

DAB 11543-2

Diese Publikation erscheint mit Unterstützung
der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Forschung und Kultur
des Landes Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich
ISBN 3-05-003630-3

© Akademie Verlag GmbH, Berlin 2002

Das eingesetzte Papier ist alterungsbeständig nach DIN / ISO 9706.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Photokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Lektorat: Mischka Dammaschke

Einbandgestaltung: Günter Schorcht, Schildow

Satz: Veit Friemert, Berlin

Druck und Bindung: Druckhaus „Thomas Müntzer“, Bad Langensalza

Printed in the Federal Republic of Germany

2002/7707

Herfried Münkler
Karsten Fischer (Hg.)

Gemeinwohl und Gemeinsinn

Rhetoriken und Perspektiven
sozial-moralischer Orientierung



Akademie Verlag

Gemeinwohrrhetorik ärztlicher Berufsverbände im Streit um die Gesundheitsreform

1. Einleitung

Im Streit um die Gesundheitsreform vertritt die deutsche Ärzteschaft in einem bislang nicht gekannten Maße Standesinteressen auf öffentlichen Bühnen. Des weiteren bemüht sie sich darum, Patienten zur Unterstützung der Ärzteforderungen zu motivieren. In diesem Bemühen verwehrt die Ärzteschaft sich insbesondere gegen den von verschiedenen Seiten immer wieder erhobenen Vorwurf, ihr ginge es bei ihrem Protest allein oder zumindest doch vornehmlich um die Verfolgung eigennütziger finanzieller Interessen. Standesvertreter sehen hier eine Diffamierungskampagne seitens der Medien, von Teilen der Politik und auch der Krankenkassen.

Der Vorwurf, finanzielle Eigeninteressen vor Patienteninteressen zu stellen und Ressourcen zu vergeuden, wird aber nicht nur von außen an die Ärzteschaft herangetragen, er wird auch in der intraprofessionellen Auseinandersetzung bzw. in Verteilungskämpfen zwischen verschiedenen Ärztegruppen erhoben. Der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA), der die Interessen von Hausärzten vertritt und sich an den öffentlichen Protestaktionen der Mehrheit der Ärzteverbände nicht beteiligt, wirft den Fachärzten vor, egoistisch die Sicherung der eigenen Pfründe zu verfolgen, und hält der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor, „egoistischen Zielen der Fachgruppen Vorrang vor dem Wohl des Ganzen“ zu geben.¹

Die bezeichneten Vorwürfe lassen sich gewissermaßen als eine negative Formulierung von Gemeinwohlsprüchen verstehen. In den Bemühungen der Ärzteschaft, die Vorwürfe zu entkräften, wird regelmäßig hervorgehoben, daß die Ablehnung der Gesundheitspolitik der Bundesregierung nicht oder jedenfalls nicht nur honorarpolitisch motiviert, sondern von der Verantwortung für ein den Patienteninteressen gerecht werdendes Gesundheitssystem getragen sei.² So verteidigt der Vorsitzende des Hartmann-

¹ So der Vorwurf von Eckhard Brüggemann, erster stellvertretender Bundesvorsitzender des BDA, in: *Der Allgemeinarzt* 3/99, S. 296.

² So der stellvertretende Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchowbund) Rainer Rix, (zitiert in: *der niedergelassene Arzt* 7/99, S. 17). „Wir kämpfen

bundes, Hans-Jürgen Thomas, die Ankündigung der KBV, bei knapp werdendem Budget möglicherweise Wartelisten für Patienten einzurichten und nur noch die billigsten Medikamente zu verschreiben, als einen hoffentlich nicht notwendig werdenden Protest gegen eine Gesundheitspolitik, die auf Kosten der sozial Schwachen gehe: „Weil du arm bist, mußt du früher sterben, bist du länger krank“.³ Der Gemeinwohltopos spielt in den Rechtfertigungsargumenten der Ärzteverbände eine wichtige Rolle. Maßnahmen, die zumindest kurzfristig zu Lasten der Patienten gehen, werden mit Gemeinwohlargumenten legitimiert.

2. Die ärztliche Profession und die Gemeinwohlorientierung

Bevor die Argumentation der Verbände und die darin deutlich werdende Gemeinwohlorientierung näher rekonstruiert werden, soll zunächst rekapituliert werden, welcher Stellenwert dem Gemeinwohl-Topos in der einschlägigen sozialwissenschaftlichen Literatur (der Professionssoziologie und der Verbändeforschung) und in der professionellen Selbstreflexion der Medizin zuerkannt wird.

2.1 Professionssoziologische Konzeptualisierungen

Berufliches Handeln von Selbständigen erfolgt gewöhnlich auf der Basis eines Profit-Motives. Die Orientierung am Prinzip der Nutzen-Maximierung wird erwartet und gilt als legitim. Eine deutliche Ausnahme bilden die professionalisierten Berufe. Nicht die Verfolgung persönlicher (ökonomischer) Interessen soll das professionelle Handeln motivieren, sondern die Bedürfnisse und Interessen des Klienten und die Verfolgung des Gemeinwohls sollen im Vordergrund stehen. Das gilt in höchstem Maße für die medizinische Profession.⁴ Die soziologische Professionstheorie, die sich vor allem an der Analyse des Arztberufs gebildet hat,⁵ hat zwar seit ihrer Fundierung durch Parsons zahlreiche Differenzierungen erfahren und unterschiedliche Erklärungsansätze produziert, ein weitgehender Konsens herrscht freilich darüber, daß in der Gemeinwohlorientierung ein Essential zumindest der klassischen Professionen zu sehen ist.⁶ Goode rechnet die Gemeinwohlorientierung neben der Wissenschaftsorientierung zu den „two central generating principles“ von Professionen.⁷ Mit der Gemeinwohlorientierung – bzw. mit der, wie es in der professionssoziologischen Literatur unterschiedlich heißt,

für unsere Patienten, nicht für unsere Brieftasche!“ verkündete ein Plakat auf der Großdemonstration der Ärzte am 18.12.1998 in Bonn (vgl. *Deutsches Ärzteblatt*, 1-2/99, S. 17).

³ *Süddeutsche Zeitung* vom 28.7.1999, S. 5.

⁴ Vgl. Parsons 1951, S. 435.

⁵ Vgl. Rüschemeyer 1972, S. 177.

⁶ Vgl. Daheim 1970, 1973; Goode 1969, 1972; Hartmann 1968; MacDonald 1995; Parsons 1964, 1968; Rüschemeyer 1973, 1980.

⁷ Vgl. Goode 1969, S. 277. Auch andere Autoren stellen diese beiden Kriterien in den Vordergrund bzw. bauen ihre professionssoziologischen Überlegungen ausschließlich auf diesen Kriterien auf (vgl. Daheim 1973; Hartmann 1968).

Sozialorientierung, Dienstgesinnung, Kollektivitätsorientierung, Zentralwertbezogenheit – soll gewährleistet werden, daß das professionelle Handeln sowohl an den Bedürfnissen der Klienten als auch an den grundlegenden Werten der Gesellschaft (Gesundheit, Rechtsstaatlichkeit) ausgerichtet ist. Gegenüber dieser sozialen Orientierung gilt das Gewinnstreben als ein sekundäres Motiv.

Parsons zufolge basieren die den Professionen zugestanden Privilegien darauf, daß sie die gesellschaftlich integrativen Funktionen der Wertverwirklichung und der Normenkontrolle erfüllen. Die Professionen müssen, wollen sie die gesellschaftliche Anerkennung nicht aufs Spiel setzen, dafür Sorge tragen, daß die professionellen Kompetenzen sozialverantwortlich genutzt werden.⁸ Gemeinwohlorientierung ist dieser – strukturfunktionalistischen – Argumentation zufolge keine Charaktereigenschaft des individuellen Professionsmitglieds, sondern ein über institutionelle Mechanismen abgesicherter Strukturzwang.

An die Parsonssche Begriffsbildung kritisch anknüpfend entwickelt Oevermann eine Professionstheorie, die eine unhintergehbare Strukturlogik professionellen Handelns annimmt. Das, was dieses Handeln von der Ausübung anderer Berufe systematisch unterscheidet, sei eine Orientierung, die darauf ziele, in Kooperation mit dem Klienten oder Patienten diesem die Autonomie seiner Lebenspraxis zurückzugewinnen. Dies könne nur dann gelingen, wenn die professionsethischen Ideale, von denen die Gemeinwohlbindung einen unverzichtbaren Teil darstelle, internalisiert seien.⁹ Alles Handeln von Professionellen, welches nicht der skizzierten Logik folgt, stellt sich Oevermann als defizitäre Praxis dar.

Auch wenn, bis auf wenige Ausnahmen, in der einschlägigen Literatur unstrittig ist, daß die Gemeinwohlorientierung ein zentrales Kriterium für die Abgrenzung der (klassischen) Professionen von den sonstigen Berufen ist, lassen sich doch unterschiedliche Lesarten dazu ausmachen, in welcher Weise die Gemeinwohlorientierung das Handeln der Professionsangehörigen bestimmt. Während strukturfunktionalistische Analysen – in der Durkheimschen Tradition soziale Normen als soziale Tatsachen begreifend – dahin tendieren, eine Kongruenz von Professionsethik und professionellem Handeln anzunehmen, verweisen Symbolische Interaktionisten auf das Auseinanderklaffen von Professionszielen hier und dem Alltagshandeln der Professionsmitglieder da.¹⁰ Einem strukturtheoretischen Ansatz, der die Gemeinwohlorientierung als notwendige Folge typischer materialer Handlungsprobleme versteht, läßt sich ein dramalogischer oder inszenierungstheoretischer Ansatz kontrastieren, der die Betonung der Gemeinwohlorientierung als eine Strategie begreift, mittels derer etablierte Professionen ihre (Definitiv-) Macht und ihre Privilegien sichern.

Konsequent strukturtheoretisch argumentiert die von Oevermann geprägte Richtung der Professionssoziologie. Professionalisiertes Handeln ist demnach auf einen Typus von Handlungsproblemen bezogen, die nur dann erfolgreich bewältigt werden können, wenn das Handeln gemeinwohlorientiert ist. Der Kern professionalisierten Handelns ist stellvertretende Deutung. Die Deutung ist rückgebunden an die universellen, für die

⁸ Vgl. Goode 1972, S. 161; Parsons 1968, S. 536.

⁹ Vgl. Oevermann 1996.

¹⁰ Vgl. Bucher/Strauss 1972; Freidson 1970.

professionalisierten Berufe konstitutiven gesellschaftlichen Werte. Nur in deren Bezugsrahmen sei eine professionelle Maßnahme begründbar.¹¹

Ein inszenierungstheoretischer Ansatz stellt per se keineswegs in Frage, daß Professionelle auch gemeinwohlorientiert handeln. Allerdings liegt der Fokus des Erkenntnisinteresses in inszenierungstheoretischer Perspektive eher auf der Frage, welche Funktionen die (tatsächliche oder behauptete) Gemeinwohlorientierung für das professionelle Selbstverständnis und Image, spezifischer: für professionspolitische (Macht-)Strategien hat bzw. inwieweit durch den Verweis auf die Gemeinwohlorientierung z.B. die Exklusivität professioneller Problemlösungen legitimiert und gesichert werden kann.¹² Noch dezidierter begreift Freidson, der sicherlich eher einer machttheoretischen als einer inszenierungstheoretischen Professionssoziologie zuzurechnen ist, Gemeinwohlorientierung als wichtige symbolische Ressource im Kampf um öffentliche Anerkennung und professionelle Autonomie.¹³

In Abgrenzung zur strukturfunktionalistischen Professionssoziologie spricht Larson, konsequent machttheoretisch argumentierend, von der ‚Ideologie der gesellschaftlichen Verantwortung‘; die Gemeinwohlorientierung gilt ihr als ‚Berufsideologie‘. Diese sei freilich insofern bedeutsam, als sie als Argument in der Außendarstellung der Profession fungiere: wenn es darum geht, die Öffentlichkeit oder politische Autoritäten von der Legitimität eigener Forderungen zu überzeugen.

2.2 Empirische Verbändeforschung

Der Neokorporatismus begreift Verbände, deren Ziel die Vertretung von Mitgliederinteressen ist, gleichwohl als Organisationen, die an der Erfüllung öffentlicher Aufgaben mitwirken. Ein von der Bertelsmann-Stiftung geförderter Forschungsverbund hat explizit die Frage nach dem Gemeinwohlbezug von Verbandshandeln, u.a. desjenigen von Ständesvertretungen der Ärzte, aufgeworfen.¹⁴ Diese Forschung befaßt sich nicht mit der alltäglichen beruflichen Praxis der Verbandsmitglieder, geht aber implizit davon aus, daß die Mitgliederinteressen partikulare Interessen sind. Gemeinwohlorientierung wird als eine an den Verband von außen herangetragene Erwartung begriffen, die entsprechende Darstellungszwänge auslöst. Zumindest Teile der Professionssoziologie nehmen, wie gezeigt, im Anschluß an die Parsonssche Unterscheidung von Selbst- und Kollektivitätsorientierung an, daß das Handeln von Professionsmitgliedern gleichsam intrinsisch kollektivitätsorientiert erfolgt.

Mayntz begreift die Tatsache, daß in der öffentlichen Diskussion Verbänden eine „Sozialpflichtigkeit“ abverlangt wird, als einen Indikator dafür, daß hinter diesem „Moralappell“ „das Bewußtsein steht, daß die betreffenden Organisationen primär andere Zwecke verfolgen“.¹⁵ Als gemeinwohlorientiert wahrgenommen zu werden hilft dem

¹¹ Vgl. Simm 1983, S. 7.

¹² Vgl. Hitzler 1994, 1998; Hitzler/Pfadenhauer 1999; Pfadenhauer 1998, 1999.

¹³ Vgl. Freidson 1970, S. 82.

¹⁴ Vgl. Mayntz 1992a.

¹⁵ Mayntz 1992b, S. 14.

Verband, Akzeptanz für die eigenen Forderungen zu finden. Verbände handeln demnach durchaus (auch) gemeinwohlorientiert, dies geschieht aber auf der Basis eines strategischen Kalküls, mithin mit Blick auf die Mitgliederinteressen. Daß dies auch für Ärzteverbände gilt, hat Groser in einer Studie zur Standespolitik des Hartmannbundes gezeigt.¹⁶ Bei aller strategischen Nutzung bleibt die Gemeinwohlorientierung nicht bloße Rhetorik. Gerade weil das Verbandshandeln von außen mit Gemeinwohlsprüchen konfrontiert wird und unter Beobachtung steht, entstehen gewisse Konsistenzzwänge, denen sich zu entziehen nur um den Preis eines Glaubwürdigkeits- und Akzeptanzverlusts möglich ist. Für die gegenwärtige Phase des Streits um die Gesundheitsreform läßt sich konstatieren, daß die Ärzteverbände gewissermaßen unter einer verschärften Dauerbeobachtung stehen. Das müßte sich in einer expliziten Gemeinwohlorhetorik niederschlagen.

2.3 Selbstbeschreibungen der Profession

Ein wichtiges Dokument der professionellen Selbstreflexion ist die „(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“. Sie ist von den Professionsmitgliedern selbst verfaßt, somit ein Ausdruck professioneller Autonomie. In der Fassung der Musterberufsordnung von 1997¹⁷ ist ein Bezug auf das Gemeinwohl an mehreren Stellen enthalten. So heißt es u.a.: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.“ Von den Aufgaben des Arztes wird als erste genannt: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“¹⁸

Auch wenn der Begriff nicht fällt, sind die Bezüge zum Gemeinwohl deutlich erkennbar. Mit der Verpflichtung, die eigene Tätigkeit am Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung zu orientieren, ist das von der professionssoziologischen Theorie als ein Essential professionalisierter Berufe benannte pattern „service and collectivity orientation“ angesprochen. Daß dieser Orientierung in der ärztlichen Ethik ein prominenter Stellenwert zukommt, zeigt sich daran, daß sie mehrfach zu Beginn der Musterberufsordnung genannt wird.

Der prominente Stellenwert in der ärztlichen Berufsethik verweist zunächst einmal auf den normativen Rahmen der Profession, sagt also nichts darüber aus, inwieweit die Praxis der alltäglichen Berufsausübung daran orientiert ist.¹⁹ Daß es hier mitunter Dis-

¹⁶ Vgl. Groser 1992a, 1992b.

¹⁷ Beschlossen auf dem deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach; vgl. Schiwy 1999.

¹⁸ Nahezu wortgleich ist Paragraph 1 der Bundesärzteordnung formuliert; vgl. Schiwy 1999.

¹⁹ In einem juristischen Kommentar zur Musterberufsordnung wird hierzu vermerkt: „Es ist nicht bekannt, ob und wenn ja, wo dieses Gelöbnis derzeit wem gegenüber abgegeben wird, wie überhaupt zu sagen ist, daß die Berufsordnung, obgleich im jeweiligen Ärzteblatt bekanntgemacht, unter Ärzten – gelinde gesagt – einen geringen Bekanntheitsgrad genießt, wie bei der Beratung von Ärzten immer wieder zu beobachten ist.“ (Ratzel/Lippert 1995, S. 19. – Der Kommentar bezieht sich auf die Version der Musterberufsordnung von 1993.) Das will nicht sagen, daß Ärzte in ihrer Praxis nicht gemeinwohlorientiert handeln, verweist aber auf das prinzipiell prekäre Verhältnis von Standesethik und Berufspraxis (vgl. hierzu auch Freidson 1970).

krepanzen gibt, wird auch von prominenten Standesvertretern nicht bestritten. Solche Diskrepanzen werden jedoch als Abweichungen von der dem Gemeinwohl verpflichteten Professionsethik charakterisiert.²⁰ Anders als in der Verbändeforschung, die annimmt, daß Gemeinwohlanprüche von außen angesonnen werden, erscheint in der Selbstreflexion der Ärzteschaft, wie sie nicht nur in Berufsordnungen, sondern auch in Veröffentlichungen der Ärzteverbände dokumentiert ist, die Gemeinwohlorientierung als Teil der auf dem hippokratischen Eid basierenden Professionsethik. So verwundert es nicht, daß Standesvertreter mit heftiger Gegenwehr reagieren, wenn den Ärzten vorgehalten wird, sie seien – mit Parsons gesprochen – mehr selbst- als kollektivitätsorientiert.

3. Die Gesundheitsreform: Die Politik der Bundesregierung

Die Figur des Professionellen, die eine altruistische Gemeinwohlorientierung gleichsam prototypisch verkörpert, ist der Hausarzt klassischer Prägung, der, in einer Individualpraxis arbeitend und (jedenfalls bislang) über ein gesichertes Einkommen verfügend, für seine Patienten ständig erreichbar ist. Empirisch repräsentiert dieser Typus im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – zumindest in den urbanen Ballungszentren, in denen die Relation von Hausärzten zu Fachärzten bei 40 zu 60 bis 20 zu 80 liegt²¹ – nur noch eine Minderheit von Ärzten. Fachärztliche Spezialisierungen, Knappheit kassenärztlicher Zulassungen, Gemeinschaftspraxen und Budgetierungszwänge prägen in zunehmenden Maße das Bild der medizinischen Versorgung. Betriebswirtschaftliche Rationalitäten, die der klassischen Professionstheorie zufolge gerade nicht das professionelle Handeln bestimmen, gewinnen an Gewicht. Die im Zuge der Bemühungen um eine Reformierung des Gesundheitssystems eingeführten Budgetierungsregelungen erhöhen den Druck in Richtung auf ein ökonomisches Effizienzkalkül.

Die Reaktionen der Ärzteschaft auf die Reformabsichten der Bundesregierung können insofern als ein geeigneter Testfall für die Bedeutung der Gemeinwohlorientierung gelten, als diese sich gewissermaßen gegen widrige, von Budgetierungszwängen bestimmte, betriebswirtschaftlich motivierte Kalküle geltend machen muß. Um die geradezu unendliche Fülle verbandspolitischer Stellungnahmen auf eine bearbeitbare Menge zu reduzieren, werden hier die ärztlichen Reaktionen auf die Gesundheitsreform 2000, also auf die Reformvorhaben der seit Oktober 1998 amtierenden rot-grünen Bundesregierung, untersucht.²² Diese Reform ist unter professionssoziologischen Aspekten nicht zuletzt deshalb interessant, weil sie die Position des Hausarztes, also des Prototyps professionalisierter Berufe, stärken will. Eine weitere Begrenzung betrifft die Ärzteorganisationen, deren Stellungnahmen ausgewertet werden. Vor dem Hintergrund der professionssoziologischen Fragestellung sind diejenigen Organisationen von besonderem Interesse, welche die niedergelassenen Ärzte vertreten, also diejenigen Ärzte, die freibe-

²⁰ Vgl. J.-D. Hoppe (Vizepräsident der Bundesärztekammer BÄK – inzwischen deren Präsident – und Präsident der Ärztekammer Nordrhein) in: *Der Internist* 6/99, S. 160 ff.

²¹ Vgl. Hoppe in: *Der Internist* 6/99, S. 161.

²² Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich auf die Zeit von Oktober 1998 bis Oktober 1999.

ruflich praktizieren. Die Positionen der angestellten Ärzte im Krankenhaus sowie der Amtsärzte bleiben unberücksichtigt.

Die Vorstellungen der rot-grünen Bundesregierung über Ziel und Wege einer Neustrukturierung des sozialstaatlichen Gesundheitssystems sind in den „Eckpunkten zur Gesundheits-Reform 2000“²³ und in dem „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)“ sowie in dessen Begründung programmatisch formuliert.²⁴ An den in diesen Papieren festgehaltenen Absichten entzündet sich der Protest der Ärzte.

Den insgesamt 15 „Eckpunkten“ ist eine Präambel vorangestellt, in der eine Orientierung an Patienteninteressen als Kern der Gesundheitspolitik formuliert wird. Dies hat einen medizinischen und einen monetären Aspekt. Die Patienten seien an einer „guten Versorgung“ interessiert sowie daran, „nicht mit übermäßig hohen Beitragszahlungen belastet zu werden“. Beides miteinander zu vereinen, erfordere „Strukturen des Gesundheitssystems“. Die Verpflichtung auf eine sozial gerechte, auf dem „Solidar- und Sachleistungsprinzip“ beruhende Gesundheitspolitik wird betont. Deshalb sei ein zentrales Ziel „die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems“. Beitragsstabilität, Bezahlbarkeit der Leistungen unabhängig von der Höhe des Einkommens und hohe Versorgungsqualität seien gleichermaßen wichtige Ziele, die zudem miteinander vereinbar seien. Die Gesundheitsreform strebe „mehr Gerechtigkeit für die Patienten bei weniger Kosten für ihre Kassen“ an.²⁵

Auch wenn der Begriff nicht fällt, ist deutlich erkennbar, daß die Gesundheitspolitik mit Gemeinwohlanprüchen konfrontiert wird. Gemeinwohl wird sowohl in medizinischen als auch in ökonomischen (volkswirtschaftlichen) Kategorien bestimmt. Eine Politik, die eine hochwertige medizinische Versorgung nur um den Preis wachsender Krankenversicherungsbeiträge und steigender individueller Zuzahlungen ermöglichte, verfehlte demnach ebenso das Gemeinwohl wie eine Politik, die stabile Beitragssätze nur durch medizinisch nicht vertretbare Abstriche bei den Leistungen erzielte. Beide Strategien gingen auf Kosten sozial schwacher Kreise der Bevölkerung, da entweder deren Aufwendungen für die Krankenversicherung einen unzumutbar hohen Teil ihres Einkommens beanspruchten oder sie von Leistungen ausgeschlossen wären, die wohlhabendere Mitglieder der Gesellschaft individuell über private Zusatzversicherungen finanzieren könnten.

Die Gemeinwohlprogrammatische der „Eckpunkte“ drückt sich also in einer Bekräftigung des Solidarprinzips aus. Damit wird eine Position markiert, die gegen Forderungen nach einer stärkeren Privatisierung von Gesundheitsrisiken, wie sie nicht nur von Wirtschaftsverbänden und im politischen Raum vor allem von der FDP, sondern auch

²³ Vgl. „Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000“, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 2.3.1999; www.bmggesundheits.de/gkv/eckpu.htm.

²⁴ Vgl. www.bmggesundheits.de/gkv/gesetz.htm.

²⁵ M. Knoche (MdB, Bündnis 90/Die Grünen, Mitglied im Gesundheitsausschuß) in: *die Ersatzkasse* 2/99, S. 621.

von einigen Ärzteverbänden erhoben werden, an den Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung festhält.

4. Die Politik der Ärzteorganisationen

Die Reaktion der Ärzteverbände auf die geplante Gesundheitsreform ist bis auf wenige Ausnahmen durchweg ablehnend, aber keineswegs einheitlich. Von den großen Ärzteverbänden kann lediglich der Berufsverband der Allgemeinärzte (BDA), der die Interessen der Hausärzte vertritt, der Reform auch positive Aspekte abgewinnen. – Wir werden zunächst nicht auf die Differenzen zwischen den verschiedenen Ärzteverbänden eingehen, sondern die in deren Stellungnahmen insgesamt enthaltene Gemeinwohrrhetorik rekonstruieren. Anschließend wird eine differenzierende Betrachtung zeigen, welcher Verband mit welcher Gemeinwohrlargumentation welche gesundheits- und verbandspolitischen Interessen verfolgt.

4.1 Die Gemeinwohrrhetorik

Die Frage nach der Gemeinwohrrhetorik wird in einer wissenssoziologisch-inszenierungstheoretischen Perspektive gestellt. Das impliziert, daß die Rekonstruktion der in den Dokumenten präsentierten Beschreibungen, Deutungen und Forderungen jegliche Frage nach der Gültigkeit des Behaupteten ausklammert. Ob die jeweilige Beschreibung der Situation des Gesundheitssystems, des Alltags in einer Arztpraxis, der wirtschaftlichen Lage der Ärzteschaft usw. zutrifft oder nicht, ist hier ebensowenig Gegenstand der Analyse wie die Frage, ob die Probleme richtig benannt, die Ursachen angemessen identifiziert und die Vorschläge zur Gestaltung des Gesundheitssystems sinnvoll sind. Die Texte interessieren hier allein als Dokumente für wissensförmige Konstruktionen von Wirklichkeit, als Ausdruck (der Inszenierung) symbolischer Sinnwelten.

Des weiteren gehen wir nicht von einer bestimmten Definition des Gemeinwohlbegriffs aus, etwa einer philosophischen oder einer juristischen, um zu prüfen, ob und inwieweit die Definitionsmerkmale in den untersuchten Dokumenten aufzufinden sind. Wir rekonstruieren vielmehr, in welcher Weise in den Texten Aspekte des Gemeinwohls angesprochen werden und in welchen Kontexten dies geschieht. Damit folgen wir der Verfahrensweise, die auch Groser und Webber in ihren Arbeiten zu ärztlichen Standesorganisationen gewählt haben.²⁶

Der *Begriff* des Gemeinwohls kommt in den ausgewerteten Dokumenten so gut wie nicht vor. Eine Ausnahme ist eine explizite Verwendung dieses Begriffs in einem Kontext, in dem es nicht um den Kern der professionellen medizinischen Praxis, um die Behandlung von Patienten, sondern um die Rechtfertigung der öffentlichen Proteste der Ärzte geht. Der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Dieter Everz, wird in einem Bericht über den 102. Deutschen Ärztetag mit den Worten zitiert:

²⁶ Vgl. Groser 1992a, 1992b; Webber 1992.

„Es wird versucht, der Öffentlichkeit mit dem Argument, es sei genug Geld im System, einen Bären aufzubinden. Wir müssen die Bevölkerung aufklären. Dann hat der Ärztetag zum Allgemeinwohl beigetragen.“²⁷

Propaganda ist jedoch nicht der Kontext, in welchem die *Idee* des Gemeinwohls typischerweise thematisch ist. Das schließt freilich nicht aus, daß eine auf die professionelle medizinische Praxis bezogene Gemeinwohrlargumentation (verbandspolitischen) Darstellungszwecken dient (s.u.).

Im Reformvorhaben der Bundesregierung ist Gemeinwohl, wie beschrieben, sowohl in medizinischen als auch in ökonomischen Kategorien bestimmt. In den Argumentationen der Ärzteschaft ist beides, bis auf wenige Ausnahmen, entkoppelt. Eine Abgrenzung von ökonomisch motivierten Orientierungen erfolgt in zwei Richtungen: erstens im Sinne eines Vorrangs fachlich-medizinischer Kriterien vor fiskalischen Erwägungen wie Beitragsstabilität oder Ausgabenbegrenzung, zweitens in Gestalt des Anspruchs, die ärztliche Tätigkeit sei vom Motiv der Hilfe für den kranken Menschen und nicht von Einkommensinteressen geprägt. Dabei wird die Priorität fachlicher Kriterien – und das impliziert: die Verteidigung professioneller Autonomie – mit einem Verweis auf die Bedürfnisse und Interessen der Patienten begründet.

Die gemeinwohlbezogenen Äußerungen, die häufig an der Zahl, aber begrenzt in den Argumenten sind,²⁸ lassen sich mehrheitlich den folgenden drei Kategorien zuordnen:

1. am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtete qualitativ hochwertige Medizin,
 2. Verpflichtung auf das Wohl der Patienten,
 3. gleichwertige medizinische Versorgung für alle Gruppen der Bevölkerung.
1. Die Qualität der medizinischen Versorgung sei an den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Eine Gesundheitspolitik, die die Begrenzung der Ausgaben als vorrangiges Ziel hat, stehe dem entgegen. Damit wird die Berechtigung von Bemühungen zur Kostendämpfung nicht generell in Frage gestellt, wohl aber deren Priorität gegenüber einer nach fachlichen Kriterien erfolgenden Festlegung von Qualitätsstandards. Globalbudgets, so die Argumentation des BDA, führten zu Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft. Als Folge des wirtschaftlichen Drucks habe sich „eine Art von Medizin entwickelt, die an den Versorgungsbedürfnissen der Bürger vorbeigeht“.²⁹ Demgegenüber habe der Arzt als „Anwalt des Patienten“³⁰ zu handeln, auch gegenüber den Krankenkassen.
2. Eng verbunden mit der Kopplung von Qualitätssicherung und Versorgungsbedarf der Bevölkerung ist die Devise, „das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt“ des ärztlichen Handelns zu stellen.³¹ Die Betonung der Selbstverpflichtung auf Patienteninteressen unterscheidet sich insofern von der zuvor dargestellten Forderung nach einer patienten-

²⁷ *Deutsches Ärzteblatt* 24/99, S. A-1612.

²⁸ Das bedingt eine Redundanz, die uns für politische Diskurse nicht unüblich zu sein scheint.

²⁹ K.-P. Lau. In: *Der Hausarzt* 4/99, S. 11.

³⁰ *Hartmannbund-Magazin* 4/99, S. 5.

³¹ *Der Hausarzt* 10/99, S. 15.

tenorientierten Gesundheitspolitik, als hier ein ethischer Standard ärztlichen Handelns in Abgrenzung von (unterstellten) Profitinteressen betont wird. In den Dokumenten finden sich zahlreiche Bekundungen, daß es den Ärzten bei ihrem Protest gegen die geplante Gesundheitsreform „nicht nur um das eigene Einkommen geht“, sondern um die Interessen der Patienten. „Wenn wir protestieren, tun wir das für unsere Patienten“. ³² Daß die Ärzte primär nicht an einer Verbesserung ihres Einkommens interessiert seien, zeige sich schon daran, daß viele von ihnen unbezahlte Mehrarbeit für ihre Patienten leisteten. ³³ – Die Akzentuierung der Verpflichtung auf das Patientenwohl dokumentiert eine altruistische Haltung bzw. das, was in der Professionssoziologie als Dienstorientierung bezeichnet wird. Daß diese zunächst auf den individuellen Patienten bezogene Orientierung zugleich gemeinwohlbezogen ist, zeigt insbesondere die mit Nachdruck vorgenommene Abwehr von Egoismus-Vorwürfen. Im Spannungsfeld von Selbst- und Kollektivitätsorientierung wird letztere in den Vordergrund gestellt.

3. Der umfangreichste Komplex von Gemeinwohlargumenten bezieht sich auf den Aspekt der Solidargemeinschaft. Gegen Tendenzen zu einer Individualisierung des Krankheitsrisikos gelte es, am Solidarprinzip festzuhalten. Alle Bürger müßten eine „menschlich und fachlich angemessene und bezahlbare Medizin erhalten können“. ³⁴ Neben allgemeinen Akzentuierungen des Solidarprinzips erfährt dieser Aspekt der Gemeinwohlorientierung eine besondere Betonung in Forderungen, bei der Gestaltung des Gesundheitssystems vor allem die Bedürfnisse und Interessen derjenigen zu berücksichtigen, die den Schutz der Solidargemeinschaft besonders nötig hätten. Gegen Pläne, sogenannte „Einkaufsmodelle“ einzuführen, in deren Rahmen Krankenkassen Einzelverträge mit Vertragsärzten abschließen könnten, argumentiert die KBV, solche Modelle brächten die Gefahr mit sich, „daß sich die Krankenkassen dabei in erster Linie am Interesse des (gesunden) Versicherten, nicht aber an dem des (kranken) Patienten orientieren“. ³⁵ Eine Gemeinwohlorientierung dokumentiert sich vor allem in der z.T. emphatisch vorgetragenen Sorge um alte und chronisch kranke Menschen. ³⁶ Die Gemeinwohlorientierung wird gleichsam gegen Tendenzen zu einer bevorzugten Behandlung bestimmter, allerdings nicht näher bezeichneter Patientengruppen eingefordert. ³⁷

In der Argumentation der Ärzteverbände erscheinen Überlegungen, die das Gesundheitssystem unter dem Aspekt der Kostenreduzierung betrachten, nahezu ausschließlich

³² *Deutsches Ärzteblatt* 24/99, S. A-1611.

³³ Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* 23/99, S. A-1532 (Bericht vom 102. Deutschen Ärztetag).

³⁴ Vgl. E. Brüggemann (BDA), Antwort auf Rudolf Dreßler, 15.3.1999 (www.allgemeinarzt.de/eckhard-brueggemann). Vgl. auch Stellungnahme der KBV zum Fraktionsentwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 16.6.1999, Punkt II.1 (www.dgn.de/kammern_kven/Homepage/aktuell/PolitikAktuell/KBV_StellungFraktionsentwurf/index.html).

³⁵ H. Clade. In: *Deutsches Ärzteblatt* 10/99, S. A-592.

³⁶ So argumentiert der BDI, es sei „nicht zu tolerieren [...], daß ein älter werdender Bürger, der mit seiner Arbeitskraft diesen Staat über Jahrzehnte mit aufgebaut, erhalten und weiterentwickelt hat, im Krankheitsfall zum Spielball einer nicht ökonomisch ausgewogenen Gesundheitspolitik wird“ (W.-D. Kirsten/P. Knuth. In: *Der Internist* 9/99, S. M 289). In diesem Argument dienen meritokratische Gerechtigkeitsabwägungen der Bekräftigung der Gemeinwohlverpflichtung.

³⁷ Zur Frage, gegen wen die Argumentation des BDA gerichtet ist, vgl. Kap. 4.2.2.

als negativer Gegenhorizont einer Gemeinwohlorientierung. Lediglich in zwei Dokumenten stehen Kostenerwägungen in einem positiven Zusammenhang mit Gemeinwohlerüberlegungen. Damit werden aber nicht Budgetierungsmaßnahmen unterstützt.

4.2 Viele Stimmen, ein Gemeinwohl? Verbandspolitische Differenzen

In ihrem Protest gegen die Gesundheitsreform ist sich die Ärzteschaft zwar weitgehend einig, gleichwohl lassen sich hinsichtlich des Ausmaßes der Ablehnung sowie der vorgetragenen Argumente verbandsspezifische Differenzierungen feststellen, welche im Spannungsverhältnis von haus- und fachärztlichen Interessen zu durchaus handfesten Differenzen geraten. Findet sich in den gesundheitspolitischen Statements der Ärzteverbände generell ein nicht geringes Maß an Kampfrhetorik (und bisweilen Kriegsmetaphorik) – so ist z.B. von „Flagge zeigen“, ³⁸ dem „letzten Gefecht“, ³⁹ und von „Waffengleichheit“ ⁴⁰ die Rede –, steigert sich dies noch einmal in der internen Auseinandersetzung des BDA mit den Fachärzten. Die Schwere der aufgefahrenen verbalen Geschütze läßt sich als ein deutlicher Indikator dafür verstehen, daß es sowohl im Konflikt der Ärzte mit der Bundesregierung (und auch den Krankenkassen) als auch bei den Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft um Verteilungskämpfe geht. Das wird freilich kaum einmal offen artikuliert. ⁴¹

Im folgenden werden wir die Positionen der verschiedenen verbandspolitischen Akteure skizzieren. Die Rekonstruktion ist aus den oben benannten Gründen auf Organisationen begrenzt, welche die niedergelassenen Ärzte vertreten. Eine besondere Beachtung wird der Konflikt von Haus- und Fachärzten finden, weil sich an diesem Konflikt das Verhältnis von Gemeinwohlorhetorik und Standespolitik gewissermaßen exemplarisch analysieren läßt. Wir werden sehen, daß die Gemeinwohlorhetorik ungleich auf die Verbände verteilt ist. ⁴²

4.2.1 Die Bundesärztekammer (BÄK) und die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die BÄK und die KBV sind Dachverbände, welche die berufspolitische Interessenvertretung der gesamten Ärzteschaft (BÄK) bzw. der Kassenärzte (KBV) wahrnehmen. Die BÄK begreift sich als die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung, welcher der einzelne Arzt, vermittelt über die Pflichtmitgliedschaft in einer der 17 deutschen (Länder-)Ärztekammern, angehört. Die KBV vertritt die Interessen der Kassen-

³⁸ *Hartmannbund Magazin* 3/99, S. 5.

³⁹ *Deutsches Ärzteblatt* 1-2/99, S. A-1.

⁴⁰ Hauptversammlung des Hartmannbundes, 2.10.1998.

⁴¹ Lediglich in einem Artikel in der Verbandszeitschrift *Der Hausarzt* heißt es deutlich: „Die Auseinandersetzungen zwischen Haus- und Fachärzten sind vor allem vor dem Hintergrund des Verteilungskampfes um Honorare zu sehen.“ (D. Schütz. In: *Der Hausarzt* 9/99, S. 19)

⁴² Da die Begriffspalette der Gemeinwohlorhetorik, auf die die Verbände zugreifen, begrenzt ist, werden sich einige Redundanzen bei der Darstellung der unterschiedlichen Verbandspositionen nicht vermeiden lassen.

ärzte gegenüber der Bundesregierung wie gegenüber den Krankenkassen. Als Organisation, die über die Maßstäbe entscheidet, nach denen die Budgets verteilt werden, steht sie in einem spannungsreichen Verhältnis gegenüber den sonstigen Ärzteverbänden (Hartmannbund, BDA usw.). Gleichwohl repräsentiert sie, wenn überhaupt eine Institution dies tut, die gesundheitspolitische Position der Kassen-Ärzteschaft insgesamt.⁴³

Die von der KBV vertretene Politik wird von zwei Motiven dominiert: von einer Ablehnung sowohl von Budgetierungsmaßnahmen, zumal von Globalbudgets, als auch von Einkaufsmodellen und anderen Entwicklungen, die zu einer Schwächung der Position der KBV gegenüber den Krankenkassen führen würden. In beiden Fällen argumentiert die KBV mit dem Verweis auf negative Konsequenzen für das Gemeinwohl. Zwei weitere, aber deutlich seltener vorgebrachte Kritikpunkte betreffen einen befürchteten Verlust an professioneller Autonomie sowie nachteilige Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Hier seien 100.000 Arbeitsplätze in Gefahr.

Die Begründung der ablehnenden Haltung zu Budgetierungsmaßnahmen mit Verweisen auf das (gefährdete) Gemeinwohl kommt besonders deutlich und pointiert in der „Resolution der Vertreterversammlung der KBV zur Gesundheitsreform 2000“ vom 31.5.1999 zum Ausdruck.⁴⁴ Diese Resolution, die der Wahrung von Verbandsinteressen dienen soll, bedient sich in geradezu prototypischer Weise der Semantik von Dienst- und Kollektivitätsorientierung. Die geplante Reform hätte einen „Paradigmenwechsel in der solidarischen Krankenversicherung“ zur Folge: „von der Kranken- zur Gesundenversicherung“. In diesem für die Außendarstellung und die Wahrnehmung der KBV durch die Öffentlichkeit wichtigen Dokument fehlt jegliche Erwähnung von Eigeninteressen (monetärer Art), wie sie in anderen, eher für die verbandsinterne Öffentlichkeit bestimmten Texten zwar keineswegs betont, aber doch auch nicht völlig verschwiegen werden.

Auf entschiedene Ablehnung stoßen Pläne, die Position der Krankenkassen über Einkaufsmodelle und Wettbewerb der Kassen untereinander zu stärken. Die KBV sieht dadurch, insbesondere durch Einkaufsmodelle, in deren Rahmen eine Krankenkasse direkt Verträge mit einzelnen Kassenärzten oder Praxisnetzen abschließt, ihr Privileg gefährdet, über die Kriterien zu entscheiden, nach denen die für die ärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel verteilt werden. Diese Befürchtung wird vor allem bei Verbandstagen geäußert sowie in zahlreichen Artikeln in medizinisch-verbandspolitischen Zeitschriften, also in Publikationsorganen, die in der professionsinternen Öffentlichkeit rezipiert werden. Die KBV sieht sich in einem Machtkampf mit den Krankenkassen, als dessen Urheber sie – neben der Bundesregierung, welche durch ihre Gesundheitspolitik die rechtlichen Voraussetzungen schaffe – die Kassen identifiziert.⁴⁵

In diesem (noch nicht entschiedenen) Machtkampf sieht sich die KBV auf der Seite des Verlierers; genauer: sie stellt sich so dar.⁴⁶ Das Bedrohungsszenario reicht von der Befürchtung, zum reinen „Vollzugsorgan der Krankenkassen“ zu werden, bis hin zum ‚worst case‘ der völligen Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der

⁴³ Zur Struktur der KBV vgl. Webber 1992.

⁴⁴ *Deutsches Ärzteblatt* 23/99, S. A-1533.

⁴⁵ Vgl. Schorre. In: *Der Internist* 7/99, S. M 188.

⁴⁶ Vgl. ebd., S. M 187.

KBV.⁴⁷ Diese Selbstdarstellung erscheint vor allem dann plausibel, wenn man sie als strategisches Mittel dazu versteht, den Widerstand der Kassenärzte gegen die Gesundheitsreform zu mobilisieren und zu verstetigen. Auch hierbei fehlen Gemeinwohlargumente nicht. Der Widerstand gegen eine auf Machtzuwachs der Krankenkassen angelegte Gesundheitspolitik wird von Winfried Schorre, dem ersten Vorsitzenden der KBV, explizit in dieser Weise begründet:

„Der Protest gegen ein durchreglementiertes, von den Krankenkassen beherrschtes Gesundheitssystem kann deshalb nicht mehr als gruppenegoistische Entgleisung eines einzelnen Berufes abgetan werden. Die Solidarität der Ärzte und anderer Leistungserbringer mit allen unseren Patienten muß sich vielmehr aktiv gegen die Entsolidarisierung der Krankenversicherung durch Kassenwettbewerb und Einkaufsmacht der Krankenkassen richten.“⁴⁸

In der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen macht die KBV diesen den Vorwurf der Selbstorientierung, gegen dessen Zuschreibung an die Adresse der Ärzte sie sich, wie auch die anderen Ärzteverbände, vehement zur Wehr setzt. In der „Stellungnahme der KBV zum Fraktionsentwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000“ ist von „den interessengeleiteten Vertretern der Krankenkassen“ die Rede, von denen kein positiver Beitrag „zur Eindämmung unerwünschter Folgen des Kassenwettbewerbs“ zu erwarten sei. Die unerwünschten Folgen bestehen in „Gefährdungen des Solidarprinzips“.⁴⁹

Die BÄK teilt die Argumentation der KBV in ihren Grundzügen, akzentuiert im Konflikt mit Bundesregierung und Krankenkassen aber einen Punkt, dem die KBV weniger Aufmerksamkeit widmet: die Stärkung von Patientenrechten gegenüber den Krankenkassen. Dies geschieht in Reaktion auf Absichten der Bundesregierung, Patientenrechte und Patientenschutz zu erweitern. Den Intentionen der Bundesregierung nach sollen die Rechte der Patienten gegenüber den Ärzten im Sinne des Verbraucherschutzes ausgebaut werden. Gegenüber der damit vermeintlich evozierten Konfrontation von Arzt und Patient betont die BÄK eine grundlegende Interessenidentität beider Akteursgruppen. Diese Identität wird – ganz im Sinne professionssoziologischer Definitionen – als gemeinsames Streben nach Wiederherstellung von (gesundheitlicher) Autonomie des Patienten bestimmt. Hierzu sei ein gesichertes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt notwendig. Dieses Verhältnis werde durch die geplante Reform insofern gefährdet, als sie den Krankenkassen weitreichende Befugnisse auf Einsicht in patientenbezogene Behandlungsdaten einräume. Dadurch entstehe „der gläserne Patient“. Die Krankenkassen erhielten „Einblick in jedes auch noch so vertrauenswürdige Detail der

⁴⁷ Josef Maus in einem Bericht über die KBV-Vertreterversammlung in Cottbus am 31.5.1999. *Deutsches Ärzteblatt* 23/99, S. A-1538.

⁴⁸ *Der Internist* 7/99, S. M 189.

⁴⁹ Stellungnahme der KBV zum Fraktionsentwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 16.6.1999, Punkt II.1, a.a.O. – Es wird zu prüfen sein, ob die Reklamierung einer Gemeinwohlorientierung für die eigene Organisation und die Zuschreibung von Selbstorientierung an den ‚Gegner‘ ein allgemeines Muster ist, das sich auch in anderen Konfliktkonstellationen (etwa der Hausärzte gegenüber den Fachärzten) zeigt. Gegenüber der Forderung des BDA nach einer Honorarumverteilung zugunsten der Hausärzte argumentiert die KBV, der BDA-Vorsitzende Kossow müsse sich „den Vorwurf gefallen lassen, [...] allein die Interessen der Hausärzte im Auge zu haben“ (J. Maus. In: *Deutsches Ärzteblatt* 12/99, S. A-746). Zur Konfliktkonstellation BDA vs. KBV s.u.

Beziehung zwischen gesetzlich Versicherten und ihren Ärzten [...]. Der Wunsch vieler Patienten, den Arzt als Vertrauten notfalls auch gegen die Interessen der Krankenkassen für sich in Anspruch zu nehmen, wird damit bedroht.⁵⁰

Die Patientenrechte gegenüber dem Arzt sieht die BÄK durch die ärztliche Berufsordnung und die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung (Gutachter- und Schlichtungsstellen bei der BÄK) gesichert. Unterentwickelt sei in Deutschland allerdings der Patientenschutz gegenüber den Krankenkassen. Um diesen zu verbessern, hat die BÄK eine „Charta der Patientenrechte“ entworfen, in deren Präambel der Anspruch niedergelegt ist, Patientenrechte „auf der Grundlage der allgemein anerkannten Menschenrechte“ zu formulieren. „Ärzte und andere, die mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung betraut sind, haben eine gemeinsame Verantwortung, diese Rechte anzuerkennen und zu wahren.“⁵¹

Die geforderte Stärkung von Patientenrechten gegenüber den Krankenkassen ist Teil des Bemühens, die professionelle Autonomie des ärztlichen Handelns zu wahren. Das wird vor allem in der Rede des damaligen Präsidenten der BÄK, Karsten Vilmar, auf dem 102. Deutschen Ärztetag am 1.6.1999 in Cottbus deutlich.

„Die Bestimmung des medizinischen Leistungsspektrums nach ökonomischen Vorgaben allein durch die Krankenkassen ist gleichsam der Weg in die Leibeigenschaft der Patienten. Mündige Bürger werden so zu unmündigen Patienten, über deren Wohl und Wehe Krankenkassenfunktionäre bestimmen. [...] Das Arztgeheimnis ist kein Privileg des Arztes, sondern ein fortgeleitetes Patientenrecht, das zu wahren ist.“⁵²

Die Freiheit des Arztes sei „Freiheit für den Patienten“.⁵³ Dergestalt wird versucht, nicht nur Budgetierungsmaßnahmen, sondern auch andere Eingriffe in die professionelle Autonomie unter anderem mit Rekurs auf Gemeinwohl-Argumente abzuwehren.

4.2.2 Der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA)

Als einziger der großen Ärzteverbände hat sich der BDA nicht an den öffentlichen Protestdemonstrationen der Ärzte beteiligt. Er lehnt auch Plakat-, Flugblatt- und Unterschriftenaktionen in den Arztpraxen ab.⁵⁴ Der BDA setzt sich in massiver Weise für eine Verbesserung der Honorarsituation der Hausärzte ein und agiert dabei vor allem gegen die KVen und die KBV, welche von den Interessenvertretern der Fachärzte dominiert seien. Im Konflikt mit der KBV sieht der BDA, wiederum als einziger der großen Ärzteverbände, in der Bundesregierung einen potentiellen Bündnispartner.⁵⁵

Während die anderen Verbände jeglichen staatlichen Eingriff in die von den KVen und der KBV verantworteten Selbstverwaltung als Angriff auf die professionelle Autonomie

⁵⁰ J. D. Hoppe (Präsident der BÄK) und W. Schorre (Erster Vorsitzender der KBV) in einem Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags zur ersten Lesung der Gesundheitsreform am 30.6.1999.

⁵¹ Entwurf „Charta der Patientenrechte“ vom 30.9.1999 (www.bundesarztekkammer.de)

⁵² *Deutsches Ärzteblatt* 24/99, S. A-1640.

⁵³ Ebd., S. A-1643.

⁵⁴ Vgl. *Der Hausarzt* 1/99, S. 20.

⁵⁵ Vgl. ebd.

kritisieren, wendet sich der BDA explizit an die Bundesregierung mit der Erwartung, diese werde auf politischem Wege Rahmenbedingungen setzen, die eine – auch monetäre – Aufwertung der Position der Hausärzte gegenüber den Fachärzten ermöglichen.⁵⁶ Daß der BDA der geplanten Gesundheitsreform 2000 verhalten positiv gegenübersteht, hat seinen Grund in der dort vorgesehenen Stärkung der Stellung des Hausarztes im medizinischen Versorgungssystem. Auch wenn der BDA die Kritik der anderen Verbände an der Globalbudgetierung teilt, überwiegen für ihn doch die positiven Elemente.⁵⁷

Wer, wie der BDA, besonders vehement und mit harten verbalen Bandagen für eine Besserstellung der eigenen Mitglieder kämpft, steht gewissermaßen in einer gesteigerten Pflicht zu begründen, daß dies nicht aus purem Eigennutz geschieht. Der BDA versucht dem mit zwei Argumenten gerecht zu werden. Zum einen entspreche eine Umverteilung zugunsten der als „Basisversorger“ bezeichneten Hausärzte dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung, zum anderen schöpfe ein „Primärarztssystem, in dem der Hausarzt der Casemanager des Patienten wird“, durchaus vorhandene Rationalisierungsreserven aus.⁵⁸ Wegen seiner herausragenden Bedeutung für die medizinische Rundumversorgung dürften dem Hausarzt keine Honorarrisiken aufgebürdet werden, die Vergütung der hausärztlichen Leistungen müsse unabhängig von der Vergütung sonstiger medizinischer Leistungen erfolgen. Dies sei im geltenden System jedoch nicht der Fall. Die aktuelle EBM-Regelung sei vielmehr ein „schwerwiegender Anschlag auf das Einkommen kleiner Hausarztpraxen und auf die Volksgesundheit“.⁵⁹ Hier wird offensichtlich eine Identität, zumindest eine Kompatibilität von Gemeinwohl und ökonomischen Interessen des Hausarztes behauptet.

Neben dieser auf die gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung bezogenen Argumentation, die an die übliche Gemeinwohrrhetorik ärztlicher Verbandspolitik anknüpft, tritt eine weitere, die den Gemeinwohrtos gewissermaßen in einem volkswirtschaftlichen Rahmen bemüht. Ein Primärarztssystem, das dem Hausarzt die Funktion eines Lotsen gibt, welcher den Patienten an den jeweils zuständigen Facharzt überweist, das also bei (nahezu) allen Beschwerden und Krankheiten den Hausarzt an den Beginn der Kette der medizinischen Versorgungseinrichtungen setzt, vermeide „Überdiagnostik und Überbehandlung“ und mithin unnötige Kosten.⁶⁰ Dadurch, so läßt sich folgern, würde die Solidargemeinschaft der Versicherten entlastet. Ein Modell, mit dem sich die bezeichnete Lotsenfunktion realisieren ließe, sieht der BDA in einem differenzierten Beitragssatz, der diejenigen Versicherten begünstigt, die den Weg über den Hausarzt gehen. Eine solche Anreizregelung verstoße nicht gegen das Solidarprinzip. Ganz im Gegenteil: „Es wäre ein Gebot der Gerechtigkeit, dem Versicherten einen höheren Bei-

⁵⁶ Vgl. E. Brüggemann (erster stellvertretender Bundesvorsitzender des BDA) in: *Der Allgemeinarzt* 3/99.

⁵⁷ Vgl. G. W. Zimmermann, Bericht über die BDA-Deligiertenversammlung 1999, in: *Der Hausarzt* 10/99, S. 10 f.

⁵⁸ E. Brüggemann: Ist die Politik gefordert?, 16.6.98 (www.allgemeinarzt.de/eckhard-brueggemann/sm0470.html).

⁵⁹ P. Hach: Zeitbezogene Vergütungsoption in den Hausarzt-EBM!, 3.4.99 (www.allgemeinarzt.de/zeitbezogen/default.htm).

⁶⁰ G. Mogensen. In: *Der Hausarzt* 11/99, S. 25.

trag abzuverlangen, der nicht einen Hausarzt wählt.“⁶¹ Auch hinsichtlich des Solidarprinzips sieht der BDA die Forderungen nach einer Besserstellung des Hausarztes also nicht im Gegensatz zur Gemeinwohlorientierung.

Insgesamt wird eine Gleichgerichtetheit der Bemühungen um Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung, um Kostensenkung und um eine Sicherung der Einkommen der Hausärzte behauptet.⁶² Dieser – positiven – Selbstdarstellung kontrastiert eine Orientierung an Partikularinteressen, die dem Gegner im Verteilungskampf um Honorare, also den Fachärzten und deren Standesorganisationen, zugeschrieben wird. Bei diesen hätten fast immer „eigene egoistische Ziele [...] Vorrang vor dem Wohl des Ganzen“.⁶³ Nur noch auf „Pfründewahrung“ ausgerichtet, sähen viele Fachärzte die Hausärzte als „Störenfriede“. „Unsere Fachkollegen saugen sich mit immer mehr Patienten mit ‚Bagatellkrankungen‘ voll, wobei sie diese wie schwere Krankheiten ihres Fachgebiets behandeln“.⁶⁴ Den Fachärzten wird hier zumindest indirekt der (gravierende) Vorwurf gemacht, in ihrem Bemühen, den eigenen finanziellen Vorteil zu sichern, nicht nur gegen Gemeinwohlprinzipien, sondern auch gegen fachliche professionelle Standards zu verstoßen. „Der Spezialist ist immer bereit zu bestätigen, daß eine Krankheit innerhalb seines Gebietes vorliegt [...]. Diese Einstellung hält das Geschäft über Jahre lebendig.“⁶⁵ Die Zuschreibung von Selbst- statt Kollektivitätsorientierung an die Fachärzte findet ihren Höhepunkt in Vorwürfen, bei einigen – nicht näher benannten – Facharztgruppen herrschten „mafiose Strukturen“,⁶⁶ Abrechnungsmodalitäten würden geradezu kartellartig abgesprochen. Diese, eine Gemeinwohlorientierung bestreitende Kritik an den Fachärzten wird auf die KBV ausgedehnt, der vorgehalten wird, sie habe sich zu einer Interessenvertretung der Fachärzte entwickelt und werde von diesen dominiert.

Insgesamt präsentiert der BDA den Allgemeinmediziner als den Hüter des Gemeinwohls und engagierten Verteidiger der Interessen der Patienten in der Ärzteschaft. Er habe den Blick für das Ganze und sei mit den Problemen, der Biographie und den Bedürfnissen des Patienten besser vertraut als jeder Spezialist. In einer an die Semantik der Philanthropie erinnernden Sprache werden die Hausärzte in einem Artikel als „Menschenärzte“ bezeichnet.⁶⁷

4.2.3 Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)

Der BDI, dem nicht nur niedergelassene Ärzte angehören, ist laut eigenen Angaben der mitgliederstärkste Fachärzteverband Deutschlands. Da viele Internisten als Hausärzte tätig sind, ist der BDI einer der Hauptkontrahenten des BDA, zu dem er in einer konfliktträchtigen Spannung steht. Laut BDI erfüllt gerade der „weitergebildete Allround-

⁶¹ BDA zum Gesetzesentwurf der GKV-Gesundheitsreform. In: *Der Hausarzt* 11/99, S. 12.

⁶² Vgl. E. Brüggemann: Hausärztliche Agenda 2001, 15.3.99 (www.allgemeinarzt.de/eckhard-brueggemann/sm0547.html).

⁶³ E. Brüggemann. In: *Der Allgemeinarzt* 3/99, S. 296.

⁶⁴ E. Brüggemann an Kollege J., 1/99 (www.allgemeinarzt.de/eckhard-brueggemann/text.1.html).

⁶⁵ Mogenssen, a.a.O.

⁶⁶ E. Brüggemann: Das facharztgestützte Primärarztssystem, 15.11.98 (www.allgemeinarzt.de/eckhard-brueggemann/e272.html).

⁶⁷ *Der Hausarzt* 13/99, S. 19.

Internist“ in idealer Weise die Qualifikationsvoraussetzungen, die an eine optimale hausärztliche Versorgung gestellt werden. Zudem seien, abgesehen von Unfällen, 80 Prozent aller Erkrankungen innere Erkrankungen. Allein deswegen schon erscheint dem Verband der Internisten der Internist als die ‚Idealbesetzung‘ für die Position des Lotsen im Gesundheitssystem.⁶⁸ Das werde von der Bundesregierung bei ihren Anstrengungen übersehen, einen neuen Berufsstand „Hausarzt“ zu kreieren. Demgegenüber gilt der ja bereits vorhandene Internist als „der ideale Leibarzt/Familienarzt der Zukunft“.⁶⁹

Wie die anderen Fachärzteverbände wendet sich auch der BDI gegen das vom BDA favorisierte Primärarztssystem, bei dem der erste Gang stets zum Allgemeinmediziner führt. Dies stehe in eklatantem Widerspruch zum Prinzip der freien Arztwahl.⁷⁰ Dem BDA wird vorgehalten, er intendiere eine Spaltung der KVen, um seine Position im innerärztlichen Verteilungskampf zu stärken, setze mithin des eigenen Vorteils wegen die professionelle Solidarität der gesamten Ärzteschaft aufs Spiel. Daraus sei die Konsequenz zu ziehen, daß der BDI „sich, wie jeder einzelne Internist, das Verhältnis zur Allgemeinmedizin, deren oberste Spitze hauptverantwortlich für das sich abzeichnende Desaster ist, überlegen“ müsse. Das impliziere, daß Internisten, die an der Weiterbildung von Allgemeinmedizinern mitwirken, diesen „keinerlei spezifisch-internistische Weiterbildungsinhalte [...] vermitteln“.⁷¹ Diese Strategie läßt sich als Versuch der sozialen Schließung begreifen, als Bemühen, „Gruppenmonopole“ zu verteidigen.⁷²

Anders als der BDA unterstützt der BDI die KBV. Seine Kritik richtet sich statt dessen gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Diese schüre im Verein mit den Krankenkassen den Sozialneid der Bevölkerung auf die Mediziner, indem sie der Öffentlichkeit falsche Zahlen über die Einkommenssituation der Ärzte präsentiere.

In den verbands- und berufspolitischen Stellungnahmen des BDI fehlt, anders als bei den zuvor betrachteten Verbänden, eine explizite Gemeinwohlorhetik. Allenfalls der kritische Hinweis, daß der kranke und insbesondere der chronisch kranke Mensch im dem sich abzeichnenden neuen Gesundheitssystem einen Störfaktor darstelle, ließe sich als implizites Geltendmachen von Gemeinwohlsprüchen verstehen. Die Abwesenheit einer Gemeinwohlorhetik mag ihren Grund darin haben, daß der BDI, anders als der BDA, in seinen ohnehin eher wenigen verbandspolitischen Stellungnahmen nicht einer finanziellen Besserstellung der eigenen Klientel das Wort redet, so daß auch kein entsprechender Legitimationsdruck entsteht.

⁶⁸ Vgl. G. Hofmann, zweiter Vizepräsident des BDI. In: *Der Internist* 5/99, S. M 133.

⁶⁹ W. Wildmeister, Präsident des BDI. In: *Der Internist* 7/99, S. M 185.

⁷⁰ Vgl. Wildmeister. In: *Der Internist* 2/99, S. M 33.

⁷¹ H. Ullmann, ehem. Vizepräsident des BDI und Leiter der BDI-Strukturkommission. In: *Der Internist* 5/99, S. M 136.

⁷² Vgl. hierzu allgemein Weber 1980, S. 210 ff.

4.2.4 Der Hartmannbund

Der Hartmannbund begreift sich als Vertretung aller Arztgruppen sämtlicher Fachrichtungen, als „die ärztliche Lobby am Sitz der Bundesregierung“.⁷³ Der Hartmannbund wurde 1900 als „Kampfverband“ zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte gegründet.⁷⁴ Im aktuellen Streit um die Gesundheitsreform präsentiert sich der Hartmannbund vor allem als konsequenter Verteidiger der professionellen Autonomie der Ärzte. Die ärztliche Kompetenz und Entscheidungsfreiheit müsse absolute Priorität vor wirtschaftlichen Erwägungen der Krankenkassen haben. Besonders gefährdet sieht der Hartmannbund die professionelle Autonomie, auf deren Basis allein kompetentes medizinisches Handeln möglich sei, durch die Reformpläne der jetzigen Bundesregierung. Die Gesundheitsreform 2000 bedeute einen „Rückfall in die Zustände des wilhelminischen Obrigkeitsstaates“, in welchem der Arzt der Willkür der Krankenkassen ausgesetzt gewesen sei.⁷⁵ Die Gesundheitspolitik sei zu einer „Spielwiese für Amateure“⁷⁶ geworden, die verantwortlichen Politiker zeichneten sich durch eine „tragische Abwesenheit von Sachverstand“ aus.⁷⁷

Die Notwendigkeit, die Autonomie des Arztes zu wahren, wird – ganz im Sinne der Oevermannschen Professionstheorie – mit dem Argument begründet, nur unter dieser Bedingung könne der Arzt seiner berufsethischen Verpflichtung nachkommen, zum Wohle des Patienten zu handeln. „Die Unabhängigkeit des Arztes, seine Freiberuflichkeit, seine immerwährende Sorge um den Patienten“⁷⁸ bilden dem Verständnis des Hartmannbundes zufolge eine Trias, die nur um den Preis einer gravierenden Verschlechterung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zerrissen werden könne.

Im Rahmen der Verteidigung der professionellen Autonomie präsentiert sich der Hartmannbund als konsequenter Vertreter der Interessen der Patienten an einer umfassenden medizinischen Versorgung. „Anwalt des Patienten“ zu sein, sei „die vornehmste Aufgabe des Arztes“.⁷⁹ Nur weil das Wohl der Patienten absolute Priorität habe, seien die Ärzte bereit (gewesen), immer wieder „Einschränkungen ihrer freien Marktanteile“ in einem Maße hinzunehmen, das keinem anderen Berufsstand zugemutet werde.⁸⁰ Diese Bereitschaft wird in dem aktuellen Streit mit der Bundesregierung zumindest verbal aufgekündigt, nicht aber die Solidarität mit den Patienten. Postuliert wird vielmehr eine fundamentale Interessenidentität zwischen den protestierenden Ärzten und ihren Patienten.

Wie kein anderer Verband versucht der Hartmannbund, durch Flugblatt- und Plakataktionen in den Wartezimmern bei den Patienten Verständnis für den Protest der Ärzte

⁷³ Homepage des Hartmannbundes (www.hartmannbund.de/welcome.htm#start). Die aktuelle Version der Homepage enthält nicht mehr den Zusatz „am Sitz der Bundesregierung“, vermutlich weil der Hartmannbund seinen Geschäftssitz (bislang) nicht von Bonn nach Berlin verlegt hat.

⁷⁴ Vgl. Groser 1992b, S. 164.

⁷⁵ F. G. Wendl. In: *Hartmannbund Magazin* 4/99, S. 5.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ H.-J. Thomas, erster Vorsitzender des Hartmannbundes, Bericht auf der Hartmannbund-Hauptversammlung 1999 (www.hartmannbund.de/hbpos/beschl/hv1999/berich99.htm).

⁷⁸ *Hartmannbund Magazin* 7-8/99, S. 7.

⁷⁹ C. Freidländer, Hartmannbund-Vorstandsmitglied, zit. in: Wendl a.a.O.

⁸⁰ E.-E. Weinhold. In: *Hartmannbund Magazin* 1/99, S. 6.

zu erzeugen, wenn nicht gar die Patienten zu einer Unterstützung des Protestes zu bewegen. Die geplante Gesundheitsreform gehe nicht allein zu Lasten der (Autonomie der) Ärzte, sondern auch und in erster Linie auf Kosten der Patienten: „Mit den Ärzten werden die Patienten getroffen.“⁸¹ Der Hartmannbund-Vorsitzende verteidigt die Forderung der Ärzte nach einer Erhöhung der Honorare mit dem Verweis auf das Wohl der Patienten.⁸² Damit wird der Unterstellung begegnet, den Ärzten ginge es allein um die Maximierung ihres individuellen Profits. Die Freiheit von materiellen Sorgen wird als Voraussetzung sowohl eines fachlich kompetenten als auch eines ethisch verantwortbaren ärztlichen Handelns dargestellt.

In seiner standespolitischen Argumentation rekurriert der Hartmannbund auf die Gemeinwohrrhetorik primär in deren Dimension einer Dienstorientierung. Der Aspekt der Kollektivitätsorientierung spielt eine untergeordnete Rolle, wird aber in konsistenter Weise gelegentlich erwähnt. Die Ärzte werden aufgefordert, sie sollten ungeachtet interner Differenzen „in großer Geschlossenheit einer Gesundheitspolitik entgegenreten, die ihrer vornehmsten Verpflichtung – nämlich Schaden vom deutschen Volk fernzuhalten – nicht nachkommt“.⁸³ Dem politischen Gegner, der Bundesregierung, wird eine mangelnde Beachtung, wenn nicht gar eine Mißachtung des Quasi-Verfassungsgebots ‚Gemeinwohlorientierung‘ vorgehalten. Demgegenüber erscheint der Hartmannbund als Hüter des Gemeinwohls. Er sei „kampfbereit, um Schlimmes für das deutsche Gesundheitswesen zu verhindern“.⁸⁴ In der Kriegsmetaphorik ausgedrückt, derer sich auch der Hartmannbund gelegentlich bedient, präsentiert dieser sich sozusagen als ‚Frontkämpfer‘ für das tradierte, dem Gemeinwohl verpflichtete deutsche Gesundheitswesen.

4.2.5 Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchowbund)

Der NAV-Virchowbund versteht sich als Interessenvertretung aller niedergelassenen Ärzte sämtlicher Fachgebiete. Er begreift gesellschaftspolitisches Engagement ebenso als eine originäre Aufgabe des Arztes wie die medizinische Tätigkeit. Die Ärzteschaft müsse „überzeugende eigene Vorstellungen [...] entwickeln, anstatt in unflexibler Abwehrhaltung zu verharren“.⁸⁵ Ein prioritäres Ziel der Berufspolitik besteht für den NAV darin, für eine „angemessene Vergütung ärztlicher Tätigkeit als Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung“⁸⁶ zu streiten.

Die Argumentation des NAV ist der des Hartmannbundes sehr ähnlich. Im Vordergrund steht auch hier die Rolle des Arztes als Anwalt des Patienten. Der Sparkurs der Bundesregierung, Budgetierungen und eine Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit werden abgelehnt, weil sie die „originäre Aufgabe“ der Ärzte gefährdeten, „die Patien-

⁸¹ H.-J. Hommel. In: *Hartmannbund-Magazin* 5/99, S. 8.

⁸² Vgl. Thomas, a.a.O.

⁸³ K.-H. Röderer, Hartmannbund-Vorsitzender in Baden-Württemberg, zit. in: P. Orthen-Rahner, in: *Hartmannbund-Magazin* 4/99, S. 7.

⁸⁴ H.-J. Thomas. In: *Hartmannbund Magazin* 5/99, S. 3.

⁸⁵ NAV-Virchowbund: 50 Jahre Interessenvertretung für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen (www.medi-netz.com/nav-40.htm).

⁸⁶ Ebd.

ten zu versorgen, auf ihre Nöte einzugehen und ihre Leiden zu lindern“.⁸⁷ Kostenerwägungen und nicht der Patient stünden dann im Mittelpunkt. Globalbudgets nur wegen des Spareffekts einzuführen sei „unethisch“, weil in der Konsequenz Patienten die medizinisch notwendige Versorgung vorenthalten würde.⁸⁸ Wie der Hartmannbund propagiert auch der NAV ein „Bündnis für Gesundheit“ zwischen Ärzten und Patienten „gegen die Macht der vielfach von Sachkenntnis ungetrübten Politiker und der Macht der wirklichen ‚Geldsäcke‘, der Krankenkassen“.⁸⁹

Wie der Hartmannbund kämpft der NAV für die Wahrung professioneller Autonomie und für eine angemessene Honorierung der ärztlichen Tätigkeit. Die Vergütung ärztlicher Leistungen dürfe allein nach Maßgabe medizinischer Kriterien erfolgen, nicht aber an ökonomischen Orientierungsdaten ausgerichtet sein.⁹⁰ Jegliche Reglementierung der ärztlichen Therapiefreiheit wird abgelehnt.⁹¹ Bei all dem gehe es „keinesfalls ‚nur‘ um reine Honorarpolitik, sondern um echte Strukturpolitik“.⁹² Wie auch den anderen Standesorganisationen scheint es dem NAV wichtig zu sein zu betonen, daß seine Berufspolitik nicht auf eigennützigen Motiven basiert. Damit wird gleichsam ex negativo ein Gemeinwohlbezug hergestellt. Gemeinwohllargumente hingegen, die die Dimension der Kollektivitätsorientierung explizit akzentuieren, fehlen in den gesundheitspolitischen Statements des NAV.

4.3 Zwischenfazit: Gemeinwohrrhetorik und Verbandspolitik

In den verschiedenen gesundheits- und berufspolitischen Äußerungen der ärztlichen Standesorganisationen variiert zum einen die Häufigkeit, mit der auf das Gemeinwohl rekurriert wird, zum anderen unterscheiden sich die Organisationen danach, welche Dimension sie in den Vordergrund stellen: die Dienst- oder die Kollektivitätsorientierung. Ein hohes Maß an Gemeinwohlbezogenheit weisen die Statements von BÄK, KBV und BDA auf, während BDI, Hartmannbund und NAV „sparsamer“ mit Gemeinwohllargumenten umgehen. Hartmannbund und NAV akzentuieren primär die Dimension der Dienstorientierung, bei BÄK und KBV steht die Dimension der Kollektivitätsorientierung im Vordergrund, der BDA hebt beide Dimensionen gleichermaßen hervor.

Die Gründe für diese in zweifacher Hinsicht unterschiedliche Verteilung der Gemeinwohrrhetorik lassen sich auf der Basis einer Dokumentenanalyse nur ansatzweise und hypothetisch formulieren. Zu berücksichtigen sind sowohl Unterschiede in der Organisationsstruktur als auch Konfliktkonstellationen. BÄK und KBV unterscheiden sich von den Berufsverbänden durch ihre körperschaftlich verfaßte Struktur. Mitglied wird man nicht durch eine Eintrittserklärung, sondern durch Approbation bzw. Kassenzulassung. BÄK und KBV sind keine unabhängigen Interessenvertretungen der Ärzte-

⁸⁷ Berufspolitik – Nein danke? (www.medi-netz.com/nav-berufspolitik-inhalt-htm).

⁸⁸ NAV-Pressemitteilung vom 4.3.1999.

⁸⁹ M. Junker, stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV. In: *der niedergelassene Arzt* 2/99, S. 28.

⁹⁰ Bundeshauptversammlung 1998 des NAV, Entschliebung Nr. 1.

⁹¹ Junker, a.a.O.

⁹² *Der niedergelassene Arzt* 7/99, S. 17.

schaft, sie haben eine Mittlerfunktion zwischen staatlicher Steuerung des Gesundheitswesens und Artikulation von Ärzteinteressen. Der staatliche Auftrag mag ein Grund dafür sein, daß bei diesen Organisationen die Gemeinwohrrhetorik eine große Rolle spielt. Er erschwert möglicherweise das strategische bzw. strategisch ‚stimmige‘ Verfolgen von Partikularinteressen.

Wie erwähnt, richtet sich die Politik der KBV derzeit in hohem Maße gegen Bestrebungen, den Sicherstellungsauftrag der KVen dadurch zu relativieren, daß den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, direkt Verträge mit einzelnen Ärzten abzuschließen, ohne den Weg über die KV zu gehen. Stellt man in Rechnung, daß auch die Krankenkassen ‚Gemeinwohl-Akteure‘ sind, dann entsteht mit dieser neuen Regelung die Konstellation einer Konkurrenz von zwei Gemeinwohl reklamierenden Akteuren. In dieser Konstellation dürfte der relativ glaubhaftere ‚Nachweis‘ von Gemeinwohlorientierung die Chancen erhöhen, die eigene Position gegenüber der anderen zu behaupten.

Unter den Ärzteverbänden, in denen die Mitgliedschaft freiwillig ist und die, weil sie keinem staatlichen Gestaltungsauftrag unterliegen, in ihrem professionspolitischen Handeln freier als BÄK und KBV sind, weist die Argumentation des BDA den höchsten Anteil an Gemeinwohrrhetorik auf. Das mag dadurch bedingt sein, daß der BDA in der Bundesregierung einen Bündnispartner für seine Berufspolitik sieht. Es fällt auf, daß der BDA als einzige der Ärzteorganisationen u.a. denjenigen Gemeinwohlaspekt betont, der in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung eine zentrale Rolle spielt: die volkswirtschaftliche Verträglichkeit, d.h. die Begrenzung der Kosten. Der häufigen Reklamation von Gemeinwohlorientierung für die eigene Verbandspolitik korrespondiert eine Zuschreibung von Selbstorientierung an die Konkurrenten im innerärztlichen Verteilungskampf. Eine derartige Politik der ‚Fremd-Stigmatisierung‘, die bestimmten anderen Verbänden und den von diesen vertretenen Ärzten eine intentional vollzogene Abkehr vom Gemeinwohlethos attestiert, verfolgt keiner der sonstigen Verbände.

Hartmannbund und NAV stellen die Dimension der Dienstorientierung in den Vordergrund. Das dürfte seinen Grund darin haben, daß die Wahrung der professionellen Autonomie das primäre berufspolitische Ziel dieser beiden Verbände ist, die dementsprechend auch argumentieren, eine von staatlichen Eingriffen nicht behinderte Eigenständigkeit des Arztes sei unabdingbare Voraussetzung einer dem gesundheitlichen Wohl des Patienten dienenden medizinischen Praxis. Eine Berücksichtigung systemischer Parameter (Kostenentwicklung) wird hingegen als potentielle Gefährdung der professionellen Autonomie begriffen.

5. Die Politik der Krankenkassen

Neben der Bundesregierung werden von der Ärzteschaft die Krankenkassen als Kontrahenten in der Auseinandersetzung um die Gestaltung des Gesundheitssystems gesehen. Insbesondere die KBV akzentuiert diese Konfliktkonstellation. Als öffentlich-rechtliche Institutionen haben die Krankenkassen einen sozialstaatlichen Gemeinwohlauftrag.⁹³

⁹³ Vgl. Rosenbrock. In: *Der Internist* 2/99, S. M 45.

Mithin ist nicht so sehr zu fragen, ob sie gemeinwohlorientiert argumentieren, sondern wie sie den Gemeinwohlauftrag semantisch ‚inhaltlich‘ ausfüllen. Die gesundheitspolitischen Argumentationen der Krankenkassen weisen – nicht zuletzt als Folge des wachsenden Wettbewerbs um Mitglieder – durchaus Unterschiede aus; gleichwohl gibt es grundlegende Gemeinsamkeiten zumindest zwischen den Spitzenverbänden, die es gestatten, die Differenzen hier zu vernachlässigen.

Generell unterstützen die Krankenkassen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Die Gesundheitsreform 2000 ermögliche insgesamt „eine bessere Versorgung der Versicherten sowie eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen“. Die Absicht, die Position des Hausarztes zu stärken, wird ebenso begrüßt wie die an die Entwicklung der Grundlöhne angebundene Globalbudgetierung.⁹⁴ Die Politik der Bundesregierung findet Zustimmung, weil sie am Solidarsystem festhalte und dafür Sorge, daß „Lastenverschiebungen auf Versicherte und Patienten“, die von der Vorgängerregierung betrieben worden seien, rückgängig gemacht würden.⁹⁵ Das Globalbudget markiere „die politische Obergrenze solidarisch finanzierter Gesundheitsausgaben“.⁹⁶ Es befördere eine globale Orientierung, die alle Leistungsbereiche zwingt, ihre sektorale Perspektive zu einer Gesamtsicht zu erweitern. Dies diene der gemeinsamen Zielsetzung einer im Rahmen des Möglichen optimalen Patientenversorgung. Nur deren Sicherstellung könne das Kriterium von Gebührenordnungen sein, nicht aber die betriebswirtschaftliche Kalkulation von Arztpraxen.⁹⁷ Ein Globalbudget, das eine flexible Steuerung des Gesundheitssystems ermögliche, verhindere, daß es weiterhin abgesteckte „Claims“ und „Besitzstandsgarantien“ gebe; es Sorge vielmehr dafür, daß die finanziellen Mittel „zum richtigen Zeitpunkt für die richtige Maßnahme am richtigen Ort zur Verfügung stehen“.⁹⁸

Während die Ärzteorganisationen das geplante Globalbudget u.a. mit der Begründung ablehnen, es stehe einer an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Medizin fundamental entgegen, halten die Krankenkassen das Globalbudget durchaus für ‚gemeinwohlkompatibel‘. Auch sie präsentieren sich als kompromißlose Anwälte der Patienten: „Das Patienteninteresse und die Patientenversorgung sind der Maßstab der Lösungen.“⁹⁹ Die geplante Stärkung der Rechte der Patienten (im Sinne von Verbraucherrechten gegenüber den Ärzten), von der BÄK als überflüssig bezeichnet, wird ausdrücklich begrüßt.¹⁰⁰

Der im Zuge der Verteidigung des Globalbudgets implizit geäußerte Vorwurf, die Ärzte handelten mehr selbst- als gemeinwohlorientiert – Stichwort: „Besitzstandsgarantien“ –, wird auch offener erhoben: „Hier geht es um Standorte und Arbeitsplätze, die die Betroffenen ohne Rücksicht auf Finanzierbarkeit und Bedarfsnotwendigkeit zu ver-

⁹⁴ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Gesundheitsreform 2000, Essen 1999.

⁹⁵ F. Knieps, AOK-Bundesvorstand. In: *Der Internist* 2/99, S. M 40.

⁹⁶ Ebd., S. M 41.

⁹⁷ Vgl. H. Rebscher, Vorstandsvorsitzender von VdAK und AEV. In: *Der Internist* S. M 18 ff.

⁹⁸ R. Stuppardt, Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, zit. in: C. Korbanka. In: *Die Krankenversicherung* 6/99, S. 167.

⁹⁹ Rebscher, a.a.O., S. M 19.

¹⁰⁰ Vgl. DAK: Positionen 2000, Punkt 7 (www.dak.de/presse/html/posi2k7.html).

teidigen wissen.“¹⁰¹ Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen werde von den Ärzten selbst gesteuert, die Menge und die Struktur der abgerechneten Leistungen seien also angebotsinduziert. Den Ärzten wird keineswegs das Recht auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen abgesprochen, wohl aber wird die Berechtigung betriebswirtschaftlicher Kalküle in Frage gestellt:

„Die betriebswirtschaftlichen Kalkulationen von ärztlichen Honoraren ist ein Irrweg, der jede Reformbemühungen im Ansatz diskreditieren würde. Es ist nicht Aufgabe der Gebührenordnung, die individuelle Praxisorganisation der am System teilnehmenden Ärzte zu finanzieren, sondern allein die Patientenversorgung sicherzustellen.“¹⁰²

Die Krankenkassen präsentieren sich dergestalt als Wächter und Verteidiger eines am Prinzip des Gemeinwohls orientierten Gesundheitssystems. Dieses sehen sie nicht durch die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung gefährdet, sondern eher durch eine wachsende betriebswirtschaftliche Orientierung einer zunehmenden Zahl von Ärzten. Auch hier zeigt sich das bereits bei anderen Konfliktkonstellationen beobachtete Muster der Reklamierung von Gemeinwohlorientierung für die eigene Organisation und der Zuschreibung von Selbstorientierung an den gesundheitspolitischen Kontrahenten. Wo dies wechselseitig geschieht, findet sich ein und dieselbe Organisation einmal (im Selbstverständnis) auf der Seite der ‚guten‘, ein andermal (in der Fremdwahrnehmung) auf derjenigen der ‚schlechten‘ Akteure wieder.

6. Professionssoziologische Folgerungen: Akzeptanz und Gemeinwohl

Eines haben die voranstehenden Ausführungen deutlich gezeigt: Gemeinwohl ist – jedenfalls im hier untersuchten diskursiven Feld – eine ausgesprochen flexible und zugleich allseits begehrte symbolische Ressource. Protagonisten, Befürworter und Kritiker der Gesundheitsreform berufen sich gleichermaßen, wenn auch mit unterschiedlicher Vehemenz, auf diesen Topos. Jede Partei sieht das Gemeinwohl durch das eigene Handeln gewahrt, durch das mancher anderer Akteure gefährdet. Ohne Bezug auf das Gemeinwohl läßt sich im Feld der Gesundheitspolitik offensichtlich nicht erfolgversprechend argumentieren. Die Selbstdarstellungen der Organisationen und Verbände ergeben dergestalt das Bild einer Vielzahl von Gemeinwohl-reklamierenden Akteuren, welche um die Gunst der Patienten und der politischen Entscheidungsträger konkurrieren.

In den analysierten Dokumenten spielt die Gemeinwohlorientierung in zwei Kontexten eine wichtige Rolle: im Bemühen um soziale Schließung, konkret bei den Versuchen des BDA, den Hausärzten ein Monopol für die medizinische Primärversorgung zu sichern; und im allgemeinen, vor allem von KBV und BÄK getragenen und von den weitaus meisten Verbänden unterstützten Bemühen, Akzeptanz für die Forderungen der Ärzteschaft insgesamt zu erzeugen.

¹⁰¹ Knieps, a.a.O., M, S. 41.

¹⁰² Rebscher, a.a.O., S. M 20 f.

In beiden Fällen sind Politik und Öffentlichkeit die Adressaten, die mit Gemeinwohl-Argumenten von der Berechtigung der jeweiligen Anliegen überzeugt werden sollen – im ersten Fall mehr die Politik als die Öffentlichkeit. Die Kampagnen des BDA lassen sich vermutlich als prototypisches Exempel dafür betrachten, wie mit Gemeinwohlar-argumenten versucht wird, die Exklusivität der eigenen Problemlösung durchzusetzen – ohne daß damit unterstellt wäre, dies korrespondiere nicht mit einer tatsächlichen Gemeinwohlorientierung. Der Gemeinwohldiskurs fungiert hier jedenfalls deutlich zumindest *auch* als symbolische Ressource im Kampf um Dominanz.

Die zweite Konstellation ist professionssoziologisch vor allem deshalb interessant, weil hier in einer für die medizinische Profession bislang nicht gekannten Weise *öffentlich* um Akzeptanz gerungen wird. Plakat- und Unterschriftenaktionen in den Praxen sowie insbesondere wiederholte Großdemonstrationen und Praxisschließungen (Streik) sind für die vordem eher auf der (Hinter-)Bühne des Lobbyismus agierenden Ärzteorganisationen ungewöhnliche und daher auch besonders legitimationsbedürftige Protestformen. Die Ärzteorganisationen greifen zu Mitteln der Agitation, die der Protestkultur der Gewerkschaften entstammen, nicht aber derjenigen der freien Berufe.

Daß die Ärzteorganisationen zu solchen, nach traditionellem Verständnis eher professionsfremden Mitteln der öffentlichen Kundgabe greifen, läßt sich als Indikator dafür begreifen, daß sie sich einem ernsthaften Akzeptanzproblem konfrontiert sehen. Dieses Problem kulminiert in dem, u.a. von Teilen der Presse erhobenen Vorwurf, Ärzte hätten schon längst die ökonomische Nutzenmaximierung zur (heimlichen) Maxime ihrer beruflichen Tätigkeit gemacht. Daß dieser Vorwurf geäußert werden kann und als ein ernsthaftes Problem aufgenommen wird, verweist auf die Sonderstellung der ärztlichen Profession gegenüber sonstigen, nicht-professionalisierten Berufen, bei deren Mitgliedern eine Profitorientierung nicht nur akzeptiert, sondern erwartet wird. Die ärztliche Profession steht traditionell unter gesellschaftlichen Gemeinwohlanprüchen und kann mithin gar nicht anders, als ihre Gemeinwohlorientierung zu dokumentieren. In *dieser* Hinsicht läßt sich Gemeinwohlorientierung sozusagen als eine strukturelle Eigenschaft der medizinischen Profession begreifen.¹⁰³ Damit ist aber keine Antwort auf die Frage intendiert, ob, in welchem Maße und unter welchen Bedingungen Ärzte tatsächlich gemeinwohlorientiert sind bzw. handeln.

Das Akzeptanzproblem ist nicht auf die ökonomische Dimension begrenzt; es ist in einem weiteren, über die ärztliche Profession hinausgehenden Rahmen zu verorten. Daß die Ärzte in den Fokus der öffentlichen Kritik geraten sind, ist auch als Teil einer generellen Entwicklung zunehmender Akzeptanzvorbehalte in der politischen Kultur sowie eines Akzeptanzverlusts des Expertentums im Besonderen zu begreifen.¹⁰⁴ Die Haltung der Laien gegenüber den Experten und eben auch der Patienten gegenüber den Ärzten läßt sich als Übergang von „naiv-habituelle“ zu „elaboriert-reflexiver Akzeptanz“¹⁰⁵ beschreiben.

Naiv-habituelle Akzeptanz kennzeichnet gewissermaßen das tradierte Verhältnis des Patienten zu ‚seinem‘ Arzt. Der Patient ist ‚Duldender‘ auch in dem Sinne, daß er die

¹⁰³ Vgl. dazu auch Gross/Hitzler/Honer 1989.

¹⁰⁴ Vgl. Guschker 1998.

¹⁰⁵ Lucke 1995, S. 216.

Ratschläge des Arztes nicht auf ihre Angemessenheit hin hinterfragt. Diese Haltung wird in zunehmendem Maße von der des Kunden oder kritischen Konsumenten überlagert¹⁰⁶ – eine Entwicklung, die durch die von der Bundesregierung mitgetragene Einführung von Verbraucherschutzzelementen in das Gesundheitssystem institutionell weiter gefördert wird.

Diese Entwicklung läßt sich nicht zuletzt an semantischen Veränderungen festmachen. Die DAK, die die Aktivitäten der Verbraucherschutzorganisationen im Gesundheitswesen ausdrücklich begrüßt, verwendet nicht mehr nur den Begriff des Patienten, sondern auch den des Kunden.¹⁰⁷ In dem „immer unüberschaubareren Gesundheitsdschungel“, zu dem der medizinische Sektor sich entwickle, hilft augenscheinlich nicht mehr ein vorbehaltloses Vertrauen in die Kompetenz des Arztes, stellvertretend für den Patienten, den richtigen Weg durch diesen ‚Dschungel‘ zu finden. Der Patient sieht sich in zunehmendem Maße der Notwendigkeit konfrontiert, sich selbst die erforderlichen Informationen zu beschaffen. Damit steht eine wichtige Ressource ärztlichen Handelns, das Vertrauen des Patienten, in der Gefahr, entzogen zu werden. Geschieht dies, ist die privilegierte Position des Ärzteberufs bedroht.¹⁰⁸

In dieser Situation tritt mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) ein neuer kollektiver Akteur das gesundheitspolitische Feld. Im Verein mit anderen Organisationen strebt die AgV „ein bundesweites Netzwerk zur Zusammenarbeit unabhängiger und seriöser Patientenunterstützungseinrichtungen“ an.¹⁰⁹ Auch hier wird die Semantik der Hilfe um die des Marktes erweitert. Patienten werden als „Verbraucher von Gesundheitsleistungen“ bezeichnet, den „Akteuren des Gesundheitswesens“ werden „Mängel in der ‚Kundenorientierung‘“ vorgehalten. Daß die „Kundenorientierung“ in Anführungsstriche gesetzt wird, zeigt, daß die marktformige Bestimmung des Arzt-Patient-Verhältnisses eine noch ungewöhnliche Perspektive ist, die gegen tradierte Sichtweisen steht. Gleichwohl besteht über die Bedeutung der neuen Perspektive kein Zweifel:

„Wenn man Selbstbestimmung von Bürgern auch in Gesundheitsfragen ernst nimmt, muß anstelle der stellvertretenden Entscheidung durch Leistungsanbieter (Ärzte, andere Therapeuten etc.) bzw. Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen etc.) die Selbstverantwortung und Souveränität der unmittelbar betroffenen Patienten und Konsumenten gefördert werden.“

Gefordert werden „Markt- und Angebotstransparenz“, damit die „Informations- und Wahlmöglichkeiten der Kunden bzw. Patienten hinsichtlich der Gesundheitsdienste wie auch der angewandten Therapiekonzepte [...] verbessert werden.“¹¹⁰

Diese Forderungen sowie der damit verbundene Versuch, einen neuen institutionellen Akteur im Gesundheitswesen zu etablieren, dürften Ausdruck des erwähnten Akzeptanzproblems sein und zugleich zu dessen Verschärfung beitragen. Das Arzt-Patient-

¹⁰⁶ Vgl. dazu Hitzler/Pfadenhauer 1999.

¹⁰⁷ Vgl. DAK: Positionen 2000, Punkt 7, a.a.O.

¹⁰⁸ Vgl. MacDonald 1995, S. 30 f.

¹⁰⁹ AgV; Unabhängige Patientenunterstützung vernetzen! Konzept zum Aufbau einer Infrastruktur vernetzter Kompetenzzentren unabhängiger Information, Beratung und Unterstützung für Patienten und Verbraucher, Bonn 1999, S. 2.

¹¹⁰ Ebd., S. 4.

Verhältnis ‚droht‘ in dem Maße seine Sonderstellung zu verlieren, in dem im Gesundheitswesen Bürgerrechte angemeldet werden. Eine traditionell auf Experten-Autorität basierende Beziehung sieht sich mit Demokratisierungs-Ansprüchen konfrontiert.¹¹¹ Ärzteorganisationen geraten damit mehr und mehr in die Lage anderer korporierter Akteure. Sie müssen Akzeptanz gegen Widerstände durchsetzen und vor allem immer wieder aufs Neue beschaffen.¹¹² Akzeptanz wird zu einem prekären Gut.

Vor dem Hintergrund dieser Problemkonstellation lassen sich die Betonung von Gemeinwohlorientierung und die Bekräftigung, die berufspolitischen Forderungen der Ärzte würden advokatorisch für den Patienten gestellt und seien nicht durch ökonomischen Eigennutz motiviert, als professionspolitische Akzeptanzbeschaffungsstrategie verstehen. Hierbei agieren die Ärzteorganisationen an zwei ‚Fronten‘: gegenüber dem politischen System und eben in zunehmendem Maße unmittelbar gegenüber den Patienten. Letzteres geschieht nicht nur mittels Plakat- und Unterschriftenaktionen; mehrere der großen Ärzteorganisationen haben in jüngster Zeit auch Patienten- und Bevölkerungsumfragen durchführen lassen. Unabhängig von deren Ergebnissen, die durchaus unterschiedlich ausfallen und durchweg als Bestätigung der Position der auftraggebenden Organisation präsentiert werden, dokumentiert die Tatsache, daß die Patienten nach ihrer Meinung über ärztliche Leistungen gefragt werden, daß der jeweiligen Organisation die Meinung der Patienten wichtig ist. Man kann dies als (strategische) Sensibilisierung für wachsende Akzeptanzvorbehalte unter den Patienten sehen. Lucke zufolge wird Akzeptanz kommunikativ hergestellt und beinhaltet sowohl rationale als auch emotionale Komponenten.¹¹³ Die Akzeptanzbeschaffungsstrategien der Ärzteorganisationen lassen beides erkennen.¹¹⁴

Mit der akzeptanzsoziologischen Interpretation des Stellenwertes des Gemeinwohltopos im Streit um die Gesundheitsreform läßt sich wiederum an die von der Chicago-School begründete Tradition in der Professionssoziologie anknüpfen. Deren grundlegende Frage lautet: Was muß eine Profession tun, um ihre besondere Position auszuhandeln und zu behaupten?¹¹⁵ Freidson begreift in diesem Zusammenhang Dienstorientierung als eine öffentliche Zuschreibung, die erfolgreich in einem Prozeß gewonnen worden ist, in dem die Profession die Gesellschaft davon überzeugt hat, daß es richtig

¹¹¹ Daß hierzu die Beschaffung von Gegenexpertise gehört, hat die Verwendungsforschung als ein allgemeines Muster der Organisation von Gegenmacht beschrieben. Auch eine „Entprofessionalisierung ist letztlich eine Sache von (neuen) Experten“ (Bonß/Hartmann 1985, S. 16). Als Beschaffer der Gegenexpertise empfehlen sich für das Gesundheitssystem die Verbraucher- und Patientenschutzorganisationen.

¹¹² Lucke 1995, S. 91 f., zufolge ist die Prozeßhaftigkeit ein grundlegendes Merkmal von Akzeptanz.

¹¹³ Vgl. Lucke 1995, S. 104 f.

¹¹⁴ In diesem Zusammenhang wäre eine bildhermeneutische Interpretation der vom Hartmannbund für den Aushang in den Arztpraxen bestimmten Plakate aufschlußreich. Eines dieser Plakate zeigt einen älteren, etwa 60jährigen Mann, der den Typus des besorgten, erfahrenen und vertrauenswürdigen Arztes verkörpert. Unter diesem Bild sind die Forderungen der Ärzte aufgeführt: „patientenorientierte Gesundheitspolitik, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung der kranken Menschen, leistungsgerechte Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen“. (Hartmannbund: Plakat-Aktion August 1999; www.hartmannbund.de/politik/plak99_2htm#start)

¹¹⁵ Vgl. Larson 1977, S. XII.

ist, ihren Autonomieanspruch zu unterstützen.¹¹⁶ Daß im Bemühen darum Gemeinwohlargumente eine herausragende Rolle spielen, ist kein Zufall. Stellt man in Rechnung, daß die klassischen Professionen sich ihre privilegierte Stellung unter den Berufen nicht nur mit dem Verweis auf einen kognitiven Vorsprung (spezialisiertes Sonderwissen), sondern gerade auch mit der erfolgreichen Reklamation eines normativen Vorsprungs (Gemeinwohlorientierung) erarbeitet haben, ist gar nichts anderes zu erwarten, als daß in Zeiten eines wachsenden Akzeptanzproblems auf Gemeinwohlanprüche rekuriert wird. In dem Maße, in dem die ärztliche Therapie (tendenziell) zu einer Dienstleistung wie andere gemacht wird,¹¹⁷ kann die privilegierte Stellung immer weniger durch die Exklusivität des Wissens gerechtfertigt werden, denn dieses steht ja gerade unter kritischer Prüfung. Verbraucher- und Patientenschutzorganisationen bemühen sich, die Kompetenzdefizite des Patienten auszugleichen. Als Ressource zur Verteidigung der Privilegien bleibt mithin tendenziell nur noch der normative Vorsprung. In diesem Sinne ist der Rekurs auf Gemeinwohlorientierung ein Element der Struktur- wie auch der Durchsetzungslogik der ärztlichen Profession.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, G./Daheim, H./Sack, F. (Hg., 1973), *Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften*, Opladen.
- Bonß, W./Hartmann, H. (1985), *Konstruierte Gesellschaft, rationale Deutung. Zum Wirklichkeitscharakter soziologischer Diskurse*, in: *Entzauberte Wissenschaft. Zur Relativität und Geltung soziologischer Forschung*, hg. v. W. Bonß und H. Hartmann, *Soziale Welt, Sonderband 3*, Göttingen, S. 9-46.
- Bucher, R./Strauss, A. (1972), *Wandlungsprozesse in Professionen*, in: *Berufssoziologie*, hg. v. T. Luckmann und W. M. Sprondel, Köln, S. 182-197.
- Daheim, H. (1970²), *Der Beruf in der modernen Gesellschaft*, Köln.
- Daheim, H. (1973), *Professionalisierung. Begriff und einige latente Makrofunktionen*, in: *Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften*, hg. v. G. Albrecht, H. Daheim und F. Sack, Opladen, S. 232-249.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York.
- Goode, W. J. (1969), *The Theoretical Limits of Professionalization*, in: *The Semi-Professions and their Organization*, hg. v. A. Etzioni, New York, S. 266-313.
- Goode, W. J. (1972), *Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen*, in: *Berufssoziologie*, hg. v. T. Luckmann und W. M. Sprondel, Köln, S. 157-167.
- Groszer, M. (1992a), *Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes*, Gütersloh.
- Groszer, M. (1992b), *Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes*, in: *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, hg. v. R. Mayntz, Opladen, S. 162-210.

¹¹⁶ Vgl. Freidson 1970, S. 82.

¹¹⁷ Am weitesten fortgeschritten ist dies wohl in der Zahnmedizin. Die Patienten sind gehalten, vor aufwendigeren Zahnersatzleistungen Kostenvoranschläge einzuholen. Die Inanspruchnahme der Leistungen des Zahnarztes wird damit derjenigen der Autowerkstatt ähnlich.

- Gross, P./Hitzler, R./Honer, A. (1989), Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel, in: *Medizin. Momente der Veränderung*, hg. v. F. Wagner, Berlin u.a., S. 155-172.
- Guschker, S. (1998), Glaubwürdigkeit und Vertrauen. Akzeptanzkriterien von Expertenwissen, in: *Annahme verweigert. Beiträge zur soziologischen Akzeptanzforschung*, hg. v. D. Lucke/M. Hasse, Opladen, S. 93-115.
- Hartmann, H. (1968), Arbeit, Beruf, Profession, in: *Soziale Welt* 19, S. 193-216.
- Hitzler, R. (1994), Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung, in: *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*, hg. v. R. Hitzler, A. Honer und C. Maeder, Opladen, S. 13-30.
- Hitzler, R. (1998), Reflexive Kompetenz. Zur Genese und Bedeutung von Expertenwissen jenseits des Professionalismus, in: *Expertenwissen – soziologische, psychologische und pädagogische Perspektiven*, hg. v. W. K. Schulz, Opladen, S. 33-48.
- Hitzler, R./Pfadenhauer, M. (1999), Reflexive Mediziner? Zur Definition professioneller Kompetenz als standespolitisches Problem am Übergang zu einer ‚anderen‘ Moderne, in: *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*, hg. v. C. Maeder, C. Burton-Jeangros und H. Knipe, Zürich, S. 94-111.
- Larson, M. S. (1977), *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley.
- Lucke, D. (1995), Akzeptanz. Legitimität in der „Abstimmungsgesellschaft“, Opladen.
- MacDonald, K. M. (1995), *The Sociology of Professions*, London.
- Mayntz, R. (Hg., 1992a), *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, Gütersloh.
- Mayntz, R. (1992b), *Interessenverbände und Gemeinwohl – Die Verbändestudie der Bertelsmann-Stiftung*, in: *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, hg. v. R. Mayntz, Opladen, S. 11-35.
- Oevermann, U. (1996), Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, hg. v. A. Combe und W. Helsper, Frankfurt/M., S. 70-182.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*, New York/London.
- Parsons, T. (1964), Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur, in: *Beiträge zur soziologischen Theorie*, hg. v. T. Parsons, Neuwied/Berlin, S. 160-179.
- Parsons, T. (1968), Professions, in: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, hg. v. D. L. Sills, Bd. 12, London, S. 536-547.
- Pfadenhauer, M. (1998), Das Problem zur Lösung: Inszenierung von Professionalität, in: *Inszenierungsgesellschaft*, hg. v. H. Willems und M. Jurga, Opladen, S. 291-304.
- Pfadenhauer, M. (1999), Rollenkompetenz. Träger, Spieler und Professionelle als Akteure einer hermeneutischen Wissenssoziologie, in: *Hermeneutische Wissenssoziologie*, hg. v. R. Hitzler u.a., Konstanz, S. 267-285.
- Ratzel, R./Lippert, H.-D. (1995), *Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte (MBO)*, Berlin.
- Rüschemeyer, D. (1972), Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen, in: *Berufssoziologie*, hg. v. T. Luckmann und W. M. Sprondel, Köln, S. 169-181.
- Rüschemeyer, D. (1973), Professions. Historisch und kulturell vergleichende Überlegungen, in: *Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften*, hg. v. G. Albrecht, H. Daheim und F. Sack, Opladen, S. 250-260.
- Rüschemeyer, D. (1980), Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtsforschung, in: *Geschichte und Gesellschaft* 6, S. 311-325.
- Schiwy, P. (1999), *Deutsches Arztrecht*, Starnberg.
- Simm, A. (1983), *Strukturanalyse einer Familientherapie. Eine soziologisch-professionalisierungstheoretische Fallstudie*, Diss., Universität Frankfurt a.M.

- Webber, D. (1992), Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, hg. v. R. Mayntz, Opladen, S. 211-272.
- Weber, M. (1980⁵), *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*, Tübingen.

Verzeichnis der Abkürzungen

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AgV	Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen