

Sebastian Klinke

**Entwicklung und Anwendung eines Modells
zur Messung von ordnungspolitischem
Wandel im Gesundheitswesen**

Auswirkungen der gesundheitspolitischen
Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten
von Chefarzten im Bundesland Bremen

März 2005

Bestell-Nr. SP I 2005-303

ISSN-Nr. 0948 048X

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50

Zusammenfassung

Ziel dieser Modellbildung und Untersuchung ist es, der Frage nachzugehen, inwieweit die seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre andauernden Reformbemühungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu einer langfristigen und grundlegenden Modifikation, Umgewichtung oder gar Neudefinition gesundheitspolitischer Zielvorstellungen im stationären Sektor geführt haben. Geprüft wird die Hypothese, ob als Folge der zahlreichen Kostendämpfungsgesetze und insbesondere mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 ein ordnungspolitischer Wandel eingeleitet wurde, der sich bis heute fortsetzt. Neben dieser politikfeldbezogenen Fragestellung, wird auf einer allgemeineren Ebene das grundsätzliche Problem der Messung von langfristigem sozialpolitischen Wandel angesprochen und einer Operationalisierung zugeführt.

Im Mittelpunkt der Studie stehen eine systematische Analyse der bundesdeutschen Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen bis zum Jahre 2003 und eine qualitative Befragung von Chefärzten im Bundesland Bremen ebenfalls aus dem Jahr 2003. Ausgehend von einer Untersuchung der Makroebene (Bundesgesetze), wird anhand einer Studie auf der Mikroebene der Implementation (Chefärzte) gezeigt, wie erfolgreich die politisch angestrebte Veränderung des Akteurshandelns auf Seiten der Leistungserbringer im stationären Sektor bisher gewesen ist.

Abstract

Matters of long-term social policy shift analysis do not figure prominently in German health care research. It is still highly disputable to what extent 30 years of reform efforts in the German health care system have resulted in long-term, fundamental modifications or shifts in the hierarchical order of health care targets. The author tests the hypothesis whether the numerous laws aiming at cost containment as well as the German Health Structure Law (*Gesundheitsstrukturgesetz/GSG*) in 1993 have induced an ongoing process of structural change in regulatory policy (*ordnungspolitischer Wandel*). A theoretical model to measure this kind of change in German health care policy is presented and applied.

This study analyses German health care legislation up to the year 2003 as well as qualitative interviews with head physicians in hospitals (*Chefärzte*). These interviews were conducted in the state (*Bundesland*) of Bremen in 2003. Moving from a macro-level investigation (federal legislation) to a micro-level investigation of implementation (head physicians) the author shows to what extent changes in legislation have invoked changes in attitude and behaviour on the part of service providers in the inpatient sector of health care services.

Inhaltsverzeichnis

1.	Fragestellung	1
2.	Modell eines ordnungspolitischen Wandels im Gesundheitswesen	4
2.1	Ordnungspolitik als analytischer Begriff im Kontext der Formierung von Politikfeldern	4
2.2	Ordnungspolitischer Status quo und ordnungspolitische Leitbilder	5
2.2.1	Ordnungspolitische Leitbilder als Kristallisationspunkt eines ordnungspolitischen Wandels	8
2.2.2	Anmerkungen zur Messbarkeit von ordnungspolitischem Wandel	9
3.	Analyse der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung - Makrowandel	13
3.1	Ex-ante-Zustand 1977	13
3.2	Phase 1: Kostendämpfung 1977-1982 unter SPD geführten Koalitionsregierungen	16
3.3	Phase 2: Kostendämpfung 1983-1989 unter CDU geführten Koalitionsregierungen	18
3.4	Phase 3: Strukturreform 1992-1998 unter CDU geführten Koalitionsregierungen	19
3.5	Phase 4: Strukturreform 1998-2004 unter SPD geführten Koalitionsregierungen	21
3.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	24
4.	Wirkung der Reformgesetzgebung aus Sicht der Leistungserbringer – Mikrowandel	28
4.1	Medizinische Ebene	30
4.2	Ökonomische Ebene	31
4.3	Gesellschaftliche Ebene	33
4.4	Relativistische Sicht, internationaler Vergleich	35
4.5	Wahrnehmung von grundlegendem Wandel	36
4.6	Der Arztberuf als solcher – professionelles Selbstverständnis im Wandel	37
4.7	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	38
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse auf Makro- und Mikroebene und Schlussfolgerung	40
6.	Literaturverzeichnis	47
7.	Anhang - Personenkreis, Technik und Reichweite der Krankenhausärztebefragung	51

Tabellen

Tabelle 1:	Ordnungspolitischer Wandel	10
Tabelle 2:	Ex-ante-Zustand des Gesundheitswesens bis 1977, Makroebene	15
Tabelle 3:	Kostendämpfung 1977-1982, Makroebene	17
Tabelle 4:	Kostendämpfung 1983-1989, Makroebene	18
Tabelle 5:	Strukturreform 1992-1998, Makroebene	19
Tabelle 6:	Strukturreform 1998-2003, Makroebene	22
Tabelle 7:	Zustand des Gesundheitswesens 2003, Makroebene	26
Tabelle 8:	Zustand des Gesundheitswesens 2003, Mikroebene	40
Tabelle 9:	Zustand des Gesundheitswesens 2003 auf Makro- und Mikroebene	44

Schaubilder

Schaubild 1:	Zentrale Wirkungsrichtungen der Gesundheitsreformen	25
--------------	---	----

Abkürzungen

1. u. 2. NOG	Erstes und Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BpflVO	Bundespflugesatzverordnung
BSSichG	Beitragssatzsicherungsgesetz
BT	Bundestag
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
FP	Fallpauschale
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
GF	Gesundheitsförderung
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKVFG	GKV-Finanzstärkungsgesetz
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRG2000	Gesundheitsreformgesetz 2000
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HB	Hartmannbund
HBG	Haushaltsbegleitgesetz 1983
KAG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBEG	Krankenversicherungs-Beitragsentlastungsgesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Krankenhauskostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KK	Krankenkasse/Krankenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
KVEG	Krankenversicherungs-Ergänzungsgesetz
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVNG	Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
MBO-Ä	Musterberufsordnung-Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OP	Operation/Operationssaal
PKV	Private Krankenversicherung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RSA	Risikostrukturausgleich
Runder Tisch	Runder Tisch für die Zukunft des Gesundheitswesens
RV	Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
SolG	Solidaritätsstärkungsgesetz
StabG	Stabilitätsgesetz
SVR	Sachverständigenrat
Tab.	Tabelle
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VFA	Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller
VO	Verordnung
ZKH	Zentralkrankenhaus

1. Fragestellung

Ziel dieser Untersuchung ist es, der Frage nachzugehen, inwieweit die seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre andauernden Reformbemühungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu einer langfristigen und grundlegenden Modifikation, Umgewichtung oder gar Neudefinition gesundheitspolitischer Zielvorstellungen im stationären Sektor geführt haben. Geprüft wird die Hypothese, ob als Folge der zahlreichen Kostendämpfungsgesetze (Vosteen 1999) und insbesondere mit der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 ein ordnungspolitischer Wandel¹ eingeleitet wurde, der sich bis heute fortsetzt. Neben dieser politikfeldbezogenen Fragestellung, wird auf einer allgemeineren Ebene das grundsätzliche Problem der Messung von langfristigem sozialpolitischen Wandel angesprochen und einer Operationalisierbarkeit zugeführt.

Ausgehend von der These, dass starke Veränderungen innerhalb eines Politikfeldes (hier: des Gesundheitssystems) neben einer Änderung des rechtlichen Rahmens (hier: insbesondere Bundesgesetze) die Akzeptanz zentraler Akteure erfordern, wird in dieser Untersuchung der sich aus den Gesundheitsreformen ergebende Anpassungsdruck mit dem tatsächlichen Verhalten der beteiligten Akteure verglichen. Herangezogen wird die Gruppe der Ärzte, denen in der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussion eine Sonderrolle zugesprochen wird, da sie die zentralen Leistungserbringer sind, und eben jene Leistungen im Fokus der Diskussionen um Einsparpotenziale im Gesundheitswesen stehen: „Mit der patientenbezogenen Allokationsentscheidung ist der Kern der so genannten bettseitigen oder impliziten Rationierungsproblematik angesprochen. ... Zugleich liegen hier ... langfristig die mit Abstand höchsten Einsparpotenziale in der Gesundheitsversorgung“ (Kuhlmann 1998, 23 f.).

Systemisch bedingt sind Ärzte nur schwer zu kontrollieren; ihnen wird deshalb und aus interessenspolitischen Erwägungen² eine gewisse Vetomacht nachgesagt. Als Quintessenz von Erwägungen hinsichtlich der Struktur des Gesundheitssystems, insbesondere bezüglich der spezifischen Rolle des stationären Sektors als letztzuständiger Institution³, bietet es sich an, sich mit genau diesem Bereich des Gesundheitssystems zu beschäftigen. Insofern liegt der Fokus auf dem Verhalten der leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte). Auch aufgrund seiner für die Kostendiskussion herausragenden Bedeutung und der auf eben diese monetäre Entwicklung abzielenden Reformen bietet es sich an, den stationären Sektor in den Mittelpunkt der Betrachtung grundsätzlichen Wandels des Gesundheitssystems zu rücken.⁴ Mittels leitfadensba-

¹ Ordnungspolitischer Wandel wird als empirisch-analytischer Begriff verwendet, ganz im Gegensatz zu normativen Ansätzen, wie z. B. von Herder-Dorneich (1980) vertreten. Für die Definition siehe Kapitel 2.1

² Hoher Organisationsgrad einer kleinen gesellschaftlichen Gruppe mit relativ homogener Interessenslage, hohem Sozialkapital und nicht geringen ökonomischen Ressourcen.

³ Was die Sozialhilfe im Bereich ökonomischer Überlebenssicherung ist, ist das Krankenhaus im Bereich der Gesundheit: Wird hier das Niveau des Leistungsanspruches gesenkt, gibt es für die Betroffenen keine Möglichkeit, sich an eine nachgeordnete Institution zu wenden, um den Abbau auf der Basis eines Rechtsanspruches zu kompensieren.

⁴ Der Anteil der Aufwendungen für stationäre Behandlungen lag 1995 bei 123 Mrd. DM von 359 Mrd. DM Sachleistungen für das gesamte Gesundheitswesen, wobei der Anteil der Krankenhausleistungen seit den 60er Jahren stetig von 16,5 % auf gegenwärtig circa 34 % gestiegen ist, d. h. dieser Bereich war bisher überproportional am Ausgabenwachstum beteiligt (BMG 1998, 10.9, 10.12., 10.13). Jüngste Daten könnten eine Trendwende bedeuten, sofern sie sich verstetigen: In 2001 waren die Krankenhäuser mit 0,9 % Ausgabenanstieg je GKV-Mitglied deutlich geringer als andere Bereiche am Ausgabenanstieg beteiligt (SopoU, 2002,

sierter Experteninterviews, die 2003 mit dem medizinischen Führungspersonal der Krankenhäuser im Bundesland Bremen geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden⁵, wird auf Landes- bzw. regionaler Ebene eruiert, ob und inwieweit diese Akteure einen ordnungspolitischen Wandel wahrnehmen, mittragen, gestalten oder aufgrund konträrer Interessen und/oder (Wert-)Vorstellungen unterlaufen.

Forschungsdesign

Um die These eines ordnungspolitischen Wandels im Gesundheitswesen zu überprüfen, wird ein dreischrittiges Verfahren angewendet:

- Entwicklung eines analytischen Rahmen (Modell des ordnungspolitischen Wandels)
- Anwendung auf der Makroebene der Implementation (Analyse der Reformgesetze)
- Anwendung auf der Mikroebene der Implementation (Analyse der Chefarztinterviews)

Im ersten Schritt wird ein analytischer Rahmen zur Messung eines grundlegenden gesundheitspolitischen Wandels entworfen. Hierzu wird die historische Durchsetzung der Ordnungspolitik als dominantem Leitbild der bundesdeutschen Gesundheitspolitik⁶ dargestellt. Es wird herausgearbeitet, welche ordnungspolitischen Vorstellungen als historisch dominant/effektiv⁷ für das bundesdeutsche Gesundheitssystem angesehen werden. Es wird gezeigt, dass diese Strukturprinzipien der GKV als Indikatoren eines Ausstiegs aus dem bestehenden Modell herangezogen werden können. Als Ausstiegsrichtung wird eine Neubewertung des Verhältnisses von Wirtschaftlichkeitsgebot und Eigenverantwortung auf der einen Seite und Solidaritäts- und Bedarfsprinzip auf der anderen Seite ausgemacht. In Verbindung mit einem dreistufigen Modell zur Kategorisierung von Veränderungen in Politikfeldern (Hall 1993, 278 f.), wird auf Basis der erwähnten Strukturprinzipien ein Modell zur Operationalisierung von ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen generiert. Demnach findet ein ordnungspolitischer Wandel statt, wenn sich im Rahmen von Gesetzesänderungen – im Gesundheitsbereich

H 1, 28). Es könnte jedoch sein, dass hier eine „Verschiebung von stationär zu ambulant“ stattgefunden hat, indem die Krankenhäuser verstärkt dazu übergehen, die Versorgung der Patienten mit teuren Arzneimitteln den niedergelassenen Ärzten zu überlassen (Mlodoch 2002).

⁵ Die Interviews wurden vollständig transkribiert (Klinke 2003).

⁶ Der wesentliche Unterschied zwischen Struktur- und Ordnungspolitik besteht polit-historisch betrachtet darin, dass die SPD in den 70er Jahren unter der Begrifflichkeit ‚Strukturpolitik‘ angetreten war. Ziel war es, über direkte staatliche Einflussnahme grundlegende Reformen durchzuführen. Der Begriff ‚Ordnungspolitik‘ stellt ein neokonservatives Schlagwort der 80er Jahre dar, unter dem eine Rück-Reform im Sinne einer Rücknahme direkter staatlicher Regulierung unter Stärkung der Marktkräfte verstanden wurde. Analytisch gewendet zeigt sich jedoch, dass bereits zu Zeiten der sozial-liberalen Koalition in der Gesundheitspolitik ordnungspolitische Elemente implementiert wurden (Döhler 1991). Dargestellt wird dies anhand ihrer theoretischen Bettung in dem der Policy-Forschung zugehörigen Modell der „Strukturbildung von Politikfeldern“ (Döhler/Manow 1997).

⁷ Das Verhältnis von ordnungspolitischen Leitbildern und Akteurshandeln lässt sich mit dem Begriff des „strategischen Orientierungswissens“ andeuten: „Leitbilder liefern normativ legitimierte Hinweise für politische Richtungsentscheidungen und schaffen begünstigte Strategieoptionen wie auch Ausschlußregeln für abweichende Vorschläge. Sie sind dabei jedoch nicht frei von den Interessen der Akteure ... ohne aber vollkommen von ihnen beherrscht zu werden.“ (Döhler/Manow 1997, 116) Eine solche Betrachtungsweise zur Beschreibung von Prozessen des politischen/gesellschaftlichen Wandels besitzt eine große Nähe zu wissenssoziologischen bzw. -politologischen Theorien und Ansätzen (Berger/Luckmann 1995; Bleses/Rose 1998; Meuser/Nagel 1997; Nullmeier 1993; Nullmeier/Rüb 1993; Nullmeier 1994) und wird als relevante Annahme in dieser Arbeit mitgeführt.

primär auf der Bundesebene – Änderungen am Satz der übergeordneten Ziele ergeben und diese Veränderungen im Rahmen eines gelungenen Implementationsprozesses von den beteiligten Akteuren auf der Meso- und Mikroebene umgesetzt werden.

Diese Überlegung führt in einem zweiten Schritt zu einer Darstellung und Analyse der bisherigen Reformgesetze, um festzustellen, ob auf der Makroebene ein ordnungspolitischer Wandel abgeleitet werden kann. Diese Analyse wird auf Basis einer formalen, quasi juristischen Perspektive auf die Gesetzestexte durchgeführt. Ein solches Vorgehen ermöglicht eine Analyse von Sinn, Zweck und Logik der Reformen. Die Fragen nach realen Akteurskonstellationen und bereits messbaren Outcomes einer Politikimplementation werden ausgeblendet. So ist es möglich, den Blick für grundlegende, prinzipielle Änderungen von Gestaltungsparametern und Funktionslogiken zu schärfen. Eine solche Wahrnehmung der von den Reformgesetzen ausgehenden Veränderungen im Feld der Funktionslogiken des Gesundheitssystems und seiner Strukturprinzipien ermöglicht Aussagen über grundlegende Entwicklungstendenzen. Die formale Analyse der Gesetze erlaubt also Prognosen, jedoch unter Ausblendung der konkreten Implementation, bzw. es wird eine Aussage auf Makroebene der Implementation getroffen, ob ein ordnungspolitischer Wandel stattfindet.

Im dritten Schritt wird die These des ordnungspolitischen Wandels auf der untersten Ebene des Implementationsprozesses überprüft. Auf der hier angesprochenen Mikroebene wird anhand der mit Chefärzten in Bremer und Bremerhavener Krankenhäusern geführten Experteninterviews abschließend untersucht, ob der auf Makroebene konstatierte ordnungspolitische Wandel von den Befragten wahrgenommen und umgesetzt wird. Es wird dargestellt, in welcher Form die Ärzteschaft die Debatte und die gesetzgeberischen Bemühungen rezipiert und für ihre Profession interpretiert⁸. Im Rahmen dieser Untersuchung werden folgende Aspekte geklärt bzw. Fragen beantwortet:

- Es wird der Frage nachgegangen, ob auf Makroebene ein ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen stattgefunden hat.
- Es wird auf Mikroebene der Implementation geklärt, welche Reformvorstellungen umstritten sind und welche Vorstellungen auf weitgehende Akzeptanz stoßen (hier: unter den Krankenhausärzten).
- Es wird im Kontext der Auswertung der Interviews die These geprüft, ob Rationalisierung in Rationierung mündet.

⁸ Die Mikroebene kann als ‚Gegenwart‘ bezeichnet werden, da die geführten Interviews eine Momentaufnahme des gesamten Reformprozesses liefern. Die befragten Chefärzte nehmen Stellung zu einer Materie, die ihr gesamtes professionelles Handeln seit vielen Jahren begleitet und beeinflusst. Es ist zu vermuten, dass sie sowohl ein hohes Maß an Kenntnis über die Rechtslage und den Reformprozess als solchen haben (Makroebene) als auch über den diesen Prozess begleitenden Fachdiskurs. Insofern und aufgrund einer seit circa 30 Jahren anhaltenden Reformdiskussion muss von einer sehr hohen wechselseitigen Durchdringung und Kenntnis der jeweiligen Positionen ausgegangen werden, mit der Folge einer größer werdenden Schnittmenge. Diese Schnittmenge wird gebildet aus gemeinsam geteilten Annahmen über Ursachen und Lösungsstrategien gesundheitspolitischer Probleme. Je größer diese Schnittmenge ist, desto wahrscheinlicher ist eine aus Sicht des Gesetzgebers erfolgreiche Implementation und damit der hier interessierende ordnungspolitische Wandel im Gesundheitswesen.

- Auf Grundlage der Interviews mit dem Führungspersonal Bremischer Krankenhäuser wird abschließend die Frage beantwortet, ob die Durchsetzung eines ordnungspolitischer Wandels im Gesundheitswesen plausibel erscheint.

Im Schlusskapitel dieses Papers erfolgen einige abschließende Aussagen darüber, ob auf Makro- und Mikroebene der Implementation derzeit ein ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen stattfindet. Ferner wird der Frage nachgegangen, welche Konsequenzen dieser Wandel für das künftige Verhältnis von Solidarität und Ökonomie im Gesundheitswesen be-reithält.

2. Modell eines ordnungspolitischen Wandels im Gesundheitswesen

Will man einen analytischen Rahmen entwickeln, um zu prüfen, inwieweit das bundesdeutsche Gesundheitssystem sich in einem grundlegenden Wandel befindet, bietet es sich an, sich mit theoretischen Konzepten zur Struktur- und Ordnungspolitik zu beschäftigen, da diese einen begrifflichen Rahmen bereitstellen, die inhaltlichen Facetten bundesdeutscher Gesundheitspolitik zu beschreiben und Veränderungsprozesse sichtbar zu machen. Zu klären ist in diesem Zusammenhang:

- Wieso hilft der Begriff Ordnungspolitik, das Politikfeld ‚Gesundheitssystem‘ analytisch zu fassen?
- Welches sind die ordnungspolitischen Leitbilder, die treffend zur Charakterisierung eines ordnungspolitischen Status quo bzw. Ex-ante-Zustandes herangezogen werden können?
- Welches Verhältnis zeichnet sich zwischen dem so definierten Ex-ante-Zustand und einem zu messenden Ex-post-Zustand ab, d. h. wie kann ordnungspolitischer Wandel operationalisiert werden?

2.1. Ordnungspolitik als analytischer Begriff im Kontext der Formierung von Politikfeldern

Mit Blick auf die Bundesrepublik bieten sich ordnungspolitische Modelle insbesondere deshalb an, da sie einem deutschen Spezifikum Rechnung tragen: der in Wissenschaft und Politik verbreiteten Ansicht, dass der Staat in vielen Bereichen eine ordnungspolitische Funktion besitzt (Lampert/Bossert 1992, 17 ff.), d. h. die demokratisch legitimierte Vertreter die Aufgabe haben, mittels Gesetzgebung Ziele zu formulieren und auf verbandlicher Ebene organisierte Akteure zu benennen, die im Rahmen dieser Normen ihren Politikbereich (mit-)gestalten. Vertreten wird diese „Beschränkung staatlicher Interventionen auf die Gestaltung ordnungspolitischer Rahmen“ von Anhängern des deutschen Neoliberalismus⁹ (Döhler/Manow 1997, 120 f.). Namentlich das von Herder-Dorneich (1984) und seinen Schülern entwickelte und

⁹ Neoliberalismus meint in Abgrenzung zum klassischen Liberalismus eine Zuspitzung der Politik auf wirtschaftsliberale Ansätze. In Deutschland wird dieser Ansatz mit dem Konzept des Ordo-Liberalismus assoziiert. In Bezug auf die FDP kann diese Neuausrichtung u.a. anhand des Austritts etlicher prominenter Liberaler und am Scheitern der sozial-liberalen Koalition 1982 deutlich gemacht werden. Das Pendant auf CDU-Seite kann mit dem Begriff des Neokonservatismus gefasst werden (Dubiel 1985; Neumann/Schaper 1990, 214).

von neo-liberalem Gedankengut geprägte Konzept einer „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“ nahm einen nicht unerheblichen Einfluss auf die bundesdeutsche Gesundheitspolitik und nimmt ihn auch heute noch (Oberender/Fleischmann 2002, 113 ff.).

Konstitutiv für eine funktionierende Ordnungspolitik ist die Durchsetzung eines anerkannten Satzes von Zielen und Leitbildern – eines ordnungspolitischen Rahmens –, die für die zentralen und selbstverwaltenden Akteure verbindlich erscheinen. Im Gegensatz zu den normativ aufgeladenen Betrachtungen der Anhänger des deutschen Neo-Liberalismus wird in dieser Arbeit der Begriff Ordnungspolitik als analytische Kategorie verstanden. Als richtungweisend für einen solchen analytischen Ansatz hat sich die im Bereich Policy-Analyse angesiedelte Arbeit von Marian Döhler und Philip Manow (Döhler/Manow 1997) erwiesen. Sie stellt für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik ein Konzept bereit, das als heuristischer Rahmen für die Analyse empirischer Daten herangezogen werden kann. Döhler (1991) begründet, weshalb sich in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ein ordnungspolitisches Modell gegenüber einem strukturpolitischen Ansatz durchgesetzt hat. Der sozialdemokratisch geprägte Reformansatz „Strukturpolitik“ sei geeignet gewesen, eine expansive Gesundheitspolitik zu begründen und umzusetzen, während „Ordnungspolitik“, als Neokonservatives Gegenmodell (Dubiel 1985), sich als ein besseres Konzept zur Durchsetzung von Kostendämpfungsmaßnahmen erwiesen habe und dadurch mehrheitsfähig geworden sei. Faktisch sei die sozialdemokratische Politik Ende der 70er Jahre auf dieses Modell eingeschwenkt¹⁰: Die 1977 erfolgte Einsetzung der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAG) könne diesbezüglich als ein Beleg gelten (Döhler 1991, 472 f.). Die KAG habe durch andauernde und deutliche Aufwertung der Verbandsebene die Durchsetzung jenes Ordnungsmodells befördert, das eine Steuerung der Gesundheitspolitik auf mittlerer Ebene durch die Verbände nahe legt (Döhler/Manow 1997, 119 ff.).

2.2. Ordnungspolitischer Status quo und ordnungspolitische Leitbilder

Wenn sich also das Politikfeld ‚Gesundheitswesen‘ – in der BRD beherrscht von der Institution GKV¹¹ – rund um einen Satz spezifischer Leitbilder formiert hat, gilt es zu klären, welche konkreten ordnungspolitischen Zielvorstellungen als historisch dominant/effektiv¹² für das bundesdeutsche Gesundheitssystem angesehen werden können. Zu nennen sind hier zuvorderst folgende, z. T. im Sozialgesetzbuch V (SGB V) kodifizierte Konstituenten der GKV:

- *Versicherungsprinzip*
- *Prinzip der gegliederten Krankenversicherung*
- *Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung)*

¹⁰ Die KAG war zwar von der damaligen Bundesregierung nicht als ein Einschwenken auf das ideologische Gegenmodell der Opposition betrachtet worden, beförderte jedoch in der Praxis genau jenes Politikmodell.

¹¹ Die GKV kann aufgrund ihres hohen Inklusionsgrades (ca. 90 % der Bevölkerung) als Volksversicherung klassifiziert werden. Aus dieser Sichtweise leitet sich die herausragende Bedeutung bzw. zentrale Position dieser Einrichtung für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik ab.

¹² Eine solche Betrachtungsweise zur Beschreibung von Prozessen des politischen/gesellschaftlichen Wandels besitzt eine große Nähe zu wissenssoziologischen bzw. -politologischen Theorien und Ansätzen (Berger/Luckmann 1995; Bleses/Rose 1998; Meuser/Nagel 1997; Nullmeier 1993; Nullmeier/Rüb 1993; Nullmeier 1994). Die mit dieser Perspektive einhergehenden Annahmen werden in dieser Arbeit mitgeführt.

- *Solidarprinzip*
- *Sachleistungsprinzip*
- *Versorgungsgebot, Bedarfsprinzip*
- *Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel)*

Diese Liste von Strukturprinzipien¹³ der GKV lässt sich anhand von drei Ebenen des bundesdeutschen Gesundheitssystems systematisieren:

- a) Gesellschaftliche Ebene – Anspruch auf / Zugang zu Leistungen
- b) Medizinische Ebene – Qualität der Leistungen
- c) Ökonomischen Ebene – Wirtschaftlichkeit der Leistungen¹⁴

Die gesellschaftliche Ebene wird dominiert vom Solidarprinzip, d. h. von dem Ziel, im Bedarfsfall jedem Bürger, unabhängig von Einkommen und sozialem Status, die notwendige Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. Die medizinische Ebene wird getragen vom Ziel einer bestmöglichen medizinischen Versorgung unter Wahrung der menschlichen Würde und Freiheit. Die ökonomische Ebene wird von dem Ziel einer kostengünstigen Versorgung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen dominiert: Kostengünstig meint, dass die zur Verfügung stehenden Mittel nicht nur effektiv, sondern auch effizient verwendet werden. Die genannten drei Ziele stehen grundsätzlich im Konflikt zueinander, bzw. repräsentieren das magische Dreieck der Gesundheitspolitik, sofern Effizienz als Abwägungsgebot zwischen Zielerreichungsgrad und Mitteleinsatz verstanden wird und/oder dieses Abwägungsgebot auch für die politikfeldübergreifende Allokation gilt. Das Effizienzkriterium der ökonomischen Ebene konfliktiert mit den Zielen der beiden anderen Ebenen, da seine Bestimmung sowohl die Etablierung von Maßstäben außerhalb der gesundheitlichen Wohlfahrt des Einzelnen einschließt (Konflikt: Medizinische Ebene), als auch außerhalb der Gesundheitspolitik als solcher (Konflikt: Gesellschaftliche Ebene). Außerdem übersetzen Ökonomen das Kriterium der Effektivität häufig mit dem Begriff der „Planungseffizienz“ (Kyrer 1988, 47), so dass auch schon die Anwendung des Effektivitätskriteriums zu einer Abwägung von Zielerreichungsgrad und Mitteleinsatz führt. „Der Versuch diese Ziele gleichzeitig zu verwirklichen, bestimmt die Konflikt- und Konsensprozesse der Gesundheitspolitik“ (Murswieck 1992, 187). Die Konstruktionsprinzipien der GKV lassen sich demnach mehr oder weniger eindeutig den o. g. drei Ebenen zuordnen:

- a) Gesellschaftliche Ebene: Solidarprinzip, Bedarfsprinzip
- b) Medizinische Ebene: Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip

¹³ Die Liste der hier präsentierten Strukturprinzipien ist neben dem SGB V auf die Arbeiten einer ganzen Reihe von Autoren zurückzuführen (Döhler 1991, 465; 1994, 148; Bandelow 1998, 21 ff.; Nohlen 2002, 165; Neumann/Schaper 1990, 144 ff.; Oberender/Fleischmann 2002, 38 ff.; Murswieck 1992, 187). Auffällig ist, dass keiner der zitierten Autoren alle hier aufgelisteten Prinzipien benennt, sondern alle treffen eine Auswahl, z. T. in Verbindung mit einer Hierarchisierung, Bei- und Unterordnung. Dominant ist allerdings die Nennung von Solidaritäts- und Bedarfsprinzip zur Beschreibung der zentralen Funktionslogik der GKV.

¹⁴ Die drei Ebenen wurden im wesentlichen von Murswieck (1992) übernommen und in Anlehnung an Beispiele aus der US-amerikanischen Versorgungsforschung formuliert (Access to Health Care, Quality of Health Care, Cost of Health Care).

- c) Ökonomische Ebene: Wirtschaftlichkeitsgebot, Selbstverwaltungsprinzip, Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung, Prinzip der gegliederten Krankenversicherung, Versicherungsprinzip

Eindeutig fällt die Zuordnung des Solidarprinzips, des Versorgungsgebots und des Wirtschaftlichkeitsgebots aus. Das Bedarfsprinzip wurde aufgrund seiner inhaltlichen Nähe zum Solidarprinzip der gesellschaftlichen Ebene zugeordnet, wenngleich auch die Funktionslogik der medizinischen Ebene bedarfsgesteuert abläuft; allerdings wird von dieser Ebene nur derjenige als bedürftig wahrgenommen, der zuvor über das Solidarprinzip Zugang zum System erhalten hat. Folgende Elemente der GKV können als solidarisch und distributiv wirksame Instrumente gelten:

1. Die Beiträge sind einkommensabhängig gestaffelt bei identischem Leistungsanspruch (§§ 2, 3, 27 und 241 SGB V).
2. Die GKV besitzt einen Familienlastenausgleich, der eine kostenlose Mitversicherung für unterhaltsberechtignte Familienmitglieder vorsieht (§ 10 SGB V).
3. Die Leistungsausgaben werden umlagefinanziert immer aus den laufenden Beiträgen gedeckt (§§ 386, 389 und 390 RVO, sowie § 229 SGB V).
4. Die Sonderstellung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) im System der GKV bedeutet eine direkte Subventionierung der höheren pro Kopf Gesundheitskosten der Rentner durch die Beitragszahler der GKV (Generationenvertragsselement). (Schulenburg 1989, 74 f.)

Das Sachleistungsprinzip wird eher auf der medizinischen Ebene verortet, da es gewährleistet, dass keine ökonomischen Erwägungen das Arzt-Patientenverhältnis behindern. Dem Sachleistungsprinzip ist natürlich eine große Nähe zum Solidarprinzip inhärent, jedoch könnten Sachleistungen auch im Rahmen einer entsolidarisierten Basisversorgung erbracht werden. Das Selbstverwaltungsprinzip, das Subsidiaritätsprinzip, das Prinzip der Eigenverantwortung, das Prinzip der gegliederten Krankenversicherung sowie das Versicherungsprinzip sind entweder Prinzipien, die unmittelbar mit dem Gedanken einer rationellen Versorgung respektive Versorgungsstruktur verbunden sind, oder die als Mittel zur Durchsetzung marktförmiger, konkurrenzwirtschaftlicher Strukturen dienen. Das Versicherungsprinzip ist relativ uneindeutig, da sich die Konstruktionsprinzipien einer staatlichen Zwangsversicherung von denen privatwirtschaftlicher Versicherungen wesentlich unterscheiden. Erstere ist solidarisch mit der Gruppe der Versicherten, während Letztere individuelle Risiken des Versicherten im Beitragssatz des Einzelnen abbildet. Sofern assekuranzmathematische Elemente Eingang in die GKV finden – z. B. über die derzeit in Diskussion befindlichen Boni- oder Mali-Systeme¹⁵ –, um zur Steuerung verhaltensbedingter Risiken beizutragen, wird das Versicherungsprinzip zunehmend als Argument für Maßnahmen zur Steigerung der Eigenverantwortung genutzt. Auf-

¹⁵ Boni- oder Mali-Systeme bezeichnen das gleiche Verfahren zur Verhaltenssteuerung mittels finanzieller Anreize. Der Unterschied entsteht im Auge des Betrachters, weshalb Boni-Regelungen meist bevorzugt werden, da mit einer höheren Akzeptanz gerechnet werden kann. In Bezug auf die Strukturprinzipien der GKV wirkt die Einführung dieses Instruments meist in Richtung einer Schwächung des Solidar- und Bedarfsprinzips bei gleichzeitiger Aufwertung der Eigenverantwortung bzw. des Subsidiaritätsprinzips, da verhaltensbedingte Risiken negativ sanktioniert werden.

grund seines stark formalen, da organisationsbezogenen Charakters und der daraus resultierenden inhaltlichen Offenheit¹⁶ wurde das Versicherungsprinzip der ökonomischen Ebene zugeordnet. Dieses Beispiel zeigt, dass mit Bezug auf das gleiche Strukturprinzip unterschiedliche übergeordnete Ziele bzw. Ebenen angesprochen werden können.

Im Folgenden wird unterstellt, dass Umdeutungen dieser Strukturprinzipien, das Hinzutreten/Wegfallen von Strukturprinzipien oder Veränderungen im Verhältnis der Prinzipien zueinander als Indikatoren für einen Ausstieg aus dem bestehenden Modell herangezogen werden können, da ein Ausstieg ohne Verletzung dieser Prinzipien nicht denkbar ist. Geht man von den bestehenden Reformdiskussionen aus, so ist die „Ausstiegsrichtung zweifellos im Bereich von Leistungsreduktionen zu suchen“ (Döhler 1994, 149), d. h. zu erwarten wäre insbesondere eine Schwächung des Solidar- und Bedarfsprinzips sowie des Versorgungsgebotes zugunsten des Selbstverwaltungs- und Versicherungsprinzips und des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

2.2.1. Ordnungspolitische Leitbilder als Kristallisationspunkt eines ordnungspolitischen Wandels

Entscheidend und für diese Arbeit ist der Befund, dass erwartet werden kann, dass sich die derart formierten zentralen Normen und Leitbilder der Gesundheitspolitik als Dreh- und Angelpunkte künftiger Veränderungsprozesse erweisen werden. Eine Analyse des Gesetzgebungsprozesses (Döhler/Manow 1997) zeigt, dass die politisch Verantwortlichen mit dem Ende der gesundheitspolitischen Expansionsphase ab der zweiten Hälfte der 70er Jahre sich auf der Suche nach einem funktionsfähigen und ‚ordnungspolitisch‘ legitimierten Instrumentarium zur Bewältigung der problematischen Kostenentwicklung befanden. Quer zu bisherigen Forschungsansätzen, die sich primär mit den Auswirkungen von Veto-Mächten organisierter Anbieterinteressen, föderaler Politikverflechtung sowie Konsenszwängen von Koalitionsregierungen auf Struktur- und Bewegungsmuster von Reformprozessen beschäftigt haben, vertreten Döhler/Manow die These, dass die Sektoralisierung und Ausdifferenzierung eines Politikfeldes auch und gerade auf Ebene ordnungspolitischer Leitbilder stattfindet:

„Leitbilder liefern normativ legitimierte Hinweise für politische Richtungsentscheidungen und schaffen begünstigte Strategieoptionen wie auch Ausschlußregeln für abweichende Vorschläge. Sie sind dabei jedoch nicht frei von den Interessen der Akteure, sondern entwickeln sich unter deren Einfluß, ohne aber vollkommen von ihnen beherrscht zu werden. Als entscheidend für diese von Akteurinteressen distanzierte Geltungskraft von Ordnungsmodellen erweist sich oftmals der Umstand, daß ihnen historisch ‚eingefrorene‘ Kompromißlinien zugrunde liegen, deren Überschreitung oder Auflösung für die Akteure mit schwer kalkulierbaren Risiken verbunden ist.“ (Döhler/Manow 1997, 116)

Ordnungspolitischer Wandel findet also immer dann statt, wenn sich in einem gegebenen Politikfeld etwas am Satz der handlungsleitenden Ziele und Normen ändert bzw. sich die Ge-

¹⁶ Aufgrund des beschriebenen Zwittercharakters staatlicher Sozialversicherungen bewegen sich alle Versicherungsweige im Spannungsfeld von Solidaritäts- versus Äquivalenzprinzip (Brümmerhoff et al. 1991, 177 ff.), wengleich die GKV bisher am deutlichsten solidarische Elemente enthält.

wichtung zueinander verschiebt.¹⁷ Im Hinblick auf die Verfasstheit des bundesdeutschen Sozialstaates gilt es somit die Frage zu beantworten, mittels welcher Kategorien die durch multiple Reformgesetzgebungsvorhaben in den letzten 25 Jahren hervorgerufenen Veränderungen im Gesundheitswesen zu beschreiben und zu qualifizieren sind. Anhand eines Kanons von für das bundesdeutsche Gesundheitssystem in seiner historischen Gesamtheit als konstitutiv angesehenen Normen und Leitbildern (s. o.) wird im Folgenden ein Ex-ante-Zustand formuliert, um schließlich einen vermuteten Ex-post-Zustand messbar werden zu lassen.

2.2.2. Anmerkungen zur Messbarkeit¹⁸ von ordnungspolitischem Wandel

Zu klären ist in diesem Passus das für die Arbeit zentrale Problem der Messung von langfristigen politischen Wandel: Eine Kategorie, die in Bezug auf die erwähnte Strukturbildung von Politikfeldern ein doppeltes Problem aufwirft, konkret: das der Formation und das der Transformation. Strukturbildung impliziert die Existenz einer irgendwie zeitlich abgegrenzten Phase der Formation und auch Verstetigung bestimmter Strukturen, also so etwas wie eine Reifephase¹⁹, die einen Anfang und ein Ende besitzt. Für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik kann als Ausgangspunkt der Formierung der institutionelle Kontinuitätsbruch zweiter Weltkrieg²⁰ gesetzt werden. Unberücksichtigt bleiben dabei die gewiss nicht geringfügigen, weiter zurückliegenden historischen Präformierungen. Anhaltspunkte fließen jedoch mit Hinweis auf eine Restaurationsphase (2.3.1) in die Beschreibung des Status quo ein. Wann jedoch ist eine Formationsphase abgeschlossen, und wann beginnt die Transformation? Letztendlich wird die Antwort auf diese Frage strittig bleiben.²¹ Hier kann es nur um Plausibilität gehen.

Als Ex-ante-Zustand wird der Zeitraum bis Ende der 70er Jahre herangezogen. Bis zu diesem Zeitpunkt befand sich das bundesdeutsche Gesundheitssystem in einer Restaurations- und Ausbauphase (Bandelow 1998, 177 ff.). Danach hat sich sowohl der gesundheitspolitische als auch der gesamte sozialpolitische Diskurs unter dem Eindruck langfristig veränderter Wachstumsperspektiven neu zu strukturieren begonnen (Flora 1986; Alber 1989, 284 ff.). Zu diesem

¹⁷ Aus dieser Perspektive betrachtet könnte ein ordnungspolitischer Wandel sogar in seiner Konsequenz zu einer Ablösung des Leitbildes Ordnungspolitik führen, beispielsweise durch das sozialdemokratisch geprägte Konzept der Strukturpolitik, indem die Rolle der Selbstverwaltung entscheidend geschwächt wird. Dieses Beispiel dient indessen allein der Veranschaulichung und rekuriert nicht auf ein wahrscheinliches Szenario.

¹⁸ Selbstverständlich ist mit Messbarkeit kein präzises Messen im Sinne naturwissenschaftlicher oder klinischer Messverfahren gemeint, sondern die notwendigerweise theorie- und plausibilitätsgestützte Messbarkeit von grundsätzlichem sozialpolitischem Wandel.

¹⁹ Döhler/Manow präferieren den Begriff „Differenzierung“, da er neutraler erscheint und keine Bewertung der Qualität von Politik in den unterschiedlichen Phasen vornimmt (Döhler/Manow 1997, 27).

²⁰ Gemeint ist der institutionelle Bruch durch das Ende des nationalsozialistischen Regimes, wobei hier nicht verleugnet werden soll, dass es auch viele institutionelle, kulturelle und personelle Kontinuitäten gegeben hat, die für die heutige Formation der bundesdeutschen Gesellschaft von Bedeutung sind. Isoliert betrachtet, kann man in Bezug auf die GKV von einer in historischer Perspektive hohen Strukturkontinuität sprechen, die seit ihrer Einführung im Kaiserreich mehrere Regimewechsel überstanden hat (Alber 1992, 19 f.). Eine solche Sicht scheint hier jedoch nicht angebracht, da sich diese Kontinuitäten auf die organisatorischen Strukturen beschränken, während sich z. B. der Grad der Inklusion und die Art und der Umfang der Leistungen dramatisch verändert haben.

²¹ Eine harte Operationalisierung dieser Frage ist nicht möglich, denn: „Erschwerend tritt hinzu, daß ein Systemausstieg vermutlich nicht als dichotom codiertes (ja/nein) Ereignis stattfindet. Denn die Wahrscheinlichkeit eines abrupten Systemwechsel ist weitaus geringer als die eines gleitenden „Einstiegs in den Ausstieg“, der sich weitaus schwieriger identifizieren läßt.“ (Döhler 1994, 148)

Ausgangszeitpunkt waren die ordnungspolitischen Strukturprinzipien gültig: Wir betrachten dieses ordnungspolitische Modell, das sich, so die hier zu prüfende These, im Zuge von Kostendämpfungspolitik und Strukturreformen geändert hat bzw. sich derzeit in einem Transformationsprozess befindet (Döhler/Manow 1997, 13). In Anlehnung an ein dreistufiges Modell zur Kategorisierung von Veränderungen in Politikfeldern (Hall 1993, 278 f.), lässt sich auf Basis der bereits konturierten Strukturprinzipien ein Schema zur Operationalisierung von ordnungspolitischem Wandel generieren:

Tabelle 1: Ordnungspolitischer Wandel

Implementationsebenen	Reformintensität		
	Veränderung im Bereich der Stellgrößen	Veränderung im Bereich der Instrumente	Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien
Bund/Staat			
Verbände/Selbstverwaltung			
Einzelakteure/Ärzte			
Quelle: basiert auf Konzeptionalisierungen von Peter A. Hall (Hall 1993, 278 f.), erweitert um Implementationsebenen, eigene Darstellung			

Dieses Modell beruht wesentlich auf einer zentralen Annahme: Vom Gesetzgeber induzierte gesundheitspolitische Veränderungen besitzen im Zuge ihrer Implementation immer zwei Wirkungsrichtungen:

Wirkungsrichtung a) zielt auf das Verhalten der verschiedenen, an der Um- und Durchsetzung einer Reform beteiligten Akteure (→Implementationsebenen). Im Zusammenspiel von (bundes-)staatlicher Regelung, Selbstverwaltung und privater Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen sind in der BRD in aller Regel auch alle drei Ebenen an der Implementation beteiligt (Schmidt 1995, 366). Im Folgenden wird die Bundesebene bzw. der Gesetzgeber als Makroebene bezeichnet, die Verbands-/Selbstverwaltungsebene als Meso- und die Ebene der Einzelakteure/Ärzte bzw. Leistungserbringer als Mikroebene bezeichnet. Die Einführung der Dimension ‚Implementationsebenen‘ erhält ihre spezifische Bedeutung aus dem Vorhandensein einer komplexen ‚Vielfachsteuerung‘ (Herder-Dorneich 1980, 18 ff.) im Gesundheitswesen, d. h. dem Nebeneinander von hierarchischen Strukturen und korporatistischen Staat-Verbände-Beziehungen, Verhandlungen zwischen den Verbänden und verbandlichen Selbstkontrollen. Verschiedene Experten sehen in diesem System eine wesentliche Ursache für die lange Zeit sehr ausgeprägte Strukturkontinuität des bundesdeutschen Gesundheitssystems (Alber 1992, 20 f.). Diese starke Position intermediärer Organisationen sowie die profilierte Autonomie der Leistungsanbieterseite – insbesondere Ärzte – führt dazu, dass die Umsetzung einer Reform sowohl auf der Meso- als auch der Mikroebene verzögert, verfälscht oder ganz und gar verhindert werden kann. So haben z. B. ‚die Selbstverwaltungsorgane im Anschluß an das Gesundheitsreformgesetz 1988 die beschlossenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößen ebenso wenig vollständig umgesetzt, wie die Transparenzvorschriften des Geset-

zes.“ (Bandelow 1998, 127) Da man davon ausgehen kann, dass für das letztendliche Scheitern einer Reform Handlungen auf der Mikroebene entscheidend sind – selbst wenn die Ursache für dieses Scheitern schon auf der Mesoebene angelegt wurde – beschränkt sich diese Untersuchung auf die Überprüfung auf Ebene der Leistungserbringer (Leitfadeninterviews mit Chefärzten, siehe Kapitel 4).

Wirkungsrichtung b) zielt demgegenüber auf die Qualität der Reformen, deren Eindringtiefe in bestehende Regelungen bzw. die Art und den Umfang der Neuregelungen (→Reformintensität). In der Rangfolge zunehmender Intensität finden Reformen auf der Ebene von Stellgrößenveränderungen statt, der Ebene des Hinzutretens und/oder Wegfallens bestehender Instrumente sowie der Veränderung übergeordneter Ziele respektive Prinzipien. Mit der Veränderung von Stellgrößen ist gemeint, dass sich am Satz der im Politikfeld Gesundheit im Einsatz befindlichen Instrumente nichts ändert, jedoch z. B. eine Anpassung der Leistungshöhe vorgenommen wurde.²² Eine Veränderung der Instrumente meint zusätzlich das Hinzutreten neuer bzw. die Abschaffung bestehender Regelungsmechanismen in der Gesundheitspolitik, ohne dass sich die übergeordneten Ziele ändern.²³ Eine Veränderung der übergeordneten Ziele/Prinzipien umfasst demgegenüber Veränderungen in allen drei genannten Bereichen.²⁴ Hall nennt diese Veränderungsstufen schlicht Veränderungen der Kategorie 1, 2 und 3, wobei Veränderungen der Kategorie 3 immer Veränderungen im Bereich der übergeordneten Ziele bzw. Umgewichtungen derselben im Verhältnis zueinander einschließen. Deshalb können m. E. Veränderungen der 3. Kategorie mit dem hier für die deutsche Gesundheitspolitik präferierten Begriff des ordnungspolitischen Wandels gleichgesetzt werden.

Folgende Definition können aus den bisherigen Ausführungen abgeleitet werden: Ordnungspolitischer Wandel findet immer dann statt, wenn sich im Zuge von Gesetzesänderungen – im Gesundheitsbereich primär auf der Bundesebene – Änderungen am Satz der übergeordneten Ziele ergeben und diese Modifikationen im Rahmen eines gelungenen Implementationsprozesses von den beteiligten Akteuren auf der Meso- und Mikroebene umgesetzt werden. Insbesondere die Bedingung der Umsetzung/Befolgung sozialpolitischer Reformen auf Meso- und Mikroebene scheint, wie bereits erwähnt, im gesundheitspolitischen Kontext bedeutungsvoll. Zur Veranschaulichung dieser Problematik und als Modell hinsichtlich des Aufbaus des weiteren Vorgehens ein weiteres Beispiel dafür, weshalb und inwiefern eine Analyse beider Wirkungsrichtungen von Implementationsprozessen im Gesundheitswesen notwendig ist: Ohne hier einer abschließenden Interpretation vorgreifen zu wollen, kann man aus den Inhalten und Zielen der bisherigen Reformgesetzgebung, insbesondere des mehrstufigen GSG, eine Veränderung des rechtlichen Rahmens interpretieren: Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird als übergeordnetem Ziel, in Verbindung mit der Konkretisierung „Beitragssatzstabilität“ und den zur Umsetzung vorgesehenen Instrumenten (Verzicht auf Maßnahmen zur Verbreiterung der Einnahmeseite), eine gegenüber dem „Versorgungsgebot“ (Gebot der Versorgung mit allen medizinisch notwendigen Leistungen) deutlich gestärkte Position verschafft. Eine solche Verschie-

²² Beispiel: Die Zuzahlung bei Arzneimitteln wurde von der derzeitigen Regierungskoalition abgesenkt, jedoch nicht abgeschafft.

²³ Beispiel: Teilweise Abschaffung der Vergütung über Pflegesätze und Ersatz durch FPN im Krankenhausbereich.

²⁴ Beispiel: Primat der Beitragssatzstabilität.

bung in der Anordnung der übergeordneten Ziele erfüllt die zuvor genannten Kriterien für einen ordnungspolitischen Wandel. Ist dies aber schon ein vollzogener ordnungspolitischer Wandel? Nein, denn dies wäre erst ein Wandel auf der Bundesebene. Wie bereits ausgeführt, kann nicht unmittelbar davon ausgegangen werden, dass es sich hier um einen erfolgreichen oder gar reibungslosen Implementationsprozess handelt.²⁵ Ohne einer Prüfung zu sehr vorgreifen zu wollen, kann kaum davon ausgegangen werden, dass ein reibungsloser politischer Prozess stattfand und -findet. Vielmehr steht zu vermuten, dass gerade im Hinblick auf den Zielerreichungsgrad von Strukturreformen und Kostendämpfungsbemühungen die Beurteilungen der Reformwirkungen für die vergangenen 25 Jahre mehrheitlich negativ ausfallen. Generell kann anhand der bisherigen Ausführungen folgende zu prüfende These formuliert werden: Zu beobachten ist derzeit im bundesdeutschen Gesundheitssystem ein ordnungspolitischer Wandel auf der Makroebene, der im Zuge seiner Perpetuierung sicherlich Konsequenzen für die Meso- und Mikroebene aufweist. Unklar ist jedoch, welches Maß an Widerständigkeit insbesondere die Mikroebene zeigt bzw. ob ein Wandel handlungsleitender Maximen auf dieser Ebene wahrgenommen und umgesetzt wird. Die Leistungserbringer, namentlich die Ärzte, können als extrem bedeutungsvoll für eine solche Umsetzung angesehen werden, da sie relativ autonome Letztentscheider sind, d. h. ihr Ordnungsverhalten ist für das Gelingen eines ordnungspolitischen Wandels maßgeblich. Als Bedingung für einen erfolgreichen Implementationsprozess lässt sich auf Basis dieser Ausführungen schlussfolgern: Das Verhalten und die Ansichten der Ärzte als primäre Leistungserbringer sind entscheidend für einen, aus Sicht der Bundesregierung erfolgreichen ordnungspolitischen Wandel. Unter dieser Prämisse wird eine Befragung der Ärzte zur Notwendigkeit, da auf diese Weise erst ein Zugriff auf deren Wahrnehmungen von Veränderungen der Rahmenbedingungen ermöglicht wird und entsprechende Auswirkungen auf das ärztliche Handeln betrachtet werden können. Anhand der Auswertung der Interviews können Aussagen darüber generiert werden, inwieweit der skizzierte ordnungspolitische Wandel auf der Mikroebene registriert und in praktisches Handeln übersetzt wird.

In welchem Bereich des Gesundheitssystems wird sich ein solcher Wandel am deutlichsten abzeichnen? Wenn die Ausstiegsrichtung vermutlich „im Bereich von Leistungsreduktionen zu suchen“ ist (s. o.), der ordnungspolitische Wandel also im Rahmen einer Verschiebung der Gewichtung von Versorgungsgebot und Wirtschaftlichkeitsgebot stattfindet, dann sind insbesondere diejenigen Bereiche interessant, in denen eine Leistungsverweigerung vielfältige und schwere Konsequenzen für die betroffenen Patientengruppen nach sich zieht. Diese Überlegung führt m. E. zu dem Schluss, dass es angezeigt ist, das Leistungsgeschehen im stationären Bereich zu untersuchen, da der ambulante Bereich in vielen Fällen dem stationären Sektor vorgeordnet ist. Wenn z. B. aufgrund unzureichender Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeiten einem Patienten vom niedergelassenen Facharzt nicht geholfen werden kann, wendet sich dieser im Regelfall an ein geeignetes Krankenhaus (KH). Erfolgt auch hier keine geeignete Diagnose/Therapie, hat der Patient kaum noch Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung, d. h. Leistungsreduktionen sind im KH-Bereich hinsichtlich der Folgen für den Patien-

²⁵ Gerade derzeit sind als Reaktion auf eine angekündigte „Nullrunde“ – sprich eingefrorene Budgets im ambulanten Bereich – die Tageszeitungen wieder voll von Protesten der betroffenen Ärzteverbände (WK v. 21.11.2002, Nr.273, S. 4).

ten kaum zu übertreffen. Das Versorgungsgebot wird hier also am empfindlichsten verletzt, der Primat des Wirtschaftlichkeitsgebotes träte am deutlichsten zu Tage, weshalb in dieser Untersuchung eine Befragung der Krankenhausärzte²⁶ einer Befragung der niedergelassenen Ärzte vorgezogen wurde. Rekapitulierend können die ausstehenden Arbeitsschritte für eine Überprüfung der These vom ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitssystem wie folgt zusammengefasst werden:

- Nach dem bereits erfolgten Entwurf folgt in einem zweiten Schritt die Darstellung und Analyse der bisherigen Reformgesetzgebungsbemühungen, um festzustellen, ob auf Makroebene ein ordnungspolitischer Wandel abgeleitet werden kann.
- In einem dritten Schritt wird die These im Kontext der Mikroebene verhandelt. Empirisch – anhand der mit Chefarzten geführten Experteninterviews – wird untersucht, ob ein ordnungspolitischer Wandel wahrgenommen und umgesetzt wird.

3. Analyse der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung - Makrowandel

Der Frage nach einem Makrowandel wird mittels einer Analyse des normativen Gehalts der Reformgesetze nachgegangen. Gesetzestexte sowie Rechtskommentare können zeigen, ob und mit welchen Schwerpunkten sich ein ordnungspolitischer Wandel abzeichnet.²⁷ Die Darstellung und Interpretation folgt dem bereits skizzierten Modell zur Kategorisierung von sozialpolitischen Reformen (Tabelle 1: 10).

3.1 Ex-ante-Zustand 1977

Um Veränderung messbar werden zu lassen, muss zuerst ein ordnungspolitischer Status quo benannt und qualifiziert werden. Als Zeitpunkt wird hier das Jahr 1977 gewählt, da mit dem KVWG und dem KVKG erstmalig per Gesetz der expansive Kurs verlassen wird. Der Zeitraum 1974 bis 1977 wird als Diskussionsphase aufgefasst, deren erstes Ergebnis diese beiden Gesetze sind. Als ordnungspolitisch wirksame und historisch dominante Zielvorstellungen gelten das Versicherungsprinzip, das Prinzip der gegliederten Krankenversicherung, das Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung), das Solidarprinzip, das Sachleistungsprinzip, das Versorgungsgebot, das Bedarfsprinzip und das Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel). Es ist von einem klaren, bis zu diesem Zeitpunkt politisch tolerierten oder sogar gewollten Trade-off zu Lasten des Wirtschaft-

²⁶ Es bietet sich an, Chefarzte zu befragen, da sie in der Lage sind, auf Basis persönlicher Erfahrung Veränderungen über einen längeren Zeitraum hinweg zu bewerten. Darüber hinaus können sie qua Funktion das Leistungsgeschehen in ihrer Abteilung über ihre Weisungen entscheidend beeinflussen.

²⁷ Der Versuch, die Motivationen und Absichten der am Gesetzgebungsprozess Beteiligten – Bund, Länder, Parteien, Organe der Selbstverwaltung, Verbände – zu rekonstruieren, wird hier nicht unternommen. Ebenso wenig wird der Frage nachgegangen, inwieweit die verschiedenen Interessen dieser Akteure bei der Politikformulierung bzw. im Kontext der vielfältigen Aushandlungsprozesse bis zur endgültigen Verabschiedung eines Gesetzes zum Zuge gekommen sind: Derartig komplexe Untersuchungsgegenstände erfordern eigenständige Studien mit spezifischen Designs.

lichkeitsgebots auszugehen.²⁸ Hubert Metz charakterisiert in einem Materialband zum Stand der Reformdiskussion 1977 das bundesdeutsche Gesundheitswesen wie folgt:

„Dem Krankenversicherungssystem in der Bundesrepublik gehören 98,4 %²⁹ der Bevölkerung teils aufgrund gesetzlicher Zwangsmitgliedschaft, teils auf freiwilliger Basis an. Die Solidargemeinschaft der Versicherten bringt Beiträge zu den verschiedenen Krankenkassen auf, die das individuelle Risiko des Krankseins auffangen. Das Prinzip der Solidargemeinschaft der Versicherten entspricht der sozialen Verantwortung der Gesamtheit für ihre einzelnen Mitglieder. Jeder Versicherte erhält im Bedarfsfall von seiner Krankenkasse einen Krankenschein, auf den hin er einen Arzt aufsuchen kann. Die eigentliche medizinische Versorgung wird arbeitsteilig im ambulanten Bereich von den niedergelassenen Ärzten und im stationären Bereich von den Krankenhäusern wahrgenommen.“ (Metz 1977, 7)

Den in dieser Beschreibung primär angesprochenen Strukturprinzipien Solidarprinzip, Versicherungsprinzip, Sachleistungsprinzip und Versorgungsgebot steht bereits 1977 das Wirtschaftlichkeitsgebot als Problemdimension gegenüber:

„Das in ökonomischer Hinsicht organisierende Prinzip der medizinischen Versorgung, d. h. der ärztlichen Leistungserstellung, ist in der Bundesrepublik die private Erwerbswirtschaft. Während die niedergelassenen Ärzte nach rein erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen praktizieren, arbeiten die Krankenhäuser weitgehend nach dem Kostendeckungsprinzip meist unter der Regie der jeweiligen Kommunen oder karitativer Verbände. Gleichwohl hat das Chefarztsystem das privatwirtschaftliche Erwerbsprinzip auch zu einem Strukturmerkmal der krankenhausärztlichen Versorgung gemacht. Ebenso wird der Arzneimittelmarkt ausschließlich von Privatunternehmen erwerbswirtschaftlich genutzt.“ (Metz 1977, 7 f)

Die marktwirtschaftliche, d. h. gewinnwirtschaftliche Erstellung der Leistungen wird hier noch als Problem für eine Einlösung des Wirtschaftlichkeitsgebots angesehen. Als übergeordnetes Ziel des Gesundheitssystems wird eine angemessene und ausreichende ärztliche Versorgung für alle Versicherten und Patienten genannt. Als Ex-ante-Zustand des bundesdeutschen Gesundheitswesens, wie es für die große Mehrheit der Bevölkerung als Versicherte der GKV Gültigkeit besitzt, lässt sich in Zusammenfassung der geschilderten Gesetzgebungsaktivitäten der so genannten Restaurations- sowie Ausbauphase bis Ende der 70er Jahre folgende Darstellung generieren:

²⁸ Interessant ist, dass die Gesundheitssystemforschung zu diesem Zeitpunkt noch in den Anfängen steckt, und ihr Aufschwung unmittelbar mit der einsetzenden Kostendiskussion in Verbindung steht (Fiedler 1978, 7 f.; Redler 1979, 43; Herder-Dorneich 1980, III f.). Obwohl Deutschland mit dem Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 1883 und mit der Reichsversicherungsordnung von 1911 schon seit fast hundert Jahren ein oftmals hoch gelobtes Gesundheitssicherungssystem besitzt, wird seine Erforschung erst unter dem Vorzeichen der Problematisierung seiner Funktionslogiken in nennenswertem Umfang betrieben. Systemtheoretisch könnte hieraus gefolgert werden, dass sich Systeme ihrer selbst erst unter dem Vorzeichen der Krise bewusst werden.

²⁹ Diese Zahl summiert anscheinend die Versicherten und Mitversicherten von GKV und PKV.

Tabelle 2: Ex-ante-Zustand des Gesundheitswesens bis 1977, Makroebene

Implementationsebenen	Ordnungspolitischer Status quo 1977		
	Kategorie 1: Stellgrößen	Kategorie 2: Instrumente	Kategorie 3: Ziele/Prinzipien
Makroebene: Bund/Staat	<p>Ambulanter Sektor: Uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit für Ärzte, freie Arztwahl, uneingeschränkte Sachleistungserbringung, geringe Zuzahlungen, wenige Zuschussregelungen</p> <p>Stationärer Sektor: Uneingeschränkte Sachleistungserbringung nach Stand des medizinischen Wissens u. Technik, wenige u. in der Höhe geringe Zuschussregelungen³⁰</p> <p>Geltungsbereich: Für circa 90 % der Bevölkerung³¹</p>	<p>Mitgliedschaft: Zwangsmitgliedschaft u. Inklusion fast aller Bevölkerungsgruppen</p> <p>Organisation: Regionale, sektorale und betriebliche Gliederung der KKn als Mitgliederorganisation u. Selbstverwaltungsorgan (als Körperschaft des öffentlichen Rechts); die Selbstverwaltung der Anbieterseite ist in KVn und LKG organisiert</p> <p>Leistungen/Abrechnung: Ambulante u. stationäre Sachleistungen, Zuschüsse, Zuzahlungen, Krankengeld; Leistungen werden bedarfsbezogen im Rahmen der Selbstkostendeckung (Selbstkostendeckungsprinzip) erbracht</p> <p>Finanzierung: Paritätische Beiträge (abhängig Beschäftigte/Unternehmen), Ausnahme: Rentner, Landes- u. Bundesmittel (KH, Mutterschaft)</p>	Gültigkeit der sieben Prinzipien, Trade-off zu Lasten des Wirtschaftlichkeitsgebots
Verbände/Selbstverwaltung	o. g. Regelungen werden befolgt	o. g. Regelungen werden akzeptiert	Gültigkeit der sieben Prinzipien, Trade-off zu Lasten des Wirtschaftlichkeitsgebots
Einzelakteure/Ärzte	o. g. Regelungen werden befolgt	o. g. Regelungen werden akzeptiert	Gültigkeit der sieben Prinzipien, Trade-off zu Lasten des Wirtschaftlichkeitsgebots
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Peter A. Hall (Hall, 278 f.)			

³⁰ Einige Kommentatoren sprechen selbst 1990 noch von einem Zustand der „Vollversorgung, da das Maß des Notwendigen grundsätzlich mit dem Maß des medizinisch Möglichen identisch ist“ (Schulin/Kegel 1990, 21).

³¹ Eigene Berechnung für das Jahr 1985, Quellen: (BMA 1991, 2.1; BMG 1992, 10.4).

Das Schaubild zeigt auf schematische Weise den Zustand des bundesdeutschen Gesundheitssystems vor Beginn der Kostendämpfungsphase mit seinen Prinzipien und Instrumenten sowie dem Niveau der Stellgrößen. Was die verschiedenen Implementationsebenen betrifft, so wird davon ausgegangen, dass die geltenden gesetzlichen Regelungen weder auf Ebene der Selbstverwaltung/Interessensverbände noch auf Ebene der Einzelakteure/Ärzte grundlegend unterlaufen werden. Nur die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der Leistungserbringung steht in Zweifel.

Das anschließende Kapitel widmet sich der Verortung der ab 1977 verabschiedeten Kostendämpfungs- und Strukturreformgesetze innerhalb des entwickelten Modells. Strukturiert wird die Darstellung mittels vier Phasen: Phase 1: Kostendämpfung 1977-1982 unter SPD geführten Koalitionsregierungen, Phase 2: Kostendämpfung 1983-1989 unter CDU geführten Koalitionsregierungen, Phase 3: Strukturreform 1992-1998 unter CDU geführten Koalitionsregierungen, Phase 4: Strukturreform 1998-2003 unter SPD geführten Koalitionsregierungen. Im Gegensatz zur Darstellung des Status quo beschränken sich die folgenden Tabellen auf die Makroebene (Bund/Staat), da an dieser Stelle noch nichts über die Auswirkungen der Reformgesetze auf den anderen Ebenen ausgesagt werden kann und soll.

3.2 Phase 1: Kostendämpfung 1977-1982 unter SPD geführten Koalitionsregierungen

Diese Phase steht eindeutig unter dem Vorzeichen einer Kostendämpfung, wobei immer eine Dämpfung der Kostenwachstumsrate gemeint ist, nicht der absoluten Kosten. Bevor die Änderungen tabellarisch dokumentiert werden, sind noch einige kurze Anmerkungen zur Form der Präsentation angebracht. Eine Notation in der Rubrik Veränderung im Bereich der Stellgrößen erfolgt dann, wenn vor der Regeländerung für diesen Leistungsbereich, diesen Abrechnungsbereich, diesen Finanzierungsbereich oder Geltungsbereich bereits das entsprechende Instrument im Einsatz war. Ein Eintrag unter Veränderung im Bereich der Instrumente wird in den Fällen vorgenommen, in denen für einen spezifischen Leistungs-, Abrechnungs-, Organisations- oder Finanzierungsbereich ein anderes als das bisherige Instrument exklusiv oder ergänzend zur Regelung herangezogen wird. Zum Teil ist eine Abgrenzung zur Veränderung der Stellgrößen schwierig, z. B. im Bereich Mitgliedschaft: Werden bestimmte, bisher Pflichtversicherte zu freiwillig Versicherten kann dies aus Sicht der GKV als Veränderung von Stellgrößen aufgefasst werden, aus Sicht der Versicherten findet jedoch eine komplette Statusänderung statt; daher werden hier Mitgliedschafts- und Leistungsexklusionen grundsätzlich dem Bereich ‚Instrumente‘ zugeordnet. Und schließlich sind die Kategorien ‚Stärkung‘ und ‚Schwächung‘ im Feld Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien als Tendenzaussagen zu lesen. Es handelt sich hier um Interpretation der Veränderungen auf Ebene 1 und 2; sofern vorhanden wird die vom Gesetzgeber vorgenommene Zuordnung übernommen. Der Kommentar ‚keine Änderungen‘ weist auf weniger eindeutige Tendenzen hin.

Tabelle 3: Kostendämpfung 1977-1982, Makroebene³²

Reformintensität		
Veränderung im Bereich der Stellgrößen	Veränderung im Bereich der Instrumente	Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien
<p>Ambulanter Sektor: Einschränkung der Niederlassungsfreiheit: Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung Beschränkung der Zahnersatzleistung u. kieferorthopädischen Behandlung auf 80 % der Kosten; 1981 wird Zahnersatz wieder Sachleistung, jedoch werden Zahntechnikkosten nur noch zu 60 % bezuschusst Erhöhung von Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, Heilmitteln u. Brillen Entgeldregelungen für Anbieter: Absenkung der Praxislaborpreise um 5 %</p> <p>Stationärer Sektor: erste finanzielle Anreize zum Abbau von Krankenhausbetten Leistungskürzungen bei Kuren u. KH-Aufenthalten nach Entbindungen</p> <p>Sektorunabhängig: Leistungskürzungen bei Fahrtkosten</p> <p>Geltungsbereich: keine Änderungen</p>	<p>Mitgliedschaft: keine Änderungen</p> <p>Organisation: Einführung der KAG Einführung einer paritätischen Wirtschaftlichkeitsprüfung im ambulanten Bereich (vorher nur KV, nun KV u. KK) Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung</p> <p>Leistungen/Abrechnung: vom Selbstkostendeckungsprinzip zur einnahmeorientierten Ausgabensteuerung Einführung eines einheitlichen Leistungsverzeichnisses (bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab) auf Basis von Punktzahlen Einführung des Kostenerstattungsprinzips bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung, 1981 teilweise Rücknahme bei zahntechnischen Leistungen, Heil- u. Hilfsmitteln, Höchstpreise statt Festpreise</p> <p>Finanzierung: keine Änderungen</p>	<p>Versicherungsprinzip: keine Änderungen</p> <p>Prinzip der gegliederten Krankenversicherung: keine Änderungen</p> <p>Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung): keine Änderungen/Stärkung</p> <p>Solidarprinzip: keine Änderungen</p> <p>Sachleistungsprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Versorgungsgebot, Bedarfsprinzip: keine Änderungen</p> <p>Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel): Stärkung</p>

Im Bereich der Stellgrößen werden einerseits bestehende Selbstbeteiligungen erhöht (Arzneimittel, Heilmittel und Brillen), Leistungen gekürzt (Fahrtkosten, Zahntechnikkosten, Kuren und Krankenhausaufenthalten nach Entbindungen). Auf der Anbieterseite werden Preise gesenkt (Praxislaborpreise) und finanzielle Anreize geschaffen (Bettenabbau in KH).

Neben der erklärten Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots und einer mit gleichen Intentionen herbeigeführten faktischen Stärkung der Selbstverwaltung wird mit der Einführung des Kostenerstattungsprinzips im zahnmedizinischen Bereich das Sachleistungsprinzip geschwächt. Insbesondere die Schaffung der Institution KAG ist von nachhaltiger Tragweite, da alle beteiligten Akteure langfristig gezwungen werden, unter den von staatlicher Seite vorgegebenen Zielen/Prämissen miteinander zu kooperieren und nach Lösungsansätzen zu suchen. Langfristige Diskussionszusammenhänge haben allein aufgrund ihrer Konstanz die Tendenz, dass gemeinsame Deutungshorizonte geschaffen werden (Bohnsack 1993, 108 ff.).

³² Der Darstellung liegen folgende Gesetze zugrunde: KVWG 1977, KVKG 1977, KHKG 1981, KVEG 1981.

3.3 Phase 2: Kostendämpfung 1983-1989 unter CDU geführten Koalitionsregierungen

Dominantes Gesetz dieser Periode ist das GRG von 1989. Alle seine Bestimmungen sind dem Ziel einer Förderung der Wirtschaftlichkeit bei Leistungserbringung und -inanspruchnahme untergeordnet.

Tabelle 4: Kostendämpfung 1983-1989, Makroebene³³

Reformintensität		
Veränderung im Bereich der Stellgrößen	Veränderung im Bereich der Instrumente	Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien
<p>Ambulanter Sektor: Kostenerstattung bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung in Höhe von 50 % (60 % bis Ende 1990, ab 1991 nur noch bei Prophylaxe Nachweis), bei 10-jähriger Prophylaxe Bonus von 5 %</p> <p>Erhöhung von Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln um etwa 30 % (ab 1989 bei Arzneimitteln ohne Festbetrag 15 % bzw. maximal DM 15,-), bei Heilmitteln auf 10 % der Kosten, bei Fahrtkosten von 5 auf DM 20,-</p> <p>Zuschussregelungen bei Brillengestellen: DM 20,-</p> <p>Stationärer Sektor: Selbstbeteiligungen je Tag 5 DM, ab 1989 10 DM für maximal 14 Tage in KH, je Tag 10 DM bei Kuraufenthalten</p> <p>Sektorunabhängig: Erhöhung von Selbstbeteiligungen bei Fahrtkosten von 5 auf DM 20,-</p> <p>Zuschussregelungen: Absenkung des Sterbegeldes, insbesondere für Familienmitversicherte</p> <p>Deckelung: bei Fahrtkosten, Kuren u. KH-Aufenthalten nach Entbindungen</p> <p>Leistungsausbau: im Bereich Präventionsmaßnahmen</p> <p>Geltungsbereich: Verringerung der Versicherungspflicht für Arbeiter, Studenten und Selbständige</p>	<p>Mitgliedschaft: Arbeiter oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Studenten mit mehr als 14 Fachsemestern oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sowie bestimmte Gruppen von Selbständigen werden von der Versicherungspflicht befreit</p> <p>Organisation: KKn u. KH verhandeln ab 1986 die Pflegesätze; KH können nun Gewinne/Verluste machen</p> <p>MDK als Instanz zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gegründet</p> <p>Leistungen/Abrechnung: das Wirtschaftlichkeitsgebot wird mit der Zieldimension „Beitragssatzstabilität“ konkretisiert</p> <p>Leistungsausschluss: indikationsbezogene Negativliste (Bagatellerkrankungen) für Medikamente</p> <p>Einführung von Selbstbeteiligungen: KH- u. Kuraufenthalte</p> <p>Einführung von Zuschussregelungen bei Brillengestellen (statt Selbstbeteiligungen)</p> <p>Kostenerstattungsprinzip statt Sachleistungsprinzip bei Zahnersatz u. Kieferorthopädie</p> <p>Einführung von Bonus-/Malus-System bei Zahnersatzleistungen</p> <p>Leistungsdeckelung bei Fahrtkosten</p> <p>Einführung von Härtefallregelungen</p> <p>Einführung von Festbetragsregelungen bei Arzneimitteln</p> <p>Finanzierung: KKn müssen Rationalisierungsinvestitionen in KH über Pflegesatz finanzieren</p> <p>Länder müssen komplett die Investitionskosten der KH übernehmen (vorher Bundesanteile)</p> <p>Rentner werden beitragspflichtig</p>	<p>Versicherungsprinzip: keine Änderungen</p> <p>Prinzip der gegliederten Krankenversicherung: keine Änderungen</p> <p>Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung): keine Änderungen/Stärkung</p> <p>Solidarprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Sachleistungsprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Versorgungsgebot, Bedarfsprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel): Stärkung</p>

³³ Der Darstellung liegen folgende Gesetze zugrunde: HBG83 1983, KHNG84 1984, GRG 1989.

Diese Phase steht bereits unter dem Vorzeichen angestrebter Strukturreformen, um kostensteigernde Mechanismen zu beseitigen, jedoch sind die meisten Maßnahmen dieser Zeit eher dem Typ ‚kurzfristig wirksame Regelungen‘ zuzuordnen, wengleich in vielen Bereichen neue Instrumente zur Ausgabensteuerung eingesetzt werden. Mittel- bis langfristig von großer Bedeutung ist die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität, denn mit Einführung dieser Größe wird die Zielerreichung zum ersten Mal messbar. Deutlich wird die damit einhergehende Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebots gegenüber allen anderen Prinzipien durch einen Blick auf die bisherige Beitragssatzentwicklung: Jede Weiterentwicklung des Gesundheitssystems der BRD wurde bislang über eine Steigerung des Beitragssatzes finanziert. Hinzu kommt eine langfristige Schwächung des Solidaritätsprinzips durch die eingeführte Beitragspflicht der Rentner und Befreiung besser verdienender Arbeitnehmer von der Versicherungspflicht. Ergänzend führt die Aufwertung der Eigenverantwortung zu einer weiteren Schwächung des Sachleistungs- und Solidarprinzips. Im Bereich der Zahnmedizin wird das Bedarfsprinzip geschwächt.

3.4 Phase 3: Strukturreform 1992-1998 unter CDU geführten Koalitionsregierungen

Definitiv prominentestes Gesetz dieser Phase ist das GSG von 1992, bei dem bereits die Namensgebung den gesetzgeberischen Willen zu grundlegenden Reformen ausdrückt. Als weitere zentrale Reformgesetze dieser Phase können die beiden, inhaltlich nicht weniger strukturverändernd wirkenden Neuordnungsgesetze von 1997/98 angesehen werden.

Tabelle 5: Strukturreform 1992-1998, Makroebene³⁴

Reformintensität		
Veränderung im Bereich der Stellgrößen	Veränderung im Bereich der Instrumente	Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien
<p>Ambulanter Sektor: Einschränkung der Niederlassungsfreiheit: Verschärfung der Bedarfsplanung mit Festschreibung von Zulassungsbeschränkungen alle Versicherten des Jahres 1996 unter 18 Jahren werden von Zahnersatzleistungen ausgeschlossen Erhöhung von Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln (mehrfach), Zuzahlung auch bei Mitteln mit Festbetrag; Zuzahlung zu Heilmitteln steigt auf 15 %, bei Hilfsmitteln auf 20 % (1997/98) Kostenerstattung: bei Zahnersatz um 5 % gekürzt (1997/98) Festzuschüsse bei „höherwertigem“ Zahnersatz (1998) Entgeltregelungen für Anbieter: Budgetierung der Gesamtvergütung, der Zahnbehandlungskosten u. für Arznei- u. Heilmittel; Absenkung der Honorare beim Zahnersatz um 10 % u. Einführung der Degressionsregelung</p>	<p>Mitgliedschaft: keine Änderungen Organisation: Gleichstellung von Ersatzkassen und Primärkassen einheitliche Bezeichnung als vertragsärztliche Versorgung (früher: kassenärztliche Versorgung) kassenartenübergreifender RSA (ab 1994) Neuordnung der Selbstverwaltung und den Ausbau von Wahlrechten ab 1996 freie Krankenkassenwahl KVn müssen Versorgungsgrad berechnen u. ggf. Zulassung beschränken Einführung einer Altersgrenze für Kassenärzte von 68 Jahren (ab 1999) sektorale Trennung zwischen ambulanter u. stationärer Versorgung eingeschränkt Wirtschaftlichkeitsprüfungen: KKn dürfen zufällige Plausibilitätsprüfungen durchführen</p>	<p>Versicherungsprinzip: keine Änderungen Prinzip der gegliederten Krankenversicherung: keine Änderungen/Schwächung Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung): Schwächung/Stärkung Solidarprinzip: keine Änderungen/Schwächung Sachleistungsprinzip: keine Änderungen/Schwächung Versorgungsgebot, Bedarfsprinzip: keine Änderungen/Schwächung Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel): Stärkung</p>

³⁴ Gesetze: GSG 1992/93, BpflV95 1995, StabG96 1996, 7. SGB V-Änderungsgesetz 1996, KBEG 1997, 1. u. 2. GKV-NOG 1997/98, GKVFG 1998/99.

Reformintensität		
<p>Stationärer Sektor: Kuren werden auf drei Wochen alle vier Jahre beschränkt unter Anrechnung von zwei Urlaubstagen je Woche als erweiterte „Selbstbeteiligung“ (1997) Zuzahlung bei KH-Behandlung steigt auf DM 17 pro Tag (1998) Einführung von 73 FPn und 147 Sonderentgelten (1996) ab 1996 flexible Abteilungsbudgets bei fixem Gesamtbudget; Entfristung der Budgetierung ab 1997/98 ab 1997 Kürzung der Gesamtbudgets um 1 % (wg. Pflegeversicherung) 1997/98: KH-Notopfer DM 20,- je Versicherten Leistungsausbau: ambulantes Operieren</p> <p>Sektorunabhängig: Kürzung des Krankengeldes um 10 % auf 80 % des Bruttolohns Verbesserung der Härtefallregeln für chronisch Kranke Eigenanteil bei Fahrkosten steigt auf DM 25,- (1998) zeitlich befristete Grundlohnbindung auf regionaler Ebene, mittels fester Budgets oder Ausgabenobergrenzen in den Hauptsektoren des Gesundheitssystems Preis moratorium für Arzneimittel, Ausnahme für nach 1995 zugelassene Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen KAG: Kompetenzen erweitert 1997 Reduzierung des Beitragssatzes um 0,4 %</p> <p>Geltungsbereich: keine Änderungen</p>	<p>Leistungen/Abrechnung: Leistungsausschluss: Zahnersatz für 1996 unter 18 Jährige; Brillengestellzuschuss gestrichen (1997); allgemeine GF gestrichen Leistungsdeckelung: bei „höherwertigem“ Zahnersatz, Umstellung auf Festbetragszuschuss (1998) Beitragssatzanhebungen einer KK führen zu erhöhten Zuzahlungen für Versicherte, diese erhalten außerordentliches Kündigungsrecht (1997); 1998 ausgesetzt Ausgabendeckelung: strikte Budgetierung der Gesamtvergütung, der KH-Kosten (ohne Personalkostensteigerung durch Tarifabschlüsse), Kosten für stationäre Kuren, Zahnbehandlungskosten sowie die Verwaltungskosten der KKn u. der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel, Haftung der Vertragsärzte für eine Budgetüberschreitung 1997/98: Zuwachs der KH-Budgets u. der Vergütung für FPn u. Sonderentgelte wird auf die Pro-Kopf-Steigerungsrate aller GKV Beitragseinnahmen (=Grundlohnrate) begrenzt Einführung der Degressionsregelung im ambulanten Bereich, d. h. ab einer bestimmten Punktzahl-Menge werden die erbrachten Leistungen in einem festgelegten Verhältnis nicht mehr bezahlt umfassende Neugestaltung des ärztlichen Vergütungssystems, durch Einführung von Leistungskomplexen, z. B. einer hausärztlichen Grundvergütung 1997/98: Arznei- und Heilmittelbudgets werden durch arztgruppenspezifische Richtgrößen abgelöst. Bei Überschreiten der Richtgrößen entsteht Regresspflicht für den einzelnen Arzt; die ärztliche Gesamtvergütung wird durch ein Regelleistungsvolumen mit festem Punktwert (arztgruppenspezifische Praxisvergütung) ersetzt. Bei Überschreitung erfolgt für alle zusätzlichen Leistungen eine Vergütungsabstaffelung KKn können Zusatzleistungen/Sonderkonditionen anbieten („Gestaltungsleistungen“) u. für Nichtinanspruchnahme Beitragsrückerstattungen anbieten (1997/98) in KH: schrittweise Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips durch prospektive Erstattungsmechanismen 1997/98: Instandhaltungskosten der KH werden über Pflegesatz abgerechnet</p> <p>Finanzierung: 1997 Reduzierung des Beitragssatzes volkswirtschaftliche Gegenfinanzierung von Kuren durch Urlaubstage 1997/98: Gegenfinanzierung der KH Investitionskosten durch Kopfbetrag</p>	

Diese Phase ist geprägt von strukturellen Änderungen, die zu einer Umgewichtung des Verhältnisses der Prinzipien zueinander führen.

„Das Gesundheitsstrukturgesetz ..., das am 1. Januar 1993 in Kraft trat, enthielt sowohl kurzfristig wirksame, ausgabenbegrenzende als auch strukturverändernde Regelungen – vor allem für den bisher von Kostendämpfungsregelungen verschont gebliebenen Krankenhausbereich.“ (Blanke/Kania 1996, 529 f.)

Während frühere Gesetzgebungsakte, bis hin zum GRG 1989,³⁵ eine verstärkte Abschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven intendierten, geht die Regelungstiefe des GSG darüber hinaus, da dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zum ersten Mal konkrete Instrumente der Umsetzung an die Hand gegeben werden. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Einführung einer Budgetierung der Ausgaben in allen Leistungsbereichen sowie strukturelle Veränderungen zum Abbau von Überkapazitäten im ambulanten und stationären Bereich (Lampert 1998, 243). Bemerkenswert ist in diesem Kontext auch die Bedeutung der beiden Neuordnungsgesetze, die einige traditionelle Bestimmungen des Systems verletzt haben (Gesundheitssysteme 2000, 125 f.).

Da das Wirtschaftlichkeitsgebot gegenüber allen andere Prinzipien gestärkt wird – im Konfliktfall sogar zu Lasten des politisch gern protegierten Selbstverwaltungsprinzips –, kann davon ausgegangen werden, dass in Verbindung mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, ausgestattet mit konkreten Instrumenten zu seiner Erreichung (Grundlohnanbindung), eine Neudefinition des Verhältnisses von Wirtschaftlichkeit und Eigenverantwortung auf der einen Seite und Solidarität und Bedarfsprinzip auf der anderen Seite beabsichtigt ist, wenngleich noch „keine endgültige Antwort auf die Frage“ (Bandelow 1998, 211) nach den Konsequenzen und der Reichweite dieser Neudefinition gegeben wird.

3.5 Phase 4: Strukturreform 1998-2004 unter SPD geführten Koalitionsregierungen

Die derzeitige Phase der Gesundheitsreformen ist zunächst geprägt von einer gewissen Aufbruchstimmung seitens der neuen Regierungskoalition nach einer langen Zeit der Oppositionsarbeit. Dieser gesundheitspolitische Optimismus lässt sich maximal bis zum Jahre 2000 nachweisen. Entsprechend zweigeteilt ist auch der inhaltliche Verlauf dieser Phase. Während anfänglich die Diskussionen um Strukturreformen unter dem Vorzeichen eines gezielten Ausbaus des Systems standen, kam es spätestens mit der gescheiterten großen Gesundheitsreform zu einem Umschwenken in Richtung des Zieles kurz- und langfristiger Ausgabenbegrenzung. Die heutige Debatte um die Gesundheitsreform 2004 (GMG) läuft erneut, wie schon im Falle des GRG, auf eine große Sachkoalition hinaus und wird vermutlich eine ähnliche Wirkungsrichtung besitzen (WK 25.06.2003, Nr. 145 S.1).

³⁵ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 25. 11. 1988 (Lampert 1998, 242).

Tabelle 6: Strukturreform 1998-2003, Makroebene³⁶

Reformintensität		
Veränderung im Bereich der Stellgrößen	Veränderung im Bereich der Instrumente	Veränderung im Bereich der Ziele/Prinzipien
<p>Ambulanter Sektor: Boni-Regelungen bei Zahnersatzleistung erhöht Absenkung von Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln Entgeltregelungen für Anbieter: Preise für zahntechnische Leistungen werden ab dem 1. Januar 2003 um 5 % gesenkt, Vergütung 2003 eingefroren Zugangserleichterung bei psychotherapeutischer Versorgung Festbeträge im Arzneimittelbereich: im unteren Drittel der Preisspanne für die jeweilige Gruppe festgelegt; 2002 müssen Apotheker Rabatt für KKn von 5 auf 6 % anheben, 2003 Erhöhung u. Staffelung des Rabattes nach Packungspreis; die Pharma-Unternehmen gewähren einen Rabatt von 6 % u. die Pharma-Großhandelsorganisationen gewähren dafür den Apothekern Rabatte von 3 %</p> <p>Stationärer Sektor: Budgetierung unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität fortgesetzt; die Pflegesatzparteien vereinbaren ab 2000 entsprechend einen Gesamtbetrag für jedes KH FPN-System Ausdehnung: 2003 flächendeckendes DRG-FPN-System für alle Behandlungsformen (Ausnahme Psychiatrie), verbindlich für alle KH ab 2004 Ausbau der Prüfrechte des MDK</p> <p>Sektorunabhängig: Verbesserung der Härtefallregeln für chronisch Kranke: Zuzahlung nur bis 1 % des Jahresbruttoeinkommens GF, Prävention, Rehabilitation ausgebaut Grundlohnbindung für Ausgaben-Zuwachsraten ausgedehnt: für Budgets, Preise für Krankentransport und Heil- u. Hilfsmittel; für Ärzte, Zahnärzte, Verwaltungsausgaben der KKn und KH 2003 statt Grundlohnanpassung Nullrunden; Ausnahme: KH, die 2003 am DRG-System teilnehmen verstärkte Dokumentationspflichten der Leistungserbringer gegenüber Selbstverwaltungsorganen/Kostenträgern Sterbegeld halbiert (2003)</p>	<p>Mitgliedschaft: Versicherungspflichtgrenze mit RV-Beitragsbemessungsgrenze vereinheitlicht: Zuwachs der PKV soll beschnitten werden</p> <p>Organisation: Psychotherapeuten werden Ärzten gleichgestellt und zu vollwertigen Mitgliedern der KVN sektorenübergreifende „Integrationsversorgung“ soll aufgebaut werden Qualitätssicherung: in Ergänzung zu den Bundesausschüssen der Ärzte u. KKn wird der „Ausschuss Krankenhaus“ zur Überprüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingerichtet; Koordinierungsausschuss soll auf der Basis evidenzmedizinischer Leitlinien Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung erstellen Verhinderung von Arzneimittel-Budgetüberschreitung: paritätischer Prüfausschuss prüft nach Richtgrößen, dazu werden Datengrundlagen über Verordnungverhalten ausgebaut (2001) RSA-Reform um Selektion günstiger Risiken zu vermeiden: Berücksichtigung der Morbidität, Boni für Disease-Management-Programme, Risikopool ab 2003, Umsetzung bis 2007</p> <p>Leistungen/Abrechnung: Leistungsinklusion: Zahnersatz wieder für alle Versicherten Deckelung beim Zahnersatzzuschuss entfällt, wird wieder prozentual geleistet „Gestaltungsleistungen“ der KKn gestrichen, Kostenerstattung zugunsten des Sachleistungsprinzips abgeschafft Leistungsausschluss: Einführung einer Arzneimittelpositivliste (01.07.2003) Aut-idem-Regelung 2002: Apotheker müssen teure verordnete Medikamente durch Generika ersetzen Einschränkung der freien Arztwahl: Hausarztmodell, Teilnahme freiwillig, Boni-Regelungen, geplant für 2004 sektorale Budgetierung: Arznei-, Heil-, u. Hilfsmittelbudget, Budgets für ambulante und stationäre Versorgung werden modifiziert erneut in Kraft gesetzt;</p>	<p>Versicherungsprinzip: keine Änderungen</p> <p>Prinzip der gegliederten Krankenversicherung: keine Änderungen</p> <p>Selbstverwaltungsprinzip (Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung): keine Änderungen/Stärkung</p> <p>Solidarprinzip: Stärkung/Schwächung</p> <p>Sachleistungsprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Versorgungsgebot, Bedarfsprinzip: keine Änderungen/Schwächung</p> <p>Wirtschaftlichkeitsgebot (effektive und effiziente Verwendung der Mittel): Stärkung</p>

³⁶ Gesetze: PsychThG 1998, SolG 1999, GRG2000, Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV 2001, ABAG 2001, Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV 2002, FPG 2002, AABG 2002, BSSichG 2003, Arzneimittel-Positivlisten-Gesetz 2003, 12. SGB V Änderungsgesetz 2003, FPÄndG 2003.

Reformintensität		
<p>Geltungsbereich: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf Niveau der GRV</p>	<p>Grundsatz der Beitragssatzneutralität DRG-FPn-System ab 2003: soll Liegezeiten verkürzen; Verpflichtung zu Qualitätsberichten; dreistufige Angleichung der unterschiedlichen KH-Budgets an das landeseinheitliche DRG-Preisniveau bis 2007, danach Ende der Budgetierung für KH Vorgabe von Mindestmengen für planbare Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität besteht u. Festlegung bundesweiter Mindestanforderungen an die Struktur- u. Ergebnisqualität von KH-Leistungen</p> <p>KKn sind verpflichtet die Ausgaben bzw. Vergütungsvereinbarungen so auszurichten, dass Beitragssatzstabilität gewährleistet ist</p> <p>Budget Überschreitung: bei Arznei- u. Hilfsmitteln haftet zunächst der einzelne Arzt, ergänzend alle Ärzte einer Region kollektiv mit bis zu 5 % der Budgetsumme; Kollektivhaftung 2001 abgeschafft</p> <p>Finanzierung: „Krankenhausnotopfer“ wird ausgesetzt u. abgeschafft</p> <p>200 Mio. € für Arbeitszeitentlastungen im KH-Bereich aus Bundesmitteln für 2002 u. 2003</p> <p>Beitragssatzanhebungsverbot: vom 07.11.2002 bis zum 31.12.2003 ist es KKn untersagt, die Beiträge zu erhöhen</p>	

Charakteristisch für die gegenwärtige Phase ist, dass anfänglich gewisse strukturverändernde Maßnahmen der Jahre 1997/98 zurückgenommen und originär gesundheitspolitische Ziele verfolgt wurden – Beispiele: der Zugang zu ambulanter Psychotherapie wird verbessert, GF, Prävention und Rehabilitation werden ausgebaut. Spätestens jedoch im Jahr 2000 fand ein Umsteuern in Richtung Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots statt. Die angestrebte Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird in der Mehrzahl der Maßnahmen mittels einer Schwächung der Anbieter- und Leistungserbringerseite verfolgt, teilweise über eine Aufwertung des Selbstverwaltungsprinzips (KKn) bei gleichzeitiger Schwächung durch Interessenskonflikte (KVn). Obwohl die rot-grüne Regierungskoalition in den Begründungen ihrer Reformgesetze immer einen Passus bezüglich des Ausbaus oder zumindest der Wahrung des Solidaritätsprinzips einbaut, gehen einige in dieser Phase verabschiedete Regelungen im Bereich der Instrumente zu Lasten des Solidaritäts-, Sachleistungs- und Bedarfprinzips und stehen in der Tradition des GSG, gehen jedoch darüber hinaus. Hervorzuheben sind die verschärfte Fortsetzung der Budgetierung, die Einführung der DRG-FPn und die beabsichtigte Einführung des Hausarztmodells, die in Verbindung einer fortgesetzten Anbindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine von der Bedarfsentwicklung relativ unabhängige Ausgabensteuerung ermöglichen. Gerade im Bereich des ärztlichen Ordnungsverhaltens werden Logiken etabliert – Begründungs- und Dokumentationspflichten, drohende Kostenübernahmeverweigerung, Prüfrechte der KKn und des MDK –, die einen Vorrang der wirtschaftlichen Verord-

nung vor einer möglichst umfassenden Behandlung nahe legen. Eine langfristige Schwächung der Position der Ärzte geht vermutlich mit dem Aufbau diverser Datenbanken und der Ausweitung evidenzmedizinischer Verfahren einher.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Was ergibt nun eine Zusammenschau von annähernd 25 Jahren gesundheitspolitischer Reformgesetzgebung im Hinblick auf die Frage nach einem ordnungspolitischen Wandel? Auf einen ersten Blick eventuell gar nichts – im SGB V findet sich weiterhin ein umfassender Versorgungsanspruch und die Forderung nach Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Genauso augenfällig ist jedoch die Tatsache, dass fast jedes dieser vielen Gesetz eigentlich nur ein Ziel kannte, das auf verschiedenen Wegen, also mit unterschiedlichen Instrumenten, unter Förderung oder Schwächung der anderen Strukturprinzipien der GKV erreicht werden sollte: das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Versucht man eine Kontinuitätslinie zu skizzieren,³⁷ dann wurde in der ersten Reformphase das Wirtschaftlichkeitsgebot mittels Stärkung der Selbstverwaltung bei gleichzeitiger Schwächung des Sachleistungsprinzips gefördert. Von nachhaltiger Bedeutung ist hier die Schaffung der Institution KAG, die einen parteiübergreifenden Wandel von der Struktur- zur Ordnungspolitik als dominantem Modus einleitet. Die zweite Reformphase brachte eine stärkere Betonung des Wirtschaftlichkeitsgebots, indem konkretisiert und die Zielerreichung kontrollierbar gemacht wurde. Die hier angesprochene Beitragssatzstabilität kann in ihrer Funktionalität als bivalent charakterisiert werden, denn sie befindet sich einerseits auf Ebene einer Zieldimension, andererseits kann sie auch als Instrument zur Bemessung von Ausgabengrenzen fungieren.³⁸ Das Sachleistungsprinzip wurde weiter geschwächt, die Eigenverantwortung gestärkt, damit das Solidarprinzip geschwächt, und Erfordernisse des Wirtschaftlichkeitsgebots führten zu einer Aufweichung des Bedarfsprinzips im Bereich Zahnmedizin. Als neue Institution von langfristiger Bedeutung wurde der MDK geschaffen, der dazu dient, das bisher aus Sicht der KKn und des Gesetzgebers einer inhaltlichen Überprüfung entzogene Verordnungsverhalten der Ärzte transparent zu machen, indem sie gezwungen werden, ihr therapeutischen Verhalten gegenüber andern Ärzten zu begründen.³⁹ Die dritte Reformphase beinhaltete strukturelle Änderungen, die zu einer Umgewichtung des Verhältnisses der Prinzipien zueinander führten, da dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität mit der Einführung einer Budgetierung der Ausgaben in allen Leistungsbereichen und der Grundlohnbindung zur Bemessung von Ausgabensteigerungen konkrete Instrumente einer Umsetzung zugeordnet wurden. Aufgrund der Tatsache, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot gegenüber allen anderen Prinzipien gestärkt wurde, kann von einer Neudefinition des Verhältnisses von volkswirtschaftlichen Belangen und

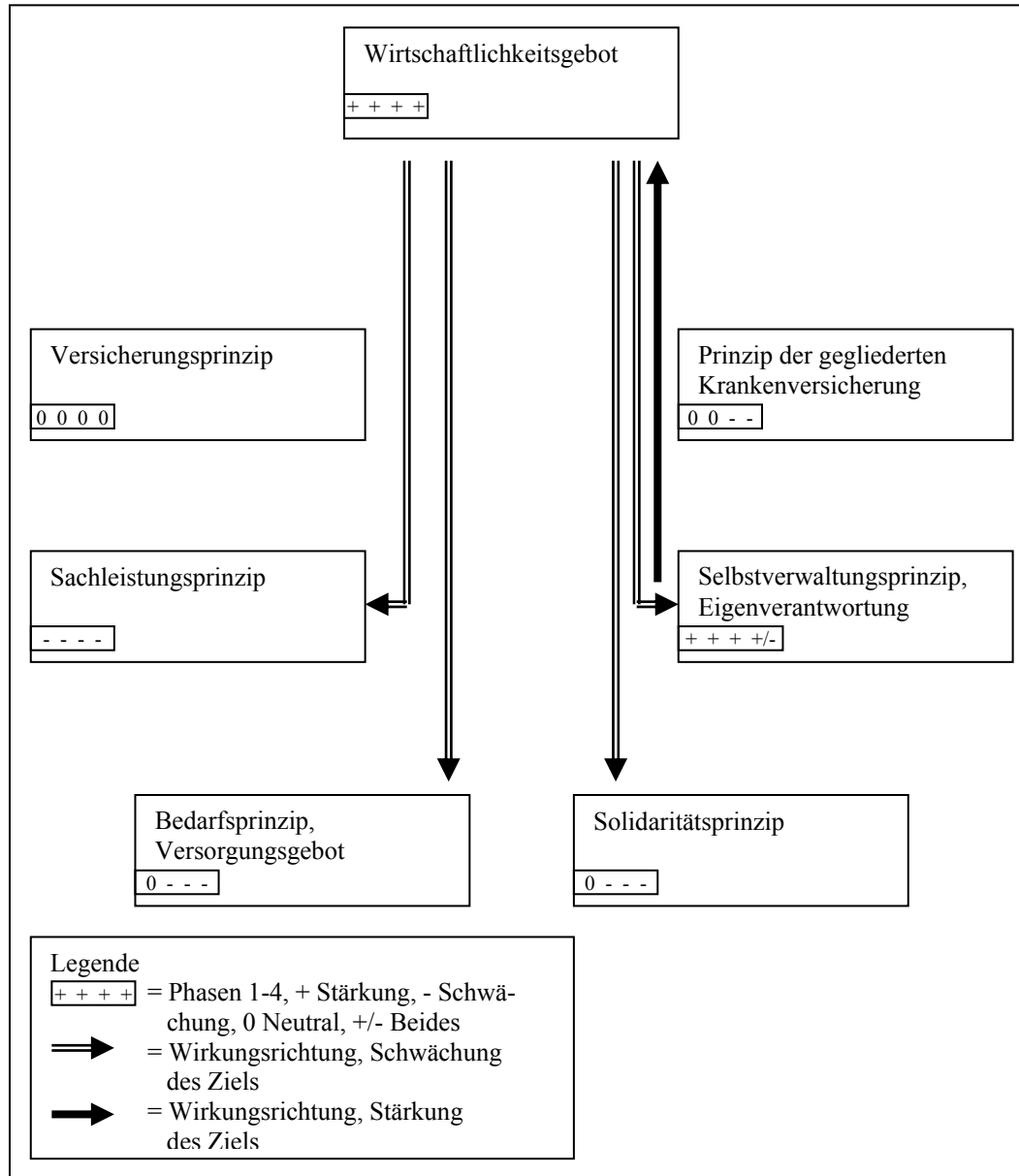
³⁷ Soll heißen: man kann auch die Diskontinuitäten betonen, jedoch erscheint dies hier unangemessen, da der Schwerpunkt auf der Betrachtung langfristiger Tendenzen liegt.

³⁸ Dies liegt daran, dass die KKn nur geringe Ermessensspielräume bei der Festlegung des Beitragssatzes besitzen und auf den Einnahmehereich keinen Einfluss haben – einmal abgesehen von Versuchen der Mitgliederwerbung in gesellschaftlichen Gruppen mit günstigem Beitragshöhen-Morbiditäts-Verhältnis, den so genannten günstigen Risiken –, d. h. eine Erhöhung von Ausgabeposten X würde unweigerlich zu einer Erhöhung des Beitragssatzes Y führen. Damit erhält das Ziel der Beitragssatzstabilität den Charakter eines Instruments zur Ausgabenobergrenzenbemessung.

³⁹ Eine solche Begründung gegenüber einem vom MDK beschäftigten Arzt kann bis zu einer Vorführung des Patienten führen.

Eigenverantwortung auf der einen und Solidarität und Bedarfsprinzip auf der anderen Seite ausgegangen werden, wenngleich noch keine endgültige Antwort auf die Frage des Ausmaßes dieser Neubewertung gegeben wurde.

Schaubild 1: Zentrale Wirkungsrichtungen der Gesundheitsreformen



Die vierte und jetzige Phase zeichnet sich dadurch aus, dass die angestrebte Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots in der Mehrzahl der Maßnahmen mittels einer Schwächung der Anbieter- und Leistungserbringerseite verfolgt wird, teilweise über eine Aufwertung des Selbstverwaltungsprinzips (KKn) bei gleichzeitiger Schwächung durch Interessenskonflikte (KVN). Einige der verabschiedeten Regelungen im Bereich der Instrumente gehen direkt zu Lasten des Solidaritäts-, Sachleistungs- und Bedarfsprinzips und stehen damit in der Tradition des GSG, weisen jedoch über diese juristischen Werke hinaus. Hierzu gehört die verschärfte Fortsetzung der Budgetierung, die Einführung der DRG-FPN und die beabsichtigte Einführung des Hausarztmodells, die eine von der Bedarfsentwicklung entkoppelte Ausgabensteuerung ermöglichen. Speziell im Bereich des ärztlichen Ordnungsverhaltens wurden Logiken eta-

bliert – Begründungs- und Dokumentationspflichten, drohende Kostenübernahmeverweigerung, Prüfrechte der KKn und des MDK –, die einen Vorrang der wirtschaftlichen Verordnung vor einer möglichst umfassenden Behandlung nahe legen. Die Hauptwirkungsrichtungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung lassen sich demnach als starke Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebots, unter Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips und der Eigenverantwortung bei gleichzeitiger Abwertung des Sachleistungsprinzips, des Solidarprinzips sowie des Bedarfprinzips darstellen (Schaubild 1: 25).

Zusammenfassend kann für alle vier Phasen demnach konstatiert werden, dass, nach gewissen institutionellen Grundsteinlegungen in der ersten und zweiten Phase, in der dritten Phase ein signifikanter Bruch im ordnungspolitischen Gefüge zu verzeichnen ist, der in der vierten Phase verstärkt wurde und heute zu einem Zustand geführt hat, den man wie folgt charakterisieren kann: dem Wirtschaftlichkeitsgebot kommt eine die übrigen Prinzipien dominierende Rolle zu. Im Vergleich zum Ex-ante-Zustand wurde der damalige Trade-off zu Lasten des Wirtschaftlichkeitsgebots mehr als einfach nur ausgeglichen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Zustand des Gesundheitswesens 2003, Makroebene

Implementations ebenen	Ordnungspolitischer Status quo 2003		
	Kategorie 1: Stellgrößen	Kategorie 2: Instrumente	Kategorie 3: Ziele/ Prinzipien
Makroebene: Bund/Staat	<p>Ambulanter Sektor: eingeschränkte Niederlassungsfreiheit für Ärzte, freie Arztwahl (noch), eingeschränkte Sachleistungserbringung im Rahmen medizinisch notwendiger Versorgung und Budgets bzw. Richtgrößen, Zuzahlungen, Zuschussregelungen</p> <p>Stationärer Sektor: Sachleistungserbringung im Rahmen medizinisch notwendiger Versorgung und Budgets bzw. FPN, Selbstbeteiligung</p> <p>Geltungsbereich: Für ca. 90 % der Bevölkerung⁴⁰</p>	<p>Mitgliedschaft: Zwangsmitgliedschaft und Inklusion fast aller Bevölkerungsgruppen</p> <p>Organisation: Regionale, sektorale und betriebliche Gliederung der KKn als Mitgliederorganisation und Selbstverwaltungsorgan (als Körperschaft des öffentlichen Rechts); die Selbstverwaltung der Anbieterseite ist in KVn und LKG organisiert; KAG erarbeitet Vorschläge zur Umsetzung der von der Politik vorgegebenen Sparziele; MDK und andere Prüfungsgremien wachen über die Einhaltung der Sparziele</p> <p>Leistungen/Abrechnung: ambulante und stationäre Sachleistungen, Zuschüsse, Zuzahlungen, Krankengeld; Leistungen werden bedarfsbezogen im Rahmen der Budgets und prospektiver Erstattungsverfahren erbracht</p> <p>Finanzierung: paritätische Beiträge (noch)</p>	Gültigkeit der sieben Prinzipien, Trade-off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfs- und des Sachleistungsprinzips
Verbände/Selbstverwaltung	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer	Trade-off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfs- und des Sachleistungsprinzips wird registriert
Einzelakteure/ Ärzte	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer	Trade-off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfs- und des Sachleistungsprinzips wird registriert
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Peter A. Hall (Hall 1993, 278 f.)			

⁴⁰ Für das Jahr 1999, Quelle: (BMG 2002, 9.2).

Die Einteilung der Phasen entlang von Regierungskoalitionen konnte keine wesentlichen Brüche in der Politikausrichtung nachweisen, d. h. gesundheitspolitisch herrscht seit vielen Jahren eine große Koalition der Gesundheitsexperten der Parteien. Als Unterschied lässt sich maximal eine stärkere Betonung des Selbstverwaltungsprinzips und der Eigenverantwortung bei CDU geführten Koalitionen gegenüber dem Vorzug von direkten Einschränkungen auf Anbieter- und Nachfrageseite bei SPD geführten Koalitionen feststellen. Gemeinsam ist den aus den Reformgesetzen ersichtlichen Politiken indessen die inhaltliche und ordnungspolitische Neubewertung des Verhältnisses von Wirtschaftlichkeitsgebot und Eigenverantwortung auf der einen und Solidar- und Bedarfsprinzip auf der anderen Seite. Betont werden muss an dieser Stelle, dass nicht alle Verortungen von Schwächungen und Stärkungen der Prinzipien an sich oder im Verhältnis zueinander in den entsprechenden Gesetzestexten oder den sie begleitenden offiziellen Begründung zu finden sind. Diese Verortungen sind als plausible Interpretationen des Inhalts dieser Gesetze zu verstehen.

In Bezug auf die beiden untergeordneten Ebenen des Implementationsprozesses – Meso- und Mikroebene –, ergibt sich nun die Frage, ob diese Verschiebungen in der Gewichtung der Prinzipien ebenfalls wahrgenommen wurde bzw. wird. Mit Sicherheit wahrgenommen werden die vielen Änderungen von Stellgrößen und das Hinzutreten neuer Instrumente. Da etliche Neuregelungen zu Handlungsrestriktionen und finanziellen Einbußen für die von ihnen betroffenen Akteure – hauptsächlich Leistungserbringer und ihre Organe der Selbstverwaltung – führen, kann die These vertreten werden, dass eine loyale Befolgung der Gesetzesänderungen nicht vorausgesetzt werden kann. Vielmehr ist mit Konflikten und Verweigerungshaltungen zu rechnen. In Kapitel 4 wird dies für die Mikroebene zumindest im Hinblick auf die Krankenhausärzte untersucht, um so Aussagen hinsichtlich der Frage zu generieren, ob mit einer weitreichenden Implementation und Umsetzung des für die Makroebene verorteten Wandels zu rechnen ist.

Will man nun abschließend klären, ob sich entsprechend des in dieser Arbeit entwickelten Modells zur Messung eines ordnungspolitischen Wandels aus den gesundheitspolitischen Reformgesetzen der letzten 25 Jahre qualitativ nur ein Wandel des 1. und 2. Grades interpretieren lässt oder tatsächlich ein Wandel 3. Grades, dazu zunächst folgende Einschätzung:

"Es ist allerdings zweierlei zu bedenken: Zum einen muss auch ein radikaler Paradigmen- und Instrumentenwechsel durch vielleicht sogar langwierige Debatten politisch vorbereitet werden. Er kündigt sich also meist lange an, bevor er sich vollzieht. Zum anderen kann ein Strukturwandel auch weniger radikal verlaufen, in dem sich Veränderungen erster und vor allem zweiter Ordnung in großer Zahl über längere Zeiträume aneinander reihen und schließlich zu einem schleichenden Strukturwandel führen können. In ausdifferenzierten politischen Systemen dürfte diese Form des Strukturwandels sogar der wahrscheinlichere Fall sein, da es hier aufgrund komplexer Strukturen selten – aber nicht völlig unmöglich – zu radikalen Veränderungen in kurzen Schritten und Zeiträumen kommen kann." (Bleses 2003)

Ersetzt man den Begriff des Strukturwandels mit dem in dieser Arbeit präferierten Begriff des ordnungspolitischen Wandels, dann scheint es im Falle des bundesdeutschen Gesundheitssystems gerechtfertigt, von einem ordnungspolitischen Wandel auf der Makroebene zu sprechen, denn keines der ordnungspolitischen bzw. Strukturprinzipien wurde aus der Agenda entfernt, jedoch ihre Gewichtung zueinander entscheidend verändert: Volkswirtschaftliche Inte-

ressen besitzen mittlerweile im Konfliktfall mehr Gewicht als medizinische Erwägungen. In Bezug auf die drei Ebenen von Gesundheitszielen und denen ihnen beizuordnenden Strukturprinzipien der GKV lässt sich der ordnungspolitische Wandel als Hierarchisierung der Ebenen abbilden, d. h. von einem relativ gleichgewichtigen Nebeneinander hin zu einer klaren Rangfolge:

- a) Ökonomische Ebene: Wirtschaftlichkeitsgebot, Selbstverwaltungsprinzip, Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung, Prinzip der gegliederten Krankenversicherung, Versicherungsprinzip
- b) Gesellschaftliche Ebene: Solidarprinzip, Bedarfsprinzip
- c) Medizinische Ebene: Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip

Entsprechend des im Rahmen der Arbeit entwickelten und umgesetzten Konzepts erfolgt nun ein Zugriff auf die Mikroebene anhand der mit Chefärzten geführten Interviews. Besonderes Augenmerk gilt nun der Frage, ob hier die o. g. Verschiebung in der Gewichtung der Prinzipien ebenfalls wahrgenommen wurde. Mit Sicherheit wahrgenommen wurden die vielen Änderungen von Stellgrößen und das Hinzutreten neuer Instrumente. Da etliche Neuregelungen zu Handlungsrestriktionen und finanziellen Einbußen für die von ihnen betroffenen Akteure – gerade für die hier befragten Leistungserbringer – führen, kann die These vertreten werden, dass eine loyale Befolgung der Gesetzesänderungen nicht vorausgesetzt werden kann. Vielmehr ist mit Konflikten und Verweigerungshaltungen zu rechnen. Im folgenden Kapitel wird dies für die Mikroebene zumindest mit Blick auf die Krankenhausärzte untersucht, um so eine Aussage darüber zu treffen, ob mit einer weitreichenden Implementation und Umsetzung des auf der Makroebene verorteten Wandels zu rechnen ist.

4. Wirkung der Reformgesetzgebung aus Sicht der Leistungserbringer – Mikrowandel

Die Betrachtung der normativen Seite stützt die These eines ordnungspolitischen Wandels, der die relative Bedeutung der gesellschaftlichen, medizinischen und ökonomischen Ebenen zugunsten der ökonomischen hierarchisiert hat (Makrowandel). Ausgehend von der Hypothese, dass starke Veränderungen innerhalb eines Politikfeldes (hier: des Gesundheitssystems) neben einer Änderung des rechtlichen Rahmens (hier: insbesondere Bundesgesetze) die Akzeptanz zentraler Akteure erfordern, wird in diesem Abschnitt ein Abgleich des sich aus den Reformen ergebenden Anpassungsdrucks mit dem tatsächlichen Verhalten der beteiligten Akteure unternommen. Im Zentrum der Betrachtung stehen die Krankenhausärzte und hier wiederum die Abteilungsleiter bzw. Chefärzte. Dies hat im Wesentlichen vier Gründe:

1. Das Ordnungsverhalten der Ärzte entscheidet über einen Großteil der von der GKV finanzierten Leistungen.
2. Die Ärzte sind systemisch bedingt nur schwer zu kontrollieren und ihnen wird eine gewisse Vetomacht nachgesagt.
3. Die Rolle des Krankenhauses als letztzuständiger Institution.

4. Die Rolle der Chefärzte als Regulatoren dessen, was an Versorgungsleistungen erbracht wird.⁴¹

Im Folgenden wird daher untersucht, ob und wie sich das Verhalten der Krankenhausärzte als Reaktion auf die Reformgesetze verändert hat, um so die Frage eines ordnungspolitischen Wandels einer abschließenden Beantwortung zuführen zu können. Hierbei ist zu beachten, dass diese Beurteilung unter Auslassung einer Implementationsstufe, namentlich der Meso- oder Verbandsebene geschieht. Es kann jedoch angenommen werden, dass Veränderungen auf der Mikroebene einerseits entscheidender für eine erfolgreiche Implementation sind und andererseits Veränderungen auf der Mikroebene der Leistungserbringer auch als Reaktion auf Änderungen auf der Mesoebene gedacht werden können.

Die Wahrnehmung der Chefärzte unter Rückbezug auf das Modell vom ordnungspolitischen Wandel

Mit den folgenden Passagen wird versucht, die in den Interviews⁴² vorfindlichen Sinnzusammenhänge und typischen Argumentationslinien auf das Modell vom ordnungspolitischen Wandel zu beziehen, wobei am Ende eine Bestätigung, Modifikation oder Falsifikation der für diese Arbeit zentralen These steht. Die Gliederung entspricht daher dem in den beiden voranstehenden Abschnitten entwickelten Raster, wobei die Reihenfolge, im Sinne der Rangfolge des vermuteten traditionellen professionellen Selbstverständnisses der Ärzte, angepasst wurde. Dabei wird davon ausgegangen, dass der medizinischen Ebene die höchste Priorität zukommt, die ökonomische Ebene deutlich untergeordnet erscheint und die gesellschaftliche

⁴¹ In den vorherigen Abschnitten konnte gezeigt werden, dass sich über die vier Reformphasen hinweg eine Verlagerung des Reformschwerpunktes vom ambulanten hin zum stationären Sektor vollzogen hat, so dass sich insbesondere dort die Stimmen mehren, die von einem ordnungspolitischen Wandel im Krankenhausbereich sprechen (s. o.). Als Quintessenz dieser Entwicklung und von Erwägungen hinsichtlich der Struktur des Gesundheitssystems, namentlich der spezifischen Rolle des stationären Sektors als letztzuständiger Institution und aufgrund seiner für die Kostendiskussion herausragenden Bedeutung und den auf eben diese monetäre Entwicklung abzielenden Reformen, bietet es sich an, den stationären Sektor als Repräsentanten der Mikroebene in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken. Aus dem grundsätzlichen Verhältnis von ambulantem zu stationärem Sektor lässt sich ableiten, dass Leistungen, die im stationären Bereich nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden, vom ambulanten Sektor weitaus weniger zu kompensieren sind als umgekehrt. Plastisch ausgedrückt: Wenn der Hausarzt versagt, kann man immer noch zwecks besserer Diagnose in das Krankenhaus gehen, wem jedoch eine Transplantation verweigert wurde, dem wird der Facharzt auch nicht helfen. Der Anteil der Aufwendungen für stationäre Behandlung lag 1995 bei 123 Mrd. DM von 359 Mrd. DM Sachleistungen für das gesamte Gesundheitswesen, wobei der Anteil der Krankenhausleistungen seit den 60er Jahren stetig von 16,5 % auf gegenwärtig ca. 34 % gestiegen ist, d. h. dieser Bereich war bisher überproportional am Ausgabenwachstum beteiligt (BMG 1998, 10.9, 10.12., 10.13). Jüngste Daten könnten eine Trendwende bedeuten, sofern sie sich verstetigen: In 2001 waren die Krankenhäuser mit 0,9 % Ausgabenanstieg je GKV-Mitglied deutlich geringer als andere Bereiche am Ausgabenanstieg beteiligt (SopoU, 2002, H 1, 28). Es könnte jedoch sein, dass hier eine „Verschiebung von stationär zu ambulant“ stattgefunden hat, indem die Krankenhäuser verstärkt dazu übergehen, die Versorgung der Patienten mit teuren Arzneimitteln den niedergelassenen Ärzten zu überlassen (Mlodoch 2002).

⁴² Mittels leitfadenbasierter Experteninterviews, die mit dem Führungspersonal der Krankenhäuser des Landes Bremen geführt wurden, wird auf Landes- bzw. regionaler Ebene eruiert, ob und inwieweit diese Akteure einen ordnungspolitischen Wandel wahrnehmen, mittragen, gestalten oder aufgrund konträrer Interessen und/oder (Wert-) Vorstellungen unterlaufen. Die Interviews wurden im Laufe der Monate Februar und März 2003 in den jeweiligen Krankenhäusern geführt. Nähere Angaben zur Erhebungsmethode finden sich im Anhang.

Ebene wenig Berücksichtigung findet. In der ärztlichen Musterberufsordnung⁴³ von 1997 (o. A. 1997) werden in den Grundsätzen folgende Aufgabenbereiche definiert:

- Leben erhalten
- Gesundheit schützen und wiederherstellen
- Leiden lindern
- Sterbenden Beistand leisten
- an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Menschen mitwirken (MBO-Ä, § 1, 2)

Eine solche Musterberufsordnung ist sicherlich nicht als de facto Selbstverständnis aufzufassen, drückt jedoch den Wunsch aus, im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit (Vogel 1994) autonom entscheiden zu können und dabei ökonomische und gesellschaftliche Aspekte nicht beachten zu müssen, sondern sich voll und ganz auf das Arzt-Patientenverhältnis konzentrieren zu können. Da die entsprechenden Interviewpassagen nicht immer trennscharf nur der einen oder anderen Kategorie des ordnungspolitischen Wandels zuzuordnen sind, werden sie z. T. mehrfach zugeordnet. Wenn möglich wird außerdem versucht, Aussagen über gegenwärtige Zustände von prognostischen Erwägungen zu trennen und dementsprechend gesondert zu verhandeln. Neben dem bereits eingeführten Raster des ordnungspolitischen Wandels werden am Schluss noch drei Themen dargestellt, nämlich eine relativistische Sicht, die Wahrnehmung von grundlegendem Wandel und Veränderungen des Berufsbildes.

4.1 Medizinische Ebene

In diese Kategorie fallen alle Äußerungen und Wahrnehmungen, die entweder direkt oder indirekt eine der dieser Ebene zugeordneten Strukturprinzipien thematisieren (Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip). Es hat sich bestätigt, dass das Versorgungsgebot gegenüber dem Sachleistungsprinzip deutlich mehr im Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit steht, da das Sachleistungsprinzip eher aus Sicht des Patienten im Vordergrund stehen dürfte, während es für den Mediziner eher unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Rolle⁴⁴ spielt:

„(D)en Patienten wird gesagt: Sie haben ein Anrecht auf beste Behandlung. Und dann kommen sie auch. ... wir stellen uns ja auch dar mit einer Superleistung. Wir bringen das und das und das. Und auf der anderen Seite ... geht's aber los, dass wir die Leistung nicht mehr bezahlen können, wir eigentlich eine Leistungseinschränkung machen müssten. Und wir sind jetzt dabei, wo man sagt, die Patienten kriegen nur noch das gemacht, womit sie kommen. Diese Nebengeschichte ... fällt weg. Das heißt, man kommt und hat ... Bauchschmerzen und gleichzeitig noch dicke Zehe. Und wir sagen: Na gut, für die müssen Sie nicht im Krankenhaus sein. Dann wird das nicht mit behandelt ..., muss das eben der Niedergelassene machen. ... Wir können nicht diese Serviceleistungen mehr bieten ..., weil sie keiner mehr bezahlt. Ist ja auch nicht gewollt. Aber das ist jetzt eben dem Patienten schwer klarzumachen.“ (A01)

⁴³ Die Länder haben die Möglichkeit, die Berufsordnung zu spezifizieren und zu ergänzen. Als Richtschnur gilt jedoch die MBO-Ä.

⁴⁴ Die umgekehrte Sicht macht dann aus dem Sachleistungsprinzip ein Kostenerstattungsprinzip, da die Kosten für die verauslagte Sachleistung dem Krankenhaus von der KK erstattet werden.

„Also mir ist das völlig egal, ob der Patient nun Sozialhilfeempfänger ist oder ... Wahlleistungspatient ist. Ich denke, wenn da die bestimmte Krankheit ist, dann werde ich versuchen, für diesen auch das Optimum da zu machen und das tun die anderen auch. Und da sehe ich keinen Unterschied.“ (A05)

„(M)al ganz simpel: Sie haben ein neues Medikament, was gegenüber dem alten Medikament, sagen wir mal nicht 100 % besser ist, sondern ... 20 %. ... Es kann aber theoretisch sein, dass der ... preisliche Unterschied vielleicht so aussieht, dass es vielleicht 100 % teurer ist als das alte. ... Wir sind ja überall inzwischen budgetiert, insbesondere was Arzneimittel anbetrifft ... Und das ist für mich inzwischen die Kalkulation, dass ich nun dann einfach sage: Ist es mir in Zukunft wert, dass ich diese Innovation einsetze, um den Patienten 20 % besser zu behandeln? Oder sage ich einfach: Nein, ich mach das nicht. Bleibe bei dem alten. Sagen wir mal, der ist jetzt 20 % schlechter behandelt, aber das was ich dann aufwenden müsste, um sozusagen die 20 % besser zu behandeln, wäre so gigantisch, dass es unser Budget, was wir in dem Bereich haben, einfach sprengen würde. Das sind Überlegungen, die sind hineingekommen und die fokussieren auf Ökonomie, um das mal ganz klar zu sagen. ... Und das hat – zumindest bei mir – einen ziemlichen Einzug gehalten“ (A03)

„(D)emnächst ist jeder Patient erst ein Unkostenhervorrufer ... Geld bringt er ja erst dann ein, wenn wir von den Kassen die Auslagen bekommen für das, was er uns erst einmal gekostet hat. ... Und wenn wir auf den Kosten sitzen bleiben, dann geht es uns wie anderen Firmen auch, dann geht es eben den Bach runter. Und da sind wir jetzt momentan auch am Jonglieren Ich kann ja jetzt nicht sagen, ich hab schon 50 von euch operiert, jetzt ist Schluss für dieses Jahr. Kommt mal nächstes Jahr wieder.“ (A01)

Es kann gesagt werden, dass die befragten Chefärzte primär ein, auf die Gegenwart bezogen, gutes Bild der medizinischen Versorgungslage zeichnen, sich jedoch bereits als Folge von Rationalisierungsmaßnahmen in ihrem therapeutischen Umgang mit den Patienten eingengt fühlen, in den Dimensionen Zeit und Kostenüberlegungen. Von den bevorstehenden Veränderungen im Gesundheitsbereich werden ernsthafte Einschnitte erwartet, die zu einer Verschlechterung der allgemeinen Versorgungsqualität führen. Die Versorgungsqualität werde insbesondere in den Dimensionen ganzheitliche Versorgung und innovative Verfahren geschwächt. Eine weitere Schwächung der Versorgungsqualität wird von einer Verlagerung von Patienten in den ambulanten Bereich erwartet, sofern dort nur eine hausärztliche Versorgung stattfindet. Positiv bewertet wird die erwartete Verlagerung von ambulanten fachärztlichen Kapazitäten in den Krankenhausbereich.

4.2 Ökonomische Ebene

In diese Kategorie fallen alle Äußerungen und Wahrnehmungen, die entweder direkt oder indirekt eine der dieser Ebene zugeordneten Strukturprinzipien (Wirtschaftlichkeitsgebot, Subsidiaritätsprinzip, Versicherungsprinzip) thematisieren. Es zeigt sich, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot bzw. die Kostenseite ihrer Tätigkeit mittlerweile ein hohes Maß an chefärztlicher Aufmerksamkeit gefunden hat und sehr ernst genommen wird.

Die Darstellung der in den Experteninterviews vorfindlichen Wahrnehmungen, Einschätzungen und Positionen zum Thema Ökonomie hat gezeigt, dass die befragten Chefärzte eine starke wirtschaftliche Verantwortung spüren und diese in ihre tägliche Praxis integriert haben:

„(D)a gibt es ein klassisches urologisches Beispiel: das Prostatakarzinom. ... ist ein hormonabhängiger Tumor ... hängt von dem Testosteronspiegel des Individuums ab. Es gibt zwei, mehrere, aber ich sag mal zwei Varianten, diesen Testosteronspiegel gegen null zu fahren. Das ist einmal eine Operation, in dem man das Hodengewebe, das Testosteron produziert, operativ entfernt. Das ist ein klassisches Beispiel. Da kostet diese Operation lass mal sagen 3000 Mark mit allem drum und dran. Es gibt eine andere medikamentöse Behandlungsform. ... Aber das kostet im Monat, sag ich mal 150 Euro. Und da können Sie sich ausrechnen: 2000 Euro für das ganze Leben und dagegen rechnen 150 Euro pro Monat, auch fürs ganze Leben. Und das ist eine Geschichte, wo man sich heute ernsthaft ... überlegt, ... ob das nun ein Kandidat ist, dem man eine Operation oder die Injektion zu Gute kommen lässt, oder ob man diesen Mann davon überzeugt, dass es für ihn besser ist, operiert zu werden. Das ist ein tagtägliches Problem.“ (A09)

„Aber dieser ökonomische Aspekt wurde nie dabei berücksichtigt. Hat sich jetzt also konkret verändert. Und wir ich spreche jetzt erst einmal für mich, aber bei dem ein oder anderen Chefarzt wird das auch nicht anders sein, dass eben zunehmend nicht der Begriff der Innovation im Vordergrund steht, sondern aus ökonomischen Gründen, die Ökonomie. Also das sind ganz klare Veränderungen.“ (A03)

„Aber wir sind intern hier im Hause auch budgetiert, d. h. ... Sie müssen halt immer sehen, dass Sie im schwarzen Bereich sind. ... verglichen zu meinem Anfang hier ist der wirtschaftliche Faktor einfach das, was man als Chef viel mehr beachten muss als früher“ (A06)

„Und so denke ich, ist die Position heute des Chefarztes ... eine extrem vielfältige geworden. Ganz viel, jetzt im positiven Sinne jetzt finde ich Manager ... wirklich positiv, weil er ganz viel bewegen kann.“ (A05)

„(W)arum soll der erwachsene Patient noch Geld von der Krankenkasse für seine Zähne bekommen? ... Es gibt meiner Ansicht nach keinen vernünftigen Grund. ... Wenn der ... seine Zähne gut pflegt und alle Vorsorgemaßnahmen durchführt ..., dann wird er wahrscheinlich wenig dafür zahlen müssen. Wenn er nichts macht, hat er eben Probleme später. ... Interessiert mich doch heute gar nicht. Ich gehe zum Zahnarzt, der macht da meine Zähne, ob ich mir da die Zähne putze oder ob ich die pflege mit Zahnseide oder ob ich den ganzen Tag Süßigkeiten fresse, ist doch scheißegal. Der Staat zahlt.“ (A08)

„Ich sag mal provokativ, warum müssen wir 130 Krankenkassen haben, die sich im Bauchtanz links rum und Bauchtanz rechts rum unterscheiden? Muss nicht sein.“ (A09)

Die Beachtung wirtschaftlicher Erfordernisse führt bereits teilweise zu einer Überlagerung medizinischer Entscheidungen. Der gesetzliche Impetus einer Förderung betriebswirtschaftlicher Verhaltensweisen zur effizienteren Erbringung gesundheitlicher Leistungen unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten wird zwar wahrgenommen, jedoch im Rahmen abteilungs- oder betriebsegoistischer Erwägungen unterlaufen. Für den gegenwärtigen Zustand auf Mikroebene – wie er sich im Rahmen des hier erhobenen und ausgewerteten empirischen Materials abbildet – lässt sich konstatieren, dass die Implementation konkurrenzwirtschaftlicher Elemente auf Ebene der Krankenhäuser erfolgreich ist, dass jedoch die damit einhergehenden neuen Kompetenzen und Funktionen der Chefarzte (Stichworte: Manager, Betriebswirt, Ökonom) zu einer Entkoppelung vom zuvor dominanten Handlungsmodell einer versorgungsadäquaten Entscheidungsfindung geführt haben. Diese Entwicklung führt zu einer Situation, in

der die Wachstumstendenzen keinesfalls nachlassen und eine Entdeckung der Gesamtausgaben zu einem, aus gesundheitspolitischer Sicht, weitaus ineffizienteren Wachstum führt, in dem nur profitable Bereiche bevorzugt ausgebaut werden. Generell zeigen die erhobenen Daten, dass die Ärzte mit der derzeit in der sozialpolitischen Debatte dominanten Haltung, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist richtig und nur über eine Begrenzung des Umfangs solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen zu erreichen, konform gehen. Sofern die Politik ihnen eine entsprechende öffentliche Rückendeckung bietet, sind sie bereit, ihr Ordnungsverhalten anzupassen und diese Haltung gegenüber den Patienten zu vertreten, also auch Rationierungen mitzutragen. Insbesondere ein Ausbau des Bereichs Eigenverantwortung ist für die Ärzte wünschenswert; entsprechende Leistungseinschränkungen würden von ihnen mitgetragen. Allerdings sollen diese medizinisch möglichen Leistungen nicht gänzlich aus dem Angebotskatalog gestrichen werden. Die Idee der privaten Zusatzversicherung oder Finanzierung spielt in diesem Kontext eine zentrale Rolle.

4.3 Gesellschaftliche Ebene

Dieser Kategorie werden alle Äußerungen zugeordnet, die direkt oder indirekt entweder das Solidarprinzip oder das Bedarfsprinzip thematisieren. Es zeigt sich, dass Solidar- und Bedarfsprinzip mittlerweile ökonomischen Erfordernissen untergeordnet werden bzw. die Tendenz oder Notwendigkeit artikuliert wird, diese Struktur künftig umzusetzen:

„(W)ir schicken auch Patienten nach Hause. ... Das ist eine zunehmende Tendenz. Kürzere Verweildauer bezüglich des Krankheitsbildes. ... wenn die australischen DRGs auf deutsche Krankenhäuser angewendet werden, dann wird in Bremen mindestens jedes 3. wenn nicht 2. Bett wegfallen. ... das wird dann einfach so sein nach vier Tagen: Frau Meier, in der Chirurgie behandelt, geht besser, ab nach Hause. Frau Meier ist allein Zuhause. ... die Tochter arbeitet, Schwiegersohn arbeitet auch, keiner ist da sie zu versorgen, war bisher so, dass sie noch vier Tage im Krankenhaus bleibt. Ist im Moment so, die geht nach Hause. Ist aber keiner da, der sie versorgen kann, ... der das Essen macht, der aufsteht mit ihr, der sie anzieht. Gut, da kann man dann einen Pflegedienst machen, aber sie muss trotzdem ja versorgt werden. Dann muss einer von den beiden Urlaub nehmen. ... Und das bringt erhebliche Einschränkungen für die Leute ... Da sind die sich gar nicht drüber im Klaren. [In den 90er Jahren; Anm. d. Verf.] ... konnte man ... noch ein bisschen gucken und sagen, jetzt machen wir solange, dass sie wenigstens einigermaßen auf den Beinen ist, dann kann sie sich dementsprechend selber wieder versorgen. Das wird in Zukunft nicht gehen. ... das ist überall gleich.“ (A08)

„Was natürlich nicht mehr auftreten darf, sind irgendwelche Komplikationen. Das ist das Risiko, was das Krankenhaus in Zukunft übernehmen muss. Das wird nicht mehr vergütet werden ... Wenn Sie jetzt zu viele Patienten aufnehmen von denen Sie wissen, dass sie ein großes Komplikationsrisiko haben ... Sie müssen sich darauf konzentrieren, dass Sie da eine gute Mischung hinbekommen. Wenn Ihnen das nicht gelingt, werden Sie durch diesen Aufwand der durch die Behandlung solcher Komplikationen auftritt, Pleite gehen.“ (A03)

„(W)ir sind zu groß, ... müssen Abstriche machen. ... Ich würde eine Grundversorgung ... machen. ... dann wäre auch mal zu fragen, ob man ... eine Herzklappe bei einem 90-Jährigen, wo die Lebenserwartung vielleicht noch drei Jahre ist, ... machen muss. Gut, wenn er's haben will, ... soll er's selber zahlen. Dasselbe ist ... Fertilisationssachen. Also ist schlimm, wenn die Leute

keine Kinder kriegen, aber es laufen genug Kinder auf dieser Welt rum ... soll man sie halt adoptieren. ... Aber wenn der Einzelne es haben will, dann soll er es versichern. Und ich glaube, das Gesundheitswesen muss ... auf diese Schiene kommen, sonst bezahlen wir uns tot“ (A06)

„Die [KH; Anm. d. Verf.] werden aber nur arbeiten können, ... dass die Patienten zwar versorgt sind, aber ein Großteil der Patienten eben sich auf Wartelisten wieder findet. Und dann wird das System richtig ungerecht, weil dann wird nur derjenige, der viel Geld hat, einen näheren Termin kriegen. Derjenige, der kein Geld hat, kriegt eben auch keinen Termin.“ (A08)

„Gehen sie mal nach Amerika. ... kommen als Einwanderer und wollen sich die Zähne noch machen und gehen zur Medic Care. Dann sagen die, Sie haben wohl eine Macke. Wieso sollen wir für dich zahlen? Du zahlst für dich selbst, wenn du das kannst. Wenn du es nicht kannst, dann müssen wir dir helfen, dass du bei den Krankheiten, die du nicht verantworten kannst, ... weil man daran erkranken kann, ohne dass man so richtig was dafür kann.“ (A08)

„(N)och mal das ... Beispiel des Prostatakarzinoms ..., die Operation am Hoden ist, was die Wirksamkeit anbelangt, völlig identisch ... zu den Behandlungsmethode mit einer Spritze. Ich kann mir vorstellen, dass wir dahin kommen, dass wir sagen: OK, die Allgemeinheit bezahlt die Operation und wenn jemand die Spritze haben möchte, diesen Komfort oder dieses Nichtoperiertsein, dass er dafür aus eigener Tasche bezahlen muss.“ (A09)

„De facto ... mit der Einführung der DRGs werden diese Hürden, dass diese Patienten nun auch im Krankenhaus behandelt werden, sehr sehr viel höher gesetzt. Das kann man daran erkennen, dass wir in dem neuen System wahrscheinlich (...) eine Struktur mit einer zentralen Notaufnahme (haben werden) und dort ... entschieden wird, ob der Patient überhaupt einer Krankenhausbehandlung bedarf, oder wie man ihn ... so schnell wie möglich ... durch das Krankenhaus durchschleusen kann. Diese besonders hohe Hürde wird dadurch entstehen, ... dass der MDK ... sehr intensiv in dieses Verfahren wird eingreifen. Und dann im Grunde genommen herausarbeiten möchte, ob jemand im Krankenhaus fehl belegt ist ... es müssen dafür Kriterien erarbeitet werden ...: Ja, dieser Patient bedarf einer Krankenhausbehandlung oder nicht. Und allein diese Konstruktion, die jetzt da noch vorgesehen ist, wird automatisch dazu führen, dass die Hürden sehr viel höher sein werden.“ (A03)

„(W)enn ich Patient bin, möchte ich gerne, dass mein Problem gelöst wird – nicht dass ich behandelt werde, sondern dass mein Problem gelöst wird. Und das ist ... in ganz vielen Bereichen nicht mehr ... die Frage. Es wird irgendetwas gemacht, was ja nicht die Probleme des Patienten löst. Es wird irgendeine Funktion getätigt, ich sag mal: jemand klagt über Herzschmerzen. Dann wird ... ein bestimmtes diagnostisches Programm durchgezogen, ... Ultraschall, manchmal auch Herzkatheter oder irgendetwas. Dann sagt man, da ist nix. Das Problem des Patienten ist noch nicht gelöst. Der hat bestimmt noch seine Herzschmerzen. Vielleicht hat er psychosomatische Probleme. ... Vielleicht hat er auch was ganz anderes. Hat nix am Herzen. Hat ... was an der Lunge ... der Schilddrüse oder er ist nicht gut trainiert. Es gibt ja 1000 Probleme, die dahinter stehen können. Und das ist in diesem ... ganzen DRG-System ... nicht vorgesehen.“ (A05)

„(W)enn die Leute sehr alt sind, sprechen wir auch mit der Familie und da gibt es die unterschiedlichsten Reaktionen. Wir haben auch schon gesagt, wir operieren Sie nicht. Und dann sind sie natürlich zu einem anderen Zentrum gegangen. Da kriegen wir dann Briefe, warum haste nicht operiert und so. Es gibt aber auch Patienten, die sagen, OK, wir akzeptieren das. ...

ich glaube, wenn die statistischen Methoden besser werden ... es wird auch die Risikoadjustierung besser einzugrenzen sein. Und danach wird man sich richten. Glaube ich ganz sicher.“
(A06)

Die in den Interviews vorfindlichen Wahrnehmungen, Einschätzungen und Positionen der Chefärzte zum Thema Solidar- und Bedarfsprinzip weisen darauf hin, dass im Bereich einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ein im Vergleich zu den 80er Jahren niedrigeres Niveau herrscht. Nach Ansicht der Befragten sind diese Mängel derzeit insbesondere im ambulanten Sektor zu finden. Eine Mängellage im stationären Bereich wird im Kontext der Einführung der DRGs erwartet: Errichtung von Zugangsbarrieren zum stationären Sektor (Hausarzt, zentrale Notaufnahme) sowie eine zunehmende Bedarfssteuerung über Wartelisten werden nicht ausgeschlossen. Das Solidaritätsprinzip muss nach Meinung der befragten Chefärzte modifiziert werden und zwar im Sinne einer Privatisierung gesundheitlicher Risiken, sofern sie entweder dem Bereich der Eigenverantwortung oder der „Luxusversorgung“ zugeordnet werden können. Die Ärzte erachten einen Abbau des solidarisch zu finanzierenden Gesundheitssystems in Form einer Basis- oder Grundversorgung für notwendig und sozialpolitisch gerechtfertigt.

4.4 Relativistische Sicht, internationaler Vergleich

Auffällig ist die Tendenz der befragten Ärzte, angesichts der von ihnen wahrgenommenen ökonomischen Zwänge und in der Konsequenz für notwendig erachtete restriktive Änderungen am System der GKV internationale Vergleiche zu bemühen, um eine relativistische Haltung hinsichtlich medizinischer Bedarfe und Versorgungsniveaus zu rechtfertigen. Dies erscheint im Kontext eines sehr ähnlichen Deutungsversuchs des SVR der KAG im Gutachten 2003 besonders bedeutsam. Diese Positionierung erlaubt es – trotz aller Probleme und Diskussionen um finanzielle Restriktionen durch anhaltende Budgetierung – weiterhin von einer Luxusmedizin oder optimalen Versorgung in der BRD zu sprechen. Als abschreckende Beispiele werden in der gesundheitspolitischen Diskussion meist Länder wie England oder USA und als modernisierte, kostengünstige und leistungsfähige Gesundheitssysteme häufig Schweden und Holland angeführt. Schweden und Holland fungieren in den Debatten als Vorbilder mit Modellcharakter, wenn es um das Thema Reform des bundesdeutschen Gesundheitssystems geht. Den Interviews sind allerdings Hinweise zu entnehmen, dass sich diese Länder von einer bedarfsgerechten Versorgung weit entfernt haben. Zur Illustration sei hier auf zwei Zitate verwiesen, wobei das folgende Zitat von einem Arzt stammt, der auf konkrete Arbeitserfahrungen in Schweden zurückblicken kann:

„In Schweden hat man ja die großen Reformen, d. h. Einsparungen im Gesundheitssystem, früher gemacht. Also vor zehn Jahren hat das eigentlich angefangen ... da hat man (das) im Krankenhausbereich (...) deutlich gemerkt, in Form von kräftig reduzierter Bettenzahl, mehr ambulante Aktivität. Das hat sowohl (...) die Zahl der Ärzte (verändert), mehr ambulant, weniger stationär und auch für die Allgemeinversorgung, d. h. dass mehr gehandhabt wird von allgemeinen Ärzten im Vergleich zu Spezialisten. Das ist eine große Veränderung in Schweden, ... mehr im ambulanten Bereich und mehr Hausärzte, Allgemeinarzt und weniger von Spezialisten. Und das war ja noch nicht in Deutschland passiert. So von Schweden nach Deutschland zu kommen war ein bisschen als wenn man 20 Jahre zurück in Schweden ... wäre. Man kam zu einem Krankenhaus [in Deutschland, Anm. d. Verf.] ... wo es relativ gute Ressourcen gab, wo die Patienten

... relativ unbegrenzt ... liegen konnten; wo man alle Untersuchungen machen konnte, die man brauchte ... das war für mich der große Unterschied zwischen Schweden und Deutschland.“ (A07)

„Wenn Sie einen Neurologen in Schweden erreichen wollen, liegt die durchschnittliche Wartezeit zwischen sechs und zwölf Monaten für einen Besuch ambulant. ...das bedeutet, dass die meisten neurologischen Patienten z. B. von allgemeinen Ärzten behandelt werden. Und das ist in meinen Augen nicht ... zu machen, weil das einfach zu spezialisiert ist und es entwickelt sich schnell. Das kann kein Allgemeinarzt richtig auch mit guter Qualität machen.“ (A07)

„Wenn ich das in Holland sehe, was so als leuchtendes Beispiel teilweise dient, da sind ja beispielsweise Patienten, die auf Operationen eben massiv lange warten müssen. Das haben wir in Deutschland eben nicht. Das sind schon große Unterschiede“ (A08)

4.5 Wahrnehmung von grundlegendem Wandel

In den Interviews wird an vielen Stellen deutlich, dass die Ärzte davon ausgehen, dass sich das bundesdeutsche Gesundheitssystem in einem grundlegenden Wandel befindet, der 1993 eingeleitet wurde und nun bald vollzogen sein wird. Kontextualisiert und konkretisiert wird dieser Wandel im Rahmen langfristig veränderter wirtschaftlicher Wachstumsraten. Die damit verbundenen sozialpolitischen Diskurse, innerhalb derer die Begrenzung sozialstaatlicher Leistungen zum Gegenstand sprachlicher Äußerungen avancieren, sind kopräsent, die vorfindlichen Argumente werden akzeptiert und die Modifikation des Gesundheitswesens in Richtung verstärkter Privatisierung gesundheitlicher Risiken als volkswirtschaftlich notwendig erachtet.

„(E)s sieht so aus, als wenn wir allmählich in dem Wirrwarr von Verordnungen, die in einem halben Jahr schon wieder revidiert werden müssen, dass wir jetzt offensichtlich ja doch zu einer ... vernünftigen ... zu einer mehr oder weniger umfassenden Lösung (kommen.) ... Ich hab gestern den 3. Rohentwurf des neuen Gesundheitsgesetzes gelesen. Also das sind ja relativ viele Bereiche und das fing '93 in verstärktem Maße an.“ (A09)

„(W)ir haben wahnsinnig Glück gehabt ... 50 Jahre Frieden, ... 50 Jahre eine Aufwärtsbewegung ... Das ist eine philosophische Frage oder philosophische Betrachtung. Und wir alle haben – zu Recht – uns an diese Aufwärtsbewegung gewöhnt. Und keiner von uns – 50 Jahre ist eine lange Zeit – ... kann sich mit dem Gedanken anfreunden, dass das Leben, dass Entwicklungen wellenförmig sind. ... Und wir müssen einfach momentan – unabhängig von der Medizin – in diesem Land an vielen anderen ... jetzt gibt es ja nur einen Punkt, ein wichtiger Punkt, aber wir müssen in diesem Lande einfach ... an vielen Ecken und ... Kanten auch ... modifizieren.“ (A09)

„(J)eder in der Gesellschaft hat doch irgendwo mal die Vorstellung, so kann es nicht weitergehen ... diese Sozialsysteme müssen irgendwie reformiert werden. Da lassen die einen oder anderen die Federn ... anders geht's nicht. Wir haben ... einen subventionierten Wohlstandsstaat, den wir uns auf Dauer nicht leisten können. Und in Schweden, in Finnland, in Norwegen, überall wo Sozialstaat als Idee geboren wurde und auch lebt – aber die waren ja auch bankrott –, da zahlen Sie 20 Prozent, wenn Sie zum Arzt gehen ... selber, ... die Eigenleistung wird da überall reingebracht ... es geht gar nicht anders.“ (A06)

In einem Fall wird das in dieser Arbeit vertretene Konzept eines ordnungspolitischer Wandels im Gesundheitswesen in Bezug auf strukturelle Änderungen im Krankenhausbereich annähernd direkt bestätigt. Am Beispiel eines für den stationären Sektor nicht unüblichen Modells – Arzt, Pflege und Verwaltung – wird aus historischer Perspektive gezeigt, dass es zu starken Verschiebungen im Machtgefüges gekommen ist und zwar in Richtung einer einseitigen Zunahme des Einflusses der vom ökonomischen Prinzip dominierten Verwaltung, so dass medizinische und pflegerische Aspekt bei der Weiterentwicklung der Abteilungen an Bedeutung verloren haben.

„(I)ch glaub, dass eben diese drei Säulen ... ärztlicher Bereich, ... pflegerischer Bereich und ... Verwaltungsbereich, dass das in ein Ungleichgewicht gekommen ist und dass die Leute, die die Leistungserbringer sind, ... immer weniger zu sagen haben. Dass die Leute, die ... verwalten und über das Geld verfügen und die halt darauf achten, dass das Ganze wirtschaftlich ... funktioniert, ... ein höheres Gewicht haben. ... wenn Sie jetzt die Diskussion um BremerH02 ... ich wiederhole das mal, weil mich das auch ärgert – bei dieser Holdingstruktur, die ja diskutiert wird für diese vier Bremer Kliniken. ... da sitzt eine Holding, sind natürlich nur Verwaltungsdirektoren, keine ärztlichen Direktoren und das ist absolut schizophoren ... geht ja nur noch um das Geld. Es geht nicht mehr um ... Qualität der Patientenbetreuung, da spricht keiner von. ... in jeder Veröffentlichung steht es drin – tausend Mal – aber die Qualität wird im Prinzip überhaupt nicht als ein wesentliches Gut betrachtet, sondern es ist ein absolutes Ungleichgewicht zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und Qualität gegenüber unseren Patienten..“ (A05)

4.6 Der Arztberuf als solcher – professionelles Selbstverständnis im Wandel

Deutlich wird in den Gesprächen, dass im Anschluss an einen ausgeprägten Mangel an Arbeitsplätzen in den achtziger Jahren, sich seit Mitte der 90er Jahre ein Mangel an Ärzten abzeichnet, der von den Gesprächsteilnehmern auf eine abnehmende Attraktivität des Arztberufes zurückgeführt wird. Moniert werden vor allem die hohe Arbeitsbelastung, die abnehmenden therapeutischen Freiräume und das schlechte Image des Arztes in der Öffentlichkeit.

„(I)ch kann so zehn Jahre überblicken ... und auch mit entsprechenden Positionen ... dass man ... zunächst ... immer das ärztliche Handeln, auch aus dem Studium heraus und ... in der Anfangsphase ... gesehen hat, ... eben am Patienten zu arbeiten und das Medizinische im Vordergrund gestanden hat ... es (ist) zunehmend so geworden (...), dass die verwaltungstechnischen Aufgaben und ... Aufgaben in Hinsicht der Wirtschaftlichkeit deutlich zugenommen haben ... das eigentliche ärztliche Handeln, wie man sich das so als Vorbild noch vorstellt, dabei zurückgetreten ist und der Zeitaufwand, den man am Patienten geleistet hat, ... immer weniger geworden ist ... sich ... (...) auf technische Untersuchungen (zurückziehen muss). Das finde ich ... das Entscheidende, ... dass unser Beruf und das Berufsbild sich also wahnsinnig wandelt und man sehr viel zu einem Leistungserbringer wird, ohne diesen menschlichen Background.“ (A01)

Auf die Frage, inwieweit der zunehmende Zwang zu ökonomisch motivierten Entscheidungen und Handlungen mit dem ärztlichen Ethos vereinbar ist, wird mehrheitlich darauf verwiesen, dass Ärzte es durchaus gewohnt sind, unter der Bedingung von Mangel zu handeln. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass sich der Anspruch an die Ausgestaltung des Berufes im Rahmen gesellschaftlicher Prozesse weiterentwickelt und anpasst.

„(M)an wählt ihn [den Arztberuf; Anm. d. Verf.], weil man Spaß an der Medizin hat und Menschen helfen will. ... wenn ich dann plötzlich gezwungen werde, Dinge zu machen, die nicht mehr dem entsprechen, dann werde ich den Job irgendwann nicht mehr machen ... dann gebe ich ihn entweder auf, oder ich erlerne ihn einfach gar nicht mehr. Die dabei sind, werden es einfach durchziehen, werden versuchen, ihren Deal zu machen mit den Problemen, ohne selbst das Gesicht zu verlieren. Aber das ist eine Sache, die individuell sicher sehr unterschiedlich ist.“
(A01)

Hervorgehoben wird, dass sich das Berufsbild des Chefarztes gegenwärtig drastisch ändere. Im künftig mittels DRG-FP finanzierten KH wird die Management Qualifikation des Chefarztes im Vordergrund stehen, da er für die Einnahmen seiner Abteilung direkt verantwortlich ist. Diese neue Rolle wird von einigen Interviewten als positive Herausforderung zur Wiedererlangung der im Zuge einer Ökonomisierung des KH-Betriebes verloren gegangenen Kompetenzen angesehen.

Diejenigen Disziplinen, die ihre künftige Wettbewerbsfähigkeit als besonders hoch einstufen, sprich chirurgische Spezialabteilungen, konnten einer Ökonomisierung ihrer Tätigkeit am meisten Positives abgewinnen. Dieses wirtschaftliche Kalkül brach selbst die Kategorie Alter, bzw. Verhaftung in der ‚guten alten Zeit‘, wobei diese schon spürbar war. Während die älteren Chefarzte z. T. den neuen Entwicklungen gegenüber einen gewissen Trotz erkennen ließen, zeigten die Jüngeren eher eine resignative Haltung.

4.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Analyse der Wahrnehmung der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Mikroebene hat ergeben, dass die hierzu befragte Ebene der Leistungserbringer im stationären Sektor, konkret: die Chefarzte der KH im Bundesland Bremen, die in Abschnitt 2.5. dieser Arbeit herausgearbeiteten Ziele und Intentionen der Makroebene in sehr analoger Weise rezipiert, gedeutet und z. T. in Handlungen umgesetzt hat. In Bezug auf den Grad der Implementation – in Form der loyalen Befolgung der Steuerungsintentionen des Gesetzgebers oder einer davon abweichenden Ausgestaltung von Handlungsspielräumen – zeigt sich ein differenzierteres Bild. Die Analyse der Interviews entlang der drei gesundheitspolitischen Gestaltungsebenen (Medizin, Ökonomie, Gesellschaft) sowie der ihnen zugeordneten Strukturprinzipien zeigt, a) das Gegenwart und nahe Zukunft sehr unterschiedlich bewertet werden, b) Bewertungen des allgemeinen Zustands von den Bewertungen des eigenen Handelns stark abweichen und c) traditionelle Berufsbilder auf konflikthafte Art und Weise zur Disposition stehen. Bei den meisten Interviewten ist der Versuch zu beobachten, eine statussichernde Neudeutung der eigenen Profession zu realisieren.

Generell ist hervorzuheben, dass die befragten Chefarzte mit Blick auf die Gegenwart ein recht positives Bild der medizinischen Versorgungslage zeichnen, sich jedoch bereits jetzt, als Folge von Rationalisierungsmaßnahmen in ihrem therapeutischen Umgang mit den Patienten eingengt fühlen. Insbesondere von denen mit der Einführung der DRGs assoziierten Veränderungen im Krankenhausbereich werden grundlegende Neuerungen erwartet, die zu einer Privatisierung oder „Individualisierung von Versorgungschancen“ (Kuhlmann 1998, 12) führen. Befürchtet oder erwartet wird also u. a. eine Heterogenisierung der Versorgungsqualität hinsichtlich ganzheitlicher Betreuung und innovativer Verfahren. Verschärft wird diese Ten-

denz durch eine Verlagerung von Patienten in den ambulanten Bereich, der schon heute deutlich und stärker als der stationäre Sektor derartige Züge aufweist. Diese Verlagerung wird insbesondere dann als problematisch betrachtet, wenn zusätzlich die fachärztliche Versorgung zugunsten einer allgemeinärztlichen Behandlung eingeschränkt wird.

Die befragten Chefärzte räumen ein, dass die vom Gesetzgeber an sie herangetragenen Ansprüche einer wirtschaftlicheren Versorgung zu einer „Ökonomisierung von Therapieentscheidungen“ (Kuhlmann 1998, 11) geführt haben. Die diesbezüglichen Positionierungen der Akteure fallen unterschiedlich aus: Einerseits sehen sie sich aus betriebswirtschaftlichen Gründen dazu gezwungen, andererseits halten sie dieses Verhalten auch aus volkswirtschaftlichen Gründen für erforderlich. Volkswirtschaftliche Motive werden in der Praxis hingegen häufig von betriebsegoistischen Motiven überformt. Der durch die Politik formulierte Aufruf zu wettbewerblichem Verhalten eröffnet betriebswirtschaftliche Handlungsspielräume und Profilierungsmöglichkeiten auf Kosten der Volkswirtschaft. Die motivatorische Gemengelage hat dazu geführt, dass die Implementation konkurrenzwirtschaftlicher Elemente auf Ebene der Chefärzte bzw. Krankenhäuser erfolgreich ist, jedoch u. a. auf Kosten einer Entkoppelung vom zuvor dominanten Handlungsmodell einer versorgungsadäquaten Entscheidungsfindung.

Die empirischen Befunde zeigen, dass die befragten Ärzte dem von der Makroebene vorgegeben Grundsatz der Beitragssatzstabilität als sinnvolle Begrenzung des Umfangs solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen anerkennen. Gegenwärtig sehen sich die Chefärzte allerdings noch nicht in der Lage, den Patienten gegenüber Rationierungsentscheidungen offen zu vertreten, da ihnen die hierzu notwendige öffentliche Rückendeckung seitens der Politik versagt geblieben ist. Dieses Defizit an Legitimität ist von Teilen der Interviewten durchaus als ein an die Politik adressierter, konkreter Handlungsauftrag zu verstehen, der bereits auf eine längere Tradition zurückblickt (Fischer 1994, 14). Insbesondere das Konzept eines Ausbaus von Leistungseinschränkungen im Bereich Eigenverantwortung stößt bei Chefärzten auf positive Resonanz.

Die Wahrnehmungen von Veränderungen auf der gesellschaftlichen Ebene zeigt, dass den Chefärzten bewusst ist, dass – verglichen mit den 80er Jahren – nicht mehr jeder gesundheitliche Bedarf von den Leistungen der GKV abgedeckt wird. Verletzungen des Bedarfsprinzips sind gemäß dem Urteil der Befragten derzeit hauptsächlich im ambulanten Sektor zu finden. Von einer flächendeckenden Einführung der DRGs wird erwartet, dass vor allem durch die Etablierung von Zugangsbarrieren zum stationären Sektor (Hausarzt, zentrale Notaufnahme) sowie einer zunehmenden Steuerung der Nachfrage über Wartelisten, das Bedarfsprinzip weiter geschwächt wird.

Im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip ist es aus Sicht der Chefärzte notwendig, den Bereich solidarisch finanzierter Leistungen enger zu definieren. Es gilt, die Eigenverantwortung im Bereich verhaltensbedingter Risiken zu stärken und Leistungen, die dem Bereich der so genannten „Luxusversorgung“ zuzurechnen sind, auszugrenzen. Der zur Erreichung dieses Ziels notwendige Umbau, der eine Basis- oder Grundversorgung sowie additive Leistungen vorsieht, wird für notwendig und sozialpolitisch gerechtfertigt erachtet.

Tabelle 8: Zustand des Gesundheitswesens 2003, Mikroebene

Implementationsebenen	Ordnungspolitischer Status quo 2003		
	Kategorie 1: Stellgrößen	Kategorie 2: Instrumente	Kategorie 3: Ziele/Prinzipien
Mikroebene, hier: Stationärer Sektor/Chefärzte	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, Regeln werden unterlaufen, betriebsegoistische Effekte, mangelnde politische Rückendeckung	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, Regeln werden unterlaufen, betriebsegoistische Effekte, mangelnde politische Rückendeckung	Trade-off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfsprinzips wird registriert und ein Primat des Wirtschaftlichkeitsgebots größtenteils als notwendig angesehen und anerkannt
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Peter A. Hall (Hall 1993, 278 f.)			

Mit Blick auf die These vom ordnungspolitischen Wandel lässt sich nun als Ergebnis der Befragung der Chefärzte ableiten, dass diese Akteure die Intention einer Verschiebung der Ausrichtung und Gewichtung der grundlegenden gesundheitspolitischen Ziele zueinander wahrnehmen und darüber hinaus bereits praktische Konsequenzen für das Gesundheitssystem im Allgemeinen und ihr eigenes Handeln im Besonderen wahrnehmen. Mehr noch als die in mancherlei Hinsicht deutlich gewordenen Zwänge einer Anpassung des ärztlichen Verhaltens an die von den Reformgesetzen geänderten Rahmenbedingungen, scheint bedeutsam, dass zentrale Kategorien der Rechtfertigung einer Neubestimmung des Verhältnisses von volkswirtschaftlichen Erfordernissen und Eigenverantwortung auf der einen und gesellschaftlicher Verpflichtung zu einer solidarischen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung auf der anderen Seite geteilt werden. Die von der Politik und Teilen der Fachliteratur angebotene Schließung der Handlungsspielräume in Form des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, wird von den Chefärzten geteilt, woraus letztlich die Bereitschaft erwächst, eine entsprechende Neuorganisation handlungsleitender Maximen mit zu tragen, sofern ihnen die Politik eine entsprechende öffentliche Rückendeckung gewährt.

In Bezug auf eine Implementation des ordnungspolitischen Wandels auf Mikroebene bedeutet dies, dass die Versorgung im stationären Sektor gegenwärtig noch weitgehend nach dem Prinzip eines Primats medizinischer Erwägungen erfolgt. Dies könnte sich indessen schnell ändern, sofern die Ärzte eine stärkere öffentliche Akzeptanz oder (sich selbst erklärende) Einsicht für ein restriktives Ordnungsverhalten verspüren. Hervorzuheben ist, dass es bei all diesen Erwägungen nicht um eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben als solches geht, sondern um den Anteil solidarisch finanzierter Gesundheitsausgaben. Abschließend kann also festgehalten werden, dass ein ordnungspolitischer Wandel auf Mikroebene noch nicht stattgefunden hat, jedoch von den befragten Chefärzten keine grundsätzliche Vetoposition zu erwarten ist, sofern sie entsprechend restriktive Allokationsentscheidungen nicht alleine gegenüber den vor ihnen stehenden Patienten vertreten bzw. verantworten müssen.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse auf Makro- und Mikroebene und Schlussfolgerung

In einem dreiteiligen Verfahren (Modell des ordnungspolitischen Wandels, Reformgesetze – Makrowandel, Chefärzte – Mikrowandel) ist der Frage nachgegangen worden, inwieweit die seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre andauernden Reformbemühungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu einer Modifikation, Umgewichtung oder gar zu einer Neudefinition ge-

sundheitspolitischer Zielvorstellungen geführt haben. Die sich aus dieser Fragestellung ergebende Beschäftigung mit den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führte zu einer Bestimmung des Status quo der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland anhand der drei Ebenen des Gesundheitssystems und der sieben ihnen beigeordneten Strukturprinzipien:

- a) Gesellschaftliche Ebene: Solidarprinzip, Bedarfsprinzip
- b) Medizinische Ebene: Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip
- c) Ökonomische Ebene: Wirtschaftlichkeitsgebot, Selbstverwaltungsprinzip, Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung, Prinzip der gegliederten Krankenversicherung, Versicherungsprinzip

Es konnte gezeigt werden, dass sich die drei Ebenen vor Beginn der gesundheitspolitischen Reformen ab 1977 in einem relativen Gleichgewichtszustand befanden, mit einem gewissen Trade-off im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot, dessen eingeschränkte Gewährleistung den Ansatzpunkt für die einsetzende Phase der Kostendämpfungspolitik bildete. Anschließend wurde mittels einer formalen, quasi juristischen Perspektive auf die Gesetzestexte eine Analyse der 25-jährigen Reformgesetzgebungsphase durchgeführt. Ein solches Vorgehen ermöglichte die Untersuchung von Sinn, Zweck und Logik der Reformen. Fragen nach realen Akteurskonstellationen und bereits messbaren Outcomes einer Politikimplementation wurden dabei ausblendet, um so den Blick für grundlegende Änderungen von Gestaltungsparametern und Funktionslogiken zu schärfen.

Die Einteilung der reformpolitischen Phasen entlang von Regierungskoalitionen konnte keine wesentlichen Brüche in der Politikausrichtung nachweisen, d. h. gesundheitspolitisch herrscht seit vielen Jahren eine große Koalition der Gesundheitsexperten der Parteien. Als Unterschied lässt sich maximal eine stärkere Betonung des Selbstverwaltungsprinzips und der Eigenverantwortung bei CDU geführten Koalitionen gegenüber dem Vorzug von direkten Einschränkungen auf Anbieter- und Nachfrageseite bei SPD geführten Koalitionen feststellen. Gemeinsam ist den an den Reformgesetzen ablesbaren Politiken indessen die inhaltliche und ordnungspolitische Neubewertung des Verhältnisses von Wirtschaftlichkeitsgebot und Eigenverantwortung auf der einen und Solidar- und Bedarfsprinzip auf der anderen Seite. Die auf der Makroebene der Implementation angesiedelte Analyse der vier Phasen gesundheitspolitischer Kostendämpfungs- und Strukturreformen lässt es gerechtfertigt scheinen, von einem ordnungspolitischen Wandel auf dieser Ebene des Implementationsprozesses zu sprechen. Zwar wurde keines der ordnungspolitischen bzw. Strukturprinzipien aus der Agenda entfernt, jedoch ihre Gewichtung zueinander entscheidend verändert: Volkswirtschaftliche Interessen besitzen mittlerweile im Konfliktfall mehr Gewicht als medizinische Erwägungen. In Bezug auf die drei Ebenen des Gesundheitssystems und denen ihnen beizuordnenden Strukturprinzipien der GKV ließ sich dieser ordnungspolitische Wandel als Hierarchisierung der Ebenen abbilden. Zu lokalisieren ist eine Verschiebung von einem relativ gleichgewichtigen Nebeneinander hin zu einer klaren Rangfolge zu Lasten der gesellschaftlichen und medizinischen Ebene.

1. Ökonomische Ebene: Wirtschaftlichkeitsgebot, Selbstverwaltungsprinzip, Subsidiaritätsprinzip, Eigenverantwortung, Prinzip der gegliederten Krankenversicherung, Versicherungsprinzip

2. Gesellschaftliche Ebene: Solidarprinzip, Bedarfsprinzip

3. Medizinische Ebene: Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip

In Teil 4 dieser Arbeit wurden die Ergebnisse einer Befragung von Akteuren auf der Mikroebene der Implementation präsentiert, um anhand der mit Bremer und Bremerhavener Chefärzten geführten Interviews auf dieser untersten Ebene zu klären, ob der auf Makroebene nachgewiesene ordnungspolitisch Wandel wahrgenommen und bereits handlungsrelevant geworden ist. Es konnte gezeigt werden, dass die vom Gesetzgeber an die Ärzte herangetragenen Ansprüche einer wirtschaftlicheren Versorgung zu einer „Ökonomisierung von Therapieentscheidungen“ (Kuhlmann 1998, 11) geführt haben. Einerseits sehen sich die befragten Ärzte aus betriebswirtschaftlichen Gründen gezwungen, ihr Verhalten anzupassen, andererseits halten sie eine solche Änderung auch aus volkswirtschaftlichen Gründen für erforderlich. Diese volkswirtschaftlichen Motive werden in der Praxis jedoch häufig von betriebsegoistischen Motiven überformt, da sich die Chefärzte durch die Politik zu wettbewerblichem Verhalten ermutigt sehen und ihnen in diesem Bereich Handlungsspielräume und Profilierungsmöglichkeiten eröffnet wurden. Diese motivatorische Gemengelage hat dazu geführt, dass die Implementation konkurrenzwirtschaftlicher Elemente auf Ebene der Chefärzte bzw. Krankenhäuser erfolgreich ist, jedoch auf Kosten einer Entkoppelung vom zuvor dominanten Handlungsmodell einer versorgungsadäquaten Entscheidungsfindung.

Gezeigt werden konnte ferner, dass die befragten Ärzte den von der Makroebene vorgegeben Grundsatz der Beitragssatzstabilität als sinnvolle Begrenzung des Umfangs solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen billigen. Gegenwärtig weigern sich die Chefärzte allerdings noch, Patienten mit Rationierungsentscheidungen zu konfrontieren. Nicht erst neuerdings rechnen und hoffen sie auf Unterstützung durch die Politik (Fischer 1994, 14) bzw. auf eine breite öffentliche Legitimation. Grundsätzlich bleibt in diesem Kontext anzumerken, dass das Konzept eines Ausbaus von Leistungseinschränkungen im Bereich Eigenverantwortung von den Chefärzten positiv aufgenommen wird. Neben diesen Ergebnisse zeigten die empirischen Daten, dass den Chefärzten bewusst ist, dass im Vergleich zu den 80er Jahren nicht mehr jeder gesundheitliche Bedarf von den Leistungen der GKV gedeckt wird, wobei Verletzungen des Bedarfsprinzips gegenwärtig vornehmlich im ambulanten Sektor zu finden sind. Von einer flächendeckenden Einführung der DRGs erwarten die Ärzte eine Errichtung von Zugangsbarrieren zum stationären Sektor (Hausarzt, zentrale Notaufnahme) sowie eine zunehmende Steuerung über Wartelisten: Beide Elemente weisen auf eine fortschreitende Schwächung des Bedarfsprinzips hin. Festgestellt werden konnte auch, dass es den Chefärzten im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip notwendig erscheint, die Grenzen solidarisch finanzierter Leistungen enger zu definieren. Einig sind sich die Experten, dass die finanzielle Eigenverantwortung im Bereich verhaltensbedingter Risiken gestärkt werden soll und Leistungen aus dem Gebiet der so genannten „Luxusversorgung“ ausgegrenzt gehören. Die mit diesem Umbau verbundene Etablierung einer Basis- oder Grundversorgung wird generell für notwendig und sozialpolitisch adäquat gehalten.

Die These eines ordnungspolitischen Wandels im Gesundheitswesen konnte also auch auf der Mikroebene der Implementation erhärtet werden. Die Befragung der Chefärzte hat gezeigt, dass sich diese Akteure aus verschiedenen Gründen damit abgefunden haben, dass es zu einer Umdeutung ihrer Profession gekommen ist.

„Das gesamte Feld der Medizin steht primär aus ökonomischen Motiven auf dem Prüfstand. ... Die Hierarchien in den Krankenhäusern haben sich konsolidiert. Chefarzte sollen im Rahmen der neuen „fortschrittlichen“ Gesellschaftsformen der Krankenhäuser (z. B. GmbHs und Kapitalgesellschaften) noch zusätzliche Kompetenzen übertragen bekommen und als leitende Angestellte auch formal Personal- und Finanzentscheidungen treffen können.“ (Güse/Schmacke 1999, 345)

Anhand der Auswertung der Experteninterviews, die mit Führungspersonal Bremischer Krankenhäuser geführt wurden, konnte abschließend plausibel gemacht werden, dass die Durchsetzung eines ordnungspolitischen Wandels im Gesundheitswesen bevorsteht, und die Ärzte als ‚Vetoplayer‘ größtenteils ausgedient haben. Die von manchen Autoren vertretene These einer Ökonomisierung der Gesundheitspolitik oder einer Verdrängung des Bedarfs- durch das Budgetprinzip (Blanke/Kania 1996; Kühn 2003; Simon 2001; Rothgang 1996) konnte im Rahmen dieser Arbeit weiter bestätigt werden, und auch der Verdacht, dass auf Rationalisierung eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen folgt, spiegelt sich in den Einschätzungen der Ärzte.

Abschließend kann resümiert werden, dass das hier angewandte dreischrittige Verfahren angesichts der Frage nach der Messung eines langfristigen sozialpolitischen – hier gesundheitspolitischen – Wandels ein sinnvolles Vorgehen darstellt. So war es indiziert, sich zunächst über die dieses Politikfeld bestimmenden Strukturen zu vergewissern, um so Kategorien zur Messung eines Status quo oder ex ante zu generieren. Letztendlich hat es sich als effektiv und effizient erwiesen, den Blick auf die Inhalte der primären Politikergebnisse zu konzentrieren, sprich die Gesetzestexte an sich zu betrachten: Auf diese Weise war es möglich, sich einen Überblick über die konkreten Stufen und Tendenzen eines langjährigen und vielschichtigen Reformprozesses zu verschaffen. Diese Fokussierung („Scheuklappenmethode“) trug entscheidend dazu bei, grundlegende Bewegungsmuster und Absichten des Reformprozesses im bundesdeutschen Gesundheitswesen aufzuzeigen und die forschungsleitende Hypothese eines sich vollziehenden ordnungspolitischen Wandels zu erhärten. Diese Form der Analyse schärft den Blick für grundlegende, in die Zukunft gerichtete Tendenzen, die sich abseits von tagespolitischen und partikularen Ereignissen durchgesetzt haben. Die prognostische Kapazität einer derartigen Analyse befindet sich außerhalb klassischer Extrapolationen, da sie auf Wissensbestände (Strukturprinzipien der GKV) und eine Deutung der den Gesetzestexten inhärenten Normen und Logiken rekurriert. So konnte gezeigt werden, dass sich, aus implementationstheoretischer Sicht auf der Makroebene, ein ordnungspolitischer Wandel vollzieht, indem das bisherige Verhältnis der Strukturprinzipien grundlegend verschoben wurde. Diese Verlagerung hat vor allem zu einer starken Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Eigenverantwortung gegenüber dem Solidar- und Bedarfsprinzip geführt: Das im SGB V kodifizierte und lange Zeit ungewichtete Nebeneinander von Wirtschaftlichkeitsgebot und umfassenden Versorgungsansprüchen der GKV Versicherten wurde aufgelöst, und zwar in Richtung des Primats der Beitragssatzstabilität. Für die drei Ebenen des Gesundheitssystems ergibt sich aufgrund dessen eine Hierarchisierung im Sinne einer Vorrangstellung der ökonomischen vor der medizinischen und gesellschaftlichen Ebene.

Die Erhebung auf Mikroebene hat vor allem eines gezeigt, nämlich dass die in Auseinandersetzung mit der Reformgesetzgebung erhärtete These eines ordnungspolitischen Wandels sich

in den Darstellungen und Deutungen der Ärzte wieder finden lässt. Der Blick auf den gegenwärtigen Stand des Implementationsprozesses zeigt, dass ein ordnungspolitischer Wandel im Einvernehmen mit den Chefärzten herbeigeführt werden kann, sofern ihr restriktives Handeln gegenüber den Patienten von einer öffentlichen Debatte flankiert wird und ihnen genügend Handlungsspielräume im Bereich privatfinanzierter Zusatzleistungen gelassen werden, da nur auf diesen Grundlagen der Prozess von den Akteuren nicht als Abwertung ihrer Qualifikationen oder Verringerung ihrer Kompetenzen interpretiert werden muss. Solange diese Form der ‚Rückendeckung‘ nicht geben ist, werden Chefärzte weiterhin im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten – unter Ausschöpfung aller ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und unter Verfolgung betriebsegoistischer Ziele – die traditionelle Handlungsmaxime einer möglichst umfassenden Versorgung der Patienten verfolgen.

Tabelle 9: Zustand des Gesundheitswesens 2003 auf Makro- und Mikroebene

Implementationsebenen	Ordnungspolitischer Status quo 2003		
	Kategorie 1: Stellgrößen	Kategorie 2: Instrumente	Kategorie 3: Ziele/Prinzipien
Makroebene: Bund/Staat	<p>Ambulanter Sektor: eingeschränkte Niederlassungsfreiheit für Ärzte, freie Arztwahl (noch), eingeschränkte Sachleistungserbringung im Rahmen medizinisch notwendiger Versorgung u. Budgets bzw. Richtgrößen, Zuzahlungen, Zuschussregelungen</p> <p>Stationärer Sektor: Sachleistungserbringung im Rahmen medizinisch notwendiger Versorgung u. Budgets bzw. Fallpauschalen, Selbstbeteiligung</p> <p>Geltungsbereich: für ca. 90 % der Bevölkerung</p>	<p>Mitgliedschaft: Zwangsmitgliedschaft u. Inklusion fast aller Bevölkerungsgruppen</p> <p>Organisation: regionale, sektorale u. betriebliche Gliederung der KKn als Mitgliederorganisation u. Selbstverwaltungsorgan (als Körperschaft des öffentlichen Rechts); die Selbstverwaltung der Anbieterseite ist in KVn und LKG organisiert; KAG erarbeitet Vorschläge zur Umsetzung der von der Politik vorgegebenen Sparziele; MDK u. andere Prüfungsgremien wachen über Einhaltung der Sparziele</p> <p>Leistungen/Abrechnung: ambulante und stationäre Sachleistungen, Zuschüsse, Zuzahlungen, Krankengeld; Leistungen werden bedarfsbezogen im Rahmen der Budgets u. prospektiver Erstattungsverfahren erbracht</p> <p>Finanzierung: paritätische Beiträge (noch)</p>	Gültigkeit der sieben Prinzipien, Trade off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfs- u. des Sachleistungsprinzips
Mikroebene, hier: Stationärer Sektor/Chefärzte	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, Regeln werden unterlaufen, betriebsegoistische Effekte, weil ihnen die politische Rückendeckung versagt bleibt	es herrschen Konflikte, Befolgung der Regeln nicht freiwillig, Regeln werden unterlaufen, betriebsegoistische Effekte, weil ihnen die politische Rückendeckung versagt bleibt	Trade-off zu Lasten des Solidaritäts-, des Bedarfsprinzips wird registriert u. ein Primat des Wirtschaftlichkeitsgebots zu großen Teilen als notwendig angesehen/anerkannt
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Peter A. Hall (Hall 1993, 278f)			

Zusammenfassend kann der seit 25 bis 30 Jahren anhaltende gesundheitspolitische Reformprozess als sozialpolitischer Schließungsprozess⁴⁵ gedeutet werden, der immer weitere Akteursgruppen und Bevölkerungskreise dazu verleitet, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität als Maßstab jeglicher reformpolitischen Überlegung zu akzeptieren. Mit anderen Worten: Der Raum geteilter Deutungen ist über den gesamten Zeitraum des gesundheitspolitischen Reformprozesses beständig gewachsen. Aufgrund der Rolle des stationären Sektors als letztzuständiger Institution, bot es sich an, sich mit genau diesem Bereich des Gesundheitssystems zu beschäftigen. Die Arbeit konnte die Mechanismen einer solchen Schließung illustrieren – namentlich der Faktor Zeit und langfristig geschwächtes wirtschaftliches Wachstum – und den Blick dafür schärfen, dass es nicht objektive ökonomische Zwänge, sondern politische Setzungen sind, die den Grundsatz der Beitragssatzstabilität als Diktum sozialpolitischer Überlegungen hervorgebracht haben. Die Bestandsaufnahme dieses Reformprozesses im Jahr 2003 hat gezeigt, dass sowohl auf der Makro- als auch der Mikroebene der Implementation ein ordnungspolitischer Wandel auszumachen ist, wenngleich auf der Mikroebene eine Umsetzung in Form von ‚bettseitiger Rationierung‘ noch in weiten Teilen bevorsteht.

⁴⁵ Mit Schließungsprozess ist eine Reduktion der in Politik und Wissenschaft verhandelten Reformoptionen gemeint, der sich inhaltlich als „Ökonomisierung der Sozialpolitik“ darstellt (Schott 1997, 83; Blanke/Kania 1996; Döhler 1994, 150 f.; Leisering 1999, 189f).

6. Literaturverzeichnis

- Alber, Jens, 1989: *Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950-1983*, Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Alber, Jens, 1992: *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*, Frankfurt: Campus.
- Bandelow, Nils C., 1998: *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen*, hrsg. von Schubert, Klaus; Wewer, Göttrik, Analysen Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, Opladen: Leske + Budrich.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas, 1995: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*, Frankfurt a. M.: Fischer.
- Blanke, Bernhard; Kania, Helga, 1996: *Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen*, in: *Leviathan*, Bd. 24, Heft 4: 512-537.
- Bleses, Peter, 2003: *Der Umbau geht weiter - Lohnarbeit und Familie in der rot-grünen Sozialpolitik*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Bd. 49, Heft 4: 557-583.
- Bleses, Peter; Rose, Edgar, 1998: *Deutungswandel der Sozialpolitik: Die Arbeitsmarkt- und Familienpolitik im parlamentarischen Diskurs*, Bd. 8, Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Frankfurt/M.; New York: Campus.
- BMA, 1991: "Statistisches Taschenbuch 1991. Arbeits- und Sozialstatistik", *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*. Bonn: BMA.
- BMG, 1992: "Statistisches Taschenbuch Gesundheit", *Bundesministerium für Gesundheit*. Bonn: BMG.
- BMG, 1998: "Statistisches Taschenbuch Gesundheit", *Bundesministerium für Gesundheit*. Bonn: BMG.
- BMG, 2002: "Statistisches Taschenbuch Gesundheit", *Bundesministerium für Gesundheit*. Bonn: BMG.
- Bohnsack, Ralf, 1993: *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Sozialforschung*, 2. überarbeitete Ausgabe, Opladen: Leske + Budrich.
- Brümmerhoff, Dieter et al. (Hg.), 1991: *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II*, Berlin: Duncker & Humblot.
- Döhler, Marian, 1991: "Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen", in: Blanke, Bernhard; Wollmann, Hellmut (Hg.), *Die alte Bundesrepublik. Kontinuität und Wandel*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 463-481.
- Döhler, Marian, 1994: "Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung?", in: Riedmüller, Barbara; Olk, Thomas (Hg.), *Grenzen des Sozialversicherungsstaates*, Leviathan Sonderheft, Opladen: Westdeutscher Verlag: 146-163.
- Döhler, Marian; Manow, Philip, 1997: *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*, Bd. 13, hrsg. von Blanke, Bernhard et al., Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit, Opladen: Leske + Budrich.
- Dubiel, Helmut, 1985: *Was ist Neokonservatismus?*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Fiedler, Georg, 1978: *Einführung in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*, Band 1, hrsg. von Gesundheits-System-Forschung, Institut für, Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Fischer, Gisela, 1994: "Probleme und Chancen für das ärztliche Handeln unter vermehrtem Kostendruck", in: Vogel, Hans Rüdiger (Hg.), *Budgetierung und Therapiefreiheit - Konsequenzen für die ärztliche Verantwortung*, Stuttgart, New York: Gustav Fischer
- Flick, Uwe, 1992: "Entzauberung der Intuition. Systematische Perspektiven-Triangulation als Strategie der Geltungsbegründung qualitativer Daten und Interpretationen", in: Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P. (Hg.), *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 11-55.
- Flora, Peter (Hg.), 1986: *Growth to Limits: The Western European Welfare States since Worldwar II*, Berlin: de Gruyter.
- Friebertshäuser, Barbara, 1997: "Interviewtechniken - ein Überblick", in: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.), *Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim, München: Juventa: 371-395.
- Gesundheitssysteme, Europäisches Observatorium für, 2000: *Gesundheitssysteme im Wandel - Deutschland*, hrsg. von Systems, European Observatory on Health Care, Health Care Systems in Transition, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Güse, Hans-Georg; Schmacke, Norbert, 1999: "Der vermißte Wandel. Brief an die nachfolgende Medizinergeneration", in: Schmacke, Norbert (Hg.), *Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin*, Frankfurt/M.: VAS: 341-360.
- Hall, Peter A., 1993: *Policy Paradigms, Social Learning, and the State. The Case of Economic Policy-making in Britain*, in: *Comparative Politics*, Heft April: 275-296.
- Heckmann, Friedrich, 1992: "Interpretationsregeln zur Auswertung qualitativer Interviews und sozialwissenschaftlich relevanter "Texte". Anwendungen der Hermeneutik für die empirische Sozialforschung", in: Hoffmeyer-Zlotnik (Hg.), *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 142-167.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1980: *Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Stuttgart: Enke.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1984: "Sozialstaatskrise und soziale Ordnungspolitik", in: Herder-Dorneich, Philipp; Klages, Helmut; Schlotter, Hans-Günther (Hg.), *Überwindung der Sozialstaatskrise. Ordnungspolitische Ansätze*, Soziale Ordnungspolitik, Baden-Baden: Nomos: 13-68.
- Hopf, Christel, 1995: "Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick", in: Flick, Uwe et al. (Hg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union: 177-185.
- Klinke, Sebastian, 2003: *Ordnungspolitische Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen. Materialband*, Diplom Arbeit, Diplom Studiengang Politikwissenschaft, Universität Bremen: Bremen.
- Kuhlmann, Ellen, 1998: "Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings.", in: Feuerstein, Günter; Kuhlmann, Ellen (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Ullstein Medical
- Kühn, Hagen, 2003: "Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit", in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe: 77-98.

- Kyrer, Alfred, 1988: *Wirtschafts- und EDV-Lexikon*, 2. Auflage, München: Oldenbourg.
- Lampert, Heinz, 1998: *Lehrbuch der Sozialpolitik*, 5, Berlin et al.: Springer.
- Lampert, Heinz; Bossert, Albrecht, 1992: *Sozialstaat Deutschland. Entwicklung - Gestalt - Probleme*, München: Vahlen.
- Leisering, Lutz, 1999: "Der deutsche Sozialstaat", in: Ellwein, Thomas; Holtmann, Everhard (Hg.), *50 Jahre Bundesrepublik Deutschland. Rahmenbedingungen - Entwicklungen - Perspektiven*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 181-192.
- Mayring, Philipp, 1991: "Qualitative Inhaltsanalyse", in: Flick, Uwe; et al. (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, München: Psychologie Verlags Union: 209-213.
- Mayring, Philipp, 1992: "Analytische Schritte bei der Textinterpretation", in: Huber, Günter L. (Hg.), *Qualitative Analyse. Computereinsatz in der Sozialforschung*, München/Wien: Oldenbourg: 11-42.
- Merten, Klaus, 1995: *Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Metz, Hubert, 1977: *Reform des Gesundheitssystems*, hrsg. von Münch, Ingo von, Aktuelle Dokumente, Berlin: de Gruyter.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1991: "ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion", in: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hg.), *Qualitative empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 441-471.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1994: "Expertenwissen und Experteninterview", in: Hitzler, Ronald; Honer, Anne; Maeder, Christoph (Hg.), *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zu Konstruktion von Wirklichkeit*, Opladen: Westdeutscher Verlag: 180-192.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1997: "Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung", in: Frieberthäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim, München: Juventa: 481-491.
- Mlodoch, Peter, 2002: "Kosten für Arzneien explodieren", in: *Weser Kurier*, 05.01.2002, Nr. 4: 20.
- Murswieck, Axel, 1992: "Gesundheitspolitik", in: Andersen, Uwe; Woyke, Wichard (Hg.), *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung: 187-191.
- Neumann, Lothar F.; Schaper, Klaus, 1990: *Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland*, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Nohlen, Diether (Hg.), 2002: *Kleines Lexikon der Politik*, (2. Auflage) München: Beck.
- Nullmeier, Frank, 1993: "Wissen und Policy-Forschung. Wissenspolitologie und rhetorisch-dialektisches Handlungsmodell", in: Héritier, Adrienne (Hg.), *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Nullmeier, Frank, 1994: *Interpretative Ansätze in der Politikwissenschaft*, Tagungsbeitrag zum 3. Workshop "Analyse interorganisatorischer Beziehungen und interpretative Ansätze" der Sektion "Staatslehre und politische Verwaltung" der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaften. Konstanz, 7./8. Juli 1994. Erste Fassung. Unveröff. Manuskript. Juni 1994, Hamburg, Konstanz,

- Nullmeier, Frank; Rüb, Friedbert, 1993: *Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat*, Frankfurt a. M./New York: Campus.
- o. A., 1997: *(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 37: A-2345-2354.
- Oberender, Peter; Fleischmann, Jochen, 2002: *Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft*, Bd. 3, hrsg. von Ludwig-Erhard-Stiftung e. V., *Zukunft der Sozialen Marktwirtschaft*, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Redler, Elisabeth, 1979: *Gesundheit und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Analyse institutioneller Filterprozesse im Gesundheitswesen.*, Inaugural-Dissertation, Fachbereich Politische Wissenschaft, FU Berlin: Berlin.
- Rothgang, Heinz, 1996: "Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung", in: Clausen, Lars (Hg.), *Gesellschaften im Umbruch. Verhandlungen des 27. Kongresses der Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995*, Frankfurt/M.; New York: Campus: 930-946.
- Schmidt, Manfred G., 1995: *Wörterbuch zur Politik*, Bd. 404, Kröners Taschenausgabe, Stuttgart: Kröner.
- Schott, Thomas, 1997: "Vision "Krankenhaus 2000": Patientenorientierung oder Risikoselektion?", in: Schulz-Nieswandt, Frank (Hg.), *"Krankenhaus 2000" im Kontext institutionellen und leistungsrechtlichen Wandels - Fragmentierungen, Schnittflächeneigenschaften, Vernetzungsbedarf -*, Schriften zur Sozialpolitik, Weiden, Regensburg: eurotrans: 83-99.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der, 1989: "Demographischer Wandel und Umverteilung via Gesetzliche Krankenversicherung", in: Gäfken; Oberender (Hg.): 73-91.
- Schulin, Bertram; Kegel, Raimund, 1990: *Systeme und Zahlen sozialer Sicherung. Ein Überblick*, Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe.
- Simon, Michael, 2001: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*, P01-205 WZB: Berlin
- SopoU, 1990 ff.: "diverse Ausgaben" in *Sozialpolitische Umschau*, hrsg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. Bonn: Bundesregierung.
- Spöring, Walter, 1989: *Qualitative Sozialforschung*, Studienskripten zur Soziologie, Stuttgart: Teubner.
- Strauss, Anselm L., 1994: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*, München: UTB.
- Vogel, Hans Rüdiger (Hg.), 1994: *Budgetierung und Therapiefreiheit - Konsequenzen für die ärztliche Verantwortung*, Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Vosteen, Klaus, 1999: *Auswirkungen der Ausgabensteuerung im deutschen Gesundheitswesen auf die Patienten*, Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege 1999, Messe- und Congress Centrum Bremen, 11.02.1999, unveröffentl. Manuskript: 1-9
- WK, 1990 ff.: "diverse Ausgaben" in *Weser Kurier, Tageszeitung*. Bremen: Bremer Tageszeitungen AG.

7. Anhang - Personenkreis, Technik und Reichweite der Krankenhausärztebefragung

Mittels leitfadenbasierter Experteninterviews, die mit dem Führungspersonal der Krankenhäuser des Landes Bremen geführt wurden, wird auf Landes- bzw. regionaler Ebene eruiert, ob und inwieweit diese Akteure einen ordnungspolitischen Wandel wahrnehmen, mittragen, gestalten oder aufgrund konträrer Interessen und/oder (Wert-)Vorstellungen unterlaufen. Die Interviews wurden im Laufe der Monate Februar und März 2003 in den jeweiligen Krankenhäusern geführt. Bei der Konzeption dieser Untersuchung stellte sich a) die Frage, welcher Personenkreis sich für die Frage der Wahrnehmung langfristigen Wandels am besten eignet, b) mittels welcher Technik diese Personen am besten zu befragen sind und c) welcher Art die so gewonnenen Erkenntnisse sind.

Zu a): In Anbetracht der Tatsache, dass es sich mittlerweile um einen seit 25 Jahren anhaltenden Reformprozess handelt, schien es nahe liegend eine Personengruppe zu wählen, die wenigstens einen Großteil dieses Zeitraums aus eigener Anschauung überblicken kann. Hinzu trat die Erwägung, dass die Befragung möglichst Aussagen darüber ermöglichen sollte, was sich auf der Ebene realer Änderungen des Leistungsgeschehens ereignet hat und ereignen wird. Es sollten also Personen sein, die einerseits über eine langjährige Berufserfahrung verfügen und andererseits einen guten Überblick besitzen und deren Sicht außerdem relevant ist für die Ausgestaltung des Leistungsgeschehens in ihrem Bereich. Aus diesen Gründen erschien es sinnvoll, die Untersuchungsgruppe ‚Chefärzte‘ zu wählen, da sie genau die genannten Eigenschaften besitzen.

Zu b): Es erschien sinnvoll, aufgrund der Forschungsfrage und des zu befragenden Personenkreises die qualitative Methode⁴⁶ des Experteninterviews zu verwenden, denn: Ziel dieser Interviewtechnik ist es, an das praxisgesättigte Wissen von Entscheidungsträgern aus Politik, Wirtschaft, Verbänden, öffentlichen Verwaltungen und Ausbildungsinstitutionen über Gesetzmäßigkeiten und Routinen, nach denen sich ein soziales System reproduziert, Vorgaben enacted, verändert oder blockiert werden, Innovationen konzipiert und realisiert werden, heranzukommen, d. h. es geht um „... handlungsleitende Regeln jenseits von Verordnungen, um ungeschriebene Gesetze des ExpertInnenhandelns“ (Meuser/Nagel 1991, 449; 1997, 481). Experte⁴⁷ ist demnach:

- „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementation oder die Kontrolle einer Problemlösung oder
- wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“ (Meuser/Nagel 1991, 445)

Die in dieser Beschreibung deutlich werdende Zielgruppe und das mit diesem Erhebungsverfahren verbundene Erkenntnisinteresse weisen eine starke Passung zu der hier gewählten Gruppe der leitenden Krankenhausärzte und der Frage nach ihrer Wahrnehmung von und ihrem Umgang mit den staatlicherseits induzierten Veränderungen ihres beruflichen Umfeldes auf. Die Befragung wurde deshalb mittels leitfadengestützter⁴⁸ Experteninterviews durchgeführt. Die geführten Interviews wurden vollständig transkribiert (Materialband) und mittels inhaltsanalytischer Verfahren (Überschriftenbildung, Kodierung, thematischer Vergleich) zugänglich gemacht und auf das Modell eines ordnungspolitischen Wandels angewandt. Ver-

⁴⁶ Zu qualitativen Methoden der Sozialforschung vgl. folgende Werke: (Bohnsack 1993; Friebertshäuser 1997; Heckmann 1992; Hopf 1995; Mayring 1991, 1992; Merten 1995; Spöring 1989).

⁴⁷ Ausführlich zur Definition und zum Status des Experten vgl. (Meuser/Nagel 1994, 180 ff.).

⁴⁸ Interviewt wurde unter Verwendung eines flexiblen Leitfadens (Materialband): „ExpertInneninterviews werden auf der Basis eines flexibel zu handhabenden Leitfadens geführt“ (Meuser/Nagel 1997, 483).

weise auf die Transkripte (Materialband) erfolgen aus Gründen der Anonymisierung alle in der männlichen Form und ohne Angabe des Namens des jeweiligen Krankenhauses.

Zu c): Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Frage, ob die befragte Gruppe der Chefärzte die o. g. Verschiebung in der Gewichtung der Prinzipien ebenfalls wahrgenommen hat. Mit Sicherheit wahrgenommen wurden die vielen Änderungen von Stellgrößen und das Hinzutreten neuer Instrumente. Da etliche Neuregelungen zu Handlungsrestriktionen und finanziellen Einbußen für die von ihnen betroffenen Akteure (gerade für die hier befragten Leistungserbringer) führen, kann die These vertreten werden, dass eine loyale Befolgung der Gesetzesänderungen nicht vorausgesetzt werden kann. Vielmehr ist mit Konflikten und Verweigerungshaltungen zu rechnen. Zu beachten ist bei einem solchen Interview, dass es sich immer nur um eine Momentaufnahme der Wahrnehmung handelt, d. h. die bisher durchgehaltene historische und phasenspezifische Betrachtung lässt sich im Rahmen dieser Querschnittsuntersuchung nicht fortführen. Es ist mit der Angabe von ungefähren Zeiträumen und Hinweisen auf bestimmte Regelungen zu rechnen, die als bedeutsam registriert wurden, d. h. eine durchgängig verlaufsförmige Beschreibung ist nicht zu erwarten. Zu erwarten ist vielmehr eine Wahrnehmung der Veränderung politischer Richtungsentscheidungen, übergeordneter Verhaltensparameter im eigenen Berufsumfeld und die in Beziehung Setzung mit konkreten Regeländerungen in der beruflichen Praxis. Daher wird die Frage nach einer Implementation des ordnungspolitischen Wandels auf der Mikroebene mittels einer Befragung der Krankenhausärzte untersucht, um so eine abschließende Aussage darüber treffen zu können, ob mit einer weit reichenden Implementation und Umsetzung des für die Makroebene verorteten Wandels zu rechnen ist.

Einige Angaben zur Struktur der Befragten

Unter der Zielsetzung, bei der Auswahl der Stichprobe das „Prinzip des minimal bzw. maximal kontrastierenden Vergleichs sowie (...) das Prinzip des »theoretical sampling«“ (Meuser/Nagel 1997, 486 f.)⁴⁹ zu beachten, wurden Abteilungsleiter stadtbremischer und Bremerhavener Krankenhäuser rekrutiert. Dabei wurde auf eine möglichst hohe Streuung geachtet, um Unterschiede im Bereich Größe der Einrichtung, Art der Trägerschaft und Standortfaktoren einzufangen. Ein weiteres Kriterium war die Abdeckung möglichst vieler Fachrichtungen, um so fachbereichsspezifische Kontraste berücksichtigen zu können. Des Weiteren wurde versucht, geschlechtsspezifische Unterschiede registrieren zu können, was sich allerdings aufgrund der absoluten Männerdominanz als problematisch herausstellte. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Es wurden 10 Experteninterviews mit Chefärzten geführt, diese Stichprobe entspricht ca. 7 % der Grundgesamtheit aller leitenden Ärzte im Lande Bremen und 25 % einer nach o. g. strukturellen Erwägungen gewichteten und für die Rekrutierung ausgewählten Stichprobe.⁵⁰

⁴⁹ Von Glaser/Strauss entwickeltes Verfahren: "Das Theoretical Sampling ist ein Verfahren, »bei dem sich der Forscher auf einer analytischen Basis entscheidet, welche Daten als nächstes zu erheben sind und wo er diese finden kann.« »Die grundlegende Frage beim Theoretical sampling lautet: Welchen Gruppen oder Untergruppen von Populationen, Ereignissen, Handlungen (um voneinander abweichende Dimensionen, Strategien usw. zu finden)« wendet man sich bei der Datenerhebung als nächstes zu? Und welche theoretische Absicht steckt dahinter? »Demzufolge wird dieser Prozeß der Datenerhebung durch die sich entwickelnde Theorie kontrolliert.« (Strauss 1994, 70) In diesem Zitat wird aus dem Buch von Glaser/Strauss (1967) zitiert. „In beiden Fällen [sowohl bei Glaser & Strauss als auch bei Denzin] wird von der gezielten und systematischen Auswahl und Einbeziehung von Personengruppen und Untersuchungsgruppen, Zeitpunkten und lokalen Settings in die Untersuchung ausgegangen.“ (Flick 1992, 15).

⁵⁰ Es wurden 50 Abteilungsleiter nach o. g. Kriterien ausgewählt und angeschrieben und mit dem Ziel, 5-10 Interviewpartner zu rekrutieren, nach und nach telefonisch kontaktiert. Die Reihenfolge der Telefonate war

- Die Interviews fanden in neun verschiedenen Häusern statt, darunter befinden sich zwei Bremerhavener Einrichtungen.
- Von den fünf Zentralkrankenhäusern des Landes Bremen wurden vier abgedeckt.
- Daneben wurden vier Häuser mit konfessioneller Trägerschaft und eine Klinik mit privater Trägerschaft (Krankenhauskette) erfasst.
- Es handelt sich um fünf große Krankenhäuser und vier kleinere Einrichtungen.
- Als Besonderheit ist eine Belegarztambulanz zu nennen.
- Es wurden acht verschiedene Fachbereiche abgedeckt, im Einzelnen sind dies: HNO-Heilkunde, Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Geriatrie, Neurologie, Pädiatrie und Röntgenologie.

von den strukturellen Erwägungen geleitet, d. h. die Rekrutierung wurde nach Erreichen der angestrebten Sättigung abgebrochen und die übrigen angeschriebenen Ärzte informiert.