

# Ärzteverbände Niedergang eines Erfolgsmodells?

Nils C. Bandelow

## 1. Einleitung<sup>1</sup>

Ärzteverbände gehören zu den erfolgreichsten Interessenverbänden der Bundesrepublik Deutschland. Spätestens seit der erfolgreichen Beteiligung führender Vertreter der Ärzteverbände an der Blockade der von Arbeitsminister Theodor Blank in den 1960er Jahren geplanten Gesundheitsreformen (vgl. Naschold 1967; Safran 1967: 99-125) gilt die „Lobby in Weiß“ (Rauskolb 1976) als unüberwindbarer faktischer Vetospieler in der deutschen Gesundheitspolitik (vgl. Wiesenthal 1981: 28-39; Rosewitz/Webber 1990; Immergut 1992). Politikwissenschaftliche Studien haben diesen besonderen Erfolg deutscher Ärzteverbände zunächst unter einflussstheoretischer Perspektive auf besondere Machtressourcen und Organisationsstrukturen zurückgeführt (vgl. Stobrawa 1979). Spätere Arbeiten haben das Phänomen aus steuerungstheoretischen Perspektiven analysiert (vgl. etwa Veith 1988; Wanek 1994; Gerlinger 2002). Andere Studien – vor allem aus den 1980er Jahren – behandelten die besondere Rolle und die Entwicklungen, die Ärzteverbände im spezifischen Mesokorporatismus des deutschen Gesundheitswesens spielten. Hier wurden zunächst die Werkzeuge der theoretischen Ansätze des klassischen Tauschkorporatismus genutzt (vgl. Lehbruch 1988). Anfang der 1990er Jahre traten korporatismustheoretische gegenüber netzwerkanalytischen Perspektiven zunächst in den Hintergrund (vgl. etwa Döhler 1990). Unter Nutzung eines veränderten Korporatismusverständnisses erlebt die korporatismustheoretische Sicht allerdings in den letzten Jahren zumindest begrifflich eine Renaissance (Jochem/Siegel 2003). Die politikwissenschaftlichen Analysen waren sich bis Ende der 1980er Jahre einig über die zentrale Rolle, die eine kleine Elite ärztlicher Funktionäre bei der Formulierung und Umsetzung der deutschen Gesundheitspolitik spielte. Die Verbände zeichneten sich durch hohe Organisations- und Konfliktfähigkeit (vgl. Offe 1972), hohe Homogenität auf Grundlage einer gemeinsamen Ausbildung und vergleichbarer beruflicher Situation der Mitglieder, hohes Ansehen in der Bevölkerung verbunden mit der Möglichkeit der Nutzung einer politischen Multiplikatorwirkung bei Patientenkontakten, große Finanzmittel und die umfassende korporatistische Einbindung der miteinander verflochtenen zentralistischen Verbände mit hierarchischer Struktur in die Gesundheitspolitik aus (vgl. Bandelow 1998: 77-83; Rosenbrock/Gerlinger 2003: 21). Trotz der teilweisen Rückwirkung der Gemeinwohrrhetorik auf die Verbandsziele – vor allem bei den ärztlichen Körperschaften – standen die eigenen Statusinteressen und finanziellen Ziele vor allem der niedergelassenen Kassenärzte im Mittelpunkt der Politik führender Ärzteverbände (Groser 1992). Die spezifische Struktur des asymmetrischen Mesokorporatismus im deutschen Gesundheitswesen war sowohl Folge als auch zusätzliche Quelle des politischen Einflusses der Ärzteverbände (vgl. Bandelow 1998: 124-130).

Seit Anfang der 1990er Jahre haben sich die Rahmenbedingungen der Ärzteverbände verändert. Hierfür war zunächst vor allem die Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 verantwortlich (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2003: 249-251). Die Durchsetzung des Gesetzes unter Ausnutzung eines besonderen „Politikfensters“ gegen den erbitterten Widerstand der Ärzteverbände nahm der Ärztelobby einen Teil ihres seit den 1960er Jahren verbreiteten Mythos der unüberwindlichen Blockademacht (vgl. Bandelow 1998: 204-211). Nachhaltige Wirkungen zeigten auch die eingeleiteten strukturellen Veränderungen des

---

<sup>1</sup> Ich danke Axel Piesker (HHU Düsseldorf) für Recherchen und Materialbeschaffung zur Vorbereitung des Beitrags und den Herausgebern des Sammelbandes für detaillierte Kommentare und Hinweise.

Gesundheitswesens: Die deutlich verschärften und zunehmend auch zu Lasten der Ärzte durchgesetzten Kostendämpfungsmaßnahmen erhöhten die innerärztliche Konkurrenz um die verbleibenden Ressourcen und schwächten die Akzeptanz der Verbandseliten. Die Weiterentwicklung der Verhandlungsstrukturen und die vor allem von der rot-grünen Bundesregierung vorangetriebene gezielte Veränderung der Machtverhältnisse im Gesundheitswesen stellten die etablierten Verbände vor weitere Herausforderungen (vgl. Bandelow 2004).

Im Folgenden werden die etablierten Annahmen und Erklärungen der älteren politikwissenschaftlichen Forschung zu Ärzteverbänden vor dem Hintergrund der neueren Entwicklungen hinterfragt. Stellen Ärzteverbände noch immer eine mitglieder- und ressourcenstarke Vetomacht im Gesundheitswesen dar? Dominiert in den Ärzteverbänden nach wie vor ein konservatives Kartell von Verbandsfunktionären an der Spitze der nach außen pluralistischen, tatsächlich aber eng miteinander verbundenen Verbände? Nutzen die Ärzteverbände weiterhin die korporatistischen Verhandlungsstrukturen um wesentliche Veränderungen des Gesundheitswesens zu blockieren? Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Rekrutierungsgrundlagen und Machtressourcen ärztlicher Organisationen dargestellt. Im dritten Kapitel werden die innerverbandlichen Strukturen analysiert. Das vierte Kapitel zeigt die wichtigsten Entwicklungen bei den Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Körperschaften auf. Den letzten Abschnitt des Hauptteils bildet eine exemplarische Analyse der Ziele und Strategieveränderungen der Ärzteverbände.

## **2. Mitgliederrekrutierung und Machtressourcen**

Bei den deutschen Ärzteverbänden besteht ein Dualismus von ärztlichen Körperschaften und freien Ärzteverbänden. Beide Verbandstypen weisen einerseits spezifische Formen der Mitgliederrekrutierung und eigene Machtressourcen auf. Sie sind andererseits vor allem über personelle Verflechtungen miteinander verbunden (vgl. bereits Veith 1998: 102). Im Folgenden sollen zunächst die Mitgliederrekrutierung und Machtressourcen der Körperschaften und freien Ärzteverbände skizziert werden, um anschließend die Gültigkeit der eingangs zusammengefassten Erkenntnisse zur Vetomacht der Ärzteverbände vor dem Hintergrund der jüngsten Entwicklungen zu diskutieren.

Die lückenloseste Mitgliederrekrutierung besteht bei den Ärztekammern. Jeder Arzt ist Zwangsmitglied einer Landesärztekammer, zu deren primären Aufgaben die Überwachung der ärztlichen Berufsethik gehört. Ärztekammern sind in Deutschland bereits in der Endphase der Weimarer Republik entstanden. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden schrittweise in allen Bundesländern durch Landesgesetze Ärztekammern wiedererrichtet, wobei in Nordrhein-Westfalen für beide Teile des Landes jeweils eigenständige Kammern gebildet wurden.

Dachorganisation der 17 Landesärztekammern ist die Bundesärztekammer als Vertretung aller gut 388.000 deutschen Ärzte (Stand 31.12.2003; vgl. zum Folgenden Bundesärztekammer 2004). Die Bundesärztekammer wurde 1947 als Nachfolgerin der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern gegründet und führt seit 1955 ihren heutigen Namen. Im Gegensatz zu den Landesärztekammern ist sie selbst keine Körperschaft sondern ein nicht eingetragener Verein. Die Bundesärztekammer dient unter anderem der Koordination und dem Erfahrungsaustausch zwischen einzelnen Ärztekammern. Die Ärztekammern verbinden die Wahrnehmung von gesetzlichen Aufgaben mit der politischen Interessenvertretung der Ärzte. Quasi-staatliche Funktionen (die teilweise faktisch auch von der Bundesärztekammer wahrgenommen werden) bestehen etwa in der Regelung von Berufs- und Weiterbildungsordnungen und der Übernahme gesetzlicher Aufgaben unter anderem bei der Umsetzung der Gesetzgebung zur Transplantation und der Qualitätssicherung. Die wichtigsten politischen Machtressourcen der Ärztekammern liegen in ihrer lückenlosen Mitgliederrekrutierung und in der öffentlichen Wirkung, die vor allem von den politischen

Stellungnahmen der Ärztetage ausgeht. Die körperschaftliche Verfasstheit ist auf der anderen Seite auch die zentrale Schwäche der Kammern: Im Gegensatz zu freien Verbänden können sie oppositionelle Gruppen nicht ausschließen, sondern müssen deren öffentliche Kritik an den Positionen der Verbandsspitzen tolerieren.

Vor einer ähnlichen Situation stehen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die ebenfalls als Körperschaften öffentlichen Rechts faktisch Zwangsverbände sind. Kassenärztliche Vereinigungen dienen primär der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen. Sie wurden bereits 1931 auf Drängen der Ärzte eingeführt und nehmen eine Schlüsselposition in der ärztlichen Selbstverwaltung ein. Die Bereitschaft des Staates, diese frühkorporatistischen Strukturen zu etablieren, war auch eine Antwort auf das Entgegenkommen der Ärzteschaft, die quasi als Gegenleistung Einkommensminderungen gegenüber den Mitgliedern durchsetzte. Die wichtigste Ressource der KVen war seit 1955 der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten. Dieses Monopol erhielten die Vereinigungen als Gegenleistung für ihren Verzicht auf das Streikrecht (vgl. Webber 1992: 212-213). Trotz zunehmender Ausnahmeregelungen ist es auch heute noch für jeden der gegenwärtig 116.000 (2002) Vertragsärzte notwendig, der zuständigen Kassenärztlichen Landesvereinigung beizutreten. Die Vereinigungen sind bei der Verteilung der Honorare für die vertragsärztliche ambulante Versorgung das zentrale Bindeglied zwischen dem einzelnen Arzt und den Krankenkassen. Die 23 Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammengeschlossen. Im Gegensatz zur Bundesärztekammer ist die KBV wie ihre Mitglieder eine Körperschaft öffentlichen Rechts (§ 77 Sozialgesetzbuch [SGB] V). Sie ist Vertragspartner der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (unter anderem im Gemeinsamen Bundesausschuss) und vertritt gleichzeitig die Kassenärzte politisch. Auch die KVen nehmen durch die beschriebene Konstruktion eine politisch umstrittene Doppelstellung als Körperschaft mit öffentlichen Aufgaben einerseits und als politische Vertretung ärztlicher Partikularinteressen andererseits ein. Diese Doppelfunktion wird auch in der Ärzteschaft zunehmend kritisiert (vgl. Webber 1992: 258-263) – wobei sich die Kritik auch aus der Unzufriedenheit über die eigenen Ergebnisse aus der Honorarverteilung speist. Sie ist ein Grund dafür, dass weder die Kammern noch die Vereinigungen von allen Ärzten als genuine Interessenvertretungen anerkannt werden. Daher hat sich neben den Körperschaften ein breites Spektrum freier Ärzteverbände etabliert.

Der größte freie Ärzteverband ist mit 80.000 Mitgliedern (2004) die 1947 gegründete „Ärztegewerkschaft“ Marburger Bund. Der Marburger Bund vertritt angestellte und beamtete Mediziner und ist damit die zentrale Interessenvertretung vor allem der Krankenhausärzte. Er ist sowohl Interessenverband als auch Partner im Rahmen der Tarifgemeinschaft für Angestellte des öffentlichen Dienstes. Durch diese Funktion kommt dem Marburger Bund im stationären Bereich eine Rolle zu, die an die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im ambulanten Bereich erinnern könnte. Im Gegensatz zu den Körperschaften ist der Marburger Bund aber darauf angewiesen, Mitglieder durch freiwilligen Beitritt zu werben. Er nutzt dabei eine Vielzahl materieller selektiver Anreize. An erster Stelle steht die verbandliche Rechtsberatung in berufs-, arbeits-, sozialversicherungs- und beamtenrechtlichen Fragen und bei der Niederlassung. Er vertritt seine Mitglieder auch kostenlos bei arbeitsrechtlichen Prozessen. Über eine eigene Treuhand GmbH ermöglicht der Verband seinen Mitgliedern Spezialtarife bei einer Vielzahl von Versicherungen. Mitglieder des Marburger Bundes können auch Beratungen bei speziellen Verträgen (etwa Teamarztverträgen oder Chefarztverträgen) beanspruchen. Sie erhalten außerdem regelmäßig eine Verbandszeitung und können vielfältige weitere Informationsangebote und spezielle Seminare in Anspruch nehmen. Der Marburger Bund erweist sich auch in den aktuellen wirtschaftlichen Krisenzeiten als außerordentlich erfolgreich bei der Mitgliederwerbung. Seit 1994 konnten trotz der zunehmenden Konkurrenz durch Facharztverbände jährlich Mitgliedergewinne

zwischen 1,5 und 6,0 Prozent erreicht werden. Mit einem heutigen Organisationsgrad von nahezu 44 Prozent kann er für andere Verbände und auch die DGB-Gewerkschaften hinsichtlich der Mitgliederrekrutierung als Vorbild dienen (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Mitgliederentwicklung des Marburger Bundes**

<b>Jahr</b>	<b>Mitglieder insgesamt</b>	<b>Veränderung gegenüber Vorjahr absolut</b>	<b>in %</b>	<b>Organisationsgrad in %</b>	<b>Anteil weiblicher Mitglieder in %</b>
1994	55.042	+ 859	+ 1,6	41,5	34,8
1995	56.598	+ 1.556	+ 2,7	40,8	36,0
1996	57.439	+ 841	+ 1,5	39,7	36,0
1997	59.094	+ 1.655	+ 2,9	39,2	36,4
1998	62.598	+ 3.504	+ 5,9	38,7	37,2
1999	65.511	+ 2.913	+ 4,4	40,2	37,9
2000	68.038	+ 2.527	+ 3,9	40,3	39,2
2001	69.542	+ 1.504	+ 2,2	40,8	41,0
2002	73.411	+ 3.869	+ 5,6	42,0	41,0
2003	77.850	+ 4.439	+ 6,0	42,4	42,1
2004	79.887	+ 2.037	+ 2,6	43,7	43,6

Quelle: Telefax des Marburger Bundes vom 3. Juni 2004

Neben dem Marburger Bund tritt vor allem der bereits 1900 als Leipziger Verband gegründete Hartmannbund regelmäßig mit Stellungnahmen zur Gesundheitspolitik in Erscheinung. Der Hartmannbund steht zwar formell allen Arztgruppen offen, ist primär aber ein Verband der niedergelassenen Mediziner. Angestellte Ärzte machen nur etwa ein Drittel seiner knapp 40.000 individuellen Mitglieder aus. Neben individuellen Mitgliedern organisiert der Hartmannbund auch sechs kleinere Ärzteverbände als korporative Mitglieder, so dass er selbst seine Mitgliederzahl mit 60.000 angibt. Diese Zahl ist aber ungenau, da mögliche Doppelmitgliedschaften bei den Mitgliedsverbänden und dem Hartmannbund zu doppelter Zählung führen können. Die Mitgliederentwicklung des Hartmannbundes ist in den letzten Jahrzehnten schwankend. Der Organisationsgrad unter allen berufstätigen Ärzten nahm in den Anfangsjahren der Bundesrepublik zunächst von 29,3 % (1950) auf 20,5 % (1960) ab, um dann bis 1975 wieder auf 26,8 % (1975) zu steigen. Nach erneuten Rückgängen in den 1980er und Ende der 1990er Jahre beträgt der Organisationsgrad heute ca. 20 %. Die absoluten Mitgliederzahlen sind zunächst kontinuierlich gestiegen, in den letzten Jahren aber weitgehend konstant. Auch der Hartmannbund nutzt spezielle materielle selektive Anreize für eine Werbung neuer Mitglieder. Er verfügt über eine Vielzahl von Spezialverträgen mit unterschiedlichen Versicherungsunternehmen, um seinen Mitgliedern hier Sonderkonditionen anbieten zu können. Außerdem bestehen für Praxisfinanzierungen spezielle Kreditangebote. Neben einer speziellen Software für die Praxis von Mitgliedern wird auch noch mit einigen kleineren Angeboten durch spezielle Vertragsbeziehungen mit ausgewählten Unternehmen geworben (unter anderem Kreditkarten, Mietwagen, Mobiltelefone, Reisen). Bis 1985 war die Mitgliedschaft im Hartmannbund für Mitglieder des Marburger Bundes beitragsfrei. Noch heute werden bestimmte Doppelmitgliedschaften mit Beitragsermäßigungen gefördert (vgl. Groser 1992: 96-98; Hartmannbund 2003: 20-22 und eigene Berechnungen).

An dritter Stelle der traditionsreichen großen Ärzteverbände steht der NAV-Virchow-Bund mit gut 20.000 Mitgliedern. Er konnte zwar seine absoluten Mitgliederzahlen in den letzten Jahren geringfügig steigern, gleichzeitig ist der Organisationsgrad aber gesunken. Der Bund ist 1990 aus einer Fusion zwischen dem 1949 gegründeten westdeutschen Verband der

niedergelassenen Nichtkassenärzte (seit 1957 Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV) und dem am 3. Februar 1990 in der DDR gegründeten Rudolf-Virchow-Bund ostdeutscher Ärzte entstanden. Er steht heute allen Facharztgruppen offen und richtet sich faktisch an ein ähnliches Klientel wie der Hartmannbund. Auch der NAV-Virchow-Bund bietet ein differenziertes Angebot an Informations- und Beratungsleistungen sowie kostengünstige Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung. Insgesamt sind die konkreten materiellen Anreize aber deutlich geringer als beim Hartmannbund und insbesondere beim Marburger Bund.

Neben den für alle Mediziner offen stehenden Verbänden findet sich eine zunehmende Zahl von Verbänden für spezielle Arztgruppen. Auf der einen Seite steht hier der 1960 gegründete Deutsche Hausärzteverband (bis 2002 Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, BDA) mit 23.000 Mitgliedern. Der Hausärzteverband hat in den letzten Jahren deutlich an politischem Einfluss gewonnen und wird vor allem von der rot-grünen Bundesregierung als wichtiger Ansprechpartner genutzt. Ihm stehen in der innerärztlichen Auseinandersetzung die Facharztverbände entgegen. An erster Stelle ist die 1959 gegründete Berufsvereinigung Deutscher Internisten (BDI) zu nennen, die nach eigener Darstellung mit 26.000 Mitgliedern Europas größter Facharztverband ist. Verschiedene andere Facharztverbände mit mehreren Tausend Mitgliedern wurden vor allem in den 1960er Jahren gegründet. Dazu gehören etwa der Berufsverband Deutscher Chirurgen und der Bundesverband Deutscher Anästhesisten mit jeweils 14.000 Mitgliedern. Grundsätzlich zeigt sich eine Tendenz, dass später gegründete Verbände meist speziellere Arztgruppen ansprechen und üblicherweise auch deutlich weniger Mitglieder haben. Beispiele dafür sind etwa der Bund niedergelassener Kardiologen (Gründungsjahr 1979) mit ca. 1000 Mitgliedern und der Bundesverband für ambulante Arthroskopie (1989, 200 Mitglieder).<sup>2</sup> Ursprünglich waren die wichtigsten Aufgaben der Facharztverbände die Fortbildung und Beratung ihrer Klientel (vgl. Alber 1992: 73). Heute gewinnt die nach innen gerichtete Vertretung der eigenen Gruppeninteressen bei den innerärztlichen Verteilungskämpfen zunehmend an Bedeutung (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2003: 112).

Eine ideologische Sonderstellung innerhalb der fast ausschließlich liberal-konservativ orientierten Ärzteverbände nimmt der 1986 gegründete Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) ein. Der VDÄÄ mit seinen wenigen hundert Mitgliedern sieht sich nicht als ärztlicher Klientelverband, sondern strebt auf Basis links-alternativer Überzeugungen verbesserte Qualitätskontrollen im Gesundheitswesen an (vgl. Wagner 2003).

Die dargestellten Mitgliederentwicklungen der Ärzteverbände verweisen im Hinblick auf die Frage nach einem Erhalt der ärztlichen Vetomacht in der Gesundheitspolitik auf unterschiedliche Entwicklungen, die im wesentlichen drei Tendenzen bei der Entwicklung der Arztzahlen widerspiegeln: Erstens steigen die absoluten Mitgliederzahlen der Verbände aufgrund der steigenden Arztzahlen. Diese haben sich bereits zur Zeit der „alten“ Bundesrepublik von ca. 70.000 auf über 200.000 in vierzig Jahren mehr als verdoppelt. Heute gibt es ca. 300.000 berufstätige Ärzte und über 80.000 Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit in Deutschland. Zweitens ist der Anteil der Krankenhausärzte kontinuierlich auf mittlerweile ca. 50 Prozent gestiegen. Diese Entwicklung erklärt den relativen Bedeutungsgewinn des Marburger Bundes als wichtigster Interessenvertretung der Krankenhausärzte. Drittens ist der Anteil der Hausärzte auf 37,4 Prozent (2001) gesunken (vgl. Alber 1992: 69-70; KBV 2002: 11; KBV 2003: 33). Diese Verschiebung trägt dazu bei, die Neugründungen und den politischen Bedeutungsgewinn der Facharztverbände zu erklären.

Insgesamt hat sich die Konfliktfähigkeit der Ärzte in den letzten Jahren reduziert. So erschwert die verstärkte Konkurrenz zwischen den Ärzteverbänden und mit anderen Berufsgruppen um Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen die Umsetzung

---

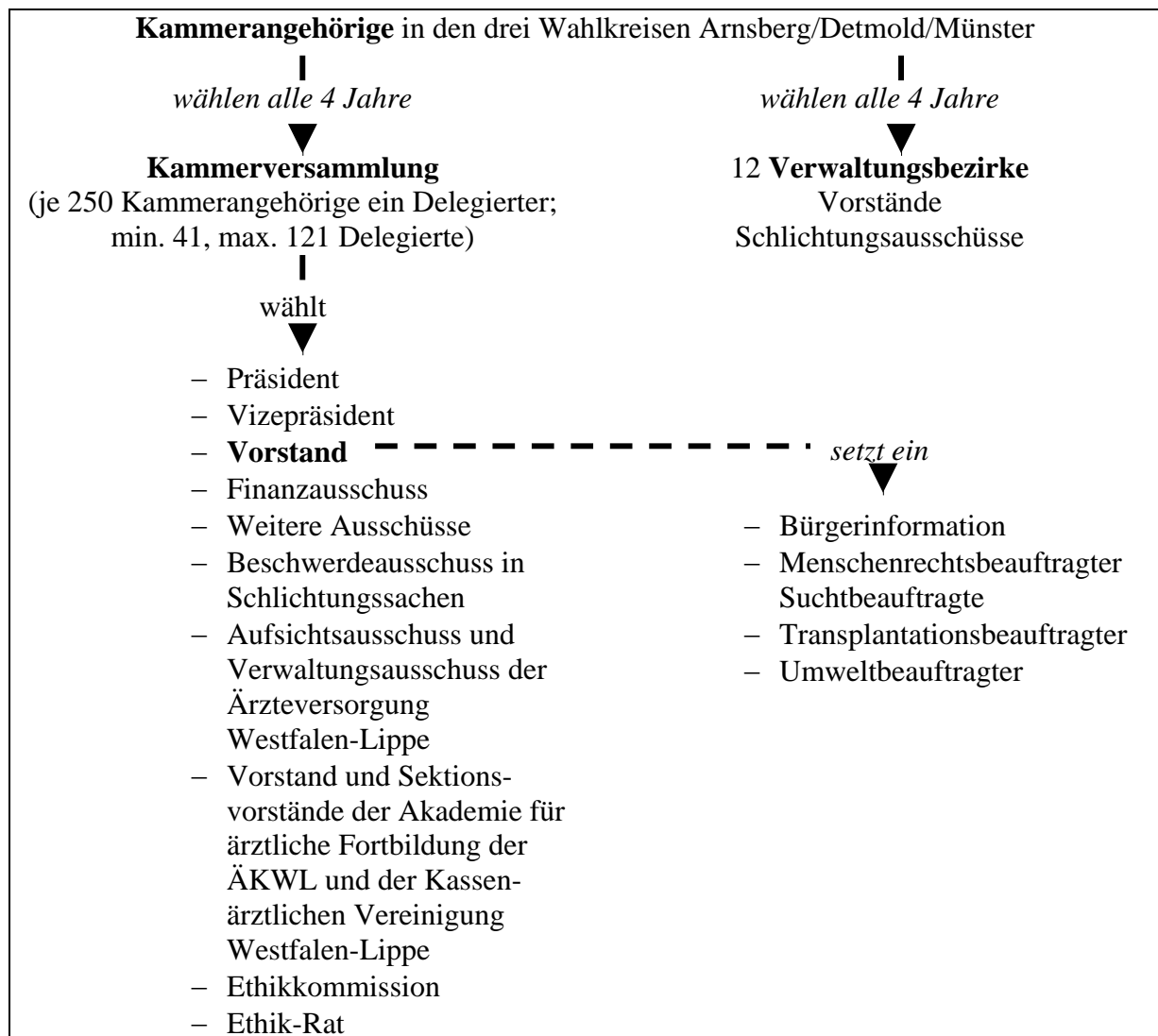
<sup>2</sup> Gründungsdaten und Mitgliederzahlen sind jeweils den Selbstdarstellungen auf den Internetseiten der genannten Verbände und der Verbändeliste des deutschen Bundestags (2002) entnommen.

radikaler Strategien. Ärztliche Lobbyisten werden nicht länger als die einzigen Fachexperten in der Gesundheitspolitik wahrgenommen, sondern sehen sich in einem zunehmend pluralistischen Umfeld der Konkurrenz anderer Berufsgruppen ausgesetzt. Negativ für die Ärzteverbände wirken sich auch die Stärkung der Kassenverbände und der öffentliche Druck auf die Gesundheitsausgaben aus (vgl. Bandelow 2004). Die Ärzteverbände stellen somit immer noch eine zentrale, aber nicht mehr unüberwindbare Interessengruppe im Gesundheitswesen dar. Angesichts der Pluralisierung der verbandlichen Organisationsstrukturen und ärztlichen Interessen stellt sich die Frage, ob auch im Verhältnis zwischen Mitgliedern und Verbandsspitzen Machtverschiebungen zu beobachten sind.

### **3. Innerverbandliche Strukturen**

Ärzteverbände gelten nicht nur als besonders einflussreiche, sondern auch als intern streng hierarchisch organisierte Verbände. Im Folgenden soll die Machtverteilung zwischen Mitgliedern und Verbandsspitzen der Körperschaften und freien Verbände untersucht werden. Die Strukturen der Ärztekammern werden weitgehend rechtlich vorgegeben. Übersicht 1 zeigt die wichtigsten Organe am Beispiel der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die Hauptkompetenzen liegen beim Vorstand und bei den verschiedenen Ausschüssen. Die Ausschüsse übernehmen vor allem die nach innen gerichteten Kontroll- und Schlichtungsaufgaben gegenüber den Ärzten, während der Vorstand auch nach außen gerichtete Aufgaben übernimmt. Alle wichtigen Organe werden direkt von der Kammerversammlung legitimiert, die auch die Vertreter für den Deutschen Ärztetag, die Hauptversammlung der Bundesärztekammer (BÄK), wählt. Der jeweilige Anteil der einzelnen Kammern an den 250 Abgeordneten des Deutschen Ärztetags richtet sich nach der jeweiligen Mitgliederzahl, wobei jede Kammer mindestens zwei Sitze erhält. Der Ärztetag wählt für jeweils vier Jahre den Präsidenten, zwei Vizepräsidenten und zwei weitere Mitglieder des Vorstands. Außerdem gehören die 17 Präsidenten der Landesärztekammern dem Vorstand der BÄK an. Auch in der BÄK wird die Hauptarbeit von speziellen Ausschüssen geleistet, während die Außenvertretung vor allem beim Präsidenten liegt. Im Gegensatz zu den Kammerversammlungen ist der Ärztetag aber kein dauerhaftes Kontrollgremium. Sowohl die Ausschüsse als auch die politische Spitze des Verbandes lassen sich daher nur schwer durch die Mitglieder kontrollieren. Zudem wird die innerorganisatorische Willensbildung von Spitzenfunktionären der freien Verbände dominiert. Auf der anderen Seite verfügen die Verbandsspitzen über die staatlich zugewiesenen Aufsichts- und Sanktionsinstrumente gegenüber ihren Mitgliedern. Es handelt sich somit um formal demokratische Organisationen, bei denen aber die Kontrollmöglichkeiten der einzelnen Mitglieder aufgrund der mehrstufigen Delegationsstrukturen, der geringen Transparenz der Entscheidungsstrukturen in wichtigen Gremien und der großen Machtfülle der Spitzenfunktionäre eingeschränkt sind. Daher können die Ärztekammern nach wie vor als besonders hierarchische Organisationen bezeichnet werden.

## Übersicht 1: Organigramm der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)



Quelle: <http://www.aekwl.de/public/portrait/doc04.htm>

Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechen grundsätzlich denen der Landesärztekammern. Nach § 80 SGB V werden die Vertreterversammlungen für jeweils vier Jahre in unmittelbarer und geheimer Wahl von den Mitgliedern gewählt. Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen für vier Jahre einen Vorstand, der die Geschäfte führt. Außerdem wählen die Vertreterversammlungen ihre jeweiligen Mitglieder für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Vorstand der Bundesvereinigung wird teilweise von der Vertreterversammlung gewählt (8 Mitglieder). Außerdem gehören ihm die Vorsitzenden der 23 Landesvereinigungen an. Die Kassenärztlichen Landesvereinigungen agieren in ihrem Zuständigkeitsbereich autonom. Sie geben sich eigene Satzungen, in denen in unterschiedlichem Maß Aufgaben und Macht an die Vorstände übertragen werden.

Im Vergleich zur Bundesärztekammer mit seinem in politischen Fragen relativ autonomen Vorstand finden sich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeprägtere Strukturen der internen Gewaltenteilung. Dies hat mit den wirtschaftlichen Aufgaben der Vereinigungen zu tun, die unmittelbar auf einen Ausgleich zwischen den Interessen verschiedener Arztgruppen zielen. Die formalen Machtverteilungen zwischen Vorstand und Mitgliedern der

Kassenärztlichen Vereinigungen wurden durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) ab 2004 in einigen Punkten modifiziert. Es führte unter anderem hauptamtliche Vorstände ein. Diese erhalten zusätzliche Kompetenzen (etwa die Alleinverantwortung für die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen), können aber auf der anderen Seite durch die Vertreterversammlungen überwacht werden. Die Reform zielt eher auf eine Stärkung der Handlungsfähigkeit der Vorstände als auf eine Stärkung der demokratischen Mitwirkungsmöglichkeiten der Mitglieder.

Ähnlich wie die Körperschaften verfügen auch die großen freien Ärzteverbände oberhalb der Bezirksgruppen über relativ eigenständige Landesverbände. Diese wiederum entsenden Delegierte zu einer Bundeshauptversammlung, die den Bundesvorstand bestimmt. Der Bundesvorstand vertritt die Verbandsinteressen gegenüber der Bundespolitik, wobei er jedoch von Fachausschüssen und den Vorständen der Landesverbände unterstützt wird. Im Gegensatz zu den Körperschaften verfügen die Facharztverbände aber über relativ homogene Mitgliedschaften, bei denen auch die Interessenkonflikte zwischen Mitgliedern und Vorstand eher gering sind. Dies gilt insbesondere für die jüngeren und kleineren Gruppierungen. Dagegen muss der Hartmannbund intern ähnliche Konflikte zwischen Haus- und Fachärzten bewältigen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der heutige Hartmannbund ist die Nachfolgeorganisation eines historischen Verbandes, der bis 1931 faktisch die heutigen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen mit übernommen hatte. Daraus resultierend entwickelte er zunächst die hierarchischen Strukturen einer Körperschaft (vgl. Groser 1992: 52-67, 107-109). Der Vorstand des heutigen Hartmannbunds verfügt aber nicht mehr über staatlich zugewiesene Sanktionsinstrumente und ist zudem auf die Werbung freiwilliger Mitglieder angewiesen. Die aktuelle Organisationsstruktur des Verbandes ist der Versuch, die damit verbundenen Anforderungen zu bewältigen ohne die Handlungsfähigkeit des Vorstandes substantiell einzuschränken. So verfügt der Hartmannbund gegenwärtig über jeweils fünf Arbeitskreise und Ausschüsse. Die internen Untergliederungen vermeiden die Abbildung des zentralen Konflikts zwischen Haus- und Fachärzten. Die jeweiligen Ausschüsse etwa für Medizinstudenten oder Senioren dienen eher der Mitgliederrekrutierung in diesen speziellen Segmenten und weniger der Vertretung von Spezialinteressen gegenüber dem Vorstand.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass bis heute alle Typen der Ärzteverbände durch eine besondere Zentralisierung der innerverbandlichen Machtverteilung geprägt sind. Diese ist entweder durch die körperschaftliche Verfasstheit, durch die Homogenität der Mitglieder oder durch historische Traditionen bedingt. Die hierarchischen Strukturen spiegeln sich unter anderem in den Wahlbeteiligungen zu den Vertreterversammlungen der Ärztekammer wider. Diese übersteigen nur bei älteren Ärzten 50 Prozent. Bei den jüngeren Ärzten nehmen dagegen nur noch gut ein Drittel an den Wahlen teil (vgl. Diefenbach et al. 2003; Landesärztekammer Hessen 2004: 5). Zudem liegt die Wahlbeteiligung bei Krankenhausärzten deutlich unter der Beteiligung niedergelassener Ärzte. Dabei sinken die Wahlbeteiligungen vor allem bei den Ärztekammern. Dennoch geben die Wahlergebnisse wichtige Hinweise auf die Kräfteverhältnisse zwischen den freien Ärzteverbänden.

#### **4. Wahlergebnisse zu den Vertreterversammlungen der ärztlichen Körperschaften**

Das Verhältnis zwischen den Ärzteverbänden ist durch eine Mischung von Konkurrenz und Kooperation geprägt, dessen Grundgedanken Manfred Groser treffend mit dem Motto „Getrennt marschieren, vereint schlagen!“ (Groser 1992: 119) zusammengefasst hat. Dabei lassen sich wechselnde Bündnisse und Gegnerschaften zwischen den Verbänden erkennen. Ein wichtiges Element des Verhältnisses zwischen den Verbänden sind die Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Körperschaften, bei denen die Ärzteverbände teilweise eine

Rolle einnehmen, die der von Parteien im politischen System entspricht. Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen der Wahlergebnisse zu den Vertreterversammlungen der Körperschaften dargestellt. Es steht die Frage im Mittelpunkt, ob und inwiefern sich die in den Abschnitten 3 und 4 dargestellten Machtverschiebungen zwischen den Ärztesgruppen auch bei den Ärzteswahlen manifestieren.

Die für eine Analyse der Kräfteverhältnisse zwischen den Verbänden interessantesten Ärzteswahlen sind die Kammerwahlen, da hier alle Ärzte wahlberechtigt sind und die Verbände meist mit eigenen Listen antreten. Bei den Kammerwahlen dominieren entsprechend der Mitgliederentwicklung der Verbände vor allem der Marburger Bund und die Listen von Fach- und Hausärzten. Der Marburger Bund als größter deutscher Ärztesverband stellt üblicherweise den Vorsitzenden der Bundesärzteskammer. Dies gilt auch für den aktuellen Präsidenten der BÄK, Jörg-Dietrich Hoppe, der von 1979 bis 1989 Vorsitzender des Marburger Bundes war und seitdem dessen Ehrenvorsitzender auf Lebenszeit ist (vgl. Henke 2001). Der Marburger Bund hat in den letzten Jahren seine führende Position in vielen Kammern noch ausbauen können. Die oppositionellen Ärzteslisten haben dagegen oft Stimmen verloren. Auch der Hartmannbund musste bei Kammerwahlen der letzten Jahre Stimmen einbüßen. Er ist aber vor allem in Ostdeutschland noch relativ stark.

Die Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von den Kammerwahlen. Zunächst ist die Wahlbeteiligung in der Regel deutlich höher. Das überrascht nicht, da auch bei den Kammerwahlen die Beteiligung der Vertragsärzte überdurchschnittlich ist und die Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Einkommen aller Wahlberechtigter hoch ist. Der Marburger Bund als Verband der angestellten Ärzte spielt bei den KV-Wahlen keine Rolle. Das Wahlverhalten bei den Vereinigungen spiegelt zunehmend die ökonomischen Interessen der Betroffenen wider. Im Gegensatz zu den Kammerwahlen fehlen ideologische Konfliktlinien fast ganz. Daher unterscheiden sich die Wahlergebnisse der Regionen oft auch beträchtlich je nach regionaler organisatorischer Bewältigung der Konflikte zwischen den Ärztesgruppen. Die Ärztesverbände treten in der Regel nicht explizit mit eigenen Listen an. Dennoch stehen meist Vertreter der verschiedenen Verbände hinter den Listen. Vor allem der Hartmannbund ist als führender Verband der niedergelassenen Ärzte personell eng mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden. Über die Hälfte der Mitglieder des aktuellen KBV-Vorstands ist Mitglied im Hartmannbund und auch die übrigen Vorstandsmitglieder stehen inhaltlich dem Hartmannbund nahe (vgl. Hartmannbund 2001).

Die Tendenzen der Ärzteswahlen bestätigen die Entwicklungen der Mitgliederzahlen und der internen Organisationsstrukturen. Auch bei den Ärzteswahlen lässt sich eine Pluralisierung der Ärztesinteressen vor allem im Hinblick auf den Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten feststellen. Die Wahlergebnisse verdeutlichen zudem die steigende Bedeutung des Generationskonflikts für die innerärztliche Willensbildung sowie die immer noch geringe Rolle „linker“ Gruppierungen innerhalb der Ärzteschaft. Diese anhaltende liberal-konservative Grundausrichtung wird auch bei der folgenden Analyse der inhaltlichen Positionen deutlich.

## **5. Inhaltliche Positionen und politische Strategien**

Auf den ersten Blick handelt es sich bei der deutschen Ärzteschaft um eine relativ homogene Gruppe mit einheitlichem Bildungshintergrund, relativ starker ideologischer Kohärenz vor dem Hintergrund liberal-konservativer Weltbilder und ähnlicher Interessenlage. Dennoch verweist der zunehmende Pluralismus der Ärztesverbände auch auf Konflikte und unterschiedliche Strategien. In einem 1989 bis 1991 von der Bertelsmann-Stiftung geförderten Projekt wurden die Strategien des Hartmannbundes und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf das Ausmaß der Gemeinwohlorientierung untersucht (vgl. Groser 1992;

Webber 1992). Inwiefern kann der damalige Befund einer bestenfalls strategischen Orientierung vor allem des Hartmannbundes am Gemeinwohl auch heute noch zur Erklärung der Strategien der Ärzteverbände beitragen? Um diese Frage zu beantworten, werden zunächst die inhaltlichen Positionen der Verbände dargestellt und anschließend ausgewählte Hinweise auf Strategieänderungen zu diskutiert.

Inhaltlich lassen sich die Ziele und Strategien der Verbände auf einem Kontinuum einordnen, an dessen „rechten“ Rand die Befürworter radikaler Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen stehen. Hierzu gehören viele Chef- und Facharztgruppen und vor allem der Hartmannbund sowie mittlerweile auch der NAV-Virchow-Bund. Die radikalsten Vertreter dieser Verbände streben einen Systemwechsel zu einem kapitalgedeckten Gesundheitssystem an, bei dem sich die solidarische Absicherung bestenfalls auf eine Grundsicherung beschränken dürfe. Der Hartmannbund sieht sich einerseits als bewusste Vertretung von Partikularinteressen der Ärzteschaft in Ergänzung zu den stärker Gemeinwohl gebundenen Körperschaften. Wie schon in den 1960er Jahren steht für Verband auch heute noch das Postulat der Freiberuflichkeit im Mittelpunkt der politischen Stellungnahmen. Ergänzt wird diese alte Forderung in den vom Gesamtvorstand am 29. März 2003 beschlossenen politischen Eckpunkten von einem Teamarztmodell, mit dem der Hartmannbund den Wettbewerb im Gesundheitswesen erweitern und die Bedeutung von privat finanzierten Leistungen und Eigenhalten der Versicherten erhöhen will (vgl. Hartmannbund 2003: 7-9).

Auch die Ziele des NAV-Virchow-Bundes entsprechen dieser Mischung aus konservativ-liberalem Weltbild und offener Klientelpolitik (vgl. Übersicht 2). In seinen Forderungen für eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt sich der NAV-Virchow-Bund für das Konzept der „Kopfprämie“ zur Finanzierung der Krankenversicherung und einen Abbau von Solidarausgleichen innerhalb der GKV ein. Gesetzliche Krankenversicherungen sollten in einen „echten Wettbewerb“ mit der privaten Krankenversicherung treten (vgl. NAV-Virchow-Bund 2003: 32-33).

Die gesundheitspolitischen Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind moderater. So wird eine Ausweitung der Finanzierungsgrundlage der Krankenkassen mit Forderungen nach einem Erhalt eigener Kompetenzen und nach mehr Wettbewerb und weniger Bürokratie verbunden. Einen radikalen Systemwechsel fordert die Körperschaft aber nicht.

## Übersicht 2: Ausgewählte Positionen der Ärzteverbände

### **Bundesärztekammer**

„Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Stand entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall, ausgestattet sein...“

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung**

„Die Kassenärzte erwarten, dass sie ihre Patienten ... auf der Grundlage eines durch freie Arztwahl geprägten Vertrauensverhältnisses medizinisch betreuen können... Um diesen Anspruch in einer solidarisch finanzierten sozialen Krankenversicherung langfristig gewährleisten zu können, bedarf es aus Sicht der Kassenärzte eines Bündels von Maßnahmen. Dazu gehören insbesondere: eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage..., die konsequente Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen...“

### **Marburger Bund**

„Der Marburger Bund fordert unbefristete Arbeitsverträge für Ärztinnen und Ärzte... Der Marburger Bund fordert die Einführung von Frauenförderplänen, die Schaffung neuer Stellen durch Abbau von Überstunden und sonstiger Mehrarbeit... Der Marburger Bund hat vor dem Bundesverfassungsgericht die Niederlassungsfreiheit als Kassenarzt erkämpft...“

### **Hartmannbund**

„Für den Hartmannbund gelten die Grundsätze von Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität. Angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung ist mehr Selbstverantwortung des Einzelnen einzufordern, um die notwendige Solidarität im Kernbereich erhalten zu können. Ein unverzichtbarer Grundsatz ist für uns die freie und unabhängige Berufsausübung von Ärzten in Klinik und Praxis... Der Hartmannbund steht satzungsgemäß für Vertragsfreiheit, freie Niederlassung, freie Arztwahl sowie für eine gerechte und angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen.“

### **Berufsvereinigung Deutscher Internisten**

„... BDI hält es für kontraproduktiv, Hausärzte in der KV zu belassen und Fachärzte den Kassen auszuliefern...“

### **Deutscher Hausärzteverband**

„... Hausärzte brauchen und fordern zur Gewährleistung einer konfliktfreieren Kooperation mit der fachärztlichen Versorgungsebene ein eigenes Verhandlungsmandat über eine Hausarzt-KV...“

### **NAV-Virchow-Bund**

„Die Pflichtversicherung wird ersetzt durch eine Pflicht zur Versicherung... Innerhalb der Kassen besteht Kontrahierungszwang für die Grundversicherung... Die einheitliche Grundversicherung wird über eine Kopfprämie pro Einwohner der Bundesrepublik Deutschland finanziert... Der derzeitige Anteil der Arbeitgeber wird auf sechs Prozent begrenzt und mit dem Lohn steuerneutral ausbezahlt... Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wird das Sachleistungssystem durch Kostenerstattung abgelöst...“

### **VDÄ**

„(...) Eine wirkliche strukturelle Reform müsste die Finanzierung langfristig auf eine solide Grundlage stellen und die Qualität der medizinischen Versorgung zur obersten Behandlungsprämisse erklären. Der medizinische Bedarf darf nicht länger vom Leistungsangebot abhängig sein, Qualität und Wirtschaftlichkeit dürfen sich nicht länger ausschließen!

Die Finanzierung des Gesundheitswesens muss durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze unter Einbeziehung aller Einkommensgruppen auf eine breite Basis gestellt werden. Anders als die Bundesärztekammer sehen wir die Bürgerversicherung als einzigen Ausweg aus dem momentanen sozialen Ungleichgewicht der Krankenversicherung!“

Quellen: Aktuelle Stellungnahmen und Grundsatzprogramme der Verbände<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Quellen: [http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107\\_DAET/03Beschluss/Beschluesse107.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107_DAET/03Beschluss/Beschluesse107.pdf),  
<http://www.kbv.de/2989.htm>, <http://www.marburgerbund.de/bundesverband/wirstellenunsvor/unsereziele/index.htm>,  
[http://www.hartmannbund.de/03\\_bundesverband/hb\\_politik/azphp?eins=H&zwei=Hartmannbund-Forderungen&action=teil](http://www.hartmannbund.de/03_bundesverband/hb_politik/azphp?eins=H&zwei=Hartmannbund-Forderungen&action=teil),  
[http://www.bdi.de/bdi/utlpdf\\_view.jsp?pdf=/bdi/content/040/010/misc/pr240203.pdf](http://www.bdi.de/bdi/utlpdf_view.jsp?pdf=/bdi/content/040/010/misc/pr240203.pdf),  
<http://www.hausaerzteverband.de/public/010/grundsatzprogramm.html>, <http://www.nav->

Der Marburger Bund und dessen Vertreter an der Spitze der Bundesärztekammer möchten dagegen die Grundlagen des bestehenden Gesundheitssystems erhalten. Die Facharztverbände wiederum orientieren ihre Ziele weniger an allgemeinen ideologischen Leitbildern, sondern am konkreten materiellen Nutzen ihrer Klientel. Den „linken“ Rand des Kontinuums bilden die Kritiker der Pharmamedizin und Befürworter eines solidarorientierten Gesundheitswesens im kleinen VDÄÄ.

Die jeweiligen inhaltlichen Ziele prägen auch weitgehend die politischen Bündnispartner.<sup>4</sup> Grundsätzlich stehen die Ärzteverbände nach wie vor überwiegend der FDP und den Unionsparteien nahe. Dies gilt insbesondere für den Hartmannbund, die meisten Facharztverbände und mittlerweile auch den NAV-Virchow-Bund. Allerdings ist die Verbindung der Verbände zu staatlichen Akteuren nicht so eng wie in den frühen Jahren der Bundesrepublik. In den 1960er Jahren waren die Funktionäre der Ärzteverbände als Ratgeber für eine zunächst wenig durchorganisierte Honoratiorenpartei CDU bei der Vorbereitung und Durchsetzung geplanter Reformen weitgehend unverzichtbar. Heute verfügen auch andere gesundheitspolitische Interessengruppen über institutionalisierte Zugänge zu den politischen Entscheidungsprozessen (vgl. Döhler/Manow 1997: 45-57). Die Ärzteverbände sind daher gezwungen, sich nicht nur gegenüber konkurrierenden anderen Ärzteverbänden sondern auch gegenüber anderen Interessengruppen zu behaupten. Dies stellt nicht nur die Körperschaften sondern auch die freien Verbände zunehmend vor die Notwendigkeit, bei der Formulierung eigener Positionen auch übergeordnete Interessen (die dann als „Gemeinwohl“ gesehen werden können) zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zu Union und FDP finden die SPD, Bündnis 90/Die Grünen und PDS nur wenige Bündnispartner unter den Ärzteverbänden. Selbst der gemäßigte Marburger Bund tendiert in vielen Fragen zur Unterstützung der bürgerlichen Parteien. Unter den großen Ärzteverbänden ist am ehesten der Hausarztverband offen bei der Suche nach Unterstützung für die eigenen Ziele bei den verschiedenen parteipolitischen Lagern. Da die rot-grüne Bundesregierung eine Stärkung des hausärztlichen Bereichs anstrebt, steht der Hausärzteverband den Regierungsparteien weit weniger feindlich gegenüber als andere Ärzteverbände.

Im Binnenverhältnis der Ärzteverbände lassen sich wechselnde Bündnisse und Strategien konstatieren. Herkömmliche dichotome Klassifikationen der Ärzteverbände und ihrer politischen Strategien sind daher wenig aussagekräftig. Angesichts der Gleichzeitigkeit ideologischer und materieller Konfliktlinien in der Ärzteschaft erscheint es etwa problematisch, die Strategien der Ärzteverbände anhand der Kriterien „gemeinwohlorientiert“ versus „eigeninteressiert“ einzuordnen. Vielmehr existieren heute fünf idealtypische Strategien der Ärzteverbände: Die dominante Strategie der übergreifenden freien Verbände (Hartmannbund und NAV-Virchow-Bund) ist unter anderem geprägt durch ein konservativ-liberales Weltbild, das vor allem die Positionen zu allgemeinen gesundheitspolitischen Fragen bestimmt. Neben dieser ideologischen Ausrichtung ist für die genannten Verbände auch das materielle Interesse ihrer Mitglieder eine strategische Grundlage. Diese Grundlage prägt vor allem die Position bei Honorarverteilungsfragen. Für die Strategien der Facharztverbände ist diese zweite Strategie fast allein ausschlaggebend. Eine für die großen Verbände seltener ausschlaggebende Strategie ist die Gemeinwohlorientierung. Vor allem der VDÄÄ orientiert sich nicht an den Interessen seiner Mitglieder sondern eher an den Interessen sozial schwacher Gesellschaftsschichten. Während bei dem kleinen linken Ärzteverein diese Gemeinwohlorientierung ideologisch begründet ist, wird sie von anderen Ärzteverbänden und vor allem den Körperschaften eher strategisch verwendet, indem Gemeinwohlaspekte mit den

---

virchowbund.de/index.php?topid=1&groupid=4&subgroupid=58&contend=237,  
<http://www.vdaae.de/vdaae/presse.htm>, jeweils abgerufen am 12. September 2004.

<sup>4</sup> Vgl. allgemein zu den Beziehungen zwischen Verbänden und Parteien die Beiträge von Schiller und Weißels in diesem Band.

Interessen der eigenen Klientel gleichgesetzt werden. Bei allen freien Verbänden lässt sich als vierte Grundlage der Gewinn und Erhalt von Mitgliedern feststellen. Diese Strategie erklärt vor allem öffentlichkeitswirksame Auftritte der Verbandsspitzen im Interesse einzelner Segmente jüngerer Mitglieder (etwa das Eintreten des Hartmannbundes für die Abschaffung des „Arzt im Praktikum“). Die fünfte Grundlage ist der Erhalt der eigenen verbandlichen Existenz und der Erhalt und Ausbau von Verbandskompetenzen. Vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen orientieren ihre Politik primär an diesem institutionellen Verbandsziel. Berücksichtigt man diese Vielfalt der strategischen Orientierungen von Ärzteverbänden, dann erscheint es angemessen, für die Erfassung der neueren verbandlichen Entwicklungen neben den etablierten Konzepten der Verbandsforschung auch „weichere“ analytische Werkzeuge zu berücksichtigen. So bieten die neuere Policy-Forschung, die Organisationsforschung und auch die Internationalen Beziehungen ideenbezogene Ansätze, die eine systematische Erfassung der Bedeutung von Überzeugungen und Denkmustern erlauben (vgl. Maier et al. 2003). Analog zu diesen Ansätzen ließen sich auch in der Verbändeforschung Modelle zur Erfassung von Befunden entwickeln, die jenseits der Erwartungen rationalistischer Ansätze liegen.

## **6. Entwicklungen und Herausforderungen**

Die verschiedenen Entwicklungen stellen einen großen Teil der etablierten Befunde über Ärzteverbände in Frage. Insbesondere die politische Vetomacht ist in den letzten Jahren erodiert. Diese Machtverluste der Ärzteverbände sind kein spezifisch deutsches Phänomen (vgl. Hassenteufel 1997). Sie betreffen aber die deutschen Medizinervereinigungen in unterschiedlichem Ausmaß. Vor allem der Hartmannbund hat bereits seit den 1970er Jahren mit Strukturproblemen zu kämpfen (vgl. Groser 1992: 101). Unter der rot-grünen Bundesregierung müssen zusätzlich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Verlierer gesehen werden. Diese Entwicklung ist Folge und Ausdruck der gesundheitspolitischen Entwicklungen. An die Stelle des klassischen Tauschkorporatismus, bei dem die Vereinigungen durch den Sicherstellungsauftrag und die breite Unterstützung ihrer Klientel der wichtigste Verhandlungspartner geworden waren, sind andere Formen der Einflussnahme getreten. Ärzteverbände können sich nicht länger auf gesicherte Ressourcen stützen, sondern sie müssen versuchen, argumentativ ihre Position in der politischen Auseinandersetzung zu erhalten. Hier zeigt sich der deutliche Unterschied zwischen der Wirkungsweise korporatistischer Tauschsysteme in Phasen wachsender Ressourcen (wie sie bis Mitte der 1970er Jahre vorherrschten) gegenüber der aktuellen Phase der Vermittlung von Kürzungen durch korporatistische Organisationen. Interessanterweise hat aber offenbar gerade dieses steigende Legitimationsproblem der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Stärkung der freien Verbände geführt, die zunehmend von den Ärzten als einzige echte Interessenvertreter wahrgenommen werden. Für die Funktionsweise der Interessenvermittlung im Gesundheitswesen muss die Schwächung der korporatistischen Vereinigungen somit nicht unbedingt zu einem Gewinn staatlicher Steuerungsfähigkeit führen. Die freien Verbände sind deutlich radikaler und gerade die kleinen Facharztverbände sind weniger an eine Gemeinwohrrhetorik gebunden als die Vereinigungen. Zwar sind sie in der gegenwärtigen Phase der Orientierung der Gesundheitspolitik am Managementmodell aus ideologischen Gründen oft eher Befürworter der angestrebten Reformmaßnahmen als deren Gegner. Sie drohen aber bei einer möglichen zukünftigen Durchsetzung veränderter Formen solidarischer Ausgleichs im Gesundheitswesen (etwa durch Einführung der gegenwärtig diskutierten Bürgerversicherung) zu mächtigen und wenig kompromissbereiten Gegnern des Staates zu werden. Das Beispiel der gescheiterten Gesundheitsreform der Clinton-Administration 1993 zeigt, dass auch nicht-korporatistische Ärzteverbände zu wirkungsvollen Blockaden staatlicher Politik fähig sein können.

Für die Durchsetzbarkeit politischer Reformen ist aber nicht mehr allein die Zustimmung der Ärzteverbände, sondern auch die Position anderer Interessengruppen entscheidend. So wurden die Krankenkassen und ihre Verbände mit den jüngsten Gesundheitsreformen gezielt gestärkt. Eine weniger beachtete aber weitaus bedeutsamere Herausforderung stellt für die Ärzteverbände der steigende Einfluss der Arbeitgeberverbände dar. Die Arbeitgeberverbände sind inzwischen zur wichtigsten Interessengruppe im Gesundheitswesen geworden. Die von ihnen seit Jahrzehnten vertretenen Argumentationsmuster beherrschen inzwischen die politische Öffentlichkeit und die Eliten aller führenden Parteien. Für die Ärzteverbände sind die Arbeitgeber in mehrfacher Hinsicht wichtig: Sie sind zunächst über die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen an den korporatistischen Strukturen des Gesundheitswesens beteiligt. Außerdem wirken sie von außen auf die Entwicklung des gesamten finanziellen Spielraums der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Dabei könnten sie zunächst als Gegner der Ärzteverbände gesehen werden, da sie für eine Einfrierung vor allem der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Krankenversicherung eintreten. Oft stimmen die gesundheitspolitischen Modelle der Arbeitgeberverbände aber mit den Positionen der führenden Ärztfunktionäre überein. Beide Seiten streben mehr Wettbewerb und weniger solidarische Absicherung im Gesundheitswesen an.

Die nachlassende relative Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen bewirkt, dass die alten Werkzeuge der korporatismustheoretischen Verbändeforschung für die Analyse der Ärzteverbände an Nutzen verloren haben. Auch die steuerungstheoretische Perspektive der 1980er Jahre kann die Rolle der Ärzteverbände nur begrenzt erfassen, da ein Dualismus zwischen Staat und Interessenverbänden so nicht mehr anzunehmen ist. Die netzwerkanalytische Perspektive der Steuerungstheorie der 1990er Jahre bietet dagegen mögliche Erklärungen. So kann die Nähe der Ärzteverbände zu anderen zentralen Akteuren des gesundheitspolitischen Netzwerks Politikerfolge trotz der Machtverluste der Vereinigungen erklären. Ein vollständiges Bild bietet aber nur eine Ergänzung der netzwerkanalytischen Perspektive durch diskursanalytische Instrumente. Die Nähe und Verbundenheit zwischen den beteiligten staatlichen und verbandlichen Akteuren erklärt zwar die situative Macht oder Ohnmacht der jeweiligen Akteure, kann aber mittelfristige Veränderungen nicht erfassen. Für den dauerhaften Erfolg der Ärzteverbände sind weniger die (nachlassenden) Tauschressourcen relevant als vielmehr die (gegenwärtig steigende) Kompatibilität der Verbandsziele zu den politisch dominierenden Leitbildern.

### **Hinweise auf grundlegende und weiterführende Literatur**

Die bekannteste deutsche Studie zur Rolle von Ärzteverbänden wurde 1967 von Frieder Naschold vorgelegt. Die Arbeit verdeutlicht unter anderem die besondere Orientierung von Ärzteverbänden am Ziel des Stuserhalts als Freiberufler. Naschold beschreibt zudem frühere Einflussmöglichkeiten der Ärzteverbände auf die Politik, die heute in dieser Form nicht mehr vorhanden sind. Die Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Einflussmöglichkeiten (unter anderem) von Ärzteverbänden sind Gegenstand des Buches von Marian Döhler und Philip Manow (1997). Die theoretisch anspruchsvolle Analyse ist allerdings als Einführungstext nur bedingt geeignet.

Einen detaillierten Überblick unter anderem über die inneren Strukturen von Ärzteverbänden bietet die Studie von Manfred Groser (1992). Groser konzentriert sich zwar auf den Hartmannbund, geht aber auch auf das gesamte Umfeld dieses Verbandes ein. Das Buch kann daher auch als übergreifende Einführung in das Thema der Ärzteverbände genutzt werden.

In dem vorliegenden Artikel musste die international vergleichende Perspektive vernachlässigt werden. Hier liegt einerseits ein älterer Sammelband vor, der die besondere Autonomie von Ärzten zum Ausgangspunkt vergleichender Betrachtungen macht (Freddi/Björkman 1989). Die Dissertation von Patrick Hassenteufel (1997) verdeutlicht die

unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Ärzte in Frankreich, Großbritannien und Deutschland. Gleichzeitig zeigt Hassenteufel, wie es in allen drei Ländern im Zuge der Gesundheitsreformen der 1980er und 1990er Jahre zu einem analogen Machtverlust der Ärzte gekommen ist.

## Literatur

- Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Bandelow, Nils C., 1998: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich.
- Bandelow, Nils C., 2004: Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung 37/2, S. 49-63.
- Bundesärztekammer, 2004: BÄK im Überblick, <http://www.bundesaerztekammer.de>, abgerufen am 6. September 2004.
- Freddi, Giorgio/Björkman, James Warner (eds.), 1989: Controlling Medical Professionals. London et al.: Sage.
- Henke, Rudolf, 2001: 111 Stimmen für Prof. Hoppe, <http://www.marburgerbund.de/nrwhld/landesverbandaktuell/texte/henke0601.html>, abgerufen am 6. September 2004.
- Diefenbach, Verena/Kögler, Bernd/Klug, Winfried/Köhler, Knut, 2003: Wahlbeteiligung an der Kammerversammlung. Statistische Auswertung, in: Ärzteblatt Sachsen 14/8, S. 354-355.
- Döhler, Marian, 1990: Gesundheitspolitik nach der "Wende". Berlin: Sigma.
- Döhler, Marian/Manow, Philip, 1997: Strukturbildung von Politikfeldern. Opladen: Leske + Budrich.
- Gerlinger, Thomas, 2002: Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: Gellner, Winand/Schön, Markus (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden: Nomos, S. 123-151.
- Groser, Manfred, 1992: Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes. Gütersloh: Bertelsmann.
- Hartmannbund, 2001: Neuer Vorstand der KBV. Diese Führungsmannschaft hat das Vertrauen des Verbandes, in: Hartmannbund-Magazin 04/01, [http://www.hartmannbund.de/oea/hbmag/4\\_01/kbv.htm](http://www.hartmannbund.de/oea/hbmag/4_01/kbv.htm), abgerufen am 6. September 2004.
- Hartmannbund, 2003: Gesundheitswesen – quo vadis? Jahresbericht 2003. Bonn/Berlin: Köllen.
- Hassenteufel, Patrick, 1997: Les médecins face à l'État. Paris: Presses de Sciences Po.
- Immergut, Ellen M., 1992: Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jochem, Sven/Siegel, Nico A., 2003: Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und wohlfahrtsstaatliche Reformpolitik, in: Jochem, Sven/Siegel, Nico A. (Hrsg.): Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Opladen: Leske + Budrich, S. 7-32.
- KBV, 2002: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2002. O. O.
- KBV, 2003: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Jahresbericht 2003. Köln: DÄV.
- Landesärztekammer Hessen, 2004: Statistiken zur Kammerwahl 2004. [http://www.laekh.de/KammerProfil/Kammerwahl/statistiken\\_kammerwahl2004.pdf](http://www.laekh.de/KammerProfil/Kammerwahl/statistiken_kammerwahl2004.pdf)

- Lehmbruch, Gerhard, 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen', in: Gäfgen, Gérard (Hrsg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, S. 11-32.
- Maier, Matthias L./Hurrelmann, Achim/Nullmeier, Frank/Pritzlaff, Tanja/Wiesner, Achim (Hrsg.), 2003: Politik als Lernprozess? Opladen: Leske + Budrich.
- Naschold, Frieder, 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg/Br.: Rombach.
- NAV-Virchow-Bund, 2003: Tätigkeitsbericht 2003. Köln: WPV.
- Offe, Claus, 1971: Politische Herrschaft und Klassenstrukturen, in: Kress, Gisela/Senghaas, Dieter (Hrsg.): Politikwissenschaft. Frankfurt a. M.: Fischer, S. 135-165.
- Rauskolb, Christa, 1976: Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände. Frankfurt a. M./Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas, 2003: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Safran, William, 1967: Veto-Group Politics. The Case of Health Insurance Reform in West Germany. San Francisco: Chandler.
- Stobrawa, Franz, 1979: Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland. Düsseldorf: Droste.
- Veith, Dagmar, 1988: Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gestalt und Auswirkung des Korporatismus in der GKV. Regensburg: Roderer.
- Verbändeliste des Deutschen Bundestags, 2002: Öffentliche Liste über die Registrierung von Verbänden und deren Vertretern vom 2.5.2002, BAnz Nr. 137a vom 26.7.2002.
- Wagner, Wolfgang, 2003: Das Porträt, in: Frankfurter Rundschau vom 23. Dezember 2003.
- Wanek, Volker, 1994: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt a. M.: VAS.
- Webber, Douglas, 1992: Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Mayntz, Renate (Hrsg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Bertelsmann, S. 211-272.
- Wiesenthal, Helmut, 1981: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt a. M./New York: Campus.