

Vorwort	V
Abbildungsverzeichnis	XVII
Tabellenverzeichnis	XIX
Abkürzungsverzeichnis	XXI
I. Einleitung	1
II. Theoretische und historische Einordnung	9
1. Organisation als Schlüsselphänomen moderner Gesellschaften	9
1.1 Ansätze zur Analyse der modernen Gesellschaft als Organisationsgesellschaft.....	9
1.2 Elemente einer „Kritik der Politischen Ökonomie der Organisation“	16
2. Die historische Genese der modernen Organisationsform	24
2.1 Das „lange“ 16. Jahrhundert als historisches Milieu der Organisationsbildung	24
2.2 Ansätze einer Organisierung des Gesundheitswesens im „langen“ 16. Jahrhundert ...	28
2.3 Zur Entwicklung des Organisationsmodus bis zum „langen“ 19. Jahrhundert	33
2.4 Die dekonstruierte Gesellschaft als historisches Milieu für die Entstehung und Ausbreitung des modernen Organisationsmodus	35
2.5 Der bürgerliche Verein als Prototyp der modernen Organisationsform.....	44
3. Organisationsgesellschaft als vernetzte Gesellschaft	50
III. Entwicklungslinien in der Organisationsgeschichte von Krankenkassen und Kassenärzteschaft	63
1. Felder der Organisierung I: Die Organisierung der Arbeitsbevölkerung in Krankenkassen	64
1.1 Vorläuferformen des modernen Kassenwesens.....	64
1.1.1 Genossenschaftliche Formen der Krankenunterstützung	64

1.1.2	Frühe Beziehungen zwischen Unterstützungskassen und Ärzten	75
1.1.3	Die Ausbildung erster funktional spezialisierter Krankenkassen.....	76
1.2	Typenvielfalt und strukturelle Anpassungsprozesse: Die Expansion der Kassenlandschaft im „langen“ 19. Jahrhundert.....	81
1.2.1	Staatliche Kontrolle und Pflichtmitgliedschaft: Die zwangsweise Homogenisierung und Fusionierung der Knappschaftskassen.....	82
1.2.2	Arbeitgeberkontrolle, Betriebszugehörigkeit und Statushierarchien: Der lange Weg zur Homogenisierung der Fabrikkrankenkassen.....	88
1.2.3	Berufsständische und lokale Exklusivität: Das heterogene Spektrum der örtlichen Handwerker- und Fabrikarbeiterkassen	94
1.2.4	Die Externalisierung der Krankheitsbehandlung an Kassenärzte	105
1.2.5	Die freien Hilfskassen zwischen Integration und Ausschluss aus dem organisationalen Feld der gesetzlich legitimierten Krankenkassen.....	109
1.3	Homogenisierungseffekte der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	112
1.3.1	Die Versicherungstechnologie als Motor der Homogenisierung	112
1.3.2	Allgemeiner Versicherungszwang als konstitutives Element	117
1.3.3	Strukturelle Homogenisierung trotz Kassenpluralismus	119
1.3.4	Die strukturellen Folgen des Sachleistungsprinzips.....	122
1.4	Die endgültigen Konturen des organisationalen Feldes der modernen Krankenversicherungskassen	127
1.4.1	Zentrale Gebilde im Feld: Die Allgemeinen Ortskrankenkassen.....	127
1.4.2	Konzentration und Selektion: Die Entstehung überregionaler Kassen	129
1.4.3	Der Zusammenschluss der Kassen in zentralisierten Dachverbänden	132
1.5	Fazit: Krankenkassenorganisation als umkämpftes Feld	134
2.	Felder der Organisation II: Organisation als Motor ärztlicher Professionalisierung	140
2.1	Die historischen Wurzeln der modernen Ärzteorganisationen.....	140
2.1.1	Segmentierung und Status der Ärzteschaft in der Ständegesellschaft.....	140
2.1.2	Erste berufsständisch-exklusive Zwangskorporationen der Ärzte	145
2.1.3	Selbstverwaltung, Kontrolle und Exklusivität: Die Medizinkollegien als Vorläufer der modernen Ärzteorganisationen	147
2.2	Vereine als Katalysatoren ärztlicher Professionalisierungspolitik.....	152

2.2.1	Verwissenschaftlichung und Normierung des Medizinstudiums als Grundlage ärztlicher Professionalisierung	152
2.2.2	Die Entdeckung der Organisationsform durch die Ärzteschaft.....	155
2.2.3	Variation, Imitation und Speziation: Expansion und Ausdifferenzierung ärztlicher Vereine aus dem allgemeinen Vereinswesen	158
2.2.4	Ärztevereine als Medien zur Interessenaggregation und -Artikulation.....	162
2.2.5	Staatliche Zwangskorporierung oder freie Interessenorganisation: Ärztliche Organisationskonzepte der 1840er-Jahre im Widerstreit	165
2.3	Interessenhomogenisierung und organisationale Zentralisierung: Der Aufbau einer einheitlichen ärztlichen Dachorganisation	168
2.3.1	Homogenisierung und Selektion: Die Formierung organisierter ärztlicher Interessen auf lokaler Organisationsbasis	168
2.3.2	Interessenaggregation auf Reichsebene: Die Gründung des Deutschen Ärztevereinsbunds im Trend der Zeit.....	172
2.3.3	Exklusivität und Extroversität: Zur Effizienz ärztlicher Verbandspolitik.....	178
2.3.4	Ärztstatus und Einkommen: Die veränderte Situation ab 1883.....	182
2.3.5	Der Wendepunkt ärztlicher Organisationspolitik: Die Kassenarztfrage als Motor organisationaler Aufrüstung und Standespolitik	187
2.4	Von der Standesorganisation zum wirtschaftlichen Kampfverband	191
2.4.1	Ressourcenmonopolisierung und Exklusion: Ärztliche Organisation für „freie Arztwahl“ und gegen „Kurpfuschertum“	191
2.4.2	Integration durch Speziation: Organisationale Differenzierung als Folge ärztlicher Interessendifferenzierung.....	195
2.4.3	Wirtschaftsverband versus Standesverband: Der Hartmannbund als organisationale Gegengründung zum Ärztevereinsbund.....	199
2.4.4	Integration durch Fusion: Die Eingliederung des Hartmannbundes in den Ärztevereinsbund.....	205
2.4.5	Expansion, Zentralisierung und Ressourcenmonopolisierung: Organisationale Aufrüstung und Strategie des Hartmannbundes	208
2.4.6	Die Zentralisierung der Verhandlungs- und Konfliktführung auf Spitzenverbandsebene	213
2.4.7	Zentrum und Peripherie: Die Zähmung der organisationspolitischen Zentrifugalkräfte innerhalb der Ärzteschaft	214

2.5	Der Abschluss der ärztlichen Aufrüstung: Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen	216
2.5.1	Der Griff nach den Kassenressourcen: Verbandliche Konzepte zur Schaffung homogener kassenärztlicher Monopolorganisationen	216
2.5.2	Homogenisierung und Zentralisierung durch Zwang: Die verordnete Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen	218
2.6	Fazit: Die „doppelte Identität“ der ärztlichen Organisationen	223
3.	Felder der Organisation III: Der Staat als zentrale Herrschaftsinstanz und organisierendes Zentrum	230
3.1	Das Wesen des modernen Interventionsstaates	230
3.2	Krankenkassen als Experimentierfeld staatlicher Organisationspolitik	232
3.2.1	Kassengesetzgebung als Mittel zur Durchsetzung staatlicher Kontrolle	232
3.2.2	Sozialversicherung als Instrument staatlicher Herrschaftssicherung	236
3.3	Verwaltungsexpansion zur Institutionenkontrolle: Die Folgen organisationsbasierter Sozial- und Gesundheitspolitik	238
3.4	Strukturelle Folgen der Institutionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung	239
3.4.1	Die Krankenversicherung als Spielball organisierter Interessengruppen	239
3.4.2	Die Gesetzliche Krankenversicherung als Auslöser der organisationalen Rüstungsspirale	241
3.4.3	Zum Charakter des Korporatismus im Gesundheitswesen	244

IV. Zur Strukturlogik des Organisationsnetzwerks von Krankenkassen und Kassenärzteorganisationen 251

1.	Ressourcenmonopolisierung und Homogenisierung: Die strukturellen Folgen des Sicherstellungsauftrags der kassenärztlichen Versorgung	252
1.1	Selektivität: Die schrittweise Verdrängung der kasseneigenen Versorgungseinrichtungen durch die organisierte Ärzteschaft	252
1.2	Spezialisierung und Monopolisierung: Die Verteilung von Verfügungsrechten und Rollen zwischen den Akteuren	256
1.2.1	Kassen als Spezialisten zur Ressourcensammlung und -verwaltung	256
1.2.2	Der Arzt zwischen Behandlungsmonopol und Kasseninteressen	257

1.2.3	Mimesis: Die Nachahmung gewerkschaftlicher Kampfformen durch die Ärzteorganisationen.....	260
1.3	Kompetenzmonopolisierung durch Vernetzung: Die schrittweise Aneignung des Sicherstellungsauftrags durch die Ärzteorganisationen.....	262
1.4	Reziprozität: Die Institutionalisierung eines Systems gegenseitiger Abhängigkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzteorganisationen.....	265
1.5	Strukturelle Kontinuität und Selbstverständnis: Beibehaltung und Festigung des Angebotsmonopols der Ärzteorganisationen.....	268
1.6	Sektoralisierung und Abschließung als Folge der Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	270
1.6.1	Das Belegarztsystem als frühes Beispiel einer integrierten Versorgung.....	271
1.6.2	Sektorale Schließung: Die Folge der Monopolisierung aller ambulanten Versorgungsleistungen durch die Kassenärzteorganisationen.....	272
1.6.3	Die Reproduktion des kassenärztlichen „Ambulanzmonopols“ durch Krankenkassen und Staat.....	274
1.6.4	Abgrenzung und Extroversität: Der Zugriff der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Ressourcen des stationären Sektors.....	276
1.6.5	Fragmentierung, Diskontinuität und Intransparenz: Auswirkungen der Sektoralisierung auf die medizinische Versorgung der Versicherten.....	277
1.6.6	Sektorale Diffusion und strukturelle Beharrungskraft: Die Folgen der Institutionalisierung des ambulanten Organisationsnetzwerks.....	279
1.7	De-Institutionalisierung im neoliberalen Ordnungsdiskurs: Die Infragestellung der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	281
2.	Die Institutionalisierung einer verfahrensförmigen Konfliktregulierung: Die „Gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und Ärzte“	284
2.1	„Gemeinsame Selbstverwaltung“ als zentrales Strukturmerkmal des ambulanten Organisationsnetzwerks.....	284
2.1.1	Zwischen staatlicher Steuerung und Selbstregulierung: Zum Wesen der Interorganisationsbeziehungen im ambulanten Sektor.....	284
2.1.2	Strategische Selektivität: Selbstverwaltung als Form der Verhaltenskoordinierung und des kooperativen Interessenausgleichs.....	286
2.2	Struktureller und prozeduraler Isomorphismus: Etappen der Vernetzung.....	289

2.2.1	Zentralisierung und Parität als Friedensformeln: Der strukturbildende Charakter des „Berliner Abkommens“	289
2.2.2	Begrenzte Stabilität und Funktionsblockaden: Zur Notwendigkeit staatlicher „Kriseninterventionen“ in die Netzwerkbeziehungen	295
2.2.3	Korporatisierung, Standardisierung und Integration als Krisenreaktion: Die Institutionalisierung eines stabilen Beziehungsgefüges ab 1923.....	299
2.2.4	Vertikale Arbeitsteilung: Zentralisierung der Steuerungskompetenzen und Dezentralisierung der Umsetzungsverantwortung	302
2.2.5	Korporatistische Konzertierung: Die Institutionalisierung des Reichsausschusses als staatlich organisierten Steuerungsverbund.....	304
2.2.6	Institutionelle Stabilisierung, Homogenisierung und Inkorporierung: Der Abschluss der öffentlich-rechtlichen Einbettung des Netzwerks	310
2.2.7	Prozedurale Isomorphie: Hierarchisch gestaffelte Kollektivverträge und Zwangsschlichtung zur Überwindung der Funktionsblockaden	316
2.2.8	Zentralisierung, Zwangskorporierung und interessenpolitische Paralysierung: Zur autoritären Re-Organisation durch den NS-Staat	319
2.2.9	Reorganisation und Restauration: Die organisationale Wiederaneignung des gesundheitspolitischen Entscheidungsfelds nach 1945	322
2.2.10	Instrumentalisierung und Mobilisierung von Netzwerkressourcen: Der Bundesausschuss als institutionalisiertes Steuerungszentrum.....	327
2.3	Strukturelle Reproduktion und kollektive Identität: Die Verinnerlichung der netzwerkspezifischen Kooperationsformen durch die Akteure.....	329
3.	Die Institutionalisierung der ökonomischen Steuerungsstruktur im Netz:	
	Kollektivverträge als zentrale honorarpolitische Verteilungsinstrumente.....	331
3.1	Kassenärztliche Vergütung als kollektiver Regelungsgegenstand	331
3.1.1	Das Vertragsregime als institutionelle Funktionsgrundlage des Netzwerks	331
3.1.2	Befriedung von Honorarkonflikten als Motor der Netzwerkbildung	334
3.2	Institutioneller Isomorphismus und Zentralisierung: Vom Einzelvertrag zum Kollektivvertrag über die kassenärztliche Vergütung	334
3.2.1	Zur ursprünglichen Vielfalt der ärztlichen Honorierungs- und Vertragsformen und ihres Einflusses auf das ärztliche Handeln	335
3.2.2	Strategische Stabilisierung und Vereinheitlichung: Die institutionelle Einbettung des Arzthonorars in Kollektivverträge und Vertragsausschüsse	337

3.2.3	Vertragsrichtlinien: Standardisierung und Kollektivierung der ärztlichen Vertrags- und Vergütungslandschaft in der Weimarer Republik	341
3.2.4	Strukturelle Kontinuität: Homogenisierung, Hierarchisierung und Zentralisierung des Kollektivvertrags- und Honorarsystems ab 1931	343
3.2.5	Institutionelle Eigendynamik, Machtverschiebung und honorarpolitischer Paradigmenwechsel: Die Durchsetzung der Einzelleistungsvergütung	348
3.2.6	Leistungsexpansion und Beitragssteigerung: Die Folgekosten der etablierten Verhandlungsrationalität	350
3.2.7	Strukturelle Stabilisierung, Homogenisierung und Zentralisierung: Die gesetzliche Abschaffung der dritten Verhandlungsebene	353
3.2.8	Auslagerung, institutionelle Einbettung und gegenseitige Stabilisierung: Die Verteilung von Zuständigkeiten und Kompetenzen im Netzwerk	354
3.3	Kostenexternalisierung und strukturelle Beharrungskraft: Reformversuche und Reformresistenz der etablierten Netzwerkstrukturen	358
4.	Kassenärztliche Zulassung – das Kontrollinstrument des Zugangs zu den Netzwerkressourcen	362
4.1	Die Monopolisierung des Ressourcenzugangs: Kassenarztzulassung als umkämpftes Feld	362
4.1.1	Exklusive Zugangskontrolle: Der Kassenarzt zwischen Behandlungsmonopol und Zulassungshoheit der Kassen	363
4.1.2	Der Kampf um das Zulassungsmonopol der Kassen: Organisierte freie Arztwahl als zentrale Forderung der Ärzteorganisationen	365
4.2.	Isomorphismus und Exklusion: Die Institutionalisierung einheitlicher Zulassungsnormen und -Verfahren durch das Netzwerk	365
4.2.1	Formalisierung und Vereinheitlichung: Die Übertragung strategischer Zulassungskompetenzen auf bezirkliche Registerratsausschüsse	365
4.2.2	Zentralisierung, Standardisierung, Bürokratisierung: Die Konzentration der Richtlinienkompetenz für Zulassungsfragen beim Reichsausschuss	367
4.2.3	Korporatisierung und Schwächung des Netzwerks: Vom kollektiven zum öffentlich-rechtlichen Zulassungsverfahren	369
4.2.4	Die staatliche Übertragung des öffentlich-rechtlichen Zulassungsmonopols auf die Kassenärztlichen Vereinigungen	370

4.2.5	Exklusion: Die Nutzung des Zulassungsmonopols zur systematischen „Marktber- einigung“ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	371
4.2.6	Partielle Rückverlagerung der kassenärztlichen Zulassung in das Netzwerk: Die Zulassungsausschüsse der zweiten Ebene	373
4.2.7	Zulassungsquoten, Richtlinien und künstliche Zugangsbarrieren: Restriktive Zulassungspolitik im Zusammenspiel von Netzwerkorganen und Staat.....	374
4.2.8	Organisationale Zentrifugalkräfte: Innerärztliche Verteilungs- und Generationenkonflikte als Folge der Zulassungspolitik des Netzwerks.....	380
4.2.9	Die schrittweise Rückeroberung der Steuerungskompetenzen des Netzwerks: Die exklusive Zulassungs- und Bedarfsplanungspraxis nach 1960	383
5.	Fazit: Die Institutionalisierung eines sich quasi selbsttragenden Organisationsnetzwerks zur Regulierung des ambulanten Sektors	390
V.	Zur Reproduktionslogik des ambulanten Netzwerks.....	397
1.	„Gemeinwohlorientierung“ als universale Litorientierung und institutioneller „Überbau“ des ambulanten Organisationsnetzwerks	398
1.1	Die Stützen des Staates: Netzwerkbildung als Instrument der Systemintegration und staatlichen Herrschaftslegitimierung.....	398
1.2	Gemeinwohlorientierung als ideologische Stütz- und Sinnkonzeption der Netzwerkakteure	404
1.2.1	Gemeinwohlverpflichtung als Verhaltensnorm und Inklusionskriterium	404
1.2.2	Gemeinwohl als Mythos: Die Instrumentalisierung als Legitimationsfassade für die Durchsetzung von Partikularinteressen im Netzwerk.....	407
1.2.3	Herrschaft kraft Agentschaft: Krankenkassen und Ärzte als selbsternannte Sachwalter der allgemeinen Patienteninteressen.....	409
1.2.4	Gemeinwohl als Herrschaftsideologie: Die Legitimierung von Machtasymmetrien und Verteilungskämpfen im Netzwerk	415
1.2.5	Zur kulturell-institutionellen Einbettung des ambulanten Netzwerks in die moderne Organisationsgesellschaft und ihre Rationalitätsmuster.....	418
2.	Entwicklung und Expansion der ökonomischen Leitlogik im Netzwerk	420
2.1	Zur immanenten ökonomischen Rationalität des Netzwerks	420
2.2	Der Prozess der Ökonomisierung der Netzwerkbeziehungen	423

2.2.1	Ökonomische Verteilungskämpfe als Triebkräfte der Organisierung, der strukturellen Homogenisierung und des kommunikativen Einschwingens.....	423
2.2.2	Wirtschaftliche Leistungsfähigkeit als Primat: Materielle und organisatorische Voraussetzungen der Netzwerkentwicklung.....	425
2.2.3	Netzwerkbildung zur Minimierung ökonomischer Unsicherheiten	427
2.2.4	Die Folgen der netzwerkimmanenten ökonomischen Expansionslogik.....	429
2.2.5	Der Kampf um die Wirtschaftlichkeitskontrolle der ärztlichen Tätigkeit.....	436
2.2.6	Eskalation in der Wirtschaftskrise: Die Abhängigkeit der Netzwerkstabilität von externen ökonomischen Faktoren.....	438
2.2.7	Die gemeinsame Reproduktion einer Missbrauchssemantik als Legitimation für die Externalisierung steigender Leistungskosten auf die Versicherten	440
2.2.8	Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität als Legitimation des Netzwerkhandelns und Maßstab für die Steuerungseffizienz der Akteure	445
2.3	Strukturelle Beharrungskraft und Steuerungsblockaden: Zur Reproduktion der ökonomischen Entwicklungsspirale durch die Netzwerkakteure selbst.....	448
2.4	„Kostenexplosion“ als Legitimation für strukturelle staatliche Eingriffe zur Etablierung einer betriebswirtschaftlichen Leitlogik im Netzwerk	455
3.	Fazit: Die institutionelle Einbettung des ambulanten Organisationsnetzwerks in gesellschaftliche Leitideologien und ökonomische Kontexte	460
VI.	Resümee	463
	Literaturverzeichnis	473

Abbildungsverzeichnis

1	Quantitative Entwicklung des Vereinswesens in Elberfeld 1780-1850	50
2	Das „junge“ korporatistische Netzwerk aus Krankenkassenverbänden und Ärzteorganisationen im Spannungsfeld der großen Organisationsregime 1914	60
3	Bevölkerungsentwicklung und Kassenmitglieder in Preußen 1854-1874.....	105
4	Bevölkerungsentwicklung, Kassenmitglieder und Versicherte 1885-1930	124
5	Entwicklung von Gesamteinnahmen, Gesamtausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen 1885-1930.....	127
6	Die Entwicklung des Kassenwesens 1885-1930	131
7	Bevölkerungsentwicklung und Anzahl der berufstätigen Ärzte in Barmen 1785-1925 (inklusive Homöopathen und Assistenzärzte).....	158
8	Gründungswellen der Ärztevereine in Preußen 1810-1890	162
9	Zur zahlenmäßigen Entwicklung der dem Deutschen Ärztevereinsbund angeschlossenen Vereine (1873-1933).....	175
10	Quantitative Entwicklung der Patientenzahlen pro Arzt 1885-1910.....	189
11	Entwicklung des Organisationsgrads von Ärztevereinsbund und Hartmannbund 1876-1933.....	205
12	Die personelle und organisatorische Verflechtung zwischen Deutschem Ärztevereinsbund und Hartmannbund.....	207
13	Vom privatrechtlichen Einzeldienstverhältnis zur kollektivvertraglichen Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzteorganisationen.....	266
14	Die Ausbildung erster Netzwerkstrukturen im ambulanten Sektor ab 1913	291
15	Das korporatistische ambulante Organisationsnetzwerk ab 1923	308
16	Grundstrukturen des entwickelten korporatistischen Netzwerks ab 1931	319
17	Das ambulante Organisationsnetzwerk von 1955 bis in die Gegenwart.....	328
18	Jährliche (prozentuale) Veränderungsdaten der kassenärztlichen Gesamtvergütung und der Grundlohnsumme 1930-2000	352

19	Entwicklung der Kassenarztzahlen und der (tatsächlichen) durchschnittlichen Anzahl von Versicherten pro Kassenarzt 1926-2000	378
20	Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes 1885-2000.....	439
21	Steigerungsraten der GKV-Leistungsausgaben und der kassenärztlichen Honorare 1885-2000 in Prozent	446
22	Entwicklung von Grundlohnsumme und Ärztehonoren 1885-2000	447
23	Entwicklung von Beitragseinnahmen und Ärztehonoren 1885-2000	448
24	Der gesundheitspolitische Kostendämpfungszyklus in der GKV	456

Tabellenverzeichnis

1	Traditionelle Formen gegenseitiger Unterstützung	75
2	Entwicklung der Knappschaftskassen in Preußen 1852-1919.....	87
3	Beispiele lokaler Entwicklung des Fabrikassenwesens 1854-1885	94
4	Risiko als Schlüsselbegriff der modernen (Kranken-)Versicherung.....	116
5	Die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem KVG	118
6	Verbreitete Elemente innerer Strukturierung der Ärztevereine in 1889	177
7	Modelle kassenärztlicher Honorierung.....	183
8	Kassenärzte und Honorierungsformen nach einer Umfrage des Deutschen Ärztevereinsbundes in 1885	187
9	Eigeneinrichtungen, Beratungs- und Selbstabgabestellen der Krankenkassen 1916-1931	253
10	Die aufgrund der Notverordnungen von 1923 errichteten Netzwerkorgane	301
11	Entwicklungsetappen des gestuften Kollektivvertragssystems seit 1931	354
12	Die Doppelfunktion der Registerausschüsse nach dem „Berliner Abkommen“	366
13	Etappen der Absenkung der kassenärztlichen Zulassungsquote 1913-1957.....	376