

Hierzu ist zum einen die Absicht des freien Verbandes zu zählen, durch Präsenz im Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung die dort getroffenen Entscheidungen wirkungsvoller kontrollieren und beeinflussen zu können. Diese Absicht zeichnet fachübergreifende und fachspezifische Verbände gleichermaßen aus. Daß fachspezifische Verbände in der Verfolgung dieser Absicht in letzter Zeit erfolgreicher waren als fachübergreifende Verbände, ist auf einen weiteren Faktor zurückzuführen: den Willen des Wählers.

Zwar sind die Einflußmöglichkeiten des individuellen Wählers auf das Wahlergebnis und damit die Besetzung der Vorstandspositionen verschwindend gering.⁴¹ Wenn es jedoch eine Mehrheit der Wähler ist, die ihre Interessen besser durch ihren fachspezifischen Berufsverband vertreten sieht als durch einen fachübergreifenden Verband oder ihre Kassenärztliche Vereinigung, dann gilt, daß auch eine Mehrheit der Wähler vorzugsweise dem Kandidaten ihres fachspezifischen Berufsverbandes ihre Stimme bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen geben wird.⁴²

Damit erklärt sich, warum die Verflechtung der fachspezifischen Berufsverbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen stärker gestiegen ist als die der fachübergreifenden Verbände. Als Ursache dieser starken Zunahme der Verflechtung muß, wie der späte Zeitpunkt des Anstiegs nahelegt, neben der generellen Erhöhung des Drucks auf die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere die Verschärfung des Verteilungskampfes innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen angesehen werden, der durch die Kostendämpfungsgesetze induziert wurde.

41 Zum »paradox of voting« vgl. u.a. Mueller (1989: 348-369).

42 Ob diese Entwicklung auch zu einer stärkeren Verflechtung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den kleineren fachspezifischen Berufsverbänden geführt hat, wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüft, kann aber, angesichts der Regeln des Mehrheitswahlsystems, bezweifelt werden.

Schluß: Ein Verbandssystem unter Streß

Die Frage nach den Bedingungen sozialer Ordnung ist eine der Grundfragen der Soziologie. Moderne Gesellschaften sind komplexe Gebilde, ihre Funktionsfähigkeit wird durch das Ineinandergreifen unterschiedlicher Regelungsmechanismen gewährleistet. Streeck und Schmitter (1985), auf die in der Einleitung Bezug genommen wurde, differenzieren zwischen vier grundlegenden Mechanismen, Solidarität, Wettbewerb, Kontrolle sowie Aushandlungsprozesse zwischen und innerhalb von Organisationen, denen sie die Institutionen Gemeinschaft, Markt, Bürokratie (bzw. Staat) und Verbände zuordnen. Der Beitrag der Verbände zur sozialen Ordnung ist darin zu sehen, daß sie die Interessen unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen homogenisieren und aggregieren und durch Verhandlungen untereinander einen Ausgleich dieser Interessen ermöglichen.

Auch die ambulante ärztliche Versorgung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland wird durch Verbände sichergestellt. Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es, mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung Umfang und Vergütung der von den Kassenärzten zu erbringenden ambulanten ärztlichen Leistungen auszuhandeln, sicherzustellen, daß die Kassenärzte bei der Erbringung ihrer Leistungen die gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften berücksichtigen, und schließlich die von den Krankenkassen überwiesene Vergütung unter die Kassenärzte zu verteilen. Kassenärztliche Vereinigungen haben damit eine Doppelfunktion, weil sie sowohl die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen vertreten als auch die Interessen der Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedern.

Ein solches korporatives Arrangement, wie es die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland darstellt, kann, wie in der Einleitung dargestellt wurde, allen beteiligten Seiten zum Vorteil gereichen: Staat und Gesellschaft können von dieser Lösung nicht nur deswegen profitieren, weil der Staat

durch diese Delegation entlastet wird, sondern auch, weil zu erwarten ist, daß die ihre Mitgliedschaft regulierenden korporativen Akteure aufgrund ihrer besseren Kenntnis des Bereichs eine größere Effizienz erzielen als der Staat. Die Mitglieder der korporativen Akteure können wiederum erwarten, daß eine Regulierung in Eigenverantwortung ihren Bedürfnissen stärker entgegenkommt als eine Regulierung durch den Staat. Die Aufgabe des Staates ist es, durch eine entsprechende Gestaltung der Spielregeln zu verhindern, daß es einer der beteiligten Gruppen gelingt, ihre Mitglieder auf Kosten der Allgemeinheit zu bereichern.

In dieser Hinsicht war die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung nach dem zweiten Weltkrieg aus dem Gleichgewicht geraten. Das kassenärztliche Einkommen stieg im Laufe der 50er und 60er Jahre schneller als das durchschnittliche Arbeitnehmereinkommen (vgl. Kapitel 5). Diese Entwicklung wurde von der Allgemeinheit solange toleriert, als die Verbesserung der Gesundheitsversorgung Vorrang hatte vor der Begrenzung der Gesundheitsausgaben. Erst als Mitte der 70er Jahre die Kostendämpfung oberstes Ziel der Gesundheitsgesetzgebung wurde, begann der Gesetzgeber systematisch, die Verhandlungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen zu reduzieren.

Diese Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen blieb, wie im zweiten Teil dieser Arbeit gezeigt wurde, nicht ohne Konsequenzen für die Kassenärzte. Der Mitte der 60er Jahre von den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelte Übergang zur Einzelleistungsvergütung hatte den Kassenärzten zwar zunächst stark steigende Umsätze beschert, erwies sich jedoch langfristig als Bumerang. Die steigenden Kosten der Krankenversicherung erforderten gegen Ende der 70er Jahre eine Deckelung der Gesamtvergütung. Das bedeutete, daß die Kassenärzte sich nicht mehr länger auf einen stabilen Punktwert verlassen konnten, da der Punktwert nun umgekehrt proportional zur Menge der erbrachten Leistungen variierte.

Die Erwartungssicherheit der Kassenärzte wurde nicht nur durch variable Punktwerte, sondern auch durch wiederholte Umstrukturierungen der Gebührenordnungen destabilisiert, ohne daß die bisher durchgeführten Reformen der Gebührenordnungen die gewünschten Erfolge gezeigt haben. Nach wie vor erzielen die auf medizinisch-technische Leistungen spezialisierten Arztgruppen die höchsten und die auf persönlich-ärztliche Leistungen spezialisierten Arztgruppen die niedrigsten Umsätze (vgl. Kapitel 6). Darüber hinaus war es bislang trotz der Änderung der Anreizstruktur nicht möglich, die Expansion der Leistungsmenge soweit in den Griff zu bekommen, daß ein stabiler Punktwert garantiert werden kann.

Die Mäßigung der Honorarforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bewirkte, wie die Kostenstrukturanalysen des Statistischen Bundesamtes belegen, daß die Kosten eines jeden Kassenarztes schneller stiegen als sein Umsatz aus Kassenarztstätigkeit. Insgesamt hat sich damit, was auch durch Umfragen innerhalb der Kassenärzteschaft belegt wird, die Einkommenssituation der Mehrheit der Kassenärzte verschlechtert. Sowohl die Verschlechterung der Einkommenssituation als auch die durch die Deckelung der Gesamtvergütung und die Reformen des Bewertungsmaßstabes verursachte Senkung der Erwartungssicherheit der Kassenärzte haben zu einer steigenden Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik der von ihnen gewählten Entscheidungsträger beigetragen.

Auch der Handlungsspielraum der Kassenärzte wurde im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen kontinuierlich reduziert. Diese Reduktion erfolgte weniger direkt durch den Gesetzgeber, da dieser nur für die Setzung der Rahmenbedingungen, nicht jedoch für die Ausgestaltung des Spielraumes des einzelnen Kassenarztes und die Kontrolle der Einhaltung der Spielregeln durch den Kassenarzt zuständig ist. Die Kontrolle der Einhaltung der Spielregeln ist die Aufgabe der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, das sind die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Drohung des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen nicht nur für die Kassenärzte, sondern auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verschärfen, falls die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht in der Lage sind, durch entsprechende Eingriffe in den Handlungsspielraum der Kassenärzte die Ausgabensteigerungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu dämpfen, sowie die gelegentliche Realisierung der angedrohten Maßnahmen bewirkten, daß die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung – sehr zum Unmut der Kassenärzteschaft – von sich aus den Handlungsspielraum der Ärzte einschränkten.

Das wichtigste Instrument zur Kontrolle des Handlungsspielraumes des Kassenarztes ist die nachträglich durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Akzeptanz der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Mittel zur Bekämpfung von Mißbrauch war offensichtlich in der Kassenärzteschaft nie sehr hoch. Ursache hierfür ist, daß der Kassenarzt, der in die Mühlen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gelangt, häufig weder die Berechtigung der Vorwürfe gegen ihn noch die Verfahrensweise nachvollziehen kann. Mit der EBM-Reform stieg nach Angaben der ärztlichen Standespresse auch die Zahl der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Das bedeutet, daß auch die Zahl der Ärzte, die sich im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung falsch behandelt fühlen, steigt. Der Handlungsspielraum des Arztes wurde ferner unter anderem dadurch reduziert, daß die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung sich auf Druck des Gesetzgebers

hin bemühten, die Aufstellung von Großgeräten und die Verschreibung von Arzneimitteln unter Kontrolle zu bringen.

Das Ergebnis dieser Entwicklungen war, wie in Kapitel 8 dargestellt wurde, eine steigende Unzufriedenheit der Kassenärzteschaft. Diese steigende Unzufriedenheit macht sich unter anderem auch im Wahlverfahren bemerkbar. An vielen Orten kandidieren oppositionelle Listen, die spätestens bei den Wahlen von 1988 einen großen Teil der Amtsinhaber aufgrund ihres Wahlerfolges aus den Gremien verdrängten. Nachdem eine hinreichend große Opposition in die Vertreterversammlungen eingezogen war, änderte sich der Verhandlungsstil innerhalb derselben und damit das Verhältnis zwischen Vertreterversammlung und Vorstand. Die Vertreterversammlungen verstehen sich nicht mehr als affirmatives Gremium, dessen Rolle sich auf die nachträgliche Bestätigung der Vorstandspolitik beschränkt. Stattdessen bemühen sich die Vertreter, stärkeren Einfluß auf die Tätigkeit des Vorstandes zu nehmen. Durch die Verabschiedung von Resolutionen versuchen die Vertreterversammlungen nun, den Vorstand an ihr Votum zu binden. Erfüllen die vom Vorstand mit den Krankenkassen ausgehandelten Honorarverträge nicht die Erwartungen der Vertreterversammlung, so reichen deren Forderungen je nach Ausmaß der Unzufriedenheit von Nachverhandlungen mit den Kassen bis hin zum Rücktritt des Vorstandes.

Die größere Opposition der Vertreterversammlung schränkt den Verhandlungsspielraum des Vorstands gegenüber den Krankenkassen ein. Konnte der Vorstand sich früher sicher sein, daß die von ihm ausgehandelten Vertragsabschlüsse nahezu unbesehen von der Vertreterversammlung akzeptiert werden, so ist er nun besser beraten, sich vorher ein Verhandlungsmandat von der Vertreterversammlung geben zu lassen, wenn er eine grundsätzliche Ablehnung seiner Vertragsabschlüsse vermeiden will. Diese Strategie ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil die Konstruktion der privaten Regierung darauf basiert, daß innerhalb der Kassenärzteschaft ein Konsens über die Tragfähigkeit dieses Arrangements besteht. Erweckt die Kassenärzteschaft jedoch den Eindruck, daß sie zu einem Konsens nicht in der Lage ist, und daß die mangelnde Kompromißfähigkeit zu Lasten der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung geht, so könnte sich der Gesetzgeber genötigt sehen, die kassenärztliche Versorgung durch eine alternative Organisationsform zu ersetzen.

Das Vertrauen der Kassenärzte in die Effizienz ihrer korporativen Interessenvertretung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, ist, wie gezeigt wurde, infolge der Kostendämpfungsmaßnahmen gesunken. Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, einen Interessenausgleich zwischen ihren Mitglie-

dem, den Kassenärzten, und den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen herbeizuführen, ist damit schwieriger geworden. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe steigt mit jedem weiteren Kostendämpfungsgesetz.

Von dem Vertrauensschwund, unter dem die Kassenärztlichen Vereinigungen leiden, scheint das Verhältnis der freien Verbände zu ihren Mitgliedern bislang den Anzeichen nach noch nicht beeinträchtigt worden zu sein. Die Mitglieder der freien Verbände, d.h. insbesondere die Mitglieder der fachspezifischen Verbände und der zentralen Arbeitsgemeinschaften, erwarten von ihren Repräsentanten, daß diese sich in stärkerem Maße innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gegenüber den Verbänden der Krankenkassen für die Wahrung ihrer Interessen einsetzen. Die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen sind infolge dieser Entwicklung zwar nicht einfacher, aber transparenter geworden. Die Repräsentanten der freien Verbände und der zentralen Arbeitsgemeinschaften nehmen in diesem Zusammenhang die Rolle des Anwalts der Interessen der Kassenärzteschaft gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen wahr.

Die von Michels betonte Gefahr, daß es einer Funktionselite im Laufe der Zeit gelingt, unter Ausschluß der innerverbandlichen Öffentlichkeit ihre Interessen durchzusetzen, muß relativiert werden. Unter den hier geschilderten Umständen stellen Oligarchiebestrebungen keine Bedrohung für die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Eher läßt sich, wie gezeigt wurde, umgekehrt argumentieren, daß die wachsende Unzufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik ihrer Repräsentanten letztere zu einer stärkeren Rückkopplung ihrer Tätigkeit an das Mandat der Kassenärzte veranlaßte. Damit ist, einmal mehr, der Nachweis erbracht, daß Oligarchietendenzen keiner Zwangsläufigkeit unterliegen, sondern sich, unter Umständen, auch umkehren können.

1 Die Untersuchung der Verbandsverflechtung

Das Ziel der Arbeit war es nicht nur, die Auswirkungen der Kostendämpfungsgesetze auf die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen zu untersuchen. Darüber hinaus wurde auch ermittelt, ob und in welchem Umfang die Kostendämpfungsmaßnahmen zu einer Veränderung der Vorstandsverflechtung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den freien ärztlichen Berufsverbänden geführt haben. Zu diesem Zweck wurde analysiert, welche Faktoren das Muster der Verbandsverflech-

tung strukturieren und wie diese Faktoren durch die Kostendämpfungsmaßnahmen beeinflußt wurden.

Es sind fünf Faktoren, deren Einfluß auf das Muster der Vorstandsverflechtung untersucht wurde: die territoriale und föderale Gliederung Deutschlands, das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen, das Kalkül des freien Verbandes, das Kalkül des Vorstandsmitgliedes und, nicht zuletzt, das Kalkül des Wählers. Was das Kalkül des Verbandes betrifft, so wurde dargestellt, daß die Verbände aus mindestens zwei Gründen ein Interesse an einer Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen haben: eine Vorstandsverflechtung dient der Verkürzung des Informationsweges zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Verband und erlaubt es darüber hinaus dem Verband, die Willensbildungsprozesse innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung besser zu kontrollieren.

Vorstandsverflechtung hat für den freien Verband jedoch nicht nur Vorteile, sondern ist auch mit Kosten verbunden. Die Kosten liegen darin, daß der Verband seinen Mitgliedern gegenüber die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen rechtfertigen muß, wenn seine Repräsentanten qua Vorstandsverflechtung die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen mitgestalten. Dieser Preis der Vorstandsverflechtung ist für den Verband insbesondere dann hoch, wenn die ideologische Distanz zwischen ihm und den Kassenärztlichen Vereinigungen groß ist. Aus diesem Grund strebt nicht jeder freie Verband eine Vorstandsverflechtung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen an.

Nicht nur das Interesse der Verbände an einer Verflechtung, auch das Interesse der Kandidaten an einer einfachen oder mehrfachen Vorstandsmitgliedschaft erwies sich als Restriktion des Musters der Vorstandsverflechtung. In Kapitel 9 wurde darauf hingewiesen, daß in den freien Verbänden nicht immer alle satzungsgemäß festgelegten Vorstandspositionen mit Kandidaten besetzt werden. Daraus läßt sich schließen, daß eher ein Mangel als ein Überschuß an geeigneten Kandidaten herrscht. Das Netz der Vorstandsverflechtung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und freien ärztlichen Berufsverbänden weist aus diesen Gründen keine sehr hohe Dichte auf. Seine Struktur spiegelt in starkem Maße die Struktur der territorialen und föderalen Gliederung Deutschlands wider.

Auch das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen hinterläßt, wie in Kapitel 9 argumentiert wurde, seine Spuren im Netz der Vorstandsverflechtung. Die Vertreter kleiner Verbände haben es aufgrund des in den Kassenärztlichen Vereinigungen geltenden Mehrheitswahlrechts schwerer als die Vertreter großer Verbände, die für das Amt des Vorstandsmitgliedes einer Kassenärztlichen Vereinigung erforderliche Mehrheit zu erhalten. Aus diesem

Grund sind die großen ärztlichen Berufsverbände in stärkerem Umfang als die kleinen in Vorstandsverflechtungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen involviert.

Das Muster der Vorstandsverflechtung wird schließlich noch, wie in Kapitel 10 gezeigt wurde, vom Kalkül des Wählers, beziehungsweise dem kollektiven Handeln der Wählerschaft, beeinflußt. Die Kontrolle der Wählerschaft über das Wahlergebnis ist zwar im Normalfall, d.h., wenn die Mehrheit der Wähler mit der Politik ihrer Repräsentanten zufrieden ist, gering, weil in dieser Situation das Nominationsverfahren in den Händen der Amtsinhaber liegt. Steigt jedoch, wie im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Unzufriedenheit der Wähler mit der Politik der Amtsinhaber, so sinkt die Kontrolle der Amtsinhaber über das Wahlverfahren. Da die Wähler in dieser Situation verstärkt oppositionelle Kandidaten unterstützen, steigt die Chance dieser Kandidaten, eine Mehrheit zu erhalten.

Auf diese Weise läßt sich der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Verflechtung zwischen fachspezifischen ärztlichen Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen erklären: Die mit der Politik der amtierenden Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen unzufriedenen Kassenärzte zogen es vor, zur besseren Wahrung ihrer Interessen verstärkt Repräsentanten ihres fachspezifischen Berufsverbandes in die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wählen. Auch der leichte Rückgang der Verflechtung zwischen fachübergreifenden Verbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen läßt sich mit dem Kalkül des Wählers erklären: Die Repräsentanten der fachübergreifenden Verbände wurden aus den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen verdrängt, weil der Wähler es vorzog, seine Interessen von seinem fachspezifischen Verband oder von den Repräsentanten der Arbeitsgemeinschaften vertreten zu lassen.

Daß Vorstandsverflechtung auch bei der Koordination der Tätigkeit von Verbänden eine Rolle spielt, ist zwar schon lange bekannt, aber noch nie einer quantitativen empirischen Untersuchung unterzogen worden. Generell läßt sich festhalten, daß das Netz der Vorstandsverflechtung zwischen ärztlichen Standesorganisationen wesentlich weitmaschiger ist, als die sozialwissenschaftliche Literatur zu diesem Thema (u.a. Döhler 1987, Groser 1987, Lüth 1974, Naschold 1967) erwarten ließ. Es erhebt sich die Frage, wie typisch diese Weitmaschigkeit ist, ob sie etwa auch in anderen Verbandssystemen als dem ärztlichen anzutreffen ist. Es wäre interessant, durch die Untersuchung eines anderen Verbandssystems festzustellen, welche Rolle die Vorstandsverflechtung in diesem System spielt, nach welchen Prinzipien sie konstruiert wird

und welche Parallelen und Unterschiede sich zur Bedeutung der Verflechtung im ärztlichen Verbandssystem ergeben.

Eine andere Frage ist, ob man der Verbandsverflechtung, wie es verschiedentlich getan wird, eine Funktion für das Verbandssystem als Ganzes zuschreiben kann, und, wenn ja, welche Funktion das wäre. So argumentiert beispielsweise, wie in der Einleitung dargestellt wurde, Döhler (1987), daß die Verbandsverflechtung einen Beitrag zur Entschärfung von innerärztlichen Spaltungen leiste. Groser (1987) vertritt die Ansicht, daß die Vorstandsverflechtung die Anpassung der Erwartungen der Ärzte an die tatsächlichen Gegebenheiten erleichtert. Bezüglich des Verhältnisses des ärztlichen Verbandssystems zu seiner Umwelt argumentiert Streeck (1987), daß die Verflechtung für die Verbände ein Mittel darstellt, Handlungsspielräume, die sie aufgrund zunehmender funktionaler Abhängigkeiten verloren haben, als kollektives Gut aller wiederzugewinnen.

Diese Interpretationen müssen aufgrund des im Rahmen dieser Arbeit präsentierten Materials modifiziert werden. So haben beispielsweise Verteilungskonflikte innerhalb der Kassenärzteschaft trotz des hier beobachteten Anstiegs der Vorstandsverflechtung an Schärfe gewonnen. Und, wie der Zulauf zu den kassenärztlichen Arbeits- und Schutzgemeinschaften in den letzten Jahren zeigt, gelingt auch die Anpassung der Erwartungen der Kassenärzteschaft an die Bedingungen der Kostendämpfungsgesetzgebung in immer geringerem Maße. Offenbar kann die Verbandsverflechtung die von Groser und Döhler genannten Funktionen, wenn überhaupt, nur dann erfüllen, wenn innerhalb der Kassenärzteschaft ein Grundkonsens darüber besteht, welche Verhandlungsziele erstrebenswert und machbar sind. Nur dann sind die Vorstandsmitglieder überhaupt in der Lage, die Mitglieder ihres Verbandes auf die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erzielten Verhandlungsergebnisse zu verpflichten.

Auch die These Streecks, daß die Verflechtung dazu dient, verlorene Handlungsspielräume als kollektives Gut aller wiederzugewinnen, trifft auf das hier untersuchte Verbandssystem nicht zu. Der Grund hierfür ist das Wahlsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Wahlordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmen, daß sowohl der Vorstandsvorsitzende als auch seine Beisitzer von der Vertreterversammlung gewählt werden. De jure hat der Vorstandsvorsitzende damit keinen Einfluß auf die Auswahl der Beisitzer. De facto kann er diesen Einfluß durchaus haben, allerdings nur unter der Bedingung, daß die Zufriedenheit der Kassenärzte mit der Politik des Vorstandes groß genug ist, so daß oppositionelle Kandidaten kaum eine Chance haben.

Ist dieser Konsens jedoch, wie es den Kassenärzten in jüngster Zeit geschah, nicht mehr gegeben, dann führt das Wahlsystem dazu, daß sich der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Vertretern verschiedener Gruppierungen rekrutiert, die unterschiedliche Ansichten über Ziele und Mittel der Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen haben. Die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen wird dadurch eher beeinträchtigt, sofern der Vorstandsvorsitzende nicht so stark ist, daß er sich über die Differenzen innerhalb des Vorstandes hinwegsetzen kann.

Diese Analyse zeigt, daß es problematisch ist, »sozialen Tatsachen«, die sich auf der Meso- oder Makroebene beobachten lassen, Funktionen zu unterstellen, ohne die Bedingungen der Konstruktion dieser sozialen Tatsachen zu spezifizieren. Die Analyse der Konstruktionsbedingungen ergibt in der Regel, daß die auf der Aggregatsebene beobachteten Zusammenhänge nur unter bestimmten Bedingungen gelten.

Anhang

1 Organisationen, deren Vertreter für Interviews und Auskünfte zur Verfügung standen

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Wiesbaden.

Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner e.V. (BVDRN), München.

Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin e.V. (BPA), Köln.

Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V. (BDB), München.

Bundesverband der niedergelassenen Gebietsärzte e.V. (BNG), Göttingen.

Deutscher Kassenarztverband e.V., Groß-Gerau.

Fachverband Deutscher Allgemeinärzte e.V. (FDA), Nittendorf.

Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Taunusstein.

Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Bonn.

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR, Köln.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen KdöR, Frankfurt.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen KdöR, Hannover.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein KdöR, Düsseldorf.

NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Köln.

ZAG – Zentrale Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte und Zahnärzte.

Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung, Köln.

2 Fundstellen zu den Tabellen

2.1 Abkürzungen der Fundstellen

A+P	Arzt + Presse
ÄB BA	Bayerisches Ärzteblatt
ÄB BE	Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
ÄB BR	Bremer Ärzteblatt
ÄB BW	Ärzteblatt Baden-Württemberg
ÄB HA	Hamburger Ärzteblatt
ÄB HE	Hessisches Ärzteblatt
ÄB NI	Niedersächsisches Ärzteblatt
ÄB NO	Rheinisches Ärzteblatt
ÄB RP	Ärzteblatt Rheinland-Pfalz
ÄB SA	Saarländisches Ärzteblatt
ÄB SH	Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt
ÄB WL	Westfälisches Ärzteblatt
ÄZ	Ärzte-Zeitung
ASS-H	Arbeits- und Sozialstatistik – Hauptergebnisse
AV	Anschriftenverzeichnis
BDI-MV	BDI Mitgliederverzeichnis 1988
DÄ	Deutsches Ärzteblatt. Ärztliche Mitteilungen
DDA	Der Deutsche Arzt
DGP	Dienst für Gesellschaftspolitik
dna	der niedergelassene arzt
DNÄ	Die Neue Ärztliche. Allgemeine Zeitung für Klinik und Praxis
DPA	Der Praktische Arzt. Zeitschrift für den Hausarzt
FORUM	Forum des Praktischen und Allgemein-Arztes
FS 2/1.6.1	Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten, Tier-ärzten
FS 17/7	Fachserie 17, Reihe 7. Preise und Preisindices für die Lebenshaltung
GD	Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1988
GSV	Gesetze, Satzungen, Verträge. Loseblattausgabe, Stand 1.7.1986
IW	Institut der deutschen Wirtschaft Köln
JB	Jahresbericht
M-HGF	Mitteilung der Hauptgeschäftsführung an die Autorin
M-RStat	Mitteilung des Referates für Volkswirtschaft und Statistik der KBV an die Autorin
M-BDI	Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten
n.b.	Seitenangabe nicht bekannt
TB	Tätigkeitsbericht
Z.pr.Arzt	Zeitschrift für den praktischen Arzt in Hessen

2.2 Fundstellen

Zu Tabelle 3.4:

Mitglieder der Vertreterversammlungen der KVen

- KV BA: ÄB BA 1988: 55-62.
 KV BE: ÄB BE 1989: 5-9; ÄZ Nr. 214, 1.12.1988: Extra 1.
 KV BR: ÄB BR 40, 1988(11): 9-10; ÄZ Nr. 199, 10.11.1988: Extra 37.
 KV HA: ÄB HA 1989: 58; ÄZ Nr. 195, 4.11.1988: Extra 33.
 KV HE: ÄB HE 1989(1): 54-63; ÄZ Nr. 215, 3.12.1988: Extra 1.
 KV KO: ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 33.
 KV NB: ÄZ Nr. 195, 4.11.1988: Extra 33.
 KV NI: ÄB NI 1988(23): 51-52; ÄZ Nr. 199, 10.11.1988: Extra 37.
 KV NO: ÄB NO 1988: 956-962; ÄZ Nr. 205, 21.11.1988: Extra 33.
 KV NW: ÄB BW 1988: 780-783; ÄZ 20.10.1988: Extra 25.
 KV PF: ÄB RP 1988: 662-665; ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 33.
 KV RH: ÄZ 20.10.1988: Extra 25.
 KV SA: ÄB SA 1987: 759-765.
 KV SB: ÄB BW 1989: 74-76; ÄZ Nr. 217, 23.11.88: Extra 1.
 KV SH: ÄB SH 1989(1): 55-56; ÄZ Nr. 207, 23.11.1988: Extra 1.
 KV SW: ÄB BW 1989: 76-78; ÄZ Nr. 210, 28.11.1988: Extra 1.
 KV TR: ÄB RP 1988: 666.
 KV WL: ÄB WL 1988(12): Beilage.

Zu den Tabellen 3.5, 3.6, 8.1, 9.2 und 10.1 bis 10.12:

Mitglieder der Vorstände der KVen

- KV BA: ÄB BA 1972: 150; DÄ 1972: 223, 463; ÄB BA 1976: 98; ÄB BA 1980: 109; DÄ 1981: 545; ÄB BA 1984: 69; ÄB BA 1988: 62; A+P 1989(2): 2-6.
 KV BE: DÄ 1973: 1102; ÄB BE 1977: 70-71, 82; ÄB BE 1981: 37, 46; DÄ 1981: 325; ÄB BE 1985: 32-33, 35; ÄZ Nr. 214, 1.12.1988: Extra 1; ÄB BE 1989: 38-40, 48-49; A+P 1989(2): 2-6.
 KV BR: ÄB BR 1973(3): 13-14; ÄB BR 1977(3): 12; ÄB BR 1981(3): 11; DÄ 1981: 545; ÄB BR 1985(2): 5; ÄZ Nr. 199, 10.11.1988: 37; ÄB BR 1989(3): 32; A+P 1989(2): 2-6.
 KV HA: ÄB HA 1973: 64-65; DÄ 1973: 394; ÄB HA 1977: 78, 126; ÄB HA 1981: 67-68; DÄ 1981: 545; ÄB HA 1985: 63; ÄZ Nr. 195, 4.11.1988: Extra 33; ÄB HA 1989: 57; A+P 1989(2): 2-6.
 KV HE: ÄB HE 1973: 231; ÄB HE 1977: 676; ÄB HE 1981: 340; DÄ 1981: 545; ÄB HE 1985: 136; ÄZ Nr. 215, 5.12.1988: Extra 1; ÄB HE 1989: 206; A+P 1989(2): 2-6.
 KV KBV: DÄ 1973: 2493; DÄ 1977: 710; DÄ 1981: 674; DÄ 1985: 712-713; DGP 1989(9): 8.

- KV KO: DÄ 1973: 813; DÄ 1977: 202; DÄ 1981: 545; ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 33; A+P 1989(2): 2-6.
- KV NB: ÄB BW 1973: 491-492; ÄB BW 1977: 245; ÄB BW 1981: 61; DÄ 1981: 325; ÄB BW 1985: 68; ÄZ Nr. 195, 4.11.1988: Extra 33; ÄB BW 1989: 96; A+P 1989(2): 2-6.
- KV NI: ÄB NI 1973: 56; DÄ 1973: 257; ÄB NI 1977: 75; ÄB NI 1981: 115; DÄ 1981: 325; ÄB NI 1985: 135; ÄZ Nr. 199, 10.11.1988: Extra 37; ÄB NI 1989(4): 10; A+P 1989(2): 2-6.
- KV NO: ÄB NO 1973: 133; DÄ 1973: 608; ÄB NO 1977: 88; ÄB NO 1981: 69; DÄ 1981: 325; ÄB NO 1985: 135-137; ÄZ Nr. 205, 21.11.1988: Extra 33; ÄB NO 1989: 105; A+P 1989(2): 2-6.
- KV NW: DÄ 1973: 190; ÄB BW 1977: 263-264; ÄB BW 1981: 61; DÄ 1981: 325; ÄB BW 1985: 68, ÄZ 20.10.1988: Extra 25; ÄB BW 1989: 96; A+P 1989(2): 2-6.
- KV PF: DÄ 1973: 674; DÄ 1981: 545; ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 33; A+P 1989(2): 2-6.
- KV RH: ÄB RP 1973: 296; DÄ 1973: 813; ÄB RP 1981: 230; DÄ 1981: 545; DPA 1985(6): 277; ÄZ 20.10.1988: Extra 33; A+P 1989(2): 2-6.
- KV SA: ÄB SA 1972: 2; ÄB SA 1976: 53; ÄB SA 1980: 5; DÄ 1981: 545; ÄB SA 1984: 180-1; ÄB SA 1988: 111-2; A+P 1989(2): 2-6.
- KV SB: ÄB BW 1973: 495; ÄB BW 1977: 156; ÄB BW 1981: 102; DÄ 1981: 325; ÄB BW 1985: 68; ÄZ Nr. 207, 23.11.1988: Extra 1; ÄB BW 1989: 97; A+P 1989(2): 2-6.
- KV SH: ÄB SH 1973: 154; DÄ 1973: 674; ÄB SH 1977: 213; ÄB SH 1981: 89; DÄ 1981: 325; ÄB SH 1985: 184; ÄZ Nr. 207, 23.11.1988: Extra 1; ÄB SH 1989: 149; A+P 1989(2): 2-6.
- KV SW: ÄB BW 1973: 498; ÄB BW 1977: 252; ÄB BW 1981: 61; DÄ 1981: 325; ÄB BW 1985: 68; ÄZ Nr. 210, 28.11.1988: Extra 1; ÄB BW 1989: 97; A+P 1989(2): 2-6.
- KV TR: DÄ 1973: 886-887; DÄ 1981: 545; A+P 1989(2): 2-6.
- KV WL: ÄB WL 1973: 222; DÄ 1973: 395; ÄB WL 1977: 412-414; ÄB WL 1981: 217; DÄ 1981: 325; ÄB WL 1985: 151-155; ÄB WL 1989: 83; A+P 1989(2): 2-6.

Zu Tabelle 3.7:

Wahlkreise der KVen

- KV BA: ÄB BA 1988: 55-62.
- KV BE: ÄB BE 1988: 5-9.
- KV BR: ÄB BR 1988(11): 9-10; ÄZ Nr. 199, 10.11.1988: Extra 38.
- KV HA: ÄB HA 1989: 58.
- KV HE: ÄB HE 1989: 54-63.
- KV KO: ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 38.

- KV NB: ÄB BW 1988: n.b.; ÄZ Nr. 195, 4.11.1988: Extra n.b.
 KV NI: ÄB NI 1988(23): 51-52.
 KV NO: ÄB NO 1988: 956-962.
 KV NW: ÄB BW 1988: 780-783; ÄZ 20.10.1988: Extra 27.
 KV PF: ÄB RP 1988: 662-665; ÄZ Nr. 193, 2.11.1988: Extra 34.
 KV RH: ÄZ 20.10.1988: Extra n.b.
 KV SA: ÄB SA 1987: 759.
 KV SB: ÄB BW 1989: 74-76; ÄZ Nr. 207, 23.11.1988: Extra n.b.
 KV SH: ÄB SH 1989: 55-56; ÄZ 207, 23.11.1988: Extra n.b.
 KV SW: ÄB SW 1989: 76-78.
 KV WL: ÄB WL 1988(12): Beilage.

Zu den Tabellen 3.8, 3.9 und 3.10:

Wahlbeteiligung und Wahlvorschläge in den KVen

- KV BE: ÄB BE 1977: 3-5; ÄB BE 1981: 23-25; ÄB BE 1985: 3-7; ÄB BE 1989: 5-9.
 KV BR: ÄB BR 1972(12): 11; ÄB BR 1976(12): 11; ÄB BR 1980(12): 11; ÄB BR 1984(12): 7; ÄB BR 1988(12): 9.
 KV HA: ÄB HA 1973: 65-66; ÄB HA 1977: 81-82; ÄB HA 1981: 68-69; ÄB HA 1985: 63-64; ÄB HA 1989: 58.
 KV HE: ÄB HE 1973: 76-88; ÄB HE 1981: 63-69; ÄB HE 1989: 54-63.
 KV KO: ÄB RP 1972: 1126.
 KV NI: ÄB NI 1972: 708-710; ÄB NI 1976: 824; ÄB NI 1980: 913-915; ÄB NI 1984: 1067-1069; ÄB NI 1988(23): 51-52.
 KV NO: ÄB NO 1972: 858-864; ÄB NO 1976: 912-918; ÄB NO 1980: 789-797; ÄB NO 1984: 1169-1177; ÄB NO 1988: 956-962.
 KV SA: ÄB SA 1971: 677-679; ÄB SA 1976: 1-3; ÄB SA 1979: 581; ÄB SA 1983: 757; ÄB SA 1987: 759.
 KV SB: ÄB BW 1973: 403-408; ÄB BW 1977: 56-62; ÄB BW 1981: 41-43; ÄB BW 1985: 42-45; ÄB BW 1989: 74-76.
 KV SW: ÄB BW 1973: 408-412; ÄB BW 1981: 49.
 KV WL: ÄB WL 1972: 1232; ÄB WL 1976(12): Beilage; ÄB WL 1980(12): Beilage; ÄB WL 1984(12): Beilage; ÄB WL 1988(12): Beilage.

Zu den Tabellen 10.1 bis 10.12:

Mitglieder der Vorstände der freien Verbände

- BDI-Bundesvorstand: M-BDI 1971(8): 38; M-BDI 1974(12): 63; M-BDI 1980(7): 38; Beindorff 1985: 25; M-BDI 1984: 154; M-BDI 1989(1): 1-5.
 BDI-Landesgruppen: M-BDI 1974(12): 63-64; M-BDI 1980(7): 39; M-BDI 1981(1): 4; M-BDI 1982(1): 3; M-BDI 1983(19): 3; M-BDI 1984(1): 3; Beindorff 1985: 70-71; M-BDI 1985(1): 3; BDI-MV 1988: 15-16; Der Internist 1990: M 101.

- BPA-BA: DPA 1972: 493; FORUM 1978(17): 293; DPA 1987(4): 30; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-BE: DPA 1970: 66; DPA 1974: 990; DPA 1978: 2654; DPA 1982: 2964; DPA 1986(16): 50; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-BR: DPA 1973: 422; DPA 1976: 140; DPA 1977: 3756; DPA 1980: 2346; DPA 1982: 1940; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-BW: DPA 1970: 472; DPA 1974: 562; DPA 1978: 1177; DPA 1982: 1274; DPA 1986(6): 39; BPA, M-HGF (25.5.1990); DPA 1990(7): 5.
- BPA-Braunschweig: DPA 1971: 337; DPA 1973: 600; DPA 1975: 1501; DPA 1978: 2556; DPA 1979: 2712; DPA 1981: 2236; DPA 1985(19): 22; DPA 1989(12): 34.
- BPA-Bundsvorstand: BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-HA: DPA 1971: 1346; DPA 1974: 73; DPA 1978: 755; DPA 1979: 1313; DPA 1982: 2707; DPA 1984: 696; DPA 1988(11): 38.
- BPA-HE: DPA 1971: 1348; DPA 1972: 94; DPA 1973: 1188; DPA 1975: 3228; DPA 1978: 2450; DPA 1979: 4666; Z.pr.Arzt 1983(6): 139; DPA 1987(8): 24; Hausarzt in Hessen 1989(3): 59; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-NI: DPA 1971: 457; DPA 1976: 1320; DPA 1979: 800; DPA 1983: 341-342; DPA 1987(1): 22; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-NO: DPA 1973: 1776; DPA 1975: 3231; DPA 1978: 1177; DPA 1978: 2556; DPA 1984: 2053; DPA 1989(19): 56; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-RP: DPA 1970: 1075; DPA 1972: 1328; DPA 1974: 3017; DPA 1978: 2450; DPA 1978: 4482; DPA 1982: 3837; DPA 1986(19): 62; DPA 1990(6): 7.
- BPA-SA: DPA 1976: 2812; DPA 1984: 1354; DPA 1988(11): 38; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- BPA-SH: DPA 1967: 284; DPA 1971: 785; DPA 1973: 1210; DPA 1974: 564; DPA 1978: 2450; DPA 1982: 2707; DPA 1985(14): 57; DPA 1989(20): 47.
- BPA-WL: DPA 1970: 554; DPA 1974: 1414; DPA 1975: 1678; DPA 1978: 2556; DPA 1979: 2973; DPA 1984: n.b.; DPA 1988(1): 34; BPA, M-HGF (25.5.1990).
- Hartmannbund: TB '71/'72: AV (Stand 15.9.1972); Jahrbuch '72/'73: AV (Stand 10.8.1973); Jahrbuch '73/'74: AV (Stand 10.8.1974); Jahrbuch '74/'75: AV (Stand 10.8.1975); AV (Stand 1.11.1978); Jahrbuch 1982: AV (Stand 1.9.1982); AV (Stand April 1986); JB 1988: AV (Stand August 1988); AV (Stand März 1990).
- NAV-BA: dna 1971(13/14): 39; dna 1978(10): 55; dna 1979(33): 68; dna 1983(30): 23; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-BE: dna 1970(1): 35; dna 1974(7): 96; dna 1978(13): 52; dna 1982(5): 58; dna 1985(23/24): 22; NAV, M-HGF (14.2.1990); dna 1990(1): 3.
- NAV-BW: dna 1972(13/14): 65; dna 1976(22): 166; dna 1977(11): 182; dna 1978(7): 48; dna 1981(28): 71; dna 1985(21): 26; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-Bundsvorstand: NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-HA: dna 1969(5): 46; dna 1974(2): 85-86; dna 1978(13): 52; dna 1981(34): 51; dna 1985(21): 26; NAV, M-HGF (14.2.1990).

- NAV-HE: dna 1970(13/14): 20; dna 1974(12): 88; dna 1978(16): 80; dna 1978(31): 44; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-NI/BR: dna 1970(10): 28; dna 1977(27): 74; dna 1981(29): 69; dna 1983(19): 20; dna 1985(21): 26; NAV, M-HGF (14.2.1990); dna 1990(1): 3.
- NAV-NO: dna 1966(1): 34; dna 1970(1): 24; dna 1979(4): 33; dna 1982(6): 63; dna 1986(7.2.86): 21; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-RP: NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-RP/SA: dna 1971(21): 47; dna 1979(28): n.b.; dna 1979(35/36): 104.
- NAV-SA: dna 1983(19): 20; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-SH: dna 1971(24): 27-28; dna 1978(13): 52; dna 1978(32): 47; dna 1982(27): 46; NAV, M-HGF (14.2.1990).
- NAV-WL: dna 1971(17): 32; dna 1976(10): 146; dna 1979(16): 52; dna 1983(13): 22; NAV, M-HGF (14.2.1990); dna 1990(5): 7.

3 Quellen

3.1 Gesetze, Verordnungen

- Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer (KVG)*. RGBl.: 73 (15.6.1883).
- Reichsversicherungsordnung (RVO)*. RGBl.: 509 (19.7.1911).
- Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen*. RGBl. I: 463 (30.10.1923).
- Verordnung über Ärzte und Krankenkassen*. RGBl. I: 1051 (30.10.1923).
- Verordnung zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände*. RGBl. I: 311 (26.7.1930).
- Verordnung über kassenärztliche Versorgung*. RGBl. I: 19 (14.1.1932).
- Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)*. BGBl. I: 513 (17.8.1955).
- Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz – KVWG)*. BGBl. I: 3871 (28.12.1976).
- Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG)*. BGBl. I: 1069 (27.7.1977).
- Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG)*. BGBl. I: 1568 (22.12.1981).
- Gesetz zur Ergänzung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG)*. BGBl. I: 1578 (22.12.1981).
- Haushaltsbegleitgesetz 1983*. BGBl. I: 1857 (20.12.1982).
- Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung*. BGBl. I: 2593 (19.12.1986).

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG).
BGBI. I: 2598 (20.12.1988).

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz). BGBI. I: 2266 (21.12.1992).

3.2 Zeitschriften, Tätigkeitsberichte, Rechtssammlungen, Statistiken

Soweit nicht anders angegeben, wurden die Jahrgänge 1970 bis 1990 durchgesehen.

Ärzte-Zeitung. Neu-Isenburg: Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH.

Ärztekammer Hamburg/ Kassenärztliche Vereinigung Hamburg/ Hartmannbund:
Hamburger Ärzteblatt. Hamburg: Hamburger Ärzteverlag.

Ärztekammer Niedersachsen/ Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: Nieder-
sächsisches Ärzteblatt. Hannover: Schlüter.

Ärztekammer Nordrhein/ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Rheinisches Ärzte-
blatt. Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Nordrhein. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Ärztekammer des Saarlandes: Saarländisches Ärzteblatt. Amtliches Organ der Ärzte-
kammer des Saarlandes. Saarbrücken: Saarländisches Ärzteblatt.

Ärztekammer Schleswig-Holstein/ Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein:
Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt. Bad Segeberg: Deutscher Ärzte-Verlag.

Ärztekammer Westfalen-Lippe/ Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: West-
fälisches Ärzteblatt. Mitteilungsblatt der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Münster: Lückertz.

Ärztliche Praxis. Gräfelfing: Werk-Verlag.

Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns:
Bayerisches Ärzteblatt. München: Bayerische Landesärztekammer.

Berufsverband Deutscher Internisten: BDI Mitgliederverzeichnis 1988. Wiesbaden:
Berufsverband Deutscher Internisten.

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.: Mitteilungen des Berufsverbandes Deut-
scher Internisten. Beilage zu: Der Internist. Berlin: Springer.

Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.: Mitteilungen des Berufsverband Deutscher
Laborärzte e.V. Beilage zu: Laboratoriumsmedizin. Mainz: Kirchheim. (1.1977f.)

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.: Informationen des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen. Beilage zu: Der Chirurg. Berlin: Springer.

Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner: Röntgenpraxis
aktuell. Beilage zu: Röntgenpraxis. Stuttgart: Hirzel.

BPA Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutsch-
lands e.V.: Der Praktische Arzt. Zeitschrift für den Hausarzt. Köln: BPA.

BPA Landesverband Hessen e.V.: Der Hausarzt in Hessen. Berlin: Grosse. (1987f.)

- BPA Landesverband Hessen e.V.: *Zeitschrift für den praktischen Arzt in Hessen*. Berlin: Grosse. (1979-1987)
- Bundesärztekammer: *Tätigkeitsbericht*. Köln: Bundesärztekammer.
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Deutsches Ärzteblatt. Ärztliche Mitteilungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Die Bundesrepublik Deutschland. *Staatshandbuch. Teilausgabe Verbände, Vereinigungen, wissenschaftliche Einrichtungen, juristische Personen des öffentlichen Rechts*. Stand September 1987. Schriftleitung: Wilfried Ganser/ Willi Herberz. Köln: C. Heymanns Verlag.
- Bundesverband der Ortskrankenkassen: *Die Ortskrankenkasse*. Bonn-Bad Godesberg: Bundesverband der Ortskrankenkassen.
- Deutschland <Deutsches Reich>/ Reichsminister des Innern: *Reichsgesetzblatt*. Berlin: Verlag des Gesetzessammlungsamtes.
- Deutschland/ Bundesminister der Justiz: *Bundesgesetzblatt. Teil I*. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.
- Deutschland/ Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: *Arbeits- und Sozialstatistik – Hauptergebnisse*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Deutschland/ Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1991: *Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1990. Statistischer und finanzieller Bericht*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Deutschland/ Bundestag: *Verhandlungen des Deutschen Bundestages: stenographische Berichte; Plenarprotokolle*. Bonn: Bundestag.
- Deutschland/ Statistisches Bundesamt: *Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Erscheinungsfolge vierjährlich; letzte Ausgabe (Stand 1987) erschienen 1990.
- Deutschland/ Statistisches Bundesamt: *Fachserie 17, Reihe 7. Preise und Preisindices für die Lebenshaltung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Fachverband Deutscher Allgemeinärzte e.V.: *Der Allgemeinarzt. Offizielles Organ des FDA*. Mainz: Kirchheim.
- Gesellschaft für Sozialen Fortschritt: *Sozialer Fortschritt*. Bonn: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt.
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands: *Der Deutsche Arzt*. Bonn: Hartmannbund.
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands: *Politik, Leistung, Organisation. Jahresbericht*. Bonn: Hartmannbund.
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.: *Satzung*. Stand 23.10.1987. In: *Mitglied im Hartmannbund. Rechte, Pflichten, Satzung*. Bonn: Hartmannbund.
- Infratest 1990: *Mehrthemenuntersuchung Praktiker/ Internisten*. Projekt-Nr. 90 4086. München: Infratest.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln: *Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.

- Der Kassenarzt.* Frankfurt a.M.: Kassenarzt-Verlag GmbH.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Tätigkeitsbericht.* Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – Referat für Volkswirtschaft und Statistik: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1988.* Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin: *KV-Blatt / Kassenärztliche Vereinigung Berlin.* Berlin: KV Berlin. (1993f.)
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin: *Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.* Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag. (2.1955-39.1992)
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: *Gesetze, Satzungen, Verträge.* Loseblattausgabe, Stand 1.7.1986. Düsseldorf: KV Nordrhein.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg: *Ärzteblatt Baden-Württemberg.* Stuttgart: Gentner.
- Landesärztekammer Bremen: *Bremer Ärzteblatt. Monatsschrift der Bremer Ärzteschaft.* Bremen: Schünemann.
- Landesärztekammer Hessen/ Kassenärztliche Vereinigung Hessen: *Hessisches Ärzteblatt.* Mainz: Kirchheim.
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz: *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz.* Mainz: Kirchheim.
- NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands: *der niedergelassene Arzt.* Köln: NAV.
- NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.: *Jahresbericht.* Köln: NAV.
- NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.: *Satzung.* Stand 7.2.1986. Köln: NAV.
- Die Neue Ärztliche. Allgemeine Zeitung für Klinik und Praxis.* Frankfurt a.M.: Die Neue Ärztliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Oeckl, Albert: *Taschenbuch des öffentlichen Lebens. Bundesrepublik Deutschland. 1988/89.* Bonn: Festland Verlag.
- Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft: *Arzt + Presse.* Köln: Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft. (Erscheinen Ende 1992 eingestellt)
- Reichsarbeitsblatt. Amtsblatt des Reichsarbeitsministeriums, des Reichsversicherungsamtes und der Reichsversicherungsanstalt.* Berlin: Stollberg.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.* Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Jahresgutachten 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland.* Baden-Baden: Nomos.
- Schiefer, Albert: *Dienst für Gesellschaftspolitik.* Köln: Schiefer.
- Statistisches Bundesamt: siehe Deutschland/Statistisches Bundesamt.

Status. Wirtschaftsmagazin für den niedergelassenen Arzt. München: Stabil Verlag.
Unabhängiger Ärzte-Verband Deutschlands (Ärzte-Regreß-Schutz) e.V.: *Der freie Arzt.* Köln: Unabhängiger Ärzte-Verband Deutschlands.
Vereinigung der Praktischen und Allgemein-Ärzte Bayerns: *Forum des Praktischen und Allgemein-Arzt.* München: Frühlingsmorgen.

3.3 Namentlich gezeichnete Beiträge

- Aretz, H., 1977: 25 Jahre Berufsverband der deutschen Dermatologen e.V. *Der deutsche Dermatologe* 25, Jubiläumsausgabe.
- Beindorff, Marion, 1984: *25 Jahre BDI.* Wiesbaden: Berufsverband Deutscher Internisten.
- Dieckhoff, Diedrich, 1990: Geschichte des Faches Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Der Praktische Arzt* 1990(6), 49-54.
- Finkenrath, Kurt, 1928: *Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Eine Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen, standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens.* Berlin: Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld.
- Graf, Eduard, 1890: *Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund.* Leipzig: F.C.W. Vogel.
- Häußler, Siegfried/ Rolf Liebold/ Helmut Narr, 1984: *Die kassenärztliche Tätigkeit.* Berlin: Springer.
- Heinemann, Gustav W./ Rolf Liebold, 1990: *Kassenarztrecht, dargestellt und erläutert auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen, Verträge, Richtlinien, Satzungen und der Rechtsprechung.* Loseblattausgabe, 5. Auflage. Berlin: Engel-Verlag.
- Hess, Rainer, 1981: *Regreß des Kassenarztes.* Basel: Aesopus Verlag.
- Hess, Renate, 1988: Einführung. In: *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Stand 1.7.1988.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 7-18.
- Leszczynski, Dietrich von, 1975: Kostenexpansion auf dem Gesundheitssektor beschleunigt sich. Allgemeiner Ausgabentrend wird durch Sonderfaktoren verschärft. In: *Sozialer Fortschritt* 24, 274-277.
- Liebold, Rolf, 1984a: Abrechnung, Leistungsvergütung und Prüfwesen. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 275-298.
- Liebold, Rolf, 1984b: Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 33-52.
- Liebold, Rolf, 1984c: Regelnde Normen der Kassenärztlichen Versorgung. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 128-147.
- Liebold, Rolf, 1984d: Die kurative ambulante Behandlung. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 156-192.

- Mertens, Joachim, 1980: Der FDA über sich selbst. Wie es zur Gründung des Verbandes kam – Keine Spaltung – Zielvorstellungen. In: *Der Allgemeinarzt* 1980(2), 6-7.
- Narr, Helmut, 1984a: Ärztliche Organisationen. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 15-32.
- Narr, Helmut, 1984b: Formen ärztlicher Berufstätigkeit. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 53-62.
- Narr, Helmut, 1984c: Spezielles Arztrecht. In: Häußler/ Liebold/ Narr, a.a.O., 106-127.
- Rodegra, Heinrich et al., 1981: *Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V. Dokumentation zur Entwicklung eines freien ärztlichen Verbandes im Wandel ärztlicher Berufspolitik nach dem zweiten Weltkrieg*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sauerborn, Max, 1953: Kassenärzterecht in der Entwicklung. In: *Bundesarbeitsblatt* Nr. 8, 205-215.
- Schirmer, Dieter, 1978: Verbesserung der Effektivität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Bemerkungen zu den Regelungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) im Kassenarztrecht, im Krankenhausvertragsrecht und im Recht der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. In: *Die Ortskrankenkasse* 60, 38-53.
- Schneider, Günther, 1981: Die Entwicklung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. In: *Die Ortskrankenkasse* 63, 866-873.
- Schüttertrumpf, B., 1989: Arbeiten weitergebildete Ärzte kostengünstiger? In: *Der Allgemeinarzt* 1989, 1039-1043.
- Smigielski, Edwin, 1981: Laborgemeinschaften. Betriebswirtschaftliche Überlegungen zur Produktion von Laborleistungen in Laborgemeinschaften. In: *Die Ortskrankenkasse* 63, 732-737.
- Stobrawa, Franz F., 1979: *Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland*. Düsseldorf: Droste.
- Trüb, C.L. Paul, 1961: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland. Ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932. In: *Medizinische Monatsschrift* 15, 332-341 u. 478-488.
- Wekel, Wolfgang, 1977: Änderungen des Kassenarztrechts. In: *Die Ortskrankenkasse* 59, 117-120.
- Wekel, Wolfgang, 1978: Der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen 1978. In: *Die Ortskrankenkasse* 60, 697-700.
- Wenzel, Karl-Heinz, 1980: Kassenarztinitiativen ante portas. In: *Der Praktische Arzt* 1980, 5.
- Wirzbach, Hanns-J., 1990: Großgeräte: Selbstverwaltung nicht mehr gefragt. In: *Deutsches Ärzteblatt* 87, A-1342.

Wittig, Walter/ Manfred Partsch, 1986: Verliert das Unternehmen »Arztpraxis« an Attraktivität? Kostenstrukturerhebung 1983: Überhöhte Kapazitäten verstärken den Kostendruck. In: *Die Ortskrankenkasse* 68, 220-225.

4 Sekundärliteratur

- Adam, Dietrich/ Peter Zweifel (Hrsg.), 1985: *Preisbildung im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher.
- Andersen, Hanfried/ J.-Matthias Graf von der Schulenburg, 1990: *Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb: eine empirische Untersuchung*. Berlin: Ed. Sigma.
- Andreae, Clemens-August/ Engelbert Theurl (Hrsg.), 1985: *Symposion: Marktsteuerung im Gesundheitswesen*. Köln: Bachem.
- Boudon, Raymond, 1980: *Die Logik des gesellschaftlichen Handelns. Eine Einführung in die soziologische Denk- und Arbeitsweise*. Neuwied: Luchterhand.
- Boyd, Brian, 1990: Corporate Linkages and Organizational Environment: A Test of the Resource Dependence Model. In: *Strategic Management Journal* 11, 419-430.
- Brenner, Gerhard, 1990: *Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1988. Planung – Durchführung – Bewertung*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Burt, Ronald S., 1983: *Corporate Profits and Cooptation. Networks of Market Constraints and Directorate Ties in the American Economy*. New York: Academic Press.
- Coleman, James, 1990: *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Cook, Karen S., 1977: Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations. In: *Sociological Quarterly* 18, 62-82.
- Crouch, Colin, 1983: Pluralism and the New Corporatism: A Rejoinder. In: *Political Studies* 31, 452-460.
- Deppe, Hans-Ulrich, 1987a: *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deppe, Hans-Ulrich, 1987b: Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Standespolitik. In: *Medizin und Gesellschaft, Jahrbuch 1*. Frankfurt a.M.: Campus, 37-67.
- DiDonato, Donna et al., 1988: Theories of Corporate Interlocks: A Social History. In: *Research In the Sociology of Organizations* 6, 135-157.
- Döhler, Marian, 1987: *Regulating the Medical Profession in Germany: The Politics of Efficiency Review*. Unveröff. Manuskript. Berlin: WZB.
- Döhler, Marian, 1989: Physicians' Professional Autonomy in the Welfare State: Endangered or Preserved? In: Freddi/ Björkman (Hrsg.), a.a.O., 178-197.

- Döhler, Marian/ Philip Manow-Borgwardt, 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 3, 64-106.
- Durkheim, Emile, 1964: *The division of labor in society*. New York: The Free Press.
- Feige, Lothar, 1980: *Sozialpolitische Analyse der Organisation von Interessen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Von den Anfängen der sozialen Sicherung bis zur Notgesetzgebung*. Dissertation, Universität zu Köln.
- Feige, Lothar, 1983: Neue Politische Ökonomie als Erklärungsansatz der Entstehung und Entwicklung von Zwangsinstitutionen am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie* 2, 306-322.
- Fennema, Meindert/ Huibert Schijf, 1979: Analysing Interlocking Directorates: Theory and Methods. In: *Social Networks* 1, 297-332.
- Frank, Götz, 1983: *Sozialstaatsprinzip und Gesundheitssystem*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Freddi, Giorgio/ James W. Björkman (Hrsg.), 1989: *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Freidson, Eliot, 1979: *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Gäfigen, Gérard (Hrsg.), 1986: *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Galaskiewicz, Joseph, 1985: Interorganizational relations. In: *Annual Review of Sociology* 11, 281-304.
- Galbraith, John K., 1952: *American Capitalism: The Theory of Countervailing Power*. Boston: Houghton Mifflin.
- Geigant, Friedrich/ Peter Oberender (Hrsg.), 1985: *Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher.
- Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V. (Hrsg.), 1974: *Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Giersch, Herbert (Hrsg.), 1983: *Wie es zu schaffen ist. Agenda für die deutsche Wirtschaftspolitik*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Göckenjan, Gerd, 1987: Nicht länger Lohnsklaven und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte. In: *Medizin und Gesellschaft*, Jahrbuch 1. Frankfurt a.M.: Campus, 9-36.
- Goldammer, Hans-Dietmar, 1964: *Die Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen*. Dissertation, Universität zu Köln.
- Groser, Manfred, 1987: Gruppenverhandlungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 33, 743-752.
- Groser, Manfred, 1989: Die Logik organisierter Interessen. In: *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie* 8, 259-269.
- Groser, Manfred, 1992: Gemeinwohl und Ärzteinteressen: Die Politik des Hartmannbundes. In: Mayntz (Hrsg.), a.a.O., 162-210.

- Hamm, Walter, 1980: *Irrwege der Gesundheitspolitik: ordnungspolitische Kritik an Vorschriften des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes*. Tübingen: Mohr.
- Hauser, Heinz, 1985: Beurteilung des Systems der Globalsteuerung im Rahmen des KVKG. In: Andreae/ Theurl (Hrsg.), a.a.O., 106-121.
- Heidenheimer, Arnold J., 1980: Organized Medicine and Physician Specialization in Scandinavia and West Germany. In: *West European Politics* 3, 373-387.
- Hentschel, Volker, 1983: *Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880-1980*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Herber, Reinold, 1982: Wahlsysteme im Vergleich. Eine sozialökonomische Analyse. In: *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie* 11, 39-56.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1966: *Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1983: Systemvariation und Abwahlrisiko: Das Wahlsystem als Aktionsparameter zur Minimierung des Abwahlrisikos. In: *Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie* 2, 86-101.
- Hirschman, Albert O., 1970: *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Hotelling, Harald, 1929: Stability in Competition. In: *Economic Journal* 39, 41-57.
- Huercamp, Claudia, 1985: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert: vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preußens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Huercamp, Claudia/ Reinhard Spree, 1982: Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Pierenkemper/ Tilly (Hrsg.), a.a.O., 77-116.
- Hummell, Hans J./ Wolfgang Sodeur, 1987: Triaden- und Tripletzensus als Mittel der Strukturbeschreibung. In: Pappi (Hrsg.), a.a.O., 129-202.
- Jeidels, Otto, 1905: *Das Verhältnis der deutschen Großbanken zur Industrie mit besonderer Berücksichtigung der Eisenindustrie*. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Kappelhoff, Peter, 1987: Cliquenanalyse. Die Bestimmung von intern verbundenen Teilgruppen in Netzwerken. In: Pappi (Hrsg.), a.a.O., 39-64.
- Kater, Michael, 1987: Medizin und Mediziner im Dritten Reich. Eine Bestandsaufnahme. In: *Historische Zeitschrift* 244, 299-352.
- Knappe, Eckhard, 1983: Reform der Krankenversicherung. In: Giersch (Hrsg.), a.a.O., 297-325.
- Knappe, Eckhard, 1985: Mengen- und Preissteuerung auf der Angebotsseite des Gesundheitssektors: Das Beispiel der Zulassungsbeschränkungen und des Honorierungssystems. In: Geigant/ Oberender (Hrsg.), a.a.O., 59-106.
- Knocke, David, 1990: *Organizing for Collective Action. The Political Economies of Associations*. New York: Aldine de Gruyter.

- Koenig, Thomas/ Robert Gogel/ John Sonquist, 1979: Models of the Significance of Interlocking Corporate Directorates. In: *American Journal of Economics and Sociology* 38, 173-186.
- Kortmann, Karl Dieter, 1968: *Der Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung bei der Honorierung von kassenärztlichen Leistungen*. Dissertation, Universität zu Köln.
- Laumann, Edward O./ Joseph Galaskiewicz/ Peter V. Marsden, 1978: Community Structures as Interorganizational Linkages. In: *Annual Review of Sociology* 4, 455-484.
- Levine, Sol/ Paul E. White, 1961: Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. In: *Administrative Science Quarterly* 5, 583-601.
- Lüth, Paul, 1974: Die Subkultur der Ärzte am Beispiel ihrer Körperschaften und Verbände. In: Volkholz et al. (Hrsg.), a.a.O., 368-396.
- Männer, Leonhard/ Günter Sieben (Hrsg.), 1987: *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher.
- Mayntz, Renate, 1990: Organisierte Interessenvertretung und Föderalismus: Zur Verbändestruktur in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft* 4. Baden-Baden: Nomos, 145-156.
- Mayntz, Renate (Hrsg.), 1992: *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Meissner, Werner/ Lutz Unterseher (Hrsg.), 1972: *Verteilungskampf und Stabilitätspolitik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Michels, Robert, 1925: *Zur Soziologie des Parteiwesens in der modernen Demokratie. Untersuchungen über die oligarchischen Tendenzen des Gruppenlebens*. Leipzig: Kröner.
- Mizrushi, Mark S./ Michael Schwartz, 1987: The Structural Analysis of Business: An Emerging Field. In: Mark S. Mizrushi/ Michael Schwartz (Hrsg.), *Intercorporate Relations. The Structural Analysis of Business*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 3-21.
- Mueller, Dennis C., 1989: *Public Choice II*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Naschold, Frieder, 1967: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*. Freiburg: Rombach.
- Neubauer, Günter, 1986: Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung. In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 223-240.
- Nystrom, Paul C./ William H. Starbuck (Hrsg.), 1981: *Handbook of Organizational Design*. 2 Bände. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Olsen, Johan P., 1981: Integrated Organizational Participation in Government. In: Nystrom/ Starbuck (Hrsg.), a.a.O., Bd. II, 492-516.
- Olson, Mancur, 1965: *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

- Olson, Mancur, 1982: *The Rise and Decline of Nations. Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Palmer, Donald, 1983: Broken Ties: Interlocking Directorates and Intercorporate Coordination. In: *Administrative Science Quarterly* 28, 40-55.
- Pappi, Franz U. (Hrsg.), 1987: *Methoden der Netzwerkanalyse*. München: Oldenbourg.
- Pennings, Johannes M., 1980: *Interlocking Directorates*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pfeffer, Jeffrey, 1972: Size and Composition of Corporate Boards of Directors: The Organization and Its Environment. In: *Administrative Science Quarterly* 17, 218-228.
- Pierenkemper, Toni/ Richard Tilly (Hrsg.), 1982: *Historische Arbeitsmarktforschung. Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Putnam, Robert D., 1988: Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-level Games. In: *International Organization* 42, 427-460.
- Rokkan, Stein, 1972: *Vergleichende Sozialwissenschaft. Die Entwicklung der interkulturellen, inter-gesellschaftlichen und inter-nationalen Forschung*. Frankfurt a.M.: Ullstein.
- Rosewitz, Bernd/ Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schelling, Thomas C., 1960: *The Strategy of Conflict*. London: Oxford Univ. Press.
- Schmitter, Philippe C./ Wolfgang Streeck, 1981: *The Organization of Business Interests. A Research Design to Study the Associative Action of Business in the Advanced Industrial Societies of Western Europe*. IIM/LMP 81-13. Berlin: WZB.
- Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der, 1987: Verbände als Interessenwahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen. In: Männer/ Sieben (Hrsg.), a.a.O., 373-432.
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm, 1985: Bewertungsmaßstab als Instrument der Kostensteuerung? In: *Sozialer Fortschritt* 34, 43-46.
- Schwefel, Detlef/ Wilhelm van Eimeren/ Walter Satzinger, 1986: *Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Scott, John, 1985a: *Corporations, classes and capitalism*. London: Hutchinson, 2. Aufl.
- Scott, John, 1985b: Theoretical Framework and Research Design. In: Stokman et al. (Hrsg.), a.a.O., 1-19.
- Selznick, Philip, 1949: *TVA and the Grass Roots: A Study in the Sociology of Formal Organization*. New York: Harper & Row.
- Siegrist, Hannes, 1988: Bürgerliche Berufe. Die Professionen und das Bürgertum. In: Hannes Siegrist (Hrsg.), *Bürgerliche Berufe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 11-48.

- Smigielski, Edwin, 1980: *Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen*. Bochum: Brockmeyer.
- Smigielski, Edwin, 1983: Aktionsparameter und Handlungsspielraum der Krankenkassenverbände im Rahmen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 8, 17-26.
- Stearns, Linda B./ Mark S. Mizrushi, 1986: Broken-tie Reconstitution and the Functions of Interorganizational Interlocks: A Reexamination. In: *Administrative Science Quarterly* 31, 522-538.
- Stokman, Frans N./ Frans W. Wasseur, 1985: National Networks in 1976: A Structural Comparison. In: Stokman et al. (Hrsg.), a.a.O., 20-44.
- Stokman, Frans N. et al. (Hrsg.), 1985: *Networks of Corporate Power: An Analysis of Ten Countries*. Cambridge: Polity Press.
- Stone, Deborah A., 1980: *The Limits of Professional Power. National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Streck, Wolfgang, 1972: Das Dilemma der Organisation. Tarifverbände zwischen Interessenvertretung und Stabilitätspolitik. In: Meissner/ Unterseher (Hrsg.), a.a.O., 130-167.
- Streck, Wolfgang, 1987: Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen in sich ändernden Umwelten. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39, 471-495.
- Streck, Wolfgang/ Philippe C. Schmitter, 1985: Community, Market, State – and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order. In: Wolfgang Streck/ Philippe C. Schmitter (Hrsg.), *Private Interest Government: Beyond Market and State*. London: Sage, 1-29.
- Thiemeyer, Theo, 1986: Das ärztliche Honorar als Preis. In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 255-270.
- Vobruba, Georg, 1992: Wirtschaftsverbände und Gemeinwohl. In: Mayntz (Hrsg.), a.a.O., 80-121.
- Volkholz, Volker et al. (Hrsg.), 1974: *Analyse des Gesundheitssystems*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan* 16, 156-203.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Webber, Douglas, 1992: Die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. In: Mayntz (Hrsg.), a.a.O., 211-272.
- Wiesenthal, Helmut, 1981: *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: ein Beispiel für Theorie und Praxis des modernen Korporatismus*. Frankfurt a.M.: Campus.

-
- Williamson, Peter J., 1989: *Corporatism in Perspective. An Introductory Guide to Corporatist Theory*. London: Sage.
- Ziegler, Rolf, 1984: Das Netz der Personen- und Kapitalverflechtungen deutscher und österreichischer Wirtschaftsunternehmen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 36, 585-614.
- Zohlhöfer, Werner/ Paul-Günther Schmidt, 1985: Preisbildung für kassenärztliche Leistungen im ambulanten Bereich in der Bundesrepublik Deutschland. In: Adam/ Zweifel (Hrsg.), a.a.O., 101-133.

Namenregister

- Adenauer, 48
Andersen, 26, 187, 214-216, 218
Aretz, 123
- Beindorff, 123, 124
Boudon, 169
Bourmer, 116
Boyd, 235
Brenner, 181, 182, 185, 187, 190, 191
Burt, 234
- Coleman, 137
Cook, 234
Crouch, 15, 20
- Deppe, 37, 38, 43, 44, 46, 47, 114, 153,
154, 156
DiDonato, 233
Dieckhoff, 123, 124
Döhler, 21, 151, 195, 302, 303
Durkheim, 15
- Eimeren, 101
- Feige, 35, 37, 38, 44
Fennema, 233
Finkenrath, 41, 113, 114, 123
Frank, 119
Freidson, 195
- Galaskiewicz, 137, 232, 234, 235
Galbraith, 35
Göckenjan, 44, 45
Gogel, 234
Goldammer, 198
Graf, 40, 113
Groser, 21-23, 36, 84, 101, 113, 115,
116, 132, 136, 140-142, 162, 179,
187, 189, 190, 246, 248, 256, 258,
281, 282, 290, 301-303
- Hamm, 147
Hartmann, 41
Hauser, 147
Heidenheimer, 167, 207, 208
Heinemann, 47, 83, 89, 94, 163, 165,
166, 177, 192, 199, 208
Hentschel, 46
Herber, 133, 134
Herder-Domeich, 21, 98, 133, 134, 155,
198, 243
Hess, 169, 221
Hirschman, 22, 213
Hotelling, 194
Huercamp, 36-43, 113
Hummell, 262
- Jeidels, 233
- Kappelhoff, 261
Kater, 46, 114
Knappe, 179, 242
Knoke, 21, 253
Koenig, 234
Kortmann, 39, 44, 47, 48, 198
- Laumann, 137, 232, 234
Leszczynski, 152
Levine, 234
Liebold, 47, 48, 79, 83, 89, 94, 163, 165,
166, 177, 192, 199, 208, 121
Lüth, 21, 302
- Manow-Borgwardt, 151
Marsden, 137, 232, 234
Mayntz, 36, 236
Mertens, 131
Michels, 133, 299
Mizrushii, 234
Mueller, 296

- Narr, 78, 112, 114, 121, 129
 Naschold, 21, 47, 153, 179, 302
 Nehls, 217
 Neubauer, 96
- Oeckl, 118, 129
 Olsen, 17, 21, 255
 Olson, 19, 35
- Palmer, 234
 Partsch, 186
 Pennings, 233
 Pfeffer, 235
 Putnam, 140
- Rodegra, 117
 Rokkan, 35
 Roos, 117
 Rosewitz, 46, 48, 149, 162, 172
- Satzinger, 101
 Sauerborn, 44
 Schelling, 140, 225
 Schijf, 233
 Schirmer, 159, 163, 166, 168, 205, 208
 Schmidt, 154, 155, 244, 245
 Schmitter, 15, 19, 20, 295
 Schneider, 41, 43, 44, 46, 162
 Schulenburg, 26, 187, 214-216, 218
 Schüttrumpf, 131
 Schwartz, 168
 Schwefel, 101
 Scott, 233, 234
 Selznick, 235
 Sewering, 200
 Sieben, 91, 220
 Siegrist, 195
 Smigielski, 163, 175
 Sodeur, 262
 Sonquist, 234
 Spree, 37-41
 Stearns, 234
 Stobrawa, 112, 115, 118, 119, 217
- Stokman, 233, 273, 286
 Stone, 153, 202
 Streeck, 15, 18-20, 45, 87, 295, 302
- Tautz, 200
 Thiemeyer, 48, 178, 189
 Trüb, 112
- Vobruba, 23, 255
- Wasseur, 286
 Webber, 26, 36, 44, 46-48, 86-88, 101,
 140, 147, 149, 152, 153, 162, 172,
 182, 214
 Wekel, 169, 174, 177
 Wenzel, 217
 White, 234, 262
 Wiesenthal, 119, 157
 Williamson, 15, 20
 Wirzbach, 209, 210
 Wittig, 186
- Zohlhöfer, 154, 155, 244, 245

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh
Differenzierung und Verselbständigung
Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme
1988 329 Seiten

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)
The Development of Large Technical Systems
1988 299 Seiten (copublished with Westview Press)

Clemens Schumacher-Wolf
Informationstechnik, Innovation und Verwaltung
Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken
1988 339 Seiten

Volker Schneider
Technikentwicklung zwischen Politik und Markt
Der Fall Bildschirmtext
1989 293 Seiten

Bernd Rosewitz, Douglas Webber
**Reformversuche und Reformblockaden im deutschen
Gesundheitswesen**
1990 349 Seiten

Raymund Werle
Telekommunikation in der Bundesrepublik
Expansion, Differenzierung, Transformation
1990 409 Seiten

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank

Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem

Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten
außeruniversitären Forschung

1990 444 Seiten

Bernd Marin, Renate Mayntz (Editors)

Policy Networks

Empirical Evidence and Theoretical Considerations

1991 331 Seiten (copublished with Westview Press)

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien

1992 700 Seiten

Arthur Benz, Fritz W. Scharpf, Reinhard Zintl

Horizontale Politikverflechtung

Zur Theorie von Verhandlungssystemen

1992 205 Seiten

Fritz W. Scharpf (Editor)

Games in Hierarchies and Networks

Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions

1993 448 Seiten (copublished with Westview Press)

Andreas Stucke

Institutionalisierung der Forschungspolitik

Entstehung, Entwicklung und Steuerungsprobleme des
Bundesforschungsministeriums

1993 297 Seiten

Susanne Lütz

Steuerung industrieller Forschungs Kooperation

Funktionsweise und Erfolgsbedingungen des staatlichen
Förderinstrumentes Verbundforschung

1993 251 Seiten

Uwe Schimank, Andreas Stucke (Editors)

Coping with Trouble

How Science Reacts to Political Disturbances of Research Conditions

1994 401 Seiten (copublished with St. Martin's Press)

Edgar Grande, Jürgen Häusler

Industrieforschung und Forschungspolitik

Staatliche Steuerungspotentiale in der Informationstechnik

1994 566 Seiten

Renate Mayntz (unter Mitarbeit von Hans-Georg Wolf)

Deutsche Forschung im Einigungsprozeß

Die Transformation der Akademie der Wissenschaften
der DDR 1989 bis 1992

1994 301 Seiten

Katrin Behaghel

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung

Ein Verbandssystem unter Streß

1994 326 Seiten