

Ärztetzwerke zwischen Pfadabhängigkeit und Pfadbruch

Die Entwicklung von Regulationspraktiken in der ambulanten Krankenversorgung

Inauguraldissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Wirtschaftswissenschaft des Fachbereichs
Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Mario Bach

Berlin, 2020

Erstgutachter

Prof. Dr. Jörg Sydow
Freie Universität Berlin

Zweitgutachter

Prof. Dr. Martin Gersch
Freie Universität Berlin

Tag der Disputation

18.06.2020

INHALT

TEIL I – ÜBERBLICK UND EINFÜHRUNG	1
1 UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND UND FORSCHUNGSFRAGEN	2
1.1 ENTWICKLUNG VON REGULATIONS PRAKTIKEN	2
1.2 REFORMPERSPEKTIVE INTEGRATION.....	4
1.3 BARRIEREN DER INTEGRATION	9
1.4 FORSCHUNGSFRAGEN	10
1.5 GLIEDERUNG DER UNTERSUCHUNG.....	10
TEIL II – THEORIEN UND KONZEPTE	14
2 PFADTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	14
2.1 NICHTVORHERSEHBARKEIT DES PROZESSVERLAUFS	15
2.2 NONERGODIZITÄT ALS PROZESSMERKMAL	16
2.3 ZUNEHMENDE INFLEXIBILITÄT	17
2.4 (POTENZIELLE) INEFFIZIENZ	17
2.5 BERLINER MODELL	21
2.5.1 <i>Phase I – Präformation</i>	22
2.5.2 <i>Phase II – Pfadformation</i>	24
2.5.2.1 Koordinations effekte	24
2.5.2.2 Komplementaritätseffekte.....	26
2.5.2.3 Lerneffekte.....	26
2.5.2.4 Adaptive Erwartungen	27
2.5.3 <i>Phase III – Lock-in</i>	28
2.5.4 <i>Räumlicher Kontext (ergänzend)</i>	29
2.6 REZIPROZITÄTSNORMEN.....	30
2.7 PFADBRUCH.....	31
3 STRUKTUR: NETZWERKTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	33
3.1 RELATIONALER NETZWERKBEGRIFF	34
3.2 BEZIEHUNGEN IM NETZWERK.....	36
3.3 NETZWERKSTRUKTUREN	38
3.4 NETZWERKENTWICKLUNG.....	41
3.5 NETZWERKGRENZEN	42
3.6 NETZWERKPERFORMANZ.....	43
3.7 DESKRIPTIVE NETZWERKANALYSE.....	48
4 HANDELN: PRAXISTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	50
4.1 PRAXIS, PRAKTIKEN UND PRAKTIKER	50
4.2 PRAKTIKEN IM PROZESS	51
4.3 VERNETZENDE PRAKTIKEN	55
4.3.1 <i>Praktikergemeinschaften</i>	55
4.3.2 <i>Grenzgängige Praktiken</i>	57
4.3.3 <i>Managementpraktiken</i>	60
5 DYNAMIK: PROZESSTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	63
5.1 VERLAUFSFORMEN	63
5.2 (INTER-)ORGANISATIONALER WANDEL	66
6 SYSTEM: RAUM- UND WETTBEWERBSBEZOGENE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	68
6.1 VERSORGUNGS RÄUME ALS MÖGLICHKEITS RÄUME	68
6.2 MÄRKTE UND WETTBEWERB IN DER KRANKENVERSORGUNG	70

6.3	BANDWAGON-EFFEKTE	72
7	SYSTEM: INSTITUTIONENTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE.....	73
7.1	INSTITUTIONELLE LOGIKEN	75
7.2	PROFESSIONELLE LOGIKEN.....	76
7.2.1	Ärztenschaft.....	76
7.2.2	Krankenpflege.....	77
7.2.3	Management.....	80
	TEIL III – METHODIK.....	82
8	UNTERSUCHUNGSMODELL	82
8.1	INSTITUTIONAL REALM UND ACTION REALM	83
8.2	ANALYTISCHE ZUGÄNGE	84
9	UNTERSUCHUNGSVERLAUF	85
9.1	DATENERHEBUNG	85
9.2	DATENANALYSE.....	87
9.3	ERGEBNISDARSTELLUNG	88
	TEIL IV – EMPIRISCHE BEFUNDE I: VERSORGUNGSSYSTEM, EREIGNISSE UND ENTWICKLUNGEN.....	89
10	DIE KRANKENVERSORGUNG: STANDARDS, AKTEURE, ZUSAMMENARBEIT.....	89
10.1	FUNKTIONSBEREICHE UND LEISTUNGSSEKTOREN.....	92
10.2	AMBULANTE VERTRAGSÄRZTLICHE KRANKENVERSORGUNG	94
10.2.1	Betriebsformen	96
10.2.2	Leistungsvergütung (kollektivvertraglicher Bereich).....	97
10.2.3	Vergütungen und Finanzierungen (selektivvertraglicher Bereich)	99
10.3	KOLLEKTIVAKTEURE	104
10.3.1	Gemeinsamer Bundesausschuss	104
10.3.2	Kassenärztliche Bundesvereinigung.....	105
10.3.3	Kassenärztliche Vereinigungen.....	105
10.3.4	Bundesärztekammer, Ärztekammern und ärztliche Verbände	106
10.3.5	GKV-Spitzenverband und Verbände der Krankenversicherungen.....	107
10.3.6	Pflegeverbände.....	109
10.3.7	Verbände der therapeutischen Berufe.....	109
10.3.8	Agentur deutscher Ärztenetze	109
10.3.9	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren	109
10.3.10	Bundesverband Managed Care	110
10.3.11	Patientenvertretung	110
10.4	INDIVIDUALAKTEURE	111
10.4.1	Ärztinnen und Ärzte	111
10.4.2	Fachangestellte in den Praxen	112
10.4.3	Fachangestellte mit besonderen Aufgaben	113
10.4.4	Ambulante Pflegeeinrichtungen	113
10.4.5	Therapeutische Gesundheitsprofessionen.....	114
10.4.6	Patienten, Angehörige und freiwillige Helfer	114
10.4.7	Akteure im Bereich Public Health	115
10.5	VARIANTEN DER ZUSAMMENARBEIT	117
10.5.1	Anweisungsbeziehung.....	117

10.5.2	<i>Delegation</i>	118
10.5.3	<i>Substitution</i>	120
11	EREIGNISSE UND ENTWICKLUNGEN	122
11.1	KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ	123
11.2	KONFLIKTREICHER WEG ZUM KOLLEKTIVVERTRAG.....	124
11.3	SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG UND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN	125
11.4	VEREINHEITLICHUNG UND ZENTRALISIERUNG	127
11.5	RESTAURATION IN DER NACHKRIEGSZEIT	127
11.6	KASSENARZTRECHT	128
11.7	MENGENAUSWEITUNG	129
11.8	KOSTENDÄMPFUNG	130
11.9	EINFÜHRUNG DER BUDGETIERUNG	131
11.10	EVIDENZBASIERTE MEDIZIN	132
11.11	REFORMGESCHICHTE DER VERSORGUNGSINTEGRATION	133
11.12	ALTERNATIVE SZENARIEN.....	135
11.12.1	<i>Die Hygienebewegung</i>	136
11.12.2	<i>Eine staatliche Krankenversorgung</i>	137
11.12.3	<i>Integrierte Versorgungsmodelle in der DDR</i>	138
12	ÄRZTENETZWERKE IN DER AMBULANTEN KRANKENVERSORGUNG	139
12.1	NETZWERK 1: EIN REGIONALES ÄRZTENETZWERK	140
12.1.1	<i>Einbettung in die Versorgungslandschaft</i>	141
12.1.2	<i>Vertragsgrundlage</i>	142
12.1.3	<i>Netzwerkfinanzierung</i>	142
12.1.4	<i>Strukturen</i>	143
12.2	NETZWERK 2: EIN ÜBERREGIONALES FACHÄRZTLICHES NETZ.....	145
12.2.1	<i>Einbettung in die Versorgungslandschaft</i>	146
12.2.2	<i>Vertragsgrundlage</i>	147
12.2.3	<i>Netzwerkfinanzierung</i>	148
12.2.4	<i>Strukturen</i>	148
12.2.5	<i>Untersuchte Zentren</i>	149
12.3	DIE BEIDEN ÄRZTENETZWERKE IM ÜBERBLICK	151
	TEIL V – EMPIRISCHE BEFUNDE II: DER PFADVERLAUF	152
13	PHASE I: BEDINGTE INTEGRATION (VOR 1883)	152
13.1	<i>INSTITUTIONAL REALM: MEDIZINISCHER PROFESSIONALISMUS</i>	152
13.1.1	<i>Neuer Spezialisismus und disziplinäre Versorgungsausrichtung</i>	153
13.1.2	<i>Definition „ärztliche Behandlung“ (Marktschließung I)</i>	154
13.1.3	<i>Professionelle Selbstregulierung</i>	155
13.2	<i>ACTION REALM: FLEXIBLE LEISTUNGSERBRINGUNG</i>	156
13.3	ZUSAMMENFASSUNG PHASE I	158
14	PHASE II: EINSETZENDE FRAGMENTIERUNG (1883 BIS 1932)	158
14.1	<i>INSTITUTIONAL REALM: VOM EINZELVERTRAG ZUM KORPORATISMUS</i>	159
14.1.1	<i>Beendigung Einzelverträge und Roll-out Kollektivvertrag</i>	159
14.1.2	<i>Forcierte Trennung der Leistungssektoren</i>	160
14.1.3	<i>Politisierung der Krankenversorgung (Marktschließung II)</i>	161
14.1.4	<i>Korporatismus als Konfliktlösung</i>	161
14.2	<i>ACTION REALM: HONORARKONFLIKTE UND KASSENARZTFRAGE</i>	163
14.2.1	<i>Konturierung des ambulanten Leistungssektors und der Einzelpraxen</i>	165

14.2.2	<i>Disziplinäre Abgrenzungen der Niedergelassenen</i>	166
14.3	ZUSAMMENFASSUNG PHASE II	168
15	PHASE III: FORTSCHREITENDE FRAGMENTIERUNG (1945 BIS 1990)	169
15.1	<i>INSTITUTIONAL REALM: SYSTEMISCHE RESTAURATION UND SCHLIEßUNG</i>	170
15.1.1	<i>Wiederherstellung Status ex ante</i>	170
15.1.2	<i>Finalisierung einheitliches Arztsystem</i>	172
15.1.3	<i>Kurative Ausrichtung der Krankenversorgung</i>	172
15.1.4	<i>Negierung integrativer Versorgungsmodelle</i>	174
15.2	<i>ACTION REALM: STRUKTURELLE UND HANDLUNGSBEZOGENE SCHLIEßUNGEN</i>	175
15.2.1	<i>Ausbildung von Lock-ins</i>	175
15.2.2	<i>Pfadabhängige Reziprozitätsnormen</i>	179
15.3	ZUSAMMENFASSUNG PHASE III	181
16	PHASE IV: EINSETZENDE INTEGRATION (AB 1990)	182
16.1	<i>INSTITUTIONAL REALM: INTEGRATIVE VERSORGUNGSMODELLE UND REFORMANSÄTZE</i>	183
16.1.1	<i>Adressierung der Sektorengrenze</i>	185
16.1.2	<i>Förderung von Ärztenetzwerken</i>	187
16.1.3	<i>Förderung von Medizinischen Versorgungszentren</i>	187
16.1.4	<i>Strukturierung von Versorgungsabläufen und Qualitätssicherung</i>	188
16.1.5	<i>Patientensteuerung und Aufgabenverteilung</i>	189
16.1.6	<i>Wettbewerbliche Steuerungsansätze und Deregulierung</i>	190
16.1.7	<i>Förderung der Digitalisierung</i>	191
16.1.8	<i>Reformen des Vertragsarztrechts</i>	192
16.2	<i>ACTION REALM: NETZWERK 1</i>	193
16.2.1	<i>Vollversorgungsvertrag als Vernetzungsgrundlage</i>	194
16.2.2	<i>Budgets und Managerial Control</i>	196
16.2.3	<i>Spezifische Einbettung</i>	196
16.2.4	<i>Experimentierfeld Kompetenzteams</i>	199
16.2.5	<i>Behandlungspfade als Boundary Practices</i>	200
16.2.6	<i>Patientenakte als Sociotechnical Network</i>	203
16.2.7	<i>Boundary Spanning Management</i>	205
16.2.8	<i>Medizinisches Versorgungszentrum als neuer Akteur</i>	209
16.2.9	<i>Regulative Effizienz</i>	211
16.2.10	<i>Aufkündigung der Zusammenarbeit</i>	212
16.2.11	<i>Zusammenfassung Netzwerk 1</i>	214
16.3	<i>ACTION REALM: NETZWERK 2</i>	216
16.3.1	<i>Gemischte Netzwerksteuerung</i>	218
16.3.2	<i>Qualitätsentwicklung und -sicherung</i>	221
16.3.3	<i>Allokation von Versorgungsaufgaben</i>	224
16.3.4	<i>Standards, Lerngemeinschaften und Bandwagon-Effekte</i>	228
16.3.5	<i>Co-Branding und Netzwerkidentität</i>	231
16.3.6	<i>Nicht-kurative Angebote</i>	233
16.3.7	<i>(Weiter-)Entwicklung integrativer Versorgungsmodelle</i>	234
16.3.8	<i>Zusammenfassung Netzwerk 2</i>	238
16.4	ZUSAMMENFASSUNG PHASE IV	239
17	GESAMTAUSWERTUNG: DER PFADVERLAUF	241
17.1	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	243
17.2	GESAMTER PFADVERLAUF	247

TEIL VI – ABSCHLUSSBETRACHTUNGEN	250
18 ERGEBNISDISKUSSION	250
19 EMPFEHLUNGEN FÜR DAS NETZWERKMANAGEMENT	252
20 WEITERE FORSCHUNG	255
21 LIMITATIONEN	256
22 FAZIT	257
LITERATUR	258
DATENKORPUS UND ANHÄNGE	273
D1 QUELLEN ZUR REKONSTRUKTION DER PHASEN I BIS III.....	274
D2 QUELLEN CODESYSTEM	276
D3 IM TEXT ZITIERTER QUELLEN VON/ÜBER NETZWERK 1	277
D4 IM TEXT ZITIERTER QUELLEN VON/ÜBER NETZWERK 2	279
D5 SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG.....	280
NW1B: BEFRAGUNG	281
NW2B: BEFRAGUNG	285
A1 MUSTERINTERVIEWLEITFADEN (MANAGEMENT).....	287
A2 FRAGEBÖGEN	288
FRAGEBOGEN NETZWERK 1.....	288
FRAGEBOGEN NETZWERK 2 (BEISPIELZENTRUM A).....	289
A3 CODESYSTEM	290
A4 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	291
A5 KURZFASSUNG	292

Abbildungen

1	Untersuchter Pfadverlauf (S.4)
2	Grundmodell der Untersuchung (S. 11)
3	Berliner Modell der Pfadentstehung (S. 22)
4	Vierphasenmodell mit Pfadentstehung und Pfadbruch (S. 32)
5	Einflüsse auf Netzwerkbeziehungen (S. 37)
6	Fortlaufende Weiterentwicklung von Praktiken (S. 52)
7	<i>Boundary Practice</i> (S. 59)
8	<i>Overlaps</i> (S. 59)
9	<i>Peripheries</i> (S. 60)
10	Möglichkeitsraum mit ausgewählten Einflüssen (S. 69)
11	Märkte und Wettbewerb in der Krankenversorgung (S. 71)
12	Untersuchungsmodell mit <i>Action Realm</i> und <i>Institutional Realm</i> (S. 83)
13	Analyseverlauf in den Phasen I bis IV (S. 84)
14	Netzwerk einer integrierten und umfassenden Versorgung (S. 184)
15	Screenshot „Behandlungspfad Rheuma“ (S. 201)
16	Interaktionsnetzwerk in Netzwerk 1 (S. 206)
17	Interaktionsnetzwerk in Beispielforum A von Netzwerk 2 (S. 226)
18	Integriertes Fachärztliches Versorgungszentrum (IFZ) in Netzwerk 2 (S. 236)
19	Pfadverlauf im Übergang von Phase III auf Phase IV (S. 242)

Tabellen

1	Ausgewählte Barrieren der Integration (S.10)
2	Typen von Unternehmensnetzwerken (S. 34)
3	Prädiktoren der Netzwerkperformanz (S. 45)
4	Vereinfachtes Reifegradmodell von Ärztenetzwerken (S. 47)
5	Geschwindigkeit und Umfang von Wandel (S. 63)
6	Modell der (inter-)organisationalen Integration (S. 67)
7	Varianten institutionellen Wandels (S. 74)
8	Standards in der Krankenversorgung (S. 89)
9	Bedarfsplanung (S. 95)
10	Ausgewählte Rechtsnormen zur Versorgungsintegration (S. 134f)
11	Netzwerke 1 und 2 im Überblick (S. 151)
12	<i>Institutional Cluster</i> in Phase II (S. 168)
13	Reziprozitätsnormen und handlungsleitende Skripte in Phase III (S. 181)
14	Lock-ins im <i>Action Realm</i> von Phase III (S. 182)
15	Chronologie Netzwerk 1 (S. 194)
16	Zentralität ausgewählter Akteure in Netzwerk 1 (S. 207)
17	Regulationspraktiken in Netzwerk 1 (S. 216)
18	Chronologie Netzwerk 2 (S. 218)
19	Gemischte Netzwerksteuerung in Netzwerk 2 (S. 219)
20	Regulationspraktiken in Netzwerk 2 (S. 239)
21	Gesamter Pfadverlauf (S. 248f)

Abkürzungen

AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention	NP	Nurse Practitioner
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
APRN	Advanced Practice Registered Nurse	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ASV	Ambulant spezialfachärztliche Versorgung	PB	Planungsbereich
AVU	Ambulanten Versorgungsunternehmen	PKV	Private Krankenversicherung
BÄO	Bundesärzteordnung	QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
BKK	Betriebskrankenkasse	QMS	Qualitätsmanagementsystem
BMC	Bundesverband Managed Care	RKI	Robert Koch-Institut
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	RLV	Regelleistungsvolumina
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung	RSA	Risikostrukturausgleich
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	RVO	Reichsversicherungsordnung
DBL	Deutscher Bundesverband für Logopädie	SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	SBZ	Sowjetische Besatzungszone
DIN	Deutsches Institut für Normung	SGB	Sozialgesetzbuch
DMP	Disease Management Programm	SNA	Soziale Netzwerkanalyse
DPR	Deutscher Pflegerat	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
DRG	Diagnosis Related Group	TK	Techniker Krankenkasse
DVE	Deutscher Verband für Ergotherapie	VISNs	Veterans Integrated Service Networks
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	WHO	World Health Organization
EBM	Evidence Based Medicine	ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung		
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte		
HR	Human Resources		
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung		
IFZ	Intersektorales Facharztzentrum		
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen		
IGES	Institut für Infrastruktur und Gesundheit		
IKK	Innungskrankenkasse		
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen		
IuK	Information und Kommunikation		
IV	Integrierte Versorgung		
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung		
KV	Kassenärztliche Vereinigung		
M&A	Mergers & Acquisitions		
MfS	Ministeriums für Staatssicherheit		
MTA	Medizinisch-technische/r Assistent/in		
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum		
NAO	Network Administrative Organization		

Teil I – Überblick und Einführung

Der überwiegende Teil der Krankenversorgung in Deutschland findet in fragmentierten Strukturen statt. Fragmentierung bedeutet zum einen, dass die Funktionsbereiche in der Krankenversorgung, also die im Einzelfall notwendige Zusammenarbeit von ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsprofessionen nur ungenügend integriert (siehe unten) ist. Zum anderen wird die Krankenversorgung in ökonomisch und strukturell voneinander getrennten Leistungssektoren erbracht, zu denen die ambulante und stationäre Krankenversorgung zählen. Es haben sich „operative Inseln“ (Schubert 2008: 21) gebildet, auf denen die Akteure weitgehend isoliert agieren. Dabei ist die Fragmentierung in der Krankenversorgung keineswegs ein neues Phänomen und die Versuche ihrer Überwindung durch Integration (vgl. 1.2) reichen weit zurück. Seit den 1950er Jahren wird auf Schnittstellenproblematiken zwischen den relevanten Professionen und Leistungssektoren verwiesen (z.B. Hall 1949, 1954; Coleman et al. 1957, 1966; Winick 1961; Freidson 1979). Seit über vierzig Jahren liegen konzeptuelle Vorschläge zum Aufbau integrierter Strukturen vor (z.B. Fehler 1975; Gurney 1976), die regelmäßig überarbeitet wurden (z.B. SVR 2009, 2012). Auch der Gesetzgeber blieb nicht untätig und adressiert seit den 1990er Jahren die Fragmentierung in der Krankenversorgung (Dieterich et al. 2013; vgl. 11.11). Und nicht zuletzt haben viele Leistungserbringer bewiesen, dass die Überwindung fragmentierter Versorgungsstrukturen nicht nur möglich ist, sondern auch positive Effekte, unter anderem hinsichtlich der Versorgungsqualität, haben kann (z.B. Scott et al. 2000, 2009; Weatherly et al. 2007; Amelung et al. 2009, 2011; Gersch et al. 2012; Hahn et al. 2013). Zur Verfügung stehen also wissenschaftliche Konzepte, förderliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen und auch erfolgreiche Praxisbeispiele. Und trotzdem gehört die Integration der Versorgung noch immer zu den unvollendeten Reformprojekten im Gesundheitswesen (Brandhorst et al. 2017). Diese Beharrlichkeit der Fragmentierung überrascht. In der vorliegenden Arbeit wird nach deren Gründen gesucht. Dabei wird auf einen eher diskreten Gegenstand fokussiert. In einer historischen Rückschau wird der Entwicklungsprozess sogenannter Praktiken untersucht, mit denen ärztliche Leistungserbringer in der ambulanten Krankenversorgung ihre Zusammenarbeit regulieren. Diese Regulationspraktiken sind über die Zeit entstandene, wiederholt ausgeführte und zwischen den Leistungserbringern wechselseitig angepasste Handlungsvollzüge. Zu ihren Eigenschaften gehört, dass sie von den Ausführenden sowohl alleine und kollektiv als auch durch Anpassungen an sich verändernde Umweltbedingungen (z.B. Rechtsnormen) entwickelt werden. Aufgrund dieser Eigenschaften können die hier untersuchten ärztlichen Regulationspraktiken sowohl als Indikatoren der Fragmentierung als

auch als Ansatzpunkte für deren Überwindung operationalisiert werden. Dabei fußt der untersuchte Entwicklungsprozess auf der Annahme, dass die Regulationspraktiken über einen längeren Zeitraum pfadabhängig geworden sind. Das heißt, den politisch Verantwortlichen, aber auch den Leistungserbringern selbst gingen aus verschiedenen Gründen Handlungsalternativen zur fragmentierten Leistungserbringung verloren. Dieser Prozess wird zunächst über die drei Phasen der Präformation (Phase I), Pfadformation (Phase II) bis hin zu einem Zustand äußerst hoher Rigidität (Pfadabhängigkeit, Phase III) untersucht. Da sich Regulationspraktiken jedoch wandeln können, ist eine weitere getroffene Annahme, dass es den Leistungserbringern gelingen kann, den Pfad der Fragmentierung zu brechen und die Regulation ihrer Zusammenarbeit so zu gestalten, dass eine integrierte Leistungserbringung möglich wird. Dieser These wird in der Phase des Pfadbruchs (Phase IV) gefolgt und am Beispiel von zwei Ärztenetzwerken in der ambulanten Krankenversorgung untersucht.

1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsfragen

Nach der Darstellung des Untersuchungsgegenstandes werden zunächst Reformperspektiven zur integrierten Leistungserbringung erörtert, bevor auf die damit verbundenen Barrieren verwiesen wird. Mit einer Darstellung der Forschungsfragen und der Gliederung der Untersuchung endet Teil I.

1.1 Entwicklung von Regulationspraktiken

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung von Regulationspraktiken (vgl. 4) untersucht, mit denen Ärztinnen und Ärzte ihre Zusammenarbeit untereinander (interdisziplinär), mit anderen Gesundheitsprofessionen (interprofessionell), mit Kliniken oder Krankenhäusern (intersektoral) und mit weiteren Akteuren organisieren. Der untersuchte Prozess erstreckt sich über vier Phasen, die aus dem Berliner Modell der Pfadentstehung (vgl. 2.5) und einer hinzugefügten Phase (vgl. 2.7) stammen. In den Phasen I bis III (Pfadentstehung) stehen ausgewählte gesundheits- und professionspolitische Ereignisse im Mittelpunkt, die dazu führten, dass sich die Regulation der Zusammenarbeit von einer bedingt integrierten Krankenversorgung am Ende des 19. Jahrhunderts, hin zu einer fortschreitend fragmentierten Krankenversorgung am Ende des 20. Jahrhunderts entwickelte. Demgegenüber wird in Phase IV (Pfadbruch) der Versuch der Überwindung einer fragmentierten Krankenversorgung am Beispiel von zwei Ärztenetzwerken untersucht. Die Betrachtung eines solch langen Zeitraums ist notwendig, weil sich nach Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 Entwicklungen in Gang setzten, die die Fragmentierung

der Leistungserbringung förderten und dabei systemische, strukturelle und handlungsbezogene Abgrenzungs- und Schließungsdynamiken in Gang setzten. Demnach wird ein historischer Entwicklungsprozess untersucht, in dem die Interaktion von ärztlichen und weiteren Leistungserbringern, nachfolgend als Individualakteure bezeichnet (vgl. 10.4), maßgeblich von (gesundheits-)politischen Akteuren wie beispielsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), nachfolgend als Kollektivakteure bezeichnet (vgl. 10.3), beeinflusst wird. Dies kann am Beispiel einer gängigen Regulationspraktik erläutert werden. In der (ambulanten) Krankenversorgung nutzen Ärztinnen und Ärzte Überweisungen, um Patienten an weitere ärztliche oder nichtärztliche Leistungserbringer zu leiten. Aus wiederholt ausgeführten Überweisungen zwischen (regional angesiedelten) Leistungserbringern können sich Überweisungspraktiken entwickeln, die im Laufe der Zeit ein *referral system* (Hall 1946: 43) etablieren. Innerhalb dieses Überweisungssystems entwickeln sich gewisse Normen der Zusammenarbeit (Reziprozitätsnormen, vgl. 2.6), die von den Ärztinnen und Ärzten zur Regulation ihrer Zusammenarbeit genutzt werden, um das Überweisungssystem am Leben zu erhalten. Die Regulationspraktik Überweisung hat einen Handlungsbezug (Überweisung der Patienten) und einen strukturellen Bezug (z.B. fest etablierte Abläufe, dafür notwendige Mittel). Jedoch würde eine alleinige Betrachtung der Bereiche „Handeln“ und „Strukturen“ zu kurz greifen, um die Entwicklung eines *referral systems* nachvollziehen zu können. Denn, wie bereits oben erwähnt, werden solche Regulationspraktiken unter anderem mittels Rechtsnormen, wie dem Vertragsarztrecht, und Kollektivakteuren (vgl. 10.3), wie den Kassenärztlichen Vereinigungen, reglementiert. Beim Zusammenspiel dieser Individual- und Kollektivakteure wird nicht nur von einer unmittelbaren Beeinflussung ausgegangen (z.B. Leistungserbringung), sondern auch von indirekt vermittelten Orientierungen, die im als Beispiel genannten Überweisungssystem eine gewisse Logik entfalten können, was sich wiederum auf die Regulation der Zusammenarbeit niederschlägt.

„Damit wird auf ein basales Verhältnis zwischen Institutionen und Menschen verwiesen: Von Menschen gemachte Institutionen formen die Präferenzen, Wahrnehmungen, Entscheidungen und Handlungen individueller Akteure zu einem gewissen Grad, während gleichzeitig Akteure selbst Institutionen kreieren, formen und verändern“ (Kümpers 2007: 17 in Bezug auf Scharpf 2000b).

Deshalb ist die vorliegende Untersuchung so angelegt, dass die Entwicklung von Regulationspraktiken aus verschiedenen Perspektiven und im Zeitverlauf erforscht werden kann. Im dazu entwickelten Untersuchungsmodell (vgl. 8) werden das relationale Handeln der Individualakteure und die dabei entstehenden Strukturen als *Action Realm* zusammengefasst.

Wobei sich der *Action Realm* vor dem Hintergrund der systemischen Einbettung und prozessdynamischer Entwicklungen (*Institutional Realm*) stetig weiterentwickelt. In Abbildung 1 wird ein erster Überblick über den Pfadverlauf und die genannten Ebenen mit den dazugehörigen Untersuchungsbereichen (System, Struktur, Handeln und Dynamik) gegeben (ausführlicher unter 8.1).

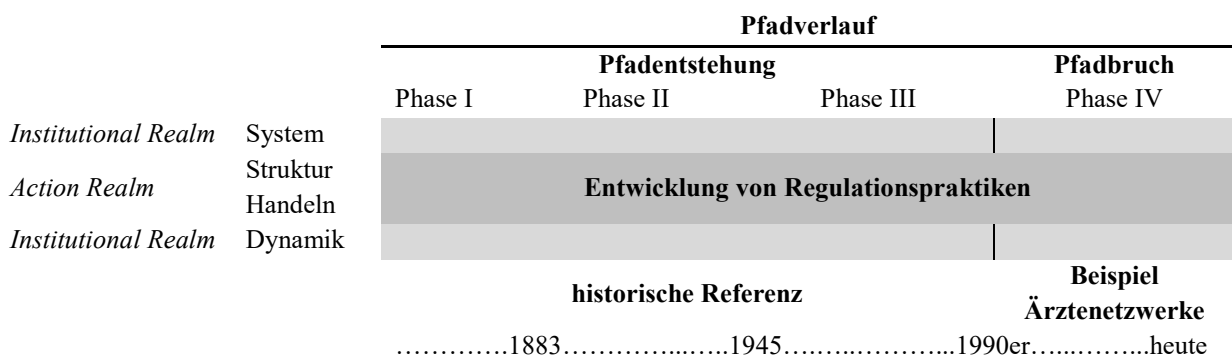


Abb. 1: Untersucher Pfadverlauf (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 1 dargestellt, unterteilt sich der untersuchte Pfadverlauf in einen Abschnitt der Pfadentstehung, mit den Phasen der Präformation (Phase I), Pfadformation (Phase II) und des *lock-in* (Phase III), gefolgt vom Abschnitt des Pfadbruchs (Phase IV). Im Hinblick auf die Entwicklung von Regulationspraktiken dienen die Phasen I bis III als historisch gewachsene Referenz, vor deren Hintergrund die Entwicklung von Regulationspraktiken in Phase IV am Beispiel der untersuchten Ärztenetzwerke gezeigt werden kann.

1.2 Reformperspektive Integration

Im hier untersuchten Pfadverlauf sind jene Ereignisse von Bedeutung, die Fragmentierung förderten beziehungsweise Integration ermöglichten, wobei die Reformperspektive der Integration vor allem auf Phase IV (ab den 1990er Jahren) angewendet wird. Nachfolgend werden zunächst ausgewählte Aspekte von „Integration“ dargestellt, um dann mit einer Arbeitsdefinition zu enden.

Deutschland verfügt über eine Krankenversorgung von hoher Qualität, und eine ausreichende Anzahl gut qualifizierter Gesundheitsprofessionen kann die Versorgung flächendeckend sicherstellen. Allerdings belegt Deutschland auch einen Spitzenplatz bei den Gesundheitsausgaben, gleich hinter den USA und der Schweiz. Neben hohen Medikamentenausgaben und der kostenintensiven Gerätemedizin zählen ein vergleichsweise großer stationärer Leistungssektor sowie eine suboptimale Verteilung und Koordination von Versorgungsaufgaben unter den Gesundheitsprofessionen zu den Kostentreibern (OECD/EU

2018; vgl. 10). Daher suchen der Gesetzgeber, die Leistungsfinanzierer (Krankenversicherungen) und die Leistungserbringer (Ärztenschaft und weitere Gesundheitsprofessionen) schon seit Längerem nach Möglichkeiten, Effizienz- und Effektivitätspotenziale in der Krankenversorgung zu heben, Kosten zu senken und dabei die Versorgungsqualität zu sichern und bestenfalls zu verbessern (Brandhorst 2017)¹. Die Integration in der Krankenversorgung ist eine solche Möglichkeit (Zorn 2009; vgl. 11.11).

„Dass mehr Kooperation und Integration zwischen den Gesundheitseinrichtungen und -berufen ein Schlüssel für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung darstellt, ist seit fast drei Jahrzehnten ein Dauerthema der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland“ (Brandhorst 2017: 13).

Für die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung sind, in Anlehnung an Gibis und Tophoven (2017: 191ff), die folgenden Reformschwerpunkte relevant.

- Die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung, um möglichst geschlossene Versorgungsketten zu schaffen
- Der Anschub von integrierten beziehungsweise besonderen Versorgungsformen, die eine Organisationsentwicklung (z.B. Vernetzung) nach sich ziehen
- Die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung, zur verbesserten Abstimmung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen
- Der Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, um spezifische Versorgungsbedarfe im ambulanten Leistungssektor besser abzudecken zu können
- Die Weiterentwicklung und der Ausbau von Versorgungseinrichtungen an der ambulanten-stationären Schnittstelle (z.B. Medizinische Versorgungszentren)
- Die Einbindung der Zivilgesellschaft (z.B. Freiwilligenarbeit), verschiedener Trägerformen (z.B. Palliativeinrichtung) und sozialer Ressourcen (z.B. Familie) in die Regelversorgung

Doch trotz dieser recht konkreten Vorschläge verweisen die Autoren (ebd.: 193) auf die Unschärfe des Begriffs „Integration“, der oftmals offen ließe, „wer oder was integriert“ werden solle. Eine Spezifizierung des Begriffs Integration kann über die sogenannten besonderen Versorgungsformen vorgenommen werden (vgl. Gersch et al. 2012). Darunter

¹ Die Bestimmung von Effektivität und Effizienz ist stark von ihren Bezugspunkten beeinflusst (z.B. Wohl des Patienten, Kosten-Nutzen-Verteilung in der Krankenversorgung) und kann daher sehr unterschiedlichen ausfallen (Nagel et al. 2017: 6). In der vorliegenden Arbeit wird Effizienz vor allem auf die koordinative Leistungsfähigkeit der Gesundheitsprofessionen bezogen (vgl. SVR 2009: 13, ausführlicher unter 2.4).

fallen seit 2015 Strukturverträge², Verträge zur Integrierten Versorgung und Verträge über die besondere ambulante ärztliche Versorgung.

Zum Beispiel steht der „Begriff ‚Integrierte Versorgung‘ (IV) [...] für eine Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungssektoren. IV-Verträge zielen auf eine patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgung durch die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner (z.B. Hausärzte, Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze oder Pflegeeinrichtungen). Durch die Verträge sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessert werden“³.

In dieser Sichtweise bestimmen die Vertragsarten den Begriff der Integration, was diesen dem sogenannten selektivvertraglichen Bereich⁴ zuordnet. Jedoch zeigt ein Blick auf die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenversorgung, dass eine vertragsbasierte Definition des Begriffs Integration zu kurz greift.

Denn die „sektoralen Planungs- und Honorierungssysteme [bieten] weiterhin kaum Anreize zur Überwindung der Sektorengrenzen [...]. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen sind fragmentiert und instabil. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen bleibt weitgehend ungeklärt“ (Knieps 2017b: 289). Mit Luthé (2013: 38) kann ergänzt werden, dass die gesetzlichen Bestimmungen und abgeschlossenen Verträge äußerst divers sind: „[...] teils liegt der Fokus auf bestimmten Versorgungsformen [...], teils auf Formen fachgebietsübergreifender Versorgung [...]. Welche Behandlungsphasen erfasst werden ist teils gesetzlich, teils aber auch nur vertraglich geregelt bzw. zu regeln [...]“.

Diese vertragliche Diversität spiegelt sich auch in den hier untersuchten Ärztenetzwerken wider, die Leistungen sowohl im selektivvertraglichen als auch im kollektivvertraglichen Bereich anbieten (vgl. 12.1.2; 12.2.2).

² In Strukturverträgen übernehmen Hausärzte oder Verbände von Hausärzten neben der Leistungserbringung auch die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. „Strukturverträge ermöglichen es den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), neue organisatorische Versorgungsformen mit differenzierten Honorierungssystemen zu vereinbaren“ (www.aok-bv.de/lexikon: „Strukturverträge“, 02/2019).

³ Quelle: AOK: „Verträge zur Integrierten Versorgung“ (www.aok-gesundheitspartner.de/bund/iv/index.html, 02/2019).

⁴ Im Gegensatz zum Kollektivvertrag, in dem die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung vereinbart ist, „wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer einzelnen Krankenkasse und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen, z. B. mit Arztnetzen, Medizinischen Versorgungszentren oder Anbietern der Integrierten Versorgung. In der politischen Diskussion werden Selektivverträge auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass in diesen Fällen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt sind [aber beteiligt werden können]“ (www.aok-bv.de/lexikon: „Selektivvertrag“, 02/2019).

Hinsichtlich der hier untersuchten Praktiken ist auch eine handlungsbezogene Begriffsdefinition von Integration von Interesse.

„Abgestimmte Versorgungsprozesse und kooperierende Strukturen setzen voraus, dass die handelnden Personen sich dafür engagieren. Interesse an Kooperation und Koordination kann jedoch erst entstehen, wenn für die Beteiligten befriedigende Lösungen für Status-, Macht- und Einkommensfragen sowie der Arbeitszufriedenheit gefunden wurden. Es hängt also alles mit allem zusammen – entsprechend komplex ist das Thema [Integration]; entsprechend schwierig ist es, Lösungen zu finden. Der Impuls, es ganz zu lassen, liegt nahe. Es ist aber nicht ratsam, ihm zu folgen“ (Gibis/Tophoven 2017: 191).

Aus Sicht der praxistheoretischen Forschung (vgl. 4) überrascht dieser Befund nicht. Denn definiert man Integration als etwas von verschiedenen Akteuren Hervorgebrachtes, vermischen sich handlungsbezogene, organisationale und institutionelle Faktoren miteinander und entwickeln über die Zeit eine eigene Prozessdynamik.

„Die [mit Integration] einhergehende Differenzierung der Gesundheitsberufe und die damit verbundene zunehmende Arbeitsteilung stellen wachsende Anforderungen an Kooperation und Integration. Es geht in aller Regel nicht nur um Kooperation zwischen Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen, [sondern auch] um die Kooperation einer Vielzahl von Gesundheitsberufen“ (Gibis/Tophoven 2017: 191).

In dieser Sichtweise lässt sich Integration auch an der erreichten Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen definieren. Dies kann anhand eines Praxisbeispiels aus Kanada verdeutlicht werden. Bei der Versorgung älterer Menschen, einer Patientenpopulation mit meist komplexen Versorgungsbedarfen, definiert McAdam (2008: 2 in Bezug auf Leutz 1999) drei Typen von Integration: *linkage*, *coordination* und *full integration*:

- *Linkage allows individuals with mild to moderate health care needs to be cared for in systems that serve the whole population without requiring any special arrangements.*
- *Coordination requires that explicit structures be put in place to coordinate care across acute and other health care sectors. While coordination is a more structured form of integration than linkage, it still operates through separate structures of current systems.*
- *Full integration creates new programs or entities where resources from multiple systems are pooled.*

Ergänzend, nicht ganz trennscharf zu den Typen, unterscheidet McAdam (ebd.: 3) drei Ebenen (*levels*) von Integration:

- *Clinical integration concerns the direct care and support provided [...].*
- *Organizational integration refers to the coordination and management of activities among acute, [...] and primary care provider agencies or individuals.*
- *System integration includes activities such as strategic planning, financing, and purchasing systems, program eligibility and service coverage, within a geographical area or across country or province.*

Während die Typen von Integration verschiedene Outcome-Perspektiven aufzeigen, zielen die Ebenen von Integration eher auf die Leistungserbringung in ihren organisationalen und institutionellen Rahmenbedingungen.

Auch im deutschsprachigen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs zum Integrationsbegriff werden die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und Versorgungsauscomes betrachtet. Nach Luthé (2017: 39) soll Integration eine a) patientenorientierte Krankenversorgung sicherstellen, die in b) größtmöglicher Abstimmung der Gesundheitsprofessionen und Leistungssektoren erbracht wird. Dabei soll Integration durch die c) Optimierung von Versorgungsabläufen eine d) qualitativ hochwertiger Versorgung unter e) Kostenersparnis ermöglichen, wobei der f) Integrationsumfang von sektoralen Versorgungsformen einzelner Leistungserbringer bis zu multizentrisch organisierten Versorgungsnetzwerken reichen kann, die den gesamten lebensweltlichen Gesundheitskontext der versorgten Populationen umfassen. Wobei letztere Netzwerke noch dem „Reich der Visionen“ (ebd.: 40) zugeordnet werden.

Um diesen vielfältigen Aspekten des Begriffs der Integration in der vorliegenden Untersuchung gerecht zu werden, wird nachfolgend der Begriff „Versorgungsintegration“ verwendet. Der Wortteil Versorgung schließt an die weiter oben skizzierten Funktionsbereiche an, um einen Bezug zum Handeln, also zu der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen herzustellen. Mit dem Wortteil Integration wird an die Leistungssektoren angeschlossen, um einen Bezug zu den Strukturen und (weiteren) Kontextfaktoren der Krankenversorgung herzustellen. Die Arbeitsdefinition von Versorgungsintegration lautet wie folgt:

Die Versorgungsintegration ist ein Prozess. Sie ist ein „stets vorläufiges Niveau der Koordination einzelner Teile eines Ganzen“ (Luthé 2017: 13). Sie „beruht auf dem Gedanken einer sektor- und

fachgebietsübergreifenden Zusammenarbeit aller maßgeblichen Anbieter von Gesundheitsleistungen. Dies bedeutet, dass ambulante und stationäre Versorgungsformen ebenso wie unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheitssystems innerhalb eines übergreifenden Versorgungsnetzwerkes zusammengefasst [sind]“ (Luthe 2013: 37). Versorgungsintegration hat einen räumlichen und dabei oft regionalen Bezug (vgl. 6.1). Sie kann sich sowohl auf den selektivvertraglichen als auch auf den kollektivvertraglichen Bereich beziehen und entwickelt sich im Spannungsfeld der Interaktion zwischen den Leistungserbringern und den historisch gewachsenen professions- und ordnungspolitischen Kontextfaktoren.

1.3 Barrieren der Integration

In der einschlägigen Literatur findet sich eine beachtliche Anzahl von beschriebenen Barrieren der Integration (u.a. Jacobs et al. 2005; Mühlbacher et al. 2006; Amelung et al. 2012a; Dieterich et al. 2013). Aus dem Sammelband von Brandhorst et al. (2017: 13-610) wurde eine Auswahl besonders untersuchungsrelevanter Barrieren zusammengetragen.

- Eine berufs- und sektorspezifische Organisation des Versorgungssystems mit entsprechenden fragmentierten Vertrags- und Vergütungsstrukturen
- Das Fehlen wettbewerblicher Anreize für Investitionen in integrierte Versorgungsstrukturen
- Eine weitgehende Trennung zwischen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung, die umfassende Leistungsangebote unterbindet
- Ein ungenügender Digitalisierungsgrad, der die Entwicklung innovativer Versorgungsformen erschwert
- Eine unzureichende Qualitätstransparenz aufseiten der Leistungserbringer
- Eine zu geringe Entscheidungsautonomie aufseiten der Leistungserbringer
- Professionskulturelle Differenzen und hierarchische Formen der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen
- Eine ebenfalls unzureichende Berücksichtigung individueller Versorgungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten

Hinsichtlich der interorganisationalen Leistungserbringung hat Auschra (2018) verschiedene Barrieren der Integration zusammengetragen. Die Übersicht umfasst verschiedene Wirkungsebenen und Quellen, die zum Teil historisch gewachsen und tief in die Strukturen und Abläufe der Krankenversorgung eingebettet sein können.

Ebenen	Bereiche	Quellen der Barrieren
Makro	<i>administrative</i>	<i>regulations, historical developments</i>
	<i>funding</i>	<i>lack of organizational resources and external funding</i>
Meso	<i>interorganizational</i>	<i>leadership and coordination, collaboration designs, aims, incompatible organizational structures, missing actors</i>
	<i>organizational</i>	<i>former collaboration experiences, organizational vs. collective interests</i>
Mikro	<i>service delivery</i>	<i>communication, technical standards, mutual understanding, trust, different professionalization, resistance to change</i>
	<i>clinical</i>	<i>information and exchange</i>

Tabelle 1: Ausgewählte Barrieren der Integration (Auschra 2018)

Die genannten Barrieren sind für die vorliegende Arbeit von Interesse, weil sie zeigen, dass auch eine interorganisatorische Leistungserbringung Integrationsbarrieren aufweisen kann. Daraus folgt unter anderem, dass die Organisationsform allein noch kein Garant für Versorgungsintegration ist.

1.4 Forschungsfragen

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Versorgungsintegration und deren Barrieren sowie im Hinblick auf die vier Phasen des Pfadverlaufs (Präformation, Formation, Selbstverstärkung und Pfadbruch, vgl. 2.5f) werden folgende Forschungsfragen bearbeitet:

- F1 Welche historischen Entwicklungsprozesse waren voraussetzungsvoll für die Ausbildung fragmentierter Versorgungsstrukturen in Phase I?
- F2 Wie haben sich fragmentierte Versorgungsstrukturen mit entsprechenden Reziprozitätsnormen in Phase II etablieren können?
- F3a Sind die entstandenen Versorgungsstrukturen und Normen der Zusammenarbeit in der ambulanten Krankenversorgung von Phase III pfadabhängig?
- F3b Sind fragmentierte Versorgungsstrukturen und Normen der Zusammenarbeit ineffizient?
- F4 Gelingt es den Ärztenetzwerken, integrierte Versorgungsstrukturen und Reziprozitätsnormen zu etablieren, die als Pfadbruch bezeichnet werden können?

1.5 Gliederung der Untersuchung

Die Gliederung der vorliegenden Arbeit ist zu großen Teilen an den vier Phasen des Pfadverlaufs (vgl. Abb. 1, S. 4) und an den ebenfalls vier Bereichen des Untersuchungsmodells (siehe unten) ausgerichtet.

Teil I – Untersuchungsgegenstand und Forschungsfragen

Nach der Einführung in den Untersuchungsgegenstand werden mit der Definition der Versorgungsintegration und der Beschreibung von deren Barrieren verschiedene grundlegende Begriffe zur Bewertung der im Pfadverlauf stattgefundenen Entwicklungen zur Verfügung gestellt (vgl. 1).

Teil II – Theorien und Konzepte

Pfadtheorie

Nach einer Darstellung der grundlegenden Eigenschaften pfadabhängiger Prozesse wird in Kapitel 2 in die Phasen I bis III des sogenannten Berliner Modells eingeführt, ergänzt um raumbezogene Aspekte, die aufgrund der regionalen Verortung der Krankenversorgung notwendig sind. Die Definition von Reziprozitätsnormen bereitet eine wichtige Untersuchungsperspektive für Phase III vor. Der anschließend operationalisierte Pfadbruch dient zur Untersuchung von Phase IV.

Untersuchungsbereiche und assoziierte Theorien und Konzepte

Nach dem für die vorliegende Arbeit verwendeten Untersuchungsmodell (hier das Grundmodell) werden der Theorieteil, der Empirieteil und der Ergebnisteil strukturiert. Das Modell umfasst die Bereiche Struktur, Handeln, Dynamik und System. Diese Bereiche werden mit Theorien und Konzepten unterfüttert, um den Untersuchungsgegenstand aus unterschiedlichen Blickwinkeln analysieren zu können. Dabei wird auch von wechselseitigen Beeinflussungen der Bereiche ausgegangen (vgl. 8.1).

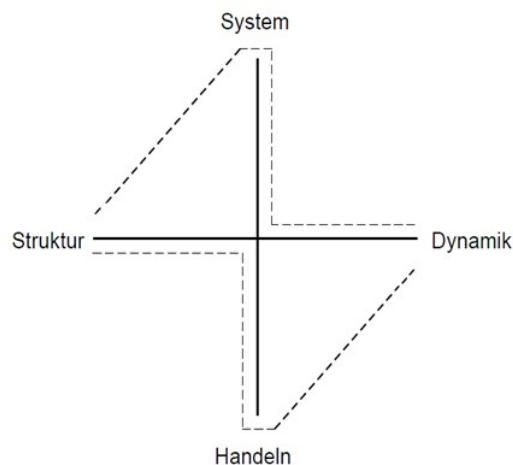


Abb. 2: Grundmodell der Untersuchung (nach Mayntz 1997: 28)

Bereich Struktur: Netzwerktheoretische Ansätze

Dem Bereich Struktur sind netzwerktheoretische Untersuchungsansätze zugeordnet (vgl. 3). Wobei ein Netzwerk als ein zu Struktur gewordener Ausdruck der hier untersuchten Zusammenarbeit betrachtet wird. Strukturen werden jedoch nicht als Endpunkte von Entwicklungen, sondern, in Anlehnung an Giddens (1984), als „outcome and a medium of action“ (Sydow/Windeler 1998: 270) definiert.

Bereich Handeln: Praxistheoretische Ansätze

Dem Bereich Handeln sind Untersuchungsansätze zugeordnet, mit denen auf die konkrete Zusammenarbeit der hier untersuchten Leistungserbringer in Form von Praktiken fokussiert werden kann (vgl. 4). Dabei steht das aufeinander bezogene beziehungsweise rückbezügliche Handeln im Mittelpunkt, wobei die Grenze zum Bereich Struktur nicht ganz trennscharf ist, weil Praktiken stets auch Strukturmerkmale aufweisen.

Bereich Dynamik: Prozesstheoretische Ansätze

Dem Bereich Dynamik sind Untersuchungsansätze zur Beschreibung grundlegender Formen des Wandels zugeordnet, die anhand zyklischer, teleologischer, dialektischer und evolutionärer Ansätze weiter spezifiziert werden. Hinsichtlich der untersuchten Ärztenetze schließt sich eine Systematik zur Beschreibung von Veränderungen in der (inter-)organisationalen Integration an (vgl. 5).

Bereich System: Raum- und marktbezogene sowie institutionentheoretische Ansätze

Dem Bereich System sind die raum- und marktbezogenen sowie institutionentheoretischen Untersuchungsansätze zugeordnet, um geographische und wirtschaftliche sowie die Institutionalisierung steuerungsrelevanter Strukturen und damit in Verbindung stehender Praktiken nachvollziehen zu können (vgl. 6 und 7).

Teil III – Methodik

Im Methodenteil werden das Untersuchungsmodell und der interpretative Analysezugang vorgestellt (vgl. 8), gefolgt vom Untersuchungsverlauf, von der Datenerhebung bis zur Ergebnisdarstellung (vgl. 9).

Teil IV – Empirische Befunde I: Versorgungssystem, Ereignisse und Entwicklungen

Um die Entwicklung von Regulationspraktiken im gesamten Pfadverlauf (vgl. 1.1) untersuchen zu können, werden in Teil IV ausgewählte Informationen zur Krankenversorgung und besonders relevante Ereignisse und Entwicklungen zusammengetragen. Nach einer Einführung in das System, die Funktionsbereiche und Leistungssektoren der Krankenversorgung, werden spezifische Regelungen in der ambulanten Krankenversorgung (vgl. 10.1f) und untersuchungsrelevante Kollektivakteure, Individualakteure und Varianten der Leistungserbringung (vgl. 10.3-5) dargestellt. In chronologischer Folge werden anschließend Ereignisse und Entwicklungen dargestellt (vgl. 11), auf die im Teil V, empirische Befunde II, zurückgegriffen wird. Teil IV endet mit der Darstellung der beiden untersuchten Ärztenetzwerke (vgl. 12).

Teil V – Empirische Befunde II: Der Pfadverlauf

Zur Darstellung des untersuchten Pfadverlaufs ist Teil V in vier Phasen untergliedert (vgl. 1.1). Zur Analyse der empirischen Daten (vgl. Anhang) wurden die Bereiche System und Dynamik des Untersuchungsmodells als *Institutional Realm* und die Bereiche Struktur und Handeln als *Action Realm* zusammengefasst (vgl. 8.1). Diese Unterteilung wird bei allen vier Phasen beibehalten (vgl. 13-16). In der sich anschließenden Gesamtauswertung werden die vier Forschungsfragen beantwortet, gefolgt von tabellarischen Zusammenfassungen des gesamten Pfadverlaufs (vgl. 17).

Teil VI – Abschlussbetrachtungen

In der Ergebnisdiskussion wird der untersuchte Pfadverlauf abschließend diskutiert (vgl. 18), anschließend werden Empfehlungen für das Netzwerkmanagement abgeleitet (vgl. 19) und Verweise auf den weiteren Forschungsbedarf gemacht (vgl. 20). Mit den Limitationen der Untersuchung (vgl. 21) und einem abschließenden Fazit (vgl. 22) enden die Abschlussbetrachtungen.

Teil II – Theorien und Konzepte

Im Theorieteil wird zunächst in das pfadtheoretische Denken und in das Berliner Modell der Pfadtheorie eingeführt, das konzeptuell um die Phase des Pfadbruchs erweitert wurde. Es folgen netzwerk-, praxis- und prozesstheoretische Untersuchungsansätze, analog zu den Bereichen Struktur, Handeln und Dynamik. Mit den anschließend dargestellten raum- und marktbezogenen sowie institutionentheoretischen Ansätzen kann der Bereich System in den Blick genommen werden.

2 Pfadtheoretische Untersuchungsansätze

Pfadtheoretische Untersuchungsansätze erklären „über die Zeit stabile Phänomene als Resultat eines historischen Prozesses mit bestimmten charakteristischen Merkmalen“ (Burger 2013: 65). Die charakteristischen Merkmale werden in der einschlägigen Literatur (Arthur 1994, Pierson 2000, Ackermann 2001, Wetzel 2005) mit vier allgemeinen Eigenschaften von Pfadabhängigkeit beschrieben: Nichtvorhersehbarkeit, Nonergodizität, Inflexibilität und (potenzieller) Ineffizienz (siehe unten). In den Wirtschaftswissenschaften konterkarieren diese Eigenschaften die mikroökonomische Annahme, dass sich Märkte stets einem pareto-optimalen und daher nicht mehr verbesserungsfähigen Gleichgewichtszustand annähern und dabei Ineffizienzen überwinden (Burger 2013: 67f). Demgegenüber liegt pfadtheoretischen Untersuchungsansätzen die Annahme zugrunde, dass sich ebenso Gleichgewichtszustände entwickeln können, in denen sich (potenziell) ineffiziente Ergebnisse dauerhaft stabilisieren (vgl. 2.4).

Hinsichtlich ihrer Anwendungsbereiche durchschritt die Pfadtheorie selbst einen Entwicklungsprozess. Ausgehend von der Untersuchung technologischer Standards hielt sie Einzug in institutionentheoretische Untersuchungen (vgl. 7), in Organisations- und Netzwerktheorien (vgl. 3) und nicht zuletzt in handlungstheoretische Untersuchungen (vgl. 4). Für die vorliegende Arbeit ist das Berliner Modell der Pfadabhängigkeit (vgl. 2.5) von besonderem Interesse. Es bezieht pfadtheoretisches Denken auf die Organisationswissenschaften und Betriebswirtschaftslehre und fokussiert dabei auf den Unternehmenskontext (Burger 2013: 68ff). Zur Untersuchung der Entwicklung von Regulationspraktiken in der Krankenversorgung werden die im Berliner Modell operationalisierten Phasen und Mechanismen zugrunde gelegt und durch netzwerk-, handlungs-, prozess- und institutionentheoretische Untersuchungsansätze in ein umfassendes Untersuchungsmodell integriert (vgl. 8). Damit ist nicht nur eine pfadtheoretische Untersuchung des „Unternehmens“ (z.B. ein ärztlicher Leistungserbringer) möglich, sondern

auch die Rekonstruktion (inter-)organisationaler und handlungsbezogener Entwicklungen im komplexen System der Krankenversorgung.

„Pfadtheoretische Überlegungen [...] bieten einen neuen Zugang zur Problematik der durch Inflexibilitäten hervorgerufenen Ineffizienzen im Gesundheitswesen. Mittels der Einbeziehung verschiedenster Theorieansätze wird eine verbesserte Analyse der hochkomplexen Vorgänge möglich. Allerdings können anhand der Pfadabhängigkeitstheorie, ebenso wenig wie mit anderen Theorieansätzen, nicht alle Phänomene menschlichen Daseins abschließend erklärt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass pfadabhängige Prozesse zu besonders hartnäckigen Widerstandspotenzialen führen, bei welchen die zugrunde liegenden Reproduktionsmechanismen verändert werden müssen, um sie zu überwinden“ (Rosoq 2013: 64).

In Bezug auf die Überwindung pfadabhängiger Prozesse im Gesundheitswesen erfährt das Berliner Modell insofern eine Erweiterung, als dass der untersuchte Prozess in der Phase des Pfadbruchs mündet (vgl. 2.7).

2.1 Nichtvorhersehbarkeit des Prozessverlaufs

Die Entstehung von Pfadabhängigkeit ist nicht vorhersehbar, auch kann der Zeitpunkt ihrer Entstehung nicht vorab bestimmt werden (Sydow et al. 2009). Das hat verschiedene Gründe. Zum einen fehlen meist eindeutige *initial conditions* (Mahoney 2000: 511), anhand derer man auf die Entstehung von Pfadabhängigkeit zweifelsfrei schließen könnte. Das heißt, nur aufgrund einer bestimmten Konstellation von Ereignissen, organisationaler Arrangements oder Akteuren lässt sich die Entstehung von Pfadabhängigkeit nicht vorhersehen. Zum anderen resultiert die Nichtvorhersehbarkeit pfadabhängiger Prozesse auch daraus, dass sich Pfadabhängigkeit eher im späten Prozessverlauf ausbildet. Demzufolge wird ihre Entstehung von einem oder mehreren richtungsweisenden Ereignissen oder Entwicklungen in der Vergangenheit beeinflusst. Mahoney (ebd.: 510) weist darauf hin, dass frühe Ereignisse einen quasi zufällig-richtungsweisenden Einfluss auf den Prozessverlauf haben. Goldstone (1998: 834) beschreibt diesen Sachverhalt wie folgt:

„[A] system that exhibits path dependency is one in which outcomes are related stochastically to initial conditions, and the particular outcome that obtains in any given ‘run’ of the system depends on the choices or outcomes of intermediate events between the initial conditions and the outcome“.

Für die Erforschung von Pfadabhängigkeit bedeutet dies, dass pfadabhängige Prozesse in der Regel retrospektiv erforscht werden und die Forschenden dabei auf die Rekonstruktion von

Pfadverläufen angewiesen sind. Dies gilt zumindest für die empirische Forschung⁵. Und so wird auch in der vorliegenden Untersuchung auf gesundheits- und professionspolitische Ereignisse und Entwicklungen zurückgegriffen, die Ende des 19. Jahrhunderts ihren Anfang nahmen (vgl. 11).

2.2 Nonergodizität als Prozessmerkmal

Die oben beschriebene Nichtvorhersehbarkeit ist konzeptuell eng mit der sogenannten Nonergodizität pfadabhängiger Prozesse verbunden. Wird zum Beispiel ein System von ergodischen Prozessen aufrechterhalten, dann verläuft dessen Entwicklung um ein stabiles Gleichgewicht, was auch die Vorhersage von Prozessverläufen und -ergebnissen einfacher macht. Demgegenüber verlaufen pfadabhängige Prozesse non-ergodisch, das heißt, alternierend um multiple Gleichgewichte, deren Wirkungen auch unterbrochen werden und wieder einsetzen können (vgl. *punctuated equilibrium model of change*, Thelen 2009). In solchen Prozessen rücken Ereignisse in Zentrum, die, wie bereits erläutert, erst retrospektiv als bedeutsam eingestuft werden können.

„Stochastic processes like that do not converge automatically to a fixed-point distribution of outcomes [...]. In such circumstances ‘historical accidents’ can neither be ignored, nor neatly quarantined for the purpose of economic analysis; the dynamic process itself takes on an essentially historical character“ (David 1985: 332).

In der Erklärung pfadabhängiger Prozesse rückt daher die Prozessgeschichte selbst in den Mittelpunkt der Analyse. Zudem sind pfadabhängige Prozesse einmalige, sich nicht wiederholende Prozesse, die zum Beispiel durch vertiefende Fallstudien rekonstruiert werden können. Dazu sind das Auffinden und die Analyse scheinbar unbedeutender Ereignisse notwendig, denn sogenannte *small events* (Arthur 1989) pendeln den Prozess neu aus und leiten diesen in eine bestimmte Richtung. Dazu merkt Mahoney (2000: 528ff) allerdings an, dass auch das Wissen um einen *small event* (bei ihm „breakpoint“ genannt) nicht ausreicht, um den Prozessverlauf und dessen Ergebnis bestimmen zu können. Dabei stützt sich der Autor (ebd.) auf die Chaostheorie, die bewiesen hat, dass auch unter rigiden mathematischen Umgebungsbedingungen das Ergebnis von Prozessen nicht immer vorhersehbar ist. Vor diesem Hintergrund führt Mahoney sogenannte „conjunctures“ (ebd.: 529) in sein Pfadmodell

⁵ In Simulationsstudien dient die Pfadtheorie zum Beispiel zur Modellierung des Verhaltens sogenannter Agenten, denen vorab definierte Verhaltensoptionen in bestimmten Entscheidungssituationen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Vergne/Durand 2010).

ein. An diesen Punkten im Prozessverlauf treffen vormals getrennte „Nebenprozesse“ aufeinander, um gemeinsam den weiteren Prozessverlauf zu beeinflussen. Der Pfad wird somit zu einem verästelten Gebilde aus (temporären) Nebensträngen und einem sich nach und nach bildenden Hauptstrang.

2.3 Zunehmende Inflexibilität

In pfadabhängigen Prozessen bezieht sich die Eigenschaft der Inflexibilität vor allem auf eine sukzessiv abnehmende Handlungsvarietät aufseiten der am Prozess beteiligten Akteure. Wobei inflexibles Handeln allein noch kein Indiz für Pfadabhängigkeit ist. Im Gegenteil, die Forschung zu organisationalen Routinen zeigt, dass eine gewisse Inflexibilität auch als „Könnerschaft“ (Geiger/Koch 2008: 696f) bewertet werden kann. Könnerschaft wiederum fußt auf der Anwendung von *tacit knowledge* oder *skill based knowledge* (Polanyi 1958), zwei Wissensarten, die zum Beispiel zur Reproduktion professioneller Praktiken genutzt werden können (vgl. 4). Vor diesem Hintergrund ist die Pfadtheorie an einem besonderen Aspekt von Inflexibilität interessiert. Inflexibilität wird als das Ergebnis einer Entwicklung definiert, in deren Verlauf die betroffenen Akteure einen zunehmenden Kontrollverlust zugunsten eines Systems hinnehmen müssen, das immer mehr Einfluss auf ihr Handeln nimmt: „In other words, the individual actor becomes entrapped in the system’s dynamics“ (Sydow et al. 2009: 691). In einer solchen Situation kommt den Akteuren immer stärker die Fähigkeit abhanden, das eigene Handeln eigenreflektiert oder fremdreflektiert zu hinterfragen und gegebenenfalls zu korrigieren. „The farther into the process we are, the harder it becomes to shift from one path to another“ (Pierson 2000: 253). Bei besonders langen Prozessverläufen, wie im hier untersuchten Pfadverlauf, können auch System- oder Handlungsalternativen in Vergessenheit geraten oder deren Negierung leichter fallen (vgl. 11.12; 15.1.4).

2.4 (Potenzielle) Ineffizienz

Die oben beschriebene Inflexibilität, eine der grundlegenden Eigenschaften pfadabhängiger Prozesse, birgt die Gefahr, dass sich ein System hinsichtlich verschiedener Parameter ineffizient entwickeln kann. Empirisch zeigt sich die (potenzielle) Ineffizienz in einem sogenannten *lock-in* (vgl. 2.5.3). In der Phase des *lock-in* ist Handlungsvarietät nahezu abhandengekommen. Es herrscht eine gesteigerte Inflexibilität, in deren Folge die Herstellung eines alternativen Systemzustands fast unmöglich wird (vgl. Ackermann 2001: 36ff).

„The occurrence of a lock-in renders a system potentially inefficient, because it loses its capability to adopt better alternatives“ (Sydow et al. 2009: 692).

Im Zitat von Sydow et al. (ebd.) werden zwei wichtige Aspekte der (potenziellen) Ineffizienz angesprochen. Zum einen die konzeptuelle Nähe zur Inflexibilität, zum anderen der Zeitpunkt ihres Auftretens.

„It is only at a later stage that a more efficient option may emerge, which actors can no longer choose because they are locked in, thus causing inefficiency“ (ebd.: 691).

Allerdings mangelt es der Ineffizienz-Hypothese der Pfadtheorie an einem geeigneten Vergleichsmaßstab. Denn einem vermeintlich ineffizienten Prozessergebnis muss ein – zumindest theoretisch plausibles – effizienteres Ergebnis gegenübergestellt werden können (vgl. Ackermann 2001: 37). Zu dieser Problematik werden nachfolgend einige gesundheitsökonomische Ansätze dargestellt. Zum einen, um auf die Herausforderungen zur Bestimmung von Ineffizienz in der Krankenversorgung zu verweisen. Und zum anderen, um einen Ineffizienz- beziehungsweise Effizienzbegriff hinsichtlich der hier untersuchten Regulationspraktiken zu entwickeln.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht können „Effizienz- und Effektivitätspotenziale [bzw. deren Gegenteile] im Sinne der ökonomischen Allokationstheorie immer dann [gehoben werden], wenn sich mit den eingesetzten Ressourcen ein höherer Nutzen bzw. mehr Wohlfahrtsgewinne bei den Leistungsempfängern [einstellen oder wenn sich] das erreichte Nutzen- bzw. Wohlfahrtsniveau mit einem geringeren Ressourceneinsatz realisieren lassen“ (SVR 2012: 37). Dazu sind Kosten-Nutzen-Analysen entwickelt worden, die jedoch nicht immer zu eindeutigen Ergebnissen führen, weil die dafür notwendige Bestimmung der sogenannten allokativen Effizienz nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann⁶.

⁶ Für die Kosten-Nutzen-Analyse können zunächst folgende Kriterien herangezogen werden: das (Versorgungs-) Ergebnis, zum Beispiel gemessen über Morbiditäts- und Mortalitätsraten in bestimmten Patientenpopulationen sowie die verursachten volkswirtschaftlichen Kosten. Diese können unter anderem aus den Beitragssätzen zur Krankenversicherung oder den Aufwendungen zur Finanzierung der Krankenhäuser abgeleitet werden. Für eine absolute Bewertung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen braucht es jedoch ein weiteres Maß. Die sogenannte „allokative Effizienz“ (SVR 2000/2001: 38) liegt dann vor, wenn sich die gesundheitlichen Outcomes (z.B. Lebenserwartung) und die volkswirtschaftlichen Kosten in einem solchen Verhältnis zueinander befinden, dass eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann. Dabei ist wiederum zu bedenken, dass sich die Definition von Bedarfsgerechtigkeit aus messbaren und aus subjektiv interpretierbaren Elementen zusammensetzt. Zum Beispiel lässt sich die Häufigkeit von ärztlichen Behandlungen im Krankheitsfall relativ einfach ermitteln. Die Bestimmung der (medizinischen) Notwendigkeit einer Behandlung ist bereits von subjektiven Interpretationen abhängig (z.B. Erfahrungswissen von Ärztinnen und Ärzten). Und schließlich ist die

Für eine abschließende Bewertung des komplexen Zusammenspiels zwischen Leistungserbringern, Leistungsfinanzierern und Leistungsnutzern greifen nach Breyer et al. (2013: 179ff) die dafür anzulegenden a) Preismechanismen nur im geringen Umfang, da die Leistungsvergütung auf der Basis ausgehandelter Gebührenordnungen erfolgt (z.B. EBM und GOÄ⁷). Zudem verfügen viele Akteure im Versorgungssystem über eine nur b) geringe Entscheidungssouveränität. Das heißt, viele Leistungen sind zwingend zu erbringen (z.B. Sicherstellung der Krankenversorgung) und daher auch zwingend zu finanzieren. Daneben haben die erbrachten Gesundheitsgüter selbst verschiedene Merkmale, die sie einer exakten Effizienzbestimmung entziehen. Dazu zählen c) externe Effekte, wenn zum Beispiel die für Patienten erbrachten Leistungen auch anderen Personen zugutekommen (wie z.B. bei Impfungen). Oder wenn es zu sogenannten Ausstrahleffekten kommt. Das ist dann der Fall, wenn zum Beispiel Patienten von besonderen Versorgungsformen (vgl. 1.1) profitieren, obwohl sie nicht in diese Programme eingeschrieben sind. Daran anschließend sind Gesundheitsgüter in der Regel d) Kollektivgüter. Das heißt, gewisse Patientengruppen können von ihrer Inanspruchnahme nicht ausgeschlossen werden (z.B. sehr kostenintensive Patienten). Gesundheitsgüter sind außerdem e) Optionsgüter, das heißt, sie stiften bereits einen Nutzen, auch wenn sie noch nicht konsumiert werden (z.B. die Vorhaltung der im Krankenhausplan festgelegten Bettenzahl in einer bestimmten Region). Zudem herrscht auf den „Gesundheitsmärkten“ (siehe unten) eine f) unvollkommene Informationslage, was zum Beispiel einen Anbietervergleich oder die objektive Beurteilung einer veranlassten, eingekauften oder in Anspruch genommenen Leistung erschwert (Breyer et al. 2013: 179ff). Außerdem wird die g) Leistungserbringung von den Entwicklungen auf den verschiedenen Gesundheitsmärkten beeinflusst. Zu diesen Märkten zählen nach Breyer et al. (2013: 180) ein Markt für medizinische Leistungen und ein Versicherungsmarkt und mit Cassel et al. (2008: 37ff) kann noch der Behandlungsmarkt hinzugefügt werden (vgl. 6.2). Berücksichtigt man außerdem, dass auf jedem dieser Märkte keine perfekte Eigentumsordnung, keine vollkommene Konkurrenz, keine marktvermittelten Preise und zudem eine unzureichende Qualitätstransparenz (vgl. 1.3) vorherrschen, scheint die Hypothese des Marktversagens im Versorgungssystem nicht ganz aus der Luft gegriffen (Hessinger 2009; Kliemt 2011). Mit der

Bestimmung des Nutzens einer Behandlung ein äußerst komplexer Vorgang, weil nicht nur medizinische und ökonomische, sondern auch soziale und subjektive Faktoren auf Patientenseite einen Einfluss auf die Nutzenbewertung und Nutzenwahrnehmung haben (Braun 2009; SVR 2000/2001).

⁷ Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Grundlage zur Abrechnung von ambulanten und belegärztlichen Leistungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“, www.kbv.de/html/ebm.php, 02/2019). Auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden alle medizinischen Leistungen abgerechnet, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen (vgl. Gutermann Publisher, www.e-bis.de, 12/2019).

These des Marktversagens kann wiederum an die Pfadtheorie angeschlossen werden, denn bei pfadabhängigen Prozessen wird von einem potenziellen Nachteil in Bezug auf ein allokatives Optimum ausgegangen (Ackermann 2001: 37).

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit der Kern der Ineffizienz als eine Form von „Evolutionsversagen“ (ebd.: 38, Hervorhebungen im Original) interpretiert. Empirisch kann sich dieses Versagen zum Beispiel als eine beharrliche Verweigerung gegenüber (ebenfalls potenziell) effizienteren Versorgungsformen aufseiten von Leistungserbringern niederschlagen⁸. Die Entstehung der (potenziellen) Ineffizienz wird damit zu einem Prozess, an dessen Ende durchaus greifbare empirische Phänomene stehen, jedoch ist deren Beschreibung als ineffizient, im Hinblick auf die genannten Herausforderungen, nicht ganz einfach.

Auch aus institutionentheoretischer Sicht kann einer (potenziellen) Ineffizienz im hier untersuchten Feld nachgegangen werden. Denn wie in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, weisen auch die Institutionen im Versorgungssystem eine gewisse Kontinuität auf, um ihre „Funktion der Erwartungsstabilisierung“ (Ackermann 2001: 29) erfüllen zu können. In der Krankenversorgung geschieht dies unter anderem über eine normative Legitimierung des Handelns von relevanten Akteuren (Scott et al. 2000: 236ff; vgl. 7). Ein anschauliches Beispiel einer solchen Institution mit stabilisierender Wirkung ist der sogenannte Sicherstellungsauftrag, der die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts dazu verpflichtet und legitimiert, die Sicherstellung der ambulanten Krankenversorgung und die Gewährleistung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungsweise zu überwachen und aufrechtzuerhalten (Wendt 2009: 96). In pfadtheoretischer Sicht sind solche Institutionen potenziell ineffizient, weil sie alternative Struktur- oder Handlungsmuster unterbinden können (vgl. North 1990). Im hier untersuchten Pfadverlauf unterbanden die Vorgängerorganisationen der KVen bereits im 19. Jahrhundert eine direkte Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern, mit

⁸ Die integrierten Formen der Leistungserbringung gehören zu den potenziell effizienteren Versorgungsformen. Aber auch im Kontext der Versorgungsintegration, die ja auf einen Qualitätserhalt (oder deren Steigerung) bei gleichzeitiger Kostensenkung zielt, ist die Bestimmung von Effizienz (und Effektivität) schwierig. Gängige Evaluationsverfahren zielen vor allem auf die Bewertung der Struktur- und Prozessqualität (The Nuffield Trust 2011: 18). So können zwar Kostenreduzierungen oder Organisationsentwicklungen beschrieben werden, die eine effizientere Leistungserbringung ermöglichen sollen, eine Evaluierung von Versorgungs-Outcomes wird dabei jedoch nicht vorgenommen. Zwar existieren Versuche, den Outcome von integrierten Versorgungsformen zu „messen“, diese zielen jedoch in der Regel auf einzelne Outcome-Dimensionen. Zum Beispiel in Bezug auf *health equity* (Nakaima et al. 2013) oder im Zusammenhang von *patient centered care* im Hinblick auf spezifische *cost savings* (Rathert et al. 2013). Daneben existieren aber auch Modelle zur Bestimmung einer regional erbrachten Effizienz, die über ausgewählte Qualitätsindikatoren erfasst werden kann. Dies zeigen Kraft et al. (2016) am Beispiel der integrierten Versorgung im Projekt „Gesundes Kinzigtal“. Aber auch hier bleibt es bei Einzeldimensionen, die sich zumindest in der regionalen Steuerung der Krankenversorgung niederschlagen.

weitreichenden Folgen hinsichtlich der hier untersuchten Regulation der Zusammenarbeit (vgl. 14.1.1).

Neben den gesundheitsökonomischen, pfadtheoretischen und institutionentheoretischen Ansätzen können aber auch versorgungspraktische Aspekte die Bestimmung der (potenziellen) Ineffizienz erschweren. Zum Beispiel erfordert die Versorgung von Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen meist eine vertikale Leistungsintegration (z.B. hausärztliche und fachärztliche Krankenversorgung) (Stephani et al. 2017). Zwar können hier Instrumente wie Budgets (vgl. 10.2.3) eine gewisse finanzielle Transparenz ins Leistungsgeschehen bringen, mit größer werdender Zahl der involvierten Leistungserbringer wird jedoch eine eindeutige Bestimmung von Erfolgsträgern und/oder Erfolgsorten eines kooperativ erzielten Versorgungsergebnisses kaum noch möglich (Dintsios/Gerber 2011: 136ff; vgl. 3.6).

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit das relationale Verhalten der Leistungserbringer im Sinne ihrer koordinativen Leistungsfähigkeit (vgl. SVR 2009: 13) in den Blick genommen. Im Mittelpunkt des dafür verwendeten Begriffs der Ineffizienz steht die Frage, wie gut (oder schlecht) die Akteure ihre Zusammenarbeit koordinieren können (vgl. Nagel et al. 2017). Über den Untersuchungsgegenstand der Regulationspraktiken kann der Begriff insofern spezifiziert werden, als dass von einer „regulativen Ineffizienz“ ausgegangen wird, die sich in Phase III sowohl strukturell als auch handlungsbezogen niedergeschlagen hat (vgl. 15.2), während in Phase IV gegenteilige Entwicklungen eingeleitet wurden, die in eine „regulativen Effizienz“ münden können. Einzelne Aspekte dieses (In-)Effizienzbegriffs werden in den folgenden Kapiteln des Theorieteils operationalisiert.

2.5 Berliner Modell

Die Frage, wie sich organisationale oder institutionelle Entwicklungsprozesse über die Zeit verändern gehört zum Kern pfadtheoretischen Denkens:

„The former links the present state of arrangements with some originating context or set of circumstances and interpolates some sequence of connecting events that allow the hand of the past to exert a continuing influence upon the shape of the present” (David 1994: 206).

Am Beispiel der hier untersuchten Praktiken kann der starke Zeitbezug pfadtheoretischen Denkens veranschaulicht werden. Denn auch Praktiken werden in vielfacher Weise von vorausgehenden Ereignissen beeinflusst (vgl. 4.2). Mit David (1994: 209ff) können sie als

wechselseitig konsistente Erwartungen von Akteuren beschrieben werden, die sich innerhalb komplexer Systeme wie der Krankenversorgung in sogenannten „institutional clusters“ (ebd.: 214, Hervorhebungen im Original) stabilisieren. Im Berliner Modell werden solche Stabilisierungsprozesse in drei aufeinander aufbauende Phasen eingeteilt: „It is a time-based theoretical concept differentiating between different states of flexibility/choice and stability/determinism, respectively. The dynamic eventually flips over into rigidity“ (Sydow et al. 2009: 698).

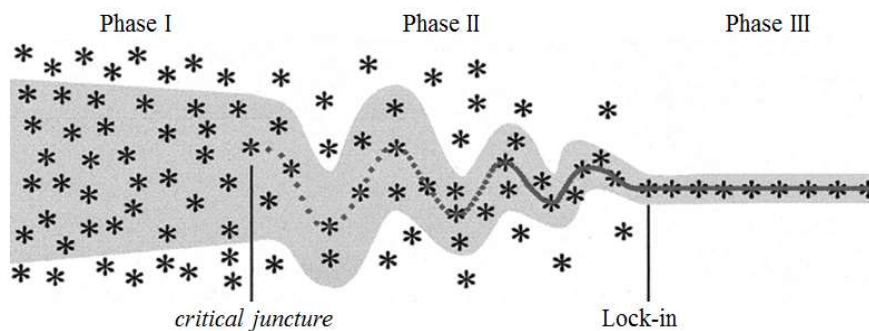


Abb. 3: Berliner Modell der Pfadentstehung (nach Sydow et al. 2009: 692)

Im dreiphasigen Modell symbolisieren die Sterne Handlungsoptionen, wie zum Beispiel die oben erwähnten Regulationspraktiken. Der graue Hintergrund symbolisiert den Handlungsspielraum, der den Akteuren in den jeweiligen Phasen zur Verfügung steht. Dieser wird bereits in Phase I (Pfadpräformation) kontinuierlich kleiner, bis ein kritisches Ereignis (*critical event*) die Phase II (Pfadformation) einleitet. In dieser Phase nimmt die Handlungsvarietät zusehends ab und Handlungsalternativen gehen verloren. Dieser Prozess hält so lange an, bis sich schließlich in Phase III (*lock-in*) ein äußerst rigides Regime durchsetzen kann, das die Akteure zur fortlaufenden Handlungsreproduktion anhält, jedoch nicht gänzlich determiniert.

2.5.1 Phase I – Präformation

Um nicht in einen endlosen zeitlichen Regress zu verfallen, setzt jede Untersuchung von Pfadabhängigkeit an einem Zeitpunkt oder in einem Zeitraum an, der entweder als historisches Ereignis beziehungsweise als Ereigniskette oder aufgrund theoretischer Überlegungen als Ausgangspunkt der Pfadentstehung dienen kann. Laut Berliner Modell dauert die Präformationsphase so lange an, bis ein kritisches Ereignis in die zweite Prozessphase überleitet. Aus institutionentheoretischer Sicht (Mahoney 2000: 513) setzt sich nun ein bestimmtes institutionelles Arrangement gegenüber den noch vorhandenen

Arrangements durch. Als „kritisch“ wird ein solches Ereignis deswegen bezeichnet, weil von dem nun eingeführten Arrangement nicht mehr ohne weiteres abgewichen werden kann. Ebenfalls gilt, dass im Übergang zwischen Phase I und II der tatsächliche Pfadverlauf noch nicht absehbar ist. Auch würde man in diesem Stadium noch nicht von Pfadabhängigkeit sprechen (Mahoney 2000: 537).

Ein sehr anschauliches Beispiel einer solchen Pfadpräformation im Kontext der Krankenversorgung ist ein in den USA schon seit den 1930er Jahren laufender Prozess politischer Kontroversen und Gesetzgebungen, der auf die Etablierung beziehungsweise Verhinderung einer Krankenversicherungspflicht für alle US-Bürger abzielt. Ein Abschnitt dieses Prozesses wurde von Jacobs (2011) trefflich als „America’s Critical Juncture“ bezeichnet:

„The Affordable Care Act has transformed, however, how those problems will be handled in the future. The ACA has recast the institutional reality of health policy in the United States, redefining the terms of debate and igniting battles over financing and delivery that will play out for years to come. The intense efforts of reform opponents to blunt the new law are driven by the realization that the ACA is already ‘locking in’ and will soon be generating new political interests that will defend it“ (Jacobs 2011: 630).

Auch wenn Jacobs (ebd.) sehr schnell vom *critical juncture* zum *lock-in* kommt – laut Berliner Modell fehlte hier noch die Phase der Pfadformation (inkl. Selbstverstärkung) – wird dieser Gesetzestext doch immerhin als so richtungsweisend erachtet, dass er die zukünftige Zusammenarbeit und Auseinandersetzungen unter den relevanten Akteuren maßgeblich beeinflussen wird. Auch unter der aktuellen Trump-Administration zeigt sich, dass der Reformprozess, gelegentlich auch als „Obamacare“ bezeichnet, noch eine nachhaltige Wirkung hat und dessen angestoßene Veränderungen nicht ohne weiteres abzuschaffen sind⁹.

In der vorliegenden Arbeit wird den Gesundheitsreformen und anderen Ereignissen beziehungsweise Ereignisketten (vgl. 11) ebenfalls ein kritisches Potenzial für den Pfadverlauf zugeschrieben.

⁹ Dazu in Spiegel Online vom 18.07.2017: „Seit der Einführung von Obamacare haben Millionen bislang unversicherter Amerikaner eine Krankenversicherung erworben. Derzeit ist laut Umfragen jeder Zweite dafür, Obamacare beizubehalten [...]. Die Republikaner hätten nun Bekanntschaft mit einer ‚alten Wahrheit‘ gemacht, kommentierte die New York Times die Lage. ‚Ein einmal eingeführter amerikanischer Anspruch lässt sich schwer wieder zurücknehmen‘ (Spiegel Online: „Trumps gescheiterte Gesundheitsreform. Operation misslungen, Patient nervös“, tinyurl.com/y8wjcjs9, 02/2019). Ob sich allerdings die universelle Krankenversicherung, quasi als *lock-in* eines Reformpfades, dauerhaft durchsetzen wird, bleibt noch abzuwarten.

„The initial choice in a process that becomes path dependent later on is not simply a single event; it is an impetus, a trigger stimulating further actions, which may accumulate in an organizational path” (Sydow et al. 2009: 693). Das gilt auch für interorganisationale Pfade (Sydow 2010a).

Die Phase der Pfadpräformation, das zeigt die obige Abbildung des Berliner Modells, ist demnach eine Verkettung von Ereignissen, die dafür sorgt, dass sich ein Pfad in einer bestimmten Richtung fortbewegt und die darin involvierten Akteure ab einem gewissen Punkt alternative Handlungsoptionen verlieren. In dieser Untersuchung sind das die Kollektiv- und Individualakteure in der (ambulanten) Krankenversorgung (vgl. 10.3f).

2.5.2 Phase II – Pfadformation

In der Phase der Pfadformation geht Handlungsspielraum verloren. Angetrieben von sogenannten positiven Rückkopplungen strebt der Pfad einem neuen Gleichgewichtszustand entgegen¹⁰. Im Berliner Modell (Sydow et al. 2009) wurden positive Rückkopplungen als selbstverstärkende Mechanismen konzeptualisiert. Diese können in vier Varianten auftreten: als Koordinationseffekte, Komplementaritätseffekte, Lerneffekte und als Effekte, die aus wechselseitig-adaptiven Erwartungen zwischen Akteuren resultieren.

2.5.2.1 Koordinationseffekte

Die Koordinationseffekte fußen auf den Vorteilen regelorientierten Verhaltens, die bei einer steigenden Anzahl von Akteuren deren Interaktion vereinfacht. Dabei werden folgende Perspektiven unterschieden: Bezogen auf einen Zeitpunkt, kann die Zusammenarbeit auf Basis wechselseitiger Erwartungen fußen. Bezogen auf einen Prozess, können die Akteure darauf vertrauen, dass ihr Verhalten vorhersehbare Reaktionen hervorruft oder dass Regelverstöße von zuständigen Aufsichtsorganen geahndet werden. Mit Blick auf die Selbstverstärkung würde aber die bloße Reproduktion eines Regelsystems nicht ausreichen, denn positive Rückkopplungen treten erst dann auf, wenn sich das Regelsystem selbst weiterentwickelt.

Doch zunächst zu der Frage, was Akteure wie die hier untersuchten Leistungserbringer überhaupt veranlasst, sich an Regeln zu halten. Dabei spielen Vertrauen und Erwartungen wichtige Rollen.

¹⁰ „Ob wir von positiven oder von negativen Rückkopplungen sprechen, hängt auch davon ab, in welcher Phase wir den Prozess betrachten, da der gleiche Rückkopplungsmechanismus, der hin zu einem Gleichgewicht treibt, auch dafür verantwortlich ist, dass das Gleichgewicht stabil ist“ (Ackermann 2001: 17).

„Vertrauen ist eine Erwartungshaltung im Hinblick auf (potenzielle) Kooperationspartner, die sich in erster Linie einstellt als Ergebnis nichtopportunistischer Verhaltensweisen in Kooperationen. Vertrauen ist ein Mengenbegriff mit lokalem Bezug, das heißt, es gilt der Modus von ‚Mehr oder Weniger‘ in spezifischen Kontexten. Als Medium sozialer Praktiken kann Vertrauen die Stabilität von Kooperationen erhöhen sowie seine Relevanz und Bindewirkung selbst verstärken. Vertrauenswürdigkeit ist ein Statusgut, in das investiert werden muss und kann; Vertrauen selbst entzieht sich direkter Gestaltung“ (Grüniger 2001: 111).

Demnach reduzieren Vertrauen und Erwartungen die Komplexität in sozialen Beziehungen. Dabei kann eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht nur eine Bindewirkung entfalten, sondern auch ein System „moralisch verpflichtender Normen“ (Nuissl et al. 2002: 57) etablieren.

Bei den hier untersuchten ärztlichen Leistungserbringern sind verpflichtende Normen von äußerster Wichtigkeit, denn die Kooperationspartner können nun relativ sicher erwarten, dass bestimmte Regeln eingehalten werden, zumindest in dem von ihnen vereinbarten Geltungsbereich. In der Krankenversorgung kann dies zum Beispiel bedeuten, dass ein gewisser Proporz bezüglich der Patientenüberweisungen unter den Kooperationspartnern eingehalten wird oder dass bei der Aufnahme von Akteuren in ein Ärztenetzwerk gewisse Eintrittsstandards beachtet werden, wobei diese Normen auch informell vorgehalten werden können. In der ambulanten Krankenversorgung sind solche Mechanismen schon seit den 1950er Jahren bekannt. Hall (1946, 1948, 1949) zeigt am Beispiel von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Kanada, dass die „informal organization of medical profession“ sowohl stabilisierende, exkludierende, aber auch der individuellen Karriere dienliche Funktionen hat.

Mit Blick auf die Koordinationseffekte des Berliner Modells können vor diesem Hintergrund zwei Richtungen der Erwartungsbildung unterschieden werden: Einerseits werden Reaktionen des Umfelds antizipiert. Mit anderen Worten, die Akteure sind sich der Wirkung ihrer Handlungen bewusst, was, zumindest in einem gewissen Umfang, auch strategisches Handeln ermöglicht. Andererseits entstehen sogenannte Erwartungs-Erwartungen (Luhmann 1989). Dabei richten die Akteure ihr Verhalten nach den vermeintlichen Erwartungen der anderen Akteure aus (vgl. 3.2). Beide Formen sind konzeptuell anschlussfähig an die weiter unten geschilderten adaptiven Erwartungen.

Die Entstehung von Koordinationseffekten beschränkt sich jedoch nicht nur auf die Ebene der direkten Interaktion zwischen Akteuren. In komplexen Systemen wie der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung werden institutionalisierte Verhaltensweisen durch das

Wechselspiel unter Akteuren auf und zwischen verschiedenen Ebenen vorangetrieben. Die dabei entstehenden beziehungsweise aufrechterhaltenen Institutionen werden so selbst zu *carriers of history* (David 1994), bleiben dabei aber gegenüber Veränderungen offen. Dementsprechend wird auch im für diese Arbeit entwickelten Untersuchungsmodell zwischen der *Action Realm*, verstanden als Arena interagierender Individualakteure, und der *Institutional Realm*, verstanden als Arena interagierender Kollektivakteure unterschieden (vgl. 8.1).

2.5.2.2 Komplementaritätseffekte

„Für den Fall zweier Aktivitäten gilt speziell, dass zwischen ihnen Komplementaritäten bestehen, wenn der verstärkte Rückgriff auf die eine Aktivität die Effektivität der anderen erhöht“ (Kräkel 2007: 256).

Im Berliner Modell (Sydow et al. 2009) wird dieser Gedanke noch weiter gefasst. Es postuliert, dass Komplementaritäten eine selbstverstärkende Wirkung entfalten, wenn der Rückgriff auf eine Aktivität dermaßen viele Vorteile oder Synergien hat, dass Rückgriffe auf andere Aktivitäten zunehmend unattraktiver werden. Von Komplementaritätseffekten im pfadtheoretischen Sinne würde man aber erst dann sprechen, wenn der einseitige Rückgriff auf eine spezifische Aktivität zum dominanten Verhaltensmuster wird. In der vorliegenden Untersuchung können sich solche Effekte in Reziprozitätsnormen einer gewissen Ausprägung niederschlagen (vgl. 2.6; 15.2.2). In der ambulanten Krankenversorgung können sich Komplementaritätseffekte zum Beispiel in Überweisungspraktiken zeigen. Hier sichern Niedergelassene durch wechselseitige Zuweisung von Patientinnen und Patienten ihre Mitgliedschaft und Position in einer (lokalen) Praktikergemeinschaft (vgl. 4.3.1).

2.5.2.3 Lerneffekte

Laut Berliner Modell können Lerneffekte dazu führen, dass den Akteuren die Fähigkeit abhandenkommt, neue beziehungsweise unbekanntere Informationen zu verarbeiten. Nach Sydow et al. (2009: 700) kommt es dabei zu einer „myopia or preference for repetitive exploitative learning“. Selbstverstärkend wirkt enggeführtes und exploitatives Lernen deshalb, weil es nur auf einem allgemein akzeptierten Wissenskanon aufbaut. Zeigen die Akteure ein solches Lernverhalten, machen sie ihre Handlungen zwar anschlussfähiger, was zumindest kurz- und mittelfristig attraktiver erscheint, jedoch vernachlässigen sie die

Exploration, das heißt die Verarbeitung neuer Informationen und damit auch die Schaffung neuen Wissens.

Mit Blick auf die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung ist zu bedenken, dass die Exploration neuen Wissens und dessen Integration in bestehende Abläufe eine gewisse Herausforderung darstellt, weil das vorliegende Wissen ebenso komplex wie disziplinär ausdifferenziert ist, und sich zudem Verfahrensabläufe in der Leistungserbringung fortlaufend weiterentwickeln (zum Beispiel im Zuge der evidenzbasierten Medizin, vgl. 11.10).

„[A]s task complexity increases, the scope of activities associated with the retrieval process needs to adapt to address not only the increase in the application of knowledge, but also the increased number of dependencies and sources of specialized knowledge“ (Carlile/Rebentisch 2003: 1189).

Der Anreiz für die Leistungserbringer, sich vor allem auf ihr disziplinäres Erfahrungs- und Fachwissen zu stützen und dabei die Erfahrungen anderer medizinischer Disziplinen und/oder Gesundheitsprofessionen außer Acht zu lassen, dürfte daher nicht gering sein.

Hinsichtlich der hier untersuchten Regulationspraktiken müssten sich Lerneffekte aber auch auf die interpersonale Ebene beziehen. Exploitives Lernen, als Gegenteil einer explorativen Wissenserschließung, würde sich dann zum Beispiel als nicht vorhandenes „Inter-Akteurs-Lernen“ zeigen. In einem funktional und sektoral fragmentierten Versorgungssystem scheint dies nicht unwahrscheinlich. Denn:

„[Knowledge is] imperfectly shared over time and across people, [and] organizations [...]. Ideas from one group might solve the problems of another, but only if connections between existing solutions and problems can be made across the boundaries between them“ (Hargadon/Sutton 1997: 716).

Demnach könnten sich in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung Lerneffekte auf einer interdisziplinären, interprofessionellen und auch interorganisationalen Ebene zeigen.

2.5.2.4 Adaptive Erwartungen

Wie der Begriff der adaptiven Erwartungen nahelegt, kommt es hier zu wechselseitigen Anpassungen bezüglich individueller Präferenzen. Zum Beispiel in Bezug auf die Wahl eines bestimmten Produktes. Ausschlaggebend für die Wahl ist nicht die Güte des Produktes oder andere Merkmale, sondern die Frage, wie sicher angenommen werden kann, dass andere Akteure dieses Produkt erworben haben. Ein solcher Mechanismus kann dann

selbstverstärkend wirken, wenn mit steigender Nutzerzahl eines Produktes ein gewisser Konformitätsdruck auf Nicht-Nutzer ausgeübt wird. Dabei spielen unter anderem Faktoren wie die Legitimität der Nutzenden oder die soziale Erwünschtheit des Nutzungsverhaltes eine Rolle (vgl. Sydow et al. 2009: 700).

Die Entstehung adaptiver Erwartungen lässt sich auch in informell organisierten Netzwerken unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beobachten. Die bereits erwähnten Studien von Hall (1946, 1948, 1949) zeigen sehr eindrucksvoll, wie niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte ihre Handlungspräferenzen in der Leistungserbringung anhand vorhandener Erwartungen der regionalen Ärzteschaft ausrichteten, um sowohl (fachliche) Anerkennung zu erhalten als auch um an den ebenfalls informell organisierten Überweisungsnetzwerken partizipieren zu können.

„The practice of specialized medicine hinges around the referral system. No doctor can succeed unless he gets incorporated into the local system. One of the first questions that a specialist asks a new patient is ‘Who referred you to me?’ Among specialists it is, of course, a reciprocal system, one on which they are mutually dependent. Moreover it is an autonomous system, and once established is secure from any competing group. Disloyalty to such a group by its members would be very costly. The rules of the referring game are unwritten, but extremely important in the eyes of those involved“ (Hall 1946: 43).

Dieses Beispiel aus der ambulanten Krankenversorgung zeigt, dass adaptive Erwartungen, die sich als *referring game* im informellen Netzwerk der Niedergelassenen bildeten, ein System stabilisierten, dessen Regeln schließlich tradiert wurden. Wie im Berliner Modell beschrieben, kann die Suche nach Anerkennung und Legitimität dazu führen, dass sich unter Akteuren sogenannte „mainstream practices“ (Sydow et al. 2009: 700) ausbilden, die, insofern sie Handlungsalternativen ausschließen, zur Entstehung von Pfadabhängigkeit beitragen können.

2.5.3 Phase III – *Lock-in*

Ist ein Pfad *locked-in* werden die Handlungen der davon betroffenen Akteure vorhersehbar, denn deren Handlungsvarietät nimmt rapide ab (Sydow et al. 2012: 7). Ein *lock-in* ist zum Beispiel dadurch zu erkennen, dass Akteure auf sich verändernde Umweltbedingungen mit den immer gleichen oder zumindest sehr ähnlichen Handlungsmustern reagieren (vgl. Sydow et al. 2009: 694ff).

Die Entstehung einer solchen Inflexibilität kann in komplexen Systemen wie der Krankenversorgung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Zum einen aus

makrosozialer Sicht und mithilfe des historischen Institutionalismus (Scharpf 2000a), wenn zum Beispiel sogenannte *policy feedbacks* gegenwärtige und zukünftige politische Entscheidungen prägen. Béland (2010: 618) diskutiert das am Beispiel des US-amerikanischen Versorgungsprogramms *Medicare* und spricht dabei auch von einer Reproduktion institutioneller Logiken. Zum anderen ist im Rahmen des Berliner Modells aber auch eine eher mikrosoziale Sicht auf die Entstehung von Inflexibilität möglich, die den Akteuren mehr Einfluss einräumt (Sydow et al. 2009). Ein Beispiel aus der Krankenversorgung sind unflexible Verschreibungspraktiken von Medikamenten, die sich innerhalb der Ärzteschaft stabilisieren.

"The influence of doctors on each other's medical decisions through their professional networks, for example prescribing new drugs, which – for better or worse – can result in lock-in is typical of behaviour in networked settings" (Griffiths et al. 2012: 2237 in Bezug auf Young 1993; vgl. Reuter 2012).

Anzufügen ist noch, dass *lock-ins* keineswegs Phasen des vollkommenen Stillstands sind. Das Berliner Modell unterscheidet hier zwischen einer Tiefenstruktur und einer Oberflächenstruktur, wobei sich letztere durch eine größere Handlungsvarietät auszeichnet und Ansatzpunkte für Veränderungen bietet (Sydow et al. 2009: 695). Dies ist für Phase IV im hier untersuchten Pfadverlauf von Interesse.

2.5.4 Räumlicher Kontext (ergänzend)

Im Berliner Modell werden räumliche Aspekte nicht explizit thematisiert. In der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung ist der räumliche Kontext jedoch von großer Bedeutung. Zum einen, weil die ambulante Krankenversorgung meist lokal beziehungsweise regional erbracht wird. Zum anderen, weil relevante Kollektivakteure wie die regional organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen einen großen Einfluss auf Leistungserbringung haben, zum Beispiel über die Zuteilung von Arztsitzen (vgl. 10.2). Folglich könnte auch die Entstehung von Pfadabhängigkeit, beziehungsweise deren Brechung, von spezifisch regionalen Faktoren beeinflusst werden.

In der wirtschaftsgeografischen Forschung sind pfadtheoretische Ansätze zur Untersuchung regionaler Entwicklungsprozesse kein Novum.

"[V]arious forms of increasing returns [...] have a quintessentially local dimension in their form and operation. In this way, path dependence can be seen as a process or effect that is locally

contingent and locally emergent, and hence to a large extent ‘place dependent’” (Martin/Sunley 2006: 409).

Die Martin und Sunley (ebd.: 412) wählen hier einen institutionentheoretischen Zugang, der gegenüber regionalen Besonderheiten sensibel ist. Dazu gehören ein lokal gewachsenes Sozialkapital und lokale Traditionen des Austauschs, die schließlich eine *local trajectory* der Interaktion unter den Akteuren entstehen lassen. Grabher (1993) hat eine solche raumbezogene Entstehung von Pfadabhängigkeit im Ruhrgebiet untersucht. Dort führte der Langzeitbedarf nach Eisen und Stahl zur Ausbildung stabiler industrieller Beziehungen zwischen den Stahl- und Eisenproduzenten, der weiterverarbeitenden Industrie und der Politik. Auch im Bereich der Forschung und Entwicklung setzten viele regionale Unternehmen auf die Montanindustrie. In diesem Kontext identifizierte Grabher (ebd.: 260ff) drei *lock-ins* mit regionalen Bezug. Ein *functional lock-in*, definiert als eingespielte, sich wechselseitig reproduzierende Austauschprozesse unter den Akteuren. Dabei bildeten Letztere starre kognitive Muster aus, die in einem *cognitive lock-in* mündeten. Diese Prozesse wurden durch eine einseitig ausgerichtete Industriepolitik unterstützt, die der Autor (ebd.) als *political lock-in* beschrieben hat. Zusammengefasst sorgten diese *lock-ins* für ein langes Festhalten am Status quo (*rigid specialization trap*) – mit den bekannten Folgen.

2.6 Reziprozitätsnormen

Die vorliegende Untersuchung hat Praktiken zum Gegenstand, mit denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Zusammenarbeit in der ambulanten Krankenversorgung regulieren (vgl. *referring game*, 2.5.2.4). Im Anwendungsfall werden diese Praktiken nicht „neu erfunden“, sondern sie fußen auf handlungsleitenden Skripten (vgl. 4.2), die sich über Zeit entwickeln. Daher wird der Entwicklungsprozess von Skripten und sich daraus entwickelnden Praktiken untersucht, der sich als Zusammenspiel relevanter Kollektiv- und Individualakteuren (vgl. 10.3f) in der (ambulanten) Krankenversorgung darstellt. Es wird gezeigt, dass sich über Zeit *regulative regimes* (vgl. 7.1) bilden, die in spezifischen Ausprägungen der Regulation der Zusammenarbeit einen normativen Charakter verleiht und dabei der fragmentierten Leistungserbringung Vorschub leistet (vgl. Tabelle 13, S. 181). Demnach sind Reziprozitätsnormen historisch gewachsene, handlungsleitende Regime, die in spezifischen Ausprägungen die Regulation der Zusammenarbeit der hier untersuchten Ärztinnen und Ärzte in oben genannter Weise auf Dauer stellt. Im hier verwendeten Pfadmodell findet diese Entwicklung am Ende von Phase III statt. Wiederum adressieren die

der Phase IV zugeordneten Ärztenetzwerke diese Reziprozitätsnormen in handlungsbezogener und struktureller Sicht.

2.7 Pfadbruch

Im Anschluss an die drei Phasen des Berliner Modells sind verschiedene Varianten für eine vierte Phase im Pfadverlauf denkbar. Zwei Varianten diskutieren Meyer und Schubert (2007) am Beispiel von Technologiepfaden. In der ersten löst sich der Pfad auf. Das heißt, es finden keine Fortschreibungen vorangegangener Prozesse mehr statt. Eine solche Pfadauflösung kann von *powerful actors* absichtsvoll eingeleitet werden oder aber äußere Faktoren führen zur zwingenden Beendigung eines Pfades. Als Beispiel dafür kann der vorgezogene Atomausstieg der schwarzgelben Bundesregierung (*powerful actor*) nach den Ereignissen in Fukushima im Jahr 2013 herangezogen werden, die eine Neubewertung der Sicherheitslage von Atomkraftwerken nach sich zog. In der zweiten Variante des Pfadbruchs gelingt es, einen neuen Pfad absichtsvoll zu kreieren, zum Beispiel vor dem Hintergrund einer erkannten Ineffizienz des vorausgegangenen Pfades:

„Mindfulness implies an ability to disembed from existing structures defining relevance and also an ability to mobilize a collective despite resistance and inertia that path creation efforts are likely to encounter“ (Garud/Karnøe 2001: 3).

Der Pfadbruch ist eine dritte Verlaufsmöglichkeit, die nachfolgend konzeptualisiert wird. Beim Pfadbruch wird ein Prozess weder komplett beendet noch gänzlich neu begonnen. Dies führt dazu, dass zwischen beibehaltenen, veränderten und auch neu hinzukommenden Elementen unterschieden werden kann. Im hier untersuchten Pfadverlauf wären das zum Beispiel beibehaltene, veränderte und neue Regulationspraktiken. Um auf solche Elemente zu stoßen, müssen die Kollektiv- und Individualakteure im hier untersuchten Feld genauer betrachtet werden, denn Pfadbrüche benötigen Akteure Schumpeterscher Prägung, die in der Lage sind, „protective strata and institutions“ von innen heraus aufzubrechen (Schumpeter 2003 [1942]: 162). In dieser Sichtweise wäre das dem Pfadbruch vorangegangene *lock-in* ein Transitzustand erhöhter Stabilität, eine „temporary stabilization of paths in-the-making“ (Garud et al. 2010: 760). Diese Stabilität kann von „knowledgeable agents“ (Giddens 1984; Sydow et al. 2009: 702) aufgebrochen werden, indem diese ein Zeitfenster für „path-breaking activities“ (ebd.) öffnen, beziehungsweise ein sich öffnendes Zeitfenster für einen Pfadbruch nutzen. Um das verwirklichen zu können, und auch um die Gefahr eines „Rückfalls“ auf den alten Pfad dauerhaft zu unterbinden, müssten die Akteure jedoch in der Lage sein, jene

Mechanismen zu beeinflussen, die zur Entstehung von Pfadabhängigkeit führten. Dazu ist es von Vorteil, wenn die *knowledgeable agents* tief in das System eingebettet sind, das sie beeinflussen möchten (vgl. Dacin et al. 1999). Bei der hier untersuchten ärztlichen Profession ist das gegeben. Diese ist nicht nur tief in die Krankenversorgung eingebettet, sie hat auch deren Aufbau und gegenwärtige Verfassung maßgeblich geprägt (z.B. neuer Spezialisierung, 13.1.1). Die tiefe Einbettung birgt jedoch die Gefahr, dass Reformen vonseiten der Ärzteschaft mithilfe einflussreicher Vetopositionen leicht unterbunden werden können (Wendt 2009: 103). Hinsichtlich der hier untersuchten Praktiken besteht des Weiteren das Problem, dass der Ärzteschaft schlichtweg der Anreiz für Änderungen fehlen könnte, weil diese ja zu einer Verschlechterung ihres Status quo führen können (vgl. *embedded agency*, Garud et al. 2007: 961f). Für den hier konzeptualisierten Pfadbruch sind daher weitere Akteure wie der Gesetzgeber notwendig, um förderliche Rahmenbedingungen für die Einleitung des Pfadbruchs zu gestalten (Bereich System). Unter Berücksichtigung der vorausgegangenen Phasen bedeutete ein Pfadbruch im Entwicklungsprozess der Regulationspraktiken, dass die Handlungsvarietät bei den involvierten Akteuren wieder zunähme (Bereich Handeln) und dass auch (inter-)organisationale Veränderungen erkennbar würden (Bereich Struktur), die in Richtung einer Versorgungsintegration weisen. Der Pfadbruch wäre in Phase IV, zumindest konzeptuell, eine Umkehrung von Phase II des Berliner Modells.

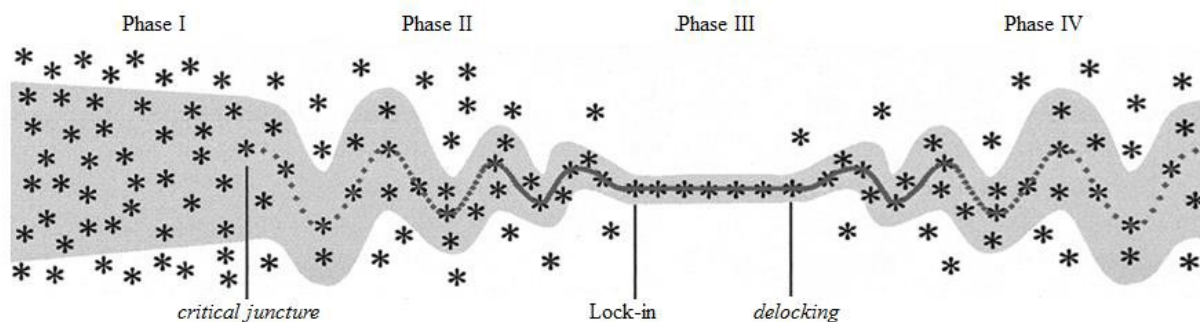


Abb. 4: Vierphasenmodell mit Pfadentstehung und Pfadbruch (eigene Darstellung nach Sydow et al. 2009: 692)

In Phase IV müssten sich daher auch selbstverstärkende Mechanismen zeigen, die zur oben genannten Öffnung des Pfades beitragen. Dabei kann der Prozess des Pfadbruchs, das zeigen Schreyögg et al. (2003), von *knowledgeable agents* durchaus bewusst eingeleitet werden. Für die vorliegende Untersuchung sind zum einen verhaltensbezogene Ansätze von Interesse, die unter anderem auf eine kognitive Überwindung pfadabhängiger Handlungsmuster zielen. Zum anderen ist der systemische Ansatz relevant, bei dem Strukturen eines Systems und deren pfadabhängige Reproduktion seitens der Akteure verändert werden. Eine bewusste Einleitung

des Pfadbruchs ist im hier untersuchten Feld der ambulanten Krankenversorgung nicht ganz unwahrscheinlich. Seit Beginn der Reformen zur Versorgungsintegration vor gut 20 Jahren (vgl. 11.11) vergrößert sich der Möglichkeitsraum für *path-breaking activities* kontinuierlich. Das Reformtempo macht jedoch deutlich, dass es sich bei einem vermeintlichen oder tatsächlichen Pfadbruch eher um einen langwierigen Prozess handeln dürfte.

„In dem Maße, in dem wir es mit umfassenden, komplexen Systemen von Regeln und Institutionen zu tun haben, kann man jedoch argumentieren, dass es grundsätzlich unmöglich wird, den Status quo einfach durch einen alternativen Zustand zu ersetzen, ganz gleich wie erwünscht dieser sein mag. [A]usgehend vom Status quo können in diesem Fall lediglich Teile des Regelsystems reformiert und umgestaltet werden, sodass die Evolution des Systems in die gewünschte Richtung umgelenkt wird“ (Ackermann 2001: 173). Daraus folgt: „Alles, was wir tun können, ist, Teile des Systems zu reformieren und umzugestalten – und zwar diejenigen Teile, von denen wir vermuten, dass sie für die negativen Funktionseigenschaften des Systems verantwortlich sind, und von deren Reform wir uns erhoffen, dass die Probleme gelöst werden“ (ebd.: 176).

In der vorliegenden Arbeit werden den Regulationspraktiken solch „negative“ Eigenschaften in der Phase der Pfadentstehung zugesprochen. Dabei bedeutet „Reform“ nicht den Austausch von Praktiken, sondern deren Anpassung (z.B. als Umschreibung handlungsleitender Skripte, vgl. 4.2).

Vor diesem Hintergrund wird der Pfadbruch als eine Mischung aus beständigen, sich verändernden und neu hinzukommenden Elementen definiert, die von *knowledgeable agents* in der hier untersuchten Zusammenarbeit entwickelt und implementiert werden. Aufgrund der Systemkomplexität der (ambulanten) Krankenversorgung wird zudem davon ausgegangen, dass sich der Pfadbruch nur in Teilbereichen des Versorgungssystems zeigen wird und dabei einen konvergenten Entwicklungsprozess (vgl. 5.1) durchläuft.

3 Struktur: Netzwerktheoretische Untersuchungsansätze

Die Netzwerkforschung fußt auf einer breiten theoretischen Basis und verfügt über unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Formen und Funktionsweisen von Netzwerken (Hollstein 2006). Grundsätzlich können Netzwerke anhand ihrer strukturellen Eigenschaften (*structure*) oder anhand des relationalen Verhaltens ihrer Mitglieder (*conduct*) definiert werden. Die in Phase IV untersuchten Ärztenetzwerke könnten zum Beispiel als Unternehmensnetzwerke beschrieben werden. Zu den Kernmerkmalen letzterer gehört die koordinierte Zusammenarbeit zwischen rechtlich unabhängigen Akteuren (Siebert 2001).

Wiederum können solchen Unternehmensnetzwerken nach Mühlbacher (2007: 13 in Bezug auf Alt et al. 2005) vier Typen mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsmechanismen und Modi der Aufgabenverteilung zugeordnet werden.

Typen	Steuerung	Verteilung von Aufgaben	Beispiele
Projektnetzwerke	fokal	instabil	Großprojekte im Bauwesen
strategische Netzwerke	fokal	stabil	Netzwerke von Zulieferern
Verbundnetzwerke	polyzentrisch	stabil	städtischer Verkehrsverbund
virtuelle Organisation	polyzentrisch	instabil	fallbezogene Konfiguration von Versorgungsleistungen

Tabelle 2: Typen von Unternehmensnetzwerken (nach Mühlbacher 2007 in Bezug auf Alt et al. 2005)

Für die vorliegende Untersuchung würde jedoch eine Beschreibung von steuerungs- und aufgabenbezogenen Netzwerktypen nicht ausreichen. Vielmehr wird ein Netzwerkbegriff benötigt, der stärker auf die Interaktion zwischen den Akteuren fokussiert und dabei zwischen *structure* und *conduct* changiert (vgl. Krebs/Rock 1994).

3.1 Relationaler Netzwerkbegriff

Netzwerke können als „Produzenten eines neuen Systemtypus [...] der aus einer Verschachtelung zweier Systemlogiken (Organisation und Vertrag) hervorgeht“ (Aderhold 2009: 184) definiert werden. Dabei wird ein Netzwerkakteur nicht mehr als Träger konstanter Eigenschaften definiert, vielmehr bestimmen sich dessen Eigenschaften erst in der Relation zu den anderen Netzwerkakteuren. Ein wichtiges Merkmal des hier entwickelten relationalen Netzwerkbegriffs sind daher dynamische Netzwerkbeziehungen, die sich wechselseitig und fortlaufend entwickeln:

„[In network theory] [t]here has been a shift from simple binary considerations, such as the existence or nonexistence of a relationship, to consideration of distinctions, such as the strength and content of the relationship [...]“ (Brass et al. 2004: 809).

Die Dynamik der Netzwerkbeziehungen kann sich auf Ebene des „Interaktionsnetzwerks“ (Häussling 2006: 127) zeigen. Hier nehmen die Akteure Positionen ein, die sie durch wechselseitige Zuschreibungen vonseiten der anderen Akteure erhalten. In diesem Zusammenhang definieren Provan und Kenis (2008: 243) Netzwerke als eine eigenständige soziale Entität, die mehr ist als eine bloße Ansammlung von Organisationen, die anlassbezogen Aufgaben bearbeiten. Vielmehr können auf Ebene des Interaktionsnetzwerks sowohl Mechanismen einer flexiblen Akteurs- und Aufgabenallokation als auch Mechanismen

der Etablierung formeller Hierarchien beobachtet werden. Aus pfadtheoretischer Sicht ist es interessant, dass in sogenannten Interaktionskorridoren¹¹ der Austausch zwischen den Akteuren sogar hyperstabile Formen annehmen kann. Nach Sydow (2010a) können sich dabei selbstverstärkende Netzwerkdynamiken entwickeln, die die Interaktion auf der Netzwerkebene in ein *lock-in* treiben können (vgl. Burger 2013). Für die vorliegende Untersuchung ist es daher von Interesse, ob sich in den untersuchten Netzwerken in Phase IV solch rigide Muster finden, wobei dann der Frage nachzugehen wäre, woher diese Muster stammen.

Eine weitere Dynamik in Netzwerkbeziehungen findet in Zugehörigkeitsdeutungen ihren Ausdruck (Häussling 2006: 130). Dabei kommunizieren die Akteure über gruppenspezifische Codes, unter anderem, um ihre Interaktionen zu vereinfachen oder um sich und ihr Handeln gegenüber Dritten zu legitimieren. Bei den hier untersuchten Ärztinnen und Ärzten spielt dabei der professionsspezifische Habitus eine gewisse Rolle, der professionelle Zugehörigkeitsdeutungen unterstützt¹². Geteilte Zugehörigkeitsdeutungen und gruppenspezifische Codes lassen wiederum „Interpretationsgemeinschaften“ (Häussling 2006: 132) entstehen, ein Konzept, das einige Ähnlichkeiten mit dem Konzept der Praktikergemeinschaft (vgl. 4.3.1) aufweist.

Der bisher entwickelte relationale Netzwerkbegriff rückt die Interaktion von Netzwerkakteuren untereinander und mit ihrer Umwelt in den Mittelpunkt der Betrachtung. In der Netzwerkforschung fanden solche Aspekte über lange Zeit wenig Beachtung, da Netzwerke oftmals über statisch-strukturelle Eigenschaften definiert wurden:

„Network analysis all too often denies in practice the crucial notion that social structure, culture, and human agency presuppose one another, it either neglects or inadequately conceptualizes the crucial dimension of subjective meaning and motivation [...]“ (Emirbayer/Goodwin 1994: 1412).

In einem relationalen Netzwerkbegriff werden die Netzwerkakteure daher als wirkmächtige Subjekte konzeptualisiert. Vor diesem Hintergrund würde ein alleiniger Untersuchungszugang

¹¹ Der Begriff des Interaktionskorridors basiert auf dem Konzept des Handlungskorridors, entwickelt von Ortmann (2009). Für die Untersuchung von Pfadabhängigkeit in Organisationen sind Handlungskorridore äußerst hilfreiche Konzepte, weil es in ihnen zu einer rigiden Bildung von „Entscheidungsketten“ (ebd.: 73) kommt, die mit zunehmender Hartnäckigkeit zu „unintendierten Konsequenzen und Präjudizien“ (ebd.) führen, die eine Neuausrichtung zunehmend erschweren kann.

¹² Dem Habitus kommt eine Sonderstellung in der Vermittlung zwischen Handlungen und Strukturen zu, weil dieser auf deren Grenze entsteht. Die Akteure werden in ihrem professionellen Kontext sozialisiert (z.B. Ausbildungs- und Arbeitsstrukturen) und eignen sich dort spezifische Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata an. Mit deren Hilfe können sie sich dann wechselseitig in ihrem Handeln erkennen, aufeinander beziehen und auch legitimieren (vgl. Barlösius 2006: 45ff).

über das Konzept der Netzwerk-governance (Jones et al. 1997) zu kurz greifen, das aber hinsichtlich der Bestimmung von Netzwerkperformanz noch eine Rolle spielen wird (vgl. 3.6). Zwar werden im Konzept der Netzwerk-governance die Interessen der Akteure in Relation zur Netzwerkkoordination, Regeln der Zusammenarbeit oder geteilten Zielvorstellungen gesetzt (Winkler 2006: 129), allerdings werden die habituellen Einflüsse der Akteure nicht explizit thematisiert. Demgegenüber zielt der hier entwickelte relationale Netzwerk-begriff nicht auf die Frage, wie Netzwerke gesteuert werden, sondern wie das relationale Handeln der Akteure (*conduct*) sich in den Netzwerken (*structure*) und deren Entwicklung niederschlägt.

„Network research embraces a distinctive perspective that focuses on relations among actors, whether they are individuals, work units, or organizations. According to the network perspective, actors are embedded within networks of interconnected relationships that provide opportunities for and constraints on behavior“ (Brass et al. 2004: 795).

3.2 Beziehungen im Netzwerk

In fast allen Netzwerken, ob innerhalb oder zwischen Organisationen, entwickeln sich im Lauf der Zeit sogenannte Reziprozitätsnormen (Powell 1990: 300; vgl. 2.6), in denen zum Beispiel nicht nur markt- oder hierarchievermittelte Interaktionsregeln zum Tragen kommen, sondern auch spezifisch „netzwerkvermittelte“ Normen. Diese können sich als „Erwartungs-Erwartungen bzw. reflexiv gewendete Habitualisierungen sozialen Handelns“ (Deutschmann 2007: 2) zeigen.

Das heißt: „Die Akteure erwarten nicht nur ein bestimmtes Verhalten voneinander, sondern wissen auch, dass sie dieses Verhalten erwarten können, und dieses Wissen leitet sich aus einer übergeordneten, gemeinsam anerkannten Norm ab“ (ebd.).

Solche Normen entwickeln sich auch in Netzwerken durch relationales Handeln (siehe oben) und sind für die Sozialwissenschaften dann interessant, wenn dadurch eine soziale Ordnung geschaffen wird (vgl. Adloff/Mau 2005). Über den Aufbau von a) Vertrauen, die Entwicklung b) geteilter Werte und Ziele, anhand der Schaffung von c) informellen und formellen Entscheidungsregeln, über die Etablierung von d) Sanktionsmechanismen und nicht zuletzt über die e) Pflege personaler Bindungen schaffen sich die kooperierenden Akteure eine auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittene „Netzwerk-Ordnung“. Eine solche „network form of governance“ (Jones et al. 1997: 925ff) ist notwendig, um die Koordination (*coordination*)

sowie eine lang- oder kurzfristige Sicherstellung (*safeguarding*) der Zusammenarbeit zu gewährleisten. Und auch wenn sich die *network form of governance* nach Jones (ebd.) vor allem auf der Netzwerkebene entwickelt, haben zusätzlich auch netzwerkexterne Faktoren einen Einfluss auf die Zusammenarbeit. So sind auch die in Phase IV untersuchten Ärztenetzwerke in einen weiteren Kontext (z.B. Versorgungsraum, vgl. 6.1) eingebettet.

„Structural embeddedness is critical to our understanding of how social mechanisms coordinate and safeguard exchanges in networks, for it diffuses values and norms that enhance coordination among autonomous units, and it diffuses information about parties' behaviors and strategies that enhances safeguarding [...]” (Jones et al. 1997: 924).

Bei einer pfadtheoretisch informierten Betrachtung der Zusammenarbeit in Netzwerken ist zusätzlich noch ein Blick auf die (Vor-)Geschichte der Netzwerkbeziehungen notwendig. Denn in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung können neben habituellen Einflüssen (siehe oben) auch regional gewachsene Versorgungstrajektorien (vgl. 6.1) die Netzwerkbeziehungen und damit auch die Regulation der Zusammenarbeit beeinflussen.

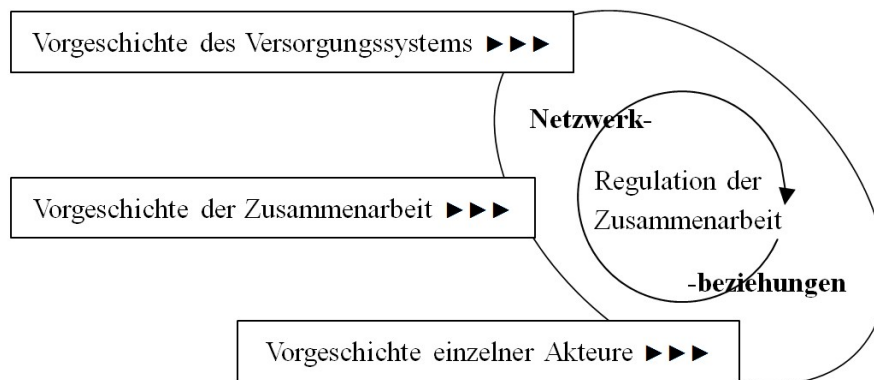


Abb. 5: Einflüsse auf Netzwerkbeziehungen (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 5 gezeigt, können verschiedene „Vorgeschichten“ die Netzwerkbeziehungen beeinflussen. Solche Erwartungs-Erwartungen sind auch Gegenstand der Netzwerkforschung. Empirisch können sich diese über wiederkehrende Bestätigungen einer Zusammenarbeit (*repeated ties*) oder über eine bevorzugte Partnerwahl (*preferential attachment*) zeigen (vgl. Sydow 2010a). Im Hinblick auf den in Phase IV untersuchten Pfadbruch ist es daher von Interesse, ob sich in den beiden Ärztenetzwerken Netzwerkbeziehungen andeuten, die sich gegenüber der habituellen und strukturellen Vorgeschichte unterscheiden.

3.3 Netzwerkstrukturen

Zur Beschreibung der Strukturen eines Netzwerkes werden häufig deskriptive Maßzahlen wie die Mitgliederzahl (Netzwerkgröße) oder die Intensität der Zusammenarbeit (ausgedrückt in verschiedenen Dichtemaßen, vgl. 3.7) benutzt (Afuah 2013). Von außen betrachtet weisen die so beschriebenen Strukturen aufgrund ihrer Messbarkeit eine erhöhte Sichtbarkeit auf. Jedoch existieren in der hier untersuchten Krankenversorgung auch netzwerkförmige Strukturen, die sich aus „Überweisungs- und Konsultationsbeziehungen“ (Freidson 1979: 165) zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Leistungserbringern entwickelt haben und deren wesentliches Merkmal eine Informalität ist. Diese Informalität beschreibt Hall bereits im Jahr 1946, am Beispiel von niedergelassenen Ärzten:

„[T]hey tend to develop, in the course of time, through association, a sort of informal organization. Rights to position, status, and power become recognized and upheld; mechanisms of legitimate succession and patterns of recruitment become established“ (ebd.: 31). „To call such an organization ‘informal’, implies that it does not originate by establishing a constitution. Actually it may possess no formal constitution“ (Hall 1946: 32).

Um solche informellen Netzwerkstrukturen zu untersuchen, sind neben deskriptiven Maßzahlen daher weitere Ansätze notwendig.

Mit Ricken und Seidel (2010: 50ff) können informelle Netzwerke zunächst einmal als (1) „Kommunikationsnetze“ beschrieben werden, in denen verschiedene Arten von Informationen und Wissen ausgetauscht werden. Daneben können sich in sogenannten (2) „Evaluations- und Gefühlsnetzen“ (ebd.) Vertrauen und Sympathien aber auch Misstrauen und Antipathien zwischen den Netzwerkakteuren entwickeln. In sogenannten (3) „Transaktionsnetzen“ (ebd.) kann es zum Austausch unterschiedlichster materieller oder immaterieller Ressourcen kommen. Solche eher informellen Netzwerkstrukturen sind für die vorliegende Untersuchung von Interesse, weil sie einen Einfluss auf die Regulation der Zusammenarbeit und deren Ergebnis haben.

Das zeigt eine Untersuchung zum Zusammenhang von informellen Netzwerkstrukturen und der Selbsteinschätzung der Netzwerkakteure im Hinblick auf die Effektivität ihrer Zusammenarbeit im Bereich der Demenzversorgung (Lemieux-Charles et al. 2005). Die Autorinnen und Autoren (ebd.) untersuchten die Selbsteinschätzung von Leistungserbringern über Indikatoren wie die erreichte Behandlungseffektivität (*perceptions of service-delivery effectiveness*) in vier Demenznetzwerken. Unter anderem berücksichtigen sie einen

administrativen Austausch (u.a. zentrale Einrichtungen, gemeinsame Fortbildungen) und einen leistungsbezogenen Austausch (u.a. Koordination der Leistungserbringung, patientenbezogener Datenaustausch, gemeinsame Behandlungsplanung). Es stellte sich heraus, dass sich jene Netzwerke als effektiver einschätzen, in denen sich Gruppen (*cliques*) von eng miteinander verbundenen Netzwerkakteuren befanden, deren Beziehungen nicht allein auf formellen Regeln beruhten, sondern eher informell organisiert waren.

Die Bedeutung informeller Strukturen in Netzwerken bestätigen auch Gabbay und le May (2004), denn Ärztinnen und Ärzte richten ihr Handeln oftmals nach den Erfahrungen ihrer Kolleginnen und Kollegen aus und folgen dabei sogenannten *mindlines*:

„When describing what we call mindlines, clinicians told us, for example, that they were grown from experience and from people who are trusted; they were “stored in my head” but could be shared and tested and then internalized through discussion, while leaving room for individual flexibility. Once compiled, each individual practitioner’s mindlines were adjusted by checking them out against what was learnt from brief reading or from discussions with colleagues, either within or outside the practice. [...] Mindlines were therefore iteratively negotiated with a variety of key actors, often through a range of informal interactions in fluid communities of practice, interactions with and experience of patients, and practice meetings. The result was day to day practice based on socially constituted knowledge“ (ebd.: 3).

Bei den von den Ärztinnen und Ärzten entwickelten *mindlines* handelt es sich also um informelle Strukturen, die von professionsexternen Akteuren nicht ohne weiteres erkannt werden können. Hinsichtlich der hier untersuchten Regulationspraktiken können solche *mindlines* in Netzwerken sowohl eine inkludierende als auch eine exkludierende Wirkung entfalten. Zum Beispiel, wenn nichtärztliche Gesundheitsprofessionen aus diesen informell organisierten Netzwerken ausgeschlossen werden.

Neben diesen informellen Aspekten sind für die vorliegende Untersuchung aber auch formelle Netzwerkstrukturen von Interesse. Dazu zählen unter anderem die in einem Netzwerk vorhandenen Steuerungsmodi. Nach Provan und Kenis (2008: 233ff) können diese drei Formen annehmen. (1) Ein Netzwerk kann durch seine Mitglieder gesteuert werden. Dabei können heterarchische Steuerungsstrukturen etabliert werden, in denen alle Mitglieder stimmberechtigt sind oder eine Mitgliedsgruppe diese Aufgabe kommissarisch übernimmt. (2) Bei vertikalen Vernetzungen, zum Beispiel entlang einer Wertschöpfungskette, kann ein Akteur aus dem Netzwerk übergeordnete Steuerungsaufgaben übernehmen. In der Krankenversorgung kann das zum Beispiel ein Krankenhaus sein (vgl. ebd.: 235). (3) Die

Netzwerksteuerung kann aber auch an einen dafür geschaffenen Akteur übertragen werden. Dieser wird in der Netzwerkforschung auch als *network administration organization* (NAO) bezeichnet. Wobei die NAO in der Regel gegenüber einem Aufsichtsorgan rechenschaftspflichtig ist (vgl. ebd.: 234).

Diese unterschiedlichen Steuerungsmodi verdeutlichen, dass in Netzwerken auch unterschiedlich machtvolle Akteure (inter-)agieren.

„Looking more closely at where power is actually used to influence the way in which collaborative activities are negotiated and carried out, it is possible to identify different points of power. Many of these occur at a micro level in the collaboration, and would often not be particularly obvious to those involved. One example of a point of power is the naming of the collaboration, since this is likely to influence what it does. Those who are involved in the naming process are therefore in a powerful position at that time“ (Huxham/Vangen 2004: 193).

In Netzwerken können sich *points of power* auf einen oder mehrere Akteure verteilen, die sich in mehr oder weniger einflussreichen Positionen einzelner Akteure oder Akteursgruppen im Netzwerk niederschlagen können (vgl. *degree centrality*, 3.7).

Ein weiteres, eher formal organisiertes Strukturmerkmal in Netzwerken ist der Grad der Virtualisierung (vgl. Tabelle 2, S. 34). Auf der Basis vorher geschlossener Kooperationsvereinbarungen und über eine flexible Integration von Informationen und Funktionen (Sydow/Windeler 1994), aktivieren und bündeln die verschiedenen Akteure ihre Kernkompetenzen um spezifische und meist temporäre Projekte (Schäfer 2009). Die Zusammenarbeit kann sich dabei auf einer oder auf mehreren der folgenden Ebenen abspielen: *interpersonal*, *interunit* und/oder *interorganizational* (Brass et al. 2004).

In der ambulanten Krankenversorgung zeigt sich die Virtualisierung in einer flexiblen Allokation von Leistungserbringern und Ressourcen entlang eines Versorgungsprozesses (Mühlbacher 2007). Entsprechend unterscheidet auch die netzwerkbezogene Versorgungsforschung zwischen einer Allokation als räumlicher Anordnung von Akteuren (Versorgungsraum) und der Allokation von Ressourcen (zur Verfügung stehende Versorgungsleistungen) (vgl. Provan et al. 2003; Liebowitz 2007; Griffiths et al. 2012). Je nach Versorgungsaufgabe ändert sich die Gestalt des Netzwerkes, weil Akteure und Ressourcen anlassbezogen gruppiert werden.

3.4 Netzwerkentwicklung

In Anlehnung an eine strukturationstheoretische (vgl. Fußnote 25 in 5.1) Konzeption der Netzwerkentwicklung wird zunächst davon ausgegangen, dass der „Wandel der Netzwerkstrukturen [...] durch die Netzwerkakteure zustande [kommt], gleichgültig, ob diese Veränderungsimpulse aus der Netzwerkwelt [...] oder von den einzelnen Netzwerkmitgliedern [ausgeht]“ (Sydow 2003: 346f). Demnach werden Netzwerkmitglieder (Organisationen) in Bezug auf ihre Zusammenarbeit als wirkmächtige Subjekte der Netzwerkentwicklung konzeptualisiert. Der interorganisationaler Wandel (vgl. 5.2) geschieht daher im Wechselspiel zwischen relationalem Handeln (kooperierende Organisationen), sich dabei entwickelnden Strukturen und von den Netzwerkmitgliedern internalisierten Veränderungen ihrer Umwelt (wobei Netzwerke ihre Umwelt zum Teil auch mitgestalten können, vgl. 16.3.7). Nach Sydow (ebd.: 348) kann sich die Netzwerkentwicklung empirisch in a) episodischen Ereignissen zeigen (bspw. Abschluss eines Vollversorgungsvertrages, vgl. 16.2.1). Sie kann sich in den Zusammenarbeit überformenden b) Trajektorien niederschlagen (bspw. Installation eines Qualitätsmanagementsystems, vgl. 16.3.2). Sie kann im Aufbau eines gewissen c) Momentums zeigen, wie zum Beispiel hinsichtlich einer zukünftig erwünschten Zusammenarbeit, die sowohl veränderte Strukturen als auch Praktiken hervorbringen kann (bspw. die Installation von Kompetenzteams, vgl. 16.2.4). Schließlich können sich d) „Typen sozialen Wandels“ (ebd., Hervorhebungen im Original) bilden, die nicht lineare, sondern rekursive Entwicklungsprozesse im Netzwerk anstoßen. Mit diesen vier Dimensionen zur Erfassung der Netzwerkentwicklung kann an die weiter unten konzeptualisierten vernetzenden Praktiken (vgl. 4.3) angeschlossen werden, die als Regulationspraktiken in den Fokus der vorliegenden Untersuchung rücken.

Ein „Produkt“ des rekursiven Zusammenspiels der Netzwerkakteure in einer sich verändernden Netzwerkwelt ist die sogenannte Transformationskapazität (Windeler 2001), die in der vorliegenden Untersuchung ein relevanter Meilenstein in der Netzwerkentwicklung ist. Da Entwicklungen in Netzwerken, wie oben gezeigt, meist emergent verlaufen, und sich damit einer vollumfänglichen Steuerung entziehen (vgl. Schubert 2008), ist es wichtig, dass die Akteure die Steuerung und (Weiter-)Entwicklung ihrer Zusammenarbeit als gemeinsame Aufgabe betrachten und angehen. Oder aber, sie delegieren diese Aufgaben an eine dafür verantwortliche Stelle, wie zum Beispiel an die oben beschriebene *network administration organization*. Gelingt das nicht, kann dies sogar den Fortbestand eines Netzwerkes gefährden. Ein weiteres Ergebnis von rekursiven Austauschprozessen in Netzwerken kann das Heranreifen einer Netzwerkidentität sein (Rometsch 2008). Dabei wird in den untersuchten

Ärztetzwerken die organisationale Identität um eine interorganisationale Identität ergänzt, wobei letztere dem in der ärztlichen Professionsgeschichte fest verankerten Selbstbild des alleinzuständigen Versorgers (vgl. 15.2.2) zuwiderläuft. Mit Blick auf die hier untersuchten Regulationspraktiken ist anzufügen, dass die Netzwerkidentität handelnd erlernt wird (*learning as becoming and belonging*) und damit an das Konzept der Praktikergemeinschaft (vgl. 4.3.1) angeschlossen werden kann.

Für die deskriptive Beschreibung der Netzwerkentwicklungen in Phase IV (vgl. 16.2 und 16.3) werden die von Batonda und Perry (2003: 1460ff) am Beispiel von interorganisationalen Zulieferer-Kunden-Beziehungen definierten Entwicklungsphasen herangezogen. (1) Suchprozess: In dieser Phase werden potenzielle Partner ermittelt. Der Auswahlprozess wird von vorausgegangenen Kooperationserfahrungen, der Reputation potenzieller Partner und nicht zuletzt durch persönliche Beziehungen beeinflusst. (2) Startphase: Sie dient noch als Testlauf, in dem die gemeinsamen Ziele und Wege ihrer Erreichung unter den gegebenen institutionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen geprüft werden. (3) Weiterentwicklung: Das Leistungsspektrum des Netzwerkes wird weiter an die Rahmenbedingungen angepasst. Der Aufbau von Vertrauen und die Verteilung von durch Zusammenarbeit gewonnenen materiellen oder immateriellen Ressourcen werden zu wichtigen Motivatoren für die weitere Zusammenarbeit. Es werden (in-)formelle Regeln zur Nutzung dieser Ressourcen geschaffen und Verantwortlichkeiten delegiert. (4) Erhaltung: Die Netzwerkbeziehungen werden für den einzelnen Akteur zunehmend wichtiger. Die Austauschprozesse auf der Netzwerkebene institutionalisieren sich und das Engagement der Akteure wächst mit ihren getätigten Investitionen. Die Geschäfts- und Leistungsprozesse werden weiter integriert. Daneben wachsen die gemeinsam entwickelten (strategischen) Ziele der Zusammenarbeit. Gleichzeitig etablieren sich Kontrollmechanismen, sodass bei Vertragsverletzungen auch Sanktionen vollstreckt werden können. (5) Auflösung: Bei unzureichender Zielübereinstimmung kann die Zusammenarbeit aufgekündigt werden. Dies wird wahrscheinlicher, wenn die individuell getätigten Investitionen den Nutzen der Zusammenarbeit übersteigen.

3.5 Netzwerkgrenzen

In einer handlungsbezogenen Sicht können Netzwerkgrenzen durch nach außen geschlossene Orientierungs- und Handlungsräume der Netzwerkakteure gezogen werden. Bei den hier untersuchten ärztlichen Leistungserbringern kann das entlang disziplinärer oder

professionsbezogener Grenzen geschehen. In diesem Zusammenhang definiert Freidson (1979: 71) die ärztliche Profession als „Struktur, die die allgemeinen Grenzen festlegt, innerhalb derer die Berufsausübenden arbeiten können“. Wobei es der Ärzteschaft im hier untersuchten Pfadverlauf bereits sehr früh gelang, ihre professionsbezogenen Außengrenzen gegenüber anderen Leistungserbringern abzustecken (vgl. 13.1). Der dabei zugrundeliegende Mechanismus kann mit dem Konzept der *cognitive maps* beschrieben werden. *Cognitive maps* sind handlungsleitende Orientierungskarten, die von Eitmann (2002: 11) in einer netzwerkanalytischen Arbeit auch als „kognitive Repräsentationen“ der Netzwerkakteure dargestellt wurde. Die Grenzziehung nach außen kommt dadurch zustande, dass sich die Akteure bei der Bearbeitung ihrer Aufgaben und Problemstellungen ausschließlich auf vertraute Lösungsansätze stützen. Ein Mechanismus, der von Janis (1982) als *group-think* beschrieben wurde. In einer explorativen Studie haben Ferlie et al. (2005) solche kognitiven Grenzziehungen in der britischen Krankenversorgung nachgewiesen. Die Autoren (ebd.) konnten zeigen, dass neues Wissen nur dann verteilt wird, wenn die Akteure auf vertraute Handlungskonzepte, respektive auf *cognitive maps* ihrer eigenen Profession zurückgreifen konnten. Umgekehrt bedeutete dies, dass die Verbreitung von neuem Wissen an den Grenzen der Profession endete, weil keine interprofessionellen Handlungskonzepte vorlagen. Im Berliner Modell zur Entstehung von Pfadabhängigkeit wird in diesem Zusammenhang auch von exploitativen Suchstrategien gesprochen, bei denen Akteure vor allem bekannte Informationen verarbeiten und explorative Suchstrategien aufgegeben haben (vgl. 2.5.2.3). Hinsichtlich der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung werden Netzwerkgrenzen daher als Barrieren gegenüber einer interdisziplinären und interprofessionellen Leistungserbringung definiert, die von Individualakteuren handelnd gezogen und von einflussreichen Kollektivakteuren legalisiert wurden.

3.6 Netzwerkperformanz

Die nachfolgend beschriebene Netzwerkperformanz rückt die Frage der erfolgreichen Zusammenarbeit im Netzwerk in den Mittelpunkt. Mit Aulinger (2008: 74ff) kann zunächst eine deskriptive Zuordnung von Erfolg in Netzwerken vorgenommen. Unter Rückgriff auf die Kostenrechnung in der Betriebswirtschaftslehre unterscheidet Aulinger (ebd.) unter anderem zwischen Erfolgsarten und Erfolgsträgern. (1) Am Beispiel von strategischen Allianzen definiert Aulinger (ebd.: 82f) verschiedene Erfolgsarten. Diese unterscheiden sich nach a) monetären Erfolgsarten (z.B. Mengenvorteile im Einkauf, Senkung von Produktions- und Koordinationskosten), b) strategischen Erfolgsarten (z.B. Reduktion oder Neuverteilung des

unternehmerischen Risikos, Verbesserung der Marktposition) und c) Erfolgsarten, die auf den jeweils aufgebauten Netzwerkstrukturen basieren (z.B. vertikale Integration, Wissensmanagement). (2) Zu den Erfolgsträgern werden jene Strukturen gezählt, mit deren Hilfe die Zusammenarbeit erfolgreich organisiert werden kann. Dies können sowohl materielle Erfolgsträger sein, zum Beispiel eine gemeinsam genutzte IT-Infrastruktur, als auch immaterielle Erfolgsträger, wie zum Beispiel eine interprofessionelle Organisationskultur.

Hinsichtlich der bestehenden Verbindungen unter den Akteuren in einem Netzwerk kann die sogenannte Multiplexität¹³, beziehungsweise deren Fehlen, ebenfalls zur Bestimmung der Netzwerkperformanz herangezogen werden. Dies zeigen Provan und Milward (2001) am Beispiel von Netzwerken im Bereich der sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung. In diesen Feldern gelingt es multiplex organisierten Netzwerken anscheinend besser, nicht nur umfassende Leistungsangebote zu erstellen, sondern auch die Integration der Leistungserbringung voranzutreiben.

„Effective, mature networks might have a majority of agencies connected through two or three different types of programs or client services as well as through general information sharing and friendship. Multiplexity, and hence the strength of the network, will be high, reflecting commitments among network agencies to one another through multiple activities“ (Provan/Milward 2001: 419).

Im Zitat wird ersichtlich, dass die Autoren (ebd.) die Netzwerkperformanz auch mit der Bestandsdauer eines Netzwerkes assoziieren. Darauf verweisen auch Reay und Hinings (2005) am Beispiel einer Versorgungsregion, die sie jedoch nicht als Netzwerk begreifen, sondern als organisationales Feld, in dem ein breites Spektrum gut vernetzter Akteure über einen langen Zeitraum erfolgreich kooperieren.

Hinsichtlich der Bestimmung von Netzwerkperformanz spielt auch die Netzwerksteuerung eine Rolle. Hier können zunächst zwei grundsätzliche Sichtweisen unterschieden werden. Zum einen die Steuerung über einen oder mehrere zentrale Netzwerkakteure (vgl. NAO unter 3.3) und zum anderen die dezentrale Steuerung. Zur Erfassung der zentralen Steuerung

¹³ Als multiplexe Strukturen werden die in sozialen Netzwerken bestehenden Mehrfachverbindungen zwischen den Netzwerkakteuren bezeichnet. Bei interorganisationalen Netzwerken können diese Mehrfachverbindungen zum Beispiel aus verschiedenen, arbeitsteilig bearbeiteten Aufgaben bestehen (Kim et al. 2006: 711). Dabei kann Multiplexität sowohl ein Hinweis auf eine gute Netzwerkperformanz, als auch als Hinweis auf eine Beharrung des Netzwerkes gegenüber Veränderungen interpretiert werden. Denn aufgrund der Mehrfachverbindungen herrscht in multiplexen Netzwerken ein gewisser Konformitätsdruck: „[...] network multiplexity may lead to stronger network inertia and may constrain the likelihood an organization will change network partners“ (ebd.).

schlagen Provan und Milward (1995.: 12ff) zum einen die *core agency centrality* vor. Bei diesem Maß geht es um die Frage, welcher Anteil der Leistungsangebote eines Netzwerkes von einem zentralen Akteur koordiniert wird. Mit dem Maß *concentration of influence* können jene Akteure oder Akteursgruppen erfasst werden, die einen netzwerkpolitisch hohen Einfluss auf die Ausgestaltung der Zusammenarbeit haben. Dabei folgen die Autoren der These, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der *core agency centrality*, der *concentration of influence* und der Netzwerkperformanz besteht (vgl. dies. 2001). Im Gegensatz dazu liegen aber auch Erkenntnisse über den positiven Zusammenhang von dezentralen Netzwerkstrukturen und Netzwerkperformanz vor. Das zeigt Gibbons (2007) mit einer Studie zur Diffusion von Wissen in einem Gesundheitsnetzwerk (*public health system*). In diesem sorgen dezentrale Akteure, die in sogenannten *subgroups* zusammengefasst sind, für eine verbesserte Verbreitung von Wissen im Netzwerk.

Vor diesem Hintergrund ist ein weiterer Vorschlag zur Bestimmung von Netzwerkperformanz hilfreich, in dem zentrale und dezentrale Formen der Netzwerksteuerung integriert werden. Dazu verbinden Provan und Kenis (2008: 237) das Beziehungsmerkmal Vertrauen (*trust*), die Größe eines Netzwerkes (*number of participants*), die bestehende Zieleinigkeit (*goal-consensus*) sowie netzwerkspezifische Steuerungskompetenzen (*network-level competencies*) mit den Governance-Formen *shared*, *lead organization* und *network administrative organization*¹⁴. Im Modell werden die verschiedenen Faktoren in eine Wenn-dann-Beziehung gebracht. Das heißt, unter einer bestimmten Governance-Form ist die Netzwerkperformanz dann hoch, wenn die jeweils anderen Faktoren wie folgt ausgeprägt sind.

<i>Governance Forms</i>	<i>Trust</i>	<i>Number of Participants</i>	<i>Goal Consensus</i>	<i>Network-Level Competencies</i>
<i>Shared Governance</i>	<i>high density</i>	<i>few</i>	<i>high</i>	<i>low</i>
<i>Lead Organization</i>	<i>low density, highly centralized</i>	<i>moderate number</i>	<i>moderately low</i>	<i>moderate</i>
<i>Network Administrative Organization</i>	<i>moderate density, NAO monitored by members</i>	<i>moderate to many</i>	<i>moderately high</i>	<i>high</i>

Tabelle 3: Prädiktoren der Netzwerkperformanz (nach Provan/Kenis 2008: 237)

¹⁴ Bei der Steuerungsform *shared governance* wird ein Netzwerk dezentral gesteuert, das heißt, dass fast alle Netzwerkakteure steuerungsrelevante Entscheidungen treffen können. Zudem können besondere Steuerungsaufgaben an einen Akteur delegiert werden. *Lead organizations* entstehen in der Regel dann, wenn eine vertikale Leistungsintegration notwendig wird. Ein wichtiges Merkmal dieser Governance-Form ist, dass die *lead organization* aus dem Kreis der Netzwerkakteure selber stammt, das heißt, mit netzwerktypischen Aufgaben betraut ist. Demgegenüber stammt die *network administrative organization* (NAO) in der Regel nicht aus dem Kreis der Netzwerkakteure, da deren hauptsächliche Aufgabe in der Steuerung und Entwicklung netzwerkweiter Aktivitäten liegt (vgl. 3.3).

Das Modell von Provan und Kenis (ebd.) eignet sich auch, um die Entwicklung von Netzwerken nachzuvollziehen. Dies gilt allerdings nur dann, wenn sich Netzwerke von einer wenig formalisierten und eher basisdemokratisch organisierten Zusammenarbeit (*shared governance*) hin zu einer stärker formalisierten und moderierten (*brokered*) Zusammenarbeit entwickeln (NAO). Allerdings stellen die Autoren (ebd.) keinen Zusammenhang zwischen den vollzogenen Entwicklungsschritten und der Netzwerkperformance her. Das heißt, das Modell eignet sich für Beschreibungen von Ist-Zuständen der Netzwerkperformanz unter dem jeweiligen Governance-Regime.

Abschließend sollen noch einige gesundheitswissenschaftliche Studien erwähnt werden, die ebenfalls zur Bestimmung der Netzwerkperformanz herangezogen werden können. Lukas et al. (2002) entwickelten Indikatoren (*Integrated System Scorecard*) zur Bestimmung des Fortschritts der Systemintegration in einem Versorgungsnetzwerk. Dabei folgen die Autoren der Annahme, dass der erreichte Integrationsprozess im Gesamtnetzwerk in einem positiven Zusammenhang zur Netzwerkperformance steht (*integration system dimensions*)¹⁵.

„Five scales represent aspects of system integration reported across all staff groups: (1) leadership, (2) staff cooperation, (3) service cooperation, (4) clinical coordination, and (5) [...] alignment. Four additional integration system dimensions are based on questions unique to the managers' version of the instrument: (6) shared vision, (7) quality improvement, (8) single standard of care, and (9) manager alignment“ (ebd.: 6).

Der Indikator (1) *leadership* umfasst gemeinsam entwickelte und geteilte Zielvorstellungen, (2) *staff cooperation* gibt einen Überblick über die vorhandenen (Human-)Ressourcen und deren Zusammenarbeit im Netzwerk. (3) *Service cooperation*, (4) *clinical coordination* und (5) *alignment* stellen vor allem auf das Management von Schnittstellen in Versorgungsprozessen ab. Dabei fußen die Indikatoren fürs Netzwerkmanagement unter anderem auf einer guten Organisation der Informations-, Wissens- und Qualitätsentwicklung (*shared vision, quality improvement*), auf der Entwicklung von Leitfäden (*single standards of care*) sowie auf der Entwicklung eines Selbstverständnisses aufseiten der am Management beteiligten Akteure.

¹⁵ Als Datengrundlage diente eine Fragebogenerhebung in einem der *Veterans Integrated Service Networks* (VISNs) in den USA. Befragt wurden angestellte Gesundheitsprofessionen und das professionelle Management (n=1042) in einem Netzwerk bestehend aus fünf medizinischen Zentren, die zusammen circa 90.000 Patienten versorgen.

In einer anderen gesundheitswissenschaftlichen Studie, ebenfalls aus den USA, stehen die interorganisationalen Beziehungen in *medical groups* im Mittelpunkt. *Medical groups* sind Zusammenschlüsse von vormals niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten, die eine Anstellung der Selbstständigkeit vorziehen¹⁶. In 686 solcher Zusammenschlüsse untersuchen Rotarius et al. (2003) deren Konkurrenzfähigkeit im Vergleich zur Einzelpraxis. Als Indikatoren dienten die klinische Versorgungsqualität, die Service-Orientierung aufseiten der Leistungserbringer, der lokale Marktanteil, die Profitabilität, die Kosten-Effektivität, die organisationale Beständigkeit (*organizational survival*) und die Zielerreichung. Diese Indikatoren wurden zu drei Kategorien interorganisationaler Beziehungen ins Verhältnis gesetzt: lose gekoppelt, moderat und eng vernetzt. Die Ergebnisse legen nahe, dass *medical groups* in allen Indikatoren konkurrenzfähiger als Einzelpraxen sind.

Im deutschsprachigen Kontext existieren bis dato nur sehr wenige Ansätze zur Bestimmung der Performanz von Versorgungsnetzwerken. Allerdings bietet die sogenannte Reifegradstudie (Purucker et al. 2009) ein dreistufiges Benchmark an (niedrig, mittel, hoch), in dem über die Dimensionen Prozesse, Managementsystem und IuK-System auf die Netzwerkperformanz geschlossen werden kann.

Prozesse	Managementsystem		IuK-System
Prozessmanagement	Strategie	Aufnahmekriterien	Strategie und Organisation
Leitfäden	Controlling	Kooperationen	Applikation
Notfallmanagement	Messsystem	Organisationskultur	Integration
Transparenz	Steuerung		Rahmenbedingungen
Kompetenzbereiche	Organisation		
Qualitätsmanagement	Vollzeitmanagement		

Tabelle 4: Vereinfachtes Reifegradmodell von Ärztenetzwerken (nach Purucker et al. 2009: 142)¹⁷

In der Studie mit insgesamt 86 Ärztenetzwerken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erreichen nur 6 einen hohen Reifegrad¹⁸. Zur niedrigen Performanz auf der Ebene der Zusammenarbeit, beziehungsweise zur schlechten Transformationskapazität (vgl. 3.4) trugen eine nur unzureichende Umsetzung von Netzzielen, fehlende Möglichkeiten zur Evaluation von Versorgungsprozessen und ein hoher Entwicklungsbedarf in den IuK-Systemen bei (ebd.: 143f).

¹⁶ Quelle: *Medical Group Management Association* (www.mgma.com, 02/2019).

¹⁷ Die Erklärungskraft der einzelnen Dimensionen in Bezug auf den Reifegrad eines Netzwerkes wird nicht dargestellt.

¹⁸ Das Sample umfasst 86 deutsche und 14 schweizerische Praxisnetze, 12 deutsche und 1 schweizerisches MVZ sowie 24 schwedische Vårdcentraler (Vårdcentraler sind zentrale Anlaufstellen in der ambulanten Krankenversorgung, die von privaten Gesellschaftern betrieben werden).

Zusammengefasst verweisen die in diesem Abschnitt zusammengetragenen Modelle und Studienergebnisse auf den Umstand, dass die Bestimmung der Netzwerkperformanz „aufs engste mit der Netzwerkentwicklung verwoben“ (Sydow 2008: 58) ist. Bezüglich der hier untersuchten Regulationspraktiken bedeutet dies, dass bei deren Bewertung immer auch die historische Entwicklung und (regionale) Spezifität der Leistungserbringung bei der Bestimmung der Netzwerkperformanz berücksichtigt werden sollte.

3.7 Deskriptive Netzwerkanalyse

In der Sozialen Netzwerkanalyse (SNA) werden deskriptive Maßzahlen verwendet, um Beziehungen (*edges* oder *ties*) und Eigenschaften von Akteuren (*nodes*) sowie von Akteursgruppen (*subgroups* oder *cliques*) zu beschreiben. Die hier verwendeten Maßzahlen beschreiben relationale Eigenschaften. Mathematisch ausgedrückt bedeutet dies, dass sowohl die Akteurs- als auch deren Beziehungseigenschaften in Relation zur Menge aller Akteure und deren Beziehungseigenschaften gesetzt werden. In der vorliegenden Arbeit wurden ungerichtete Beziehungen erhoben, die dann vorliegen, wenn Akteure in einem wechselseitigen Austauschverhältnis zueinander stehen¹⁹.

Die Dichtemessung (*density*) vermittelt einen Eindruck von den vorhandenen Paarbeziehungen (Dyaden) in einem Netzwerk. Sie misst, wie viele der rechnerisch möglichen Beziehungen tatsächlich verwirklicht sind. Der Wert liegt zwischen 1 (einhundert Prozent der möglichen Beziehungen verwirklicht) und 0 (in diesem Fall nur ein Akteur und kein Netzwerk vorhanden, das aus mindestens drei Akteuren bestehen muss). Das Dichtemaß eignet sich vor allem dazu, einen ersten Eindruck über die Intensität der Zusammenarbeit in einem Netzwerk zu erhalten.

$$\text{Dichte: } d = \frac{n}{(n-1)}$$

Der Durchmesser (*diameter*) ist die größte Distanz zwischen zwei Akteuren eines Netzwerkes. In anderen Worten beschreibt die Zahl, wie viele Schritte über intermediäre Akteure notwendig sind, um von einem „Rand“ zum anderen des Netzwerkes zu gelangen. In natürlichen Netzwerken, zu denen auch die hier untersuchten Ärztenetzwerke gehören, kann der Durchmesser oftmals erstaunlich klein sein. Die SNA spricht dann vom sogenannten

¹⁹ Folgende Quellen wurden für die dargestellten Maßzahlen verwendet: Hannemann und Riddle (2005), O'Mally und Marsden (2008) und der SNA-Blog von Tore Opsahl (<https://toreopsahl.com>, 02/2019).

Kleine-Welt-Phänomen, mit dem auf Beziehungsstrukturen angespielt wird, in denen kurze Wege zur Bearbeitung von Netzwerkaufgaben möglich sind.

Die Beziehungsstruktur eines Netzwerkes lässt sich auch über die Verbindungen zwischen den Akteuren darstellen. Die SNA benutzt eingehende Wahlen (*in-degree*), also wie oft ein Akteur (y) von anderen (j) als Partner gewählt wird, und ausgehende Wahlen (*out-degree*), respektive wie oft ein Akteur andere Akteure wählt.

$$\text{Eingehende Wahlen: } y_{+j} = \sum_{ij} y_{ij} \text{ und ausgehende Wahlen: } y_{+i} = \sum_i y_{ij}$$

Je nach Verhältnis dieser beiden Maßzahlen können Netzwerke eine eher zirkuläre Form annehmen (*circle network*) oder sternförmig (*star network*) aufgebaut sein. Bei sternförmigen Netzwerken würde ein Akteur oder eine Akteursgruppe über vergleichsweise mehr eingehende Wahlen verfügen und daher strukturell ins Zentrum des Netzwerkes vorrücken.

In der Netzwerkanalyse werden verschiedene Zentralitätsmaße genutzt, um Auskunft zu einzelnen Akteuren zu erhalten. Mit Hilfe der *degree centrality* (dc) kann gezeigt werden, in welchem Umfang ein Akteur (y), wiederum in Relation zu allen anderen Akteuren (j), mit dem Gesamtnetzwerk verbunden ist.

$$\text{Degree centrality: } dc(y) = \sum_j^N x_{ij}$$

Mit der *closeness centrality* (cc) kann die relative Distanz eines Akteurs (y) zu den anderen Akteuren (j) im Netzwerk beschrieben werden. Sie ist das Gegenteil von *farness*, der Summe aller Distanzen zu den anderen Akteuren. Der Formelteil d beschreibt die kürzeste Distanz zwischen dem Akteur (y) und allen anderen Akteuren (j).

$$\text{Closeness centrality: } cc(y) = \sum_j \frac{1}{d_{ij}}$$

Das Zentralitätsmaß *betweenness centrality* beschreibt, wie viele besonders kurze Pfade in einem Netzwerk über den einen Akteur (y) verlaufen. Dabei wird σ_{st} die Anzahl der kürzesten Pfade zwischen s und t , und $\sigma_{st}(y)$, die Anzahl von Pfaden, die durch (y) verläuft, ins Verhältnis gesetzt.

$$\text{Betweenness centrality: } bc(y) = \sum_{s \neq y \neq t} \frac{\sigma_{st}(y)}{\sigma_{st}}$$

Würde zum Beispiel ein Akteur mit hoher *betweenness centrality* aus einem Netzwerk austreten, könnte dies zu einer Funktionsuntüchtigkeit des Netzwerkes führen, weil viele der bestehenden Verbindungen unterbrochen wären.

Zur qualitativen Bewertung der Zusammenarbeit in einem Netzwerk, zum Beispiel im Sinne der weiter oben beschriebenen Netzwerkperformanz, eignen sich die hier dargestellten deskriptiven Maßzahlen bei lediglich einmaliger Erhebung zwar nicht. Dennoch können sie wertvolle Informationen zum Aufbau eines Netzwerkes liefern.

4 Handeln: Praxistheoretische Untersuchungsansätze

Mithilfe einer „Theorie sozialer Praktiken“ (Reckwitz 2003: 282) kann menschliches Handeln als konstitutives Element der sozialen Welt in den Blick genommen werden. Wobei die Praxistheorie „nicht allein eine ‚Sozialontologie‘ [ist], ein theoretisches Vokabular, das eine andersartige Perspektive auf die Sozialwelt liefert, sondern vor allem auch ein Forschungsprogramm für die materiale Analyse“ (ebd.: 284). Die Praxistheorie betont das Machen in alltäglichen Handlungen. Dabei wird das Machen, respektive das Handeln oder Interagieren von Akteuren, als etwas begriffen, dass a) Zeitlichkeit ausdrückt, zum Beispiel das Erlernen eines Berufes, das b) Räume definiert, zum Beispiel Geltungsbereiche für professionelles Handeln, das c) Institutionen schafft, die zum Beispiel als Kontrollinstanzen für professionelles Handeln dienen können, und das nicht zuletzt d) organisationale Strukturen hervorbringt, zu denen auch Netzwerke gehören.

„Das Problem des Sozialen ist aus praxeologischer Perspektive das Problem, wie es dazu kommt, dass in der sozialen Welt ‚Raum und Zeit gebunden werden‘, d.h. wie eine zumindest relative Reproduzierbarkeit und Repetitivität von Handlungen über zeitliche Grenzen und über räumliche Grenzen hinweg möglich wird [...]“ (Reckwitz 2003: 289 in Bezug auf Giddens 1979).

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend zunächst einige grundlegende Unterscheidungen vorgenommen, bevor einzelne untersuchungsrelevante Aspekte des praxistheoretischen Denkens operationalisiert werden.

4.1 Praxis, Praktiken und Praktiker

In der praxistheoretisch ausgerichteten Strategieforschung (Whittington 2006; Jarzabkowski et al. 2007) werden Praxis (*praxis*), Praktiken (*practices*) und Praktiker (*practitioner*) als eigenständige Konzepte behandelt, um zwischen Strategien, strategischem Handeln und den

strategisch handelnden Akteuren unterschieden zu können. Diese grundsätzlichen Unterscheidungen können auf die hier untersuchten Leistungserbringer (*practitioners*) übertragen werden. So kann zwischen der *ärztlichen Praxis*, verstanden als situatives Handeln in einer Versorgungssituation und der *ärztlichen Praktik*, verstanden als historisch gewachsenes, regelhaft ausgeführtes, individuell und sozial angepasstes sowie systemisch reglementiertes Handeln unterschieden werden. Reckwitz (2002: 249) definiert Praxis und Praktik wie folgt und steckt damit auch das Terrain der praxistheoretischen Forschung ab:

„A ‘practice’ (Praktik) is a routinized type of behaviour which consists of several elements, interconnected to one other: forms of bodily activities, forms of mental activities, ‘things’ and their use, a background knowledge in the form of understanding, know-how, states of emotion and motivational knowledge. [Praxis] represents merely an emphatic term to describe the whole of human action (in contrast to ‘theory’ and mere thinking)“.

Mit dieser Definition schließt Reckwitz (2002) an den sogenannten *practice turn* in der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung an, mit dem ein Vorschlag zur integrierten Betrachtung von Strukturen, Handlungen und (inter-)subjektiven Deutungen vorgelegt wurde (Schatzki 2001). Dabei werden Praktiken auch als „shared routines of behaviour, including traditions, norms and procedures for thinking, acting and using ‘things’ [...]“ (Whittington 2006: 619) definiert. Das heißt, als „subjektübergreifende Strukturen“ (Reckwitz 2003: 268), mit denen eine „Reproduzierbarkeit und Repetitivität von Handlungen über zeitliche Grenzen und über räumliche Grenzen hinweg“ (ebd.: 289) möglich wird. Wobei, wie bereits erwähnt, im Konzept der Praktiken auch eine „Kontextgebundenheit und historische Bedingtheit in den Mittelpunkt des Interesses [rückt]“ (Geiger/Koch 2008: 694). Als professionelle Praktiken, wie bei der hier untersuchten Ärzteschaft, werden sie in spezifischen Geltungsräumen erkannt, (fremd-)verstanden, angewendet und weiterentwickelt.

4.2 Praktiken im Prozess

Die im Pfadverlauf der vorliegenden Arbeit untersuchten Praktiken sind keine stabilen Handlungen, denn sie verändern sie sich mit jeder Ausführung, wenn auch nur im geringen Maße. Nach Barley (1986) und Jarzabkowski (2008) entwickeln sich Praktiken, in Anlehnung an Giddens (1984), im Spannungsfeld zwischen einem sich fortlaufend verändernden institutionellen Kontext (*Institutional Realm*) und einem sich ebenfalls fortlaufend verändernden Bereich ihrer Ausübung (*Action Realm*). Dabei fungieren sogenannte

Instabilitäten im *Institutional Realm*, respektive im *Action Realm*, als Treiber von Veränderungen, denn sie verlangen von den Akteuren eine fortlaufende Anpassung.

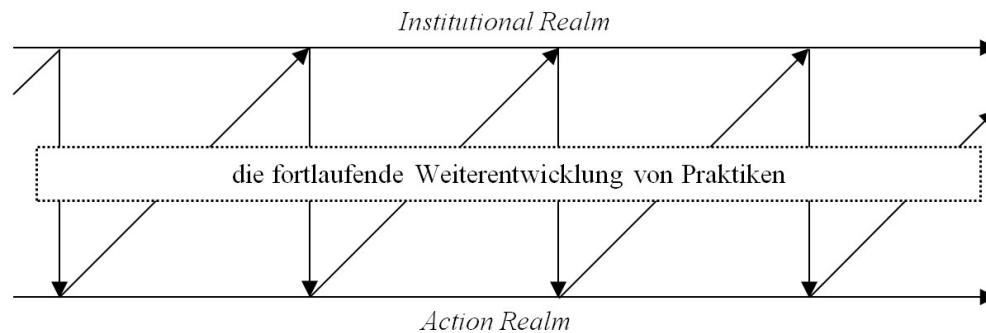


Abb. 6: Fortlaufende Weiterentwicklung von Praktiken (eigene Darstellung nach Barley 1986: 82)

In pfadtheoretischer Sicht symbolisieren die senkrechten Pfeile aus Richtung des *Institutional Realm* in Abbildung 6 Ereignisse wie *small, triggering* oder *critical events* (vgl. 2.2), die einen Einfluss auf das Verhalten der Akteure im *Action Realm* haben und diese zu gewissen Reaktion provozieren können. In umgekehrter Richtung symbolisieren die diagonalen Pfeile das Handeln der Akteure in Bezug auf ihre institutionelle Umwelt. Ihr Handeln wird in der Phase der Pfadentstehung (vgl. Abb. 1, S. 4) von selbstverstärkenden Mechanismen vorangetrieben. Die diagonale Verlaufsrichtung der Pfeile verweist darauf, dass Veränderungen in den Praktiken über die Zeit hervorgebracht werden. Zudem werden im für diese Arbeit entwickelten Untersuchungsmodell der *Institutional Realm* und der *Action Realm* als Arenen konzeptualisiert, in denen systemische, respektive strukturelle und handlungsbezogene Entwicklungen stattfinden (vgl. 8.1).

Bezüglich der Entwicklung von Praktiken stellt sich nun die Frage, wie Veränderungen in Praktiken von den Akteuren hervorgebracht werden können. Dazu ist es hilfreich, die oben definierte Praxis als eine Mikrofundierung der Praktik zu betrachten. Denn nach Barley (1986: 83) fußt die Praxis auf sogenannten Skripten (*scripts*). Skripte sind Handlungsanleitungen, die von den *practitioners* in der Regel als *taken for granted* hingenommen und angewendet werden. Skripte können sich aber auch verändern, wenn sie neuen Geltungsräumen angepasst beziehungsweise darin entwickelt werden. In der ambulanten Krankenversorgung könnte ein solcher neuer Geltungsraum eine kooperative Leistungserbringung sein, in dem sich integrierte Praktiken (bspw. interdisziplinäre Zusammenarbeit) durchgesetzt haben. Als Handlungsanleitungen ähneln die Skripte den in

Kapitel 7.2 dargestellten professionellen Logiken. Denn sowohl Skripte als auch Logiken sind „standard plots of types of encounters whose repetition constitutes the setting's interaction order“ (Barley 1986: 83). In Anlehnung an Barley (1986) spricht Jarzabkowski (2008: 623) in diesem Zusammenhang auch von „behavioral regularities“, die durch das alltägliche Handeln der Akteure erzeugt werden: „instantiated in the daily actions of organization“ (ebd.)²⁰. Sewell (1992: 21) spricht hier auch von Schemata, wobei er den Akteuren einen gewissen Einfluss auf ihre Umgebung zugesteht, denn in „collective organizations“ trägt das durch Schemata informierte Handeln auch zur Schaffung neuer Handlungsumwelten bei, wobei unklar bleibt, wie weit der Einfluss der Akteure reicht²¹.

Neben dem Mechanismus der Mikrofundierung von Praktiken, stellt sich noch die Frage, ab wann eine Praxis zu einer Praktik, also einem *routinized type of behavior* wird. Barley (1986) fokussiert dazu auf die interagierenden Akteure, die durch Handlungsmodifikationen der Skripte, aus einer Praxis eine Praktik machen. Formal kann diese wie folgt dargestellt werden: Wenn ein Akteur (*A*) durch sein Handeln (*h*) eine Reaktion (*r*) bei Akteur (*B*) hervorruft und aufgrund dessen Reaktion sein ursprüngliches Handeln modifiziert (*m*), wäre der erster Schritt von der Praxis zur Praktik (*P*) getan:

$$P = (A_h + B_r) \rightarrow A_m$$

Diese Erklärung greift für die hier untersuchten Regulationspraktiken jedoch zu kurz. Zum einen ist im Prozessverlauf von sich wiederholenden Interaktionen (*I*) auszugehen, die Einfluss auf die Praktik nehmen können. Wobei die Anzahl der Interaktionen, je nach betrachteter Prozessdauer, sehr groß sein kann (1...n). Und da die hier untersuchten Regulationspraktiken in der Regel nicht in Dyaden, sondern in informellen oder formell organisierten Netzwerken entstehen, die, zumindest theoretisch, über eine unbegrenzte Anzahl von interagierenden Akteuren verfügen ($B_{(2...n)}$), verkompliziert sich die formale Darstellung einer Praktik entsprechend:

²⁰ Die Ansätze von Barley (1986) und Jarzabkowski (2008) unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Entstehung von Praktiken zwischen dem *Institutional Realm* und dem *Action Realm*. Bei Jarzabkowski (ebd.) können Institutionen nicht durch Handlungsmodifikationen aufseiten einzelner Akteure verändert werden, sondern erst durch eine kollektive Mobilisation von einflussreicheren Akteuren. In der Krankenversorgung wären das zum Beispiel ärztliche Verbände als Kollektivakteure (vgl. 10.3). Erst wenn eine solche kollektive Mobilisierung ein gewisses Momentum erreicht hat, sind auch institutionelle Veränderungen möglich. Demgegenüber geht Barley (ebd.) von größeren Einflussmöglichkeiten aufseiten einzelner Akteure aus (vorliegend die Individualakteure, vgl. 10.4).

²¹ Die Schemata bei Sewell (1992) sind anschlussfähig an die von Barley (1986) beschriebenen Skripte und entsprechend dem, was Giddens (1976) als *rules* bezeichnet, die nicht nur reglementierend wirken, sondern auch als soziale Ressourcen aufseiten der Akteure eingesetzt werden können.

$$P = [(A_h + B_{(1)r} + B_{(2...n)r}) \rightarrow A_m] \times I_{(1...n)}$$

Zum anderen ist zu beachten, dass, je nach Häufigkeit beziehungsweise Intensität der Interaktionen (z.B. die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit in einer spezifischen Versorgungssituation), unterschiedlich stark ausfallende Handlungsmodifikationen zu erwarten sind. Es wird daher angenommen, dass der Übergang von der Praxis zu einer Praktik aufgrund der potenziell hohen Anzahl von interagierenden Akteuren und den unterschiedlichen Intensitäten ihrer Zusammenarbeit auf eine nicht nicht-lineare Weise stattfindet. In der obigen Formel sind zudem noch keine systemischen Einflüsse (vgl. 6) berücksichtigt worden. Im hier untersuchten Feld sind diese durch die Kollektivakteure (vgl. 10.3) und die verschiedenen Ereignisse im Pfadverlauf (vgl. 11) gegeben. Um diese Komplexität in der Entstehung und Weiterentwicklung von Praktiken etwas zu reduzieren, sind die von Swidler (2001: 90ff) beschriebenen *anchoring practices* hilfreich.

„The idea that the larger rules of the system are reproduced, not by people directly knowing those rules, but by people acting strategically in a world that presumes those rules [...]“ (Swidler 2001: 91).

Solche Praktiken verankern Handlungen in doppelter Weise: Zum einen geben sie dem einzelnen Akteur implizite Vorstellung über angemessenes Handeln, auch in Bezug auf andere Akteure, denn sie schaffen „[...] socially negotiated realities, so that the practices coordinate basic social relationships“ (Swidler 2001: 86). Zum anderen schaffen sie einen größeren Bezugsrahmen für Handeln, denn sie spielen auch eine „key role in reproducing larger systems of discourse and practice“ (ebd.: 90).

„[A]nchoring practices operate as enactments of ‘constitutive rules,’ acquiring their power to structure related discourses and patterns of activity because they implicitly define the basic entities or agents in the relevant domain of social action“ (Swidler 2001: 95).

Auf diese Weise können sich „behavioral regularities“ (Jarzabkowski 2008: 623) ausbilden, die sowohl tradiert als auch weiterentwickelt werden können (vgl. Überweisungspraktiken, 1.1). Daher können *anchoring practices* auch eine Rolle bei der Entstehung von Pfadabhängigkeit spielen. Zudem können sie Hinweise auf Pfadbrüche liefern, zum Beispiel

dann, wenn ihr Erscheinungsbild nicht mehr in die für sie relevante soziale Umwelt zu passen scheint.

4.3 Vernetzende Praktiken

Für die vorliegende Arbeit ist auch der strukturbildende Aspekt von Praktiken relevant. Denn Praktiken sind „[...] materially interwoven [and] centrally organized around shared practical understandings“ (Schatzki 2001: 3). Das Besondere ist die Verteilung auf verschiedene Akteure, die durch Praktiken Handlungsanschlüsse und damit Vernetzungsmöglichkeiten finden können. Diese strukturbildenden beziehungsweise strukturermöglichenden Eigenschaften von Praktiken hat auch die Netzwerkforschung erkannt, die Praktiken sogar als eigenständigen Typus von Netzwerkbeziehungen (vgl. 3.2) behandelt, weil durch sie kollektives Handeln möglich wird (vgl. Windeler 2001). Nachfolgend werden einige dieser vernetzenden Eigenschaften von Praktiken näher erläutert.

4.3.1 Praktikergemeinschaften

Eine Variante von durch Praktiken gebildeten Vernetzungen sind die sogenannten Praktikergemeinschaften. In der ambulanten Krankenversorgung sind das, ganz im Wortsinn, Gemeinschaften, die sich unter Praktikern (*practitioners*) bilden und die ihre Zusammengehörigkeit interagierend begründen. Das zeigt eine Studie zur Verbreitung von medizinischen Innovationen unter niedergelassenen Ärzten, in der Winick (1961: 398) auch von einer „Gemeinschaft kind of situation“ spricht (im Gegensatz zu einer „Gesellschaft situation“, ebd.). In der Gemeinschaftssituation verbreiten sich medizinische Innovationen leichter, denn sie werden zu einem „conversation topic among sociometric partners“ (ebd.). Winick stellt zudem fest, dass jene Ärzte mit gut entwickelter Vergemeinschaftung, gemessen über die Variable „physician’s integration among his colleagues“ (ebd.: 384), eher bereit sind, eine neue medikamentöse Therapie anzuwenden. Zur Unterscheidung zwischen „Gemeinschaft“ und „Gesellschaft“ stützt sich Winick (ebd.) auf Max Webers soziologische Grundbegriffe (daher auch die Zitationsweise in deutscher Sprache).

„Vergemeinschaftung soll eine soziale Beziehung heißen, wenn und soweit die Einstellung des sozialen Handelns – im Einzelfall oder im Durchschnitt oder im reinen Typus – auf subjektiv gefühlter (affektuellem oder traditionaler) Zusammengehörigkeit der Beteiligten beruht“ (Weber 1985 [1922]: §9, Hervorhebungen im Original). Während von Vergesellschaftung gesprochen werden kann, „wenn und soweit die Einstellung des sozialen Handelns auf rational (wert- oder

zweckrational) motiviertem Interessenausgleich oder auf ebenso motivierter Interessenverbindung beruht“ (ebd.).

Nach Winick (1961) schaffen affektiv motivierte Handlungen, die auf Basis gewisser Traditionen gewachsen sind, eine Gemeinschaftssituation, die wiederum das Verhalten der Akteure beeinflusst. Den positiven Zusammenhang zwischen einer solchen Gemeinschaftssituation aus ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und der Bereitwilligkeit ein Medikament zu verschreiben, zeigten auch Coleman et al. (1957) in einer Studie mit ähnlichen Design zu der von Winick (1961). Coleman et al. (1957) stellen fest, dass eine steigende soziale Integration, gemessen als *received choices* (vgl. 3.7) unter den Ärztinnen und Ärzten das Verschreibungsverhalten beeinflusste. Solche Gemeinschaftssituationen, die durch reflexiv angepasstes Handeln hervorgebracht werden, bilden den Kern von Praktikergemeinschaften (vgl. Interpretationsgemeinschaften in 3.1).

Ein weiteres Merkmal von Praktikergemeinschaften ist das Voneinander-und-miteinander-Lernen *in situ*. Cox (2005: 530) spricht hier auch von nicht-kanonischem Lernen, das in alltagspraktischen Situationen stattfindet (*situated learning*) und mitunter improvisiert und außerhalb vorgegebener Denkschemata stattfindet. Im Hinblick auf die hier untersuchte Regulation der Zusammenarbeit ist die mikropolitische Funktion dieses nicht-kanonischen Lernens hervorzugeben. Denn die Akteure schaffen Lerngelegenheiten, die zunächst nur ausgewählten Akteuren zur Verfügung stehen (*enabling*). Brown und Duguid (1991: 41ff) beschreiben diese Art des Lernens, in Bezug auf das Lernkonzept von Wenger (1998), auch als „legitimate peripheral participation“ in „communities-of-practice“. Das heißt, durch diese Art des Voneinander-Lernens grenzen sich die Praktikergemeinschaften gegenüber anderen Akteuren ab. Nach Wenger (1998) rücken damit drei Varianten des Lernens in den Mittelpunkt: (1) Lernen als vergemeinschaftetes Handeln (*community*), als (2) bedeutungsvolles Handeln (*meaning*) und Lernen als (3) Grenzen ziehendes Handeln (*boundaries*). Dabei konzeptualisiert Wenger (ebd.: 5) das Lernen zunächst aus einer eher individuellen Sicht. Es findet im (4) alltäglichen Tun statt (*learning as practice*), die dem einzelnen Akteur nicht nur als (5) sinnvoll erscheint (*learning as experience*), sondern auch dessen (6) Identität im Laufe der Zeit formt (*learning as becoming*). An dieser Stelle kann an die unter 4.2 beschriebenen Skripte als Mikrofundierung von Praxis verwiesen werden, die auf diese Weise erlernt werden können. Über solche Lern-Aktivitäten erschaffen sich die Akteure schließlich eine (7) spezifische soziale Entität (*learning as belonging*). Daher sind Praktikergemeinschaften nicht nur Interpretationsgemeinschaften (vgl. 3.1), sondern auch

Lerngemeinschaften, die mehr oder weniger stark ausgeprägte Öffnungen nach außen (*peripheries*) aufweisen können. Solche Öffnungen werden in den nächsten Abschnitten eingehender thematisiert, denn über diese können auch Veränderungen in den hier untersuchten Regulationspraktiken in Phase IV des Pfadverlaufs beschrieben werden.

4.3.2 Grenzgängige Praktiken

Zur Überbrückung interpersonaler und/oder interorganisationaler Grenzen (*boundaries*) können laut Wenger (1998: 103ff) sowohl Aktivitäten als auch Artefakte dienen. Zu den Aktivitäten zählt das *brokering*, das der Autor (ebd.: 109) als ein „common feature of the relation of a community of practice with the outside“ definiert. Zum *brokering* gehören zum Beispiel Tätigkeiten wie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Arbeitsaufgaben bis hin zur Koordination einer Zusammenarbeit in Netzwerken. Ein Broker sollte daher in der Lage sein:

„[...] to make new connections across communities of practice, enable coordination, and – if they are good brokers – open new possibilities for meaning“ (ebd.).

Ein mögliches Arbeitsfeld für einen Broker in der Krankenversorgung wäre die Reform des Konsils, sprich der interdisziplinären Fallkonferenz unter Ärztinnen und Ärzten²². Würde das Konsil neue Akteure wie zum Beispiel Angehörige anderer Gesundheitsprofessionen aufnehmen, würde aus dem klassischen Konsil eine interprofessionelle Fallkonferenz. In dieser wären dann zum Beispiel Perspektivabstimmungen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen notwendig. Diese würden optimaler Weise von einem Broker organisiert, der in verschiedenen professionellen Feldern beheimatet ist. In Bezug auf ein solches *brokering* spricht Wenger (ebd.: 105) daher von „multi-membership“ und einem „nexus of perspectives“ als verbindenden Elementen.

Wiederum zu den grenzgängigen Artefakten zählt Wenger (ebd.: 106ff in Bezug auf Star 1989) die sogenannten *boundary objects*. Diese haben folgende Eigenschaften: (1) Sie sind von verschiedenen Akteuren nutzbar (*modularity*). Ein Beispiel aus der Krankenversorgung sind frei zugängliche Analysen von Versorgungsdaten (z.B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung) oder klinische Studien, anhand derer sich Leistungserbringer über die Wirkung von therapeutischen Interventionen informieren können (vgl.

²² In der Medizin ist diese Form der interdisziplinären Zusammenarbeit schon seit dem 14. Jahrhunderts bekannt (Gerabek et al. 2007: 776). Im eigentlichen Wortsinn beschränken sich Konsilien auf eine kollegiale Beratung ohne bindenden Charakter.

evidenzbasierte Medizin, 11.10). (2) Um möglichst umfassend nutzbar zu sein, haben *boundary objects* ein gewisses Abstraktionsniveau (*abstraction*). Zum Beispiel dürften die Versorgungsdaten nicht zu spezifisch aufbereitet sein, damit sie für unterschiedliche Leistungserbringer von Interesse sind. (3) Zudem sollte ein *boundary object* verschiedenen Zwecken dienen (*accommodation*). Zum Beispiel könnte die Analyse von Versorgungsdaten sowohl für eine Interventionsplanung, als auch zur Evaluation einer erbrachten Leistung eingesetzt werden. (4) Ein *boundary object* sollte außerdem so beschaffen sein, dass es von möglichst vielen Akteuren verarbeitet werden kann (*standardization*). So müssten die Versorgungsdaten zum Beispiel Items enthalten, die von möglichst vielen Akteuren benutzt werden können.

In Wengers Konzeption (1998: 104ff) bringen sich Aktivitäten wie das *brokering* und Artefakte wie *boundary objects* wechselseitig hervor („duality of boundary relations“). Dabei sind zwei Prozesse wirksam: *reification* und *participation*. Während *reification* zu einer Verfestigung beziehungsweise Verdinglichung von Interaktionen führt, werden im Prozess der *participation* Verfestigungen oder Verdinglichungen wieder verändert. Der interessante Aspekt für die vorliegende Untersuchung ist, dass Wenger diese Prinzipien auch auf größere soziale Entitäten, wie die oben beschriebenen Praktikergemeinschaften anwendet. Daher definiert er Praktikergemeinschaften auch als:

„[...] shared histories of learning. History in this sense is neither merely a personal or collective experience nor just a set of enduring artifacts and institutions, but a combination of participation and reification intertwined over time“ (Wenger 1998: 87).

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Phase IV des hier untersuchten Pfadverlaufs, können nun drei Varianten von Praktiken operationalisiert werden, mit denen personale und auch organisationale Grenzen überschritten werden können. Die erste Variante sind die sogenannten *boundary practices*:

„Its enterprise is to deal with boundaries and sustain a connection between a number of other practices by addressing conflicts, reconciling perspectives, and finding resolutions. The resulting boundary practice becomes a form of collective brokering“ (ebd.).

Boundary practices versetzen Akteure in der Lage, vormals getrennte Praktiken zu verbinden. Auch diese Praktiken haben einen relational-handlungsbezogenen Teil (*participation*) und einen verfestigenden und strukturbildenden Teil (*reification*). Beim

„*collective brokering*“ (ebd.) entleihen sich die Akteure Elemente aus vorhandenen Praktiken (vgl. Praktik I und II in Abb. 7), führen diese jedoch auf eine neue Art und Weise zusammen (*boundary practice* III):

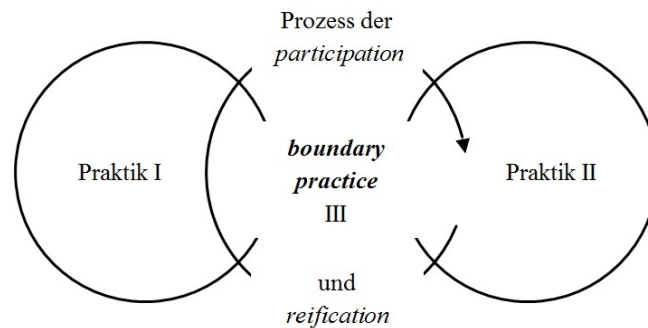


Abb. 7: *Boundary Practice* (eigene Darstellung i.A.a. Wenger 1998: 114)

Neben den vergleichsweise aktiv herzustellenden *boundary practices* gibt es nach Wenger (1998: 115ff) auch die sogenannten *overlaps*. Diese sind Praktiken, die eigentlich schon vorhanden sind, deren verbindende Wirkung den Akteuren jedoch nicht bekannt ist. Die Akteure können „verlernt“ haben diese Praktiken zu nutzen (vgl. 2.5.2.3).

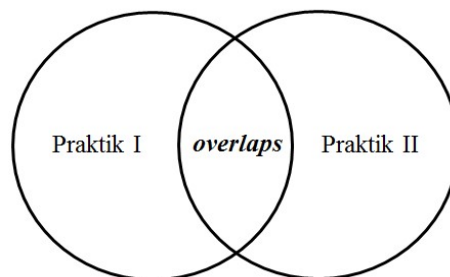


Abb. 8: *Overlaps* (eigene Darstellung i.A.a. Wenger 1998: 114)

Entsprechend der Konzeption Wengers (ebd.: 117) müssen *overlaps* zunächst erkannt werden, bevor sie an bestehende Praktiken (vgl. Praktik I und II in Abb. 8) angeschlossen werden können. Ein Beispiel einer *Overlap*-Praktik aus der Krankenversorgung ist die Verwendung bildgebender Verfahren wie Röntgenaufnahmen. Eine ohnehin stattfindende Bildgebung könnte von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen (z.B. Physiotherapie) für diagnostische und therapeutische Zwecke gleichermaßen genutzt werden. Bei regelmäßiger Anwendung dieser Praktik, könnte sich die Bildgebung als integrierendes Strukturelement (vgl. *reification*) und damit als grenzgängige Praktik erweisen.

Eine weitere Variante grenzgängiger Praktiken sind die sogenannten *peripheries* (Wenger 1998: 177ff). Im Gegensatz zu den *boundary practices* und *overlaps* weisen *peripheries* ausgehend von einer bestehenden Praktik oder einer bestehenden Praktikergemeinschaft, eher in Richtung unerschlossener Handlungsmöglichkeiten.

„From this perspective, a community of practice [...] becomes progressively looser at the periphery [...] (Wenger 1998: 118).

Peripheries umfassen jene Handlungen und Strukturen die notwendig sind, wenn Akteure ihr Handeln gegenüber ihrer Umwelt, respektive gegenüber anderen Akteuren und deren Praktiken öffnen. Wie der doppelte Pfeil in der Abbildung 9 andeutet, ist die Entwicklung von *peripheries* keine einseitige Aktivität, sondern ein Prozess der wechselseitigen Annäherung zwischen einer Praktik (Praktik I) und einer potenziell anschlussfähigen Praktik (Praktik X).

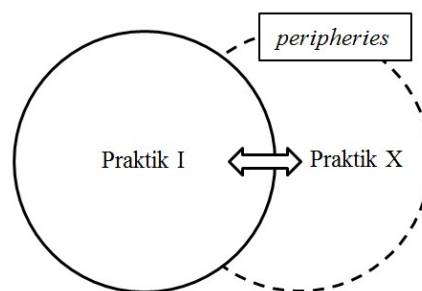


Abb. 9: *Peripheries* (eigene Darstellung i.A.a. Wenger 1998: 114)

In der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung ließe sich mit Hilfe von *peripheries* zum Beispiel das Aufgabenspektrum eines bestehenden Versorgungsnetzwerks erweitern. Würde sich diese Erweiterung über Prozesse von *participation* und *reification* verstetigen, könnte diese Entwicklung auch zu einem Netzwerkwachstum durch Angliederung neuer Akteure führen.

4.3.3 Managementpraktiken

Zur Überwindung personaler oder organisationaler Grenzen können Managementpraktiken beitragen. Auf Basis einer umfangreichen Studiensammlung, identifizierten Cross et al. (2013) verschiedene „boundary spanning practices“ (ebd.: 85ff), die im Rahmen eines dynamischen Netzwerkmanagements eingesetzt werden können. Letzteres definieren sie auch als:

„Boundary spanning leadership [...] defined as the capability to create direction, alignment, and commitment across boundaries in service of a higher vision or goal“ (ebd.: 81).

Zu den dazu gehörigen Praktiken zählt das (1) *buffering* (ebd.: 88). Dieses wird genutzt, um die Zuständigkeiten und Aufgaben der einzelnen Akteure im Hinblick auf ihre Zusammenarbeit im Netzwerk zu klären (*defining boundaries*)²³. Eng damit verbunden ist (2) *reflecting*. Als Managementpraxis in Netzwerken sorgt *reflecting* nicht nur für einen Austausch von Informationen oder von Erfahrungswissen einzelner Akteure (vgl. *tacit knowledge* oder *skill based knowledge*, 2.3), sondern auch für eine Sensibilität gegenüber potenziell neuen Informations- und Wissensquellen. Beim (3) *connecting* steht die Schaffung von Interaktionsmöglichkeiten im Mittelpunkt. In den hier untersuchten Ärztenetzwerken kann dies zum Beispiel in Rahmen von Fortbildungen geschehen, die nicht nur einem fachlichen Austausch, sondern auch dem persönlichen Kennenlernen der Netzwerkakteure dienen. Das sogenannte (4) *mobilizing* zielt vor allem auf die Schaffung einer gemeinsam getragenen Haltung gegenüber den Aufgaben und trägt so zur Bildung einer Netzwerkidentität (vgl. 3.4) bei. Zu den weiterreichenden Managementpraktiken in Netzwerken gehören (5) *weaving* und (6) *transforming*. Beim *weaving* geht es zunächst um das Aufzeigen von bestehenden Grenzen zwischen Netzwerkakteuren oder Gruppen von Netzwerkakteuren mit dem Ziel, etwaige neue Verbindungen zwischen diesen zu initiieren. Beim *transforming* geht es unter anderem darum, gemeinsam genutzte Strukturen weiterzuentwickeln.

Hinsichtlich dieses umfangreichen Programms, warnen Cross et al. (2013) vor einer Überbeanspruchung des Netzwerkes durch ein zu ambitioniertes Netzwerkmanagement.

„Nevertheless, the additional change capacity created by engaging the network is not infinite. It is still possible to overload people with too many simultaneous change efforts. Connectors and energizers make up a relatively small percentage of the population of any organization or system. Once they are fully engaged in change, the capacity of the system to adapt using a network-driven approach has reached its capacity“ (ebd.: 90).

Bei erwünschten Veränderungen sollten die dafür relevanten Akteure über Rollen wie *connectors* (Schaffung neuer Verbindungen), *experts* (Beratung des Netzwerkmanagements), *broker* (Ermöglichung neuer Verbindungen, vgl. 4.3.2), *energizers* (Unterstützer von Veränderungen) einbezogen werden (ebd.: 83). Dabei sollte das Netzwerkmanagement auch die *resisters* im Blick behalten. Zu diesen zählen meist einflussreiche Akteure im Netzwerk

²³ Im Gegensatz dazu definiert Oliver (1991) *organizational buffering* als eine mögliche Reaktion von Organisationen auf Entwicklung in ihrer institutionellen Umwelt und fokussiert damit auf eine Abgrenzung beziehungsweise auf einen Schutz nach außen.

(vgl. *points of power*, 3.3). Diese sind in der Lage, Veränderungsprozesse zu verlangsamen oder gar zu unterbinden.

Aufgrund dieser Aufgabenkomplexität und vor dem Hintergrund, dass das Beziehungsgeflecht in Netzwerken ein „social system in its own right“ (Provan et al. 2007: 483) ist, schlägt Sydow (2010c: 400) vor, Managementpraktiken in Netzwerken als eine eigenständige Kategorie von Managementhandeln zu betrachten. Dies sind (ebd.: 395):

- Die Selektion von Kooperationspartnern und Aufgaben sowie deren Bindung
- Die Allokation von Ressourcen und gemeinschaftlichen Aufgaben
- Die Evaluation der Kosten und des Nutzens sowie deren Verteilung unter den Akteuren
- Die Regulation der Modi, der Intensität, des Umfangs, der Schnittstellen und der Zeitlichkeit in der Zusammenarbeit der Netzwerkakteure

In der vorliegenden Untersuchung wird vor allem auf die Regulation der Zusammenarbeit fokussiert.

„Bei der Regulationsfunktion steht die Entwicklung und Durchsetzung von formellen wie informellen Regeln der Zusammenarbeit [...] im Zentrum. [...] Im Einzelnen geht es beispielsweise darum, geeignete vertragliche Vereinbarungen zu treffen, Regeln zur Konfliktvermeidung zu vereinbaren, sich auf ein interorganisationales Informationssystem festzulegen und die organisationsübergreifende Wissensspeicherung zu regeln [...]. Darüber hinaus müssen Anreizsysteme entwickelt werden, die über markttypische Anreize und Sanktionen hinausgehen und den längerfristigen Einsatz für das Netzwerk [...] entlohnen und zugleich Kooperation und Wettbewerb, Autonomie und Abhängigkeit sowie Vertrauen und Kontrolle im Netzwerkwerk austarieren helfen“ (Sydow 2010c: 398).

Es existieren allerdings auch Wechselwirkungen zwischen den vier Kategorien. So kann sich eine veränderte Aufgabenallokation (z.B. die Neuverteilung von Versorgungsaufgaben im Netzwerk) beispielsweise im dafür notwendigen Schnittstellenmanagement niederschlagen. Zur Bewältigung dieser Aufgaben sind verschiedene Kompetenzen nötig (ebd.: 400ff), wie die Fähigkeit, die Netzwerkstrukturen nach außen anschlussfähig zu machen, die Sydow (ebd. in Bezug auf Reiß 1998) auch als Konfigurationsflexibilität bezeichnet. Daneben sollten verschiedene organisationale Kulturen in einem Netzwerk integriert werden können. Mit Blick auf die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung ist die Integration verschiedener professioneller Kulturen (vgl. 7.2) hinzuzufügen. Zudem sollte das Management in der Lage sein, netzwerktypische Spannungsverhältnisse auszutarieren. Dazu zählten: (1) Autonomie vs.

Abhängigkeit (z.B. Delegation von Versorgungsaufgaben), (2) Vertrauen vs. Kontrolle (z.B. Qualitätssicherung in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit), (3) Vielfalt vs. Einheit (z.B. die Einbeziehung unüblicher Kooperationspartner) und (4) Formalität vs. Informalität (z.B. Installation von Leitfäden in der Leistungserbringung).

5 Dynamik: Prozesstheoretische Untersuchungsansätze

Die Entstehung von Pfadabhängigkeit ist nach Pierson (2000: 251) ein sozialer Prozess, der durch selbstverstärkende Mechanismen angetrieben wird. Für eine pfadtheoretische Untersuchung ist daher zu klären, welche grundsätzlichen Verläufe ein solcher Prozess nehmen kann.

5.1 Verlaufsformen

Der hier untersuchte Pfadverlauf erstreckt sich über vier Phasen mit phasenspezifischen Verläufen. Rekonstruiert wird vor allem *on path*, das heißt, der beobachtende Verlauf innerhalb einer Phase wird aus den vorausgegangenen Phasen erklärt. Dabei kann sowohl eine Reduktion von Handlungsvarietät (Phase I bis III), als auch deren Erweiterung beschrieben (Phase IV) werden. Mit Plowman et al. (2007: 517ff) können zunächst vier grundlegende Formen von Wandel unterschieden werden, die in Umfang und Geschwindigkeit variieren.

		Umfang	
		konvergenter Wandel	radikaler Wandel
Geschwindigkeit	kontinuierlich	1	2
	episodisch	3	4

Tabelle 5: Geschwindigkeit und Umfang von Wandel (nach Plowman et al. 2007: 518)

Zur Untersuchung von Pfadverläufen ist vor allem der konvergente Wandel von Interesse, der stets auf Vorhandenem aufbaut. Bezüglich der Geschwindigkeit sind kontinuierlich verlaufende (z.B. umfassende Reformprozesse, vgl. 11.11) bis episodische Veränderungen (z.B. temporäre politische Regime wie die Kostendämpfung, vgl. 11.8) integrierbar. Mit Van de Ven und Poole (1995) können zudem vier Prozesse von Wandel in Organisationen unterschieden werden: zyklische, teleologische, dialektische und evolutionäre Verläufe.

(1) In der Regel gehen Lebenszyklusmodelle (ebd.: 513ff) von einer stetigen Veränderung (*imminent change*) aus, wobei der zyklische Verlauf gewisse Entwicklungen vorhersehbar macht. Ein bekanntes Lebenszyklusmodell aus den Gesundheitswissenschaften ist der

sogenannte *Public Health Action Cycle* zur Programm- oder Organisationsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Dieser enthält die Schritte Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung und Bewertung in einem sich wiederholenden Durchlauf auf jeweils anderem Niveau (Rosenbrock 1995)²⁴. Im hier untersuchten Pfadverlauf würde eine alleinige Anwendung von Lebenszyklusmodellen jedoch zu kurz greifen, da sich die über einen langen Zeitraum gewachsene systemische Komplexität in der Krankenversorgung (vgl. Bereiche im Untersuchungsmodell in Abb. 2, S. 11) nicht über einen einfachen Zirkelschluss darstellen lässt.

(2) Im Gegensatz zu zyklischen Modellen richten sich in teleologischen Modellen die Veränderungen nach einem angenommenen Endzustand aus.

„It is assumed that the entity is purposeful and adaptive; by itself or in interaction with others, the entity constructs an envisioned end state, takes action to reach it, and monitors the progress“ (Van de Ven/Poole 1995: 516).

Und auch wenn der „envisioned end state“ (ebd.) unter Umständen nie erreicht wird, sind teleologische Ansätze dennoch hilfreich, um einen Istzustand von einem zukünftigen Sollzustand unterscheiden zu können. Zum Beispiel kann der Strukturaufbau der hier untersuchten Leistungserbringer im Hinblick auf ein Entwicklungsziel (z.B. Vergrößerung des Marktanteils) eingeordnet werden. Für die Zielerreichung berücksichtigt das Modell (ebd.) Faktoren (*constraints*) wie die vorhandenen Ressourcen der Akteure, das organisationale Umfeld und auch institutionelle Rahmenbedingungen, die einen fördernden oder hemmenden Einfluss ausüben können.

„Some of these constraints are embodied in prerequisites defined by institutions and other actors in the entity's environment. Individuals do not override natural laws or environmental constraints, but they make use of such laws or constraints to accomplish their purposes“ (ebd. in Bezug auf Commons 1950 und Gibson 1988).

²⁴ Als Fallbeispiel einer zyklischen Entwicklung können die von Chreim et al. (2007) untersuchten Veränderungen in den professionellen Rollenbildern bei Krankenhausärztinnen und -ärzten herangezogen werden. Hier griffen drei Prozesse ineinander: Institutionelle Dynamiken wurden von relevanten Akteuren („governing and funding bodies“, ebd.: 1524) in Gang gesetzt, bei denen die multiprofessionelle Zusammenarbeit als neue Verhaltensnorm etabliert wurde. Dies setzte organisationale Dynamiken in Gang, die unter anderem zu einer Neuordnung der Leistungserbringung in der Organisation führten (vgl. Allokation, 4.3.3). Dieser Prozess wiederum führte zu einer Neubewertung des professionellen Selbstverständnisses aufseiten der Ärzteschaft („individual dynamics“, ebd.: 1528).

Vor diesem Hintergrund eignen sich teleologische Ansätze auch zur Erklärung von opportunistischem Verhalten einzelner Akteure oder Akteursgruppen in komplexen Systemen wie der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung.

(3) Mit dialektischen Ansätzen können Prozessverläufe in komplexen Systemen noch umfassender analysiert werden.

„[The] dialectical theory, begins with the Hegelian assumption that the organizational entity exists in a pluralistic world of colliding events, forces, or contradictory values that compete with each other for domination and control. These oppositions may be internal to an organizational entity [...]. Also, oppositions may be external to the organizational entity as it pursues directions that collide with the direction of other organizations. In any case, a dialectical theory requires two or more distinct entities that embody these oppositions to confront and engage one another in conflict“ (Van de Ven/Poole 1995: 517).

Bei dialektischen Ansätzen liegen die Antriebskräfte für den Wandel in der (konflikthafter) Auseinandersetzung zwischen Akteuren in ungleichen Macht- und Herrschaftsbeziehungen (*domination and control*). Der Ansatz eignet sich daher auch, um die Machtgefälle der hier untersuchten Individual- und Kollektivakteure zu untersuchen. Bezüglich der Macht- und Herrschaftsbeziehungen merken Van de Ven und Poole (1995: 517) jedoch an, dass nicht jede Synthese, die in dialektischen Prozessen angestrebt wird, als Win-win-Situation zu deuten ist. Vielmehr muss auch von erzwungenen Befriedungen ausgegangen werden, bei denen Akteure mit guter Ressourcenausstattung konflikthafte Situationen eher zu ihren Gunsten entscheiden²⁵. Ein ebenfalls untersuchungsrelevanter Aspekt von dialektischen Verlaufsmodellen ist, dass die Synthese als „novel construction that departs from both the theses and antithesis“ (ebd.: 517) definiert wird. Dies ist für die Phase IV des hier untersuchten Pfadverlaufs von Interesse, da sich hier unter anderem die Frage stellt, welche vorhandenen Elemente (z.B. professionelle Praktiken) beibehalten werden und welche neuen Elemente hinzutreten (vgl. 2.7).

²⁵ In Giddens' (1984) Strukturierungstheorie ist der Zusammenhang zwischen Macht und Herrschaft bei der Entstehung (organisationaler) Strukturen differenzierter ausgearbeitet: Macht spielt eine zentrale Rolle in der Interaktion zwischen Akteuren, nämlich immer dann, wenn ein Akteur in der Lage ist, kommunikative Prozesse maßgeblich zu bestimmen und Sanktionen zu verhängen. Aus Macht wird aber erst dann Herrschaft, wenn ein Akteur kommunikative Prozesse nicht nur bestimmt, sondern auch Deutungsschemata vorgibt, nach denen wiederum bestimmte Strukturen (z.B. Handlungsmuster wie *mindlines*, vgl. 3.3) gedeutet und verstanden werden (Signifikation). Aus Macht wird außerdem Herrschaft, wenn es einem Akteur oder einer Gruppe von Akteuren gelingt, nicht nur Sanktionen zu verhängen, sondern damit auch Normen zu schaffen, mit denen wiederum gewisse Strukturen legitimiert werden können (vgl. Walgenbach 2006: 411). Wandel und Stabilität werden in Giddens' Modell durch die wechselseitige Konstitution von Macht und Herrschaft erklärt (Rekursivität).

(4) Und schließlich steht bei evolutionären Verlaufsmodellen ein kumulativer Wandel im Mittelpunkt, der über die Mechanismen der Variation, Selektion und Retention angetrieben wird (Van de Ven/Poole 1995: 517ff). Während die Variation vor allem auf die zufällige Entstehung neuer Organisationsformen abstellt (*they just happen*), fußt die Selektion auf einem Wettstreit um begrenzte Ressourcen. Im Gegensatz dazu sorgt die Retention für den Fortbestand erfolgreicher organisationaler Formen und wirkt damit der Variation und Selektion entgegen beziehungsweise geht aus diesen hervor.

Die neuere Netzwerkforschung (vgl. Kim et al. 2006) verwendet evolutionäre Ansätze unter anderem dazu, um Beharrungen auf der Ebene der Zusammenarbeit von Akteuren zu erklären (*network inertia*).

„The specific mechanisms behind network inertia can be explained at multiple levels: how an organization’s internal context (intraorganizational networks), network tie-specific context (interorganizational dyadic ties), network position (interorganizational network position), and external environment (interorganizational field) constrain network change, and how internal and network tie-specific constraints jointly affect network change“ (ebd.: 715).

Dieser Ansatz kann auf die langjährig gewachsenen informellen Vernetzungen in der ambulanten Krankenversorgung angewendet werden (vgl. 2.5.2.1), sodass sowohl deren Entstehung als auch deren Wirkung in evolutionärer Sichtweise betrachtet werden können (vgl. Evolutionsversagen, 2.4).

Die vier Verlaufsmodelle von Wandel bieten unterschiedliche Erklärungsansätze, um den hier untersuchten Pfadverlauf zu rekonstruieren. Vor allem der dialektische Zugang scheint gut geeignet, um einen Pfadverlauf als sozialen und von Macht durchdrungenen Prozess zu begreifen, in dessen Verlauf Einflüsse von unterschiedlichen Ebenen wirksam werden können.

5.2 (Inter-)organisationaler Wandel

In der vorliegenden Arbeit wird der These gefolgt, dass die fragmentierte Leistungserbringung in der Krankenversorgung durch Versorgungsintegration abgelöst werden kann. Dazu ist auch ein Wandel innerhalb von Versorgungsorganisationen und in deren Zusammenarbeit vonnöten. Um einen solchen Wandel untersuchen zu können, haben Denis et al. (1999) ein umfassendes Untersuchungsmodell zur (inter-)organisationalen Integration vorgelegt. Darin werden zunächst zwei gegenläufige Logiken unterschieden, nach denen sich Integration entwickeln kann: Eine auf die Leistungsanbieter ausgerichtete (*provider driven*, vgl. 7.2.3) und eine auf die zu versorgenden Patientenpopulationen ausgerichtete Logik (*population driven*). Die

empirische Basis des Modells bilden Fallstudien aus der stationären und ambulanten Krankenversorgung in Kanada, in denen integrations-kritische organisationale Schnittstellen untersucht wurden. Im Modell wird zwischen einer intra- und interorganisationalen Integration unterschieden, wobei die interorganisationale Integration in eine horizontale, vertikale und systemische Integration ausdifferenziert ist. Diesen verschiedenen Integrationsvarianten werden kritische organisationale Schnittstellen und verschiedene Treiber sowie Mechanismen der Umsetzung von Integration zugeordnet. Die in den jeweiligen Integrationstypen auftretenden Risiken ergänzen das Modell.

	intraorganisationale Integration	interorganisationale Integration:		
		horizontal	vertikal	systemisch
kritische Schnittstellen	interne Grenzen, organisationale Kerneinheiten	externe Grenzen, organisationale Kerneinheiten	externe Grenzen, organisationale Einheiten	organisationale und intersektorale Grenzen
Treiber:				
ökonomische	Budgetbegrenzung, Rationalisierungen	Marktanteile, Skaleneffekte	Kostenreduktion	Reduzierung von Doppelstrukturen
technologische	zunehmende Spezialisierung	Verlagerung stationärer Versorgung	sektorale IT-Vernetzung	intersektorale IT-Vernetzung
ideologische	Aufgaben- und Rollenzuschreibung	Exzellenzzentren	Kunden- bzw. Nutzerorientierung	Patientenorientierung
politische	Regelung prof. Zuständigkeiten	Professionalisierung von Vernetzung	<i>seamless care</i>	Management als Leitprofession
ausgewählte Mechanismen	multiprofessionelle Teams	<i>mergers</i> ²⁶ , geteilte Leistungserbringung, interorgan. Teams	vertikale Integration, abgestimmte Leistungserbringung	interne Märkte, Budgets, Planungsstäbe
Risiken	Standardisierung am Bedarf vorbei, Dominanz professioneller Gruppen	Verlust von <i>tacit knowledge</i> , Bürokratisierung, zu hohe zusätzliche Kosten	Verlust Autonomie, Misstrauen und Vermeidungsstrategien	Kosten, zusätzliche Bürokratisierung, Verlust professioneller Identität

Tabelle 6: Modell der (inter-)organisationalen Integration (nach Denis et al. 1999: 114)

Mit den vier Treibern wird der Umstand berücksichtigt, dass die intra- oder interorganisationale Integration in der Krankenversorgung meist nicht ohne eine Veränderung in den ökonomischen, technologischen, ideologischen und politischen Rahmenbedingungen gelingen kann.

„System integration involves the introduction of some form of coordination device that integrates all organizations within a given geographical area or system of care. The aim is to reorganize

²⁶ Mergers & Acquisitions umfassen verschiedene Aktivitäten im Unternehmensbereich wie zum Beispiel Fusionen, Unternehmenskäufe und -verkäufe oder Beteiligungen (vgl. Müller-Stewens 2010).

activities across all forms of structural boundaries, both horizontal and vertical, in order to create fluid ('seamless') networks of services [...]“ (Denis et al. 1999: 123).

Für die vorliegende Untersuchung bietet das Modell einige hilfreiche Ansatzpunkte, um die Entwicklung von Regulationspraktiken (vgl. Treiber) sowohl hinsichtlich organisationaler und interorganisationaler Entwicklungen als auch in Bezug auf deren Risiken und Outcomes einordnen zu können.

6 System: Raum- und wettbewerbsbezogene Untersuchungsansätze

Nachfolgend werden zwei Ansätze vorgestellt, mit denen der Blick von der Systemebene auf die Leistungserbringer in der (ambulanten) Krankenversorgung möglich ist.

6.1 Versorgungsräume als Möglichkeitsräume

Der Institutionentheoretiker Wendt (2009: 33) schreibt: „Ein klar abgegrenzter Handlungsraum fördert ein kontextspezifisches soziales Verhalten“. In umgekehrter Sicht kann hinzugefügt werden, dass jedes soziale Verhalten einen Handlungsraum benötigt, in dem es sich mehr oder weniger konfliktfrei entfalten kann. Außerhalb dieses Raumes wäre es nicht nur schwer zu verstehen, beziehungsweise schwer anschlussfähig, sondern bliebe höchstwahrscheinlich wirkungslos. Im Anschluss an die in Kapitel 4 operationalisierten Praktiken bedeutet das, dass Praktiken kontextgebunden entstehen und innerhalb dieser Kontexte ihre Wirkung entfalten (vgl. Geiger/Koch 2008). Dementsprechend wären auch Praktikergemeinschaften „in one sense local and situated“ (Cox 2005: 532). Im Anschluss an eine gesundheitsgeographische Definition von Raum heißt das, dass Räume durch Funktionen, Rollen und Bedeutung der handelnden Akteure definiert werden (vgl. Fleuret 2011; Williams/Sullivan 2009). Giddens (1984: 207, zit. nach Moon 1990: 169) spricht in einem ähnlichen Zusammenhang auch von *locale* und meint damit einen Raum, der als Kontext für (routinierte) Interaktionen zwischen Akteuren dient. Bis hierher können Versorgungsräume als aktiv hergestellte Kontexte definiert werden, in denen sich ein kontextspezifisches Verhalten relational entwickeln. Wenn dem so ist, dann könnte der Versorgungsraum aber auch Einfluss auf die Entstehung (oder Brechung) von Pfaden haben, wie den der hier untersuchten Regulationspraktiken. Denn wie unter 2.5.4 bereits dargestellt, kann eine lokale Konfiguration von Akteuren die Entstehung von Pfadabhängigkeit begünstigen. Über lokal gewachsenes Sozialkapital und lokale Traditionen des Austauschs zwischen ortsansässigen Akteuren bilden sich *local trajectories* (Martin/Sunley 2006: 409).

Daher kann auch in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung von der Existenz lokaler Versorgungstrajektorien ausgegangen werden. Neben dieser handlungsorientierten Sicht (vgl. *Action Realm*, 8.1), sind Versorgungsräume immer auch Möglichkeitsräume (Rosoq 2013: 10ff). In diesen finden die Leistungserbringer unterschiedliche Freiheitsgrade für ihre Zusammenarbeit vor (*Institutional Realm*). Diese Freiheitsgrade werden unter anderem durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen (z.B. SGB V) und einflussreiche Akteure, wie zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt. Denn vor allem letztere haben Einfluss auf die „Honorarverteilung, wirtschaftliche Leistungserbringung, Kontrollfunktionen in Bezug auf die qualitative Leistungsüberwachung und [...] Sicherstellung der ambulanten Versorgung“ (Rosoq 2013: 11). Vor diesem Hintergrund kann der Möglichkeitsraum in die Dimensionen Kommunikation, Koordination und Kooperation aufgeteilt werden.

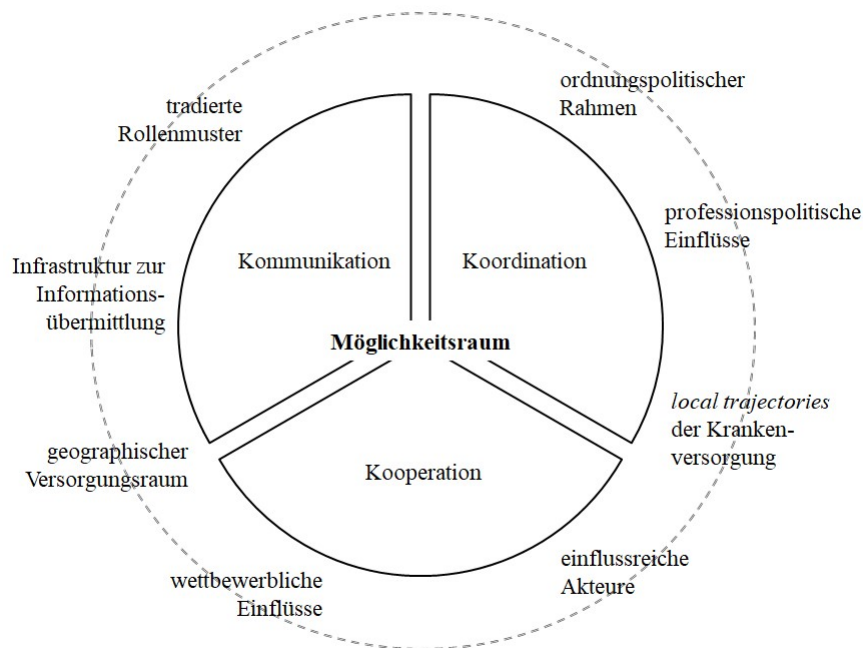


Abb. 10: Möglichkeitsraum mit ausgewählten Einflüssen (eigene Darstellung i.A.a. Rosoq 2013)

Die Dimension Kommunikation umfasst zum Beispiel die Frage, wie die Leistungserbringer den zur Versorgung notwendigen Informations- und Datenaustausch abwickeln. Setzen sie gemäß tradierter Rollenmuster eher auf die herkömmlichen Wege (z.B. Arztbrief, Konsil) oder gelingt es ihnen, neue Wege einzuschlagen? Im Hinblick auf die Ärztenetzwerke bezieht sich Kommunikation auch auf die dafür aufgebauten Kommunikationsstrukturen (vgl. elektronische Patientenakte), aber auch auf die Kommunikation mit externen Akteuren (z.B. andere Leistungserbringer). In der Dimension Koordination steht unter anderem die Frage im

Mittelpunkt, wie die Zusammenarbeit über disziplinäre, professionelle und/oder organisationale Grenzen in einem Versorgungsraum organisiert werden kann. Dabei können auch Themen wie die Delegation oder Substitution von Versorgungsleistungen eine Rolle spielen (vgl. 10.5.3). In der Dimension Kooperation geht zum Beispiel um die Frage, inwieweit die Leistungserbringung in ein Versorgungsmodell überführt werden kann, das der demographischen und epidemiologischen Situation eines Versorgungsraums gerecht werden kann.

6.2 Märkte und Wettbewerb in der Krankenversorgung

In Deutschland werden Versorgungsleistungen im Rahmen verfassungsrechtlich geschützter Vorgaben erbracht²⁷. Die Vorgaben beziehen sich unter anderem auf den Zugang, den Umfang und die Qualitätsmerkmale der zu erbringenden Leistungen und haben daher einen eher restriktiven Einfluss auf die Entstehung von Märkten und Wettbewerb im Gesundheitswesen (vgl. These des Marktversagens, 2.4). Trotzdem haben sich in der Krankenversorgung, zumindest in einem gewissen Umfang, verschiedene Märkte und wettbewerbsähnliche Mechanismen ausgebildet. Dazu zählen ein sogenannter Behandlungsmarkt, der sich durch einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auszeichnet, ein Leistungsmarkt, mit einem Wettbewerb um Versorgungsverträge zwischen Leistungserbringern und Leistungsfinanzieren und ein Versicherungsmarkt der Krankenversicherungen im Wettbewerb um Patienten (Breyer et al. 2013; Cassel et al. 2008).

²⁷ Der Sachverständigenrat (SVR 2005: 53, Hervorhebungen im Original) definiert folgende Vorgaben, die im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingehalten werden müssen: „[...] a) die Sicherstellung einer hochwertigen flächendeckenden Versorgung, b) die Sicherung des Zugangs zu dieser Versorgung unabhängig von Einkommen oder sozialem Stand, c) die bedarfsgerechte Zulassung zur Leistungserbringung, d) die Fortschreibung des Leistungskataloges, d.h. die Prüfung und Zulassung neuer und die Eliminierung obsoleter Behandlungsverfahren, e) die Formulierung von möglichst hohen Mindeststandards für Qualität und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, f) der Erhalt von Wahlmöglichkeiten der Versicherten, g) die Festlegung von generellen, möglichst qualitätsorientierten Vergütungssystemen, d.h. solchen, die gelten, wenn keine Einzelverträge zustande kommen, sowie h) die Festlegung von Mindestanforderungen an die Dokumentation“ (vgl. 10).

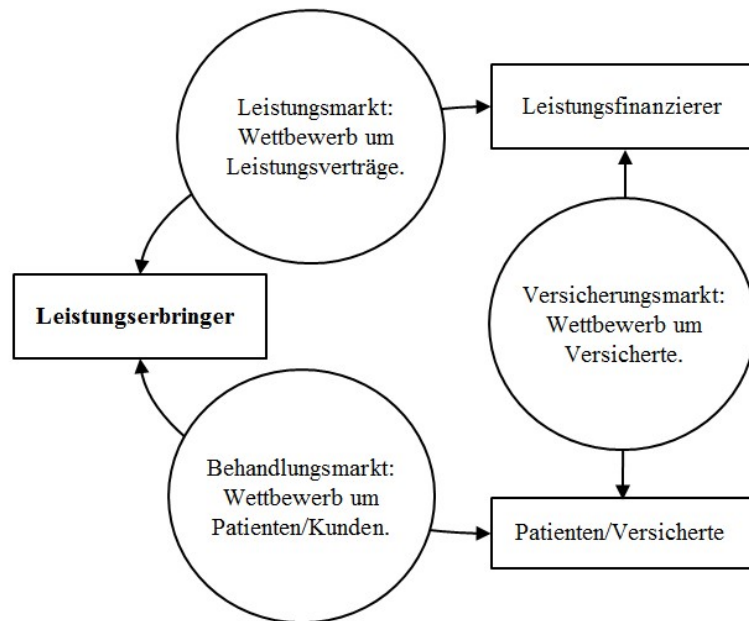


Abb. 11: Märkte und Wettbewerb in der Krankenversorgung (eigene Darstellung i.A.a. Cassel et al. 2008: 37)

Aus Sicht der hier untersuchten Leistungserbringer sind vor allem der Leistungsmarkt, mit den Versuchen einer Etablierung von Wettbewerb um eine effizientere Versorgung und der Behandlungsmarkt, mit wettbewerblichen Ansätzen zur Steigerung der Versorgungsqualität von Bedeutung.

So argumentiert auch der Sachverständigenrat (2012: 138): „Ein funktionierender (Qualitäts-)Wettbewerb ist daher Voraussetzung für die Behebung von Schnittstellenproblemen. Zugleich kann dem Schnittstellenmanagement ein strategisches Differenzierungspotenzial im Wettbewerbsfeld jenseits des kollektiven Leistungsbereichs zugeordnet werden, so beispielsweise bei denjenigen Leistungserbringern, die im Rahmen integrierter Versorgungsformen um selektive Verträge mit Kostenträgern konkurrieren. Ein funktionierendes Schnittstellenmanagement zwischen den an einer Versorgungskette beteiligten Leistungserbringern unterstützt deren Aufbau einer ‚unique selling position‘ und dient einer vorteilhaften Positionierung gegenüber weniger gut organisierten Konkurrenten“.

Ob ein „sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb“ (SVR 2012: 178) die Leistungserbringer dazu veranlasst, ihr Schnittstellenmanagement zu verbessern beantwortet der SVR jedoch nicht. Zudem verweisen Studien, in denen Leistungserbringer die Attraktivität integrierter Versorgungsformen bewerten sollen, darauf hin, dass intrinsische Motivatoren, wie zum Beispiel die Konzentration auf Kernkompetenzen und ein verbesserter fachlicher Austausch, zu Veränderung im Schnittstellenmanagement führen (vgl. Hänel/Herrman 2012; Krczal 2017). Doch trotz des begrenzten Einflusses von Wettbewerb

auf die (Re-)Organisation der Zusammenarbeit, kann das obige Modell der drei Märkte und Wettbewerbsmechanismen dazu dienen, eingeleitete Reformen zur Vergütung und Erbringung von Leistungen differenzierter darzustellen.

6.3 Bandwagon-Effekte

Mit den sogenannten Bandwagon-Effekten steht ein Erklärungsansatz relationalen Verhaltens, zunächst reproduzierender Perspektive, im Mittelpunkt, die als Treiber von Standardisierungsprozessen im hier untersuchten Netzwerk 2 von Bedeutung sind (vgl. 16.3.4). Bandwagon-Effekte nennt die Marketingforschung das Phänomen, dass sich Konsumenten an den Kaufentscheidungen der Mehrheit der aus ihrer Sicht relevanten Akteure in ihrer Umwelt orientieren. Das macht das Kaufverhalten in einem gewissen Rahmen vorhersehbar und damit beeinflussbar (Fuglsang/Eide 2012: 419). Die Marketing-Forschung erklärt mit Bandwagon-Effekten auch die Vermeidung vermeintlicher Nachteile bei Kaufentscheidungen. Aus Sicht der neo-institutionalistischen Organisationstheorie, die unter anderem organisationale Einflüsse auf Individuen zum Gegenstand hat, beschreiben Bandwagon-Effekte „isomorphic pressures“ (ebd.), die auf individuelle Organisationsmitglieder wirken und diese eher gleichbleibend-reproduzierend handeln und interagieren lässt. Neben der reproduzierenden Perspektive, können Bandwagon-Effekte auch zur Erklärung gegenteiliger Effekte herangezogen werden, zum Beispiel bei der Entwicklung neuer organisationaler Strukturen. Dies zeigen Fuglsang und Eide (2012) am Beispiel von zwei ländlichen Netzwerken in der Tourismusbranche, in denen Bandwagon-Effekte maßgeblich zur Zusammenarbeit von ganz unterschiedlichen Angebotserbringern beitrugen, um gemeinsam attraktive Angebote für Touristen zu schaffen. Die Akteure begannen mit für sie noch unbekanntem Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten („network formation across organizational boundaries“, ebd.: 419). Damit aber Bandwagon-Effekte zur Erklärung dieser interorganisationalen Vernetzung herangezogen werden können, müssen laut der Autoren (ebd.: 419f) drei Mechanismen in Gang kommen: (1) Den Akteuren muss es gemeinsam gelingen, ein für sie relevantes Handlungsfeld räumlich und inhaltlich zu definieren (*labeling*). Zur Schaffung eines solchen Handlungsfeldes sind anschlussfähige Praktiken vonnöten, die über das von Fujimura (1988: 261) beschriebene Phänomen des *scientific bandwagon* in Angriff genommen werden können:

„A scientific bandwagon exists when large numbers of people, laboratories, and organizations commit their resources to one approach to a problem. A package of theory and technology is a

clearly defined set of conventions for action that helps reduce reliance on discretion and trial-and-error procedures“.

(2) In den beiden Fallbeispielen von Fuglsang und Eide (2012: 421ff) schafften sich die Akteure in gewisser Weise eine neue Umwelt. Aus individueller Perspektive der Akteure muss diese jedoch auch dauerhaft als vorteilhaft betrachtet werden. (3) Die Akteure professionalisieren ihre Zusammenarbeit zusehends. Dabei spielte auch Standardisierung der Zusammenarbeit eine Rolle, nicht zuletzt, um interorganisationale Anschlussmöglichkeiten für Praktiken zu schaffen.

7 System: Institutionentheoretische Untersuchungsansätze

Im Allgemeinen können Institutionen als Regelsysteme definiert werden, die bestimmte Normen und Glaubenssätze beinhalten, welche von Akteuren als gegeben hingenommen werden (vgl. Garud et al. 2007). Entsprechend umfassend fällt auch die Definition institutioneller Logiken aus, in der das Handeln von Akteuren wie folgt umschrieben wird:

„[...] socially constructed, historical patterns of cultural symbols and material practices, including assumptions, values, and beliefs, by which individuals and organizations provide meaning to their daily activity, organize time and space, and reproduce their lives and experiences“ (Thornton et al. 2012, zit. nach Aulenbacher 2014: 2).

Dementsprechend werden auch die hier untersuchten Leistungserbringer von vielfältigen institutionellen Strömungen beeinflusst, die von verschiedenen Seiten an sie herangetragen werden: „[...], including the state, professions, interest groups, and the general public, impose a variety of laws, regulations, and expectations on the organization“ (Oliver 1991: 162). Um in einer solch komplexen Gemengelage den Wandel von Institutionen im Hinblick auf das Handeln von Akteuren untersuchen zu können, entwickelten Hargrave und Van de Ven (2006) ein Modell, das die Reproduktion (*reproduction*) und Veränderung (*construction*) eines institutionellen Gefüges aus Sicht einzelner Akteure (*single actor*) oder Akteursgruppen (*multiple actor*) ermöglicht. Dabei stützen sich die Autoren auf Erkenntnisse aus dem *technology innovation management* und der Untersuchung von *social movements*²⁸.

²⁸ In den Politikwissenschaften umfasst der Begriff *social movements* eine Vielfalt von Ansätzen, Strategien und Akteuren, die zumeist Ermächtigungsprozesse (*empowerment*) beschreiben, die von (Bevölkerungs-)Gruppen gegenüber sie benachteiligenden Verhalten oder Verhältnissen vorangetrieben werden (Della Porta/Diani 2015).

		<i>mode of change</i>	
		<i>reproduction</i>	<i>construction</i>
<i>focus</i>	<i>multiple actor</i>	1. <i>institutional diffusion</i>	3. <i>collective action</i>
	<i>single actor</i>	2. <i>institutional adaption</i>	4. <i>institutional design</i>

Tabelle 7: Varianten institutionellen Wandels (nach Hargrave/Van de Ven 2006: 881)

Das Modell umfasst vier *modes of change*: (1) Bei Akteursgruppen und in reproduzierender Sicht steht bei der *institutional diffusion* die Frage im Mittelpunkt, wie sich institutionelle Muster in einer Population von Organisationen (organisationalem Feld) ausbreiten und verstetigen können²⁹. Einer der Antriebsmechanismen der *institutional diffusion* ist die Konkurrenz um begrenzte Ressourcen, zu denen sich die Akteure mithilfe institutionenkonformer und handlungs-legitimierender Praktiken Zugang verschaffen. (2) Mithilfe der *institutional adaption* kann die Anpassungsfähigkeit einzelner Akteure an institutionelle Muster beschrieben werden. Wobei die weiter oben beschriebenen Bandwagon-Effekte (vgl. 6.3) zu den hier relevanten Antriebsmechanismen gehören. (3) Auf der Modellseite, die den Wandel institutioneller Arrangements beschreibt, zielt *collective action* auf die Frage, wie es Akteuren gelingen kann, institutionelle Arrangements zu verändern oder neue zu schaffen. Zu relevanten Antriebsmechanismen für *collective action* zählen unter anderem ein Problembewusstsein über die mangelnde Leistungsfähigkeit gewisser institutioneller Arrangements (ein Wissen, das zum Beispiel in pfadabhängigen Prozessen nicht ohne Weiteres zur Verfügung steht, vgl. 2.5.2.3) und der Wille, die Leistungsfähigkeit zu verändern. (4) Beim *institutional design* steht die Frage im Mittelpunkt, welche Praktiken individuelle Akteure absichtsvoll und/oder strategisch entwickeln, um institutionelle Veränderungsprozesse einzuleiten.

In der ambulanten Krankenversorgung können sich solche Veränderungen zum Beispiel in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern niederschlagen (vgl. Delegation, 10.5.2f). Werden diese Praktiken von weiteren Akteuren aufgegriffen, können sie wieder als *collective action* eine größere Reichweite erlangen, bis hin zu Veränderungen auf der Ebene des organisationalen Feldes, beispielweise hinsichtlich der Überwindung von Sektorengrenzen (vgl. 16.3.7).

²⁹ In der ambulanten Krankenversorgung können zum Beispiel Versorgungsregionen als organisationale Felder konzeptualisiert werden.

7.1 Institutionelle Logiken

In komplexen Systemen wie der Krankenversorgung können sich sogenannte institutionelle Logiken über Interaktionen zwischen Kollektiv- und Individualakteuren (vgl. 10.3f) in wechselseitiger Beeinflussung bilden. Dabei obliegt den Kollektivakteuren die Schaffung von „governance structures“, in denen sich „dominant logics“ entwickeln und durchsetzen können (Scott et al. 2000: 174). Innerhalb dieser *governance structures* werden logikkonform handelnde Akteure mit Handlungslegitimität ausgestattet und tendieren dazu, ebenso logikkonforme Praktiken zu entwickeln, die Reay und Hinings (2005: 352) auch als „associated practices“ beschreiben. Jedoch können auch Praktiken entstehen, die von der vorherrschenden institutionellen Logik abweichen. Zum Beispiel durch eine zielgerichtete Einflussnahme seitens einer Akteursgruppe. Dies zeigt ein Beispiel aus der Augenheilkunde.

„For instance, optometrists who actively lobbied to change prescription laws and created compelling knowledge claims about their training to the legislature were able to expand their task jurisdiction into ophthalmologists’ territory [...]“ (Bechky 2011: 1159 in Bezug auf Begun/Lippincott 1987).

Durch die Ausdehnung ihrer Zuständigkeit auf den Bereich der medikamentösen Versorgung, nahmen die Optikerinnen und Optiker unter anderem Einfluss auf die Verschreibungspraktiken in ihrem Versorgungsbereich. Demgegenüber können sich institutionelle Logiken aber auch dadurch verändern, dass gewisse Praktiken nicht einfach reproduziert, sondern situativ weiterentwickelt werden (vgl. 4.2). Dies zeigen Adler und Known (2013) unter Rückgriff auf Scott (2008) am Beispiel von medizinischen Behandlungspfaden, in denen sich vier Typen von Praktiken entwickelten, die wiederum Einfluss auf die institutionelle Logik in den dazugehörigen Leistungsbereichen nahmen.

„Scott (2008) identifies four types of carriers that can transmit institutional change – symbolic systems, relational systems, routines, and artefacts. All four types of carriers are implicated in the transformation of medicine, but guidelines are particularly potent. They act as ‘disease vectors’, transmitting the institutional mutation into new settings via the associated changes in regulative regimes, in normative models of doctors’ duties, and in cultural–cognitive scripts for how doctors perform those duties“ (Adler/Kwon 2013: 3).

Solche Praktiken sind a) symbolisch, weil sie auf die Nutzung von „common schemas, frames, and other shared symbolic representations that guide behavior“ (Scott 2008: 222) zurückgreifen. Sie sind b) relational, weil sie die Interaktion von mindestens zwei Akteuren

koordinieren können. Zudem können sie c) routiniertes Handeln fördern. Wie das Beispiel der Behandlungspfade zeigt, wird dazu ein gewisser Handlungskorridor mit Anschlussmöglichkeiten beschritten. Und schließlich sind solche Praktiken als d) künstlich geschaffene Gebilde grundsätzlich offen für Modifikationen (vgl. *boundary objects* wie Artefakte, die zudem grenzgängig sind, 4.3.2). Mit den vier Typen von Praktiken können die Akteure eine „logic of confidence and good faith“ etablieren. Und zwar sowohl als „internal participants“ innerhalb eines Systems (z.B. eines Versorgungsnetzwerks), als auch im Hinblick auf angrenzende Akteure, die sogenannten „external constituents“ (Meyer/Rowan 1977: 357f). Aus Sicht der Pfadtheorie können solche Institutionen erschaffende Praktiken auch als „carriers of history“ (David 1994, zit. nach Sydow et al. 2009: 692) beschrieben werden.

7.2 Professionelle Logiken

Für die vorliegende Untersuchung sind drei Berufsgruppen von besonderem Interesse: die Ärzteschaft, die Krankenpflege und das Management, das im Zuge der besonderen Versorgungsformen (vgl. 1.1) an Bedeutung gewinnt. Diese drei Berufsgruppen sind durch spezifische professionelle Logiken gekennzeichnet.

7.2.1 Ärzteschaft

Mittels ihrer berufsständische Organisationen wie Ärztekammern oder Fachgesellschaften, durch die Mitgliedschaft in den Organen der Selbstverwaltung (vgl. 10.3.1ff) und aufgrund ihrer Schlüsselposition in der Leistungserbringung (vgl. Anweisungsmonopol, 10.5.1) ist die ärztliche Profession nicht nur tief mit den Strukturen der Krankenversorgung verwoben, sondern repräsentiert diese vielfach auch (vgl. Göckenjan 1985). Reay und Hinings (2005: 363) sprechen in diesem Zusammenhang auch von der „dominant logic of medical professionalism“. Dieser medizinische Professionalismus ist historisch gewachsen (vgl. 13.1). In dessen Kontext haben sich zum Beispiel Praktiken wie das *gatekeeping* entwickelt, bei dem allein die ärztliche Profession darüber entscheidet, welche Leistungserbringer an der Versorgung teilhaben können (Reay/Hinings 2005: 358). Aufgrund der *dominant logic of medical professionalism* befindet sich die ärztliche Profession in der komfortablen Situation, die für sie nachteiligen Reformen umzudeuten oder zu umgehen. Denis et al. (1999) zeigen dies in einer Fallstudie, in der sich Krankenhausärztinnen und -ärzte organisationalen Reformen zum Ausbau der interprofessioneller Zusammenarbeit erfolgreich widersetzen.

„In these cases, there was an obvious decoupling between the institutional discourse that led to the adoption of the quality management approaches and the way in which they were implemented, ensuring preservation of the status quo“ (ebd.: 116 in Bezug auf Meyer/Rowan 1977). „[T]hey [medical profession] responded to pressures for change by developing their own emergent modes of operation that protected their interest but that were decoupled from management intentions“ (ebd.: 122).

Wobei sich hier die Frage anschließt, welche Entwicklungen zu einer tatsächlichen Änderung professioneller Logiken aufseiten der Ärzteschaft hätte führen können. Dazu müssen offenbar verschiedene Faktoren zusammenkommen. Diese zeigen Chreim et al. (2007: 1534) ebenfalls am Beispiel von Krankenhausärztinnen und -ärzten (vgl. 5.1). Zu den Faktoren gehören ein umfassender institutioneller Wandel (Makroebene), der die materielle Ressourcenausstattung und die Legitimation gewisser Praktiken („patterns of action and interactions“, ebd.: 1523) in Frage stellt. Gefolgt von einem organisationalen Wandel (Mikroebene), in dessen Verlauf sich Handlungsvollzüge in der interprofessionellen Zusammenarbeit verändern, unter anderem durch ein "establishment of team structures and mechanisms“ (ebd.). Zusammenfassend stellen die Autoren (ebd.: 1524 in Bezug auf Scott et al. 2000) fest:

„These role identity changes were significant because they entailed new behaviors and logics (ends-means chains and justifications) that motivated and legitimated behaviors, and new interactions and relations among actors“.

Wie umfangreich diese institutionellen Einflüsse jedoch sein müssen, damit sie zu nachhaltigen Änderungen in der Mikrofundierung der professionellen Praktiken (*scripts*, vgl. 4.2) aufseiten der Ärzteschaft führen, lassen die Autoren (ebd.) jedoch unbeantwortet. In der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung können sich solche Entwicklungen in verschiedenen Varianten der Zusammenarbeit (Anweisungsbeziehungen, Delegation, Substitution) niederschlagen, die unter 10.5. dargestellt werden.

7.2.2 Krankenpflege

Im Hinblick auf die Entwicklung der hier untersuchten Regulationspraktiken sind bei den pflegenden Gesundheitsprofessionen zwei Prozesse relevant: Der schon länger anhaltende Professionalisierungsprozess und die sukzessive Ausweitung pflegerischer Tätigkeiten und Zuständigkeiten.

Im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen (z.B. den therapeutischen Berufen) setzte der Professionalisierungsprozess in der Krankenpflege vergleichsweise früh

ein. Bereits zu Lebzeiten Florence Nightingales (1820-1910), einer Begründerin der modernen Krankenpflege in Großbritannien, erhob die pflegende Profession einen eigenständigen Geltungsanspruch in Bezug auf ihre sich weiterentwickelnden Verfahren und Methoden³⁰. Gegenwärtig ist die Akademisierung in der Krankenpflege hervorzuheben, deren Entwicklung unter dem Begriff *evidence-based nursing* zusammengefasst werden kann (vgl. Behrens/Langer 2004). Der wesentliche Unterschied zur akademisierten und sich zusehends spezialisierenden Medizin besteht darin, dass die Krankenpflege zwar auch über hoch differenzierte und standardisierte Verfahren der Wissensgenerierung und der Qualitätssicherung verfügt, diese jedoch im Rahmen eines weitaus umfassenderen Versorgungsansatzes auf den zu pflegenden Menschen anwendet. Zum professionellen Selbstverständnis gehören zum Beispiel Elemente aus den Bereichen Körperpflege, medizinische Behandlung, Mobilität, Wohnen und soziale Arbeit (Bartholomeyczik 2004)³¹. Zu den relevanten Entwicklungen, mit denen an die Ausweitung der pflegerischen Tätigkeiten angeschlossen wird, zählen das Case- und Care-Management (Behrens/Langer 2004; Gissel-Palkovich 2012). Beide Ansätze sind zudem für die interprofessionelle und auch interorganisationale Zusammenarbeit von Bedeutung.

Das Case-Management kann allgemein als ein „Handlungskonzept für komplexe Fallsituationen mit hoher Akteursdichte“ (Gissel-Palkovich 2010: 4) beschrieben werden. Es findet auf zwei Ebenen mit jeweils unterschiedlichen Tätigkeiten statt. Zur Ebene des Fallmanagements gehört die Fallberatung (z.B. Information, Analyse der vorhandenen Ressourcen auf Patientenseite), die Fallsteuerung (z.B. Qualitätsmanagement, Prozesssteuerung) und die Netzwerkarbeit (z.B. Analyse und Erschließung umweltbezogener Ressourcen, Fallbezogenes Netzwerkmanagement). Zur Ebene des Systemmanagements gehören unter anderem der Aufbau und die Gewährleistung von sogenannten Case-Management-Strukturen, die meist mit Netzwerkbildung einhergehen und entsprechende

³⁰ Quelle: Pflegewiki.de/wiki/Florence_Nightingale (06/2019).

³¹ Entsprechend kritisch wird auch vonseiten der Pflegewissenschaften die im SGB V und anderen Gesetzestexten vorgenommene Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege gesehen, die die Finanzierung einer umfassenden Pflege erschwert. Die Behandlungspflege umfasst „[...] ausschließlich medizinische Leistungen, die von examinierten Pflegekräften bei einem pflegebedürftigen Patienten zu Hause oder in einer stationären Einrichtung [...] durchgeführt werden und zwar auf der Basis einer ärztlichen Verordnung“ (Pflege.de „Behandlungspflege: Medizinische Versorgung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege“, tinyurl.com/y9ofxud4, 02/2019). Hingegen umfasst die Grundpflege Leistungen aus den Aktivitäten des täglichen Lebens, unter anderem Körperpflege, Mobilität oder Wohnen (vgl. Pflegewiki.de, 06/2019). Professionspolitisch „[...] gefährlich ist diese zu kurz greifende Definition [Behandlungspflege], weil [...] eben nur diese Ausschnitte finanziert werden, und für Weitergehendes keine Zeit bleibt. [D]ass dieser reduktionistische Begriff [der Pflege] manchen Interessengruppen gelegen kommt, die eine Professionalisierung [und Aufgabenausweitung] der Pflegeberufe als störend empfinden und lieber auf Pflegepersonen zurückgreifen, die pflegerisches Handeln als – liebevolles – Handwerk zur Kompensation bei körperlicher Beeinträchtigung ansehen“ (Bartholomeyczik 2004: 12) ist zu kritisieren.

Steuerungskompetenzen verlangen (z.B. regionale Trägervernetzungen oder fallübergreifende Angebotsplanungen) (ebd.: 4ff). Hierbei unterscheidet Gissel-Palkovich (ebd.: 11) verschiedene Reifemodelle des Care-Managements. Als a) Ergänzungsmodell zur Regelversorgung, als b) Fallmanagementmodell, mit etablierten Tätigkeiten in der Beratung, Steuerung und Netzwerkarbeit, und als c) Regelkonzept, bei dem das Case-Management für die Zusammenarbeit von Leistungserbringern maßgeblich ist. Beim letzten Reifegrad übernimmt das Case-Management Aufgaben aus dem Bereich des Netzwerkmanagements (vgl. 4.3.3).

Hingegen zielt das Care-Management auf die Schaffung und die Gewährleistung eines „grundlegenden Versorgungssystems“ durch „fallunspezifische Planungs- und Steuerungsprozesse“ (ebd.: 8). In systemischer Sicht reicht das Care-Management also weit über die in einem Einzelfall notwendige Vernetzungsarbeit des Case-Managements hinaus.

Sowohl das Case- als auch das Care-Management können zu Veränderungen in den professionellen Logiken führen, die zu Veränderungen der professionellen Selbst- und Fremdwahrnehmung beitragen. In der ambulanten Krankenversorgung zeigen dies Reay et al. (2006) am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen *nurse practitioners* (NP)³² und weiteren Leistungserbringern in der Provinz Alberta (Kanada).

„NPs and their managers collectively and continually worked to cultivate opportunities to legitimize the NP role. In accomplishing this microprocess, these actors acted as political entrepreneurs [...] who tapped not only their understanding of political dynamics within various settings, but also their experience-based knowledge of health care settings, prior social networks, current interactions with work colleagues, and emerging relationships with the community“ (ebd.: 986)³³.

Die neue Rolle der NP sollte zudem in das vorhandene Versorgungssystem eingepasst werden.

„They did this by classifying the role as nursing, incorporating the NP job description into human resources (HR) systems, and removing system barriers to the best of their abilities“ (ebd.).

³² In der ambulanten Krankenversorgung, insbesondere in der Versorgung chronisch kranker Menschen, zählen *nurse practitioners* zu den integralen Bausteinen interprofessioneller Versorgungsteams (Wagener 2000). Die englischsprachige Ausgabe der Online-Enzyklopädie Wikipedia beschreibt „nurse practitioner (NP) [as] an advanced practice registered nurse (APRN) who has completed advanced coursework and clinical education beyond that required of the generalist registered nurse (RN) role“ (en.wikipedia.org/wiki/Nurse_practitioner, 12/2019).

³³ Zur Definition des politischen Entrepreneurships beziehen sich Reay et al. (2006) auf Buchanan und Badham (1999). In deren Sinne sprechen sie von politischem Entrepreneurship als aktiver Einflussnahme auf relevante institutionelle Rahmenbedingungen.

Das Beispiel zeigt, dass kooperativ erarbeitete Veränderungen in professionellen Rollen- und Aufgabenzuschreibungen den relevanten institutionellen Rahmen verändern können.

„These new practices [role classification] are tried out in a few locations and then gain more widespread acceptance (legitimization). People who adopt the new practices acknowledge they are “doing things the new way” but assert that they believe it is right“ (ebd.: 978).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das professionelle Selbstverständnis (und Fremdverständnis) in der Krankenpflege im Wandel befindet, was auch für die Entwicklung der hier untersuchten Regulationspraktiken in den beiden Ärztenetzwerken von Interesse ist.

7.2.3 Management

Auch das für die Leistungserbringung notwendige Management ist von einem Wandel gekennzeichnet. Im Gegensatz zur traditionellen Krankenversorgung, die eher nach einer *provider driven logic* ausgerichtet ist, relativierte sich in der *era of managerial control and market mechanisms* (Scott et al. 2000) der Einfluss bislang dominanter Akteure. Neue Zielsetzungen gewannen an Wichtigkeit, die auch unter dem Stichwort „triple aim“ diskutiert werden.

„Triple Aim [...] represents the shift from [a] volume to value, which demands that health care leadership at every level of care delivery organizations focus on [b] improving the experience and outcomes of care provided and [c] reducing the cost of care for the populations they serve“ (Swensen et al. 2013: 4, vgl. Porter/Guth 2012).

Ausgehend von den unter 4.3.3 beschriebenen Managementpraktiken (*boundary spanning leadership*) sind im Kontext von *triple aim* weitere Managementkompetenzen vonnöten, um *seamless teams* und *seamless care* (Swensen et al. 2013) zu verwirklichen. Zu den zentralen Aufgaben des Managements gehören nach Hessinger (2009) die Harmonisierung divergierender Logiken. Dazu zählt die (1) interpersonelle Logik, die bei der interdisziplinären und/oder interprofessionellen Herstellung spezialisierter Produkte, wie zum Beispiel einer Krankenbehandlung, zum Tragen kommt. Mit Blick auf die entstehenden Kosten im Rahmen von *triple aim* wäre zudem eine (2) einfache Marktlogik zu etablieren. Dieser können die Leistungserbringer zum Beispiel dadurch folgen, indem sie ihre Zusammenarbeit auf der Basis anschlussfähiger Standards organisieren (vgl. Leitfäden), unter anderem um Kosten zu reduzieren. Und schließlich kann das Management auch aufgefordert

sein, eine (3) industrielle Marktlogik zu etablieren, bei der durch die Reorganisation der Zusammenarbeit Skalenvorteile erzielt werden können (z.B. schnellerer Patientendurchlauf). Im Hinblick auf die hier untersuchten Regulationspraktiken obliegt es dem Management die „adherence to a traditional role template[s]“ aufseiten der Leistungserbringer zu überwinden und eine Anpassung an „emerging role template[s]“ (Chreim et al. 2007: 1526) zu ermöglichen.

Teil III – Methodik

Im Methodenteil wird zunächst das für diese Arbeit entwickelte Untersuchungsmodell vorgestellt, über dessen Bereiche Struktur und Handeln (*Action Realm*) sowie System und Dynamik (*Institutional Realm*) verschiedene Perspektiven auf die Entwicklung von Regulationspraktiken möglich sind. Über die Zusammenfassung der Bereiche Struktur und Handeln in der *Action Realm* kann der hauptsächliche Untersuchungsgegenstand der Regulationspraktiken erfasst werden. Die in der *Institutional Realm* zusammengefassten Bereiche System und Dynamik dienen der Untersuchung der für die Entwicklung von Regulationspraktiken relevanten institutionellen Kontexte und den spezifischen Dynamiken im hier untersuchten Feld. Anschließend wird der Untersuchungsverlauf erläutert, von der Datenauswahl über die Datenanalyse bis zur Ergebnisdarstellung.

8 Untersuchungsmodell

Die soziologische Systemtheorie definiert moderne Gesellschaften als komplex ineinander verschachtelte, sich überlagernde und miteinander verwobene Handlungssysteme mit hoher Kommunikationsdichte und wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen sogenannten Teilsystemen, respektive den darin handelnden Akteuren (vgl. Mayntz 1997: 18). Die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung ist ein solches gesellschaftliches Teilsystem. Sie weist eine hohe strukturelle und funktionale Komplexität auf. Relevante Akteure sind auf Bundes- und Landesebene sowie regional und lokal verortet. Sie nehmen als Kollektiv- und Individualakteure Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung und die Leistungserbringung (vgl. Nagel 2007; Wendt 2009). Dabei folgen sie „unterschiedlichen Interessen, Problemwahrnehmungsmustern und Handlungslogiken“ (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 22). Um in einem solch komplexen System pfadabhängige beziehungsweise pfadbrechende Entwicklungen zu untersuchen, braucht es ein Modell, das in der Lage ist:

„[...] gleichzeitig und gleichgewichtig Struktur und Dynamik, Handeln und System miteinander zu verknüpfen [und zwar auf eine solche Weise,] dass die dynamischen Konsequenzen von Strukturen über das Handeln von Individuen, die Rückwirkung dynamischer Vorgänge auf Strukturen über die Systemeffekte individuellen Handelns [untersucht werden können]“ (Mayntz 1997: 28).

Etwas einfacher formuliert braucht es ein zirkuläres Modell, mit dem das dynamische Wechselspiel zwischen Strukturen und Handeln unter Berücksichtigung systemischer Einflüsse erfasst werden kann.

8.1 *Institutional Realm* und *Action Realm*

Um die Entwicklung von Regulationspraktiken im Wechselspiel zwischen systemischen und handlungsbezogenen Einflüssen untersuchen zu können, wird das bereits unter 1.5 dargestellte Grundmodell mit den Bereichen Struktur, Handeln, Dynamik und System in zwei Sphären aufgeteilt. In Anlehnung an Barley (1986) und Jarzabkowski (2008) werden die Bereiche Struktur und Handeln im sogenannten *Action Realm* zusammengefasst und die Bereiche Dynamik und System im sogenannten *Institutional Realm* (das dynamische Wechselspiel zwischen den beiden Sphären ist unter 4.2 dargestellt).

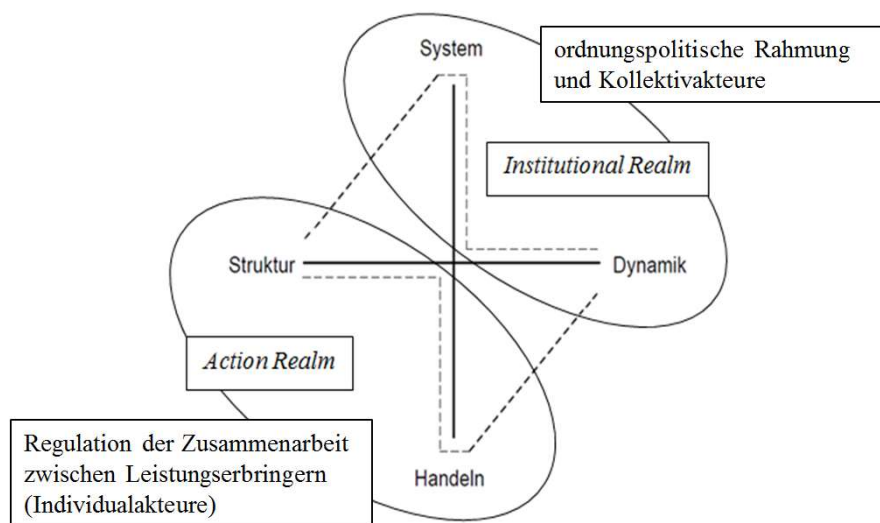


Abb. 12: Untersuchungsmodell mit *Action Realm* und *Institutional Realm* (eigene Darstellung i.A.a. Mayntz 1997: 28)

Zur Rekonstruktion des Pfadverlaufs wird das Modell phasenweise angewendet. In den Phasen I bis III (Pfadentstehung) steht die Entwicklung fragmentierter Regulationspraktiken als ein von verschiedenen Kollektivakteuren vorantriebener historischer Prozess im Vordergrund. Demnach wird vor allem aus dem Blickwinkel des *Institutional Realm* der Frage nachgegangen, wie die Gesundheitspolitik, die Geschichte der ärztlichen Profession und Regelungen bezüglich der Ausgestaltung der ambulanten Krankenversorgung das relationale Handeln der Leistungserbringer beeinflusst. Gemäß dem zirkulären Charakter des Untersuchungsmodells werden dabei aber auch Entwicklungen im *Action Realm* aufgezeigt, wie zum Beispiel die Entstehung disziplinär ausgerichteter Versorgungsstrukturen, die wiederum den Pfadverlauf im *Institutional Realm* und *Action Realm* in der nächsten Phase beeinflussen. In Phase IV (Pfadbruch) wird die Untersuchungsperspektive umgekehrt. Vor dem Hintergrund der in Phase III kulminierten Entwicklungen steht nun der *Action Realm* am

Beispiel der beiden Ärztenetzwerke im Vordergrund. Aus diesem Blickwinkel wird der Frage nachgegangen, ob, und wenn ja, wie es den beiden Ärztenetzwerken gelingt, in der zur Leistungserbringung notwendigen Regulation der Zusammenarbeit einen Pfadbruch zu vollziehen (vgl. Forschungsfragen, 1.4). Um den Zirkelschluss des Untersuchungsmodells zu vollziehen, wird dabei auch der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Ärztenetzwerke auf den für sie relevanten *Institutional Realm* haben. Jedoch wird die systemische Ausstrahlwirkung der Ärztenetzwerke als vergleichsweise gering eingestuft (gestrichelter Pfeil rechts in Abb. 13).

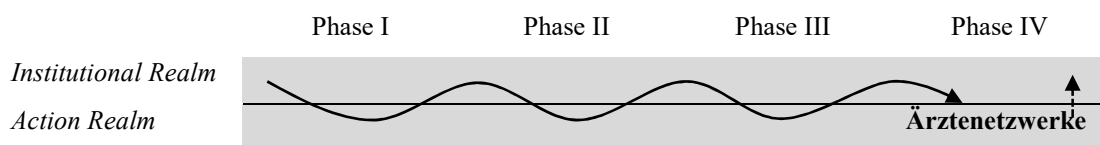


Abb. 13: Analyseverlauf in den Phasen I bis IV (eigene Darstellung)

8.2 Analytische Zugänge

Die Untersuchung der Pfadentstehung und des Pfadbruchs erfolgen über unterschiedliche analytische Zugänge. Die Rekonstruktion der Pfadentstehung geschieht in Anlehnung an die interpretative Sozialforschung, die auf der sozialen Konstruiertheit empirischer Beobachtungen fußt (Lueger 2010). Dies hat wiederum Konsequenzen für die Datenanalyse (vgl. 9.2). So werden unter Berücksichtigung der phasenspezifischen Forschungsfragen Textstellen ausgewählt, dekontextualisiert und in einen neuen Sinnzusammenhang gebracht (vgl. Lueger 2010: 178ff). Dieses Vorgehen kann am Beispiel einer nicht verwendeten Textstelle erläutert werden.

Während einer Choleraepidemie in Preußen stellte sich heraus, dass die Ärzteschaft aufgrund ihrer Erfahrungen in der Eindämmung anderer Epidemien (Pest) als einzige Profession substantiell zur Entwicklung von Schutzprogrammen beitragen konnte. In den dazu gebildeten Sanitätskomitees nahmen die ärztlichen Standesvertreter fortan Einfluss auf die Entwicklung von seuchenpräventiven Maßnahmen im Deutschen Reich (Hardy 2005: 73ff).

In Bezug auf die gesundheits- und professionspolitische Fragestellung zu Phase I hätte diese Textstelle als Hinweis auf die Entstehung eines ärztezentrierten Sanitätswesens ausgewählt und interpretiert werden können. Aufgrund der hohen Spezifität (Seucheneindämmung) und mangelnder Alternativen (einzige Profession) wird davon jedoch abgesehen. Über die auf diese Weise interpretierten und eingeordneten Textstellen ist eine „Erschließung

prozessdynamischer Aspekte“ (Lueger 2010: 199 in Bezug auf Froschauer/Lueger 2009) möglich. Dabei werden die Textstellen in einen Wirkungszusammenhang gebracht. Zum Beispiel der „neue Spezialisierung“ (disziplinäre Auffächerung der ärztlichen Profession) mit dem Aufbau disziplinär getrennter Versorgungsstrukturen (vgl. 13.1.1). Wichtig ist, dass diesen Wirkungszusammenhängen keine Kausalität unterstellt wird. Anstelle dessen wird diesen ein „hypothetischer Wirkungskontext“ (Lueger 2010: 204) zugrunde gelegt, der über weitere Textstellen erschlossen wird. Hier zum Beispiel der Ausschluss nichtärztlicher Heilberufe von der Leistungserbringung (vgl. 13.1.2). In der Summe der Ereignisse und Wirkungszusammenhänge wird schließlich ein phasenspezifischer Wirkungskontext definiert. Zum Beispiel die „fortschreitende Fragmentierung“ in Phase III. Durch diesen Interpretationsprozess ist auch eine zeitliche Abgrenzung der vier Phasen des Pfadverlaufs möglich. Unter Rückgriff auf die Pfadtheorie werden *critical events* bestimmt (vgl. 2.5.1ff), die Übergänge zwischen den Phasen markieren. Wie zum Beispiel die Gründung und Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung, die vom Wirkungskontext „bedingte Integration“ (Phase I) zum Wirkungskontext „einsetzende Fragmentierung“ (Phase II) überleitet.

Im Gegensatz zu Phase I bis III wird zur Rekonstruktion von Phase IV die Qualitative Inhaltsanalyse als analytischer Zugang gewählt (Mayring 2007). Ebenfalls auf dem interpretativen Paradigma fußend, steht damit eine kategorienbasierte Methode zur systematischen Analyse von Daten zur Verfügung (ebd.: 6), die in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse (ebd.: 77ff) durchgeführt wird. Die Anwendung dieses Verfahrens ist notwendig, um die unterschiedlichen Datensorgen (siehe unten) über eine iterative Kategorienbildung in einen neuen Sinnzusammenhang zu bringen. Zwar gleicht das Resultat der qualitativen Inhaltsanalyse den oben beschriebenen Wirkungskontexten, jedoch ist, unter anderem durch eine softwareunterstützte Kodierung (siehe unten), eine viel kleinteiligere Darstellung von Entwicklungen in den untersuchten Ärztenetzwerken möglich.

9 Untersuchungsverlauf

9.1 Datenerhebung

Phase I bis III

Zur Rekonstruktion der Pfadentstehung wird eine Recherche zur Geschichte der Medizin, zur ärztlichen und weiteren Gesundheitsprofessionen sowie zur Geschichte der Krankenversorgung und des angrenzenden gesundheitspolitischen Systems durchgeführt (Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, graue Literatur, Periodika, Anhang D1). Die

Auswahlkriterien zur Sichtung sind der zeitliche Kontext (Ende 19. Jahrhundert bis Gegenwart), die Reflexionsebene (versorgungspraktische, professionelle und/oder gesundheitspolitische Aspekte) und optimaler Weise eine in den Schriften aufgezeigter Entwicklungsprozess.

Phase IV

In Phase IV (*Institutional Realm*) werden allgemeine gesundheitspolitische Entwicklungen (vgl. Reformgeschichte Versorgungsintegration, 11.11) und für die untersuchten Ärztenetzwerke relevante Konzepte und Entwicklungen recherchiert und ausgewählt (vgl. 16.1). Eine vergleichende Analyse von Netzwerk 1 und 2 wird nicht vorgenommen. Über sich maximal unterscheidende strukturelle und leistungsbezogene Merkmale soll jedoch eine möglichst große Bandbreite einer vernetzten Leistungserbringung in der ambulanten Krankenversorgung abgedeckt werden. Demnach sind die Auswahlkriterien der untersuchten Ärztenetzwerke (*Action Realm*) eine a) Kontrastierung in der Leistungserbringung (Vollversorgung vs. fachärztliche Versorgung) und in der b) räumlichen Leistungsabdeckung (regional vs. überregional), das Vorhandensein eines c) professionellen Netzwerkmanagements und eine d) erkennbare Willensbekundung zum Aufbau integrativer Versorgungsstrukturen. Die recherchierten und selbst erhobenen Datensorten zu den Ärztenetzwerken stammen aus Interviews, einer schriftlichen Befragung, Berichten von und über die Netzwerke, sowie Interviews mit Vertretern von beteiligten Krankenkassen (Anhang D2ff).

Leitfadengestützte Experteninterviews

Die interviewten Personen werden in ihrer Funktion als Expertinnen und Experten organisationaler und institutioneller Entscheidungsstrukturen (Liebhold/Trinczek 2002: 41) interviewt (vgl. Interviewtransskripte in Anhang D2ff). Für die Interviewführung werden jeweils angepasste Leitfäden verwendet (Anhang A1). Diese dienen als Orientierung im Gespräch, ohne das kommunikative Regelsystem der Interviewten einzuschränken, damit bedeutungsstrukturierende Daten erhoben werden können (vgl. Lamnek 1993: 62). Von den Audioaufzeichnungen wird das gesprochene Wort, ohne weitere Angaben (z.B. Betonungen) transkribiert (Anhang A5).

Schriftliche Befragung

Die schriftliche Befragung dient der Durchführung einer Netzwerkanalyse und der Erhebung weiterer Daten zum jeweiligen Ärztenetz. Die Netzwerkanalyse zielt auf die Darstellung des vorhandenen Interaktionsnetzwerks in der alltäglichen Zusammenarbeit (Anhang D5). Befragt werden die Ärzteschaft und weitere Gesundheitsprofessionen. Die Fragebögen werden bewusst kurz gehalten, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen (Anhang A2).

9.2 Datenanalyse

Phasen I bis III

Nach dem Studium der ausgewählten Quellen werden aussagekräftige Textstellen entnommen und zur Rekonstruktion phasenspezifischer Wirkungskontexte ausgewertet (vgl. 8.2). Um eine Einseitigkeit der Rekonstruktion zu vermeiden, werden auch alternative Szenarien ausgewertet. Das sind Ereignisse oder Entwicklungen, die sich im Pfadverlauf nicht durchsetzen können (vgl. 11.12).

Phase IV

Daten aus Interviews und der Recherche

In Phase IV liegt der Analysefokus auf der Untersuchung der Ärztenetzwerke (*Action Realm*), wobei auch relevante Entwicklungen im *Institutional Realm* einbezogen wurden. Der strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2005) folgend, werden thematische Kategorien aus den erhobenen Daten gebildet. Zur Unterstützung kommt das Programm MAXQDA³⁴ zum Einsatz, mit dem eine iterative Kategorienbildung (Kodierung) der digital vorliegenden Daten möglich ist (Anhang D2 und A3). Ausgehend von deduktiv gebildeten Kategorien, die aus den operationalisierten Untersuchungsansätzen und erhobenen Daten gebildet wurden (vorläufige Leitkategorien), besteht die eigentliche analytische Arbeit in der induktiven Bildung von (Sub-)Kategorien und deren iterative Weiterentwicklung durch mehrmaliges Durcharbeiten des Datenmaterials. Dieser Prozess endet, in Bezug auf einzelne Kategorien, Gruppen von Kategorien oder das gesamte Kategoriensystem, wenn theoretische Sättigung erreicht ist, das heißt, „wenn keine theoretisch relevanten Ähnlichkeiten oder Unterschiede mehr im Datenmaterial entdeckt werden können“ (Lamnek/Krell 2017: 184).

³⁴ MAXQDA ist eine Software, die bei der Analyse qualitativer Daten unterstützt (www.maxqda.de, 07/2019).

Deskriptive Netzwerkanalyse

Die Berechnung und graphische Darstellung der Interaktionsnetzwerke wird mit der Software Gephi (Produktversion 0.9.2) erstellt³⁵. Zur Erstellung der dafür notwendigen *edge lists* (*edges* sind die Akteure eines Netzwerks) werden die Rollen und Aufgaben (*label*) *edge list*-Nummern zugeordnet (Anhang D5). Der berechneten Maßzahlen werden unter 3.7 beschrieben. Die vorgenommenen Einstellungen in Gephi werden im Ergebnisteil unter 16.2.7 und 16.3.3 dargestellt. Aus Zugangsgründen wird in NW2 die Fragebogenerhebung in Beispielzentrum A durchgeführt (vgl. 12.2.5).

9.3 Ergebnisdarstellung

Bereits in Teil IV (empirische Befunde I) fließen Ergebnisse der Interpretativen Sozialforschung als ausgewählte Ereignisse im Pfadverlauf (vgl. 11) ein. Mit diesen wird der Ergebnisteil vorstrukturiert. Die Darstellung des eigentlichen Ergebnisteils (Teil V) wird nach den vier Phasen des Pfadverlaufs gegliedert, mit einer jeweiligen Unterteilung in den *Institutional Realm* und den *Action Realm*. In der Gesamtauswertung (Kapitel 17) wird zunächst ein Überblick über die wichtigsten Ereignisse im Pfadverlauf erarbeitet, um anschließend die vier Forschungsfragen zu beantworten.

Quellangaben im Text

Die Zitation der Quellen zur Rekonstruktion der Phasen I bis III im Text erfolgt wie bei der übrigen Literatur. Verweise und Zitate aus den Daten zu den Ärztenetzwerken erfolgen über die Nennung des Kürzels aus dem Anhang (z.B. Anhang D3.1). Bei Zitaten aus den Transkripten werden die entsprechenden Kürzel der interviewten Person und die Absatznummern aus dem Transkript angegeben (z.B. Anhang D3L01: 12).

Pseudonymisierung

Da den Ärztenetzwerken eine Pseudonymisierung ihrer Daten zugesichert wurde, konnte nicht der komplette Anhang veröffentlicht werden. Die gekürzten Teile wurden im Anhang kenntlich gemacht.

³⁵ „Gephi is [a] visualization and exploration software for all kinds of graphs and networks“ (<https://gephi.org>, 07/2019).

Teil IV – Empirische Befunde I: Versorgungssystem, Ereignisse und Entwicklungen

Nachfolgend werden ausgewählte Versorgungsstrukturen, Akteure und Entwicklungen dargestellt, die einen mittelbaren oder unmittelbaren Einfluss auf den in Teil V dargestellten Pfadverlauf hatten oder noch haben. Teil IV beginnt mit einer allgemeinen Einführung in die Krankenversorgung mit deren Funktionsbereichen und Leistungssektoren. Der ambulante Leistungssektor wird etwas ausführlicher dargestellt, gefolgt von einer Auswahl untersuchungsrelevanter Kollektiv- und Individualakteure. Mit den sich anschließenden Varianten der Zusammenarbeit kommt bereits der engere Untersuchungsgegenstand in den Fokus. Mit den nachfolgend dargestellten Ereignissen und Entwicklungen wurde eine Auswahl getroffen, die für den später dargestellten Pfadverlauf von besonderer Bedeutung ist. Der vorliegende Abschnitt endet mit einer Einführung in das Thema Ärztenetzwerke und einer Darstellung der untersuchten Netzwerke.

10 Die Krankenversorgung: Standards, Akteure, Zusammenarbeit

Das Versorgungssystem in Deutschland zählt mit über fünf Millionen Beschäftigten und jährlichen Ausgaben von über drei Milliarden Euro zu den großen Wirtschaftsbranchen (vgl. 11,3 Prozent am BIP im Jahr 2015 bei kontinuierlichem Anstieg)³⁶. Seit Gründung der Krankenversicherung im Jahre 1883 (vgl. 11.1) haben sich umfassende Standards in der Gewährung, Sicherung und Erbringung von Versorgungsleistungen entwickelt.

Standards	Umsetzung
Verfügbarkeit	Versorgungsleistungen sollen für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Wohnort oder individueller Mobilität, verfügbar sein
Gleichheit	Patientinnen und Patienten sollen unterschiedslos versorgt werden können (vs. Selektion wenig profitabler Erkrankungen)
Rechtzeitigkeit	Leistungserbringung soll ohne unzumutbare Wartezeiten erfolgen
Angemessenheit	Patientinnen und Patienten sollen entsprechend ihres gesundheitlichen Zustands mit einem angemessenen Mitteleinsatz versorgt werden
Patientensicherheit	Schäden an Patientinnen und Patienten sollen stets vermieden werden
Kontinuität	eine umfassende Versorgung sollte ohne Unterbrechungen erbracht werden
Zweckmäßigkeit	notwendige Versorgungsleistungen sollen dem Versorgungsziel dienlich sein
Wirtschaftlichkeit	Versorgungsleistungen sollen effektiv und effizient erbracht werden
Wissenschaftlichkeit	erbrachte Versorgungsleistungen sollten auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen fußen (vgl. evidenzbasierte Medizin)
Teilhabe	Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie deren individuelle und soziale Ressourcen sollen in der Krankenversorgung Berücksichtigung finden

Tabelle 8: Standards in der Krankenversorgung (entnommen aus DIN EN 15224, TÜV SÜD unter Beteiligung des G-BA und der KBV, tinyurl.com/qxq4pgd, 02/2019; Wendt 2009; AOK Bundesverband, aok-bv.de/lexikon, 02/2019), eigene Ergänzungen

³⁶ Quelle: OECD: „Health at a Glance. 2015 OECD INDICATORS“ (tinyurl.com/yc5hhns9, 02/2019).

Die Standards der Krankenversorgung fußen wiederum auf Grundprinzipien, die teils verfassungsrechtlich verankert sind. Dazu gehören das a) Recht auf Unversehrtheit, welches auch als Vorbedingung für das Bestehen funktional ausdifferenzierter Gesellschaften angesehen wird, denn die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit trägt nicht nur zur individuellen Daseinssicherung, sondern auch zur sozialen Sicherheit bei (Wendt 2009: 43ff; vgl. „Sozialstaatsgebot“ bei Simon 2017: 60). Aus dem Recht auf Unversehrtheit kann das b) Solidarprinzip abgeleitet werden. Zu dessen Kernelementen gehören der egalitäre Zugang zu Versorgungsleistungen und deren solidarische Finanzierung. Wiederum sorgt das Grundprinzip der c) Versicherungspflicht für ein planbares Mittelaufkommen³⁷. Wobei die Mittelausgaben einer gewissen Rationierung auf das medizinisch Notwendige unterliegen. Hier greifen das d) Wirtschaftlichkeitsgebot und das e) Bedarfsdeckungsprinzip:

Laut Sozialgesetzbuch (§ 12 SGB V) müssen Leistungen „[...] ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“³⁸.

Wiederum folgt das Grundprinzip der f) Subsidiarität der Leitidee, „dass soziale Solidarität [...] nicht die Eigenverantwortung und Selbsthilfe vollständig ersetzen soll und kann“ (Simon 2017: 62). Das g) Sachleistungsprinzip (vs. Kostenerstattungsprinzip) funktioniert wie folgt:

„[...] die Krankenkassen [schließen] Verträge mit Leistungserbringern, in denen sich die Leistungserbringer zur [...] Versorgung der Versicherten und die Krankenkassen zu Zahlung von vereinbarten Vergütungen verpflichten. Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse eine Versichertenkarte, gegen deren Vorlage sie Leistungen von Vertragsärzten, Krankenhäusern, Apotheken etc. kostenlos in Anspruch nehmen können. Die Leistungserbringer stellen die [...] erbrachten Leistungen der jeweiligen Krankenkassen in Rechnung“ (Simon 2017: 65).

Auf dem Sachleistungsprinzip fußt die für kollektivvertragliche Systeme typische strukturelle Dreiteilung der Krankenversorgung in einen Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmarkt (vgl. 6.2). Schließlich folgt das Grundprinzip der h) Selbstverwaltung dem Grundsatz einer „Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf die Rahmensetzung und

³⁷ Selbständige, Freiberufler und Beamte müssen sich nicht versichern. Alle anderen Berufsgruppen unterliegen der Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung sofern ihr Einkommen, für das Jahr 2015, unterhalb der Monatsgrenze von 4.575€ beziehungsweise der Jahresgrenze von 54.900€ liegt.

³⁸ Quelle: dejure.org: „Fünftes Sozialgesetzbuch“ (dejure.org/gesetze/SGB_V/12.html, 02/2019).

Rechtsaufsicht sowie die weitergehende Übertragung der direkten Ausführung und Durchführung von Gesetzen im Bereich der sozialen Sicherung auf die Organe der sogenannten Selbstverwaltung“ (Simon: 2017: 66). Der gemeinsamen Selbstverwaltung steht der paritätisch besetzte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vor (vgl. 10.3.1).

Die Krankenversorgung steht derzeit folgenden wirtschaftlichen, demographischen beziehungsweise epidemiologischen und organisatorischen Herausforderungen gegenüber. (1) Hohes Kostenniveau: Die Krankenversorgung in Deutschland ist verhältnismäßig teuer und die Ausgaben steigen. Mit Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 3.829 Euro lag Deutschland im Jahr 2015 weit über dem EU-Schnitt von 2.193 Euro (RKI 2015: 477). Für das Jahr 2017 wurden gegenüber 2015 und 2016 rund 4 330 Euro je Einwohner prognostiziert, bei einem Ausgabenanstieg von 4,9 Prozent auf insgesamt 374,2 Mrd. Euro³⁹. Zu den Kostentreibern zählen ein im OECD-Vergleich verhältnismäßig großer stationärer Leistungssektor, vergleichsweise hohe Medikamentenausgaben, die Ausweitung der kostenintensiven Gerätemedizin, eine insgesamt hohe Dichte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und eine vergleichsweise geringere Anzahl nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen, die eigenverantwortlich Versorgungsaufgaben übernehmen können⁴⁰. (2) Veränderungen im Krankheitsspektrum: „Einige wenige Erkrankungen verursachen einen Großteil der Krankheitslast, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen“ (Koch et al. 2017: 122 in Bezug auf RKI 2015). Zudem werden die dazu gehörigen Risikofaktoren (Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung, vgl. ebd.) in einem kurativ ausgerichteten Versorgungssystem nur unzureichend adressiert. Auch steigt in einer älter werdenden Gesellschaft der Anteil chronischer Erkrankungen „und damit auch das Risiko für Multimorbidität. Mehr als 80 % der Menschen über 75 geben an, mehr als eine Erkrankung zu haben“ (ebd.). Mit Blick auf die Versorgungsintegration (vgl. 1.1) verweisen die Veränderungen im Krankheitsspektrum auf einen Versorgungsbedarf, „der quasi zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssektor liegt“ (Gibis/Tophoven 2017: 192 in Bezug auf Klauber 2016). (3) Versorgungsengpässe: Vor allem in ländlichen Regionen, treten „Versorgungsengpässe durch regionale Verteilungsprobleme“ (Baas 2017: 305) immer stärker in den Vordergrund. Zudem zeichnet sich eine generelle Unterversorgung mit ambulanten Versorgungsleistungen, besonders in strukturschwachen ländlichen Regionen ab (ebd.), nicht zuletzt aufgrund des steigenden demographiebedingten Ersatzbedarfs von sich

³⁹ Quelle: Statistisches Bundesamt: „Gesundheitsausgaben“ (tinyurl.com/cpmdzjg, 02/2019).

⁴⁰ Quelle: OECD: „Health at a Glance 2017. OECD Indicators“ (tinyurl.com/ya9erumj, 02/2019).

niederlassenden Ärztinnen und Ärzten (vgl. 10.4.1). Vor allem die beiden letzten Herausforderungen sind für die vorliegende Untersuchung von besonderem Interesse.

10.1 Funktionsbereiche und Leistungssektoren

Ein Funktionsbereich umfasst die im Behandlungsfall notwendige Zusammenarbeit von ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsprofessionen. In den Funktionsbereichen nehmen die Akteure bestimmte Rollen ein und unterschiedliche Aufgaben wahr. Für die vorliegende Untersuchung sind die Funktionsbereiche Kuration, Krankenpflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung. Sie zeichnen sich durch unterschiedliche institutionelle und professionelle Logiken aus, die das individuelle und relationale Handeln der Leistungserbringer beeinflussen (Borgetto/Kälble 2007: 93ff, vgl. 7.1f). Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dominiert eine kurativ ausgerichtete Handlungslogik.

„[Diese] orientiert sich am Verständnis und der Beherrschung somatischer Prozesse und behandlungsbedingter Risiken durch naturwissenschaftlich abgesicherte diagnostische und therapeutische Methoden und Techniken [mit dem Ziel,] einen akuten Behandlungsbedarf zu befriedigen, auch wenn eine Heilung nicht unmittelbar erreichbar ist“ (Borgetto/Kälble 2007: 95 in Bezug auf Badura 1994).

Im Gegensatz dazu ist im Funktionsbereich Krankenpflege ein eher umfassender Versorgungsansatz handlungsleitend, der neben somatischen auch psychosoziale Aspekte umfasst (vgl. 7.2.2). Hingegen zeichnen sich die Funktionsbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention dadurch aus, dass sie über verhaltens- und/oder verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen der Primärprävention die Entstehung von Erkrankungen verhindern, beziehungsweise in der Sekundärprävention die Auswirkungen von Erkrankungen abschwächen sollen (vgl. 11.12.1).

Die Leistungssektoren definieren sich durch spezifische „rechtlich-ökonomische Rahmenbedingungen [zu denen auch die] ambulante und stationäre Versorgung“ (Borgetto/Kälble 2007: 93) zählen. Seit Gründung der Krankenversicherung haben sich hier komplexe Systeme der Leistungsvergütung entwickelt (vgl. 10.2.2). Die Bundeszentrale für politische Bildung definiert Leistungssektoren als:

„[...] institutionell getrennte Bereiche der gesundheitlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen [ohne] eindeutige gesetzliche Definition [...]. In der Praxis gebräuchlich ist die

Unterscheidung zwischen folgenden Leistungssektoren: Ambulante Versorgung, Krankenhausversorgung, medizinische Rehabilitation, Arzneimittel-Versorgung (Pharmaindustrie, Apotheken), medizinische Pflege (Pflege-Einrichtungen) und Heil- und Hilfsmittel (z.B. Physiotherapie-Einrichtungen)⁴¹.

Aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten können die im Krankheitsfall in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen einen oder mehrere Funktionsbereiche und gleichzeitig einen oder mehrere Leistungssektoren umfassen. Je nach Krankheits- beziehungsweise Genesungsverlauf sind mehrmalige Inanspruchnahmen denkbar. Dieser Umstand verweist auf die Relevanz eines zielführenden Schnittstellenmanagements. In der Krankenversorgung haben sich daher gewisse „Prinzipien der Verzahnung von Versorgungssektoren und Funktionsbereichen [ausgebildet,] die zum Teil im Sozialgesetzbuch festgelegt sind“ (Borgetto/Kälble 2007: 94).

„Demnach soll ambulante Versorgung Vorrang vor stationärer Versorgung haben [...]. Rehabilitationsmaßnahmen schließen sich in der Regel an die Akutversorgung an, sollen aber Pflegemaßnahmen möglichst vorausgehen. [...] Bei chronisch Kranken ist die enge Verzahnung (Integration) von ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung von besonderer Bedeutung“ (ebd.).

Auch in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung formulierte der Gesetzgeber bereits früh Prinzipien der Verzahnung, wie zum Beispiel das Primat der hausärztlichen vor der fachärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V; GSG 1993; vgl. 11.11).

Aus solchen Reformen erwachsen jedoch auch Probleme. Da letzteres Prinzip leicht durch die in § 76 SGB V formulierte freie Arztwahl unterlaufen werden kann, sind Konkurrenzsituationen zwischen den allgemein- und fachärztlichen Disziplinen und ein daraus resultierender Mangel an „Kooperation und Koordination“ (Borgetto/Kälble 2007: 100) keine Seltenheit. Neben solch „intra-sektoralen“ Aspekten sind jedoch auch Probleme an den intersektoralen Schnittstellen (hier ambulant-stationär) bekannt. Nagel et al. (2017: 12) stellt fest, dass das Prinzip der Nachrangigkeit stationärer Versorgungsleistungen (§ 39 Abs. 1 SGB V) als „rein auf der Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich fokussierenden Definitionen [nicht mehr tragfähig sei], um die Versorgungsrealität sowie die -bedarfe abzubilden. Denn durch Instrumente, wie z.B. der Praxiskliniken oder auch der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), verschwimmen die originären Grenzen

⁴¹ Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: „Gesundheitsausgaben“ (tinyurl.com/qzfkdg, 02/2019).

zwischen den Sektoren zunehmend⁴². In diesem „ambulant-stationären Grenzbereich“ (von Stackelberg 2011: 6) operieren auch die hier untersuchten Ärztenetzwerke, sodass Konkurrenzsituationen mit Akteuren aus einem oder mehreren Leistungssektoren nicht ungewöhnlich sind.

10.2 Ambulante vertragsärztliche Krankenversorgung

Im ambulanten Leistungssektor (alle Einrichtungen) arbeiteten im Jahr 2016 gut 2,25 Millionen Menschen, davon 687.000 in Arztpraxen⁴³. Zur ambulanten Krankenversorgung gehören alle Leistungen, die außerhalb von Akutkrankenhäusern, Fachkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken erbracht, finanziert und abgerechnet werden. Dabei fallen unter die vertragsärztliche Versorgung sämtliche Leistungen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden⁴⁴.

Nach Simon (2017: 157ff) hat die ambulante vertragsärztliche Versorgung folgende allgemeine Strukturmerkmale: a) Niederlassungsfreiheit (im GKV-Bereich auf Basis einer Zulassung als Vertragsärztin oder -arzt), b) freie Arztwahl aufseiten der Patienten, c) Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), die als Körperschaften öffentlichen Rechts sowohl staatliche Aufgaben wahrnehmen als auch als Interessenvertretung der Niedergelassenen fungieren (vgl. 10.3.3), d) Bedarfsplanung und begrenzte Zulassung (siehe unten), e) eine gegliederte haus- und fachärztliche Versorgung, f) Gruppenverhandlungen zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenversicherungen zur Ausgestaltung der Leistungsvergütung, die für alle Vertragsärzte bindend sind, g) eine gemeinsame Selbstverwaltung zur Entscheidungsfindung in paritätisch besetzten Gremien.

Als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten dienen vor allem die hausärztlich tätigen Niedergelassenen und in zunehmenden Maße auch Versorgungsorganisationen an der ambulant-stationären Schnittstelle (z.B. Medizinische Versorgungszentren, siehe unten). Sie

⁴² Zum Versorgungsmodell der Praxisklinik schreibt die Ärztezeitung: „Seit 1998 existiert der Begriff der Praxisklinik im Sozialgesetzbuch V. Wörtlich lautet die Definition: „Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. [...] wobei die stationäre Versorgung sich auf solche Patienten bzw. Erkrankungen beschränkt, für die nicht die gesamte Infrastruktur eines ‚typischen‘ Krankenhauses der Regel- oder Maximalversorgung erforderlich ist“ (Ärzte Zeitung online (04.09.2017): „Modell Praxisklinik. Aus der Asche nach 28 Jahren in der Versenkung“, tinyurl.com/yd868xeg, 02/2019).

⁴³ Quelle: Statistisches Bundesamt: „Gesundheitspersonal“ (tinyurl.com/c3k9b5y, 02/2019, weitere Informationen zu dem Fachangestellten in den Praxen unter 10.4.2f).

⁴⁴ Laut AOK Bundesverband ist die Zulassung „an bestimmte Voraussetzungen gebunden: Jeder Vertrags(zahn)arzt ist Pflichtmitglied in einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (KV/KZV) [...]. Der Vertrags(zahn)arzt kann seine Tätigkeit allein, in Praxisgemeinschaft, in Gemeinschaftspraxis, in Teilgemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum ausüben. Die Zulassung erfolgt über gemeinsame Zulassungsausschüsse der KVen/KZVen und der Krankenkassen“ (AOK Bundesverband: „Vertrags(zahn)arzt“, tinyurl.com/ye343rsu, 01/2020).

„führen Diagnostik und Therapie durch, verordnen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und weisen im Bedarfsfall zur weiteren Behandlung einer Erkrankung in ein Krankenhaus ein“ (Simon 2017: 157). Daneben werden allgemein fachärztliche, spezialisiert fachärztliche und gesondert fachärztliche Versorgungsleistungen von den dafür zuständigen ärztlichen Fachgruppen (siehe unten) erbracht. Mit einer Arztdichte⁴⁵ von durchschnittlichen 3,7 Niedergelassenen pro 1000 Einwohner liegt Deutschland im oberen Drittel des EU-Durchschnitts (RKI 2015: 477). Und mit rund zehn Arztkontakten pro Jahr liegen die Deutschen ebenfalls im oberen EU-Durchschnitt⁴⁶.

Die Krankenversorgung unterliegt einer umfassenden Bedarfsplanung. Um einer etwaigen Über-, Unter- oder Fehlversorgung entgegenzuwirken, sind der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die KVen und die Verbände der Krankenversicherungen mit der (Weiter-)Entwicklung sogenannter Bedarfsplanungsrichtlinien betraut. Auf diesen Richtlinien fußt eine bundesweite Bedarfsplanung, die wiederum regional angepasst wird.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung (siehe oben) wurden die Richtlinien in der ambulanten Krankenversorgung im Jahr 2013 novelliert. Seither soll die „Versorgung mit Hausärzten möglichst wohnortnah erfolgen [...], während Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad in proportional größeren Einzugsgebieten tätig sind“⁴⁷. Dazu werden in der Bedarfsplanung vier Versorgungsebenen unterschieden, denen Fachgruppen zugeordnet werden.

Versorgungsebenen	Fachgruppen	PB
hausärztlich	Hausärzte	883
allgemein fachärztlich	Augenärzte, Chirurgen, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen	372
spezialisiert fachärztlich	Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen	97
gesondert fachärztlich	Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und REHA-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner	17

Tabelle 9: Bedarfsplanung (nach Ohnewald 2017: 99 und G-BA⁴⁸)

⁴⁵ Die Arztdichte wird in Deutschland anhand des Verhältnisses von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Relation zur Gesamtbevölkerung berechnet. Diese Verhältniszahl ist jedoch unzureichend, um zum Beispiel einen Ärztemangel oder -überschuss feststellen zu können. Wie in anderen OECD-Staaten wäre eine genauere Berechnung über Vollzeitäquivalente möglich, zu denen in Deutschland jedoch keine Daten vorliegen (Wikipedia: „Ärztemangel“ in Bezug auf OECD *Health Data* 2006, tinyurl.com/ybxamhkb, 02/2019).

⁴⁶ Zur Berechnung der Arztkontakte werden nur quartalsbezogene Behandlungsfälle erfasst, „unabhängig davon, wie oft ein Patient oder eine Patientin im Quartal beim Arzt gewesen ist“ (RKI 2015: 479).

⁴⁷ Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss: „Bedarfsplanungs-Richtlinie“ (tinyurl.com/z9c9wjw, 02/2019).

⁴⁸ Ebd.

In sogenannten Planungsbereichen (PB) wird die Anzahl der zugelassenen Arztsitze im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte festgelegt⁴⁹. Unter Berücksichtigung der Versorgungsebenen und Planungsbereiche können nun auch sogenannte Versorgungsgrade bestimmt werden, nach denen die Zulassung von Arztsitzen gesteuert wird⁵⁰. Dabei haben die Versorgungsgrade einen Einfluss auf die Höhe der Regelleistungsvolumina (RLV), die eine Ärztin oder Arzt abrechnen kann (siehe unten).

10.2.1 Betriebsformen

In der ambulanten Krankenversorgung findet ein großer Anteil der Leistungserbringung in Einzelpraxen statt⁵¹. Alternativ dazu kann die Leistungserbringung in sogenannten Berufsausübungsgemeinschaften wie der Gemeinschaftspraxis oder den Praxisgemeinschaften stattfinden.

„In der Gemeinschaftspraxis rechnen die beteiligten Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen gemeinsam unter einer einzigen Abrechnungsziffer mit der KV ab. Die Ärztinnen und Ärzte in einer Praxisgemeinschaft rechnen dagegen getrennt ab und nutzen nur Personal, Räume und Geräte gemeinsam. Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften weisen gegenüber den Einzelpraxen gewisse Vorteile durch die Kooperationsmöglichkeiten unter den beteiligten Ärztinnen und Ärzten auf. Der Integrationsgrad dieser Betriebsformen bleibt in den meisten Fällen jedoch gering“⁵².

Für die vorliegende Arbeit ist das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) von besonderem Interesse.

„Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete fachübergreifende Einrichtungen, in denen mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte tätig sind [Seit dem GKV-VSG 2015 sind auch fachgleiche MVZ möglich, vgl. 11.11]. Sie

⁴⁹ Die Landesausschüsse für Ärzte und die Krankenversicherungen überwachen eine bevölkerungsadjustierte Versorgung in den Planungsbereichen. „Ein Planungsbereich gilt als unterversorgt, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 75 Prozent und bei Fachärzten unter 50 Prozent liegt [...]. Erst mit Beschluss des Landesausschusses gilt ein Bereich als tatsächlich unterversorgt“ (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg: „Die Bedarfsplanung“, tinyurl.com/ycmlmbdz, 02/2019).

⁵⁰ „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen errichten zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss für Ärzte. Die Patientenvertreter haben hier ein Mitberatungsrecht. [...] Widerspruchsberechtigt sind der am Verfahren beteiligte Arzt, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen“ (KBV: „Bedarfsplanung“, tinyurl.com/ybpz8k5a, 02/2019).

⁵¹ Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: „Strukturen und Versorgungsformen“ (tinyurl.com/z4ssf6q, 02/2019).

⁵² Ebd.

sollen eine möglichst umfassende ambulante Versorgung aus einer Hand anbieten, an der sich auch andere Gesundheitsberufe und Leistungserbringer beteiligen [...]. Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren ist [...] in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Waren [...] 2004 noch lediglich 70 Medizinische Versorgungszentren mit insgesamt 250 Ärzten zugelassen, so waren es Ende 2014 bereits ca. 2000 MVZ mit insgesamt ca. 13500 Ärzten, darunter ca. 1300 Vertragsärzte und ca. 12000 angestellte Ärzte“ (Simon 2017: 165f).

Beide hier untersuchte Ärztenetzwerke nutzen diese Betriebsform. Während sie im regionalen Ärztenetzwerk das Leistungsspektrum ergänzt (vgl. 12.1.4), ist das MVZ die grundständige Betriebsform der sogenannten Zentren im überregionalen fachärztlichen Ärztenetzwerk (vgl. 12.2.4).

10.2.2 Leistungsvergütung (kollektivvertraglicher Bereich)

Die Leistungsvergütung in der ambulanten Krankenversorgung ist ein sensibles und für den hier untersuchten Pfadverlauf relevantes Thema. Auf den Ärztetagen der Jahre 1883 und 1884 wurde die Leistungsvergütung der Niedergelassenen erstmalig kontrovers diskutiert. Auslöser war eine vorausgegangene Niederlassungswelle von Fachärzten, die starke Ungleichheiten in der Honorierung zwischen den ambulant tätigen Fachgruppen nach sich zog. Die Lösung der damit in Verbindung stehenden „Kassenarztfrage“ (vgl. 14.2) etablierte einige bis in die Gegenwart wirksame Grundmechanismen in der Leistungsvergütung.

Das individuelle Einkommen der Niedergelassenen im kollektivvertraglichen Bereich (Regelversorgung) wird, neben dem grundsätzlichen Patientenaufkommen und verschiedenen betriebswirtschaftlichen Größen, von hauptsächlich zwei Aspekten beeinflusst: der Gesamtvergütung in Relation zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Verteilung der Gesamtvergütung seitens der KVen auf die verschiedenen ärztlichen Fachgruppen. Die Gesamtvergütung ist der Betrag, den die Krankenversicherungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen auszahlen und der von diesen an die Leistungserbringer umverteilt wird.

„Die Verteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Vertragsärzte erfolgt nach festgelegten Regeln und Kriterien, die vor allem durch den bundesweit geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [...] vorgegeben sind“ (Simon 2017: 178).

Erwartungsgemäß ist die Gesamtvergütung ein nach wie vor umkämpftes Terrain, das regelmäßigen Veränderungen unterliegt. Zum Beispiel wurde im Jahr 2012 die

Honorarverteilung zwischen den örtlichen Krankenversicherungen und den Vertreterversammlungen der zuständigen KVen zu Gunsten letzterer neu verhandelt.

„Ab 2013 regeln die KVen die Verteilung der Gesamtvergütung auf die Vertragsärzte im Benehmen (und nicht mehr im Einvernehmen) mit den Krankenkassen. Letztere haben damit faktisch keine Möglichkeiten mehr zur Einflussnahme. Auch die Bestimmung, wonach der Bewertungsausschuss die Kriterien für den Verteilungsmaßstab [EBM] bundeseinheitlich festlegt, wurde wieder abgeschafft“⁵³.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) „ist ein Verzeichnis, nach dem nahezu alle vertragsärztlichen ambulanten Leistungen und Leistungen der Psychotherapeuten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden [...]. Seit seiner Einführung durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 wird der EBM kontinuierlich weiterentwickelt, um Neuerungen in der Leistungserbringung Rechnung tragen zu können⁵⁴. Im EBM werden ärztliche Leistungen über ein Punktesystem in einen wertmäßigen Zusammenhang gebracht. Demzufolge können über den Wert und die Anzahl der Punkte alle erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nicht nur ausgedrückt, sondern auch in ein Verhältnis zueinander (Fachgruppen) gesetzt werden. Zur Definition der Punktwerte werden Faktoren wie der Zeitbedarf oder der technisch-apparative Aufwand im Versorgungsprozess berücksichtigt. Die Abrechnung aufseiten der Ärzteschaft erfolgt quartalsweise. Theoretisch würde der EBM ausreichen, um alle vertragsärztlichen Leistungen abzurechnen. Um jedoch Fehlsteuerungen innerhalb und zwischen den Fachgruppen zu vermeiden, wie zum Beispiel eine Anhäufung von aufwandsgeringen Leistungen, was im Übrigen auch zu Verzerrungen der Punktwerte führen würde, hat der Gesetzgeber verschiedene Forderungen an die Honorarverteilung formuliert. Um eine angemessene Vergütung für jede Fachgruppe sicherzustellen, wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ab dem Jahr 2003 sogenannte Regelleistungsvolumina (RLV) eingeführt, die auf die einzelne Praxis innerhalb einer Fachgruppe umgerechnet werden können. Die RLV definieren Obergrenzen von Leistungen, die erbracht und abgerechnet werden dürfen. Auch die RLV sind Punktmengen, orientiert am Versorgungsvolumen einer Praxis (v.a. Patientenaufkommen). Um eine bessere Mengensteuerung dieser Punkte zu erreichen, und um das Morbiditätsniveau in den Patientenpopulationen adäquat berücksichtigen zu können,

⁵³ Quelle: AOK Bundesverband: „Honorarverteilungsvertrag“ (tinyurl.com/y2y4tzx3, 02/2019).

⁵⁴ So ist für das Jahr 2020 ein neuer EBM geplant, der aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) (u.a. schnellere Terminvermittlungen) notwendig wird (www.kbv.de/html/1150_38267.php, 08/2019).

wurden im Jahr 2007 morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumina eingeführt. Sind Niedergelassene gezwungen ihr Regelleistungsvolumen zu überschreiten, müssen sie (innerhalb eines Quartals) Punkte mit geringerem Punktwert abrechnen.

10.2.3 Vergütungen und Finanzierungen (selektivvertraglicher Bereich)

Im selektivvertraglichen Bereich werden Versorgungsverträge zwischen einzelnen (oder mehreren) Krankenversicherungen und einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen. Um Doppelzahlungen (Kollektiv- und Selektivvertrag) vonseiten der Krankenversicherungen an die KVen zu vermeiden, sind sogenannte Bereinigungen notwendig.

„Schließen die Krankenkassen [...] mit Leistungserbringern Selektivverträge, so erfolgt die Vergütung nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Rahmen der Gesamtvergütung [Kollektivvertrag]. Um den Leistungserbringern der Selektivverträge die vereinbarten Honorare zur Verfügung stellen zu können, müssen die Krankenkassen diese Honorarsumme von der Zahlung der Gesamtvergütung an die KVen abziehen, also die Gesamtvergütung um diesen Betrag bereinigen“⁵⁵. „Ohne Bereinigung der Gesamtvergütung zahlen die Krankenkassen, die Selektivverträge schließen, also noch einmal für Leistungen, die sie mit der Gesamtvergütung bereits bezahlt haben“ (SVR 2012: 322).

Kommt ein Selektivvertrag zustande, wie zum Beispiel Verträge zur Integrierten Versorgung, zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung (vgl. 1.2), geht auch der Sicherstellungsauftrag, zumindest in Teilen, an die Krankenversicherungen über, die dann Aufgabe der KVen (vgl. 11.3) übernehmen. Jedoch können die Krankenversicherungen die KVen gegen Honorarzahlung mit den Aufgaben der Sicherstellung betrauen (z.B. die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes)⁵⁶. Mit der Verlagerung der Sicherstellung im selektivvertraglichen Bereich erhalten die Kassen Teilaufgaben zurück, die sie Anfang des 20. Jahrhunderts an die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse, die Vorgängerorganisationen der KVen abtreten mussten. Ein für die vorliegende Untersuchung nicht unwichtiges Detail, führte doch die Frage der Sicherstellung zu wiederkehrenden Konflikten zwischen den Kollektivakteuren (vgl. 14.1.2f).

⁵⁵ Quelle: AOK Bundesverband: „Bereinigung“ (tinyurl.com/y6aeebd1, 02/2019).

⁵⁶ Quelle: AOK Bundesverband: „Sicherstellungsauftrag“ (tinyurl.com/yybhqzzu, 02/2019).

Umkehr der Vergütungslogik

Zu den Richtzielen des Gesetzgebers bezüglich der Leistungsfinanzierung im selektivvertraglichen Bereich gehören nicht nur Effizienz- und Effektivitätssteigerungen, sondern auch eine Umkehr der Vergütungslogik *from volume to value*. Das heißt, eine bessere Honorierung der erreichten, beziehungsweise zu erwartenden Versorgungsqualität. Im Kontext der integrierten Versorgung, einem Teilbereich der besonderen Versorgungsformen (vgl. 1.2), werden solche Richtziele bereits seit Längerem diskutiert.

„[D]er für die Leistungserbringung Verantwortliche [hat] ein nicht nur medizinisches, sondern zusätzlich auch ein ökonomisches Interesse an der Gesunderhaltung seiner Versicherten. Mit einem solchen Modell wird das Geschäftsmodell konventioneller Krankenversorgung umgekehrt. [...] Der Systemträger [wie z.B. ein Ärztenetzwerk] wird ökonomisch „belohnt“, wenn er die Erkrankung eines Patienten strukturiert und patientengerecht optimal versorgt und das Risiko einer erneuten Erkrankung durch ebenfalls koordiniert erbrachte präventive Leistungen und Angebote an den Patienten/Versicherten erheblich reduziert. Wenn er durch derartige strukturierte Interventionen die Versorgungskosten der Versicherten unter den Durchschnitt gleichaltriger und -morbider Versicherter hält, erfährt er auch einen ökonomischen Vorteil. Ökonomisch belohnt wird in diesem Modell das Vermeiden bzw. Verschieben von Krankheiten und Rezidiven [...]. Der Träger der Integrierten Versorgung erhält dazu gleichzeitig erheblich erweiterte Steuerungsmöglichkeiten, um die lokale Gesundheitsversorgung zu optimieren“ (Güssow et al 2007: 14f).

Von diesem als optimistisch zu bezeichnenden Entwurf des Jahres 2007 ist die gegenwärtige Leistungsfinanzierung allerdings noch weit entfernt. Von Ausnahmen abgesehen (vgl. Amelung 2011) blieben „individuelle und sektorenspezifische Optimierungsstrategien zur Umsatz- und Erfolgsmaximierung“ (Mühlbacher/Ackerschott 2007: 17) auch nach dem Jahr 2007 die vorherrschende Verhaltensnorm (vgl. Luthe 2017). Zum Beispiel setzten die gängigen Abrechnungsmodalitäten noch immer Anreize zur Mengenausweitung, was zu sogenannten Hamsterradeffekten führen kann (SVR 2012: 355)⁵⁷. Hinzu kommt, dass Negativanreize, wie die intendierten Kostendämpfungen, den Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen erschweren können (vgl. Braun et al. 2006). Diesbezüglich stellt die Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung (2013: 25) fest, dass das „Vergütungssystem im

⁵⁷ Der Hamsterradeffekt (bzw. Mengeneffekt) wird dabei von folgendem Mechanismus ausgelöst: Im Rahmen der Einzelleistungsvergütung bei budgetierter Gesamtvergütung, führt eine zunehmende Menge von abgerechneten Leistungen zu abnehmenden Punktwerten. Das heißt die Vergütungshöhe je Leistung sinkt. Zur Kompensation von Einkommensverlusten werden vonseiten der Niedergelassenen sukzessive mehr Leistungen abgerechnet.

ambulanten Bereich [...] nicht den Anforderungen kooperativer und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen gerecht [wird]. Sein Leitbild ist immer noch die isolierte Einzelpraxis“.

Finanzierung und Leistungsvergütung in Ärztenetzwerken und MVZ

Mit Blick auf Ärztenetzwerke existieren verschiedene Finanzierungsansätze, die zumeist den Managed-Care-Ansätzen⁵⁸ zugerechnet werden (Braun et al. 2009). Im Vergleich zur Regelversorgung könnte man sie auch als organisationale Binnenlösungen bezeichnen, die an das Leistungsspektrum und die Strukturen von Ärztenetzwerken angepasst wurden. Dabei kann grundsätzlich zwischen einer Außen- und Innenfinanzierung unterschieden werden. Zur Außenfinanzierung zählt die a) Fremdfinanzierung, bei der von netzwerkexternen Akteuren meist zweckgebundenes Kapital eingebracht wird. Hingegen wird bei der b) Beteiligungsfinanzierung Kapital von den Mitgliedern des Netzwerks selbst eingebracht. Zur Innenfinanzierung zählen die durch Umsatz und Einsparungen erwirtschafteten Mittel.

Daneben können im selektivvertraglichen Bereich weitere Finanzierungsformen genutzt werden. Dazu gehören Fallpauschalen und Komplex-Fallpauschalen. Dabei erhalten die Leistungserbringer festgelegte Entgelte für einen definierten Fall, der sich in der Variante der Komplex-Fallpauschale über mindestens zwei Leistungssektoren erstrecken muss (vgl. Braun 2009). Im hier untersuchten augenärztlichen Netzwerk (vgl. 12.2) sind das zum Beispiel ophthalmologische Fallpauschalen, die prä- und postoperative Leistungen enthalten (vgl. 12.2.3). Eine weitere Variante der Leistungsvergütung in Netzwerken sind die Budgets, deren Verwaltung in der Verantwortung der Leistungserbringer liegt. Diese werden indikationsbezogen vergeben und weisen daher große Ähnlichkeiten mit den Fallpauschalen auf. Dabei wird der Idee gefolgt, dass durch die Übernahme finanzieller Verantwortung aufseiten der Leistungserbringer eine integrierte Versorgung von Risikogruppen mit chronischen und daher kostenintensiven Erkrankungen effektiver und kostengünstiger möglich ist (vgl. Amelung 2007: 203). Theoretisch wäre auch eine Leistungsfinanzierung von Ärztenetzwerken im Rahmen regionaler Budgets denkbar. Der vom hier untersuchten regionalen Ärztenetzwerk (vgl. 12.1) ausgehandelte populationsorientierte Vollversorgungsvertrag ist, zumindest in dessen Anlage, mit einem regionalen Budget zu vergleichen (vgl. 12.1.3).

⁵⁸ Amelung (2007: V) definiert Managed Care als „keine in sich geschlossene Theorie, sondern vielmehr [als] ein Bündel ganz unterschiedlicher Organisationsmodelle und Management-Instrumente, die in vielfältigen Kombinationen eingesetzt werden“.

Daneben ist in Ärztenetzwerken auch eine Mischung von kollektiv- und selektivvertraglicher Leistungsvergütung möglich. Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) des Jahres 2012 ist in der Honorarverteilung (KVen) die „kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen“ (§ 87b, Abs. 2) zu berücksichtigen⁵⁹. Die KBV entwickelte hierfür bundesweit gültige Kriterien, in denen Honorarvolumen als ein Bestandteil der Gesamtvergütung vorgesehen sind. Diese gleichen Budgets, die ein Ärztenetzwerk eigenständig an die teilnehmenden Netzärztinnen und -ärzte vergeben kann. Deren Vorteile liegen laut Aussage der Agentur deutscher Arztnetze in der Entwicklung von Add-on-Verträgen, in der fortgesetzten Kooperation mit den regionalen KVen und in der Schaffung neuer Vertragsmöglichkeiten, auch mit kleineren Krankenversicherungen⁶⁰.

Abschließend noch ein Hinweis zur Leistungsfinanzierung und Vergütung in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Auch hier bleibt die KV-Abrechnung „das Fundament jeder Finanzierung“ (Jäger et al. 2009: 148) und unterliegt damit den oben skizzierten, sich aber im Wandel befindlichen Vergütungs- beziehungsweise Finanzierungsmodalitäten. Zur Finanzierung von Strukturen und leistungsbezogenen Abläufen können, wie im Übrigen bei den Ärztenetzwerken auch, Einspargewinne (vgl. 12.1.3) genutzt werden. Dazu gehören unter anderem gemeinsame Personal-, Raum- und Techniknutzung sowie das Pooling von Dienstleistungen. Daneben kann auch ein sogenanntes virtuelles Budget entwickelt werden, bei dem die angestellten Ärztinnen und Ärzte gemäß eines über ihre Fachgruppe zu bestimmenden Marktwerts am Einspargewinn und weiteren Einnahmen beteiligt werden (ebd.: 154ff). Virtuelle Budgets eignen sich besonders in größeren MVZ, die über der Durchschnittsgröße von circa sechs beteiligten oder angestellten Ärztinnen und Ärzten liegen⁶¹.

Risikostrukturausgleich

Die ungleiche Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (u.a. Einkommens- und Morbiditätsniveaus) gleicht der Risikostrukturausgleich aus, unter anderem, um die Wettbewerbsbedingungen der Krankenversicherungen anzugleichen.

⁵⁹ Quelle: buzer.de: „Änderung § 87b SGB V“ (tinyurl.com/yy6s5cev, 02/2019). In Deutschland ist die Einführung eines flächendeckenden Globalbudgets bislang nicht vorgesehen.

⁶⁰ Quelle: Agentur deutscher Arztnetze: „Startschuss oder Fehlstart? Die Netzförderung in den Regionen“ (tinyurl.com/y66nkqzu, 02/2019).

⁶¹ Vgl. Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ) (www.bmvz.de/wissenswertes/statistik/bmvz, 02/2019).

Seit 2009 werden mit dem sogenannten „morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) nicht nur die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente, sondern auch der unterschiedlich hohe Versorgungsbedarf von Versicherten mit einer kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheit berücksichtigt“⁶². Auf der Finanzierungsseite werden mit dem zeitgleich eingeführten Gesundheitsfonds „die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den Mitgliedern der Krankenkassen ausgeglichen“⁶³.

Aufgrund der ausgleichenden Wirkungen des Morbi-RSAs und des Gesundheitsfonds erwarteten die Krankenversicherungen eine Stärkung des Wettbewerbs um Patienten, der über Zusatzbeiträge beziehungsweise Rückerstattungen erfolgen kann. Für die Ärztenetzwerke hatten die Reformen zunächst negative Auswirkungen:

„Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds, des Morbi-RSA [...] haben sich die Rahmenbedingungen für Ärztenetze schlagartig und fundamental verändert. Die Kassen haben viele der bestehenden Strukturverträge nach dem § 73 a SGB V, aber auch viele der von Ärztenetzen mit Kassen und anderen Leistungserbringern geschlossenen Vereinbarungen nach § 140 ff SGB V, mit Blick auf die Unsicherheiten des Morbi-RSA und Gesundheitsfond zunächst einmal gekündigt“ (Monitor Versorgungsforschung 2009: 25).

Ab 2009 hat sich laut des zuständigen Bundesversicherungsamtes die Situation wieder normalisiert. Der „Morbi-RSA [hat sich] in den sieben Jahren seines Bestehens bewährt. Er erfüllt seinen Zweck und ist nach der heutigen Datenlage auch zielgenauer als das vorherige Verfahren“ (G+G 2016: 31).

Am Beispiel des RSA kann also zum einen gezeigt werden, dass Reformen der Leistungsvergütung auch nicht intendierte Folgen haben. Zum anderen wird deutlich, dass eine Reduktion der Komplexität in den Vergütungs- und Finanzierungsformen, nicht nur im selektivvertraglichen Bereich, wohl angezeigt ist. Wobei die künstliche Schaffung von Marktmechanismen eher ins Leere laufen dürfte (vgl. 2.4). Hingegen können Reformansätze wie die Schaffung von Budgets eher greifen, da sie indikationsbezogen, organisational oder regional entwickelt werden können. In der Schweiz stehen Ärztenetzwerken schon seit längerem Budgets zur Verfügung (Wirthner 2004). Gegenwärtig steht dort sogar die Einführung eines flächendeckenden Globalbudgets bevor⁶⁴.

⁶² Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: „Risikostrukturausgleich (RSA)“ (tinyurl.com/hrwjvq, 02/2019).

⁶³ Ebd.

⁶⁴ Das Globalbudget in der Krankenversorgung, das in der Schweiz in naher Zukunft flächendeckend eingeführt werden soll (Stand 03/2019), ist „ein finanzielles Steuerungsinstrument, das aus einem maximal pro Jahr

10.3 Kollektivakteure

Zu den Kollektivakteuren zählen jene Akteure, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Rahmenbedingungen der hier untersuchten Entwicklung von Regulationspraktiken haben. Sie sind auf der Bundes- und Landesebene sowie auf der regionalen Ebene angesiedelt. Im Untersuchungsmodell werden sie dem *Institutional Realm* zugeordnet (vgl. 8.1). Die Verbände von Gesundheitsprofessionen, Patientenvertretungen und Lobby-Verbände werden ebenfalls zu den Kollektivakteuren gezählt.

10.3.1 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Der G-BA „wird zum 1. Januar 2004 vom Gesetzgeber gegründet. Als gemeinsames Gremium der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der damaligen sieben Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen übernimmt er alle Aufgaben, die bis Ende 2003 vier parallel arbeitende Ausschüsse wahrgenommen hatten [...]“⁶⁵.

Zu seinen beratenden Mitgliedern zählen gewählte Patientenvertreter und verschiedene Organisationen aus der Gesundheitspolitik (z.B. Bundesärztekammer), der Forschung (z.B. medizinische Fachgesellschaften) und der Medizinindustrie. Die beratenden Mitglieder sind berechtigt, Stellungnahmen über sie betreffende Themen abzugeben. In dessen Gremien (Zulassungsinstanzen, Landes-, Bundes- und Bewertungsausschüsse) beschäftigt sich der G-BA unter anderem mit der Verhandlung und Ausformulierung von Richtlinien, in denen gesundheitspolitische Normen in Handlungsempfehlungen oder -verpflichtungen übersetzt werden. Eine mittelbare Relevanz für die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung hat der G-BA zum Beispiel bei der Entwicklung von Qualitätskriterien, die von den Leistungserbringern im Rahmen von Zertifizierungen übernommen werden können (vgl. www.g-ba.de).

verfügbaren Betrag besteht. Es sieht bei Überschreiten der Vorgabe von Kosten und/oder Mengen finanzielle Sanktionsmechanismen vor“ (www.medinside.ch/de/post/die-draengendsten-fragen-zum-globalbudget, 08/2019).

⁶⁵ Quelle: G-BA: „Zeitleiste – Für den G-BA prägende Gesetze“ (tinyurl.com/ycbs9cw7, Seite 1, 02/2019).

10.3.2 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf der Bundesebene.

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV sind gesetzlich verpflichtet, die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland sicherzustellen. Dieser gesetzliche Auftrag geht auf heftige Auseinandersetzungen der Ärzteschaft mit den Kassen am Ende des 19. Jahrhunderts zurück. Ärztliches Ziel waren nicht einfach bessere Arbeitsbedingungen oder Honorarerhöhungen, sondern Kollektivverträge mit den Kassen und die freie Arztwahl für die Versicherten“⁶⁶.

Für Ärztenetzwerke entwickelte die KBV vergleichsweise konkrete Empfehlungen und Förderkriterien. Diese umfassen nach Armbruster (2012): Eine Mindestgröße von zwanzig Praxen von Allgemein- und mindestens zwei Fachärztinnen oder -ärzten sowie mindestens einem weiteren (nichtärztlichen) Kooperationspartner, ein eindeutiger Gebietsbezug und eine professionelle Geschäftsführung unter ärztlicher Leitung. Zudem fördert die KBV Ärztenetzwerke auf drei Stufen: Auf der Basisstufe muss das Ärztenetzwerk eine verbesserte Versorgungseffizienz nachweisen, wobei sich dieser Nachweis auch auf Teilaspekte der Versorgung beziehen kann (z.B. eine beschleunigte Diagnose). Auf der Förderstufe 1 müssen Formen der kooperativen Berufsausübung nachgewiesen werden (z.B. Fallbesprechungen, elektronische Kommunikation, standardisierte Dokumentation). Und auf der Förderstufe 2 sollten Formen der Patientenzentriertheit durch die Vernetzung erreicht worden sein (z.B. Patientensicherheit, Versorgungskontinuität, *informed consent*⁶⁷).

10.3.3 Kassenärztliche Vereinigungen

Aus dem „Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und den Kassenärzten“ des Jahres 1955 (vgl. 11.6) ging die heute noch gültige „Struktur aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder“ hervor (Stobrawa 2001: 103). Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist die Mitgliedschaft obligatorisch. Zurzeit existieren siebzehn Kassenärztliche Vereinigungen auf Landesebene, zwei in Nordrhein-Westfalen und je eine in den restlichen Bundesländern. Innerhalb sogenannter KV-Bezirke erstellen die regionalen KV-

⁶⁶ Quelle: KBV: „Sicherstellung“ (www.kbv.de/html/436.php, 02/2019).

⁶⁷ Die informierte Einwilligung (*informed consent*) liegt vor, wenn Patientinnen und Patienten auf der „Grundlage von verstandener Information [...] nicht unter kontrollierenden Einflüssen [...] eine intentionale Erlaubnis für eine konkrete Intervention“ (Vollmann 2000: 15) treffen.

Niederlassungen die Leistungsabrechnung und Honorarverteilung, nehmen Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen vor, regeln die Niederlassung gemäß Bedarfsplanung (vgl. 10.2) und organisieren den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Des Weiteren vertreten die KVen die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenversicherungen und verschiedenen (gesundheits-)politischen Akteuren.

Aufgrund ihrer historisch gewachsenen intermediären Position zwischen den ärztlichen Leistungserbringern und den Krankenversicherungen (vgl. 14.1), haben die KVen einen großen Einfluss auf die Ausgestaltung und Steuerung des Leistungsgeschehens in der ambulanten Krankenversorgung (vgl. Rosoq 2013). Im Hinblick auf die hier untersuchten ärztlichen Leistungserbringer kann eine solche Position allerdings auch Konflikte verursachen. So entschied das Bundessozialgericht im Februar 2015 zugunsten eines Arztes, der in zwei KV-Bezirken praktizieren wollte, was seitens der KVen nicht vorgesehen war (Az. B 6 KA 11/14), inzwischen aber möglich ist. In einem anderen Fall entschied das Sozialgericht Dortmund zugunsten eines Arztes, der zur Hälfte als Chirurg und zur Hälfte als Allgemeinmediziner arbeiten wollte (Az. S 16 KA 315/11). Beide Fälle haben auch einen gewissen Bezug zur vorliegenden Arbeit, denn regionale Versorgungsbedarfe und das regionale Leistungsangebot entwickeln sich nicht unbedingt synchron zu den Grenzen der KV-Bezirke. Eine weitere Konfliktlinie zwischen den KVen und den Niedergelassenen ist die nach wie vor gewichtige Rolle der KVen in den Zulassungsausschüssen zur Vergabe von Arztsitzen und bei der Zulassung neuer Versorgungseinrichtungen wie MVZ. Hier kann es zu sehr konkreten Problemen bei der Organisations- und Personalentwicklung kommen. So berichtete ein interviewter Manager aus Netzwerk 1 (Anhang D3M05) von äußerst langwierigen Prozessen bei der Anstellung ehemals niedergelassener Ärzte in einem MVZ.

10.3.4 Bundesärztekammer, Ärztekammern und ärztliche Verbände

Als Spitzenorganisation der siebzehn Ärztekammern vertritt die Bundesärztekammer die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Zu ihren Aufgabenfeldern gehören a) die Herbeiführung und Aufrechterhaltung „einer möglichst einheitlichen Regelung der ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit“, b) die „Vermittlung der Position der Ärzteschaft zu gesundheitspolitischen und medizinischen Fragen“, c) die Förderung von Qualitätssicherungsprogrammen und d) die Wahrung und Durchsetzung der Berufsordnung und Weiterbildungsordnung⁶⁸. Diese

⁶⁸ Quelle: Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben, 02/2019).

Aufgaben fußen auf dem in der Bundesärzteordnung (BÄO) verankerten Leitbild, wonach der Arztberuf kein Gewerbe, sondern ein freier Beruf ist.

„Auch der angestellte oder beamtete Arzt kann sich auf die ihm berufsrechtlich garantierte Freiheit der Berufsausübung berufen. Sie bedeutet rechtlich, dass der Arzt in seiner beruflichen, d.h. fachlich ärztlichen Entscheidung nicht Weisungen Dritter unterworfen werden darf, sondern insoweit nur seinem ärztlichen Wissen und Gewissen verantwortlich sein kann. Die von den Ärztekammern mit Genehmigung der zuständigen Landesaufsicht in Anlehnung an die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer beschlossenen Berufsordnungen der Ärzte prägen diese grundsätzliche Einordnung des Arztberufes als freier Beruf für die jeweiligen Funktionen und Tätigkeitsbereiche ärztlicher Berufsausübung aus“ (Hess 2009: 117).

Neben der Bundesärztekammer sind die Landesärztekammern für die berufsständige Selbstverwaltung der Ärzteschaft zuständig, die auf Landesebene eigenständig ausführen (wie bei den KVen mit zwei Kammern in NRW). Als Körperschaften des öffentlichen Rechts überwachen sie die ärztliche Berufsausübung. Dazu zählen unter anderem „die Regelung der Rechte und Pflichten der Ärzte in einer Berufsordnung, die Regelung der Weiterbildung [...], die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten und die Ausübung der Berufsgerichtsbarkeit [...]“ (Simon 2017: 166). Damit obliegen den Landesärztekammern umfangreiche berufsrechtliche, berufspolitische und qualitätssichernde Aufgaben. Sie sind ebenfalls für die Ausbildung von ärztlichen Fachangestellten zuständig.

Zu den bekannteren ärztlichen Verbänden zählt der Marburger Bund als Verband der in Anstellung arbeitenden und verbeamteten Ärzte, der Hartmannbund, der unter anderem für eine fachliche und ökonomische Unabhängigkeit der Ärzteschaft einsteht, sowie der NAV-Virchowbund, der fachübergreifend die Interessen aller niedergelassenen und ambulant tätigen Ärzte vertritt. Zu den kleineren Verbänden gehört der Deutsche Hausärzteverband, der die Interessen der allgemeinmedizinisch tätigen Hausärzte vertritt.

10.3.5 GKV-Spitzenverband und Verbände der Krankenversicherungen

Auf der Bundesebene nehmen die Krankenversicherungen über ihre Verbände eine Schlüsselstellung in der Ausgestaltung und Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Dem GKV-Spitzenverband obliegen jene Aufgaben, die kassenübergreifend gemeinsam und einheitlich geregelt sein sollen. „Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle

Krankenversicherungen, deren Landesverbände und somit mittelbar für alle gesetzlich Versicherten“⁶⁹.

Zu den für die vorliegende Arbeit relevanten Aufgaben gehören unter anderem: a) „Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung aushandeln“, b) „Richtlinien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung [entwickeln]“, c) „Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel festsetzen“, d) „Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene treffen“, e) „die Telematik im Gesundheitswesen [...] ausgestalten, f) „Grundsätze zur Prävention, Selbsthilfe und Rehabilitation [...] definieren“, g) „Vereinbarungen zur Qualität der ärztlichen Versorgung aushandeln“, h) „die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen“, i) die GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene [...] vertreten“⁷⁰. Im Rahmen der Mitgliedschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist der GKV-Spitzenverband unter anderem am „Abschluss der Bundesmantelverträge mit den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen [beteiligt], in denen GKV-weit die finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten vereinbart werden“⁷¹.

Die Interessen einzelner Krankenversicherungen werden von folgenden Verbänden (Auswahl) vertreten: Vom Verband der Ersatzkassen (vdek), dem AOK-Bundesverband, dem BKK-Dachverband, dem Verband der Innungskrankenkassen (IKK). Viele der mitgliedstarken Krankenversicherungen wie die AOK oder BKK sind über ihre Landesverbände und Niederlassungen in der Fläche vertreten und stehen somit auch als regionale Partner für Ärztenetzwerke zur Verfügung.

Daneben engagieren sich einige Krankenversicherungen auch in der (Weiter-)Entwicklung besonderer Versorgungsformen. Dabei verfolgen sie unter anderem folgende Ziele: a) Qualitätssteigerungen in der Leistungsversorgung, b) allgemeine Kostensenkungen, c) Steigerung der Zufriedenheit von Patienten, d) Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, e) bessere intersektorale Abstimmung, f) Imagegewinne gegenüber ihren Kunden, g) Möglichkeiten zu selektiven Auswahl von Leistungserbringern (SVR 2012: 359).

⁶⁹ Quelle: GVK-Spitzenverband: „Aufgaben und Ziele“ (tinyurl.com/y9wg3ybf, 02/2019).

⁷⁰ Ebd.

⁷¹ Quelle: Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben, 02/2019).

10.3.6 Pflegeverbände

In Deutschland existieren verschiedene Pflegeverbände mit jeweils unterschiedlichen Gebietszuständigkeiten⁷². Zu den bekannteren Bundesarbeitsgemeinschaften im sogenannten Pflege- und Hebammenwesen zählen der Deutsche Pflegerat⁷³, der Bundesverband Pflegemanagement und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe. Aktuelle pflegepolitische Themen sind zum Beispiel die Strukturreform der Pflegeausbildung, die Akademisierung der Ausbildung und weitere Maßnahmen, die zur Professionalisierung des Berufsstandes beitragen sollen⁷⁴.

10.3.7 Verbände der therapeutischen Berufe

Die therapeutischen Professionen werden unter anderem über den Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK), den Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) und den Bundesverband für Logopädie (DBL) vertreten.

10.3.8 Agentur deutscher Ärztenetze

Zum Thema Ärztenetzwerke unterstützt die Agentur deutscher Ärztenetze e.V. gründungs- oder vernetzungswillige Niedergelassene und bestehende Ärztenetzwerke beim Aufbau professioneller Netzwerkstrukturen oder deren Weiterentwicklung. Ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen der Agentur ist die Anerkennung von Ärztenetzwerken als eine eigenständige Form der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V. Damit wären die Ärztenetzwerke ein fester Bestandteil der (regionalen) Leistungserbringung und würden, unter anderem, in der Bedarfsplanung berücksichtigt⁷⁵.

10.3.9 Bundesverband Medizinische Versorgungszentren

Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ) fördert „kooperative Strukturen im deutschen Gesundheitswesen [und vertritt] die Interessen kooperativ arbeitender medizinischer Einrichtungen“ gegenüber der Selbstverwaltung und (Gesundheits-)Politik⁷⁶. Zu den „kooperativen Strukturen“ zählt der

⁷² Vgl. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (www.blgsev.de, 02/2019).

⁷³ Als Bundesarbeitsgemeinschaft und Dachverband vertritt der Deutsche Pflegerat die größten Berufsverbände im Bereich der Pflege. Er ist Mitveranstalter des Deutschen Pflgetags (www.deutscher-pflegetag.de, 02/2019).

⁷⁴ Quelle: Deutscher Pflegerat (www.deutscher-pflegerat.de, 02/2019).

⁷⁵ Vgl. Agentur deutscher Ärztenetze (<http://deutsche-aerztenetze.de>, 02/2019).

⁷⁶ Quelle: Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung (www.bmvz.de/verband, 02/2019).

BMVZ Gesundheitszentren, medizinische Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen und Ärztenetze. Für diese Leistungserbringer nimmt der BMVZ auch beratende Funktionen wahr.

10.3.10 Bundesverband Managed Care

Der Bundesverband Managed Care (BMC) setzt sich für die „Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer zukunftsfähigen, qualitätsgesicherten und patientenorientierten Versorgung“⁷⁷ ein. In Arbeitsgruppen wie der „Arbeitsgemeinschaft intersektorale Versorgung“ werden umfassende Versorgungsbereiche und damit in Zusammenhang stehende Einzelthemen wie die Nachbesetzungen und Anstellungen ärztlichen Personals, der Aus- und Aufbau integrierter Strukturen und interdisziplinärer Kooperation oder Fragen der Qualitätssicherung behandelt.

10.3.11 Patientenvertretung

Ob als Kunden oder Konsumenten, zwei Termini, die in den vergangenen Jahren in verschiedenen Diskursen um Patientensouveränität und der patientenorientierten beziehungsweise patientenzentrierten Versorgung öfter verwendet wurden, haben Patientinnen und Patienten in der (ambulanten) Krankenversorgung derzeit noch wenig Einfluss auf gesundheitspolitische oder versorgungspolitische Entscheidungen (vgl. Etgeton 2011). So monieren kritische Stimmen eine bis dato unzureichende Einbeziehung in die planungs- und steuerungsrelevanten Institutionen. In relevanten Institutionen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder in Qualitätssicherungsinstituten wie dem IQWiG⁷⁸ haben Patientenvertretungen lediglich beratende Funktionen (vgl. Rosenbrock 2007). Auch auf die Ausgestaltung der alltäglichen Versorgungspraxis haben Patientenvertretungen einen eher geringen Einfluss. Hier sorgen zwar Konzepte wie die Patienten- beziehungsweise Nutzerorientierung für eine stärkere Berücksichtigung individueller oder auf Patientengruppen bezogene Versorgungsbedürfnisse, um zum Beispiel passgenauere Versorgungsangebote zu entwickeln. Jedoch dominiert in der Programm- und Organisationsentwicklung die Anbieterperspektive (vgl. Gerlinger 2009; vgl. *provider driven logic*, 5.2).

⁷⁷ Quelle: Bundesverband Managed Care (www.bmcev.de/der-bmc/ueber-uns, 02/2019).

⁷⁸ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht unabhängig aber in der Regel im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) oder des G-BA vor allem medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren. Unter anderem bewertet es auch diagnostische Verfahren, Behandlungsleitlinien. Das IQWiG leistet wichtige Beiträge zur Evidenzbasierung in der Medizin und zu unterschiedlichen gesundheitspolitischen Diskursen (vgl. www.iqwig.de, 02/2019).

10.4 Individualakteure

Die nachfolgenden Akteure stehen in Zentrum der vorliegenden Untersuchung. Als Träger und (Weiter-)Entwickelnde von Regulationspraktiken in der ambulanten Krankenversorgung wurden sie im Untersuchungsmodell dem *Action Realm* zugeordnet (vgl. 8.1).

10.4.1 Ärztinnen und Ärzte

Gemäß der Ärztestatistik der Bundesärztekammer waren im Jahr 2016 circa 152.000 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Krankenversorgung tätig, davon circa 119.000 als Niedergelassene und circa 33.000 in einem Angestelltenverhältnis⁷⁹. Von den angestellt Tätigen entfielen im selben Jahr circa 16.000 auf die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)⁸⁰. In den Jahren 2004 bis 2015 konnte hier ein kontinuierlicher Anstieg beobachtet werden⁸¹. In der ambulanten Krankenversorgung sind Allgemeinärzte und Internisten die am stärksten vertretene Fachgruppe. Urologen und Hautärzte bilden die am schwächsten vertretenen Fachgruppen⁸². Dieses Verhältnis spiegelt sich auch im hier untersuchten regionalen Netzwerk wider (vgl. 12.1). Insgesamt ist ein Anstieg in der Arztdichte zu beobachten⁸³, die sich jedoch in den Bundesländern sehr unterschiedlich verteilt. Berechnet man die Distanz zwischen den Versicherten und dem nächstverfügbarem Niedergelassenen, so liegt zum Beispiel der Abstand in Berlin bei durchschnittlich 79 Metern. Im Bundesland des hier untersuchten regionalen Netzwerkes liegt dieser bei circa 4700 Metern (Demary/Koppel 2013: 12). In den kommenden Jahren wird die Arztdichte in ländlichen Regionen durch den vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt der Niedergelassenen aller Voraussicht nach abnehmen, entsprechend steigt auch der demographiebedingte Ersatzbedarf kontinuierlich an. Daran ändert auch der prognostizierte Anstieg des Frauenanteils innerhalb der Ärzteschaft in der ambulanten Krankenversorgung nichts⁸⁴. Besonders deutlich wird sich der Ersatzbedarf

⁷⁹ Quelle: Bundesärztekammer: „Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016“ (tinyurl.com/mmjgl8j, 02/2019).

⁸⁰ Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017“ (www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf, 02/2019).

⁸¹ Quelle: Bundesärztekammer: „Struktur der Ärzteschaft 2014“ (tinyurl.com/ovnvuk2, 02/2019).

⁸² Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: „Ambulante ärztliche Versorgung“ (tinyurl.com/oje5s4g, 01/2015).

⁸³ Quelle: Statistica: „Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2011 bis 2017“ (tinyurl.com/y8cautz, 02/2019).

⁸⁴ Der prognostizierte jährliche demographiebedingte Ersatzbedarf von Ärztinnen und Ärzten liegt für den Zeitraum 2016 bis 2020 bei 7100, für den Zeitraum 2021 bis 2025 bei 8400 und zwischen 2026 und 2030 bei 9500 (Statistica: „Jährlicher demografiebedingter Ersatzbedarf an Humanmedizinern und Ärzten in Deutschland von 2010 bis zum Jahr 2030“, tinyurl.com/yc3zngxf, 02/2019). Davon unabhängig wird von einem Anstieg des vergleichsweise höheren Frauenanteils ab 2025 ausgegangen (www.aerzteblatt.de/nachrichten/101377/Ambulante-Versorgung-zunehmend-weiblich, 01/2020).

bei Allgemeinmediziner*innen zeigen, deren Anzahl, unter anderem aufgrund eines vergleichsweise hohen Durchschnittsalters, schneller zurückgehen wird⁸⁵.

Jedoch sind „[e]ventuelle regionale Engpässe [...] kein Problem der quantitativen Verfügbarkeit von Ärzt*innen, sondern ein Problem von deren Verteilung im Bundesgebiet. Für die Gegenwart ist es daher von essenzieller Bedeutung, eine Lösung für das Problem der Verteilung der insgesamt in ausreichender Anzahl vorhandenen Ärzt*innen zu finden“ (Demary/Koppel 2013: 15).

Vor diesem Hintergrund dürften auch Versorgungsorganisationen wie Ärztenetzwerke (vgl. 12) an Bedeutung gewinnen.

10.4.2 Fachangestellte in den Praxen

Laut dem Verband medizinischer Fachberufe arbeiteten im Jahr 2016 circa 360.000 Angestellte in der ambulanten Krankenversorgung, als Medizinische Fachangestellte oder Medizinische-technische-Assistenten⁸⁶. Die Angestellten übernehmen Aufgaben wie Terminvergaben, die Organisation des Praxisablaufs, einfache medizinische Tätigkeiten, die Leistungsdokumentation und Aufgaben im Bereich der Leistungsabrechnung. Der Frauenanteil von dreiundachtzig Prozent ist vergleichsweise hoch. Neben der oft möglichen Teilzeitanstellung und der damit größeren Vereinbarkeit von Familie und Beruf dürfte auch die Tradierung eines bestimmten weiblichen Rollenbildes einen Einfluss haben, das sich bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen lässt. Die Vorstellung, dass sich die „spezifischen Geschlechtseigenschaften der Frau ideal für eine der Arbeit des Arztes zu- und nachgeordnete Tätigkeit nutzbar machen [lassen]“ (Frevert 1985: 423) hält sich hartnäckig, selbst in innovativen Programmen zur Delegation ärztlicher Aufgaben (vgl. 10.5.2)⁸⁷.

⁸⁵ Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Aktuelle Statistik: Bedarf an Hausärzt*innen nimmt zu“ (www.kbv.de/html/1150_28543.php, 02/2019).

⁸⁶ Quelle: Verband medizinischer Fachberufe: „Zahlen und Fakten“ (tinyurl.com/y2gyecxk, 02/2019).

⁸⁷ Auch Ende des 19. Jahrhunderts dürften den Ärzt*innen, insbesondere bei der Erbringung stationärer Versorgungsangebote, qualifizierte Hilfskräfte assistiert haben. Deren Professionsgeschichte ist jedoch vergleichsweise unerforscht, da die Geschichte der Medizin meist mit namenhaften Ärzt*innen assoziiert wird. „Kaum berücksichtigt blieben dagegen zahlreiche Tätigkeiten, die sich im Verlauf der Professionalisierung [...] der Medizin seit der Wende zum 20. Jahrhundert etablierten. Der Einzug naturwissenschaftlicher Herangehensweisen veränderte das Arbeitsumfeld in Krankenhäusern und Praxen. Neuartige Techniken erforderten zunehmend qualifiziertes Hilfspersonal: Bereits 1896 beendete die erste Röntgenschwester [...] ihre Ausbildung. Aber auch die Forschung an Sektionstischen und in Laboren erforderte festgelegte Qualifizierungsprofile und Ausbildungsgänge. So folgte nur wenige Jahre später die Ausbildung zur Medizinisch-technischen Assistentin (MTA)“ (H-Soz-Kult. Kommunikation und Fachinformation für die Geschichtswissenschaften: „Die Unsichtbaren: Hilfsberufe in der Medizin und den Naturwissenschaften“, tinyurl.com/y86k6jxo, 02/2019).

10.4.3 Fachangestellte mit besonderen Aufgaben

In den untersuchten Ärztenetzwerken arbeiten besonders geschulte medizinische Fachangestellte an verschiedenen interprofessionellen und interorganisationalen Schnittstellen. Dabei sind das Case- und Care-Management besonders hervorzuheben (vgl. 7.2.2). Weitere besondere Aufgaben liegen zum Beispiel in Bereichen wie der Palliativversorgung. Hier bieten Programme wie die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) interprofessionelle und zum Teil auch sektorenübergreifende Vernetzungsmöglichkeiten, die von medizinischen Fachangestellten betreut werden⁸⁸.

10.4.4 Ambulante Pflegeeinrichtungen

Leistungen in der ambulanten Krankenpflege werde „in Deutschland von Sozialstationen und privaten Pflegediensten erbracht, die im Sozialrecht unter dem Begriff der ambulanten Pflegeeinrichtungen zusammengefasst werden (Simon 2017: 285, Hervorhebungen im Original). Im Jahr 2017 gab es 14.480 Pflegeheime (inklusive stationärer Langzeitpflege) und 14.050 Pflegedienste. Vor dem Hintergrund einer steigenden Pflegebedürftigkeit dürften diese Zahlen weiter ansteigen⁸⁹. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen sind wichtige Partner der Niedergelassenen, unter anderem, weil sie einen direkten Zugang in das private Umfeld von Patientinnen und Patienten haben. Sie können zum Beispiel die Einnahme von Medikamenten kontrollieren und ein regelmäßigeres Monitoring von Vitalwerten vornehmen (vgl. Wagner 1998). Dabei entwickelt sich die Aufgabenverteilung an der Schnittstelle zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung fortlaufend weiter. Hier sind zum Beispiel auch technische Innovationen im Bereich der Gesundheitstelematik zu nennen⁹⁰.

⁸⁸ Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) beschreibt die Versorgung im Rahmen von SAPV als umfassendes, individualisiertes Unterstützungsmanagement, das multiprofessionell und bei ständiger Erreichbarkeit ausgeführt wird. Die Ausführenden selbst werden als Spezialisten durch Erfahrung und Weiterbildung bezeichnet (DGP: „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)“, tinyurl.com/pttw9hk, 02/2019).

⁸⁹ Die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland stieg von 2.02 Mio. im Jahr 1999 auf 3.41 Mio. im Jahr 2017 (Destatis: „Pflege“, tinyurl.com/yc5xcqg, 02/2019).

⁹⁰ Zur Vernetzung der Leistungserbringer kann die Gesundheitstelematik technische Lösungen anbieten. In der Krankenversorgung sind E-Health-Angebote wie Telemonitoring oder Telekonsultationen zwischen Patienten, Niedergelassenen und Pflegediensten bereits durchführbar (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gesundheitstelematik, www.dgg-info.de, 02/2019). Gersch und Wessel (2016) bewerten die Telematikinfrastruktur als eine der zentralen Grundlagen zur Schaffung von Fachanwendungen wie zum Beispiel elektronischer Medikamentationsplänen oder Patientenakten. Besonders in ländlichen Regionen können diese Fachanwendungen zur Vernetzung von Leistungserbringern beitragen (Bach et al. im Druck).

10.4.5 Therapeutische Gesundheitsprofessionen

Gesundheitsprofessionen wie Physio-, Logo- oder Ergotherapie erbringen auch in der ambulanten Versorgung vielfältige Angebote. Die Physiotherapie zielt vor allem auf die Wiederherstellung, Aufrechterhaltung oder Verbesserung von Bewegungsfähigkeit und allgemeiner körperlicher Leistungsfähigkeit. Die Logotherapie setzt einen sprachtherapeutischen Schwerpunkt (z.B. im Rahmen der ambulanten Behandlung nach einem Schlaganfall). Die Ergotherapie setzt Schwerpunkte in den Bereichen motorisch-kognitiver Angebote und motorisch-funktioneller Angebote sowie Trainings zur Verwendung von Hilfsmitteln im häuslichen Umfeld. Allerdings verfügen diese Berufe über wenig Handlungsautonomie, weil sie in der Regel auf ärztliche Verordnung hin tätig werden. Die Abrechnung ihrer Leistungen erfolgt dann zumeist über sogenannte Heilmittelverordnungen⁹¹. Eine eigenständige Diagnostik und Leistungsveranlassung ist im GKV-Bereich nicht möglich. In organisationaler Sicht hat dies zur Folge, dass sie „um eine etablierte Profession herum organisiert sind“ (Freidson 1979: 43) und dabei einer von der ärztlichen Profession bestimmten Arbeitsteilung unterliegen, was auch die Bestimmung der eigenen professionellen Identität erschwert (vgl. Höppner/Kuhlmeier 2009). In den hier untersuchten Ärztenetzwerken werden Therapeutinnen und Therapeuten in Einzelfällen hinzugezogen oder ergänzen als stetige Kooperationspartner das Leistungsspektrum der Ärztenetze.

10.4.6 Patienten, Angehörige und freiwillige Helfer

Als Leistungsempfänger haben Patientinnen und Patienten keinen direkten Einfluss auf das Leistungsangebot und Leistungsgeschehen in der Krankenversorgung. Zwar besteht ein gewisses Wahlangebot, vor allem im selektivvertraglichen Bereich (Etgeton 2011), jedoch kann von souveränen Kundenentscheidungen nicht gesprochen werden (Kliemt 2011). Wobei die Begriffe „Kunde“ und „Patient“ in der Krankenversorgung unterschiedlich konnotiert werden.

„Einerseits wird der Kundenbegriff von Seiten der Mediziner im Sinne eines puren, durch Marketing verführten zahlungsfähigen Konsumenten einseitig negativ ausgelegt. Sie propagieren oftmals ein Zerrbild Kunde in einer marktwirtschaftlichen Ordnung, dessen Wünsche und Bedürfnisse über alles gehen und dem die Anbieter sich im Wettbewerb bedingungslos zu unterwerfen haben. Ökonomen andererseits betonen immer wieder das ihrer Ansicht nach mit dem

⁹¹ „Neben den Medizinprodukten und Hilfsmitteln spielen auch die Heilmittel eine zunehmende Rolle in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Heilmittel im Sinne des SGB V sind personalintensive therapeutische und typischerweise nicht von Ärztinnen oder Ärzten erbrachte Dienstleistungen“ (Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport (2012: 17), tinyurl.com/y22fozhn, 09/2019).

Begriff Patient einhergehende degradierende Rollenverständnis eines unmündigen, rechtlosen und dem System ausgelieferten Leistungsempfängers“ (Sibbel 2011: 192).

Jenseits dieser Debatten ist mit Blick auf die Versorgungspraxis jedoch festzustellen, dass auch Initiativen existieren, die das bestehende Informations- und Wissensgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen und den Patientinnen und Patienten, respektive Kunden, durch Kommunikationsansätze wie *informend choice* oder *informed consent* angleichen und damit die Patientensouveränität verbessern (vgl. Klemperer 2003)⁹². Jene Versicherte, die sich für eine selektivvertragliche Versorgung entscheiden, haben indes bessere Chancen auf Information, wie zum Beispiel in der integrierten Versorgung. Hier müssen die Patienten von Anbieterseite „[...] umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert [...] werden“ (§ 140a Abs. 2 SGB V). Solche besonderen Versorgungsformen können zur Stärkung der Patientenorientierung beitragen, wobei es nicht nur Verständnis von Seiten der Ärzteschaft, sondern nach wie vor auch mehr Entscheidungs- und Handlungsautonomie aufseiten der Versicherten bedarf (vgl. Rosenbrock 2007; Etgeton 2011). Neben den Gesundheitsprofessionen können auch Angehörige oder freiwillige Helfer wichtige Kooperationspartner in der Versorgung von Patientinnen und Patienten sein. Durch deren Einbeziehung in den Behandlungsprozess, können zum Beispiel relevante Information zur Planung und Durchführung von Therapien gewonnen werden.

10.4.7 Akteure im Bereich Public Health

Akteure aus der kommunalen Verwaltung wie dem Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) oder kirchliche und freie Träger von gesundheitsrelevanten Diensten gehören meist nicht zu den grundständigen Kooperationspartnern von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die strukturelle Trennung zwischen der kurativ ausgerichteten Krankenversorgung und der nach den Prinzipien der Salutogenese ausgerichteten Angebotslandschaft in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung reicht historisch weit zurück (vgl. 11.12.1). Wird

⁹² *Informed choice* verlangt, dass wichtige Versorgungsentscheidungen nicht ohne ausführliche Informationen seitens der Behandelnden getroffen werden dürfen. *Informed consent* bedeutet eine ausdrückliche Zustimmung der Patienten bei weitreichenden Entscheidungen (Klemperer 2003: 7ff). Die Umsetzung dieser Konzepte in der alltäglichen ärztlichen Versorgungspraxis hängt jedoch auch von den dafür zur Verfügung stehenden Handlungsanreizen ab. Dazu zählt vor allem die abrechenbare Gesprächszeit (Stichwort „sprechende Medizin“). Hänel und Hermann schreiben (2012: 1 in Bezug auf van den Brink-Muinen et al. 2003): „Die Intensität der Arzt-Patienten-Beziehung wird durch immer kürzere Arzt-Patienten-Kontakte gestört. Die durchschnittliche Gesprächsdauer in der deutschen Hausarztpraxis liegt unter acht Minuten und ist damit deutlich kürzer als in anderen europäischen Ländern“.

jedoch eine umfassende Versorgungsintegration angestrebt, scheint dafür ein ebenso „integrierter Handlungsrahmen für lokale Verantwortungsgemeinschaften der Gesundheitsförderung und die Entwicklung einer kooperativen Gesundheitsversorgung“ (Göpel 2013: 169) notwendig. Dies setzt Kooperationen zwischen den lokal oder regional tätigen Leistungserbringern in den Bereichen der Krankenversorgung und Public Health voraus.

Vieles spricht „für eine stärkere Einbeziehung der Landkreise und Städte in das gesundheitliche Geschehen, die die Kontextbedingungen von Prävention gleichsam in den Händen halten. Über ihre Bedeutung als Träger oder zumindest Teilhaber einer integrierten Versorgung [...] fehlen [jedoch] konzeptionelle Gedanken mit Umsetzungsperspektive [...] nahezu vollständig. [...] Ausgeschlossen ist ihre Beteiligung an Versorgungsnetzwerken jedoch nicht [belegt durch Verweise auf Trägerschaften von Krankenhäusern, MVZ oder Managementgesellschaften]. Selbst Gemeinschaften kommunaler Träger kommen nach § 140b Abs. 1 Nr. 6 SGB V als Vertragspartner der Krankenkassen in Betracht“ (Luthe 2013: 53).

Dabei bliebe jedoch zu klären, wer diese Versorgungsnetzwerke koordinieren könnte. Der Öffentliche Gesundheitsdienst allein scheint aufgrund einer bescheidenen Ressourcenausstattung eher ungeeignet (vgl. Kuhn et al. 2012; Kuhn/Bolte 2016). Und ob eine Gesamtkoordination in Sachen kommunaler Gesundheit im Interesse der Ärzteschaft liegt, ohne dass entsprechende Finanzierungsmodalitäten, wie zum Beispiel kontaktunabhängige Jahresfallpauschalen (vgl. Luthe 2013: 53) vorliegen, darf angezweifelt werden. Auch mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz⁹³, das auf eine Stärkung der trägerübergreifenden (die Sozialversicherungen) und zielorientierten Zusammenarbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung abzielt, dürfte sich diese Situation nicht grundlegend ändern. Zwar können die Niedergelassenen im Rahmen des Präventionsgesetzes sogenannte Präventionsempfehlungen über Angebote von (kommunalen) Anbietern aussprechen, die, bei gesicherter Qualität, von den Krankenversicherungen auch bezuschusst werden. Im Bereich Krankenpflege können die Pflegeversicherungen die „gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (ebd.: 28) von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen fördern, worunter auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen fallen (vgl. 10.4.4). Jedoch können auch aus den Empfehlungen der hier zuständigen Nationalen Präventionskonferenz keine weiter reichende funktionale und sektorale Verzahnung zwischen

⁹³ Quelle: Bundesgesetzblatt: „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (tinyurl.com/y39ys8qm, 02/2019).

(ambulanter) Krankenversorgung und den Akteuren im Bereich Public Health abgeleitet werden⁹⁴.

10.5 Varianten der Zusammenarbeit

Nachfolgend werden drei Varianten der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen beschrieben. Deren historische Entwicklung und gegenwärtigen Veränderungen sind im Hinblick auf die interprofessionelle Regulation der Zusammenarbeit von Bedeutung.

10.5.1 Anweisungsbeziehung

Die Anweisungsbeziehung zwischen Niedergelassenen und den anderen Heilberufen hat sich in Deutschland im Laufe des 19. Jahrhundert etabliert. In einer „medikalisierten Gesellschaft“ (Frevert 1985: 423) sollte der ärztliche Einfluss auf möglichst viele Lebensbereiche ausgeweitet werden⁹⁵. Der Ärzteschaft gelang es, ein „Anweisungsmonopol“ (vgl. Rosewitz/Webber 1990: 90) bei der Diagnosestellung, Therapieplanung und Verordnung durchzusetzen (vgl. 13.1), das sich auf die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Heilberufen, aber auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung erstreckte. Anweisungsbeziehungen folgen in der Regel paternalistischen Handlungsmustern, denen folgende Annahmen zugrunde liegen:

„1. Für die meisten Krankheiten gibt es eine einzige beste Behandlungsmöglichkeit. 2. Der Arzt kennt diese Möglichkeit und wendet sie am Patienten an. 3. Ärzte können auf Grund ihrer Erfahrung und Expertise am besten den Abwägungsprozess durchführen. 4. Ärzte sind wegen ihrer professionellen Sorge und der ethischen Verpflichtung des Berufsstandes zur Entscheidung legitimiert“ (Klemperer 2003: 11, Hervorhebungen im Original).

⁹⁴ „Mit dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz wurde die Nationale Präventionskonferenz (NPK) eingeführt, die eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und fortschreiben soll (§§ 20d und 20e SGB V)“ (GKV-Spitzenverband: „Nationale Präventionskonferenz“, tinyurl.com/yxa68nzx, 02/2019).

⁹⁵ Die „Medikalisierung bezeichnet [u.a.] die Ausweitung medizinischer Behandlungsindikationen in bisher nicht als behandlungsbedürftig angesehene Bereiche, z.B. bei der Umdeklarierung des natürlichen Vorgangs der Wechseljahre zur Hormonmangelkrankheit. Im Verlauf dieses Prozesses prägen professionelle ärztliche Deutungsmuster die Laieninterpretation körperlicher (und seelischer) Phänomene“ (SVR 2005: 333). Dabei wird das medizinische „Denken und ärztliches Handeln [...] noch immer weitgehend in das biomedizinische Paradigma eingebettet. Krankheit wird dabei als eine lokalisierbare Störung der Körperfunktion betrachtet. Zum Verständnis dieser Störung ist innerhalb dieser Sichtweise der Einbezug des psychischen und sozialen Kontexts des Patienten nicht erforderlich“ (Klemperer 2003: 7f). Würde demgegenüber die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit in ihren körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen als ein umfassenderer Ansatz betrachtet (vgl. WHO 1986), dessen Ursprünge im Deutschland des beginnenden 20. Jahrhunderts liegen (vgl. 11.12.1), hätte dieser Ansatz vermutlich auch einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen.

Mit Blick auf die zu versorgenden Patientinnen und Patienten führen diese „traditional care delivery methods“ (Fredericks et al. 2012: 131) jedoch zu keiner Patientenzentrierung. Und so fordert der Sachverständigenrat (SVR 2007: 137) einen Ausbau der Kooperation zwischen den Gesundheitsprofessionen, und die Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung (2013: 31) konstatierte, dass „Interprofessionalität und Kooperationsbereitschaft [...] selbstverständlicher Bestandteil des Versorgungsalltags werden [müssten], ebenso die gleichberechtigte Beteiligung an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen“.

10.5.2 Delegation

Die sogenannte Delegation, die auf eine Neuverteilung von Versorgungsaufgaben unter den im Einzelfall notwendigen beziehungsweise verfügbaren Gesundheitsprofessionen abstellt, wird gegenwärtig als eine sinnvolle Reformperspektive gesehen, denn:

„Die derzeitige Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen [...] entspricht angesichts einer immer älter werdenden Gesellschaft nicht immer der effektivsten und effizientesten Lösung. Eine Neugestaltung der arbeitsteiligen Prozesse zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen bietet die Chancen einer besseren Versorgungsqualität, Kosten zu senken oder personelle Engpässe aufzufangen. [...] Zukünftig sollte die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert und die Bildung multiprofessioneller Teams gefördert werden“ (Höppner/Kuhlmey 2009: 7)⁹⁶.

Die Umgestaltung der Delegation birgt jedoch eine gewisse professionspolitische Brisanz, die am Beispiel der Aufgabendelegation an Pflegekräfte erläutert werden kann. Der G-BA hatte im Oktober 2011 Richtlinien für Modellvorhaben nach § 63 SGB V ausgegeben, wonach ärztliche Tätigkeiten an speziell ausgebildete Pflegekräfte übergeben werden sollten⁹⁷. Auf Basis des hier relevanten Krankenpflegegesetz festgelegten Bestimmungen dürften die Pflegekräfte eine „selbständige Ausübung von Heilkunde“ (§ 63 Abs. 3c SGB V) durchführen. Die Reaktion der ärztlichen Kollektivakteure fiel recht eindeutig aus.

„[...] 15 ärztliche Spitzenverbände, darunter die Bundesärztekammer, KBV und der Marburger Bund, haben daraufhin in einer Resolution gefordert, dass die Delegation ärztlicher Leistungen vollständig in der Hand von Ärzten bleiben müsse“⁹⁸.

⁹⁶ Wobei die Autorinnen (ebd.: 9) auch auf möglich Nachteile der Aufgabenverteilung verweisen, zu denen Koordinationsfehler, die Entstehung neuer Schnittstellen, eine mögliche Leistungsausweitung und nicht zuletzt eine Rechtsunsicherheit bei haftungsrechtlichen Fragen zählen.

⁹⁷ Quelle: G-BA (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/77, 02/2019).

⁹⁸ Quelle: Ärzte Zeitung online (08.02.2013): "Pflege. Viele Konfliktfelder, wenig Hoffnung auf Konsens" (tinyurl.com/yxk98ca6, 02/2019).

Aus professionshistorischer Sicht überrascht die Reaktion der ärztlichen Spitzenverbände keineswegs.

Denn auch die nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen „[...] sind Teil einer Arbeitsteilung, die als Autoritätshierarchie aufgebaut ist. [In diesem Kontext ist es] zwar rechtens, daß sie Anordnungen von Ärzten entgegennehmen und von ihnen beurteilt werden, aber es gibt keine Rechtsgrundlage dafür, dass sie etwa ihrerseits den Ärzten Anordnungen erteilen oder sie beurteilen dürften. Ohne solche Reziprozität können wir sie freilich kaum als den Ärzten gleichgestellt betrachten“ (Freidson 1979: 65).

Wobei anzumerken ist, dass die oben genannten G-BA-Richtlinien keineswegs auf eine egalitäre Aufgaben- und Verantwortungsverteilung zielen, was rechtlich ohnehin nicht möglich wäre⁹⁹. Vielmehr zielte der G-BA auf eine Neuverteilung von delegationsfähigen Versorgungsaufgaben, die auf eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzte zielten. Jedoch scheint es hierzu noch keinen einheitlichen Standpunkt aufseiten der ärztlichen Kollektivakteure zu geben. Ein gern vorgetragenes Argument ist, dass auch eine solche Delegation zum Aufbau von Doppelstrukturen führen würde¹⁰⁰. Aufseiten der praktizierenden Ärzteschaft, also auf der Ebene der alltäglichen Versorgungspraxis, wird diese Problematik jedoch anders bewertet. Dies zeigen Berg et al. (2009) am Beispiel des Modellprojekts AGnES (arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte, systemische Intervention), in dem die Delegation ärztlicher Aufgaben klar umrissen umgesetzt und systematisch weiterentwickelt wird¹⁰¹.

„Die Evaluation zeigt eine hohe Akzeptanz des Konzepts bei den beteiligten Ärzten, Praxismitarbeitern und Patienten. Nach Ansicht der beteiligten Ärzte ist die Qualität der medizinischen Versorgung innerhalb des AGnES-Konzeptes für die große Mehrheit der Patienten

⁹⁹ In Bezug auf den sogenannten Heilkundevorbehalt, der die Ausübung von Heilkunde nur den Berufsgruppen erlaubt, die „als Arzt bestellt“ sind (§ 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz) stellt Achterfeld (2014: 224) fest: „Voraussetzung eines Einsatzes des nicht-ärztlichen Personals ist [...], dass der Arzt mit dem Krankheitsbild des Patienten vertraut ist und nach einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt Diagnose und Indikation gestellt und einen Therapieplan entworfen hat, an den sich die Pflegekraft halten muss“.

¹⁰⁰ So verwies der amtierende KBV-Vorstandsvorsitzende in einer Diskussion im Forum „Qualitätssicherung durch Kooperation: Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ (BMC-Kongress 2015, Berlin) auf die Gefahr der Entstehung von Doppelstrukturen im Rahmen der Delegation ärztlicher Aufgaben.

¹⁰¹ Das Modellprojekt AGnES (arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte, systemische Intervention) hat nach einer Aufgabenausweitung inzwischen eine bundesweite Bedeutung, wenn auch unter regional unterschiedlichen Bezeichnungen. Es dient „zur Unterstützung von Hausärzten durch speziell ausgebildete Krankenpflegerinnen in medizinisch unterversorgten Gebieten [...]. Das Konzept dazu wurde 2004 vom Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald entwickelt. Inzwischen [...] werden auch Medizinische Fachangestellte [...] dafür fortgebildet“ (www.pflegewiki.de/wiki/Modellprojekt_AGnES, 02/2019). Unter der Bezeichnung AGnES^{zwei} kommt es auch im hier untersuchten Netzwerk 1 zum Einsatz (vgl. 12.1.4).

gut. Schlussfolgerung: Die direkte Anbindung der AGnES an Hausarztpraxen wirkt einer Entstehung von Doppelstrukturen effektiv entgegen. Die Ergebnisse der AGnES-Modellprojekte waren Grundlage einer Gesetzesänderung im SGB V, die eine Überführung in die Regelversorgung ab Januar 2009 erlaubt“ (Berg et al. 2009: 3).

Daneben wird in einer explorativen Studie mit Hausärzten ebenfalls von überwiegend positiven Erfahrungen bezüglich der Delegation berichtet. Insbesondere bei chronisch kranken Patienten könnten speziell geschulte Praxismitarbeiter relativ eigenverantwortlich Versorgungsaufgaben übernehmen (Bölter et al. 2010). Im internationalen Diskurs liegen schon seit Längerem ähnliche Erkenntnisse vor: “These interventions work, [...] by creating new, more responsive systems of care for chronically ill patients rather than just adding a new provider” (Wagner 1998: 654). Auch im Rahmen von Managed Care werden Modelle der Delegation schon seit Längerem für die Organisation der Krankenversorgung vorgeschlagen (vgl. Buchanan 1998; Enthoven 2009).

10.5.3 Substitution

Im Gegensatz zur Delegation geht es bei der Substitution ärztlicher Leistungen um die Übertragung von ärztlichen Aufgaben in den Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen. Die Substitution wird aus Sicht der Ärzteschaft besonders kontrovers diskutiert, da sie als Angriff auf die historisch gewachsene *core competence* ihrer Profession gedeutet werden kann¹⁰². Im Jahr 2011 hat der G-BA für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten Richtlinien zu spezifischen Krankheitsbildern ausgearbeitet, die sukzessive in der Regelversorgung umgesetzt werden sollen, dabei jedoch den Überweisungsvorbehalt¹⁰³ von Ärztinnen und Ärzten anerkennen:

„[So] können speziell ausgebildete Pflegekräfte in den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Demenz, chronische Wunden [...] und Hypertonie heilkundliche Aufgaben übernehmen. Zu den Prozeduren zählen beispielsweise bei Diabetes mellitus Typ 2 die Erfassung einer Polypharmazie

¹⁰² Nach Savage (1994: 132ff) umfasst die professionelle „core competence“ nicht nur Aspekte der Leistungserbringung, vielmehr hat sie auch eine professionspolitische Dimension, die es gegenüber der Umwelt zu verteidigen gilt. Das zeigt die Autorin am Beispiel von US-amerikanischen Pharmazeuten, deren Interessenvertreter in langjährigen Reformen politische Schutzstrategien entwickelten, “crucial to protecting and extending their core competences” (ebd.: 147).

¹⁰³ Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (vgl. 11.11) aus dem Jahr 2015 lässt Ausnahmen des sogenannten Überweisungsvorbehaltes zu. So können Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern auch ohne Überweisung der eigentlich behandelnden Ärztinnen oder Ärzte versorgen. Auch kann bei der fachärztlichen Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (seit 2016 durch die KVen umgesetzt) der Überweisungsvorbehalt entfallen (Wikipedia: „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“, [tinyurl.com/ya4z9er5](https://de.wikipedia.org/wiki/GKV-Versorgungsst%C3%A4rkungsgesetz), 02/2019).

im Alter, eine Ernährungsberatung und Hypertonieschulung, die Versorgung chronischer Wunden und die Verordnung von Hilfsmitteln. [...] Worum es sich bei dem gefundenen Kompromiss letztendlich handelt, wird von den Beteiligten unterschiedlich ausgelegt. Während der G-BA-Vorsitzende von Substitution ärztlicher Leistungen spricht, sieht die KBV in der Richtlinie eine Form der Delegation. Sie lehnt zusammen mit der BÄK und anderen ärztlichen Spitzenorganisationen die Substitution ärztlicher Leistungen und die Lockerung des Arztvorbehaltes weiterhin strikt ab¹⁰⁴.

Diese ablehnende Haltung ärztlicher Kollektivakteure hat auch einen rechtlichen Hintergrund. Denn während die Delegation eine Rechtsgrundlage im SGB V hat, fußen die erwähnten G-BA Richtlinien auf einer Weiterentwicklung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008¹⁰⁵. Daher werden die laufenden Projekte auch als Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V) eingestuft, bei denen von einer „Übertragung ärztlicher Leistungen“ (Achterfeld 2014: 233) gesprochen wird. Aber auch die haftungsrechtlichen Konsequenzen sind hier von großer Wichtigkeit, die sowohl die Delegation als auch die Substitution betreffen.

Dazu ein kurzer Exkurs: Haftungsrechtlich wird zwischen vertikalen und horizontalen Formen der Zusammenarbeit unterschieden. In der vertikalen Form werden Aufgaben zum Beispiel an das Praxispersonal oder angestellte Fachpflegekräfte delegiert, die Haftung bei „Instruktions-, Überwachungs-, Delegations- und Auswahlmängeln“ (Bergmann/Wever 2014: 55) liegt dann ganz auf ärztlicher Seite. Dementsprechend sollten keine Leistungen delegiert werden, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit und Unvorhersehbarkeit zwingend vom Arzt zu erbringen sind (ebd.: 51). Dem ist nicht so bei der horizontalen Zusammenarbeit, die, aus haftungsrechtlicher Sicht, bislang der Ärzteschaft alleine vorbehalten war. In deren Rahmen delegiert eine Ärztin oder ein Arzt eine Aufgabe an eine Fachkollegin oder einen Fachkollegen. Hier gelten die Prinzipien der „Gleichstellung der Behandler“ und die „Weisungsfreiheit“. Entsprechend entfallen auch alle „Überwachungspflichten“ (ebd.: 52) aufseiten der Delegierenden. Es gilt der „Vertrauensgrundsatz [...] solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen der Kollegen erkennbar werden“ (ebd.: 54). Sowohl bei der vertikalen auch als bei der horizontalen Delegation ist die Dokumentation der erbrachten Leistungen, die eine „Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag“ (ebd.: 147) ist, eine wichtige Aufgabe. Dies gilt umso mehr für Versorgungseinrichtungen wie zum Beispiel die MVZ. Denn in diesen kann ein

¹⁰⁴ Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2011): „Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten: Substitution vs. Delegation“ (tinyurl.com/yd9c8q83, 02/2019).

¹⁰⁵ Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2015): "Delegation und Substitution: Wer wann wo behandeln darf" (tinyurl.com/y67rz88n, 02/2019).

Behandlungsvertrag nicht mehr nur zwischen der Ärzteschaft und den Patienten, sondern auch zwischen dem MVZ und den Patienten zustande kommen. Im Schadensfall können sowohl das MVZ als auch die Ärzteschaft belangt werden. Entsprechend umfangreich sind Dokumentationen und Haftpflichtversicherungsschutz zu gestalten (vgl. Ulsperger/Lutz 2011: A1698). Exkurs Ende.

Vor diesem Hintergrund hätte die Übertragung ärztlicher Leistungen im Sinne einer Substitution weitreichende Auswirkungen, die in der Zusammenarbeit geregelt sein müssen, denn:

„Im Gegensatz zur Delegation obliegt bei der Substitution nicht mehr dem Arzt die (Letzt-)Verantwortung für die Behandlung, sondern die zivilrechtliche [...], vertragliche [...], deliktische [...], strafrechtliche [Aspekte] gehen auf das nichtärztliche Personal selber über, dessen Haftung [...] sich dann erweitert“ (Achterfeld 2014: 237).

Hierbei ist noch unklar, „an welchem Sorgfaltsmaßstab sich das nichtärztliche Personal messen lassen muss“ (ebd.). Ebenfalls ist die „Haftung für Aufklärungsfehler“ (ebd.: 238) außerhalb von Modellvorhaben noch unklar. Auch wäre bei der Substitution eine verbleibende Zuständigkeit aufseiten der Ärztinnen und Ärzte wenig sinnvoll, weil so die „Vorteile einer jedweden Substitution unterlaufen würde“ (ebd.: 239).

11 Ereignisse und Entwicklungen

Die nachfolgenden Ereignisse und Entwicklungen sind der für diese Arbeit ausgewerteten Literatur entnommen (vgl. Anhang D1). Als „Geschichte der sozialen Absicherung von Gesundheitsrisiken“ (Knieps 2017a: 7) strukturieren sie den in Teil V dargestellten Pfadverlauf vor. Denn:

„Einige für das deutsche Gesundheitswesen besonders charakteristische Merkmale lassen sich bis auf die Sozialpolitik im Deutschen Kaiserreich zurückverfolgen. Selbstverwaltung und Korporatismus wurzeln ebenso in lange zurückliegenden Weichenstellungen [wie die] zersplitterten Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung“¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Quelle: Bundeszentrale für Politische Bildung: „Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens“ (tinyurl.com/pc6qzm4, 02/2019).

11.1 Krankenversicherungsgesetz

Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Staat, das Deutsche Reich, aktiv, um den auf Gesundheit bezogenen Folgen der Industrialisierung, wie gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen, Verelendung von Wohnquartieren in den schnell wachsenden Städten und dem Wegfallen traditioneller Sicherungsgemeinschaften (v.a. Großfamilien), zu begegnen (Eberle 1997). Die Bismarck'schen Sozialreformen zählen zu diesen Maßnahmen.

„Das Krankenversicherungsgesetz [des Jahres 1883] bestimmte erstmals eine einheitliche allgemeine Versicherungspflicht für Industriearbeiter sowie Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben. Es garantierte einen Rechtsanspruch [...] auf ärztliche Behandlung“ (Deppe 2005: 13, Hervorhebungen im Original). Es ist daher als „Geburtsstunde der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der modernen Sozialversicherung [...] anzusehen. [...] Seit Inkrafttreten dieses Gesetzes prägen grundlegende Strukturprinzipien [...] die GKV, auch wenn sich Aufgaben- und Leistungsspektrum im Lauf der Zeit erheblich verändert haben (Eberle 1997: 15, Hervorhebungen im Original).

Seitdem zählen die fünf Zweige der Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Renten-, Arbeitslosenversicherung) zum sozialen Sicherungssystem. Zudem konstituierten sich die sogenannten Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversorgung. Dazu zählen das Versicherungsprinzip, Solidarprinzip, Sachleistungsprinzip, Prinzip der Beitragsstabilität und Prinzip der gegliederten Krankenversicherung (vs. Einheitsversicherung) (ebd.: 21ff, vgl. 10)¹⁰⁷. Mit der Ausweitung des Versicherungsschutzes, respektive steigenden Versichertenzahlen (vgl. Schmidt/Ostheim 2007) wuchs Ende des 19. Jahrhunderts auch der Einfluss der Krankenversicherungen. Da diesen zunächst auch der Sicherstellungsauftrag in der Krankenversorgung oblag, bestimmten sie maßgeblich die Höhe der stationären Behandlungs- und Pflegekosten und damit auch die Höhe der ärztlichen Honorare (angestellte Krankenhausärzte, Belegärzte mit ambulanter Praxis), um deren Ausgestaltung sich dauerhafte Konflikte entwickeln sollten (Rosewitz/Webber 1990: 33ff).

¹⁰⁷ Die private Krankenversicherung (PKV) geht ebenfalls auf die Bismarck'schen Sozialreformen zurück. Zunächst gründeten sich „entsprechende Einrichtungen und Gesellschaften, bei denen [...] vor allem Lehrer und Beamte [versichert waren]. Im Laufe der Jahre bildeten sich immer mehr Versicherungsgesellschaften heraus, bei denen die Mitglieder aus unterschiedlichen Tarifen wählen konnten. Nach dem 2. Weltkrieg wurde das System der privaten Krankenversicherung in der sowjetischen Besatzungszone verboten. [In der BRD wurde im Jahre 1970] mit dem zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz den privaten Krankenversicherungen eine dauerhafte Existenz zugesagt [...]. Heute ist das zweigliedrige System aus gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in Deutschland fest verankert“ (PKV: „Geschichte der Krankenversicherung“, www.pkv-gesundheit.de/pkv-historie, 02/2019).

11.2 Konfliktreicher Weg zum Kollektivvertrag

Als Reaktion auf jahrelange Honorarstreitigkeiten zwischen Ärzteschaft und den Krankenversicherungen begann in den 1920er Jahren eine umfassende Neuausrichtung in der GKV.

„Hatten nach 1883 Individualverträge [synonym zu verwenden zu Direkt- oder Einzelverträgen] zwischen dem einzelnen Arzt und der Kasse die Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und Leistungserbringern bestimmt, so verdrängte nach und nach die kollektiv-rechtliche Ausgestaltung des Vertrags- und Vergütungssystems die Individualverträge. Meilensteine auf dem Weg dahin war das Berliner Abkommen aus dem Jahre 1913, Ärztestreiks in den Jahren 1920 und 1923 [...]“ (Reucher 1999: 13).

Mit dem Berliner Abkommen wurde die Vertragsfreiheit der Krankenversicherungen erstmalig überregional stark eingeschränkt und die bis dato üblichen „kassenärztliche[n] Einzelverträge [in ein kollektivvertragliches System überführt], wodurch dieses Abkommen den Beginn des Übergangs vom Einzel- zum Kollektivvertrag markierte“ (Rosewitz/Webber 1990: 17f). Das ursprünglich auf zehn Jahre begrenzte Abkommen wurde während der Weltwirtschaftskrise in den 1920er Jahren, nicht zuletzt, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten, per Notverordnung zum Gesetz. In diesem Zusammenhang ist auch die Rolle des Gesetzgebers erwähnenswert, der erstmalig regulativ eingriff.

Im Jahr 1913 nahm der Staat „zum ersten Mal eine aktive Rolle als Vermittler zwischen den Krankenkassen und Ärzten ein, um den Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung zu vermeiden. [Denn es war] bei den Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen immer wieder zu streikähnlichen Zuständen gekommen. Das Berliner Abkommen war der erste große Versuch, die vertragsrechtlichen Beziehungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und denen der Ärzte zu systematisieren“¹⁰⁸.

Das Berliner Abkommen markiert daher auch den zeitlichen Beginn der gemeinsamen Selbstverwaltung. Erstmals wurde ein System paritätisch besetzter Ausschüsse geschaffen.

„Dessen Funktionsfähigkeit wurde durch die Beteiligung neutraler, von staatlicher Seite bestellter Beisitzer oder über ein Verfahren der Zwangsschlichtung durch Schiedsämter mit staatlicher Beteiligung gesichert. [...] Mit dem Berliner Abkommen fiel für die Krankenversicherung eine bis heute fortwirkende Strukturentscheidung [bestehend aus einer Mischung von] gemeinsamer

¹⁰⁸ Quelle: Niedersächsisches Ärzteblatt: „100 Jahre Berliner Abkommen“ (tinyurl.com/qx9xrof, 02/2019).

Selbstverwaltung zwischen organisierter Ärzteschaft und Kassenverbänden [und einer] prominenten Beteiligung des Staates, sowohl in der Funktion der neutralen Schiedsinstanz, als auch als Garant der eigentlich rein privat-rechtlichen Übereinkunft der Konfliktparteien [...]“ (Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 9f).

Diese Strukturmerkmale der GKV können auch als Teil eines mit Zwangselementen durchsetzten staatlichen Wohlfahrtskonzepts beschrieben werden (vgl. ebd.). Das daraus hervorgehende korporatistische Steuerungsmodell kann man – was das hier verwendete Pfadmodell anbelangt – als dasjenige bezeichnen, das zur Entstehung fragmentierter Versorgungsstrukturen beiträgt (vgl. 14.1.4). Mit Blick auf die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung ist ein zeitgleich entstehender Konflikt zwischen Niedergelassenen und den Krankenhäusern um die Frage der Zuständigkeit in der ambulanten Krankenversorgung zu erwähnen. Auch bei diesem musste sich der Staat, unter Beteiligung der damaligen Bundesstaaten (vergleichbar mit den heutigen Bundesländern), vermittelnd einschalten. Auslöser des Konfliktes waren Reformen in der Krankenhausfinanzierung (duale Finanzierung der Bundesstaaten- und Kasseneinnahmen) sowie steigende Angstelltenzahlen beim ärztlichen Personal, die für eine gesundheitspolitische Emanzipierung der Krankenhäuser gegenüber der niedergelassenen Ärzteschaft führte. Beide Seiten beanspruchten Zuständigkeiten in der Leistungserbringung an der Schnittstelle ambulanzstationär (Rosewitz/Webber 1990: 33ff). Es institutionalisierte sich ein Interessenkonflikt zwischen dem stationären und ambulanten Leistungssektor, der sich in Phase II des hier vorgestellten Pfadmodells in verschiedenen Abgrenzungsprozessen zwischen den Sektoren niederschlägt (vgl. 14.2). Aber auch gegenwärtig ist der Konflikt noch nicht zufriedenstellend gelöst. So empfehlen Nagel et al. (2017: 51) in einem Gutachten für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), dass es zukünftig gelte, „eine effektive und effiziente Zusammenarbeit an der Sektorengrenze sicher zu stellen und zu verhindern, dass sich durch die Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich Lücken in der Versorgung ergeben“.

11.3 Sicherstellungsauftrag und Kassenärztliche Vereinigungen

Aufgrund steigender Versichertenzahlen in der GKV wurde im Übergang vom 19. auf das 20. Jahrhundert die Frage der Versorgungssicherheit dringlicher.

„Verbesserungen [im Umfang des Versicherungsschutzes] gab es vor allem im Leistungsrecht. [...] 1883 als Arbeiterversicherung gegründet, erfasste die GKV bereits 1914 mehr als 35% der

deutschen Bevölkerung. In den Jahren der Weimarer Republik, des Dritten Reiches und ebenso in der Bundesrepublik setzte sich dieser Trend weiter fort [...]“ (Reucher 1999: 13, Hervorhebungen im Original).

Kurz vor dem Berliner Abkommen trat im Jahr 1912 die Reichsversicherungsordnung (RVO) in Kraft (die seit 1975 schrittweise durch das fünfte Sozialgesetzbuch abgelöst wird). Die RVO war die ursprüngliche Rechtsnorm zur Regelung der Aufgabenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die RVO „fasst die Gesetze über Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung zusammen und bildet das grundlegende Gesetz für die Sozialversicherung. Die einzelnen Gesetzesteile treten getrennt in Kraft, und zwar 1912 die Invalidenversicherung, 1913 die Unfallversicherung und 1914 die Krankenversicherung“ (Eberle 1997: 16).

Die RVO trug nicht nur zu einer Ausweitung des Versicherungsschutzes bei, sie definierte auch erstmalig einen Leistungskatalog und brachte damit eine größere Verbindlichkeit in die Krankenversorgung, indem sie einen Anspruch auf Versorgungsleistungen definierte¹⁰⁹.

„Die Ausdehnung der GKV auf immer weitere Bevölkerungskreise blieb nicht ohne Folgen für die Ausgestaltung der Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern, d.h. den Krankenkassen, und den Leistungserbringern, hier vor allem die Ärzteschaft. Die Erweiterung des Versichertenkreises hatte nämlich zur Folge, dass die GKV in zunehmendem Maße zur maßgeblichen finanziellen Grundlage für die Einkommen diverser Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Apotheker) wurde. Im Vordergrund standen damit seit 1883 Auseinandersetzungen ihrer vertraglichen Beziehungen und die Honorierung der ärztlichen Leistung“ (Reucher 1999: 13).

In dieser Phase der starken Expansion der Krankenversicherung verwundert es nicht, dass das gesundheitspolitische Mitgestaltungsinteresse aufseiten der ärztlichen Kollektivakteure größer wurde. In der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung konnten die Verbände der

¹⁰⁹ Der Leistungskatalog umfasste zunächst eine „freie ärztliche Behandlung, freie Arzneimittel, kleinere Heilmittel“ sowie Krankengeld, Sterbegeld und Wöchnerinnenunterstützung (Sozialversicherung kompetent: „Geschichte der Krankenversicherung“, tinyurl.com/ybu45lfl, 02/2019). Im Jahr 2019 definiert das Bundesministerium für Gesundheit den Leistungskatalog wie folgt: „Einen wirklichen ‚Katalog‘ im Sinne einer Liste gibt es nicht. Der Leistungskatalog ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung hat. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (BMG, Begriffe A-Z: „Leistungskatalog der Krankenversicherung“, tinyurl.com/y2zdy6px, 02/2019).

Ärzteschaft schon bald einen richtungsweisenden Erfolg erwirken. Mit der „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ des Jahres 1923 ging erstmalig der Sicherstellungsauftrag von den Krankenversicherungen an die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse über (im Rahmen der novellierten RVO des Jahres 1932 dann an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Nachfolgeorganisationen der Kassenärztlichen Zusammenschlüsse). Mit der Etablierung der Kassenärztlichen Zusammenschlüsse „als zentrale Körperschaft[en] des öffentlichen Rechts“ (Gerst 2004: 16f) verfolgte die Ärzteschaft in der ambulanten Krankenversorgung zwei Zielrichtungen: Zum einen die Schaffung von politisch gewichtigen Dachorganisationen zur Bündelung und Durchsetzung professionspolitischer Interessen. Zum anderen die Beendigung einzelvertraglicher Vertragsbeziehungen zwischen den Niedergelassenen und den Krankenversicherungen. Diese Entwicklungen können als Baustein eines *institutional cluster* zur Entstehung fragmentierter Versorgungsstrukturen in Phase II des beschriebenen Pfadmodells definiert werden (vgl. 14.1).

11.4 Vereinheitlichung und Zentralisierung

Die Machtergreifung der Nationalsozialisten im Jahr 1933 führte zunächst zu einer umfassenden Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. In der ambulanten Krankenversorgung ersetzten zentral gelenkte Kassenärztliche Vereinigungen die gerade erst gegründeten regionalen Gebietskörperschaften der KVen. Der Erhalt eines kriegstauglichen Volkskörpers als Auftrag (vgl. Donhauser 2007) und die ideologische Überformung der Begriffe Vererbung und Rasse erfassten große Teile der Krankenversorgung. Auch vergleichsweise neue Entwicklungen in der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung, die im Kontext der Hygienebewegung entstanden waren (vgl. 11.12.1), wurden als Rassenhygiene ideologisch umgedeutet und missbraucht (vgl. Nikolow/Steller 2011; Simunek/Hoßfeld 2011). Die Nürnberger Ärzteprozesse (1946/47) markierten die beginnende Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit im Gesundheitswesen (vgl. Leven 2017). Auf die historischen Entwicklungen der Krankenversorgung in den Jahren 1933-45 wird nicht weiter eingegangen. Der Fokus liegt auf der Untersuchung der strukturellen Aspekte der Krankenversorgung vor 1933 und deren Aufgreifen nach 1945.

11.5 Restauration in der Nachkriegszeit

In Nachkriegsdeutschland (West) knüpfte man zügig an das in der Weimarer Republik entstandene System der Krankenversorgung an (Genschel 1997; Lindner 2004). Dementsprechend hatte auch die Gesetzgebung im Bereich der GKV einen „überwiegend

restaurativen Charakter“ (Reucher 1999: 246), wobei die bereits im Kaiserreich angelegte korporatistische Steuerung favorisiert wurde.

„Damit hat der Gesetzgeber einen ‚dritten Weg‘ zwischen den denkbaren Modellen einer zentralorganisierten Sozialversicherung (Gesundheitsdienst) und einer dezentral individualistischen, auf der Entscheidungskompetenz der Beteiligten beruhenden Ordnung gewählt [...]“ (Schirmer 1997a: A-1793).

Im Zuge dessen wurden auch zunächst der staatliche Einfluss und der Einfluss der Krankenversicherungen auf die Organisation und Ausgestaltung der Krankenversorgung zugunsten der ärztlichen Kollektivakteure reduziert (vgl. Gerst 2004). In der ambulanten Krankenversorgung waren die Reformbemühungen der Nachkriegsjahre durch schnelle Anpassungen an den Status vor 1933 geprägt. In Westdeutschland nahmen die Ärztekammern ihre Arbeit wieder auf. In der ärztlichen Selbstverwaltung (KV-System) setzten sich dezentrale Organisationsprinzipien durch, die in den föderalen Strukturen der sich gründenden Bundesrepublik ihre Entsprechung fanden (Gerst 2004: 139ff). Ab 1952 erhielten die Sozialversicherungsträger ihre Staatsunabhängigkeit zurück und die gemeinsame Selbstverwaltung zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherungen eine neue gesetzliche Grundlage (siehe unten). Als Vertragsbasis diente das kollektivvertragliche System (vgl. 11.2). Die Entwicklung in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und der späteren DDR nahmen einen anderen Verlauf. Die Sozialversicherungsträger wurden vereinheitlicht und der Einfluss der ärztlichen Profession stark eingeschränkt. Zwar durften sich Ärztinnen und Ärzte weiterhin niederlassen, die Ärztekammern wurden jedoch abgeschafft und die Kassenärztlichen Vereinigungen dienten vor allem als „Abrechnungsstellen“ (Müller 1997: 250).

11.6 Kassenarztrecht

Mit dem im Jahr 1955 in Kraft getretenen Gesetz über die Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenversicherungen, dem Kassenarztrecht, „verfestigte der Gesetzgeber den vorgefundenen Rechtszustand“ (Schirmer 1997a: A-1792). Das Kassenarztrecht (seit 1993 Vertragsarztrecht) fußt auf der Reichsversicherungsordnung (RVO) (vgl. 11.3) und bestand zunächst nur aus einem Satz. Dieser besagte, dass die Beziehungen zwischen Krankenversicherungen und Ärzten schriftlich zu regeln seien (Berner 2014: 10). „Seit 1989 ist es [...] im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) kodifiziert“ (ebd.). In der ambulanten Krankenversorgung erhob das Kassenarztrecht die wiedergegründeten KVen zu

Körperschaften des öffentlichen Rechts und verpflichtete die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Mitgliedschaft (Bundesgesetzblatt 1955). Im Zuge des Kassenarztrechts wurde auch „die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und die Gewährleistung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungsweise“ (Wendt 2009: 96) auf die KVen übertragen, die damit eine Aufsichtsfunktion über die niedergelassene Ärzteschaft erhielten (vgl. Lindner 2004: 66). Prägend für das Kassenarztrecht und spätere Vertragsarztrecht, „ist der Gedanke der Selbstverwaltung, d.h. wesentliche Inhalte werden in Gremien vereinbart, die paritätisch mit Ärztevertretern und Krankenkassenvertretern [...] besetzt sind“ (Berner 2014: 10). Im hier untersuchten Pfadverlauf sollte das Kassenarztrecht unter anderem zur Finalisierung des kollektivvertraglichen Systems (Unterbindung von Vertragswettbewerb) und einer dauerhaften Etablierung eines ärztezentrierten Versorgungssystems beitragen (vgl. 14.1.1; 15.1.2).

11.7 Mengenausweitung

In den 1950er bis 1960er Jahren weitete sich der Leistungsumfang in der Krankenversorgung stark in der ehemaligen BRD aus. Für die Krankenversicherungen war dies eine schwierige Situation, weil sie wenig steuernden Einfluss auf die Menge und die Preisgestaltung von Versorgungsleistungen hatten, die sie über Einzelleistungshonorierungen an KVen abzuführen hatten (Rosewitz/Webber 1990: 291ff). Diese Situation änderte sich erst mit der Einführung neuer Steuerungsinstrumente im Zuge der Kostendämpfungspolitik (siehe unten). Mit Blick auf die ambulante Krankenversorgung wurde und wird die Mengenausweitung unter anderem mit der sogenannten doppelten Facharztschiene begründet. Da in Deutschland fachärztliche Angebote sowohl im ambulanten als auch im stationären Leistungssektor vorgehalten werden, sehen Kassenvertreter das als einen Kostentreiber in der Krankenversorgung, während ärztliche Kollektivakteure hier keinen Zusammenhang feststellen können¹¹⁰.

¹¹⁰ Dazu die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverband Pfeifer: „Fachärztliche Leistungen werden in Deutschland vielfach doppelt erbracht. Diese Doppelversorgung macht die Patienten jedoch nicht gesünder, kostet aber unnötig das Geld der Beitragszahler und findet sich in keinem anderen Land in dieser Form wieder.“ (GKV-Spitzenverband: „Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende: Doppelte Facharztschiene unnötig und teuer“, tinyurl.com/zvlmjpf, 02/2019). Demgegenüber argumentiert die Kassenärztliche Vereinigung Berlin auf Grundlage einer Studie des IGES Instituts aus dem Jahr 2007, dass durch die doppelte Facharztschiene weder Überkapazitäten noch zusätzliche Kosten entstehen (IGES 2007).

11.8 Kostendämpfung

In den 1970er Jahren wurde erstmals deutlich, dass die Leistungsfinanzierung in der Krankenversorgung reformiert werden sollte¹¹¹.

Dabei verfolgte die einsetzende Kostendämpfungspolitik¹¹² „die Zielsetzung, das erreichte medizinische Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten, den medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und den dafür erforderlichen Finanzbedarf mit der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in Übereinstimmung zu bringen“ (Schirmer 1997b: A-1863).

Erwähnenswert ist die damals beginnende Umstellung der Leistungsvergütung „in ein System der Berechnung nach Einzelleistungen“ (Schirmer 1997a: A-1793), von dem sich der Gesetzgeber eine Verbesserung der Kostensteuerung versprach¹¹³.

In den 1980er Jahren wurde die Kostendämpfung mit mehreren Gesundheitsreformen im Rahmen der sogenannten „konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ fortgeschrieben. Diese entfaltete jedoch eine eher strukturkonservierende Wirkung, weil in den Reformen die Einnahmen- und Ausgabenpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung stark miteinander gekoppelt wurden (Beitragsstabilität der Lohnnebenkosten als politische Vorgaben)¹¹⁴.

In der ambulanten Krankversorgung sollte dies, unter anderem, mit einer „Einführung einer kassenärztlichen Bedarfsplanung [und einer] Reform der Gebührenordnung für Kassenärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die kassenärztlichen Leistungen (EBM) [erreicht werden.] [Mit dem neuen EBM] sollte zum einen die Ausweitung von technisch-apparativen Leistungen zurückgeführt werden und zum anderen die Honorarverteilung unter

¹¹¹ Auch nach den 1970er Jahren stiegen die Gesamtausgaben für das Versorgungssystem im Vergleich zum BIP an, und die Beitragssätze der Versicherten erhöhten sich (Wendt 2009). Insgesamt bewegten sich die Gesamtausgaben jedoch auf einem relativ konstant steigenden Niveau, sodass der hin und wieder bemühte Begriff der Kostenexplosion, zumindest bezogen auf die Gesamtkosten in der Krankenversorgung, sich empirisch nicht belegen lässt (Bandelow 2004).

¹¹² Die maßgeblichen Gesetze waren das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (Bandelow 2004).

¹¹³ In der ambulanten Krankenversorgung folgen diesem Prinzip auch die ab 2002 eingeführten Disease Management Programme (DMP), die unter anderem durch eine Standardisierung von ausgewählten Versorgungsabläufen positive Kosteneffekte erzielen können (Bodenheimer 2000).

¹¹⁴ Unter anderem vor dem Hintergrund steigender Lohnzusatzkosten, die sich nachteilig auf die Konkurrenzfähigkeit deutscher Unternehmen auswirken können, „bemüht sich die Politik seit langem um Beitragsstabilität. Allein zwischen 1976 und 1996 sind 46 größere Gesetze und 6.800 Einzelbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft getreten, um die Kosten des Medizinbetriebs in den Griff zu bekommen – bislang ohne großen Erfolg (Eberle 1997: 4). Besonders relevante Rechtsnormen in den 1970er und 1980er Jahren waren das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (1977), das Haushaltsbegleitgesetz (1982), das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (1981), das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (1984), das Gesetz über die kassenärztliche Bedarfsplanung (1986), das Gesundheits-Reformgesetz (1988) (Bundeszentrale für politische Bildung: „Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012“, tinyurl.com/zbaeuqx, 02/2019).

den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gerechter gestaltet werden¹¹⁵. Beitragserhöhungen und Ausweitungen von individuellen Zuzahlungen auf Seite der Versicherten beziehungsweise der Patienten ergänzten diese Maßnahmen.

Die Ärzteschaft stand diesen Reformen kritisch gegenüber. Durch die „Kombination von Globalsteuerung durch die Konzertierte Aktion [...] und durch Vertragsinstrumente auf Bundesebene einerseits und Instrumentarien zur Lenkung insbesondere des ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsverhaltens durch Wirtschaftlichkeitsvorgaben und Wirtschaftlichkeitsprüfungen andererseits“ (Schirmer 1997b: A-1864), erwartete man zu große Einschnitte in der alltäglichen Versorgungspraxis und eine Einschränkung der ärztlichen Handlungsfreiheit. Stobrawa (2001: 135) resümiert aus Sicht der Bundesärztekammer, dass die konzertierte Aktion nur wenig praktikable Lösungen in der Krankenversorgung hervorgebracht hat.

11.9 Einführung der Budgetierung

In den 1990er Jahren wurden im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) „Praxisbudgets mit so genannten Regelleistungsvolumina (vgl. 10.2.2) eingeführt, die sich aus einer pauschal vergüteten Ordinationsgebühr und einzeln vergüteten Leistungen zusammensetzen“ (Braun et al. 2006: 11). Die gesundheitspolitische Stoßrichtung dieser und folgender Reformen, war die Schaffung eines Anreizsystems, das die Leistungserbringer veranlassen sollte, „sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengengrenzung zu orientieren, [wobei] die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen sowie die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudgets für die Leistungserbringer [zu den Instrumenten dieser Reformen gehören]“ (Gerlinger 2002: 7). Bei den Niedergelassenen stießen die Budgetierungsversuche auf Widerstand, da diese ihre Handlungsautonomie als „flexibles, selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Arbeiten“ (Hänel/Hermann 2012: 16) in Gefahr sahen.

„Der Arzt gerät zunehmend [...] in ein Spannungsfeld zwischen immer besseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten als Folge des medizinischen Fortschritts einerseits und begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens zu deren Finanzierung andererseits. In diesem Spannungsverhältnis droht die ärztliche Entscheidungsfreiheit des niedergelassenen Vertragsarztes unter dem auf ihn lastenden Budget- und Regressdruck zur Zuteilungsmedizin reduziert zu werden“ (Hess 2009: 117).

¹¹⁵ Ebd.

Trotzdem wurden Praxisbudgetierungen mit Regelleistungsvolumina eingeführt, um Mengeneffekten (vgl. 10.2.2) bei den Niedergelassenen entgegenzuwirken. Da die Praxisbudgets jedoch eine Abstufung der Fallpunktzahlen (vgl. ebd.) vorsahen, die bei einem Überschreiten des Fachgruppenschmitts zudem weiter gekürzt wurde, führte dies bei den Niedergelassenen unter anderem zu einer Reduzierung der Patientenzahl oder Sprechstundendauer, um „das Verhältnis von Punktwert und Leistungsmenge in Einklang mit dem Praxisbudget zu bringen“ (Braun et al. 2006: 11f). Sodass wiederum mit Braun (ebd.: 12) resümiert werden kann, dass solche auf einzelne Leistungserbringer zielende Maßnahmen wenig Effekte auf die Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung haben.

11.10 Evidenzbasierte Medizin

Ebenfalls in den 1990er Jahren gewann die evidenzbasierte Medizin (EBM) an Bedeutung. Auch wenn es sich bei ihr um kein zu spezifizierendes Ereignis handelt, ist sie doch bedeutsam für den Pfadverlauf ab dieser Zeit. Die EBM wird als sorgfältiges und gegebenenfalls leitliniengestütztes, jedoch nicht zwingend standardisiertes Versorgungshandeln definiert.

„EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“¹¹⁶.

Die historischen Vorläufer der EBM liegen in der sogenannten Verwissenschaftlichung der Medizin. Einer ihrer zentralen Akteure war Rudolf Virchow (1821-1902), Arzt und Mitherausgeber der Zeitschrift „Medizinische Reform“, deren Ziel es war, die Medizin auf naturwissenschaftliche Fundamente zu stellen, um so der Erfahrungsmedizin entgegenzuwirken. Im hier untersuchten Pfadverlauf ist diese Entwicklung eine, die zu systemischen Schließungsprozessen gegenüber nichtärztlichen Leistungserbringern führt (vgl. 13.1.2). Zu Zeiten Virchows wird die EBM recht weit gefasst, denn sie umfasst sowohl individualmedizinische als auch sozialmedizinische Ansätze, die auf eine positive Beeinflussung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse abstellt (Hardy 2005: 114; vgl. 11.12.1). In Deutschland kann der Beginn „die naturwissenschaftliche Ära der Medizin“ (ebd.: 111) daher auf die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts datiert werden.

¹¹⁶ Quelle: EBM Netzwerk: „Leitartikel David Sackett“ (tinyurl.com/zsesntn, 02/2019).

11.11 Reformgeschichte der Versorgungsintegration

In der Krankenversorgung folgt eine Reform der anderen, „da beständig Kritik geübt und Veränderungsbedarf festgestellt und artikuliert wird“ (Borgetto/Kälble 2007: 92 in Bezug auf Mayntz/Rosewitz 1988). Dies gilt auch für die Reformperspektive Integration (vgl. 1.1). Für die nachfolgende Darstellung wurden aus dieser Reformgeschichte Einzelnormen und Reformaspekte ausgewählt, die auf die Erweiterung von Handlungsspielräumen und Veränderungen in der Aufgabenverteilung unter den Leistungserbringern in der ambulanten Krankenversorgung zielen, beziehungsweise, die eine auf die Versorgungsintegration ausgerichtete Organisationsentwicklung zum Gegenstand haben (Quellen: Brandhorst 2017: 15ff; Bundeszentrale für politische Bildung¹¹⁷; AOK Bundesverband¹¹⁸; Bundesministerium für Gesundheit¹¹⁹).

¹¹⁷ Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: „Gesetzliche Regelungen zur Integration von Versorgungsstrukturen“ (tinyurl.com/jb9h6js, 02/2019).

¹¹⁸ Quelle: AOK Bundesverband: „Gesundheitsreformen“ (tinyurl.com/y3g9o3td, 02/2019).

¹¹⁹ Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html (12/2019).

	Rechtsnormen	Reformaspekte
1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)	<ul style="list-style-type: none"> • neue gesetzliche Grundlage für die GKV (großteilige Überführung der RVO ins SGB V, vgl. 11.3) • Einführung von Präventionsmaßnahmen (z.B. Früherkennung)
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Budgetierungen • stärkere Konturierung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich und Definition des Primats der hausärztlichen vor der fachärztlichen Versorgung • vor- und nachstationäre Behandlung durch Krankenhäuser unter Beteiligung von Niedergelassenen (z.B. ambulantes Operieren)
1997	Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte oder Verbände von Hausärzten können (finanzielle) Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit übernehmen (Strukturverträge) • Möglichkeit zur Durchführung von Modellvorhaben (mit Einzelverträgen) seitens der Leistungserbringer und/oder KVen
2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG)	<ul style="list-style-type: none"> • Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgung zwischen Krankenversicherungen, Krankenhausträgern oder Gemeinschaften von Krankenhausträgern, Ärztinnen und Ärzten und/oder KVen • Erweiterung der Präventionsleistungen • Lotsenfunktion für Hausärzte
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (GKV-RSA)	<ul style="list-style-type: none"> • Disease Management Programme (DMP) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Versorgung bei ausgewählten Krankheitsbildern • Erweiterung des RSA um Morbiditätsorientierung (vgl. 10.2.3)
2003	GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG)	<ul style="list-style-type: none"> • KVen sind nicht mehr zwingend an IV-Verträgen zu beteiligen • Kreis der IV-Vertragspartner ausgeweitet (v.a. Ärztinnen und Ärzte, MVZ, Managementgesellschaften) • Förderung der Errichtung von MVZ (u.a. fachübergreifende Anstellung von Ärztinnen und Ärzten) • Krankenversicherungen erhalten das Recht zur finanziellen Förderung der integrierten Versorgung (z.B. Anschubfinanzierung für Ärztenetzwerke, vgl. 12) • Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung
2007	Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG)	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilisierung vertragsärztlicher Tätigkeit (u.a. erweiterte fachübergreifende Anstellungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten in Praxen und MVZ) • erweiterte Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulantem und stationärem Leistungssektor (z.B. Optimierung von Behandlungsabläufen) • Verlängerung der Anschubfinanzierung (aus GKV-GMG)
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	<ul style="list-style-type: none"> • flächendeckende Förderung der hausarztzentrierten Versorgung seitens der Krankenversicherungen • Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung • Einbeziehung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in Verträge zur integrierten Versorgung
2011	Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug von Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern in Verträge zur integrierten Versorgung

Tabelle 10: Ausgewählte Rechtsnormen zur Versorgungsintegration (Teil 1)

	Rechtsnormen	Reformaspekte
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Ärztenetzwerken durch Honorarzuschläge oder Honorarvolumen seitens der KVen • ambulante spezialfachärztliche Versorgung (SAPV) als neuer Versorgungsbereich in der ambulanten Versorgung seltener Erkrankungen • Residenzpflicht von Vertragsärzten entfällt¹²⁰
2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Ärztenetzwerken seitens der KVen (u.a. gesonderte Vergütungsregeln) • hausarztzentrierte Versorgung darf Leistungen außerhalb der Regelversorgung beinhalten • Anreize zur Niederlassung in strukturschwachen Gebieten • fachgleiche MVZ werden möglich (vgl. VÄndG) • Kommunen als Träger von MVZ zugelassen • Innovationsfonds zur Förderung besonderer/neuer Versorgungsformen
2015	Präventionsgesetz (PrävG) ¹²¹	<ul style="list-style-type: none"> • Förder- und Finanzierungsmöglichkeiten von Leistungen in der lebensweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung
2015	E-Health-Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Informationsweitergabe (bspw. Arztbriefe/Überweisungen, Medikationspläne) • E-Health-Anwendungen (bspw. Telekonsil)
2019	Digitale-Versorgungsgesetz (DVG)	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (Regelversorgung) • Stärkung der Soft- und Hardwarevernetzung bei Niedergelassenen

Tabelle 10: Ausgewählte Rechtsnormen zur Versorgungsintegration (Teil 2)

11.12 Alternative Szenarien

Die Untersuchung von Pfadbrüchen verlangt empirisch nachgewiesene oder zumindest theoretisch begründbare Alternativen zum tatsächlich erfolgten Pfadverlauf, um sicherzustellen, dass es sich bei diesem um keine Innovation, sondern um eine Ergebnis-Variante in einer Ereigniskette handelt (vgl. 2.7). Die nachfolgend dargestellten Ereignisse sind solche alternativen Szenarien, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Verlaufsrichtung des untersuchten Pfades hätten beeinflussen können.

¹²⁰ Zur Residenzpflicht schreibt das Bundesministerium für Gesundheit: „In der Vergangenheit waren Vertragsärzte und Vertragszahnärzte bis auf wenige Ausnahmen gesetzlich verpflichtet, ihren Wohnsitz in der Nähe ihrer Praxis zu wählen. Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist diese so genannte Residenzpflicht für alle Vertrags(zahn)ärzte entfallen. Nach wie vor gilt aber, dass Vertrags(zahn)ärzte ihre Sprechstunden für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung so einzurichten haben, dass diese entsprechend ihrem Behandlungsbedarf medizinisch versorgt werden können“ (BMG, Begriffe A-Z: „Residenzpflicht“, tinyurl.com/yyglgaje, 02/2019).

¹²¹ Als Leistungsausgaben sind ab 2016 jährlich knapp sieben Euro pro versicherter Person vorgesehen. Damit sollen Leistungen in der primären Prävention (gebundener Anteil von vier Euro), die betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Versicherten erbracht werden (vgl. AOK Bundesverband: „Präventionsgesetz (PrävG)“, tinyurl.com/y49rpwtr, 03/2019). Gemessen an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung damit unter einem Prozent.

11.12.1 Die Hygienebewegung

Zur Eindämmung chronisch-degenerativer Volkskrankheiten gewannen Anfang des 20. Jahrhunderts die Sozialhygiene, die medizinische Statistik und die Eugenik an Einfluss (Berger 2010: 98f). Alfred Grotjahn (1869 bis 1931), einer der Begründer der sozialen Hygiene in Deutschland, entwickelte ein umfassendes Modell zur Vermeidung von Krankheit und Förderung der Gesundheit. In einer „hygienischen Kultur“ sollten räumliche, zeitliche und gesellschaftliche Faktoren für Gesundheit und Krankheit berücksichtigt werden, wobei die „Prophylaxe“ (vgl. Primärprävention) der kurativ ausgerichteten Krankenversorgung vorangestellt sein sollte (Ferdinand 2010: 115ff). Vor dem Hintergrund der stark ansteigenden Lebenserwartung aufgrund neuer hygienischer Standards in den Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge und der Ernährung, bezeichnete Sir William Osler (1849 bis 1919), ein kanadischer Arzt und Mitgründer des Johns Hopkins Hospitals, diese Periode auch als das „Zeitalter der präventiven Medizin“ (zit. nach Ackerknecht 1989: 183). Dementsprechend definierte die sogenannte Hygienebewegung, eine Ansammlung gesundheitsbewusster Aktivisten aus verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen, die Bewahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die von verschiedenen (gesellschaftspolitischen) Akteuren gefördert werden sollte¹²². In dessen gesundheitspolitischer Reichweite ist die damalige Konzeption von Gesundheit mit dem gegenwärtig an Bedeutung gewinnenden Ansatz von *health in all policies* vergleichbar. In diesem wird die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ebenfalls als eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe definiert, zu der auch die Krankenversorgung einen Beitrag leisten soll¹²³. Zu Zeiten der Hygienebewegung hätte das bereits vorhandene Reichsgesundheitsamt (1876 bis 1933) eine entsprechende gesundheitspolitische Agenda unterstützen können. Das Amt war unter anderem in den Bereichen der Epidemiologie und eines bevölkerungsweiten Monitorings tätig, vermittelte aber auch bei Interessenkonflikten zwischen Leistungserbringern, Leistungsfinanzierern und weiteren gesundheitspolitischen Akteuren (Hüntelmann 2008). Jedoch konnten sich im Reichsgesundheitsamt die reformistischen Kräfte nicht durchsetzen (vgl. ebd.). Damit war auch ein nach den Prinzipien der Salutogenese (vs.

¹²² Im Rahmen der Hygienebewegung wurden für die damalige Zeit recht ungewöhnliche Veranstaltungen durchgeführt. Dazu zählt der erste Welt-Vegetarier-Kongress des Jahres 1908 in Dresden. Auf diesem gründete sich die bis heute aktive Internationale Vegetarier Union (www.ivu.org, 02/2019).

¹²³ Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) definiert *health in all policies* als Ansatz, der die gesundheitlichen Konsequenzen von Entscheidungen in verschiedenen Politikfeldern reflektiert, um daraus Handlungsempfehlungen für Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit zu entwickeln (DGPH: „Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre“, tinyurl.com/ncoze24, 02/2019). In Österreich gehört dieser Ansatz inzwischen zu den nationalen Gesundheitszielen (vgl. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>, 02/2019).

Pathogenese)¹²⁴ ausgerichteter Systemaufbau, der unter anderem zu einer strukturellen Integration der Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Kuration hätte führen können, obsolet.

„So ist [...] auf allen Gebieten [...] die medizinische Forschung [...] von Erfolg zu Erfolg geschritten in Erkenntnis und Leistungsfülle [...] und das 20. Jahrhundert hat die eingeschlagenen Bahnen nicht verlassen“ (Sudhoff 1922: 503).

Daher blieben seit dem 19. Jahrhundert auch sozialmedizinische Aspekte wie die „Gesundheitspflege“ oder die „soziale Fürsorge“ (ebd.: 473) in der ambulanten Krankenversorgung eher Randerscheinungen. Das 2015 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ adressiert diese Bereiche wieder etwas gezielter (vgl. 10.4.7; 11.11).

11.12.2 Eine staatliche Krankenversorgung

Unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg favorisierten die Besatzungsmächte einen grundlegenden Systemumbau der Krankenversorgung nach Vorbild des zentralistisch organisierten britischen National Health Service (Rosewitz/Webber 1990; Lindner 2004). Geplant war ein frei zugängliches System der Grundversorgung, dessen Leistungen steuerfinanziert und über eine Einheitsversicherung getragen werden sollten. Besondere Versorgungsleistungen sollten weiterhin privat finanzierbar bleiben. Vor allem in der ambulanten Krankenversorgung hätte ein solcher Systemumbau umfassende strukturelle Reformen nach sich gezogen. So wäre es zu einer deutlichen Trennung zwischen allgemeinmedizinisch tätigen Niedergelassenen und einer überwiegend stationär tätigen Fachmedizin gekommen. Zudem wäre das KV-System komplett überflüssig, beziehungsweise nur noch für die Allgemeinmedizin zuständig gewesen. Erwartungsgemäß fand dieser Vorschlag bei der organisierten Ärzteschaft keine Zustimmung, die im Hinblick auf die Einheitsversicherung Einkommensverluste befürchteten, da sich „ihre Position in den Verhandlungen um die Honorarverträge gegenüber einer Vielzahl autonomer Krankenkassen

¹²⁴ Das Konzept der Salutogenese wurde ursprünglich von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelt. Im Fokus des Konzepts stehen verschiedene Determinanten von Gesundheit. Ein zentraler Begriff ist die Kohärenz, die Individuen mit ihrer persönlichen Disposition in Bezug auf ihre Gesundheit entwickeln. Die Kohärenz enthält wiederum die Konzepte der Verstehbarkeit (z.B. der Umgang mit Gesundheitsinformationen), der Handhabbarkeit (z.B. Therapieentscheidungen treffen können) und der Sinnhaftigkeit (z.B. der Nutzen von Therapien) (vgl. www.pflegewiki.de/wiki/Salutogenese, 08/2016). Diese Konzepte finden erst in den letzten Jahren eine gewisse Berücksichtigung, wie zum Beispiel beim *shared decision making*.

eher durchsetzen ließ, als gegenüber nur einem Versicherungsträger“ (Rosewitz/Webber 1990: 21; vgl. Gerst 2004). Im hier untersuchten Pfadverlauf schlugen sich diese Entwicklungen in einem restaurativen Systemaufbau nieder (vgl. 15.1.1).

11.12.3 Integrierte Versorgungsmodelle in der DDR

Das Versorgungssystem in der ehemaligen SBZ und späteren DDR war unter anderem gekennzeichnet durch ein einheitliches Sozialversicherungssystem und die weitgehende Abschaffung der ärztlichen Selbstverwaltung. In der ambulanten Krankenversorgung entschied man sich für ein System hoher Zentralisierung, mit der Poliklinik als Anlaufstelle zur Versorgung eines Gebietes (daneben blieben die Einzelpraxen erhalten). Der Systemumbau fußte auf den Prinzipien „Betonung der Vorbeugung, Einheit von Prophylaxe, Diagnose, Therapie und Nachsorge, Verstaatlichung, Einheitlichkeit, Planmäßigkeit, Kostenfreiheit [,die] in Artikel 35 der DDR-Verfassung von 1968 verankert [waren]“ (Müller 1997: 254). Jedoch konnten diese Prinzipien, unter anderem aufgrund der allgemeinen Mangelwirtschaft, nie zufriedenstellend in der Praxis umgesetzt werden¹²⁵.

Wie in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen auch, führte die Wende zu einer Angleichung des ehemaligen DDR-Versorgungssystems an das West-System. In der ambulanten Krankenversorgung überraschte die Geschwindigkeit der Anpassung. Aufgrund der immensen Einkommensverbesserungen kam es in den unmittelbaren Nachwendejahren zu einer regelrechten Niederlassungswelle (Wasem 1997). Nur sechs Jahre nach dem Fall der Mauer war der Systemumbau vollständig abgeschlossen (Müller 1997).

„Selbst Optimisten hatten nicht geglaubt, dass die ambulante medizinische Versorgung der ehemaligen DDR so schnell umstrukturiert werden könnte: Bereits zwei Jahre nach der Wiedervereinigung war die Mehrzahl der früheren poliklinischen Einrichtungen entweder aufgelöst oder in andere Formen überführt worden. Ende 1992 hatten sich schon 94 Prozent der ambulant tätigen Ärzte in eigener Praxis niedergelassen. [...]. Es herrschte eine Goldgräberstimmung, beschreibt der erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen[s] [...] diese Zeit“ (Richter 2000: A-1742).

¹²⁵ Auf Basis einer Analyse von Akten des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) attestieren Ericas/Gumz (2014) dem frühen DDR-Versorgungssystem einen eklatanten Ärztemangel, bedingt durch planwirtschaftliche Mängel und Abwanderung beziehungsweise durch Flucht in den Westen. Zudem stellen die Autoren (ebd.) eine große Diskrepanz zwischen den Erwartungen aufseiten der Bevölkerung und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems fest. In den Bereichen der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung bestanden ebenfalls über lange Zeit Defizite, die strukturell erst Mitte der 1970er Jahre ansatzweise gelöst werden konnten.

Im Zuge dieser „Goldgräberstimmung“ geriet auch die integrative Konzeption der Polikliniken in Vergessenheit. Gegenwärtig lässt sich eine gewisse Renaissance des Organisationsprinzips „Einheit von Prophylaxe, Diagnose, Therapie und Nachsorge“ (Müller 1997: 254) beobachten, was sich in Betriebsformen (vgl. 10.2.1) einer gemeinschaftlichen Berufsausübung wie den MVZ, die auch von den hier untersuchten Ärztenetzwerken genutzt wird (vgl. 12.1.4; 12.2.4), niederschlägt.

12 Ärztenetzwerke in der ambulanten Krankenversorgung

Ein Ärztenetzwerk ist eine Variante der kooperativen Berufsausübung (in der ambulanten Krankenversorgung)¹²⁶.

„Seit Beginn der 90er Jahre tragen Ärztenetze zur Versorgung der Bevölkerung bei. Wurden sie anfangs noch eher als Übergangserscheinung angesehen, so stellen sie heute ein konstitutives Element der ambulanten Versorgung dar“¹²⁷.

Ein erster Schritt zur Gründung von Ärztenetzwerken wurde mit dem GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 unternommen. Im Rahmen von Modellvorhaben konnten Leistungserbringer Einzelverträge mit den Krankenversicherungen abzuschließen. Dies ist seit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) auch ohne die Beteiligung der KVen möglich¹²⁸ (weitere relevante Reformen unter 11.11 und 16.1).

Eine Anschubfinanzierung (2004-2008) förderte die Bereitschaft zur Gründung von Ärztenetzwerken (das Vertragsvolumen diente als Bemessungsgrundlage, wobei ein Prozent vom Anteil der Gesamtvergütung eines KV-Bezirks vorgesehen war). Mit dem 1.1.2009 wurde die Anschubfinanzierung eingestellt. In der Förderphase wurde eine Regierungsstelle bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) eingerichtet, bei der sich

¹²⁶ Die Agentur Deutscher Arztnetze (2012) unterscheidet sechs Formen kooperativer Berufsausführung: 1.) Praxisnetze, die interdisziplinäre und intersektorale Strukturen aufweisen. Praxisnetzwerke können als Modellvorhaben (§ 63ff SGB V, direkter Vertrag zwischen Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer) oder im Rahmen von Strukturverträgen (§ 73a SGB V, Vertrag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Leistungserbringern) gegründet werden. 2.) Berufsausübungsgemeinschaften (u.a. Gemeinschaftspraxis, Medizinische Versorgungszentren), die verschiedene Vertragsgrundlagen haben können. 3.) Anstellung von Ärzten innerhalb der bisher genannten Kooperationsformen. 4.) Organisationsgemeinschaften wie Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft oder Ärztehaus. 5.) Integrierte Versorgung (§ 140a ff SGB V), in deren Rahmen verschiedene Verträge und Kooperationsformen möglich sind. 6.) Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern, (u.a. belegärztliche Tätigkeit, Praxis am Krankenhaus, konsiliarische Tätigkeit), in deren Rahmen die ambulanten und stationären ärztlichen Leistungserbringer Vereinbarungen treffen und sektoral getrennt abrechnen.

¹²⁷ Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2011): „Studie zu Ärztenetzen: Mehr als eine Übergangserscheinung“ (www.aerzteblatt.de/archiv/102576, 02/2019).

¹²⁸ Quelle: AOK Bundesverband: „Arztnetz/Arztnetzwerk“ (tinyurl.com/jxnzue5, 02/2019).

gründungswillige und bestehende Ärztenetzwerke beraten lassen konnten. Da es keine systematische Erfassung von Ärztenetzwerken gibt, kursieren unterschiedliche Bestandszahlen. Unter Berufung auf die Unternehmensberatung *EPC Healthcare* spricht das Deutsche Ärzteblatt von circa 600 Ärztenetzwerken für das Jahr 2009 und geht von circa 900 für das Jahr 2011 aus¹²⁹. Davon wurde der überwiegende Teil in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg gegründet, während die neuen Bundesländer die hinteren Plätze belegen. Insgesamt überwiegt der Anteil von fachärztlich ausgerichteten Ärztenetzwerken (ebd.). Entgegen dieser optimistischen Schätzungen geht die Agentur deutscher Arztnetze (vgl. 10.3.8) von 438 Ärztenetzwerken, bezogen auf das Jahr 2014 aus¹³⁰. Als Vertragsgrundlage der Ärztenetzwerke dienen zu etwa drei Viertel Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 140a ff SGB V), gefolgt von Versorgungsformen im Rahmen von Strukturverträgen (§ 73a SGB V).

Laut KBV-Ärztemonitor des Jahres 2014 sind etwa ein Drittel aller Vertragsärzte im ambulanten Leistungssektor Mitglied eines Ärztenetzwerks und die Hälfte der noch nicht vernetzten Ärztinnen und Ärzte denkt zumindest ernsthaft über eine Mitgliedschaft nach¹³¹. In Zahlen ausgedrückt waren im Jahr 2014 gut 49.000 der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken organisiert¹³². Legt man dieser Zahl die oben genannte Netzwerkanzahl von 438, ebenfalls im Jahr 2014, zugrunde, würden durchschnittlich 112 Ärztinnen und Ärzte in einem Netzwerk arbeiten, eine Zahl, die vom hier untersuchten Netzwerk 1 deutlich unter- und von Netzwerk 2 deutlich überschritten wird.

12.1 Netzwerk 1: Ein regionales Ärztenetzwerk

Der regional umfassende Versorger (NW1) wurde im Jahr 2004 von circa vierzig niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen gegründet und im selben Jahr in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) überführt. Im Jahr 2005 wurde die netzeigene Managementgesellschaft gegründet, die den Aufbau der Netzwerkstrukturen und die Entwicklung verschiedener Versorgungsprojekte vorantrieb. Ziel des Netzwerkes ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, mit Angeboten für eine alternde Bevölkerung und die Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen für die angestellten

¹²⁹ Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2011): „Studie zu Ärztenetzen: Mehr als eine Übergangerscheinung“ (www.aerzteblatt.de/archiv/102576, 02/2019). Vgl. auch Monitor Versorgungsforschung (2009: 25ff).

¹³⁰ Quelle: Agentur deutscher Arztnetze (2016): „Gesundheit gemeinsam verantwortete. Zur Position der Praxisnetze in Deutschland“ (herausgegeben von Praxisnetz Herzogtum Lauenburg und Ärztenetz Lippe, tinyurl.com/yxhogw5j, 03/2019).

¹³¹ Quelle: KBV Tabellenband: „Ärztemonitor 2014. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte“, Seite 50f (tinyurl.com/z2qqpdv, 08/2019).

¹³² Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik: „Struktur der Ärzteschaft 2014“ (tinyurl.com/ovnvuk2, 02/2019).

Gesundheitsprofessionen und Niedergelassenen. Nach einem moderaten aber stetigen Netzwerkwachstum waren Ende 2012 circa 60 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in NW1 organisiert. Dies entsprach circa fünfzig Prozent der regional Niedergelassenen. Nach überaus erfolgreichen Jahren der Zusammenarbeit kam es im Jahr 2014 zur Auflösung des Netzwerkes (vgl. 16.2.10). Im Jahr 2015 wurden große Teile der aufgebauten Netzwerkstrukturen und Leistungsvereinbarungen (siehe unten) in ein neu gegründetes Netzwerk überführt.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung steht die Netzwerkentwicklung der Jahre 2004 bis 2014. In dieser Zeit baute NW1 umfassende Versorgungsstrukturen in zwei Landkreisen auf und avancierte zu einem wirtschaftlich erfolgreichen und preisgekröntem Ärztenetzwerk. Folgende Fachgruppen waren im Netzwerk vertreten: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Pädiatrie, Diabetologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie und Sportmedizin.

12.1.1 Einbettung in die Versorgungslandschaft

NW1 war in einer ländlichen Region (zwei Landkreise) in einem der neuen Bundesländer angesiedelt, in der circa 180.000 Menschen leben. Das Versorgungsgebiet von NW1 umfasste vier Städte (Mittelzentren), auf die sich auch der Großteil der NW1-Arztpraxen verteilte. Im größten Mittelzentrum wurde die Geschäftsstelle eingerichtet, in der sich das Netzwerkmanagement und eine Servicestelle befand (siehe unten). In der Region droht aufgrund der Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen eine Überalterung, was auch für die niedergelassene Ärzteschaft gilt (vgl. Flach 2012)¹³³. Zudem zeichneten sich Probleme bei der Nachbesetzung von Arztpraxen ab. Vor diesem Hintergrund hatten einige der im Ärztenetzwerk organisierten Niedergelassenen ihre Ruhestandsplanung angepasst oder engagierten sich im Ruhestand in verschiedenen Versorgungsangeboten des Netzwerkes. In einer Selbstdarstellung beschreibt NW1 die regionalen Herausforderungen und eigenen Ziele wie folgt:

„Die Herausforderung dabei besteht darin, auch in einer relativ dünn besiedelten ländlichen Region mit vergleichsweise hohem Altersdurchschnitt dafür zu sorgen, dass die Menschen gut versorgt werden können. Darüber hinaus müssen wir unbedingt dafür sorgen, dass die aus Altersgründen ausscheidenden Ärzte Nachfolger für ihre Praxen finden [...]. Dieser Herausforderung versuchen wir mit neuen Arbeitszeitmodellen für junge Ärzte gerecht zu werden

¹³³ Bei den in NW1 hauptsächlich vertretenen Fachgruppen (Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten) liegt der bundesweite Anteil der 50- bis 59-Jährigen bei 40,5 beziehungsweise 42,5 Prozent (Ärzte Zeitung online, 17.10.2018: „Arztgruppen im Vergleich. So alt sind die Ärzte in Deutschland“, tinyurl.com/y373pyll, 03/2019).

und sind hierfür gerade in der Vorbereitung eines netz eigenen MVZ. So wollen wir junge Ärzte, die Spaß an der ambulanten Arbeit haben, die allerdings die hohe finanzielle und zeitliche Belastung einer eigenen Praxis abschreckt, für unsere Region gewinnen“ (Anhang D3.6).

12.1.2 Vertragsgrundlage

In einer bundesweit einzigartigen Vertragskonstruktion wurde ein vom Leistungsspektrum umfassender Selektivvertrag mit zwei regionalen Krankenversicherungen und den zuständigen KVen geschlossen. Zwischen den Jahren 2004 und 2008 gliederte NW1 verschiedene Selektivverträge ein, die unter anderem im Bereich der „integrierten Versorgung“ nach § 140a SGB V lagen. So konnten einzelne Versorgungsleistungen, wie zum Beispiel Diabetes Mellitus oder rheumatoide Arthritis, separat verhandelt werden. Alle Verträge waren auf die regionale Versorgungslandschaft abgestimmt und gewährten NW1 individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Für die Leistungsabrechnung wurde ein lokaler Abrechnungsdienstleister der KVen engagiert.

12.1.3 Netzwerkfinanzierung

Im Rahmen des Selektivvertrags mischten sich in NW1 die Außen- und Innenfinanzierung (vgl. 10.2.3), denn die Finanzierung der Netzwerkstrukturen erfolgte über Einspargewinne, die von einem Netzwerkmanager auch als „erwirtschaftete Effizienzen“ (M01: 12) bezeichnet wurden. Dafür wurden die im Rahmen der genannten Selektivverträge in Rechnung gestellten Versorgungsleistungen mit einer fiktiv gebildeten Patientenpopulation verglichen. Dazu wurde einem realen Fall aus NW1 ein fiktiver Fall mit ähnlichem Versorgungsbedarf aus der Regelversorgung gegenübergestellt. Nach Aussage des Netzwerkmanagers (M01) stellte sich der größte Einspargewinn durch die Vermeidung von stationären Aufenthalten ein. Die Bestimmung einer Vergleichspopulation ist jedoch nicht einfach. Ein interviewter Kassenmanager (K01) führte an, dass aufgrund unterschiedlicher Qualitätsaspekte in den durchgeführten Behandlungen oder bei bestimmten Krankheitsbildern auch die Einschreibung in Disease-Management-Programme (DMP) nur einen ungefähren Vergleich zuließen. Anzumerken ist, dass im Finanzierungsmodell von NW1 die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die als Gesellschafter des Ärztenetzwerks fungierten, kein finanzielles Risiko trugen. Umgekehrt erhöhte die Mitgliedschaft in NW1 aber auch nicht deren individuelles Einkommen. Wie bei anderen Ärztenetzwerken auch standen finanzielle Motive bei der Entscheidung über die Mitgliedschaft der Niedergelassenen nicht im Vordergrund (vgl. Berendsen et al. 2007; Keller 2012).

12.1.4 Strukturen

NW1 hatte in den Jahren 2004 bis 2014 verschiedene Strukturen aufgebaut, über die ein umfassendes Versorgungsangebot gemacht werden konnte.

- Eine netzeigene Managementgesellschaft war damit beauftragt, das oben beschriebene Vertragswerk weiterzuentwickeln, die zentrale IT (siehe unten) zu pflegen, Fortbildungen für die Netzwerkakteure durchzuführen und ein sogenanntes Netzbüro zu betreiben, das als Informations-, Kommunikations- und Servicestelle für interne und externe Anfragen zur Verfügung stand.
- Von der im Jahr 2009 gegründeten Servicegesellschaft, die beim Netzwerkmanagement angesiedelt war, wurden verschiedene Versorgungsleistungen koordiniert und/oder erbracht. Dazu zählten das a) Case-Management, unter anderem zur Patientensteuerung in besonders komplexen Fällen, das von zwei ausgebildeten Fachkräften in Vollzeit erbracht wurde. Zwei b) AGnES^{zwei}-Fachkräfte¹³⁴ übernahmen sogenannte arztentlastende Aufgaben. Zum Leistungsspektrum der Servicegesellschaft gehörte auch die c) spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)¹³⁵. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte konnten auf diese Leistungen wie externe Kunden zugreifen. Die veranlassten Versorgungsleistungen wurden dann im Rahmen des jeweils beanspruchten Selektivvertrags von der Servicestelle abgerechnet. In Anbetracht der regionalen Bevölkerungsalterung hatte die Servicegesellschaft eine d) Demenztagespflege initiiert. Dabei übernahmen die Fachpflegekräfte der Servicegesellschaft aufsuchende, beratende und sozialpflegerische Aufgaben im familiären Umfeld der Patientinnen und Patienten. Ergänzend zur Demenztagespflege wurde eine e) Demenzwohngemeinschaft eingerichtet, die wiederum von den Fachpflegekräften und den jeweils behandelnden Ärztinnen und Ärzten betreut wurde. Mit diesen ambulanten Angeboten im Bereich der Demenzversorgung sollten Heimunterbringungen möglichst lange hinausgezögert und stationäre Aufenthalte auf das Notwendige reduziert werden. Die regionale Verankerung von NW1 drückte sich in der von der Servicegesellschaft organisierten und koordinierten f) Freiwilligengruppe aus, in der sich circa sechzig Bürgerinnen und Bürger engagierten.

¹³⁴ Die Bezeichnung AGnES^{zwei} (arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte systemische Intervention) bezieht sich auf die im Jahr 2012 novellierte Vereinbarung des AGnES-Programms von 2009 zwischen der Landes-KV und den Krankenversicherungen (vgl. 10.5.2). In der Vereinbarung sind die Aufgabenbereiche, Ausbildungsstandards und die Vergütungsregelung der Fachkräfte festgelegt.

¹³⁵ Diese ist im § 37b SGB V geregelt: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen [...]“ (gesetz-im-internet.de, tinyurl.com/hohjy87, 02/2019).

Neben der Demenzversorgung wurden pflegeunterstützende Angebote oder Hilfen zur Haushaltsführung gemacht, die ebenfalls auf eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit aufseiten der Patientinnen und Patienten zielten.

- Ab dem Jahr 2008 verfügte NW1 über eine IT-Plattform, auf der pro Patientin bzw. Patient eine zentrale Patientenakte betrieben wurde. Die Zugriffsrechte wurden per biometrischer Kennung vonseiten der Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen der behandelnden Niedergelassenen freigeschaltet. Optimaler Weise konnten alle an einem Versorgungsprozess beteiligten Niedergelassenen die veranlassten und geplanten Leistungen einsehen. Die technische Datenübertragung erfolgte über das KV-SafeNet, einer bundesweit zugänglichen IT-Dienstleistung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur sicheren Datenübertragung (vgl. 16.1.7).
- Mit den sogenannten ärztlichen Kompetenzteams hatte NW1 ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für die Netzwerkakteure geschaffen. Neben medizinisch-fachlichen Beratungen oblag den Kompetenzteams die (Weiter-)Entwicklung der in die IT eingebetteten Behandlungspfade (indikationsbezogene Versorgungsabläufe).
- Seit dem Jahr 2012 verfügte NW1 über eine Trägergesellschaft für ein MVZ. In diesem waren eine Hausärztin und ein Gynäkologe angestellt. Das versorgungspraktische Ziel des MVZs lag in der Ergänzung des regionalen Leistungsangebots und der perspektiven Bündelung unterschiedlicher Fachrichtungen und Dienstleistungen an zunächst einem Standort.
- In Kooperation mit lokalen Physiotherapeuten bot NW1 eine sogenannte Herzsportgruppe an, in der präventive und postoperative Therapien angeboten wurden. Wie gesetzlich vorgeschrieben, war bei allen Therapieeinheiten ein netzinterner Internist zugegen¹³⁶.
- In halbjährlichen Abständen veranstaltete NW1 eine sogenannte Netzakademie. Auf dieser wurden die obligatorischen Fortbildungen zur medizinischen Qualitätssicherung durchgeführt (§ 95d SGB V). Als Gesellschafterversammlungen dienten die Akademien auch zur Beschlussfassung.
- Gemeinsam mit einer regionalen Gesundheitsakademie organisierte NW1 von den jeweiligen Kammern beziehungsweise Berufsverbänden anerkannte Fortbildungen für das nichtärztliche Fachpersonal.

¹³⁶ Diese therapeutischen Angebote werden auch als Koronarsport oder Gefäßsport bezeichnet. Je nach Indikation werden unterschiedliche Angebote auf verschiedenen Belastungsniveaus gemacht (vgl. Nationale Versorgungsleitlinie: „Chronische KHK“, www.leitlinien.de/nvl/khk, 02/2019).

12.2 Netzwerk 2: Ein überregionales fachärztliches Netz

Im Bereich der Ophthalmologie (Augenheilkunde) deckt Netzwerk 2 (NW2) als fachärztliches Ärztenetzwerk das gesamte Versorgungsspektrum ab, sowohl im ambulanten als auch im (teil-)stationären Bereich. Zur Erbringung besonders aufwändiger vollstationärer Versorgungsleistungen bestehen Kooperationsvereinbarungen mit regionalen Kliniken¹³⁷. NW2 wurde im Jahr 2002 gegründet und hat seitdem eine bundesweite Netzwerkstruktur mit regionalen Zentren aufgebaut. Zentren sind „Praxisniederlassung[en], um die herum eine operative Leistungsstruktur mit zahlreichen zu versorgenden OP-Einrichtungen im eigenen Haus und in Belegkliniken aufgebaut wurde“ (Anhang D4.13: 11)¹³⁸. Aus netzwerktheoretischer Sicht fungieren die Zentren als Hubs in zentral-räumlicher Lage: denn 19 Zentren, die sich auf circa 40 Standorte verteilen, binden circa 500 der sogenannten Satellitenpraxen (Anhang D4L06: 26) an das Gesamtnetzwerk an (siehe unten)¹³⁹. In den Zentren werden sowohl konservative Versorgungsleistungen¹⁴⁰ als auch chirurgische, refraktiv-chirurgische¹⁴¹ und weitere Operationsverfahren durchgeführt. Als Anlaufstellen für die Patienten (Erstkontakt, Eingangsdiagnostik) dienen sowohl die NW2-Praxen (Satellitenpraxen), mit überwiegend konservativem Leistungsangebot, als auch die Zentren. Insgesamt verfügt NW2 über circa 4500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In den unterschiedlich großen Zentren arbeiten zwischen 5 und 70 Augenärztinnen und -ärzte sowie nichtärztliche Gesundheitsprofessionen und Servicepersonal. Etwa 16 Prozent aller ambulanten Augenärztinnen und -ärzte Deutschlands arbeiten in NW2. Im Gesamtnetzwerk werden circa 5 Millionen Patienten jährlich behandelt. Davon circa 1,5 Millionen in den Zentren und 3,5 Millionen in den wirtschaftlich unabhängigen NW2-Praxen. Der Anteil am gesamtdeutschen Patientenaufkommen in der Ophthalmologie von NW2 liegt bei ungefähr 15

¹³⁷ „Ein Patient wird dann vollstationär in einem Krankenhaus behandelt, wenn das Behandlungsziel nicht auf anderem Wege erreicht werden kann, etwa durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung“ (vdek „Stationäre Krankenhausbehandlung“, tinyurl.com/yyfnp4jq, 05/2019).

¹³⁸ In den Daten von NW2, wie zum Beispiel den Jahresberichten, wird der Begriff „operativ“ auf die Durchführung von ambulanten und (teil-)stationären Operationen am Auge bezogen. Oder aber, um Versorgungsergebnisse in medizinisch-fachlicher Sicht zu beschreiben (z.B. „operative Ergebnisse“, Anhang D4.17: 107).

¹³⁹ Parchmann et al. (2011: 4) definiert Hubs wie folgt: „Typical node degree distributions for large real world networks show a heavy tail. This means that there are a few, but not zero, nodes with very high node degrees. These nodes are frequently called hubs, and play a critical role in the network“. Mit Blick auf das Gesamtnetzwerk bildet jedes der NW2-Zentren eine solche Taille in der Netzwerkstruktur, um die sich die Niedergelassenen (Satellitenpraxen) und andere Kooperationspartner anordnen.

¹⁴⁰ Die konservative Therapie umfasst medikamentöse Therapien oder physikalische Behandlungen. So können nicht operative Behandlungen auch im stationären Leistungssektor zum Einsatz kommen (Deutsches Ärzteblatt (2018): „Konservative Medizin: Im Aufwärtstrend“, tinyurl.com/yjw4qzph, 01/2020).

¹⁴¹ Die refraktive Chirurgie umfasst Operationen zur Veränderung der Gesamtbrechkraft des Auges, mit dem Ziel, optische Korrekturen wie z.B. Brillen zu ersetzen (Bundesverband der Augenärzte Deutschlands: „Kommission Refraktive Chirurgie - KRC“, www.aad.to/krc/kurz.php, 02/2019).

Prozent. Aufgrund der Größe der NW2-Gruppe, und den im Versorgungsprozess anfallenden Routinedaten, können Beteiligungen oder eigenständige Projekte in der klinisch-ophthalmologischen Forschung realisiert werden. Wegen der Bandbreite des medizinischen Leistungsangebots können auch die praktischen Anteile der fachärztlichen Ausbildung in den Zentren absolviert werden. In NW2 werden sogenannte strukturierte Weiterbildungen angeboten, die von allen Ärztinnen und Ärzten besucht werden können (oder müssen). Auf Zentrums-ebene finden auch verschiedene Formen der Qualifizierung für die medizinischen Fachangestellten statt, wie zum Beispiel zum Case-Management. Auf diese Fortbildungen können auch die NW2-Praxen (Satelliten) zugreifen.

12.2.1 Einbettung in die Versorgungslandschaft

Laut einer von verschiedenen augenärztlichen Fachgesellschaften getragenen Studie stieg der Bedarf nach ophthalmologischer Versorgung zwischen 1993 und 2012 um circa 17 Prozent an, bei einem erwarteten zwanzigprozentigen Anstieg bis zum Jahr 2030¹⁴². Passend dazu steigen auch die Gesundheitsausgaben in der Augenheilkunde stetig an (vgl. Amelung et al. 2012b: 13ff; RKI 2015: 384). Doch trotz steigender Inanspruchnahme – nach der Allgemeinmedizin, der Gynäkologie und der inneren Medizin sind Augenärzte die am häufigsten kontaktierte ärztliche Fachgruppe – sind die Gesundheitsausgaben in der Augenheilkunde vergleichsweise niedrig. Im Jahr 2012 beliefen sich diese auf circa 2,6 Mrd. Euro, was einem Anteil von circa einem Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben entspricht¹⁴³. Laut der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft gehören die altersabhängige Makuladegeneration, das Glaukom (grüner Star) und verschiedene diabetesbezogene Augenerkrankungen zu den ophthalmologischen Volkskrankheiten, deren Zunahme mit der alternden Gesellschaft korrespondiert (Wolfram/Pfeiffer 2012: 5ff). Sowohl der Gesetzgeber (vgl. 11.11) als auch die Leistungserbringer reagieren auf diese Entwicklungen. So lässt sich in den Versorgungsstrukturen eine gewisse Zentralisierung des Leistungsangebots im ambulanten Sektor beobachten.

¹⁴² Aus der OVIS-Studie, Vorstellung im Jahr 2016, wurde ein Anstieg von altersbedingten Augenleiden bis zum Jahr 2030 um 20 bis 30 Prozent abgeleitet, wobei die Gruppe der über 60jährigen besonders betroffen ist (Quelle: Stiftung Auge: „Augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen: Deutschlandweit größte Studie deckt Versorgungslücken auf“, tinyurl.com/y42ttuc7, 05/2019).

¹⁴³ Die Ausgaben in der Augenheilkunde verteilen sich wie folgt: ausambulant-konservative Behandlungen (GKV) 700 Mio., ambulante Operationen (GKV) 600 Mio., stationäre Behandlungen (DRG-System) 600 Mio., Privatpatienten 400 Mio., individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) 300 Mio. Euro (Wolfram/Pfeiffer 2012: 20).

„Der gestiegenen Nachfrage stehen Veränderungen der Versorgungsstruktur mit einem Rückgang der stationären Bettenkapazitäten um 30 Prozent und einer Reduktion der ambulanten Praxen um 17,7 Prozent (an Einzelpraxen sogar um 25 Prozent) [...] bei mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren gegenüber" (ebd.: 55), wobei die letztgenannten Einrichtungen örtlich, überörtlich und KV-übergreifend tätig werden können (vgl. Amelung et al. 2012b: 60ff).

Da über 80 Prozent der Augenärzte ambulant arbeiten (5860 im Jahr 2010, 6020 im Jahr 2015)¹⁴⁴, gewinnen verschiedene Formen der kooperativen Berufsausübung an Bedeutung, zu denen auch Ärztenetzwerke gehören, die zur „Verzahnung der operativ- und konservativtätigen Augenärzte“ (Amelung et al. 2012b: 73) beitragen können.

12.2.2 Vertragsgrundlage

Die Versorgungsangebote von NW2 werden vorwiegend im Rahmen des Kollektivvertrags (GKV) und der privaten Krankenversicherungen (PKV) abgerechnet. Nach Aussage eines ärztlichen Leistungserbringers (Anhang D4L06) handeln die Zentren aber auch besondere Vergütungsregelungen im Rahmen von selektivvertraglichen Vereinbarungen mit regionalen Krankenversicherungen aus. In diesem Fall muss NW2 den Nachweis einer vergleichsweise höheren Behandlungsqualität erbringen, die sich auf die evidenzbasierte Medizin (vgl. 11.10) stützt und regelmäßig evaluiert werden muss. Selektivvertragliche Regelungen werden zumeist in spezifischen Leistungsbereichen abgeschlossen.

„Insgesamt muss aber hervorgehoben werden, dass es sich insbesondere bei den Selektivverträgen nach § 73c SGB V [dieser regelt die besondere ambulante ärztliche Versorgung] in der Augenheilkunde überwiegend um qualitätsorientierte Add-On-Verträge handelt. Diese besitzen eine große Nähe zum Kollektivvertrag, sind aber um den Aspekt der Qualitätsverbesserung ergänzt. Nur wenige Verträge weisen einen grundlegend neuen Ansatz auf“ (Amelung et al. 2012: 73).

Für die NW2-Praxen (Satelliten) bestehen zudem sogenannte „Zuweisungsbindungen“ (Anhang D4M02: 9), die sie mit dem Zentrum in ihrer Region eingehen. Das heißt, die NW2-Praxen verpflichten sich, ihre Patientinnen und Patienten im Zentrum ambulant- oder stationär-chirurgisch weiterbehandeln zu lassen.

¹⁴⁴ Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik: „Die ärztliche Versorgung in Deutschland“ (tinyurl.com/jcknt5n, 02/2019).

12.2.3 Netzwerkfinanzierung

Zur Finanzierung der Netzwerkstrukturen mischen sich Fremd- und Beteiligungsfinanzierung (vgl. 10.2.3). Entsprechend der oben genannten Vertragsgestaltung erfolgt die Finanzierung zudem aus selbst erwirtschafteten Gewinnen (GKV/PKV) und aus Einsparungen auf der Ausgabenseite, die in den Bereichen Personal, Gerätenutzung¹⁴⁵ und Einkauf erwirtschaftet werden können (Ebene Zentrum). Wie bereits erwähnt, können die regionalen Zentren besondere Leistungsverträge mit den Krankenversicherungen abschließen, sodass auch im selektivvertraglichen Bereich Einnahmen geniert werden können. Dazu gehören spezielle ophthalmologische Fallpauschalen, die auch prä- und postoperative Leistungen enthalten können. So sind in der Kataraktchirurgie Kosteneinsparungen im Vergleich zum stationären Leistungssektor von bis zu 10 Prozent realisierbar (Wille/Popp 2012: 34).

12.2.4 Strukturen

Die Bandbreite der Versorgungsangebote in NW2 „reicht von ambulanter Augenchirurgie in einer Eigeneinrichtung des Zentrums (also ohne Kooperation mit einem anderen Träger) bis zur Vollintegration der ambulanten und stationären Leistungserbringung unter einem Dach in Trägerschaft des ambulanten Zentrums“ (Anhang D4.22: 19). In vertikaler Sicht erstreckt sich NW2 über hauptsächlich drei Ebenen, Gesamtnetz, regionale Zentren und NW2-Praxen, auf denen stetige oder anlassbezogene Vernetzungen bestehen können.

- Zum Gesamtnetzwerk (NW2-Gruppe) gehören der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung, die als oberste Lenkungsorgane fungieren. Eine eigenständige Geschäftsstelle übernimmt Aufgaben in den Bereichen Strategieentwicklung, Koordination und Organisation von Forschungsprojekten und Weiterbildungen sowie die Kommunikation ins (gesundheits-)politische System. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt bei Forschung und Qualitätssicherung.
- Die 4 Regionen haben vor allem eine planerische Bedeutung zur Bestimmung regionaler Versorgungsbedarfe und/oder Entwicklungsstrategien.
- Die 19 Zentren umfassen jeweils Standorte mit konservativen und chirurgischen Leistungsspektrum (ambulant und (teil-)stationär). Zudem obliegt den Zentren die Organisation von Personalplanungen zwischen Praxen und Zentrumsstandorten und die Organisation von Fortbildungen im Rahmen der Qualitätssicherung. In Kooperation mit

¹⁴⁵ Einsparungen über eine gemeinsame Gerätenutzung sind auf Ebene der Zentren zum Beispiel über eine zentrale Diagnostik möglich: „Wir haben außerdem ein ADC [Augendiagnostik-Center] mit einigen [von den Praxen] gegründet. Also auch eine Gerätegemeinschaft hat sich da entwickelt“ (Anhang D4L05: 7).

der Geschäftsstelle und anderen Forschungseinrichtungen organisieren die Zentren ophthalmologische Forschungsprojekte und führen die praktischen Facharztausbildungen durch. Zudem organisieren und koordinieren sie ergänzende Versorgungsangebote.

- Die circa 500 NW2-Praxen sind die kleinsten Organisationseinheiten in NW2 mit meist konservativem Leistungsangebot. Neben den Zentren fungieren sie als Anlaufstellen für die prä- und postoperative Betreuung der in den Zentren operierten Patientinnen und Patienten. Die NW2-Praxen sind wirtschaftlich unabhängig, aber vertraglich an die Zentren gebunden (v.a. QM-Standards, Einweisung, Nutzung der NW2-Marke).

Für die vorliegende Untersuchung ist die Ebene der Zentren von besonderem Interesse, weil dort sowohl die interdisziplinäre, interprofessionelle als auch die interorganisationale Zusammenarbeit angesiedelt ist. Daneben ist die Ebene Gesamtnetzwerk bedeutsam, weil auf dieser netzwerkweite Entwicklungen angestoßen werden, die ebenfalls Einfluss auf die hier untersuchte Regulation der Zusammenarbeit haben.

12.2.5 Untersuchte Zentren

Aufgrund der Größe von NW2 war für die vorliegende Arbeit eine Gesamterhebung nicht möglich. Exemplarisch wurden daher Interviews und weitere Daten in zwei regionalen Zentren und der Geschäftsstelle (Gesamtnetzwerk) erhoben.

Die schriftliche Befragung wurde in Beispielzentrum A durchgeführt. Das Beispielzentrum A im Nordwesten Deutschlands verteilte sich zum Erhebungszeitpunkt auf drei Standorte, mit zwanzig Augenärztinnen und -ärzten. Bis zum Jahr 2019 vergrößerte sich das Zentrum auf elf Standorte, mit dreiundzwanzig Augenärztinnen und -ärzten, bei insgesamt circa zweihundert Mitarbeitenden. Zum Erhebungszeitpunkt gehörten zum Zentrum circa zehn kooperierende Augenarztpraxen. Zu den weiteren ärztlichen Kooperationspartnern zählten eine Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und ein regionales Krankenhaus. Im Bereich Fortbildung (nicht-ärztliches Fachpersonal) bestehen Kooperationen mit einem Berufsverband. Daneben kooperiert das Zentrum mit überregionalen Vernetzungen im Bereich der Selbsthilfe (z.B. AMD-Netz¹⁴⁶ oder Pro Retina Deutschland e.V.). Eine Besonderheit von Beispielzentrum A ist ein telemedizinisches Angebot (Telekonsil), bei dem Patientendaten von den Spezialisten am Zentrumstandort zusammen mit den Niedergelassenen in den NW2-Praxen ausgewertet werden können.

¹⁴⁶ Das „AMD-Netz. Leben mit Makuladegeneration“ bietet „umfassende Informationen und grundlegende Unterstützung bei der Augenerkrankung altersabhängige Makuladegeneration“ und engagiert sich sowohl in auf Versorgung bezogenen Angeboten sowie in der weiteren Erforschung der AMD (<http://amd-netz.de>, 02/2019).

Das Beispielzentrum B im Süden Deutschlands verteilte sich zum Erhebungszeitpunkt auf drei ambulante und drei stationäre OP-Zentren, respektive Standorte. An den Standorten arbeiteten circa zwanzig Augenärztinnen und -ärzte. Derzeit umfasst das Zentrum sieben Standorte mit 19 Ärztinnen und Ärzten. Als besonderes Merkmal sind die in der Fläche verteilten MVZ mit breitem Leistungsspektrum und gut etablierten Gerätegemeinschaften zu nennen.

12.3 Die beiden Ärztenetzwerke im Überblick

Die zur Untersuchung ausgewählten Ärztenetzwerke unterscheiden sich deutlich in ihrem Leistungsportfolio. Während NW1 eine regionale Vollversorgung mit arztgruppenübergreifender Zusammenarbeit anstrebt, fokussiert das fachärztliche NW2 auf eine flächendeckende Versorgung mit teils hochspezialisierten Angeboten, die sich über weite Teile des Bundesgebietes erstrecken. Ebenso unterscheiden sich die beiden Ärztenetzwerke hinsichtlich ihrer Vertragsgrundlage und Finanzierung. Während NW1 Einspargewinne in einem besonderen Vollversorgungsvertrag erwirtschaftet, finanziert sich NW2 vor allem aus in der Regelversorgung erwirtschafteten Eigenleistungen. Doch trotz dieser fundamentalen Unterschiede haben die beiden Ärztenetzwerke auch Gemeinsamkeiten. Dazu zählen unter anderem die jeweils vorhandenen Steuerungsgremien und ein professionelles Netzwerkmanagement.

	NW1	NW2 (Gesamtnetz)
Gründung	2004 (Auflösung 2014)	2002
Größe, räumliche Ausdehnung	circa 40 Niedergelassene in einer Region (zwei Landkreise)	circa 500 NW2-Praxen, 19 Zentren verteilt in vier Regionen
Rechtsformen	GmbH (MVZ in eigener Trägerschaft)	GmbH & Co. KG (Zentren i.d.R. als MVZ organisiert, unabhängige NW2-Praxen)
Steuerung	Gesellschafterversammlung, professionelles Netzwerkmanagement	ebenso
Leistungsumfang	umfassendes ambulantes Leistungsspektrum	fachärztlich ambulantes und (teil-) stationäres Leistungsspektrum
Vertragsbasis	populationsorientierter Selektivvertrag (erweiterbar)	Kollektivvertrag (ergänzende Selektivverträge)
Finanzierung	v.a. Einspargewinn (als Differenz zur Regelversorgung)	v.a. Einsparungen und Eigenleistung im Rahmen der Regelversorgung (GKV/PKV)
Personalentwicklung	Netzakademie (Ärzte), Schulungen für nichtärztliche Fachangestellte	Netzakademie (Ärzte), Facharztausbildung, Schulungen nichtärztliche Fachangestellte, klinische Forschungsprojekte
strategische Ausrichtung	Erweiterung der regional umfassenden Krankenversorgung zur Vollversorgung	(über-)regionale Sicherung/Erhöhung von Marktanteilen durch gezielt qualitätsorientierte Markenentwicklung
IT-Vernetzung	zentrale Patientenakte, Behandlungspfade	einheitliches Dokumentationssystem, Ergebnisdatenbank, E-Health-Angebote
besondere Leistungen	Case-Management, SAPV, AGnES ^{zwei} , Freiwilligengruppe, Patientenschulungen	Case-Management, Patientenschulungen, verbandspolitisches Engagement

Tabelle 11: Netzwerke 1 und 2 im Überblick

Teil V – Empirische Befunde II: Der Pfadverlauf

Auf Basis von Teil IV wird in den nachfolgenden empirischen Befunden II der Pfadverlauf vor Gründung der GKV bis zu den untersuchten Ärztenetzwerken beschrieben. Es wird gezeigt, dass sich die Krankenversorgung von einem Zustand der a) bedingten Integration am Ende des 19. Jahrhunderts über eine b) einsetzende Fragmentierung hin zu einer c) fortgeschrittenen Fragmentierung entwickelte. Aus Darstellungsgründen werden diese Charakteristika zwar den drei Phasen des Pfadmodells zugeordnet (vgl. 13ff), empirisch zeigen sich aber auch phasenübergreifende Ereignisse und Entwicklungen, die hinsichtlich der Entstehung von Pfadabhängigkeit sowohl ihren Schatten vorauswarfen als auch „Langzeitwirkung“ entfalteten (z.B. „neuer Spezialismus“, 13.1.1). Vor diesem Hintergrund stehen in der Phase der d) einsetzenden Integration, die der Phase IV zugeordnet ist, zunächst ausgewählte, die Fragmentierung adressierende Gesundheitsreformen im Mittelpunkt. Am Beispiel der untersuchten Ärztenetzwerke wird anschließend auf einen die Integration fördernden Strukturaufbau mit entsprechenden Regulationspraktiken eingegangen. Gemäß dem Untersuchungsmodell (vgl. 8.1) wird die Rekonstruktion aus Sicht des *Institutional Realm* und des *Action Realm* vorgenommen, wobei beide Perspektiven an den geeigneten Stellen zusammengeführt werden. Schließlich werden in der Gesamtauswertung (Kapitel 17) die Forschungsfragen beantwortet und der Pfadverlauf zusammenfassend rekapituliert.

13 Phase I: Bedingte Integration (vor 1883)

Gemäß des Berliner Modells (vgl. 2.5) müssten in Phase I des hier untersuchten Pfadverlaufs institutionelle Rahmenbedingungen vorherrschen, unter denen eine noch nicht fragmentierte Leistungserbringung in der Krankenversorgung möglich wäre. Ebenfalls müssten erste Weichenstellungen für später einsetzende Fragmentierungsprozesse in der Krankenversorgung zu finden sein. Beide Aspekte werden in Phase I nachgewiesen werden können.

13.1 *Institutional Realm*: Medizinischer Professionalismus

Vor dem Aufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 war die Trennung zwischen Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung in der Krankenversorgung noch nicht vollzogen. Der Behandlungsvertrag kam direkt zwischen behandelndem Arzt¹⁴⁷ und den privat zahlenden Patienten zustande, die meist wohlhabende Adlige, Beamte oder Bürger

¹⁴⁷ Ärztinnen waren Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhundert noch eine Ausnahme. Die erste Frau mit formal abgelegten Staatsexamen in Deutschland erhielt im Jahr 1901 ihre Approbation zur Ärztin (Welt N24 digital: „Erste Ärztin legte vor 100 Jahren in Deutschland ihr Examen ab“, tinyurl.com/yde37gvj, 02/2019; vgl. auch Leven 2017: 54f).

waren (Rosewitz/Webber 1990). Die ordnungs- und professionspolitische Rahmung für die ärztliche Leistungserbringung bestand im Wesentlichen aus den schon länger existierenden Medizinalordnungen und einer von ärztlicher Seite erwirkten Gewerbeordnung¹⁴⁸. Diese durchaus als „marktliberal“ zu bezeichnende Situation ist kennzeichnend für die Leistungserbringung in der ärztlichen Krankenversorgung des 19. Jahrhunderts, noch vor Aufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung und des korporatistischen Steuerungsmodells (vgl. 14.1.4); sie steht damit in starkem Gegensatz zur späteren Regelungstiefe (vgl. Cassel et al. 2008). Entsprechend groß war der Konkurrenzkampf innerhalb der Ärzteschaft um einen (zahlungskräftigen) Patientenstamm (Huerkamp 1985: 22ff), was vor allem Berufsanfänger ohne Reputation vor Herausforderungen stellte¹⁴⁹. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen konnten im Übergang vom 19. auf das 20. Jahrhundert drei, für den weiteren Pfadverlauf einflussreiche Entwicklungen (*Institutional Realm*) ausgemacht werden.

13.1.1 Neuer Spezialisismus und disziplinäre Versorgungsausrichtung

Als erste verlaufsrelevante Entwicklung ist der sogenannte „neuen Spezialisismus“ (Ackerknecht 1989: 170) zu nennen, an dem sich die überaus starke Verschränkung zwischen medizinischen Fortschritt und dem Aufbau disziplinär getrennter Versorgungsstrukturen aufzeigen lässt.

¹⁴⁸ In den Medizinalordnungen des 19. Jahrhunderts wurden die Entlohnung ärztlicher Dienste und die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Heilberufen geregelt. Sie hatten eine lokale beziehungsweise regionale Geltung und waren zudem nicht einheitlich ausgestaltet (Stürzbecher 1964). Die Medizinalordnungen wurden von ärztlicher Seite auch zur Bekämpfung des sogenannten Kurpfuschertums eingesetzt, einer aus medizinisch-fachlicher Sicht unbegründeten Ausübung von Heiltätigkeit. Wobei die Verdrängung anderer Heilberufe kein Phänomen des 19. Jahrhunderts war. So schrieb Hess bereits im Jahr 1755 (zit. nach Thissen 1969: 18): „Die Obrigkeit muß den Quacksalbern das halsbrecherische Handwerk legen, und ein Sanitäts-Normativ machen“. Dabei weist der Begriff „Sanitäts-Normativ“ schon deutlich auf die gesundheitspolitische Stoßrichtung solcher Maßnahmen. Wiederum brachte die Gewerbeordnung des Jahres 1869 einige Vorteile für die Ärzteschaft. „Mit der Niederlassungsfreiheit, der freien Honorarvereinbarung, der Abschaffung des Kurierzwanges und anderer staatlicher Reglementierungen erfüllte die Gewerbeordnung [...] zwar zahlreiche lang gehegte Wünsche der Ärzte“ (Gerst 2003: A2495, Hervorhebungen im Original). Aber erst die Reichsärzteordnung des Jahres 1936 sicherte der approbierten Ärzteschaft den Status des freien Berufs, der kein Gewerbe ist, und die damit verbundenen Privilegien, zu denen unter anderem eine eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Leistungserbringung zählen (vgl. Hess 2009).

¹⁴⁹ Der Konkurrenzdruck unter den Niedergelassenen wird in einem „Ratgeber für angehende Praktiker aus dem Jahre 1896 [deutlich, dieser] empfahl [...]: „Ein unbedingtes Erfordernis für den Anfänger nun, der auf Patienten wartet, bildet die Parole: Zu Hause bleiben, Tag und Nacht! Besonders an Sonn- und Feiertagen, an denen die Nachbarärzte vielleicht ihr Haus verlassen haben, darf der Anfänger sicher darauf rechnen, daß hin und wieder ein Patient sich auch zu ihm verirrt. Allerdings können unter Umständen Wochen darüber vergehen, und es gehört vielfach eine große Entsagung dazu, besonders an schönen Sommertagen, das Haus hüten zu müssen““ (Huerkamp 1985: 119, Hervorhebungen im Original).

„Die Entwicklung verlief auf allen Spezialgebieten [...] in ähnlicher Weise. Gewöhnlich eröffneten die neuen Spezialisten [der Begriff „Fachärzte“ existierte noch nicht] besondere Polikliniken, wo sie die Armen unentgeltlich behandelten und dadurch weniger Widerstand vonseiten ihres Standes hervorriefen. War das Spezialgebiet einmal begründet, so wurden richtige Kliniken eröffnet. Schließlich wurden Lehrstühle, Gesellschaften und Fachzeitschriften gegründet“ (ebd.: 171).

Zudem musste es der approbierten Ärzteschaft noch gelingen, das im Zug des neuen Spezialisierung erkämpfte Terrain gegenüber anderen Leistungserbringern zu verteidigen. Ein „Anbietermonopol gegenüber der nicht-approbierten Konkurrenz“ (Gerst 2004: 13), beziehungsweise gegenüber der „unliebsamen Konkurrenz zu den Laienmedizinerinnen“ (Döhler 1997: 75), musste dauerhaft durchgesetzt werden. Dabei sorgten die bereits erwähnten Medizinalordnungen für eine legale Absicherung und Kompendien wie Johan Peter Franks „System einer vollständigen medizinischen Policey“ (vgl. Sudhoff 1922) für die ideologischen Grundlagen einer stärker werdenden ärztlichen Standespolitik¹⁵⁰.

13.1.2 Definition „ärztliche Behandlung“ (Marktschließung I)

Als zweite relevante Entwicklung ist die Definition der sogenannten „ärztlichen Behandlung“ zu nennen, die die Position der ärztlichen Profession gegenüber anderen Heilberufen stärkte. Sie besagte, dass die Krankenversorgung ausschließlich durch approbierte Ärzte erfolgen kann. Gesetzlich abgesichert wurde die ärztliche Behandlung in verschiedenen Novellen der Reichsversicherungsordnung (RVO) Anfang des 20. Jahrhunderts (vgl. 14.1.2). Döhler (1997: 77) bezeichnete diesen von der Ärzteschaft unternommenen Schritt auch als einen „wirksamen Mechanismus der Marktschließung“. Dazu kann mit Freidson (1979: 8) ergänzt werden, dass die Medizin „das ihr offiziell als Recht zuerkannte Monopol festzulegen, was Gesundheit und was Krankheit sei, und Krankheit zu behandeln“ Ende des 19. Jahrhunderts erhalten hat. Bezüglich des hier untersuchten Pfadverlaufs wird davon ausgegangen, dass die Definition und Durchsetzung der ärztlichen Behandlung einen besonderen Stellenwert in der Ausbildung von (professionellen) Abgrenzungsprozessen und der Ausbildung von Beharrungskräften gegenüber Reformmaßnahmen hatte und immer noch hat. Denn die ärztliche Behandlung steht prototypisch für die tiefe Einbettung der ärztlichen Profession in das System der Krankenversorgung. Dabei wird die Krankenversorgung mit der ärztlichen

¹⁵⁰ Bereits im 17. Jahrhundert heißt es in einer Medizinalordnung für das Fürstbistum Münster, dass der „Leib- und Landschaftsmedicus [...] die Volksgesundheit beobachten und die Medizinalpolizei ausüben [soll]“ (Stürzbecher 1964: 167), was den hoheitlichen Charakter ärztlicher Aufgaben recht deutlich hervorhebt.

Behandlung gleichgesetzt, eine relevante Voraussetzung zur Ausbildung eines kognitiven Lock-ins, das in Phase III zum Vorschein kommen wird (vgl. 15.2.1). Die in Phase I eingeleitete Entwicklung kann zunächst als *institutional design* (vgl. 7) bezeichnet werden. Denn durchaus absichtsvoll gelang es den ärztlichen Kollektivakteuren aus ihrer Versorgungs-Praxis, als eine Praxis unter vielen, eine exklusive Praktik zu entwickeln (vgl. 13.2). In Phase I befand sich diese Entwicklung aber noch in einem frühen Stadium.

„Wenn sich so auch schon im 18. Jahrhundert der Anspruch der akademischen Ärzteschaft auf eine Rolle als alleinige Experten in Fragen von Gesundheit und Krankheit ankündigte, war es doch von da bis zum Anspruch auf die alleinige medizinische Versorgung der Bevölkerung noch ein weiter Weg: Zunächst blieb eine Arbeitsteilung selbstverständlich, und zwar derart, dass ein semiprofessionelles Personal zuständig war für die Versorgung der breiten Masse der Bevölkerung“ (Huerkamp 1985: 42).

13.1.3 Professionelle Selbstregulierung

Als dritte verlaufsrelevante Entwicklung im *Institutional Realm* von Phase I ist die im 19. Jahrhundert einsetzende professionelle Selbstregulierung (Freidson 1979: 117) der Ärzteschaft zu nennen.

„Die Ärzteschaft adaptierte mit ihren Forderungen nach Eigen- bzw. Selbstkontrolle ihrer Berufsausübung Grundideen der Selbstverwaltung, die sich schon mit Beginn des 19. Jahrhunderts im Bereich der Kommunalverwaltung und bei Handel und Gewerbe bewährt hatten. Dies hatte zur Konsequenz, dass der Staat auch in diesem Sektor auf eine direkte behördliche Aufsicht verzichtete und seine Disziplinarbefugnisse dem Berufsstand selber auf der Basis einer gesetzlichen Rahmenregelung übertrug: Die Ärztekammern – Alternativen zu behördlichen steuernden Eingriffen – übernahmen Rechte und Pflichten gegenüber ihren Mitgliedern sowie gegenüber Staat und Gesellschaft“ (Stobrawa 2001: 125).

Zusammengenommen werden der neue Spezialisierung, das Konstrukt der ärztlichen Behandlung und beginnende professionelle Selbstregulation als maßgebliche Weichenstellungen einer sich im 19. Jahrhundert entwickelnden *dominant logic of medical professionalism* (vgl. 7.2.1) bewertet.

„[W]hen a dominant institutional logic exists, it is because other logics are subordinate. Thus the process of moving from one dominant logic to another involves actors using their power to accomplish such shifts“ (Reay/Hinigs 2005: 352).

Als Kernindikatoren der *dominant logic of medical professionalism* nennen Scott et al. (2000: 178) die oben erwähnte professionelle Selbstregulation, eine vorteilhafte Positionierung von Kollektivakteuren im (gesundheits-)politischen System und die (Mit-)Gestaltung an der relevanten Gesetzgebung. Die Autoren untersuchten dies am Beispiel der US-amerikanischen Krankenversorgung in der sogenannten "era of professional dominance" (ebd.) und datierten deren Beginn auf das Jahr 1945. Im Gegensatz kann für Deutschland festgestellt werden, dass die *era of professional dominance* der approbierten Ärzteschaft bereits viel früher einsetzte. Denn bereits im 17. und 18. Jahrhundert finden sich die von Scott et al. (ebd.) beschriebenen Indikatoren in den Medizinalordnungen wieder, zunächst jedoch nur mit regionaler Geltung (Stürzbecher 1964). Durch die am Ende des 19. Jahrhunderts einsetzende „Medizinpolitik“ (Göckenjan 1985: 10) trat dann ein übergreifender medizinischer Professionalismus zunehmend deutlicher hervor. Dazu hatten die an Einfluss gewinnenden ärztlichen Berufsorganisationen (Huerkamp 1985: 241ff; Gerst 2003, 2004) und von der Ärzteschaft geleitete Organisationen wie das Reichsgesundheitsamt (vgl. Hüntelmann 2008) maßgeblich beigetragen. Zum Roll-out der *dominant logic of medical professionalism* dürfte aber auch die sich am Ende des 19. Jahrhundert konstituierende gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beigetragen haben. Mit dem Gründungsjahr 1883 war Deutschland das erste europäische Land mit einer GKV, gefolgt von Österreich (1888), Schweden (1891), Dänemark (1892) und Belgien (1894)¹⁵¹. In Deutschland wuchsen die Krankenversicherungen zu einem gewichtigen Vetoplayer heran, mit denen sich die Ärzteschaft auseinandersetzen musste. Im hier untersuchten Pfadverlauf markiert die Gründung der GKV den Übergang von Phase I zu Phase II, weil sich ändernde Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen sowie Zuständigkeiten in der ambulanten Krankenversorgung einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung einer fragmentierten Krankenversorgung haben sollten (vgl. 14).

13.2 Action Realm: Flexible Leistungserbringung

Die im 19. Jahrhundert erstarkende akademische Medizin mit approbierten Ärztinnen und Ärzten fand in der sogenannten „privaten Praxis“, in der ausgewählte Patientenpopulationen behandelt wurden, ihre organisationale Entsprechung (Rosewitz/Webber 1990). Der für Phase I relevante Aspekt der privaten Praxis ist, dass durch sie eine bedingte Integration in der Krankenversorgung gewährleistet wurde, denn der aufnehmende und (weiter-)behandelnde Arzt erbrachte sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen, letztere in der eigenen

¹⁵¹ In anderen industrialisierten Ländern wurden Krankenversicherungen erst Anfang oder Mitte des 20. Jahrhunderts gegründet, wie zum Beispiel in den USA im Jahre 1965 (Schmidt/Ostheim 2007: 125).

Privatklinik oder durch belegärztliche Tätigkeiten in den sich zeitgleich gründenden städtischen Krankenhäusern. Ein weiterer relevanter Aspekt der privaten Praxis war die äußerst große Flexibilität in der Leistungserbringung. Zum Beispiel konnten selbst in den Krankenhäusern angestellte Ärzte ohne Einschränkungen die ambulante Versorgung ihrer Patienten fortzuführen (Rosewitz/Webber 1990: 33ff). Einsetzende Honorarstreitigkeiten sollten dieser flexiblen Leistungserbringung jedoch bald ein Ende setzen (vgl. 11.1) und den Pfadverlauf in Phase II maßgeblich beeinflussen (vgl. 14.1.3). In dem im Pfadmodell Phase I genannten Zeitraum war jedoch eine „integrierte“ Leistungserbringung möglich. Das Leistungsspektrum der privaten Praxis umfasste, wie bereits erwähnt, die ambulante und stationäre Versorgung sowie die medizinische Behandlungspflege und Versorgung mit Arzneimitteln¹⁵². Dabei fungierten die behandelnden Ärzte als zentrale Bindeglieder. Sie waren *in persona* für Aufnahmen zuständig, waren zumeist mit dem häuslichen Umfeld ihrer Patienten vertraut (Hausbesuche), erbrachten konservative und operative Versorgungsleistungen, koordinierten und beaufsichtigten die Heilmittelversorgung, Krankenpflege und Nachsorge. Diese Leistungserbringung muss jedoch als bedingt integrativ bezeichnet werden, weil sie lediglich einer ausgewählten Klientel offenstand. Zudem bestand am Ende des 19. Jahrhunderts ein starkes Stadt-Land-Gefälle, sowohl im Leistungsangebot und als auch in der Versorgungsqualität (Rosewitz/Webber 1990). Demnach war die private Praxis von einem flächendeckenden Versorgungsangebot weit entfernt¹⁵³. Doch trotz dieser Einschränkung ist die private Praxis für den untersuchten Pfadverlauf von Bedeutung. Sie kann als Blaupause der sich in Phase II konstituierenden ambulanten Krankenversorgung ausgemacht werden, im Sinne einer symbolischen Repräsentanz der ärztlichen Alleinzuständigkeit und Unabhängigkeit in der Veranlassung, Erbringen und Koordination von Versorgungsleistungen (vgl. 14.2.2).

¹⁵² „Die medizinische Behandlungspflege umfasst [gegenwärtig] alle Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung hin von Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie die Wundversorgung, der Verbandwechsel, die Medikamentengabe, die Dekubitusbehandlung oder die Blutdruck- und Blutzuckermessung“ (www.pflege.de/altenpflege/behandlungspflege, 02/2019).

¹⁵³ Im 19. Jahrhundert wandten sich „die Patienten in ländlichen Regionen weiterhin an traditionelle Heiler oder bei Bedarf an Barbieri. Approbierte Ärzte gehörten [noch] zu einer Minderheit der auf dem Land vertretenen medizinischen Dienstleister. Kleine Dörfer und Weiler waren wenig attraktiv für akademische Ärzte“ (Baschim et al. 2016: 56, zit. nach Wissenschaftlicher Dienst Deutscher Bundestag 2017: 7). Und so spricht auch Huerkamp (1985: 40) von einem „segmentierten Gesundheitsmarkt [in dem] medizinische Dienstleistungen [...] von den akademischen Ärzten über die Wundärzte und Barbierchirurgen sowie die Hebammen bis zu den Laienheilern unterschiedlichster Provenienz [erbracht wurden, denen jeweils] unterschiedliche Abnehmergruppen gegenüberstanden“.

13.3 Zusammenfassung Phase I

In Phase I, die diese Untersuchung zeitlich vor der Gründung der Krankenversicherung ansiedelt, wurden mit dem neuen Spezialisismus, dem Konstrukt der ärztlichen Behandlung und der einsetzenden professionellen Selbstregulierung wichtige Weichenstellungen zur Ausbildung einer *dominant logic of medical professionalism* vollzogen (*Institutional Realm*) vorgenommen. Diese Ereignisse werden als *triggering events* (vgl. 4.2) gewertet, weil sie das relationale Handeln der ärztlichen Leistungserbringer und der in Phase II neu hinzutretenden Leistungsfinanzierer dauerhaft beeinflussten sollten. Die damit einhergehende Marktschließung gegenüber der nicht-approbierten ärztlichen Konkurrenz und der im Zuge des neuen Spezialisismus' stattfindende Aufbau disziplinär getrennter Versorgungsstrukturen entfalteten ebenfalls eine nachhaltige Wirkung im Pfadverlauf. In der Versorgungspraxis war durch den Einzelvertrag zwischen Patienten und approbierten Ärzten eine Krankenversorgung mit ambulanten und stationären Leistungen aus einer Hand möglich, die jedoch nur einer ausgewählten Klientel zur Verfügung stand (*Action Realm*). Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf die sich später konturierende ambulante Krankenversorgung sollte die „private Praxis“ zu einer wichtigen ideellen Blaupause einer unabhängigen ärztlichen Leistungserbringung werden.

14 Phase II: Einsetzende Fragmentierung (1883 bis 1932)

Das Berliner Modell geht in Phase II, der Pfadformation, davon aus, dass der Pfad, angetrieben von positiven Rückkopplungen, einem neuen Gleichgewichtszustand entgegenstrebt. Im hier untersuchten Feld sollte daher die Handlungsvarietät aufseiten der Kollektiv- und Individualakteure abnehmen und sich eine Fragmentierung in der (ambulanten) Krankenversorgung abzeichnen. Dieser Prozess wird von einem kritischen Ereignis (*critical event*) eingeleitet und von selbstverstärkenden Mechanismen vorangetrieben (vgl. Abb. 3, S. 22). Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Jahre 1883 (vgl. 11.1) wird in dieser Untersuchung als ein solches kritisches Ereignis eingestuft. Anzumerken ist, dass die GKV nicht als Verursacher der einsetzenden Fragmentierung definiert wird. Vielmehr wurden durch ihre Gründung und ihr Wachstum verschiedene gesundheitspolitische und versorgungspraktische Entwicklungen angestoßen, die der Fragmentierung in der (ambulanten) Krankenversorgung Vorschub leisten sollten.

14.1 *Institutional Realm*: Vom Einzelvertrag zum Korporatismus

Bis Ende des 19. Jahrhunderts waren die Leistungserbringung und -finanzierung in der Krankenversorgung weitgehend unregelt. Der Sicherstellungsauftrag (vgl. 11.3) war noch nicht vergeben, eine Bedarfsplanung noch nicht vorhanden, der Leistungskatalog (vgl. ebd.) und Maßstäbe zur Leistungsbewertung in der ambulanten Krankenversorgung (vgl. 10.2.2) noch nicht entwickelt. Mit Einführung der GKV im Jahre 1883 änderte sich diese Situation grundlegend. Das mit den Versicherungen eingeführte Sachleistungsprinzip (vgl. 10) führte zu einer sukzessiven Entkopplung der Leistungsvergütung zwischen ärztlichen Leistungserbringern und Patienten. Denn während in Phase I noch ein Behandlungsmarkt mit Einzelverträgen ausreichend war, wurde dieser durch einen Leistungs- und Versicherungsmarkt ergänzt. Mit zunehmenden Versichertenzahlen wuchsen diese neuen Märkte und mit ihnen der Einfluss der Krankenversicherungen (vgl. Schmidt/Ostheim 2007). In dieser Phase der Transformation, in der wegen auftretender Streitigkeiten unter den relevanten Kollektivakteuren auch erstmalig staatliche Eingriffe in die Krankenversorgung notwendig wurden (vgl. 11.2f; siehe unten), setzten sich vier, wechselseitig selbstverstärkende Entwicklungen in Gang (siehe unten). Diese werden hinsichtlich des Pfadverlaufs in Phase II in dieser Untersuchung als *conjuncture* (vgl. 2.2) identifiziert, die in die Entstehung eines *institutional clusters* (vgl. 2.5) mündete, welches die Entstehung fragmentierter Versorgungsstrukturen und Reziprozitätsnormen (vgl. 2.6) unter den Leistungserbringern nach sich zog. Zu den vier Entwicklungen im *institutional cluster* gehören die a) sukzessive Beendigung von Einzelverträgen zugunsten eines Kollektivvertrags, die von ärztlichen Kollektivakteuren forcierte b) Trennung der Leistungssektoren, eine c) „Politisierung“ der Leistungsfinanzierung und die Etablierung des d) Korporatismus’ als zukünftigem Steuerungsmodell in der Krankenversorgung.

14.1.1 Beendigung Einzelverträge und Roll-out Kollektivvertrag

Die bereits unter 11.2 erörterten Honorarstreitigkeiten zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherungen machten die Ablösung des einzelvertraglichen Systems zugunsten eines Kollektivvertrages notwendig. Erstmals im Rahmen des Berliner Abkommens des Jahres 1913 geregelt, sollte der Kollektivvertrag zu einer nachhaltigen Unterbindung direkter Vertragsbeziehungen zwischen den Niedergelassenen und den Krankenversicherungen führen. Zwar bestanden Einzelverträge zwischen den lokalen oder regionalen Krankenversicherungen und einzelnen ärztlichen Leistungserbringern zunächst fort, die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse trieben jedoch den Ausrollprozess des Kollektivvertrags gezielt voran. In

der späteren BRD sollte dieser Prozess mit dem Kassenarztrecht des Jahres 1955 seinen Abschluss finden (vgl. 15.1.2). Und erst in dem, was hier im Modell als Übergang von Phase III auf Phase IV beschrieben wird, also Mitte der 1990er Jahre, sollten einzelvertragliche Varianten der ambulanten Leistungserbringung wieder möglich werden (vgl. 11.11; 16.1.1).

14.1.2 Forcierte Trennung der Leistungssektoren

Mit der Reichsversicherungsordnung (RVO, Novelle 1932) wurde die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Leistungssektor in der Krankenversorgung, ein „typisch deutsches Phänomen“ (Rosewitz/Webber 1990: 90), weiter forciert. Denn aufgrund des verlagerten Sicherstellungsauftrags (siehe oben) waren die Krankenversicherungen fortan gezwungen, nicht nur mit den Kassenärztlichen Zusammenschlüssen zu kontrahieren, sondern auch in ihrer Vertragsgestaltung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu differenzieren. Das heißt, sowohl in der ambulanten Krankenversorgung als auch im stationären Bereich wurden ab 1932 sektoral orientierte Verträge zur Norm. Damit wurden ökonomisch unabhängige Leistungssektoren (vgl. 10.1) etabliert, die fortan eigenständige Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen entwickelten. Im Umkehrschluss führte dies zu einer Unterbindung von Verträgen mit einem intersektoralen Leistungsspektrum, die erst mit Verträgen wie dem ambulanten Operieren – im Modell Phase IV – wieder möglich werden (vgl. 16.1.1). Die forcierte Trennung der Leistungssektoren hatte aber auch weitreichende Konsequenzen in der Leistungserbringung, sowohl strukturelle als auch handlungsbezogene, denn auf „der Basis dieser schon seit 1931 gültigen Rechtslage waren alternative Organisationsmodelle [wie z.B. intersektorale Versorgungsformen] weitgehend ausgeschlossen [...]“ (Döhler 1997: 164). Im Zuge der 1932 novellierten RVO wurde auch die Leistungsfinanzierung in der ambulanten Krankenversorgung umgestellt. Fortan flossen die Mittel von den Krankenversicherungen direkt an die sich zeitgleich gründenden Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Als Nachfolgeorganisationen der Kassenärztlichen Zusammenschlüsse handelten diese, beziehungsweise deren Spitzenorganisationen (vgl. 10.3.2), nun gesamthaft die Verträge mit den Krankenversicherungen für den ambulanten Leistungssektor aus und honorierten die niedergelassene Ärzteschaft gemäß professionsintern geregelter und disziplinärer ausgerichteter Maßstäbe der Honorarverteilung (vgl. 10.2.2)¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Sicherstellung“ (kbv.de/html/436.php, 02/2019).

14.1.3 Politisierung der Krankenversorgung (Marktschließung II)

Durch das Erstarren der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie aufgrund der marktlichen Ausdifferenzierung (siehe oben) wurde die Leistungserbringung in der Krankenversorgung immer mehr zu einem gesundheitspolitischen Verhandlungsgegenstand. Bei den Verhandlungen der Kollektivakteure standen weniger die versorgungspraktischen Herausforderungen (vgl. Transformation, 14.1) als vielmehr die Sicherung von politischem Einfluss in den Vordergrund (vgl. Reucher 1999; Gerst 2004). Vor allem die Regelung der Honorarfrage (ausführlicher unter 14.2) und die Verlagerung des Sicherstellungsauftrags werden sich als kritisch für den weiteren Pfadverlauf erweisen. In der ambulanten Krankenversorgung wurden im Zuge der RVO (Novelle 1923) der Sicherstellungsauftrag von den Krankenversicherungen auf die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse, den späteren Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen (Schirmer 1997a; vgl. 14.1.3). Dieser Schritt wirkte wie eine erneute Marktschließung. Doch während diese in Phase I auf den Ausschluss nichtärztlicher Heilberufe und nicht-aprobierter Ärzte aus der Krankenversorgung zielte, und damit eine primär professionspolitische Stoßrichtung hatte (vgl. 13.1.2), wurden durch die Verlagerung des Sicherstellungsauftrags die Krankenversicherungen auch von der unmittelbaren Krankenversorgung ausgeschlossen und in die Rolle reiner Versicherungsunternehmen verwiesen. In der ambulanten Krankenversorgung bedeutet das, dass die Krankenversicherungen sukzessive das Recht verloren, „Ambulatorien und andere Einrichtungen für ihre Mitglieder zu betreiben und selbst Ärzte anzustellen“ (Lindner 2004: 82). Mit der RVO wurde daher nicht nur eine „rigide Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ vollzogen (Leber/Wasem 2016), der Wettbewerb um Leistungsverträge (vgl. 6.2) sowie Anstellungsmodelle für ambulant oder teilstationär tätige Ärztinnen und Ärzte wurde zusätzlich nachhaltig unterbunden.

14.1.4 Korporatismus als Konfliktlösung

Die Ende des 19. Jahrhunderts einsetzenden und Anfang des 20. Jahrhunderts anhaltenden Konflikte zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherungen um die Zuständigkeit in der Krankenversorgung und die Modi der Leistungsfinanzierung machten staatliche Eingriffe notwendig, nicht zuletzt, um Versorgungssicherheit zu gewähren (vgl. 11.2). Eine weitreichende und äußerst nachhaltige Entwicklung war die Etablierung des Leistungskatalogs, die den Beginn einer institutionalisierten Interessensbefriedigung in der Krankenversorgung und zudem den Beginn der gemeinsamen Selbstverwaltung markiert.

Die im Leistungskatalog „spezifischen institutionellen Ausformungen sind untrennbar mit der historischen deutschen Entwicklung des Subsidiaritäts- und Selbstverwaltungsprinzips verbunden. Der im Jahre 1913 im Zuge der Umsetzung des ‚Berliner Abkommens‘ gegründete Zentrallausschuss [zur Verhandlung des Leistungskatalogs] gilt als erster Vorläufer und mit dieser Institution hat sich eine bis heute im Aufbau und in der Konzeption fortwirkende Organisationsstruktur für die gemeinsame Selbstverwaltung etabliert“ (Niebuhr et al. 2004: 17).

Über die im Leistungskatalog abrechenbaren Versorgungsleistungen wurde die sogenannte Regelversorgung geschaffen. Und auch wenn der Leistungskatalog am Anfang des 20. Jahrhunderts noch recht unspezifisch ausgestaltet war (vgl. 11.3), dürfte dieser die Entstehung von wettbewerblichen Suchprozessen aufseiten der Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer nicht befördert haben. Im Gegenteil, der sukzessive Ausbau des Leistungskatalogs in den nachfolgenden Jahrzehnten führte zu einer flächendeckenden Nivellierung gesetzlich vorgeschriebener Versorgungsleistungen¹⁵⁵. Mit dem 1913 gegründeten Zentrallausschuss und dessen Instrument des Leistungskatalogs wurde das für Deutschland typische korporatistische Steuerungsmodell eingeleitet. Deppe (2005: 10) sieht die historische Entwicklung des Korporatismus „weder als Resultat marktwirtschaftlicher Prozesse [...] noch als ein politisch geplantes Modell [...]“, sondern als einen dazwischenliegenden Weg, der entsprechend der jeweiligen „gesellschaftlichen Herrschaftsbedingungen“ gewachsen sei. Wobei ergänzt werden muss, dass die Herrschaftsbedingungen in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung, ausgehend vom medizinischen Professionalismus in Phase I, in einem zunehmenden Maße von der Ärzteschaft und deren Kollektivakteuren bestimmt wurden. Mit Blick auf den Pfadverlauf wird der in Phase II eingeschlagene Weg der institutionalisierten Interessenbefriedigung einige Jahrzehnte später zur Kritik an einer zu großen Regelungstiefe in der Krankenversorgung beitragen (Cassel et al. 2008), die aufgrund ihrer „planwirtschaftlichen“ Verfasstheit (Jacobs/Schulze 2011: 141ff) als schwer zu reformieren bewertet wird, weil sie eine flexible, sich den Versorgungsbedarfen anpassende Konfiguration von Versorgungsleistungen, Leistungserbringern und Finanzierungsmodellen unterbindet.

¹⁵⁵ Die nivellierende Wirkung des Leistungskatalogs drückt sich in der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem in der Leistungsgleichheit der Versicherungen aus. Diese liegt gegenwärtig bei circa 95 Prozent, bei einer ebenso hohen Quote der erstatteten, also tatsächlich in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen (Bundesversicherungsamt 2018: 27).

14.2 *Action Realm*: Honorarkonflikte und Kassenarztfrage

Dieser Abschnitt beginnt mit einer etwas ausführlicheren Schilderung einiger konfliktreicher Entwicklungen in der Honorarverteilung unter den Niedergelassenen. Deren Lösung wird einige, für den Pfadverlauf folgenreiche Entwicklungen in der strukturellen Ausgestaltung (Bereich Struktur) der ambulanten Krankenversorgung nach sich ziehen, die anhaltende Wirkung hatte.

Zur Beginn von Phase II, also in den 1880er Jahren, kam die Ärzteschaft erstmalig mit der Institution der gesetzlichen Krankenversicherung in Berührung und „Regelungen der Beziehung zwischen Arzt und Krankenversicherung zur Durchführung der kassenärztlichen Behandlung wurden bald erforderlich“ (Stobrawa 2001: 21). Denn aus Sicht der Ärzteschaft bewirkte die „rapide Ausdehnung der Versicherung [...], daß die Kassenarztstätigkeit, die früher von einzelnen Ärzten mehr oder weniger als Anhängsel zur eigentlichen Praxis, der Privatpraxis [vgl. Phase I] ausgeübt worden war, für mehr und mehr Ärzte die entscheidende Grundlage ihrer Existenzsicherung wurde“ (Huerkamp 1985: 199). Die Ärzteschaft sah sich starken Krankenversicherungen gegenüber, die für sich vorteilhafte Leistungsverträge anboten. Zudem verlor mit wachsenden Versichertenzahlen (vgl. Schmidt/Ostheim 2007) auch das für Phase I typische Modell der privaten Praxis an finanzieller Attraktivität, da immer mehr gesetzliche Versicherte Leistungen in Anspruch nahmen. Die damit in Verbindung stehende Kassenarztfrage sowie die freie Arztwahl waren die zentralen Themen der Ärztetage in den Jahren 1883 und 1884. Bezüglich der Kassenarztfrage strebte die Ärzteschaft eine größere Unabhängigkeit gegenüber den Krankenversicherungen an. Bei der freien Arztwahl, welche die Einkommenschancen von Niedergelassenen ohne Leistungsverträge mit den Krankenversicherungen erhöhte, zielten die Bemühungen vonseiten der Ärzteschaft auf die Herstellung einer Einkommensgerechtigkeit unter den Niedergelassenen (vgl. Stobrawa 2001: 21f; Wanek 1994: 127ff)¹⁵⁶. Zur Honorarproblematik trug auch die fortschreitende

¹⁵⁶ Um 1900, knapp 20 Jahre nach Einführung der GKV, hatten viele der kleineren Krankenversicherungen (circa 400 Versicherte) nur einen Vertragsarzt (Einzelverträge), von dem sich die Versicherten behandeln lassen mussten (Huerkamp 1985: 195). „Bei einem Teil der größeren Kassen bestand ein Distriktarztsystem, [...] für jeden [Distrikt] war ein von der Kasse bestimmter Arzt zuständig [...]“ (ebd.). Unzufriedenheit aufseiten der Niedergelassenen bezüglich der Honorarverteilung, sowie bei einigen Versichertengruppen hinsichtlich des Leistungsangebots, führten schließlich dazu, dass einige Kassen die freie Arztwahl für ihre Versicherten einführen (ebd.: 280). Zum Beispiel „[...] beschloß der Stuttgarter Verein zur Einführung der freien Arztwahl, nachdem er 1900 einen Vertrag mit der größten Ortskrankenkasse Stuttgarts abgeschlossen hatte, neue Statuten, wonach kein Vereinsmitglied [die Niedergelassenen] Sonderverträge mit einzelnen Kassen abschließen durfte“ (ebd.). Erwartungsgemäß führten diese lokalen und uneinheitlichen Initiativen aufseiten einzelner Vereine und Verbände zu Konflikten innerhalb der Ärzteschaft, weil die freie Arztwahl die Einkommenschancen jener Ärzte erhöhte, die keine einzelvertragliche Bindungen mit einer Krankenversicherung unterhielten. Gegenwärtig zählt die freie Arztwahl zu den Strukturmerkmalen in der Krankenversorgung (vgl. 10.2). Sie ist im § 76 SGB V festgeschrieben und bleibt auch im selektivvertraglichen Bereich grundsätzlich unangetastet. Jedoch führt sie

disziplinäre Differenzierung des Arztberufs (Fachgruppen) bei, die in der ambulanten Krankenversorgung zu einer steigenden Zahl von Niederlassungen sogenannter „Spezialärzte“ (Huerkamp 1985: 190) führte. Aus den medizinischen Universalisten des 18. und 19. Jahrhunderts waren fachärztlich orientierte Spezialisten geworden¹⁵⁷. Und während noch am Ende des 19. Jahrhunderts eine Marktsättigung von ärztlichen Spezialisten zu beobachten war (vgl. ebd.: 177ff), beförderten der medizinische Fortschritt und steigende Versichertenquoten (Reucher 1999) die Niederlassung der Spezialärzten, was ebenfalls zu Einkommensunterschieden führte.

„Die Ärzte in den größeren Städten büßten, im Unterschied zu ihren Kollegen in Kleinstädten und auf dem Land, durch die Zunahme der Spezialärzte verschiedenster Richtungen nicht nur immer mehr Betätigungsfelder ein; ihnen gingen auch konkrete Verdienstchancen verloren. Der allgemeinpraktische Arzt sah sich gezwungen, einen großen Teil seiner Patienten an Spezialärzte zu überweisen“ (Huerkamp 1985: 190).

Es kann resümiert werden, dass die Kassenarztfrage, das Problem der freien Arztwahl und die Niederlassung der neuen Spezialärzte Konflikte in der Honorarverteilung etablierten, die zum Teil bis in die Gegenwart reichen¹⁵⁸. Lokale Versuche der Konfliktbeilegung brachten keine befriedigende Lösung (Huerkamp 1985: 190ff). Es gelang der niedergelassenen Ärzteschaft nicht, fachgruppengerechte Honorarregelungen zu treffen. Der dann eingeschlagene Lösungsweg in Form eines von den Kassenärztlichen Zusammenschlüssen vorangetriebenen Roll-outs des Kollektivvertrags (vgl. 14.1.1), sollte in der ambulanten Krankenversorgung verschiedene Abgrenzungsprozesse in der Leistungserbringung nach sich ziehen.

auch heute noch zu Konflikten. So zum Beispiel bei den Versuchen des Gesetzgebers im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ein Primat der hausärztlichen vor der fachärztlichen Versorgung zu etablieren, um die Hausärzte mit patientensteuernden Aufgaben auszustatten (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 100).

¹⁵⁷ In der Ansiedlung von Fachärzten zeigte sich zunächst ein großes Stadt-Land-Gefälle. Vor allen in ländlichen Gebieten waren die ärztlichen Universalisten noch bis Ende des 19. Jahrhunderts stark vertreten: „Der Landarzt mußte in der Regel noch Internist, Chirurg, Geburtshelfer sowie Spezialist für verschiedene Organe in einer Person sein. Er mußte Verletzungen und komplizierte Knochenbrüche behandeln, Ohrenentzündungen und Augenkrankheiten kurieren, schlechte Zähne ziehen und in schwierigen Geburtsfällen seinen Mann stehen“ (Huerkamp 1985: 185).

¹⁵⁸ Auch gegenwärtig, wenn auch unter völlig anderen Rahmenbedingungen, ist die Honorarfrage ein Dauerkonflikt in der GKV. Der Sachverständigenrat (SVR 2014: 398) stellt zur Frage der hausärztlichen Versorgung fest, dass „Veränderungen der konkreten Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit von Hausärzten erforderlich [sind]. Im Vordergrund stehen [...] die zum Teil geringere Honorierung von Hausärzten gegenüber spezialisierten Fachärzten“. Darüber hinausgehend empfiehlt das IGES-Institut in einer für die Techniker Krankenkasse (TK) durchgeführten Machbarkeitsprüfung zur Reform der ärztlichen Vergütung in der ambulanten Krankenversorgung einen umfassenden Wandel des Vergütungssystems. Als Lösungsansatz wird eine Einzelleistungsvergütung vorgeschlagen, die unter anderem: „Auch die Konflikte innerhalb der Ärzteschaft – zwischen Fachgruppen und auch unter den Kassenärztlichen Vereinigungen – [reduzieren könne], weil die Honorarverteilung entfällt und perspektivisch bundesweit einheitliche Preise für ärztliche Leistungen gezahlt würden“ (IGES 2014: 3).

„Den Ärzten war es gelungen, die von vielen befürchtete Verstaatlichung des ärztlichen Standes zu verhindern – allerdings um den Preis der Einbindung des einzelnen Arztes in eine neue gesetzlich legitimierte körperschaftliche Struktur unter Verzicht auf den vertragslosen Zustand“ (Gerst 2000: A-827).

14.2.1 Konturierung des ambulanten Leistungssektors und der Einzelpraxen

In Verlauf von Phase II trieben die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse, respektive Vereinigungen die Konturierung der ambulanten Krankenversorgung als eigenständigem Leistungssektor im Rahmen des Kollektivvertrages stetig voran. Zum einen zeigte sich das als Abgrenzungsprozess gegenüber dem stationären Sektor. Gerst (2004: 241ff) verdeutlicht die Entwicklung an der Frage der Zuständigkeit für die Sicherstellung der Krankenversorgung. Hier wehrten sich die Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft lange Zeit erfolgreich gegen Bestrebungen der Krankenhausgesellschaften, die Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilhaben zu lassen. Eine weitere Abgrenzung konnte vonseiten der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen erreicht werden. Wie unter 14.1.3 beschrieben, kam es im Rahmen der RVO zu einem Marktschließungsprozess, bei dem es den Krankenversicherungen untersagt wurde, ambulante Versorgungseinrichtungen (z.B. Ambulatorien) zu betreiben und Ärztinnen und Ärzte anzustellen (vgl. 14.1.3). Damit erhielten die Niedergelassenen zwar eine größere Eigenständigkeit, gleichzeitig wurden aber auch trägerübergreifende Versorgungsmodelle¹⁵⁹ in der ambulanten Krankenversorgung unterbunden. Zum anderen sorgte die Niederlassung der neuen Spezialärzte für eine disziplinäre Abgrenzung innerhalb der Ärzteschaft. Wie zu Zeiten der „privaten Praxis“ in Phase I, blieb auch in Phase II die Einzelpraxis die grundständige Versorgungsorganisation, während sich gemeinschaftliche Formen der Berufsausübung nicht durchsetzen konnten. Das war zu großen Teilen den Dienstverhältnissen geschuldet, die die Niedergelassenen mit den Kassenärztlichen Zusammenschlüssen eingehen mussten. In diesen wurden das in Phase I vorherrschende privatrechtliche Verhältnis zwischen Niedergelassenen und Patienten sukzessive in ein Dienstverhältnis zwischen Niedergelassenen und Kassenärztlichen Zusammenschlüssen umgewandelt.

Dabei erhielten die Zulassungsausschüsse eine „exponierte Machtstellung [...] bei der Besetzung offener Kassenarztstellen. Das grundsätzlich fortbestehende privatrechtliche Einzeldienstverhältnis

¹⁵⁹ Trägerübergreifende Versorgungsmodelle können beispielsweise von Ärztenetzwerken realisiert werden, wenn z.B. Krankenkassen oder Sozialversicherungen regelhaft in die Leistungserbringung einbezogen werden.

zwischen Krankenversicherung und Arzt wurde [...] zunehmend durch kollektive Regelungen [...] überlagert und vorstrukturiert“. (Tauchnitz 2004: 367f in Bezug auf Niggemann 1933).

Ab 1931 kamen die Dienstverhältnisse nur noch zwischen Niedergelassenen und den inzwischen flächendeckend etablierten KVen zustande (Hess 2009: 265ff). Im Zuge dieser Entwicklungen konnte sich dann auch die deutsche Eigenheit einer doppelten Facharztschiene (vgl. 11.7) ausbilden. Im weiteren Verlauf von Phase II verankerten sich eine disziplinar aufgefächerte Leistungserbringung (siehe unten) und sektoral abgegrenzte Zuständigkeiten zusehends. Im Hinblick auf die fortschreitende Fragmentierung in Phase III (vgl. 15) ist an dieser Stelle noch anzumerken, dass mit der Konturierung des ambulanten Leistungssektors, definiert als Prozesse der Markschießung und disziplinären Auffächerung, die Voraussetzungen zur Entstehung von *local trajectories* in der ambulanten Leistungserbringung geschaffen wurden. Die Entstehung von Pfadabhängigkeit ist daher auch im räumlichen Kontext zu betrachten. Sie spiegelt sich in lokalen Traditionen des Austauschs wieder, die sich als äußerst stabil gegenüber Veränderungen in der Umwelt erweisen können (vgl. 2.5.4). Selbst den alliierten Kräften gelang es nach 1945 nicht, wie eigentlich geplant, eine Krankenversorgung nach Vorbild des britischen NHS durchzusetzen, mit ambulanzallgemeinmedizinischen Strukturen einerseits und einer stationär-fachärztlichen Versorgung andererseits (vgl. 11.12.2; 15.1.1).

14.2.2 Disziplinäre Abgrenzungen der Niedergelassenen

Zu den oben genannten strukturellen Abgrenzungen (Leistungssektoren, Niederlassung in Einzelpraxis) passt eine historisch gewachsene handlungsbezogene Eigenart der ärztlichen Profession.

"Charakteristischerweise wird die Arbeit des Arztes im nach außen abgeschlossenen Sprechzimmer oder im Schlafzimmer des Kranken ausgeführt. Vielleicht ist das der Grund dafür, daß die Medizin eher als andere Professionen so gesehen wird, als bestünde sie bloß aus der Beziehung zwischen dem Ausübenden und dem Klienten, als sei sie also keine Organisation“ (Freidson 1979: 78).

Freidson (ebd.) definiert die ambulanzärztliche Leistungserbringung als eine situative Praxis (vgl. 4.1), als eine Zusammenkunft zwischen einer Expertin beziehungsweise einem Experten mit einem Laien. Weitere Akteure sind zunächst nicht notwendig und die Einzelpraxis erscheint daher als quasi natürliche Arbeitsumgebung. Freidson (ebd.) geht jedoch noch einen

Schritt weiter, indem er die solitäre ärztliche Leistungserbringung mit der professionellen Autonomie gleichsetzt.

"Eines der Zentralthemen ist die Unabhängigkeit – der Begriff der professionellen Autonomie – in der der Mensch nach eigenem Gutdünken handeln kann. Damit Autonomie überhaupt existieren kann, muß der Arzt alleine arbeiten [...] (Freidson 1979: 78 in Bezug auf Evang 1960).

Die Autonomie wird in dieser Sichtweise zu einem starken Handlungsmotiv. Professionsgeschichtlich können die Niedergelassenen dabei auf die in Phase I entstandene Blaupause der „privaten Praxis“ zurückgreifen. Hinzu kommt, dass sich auf Grundlage der ebenfalls in Phase I eingeleiteten fachlichen Ausdifferenzierung (neuer Spezialisierung, vgl. 13.1.1), in Phase II disziplinär orientierte Handlungsskripte (vgl. 4.2) unter den Niedergelassenen ausbilden konnten. Eine interdisziplinäre Ausrichtung des eigenen Handelns war nicht vorgesehen. Im weiteren Pfadverlauf sollten sich diese „mono-disziplinären“ Skripte zu mono-disziplinären Reziprozitätsnormen entwickeln (vgl. 15.2.2), mit nachhaltiger Wirkung auf die Regulation der Zusammenarbeit. Ein Beispiel dafür sind die im Abschnitt zu den adaptiven Erwartungen (vgl. 2.5.2.4) bereits erwähnten Überweisungspraktiken (*referrals*) unter niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten. Zu diesen schreibt Hall (1946: 43): „The practice of specialized medicine hinges around the referral system“. Und im *referring game* erwarten die Niedergelassenen eine fachlich abgrenzbare Leistungserbringung, die den Kompetenzbereich der eigenen Disziplin nicht überschreitet. Wobei das von Hall (ebd.) beschriebene *referring game* nur dann funktioniert, wenn alle sicher erwarten können, dass die anderen Akteure sich regelkonform verhalten. Hall (ebd.) spricht daher auch von einem „reciprocal system, [...] on which they are mutually dependent“.

Ein nicht ganz unwichtiger Effekt der Niederlassung in disziplinärer Abgrenzung für die hier untersuchte ambulante Krankenversorgung ist, dass die Ärzteschaft im Zeitraum von Phase II ihren regionalen Versorgungsraum (vgl. 6.1) als eine Ansammlung von Einzelorganisationen mit jeweils spezifischem Leistungsportfolio strukturierte. Damit überformten sie aber auch den Möglichkeitsraum in den Dimensionen Koordination und Kooperation (ebd.) im Sinne einer disziplinären und organisationalen Trennung. Natürlich stand die ambulante Leistungserbringung in Phase II bereits unter dem Einfluss der Kassenärztlichen Zusammenschlüsse und späteren KVen, trotzdem sollte der praktizierenden Ärzteschaft eine handelnd hervorgebrachte organisationale und disziplinäre Trennung nicht ganz abgesprochen werden.

14.3 Zusammenfassung Phase II

Der hier untersuchte Pfad trat in die Phase der Pfadformation, in pfadtheoretischer Hinsicht in Phase II, ein. In dieser Phase zeigen sich Schließungs- und Abgrenzungsprozesse. Für den *Institutional Realm* kann festgestellt werden, dass sich nach der Gründung der GKV im Jahre 1883 ein *institutional cluster* ausbildete, in dem sich komplementäre Rechts- und Interaktionsnormen entwickelten, die dem fragmentierten Strukturaufbau und einer ebensolchen Leistungserbringung Vorschub leisteten. Dabei liegen die selbstverstärkenden Kräfte innerhalb der Struktur des Clusters. Als *input-output relationships* (vgl. David 1994: 214) flankierten Rechtsnormen die Entstehung von Interaktionsnormen zwischen den Kollektivakteuren, was wiederum versorgungspraktische Konsequenzen hatte.

Rechtsnormen	Interaktionsnormen der Kollektivakteure	Wirkungen im Pfadverlauf
<ul style="list-style-type: none"> • Krankenvers.-gesetz (1883) • Berliner Abkommen (1913) • Novellen der RVO (1923 und 1932) 	<ul style="list-style-type: none"> • einzelvertragliche Regelungen sukzessive abgelöst, Kollektivvertrag bestimmt Vertragsgestaltung • Kassenärztliche Zusammenschlüsse übernehmen Sicherstellungsauftrag von Krankenversicherungen • Kassenärztliche Zusammenschlüsse und spätere KVen grenzen den ambulanten Leistungssektor ab • Leistungskatalog als Verhandlungsgegenstand und Steuerungsinstrument (im Rahmen der Regelversorgung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbindung einzelvertraglicher Leistungserbringung • strukturelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung • Unterbindung von intersektoralen Versorgungsmodellen • disziplinäre Abgrenzungen (vs. gemeinschaftliche Berufsausübung)

Tabelle 12: *Institutional Cluster* in Phase II

Folgende Entwicklungen sollen nochmals hervorgehoben werden: Die strukturelle Trennung der Leistungssektoren machte sektoral orientierte Leistungsverträge zur Norm und unterband die Entwicklung intersektoraler Versorgungsformen. Ab 1932 wurde über die KVen die sektorale Leistungsfinanzierung auf Dauer gestellt. Der im Rahmen des korporatistischen Steuerungsmodells geschaffene Zentralausschuss (Ärzeschaft und Krankenkassen) etablierte mit seinem Leistungskatalog erstmalig die sogenannte Regelversorgung, die fortan im Sinne einer *governance structure* (Scott et al. 2000: 174) wirkte. Dabei fungierte der Leistungskatalog als Verhandlungsgegenstand und stets weiterzuentwickelndes Verhandlungsergebnis. Innerhalb des korporatistischen Steuerungsmodells konnten die Kollektivakteure routinierte Interaktionsmuster entwickeln, die mit Thornton et al. (2012, zit. nach Aulenbacher 2014: 2) als *socially constructed* (Zentralausschuss), *historical patterns* (gewachsene Rollen und Zuständigkeiten) *of cultural symbols and material practices*

(Leistungskatalog als Artefakt und Interaktionsregel) beschrieben werden können (vgl. 7.1). Dieses Setting hatte im Pfadverlauf weitreichende Folgen.

„Aus heutiger Perspektive stellt die korporatistische Steuerung eher wegen ihrer Staatsnähe beziehungsweise der Behinderung von wettbewerblichen Steuerungsmechanismen ein Problem dar. Die gesetzlich festgeschriebene Rolle der Verbände und die Zwänge zum einheitlichen Handeln verhindern wettbewerbliche Suchprozesse nach besseren Lösungen“¹⁶⁰.

Die Entwicklungen im *Action Realm* von Phase II korrespondieren mit diesen Entwicklungen. Dazu zählt zunächst die Beibehaltung der Einzelorganisation als grundständige Versorgungseinheit im sich konturierenden ambulanten Leistungssektor. In der Regulation der Zusammenarbeit zeigen sich erste selbstverstärkende Mechanismen. Hier können adaptive Erwartungen relativ sicher angenommen werden. Unter den institutionellen Rahmenbedingungen und unter dem Einfluss der Kassenärztlichen Zusammenschlüssen beziehungsweise KVen fußen die adaptiven Erwartungen in Phase II auf einer disziplinar ausgerichteten und solitär erbrachten ambulanten Krankenversorgung *mainstream practices* (Sydow et al. 2009: 700), die in Phase III in entsprechende Reziprozitätsnormen unter den Leistungserbringern münden werden (vgl. Tabelle 13, S. 181). In Phase II dürfte sich auch die professionelle *role template* (vgl. Chreim et al. 2007) des disziplinar ausgerichteten ärztlichen Einzelkämpfers entwickelt haben, die bis in die Gegenwart Bestand hat. So zeigt ein vergleichsweise aktueller Befund, dass in der ambulanten Krankenversorgung das Bild des Einzelkämpfers (vs. Teamplayer) nach wie vor handlungsleitend ist (SVR 2012: 189), respektive, dass die in Einzelpraxen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als „Einzelkämpfer sozialisiert“ (ebd.: 225) sind.

15 Phase III: Fortschreitende Fragmentierung (1945 bis 1990)

Um von einem für Phase III charakteristischen Pfadverlauf sprechen zu können (vgl. 2.5.3), müssten in der Krankenversorgung stabil fragmentierte Versorgungsstrukturen und entsprechende Reziprozitätsnormen (vgl. 2.6) aufseiten der Kollektiv- und Individualakteure auszumachen sein. Zudem dürften sich alternative, die Fragmentierung adressierende Versorgungsmodelle nicht durchsetzen.

¹⁶⁰ Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: „Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens“ (tinyurl.com/y7celrus, 02/2019).

15.1 *Institutional Realm*: Systemische Restauration und Schließung

Mit dem Krankenversicherungsgesetz des Jahres 1883 (Bismarck'sche Sozialreformen, vgl. 11.1) wurde in Deutschland ein gesundheitspolitischer Entwicklungspfad eingeleitet, der in seinem Verlauf äußerst hohe Beharrungskräfte entfaltete.

„Die über hundertjährige Geschichte des Sozialstaates zeigt, dass das deutsche Sozialmodell von Kontinuität geprägt ist. Die Sozialversicherungen als institutioneller Kern des Bismarck-Modells sind von den politischen Regimewechseln weitgehend unberührt geblieben“¹⁶¹.

Durch das gesetzte Set von Akteuren mit ihrem selbstaufgelegten Zwang zum einheitlichen Handeln im Rahmen des korporatistischen Steuerungsmodells (vgl. 14.1.4) wurde ein System geschaffen, dessen Beharrlichkeit aus Sicht der Politik-Erblast-Theorie (Schmidt/Ostheim 2007) „vor allem als Produkt von geplanten oder ungeplanten Folgen früher getroffener politischer Entscheidungen [resultiert]. [Dabei wird] Politik als Ergebnis eines historisch angelegten Problemlösungspfades [u.a. die gemeinsame Selbstverwaltung], als Resultat von ‚Pfadabhängigkeit‘ [verstanden]“ (ebd.: 87). Empirisch zeigt sich diese Pfadabhängigkeit als *policy feedbacks* (vgl. 2.5.3), welche die fortan getroffenen politischen Entscheidungen dergestalt überformen, dass die systemische Fragmentierung in der Krankenversorgung hyperstabile Formen annehmen kann. Zu den *policy feedbacks* zählen das nach der Phase der Vereinheitlichung und Zentralisierung (vgl. 11.4) a) restaurierte Vorkriegssystem, die b) Finalisierung des einheitlichen Arztsystems, die c) kurative Ausrichtung der Krankenversorgung, unter Beibehaltung disziplinärer Trennung, und die d) Negierung integrativer Versorgungsmodelle.

15.1.1 Wiederherstellung Status ex ante

Bei der Restrukturierung des Versorgungssystems in den 1950er Jahren folgten die verantwortlichen Akteure zunächst einer *logic of transposition* (Genschel 1997: 58ff), indem sie das stark zentralistische System der NS-Zeit abschafften. Zu diesem Zeitpunkt wäre eine Neuausrichtung der Krankenversorgung (Deutschland West) möglich gewesen, denn die westlichen Alliierten favorisierten ein staatliches Versorgungssystem nach britischem Vorbild, das eine Systemalternative zum Vorkriegssystem dargestellt hätte (vgl. 11.12.2). Gegen den

¹⁶¹ Quelle: Bundeszentrale für Politische Bildung: „Historischer Rückblick [...]. Die Ursprünge des Sozialstaats im Kaiserreich“ (tinyurl.com/y99rv8tq, 02/2019).

Widerstand christdemokratischer Kreise und Ärzteorganisationen konnte sich dieser Plan jedoch nicht durchsetzen (Rosewitz/Webber 1990).

„Insgesamt war es den Kassenärzten sogar gegen die Siegermächte gelungen, jegliche Dekartellierungsversuche ihres Behandlungsmonopols bis hin zur Reform der Sozialversicherung samt des Kassenarztrechts zu verhindern“ (Labisch/Tennstedt 1991: 135).

Der Sieg konservativer und liberaler Parteien bei der ersten Bundestagswahl 1949, die Rückübertragung des Selbstverwaltungsstatus an die Krankenversicherungen im Jahr 1951 (Wendt 2009: 92ff) und das Kassenarztrecht des Jahres 1955 (vgl. 11.6, siehe unten) machten die Umbaupläne endgültig obsolet. Pfadtheoretisch ausgedrückt folgte einer Phase des *off paths* in den Jahren 1933 bis 1945 ein Wiedereinlenken auf *on path*, was für die hohe institutionelle Stabilität im System der Krankenversorgung spricht.

Dazu schreibt Thelen (2009: 475): „My own work has focused on political-economic institutions in Germany, a country that has experienced some rather large shocks over the course of the twentieth century, including several regime changes [...]. If the model of punctuated equilibrium [vgl. 2.2] in the context of major historical break points works anywhere, it should have traction in this country. However, observing this case carefully—certainly for the politiceconomic institutions that I study—what is actually much more impressive is how resilient many of these institutions have proved even through these massive disjunctures [...]“.

Der historischen Wurzeln dieser Stabilität kann im hier untersuchten Pfadverlauf in Phase I – also noch vor der Gründung der GKV im Jahre 1883 – verortet werden. Die sich entwickelnde *dominant logic of medical professionalism* (vgl. 13.1), ermöglichte eine „Medizinpolitik“ (Göckenjan 1985: 10) als Verschränkung ärztlicher Kollektivakteure mit einer für ihren Stand förderlichen Gesetzgebung. Resultat dieser Medizinpolitik in Phase III war, dass die sogenannten Kassenärztinnen und -ärzte¹⁶² ihre Doppelrolle als Heilende und als Aufsichtsinstanz zur Förderung gesellschaftlicher „Produktivkräfte“ (ebd.: 409) zurückerhielten. Somit rückte ab den 1950er Jahren der von der Ärzteschaft bereits im 19. Jahrhundert gehegte „[...] ärztliche Traum einer medikalisierten Gesellschaft, die unter der Kontrolle der Medizin und nach ihren Anweisungen arbeitete, aß, schlief, tanzte, Kinder

¹⁶² Kassenärztinnen und -ärzte werden gegenwärtig als Vertragsärztinnen und -ärzte bezeichnet (vgl. 15.1.2). Gemeint sind Niedergelassene, die „für die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und deren Familienangehörigen zugelassen [sind]“ (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/kassenarzt-39138,08/2019>).

zeugte und starb [...]“ (Frevert 1985: 423) wieder in greifbare Nähe. Die Wiederherstellung des Status ex ante entfaltete auch eine Wirkung im *Action Realm* (vgl. 15.2), denn:

„The tradition of medical power and authority is one that is socially constructed and is historically embedded in the functioning of health care organizations and our expectations, actions, and interaction as patients and health care providers“ (Fredericks et al. 2012: 128).

15.1.2 Finalisierung einheitliches Arztsystem

Im Hinblick auf den Pfadverlauf in Phase III brachte das Kassenarztrecht (BRD) „[...] das dominierende Thema ärztlicher Standespolitik in der Nachkriegszeit zu einem Abschluss [...]“ (Gerst 2004: 9).

„[Das] Motiv des Gesetzgebers war – in Übereinstimmung mit den Wünschen des Berufsstandes – die Schaffung eines einheitlichen Arztsystems auf der Basis von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten und gemeinsamen Richtlinien auf verschiedenen Ebenen, um die ärztliche Versorgung [...] auf Dauer konfliktfrei zu gewährleisten“ (Schirmer 1997a: A-1792).

Das Kassenarztrecht (seit 1993 Vertragsarztrecht) stellte „[...] die Weichen für die Entwicklung in den folgenden Jahrzehnten“ (Gerst 2004: 9), was dazu führte, dass sich die „Institutionen und Gremien des Vertragsarztrechts in ihrer bis heute fast unveränderten Form konstituierten“ (Berner 2014: 16). Genauer gesagt müsste von einer Re-Konstituierung gesprochen werden, denn bereits das Berliner Abkommen des Jahres 1913 bestimmte erstmalig die relevanten Gremien und Institutionen. Dazu gehörte der von Krankenkassen und Ärzteschaft besetzte Zentralausschuss zur Ausgestaltung des Leistungskatalogs (vgl. 14.1.4). Mit Blick auf die hier untersuchten Niedergelassenen in der ambulanten Krankenversorgung sorgten die Zulassungsausschlüsse, mit Befugnissen in der Arztsitzvergabe, den möglichen Betriebsformen, in der Anstellung ärztlichen Personals und zur Kooperation mit nichtärztlichen Leistungserbringern, für eine einheitliche Ausgestaltung der Krankenversorgung (Berner 2014: 10, vgl. 10.2).

15.1.3 Kurative Ausrichtung der Krankenversorgung

In den 1950er Jahren wurde die kurative Ausrichtung der Krankenversorgung vorangetrieben. Als ein wichtiger Treiber dieser Entwicklung wurde der im Rahmen des neuen Spezialisierung (Phase I) entwickelte biomedizinische Krankheitsbegriff ausgemacht, bei dem nicht medizinische Determinanten von Krankheit beziehungsweise von Gesundheit weitgehend

ausgeblendet werden (vgl. Klemperer 2003). Abgesichert durch die Besetzung wichtiger Vetopositionen mit ärztlichen Standesvertretungen in den relevanten Gremien (Wendt 2009: 103), wirkte die kurative Ausrichtung in der Krankenversorgung im Sinne eines *policy feedback* (vgl. 2.5.3), der folgende Dramaturgie entfaltete. Anlehnend an den in Phase I begonnenen disziplinären Strukturaufbau (vgl. 13.1.1), wurden die Vereinheitlichung und Zentralisierung der NS-Zeit (vgl. 11.4) überwunden. Demgemäß kam es in den 1950er Jahren zu einer Marginalisierung von Maßnahmen und Programmen aus dem Bereich der „Volksgesundheit“, einer vor dem Hintergrund der NS-Zeit unzulässigen Übersetzung von „Public Health“. Im Zuge dessen verloren auch die von der Hygiene-Bewegung bereits Ende des 19. Jahrhunderts erzielten Erfolge in der Bekämpfung von Krankheiten (vgl. 11.12.1), die als ergänzende Leistungen zur Kuration der GKV berücksichtigt hätten werden können, an Bedeutung. Kurz: „Prävention und Prophylaxe [...] waren verfassungsrechtlich und administrativ nicht durchsetzungsfähig“ (Labisch/Tennstedt 1991: 135). Das Wiedereinlenken auf *on path* (vgl. 15.1.1) wurde fortgeführt. Diese Entwicklungen im *Institutional Realm* spiegelten sich auch in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung wider. Da präventive Angebote auch im Rahmen des biomedizinischen Paradigmas vorgesehen sind, sorgten „Begehrlichkeiten der niedergelassenen Ärzteschaft, die bereits 1951 auf dem Ärztetag eine stärkere Beteiligung an der Gesundheitsvorsorge gefordert hatten“ (Kuhn et al. 2012: 66), für eine Vereinnahmung dieses Leistungsspektrums vonseiten der Ärzteschaft und vereitelten eine Leistungserbringung durch nichtärztlicher Akteure im Rahmen der GKV. In der GKV sollten Ansätze aus Prävention und Gesundheitsförderung erst am Ende des 20. Jahrhunderts wieder eine gewisse Bedeutung erlangen (vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2015; Holst/Razum 2015) und erst mit dem Präventionsgesetz des Jahres 2015 eine ordnungspolitische Rahmung im SGB V erhalten (vgl. 11.11)¹⁶³. Hinsichtlich der hier untersuchten Regulation der Zusammenarbeit dürfte die kurative Ausrichtung des Versorgungssystems zur Verstärkung eines *acute care mindset* (Suter et al. 2009: 20) aufseiten der Ärzteschaft beigetragen haben, mit Einfluss auf die Entwicklung entsprechender Reziprozitätsnormen (vgl. 2.6) in der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen (vgl. 15.2.2).

¹⁶³ Als Leistungsausgaben sind ab 2016 jährlich knapp sieben Euro pro versicherte Person vorgesehen. Damit sollen Leistungen in der primären Prävention (gebundener Anteil von vier Euro), der betrieblichen Gesundheitsförderung und Präventionsleistungen in den Lebenswelten (Versicherte) erbracht werden (vgl. AOK Bundesverband: „Präventionsgesetz (PrävG)“, tinyurl.com/y49rpwtr, 03/2019). Gemessen an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegen die Ausgaben unter einem Prozent.

15.1.4 Negierung integrativer Versorgungsmodelle

Im Zuge der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 kam es zu einer raschen Angleichung des ehemaligen DDR-Versorgungssystems an die westdeutsche Krankenversorgung (vgl. 11.12.3). Trotz vergleichsweise schlechter Leistungsfähigkeit (vgl. Fußnote 125 in 11.12.3) hatte das DDR-System durchaus auch innovative Aspekte. Dazu zählten die sogenannten Polikliniken in der ambulanten Krankenversorgung, deren Leistungsspektrum die Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge umfasste. Neben den auch in der DDR üblichen Einzelpraxen standen mit den Poliklinken Versorgungseinrichtungen mit einem interdisziplinären und interprofessionellen Leistungsspektrum zur Verfügung (vgl. Jäger 2008).

„Anfänglich wurde zwar diskutiert, wie positive Strukturen aus beiden Systemen in ein gemeinsames Deutschland übernommen werden könnten, letztendlich wurde jedoch das schon zu dieser Zeit reformbedürftige Gesundheitssystem der Alt-Bundesrepublik mit all seinen Vorzügen, aber auch mit all seinen Fehlern auf die neuen Bundesländer übertragen, obwohl auch die geschichtliche Entwicklung in den alten Bundesländern in Richtung Kooperation im niedergelassenen Bereich wies“ (ebd.: 109f).

Erwartungsgemäß nahm in den Post-Wende-Jahren die Zahl der Polikliniken rapide ab. Zur Sicherung der Versorgung in von Unterversorgung bedrohten Regionen wurden einige dieser Einrichtungen unter Bestandsschutz gestellt (vgl. Wasem 1997). Neben wirtschaftlichen Gründen dürften auch Ressentiments gegenüber den gemeinschaftlichen Formen der Berufsausübung zur Abwicklung der Polikliniken beigetragen haben.

„Selbst betriebswirtschaftlich sinnvolle Organisationsformen wie Gruppenpraxen waren bis in die jüngste Vergangenheit durch zahlreiche juristische Hürden in ihrer Ausbreitung behindert beziehungsweise stießen aufgrund ihrer vermeintlichen Nähe zur ‚sozialisierten Medizin‘ sowohl beim einzelnen Arzt wie auch bei den Standesorganisationen auf spürbare Distanz“ (Döhler 1997: 164).

Den Ursprung solcher Ressentiments datiert Döhler (ebd.: 165) in die 1920er Jahre und damit in die konfliktreiche Zeit von Phase II im Pfadmodell (vgl. 11.2).

Seit den „Verteilungskonflikten zwischen Ärzte- und Kassenverbänden, [bei denen] die Krankenkassen gegen die im Streik befindlichen Kassenärzte an mehreren Orten eigene Ambulatorien errichteten, in denen festangestellte Mediziner die Versorgung der Versicherten

übernahmen [, gehören Aversionen gegen] kollektive Modelle der Arbeitsorganisation in der ambulanten Versorgung [zum] festen Bestandteil des professionellen Kollektivgedächtnisses“ (ebd.) aufseiten ärztlicher Kollektivakteure.

Und so sollte es bis zum GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) des Jahres 2003 dauern (vgl. 11.11), bis durch die Förderung der MVZ wieder ähnlich strukturierte Versorgungsorganisationen in der ambulanten Krankenversorgung Fuß fassten.

15.2 *Action Realm*: Strukturelle und handlungsbezogene Schließungen

Die Unterbindung der einzelvertraglichen Leistungserbringung sowie die strukturelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung in Phase II (vgl. Tabelle 12, S. 168), einhergehend mit der Restauration und Finalisierung einer kurativen Krankenversorgung in Phase III, förderten die Entwicklung entsprechender Reziprozitätsnormen und *associated practices* (vgl. 2.6), die als strukturelle und handlungsbezogene Schließungen aufgrund von Pfadabhängigkeit zeigen.

15.2.1 Ausbildung von *Lock-ins*

Hinsichtlich einzelner Organisationen gehen Schreyögg und Sydow (2011: 235) davon aus, dass ein *lock-in* „dominantly cognitive, normative or resource-based“ sei, jedoch oftmals als Kombination dieser Faktoren auftritt (vgl. 2.5.3). Diesem Ansatz folgend und in Anlehnung an Grabher (1993: 260ff), werden die Entwicklungen im *Action Realm* von Phase III (Bereich Struktur) als regionalpolitisches, kognitives und funktionales *lock-in* in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung beschrieben.

(1) Regionalpolitisches *lock-in*: In einer vergleichenden Untersuchung zu Innovationsblockaden und Innovationschancen von integrierten Versorgungsformen in Deutschland und der Schweiz bewerten Dieterich et al. (2013) die regionalen KV-Niederlassungen in Deutschland als eine Quelle von Pfadabhängigkeit in der ambulanten Krankenversorgung.

„Es ist also z.B. von großer Bedeutung, dass Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland einerseits als Vertreter von Körperschaften öffentlichen Rechts Gemeinwohlinteressen zu vertreten haben und gleichzeitig als Interessenvertreter der Kassenärzte fungieren. Entscheidungen, die in Deutschland vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus KV- und Krankenkassenvertretern gefällt werden, obliegen in der Schweiz Regierungsbehörden.

[Denn] bestimmte Konstruktionen von Institutionen beeinflussen die Chancen von politischen Veränderungen und konstituieren Pfadabhängigkeiten [...]“ (ebd.: 28).

Im hier untersuchten Pfadverlauf gelang es den KVen erfolgreich, ihren in den 1950er Jahren erneuerten Status (vgl. 11.5) nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern auch mit großer Beharrlichkeit gegenüber reformpolitischen Einflüssen zu verteidigen.

„Blickt man auf die vielfältigen Reformversuche in der Geschichte des deutschen Gesundheitssystems nach 1945, dann hat es den Anschein, als ob gerade die Übertragung vielfältiger Kompetenzen auf staatsunabhängige Akteure dazu geführt hätte, dass grundlegende Strukturreformen bisher kaum durchgesetzt werden konnten. Da einflussreiche korporative Akteure über viele Jahre hinweg in der Lage waren, zentrale Vetopositionen zu besetzen und Reformvorhaben zu blockieren“ (Wendt 2009: 103, Hervorhebungen im Original).

In der ambulanten Krankenversorgung sorgten die KVen für die Umsetzung des einheitlichen Arztsystems. Dabei zeigte und zeigt sich der Einfluss der KVen in ihren Bezirken in ganz konkreten versorgungspolitischen Fragen. Im Rahmen des Vertragsarztrechts unter anderem in der Zulassung (Arztsitze), der ärztlichen Anstellung oder hinsichtlich der Kooperationen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen (vgl. 15.1.2). Im Rückblick auf Phase II konnten die KVen auch auf Erfahrungen in der Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen in der Fläche zurückgreifen, wie am Roll-out des Kollektivvertrags gezeigt werden konnte (vgl. 14.1.1).

Die Stabilität des historisch gewachsenen KV-Systems erwies sich auch in der Folge beim Aufkommen von Managed Care (vgl. 10.2.3) ab den 2000er Jahren.

Dazu das Deutsche Ärzteblatt im Jahr 2000: „Die Absichten des Gesetzgebers waren eindeutig: Er wollte mit den neuen Vorschriften zur ‚integrierten Versorgung‘ (§ 140a ff SGB V) den alleinigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Behandlung abschaffen. Diese Absicht rüttelte am Selbstverständnis der ärztlichen Selbstverwaltung. Es verwunderte deshalb niemand, dass die durch den § 140a ausgelöste Diskussion in der Selbstverwaltungslandschaft die KVen und die Basis derart erhitze, dass Ausstiegsszenarien [aus der gemeinsamen Selbstverwaltung] nicht nur erörtert, sondern sogar erprobt wurden“¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Quelle: Deutsches Ärzteblatt (2000): „Politik. Integrierte Versorgung: Die Rahmenvereinbarung steht“ (tinyurl.com/y2h4tfgu, 02/2019). Zu Ärztestreiks wie in den 1920er Jahren (vgl. 11.2) ist es im Jahr 2000 dann doch nicht gekommen. Zudem hätte ein Ausstieg der Ärzteschaft aus der gemeinsamen Selbstverwaltung weitreichende Gesetzesänderungen nach sich gezogen, die vermutlich keine Mehrheiten im (gesundheits-)politischen System gefunden hätten.

Damals wurden die KVen von einzelnen Vertragsvarianten im Bereich der integrierten Versorgung temporär ausgeschlossen, jedoch schmälerte das ihren Einfluss im Kontext in der regional organisierten ambulanten Krankenversorgung kaum.

Dazu ein interviewter Manager aus NW1: „Das KV-System stand auf dem Prüfstand, wurde in Frage gestellt. Brauchen wir eigentlich noch die KVen? Wurde ja hart diskutiert [...]“. Und später im Interview: „Die KVen sind gestärkt wie nie. Die haben mittlerweile hier in [Bundesland], also kriegen die hier wieder alles das zuerkannt, was ihnen schon mal aberkannt worden ist [...]“ (Anhang D3M05: 123).

Der Einfluss der KVen schlug sich dann auch in der getroffenen Rahmenvereinbarung der zuständigen Kollektivakteure nieder.

Wiederum das Deutsche Ärzteblatt: „In der Rahmenvereinbarung ist berücksichtigt, dass das Zulassungs- und Vertragsarztrecht auch im Rahmen der integrierten Versorgung gilt. Dies bedeutet: An der integrierten Versorgung können nur zugelassene oder ermächtigte Ärzte teilnehmen, die in dieser Funktion auch den vertragsarztrechtlichen Regelungen unterliegen“¹⁶⁵.

An diesem Zitat ist der letzte Passus entscheidend, denn in der Tradition des Kassenarztrechts (vgl. 11.6) sicherte die Rahmenvereinbarung nicht nur die Aufrechterhaltung des einheitlichen Arztsystems, sondern erweiterte dieses auch auf die besonderen Versorgungsformen. En passant wurden damit die historisch gewachsenen regionalen Versorgungsstrukturen der ambulanten Leistungssektor gesichert (vor allem Niederlassung in Einzelpraxis bei disziplinär getrennter Leistungserbringung, vgl. 14.2.1). Hinsichtlich des regionalpolitischen Lock-ins kann daher festgehalten werden, dass der Antrieb der KVen zur Wahrung und Durchsetzung eines einheitlichen Arztsystems, bevorzugt im Rahmen des Kollektivvertrages, auf der bereits im 18. Jahrhundert gewachsenen und später erfolgreich umgesetzten Überzeugung wurzelt, dass die Sicherstellung der Krankenversorgung allein durch approbierte ärztliche Leistungserbringer erfolgen kann (Huerkamp 1985: 42; vgl. 13.1.2), deren natürliche Repräsentanzen und Aufsichtsorgane zunächst die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse waren, deren Arbeit dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen fortgeführt wurde. An dieser Entwicklung ist auch der räumliche Aspekt hervorzuheben. Denn das regionalpolitische Lock-in ist auch *place dependent* (vgl. 2.5.4), es fußt auf historisch gewachsenen, lokalen Strukturen und Austauschprozessen unter den ortsansässigen Leistungserbringern in

¹⁶⁵ Ebd.

Einzelorganisationen (vgl. 14.2.2). Bezüglich der Regulation der Zusammenarbeit schaffte dieses regionalpolitische Lock-in äußerst förderliche Rahmenbedingungen zur Ausbildung entsprechender Reziprozitätsnormen unter den hier untersuchten Leistungserbringern (vgl. 15.2.2).

(2) Kognitives *lock-in*: Als ein Ergebnis der langjährigen „Medizinpolitik“ (Göckenjan 1985: 10; vgl. 13.1.3; 15.1.1) konnte in Phase III ein kognitives *lock-in* aufseiten der ärztlichen Kollektiv- und Individualakteure identifiziert werden. Strukturell sichtbar wird dieses in der bereits in Phase I eingeleiteten Einbettung der ärztlichen Profession in das System der Krankenversorgung, die zu einer Gleichsetzung der Profession mit der Krankenversorgung führte (vgl. 13.1.1). Bei den Ärztinnen und Ärzten und deren Standesvertretungen zeigte sich dieses *lock-in* als *cognitive embeddedness* (Dacin et al. 1999), bei der die Ärzteschaft das kurativ ausgerichtete und disziplinär aufgefächerte System der Krankenversorgung als einzig relevantes *framework of meaning* (ebd.: 327) wahrnahmen. Alternative *frameworks of meaning* (vgl. Prävention und Gesundheitsförderung oder die Delegation ärztlicher Aufgaben) rückten in den Hintergrund. Diese wurden in den *collective decision-making processes* (ebd.: 327) der ärztlichen Individual- und Kollektivakteure als nebenrangig, da nicht systemtragend bewertet. Im Hinblick auf die hier untersuchten Regulationspraktiken entwickelten sich äußerst stabile *cognitive boundaries* (vgl. 3.5), die sich sowohl an den Grenzen der ärztlichen Disziplinen (vgl. Zuständigkeits- oder Honorarkonflikte in Phase II) als auch an der Professionsgrenze, zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen zeigten und zu entsprechenden Reziprozitätsnormen führten (vgl. 15.2.2). Das kognitive *lock-in* aufseiten der Ärzteschaft kann daher als eine historisch gewachsene Abgrenzung gegenüber professionsexternen Einflüssen definiert werden, die unter Anwendung von exploitativen Suchstrategien (vgl. 2.5.2.3) in vertrauten *frameworks of meaning* vonstattenging.

(3) Funktionales *lock-in*: Vor dem Hintergrund des regionalpolitischen und kognitiven *lock-in* trat in Phase III auch ein funktionales *lock-in* zutage. Strukturell zeigt sich dieses als *uniprofessional community of practice* (Ferlie et al. 2005: 128f), deren Außengrenzen deckungsgleich mit dem Funktionsbereich Kuration sind (vgl. 10.1). Diese *community of practice* hat folgende Eigenschaften:

„[they] are highly institutionalized. Macro institutions reinforce the identity of micro groups; self-regulatory and unidisciplinary machinery [...] control entry into and exit from the professional groups, set and examine training programs, validate research, and enforce professional standards.

Professional roles are prescribed sectorally, shaping the identity of individual professionals“ (ebd.: 129).

Hier muss ergänzt werden, dass seit dem neuen Spezialisismus (vgl. 13.1.1) die Rollen in ärztlichen Praktikergemeinschaften nicht nur sektoral, sondern auch disziplinar bestimmt werden. Im System der Krankenversorgung fungierte diese Praktikergemeinschaft als „impermeable frontier between different professional groups that inhibits the spread of new work practices“ (ebd.: 125). Daher rückte auch in der ambulanten Krankenversorgung der Funktionsbereich der Kuration in den Mittelpunkt der Leistungserbringung, während (sozial-)pflegerische Aufgaben oder Leistungen aus den Funktionsbereichen der Prävention und Gesundheitsförderung marginalisiert wurden. Vor diesem Hintergrund wird das funktionale *lock-in* als eine a) einseitig ausgerichtete Form der Leistungserbringung in der (ambulanten) Krankenversorgung definiert, bei der es ebenso zu b) disziplinären Grenzziehungen kam.

15.2.2 Pfadabhängige Reziprozitätsnormen

In einem System mit großen Beharrungskräften gegenüber Veränderungen können sich unter den dort angesiedelten Akteuren Praktiken von ebenso großer Beharrungskraft ausbilden, die sich über adaptive Erwartungen und Koordinationseffekte (vgl. 14.2.2, siehe unten) selbst verstärken und dabei pfadabhängig werden können. Exemplarisch kann das an den bereits erwähnten Verschreibungs- und Überweisungspraktiken beschrieben werden (vgl. 2.5.3). Zunächst zu den Verschreibungspraktiken: Griffiths et al. (2012) untersuchten die Online-Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen zwischen Patientinnen und Patienten in sozialen Netzwerken und kontrastierten diese mit der Weitergabe relevanter Informationen zwischen Ärztinnen und Ärzten, die die Autoren unter anderem am Verschreibungsverhalten von Medikamenten festmachten. Dabei zeigte sich, dass das Verschreibungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte ganz wesentlich durch ihre persönlichen professionellen Netzwerke beeinflusst wurde und weniger durch weitere Informationsquellen (vgl. Evidenzbasierte Medizin, 11.10). Die Autoren (ebd.: 2237) bezeichneten dieses Verhalten als ein „lock-in (...) typical of behaviour in network settings“. Bereits Jahrzehnte zuvor hatte Winick (1961) solche professionellen Netzwerke als Gemeinschaftssituationen (vgl. 4.3.1) beschrieben, die in der Ärzteschaft die Bereitwilligkeit steigert, bestimmte Medikamente (*diffusion path*) zu verschreiben. Bezüglich der Entstehung von Pfadabhängigkeit in solchen eher informell organisierten Praktikergemeinschaften verwies Reuter (2012) auf Wandlungsresistenzen im Verschreibungsverhalten bei Ärztinnen und Ärzten (im Kontext der Typ-2-

Diabetesversorgung) und führte diese unter anderem auf biomedizinisch orientierte Verschreibungspraktiken zurück, die sich als professionelle Handlungsnormen fest etabliert hatten, einander wechselseitig reproduzierten und sich daher nur sehr kleinschrittig veränderten. In Bezug auf die Überweisungspraktiken verwies Hall (1946) auf ähnliche Interaktionsmuster, die anfällig für die Ausbildung von Pfadabhängigkeit in der ambulanten Krankenversorgung sind. Bei der Überweisung ihrer Patienten (*referring game*) stabilisieren die Niedergelassenen gewissen Abläufe über adaptive Erwartungen und entwickelten über Koordinationseffekte wechselseitige Abhängigkeiten, die nur schwer wieder aufgelöst werden können, da bei Verletzung der Spielregeln im *referring game* Ausschluss aus der Gemeinschaft drohte (vgl. 2.5.2.1; 2.5.2.4).

Vor diesem Hintergrund und dem bisherigen Pfadverlauf können drei Ausprägungen von Reziprozitätsnormen (vgl. 2.6) ausgemacht werden, die sich in pfadabhängigen Prozessen entwickelt haben und über handlungsleitende Skripte die Regulation der Zusammenarbeit maßgeblich beeinflussen. Diese sind die a) Mono-Professionalität, b) Mono-Disziplinarität und c) sektorale Orientierung. Für die Niedergelassenen in der ambulanten Krankenversorgung wurden diese Reziprozitätsnormen zu „behavioral regularities“ (Jarzabkowski 2008: 623) mit Mainstream-Charakter (vgl. Sydow et al. 2009: 700), die die Zusammenarbeit der hier untersuchten Akteure über assoziierten Skripte (vgl. 4.2) maßgeblich beeinflussen. In Tabelle 13 wurden diese Skripte zusammengeführt, versehen mit Verweisen auf ihre Entstehung im Pfadverlauf.

Reziprozitätsnormen	Handlungsleitende Skripte
Mono-Professionalität	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinzuständigkeit der ärztlichen Profession in allen gesundheitsbezogenen Fragen (<i>medical professionalism</i>, Definition „ärztliche Behandlung“, Fach- und Zuständigkeitsmonopol sowie Anweisungsmonopol bei Veranlassung von Leistungen, vgl. 10.5.1; 13.1.1) • Erbringung heilkundlicher Tätigkeit ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte (Arztvorbehalt, vgl. 10.5.3, Behandlungsmonopol, vgl. 13.1.2; 15.1.1) • Zugangsgewährung zur ambulanten Krankenversorgung (<i>gatekeeping</i>) ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte (vgl. 7.2.1; 13.1.2) • <i>Acut care mindset</i> mit rein kurativ ausgerichteter Leistungserbringung bei gleichzeitiger Marginalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. 11.12.1; 15.1.3; 15.2.1) • Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten nichtärztlichen Leistungserbringern über Anweisungsbeziehungen (vgl. 10.5.1), keine systematische Kooperation über Professionsgrenzen (vgl. 1.1) • rein ärztliches Konzept von Versorgungsqualität (bei fehlender qualitätsbezogener Leistungsvergütung) (vgl. 1.2; 6.2; 10.2.3; 10.5.2)
Mono-Disziplinarität	<ul style="list-style-type: none"> • „solitäre Praxis“ als Modus Operandi der Leistungserbringung, Einzelkämpfer-Status als Grundhaltung ärztlicher Leistungserbringer (vgl. 14.2.1f; 14.3) • strikte Trennung von disziplinen Zuständigkeiten in der Leistungserbringung (vgl. 14.2.1f) (bei disziplinar ausgerichteter Bedarfsplanung und fachgruppenbezogenen Vergütungsregelungen, vgl. 10.2.2) • informelle, interdisziplinäre Zusammenarbeit über Vernetzungen ohne Koordinationsinstanz (vgl. <i>referring game</i>) (vgl. 3.3; 2.5.2; 14.2.2) • mono-disziplinärer Begriff von Versorgungsqualität, unzureichende Qualitätstransparenz (vgl. 1.3)
Sektorale Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Abgrenzung zum stationären Leistungssektor und anderen Trägern von Versorgungsleistungen (vgl. 11.2; 14.1.2; 14.2.1) • wenig regelhafte Informationsweitergabe zwischen Leistungssektoren (vgl. 1.3) • fehlende intersektorale Definition von Versorgungsqualität (vgl. 3.6)

Tabelle 13: Reziprozitätsnormen und handlungsleitende Skripte in Phase III

15.3 Zusammenfassung Phase III

In Phase III des hier untersuchten Pfadverlaufs treten im *Institutional Realm* große Beharrungskräfte im System der Krankenversorgung zutage, die sich unter anderem in der Restauration des Vorkriegszustands, der Finalisierung eines einheitlichen Arztsystems mit kurativer Versorgungsausrichtung und der Negierung alternativer Versorgungsformen zeigen. Im *Action Realm* (Bereich Struktur) können die folgenden *lock-ins* beschrieben werden:

<i>Lock-in</i>	Erscheinungsbild
regionalpolitisch	einheitliches Arztsystem in regionalen Versorgungsräumen (KV-Bezirke) als Ansammlung von Einzelorganisationen (Niedergelassene) mit disziplinar ausgerichteter Leistungserbringung
kognitiv	rigide Grenzziehung (<i>cognitive boundaries</i>) in der Leistungserbringung seitens ärztlicher Kollektiv- und Individualakteure unter alleiniger Berücksichtigung professionsinterner <i>frameworks of meaning</i>
funktional	geschlossenes System einer rein kurativen Leistungserbringung ohne systematische Schnittstellen zu anderen Funktionsbereichen

Tabelle 14: Lock-ins im Action Realm von Phase III (i.A.a. Grabher 1993)

Im Bereich Handeln zeigten sich in Phase III pfadabhängige mono-professionelle, mono-disziplinäre und sektoral ausgerichtete Reziprozitätsnormen (vgl. Tabelle 13, S. 181) mit entsprechenden handlungsleitenden Skripten, die die Regulation der Zusammenarbeit, auch in der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung maßgeblich beeinflussten.

16 Phase IV: Einsetzende Integration (ab 1990)

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, ob die in den Phasen I bis III entstandene Fragmentierung in der (ambulanten) Krankenversorgung durch Versorgungsintegration (vgl. 1.2) fördernde Entwicklungen abgelöst wurde. Vor dem Hintergrund relevanter Rahmenbedingungen (*Institutional Realm*) wird dies am Beispiel der untersuchten Ärztenetzwerke (*Action Realm*) geprüft. Ob die beiden Ärztenetzwerke einen Pfadbruch (vgl. 2.7) in Phase IV einen Pfadbruch vollzogen haben, wird in Kapitel 17 erörtert.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht herrscht „weitgehend Einigkeit darüber, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland einer sektorenübergreifenden Orientierung, vor allem an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor [...] bedarf“ (SVR 2012: 310). Allerdings folgen dieser Erkenntnis nicht automatisch praktische Konsequenzen. Dies zeigt der bereits angesprochene *Affordable Care Act* in den USA (vgl. 2.5.1), wo Reformkonsens und Beharrungskräfte Hand und Hand gingen.

„[N]early every major interest group favors universal coverage and health systems reform, but, if the plan deviates from their preferred approach, they would rather retain the status quo“ (Haeder 2012: 69, zit. nach Altman/Shactman 2011: 44).

Daher stellt sich auch im hier untersuchten Pfadverlauf die Frage, ob und wie es reformwilligen Akteuren gelingen könnte, nachhaltige Veränderungen einzuleiten. Vonseiten der Leistungserbringer in der ambulanten Krankenversorgung wird deren Notwendigkeit nicht

angezweifelt. Das zeigt eine Befragung von circa 260 Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und therapeutischen Gesundheitsprofessionen, in der Krczal (2017) zu dem Schluss kommt, dass Reformen auf verschiedenen Ebenen ineinander greifen sollten:

„Fostering integration between caregivers in the ambulatory sector involves transforming the institutional, organizational, and technical framework but also redesigning the work performed by health care professionals. Empirical research on the implementation of integrated care highlights professional engagement and commitment as a key success factor during the change process“ (ebd.: 329).

Dieser Mehrebenen-Perspektive wird auch nachfolgend nachgegangen, indem ausgewählte Reformansätze im *Institutional Realm* in Bezug auf die beiden Ärztenetzwerke (*Action Realm*) dargestellt werden.

16.1 *Institutional Realm*: Integrative Versorgungsmodelle und Reformansätze

Wie die Krankenversorgung im ambulanten Leistungssektor gestaltet sein müsste, damit nicht „an jeder Stelle, an der ein Versicherter in Behandlung tritt, ein diagnostischer Prozess neu aufgenommen wird“ und die ambulant und stationär tätigen Leistungserbringer aus ihren „Inselsituationen“ befreit werden können, ist in konzeptueller Sicht schon länger bekannt (Jahn 1975: 42). Fehler (1975: 145ff) entwickelte dafür ein „Integrationsmodell zur Versorgung der Bevölkerung eines Gebietes mit medizinischen Leistungen“. Dessen „Einrichtungen“ (Leistungserbringer) sollte es möglich sein, eine integrierte und umfassende Krankenversorgung zu ermöglichen. Durch das Zusammenspiel verschiedener „Interaktionskreise“ (ebd.: 146ff), die mit dem Konzept der Funktionsbereiche (vgl. 10.1) große Ähnlichkeiten aufweisen, spielt dabei die Allokation von Informationen, Versorgungsaufgaben und Ressourcen eine entscheidende Rolle. Dargestellt als Netzwerk, zeigt sich folgende formale Struktur, die interessanter Weise einige Ähnlichkeiten mit dem Integrierten Facharztzentrum (IFZ) des hier untersuchten fachärztlichen Netzwerkes (NW2) aufweist (vgl. 16.3.7).

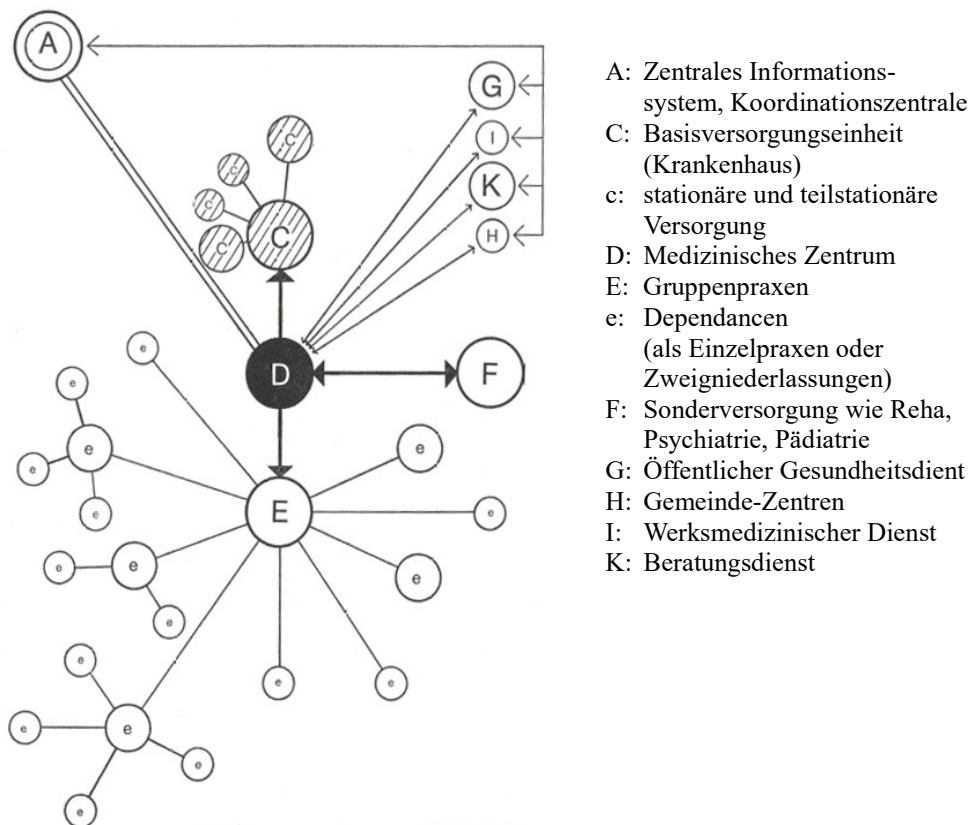


Abb. 14: Netzwerk einer integrierten und umfassenden Versorgung (Darstellung nach Fehler 1975: 153f)

Das hier dargestellte Versorgungsnetzwerk fußt auf einem zentralen Informations- und Koordinationssystem (A). Über ein medizinisches Zentrum als fokaler Akteur (vgl. 3) sind Austauschprozesse zwischen ambulanter (nicht schraffiert) und stationärer Versorgung (schraffiert) möglich. Anlassbezogen (vgl. virtuelle Organisation, Tabelle 2, S. 34) können Informationen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (G), dem Werksmedizinischen Dienst (I), Beratungsdiensten (K) (z.B. eines freien Trägers) eingeholt werden. Zudem bestehen Kontakte zu wohnortnahen Angeboten wie etwa einem Gemeinde-Zentrum (H). An der Schnittstelle ambulant-stationär sind teilstationäre Angebote vorgesehen (c). Die ambulante Versorgung in der Fläche wird durch eine Kombination von Gruppenpraxen (E) und ergänzenden Einzelpraxen gewährleistet. Verschiedene therapeutische Angebote sind über die Sonderversorgung (F) angeschlossen. Würde man das Modell noch durch eine (teil)stationäre und ambulante Krankenpflege ergänzen, wären alle notwendigen Akteure für eine integrierte und umfassende Krankenversorgung vorhanden. Gut vierzig Jahre später verortet Luthé (2017: 40) ein solch umfassendes Versorgungsmodell zwar immer noch ins Reich der Visionen (vgl. 1.2), jedoch haben sich inzwischen der Gesetzgeber, die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung und auch die Versorgungspraxis auf den Weg gemacht,

integrationsförderliche Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Zunächst gelang es, laut SVR (2012: 310), „in relativ kurzer Zeit, eine integrative und wettbewerbliche Bewegung in die bis dahin ‚verkrusteten Strukturen‘ der deutschen Gesundheitsversorgung zu bringen, doch schließlich setzte bei nahezu allen besonderen Versorgungsformen eine gewisse Ernüchterung ein (vgl. Platzer 2011; Gerst 2011, Gersch et al. 2012; Keller 2012). Als deren Ursachen identifizierte der SVR (ebd.: 310) neben „zu hohen Erwartungen [auch] Schwachstellen der jeweiligen Rahmenordnungen“. Vor diesem Hintergrund folgt zunächst eine kurze Rekapitulation der unter 11.11 dargestellten Reformgeschichte der Versorgungsintegration, um in den folgenden Abschnitten weitere, für die beiden Ärztenetzwerke relevante Reformaspekte zu vertiefen.

Im Jahr 1993 wurden erstmals Budgets eingeführt, um finanzielle Anreize zur Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu schaffen, die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und die Einführung des ambulanten Operierens fallen in dasselbe Jahr. Ab 1997 konnten Verbände von Hausärzten Strukturverträge und einzelvertragliche Regelungen nutzen, um ihre Zusammenarbeit besser zu koordinieren. Im Jahr 2000 wurden sektorenübergreifende Verträge und im Jahr 2002 Disease-Management-Programme (DMP) eingeführt, die unter anderem sektorenübergreifende Leitlinien beinhalten. Ab 2003 vergrößerte sich der Kreis der zugelassenen Vertragspartner in der integrierten Versorgung, Versorgungseinrichtungen wie MVZ wurden gefördert und die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten vereinfacht. Im Jahr 2007 folgten die Flexibilisierung in der vertragsärztlichen Tätigkeit, die Erweiterung von Kooperationsmöglichkeiten sowie die Förderung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Im Jahr 2011 wurde der Kreis der Vertragspartner in der integrierten Versorgung abermals ausgeweitet. Im Jahr 2015 wurden Praxisnetzwerke und die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gefördert, fachgleiche MVZ möglich und die digitale Informationsübermittlung gestärkt. Solche Reformen erweitern den Möglichkeitsraum (vgl. 6.1) der Leistungserbringer, indem sie den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen vereinfachen.

16.1.1 Adressierung der Sektorengrenze

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) des Jahres 1993, das unter anderem Versorgungsleistungen im Bereich des ambulanten Operierens im Krankenhaus vorsah (vgl. 11.11), unternahm der Gesetzgeber erste Schritte in Richtung Versorgungsintegration an der ambulant-stationären Schnittstelle. Der Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der kassenärztlichen

Bundesvereinigung vom Mai 2014 regelt die aktuellen Modalitäten¹⁶⁶. Mit den sogenannten stationsersetzenden Eingriffen, die indikationsbezogen in einem speziellen Leistungskatalog geregelt sind, wurde die in Phase II des pfadtheoretischen Modells forcierte Trennung der Leistungssektoren erstmalig adressiert (vgl. Brandhorst 2017: 13). Im Hinblick auf den *Action Realm* wurde damit eine gesetzliche Handlungsgrundlage geschaffen, die auch NW2 nutzt. Eine in diesem Kontext relevante Versorgungseinrichtung ist die sogenannte Praxisklinik, die auf der Basis dreiseitiger Verträge (Leistungserbringer, KVen, Krankenhäuser) geschaffen werden kann. Trotz deutlicher Umsetzungsprobleme werden die Versorgungsergebnisse von Praxiskliniken als gut bewertet¹⁶⁷. Praxiskliniken sind auch für die augenärztliche Versorgung von Bedeutung.

„[D]enn Augenärzte [...] operieren überwiegend ambulant. Versorgen sie jedoch zunehmend hochbetagte, multimorbide und alleine lebende Patienten, so kann eine Praxisklinik eine sinnvolle Erweiterung darstellen. Ebenso sind Praxiskliniken von ihrer Struktur her zur Substitution stationärer Versorgung in unterversorgten Gebieten geeignet“ (Nagel et al. 2017: 53).

Dies trifft auch auf NW2 zu, das sich mit Versorgungsmodellen wie dem *Ambulanten Versorgungsunternehmen* (AVU) und dem *Intersektoralen Facharztzentrum* (IFZ) sich konzeptuell an die Praxisklinik anlehnt (vgl. 16.3.7).

Neben den oben genannten Verträgen zum ambulanten Operieren sind es auch die bereits unter 1.2 dargestellten Strukturverträge, Verträge zur Integrierten Versorgung (siehe unten) und Verträge über die besondere ambulante ärztliche Versorgung, die als spezifische Versorgungsformen unterschiedliche Aspekte der (sektoralen) Fragmentierung adressieren. An dieser Stelle seien die Verträge über die besondere ärztliche Versorgung hervorgehoben, die seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004) abgeschlossen werden können. „Diese Selektivverträge definieren sogenannte Versorgungsaufträge, die eine qualifizierte und

¹⁶⁶ Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (www.kbv.de/media/sp/AOP_Vertrag.pdf, 03/2019).

¹⁶⁷ Nagel et al. (2017: 43) bewerten die dreiseitigen Verträge im Rahmen des § 115 zwar als eine zielführende Möglichkeit „Barrieren zwischen den Versorgungssektoren zu überwinden“, sehen jedoch Umsetzungsprobleme aufgrund "systemimmanent gegenläufiger Interessen" der Vertragspartner, sodass nur "Verträge mit wenig oder keiner Versorgungsrelevanz" zustande kämen. Zudem wird das Fehlen einer "Schiedsstellenregelung für dreiseitige Verträge" kritisiert (ebd.). Hinsichtlich versorgungsbezogener Endpunkte, zu denen auch verschiedene Aspekte der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gehören, liegen seit Längerem Erkenntnisse vor, dass in Praxiskliniken die patientenseitige Gesamtzufriedenheit hoch ist. Diese lag unter 234 Befragten einer Praxisklinik in Magdeburg bei knapp 80 Prozent. Erfragt wurden Aspekte wie Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten, die häusliche Nachsorge sowie der Ablauf und die Organisation in der Praxisklinik (March et al. 2006: 379).

effiziente ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten sicherstellen sollen“¹⁶⁸. Diese Vertragskonzeption wurde von NW1 im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aufgegriffen und an das Leistungsspektrum des Ärztenetzwerks angepasst (vgl. 10.4.3, 16.2.7).

16.1.2 Förderung von Ärztenetzwerken

Als „rechtliche Grundlagen für erste Arzt- und Praxisnetze“ (Brandhorst 2017: 13) sind die im zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (1997) eingeführten Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) zu nennen (vgl. 11.11; 12).

„Deren Einführung löste eine erste Welle von Gründungen von Arzt- und Praxisnetzen aus. Genutzt wurden dabei zumeist das Instrument des Strukturvertrages [...]. Allerdings ebte die Gründungswelle aufgrund unzureichender gesetzlicher Rahmenbedingungen und wegen Planungsfehlern [...] schnell wieder ab (ebd.: 20f in Bezug auf SVR 2003, Ziffer 690ff).

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) wurde das Thema Versorgungsintegration etwas gezielter adressiert. „Vom Gesetzgeber beabsichtigt war die Schaffung einer alternativen Form der Regelversorgung, die die althergebrachten Verhältnisse nach und nach überformen sollte. [Wiederum im GKV-Modernisierungsgesetz (2003) wurde dann die] Regelungstiefe [...] erheblich reduziert“, [und] eine Herauslösung aus dem Sicherstellungsauftrag der KVen vollzogen (Brandhorst 2017: 22). Aufgrund der nun möglichen selektivvertraglichen Regelungen, dem (temporären) Ausschluss der KVen aus den Verträgen und der Einführung der oben erwähnten Anschubfinanzierung (vgl. 12), kam es zu einer zweiten Welle von Netzwerkgründungen, in deren Zuge sich auch NW1 gründete. Für Ärztenetzwerke leiteten sich aus den späten Gesetzesnovellen des GKV-GMG verschiedene Ansprüche und Aufgaben ab. Dazu gehören die Finanzierung von Managementleistungen, ein zu erbringender Wirtschaftlichkeitsnachweis und die wieder möglich gemachte Einbeziehung der KVen als Vertragspartner (Brandhorst 2017: 24), drei Elemente, die von NW1 und NW2 umgesetzt wurden (vgl. 16.2.1f; 16.2.3).

16.1.3 Förderung von Medizinischen Versorgungszentren

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) wurden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als eine Betriebsform beziehungsweise Versorgungseinrichtung in der (ambulanten)

¹⁶⁸ Quelle: AOK: „Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V (alt)“ (tinyurl.com/yylnuejd, 06/2019).

Krankenversorgung zugelassen. MVZ konnten zunächst von allen zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern, demnach von allen (!) Gesundheitsprofessionen, gegründet werden. Im Jahr 2012 wurde der Kreis der Gründungsberechtigten auf Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und gemeinnützige Träger verkleinert, um diesen im Jahr 2015 auf die Kommunen (z.B. Gesundheitsamt als Träger eines MVZ) wieder zu erweitern (Brandhorst 2017: 25f). Beide der hier untersuchten Ärztenetzwerke profitieren von diesen Regelungen, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Während NW1 ein MVZ in eigener Trägerschaft betrieb, um in einer bestimmten Region die Anstellungen von Ärztinnen und Ärzten zu ermöglichen (vgl. 16.2.8), dient das MVZ in NW2 als grundständige Betriebsform der operierenden Standorte (Zentren, vgl. 12.2.4).

16.1.4 Strukturierung von Versorgungsabläufen und Qualitätssicherung

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (2002) wurden Disease Management Programme (DMP) in die ambulante Krankenversorgung eingeführt. DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die auf eine Verbesserung von Versorgungsabläufen und deren Qualität bei festgelegten Indikationen zielen¹⁶⁹. Deren Einführung diene jedoch nicht nur „zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen“ (Brandhorst 2017: 27), sondern auch zur Kostendämpfung (vgl. 11.8). In Kombination mit der evidenzbasierten Medizin (vgl. 11.10) schafft eine qualitätsgesicherte, leitlinienbasierte Versorgung mehr oder weniger standardisierte Anschlussmöglichkeiten zwischen Disziplinen, Professionen und Organisationen. In NW1 kommen DMP in diesem Sinne zum Einsatz und dienen auch der Netzwerkfinanzierung (vgl. 12.1.3).

Den Reformideen der Strukturierung von Versorgungsabläufen und der Qualitätssicherung folgend, wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) ein patientenseitiger Anspruch auf Versorgungsmanagement formuliert. Dieser wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2009) unter anderem als „Unterstützung des Einzelnen im Sinne eines Fallmanagements“ (ebd.) präzisiert und in der Folge im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012) wieder auf den Anspruch auf ein „Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt“ reduziert (ebd.: 28)¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Zu den derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugelassenen Indikationen zählen Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sowie die Koronare Herzkrankheit (AOK Bundesverband: „Disease-Management-Programme (DMP)“, tinyurl.com/y6svvheq, 06/2019).

¹⁷⁰ Typisch für das in Phase II entstandene korporatistische Steuerungsmodell sind (Wieder-)Erweiterungen oder (Wieder-)Begrenzungen gesetzlicher Regelungen in der Krankenversorgung (vgl. Gründungsberechtigte von MVZ,

In NW2 dient das Entlassmanagement unter anderem zu Vernetzung mit weiteren Akteuren (Selbsthilfe) und ist ein Baustein einer evidenzbasierten Qualitätssicherung (vgl. 16.3.6). Trotz dieser Engführung ließen die gesetzlichen Rahmenbedingungen den Aufbau von Strukturen wie Pflegestützpunkten zu, die für Niedergelassenen in der ambulanten Krankenversorgung wichtige Ansprech- und Kooperationspartner sind¹⁷¹. Hier schließen dann auch Konzepte wie das Case- und Care-Management (vgl. 7.2.2) inhaltlich an, die in NW1 verstärkt zur Anwendung gebracht werden (vgl. 16.2.7).

16.1.5 Patientensteuerung und Aufgabenverteilung

Vor dem Hintergrund anhaltend hoher Arzt-Patienten-Kontakte¹⁷² wurden bereits Anfang der 1990er Jahre Reformen zur Lotsenfunktion (Steuerung der Patientinnen und Patienten durch das System der Krankenversorgung) im hausärztlichen Bereich eingeleitet. Zu den steuerungsrelevanten Ansätzen zählen unter anderem das a) Gatekeeping, wobei Patientinnen und Patienten stets über einen Hausarzt einen Versorgungsprozess beginnen sollen, die b) Bereitstellung von verständlichen und evidenzbasierten „Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen“ und das c) Entlassmanagement (Beerheide 2018: A1366 in Bezug auf SVR 2009). Im Gesundheitsstrukturgesetz (1993) wurde erstmalig ein Primat der hausärztlichen vor der fachärztlichen Krankenversorgung formuliert (für den ambulanten Leistungssektor). Im GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) wurde dann den Hausärzten eine Lotsenfunktion zugewiesen, die im GKV-Modernisierungsgesetz (2003) zunächst als Soll-Bestimmung und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) als von den Krankenversicherungen pflichtig zu erbringendes Angebot im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) umgesetzt wurde. Für die daran teilnehmenden Niedergelassenen gelten unter anderem besondere Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein verpflichtender Einsatz von Leitlinien. Die Teilnahme auf Patientenseite ist freiwillig (§ 73b SGB V). Im Jahr 2012 kritisierte der SVR (2012: 310) die HZV aufgrund ihres kassenseitig verpflichtenden

Ausschluss und Wiedereinschluss der KVen bei Selektivverträgen, patientenseitige Ansprüche). Für die hier untersuchten Leistungserbringer ergibt sich daraus ein fortlaufender Anpassungsbedarf.

¹⁷¹ Die AOK definiert Pflegestützpunkte als „wohnortnahe Beratungsstellen mit einem umfassenden und neutralen Betreuungsangebot rund um die Pflege. Es richtet sich an Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie an Menschen, bei denen sich ein Pflegebedarf abzeichnet. [...] Pflegestützpunkte sollen damit sicherstellen, dass unterschiedliche Leistungen wie ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, medizinische Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall nahtlos ineinandergreifen können. Bei Bedarf erfolgt die Beratung telefonisch oder per Hausbesuch“ (AOK-Gesundheitspartner: „Pflegestützpunkte“, tinyurl.com/y37dr57j, 03/2019).

¹⁷² Laut Deutschem Ärzteblatt liegen die jährlichen Arzt-Patienten-Kontakte im Jahr 2018, je nach statistischer Berechnung, bei durchschnittlich elf bis siebzehn (Quelle: aerzteblatt.de: "Patientensteuerung. Straßenkarte für Patienten" (tinyurl.com/y6eohc6a, 06/2019).

Charakters als dem Wettbewerbsgedanken entgegenstehend. Zudem führe eine Überregulierung zu Fehlanreizen und Teuerungen im Vergleich zur Regelversorgung. Daran anschließend kritisieren Nagel et al. (2017: 35), dass sich im Rahmen der HZV „die intendierten Qualitäts- und Innovationsanreize echter selektivvertraglicher Instrumente nicht voll entfalten können“.

Vor diesem Hintergrund ist offen, bei wem die Lotsenfunktion zukünftig liegen sollte oder könnte. In einem größeren Zusammenhang verweisen die Reformen zur HZV aber auch auf die Frage, welche Aufgaben von nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen übernommen werden sollten beziehungsweise könnten. Dazu wurden im Bereich der Delegation ab 2011 Programme wie die „arztlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte, systemische Intervention“ (AGnES), zunächst als Modellvorhaben (§ 63 SGB V), aufgesetzt (vgl. 10.5.2). Im Jahre 2013 kam es zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband zu einer „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen“, in der zehn delegationsfähige Tätigkeitsfelder benannt wurden¹⁷³. In diese Freiräume stoßen auch die Case- und Care-Management-Programme, die sowohl eine der Versorgung vor- und nachgelagerte Patientensteuerung als auch die eigenständige Übernahme von Versorgungsaufgaben (bis hin zur Substitution, vgl. 10.5.3) anstreben. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Themen Patientensteuerung und Aufgabenverteilung auch weiter kontrovers diskutiert werden. In den hier untersuchten Ärztenetzwerken sind sowohl auf interdisziplinärer Ebene (Allokation von Versorgungsaufgaben, vgl. 16.3.3) als auch auf interprofessioneller Ebene (vgl. 16.2.7) Lösungsansätze zu diesen Fragen zu erkennen.

16.1.6 Wettbewerbliche Steuerungsansätze und Deregulierung

Mit der Einführung des sogenannten „Krankenkassenwahlrechts“ im Jahre 1996 hielt nach Aussage des AOK-Bundesverbands der Wettbewerbsgedanke Einzug in die GKV, mit dem Ziel, „Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung zu verbessern“¹⁷⁴. Seither fördert der Gesetzgeber „innovative Versorgungsverträge und neue Vergütungsformen mit interessierten Leistungserbringern [...], um dem Strukturkonservatismus im deutschen Gesundheitswesen mit Alternativangeboten entgegenzutreten“ (Baas 2017: 306). Ob sich vor diesem Hintergrund der bereits unter 6.2

¹⁷³ In der Vereinbarung (Stand 01.01.2019) werden unter anderem die Voraussetzungen und allgemeine delegationsfähige Tätigkeitsfelder benannt (www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf, 02/2019). Die einzelnen Versorgungsleistungen sind im „Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen“ einzusehen (GKV-Spitzenverband, tinyurl.com/y3ztgxhe, 02/2019).

¹⁷⁴ Quelle: AOK Bundesverband: „Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (tinyurl.com/y39bpaym, 03/2019).

angesprochene sektorenübergreifende und populationsorientierte Qualitätswettbewerb (SVR 2012: 178) durchsetzen wird, bleibt aufgrund der nach wie vor unzureichenden Qualitätstransparenz (vgl. 1.3) offen. Trotzdem werden in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder Versuche unternommen, den Wettbewerbsgedanken durch Deregulierung zu stärken. Dazu gehören auch Ansätze wie die ambulant spezialärztliche Versorgung (ASV). Mit dieser hat der Gesetzgeber, eine „weitgehend deregulierte neue Versorgungsform zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen“ (Knieps 2017b: 287).

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfüllt eine Reihe von Kriterien, die für einen zielorientierten Wettbewerb [...] beispielhaft sein könnte. Hierzu zählen: Der Zugang zur Versorgung über einheitliche Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, keine Mengenregulierung, Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt¹⁷⁵ für alle beteiligten Ärzte und einheitliche Vergütung“ (Nagel et al. 2017: 57).

Wobei Nagel (ebd.) die administrativen Vorgaben der ASV für die Niedergelassenen, im Vergleich zu Krankenhäusern, als noch zu komplex kritisiert. Und auch Gibis und Tophoven (2017: 208) fordern eine „pragmatische Weiterentwicklung des ASV-Ansatzes [der] mittelfristig zur Entwicklung eines spezifizierten Versorgungssektors generell für Patienten mit komplexem Leistungsbedarf führen [sollte]“. In NW1 kommt der ASV-Ansatz im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zum Einsatz (vgl. 16.2.7). Somit trat NW1, zumindest in einem kleinen Umfang, in einen Leistungswettbewerb (vgl. 6.2) mit den regionalen Kliniken. Von NW2 wurde der ASV-Ansatz im Rahmen der Definition eines spezifischen Versorgungssektors an der Schnittstelle ambulant-stationär aufgegriffen und weiterentwickelt (vgl. 16.3.7).

16.1.7 Förderung der Digitalisierung

Mit dem Gesetz für „sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz) des Jahres 2015 sollen laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Chancen der Digitalisierung gehoben werden, zu denen medizinische Anwendungen (u.a. elektronischer Arztbrief), telemedizinische Leistungen (u.a. Online-

¹⁷⁵ Im Rahmen des Verbotsvorbehalts beziehungsweise der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt dürfen neue Behandlungsverfahren in stationären Leistungssektor solange ausgeführt werden, wie sie nicht den Richtlinien des G-BA widersprechen. In der ambulanten Krankenversorgung gilt der Erlaubnisvorbehalt, das heißt, es dürfen nur Verfahren zu Anwendung kommen, die seitens des G-BA erlaubt wurden. Beide Vorbehalte beziehen sich auf den GKV-Bereich (AOK Bundesverband: „Erlaubnisvorbehalt“, tinyurl.com/y6zle9d8, 03/2019).

Videosprechstunde) und Verbesserung der Interoperabilität vorhandener IT-Systeme gehören¹⁷⁶. Für die Niedergelassenen bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung das sogenannte KV-SafeNet an, das über zertifizierte Provider bereitgestellt wird¹⁷⁷. Reformperspektivisch soll die Digitalisierung den Aufbau integrierter Versorgungsformen unterstützen, wobei besondere Potenziale in der ländlichen Krankenversorgung gesehen werden (Bach et al. im Druck). Auch in den hier untersuchten Ärztenetzwerken kommen E-Health-Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (vgl. 16.2.6) oder Tools zur Online-Terminvergabe und -Befundübermittlung (vgl. 16.3.3) zum Einsatz.

16.1.8 Reformen des Vertragsarztrechts

Im Rahmen des Vertragsarztrechts (früher Kassenarztrecht, vgl. 11.6) wurde mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) des Jahres 2007 eine parallele „Anstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus bzw. dessen Tätigkeit als Honorararzt“ (SVR 2012: 241) und weitere Flexibilisierungen geschaffen. Laut ÄrzteZeitung (2009)¹⁷⁸ zählen dazu:

- die Anstellung von bis zu drei Vollzeitäquivalenten pro niedergelassenem Vertragsarzt (inkl. Teilzeit, in einer Gemeinschaftspraxis mit z.B. zwei Ärztinnen oder Ärzten demnach sechs Vollzeitäquivalente zusätzlich),
- die Anstellung von fachfremden Ärztinnen und Ärzten in der eigenen Praxis (gemäß Bedarfsplanung),
- die Reduktion des Versorgungsauftrags bis um die Hälfte (Gründe: Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder parallele Teilzeitanstellungen im Krankenhaus),
- Eröffnung einer Zweigpraxis, die auch in einem anderen KV-Bezirk liegen kann,
- Berufsausübungsgemeinschaften, die sich über Praxisstandorte und über die Grenzen der KV-Bezirke hinweg gründen können,
- Wegfall der Residenzpflicht von Vertragsärzten (hinzugefügt, MB).

Eine von der ÄrzteZeitung im Jahr 2017, zehn Jahre nach dem VÄndG durchgeführte Umfrage unter den KVen legt eine rege Nutzung dieser gesetzlichen Regelungen nahe¹⁷⁹. Demnach sind Zuwächse bei den überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften festzustellen, ein leicht verbesserter Zugang zur fachärztlichen Versorgung (unter anderem über die

¹⁷⁶ Quelle: BMG, Begriffe A-Z: „E-Health-Gesetz“ (tinyurl.com/yanhuquv, 03/2019).

¹⁷⁷ Quelle: KBV: „Sicheres Netz“ (www.kbv.de/html/kv-safenet.php, 03/2019).

¹⁷⁸ Quelle: ÄrzteZeitung online (09.09.2009): „Vertragsarztrecht. Was bedeutet das neue Vertragsarztrecht?“ (tinyurl.com/y9bxx59y, 03/2019).

¹⁷⁹ Quelle: ÄrzteZeitung online (19.12.2017): „Über zehn Jahre VÄndG. 6 Punkte, wo die neuen Spielregeln für Ärzte wirken“ (tinyurl.com/y2gtku2e, 01/2020).

Einrichtung von Zweigpraxen), eine Zunahme von Teilzulassungen und flexibleren Arbeitszeitmodellen, welche besonders von jungen Ärztinnen und Ärzten genutzt würden sowie ein ungebrochener Trend zur Anstellung. Mit dem VÄndG eröffnete der Gesetzgeber konkrete Ansatzpunkte zur Veränderung der Leistungserbringung in interdisziplinärer und interprofessioneller Sicht. Dabei zielen die Reformen sowohl auf die organisationale Ebene (Einzelpraxis und Formen der gemeinschaftlichen Berufsausübung) sowie auf die interorganisationale Ebene (z.B. Netzwerke). Die hier untersuchten Ärztenetzwerke nutzen diese Flexibilisierungen, zum Beispiel im Rahmen des MVZ (vgl. 16.2.8), oder bei Teilzeitmodellen, die unter anderem familienfreundliches Arbeiten ermöglichen (vgl. 16.3.8)¹⁸⁰.

16.2 *Action Realm*: Netzwerk 1

Das im ländlichen Raum angesiedelte Ärztenetzwerk (NW1) hatte eine populationsorientierte Vollversorgung zum Ziel, die es sukzessive umsetzte. In den Jahren 2004 bis 2014 durchlief NW1 eine gut vierjährige Start- und zehnjährige Entwicklungsphase, wobei die Entwicklungsphase mit der Ratifizierung eines Vollversorgungsvertrags eingeleitet wurde, denn erst der Vertrag schaffte die ökonomischen Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen.

Dazu ein interviewter ärztlicher Leistungserbringer: „Der wirtschaftliche Erfolg kann natürlich nur kommen, wenn es gelingt, Verträge mit Leistungserbringern zu machen. Und dann diese Verträge auch erfolgreich zu betreiben [...]. Das hat dann 2008 geklappt, nach einer relativ langen Vorarbeitsphase. Also es sind ja vier Jahre davor gewesen [...], vier Jahre, in denen wir auch den Ärzten das ‚zur Stange halten‘ vermitteln mussten. Und dann kam mit dem Vertrag auch der Erfolg“ (Anhang D3L01: 23).

¹⁸⁰ Und wie sollte es anders sein, wird auch das VÄndG kontrovers diskutiert. In einer Umfrage der ÄrzteZeitung unter KVen wird eine Besserstellung der MVZ durch das VÄndG kritisiert. Demnach würden die MVZ vor allem „lukrative, hochspezialisierte fachärztliche Versorgung“ anbieten, welche die „in der fachärztlichen Grundversorgung benötigten Arztsitze“ blockiere. Zudem wird die Übertragung von Arztsitzen an die MVZ durch Anstellung baldiger Praxisabgeber kritisiert (hier werden die Kompetenzen der KVen direkt beschnitten) (Quelle: ebd.). Zumindest für das hier untersuchten NW1 treffen diese Annahmen nicht zu, weil die angestellte Hausärztin und der angestellte Gynäkologe (vgl. 12.1.4) zu den ärztlichen Disziplinen zur Sicherung der Grundversorgung zählen. Zudem lassen sich die genannten Einschätzungen der KVen aufgrund einer eher schlechten Datenlage zu den MVZ nicht ohne weiteres validieren. So war in der vom Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ) (vgl. 10.3.9) beauftragten und vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) durchgeführten und hier maßgeblichen (ersten) Panel-Befragung in MVZ, eine nach Trägerschaft und Zielorientierung differenzierte Analyse nicht vorgesehen. Erfasst wurden Kennzahlen wie die Altersstruktur der Patienten, der Gesamtleistungsbedarf je Vollzulassung, die Basisleistungsanteile, Mitversorgungsgrade mit anderen ambulanten Leistungserbringern und eine (vergleichende) Umsatzrentabilität (Quelle: BMVZ: „Auf Sie kommt es an! MVZ-Panel: Start der zweiten Befragung“, tinyurl.com/yye66qyr, 06/2019).

Zusätzlich zur bereits vorhandenen Management- und Servicegesellschaft (siehe unten) wurden ab 2008 neue Versorgungsangebote geschaffen, die bis zur Trägerschaft eines wirtschaftlich unabhängigen MVZ reichten.

Start	2004	- Gründungsversammlung und Überführung in eine GbR
	2005	- Einrichtung einer Management- und Servicegesellschaft
		- regionale Kooperationen (Absichtsbekundungen/Verträge) mit
		- Kliniken
		- ambulanter Pflege
		- Sanitätshaus
		- therapeutischen Dienstleistern
		- Rehabilitationseinrichtungen
Entwicklung	- Aufbau Fortbildungsorganisation	
	- ärztliche Leistungserbringer	
	- strukturierte Fortbildung med. Fachangestellte	
	- Gründung Kompetenzteams (Entwicklung Behandlungspfade)	
	2008	- Vollversorgungsvertrag (§140a ff SGB V mit Populationsorientierung mit zwei regionalen Krankenkassen)
	2009	- Schaffung einer auf das NW abgestimmten IT-Plattform
		- Etablierung Behandlungspfade
		- zentrale Patientenakte
		- Anschluss an KV-Safenet
	- Case-Management	
2011	- Demenzgruppe	
	- Erweiterung Case-Management	
2012	- AGnES ^{zwei}	
	- SAPV	
	- MVZ	
2013	- Tagespflege (Demenz)	
2014	- Demenz-WG	
2014	- Aufkündigung der Zusammenarbeit	
2015	- Gründung der NW1-Nachfolge (unter altem Management)	

Tabelle 15: Chronologie Netzwerk 1 (Quellen: Anhang D3.13-D3.16)

16.2.1 Vollversorgungsvertrag als Vernetzungsgrundlage

Nach Aussage des Geschäftsführers (Anhang D3.1) konnte durch den vier Jahre nach Netzwerkgründung geschaffenen Vollversorgungsvertrag der Aufbau einer umfassenden regionalen Versorgung in Kombination mit einer qualitätsgesicherten und vergleichsweise kostengünstigeren Krankenversorgung angegangen werden. Das bestätigte ein interviewter Kassenmanager (Anhang D3K02: 29), der Vollversorgungsverträge als Vernetzungsmotoren betrachtet, die mittelfristig zu einer verbesserten Kooperation zwischen den Leistungserbringern und langfristig zu einem Ausbau des ambulanten Leistungssektors, respektive zu einem Rückgang der stationären Krankenversorgung, als einem der Kostentreiber im Gesundheitswesen, führen würde. In NW1 wurde der Vertrag ähnlich einem

Baukastensystem konzipiert, das heißt, einzelne Versorgungsleistungen konnten als indikationsbezogene Selektivverträge hinzugefügt werden (vgl. 12.1.2). Zudem bot der Vollversorgungsvertrag, der nicht als Ergänzung zum Kollektivvertrag (vgl. Zorn 2009), sondern als dessen Alternative vorgesehen war, den Akteuren in NW1 viel Gestaltungs- und Entwicklungsraum. Dazu ein interviewter Manager einer am Vertrag beteiligten Krankenversicherung:

„[D]ie Ärzte können sehr frei vor Ort [...] in dem Umfeld, also auch in der Region, wo sie arbeiten, mit dem professionellen Umfeld, das sie haben, also häusliche Krankenpflege, Krankenhäuser, Apotheken, [...], Physiotherapeuten, Logopäden [...], sehr frei für sich definieren: Was wollen wir machen? Wie wollen wir das machen?“ (D3K01: 122).

Dieses ist ein Vorgehen, das von den beteiligten Krankenversicherungen als stilbildend für die Krankenversorgung durch Netzwerke in ländlichen Regionen bewertet wurde (Anhang D3.2). Dabei lag das Richtziel von NW1 im langfristigen Aufbau eines trägerübergreifenden Vollversorgungsmodells (vgl. Luthe 2013: 47ff).

Hinsichtlich der hier untersuchten Regulation der Zusammenarbeit sind drei Aspekte des Vertrags von Interesse, die in der weiteren Auswertung aufgegriffen werden. Erstens setzten die Vertragskomponenten auf vorhandenen Kooperationsvereinbarungen auf. Damit wurde auch vertraglich den *local trajectories* (vgl. 6.1) der regionalen Krankenversorgung und dem historisch gewachsenen räumlichen Kontext der Leistungserbringung (vgl. 2.5.4) Rechnung getragen. Zweitens ermöglichte das Baukastensystem des Vertrages die Einbeziehung verschiedener ärztlicher Fachgruppen in die Entwicklung von Vertragskomponenten und den Aufbau von Netzwerkstrukturen. Dies geschah durch interdisziplinäre, ärztliche Kompetenzteams, die die Vertragskomponenten aus medizinisch-fachlicher Sicht ausgestalteten. Hiermit wiederum korrespondierten der Aufbau der zentralen Patientenakte und die Einrichtung von Behandlungspfaden als strukturelle Elemente der Zusammenarbeit. Drittens ermöglichte der Vertrag die Einbeziehung von einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern, sodass ein Netzwerkwachstum im Sinne einer umfassenden Krankenversorgung gestaltet werden konnte. So hatten sich zum Beispiel ein in gemeinnütziger Trägerschaft geführtes Gesundheitszentrum und ein MVZ (nicht das netzeigene) in einer angrenzenden Region dem NW1 angeschlossen. Diese Kooperationen zielten auf einen verbesserten Informationsaustausch zur Koordination von „Akutbehandlung, Pflege, häusliche Pflege und Therapie“, um dadurch Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Wartezeiten der Patienten zu verkürzen (Anhang D3.19).

16.2.2 Budgets und *Managerial Control*

Der Vollversorgungsvertrag von NW1 (vgl. 12.1.2) sah eine Übernahme der Budgetverantwortung in den mit zwei Krankenversicherungen verhandelten Leistungsbereichen für die circa zehntausend eingeschriebenen Patienten vor (Anhang D3.4, D3.6). Demnach übernahm NW1 keine indikationsübergreifende Budgetverantwortung (vgl. Luthé 2017: 44), sondern es wurden, gemäß der Logik des Baukastensystems, indikationsbezogene Budgets definiert. Durch die Kooperation mit einem lokalen Klinikum konnten auch sektoral übergreifende Budgets eingeführt werden (Anhang D3.2). Im zweiten Bestandsjahr des Vertrages wurden schließlich Kriterien für Pay-for-Performance-Modelle (vgl. 10.2.3) entwickelt (Anhang D3.2). Durch die indikationsbezogenen und (inter-)sektoralen Budgets wurde in NW1 die Controlling-Funktion des Netzwerkmanagements (vgl. 7.2.3) gestärkt. Aufgrund der definierten Budgets war es diesem nun möglich, die erbrachten Versorgungsleistungen einzelner Akteure zu quantifizieren. Zum Beispiel durch eine monetäre Bewertung von Einzelleistungen, die im Rahmen der von NW1 entwickelten Behandlungspfade erbracht wurden (ausführlicher unter 16.2.5). An dieser Stelle und mit Blick auf den Pfadverlauf kann zunächst festgehalten werden, dass die im Rahmen des Vollversorgungsvertrags definierten (inter-)sektoralen Budgets der in Phase I entstandenen *dominant logic of medical professionalism* (vgl. 13.3) entgegenstehen, weil sie zu einer Stärkung des *business-like healthcare* (vgl. 7.2.3) beitragen, indem nichtärztlichen Akteuren (professionelles Management) Steuerungskompetenzen in der Leistungserbringung eingeräumt wurden.

16.2.3 Spezifische Einbettung

Im Jahr 2012 waren circa 60 Prozent der regional tätigen Niedergelassenen in NW1 organisiert (46 stimmberechtigte Gesellschafter und 16 assoziierte Ärztinnen und Ärzte, von denen 34 hausärztlich tätig waren, Anhang D3.18). Im Vergleich dazu lag der allgemeine Vernetzungsgrad unter den Niedergelassenen in Deutschland im gleichen Jahr bei 32 Prozent (Ärztemonitor 2014). Damit übertraf NW1 den durchschnittlichen Vernetzungsgrad und konterkarierte den in Phase II etablierten und den bei Hausärztinnen und Ärzten ausgeprägten Trend des Einzelkämpfertums¹⁸¹. Der hohe Vernetzungsgrad unter der regionalen Ärzteschaft sorgte für eine *structural embeddedness* (vgl. 3.1) der von NW1 avisierten Zusammenarbeit.

¹⁸¹ Quelle: Ärztezeitung online (05.10.2017): „Existenzgründung - Hausärzte bleiben Einzelkämpfer“ (tinyurl.com/y4wxuslu, 03/2019).

Dazu war es zunächst von Vorteil, dass der Gründungsimpuls in NW1 von ärztlicher Seite ausging.

Dazu Denis et al. (1999: 117): „[...] deeper change is possible if the dominant professional group leads it and can be persuaded to want it, and if the new pattern of activity and interaction required is not too unfamiliar“.

Daher war es auch von Vorteil, dass der regional gewachsene Versorgungsraum (vgl. 6.1) in die geplante Abdeckung von NW1 einbezogen wurde:

„[...] wir hatten also diese Netzregion am Anfang sowohl kreislich [Landkreise] als auch regional versorgungstechnisch definiert und haben gesagt, bis zur Autobahn. Das ist historisch auch so gewachsen [...]“ (Anhang D3L01: 9)¹⁸².

Nach einem interviewten ärztlichen Leistungserbringer (Anhang D3L01) wurde die Zusammenarbeit in NW1 in gewohnten Interaktionsräumen organisiert. Beim Blick auf die Karte der Landkreise und die Lokalisationen der Niedergelassenen wird deutlich, dass die anfängliche Planungsgrenze „Autobahn“ im Zuge des Netzwerkwachstums überschritten wurde (Anhang D3 NW1-Landkreise).

Aus der Sicht des professionellen Netzwerkmanagements kann eine starke Ausrichtung nach den ärztlichen Versorgungstrajektorien (vgl. 16.2.1) im Hinblick auf die aufzubauenden Netzwerkstrukturen (vgl. 16.2.4ff) aber auch eine Herausforderung darstellen. In den im pfadtheoretischen Modell mit I bis III bezifferten Phasen, entwickelten Ärztinnen und Ärzte „eine ganz bestimmte Motivation, die aus Autonomie, Eigenkontrolle und Selbstwirksamkeit besteht“ (Beneke 2012: 2) und die vonseiten eines professionellen Netzwerkmanagements berücksichtigt werden sollte. In NW1 wurde dieser Herausforderung über eine a) Teilinklusion der Niedergelassenen, einer dazu passenden b) Netzwerkfinanzierung und einem ebenfalls dazu passenden c) Vertragsgrundlage Rechnung getragen. Neben der oben beschriebenen Einbettung von NW1 in die regionale Krankenversorgung, sollten diese Maßnahmen für eine adäquate Einbettung der ärztlichen Profession in das aufzubauende Ärztenetzwerk sorgen. Die a) Teilinklusion meint, dass sich der individuelle Patientenstamm

¹⁸² Interessant an diesem Zitat ist die zunächst nur schwer nachvollziehbare Versorgungsraumgrenze entlang einer Autobahn. Bedenkt man jedoch, dass die ärztliche Versorgungstätigkeit auf dem Lande immer auch ein fahrendes Gewerbe war, sowohl auf Anbieter- als auch auf Kundenseite, kann aus rein praktischen Erwägungen der Verlauf einer Autobahn den Zuschnitt von Versorgungsregion bestimmen. Da die besagte Autobahn bereits in den 1940er Jahren gebaut wurde, bestand offensichtlich genügend Zeit zur Etablierung dieser baulichen Barriere.

der Niedergelassenen aus im Vollversorgungsvertrag eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Patienten zusammensetzte. Somit konnten die Ärztinnen und Ärzte das Maß ihrer Beteiligung an den Versorgungsangeboten von NW1 über ihren individuellen „Patienten-Mix“ selbst steuern. Durch die b) Netzwerkfinanzierung über Einspargewinne (vgl. 12.1.3) umschiffte das Netzwerkmanagement das Paradoxon der *embedded agency*. Dieses besagt, dass die dominante Profession zwar die Macht für Veränderungen hat, ihr aber oftmals der Anreiz fehlt, Veränderungen tatsächlich einzuleiten. Zum Beispiel dann, wenn Einkommensverluste befürchtet werden (vgl. Garud et al. 2007: 961f). Abgesehen von einem vergleichsweise geringen Startzuschuss zu Beginn der Zusammenarbeit und einer selbstschuldnerischen Bürgschaft, die sich jedoch nur auf das im Jahre 2012 gegründete MVZ bezog, trugen die Niedergelassenen als Gesellschafter von NW1 keine finanziellen Risiken (Anhang D3M05: 44). Das c) Baukastensystem des Vollversorgungsvertrages (vgl. 16.2.1) erlaubte es, die aufzubauenden Strukturen, wie zum Beispiel die indikationsbezogen arbeitenden Kompetenzteams (siehe unten), in gewisser Weise als Experimentierfelder zur Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit zu betrachten. Ohne Zwang, deren Ergebnisse gleich auf den gesamten Patientenstamm des Netzwerkes ausrollen zu müssen. Oder in den Worten eines Kassenmanagers:

„[...] das Netz aus sich heraus, also aus der ärztlichen Kompetenz heraus, im Pingpong mit dem jeweiligen Netzmanagement, versucht, Prozesse oder Ansatzpunkte zu finden, wo bewusst gesteuert werden kann“ (Anhang D3K01: 177).

Mit der Formulierung „im Pingpong“ zwischen Ärzteschaft und Management umschreibt der Manager K01 implizit den Prozess der Entwicklung von Netzwerkbeziehungen (vgl. 3.2). In NW1 wurden Netzwerkbeziehungen in enger Kooperation zwischen Netzwerkmanagement und Ärzteschaft, unter Berücksichtigung des regional gewachsenen Versorgungssystems entwickelt. Neben dem oben dargestellten hohen Vernetzungsgrad der regional Niedergelassenen und deren spezifischer Einbettung in die vorhandenen und aufzubauenden Netzwerkstrukturen, wird diese Beziehungsarbeit als ebenfalls voraussetzungsvoll für die Veränderung der hier untersuchten Regulation der Zusammenarbeit bewertet, auf die in den nachfolgenden Abschnitten detaillierter eingegangen wird.

16.2.4 Experimentierfeld Kompetenzteams

In NW1 schloss sich die Ärzteschaft in sogenannten Kompetenzteams zusammen. In diesen wurden medizinisch-fachliche Inhalte interdisziplinär beraten. In wöchentlichen Treffen erarbeiteten die allgemein- und fachärztlich tätigen Niedergelassenen indikationsbezogene Regeln zur Informationsweitergabe und zur Überweisung von Patientinnen und Patienten, unter anderem in den Bereichen Diabetes Mellitus, Dermatologie, Orthopädie und Kardiologie (Anhang D3M01: 12). Das Ziel der Kompetenzteams lag darin, Verfahren zu entwickeln, um Patientinnen und Patienten ohne Umwege und Wartezeiten zum fachlich zuständigen Versorgenden zu vermitteln und alle erhobenen Daten (u.a. Diagnostik und Therapie) ebenfalls weiterzuleiten. Die Kompetenzteams können insofern als Experimentierfeld zur Entwicklung neuer Praktiken bezeichnet werden, als dass in ihnen über eine möglichst optimale indikationsbezogene Zusammenarbeit der regional vorhandenen Leistungserbringer nachgedacht wurde, bei der die Versorgungsintegration eine maßgebliche Zielstellung war, die dann in Behandlungspfaden praktisch umgesetzt wurde (vgl. 16.2.5).

„Die Vernetzung ist auch der zentrale Punkt bei den Behandlungspfaden. Diese werden beim [NW1] in Kompetenzteams aus fünf bis sieben Ärzten auf der Grundlage von aktuellen Leitlinien, der regionalen Versorgungssituation und Optimierungsvorschlägen der Krankenkassen entwickelt“ (Anhang D3.5).

Im Hinblick auf die „Vernetzung“ in NW1 markierte die Arbeit der Kompetenzteams zudem einen auf die Versorgungsinhalte bezogenen Übergang von der Start- in die Entwicklungsphase. Denn den planenden Akteuren oblag es unter anderem, die von Denis et al. (1999: 114) beschriebenen kritischen Schnittstellen, Treiber und Mechanismen für die Leistungsintegration zu definieren und die bei einer Vernetzungsarbeit zwangsläufig auftretenden Risiken möglichst gut zu umschiffen (vgl. Tabelle 6, S. 67).

Zu den kritischen a) vertikalen Schnittstellen gehörte die teilweise Reorganisation der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Behandlungspfade (vgl. 16.2.5). Da auch eine Klinik in die Planungen einbezogen wurde (Anhang D3.21), waren zudem Überlegungen zur Gestaltung sektorenübergreifender Behandlungspfade notwendig (Anhang D3.2). Zu diesem Zweck wurden die Kompetenzteams bei spezifischen Indikationen durch ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus dem stationären Leistungssektor erweitert (Anhang D3.4). Neben der vertikalen Integration musste daher auch über b) systemische Schnittstellen nachgedacht werden (regionales System der Krankenversorgung). Nicht zuletzt mussten die von den Kompetenzteams erarbeiteten Vorschläge noch die Hürde der

Gesellschafterversammlung nehmen, denn die erarbeiteten Leitfäden ergänzten die *provider driven logic* in der Leistungserbringung um Aspekte der *business-like health care* (vgl. 7.2.3), weil sich über die Leitfäden neue Controlling-Möglichkeiten für das Netzwerkmanagement ergaben (folgend).

16.2.5 Behandlungspfade als *Boundary Practices*

Behandlungspfade kommen vor allem im stationären Leistungssektor zum Einsatz und werden dort zur Ablaufplanung und Qualitätssicherung verwendet (vgl. Küttner/Roeder 2007). In NW1 wurden sie in insgesamt neun Leistungsbereichen verwendet, von denen vier in Kooperation mit dem stationären Leistungssektor umgesetzt wurden. Dazu gehörten:

„Koronare Herzkrankheit, Rheumatoide Arthritis, Diabetes Mellitus, CheckUp 35 und Netzüberweisung Kardiologie [sowie,] mit Beteiligung der stationären Partner [...] Schlaganfall, Diabetisches Fußsyndrom, Nävus/Hautkrebs¹⁸³ und Rückenschmerz“ (Anhang D3.7).

Die Behandlungspfade wurden in einer für NW1 entwickelte Software implementiert (vgl. 16.2.6) und sukzessive von der Netzversammlung zu Anwendung freigegeben (D03M01: 12). Sowohl bei der Auswahl der Krankheitsbilder als auch bei der Implementierungsreihenfolge der Behandlungspfade orientierte sich NW1 an der demographischen beziehungsweise epidemiologischen Situation im abgedeckten Versorgungsraum, sodass nach regionaler Dringlichkeit vorgegangen wurde (Anhang D3.4, D3.25).

Die Behandlungspfade bilden „im Idealfall sämtliche Behandlungsschritte strukturiert ab. Das heißt, die Ärzte müssen bei der Dokumentation nicht viel schreiben, sondern können aus vorgegebenen Menüs auswählen“ (Anhang D3.23).

Zur Aufnahme von Patienten erhielten die Niedergelassenen differenzialdiagnostisch aufgefächerte Entscheidungshilfen zum möglichen weiteren Behandlungsverlauf, respektive eine Überweisung innerhalb von NW1.

Am Beispiel des Behandlungspfads für rheumatologische Erkrankungen kann die Wirkung der Behandlungspfade auf die Regulation der Zusammenarbeit verdeutlicht werden. Klage eine Patientin oder ein Patient zum Beispiel über Gelenkschmerzen, deren Herkunft

¹⁸³ Nävus (umgangssprachlich für Muttermal) ist eine „Sammelbezeichnung für scharf umschriebene Hautveränderungen, die meist farblich von der Umgebung abgehoben sind (www.psychyrembel.de/Nävus, 01/2020).

hausärztlich nicht abgeklärt werden konnte, standen über die zentrale Patientenakte (vgl. 16.2.6) zunächst alle bisher erfassten Daten (veranlasste Therapien, relevante Laborparameter) zur Verfügung. Über im Behandlungspfad Rheuma hinterlegte spezifische Eingabemöglichkeiten konnten nun Eingaben wie die Lokalisation von Druckschmerzen erfasst werden (vgl. Abb. 15). Die erfassten Daten standen für eine etwaige fachärztliche Anschlussbehandlung zur Verfügung (Anhang D3.22).

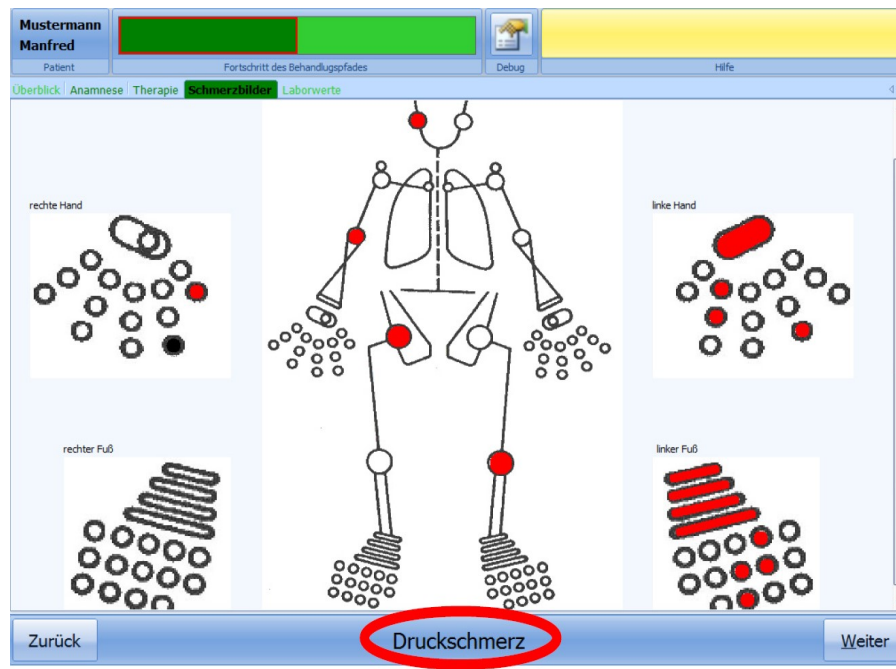


Abb. 15: Screenshot „Behandlungspfad Rheuma“ (Anhang D3.4)

Als ein von den Kompetenzteams erstelltes Artefakt war der Behandlungspfad Rheuma von verschiedenen Leistungserbringern nutzbar (*modularity*). Dies galt auch für nicht orthopädisch geschulte Ärztinnen und Ärzten, die über einheitliche Interfaces (Lokalisation Druckschmerz) versorgungsrelevante Informationen eingeben konnten (*standardization*). Die so erfassten Informationen waren im Rahmen der Patientenakte auch von anderen Fachgruppen nutzbar (*accommodation*). Aufgrund dieser Eigenschaften können die Behandlungspfade, wie der hier dargestellte Behandlungspfad Rheuma, als *boundary object* (vgl. 4.3.2) definiert werden. In ihrer alltäglichen Verwendung durch die Leistungserbringer in NW2, konnten sich die *boundary objects* schließlich zu *boundary practices* (vgl. ebd.) entwickeln. Als Praktiken wirkten sie in zweifacher Weise vernetzend. Zum einen zwischen den Niedergelassenen: Dabei fungierten die im Behandlungspfad abgelegten Versorgungsequenzen wie die Bestimmung von Druckschmerz als interdisziplinäre Schnittstellen. Zum anderen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. So war

im Behandlungspfad Rheuma auch die Zusammenarbeit mit einer entsprechenden Fachklinik vorgesehen, in die zur Durchführung von Operationen eingewiesen und von der, postoperativ, Informationen abgerufen werden können (Anhang D3.4).

Hinsichtlich der Regulation der Zusammenarbeit kann festgehalten werden, dass mit Behandlungspfaden wie dem Rheumatologiepfad die für Phase III typischen monodisziplinären Reziprozitätsnormen und sektoralen Handlungsorientierungen (vgl. 2.6; Tabelle 13, S. 181) adressiert wurden, weil nun interdisziplinäre und intersektorale Versorgungsabläufe regelhaft erstellt werden konnten. Darüber hinaus kann mit den Behandlungspfaden auch an das Thema der regulativen Effizienz (vgl. 2.4; 16.2.9) angeschlossen werden, da über die Pfade verschiedene, gegenüber den Leistungsfinanzieren verpflichtend zu erfüllende Controlling-Aufgaben abgewickelt wurden.

Dazu der ärztliche Leistungserbringer (L01) in einem Zeitungsinterview: „Behandlungspfade eignen sich hervorragend für das Controlling von Sonderverträgen, weil sie klinische Abläufe, ökonomische und Qualitätsparameter zugleich abbilden. Mit der Dokumentation der einzelnen Schritte eines Behandlungspfades wird zugleich erfasst, welche Anforderungen eines speziellen Versorgungsvertrages schon erfüllt sind“ (Anhang D3.23).

Über die Behandlungspfade und die zentrale Patientenakte wurden einfache Analysen zur Qualität oder zum Stand der Zusammenarbeit möglich. Dazu dienten Indikatoren wie die Begrenzung von Polypharmazie bei über 64-Jährigen (Sollwert unter 25 Prozent) oder die Nutzung der Akte (Sollwert 80 Prozent). Ergänzende Indikatoren wie die Teilnahme an den gemeinsamen Netz-Fortbildung (Sollwert 60 Stunden pro Arztpraxis) wurden ebenfalls angelegt. Hingegen wurde auf eine Bewertung von patientenbezogenen Outcomes wegen des zu hohen statistischen Aufwands verzichtet¹⁸⁴. Aufgrund der daraufhin festgestellten großen Spreizung zwischen den Niedergelassenen wurden vom Netzwerkmanagement Treffen von Niedergelassenen mit niedrigen und hohen Durchschnittswerten arrangiert, mit dem Ziel, dass durch diese kollegiale Beratung die Durchschnittswerte im Gesamtnetzwerk verbessert würden (Anhang D3.23; D3.26).

¹⁸⁴ Zur Bewertung der Versorgungsqualität in Ärztenetzwerken kann das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA), entwickelt vom Institut für angewandte Qualitätsförderung (aQua) herangezogen werden. Erfasst werden allgemeine und krankheitsspezifische Indikatoren auf der Basis von Routinedaten (www.aqua-institut.de/projekte/qisa, 04/2019). In einer Auswertung von zwölf bayrischen Ärztenetzwerken, bei der circa 80.000 AOK-Patienten einbezogen wurden, zeigte sich eine generelle Verbesserung der Versorgungsqualität durch Ärztenetze. Als wesentlicher Faktor dafür wurde die bessere „Kommunikation und Zusammenarbeit von Mediziner“ genannt (Quelle: ÄrzteZeitung vom 27.11.2014: „Qualitätscheck. Versorgung in Ärztenetzen überzeugt“, tinyurl.com/y3vvlk34, 04/2019).

Die Anwendung von Behandlungspfaden führte aber auch zu nicht intendierten Effekten. So kam es aufseiten der hausärztlich tätigen Niedergelassenen zu einer Mehrbelastung, weil diese als Erstaufnehmende (Eingangsdiagnostik) mehr Informationen erfassen und einpflegen mussten. Gleichzeitig stieg der Patientendurchlauf bei den Fachärztinnen und Fachärzten, sodass man sich entschied, die Behandlungspfade zu „bepreisen“ (Anhang D3M01: 12). Im Zuge dessen wurde festgestellt, dass nicht eine finanzielle Entschädigung, sondern eine zeitliche Entlastung der hausärztlich tätigen Niedergelassenen notwendig war (ebd.). An dieser Stelle kamen wiederum die Dienstleistungen der Servicegesellschaft ins Spiel (Delegation ärztlicher Aufgaben), um einzelne Fachgruppen in NW1 gezielt zu entlasten (vgl. 16.2.7).

Das Beispiel der Behandlungspfade zeigt, dass deren Etablierung sowohl die individuelle Leistungserbringung als auch die interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit veränderte. *Around shared practical understandings* (vgl. 4.3) entwickelten die Akteure in NW1 anschlussfähige Netzwerkstrukturen. Dabei kam es auch zu Neuverteilungen von Aufgaben (vgl. Diagnostik Druckschmerz). Die Vernetzungstätigkeit über die Behandlungspfade war zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. So gaben in der schriftlichen Befragung 15 der 40 Niedergelassenen an, aktiv an der Entwicklung von Behandlungspfaden beteiligt zu sein und 21 bestätigten deren Anwendung im Versorgungsalltag (Anhang D5 NW1B).

16.2.6 Patientenakte als *Sociotechnical Network*

Auf einer speziell entwickelten IT-Plattform mit Schnittstellen zu den unterschiedlichen Praxisverwaltungssystemen der Niedergelassenen hatte NW1 eine zentrale Patientenakte angelegt. Mit der Akte standen den Niedergelassenen Echtzeitinformationen über (Ko-)Behandlungen der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten zu Verfügung. Zudem waren Dienstleistungen wie eine automatisierte Erstellung von sektoralen und intersektoralen Befundübermittlungen und Überweisungsbriefen möglich. Über Dokumentationsfunktionen konnten Behandlungsverläufe interdisziplinär nachvollzogen und somit bedarfsgerecht gesteuert werden. Durch die automatisierte Ermittlung von Kostenstellen, aufgefächert nach den indikationsbezogenen Selektivverträgen (inkl. Budgets) im Vollversorgungsvertrag wurden Informationen zu den im Behandlungsfall anfallenden Kosten gesammelt (Anhang D3.16).

„Die Mitglieder des Netzwerkes sind über eine spezielle Software miteinander verbunden und tauschen Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild aus. Somit hat der Facharzt auch sofort Zugriff auf die bereits vorliegenden Untersuchungsergebnisse und kann schneller behandeln. Muss der Patient in das im Netzwerk integrierte Krankenhaus, können auch die dort tätigen Mediziner auf diese Patientendaten zugreifen“ (Anhang D3.24).

In NW1 entwickelte sich die zentrale Patientenakte zu einem *sociotechnical network* (Winthereik et al. 2007), das nicht nur die Verfügbarkeit von versorgungsrelevanten Informationen erhöhte, sondern unter den Nutzerinnen und Nutzern eine *logic of confidence and good faith* (vgl. 7.1) etablierte. Denn die Nutzerinnen und Nutzern der Akte waren auf eine gewissenhafte Einpflege von Informationen seitens der Kolleginnen und Kollegen angewiesen, da das System in einer Versorgungssituation nur eine Auswahl behandlungsrelevanter patienten- und indikationsbezogener Informationen zur Verfügung stellte. Zum Beispiel:

„Bei Diabetes-Patienten wird im Feld ‚Anamnese‘ nach dem Blutzuckerspiegel gefragt. Dort gibt es dann die Auswahl zwischen den Möglichkeiten ‚stabil‘, ‚stabil mit zeitweisen Schwankungen‘ oder ‚schwankend‘. Dann können die Behandlungsschritte entlang der Pfade eingegeben werden. Mit dieser Dateneingabe werden zugleich die Parameter für die Abrechnung erfasst“ (Anhang D3.23).

Hier ist der untersuchungsrelevante Punkt, dass durch die von einem Akteur vorgenommene Befundung, wie zum Beispiel ein als stabil klassifizierter Blutzuckerspiegel, die nachfolgenden Behandlungsschritte beeinflusst werden konnten. „Accountability and autonomy are coproduced“ schreiben Winthereik et al. (2007: 6), wenn Ärztinnen und Ärzte mit soziotechnischen Systemen wie Patientenakten ernsthaft arbeiten. Ein anderes Beispiel ist die Terminvergabe nach Aktenlage (Anhang D3.4). Zum einen mussten die fachärztlich tätigen Niedergelassenen darauf vertrauen, dass die eingepflegten Informationen eine Priorisierung einer Behandlung rechtfertige. Zum anderen mussten sie bereit sein, ein Stück Planungsautonomie abzugeben, weil die aufnehmenden Ärztinnen und Ärzte „[...] ganz zielgerichtet, ganz kurzfristig die Termine bei dem Facharzt holen“ (Anhang D3L01: 33).

Die Beispiele zeigen, dass die Veränderungen in der Regulation der Zusammenarbeit auf der Ebene von Mikrofundierungen (*scripts*) von Praktiken stattfinden (vgl. 4.2). Funktioniert die Patientenakte technisch und wird sie genutzt, können sich *standard plots of types of encounters* (ebd.) ausbilden, die eine interdisziplinäre Leistungserbringung fördern. Kommen dabei auch intersektorale Behandlungspfade zum Einsatz, kann auch die Sektorengrenze

leichter überwunden werden, was wiederum die intersektorale Regulation der Zusammenarbeit verbessert. Aus einer Netzwerkperspektive können Veränderung von *scripts* nicht nur die Entstehung von *seamless care* unterstützen (vgl. Swensen et al. 2013), sondern auch die von Denis et al. (1999: 123) beschriebenen „networks of services“ fördern, in denen die Entstehung von „activities across all forms of structural boundaries, both horizontal and vertical“ (ebd.) möglich werden. In ihrer Anwendung kann die Patientenakte in NW1 somit als technologischer Treiber einer interorganisationalen Integration ausgemacht werden, in vertikaler (interdisziplinäre Zusammenarbeit) und/oder systemischer (intersektorale Zusammenarbeit) Richtung (vgl. Tabelle 6, S. 67). Hinsichtlich des Pfadverlaufs kann resümiert werden, dass durch die Anwendung des soziotechnischen Systems der zentralen Patientenakte, Veränderungen in den Reziprozitätsnormen der Niedergelassenen angestoßen wurden, welche die für Phase III typischen mono-disziplinären und sektoral orientierten Handlungsausrichtungen adressieren¹⁸⁵.

16.2.7 Boundary Spanning Management

Nachfolgend werden das Netzwerkmanagement und die Leistungen der Servicegesellschaft gemeinsam betrachtet, denn deren Dienstleistungen zogen ähnliche Entwicklungen in der Zusammenarbeit der Leistungserbringer von NW1 nach sich.

Die bloße Existenz eines professionellen Managements in einem Ärztenetzwerk, wie auch das Netzwerk selbst, waren für die Krankenversorgung in den beiden Landkreisen ein Novum. Aus der Sicht der Niedergelassenen fungierte die Management- und Servicegesellschaft als Akteur, über den eine sukzessive Reorganisation ihrer Zusammenarbeit in ausgewählten Leistungsbereichen möglich wurde. Zu den dazu relevanten Dienstleistungen zählten das Case- und Care-Management (vgl. 12.1.4), die Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen von AGnES^{zwei} (vgl. 10.5.2) sowie die Unterstützung von Niedergelassenen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und für die Versorgung mittelbar relevanter Dienstleistungen des Managements (z.B. koordinative Aufgaben). In NW1 fungierten diese Dienstleistungen wie Plattformen, auf denen ein interdisziplinärer und interprofessioneller Austausch möglich wurde. Das wird zunächst anhand der Netzwerkanalyse gezeigt, die als Vollerhebung von ungerichteten Interaktionen (*mutual ties*)

¹⁸⁵ Der (potenzielle) Nutzen der elektronischen Patientenakten (ePA) für die Integration von Versorgungsangeboten ist schon länger bekannt. Jedoch wird eine aufwandsarme Anwendung meist nicht erreicht und Schnittstellenproblematiken sind aufgrund der Fülle der vorhandenen Systeme nicht selten (Quelle: aerzteblatt.de (2017): „Elektronische Patientenakte: Viele Modelle – noch keine Strategie“, tinyurl.com/yydn4f2v, 06/2019).

durchgeführt wurde¹⁸⁶. Dabei ergab die Frage nach den regelmäßigen Kontakten im Berufsalltag folgenden Graphen, der ein Interaktionsnetzwerk (vgl. 3.1) darstellt.

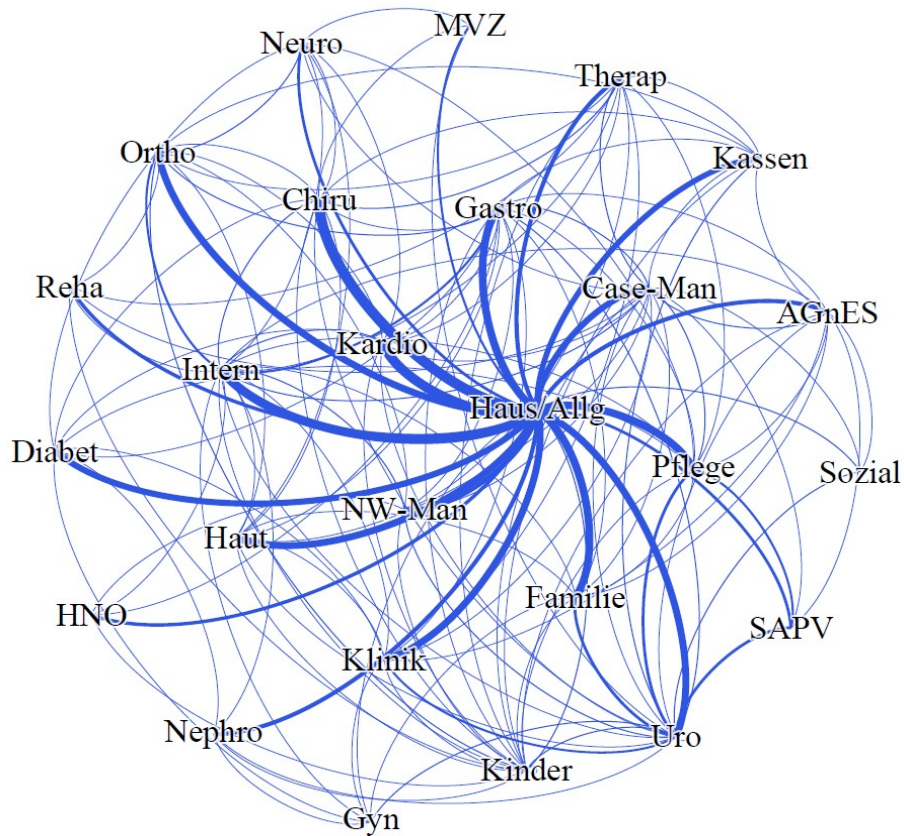


Abb. 16: Interaktionsnetzwerk in Netzwerk 1 (Darstellung mit Gephi)¹⁸⁷

Deutlich tritt eine sternenförmige Netzwerkstruktur hervor (*star network*). Aufgrund der Häufigkeitsverteilung unter den Akteuren steht die hausärztliche beziehungsweise allgemeinmedizinische Versorgung im Zentrum (Haus/Allg), da sie als größte Gruppe vergleichsweise oft gewählt wurde¹⁸⁸. Bemerkenswert sind die Positionen des Netzwerkmanagements (NW-Man) und des Case-Managements (Case-Man), die vergleichsweise oft kontaktiert wurden. Hingegen nehmen AGnES^{zwei} und SAPV noch randständige Positionen ein, was sich sehr wahrscheinlich daraus erklärt, dass AGnES^{zwei} und

¹⁸⁶ Von 56 versendeten Fragebögen (vgl. Anhang A2) konnten 40 für die Auswertung der offenen Fragen verwendet werden. Für die Netzwerkanalyse wurden aufgrund fehlender Angaben 38 Fragebögen verwendet. Die Rücklaufquote lag bei circa 65 Prozent.

¹⁸⁷ Einstellungen in Gephi: Layout *Fruchterman Reingold*, Anziehungskraft 10 („The Fruchterman-Reingold Algorithm is a force-directed layout algorithm. The idea of a force directed layout algorithm is to consider a force between any two nodes“, <https://github.com/gephi/gephi/wiki/Fruchterman-Reingold>, 04/2019).

¹⁸⁸ Die Verteilung der Akteure in den 38 verwendeten Fragebögen der Netzwerkanalyse ist wie folgt: hausärztliche Versorgung 19, Urologie 4, Pflegedienste 3, Innere Medizin 2, alle anderen Akteure jeweils 1 (Anhang D5, NW1 *Edge List*).

SAPV drei Jahre nach dem Case-Management und den koordinativen Dienstleistungen des Netzwerkmanagements eingeführt wurden (vgl. Tabelle 15, S. 194). Entsprechende Unterschiede zeigen sich auch in den Zentralitätsmaßen.

	<i>closeness centrality</i>	<i>betweenness centrality</i>
hausärztliche Versorgung	1,00	52,47
Case-Management	0,78	15,68
AGnES ^{zwei}	0,66	4,09
Management	0,61	1,24
SAPV	0,55	0

Tabelle 16: Zentralität ausgewählter Akteure in Netzwerk 1 (Berechnung mit Gephi)

Bezüglich der relativen Distanz und der kürzesten Wege in NW1 treten deutliche Unterschiede zwischen den Akteuren hervor. Während die hausärztliche Versorgung erwartungsgemäß hohe Werte hat, schließen das Case-Management und AGnES^{zwei} noch relativ gut an. Hier ist jedoch anzumerken, dass die ermittelten Zentralitätsmaße aufgrund des sehr geringen Netzwerkdurchmessers (*eccentricity*=2) eine nur begrenzte Aussagekraft haben. Dazu passt auch der relativ hohe Dichtewert von 0,48.

Es kann festgestellt werden, dass die Dienstleistungen des Netzwerkmanagements und der Servicegesellschaft eine integrative Wirkung in NW1 entfalten können. Das heißt, die Akteure sorgten für eine bedarfsgerechte Verkettung der vorhandenen Leistungserbringer.

“These interventions work, in my view, by creating new, more responsive systems of care for chronically ill patients rather than just adding a new provider” (Wagner 1998: 654).

In NW1 stand dabei das Management von (inter-)sektoralen Übergängen auf Basis des im Vertrag erweiterten Begriffs der Vollversorgung im Mittelpunkt, bei dem sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Versorgungsleistungen wie die Pflege Berücksichtigung fanden.

„[J]etzt greifen wir wirklich viel aktiver in die Betreuungs-, Managementschiene ein. Und da liegen eben unheimlich viele Reserven, wo durch Schnittstellenprobleme [...] nicht nur zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt, sondern auch eben zwischen den Pflegenden, zwischen den Pflegenden in der Familie, den Pflegenden im Betreuungspersonalbereich, Ärzten, da geht viel verloren [...]“ (Anhang D3L01: 23).

Im Hinblick auf die hier untersuchte Regulation der Zusammenarbeit schufen das Management und die Servicegesellschaft über die Praktik des *connecting* (vgl. 4.3.3) neue

Interaktionsmöglichkeiten im Versorgungsalltag der Leistungserbringer. Dabei nutzen die Akteure im Bereich Management auch die Praktik des *weaving* (vgl. ebd.). Unterstützt durch die Behandlungspfade und die Patientenakte (vgl. 16.2.5f) entstanden neue Verbindungen (vor allem indikationsbezogen im Rahmen der Selektivverträge). Vor diesem Hintergrund können das Netzwerk- und das Case-Management in NW1 als *boundary spanning leaders* bezeichnet werden, die das *connecting* der Akteure förderten und sukzessive die Regulation der Zusammenarbeit in Richtung einer stärkeren interdisziplinären und interprofessionellen Regulation vorantrieben (vgl. *transforming*, 4.3.3). Dabei wurden bei den ärztlichen Leistungserbringern auch Lernprozesse angestoßen, die die für Phase III typische solitäre Praxis als Grundmodell der Leistungserbringung (vgl. Tabelle 13, S. 181) in Frage stellten.

„[D]ie Zusammenarbeit mit dem ganzen Case-Management. [...] Das ist ein richtiger Quantensprung. Weil einfach diese ganze Berufsgruppe, die war vorher einfach nicht da. Die gab es schlichtweg nicht. [...] es mag ja sein, dass sich mancher auch direkt aktiv noch widersetzte als Ärzte, aus Angst, man könnte ihnen da vielleicht Kompetenz wegnehmen. Aber wer einmal damit zu tun hatte, der lässt davon nicht wieder los, weil das einfach so viel Spannung rausnimmt aus dem alltäglichen Praxisbetrieb [...]“ (Anhang D3L01: 35).

Ausgehend von diesen positiven Erfahrungen, „[das] Case-Management ist ja nur der erste Schritt gewesen [...]“ (Anhang D3L01: 35) wurden unter anderem Aktivitäten in der Demenzversorgung eingeleitet (siehe unten). Hier kann zunächst festgestellt werden, dass das Auftreten dieser neuen nichtärztlichen „Berufsgruppen“ grenzgängige Praktiken vom Typus der *peripheries* (vgl. 4.3.2) ermöglichten, die das in Abbildung 16 (S. 206) dargestellte Interaktionsnetzwerk sukzessive vergrößerten. Durch *peripheries* erhielten die Niedergelassenen neue Freiheitsgrade zur individuellen Anpassung ihres Möglichkeitsraums (vgl. 6.1) in der Krankenversorgung:

„[...] dass man sich auch als Arzt [...] mehr und mehr die Frage stellt, was ist jetzt eigentlich wirklich meine ärztliche Kompetenz und was ist eine Kompetenz, die ich zwar bisher wahrgenommen habe, weil es halt so war, die aber nicht zwingend ärztlich ist. Diese Frage sich überhaupt zu stellen, ist ja auch schon mal ein Kulturwechsel. Und diesen Kulturwechsel vollziehen mehr und mehr Kollegen. Das erleben wir so [...]“ (Anhang D3L01: 43).

Dabei war es wohl entscheidend, dass der von L01 (ebd.) angesprochene „Kulturwechsel“ in NW1 so vollzogen wurde, dass die ärztliche *core competence*, verstanden als primär zuständiger Ansprechpartner in medizinischen Fragen (vgl. 10.5.3), nicht in Frage gestellt

wurde. Das kann am Beispiel der Demenzversorgung gezeigt werden, die sich in der Region von NW1 aufgrund des demographischen und epidemiologischen Wandels als zunehmend anspruchsvollere Versorgungsaufgabe zeigte.

Dazu eine Mitarbeiterin der Servicegesellschaft: „[Daher] liegt es auch daran, dass die Menschen älter werden und der Pflegebedarf hier bei uns in der Gegend zunimmt und dann merken [Ärztinnen und Ärzte], sie schaffen es nicht mehr. [...] die Demenzsache zum Beispiel, das geben sie wirklich gerne. [...] Das läuft gut“ (Anhang D3L04: 97).

Ausgehend von der ärztlichen Versorgung wurden zunächst die Servicegesellschaft und über diese eine Freiwilligengruppe, auch Helfer und Angehörige in die Demenzversorgung einbezogen (vgl. 12.1.4). Damit hatte NW1 den Kreis der Leistungserbringenden stark erweitert und stieß dabei auch in den Bereich von Public Health vor, denn die Erhaltung der Selbstständigkeit im gewohnten häuslichen Umfeld gehören nicht zum kurativ ausgerichteten Kerngeschäft der Niedergelassenen. Ausgehend von diesen Erfahrungen und des dabei festgestellten Bedarfs, wurden eine Tagespflege und eine Demenz-WG als Dienstleistungen der Servicegesellschaft eingerichtet. Es kann festgehalten werden, dass über *peripheries* die Leistungserbringenden handelnd vernetzt und ein entsprechender Strukturaufbau vorangetrieben wurde. Im Hinblick auf den hier untersuchten Pfadverlauf konterkariert das Demenzangebot in NW1 nicht nur die für Phase III typische Alleinzuständigkeit der ärztlichen Profession in allen gesundheitsbezogenen Belangen (vgl. Tabelle 13, S. 181), sondern auch die kurative und arztzentrierte Ausrichtung der Krankenversorgung, zum einen durch Aufnahme gesundheitsförderlicher Angebote im Leistungsspektrum des Ärztenetzwerks, zum anderen über die Trägerschaft neu geschaffener Versorgungsangebote in definierten Leistungsbereichen.

16.2.8 Medizinisches Versorgungszentrum als neuer Akteur

NW1 war das erste Ärztenetzwerk Deutschlands, in dessen Trägerschaft sich ein MVZ befand (Anhang D3.8; D3.29). In der Region von NW1 wurden MVZ bislang von Kliniken getragen (Anhang D3.27). Um wirtschaftliche Fremdinteressen zu minimieren, gehörten der Trägergesellschaft ausschließlich Niedergelassene aus NW1 an (Anhang D3.28). Gestartet wurde das MVZ mit einer angestellten Hausärztin und einem angestellten Gynäkologen, weitere Ärztinnen und Ärzte waren zur Anstellung vorgesehen, wobei das „[...] Hauptaugenmerk auf einer optimalen Organisation der ambulanten Versorgung [...] mit den gegebenen ärztlichen Ressourcen [lag]“ (Anhang D3.4).

"Unser [NW1]-MVZ wird tatsächlich in das Umfeld der niedergelassenen Ärzte eingebettet sein, [sagte L01 in einem Zeitungsgespräch]. Es soll keine Parallelstruktur schaffen, sondern die Versorgung in der Region sinnvoll ergänzen" (Anhang D3.28).

Hinsichtlich des hier untersuchten Pfadverlaufs wurden durch die MVZ-Trägerschaft Lernprozesse bei der dort angestellten Ärzteschaft und den weiterhin selbstständigen Niedergelassenen in NW1 angestoßen.

"Die Ärzte können sich [im MVZ] auf ihre eigentliche fachliche Arbeit konzentrieren. Ihnen werden viele bürokratische und organisatorische Aufgaben abgenommen. Zudem tragen sie nicht mehr das wirtschaftliche und unternehmerische Risiko wie bei einer selbstständigen Praxisführung" sagte der Manager des MVZ (Anhang D3.27).

Die angestellte Ärzteschaft musste sich fortan als Teil einer Unternehmung begreifen, in der im Zweifelsfall die Geschäftsführung haftet und dieser daher Einblicke in die Arbeitsabläufe und das Personalmanagement (medizinische Fachangestellte) der Praxen zu gewähren war. Zudem musste die Ärzteschaft lernen, dass ein MVZ gegenüber den Kostenträgern und den Aufsichtsorganen (KVen, zuständiges Gesundheitsamt, TÜV) strengeren Auflagen unterliegt, als das für Einzelpraxen der Fall ist (Anhang D3M05: 81-91). Laut Aussage des zuständigen Managers kam es hier zu Spannungen, nicht zuletzt, weil angestellte Ärztinnen und Ärzte generell in „ihren Leistungsvolumina abfallen“ (ebd.: 22), aber ein vergleichbar attraktives Einkommen erwirtschaftet werden muss, auch um Nachbesetzungen beziehungsweise den weiteren Ausbau des MVZ verwirklichen zu können¹⁸⁹.

Auch bei den übrigen Niedergelassenen in NW1 führte die Trägerschaft des MVZ zu Lernprozessen, denn die lokal gewachsenen Überweisungs- und Konsultationsbeziehungen unter den Niedergelassenen (vgl. *referral system*, 2.5.2.4) wurden nun durch einen Akteur ergänzt, der eine andere Rolle einnahm.

„Als MVZ kaufen Sie Praxen auf. Haben wir ja auch gemacht. [...] Nicht die Zulassung, das ist nicht handelbares Wirtschaftsgut, aber die Praxen an sich haben wir gekauft“ (Anhang D3M05: 144).

¹⁸⁹ Spannungen zwischen Management und Ärzteschaft sind auch aus anderen MVZ bekannt. Dazu eine ehemalige MVZ-Managerin: „In einem MVZ funktionieren die etablierten Motivationsstrukturen nicht mehr. Man muss sie sich in einem spezifischen Arbeitsumfeld neu kreieren. Es galt also, eine ökonomische Situation zu schaffen, die für die besondere ärztliche Motivation Raum ließ. Meine Tätigkeit war zum Schluss vor allem eine Dolmetscherfunktion zwischen dem ökonomischen und ärztlichen Anspruch. Ein MVZ ist eben keine kleine Klinik und auch kein Zusammenschluss von fünf Praxen“ (Ärztinnenachrichtendienst (29.06.2012): „Ehemalige MVZ-Managerin: Effizienz angestellter Ärzte sinkt um 25 Prozent“, tinyurl.com/y439lylm, 04/2019).

Damit nahm das MVZ einen unmittelbaren, wenn auch mit zwei Praxen überschaubaren Einfluss auf das lokale Gefüge in der ärztlichen Leistungserbringung, indem es marktliche Logiken etablierte.

„Ich schaffe nur Wettbewerb. Ich sage dann immer zu denen [niedergelassene Ärzteschaft]: Sie brauchen gar keine Angst zu haben, wenn Sie gut sind, laufen Ihnen die Patienten nicht weg“ (Anhang D3M05: 113).

Erwartungsgemäß stießen diese Aktivitäten bei den Niedergelassenen nicht immer auf Gegenliebe, denn mit dem MVZ wurden Ansätze einer *business-like healthcare* (vgl. 7.2.3) und einer Ausweitung nicht-ärztlicher Managementkompetenzen in NW1 etabliert. Zwar nahm das MVZ im oben dargestellten Interaktionsnetzwerk eine randständige Position ein (vgl. Abb. 16, S. 206), es repräsentierte jedoch einen neuen Akteurs-Typus in NW1.

16.2.9 Regulative Effizienz

Zu den wichtigsten Erfolgsträgern (vgl. 3.6) einer verbesserten regulativen Effizienz (vgl. 2.4) in NW1 können die in der zentralen Patientenakte abgelegten Behandlungspfade gezählt werden. Diese ermöglichten zielgerichtete Überweisungen zwischen den hausärztlich und fachärztlich tätigen Niedergelassenen. Anstelle des Vermerks „zur Wiedervorstellung“ ohne nähere Angaben, was nach Aussagen eines interviewten Arztes (Anhang D3L01) gängige Praxis in der ambulanten Krankenversorgung sei, musste nun jede Überweisung fachlich begründet werden, was Doppeluntersuchungen oder fehlerhafte Überweisungen unwahrscheinlicher machte. Zudem wurden alle Überweisungen der in den Vollversorgungsvertrag eingeschriebenen Patientinnen und Patienten interdisziplinär nachvollziehbar, was für eine gewisse Transparenz zwischen den Leistungserbringern sorgte.

Diese Maßnahmen führen nach Ansicht von L01 „zu einer besseren Medizin, zu einer kompetenteren Medizin. [...] Diejenigen, die das wollen, die nehmen das gerne an, weil sie den Nutzen erkennen und weil sie auch gerne bereit sind, [...] Patienten, die nicht dringend den Facharzt brauchen, auch weiter selber zu behandeln. Und damit verbessert sich dann das ganze System (Anhang D3L01: 69).

Diese Einschätzung spiegelt sich auch in den Ergebnissen der schriftlichen Befragung wider (Anhang D5 NW1B). Als Vorteile der Zusammenarbeit wurden die höhere Durchlaufgeschwindigkeit von Patientinnen und Patienten (fachärztliche Versorgung), die

verbesserte Befundübermittlung und fachärztliche Mitbetreuung sowie eine unkomplizierter gewordene Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft genannt. Dazu passend wurde die eingeschränkte Funktionalität, respektive der Wunsch nach einem weiteren Ausbau der elektronischen Patientenakte, geäußert.

Diese von den Akteuren in NW1 angestoßenen Entwicklungen laufen der für Phase III typischen mono-disziplinären und sektoral ausgerichteten Definition von Versorgungsqualität entgegen. Hinsichtlich der Regulation der Zusammenarbeit verändert eine „kompetentere Medizin“ auch die Regulation der Zusammenarbeit, weil zum Beispiel übliche Überweisungsabläufe (fachärztliche Weiterbehandlung, ambulant oder stationär) überdacht und, sofern vertretbar, vermieden werden.

16.2.10 Aufkündigung der Zusammenarbeit

Im Jahre 2014 beschlossen die verantwortlichen Gesellschafter, ihre Zusammenarbeit im Rahmen von NW1 zu beenden. In Bezug auf die Auflösung eines anderen Ärztenetzwerks stellte ein interviewter Krankenkassenmanager fest:

„[...] so ein Netzgedanke, der muss natürlich auch von jedem einzelnen Arzt, der daran beteiligt ist, massiv getragen werden. Und der Aufwand der da dahinter steht, muss auch getragen werden wollen. [...] letztendlich ist es an der Zusammenarbeit [gescheitert] an dem tatsächlichen Tun [...] hat dann in der Umsetzung nicht geklappt“ (Anhang D3K02: 23).

Der für die vorliegende Arbeit interessante Teil dieser Aussage ist der Verweis auf die Umsetzung der Vernetzungsidee. Auch in NW1 dürften Uneinigheiten über die aus dem Vollversorgungsvertrag abzuleitenden Aufgaben geherrscht haben, was nachfolgend als „Netzwerk der zwei Geschwindigkeiten“ bezeichnet wird. Nach Abschluss des Vollversorgungsvertrags im Jahre 2008 wurden in NW1 umfassende Entwicklungsprojekte realisiert (IT-Plattform mit Patientenakte und Behandlungspfaden, Case-Management, AGnES^{zwei}, SAPV, Demenzangebote, Ehrenamtskreis und MVZ, vgl. Tabelle 15, S. 194). Die Durchführung beziehungsweise Trägerschaft von einigen dieser Angebote wurde von einer Fraktion in NW1 kritisiert, da sie nicht zum kurativ ausgerichteten Leistungsspektrum der Niedergelassenen gehöre (Anhang D3.10). Zudem stellte die geplante Kooperation mit einem Klinikum, unter anderem zur Schaffung intersektoraler Behandlungspfade (Anhang D3M05: 97-103), offensichtlich einen Konfliktpunkt dar, der einige Ärztinnen und Ärzte bereits zum Austritt aus NW1 bewegt hatte (Anhang D3.9, wobei die Beweggründe der Austritte in den zur Verfügung stehenden Daten nicht wirklich nachvollzogen werden konnten). In NW1

fürten diese Entwicklungen zu einer Fraktionsbildung unter den Niedergelassenen. Eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten favorisierte eine noch engere Zusammenarbeit und größere Eigenständigkeit als regionaler Vollversorger. Diese Gruppe wurde von einer interviewten Managerin auch als „harter Kern“ (Anhang D3M04: 97) bezeichnet, der die inhaltlichen Aspekte der Netzentwicklung vorantrieb. Die andere Gruppe favorisierte eine regionale Krankenversorgung in den bis dato gewachsenen Zuständigkeiten, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit dem stationären Leistungssektor (Anhang D3.20). Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass die Uneinigkeit über den Umfang der Zusammenarbeit ein wesentlicher Grund für die Auflösung von NW1 war. Dazu ein interviewter Leistungserbringer, zwei Jahre vor der Netzwerkauflösung:

„[...] ich sehe eigentlich nur einen Widerstand und der spielt sich komplett im subkortikalen Unbewussten ab [...]. Und das ist das Verharrungsverhalten. Einfach nur das Verharren in den eingefahrenen Gleisen. Der grundsätzliche Widerstand dagegen [vgl. kognitives *lock-in*]. Und der ist wirklich kaum fassbar, deswegen ist der so schwierig zu überwinden. [...] Denn ich sehe also nicht wirklich inhaltliche Widerstände. Dass jetzt irgendwo, sagen wir mal, jetzt ein Arzt Angst hätte, ein anderer Netzarzt würde ihm Kompetenz wegnehmen, das ist so nicht, dieses Gefühl habe ich bisher nie gehabt“ (Anhang D3L01: 55).

Die Aussagen von L01 können auf das für Phase III typische *acute care mindset* (Suter et al. 2009: 20) bezogen werden. Trotz inhaltlich erkannter Sinnhaftigkeit und bewiesener praktischer Durchführbarkeit der Leistungsintegration in vernetzten Strukturen (vgl. schriftliche Befragung) konnten die mono-disziplinäre (Trennung von Zuständigkeiten), mono-professionelle (Alleinzuständigkeit der ärztlichen Profession) und auch die sektorale Orientierung offensichtlich nicht von allen Niedergelassenen überwunden werden. Mit dem von einem interviewten ärztlichen Leistungserbringer (L01) gewählten Begriff „subkortikal“, also unterhalb der Großhirnrinde befindlich, kann sinnbildlich auf die tiefe Einbettung professioneller Handlungsvollzüge in Form von Skripten verwiesen werden, die *taken for granted* (vgl. 4.2) von den Niedergelassenen zur Regulation ihrer Zusammenarbeit verwendet wurden und daher zu „subkortikalen“ Widerständen gegenüber einer allzu umfassende Reorganisation im Rahmen von NW1 geführt haben dürften.

Doch trotz der Aufkündigung der Zusammenarbeit scheint bei allen Akteuren die Überzeugung gereift zu sein, dass die Arbeit im Rahmen eines Ärztenetzwerks durchaus sinnvoll ist. Dafür spricht, dass sich die Netzwerkidee in beiden Gruppen fest etabliert hat. So hat die progressive Fraktion große Teile der aufgebauten Strukturen in ein neues Netzwerk

mit ähnlicher Struktur überführt. Aber auch die konservative Fraktion wollte aufgebaute Strukturen erhalten und betreibt das oben genannte MZV weiter fort. Ob sich die beiden neuen Netzwerke aufgrund des fortschreitenden demographischen und epidemiologischen Wandels in ihrer Region zukünftig wieder zusammenschließen, bleibt abzuwarten.

16.2.11 Zusammenfassung Netzwerk 1

Das regionale Ärztenetzwerk vollzog mit der Ratifizierung des Vollversorgungsvertrags im Jahr 2008 den Übergang von der Start- und die Entwicklungsphase. Die Konzeption des Vertrags, ein Baukastensystem aus Selektivverträgen, ermöglichte die Entwicklung und Einbettung von Versorgungsangeboten unter Berücksichtigung von *local trajectories* gemäß des regionalen Versorgungsbedarfs. Hinsichtlich der Regulation der Zusammenarbeit schufen die ärztlichen Kompetenzteams mit den von ihnen geschaffenen Behandlungspfaden wichtige Voraussetzungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowohl in vertikaler als auch in systemischer Perspektive (stationärer Sektor). Die Anwendung der Behandlungspfade macht diese zu *boundary objects*, ausgestattet mit den Eigenschaften der Modularität, Standardisierung und Akkommodation. So konnten disziplinäre Zuständigkeiten (vgl. Eingangsdiagnostik) unter den Niedergelassenen verschoben werden (*boundary redefinition*), was für mehr Flexibilität in der Aufgabenverteilung sorgte (Allokation von Dienstleistungen), und die in Phase II entstandenen disziplinär ausgerichteten Reziprozitätsnormen in Frage stellte. Die zentrale Patientenakte unterstützte als *sociotechnical network* eine regelhafte Informationsweitergabe in der Krankenversorgung und verbesserte zusätzlich die Controlling-Möglichkeiten des Netzwerkmanagements. Über die indikationsbezogenen Budgets und Kostenstellen konnten Elemente einer *managerial control* eingeführt werden, die der *dominant logic of medical professionalism* zuwiderliefen. Daran anschließend sind die von der Management- und Servicegesellschaft getragenen Versorgungsangebote hervorzuheben. Denn neben den Behandlungspfaden förderten das Case-Management, AGnES^{zwei} und SAPV die Entwicklung interdisziplinärer und interprofessioneller Suchstrategien (*shared practical understandings*) was neue Interaktionsmöglichkeiten in gesamten Ärztenetzwerk schuf (*connecting*). Dazu trug auch die Regulationspraktik vom Typus der *peripheries* bei, über die die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Akteuren (z.B. Freiwilligenarbeit in der Demenzversorgung) erschlossen werden konnte. Zusammenfassend kann die Entwicklung in NW1 als ein Lernprozess dargestellt werden, in dessen Zuge sich nach und nach ein integratives Arbeitsprinzip unter den Netzwerkakteuren verbreitete, das den in Phase III entstandenen Reziprozitätsnormen in den Varianten der Mono-Disziplinarität, Mono-

Professionalität und zum Teil auch der sektoralen Orientierung (vgl. Tabelle 13, S. 181) eindeutig zuwiderlief:

„[...] dass man also Patienten gezielt mit einer bestimmten Fragestellung jetzt auch kurzfristig zu jemanden schickt, das gab es in einem ganz kleinen handverlesenen Kreis schon vorher. Meistens sehr eng lokal begrenzt, also im Raum, in einer Stadt zum Beispiel. [...] Der spürbarste Effekt ist, dass sich das im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen wesentlich mehr Ärzten, [...] dass sich das jetzt ausgeweitet hat, dieses Prinzip. Also jetzt ist es tatsächlich so, dass jeder in der Netzkonstellation die Möglichkeit hat [...]“ (Anhang D3L01: 29).

Die Ausweitung des integrativen Arbeitsprinzips kann als erfolgreiche Netzwerkentwicklung bewertet werden. Gemäß der von Denis et al. (1999) entwickelten Dimensionen der (inter-)organisationalen Integration, wurden in NW1 kritische Schnittstellen in vertikaler und systemischer Sicht erkannt und adressiert. Als ideologischer Treiber der Integration kann die avisierte regionale Vollversorgung genannt werden (neue Aufgaben und Rollen im Rahmen einer interorganisationalen Integration). Daneben wurden über technologische Treiber wie die IT-Plattform (mit zentraler Patientenakte und Behandlungspfaden) Interaktionsplattformen (*sociotechnical network*) zur (inter-)sektoralen Leistungsintegration geschaffen (vgl. Tabelle 6, S. 67).

Neben diesen durchweg positiven Aspekten stechen aber auch einige negative hervor. Allen voran die Frage, warum es NW1 nicht gelang, ein ausreichend hohes Maß an Transformationskapazitäten (vgl. 3.4) zur Etablierung einer dauerhaften Zusammenarbeit zu etablieren. Unter Verwendung der von Provan und Kenis (2008) entwickelten Prädiktoren der Netzwerkperformanz (vgl. Tabelle 3, S. 45) zeigt sich, dass es dem Netzwerkmanagement als *network administrative organization* (NAO), zusammen mit der als progressiv beschriebenen Fraktion von Ärztinnen und Ärzten, offensichtlich nicht gelang, ein ausreichend hohes Maß an Vertrauen in die avisierten Ziele zu etablieren. Im „Netzwerk der zwei Geschwindigkeiten“ (vgl. 16.2.10) schien die Fraktion der *resisters* (vgl. 4.3.3) in Bezug auf eine zu weitreichende Vernetzung nicht ausreichend berücksichtigt. Bedenkt man dabei, dass die Niedergelassenen nur teilinkludierte Mitglieder in NW1 waren und zudem kein finanzielles Risiko trugen (vgl. 16.2.3), hätten „innere Kündigungen“ einzelner Mitglieder aufseiten des Netzwerkmanagements durchaus antizipiert werden können.

In positiver Hinsicht seien noch zwei Aspekte angefügt: Zum einen ist es ganz offensichtlich, dass es NW1 gelang, integrierte Versorgungsstrukturen von Bestand aufzubauen. Zum anderen hat sich trotz der geschilderten Differenzen die Netzwerkidee bei den regionalen

Leistungserbringern durchgesetzt und lebt nun in zwei getrennten Ärztenetzwerken fort. Ob, vor dem Hintergrund des hier untersuchten Pfadverlaufs, NW1 einen Pfadbruch vollzogen hat, wird in Kapitel 17 dargestellt.

Die wichtigsten Praktiken (mit handlungsleitenden Skripten), die die Regulation der Zusammenarbeit unter den regionalen Leistungserbringern in Netzwerk 1 im Sinne einer Versorgungsintegration (vgl. 1.2) veränderten, sind in nachfolgender Tabelle aufgezählt.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit in Kompetenzteams (vertikale und systemische Handlungsorientierung zur Reorganisation der Zusammenarbeit)• Anwendung von Behandlungspfaden (regelgeleitete Krankenversorgung bei interdisziplinärer und intersektoraler Handlungsorientierung)• Nutzung der Patientenakte als <i>sociotechnical network</i> (u.a. interdisziplinäre und/oder intersektorale Orientierung an aktuellen Versorgungsbedarfen)• Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen (v.a. durch Servicegesellschaft) im Interaktionsnetzwerk (Handlungsorientierung an <i>seamless care</i>)• Verwendung intersektoraler Budgets (Handlungsorientierung an <i>business-like healthcare</i> und Ermöglichung von <i>managerial control</i>)• Umsetzung von <i>boundary spanning management</i> (Handlungsorientierung an <i>connecting</i> und <i>transforming</i> zum Ausbau des Interaktionsnetzwerks) |
|---|

Tabelle 17: Regulationspraktiken in Netzwerk 1

16.3 *Action Realm*: Netzwerk 2

Die fachärztlich ausgerichtete NW2-Gruppe ging im Jahre 2002 als GmbH & Co. KG aus einer überregionalen Qualitätsinitiative von Augenärztinnen und Ärzten hervor (Anhang D4.1) und hat sich mit einem derzeitigen Marktanteil von circa 15 Prozent an der augenärztlichen Versorgung in Deutschland zu einem gewichtigen Player entwickelt (vgl. 12.2).

Die Startphase (vgl. 3.4) von NW2 war laut Aufsichtsratsvorsitzendem ein „schleichender Prozess, der sich aus verschiedenen Gründen ergeben hat. Entscheidend war hierbei unter anderem die Erkenntnis, wie wichtig die Kooperation an der Sektorengrenze [...] für eine gute Patientenversorgung ist. Ein weiterer Aspekt: Patienten in der Augenchirurgie sind vergleichsweise alt, viele sind nicht mobil und daher auf eine wohnortnahe Versorgung angewiesen“ (Anhang D4.3).

Daneben dürften aber auch ökonomische Gründungsmotive existiert haben, wie die fortlaufende Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems zur Ablaufoptimierung und Kosteneinsparung belegt (vgl. 16.3.2). Im Jahr 2004 trat NW2 in die Entwicklungsphase ein, die sich am augenscheinlichsten am Zuwachs von Zentren zeigt (vgl. Tabelle 18, S. 218).

Mit zunehmender Netzwerkgröße wurde im Jahr 2007 eine Einteilung in Regionen notwendig, die fortan als regionale Planungsbereiche dienten (vgl. 12.2.4). Hinsichtlich der hier untersuchten Zusammenarbeit wurden die zentralen Eckpunkte der Netzwerkentwicklung im Jahresbericht 2012 wie folgt beschrieben:

„[...] die Qualität der ärztlichen Leistung der einzelnen Zentren zu sichern und die Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Augenärzten und Einrichtungen zu stärken. Es galt, die medizinische Versorgung an den Schnittstellen voneinander unabhängiger Einrichtungen zu vernetzen. Die Kooperationsherausforderungen entsprachen und entsprechen denen klassischer Ärztenetze. [...] Die heute 19 Zentren sind faktisch flächendeckende Vollversorger des ambulanten Sektors und bieten die Bandbreite der Augenheilkunde und -chirurgie an“ (Anhang D4.22: 9).

Im Jahr 2012 trat NW2 in eine noch anhaltende Konsolidierungsphase ein. Die Anzahl der Zentren blieb stabil, der Marktanteil an der augenärztlichen Versorgung in Deutschland pendelte sich bei etwa 15 Prozent ein (ambulante und (teil-)stationäre Versorgung) (vgl. 12.2; Anhang D4.9; D4.10). In der Konsolidierungsphase richteten sich die Entwicklungsziele zunächst nach innen. Dazu zählten der Ausbau eines einheitlichen Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitsmanagements, eine zentrale Datenbank zur Erfassung der Ergebnisqualität, eigene (klinische) Studien zur Entwicklung von netzwerkinternen Benchmarks und eine kontinuierliche Berichterstattung (Anhang D4.18: 10f; vgl. Tabelle 18, S. 218). Parallel dazu entwickelte NW2 integrative Versorgungskonzepte, mit denen es in die gesundheitswissenschaftliche und politische (Fach-)Öffentlichkeit trat. Damit verfolgte es das Ziel, auch verbandliche Aufgaben für die Mitglieder wahrnehmen zu können (vgl. 16.3.7). In Tabelle 18 wurden die für diese Untersuchung wichtigen Entwicklungsschritte von NW2 zusammengetragen.

Start	2000	- (lokale) Sondierungen vernetzungswilliger Augenärztinnen und -ärzte - Konzepte zur Entwicklung einer Struktur der flächigen Integration vorhandener Großpraxen	Zentren	
	2002	- Gründung der GmbH & Co. KG (Gesamtnetz)		
Entwicklung	2003	- Einführung ausführlicher Jahresberichte - Definition Ergebnisqualität (Forschung mit eigenen Routinedaten) - Start des Qualitätsmanagementsystems (QMS)	6	
	2004	- Roll-Out des QMS - Beginn Qualitätsdatenerhebung (operierende Zentren mit Vor- und Nachbehandlung in kooperierenden NW2-Praxen) - Definition von „Versorgungsketten“ (Aufnahme bis Nachuntersuchung)		
	2005	- Beginn der Zertifizierung operierender Einheiten (Zentren), DIN EN ISO 9001:2000 (Einzelzertifizierungen) - Entwicklung von Fortbildungen für Ärzteschaft und medizinische Fachangestellte (Zentren/NW2-Praxen)	7	
	2006	- Ausbau von Qualitätszirkeln (Ärzeschaft) - Stärkung der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe (u.a. <i>Pro Retina</i>) - QM-Datenbank: Monitoring der Ergebnisqualität (Kataraktchirurgie)		
	2007	- Definition von NW2-Regionen als Planungsbereiche - Stärkung externer Kooperationen (verschiedene Stiftungen)	9	
	2008	- Fortsetzung der Zertifizierung operierender Einheiten (Zentren), DIN EN ISO 9001:2000 (Gruppenzertifizierung) - Einführung des Management-Reviews (Management-Handreichungen für Zentren/NW2-Praxen)		
	2009	- Ausbau der Kommunikations- und Kooperationsplattformen für Fortbildung (Zentren/NW2-Praxen)	16	
	2010	- Einführung Einzelzertifizierung für NW2-Praxen (inkl. Qualitätsmanagementhandbuch) - Zentrumsübergreifende Vernetzung der Verwaltungsleitungen		
	Konsolidierung	2011	- Präzisierung Qualitätsentwicklung und -sicherung mit Strukturaufbau	18
		2012	- Entwicklung des Modells „Ambulante Versorgungsunternehmen“ (AVU)	
2013		- Ausbau der Weiterbildung für Nachwuchsärztinnen und -ärzte - Stärkung des Profils der Zentren als AVUs		
2014		- Modellentwicklung der „Intersektoralen Zentren“	19	
2016		- Weiterentwicklung der „Intersektoralen Zentren“ zum „Intersektoralen Facharztzentrum“ (IFZ)		
2018		- IFZ dient der grundlegenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisoptimierung auf Zentrumsebene		

Tabelle 18: Chronologie Netzwerk 2 (Quellen: Anhang D4.1-D4.22)

16.3.1 Gemischte Netzwerksteuerung

Auf Ebene der NW2-Gruppe (Gesamtnetz, vgl. 12.2.4) sind der Aufsichtsrat (monatliche Konferenzen) und die Gesellschafterversammlung (zweimal jährlich) als oberste Führungsorgane für die Verabschiedung zentrumsübergreifender Leitlinien im Qualitätsmanagementsystem (QMS), für die Richtlinien zur einheitlichen Dokumentation sowie für die Abstimmung und Bewilligung größerer NW2-internen Forschungsvorhaben

zuständig. Mit Unterstützung der Geschäftsstelle findet die Umsetzung dieser Maßnahmen in den unabhängigen Zentren statt.

Denn obwohl „gesellschaftsrechtliche Verflechtungen bestehen, ist natürlich jedes Zentrum in seiner Entscheidungsbefugnis frei. Also wir sind [...] kein Filialsystem und auch kein Franchisesystem, [...] selbst eine Entscheidung, die von der Gesellschafterversammlung verabschiedet wird, bedeutet nicht zwangsläufig, dass jeder [Zentren/Gesellschafter] daran teilnehmen muss“ (Anhang D4M02: 27).

Auf Zentrumsebene liegen alle betriebswirtschaftlichen Entscheidungen bei den Seniorärztinnen und -ärzten, die damit eine nach medizinischen Gesichtspunkten und NW2-Qualitätsstandards ausgerichtete (Weiter-)Entwicklung der Zentren sicherstellen. Auf Ebene der NW2-Praxen werden alle betriebswirtschaftlichen und medizinischen Entscheidungen von den Praxisinhabern getroffen. Diese stehen in einer vertraglichen „Zuweisungsbindung“ (Einweisung von Patientinnen und Patienten, Anhang D4M02: 9) zu einem oder mehreren Zentren, je nach räumlicher Lage und/oder gewachsener lokaler Versorgungstrajektorie (vgl. 6.1). Die Geschäftsstelle überblickt mit Hilfe einer zentralen Datenbank den jeweiligen Grad der Integration der Akteure und gibt Hilfestellungen zur Umsetzung des QMS auf allen Ebenen von NW2. Hier kommen auch Indikatoren wie zum Beispiel die Umsetzung des Qualitätsmanagements, der Stand von Zertifizierungen oder Fragen bezüglich der getroffenen Markenlizenzvereinbarung zum Einsatz. Zwischen der Geschäftsstelle und den NW2-Praxen besteht kein direkter Weisungszusammenhang. Hier liegen alle Steuerungskompetenzen bei den Zentren. Vor diesem Hintergrund zeigen sich in den Weisungs- und Entscheidungsprozessen, bei einer kombinierten Betrachtung von Ebenen und Entwicklungsbereichen, unterschiedliche Reichweiten (ein bis drei Ebenen) und Richtungen (top down, horizontal, kooperativ).

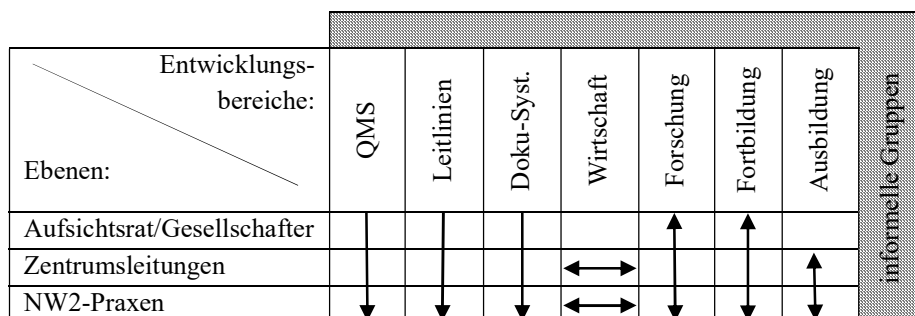


Tabelle 19: Gemischte Netzwerksteuerung in Netzwerk 2

Wie in Tabelle 19 verdeutlicht, sind die Weisungs- und Entscheidungsprozesse in NW2 als eine Mischung von polyzentrischer und fokaler Steuerung (vgl. 3) organisiert. Die Entwicklungsbereiche im Gesamtnetzwerk (Leitlinien, QMS, Dokumentationssystem) werden top-down gesteuert, betriebswirtschaftliche Entscheidungen (Wirtschaft) horizontal getroffen, und Bereiche mit großem Querschnittspotenzial (Forschungsvorhaben, Ausbildungen, Fortbildungen) werden kooperativ gesteuert. Hinzu kommt, dass die Weisungs- und Entscheidungsprozesse in NW2 sowohl formell als auch informell organisiert sind.

„[W]ir haben zu Spezialfragen auch Spezialpersonenkreise, die zusammenkommen. Also [...] wir haben ein Treffen der Verwaltungsleiter, wir haben ein Treffen der EDV-Beauftragten, [...] Treffen derjenigen, die sich mit Qualitätssicherungserhebung befassen. Also thematisch sprechen wir dann unterschiedliche Personenkreise an [...]“ (Anhang D4M02: 13). [...] Daneben ist natürlich [...] ganz entscheidend, dass wir ständig miteinander reden. Ich [Managerin Geschäftsstelle] stehe da sicher ein bisschen im Zentrum, weil ich versuche, die Leute beieinander zu halten [...]. Aber es gibt auch mittlerweile so Subgruppen, informelle Subgruppen. Das kriege ich nur immer wieder mit [...], dass es angefangen hat über gemeinsame Aktivitäten, dass es dann aber weitergegangen ist“ (ebd.: 17).

Vor diesem Hintergrund ist in NW2 eine *network form of governance* (vgl. 3.2) zu erkennen, mit unterschiedlich verteilten *points of power* (vgl. 3.3) beziehungsweise unterschiedlich verteilten Machtpositionen. Denn den Akteuren ist es möglich, sich in verschiedenen Gruppierungen mit jeweils unterschiedlicher Wirkungsreichweite zu engagieren. Vergleicht man diese gemischte Netzwerksteuerung von NW2 mit den Prädiktoren der Netzwerkperformanz (vgl. Tabelle 3, S. 45), dann weist NW2 in der Steuerungsdimension eine Mischung aus *shared governance* und *lead organisation[s]* auf, die den Schluss auf ein hohes Vertrauensniveau (*trust*) unter den Akteuren zulässt, bei einem hohen Grad an Zielübereinstimmung (*goal consensus*) und relativ gut entwickelten Kompetenzen im Netzwerkmanagement (*network-level competencies*). In den nachfolgenden Abschnitten werden diese Faktoren noch eingehender dargestellt. Zu den *network-level competencies* soll schon hier angefügt werden, dass bei diesen, laut Aussage einer Managerin der Geschäftsstelle (M03), noch Nachholbedarf in einigen Zentren besteht.

Hier sei „das ein oder andere Zentrum noch nicht richtig mit seiner Größe in der Managementstruktur mitgewachsen, [...] also wenn dann eine Praxismanagerin auch noch im OP mitsteht und vielleicht administrativ die gleichen Aufgaben hat wie ein sonstiger Geschäftsführer in einem Zentrum, das sind einfach Problematiken, das sind Zeitfaktoren“ (Anhang D4M03: 53).

Mit Blick auf den hier untersuchten Pfad verweist die gemischte Netzwerksteuerung auf eine frühzeitig angestoßene und stetig weiterentwickelte Bereitschaft zur kooperativen Entwicklung von netzwerkweiten Entwicklungsbereichen (*alignment*, vgl. 4.3.3). Daneben legt die Existenz informeller Subgruppen nahe, die sich nach netzwerkweiten Aktivitäten gebildet haben (Anhang D4M02: 13), dass in NW2 Praktikergemeinschaften im Sinne eines *learning as belonging and becoming* (vgl. 4.3.1) entstanden sind.

All diese sich schon hier abzeichnenden Merkmale sind gegenläufig zur den für Phase III typischen mono-disziplinär ausgerichteten Reziprozitätsnormen (vgl. Tabelle 13, S. 181). In Bezug auf ein fachärztliches Netzwerk (mit nur einer Disziplin) bezieht sich die nachfolgend noch festzustellende Interdisziplinarität auf die Zusammenarbeit von durch Spezialisierung entstandenen ärztlichen Subdisziplinen in der Augenheilkunde. Dabei umfassen die Subdisziplinen fachlich eigenständige und getrennt abrechnungswürdige Leistungsbereiche (z.B. die Lidchirurgie, Schaudig 2018).

16.3.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung

Unmittelbar nach der Gründung von NW2 begann im Jahr 2002 die Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS), das bereits im darauffolgenden Jahr auf die damaligen sieben Zentren ausgerollt wurde (Anhang D4.4). Seither wird das QMS in fortlaufender Kooperation zwischen der Geschäftsstelle und den Zentren weiterentwickelt.

„In der [NW2] Gruppe werden Veränderungen der Strukturen und Prozesse insbesondere im Peer Review Verfahren vorgenommen, um Verbesserungen in den gemessenen Ergebnisindikatoren zu erzielen. Der Erfolg solcher Maßnahmen muss sich in der Verbesserung des [Versorgungs-]Ergebnisses beweisen“ (Anhang D4.14: 76).

Bemerkenswert an diesem Zitat aus dem Jahresbericht 2004 ist die enge Abfolge der Begriffe Strukturen, Prozesse, Peer-Review-Verfahren und Ergebnis. Offensichtlich wird hier nicht nur auf eine kooperative Integration der Aufbau- und Ablauforganisation angespielt, die eine qualitätsgesicherte Krankenversorgung ermöglichen soll, der interessantere Aspekt für diesen Abschnitt ist, dass die Leistungserbringer verbesserte Versorgungsergebnisse offenlegen müssen. Damit verweist das Zitat, zum einen, auf die frühe konzeptuelle Reife des nachfolgend dargestellten QMS, drei Jahre nach Gründung von NW2. Zum anderen kann die vonseiten der Geschäftsstelle verfasste und vermutlich mit den Führungsorganen abgestimmte Formulierung des „Beweises“ von Versorgungsergebnissen auch noch aus heutiger Sicht als innovativ eingestuft werden (vgl. die noch im Jahr 2017 angemahnte unzureichende

Qualitätstransparenz in der Krankenversorgung, 1.3). Zudem klingt im oben genannten Zitat die Umsetzung einer *business-like healthcare* (vgl. 7.2.3) an, denn mit der Entwicklung und netzwerkweiten Installation des QMS verfolgt(e) NW2 sowohl versorgungsbezogene als auch ökonomische Ziele, die sich in ihrer Umsetzung allerdings wechselseitig bedingen.

Zu diesen Zielen zählen die Ablaufoptimierung innerhalb der (teil-)stationären operierenden Einheiten der Zentren und Überweisungsvorgänge in den ambulanten Leistungssektor (vgl. 16.3.3), die Beherrschung risikoträchtiger Versorgungsprozesse und nicht zuletzt die Entwicklung einer Marke, die Vertrauen in die Leistungsfähigkeit von NW2 gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Leistungsfinanzierern und Kreditgebern schaffen soll (vgl. 16.3.5). Zur Umsetzung dieser Ziele werden im Rahmen des QMS folgende Daten erfasst:

„[Daten zur] Strukturqualität [...] laufende Qualitätssicherung zur Prozess- und Ergebniskontrolle. Im Rahmen der üblichen Dokumentation der Operationen werden routinemäßig die wichtigsten objektivierbaren Komplikationen erfasst. [...] Unter Berücksichtigung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit werden qualitätsbezogene Daten aller Kataraktoperationen in den Zentren [erfasst]“ (Anhang D4.13: 49).

Diese „prä-, intra- und postoperativen Daten“ (Anhang D4.15: 57) werden in einer Ergebnisdatenbank festgehalten. Ein ebenfalls für die ärztliche Krankenversorgung im ambulanten beziehungsweise (teil-)stationären Sektor eher ungewöhnliches Vorgehen (vgl. 1.3). Durch die Ergebnisdatenbank werden:

„[...] Berichte nicht nur über die Zahl der Eingriffe, sondern insbesondere auch über deren Ergebnisse anhand vorab festgelegter Qualitätsparameter [möglich]. Diese Parameter haben sich in ihrer praktischen Anwendbarkeit und klinischen Relevanz für die Ergebnis-Interpretationen bereits in ersten Studien bewährt“ (ebd.: 72).

Auf diese Weise werden steuerungsrelevante Erkenntnisse gewonnen, die der gezielten, das heißt, zentrumsspezifischen Weiterentwicklung im Rahmen des QMS dienen.

„Im Rahmen von vierteljährlichen Auswertungen [der zentral erfassten Daten] werden Veränderungen im Niveau rasch erkannt, ggf. notwendige Maßnahmen können so ergriffen werden, um Probleme auszugleichen bzw. anderen Zentren die Kenntnis über verbesserte Verfahren weiterzuleiten“ (Anhang D4.14: 81).

Demnach werden über die Datenbank auch Vergleiche zwischen den Zentren vorgenommen (Niveaueinstellung). Beispielsweise werden in der Kataraktchirurgie Qualitätsindikatoren („Parameter“) wie die Notwendigkeit zur OP und Vorher-Nachher-Vergleiche zu relevanten Aspekten der Sehfähigkeit wie die Zielrefraktion¹⁹⁰ und Sehschärfe durchgeführt (Anhang D4.16). In regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen werden zudem Wartezeiten, der Ablauf von Terminvergaben, der subjektiv eingeschätzte Nutzen der zur Verfügung gestellten Informationen und die erreichte Diskretion der im Versorgungsprozess auftretenden sozialen Situationen erfasst (Anhang D4.9: 33).

Wiederum werden „[a]us den Patientenbefragungen [...] Teile der Qualitätsziele abgeleitet. Die Haupt-Qualitätsziele, die im Idealfall [...] nach der Norm DIN EN ISO 9001 messbar sein sollen [...]“ (Anhang D4.14: 81).

Der interessante Aspekt an diesem Zitat ist, dass durch die Patientenbefragung Indikatoren berücksichtigt werden, die das für Phase III typische *acute care mindset* (vgl. Tabelle 13, S. 181) um patientenorientierte Sichtweisen erweitern. Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren (siehe unten) wird mit diesen Daten eine Verknüpfung zwischen dem intern entwickelten QMS und externen Standards (DIN EN ISO) hergestellt, sodass auch eine externe Validierung möglich wird.

Was bedeutet nun das QMS für die hier untersuchte Regulation der Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern? Welche Veränderungen in deren Reziprozitätsnormen können erwartet werden? Der entscheidende Punkt ist, dass das QMS nicht als „Zusatz zu den verschiedenen Abläufen in einer Einrichtung verstanden [wird], sondern als integraler Bestandteil derselben“ (Anhang D4.4: 7). Daraus folgt, dass das QMS die zentrumsinterne Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen beeinflusst, die sich empirisch in einer Neuverteilung von Versorgungsaufgaben zwischen der operativ und konservativ versorgenden Ärzteschaft niederschlägt. Dabei tritt die von Chreim et al. (2007: 1525) beschriebene Allokation von Dienstleistungen auch auf Ebene von Praktiken deutlich hervor, auf die im nächsten Abschnitt ausführlicher eingegangen wird. Ein weiterer Aspekt mit Auswirkung auf die Regulation der Zusammenarbeit ist, dass sich NW2 über das QMS die Möglichkeit zur Entwicklung von

¹⁹⁰ „Der Begriff axiale Refraktion [...] bezeichnet in der Optometrie und Augenheilkunde den Brechwert der optischen Korrektur, mit der zusammen ein bestimmtes Auge ohne Akkommodation ein scharfes Bild eines in unendlicher Entfernung befindlichen Objekts erzeugt. Ist dieser Wert Null, spricht man von Normalsichtigkeit [...]“ ([https://de.wikipedia.org/wiki/Refraktion_\(Augenoptik\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Refraktion_(Augenoptik)), 06/2019, vgl. www.psychyrembel.de/Refraktion, 01/2020). In NW2 werden im Rahmen des QMS über solche messbaren Qualitätsindikatoren Rückschlüsse auf die Durchführung eines operativen Verfahrens (oder dessen Notwendigkeit) gezogen.

Standards in spezifischen Leistungsbereichen (grauer Star, refraktive Chirurgie, Netzhaut- und Glaskörperchirurgie) eröffnet hat, die als vernetzende Praktiken die Leistungsintegration unterstützen. Auf diesen Aspekt des QMS wird im übernächsten Abschnitt eingegangen (vgl. 16.3.4).

An dieser Stelle soll bereits ein kurzes Zwischenfazit gezogen werden, denn das QMS ist ein wichtiger Baustein für die in den nachfolgenden Abschnitten untersuchte Zusammenarbeit in NW2. Über das QMS werden *boundary spanning practices* (vgl. 4.3.3) möglich, denn es forciert die netzwerkinterne Klärung von Zuständigkeiten (*defining boundaries*), die sich in einer veränderten Allokation von Versorgungsaufgaben niederschlägt (*weaving*) (vgl. 16.3.5). Über Elemente wie die oben genannte Datenbank oder das im ersten Zitat genannte Peer-Review-Verfahren zur Entwicklung von Ergebnisindikatoren (Anhang D4.14: 76), fördert das QMS ganz offensichtlich den Austausch von Informationen und Erfahrungswissen unter den Netzwerkakteuren (*reflecting*). Durch die im Rahmen der Datenerfassung möglich werdende Entwicklung von Standards, werden anschlussfähige Interaktionsmöglichkeiten geschaffen (*connecting*) (vgl. 16.3.4). Zudem wird sich im Abschnitt zum Co-Branding (vgl. 16.3.5) zeigen, dass das QMS nicht nur zur Vertrauensbildung nach außen (Patienten, Kooperationspartner, Mittelgeber), sondern auch zur Identitätsbildung nach innen (*mobilizing*) beiträgt. Von daher kann das QMS, in Anlehnung an das Modell der (inter-)organisationalen Integration (Denis et al. 1999), als ein ideologischer Treiber definiert werden, der eine horizontale Leistungsintegration durch klar definierte Aufgabenzuschreibungen ermöglicht (vgl. Tabelle 6, S. 67). Bei vielen der im Rahmen des QMS dargestellten Prozessen (Datenerfassung, Auswertung, Ergebniskommunikation) übernimmt die Geschäftsstelle die Rolle einer Brokerin (vgl. 4.3.3), während die Zentren, mit Blick auf die NW2-Praxen, im Sinne von Exzellenzzentren fungieren, die für eine qualitätsgetriebene horizontale Leistungsintegration in ihrem Zentrumsgebiet zuständig sind (vgl. 16.3.4).

16.3.3 Allokation von Versorgungsaufgaben

Die Leistungserbringung in NW2 (Gesamtnetz) zielt auf eine möglichst umfassende augenärztliche Krankenversorgung an der „Schnittstelle der konservativen und operativen Versorgung“ (Anhang D4.5: 71). Mit Unterstützung durch die Geschäftsstelle initiieren und installieren die Leistungserbringer in NW2 interdisziplinäre Kooperationen zwischen den in der „Primärversorgung“ tätigen Ophthalmologen einerseits und spezialisierten Ophthalmologen andererseits (Anhang D4.9: 45). Bereits 2004 berichtet NW2 von kooperativen Formen der Leistungserbringung.

„Zum ersten Mal arbeiten Operationszentren und kooperierende Augenärzte im Bereich der Qualitätssicherung konsequent zusammen. So kann der gesamte Behandlungsprozess kontrolliert werden“ (Anhang D4.14: 77).

Dabei umfasst die „Kontrolle“ des Behandlungsprozesses auch die Anpassung der Verteilung von Versorgungsaufgaben (Allokation von Dienstleistungen), die in zwei Richtungen erfolgen kann. Erstens als Verlagerung von Versorgungsaufgaben von den NW2-Praxen in die Zentren:

„Es gibt Eingriffe, bei denen der statistische Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität hoch ist [Grundlage sind NW2-Routinedaten]. In der Regel sind dies Eingriffe, die eine hohe manuelle Fertigkeit und praktische Routine erfordern. Bei diesen Eingriffen ist es unbestritten gerechtfertigt, die Zusammenfassung in Zentren zu fördern (Anhang D4.14: 76).

Hier geben also die NW2-Praxen Versorgungsaufgaben an die Zentren ab. Zweitens geben die Zentren in umgekehrter Richtung Aufgaben an die NW2-Praxen ab, was erst im Rahmen des etablierten QMS möglich wurde und damit einer Re-Allokation von Versorgungsaufgaben entspricht (vgl. 4.3.3). So berichtet eine interviewte Ärztin (L06) aus Beispielzentrum A:

„[...] wenn die Ärzte [der NW2-Praxen] nach unseren Standards [vgl. 16.3.3] arbeiten, können sie den Patienten zu Operation auch schon aufklären und ihm online mittlerweile, [...] einen Termin gleich bei uns zur OP geben“ (Anhang D4L06: 28).

Ähnliche Aufgabenverlagerungen sind auch in Beispielzentrum B zu beobachten:

[...] die Konservativen die haben [...] sich sicher von den Operativen immer ein bisschen an die Wand gedrückt gefühlt, sie wären ja gar keine richtigen Augenärzte [...]. Und durch die Netzbildung [...] haben [wir] die Praxen zertifiziert [...]. Das heißt, die sind ein besonderer Teil von den großen operativen Praxen. Das Netz hat sie aufgewertet. Sie haben dadurch auch Maschinen bekommen. [...] wir machen nicht mehr alle Untersuchungen, das machen die draußen [...], da übernehmen wir die Patienten, ohne noch mal nachzuuntersuchen. Das heißt, wir machen keine Doppeluntersuchen mehr und so weiter [...]" (Anhang D4L05: 7).

Daneben erhalten die NW2-Praxen von den Zentren (hier wieder das Beispielzentrum A) Unterstützung bei anspruchsvolleren Aufgaben. Zum Beispiel in der differentialdiagnostischen Abklärung der „Operationswürdigkeit“ (Anhang D4L06: 28) bestimmter Krankheitsbilder. Im Falle der Operation übernimmt dann das Zentrum die Eingangsdiagnostik und OP-Terminerstellung, es wird damit zur aufnehmenden Stelle, und

informiert die NW2-Praxis zeitnah über alle unternommenen Schritte und die Ergebnisse der ambulant oder (teil-)stationär durchgeführten Operation. Bei stationär durchgeführten Operationen kann dann auch das sogenannte Entlassmanagement¹⁹¹ zwischen Zentrum und NW2-Praxis verteilt werden.

Diese enge Kooperation zwischen Zentrum und NW2-Praxen spiegelt sich auch in der schriftlichen Befragung wider (vgl. Anhang A2). In Beispielzentrum A wurden die (niedergelassene) Ärzteschaft und die medizinischen Fachangestellten nach den regelmäßigen Kontakten im Berufsalltag befragt. Aus den zur Auswahl gestellten Akteuren wurden sechs Akteursgruppen gebildet (vgl. NW2-Akteursgruppen in Anhang D5).

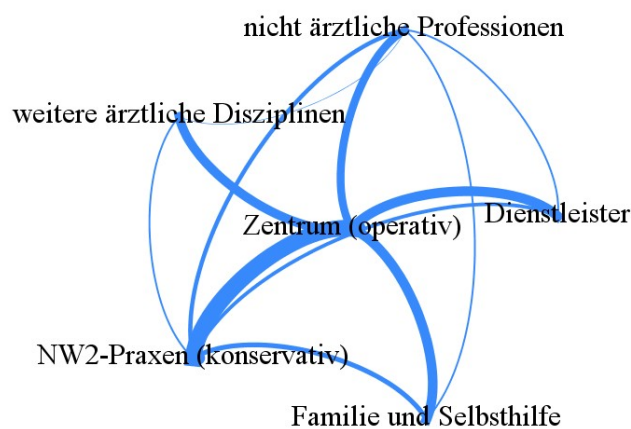


Abb. 17: Interaktionsnetzwerk in Beispielzentrum A von Netzwerk 2 (Darstellung mit Gephi)¹⁹²

Wie zu erwarten, ist in Abbildung 17 eine vergleichsweise engere Zusammenarbeit zwischen Zentrum und NW2-Praxen zu erkennen, wobei das Zentrum als Mittelpunkt des Netzwerkes fungiert (*star network*). Mit einem Dichtewert von 0.93 zeigt sich zudem ein hoher Anteil an stattgefundenen Beziehungen. Dementsprechend werden im Fragebogen Themen wie die Vereinfachungen in den Versorgungsabläufen und gute kollegiale Austauschmöglichkeiten als Vorteile der Vernetzung bewertet (Anhang D5 NW2B).

¹⁹¹ Das Entlassmanagement ist eine pflichtig zu erbringende Leistung, die in einem Rahmenvertrag zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern geregelt ist (www.kbv.de/html/entlassmanagement.php, 06/2019; vgl. 16.1.5).

¹⁹² Von 35 versendeten Fragebögen (vgl. Anhang A2) konnten 35 für die Auswertung der offenen Fragen und für die Netzwerkanalyse verwendet werden. Die Rücklaufquote lag damit bei 100 Prozent. Die 35 Befragten wurden sechs Akteursgruppen zugeordnet, die sich wie folgt zusammensetzen: Zu den „nichtärztlichen Professionen“ gehören die medizinischen Fachangestellten, „weitere ärztliche Disziplinen“ sind Hausärzte und Fachärzte anderer Disziplinen, zum „Zentrum (operativ)“ gehören die operierenden Augenärzte und kooperierenden Kliniken, die „Dienstleister“ sind Optikerinnen und Optiker, Orthoptistinnen und Orthoptisten, QM-Beauftragte, Pflegedienste und die NW2-Geschäftsstelle (vgl. Anhang D5). Die Darstellung des Graphen mit Gephi erfolgte über das Layout *Fruchterman Reingold* (Anziehungskraft 10).

Im Zuge der Allokation von Versorgungsaufgaben gewinnt das dafür notwendige Schnittstellenmanagement an Bedeutung, das Lukas et al. (2002) auch als *clinical coordination* und *alignment* beschreiben (vgl. 3.6). In NW2 konnten dazu verschiedene Elemente identifiziert werden, die von Zentren angepasst verwendet werden können:

„[...] die verschiedenen Regionen und [NW2] Zentren [können] die für ihre ‚Kommunikationskultur‘ jeweils passenden Elemente in den Vordergrund der Arbeit stellen“ (Anhang D4.9: 45).

Zu den Elementen im *clinical coordination* und *alignment* zählen die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten a) OP-Benchmarks, ein regelmäßig aktualisierter b) Leitfaden im Bereich der retinalen Erkrankungen (Anhang D4.6), ein sogenanntes c) „Management Review“ in Form einer Handreichung zur Professionalisierung des Versorgungsmanagements auf Zentrumsebene¹⁹³, und d) Dienstleistungen im Bereich der perimedizinischen Versorgung¹⁹⁴ (Anhang D4.9: 45). Im Hinblick auf die hier untersuchte Regulation der Zusammenarbeit ist von Interesse, dass jedes der genannten Elemente zu einem *boundary object* werden kann, die interpersonale und/oder interorganisationale Verbindungen schaffen können (vgl. 4.3.2).

Dies kann am Beispiel der Leitfadententwicklung zur Diagnostik von retinalen Erkrankungen erläutert werden, welche der „besseren Verzahnung von in der Primärversorgung tätige[n] Ophthalmologen einerseits und spezialisierten Ophthalmologen andererseits dient[e]“ (D4.9: 45). Neben einer interdisziplinären Entwicklung des Leitfadens umfasste das Projekt die Ausstattung von NW2-Praxen mit bildgebenden Verfahren zur Optimierung der Diagnostik, strukturierte Fortbildungen für die medizinischen Fachangestellten und die Ärzteschaft sowie die Entwicklung und Bereitstellung von Patienteninformationen. Durch diese ineinandergreifenden Maßnahmen wurde eine breite Umsetzung der im Projekt entwickelten Standards (vgl. 16.3.4) in der Diagnostik im Kontext der retinalen Krankenversorgung möglich. In den Beschreibungen des Projekts konnte auch eine grenzgängige Praktik (vgl.

¹⁹³ Mit dem sogenannten „Management Review“ verfolgt NW2 das Ziel, das Qualitätsmanagementsystem, die Qualitätspolitik und Qualitätsziele „effizient zu kontrollieren“ (Anhang D.4.18: 32). In das Management Review fließen folgende Daten ein (Auswahl): interne und externe Audits, Patientenrückmeldungen, verschiedene Parameter der Leistungserbringung. Ebenfalls enthalten sind Informationen zur „Verbesserung der Wirksamkeit des QMS und seiner Prozesse, Produktverbesserung in Bezug auf Patientenanforderungen [und] Bedarf an Ressourcen“ (ebd.: 34). Auf dieser Datenbasis werden praxisorientierte Handlungsempfehlungen für das Personal mit Managementaufgaben zur Verfügung gestellt.

¹⁹⁴ Zur perimedizinischen Versorgung, die in NW2 unter anderem von den medizinischen Fachangestellten durchgeführt wird, gehören die Bereiche Selbsthilfe, Rehabilitation oder Trainings von Patientinnen und Patienten zur praktischen Lebensführung mit Sehbehinderungen (Anhang D4.9: 45).

4.3.2) identifiziert werden. Denn die Angleichung der diagnostischen Möglichkeiten zwischen NW2-Praxen und Zentren machte aus vormals getrennten Diagnosepraktiken (ambulante Primärversorgung vs. (teil-)stationäre spezialisierte Versorgung) eine *Overlap-Praktik* (vgl. ebd.), die im Bereich der Diagnostik eine integrierte Leistungserbringung ermöglichte.

Vor diesem Hintergrund kann festgestellt werden, dass die untersuchten Beispielzentren in NW2 die Spielregeln des schon mehrfach erwähnten *referral system* (Hall 1946: 43) insofern aushebelten, als dass der disziplinäre Status des konservativ versus des operativ Versorgenden in einigen Aspekten egalisiert wurde. Wie am Beispiel der identifizierten *Overlap-Praktik* im Bereich der Diagnostik gezeigt, konterkariert die Allokation von Versorgungsaufgaben die für Phase III typische sektorale Orientierung in der Leistungserbringung (vgl. Tabelle 13, S. 181).

16.3.4 Standards, Lerngemeinschaften und Bandwagon-Effekte

Seit Einsetzen des neuen Spezialisismus' (vgl. 13.1.1) schreitet die disziplinäre Ausdifferenzierung in den medizinischen Professionen fort, und die Wahl der im Einzelfall zu ergreifenden medizinischen Maßnahmen gehört zum individuellen Hoheitsgebiet von Ärztinnen und Ärzten (vgl. 7.2.1). Dies zeigt sich auch in NW2. So verwenden die Operierenden in Beispielzentrum B bei identischer Indikation und operativen Verfahren, hier das Beispiel des refraktiven Linsenaustauschs, unterschiedliche Linsentypen.

„Die Operateure, die haben im Prinzip, also bis auf zwei, alle unterschiedliche Linsen. Was wir für Linsentypen da haben, das ist unglaublich. Weil, der eine die Spielerei hat, der andere jene“
(Anhang D4L05: 9).

Vonseiten der Gesellschafter (Gesamtnetz) und den Zentrumsleitungen werden diese individuell-therapeutischen Zugänge beim Operieren nicht in Frage gestellt. Trotzdem treiben die Leitungsorgane in NW2 Standardisierungsbemühungen in Bezug auf OP-Verfahren voran. Dabei wird jedoch nicht top-down vorgegangen, vielmehr verfolgt man den Ansatz der evidenzbasierten Medizin (vgl. 11.10), um fachlich zu überzeugen.

Ein Beispiel einer solchen „evidenzbasierten Weisung“ ist eine Forschungskoooperation zur Überprüfung der Wirksamkeit von Benchmarks für Kataraktoperationen (grauer Star). Dazu wurden knapp 1700 Patienten in einer prospektiven Kohorten-Studie in sieben NW2-Zentren untersucht (*multicenter prospective cohort trial*). Hinsichtlich des Outcome-Indikators der Standardisierung des OP-Verfahrens und *confounding factors* wie der Ko-Morbidität der Patientinnen und Patienten, konnten überdurchschnittlich gute Behandlungsergebnisse im

Zuge der Standardisierung des Verfahrens nachgewiesen und erfolgreich publiziert werden (Anhang D4.8). Damit stehen NW2 eigenständig entwickelte und überprüfte Indikatoren zur Verfügung, die eine Standardisierung der Kataraktchirurgie mit der Erhöhung der Ergebnisqualität verknüpfen.

Ein anderes Beispiel ist eine Standardisierung im sogenannten LASIK-Verfahren¹⁹⁵. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Anbietervielfalt im Bereich der Laseroperationen in Deutschland hat NW2 in Kooperation mit dem TÜV Süd und basierend auf der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001 ein Siegel zur Qualitätssicherung für das LASIK-Verfahren entwickelt. Zur Optimierung der Versorgungsprozesse wurde zunächst eine exemplarische Zertifizierung in einem Zentrum vorgenommen. Unter Einbeziehung der beteiligten Akteure (NW2-Praxis, operierende Praxis, OP-Zentrum, Krankenhaus, Leistungsfinanzierer, KVen) wurden Schnittstellen definiert und zudem Verfahrensweisen zur Abwicklung der Leistungserbringung (Diagnostik, Patienteninformation, Behandlung, Dokumentation, Kommunikation) ausgearbeitet (Anhang D4.14). Zunächst gültig für einzelne Zentren, wurde die Zertifizierung schließlich auf alle Zentren ausgeweitet (Anhang D4.15). In einem nächsten Schritt wurden auch die NW2-Praxen zertifiziert. Dabei erhielten die NW2-Praxen Unterstützung von den Zentren, die in diesem Prozess die Funktion regionaler Exzellenzzentren (vgl. 16.3.2) übernahmen.

„Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen werden von den [NW2] Zentren für die Praxen organisiert, um z.B. das [NW2] Qualitätsmanagement-Handbuch zu erarbeiten, sich über das QM-System insgesamt auszutauschen und auf die anstehende Zertifizierung vorzubereiten“ (Anhang D4.9: 33).

Diese Maßnahmen zielten auf eine Angleichung (Handbuch) von Verfahrensabläufen im Einzugsbereich der jeweiligen Zentren.

Ein weiteres Beispiel der in NW2 vorangetriebenen Standardisierungsbemühungen, mit dem an die unter 16.3.3 dargestellte Allokation von Versorgungsaufgaben angeschlossen werden kann, ist die Erfassung der biometrischen Messgenauigkeit der NW2-Praxen. Weil sich diese auf die Zielgenauigkeit der Operierenden in den Zentren (postoperative Sehschärfe und

¹⁹⁵ „Die Laser-in-situ-Keratomileusis (LASIK) ist eine Augenoperation, die im inneren Teil der Hornhaut durchgeführt wird. Die Operation ist unkompliziert und dauert circa fünf bis zehn Minuten“ (Universitäts-Augenklinik Bochum, Augenlexikon: „Die Laser-in-situ-Keratomileusis (LASIK)“, tinyurl.com/ydjqr8np, 01/2020).

Refraktion¹⁹⁶) auswirken kann, wurden hier Standards entwickelt, um die integrierte Leistungserbringung (Diagnostik) von NW2-Praxen und Zentren qualitativ abzusichern (Anhang D4.14).

Im Zuge dieser Standardisierungen gelang es NW2, interdisziplinäre Lerngemeinschaften zu bilden (in den Bereichen Linsenwahl, Laserverfahren, Biometrie). In den Lerngemeinschaften, die ein wichtiger Teilaspekt von Praktikergemeinschaften sind (vgl. 4.3.1), kombinierten die Akteure das *skill-based knowledge* (vgl. 2.3) der konservativ versorgenden (NW2-Praxen) mit dem der operierenden Zentren, auch unter Berücksichtigung perimedizinischer Leistungsbereiche (vgl. Patientenbefragung, 16.3.2).

Neben den medizinisch-fachlichen Aspekten, können als Treiber dieser Standardisierungsprozesse Bandwagon-Effekte (vgl. 6.3) relativ sicher angenommen werden. Denn durch die netzwerkinterne Arbeit in den Lerngemeinschaften wurden Standards als Benchmarks für den NW2-internen Vergleich (Zentren) entwickelt, die einen gewissen *isomorphic pressure* (vgl. 6.3) unter den Akteuren des Ärztenetzwerks erzeugten.

„Die ambulante Versorgung muss sich entsprechend permanent dem Benchmark, einem zentrumsübergreifenden Vergleich, unterziehen. Das ständige Messen der eigenen Ergebnisqualität am Benchmark ermöglicht dem Operateur eine Orientierung und ist somit ein wichtiges Hilfsmittel auf dem Weg, einheitlich hohe operative Ergebnisse zu erzielen“ (Anhang D4.17: 107).

Auch die oben genannten Zertifizierungen und deren Ausweitung sorgten für einen gewissen „evidenzbasierten Konformitätsdruck“ unter den Netzwerkakteuren.

„[...] wenn dann der Nachbar zertifiziert war, wenn einer zertifiziert ist, dann hat das doch wieder Anreize gegeben“ (Anhang D4L05: 41).

Zudem sorgt die Gesellschafterversammlung für eine netzwerkinterne Öffentlichkeit (Gesamtnetz), in der nicht eingehaltene Standards für Erklärungsnotwendigkeiten sorgen können: „Das ist sehr scharf, das will keiner“ (Anhang D4M02: 43). Dies gilt im Übrigen auch für die NW2-Praxen, denn hinsichtlich der einzuhaltenden Standards sind die jeweiligen Zentren weisungsbefugt. Dazu der interviewte Arzt aus Beispielzentrum B:

¹⁹⁶ „Das Erfolgskriterium einer Operation des grauen Stars ist außer der postoperativen Sehschärfe vor allem die Refraktion. Denn die natürliche Linse wird durch eine Intraokularlinse aus Kunststoff oder Silikon ersetzt, deren Brechkraft aufgrund einer Ausmessung des Auges vor dem Eingriff ermittelt wird [Aufgabe der NW2-Praxen]. Idealerweise sollte ein kataraktoperierter Patient nicht oder nur geringgradig fehlsichtig sein (Ärzteblatt 2014: „Medizinreport. Studien im Fokus Qualität der Kataraktoperation: Brechkraft des Auges nach OP nah an Zielrefraktion“, tinyurl.com/y6suzhnf, 05/2019).

„Das bedeutet im Klartext, das wir QM-Beauftragte haben, sowohl für den operativen Teil wie auch für den konservativen Praxisteil, die praktisch das, jährlich [...] durchgehen, die dieses QM-Buch fortführen, die alle diese Abläufe festhalten, auch den Kollegen sagen, ‚so geht es nicht wie du das jetzt machst‘. Die sind weisungsbefugt [...]“ (Anhang D4L05: 39).

Damit Bandwagon-Effekte eine integrierte Wirkung in der Krankenversorgung entfalten können, sind relevante Handlungsfelder und Inhalte zu definieren (*labeling*), was NW2 durch die kooperativ entwickelten Elemente des QMS und die Benchmarks gelang. Die Verteilung von Ressourcen im Zuge der Allokation von Dienstleistungen zur Integration der Leistungserbringung (Beispiel der Diagnostik) ist ein weiterer Hinweis auf Bandwagon-Effekte (vgl. *scientific bandwagon*, 6.3).

Jedoch stoßen die oben geschilderten Standardisierungsbemühungen auch auf „biologische Grenzen“. Denn nicht alle medizinischen Leistungsbereiche der Augenheilkunde lassen sich standardisieren. Dies gilt zum Beispiel in der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie, in der eine große Vielfalt von Erkrankungen vorliegen, sowie im Bereich der Augenmuskelchirurgie, in der die Ergebnisqualität auch von individuellen Voraussetzungen der Patienten abhängt, die sich operativ nicht beeinflussen lassen (Anhang D4.16: 94ff). Von daher dürften individuell-therapeutische Zugänge aufseiten der ärztlichen Leistungserbringer auch weiterhin Bestand haben.

16.3.5 Co-Branding und Netzwerkidentität

Das Oxford Dictionary of Business and Management definiert Co-Branding als ein „arrangement between two or more companies in which they agree to display joint content and perform joint promotions using brand logos or banner advertisements. The aim is to strengthen the bands by making them appear complementary“ (ODMB 2016: 120). In NW2 verhält es sich in ähnlicher Weise. Wie unter 16.3 gesagt, fußt NW2 (Gesamtnetz) auf einer Qualitätsinitiative von Augenärztinnen und -ärzten, die „[...] zum einen sowohl eine horizontale Integration der ambulanten Praxen in der Fläche als auch zum anderen eine vertikale Vernetzung vornimmt. (Anhang D4.17: 8). Für die horizontale Integration (bspw. Etablierung von Standards auf Zentrumsebene) ist jedoch die vertikale Integration in den Entwicklungsbereichen (Forschungsvorhaben, Ausbildungen und Fortbildungen, vgl. Tabelle 19, S. 219) voraussetzungsvoll. In umgekehrter Sicht könnten diese Entwicklungsaufgaben nicht durchgeführt werden, wenn die Zusammenarbeit auf Ebene der beteiligten Zentren nicht integriert wäre (z.B. im Rahmen einer Datenerhebung, vgl. *multicenter prospective cohort trial* unter 16.3.4). Co-Branding bedeutet daher, dass die Marke „Gesamtnetz“ und die

jeweilige Marke „Zentrum“ nur in wechselseitiger Abhängigkeit entwickelt werden können. „Also, wir haben lange gebraucht, bis wir [das] klar hatten“ (Anhang D4M02: 53) meinte eine Managerin der Geschäftsstelle. Zum Schutz der Marke wurden einige Vorkehrungen getroffen. Zu diesen gehört ein moderates Netzwerkwachstum, das „[...] nicht auf Expansion ausgelegt [ist]“ (Anhang D4M03: 37). In Bezug auf die Mitgliedschaft von Zentren ist ein „fachliches, strukturelles und unternehmerisches Potenzial“ (Anhang D4.3: 30) ausschlaggebend.

„Es müssen große Zentren sein. Die also mindestens 4000 Operationen pro Jahr machen. Es müssen mehrere Ärzte da zusammenarbeiten. [...] also sie müssen nicht die ganz Bandbreite der Augenheilkunde, aber doch einen gewissen relevanten Ausschnitt abbilden“ (Anhang D4M02: 29).

Bei der Akquise neuer Zentren wird zudem auf die Leistungsabdeckung in den vier NW2-Regionen (vgl. 12.2.4) geachtet.

„[A]lso wir kriegen immer wieder Anfragen von Leuten, die da dazukommen wollen als Zentren, das klappt aber im Regelfall nicht. Es ist üblicher so, dass wir uns die Landkarte angucken und uns fragen, wo sind wir noch nicht gut aufgestellt? Und dann sprechen wir gezielt Leute an, von denen wir glauben, dass das passt“ (Anhang D4M02: 31).

Auch in der Zusammenarbeit der NW2-Praxen wurden insofern Vorkehrungen getroffen, als dass die Kooperations- und Markenlizenzvereinbarungen zwischen den Zentren und NW2-Praxen zeitlich befristet sind. Für die NW2-Praxen bedeutet die Mitgliedschaft, „dass es auch Prestige ist, dazuzugehören. Es hat auch so eine soziale Komponente innerhalb der Branche“ (ebd.: 85).

„Die großen ambulanten Zentren [...] haben [NW2] gegründet. Insofern ist der Ruf von dieser Truppe, dass sie stark ist und dass sie Zukunft hat [...] völlig unabhängig von den realen Eckdaten, die natürlich, [...] auch nicht ganz schlecht. Aber [...] der Ruf ist entstanden allein wegen der Protagonisten, die da mitmachen. Insofern kommen viele Praxen dazu [...]“ (ebd.: 40).

Vor diesem Hintergrund verweist das in NW2 entwickelte Co-Branding auf Akteure, die sich einer Qualitätsinitiative zugehörig fühlen und dafür bereit sind, in horizontaler Richtung und in vertikaler Richtung zusammenzuarbeiten. Im Gegensatz zu Phase III tritt dabei nicht nur ein interdisziplinäres Verständnis von Versorgungsqualität zutage, sondern auch ein *boundary*

spanning leadership (vgl. 7.2.3), dass vonseiten der Geschäftsstelle vorangetrieben wird und offensichtlich erfolgreich ist. Dazu findet sich ein Indiz im Interview mit einer Managerin:

„Ich habe in den ersten Jahren bei [NW2] diese Diskussion, ‚warum gibt es uns eigentlich‘, auch verdammt oft geführt mit Gesellschaftern [Ebene Zentrum], interessanter Weise in den letzten Jahren praktisch nicht mehr. Was mich freut“ (Anhang D4M02: 86).

Das Co-Branding in NW2, hier definiert als *shared symbolic representation* (vgl. 7.1), scheint in NW2 zu einer Netzwerkidentität (vgl. 3.4) als Qualitätsnetzwerk beizutragen. Dazu haben die Akteure offensichtlich erkannt, dass der Aufbau horizontaler und vertikaler Netzwerkbeziehungen (vgl. 3.2) notwendig ist, um eine Qualitätsentwicklung und -sicherung zielgerichtet voranzutreiben. Ein solcher, von den Akteuren verinnerlichter relationaler Netzwerkbegriff (vgl. 3.1), wird hinsichtlich der Regulation der Zusammenarbeit, wie zum Beispiel in der Allokation von Versorgungsaufgaben, als förderliche Bedingung einer integrierten Leistungserbringung beurteilt.

16.3.6 Nicht-kurative Angebote

Die Zusammenarbeit in NW2 weist stabile Aufgabenzuweisungen zwischen den Gesundheitsprofessionen auf, was damit zu tun hat, dass sich in der ambulant-chirurgischen und (teil-)stationär-chirurgischen Leistungserbringung nur wenige Aufgaben an das nicht-ärztliche Personal delegieren lassen. So gaben nur vier der fünfunddreißig Befragten in Beispielzentrum A an, Aufgaben an medizinische Fachangestellte zu delegieren (Anhang D5 NW2B). Trotzdem wurde die Geschäftsstelle beauftragt, die „Vernetzung in Richtung nicht medizinische Berufe, die auch Dienstleistungen anbieten für Sehbehinderte und blinde Menschen“ (Anhang D4M02: 77) zu verstärken, um das OP-Kerngeschäft durch ein perimedizinisches Leistungsangebot zu ergänzen. Neben dem pflichtig zu erbringenden Entlassmanagement (vgl. 16.3.3), wurde im Leistungsbereich der altersbedingten Makuladegeneration ein Selbsthilfenetzwerk darin unterstützt, Beratungsinstrumente und Informationsmaterialien zu entwickeln, mit deren Hilfe die Zentren und/oder NW2-Praxen Lotsenaufgaben wahrnehmen können (Anhang D4.3: 36f). Diese Aktivitäten führten zu einer Ergänzung der kurativen Leistungserbringung in Beispielzentrum B:

„Also nicht jetzt, dass wir die Aufgabe von einem Blindenbund machen, sondern dass wir auch Anlaufstelle sind, Betreuungsstelle für die Patienten, die schlecht sehen, nicht nur in der Therapie, sondern auch so, praktisch [...]. Da haben wir zwei oder drei Ärztinnen, die sich da drum

kümmern. [...] Die sehen sich jetzt weitblickend schon gewisse Strukturen an, die den Patienten nützen können. Die jetzt nicht finanziell lukrativ sind, im Gegenteil, aber das ist was, eben dieses allgemeine Versorgungsdenken, das man hat, für solche Zentren“ (Anhang D4L05: 76).

Für das Gesamtnetzwerk werden Patienteninformation auf der netzeigenen IT-Plattform und durch das zweimal jährlich erscheinende Patientenjournal einem größeren Abnehmerkreis zur Verfügung gestellt (Anhang D4.18: 41ff).

16.3.7 (Weiter-)Entwicklung integrativer Versorgungsmodelle

In NW2 werden die (teil-)stationären Anteile der augenärztlichen Krankenversorgung über das von vielen Zentren praktizierte Belegarztwesen realisiert, in Form sogenannter Shop-in-Shop-Modelle auf den Geländen von Krankenhäusern¹⁹⁷. Dabei soll der vollstationäre Bereich jedoch nicht ersetzt werden.

„Auch wir brauchen die Klinik im Hinterhalt für ganz spezielle Sachen. Verletzungen, die wir nicht machen können hier. Bei uns ist ja nicht so wie bei der großen Klinik, dass wir Bereitschaftsdienst haben rund um die Uhr, das gibt es ja nicht“ (Anhang D4L05: 45).

In medizinischer und wirtschaftlicher Eigenverantwortlichkeit führen die Zentren (teil-)stationäre Operationen durch (Anhang D4.3). Dazu werden verschiedene Mietmodelle genutzt, bei denen ein Zentrum alleine oder in Kooperation mit anderen Leistungserbringern die OP-Infrastruktur eines Krankenhauses sowie weitere Räumlichkeiten anmietet¹⁹⁸. Demgegenüber spielen klassische Varianten des Belegarztwesens eine eher untergeordnete Rolle (Anhang D4.7)¹⁹⁹. Der Bedarf nach den dafür notwendigen Managementkompetenzen wurde schnell deutlich.

¹⁹⁷ Ursprünglich meint das „Shop-in-Shop-Prinzip [eine] Aufteilung eines großflächigen Verkaufsraums in mehrere optisch voneinander abgegrenzte Bereiche, in denen zusammengehörige Waren [...] angeboten werden (Gabler Wirtschaftslexikon: „Shop in the Shop“, tinyurl.com/y4j9ty29, 06/2019). Im vorliegenden Fall ist das augenheilkundliche Leistungsspektrum eines NW2-Zentrums gemeint, das sich vom übrigen Leistungsangebot eines Krankenhauses abgrenzt.

¹⁹⁸ Im Belegarztwesen der Augenchirurgie gehören zu den sektorenübergreifenden Versorgungsformen nach Hahn et al. (2013: 55) das a) Mietmodell (verschiedene Formen der Anmietung von Krankenhausleistungen), b) Belegarztmodell, c) Subunternehmermodell (Ärztinnen und Ärzte werden für eine Klinik tätig), d) Teilzeitarbeitsmodell (Niedergelassene versorgen Klinikpatienten stationär) und das e) integrierte Eigenleistungsmodell (ambulante und stationäre Leistungen im eigenverantwortlichen Betrieb durch Niedergelassene in der Klinik).

¹⁹⁹ Der AOK Bundesverband definiert den Belegarzt als „ein nicht in einem Krankenhaus angestellter Vertragsarzt, der berechtigt ist, seine Patienten in sogenannten Belegbetten stationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt kann hierfür die Infrastruktur [...] des Krankenhauses nutzen, erhält aber keine Vergütung durch das Krankenhaus (AOK Bundesverband: „Belegarzt“, tinyurl.com/y4wp3k2j, 05/2019).

„Die [Ärztenschaft] sind relativ neu [...] in diesen Versorgungsstrukturen als unternehmerische Persönlichkeiten oder als unternehmerische Einheiten, die schnell im Augenblick wachsen, die breit diversifiziert sind, die alles Mögliche abbilden“ (Anhang D4M02: 73).

Bezüglich der unter 4.3.3 dargestellten Managementpraktiken in Netzwerken sticht in diesem Zusammenhang vor allem die Regulation der Zusammenarbeit hervor, die hinsichtlich Allokation von Ressourcen (vgl. Allokation) sowie der Standardisierung und Evaluation der Zusammenarbeit (vgl. QMS) in NW2 bereits angegangen wurde. Um die auf diese Weise gewonnenen Erfahrungen und aufgebauten Strukturen konzeptuell fassen zu können, wurden unter maßgeblicher Beteiligung der Geschäftsstelle die Versorgungsmodelle des „ambulanten Versorgungsunternehmens“ (AVU), der „intersektoralen Zentren“ und schließlich der „intersektoralen Facharztzentren“ (IFZ) entwickelt und nacheinander auf den Weg der Erprobung und Umsetzung gebracht (vgl. Tabelle 18, S. 218)²⁰⁰.

Mit den IFZ adressiert NW2 die „Versorgungsebene zwischen den traditionell ausgerichteten Praxen und den Kliniken“ (Anhang D4.10: 11).

„Intersektorale Facharztzentren (IFZ) sind mittelständische medizinische Einrichtungen. Dort werden Patienten in erster Linie ambulant, bei Bedarf jedoch auch stationär behandelt. IFZ sind als Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder als Berufsausübungsgemeinschaften organisiert“ (Anhang D4.1: 35).

Hervorgehoben wird der integrative Versorgungscharakter von der „konservativen Grundversorgung über ambulante Operationen bis hin zur stationären Intervention“, die durch „unterschiedlich spezialisierte Augenärztinnen und Augenärzte“ (ebd.: 24) unter einem Dach erbracht werden können. Im Geschäftsbericht 2018 wird das IZF schließlich als grundlegendes Versorgungsmodell für die NW2-Zentren genannt.

Bezüglich des hier untersuchten Pfadverlaufs ist es interessant, dass das von Fehler (1975: 153f) entworfene Netzwerk einer integrierten und umfassenden Versorgung (vgl. Abb. 14, S. 184) nach leichten Modifikationen sehr gut geeignet ist, um den grundlegenden Aufbau eines IFZ abzubilden.

²⁰⁰ Die Geschäftsstelle von NW2 war federführend an der Projektgruppe AVU beteiligt, angesiedelt beim Bundesverband Managed Care (vgl. 10.3.10). Die Gruppe definiert ein AVU als eine verbindlich-kooperative Form der ambulanten Leistungserbringung, mit gemeinsam getragenen Versorgungszielen und Qualitätsstandards sowie gebündelten Managementfunktionen. Dabei kann sich ein AVU in unterschiedlicher Trägerschaft über verschiedene Standorte erstrecken (Anhang D4.11: 4). Das integrierte Facharztzentrums (IFZ) stellt eine Übertragung und Weiterentwicklung der Prinzipien des AVUs auf die eigenen netzwerkinternen Praxisverhältnisse auf Ebene der Zentren dar.

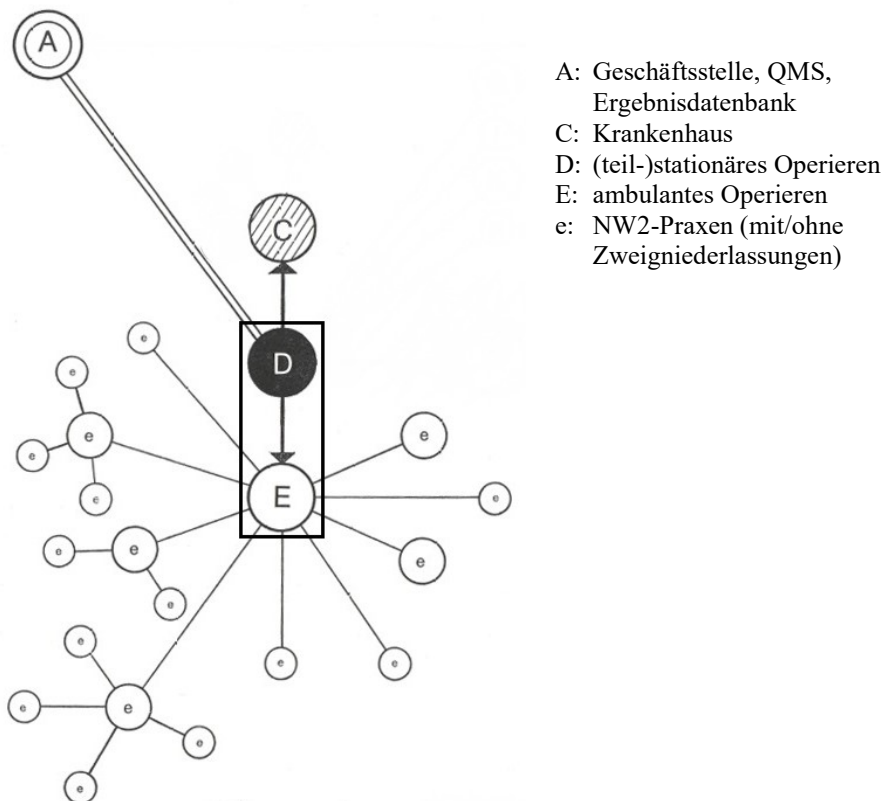


Abb. 18: Integriertes Fachärztliches Versorgungszentrum (IFZ) in Netzwerk 2 (Darstellung i.A.a. Fehler 1975: 153f)

Das zentrale Element des IFZ ist das (teil-)stationäre Operieren (D) mit einer direkten Anbindung an das ambulante Operieren (E). Der Rahmen um D und E repräsentiert das zusammengefasste Leistungsangebot in Abgrenzung zum Krankenhaus (C), das im Hintergrund zur Verfügung steht (vgl. Shop-in-Shop-Modell). Die NW2-Praxen (e) und deren Zweigniederlassungen sind flächig um den Standort des ambulanten Operierens (E) gruppiert. Die Ergebnisdatenbank, das QMS und die Geschäftsstelle wären A zuzuordnen, und repräsentieren das von Fehler (ebd.) beschriebene „zentrale Informationssystem“ und die „Koordinationszentrale“. So gesehen ist die Grundstruktur eines IFZ also keineswegs neu, es mussten jedoch vierzig Jahre vergehen, bis die Idee umgesetzt wurde.

Wie von Fehler (1975) proklamiert, verlieren in einem solchen Netzwerk die für Phase III typische sektoral orientierte Leistungserbringung, beziehungsweise die Sektorengrenze ihre Bedeutung. So auch im IFZ, in dem ambulantes und (teil-)stationäres Operieren unter einem Dach stattfinden kann und der vollstationäre Leistungssektor weiterhin im Hintergrund zur Verfügung steht.

„Vom einen zum anderen Versorgungsbereich sind es nur ein paar Schritte: Wartezimmer, Praxisräume, Sehschule, OP-Räume und Stationsbetten liegen alle nahe beieinander“ (Anhang D4.1: 7).

Hinsichtlich der regionalen Versorgung fungiert das IFZ als das „administrative Zentrum für die anderen Standorte in der Region“ (ebd.: 9, vgl. Exzellenzzentrum, 16.3.2).

Aus institutionentheoretischer Sicht können integrative Versorgungsmodelle wie das AVU und IFZ als Regelsysteme betrachtet werden, die in der Population der NW2-Zentren und Praxen einen Wandel in Form einer *collective action* antreiben (vgl. Tabelle 7, S. 74). Beim einzelnen Akteur (Zentrum/Praxis) scheint es dabei zu einer Quasi-Internalisierung (vgl. Sydow 2010b) einer auf der Netzwerkebene entwickelten Beziehungsordnung zu kommen, die die Logik der bisherigen Zusammenarbeit beeinflusst (vgl. Allokation, Standardisierungen). Dabei gelingt es den Akteuren, wie Abbildung 18 (S. 236) zeigt, die Sektorengrenze ins IFZ zu verlegen. Dort hat die Unterscheidung zwischen der ambulanten und stationären Krankenversorgung dann „nur“ noch eine auf die Leistungsvergütung bezogene Relevanz, zu der von NW2 ebenfalls Vorschläge entwickelt wurden²⁰¹. Neben diesen eher auf die Krankenversorgung zielenden (Weiter-)Entwicklungen, strebt NW2 auch die Funktion einer berufspolitischen Vertretung an.

„Es gibt da keine gewachsenen Vertretungsstrukturen für. Also gibt es auch kein natürliches Sammelbecken, wo [...] Ärzte mit dieser Ausrichtung sich zusammenschließen können. Und das machen wir [...] sowohl nach innen [...] wie kann man sein Unternehmertum noch verbessern? Und aber auch die berufspolitische Vertretung“ (Anhang D4M02: 73).

Dies scheint vonnöten, denn das Wachstum der Zentren provoziert Konflikte, unter anderem mit den regionalen KVen.

„Und diese großen [Netzwerke], die dann gerne auch mal Positionen vertreten, die der KV diametral entgegengesetzt sind, die auch gerne mal Verträge abschließen, was die KV ja jetzt auch nicht so wirklich lecker findet. Die [Zentren] haben es schwer, wenn sie wachsen wollen, neue

²⁰¹ Zur Leistungsabrechnung schlägt NW2 einen sogenannten Hybrid-DRG vor (für DRG vgl. 10.2.2). Denn laut NW2 ist es unerheblich „ob das Belegarztwesen weiterhin sektorenspezifisch aus getrennten „Töpfen“ (EBM für Vertragsarzt/Belegarzt-DRG für Krankenhaus) oder aus einem „Topf“ bezahlt wird. Für Letzteres wäre zum Beispiel eine Hybrid-DRG denkbar, sodass das IFZ das Krankenhaus für die in Anspruch genommenen Leistungen bezahlt. Ein auskömmlich finanziertes IFZ-Modell könnte als Blaupause für Regionen dienen, in denen Haupt- in Belegabteilungen umgewidmet oder Krankenhausstandorte ausgedünnt beziehungsweise geschlossen werden“ (Anhang D4.1: 2).

[Arzt-]Sitze genehmigt bekommen wollen. Das merken die alle, dass der Druck von außen auf ihre spezifischen Organisationsformen schärfer wird“ (Anhang D4M02: 91).

Indem in es die konzeptuellen Grundlagen einer sektorenübergreifenden Krankenversorgung im Rahmen des IFZ zur Anwendung bringt, was bei einem Marktanteil von circa 15 Prozent durchaus Gewicht hat, betreibt NW2 *institutional design* (vgl. 7) mit dem Ziel der Überwindung der Sektorengrenze.

16.3.8 Zusammenfassung Netzwerk 2

Ausgehend von der Gründungsidee einer Qualitätsoffensive im Bereich der Augenheilkunde sticht in NW2 die stringente Umsetzung verschiedener Entwicklungsbereiche ins Auge (QMS, Leitlinien, Dokumentationssystem, Ausbildung, Forschung). Behandlungsergebnisse werden in ausgewählten Leistungsbereichen zentral erfasst (Ergebnisdatenbank), um Standards und Benchmarks zu entwickeln, die eine evidenzbasierte Qualitätssicherung auf der Basis netzeigener Studien ermöglicht. Dabei obliegt die Umsetzung dieser Maßnahmen prinzipiell dem Hoheitsbereich der Zentren. Jedoch sorgt eine netzwerkinterne Öffentlichkeit (Jahresberichte, Gesellschafterversammlungen) und die Führung der Marke als *shared symbolic representation* für einen gewissen Konformitätsdruck. Dazu passt die als gemischt bezeichnete Netzwerksteuerung (top-down, horizontal und wechselseitige Steuerung), die unterschiedliche *points of power* zulässt und die Existenz informeller Gruppen, die themenspezifisch arbeiten (vgl. 16.3.1). Direkte Weisungsbefugnisse existieren vor allem zwischen den Zentren und den jeweiligen NW2-Praxen, die durch Kooperations- und Markenlizenzvereinbarungen sowie vonseiten der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellten Handreichungen (Management Reviews) flankiert werden. Bezüglich der Regulation der Zusammenarbeit konzentrieren sich die von NW2 angestoßenen Veränderungen auf den interdisziplinären Bereich. Hier sind vor allem die *clinical coordination* und das *alignment* mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung zu nennen. Besonders anschaulich wird das bei der Allokation von Versorgungsaufgaben, bei der auch *Overlap-Praktiken* zutage treten. Dabei tritt eine „kooperative Berufsausübung“ (Anhang D4.6: 235) in den Vordergrund, die den für Phase III typischen mono-disziplinären und sektoral orientierten Reziprozitätsnormen entgegenstehen. Dabei folgt die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsprofessionen jedoch eher traditionellen Mustern, bei erkennbarer Integration eines perimedizinischen prä- und/oder postoperativen Leistungsangebots. Als wichtiges Merkmal der von NW2 ab 2012 entwickelten integrativen Versorgungsmodelle, wie zuletzt dem IFZ, ist eine

„sektorenübergreifende Verzahnung“ (Anhang D4.6: 233) zur Erreichung einer möglichst nicht-unterbrochenen Leistungserbringung (*seamless care*) zu nennen. Neben den auf die Leistungserbringung bezogenen Aspekten, bezieht NW2 ab 2012 auch gesundheitspolitische Fragen in die konzeptuelle (Weiter-)Entwicklung der Zentren ein.

Dazu im Jahresbericht 2016: „Neue Organisationsformen müssten sich daran messen lassen, ob sie Lösungen für Versorgungsherausforderungen bieten. Erste und wichtigste Herausforderung ist, zur Versorgung in der Fläche beizutragen. [...] Die überwiegende Zahl der [...] Zentren betreibt Filialen in unterversorgten Gegenden. Eine typische Konstellation ist, dass ein Althinhaber einer Praxis keinen Nachfolger findet und anfragt, ob das regionale Zentrum seinen Sitz übernimmt. Zentren haben häufig vergleichsweise gute Voraussetzungen dafür: Angestellte Ärzte sind grundsätzlich eher bereit, an diesen Standorten tätig zu werden“ (Anhang D4.10: 12).

Ob die von NW2 angestoßenen Entwicklungen als Pfadbruch eingestuft werden können, wird unter 17 erörtert.

Die wichtigsten Praktiken (mit handlungsleitenden Skripten), die die Regulation der Zusammenarbeit in den untersuchten Beispielzentren von Netzwerk 2 im Sinne einer Versorgungsintegration (vgl. 1.2) veränderten, sind in nachfolgender Tabelle aufgezählt.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Organisation einer „gemischten“ Netzwerksteuerung (u.a. informelle Praktikergemeinschaften, die sich, im Sinne eines <i>learning as belonging and becoming</i>, an einer interdisziplinären und intersektoralen Netzwerkidentität orientieren)• Qualitätsentwicklung und -sicherung (vgl. QMS) als „Peer Review Verfahren“ (Handlungsorientierung an Qualitätstransparenz, Risikomanagement und evidenzbasierter Medizin)• (Re-)Allokation von Versorgungsaufgaben (Handlungsorientierungen an der interdisziplinären und/oder intersektoralen Krankenversorgung mit ergänzenden perimedizinischen Leistungen)• Anwendung von indikationsbezogenen Leitfäden (Handlungsorientierung an der evidenzbasierten Medizin auf Basis eigener Daten und Studien im Rahmen des QMS)• Entwicklung und Anwendung von Standards in gängigen Verfahren (Handlungsorientierungen u.a. an <i>tacit-knowledge</i> und „evidenzbasierter Weisung“ im Rahmen des QMS)• Entwicklung und Implementierung integrativer Versorgungsmodelle (Handlungsorientierung sind v.a. die Ablösung der sektoral orientierten Versorgung und gesundheitspolitische Einflussnahme) |
|---|

Tabelle 20: Regulationspraktiken in Netzwerk 2

16.4 Zusammenfassung Phase IV

Seit den 1990er Jahren stärken gesundheitspolitische Reformen den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen (*Institutional Realm*). Im Hinblick auf den Aufbau von Versorgungsstrukturen (*Action Realm*, Bereich Struktur) profitierten die hier untersuchten Ärztenetzwerke von den Reformen in unterschiedlicher Weise. Dazu gehört unter anderem mehr Flexibilität in der Leistungserbringung an der Sektorengrenze, die NW2 beim

ambulanten Operieren und dem Aufbau intersektoraler Versorgungsorganisationen (vgl. IFZ) nutzt. Im Rahmen der gezielten Förderung von Arzt- beziehungsweise Praxisnetzwerken wurden zunächst in Modellvorhaben und später im Regelbetrieb Selektivverträge möglich. Diese wurden in einer populationsorientierten und regional angepassten Variante zur Vertragsgrundlage von NW1. Neue Versorgungseinrichtungen wie die MVZ dienen in NW2 als grundständige Betriebsform (Zentren) und wurden von NW1 als ergänzendes Versorgungsangebot in eigener Trägerschaft genutzt. Durch Instrumente wie DMP wurden Qualitätssicherung und leitliniengestützte Leistungserbringung fester Bestandteil der Leistungserbringung. In NW1 fanden sie Niederschlag in den Behandlungspfaden, eingebettet in eine zentrale Patientenakte. In NW2 entwickelte sich das Thema Qualitätssicherung zu einem wichtigen Rückgrat der Zusammenarbeit (vgl. QMS, Standards). Die Patientensteuerung, mit Stärkung der hausärztlichen Lotsenfunktion, und die Delegation ärztlicher Versorgungsaufgaben wurden ebenfalls reformiert. In NW1 wurden die Aufgaben der Hausärzte deutlich erweitert (vgl. Eingangsdagnostik in Behandlungspfaden) und die Delegation von Versorgungsaufgaben war ein fest etablierter Bestandteil der Zusammenarbeit. In NW2 wurden im Rahmen der Allokation von Versorgungsaufgaben disziplinäre Aufgabenverschiebungen sichtbar. Die Nutzung digitaler Dienste und Tools fand in beiden Netzwerken rege Anwendung (zentrale Patientenakte, Behandlungspfade, Ergebnisdatenbank, Terminvergaben). Bezüglich der Regulation der Zusammenarbeit (*Action Realm*, Schwerpunkt Bereich Handeln), entwickelten sich in NW1 die indikationsbezogenen Behandlungspfade im Rahmen des Selektivvertrages zu *boundary practices*, mit deren Hilfe die Leistungserbringung sowohl vertikal als auch systemisch (stationärer Leistungssektor) integriert werden konnte. Im Zuge des Case-Managements, AGnES^{zwei} und SAPV wurden *peripheries* sichtbar, die für eine Vergrößerung des Interaktionsnetzwerks sorgten. In NW2 fungiert das umfassende System der Qualitätsentwicklung und -sicherung als ideologischer Treiber der Leistungsintegration. Auf Ebene der Praktiken sind *overlaps* zu erkennen, die sich als grenzgängige Praktiken in der Allokation von Versorgungsleistungen zeigen und zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Schnittstelle ambulant/stationär sorgten. Über die Krankenversorgung hinaus, gelingt es NW2 mit konzeptuellen Entwicklungen wie dem IFZ einen spezifischen Versorgungsraum an der ambulant-stationären Schnittstelle zu definieren, konzeptuell zu verankern und Verbandsfunktionen zur berufs- und gesundheitspolitischen Vertretung zu entwickeln.

17 Gesamtauswertung: Der Pfadverlauf

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Entwicklungsprozess untersucht, der Ende des 19. Jahrhunderts einsetzte und bis in die Gegenwart reicht. Der Gegenstand der Untersuchung war die Entwicklung von Regulationspraktiken, mit denen ärztliche Leistungserbringer ihre zur Krankenversorgung notwendige Zusammenarbeit wechselseitig und mit anderen Akteuren organisieren und koordinieren. Über das dafür entwickelte Untersuchungsmodell wurden institutionelle Rahmenbedingungen und prozessdynamische Verläufe (*Institutional Realm*) sowie strukturelle und handlungsbezogene Einflüsse (*Action Realm*) im Hinblick auf die Regulation der Zusammenarbeit kombiniert betrachtet (vgl. 8.1). Die Untersuchung folgte der Annahme, dass sich im Verlauf von Phase I auf Phase II des hier zugrundgelegten Berliner Modells Pfadabhängigkeit ausbildete. Das bedeutet hier, eine zunehmende Unfähigkeit aufseiten der Kollektiv- und Individualakteure die Entstehung fragmentierter Versorgungsstrukturen und Regulationspraktiken, trotz vorhandener Alternativen, zugunsten einer integrierten Leistungserbringung zu unterbinden. Angetrieben von selbstverstärkenden Mechanismen (siehe unten), mündete die Entwicklung in Phase III, so die These, in ein hyperstabiles System der fragmentierten Krankenversorgung mit wie folgt skizzieren Reziprozitätsnormen:

„They choose continuity over change because start-up, learning and coordination costs, as well as adaptive expectations, combine with continued returns to render the existing path a safe and positive choice. Increasing returns is the causal mechanism of path reproduction that encourages actors to invest in the status quo over better options“ (Ross 2007: 593).

Demgegenüber wurde in Phase IV der These gefolgt, dass dieses fragmentierte und hyperstabile System der Leistungserbringung im Sinne einer Versorgungsintegration (vgl. 1.2) gebrochen werden kann, was beispielhaft an zwei Ärztenetzwerken untersucht wurde. Dabei wurde der „Pfadbruch“ als „sequential model of structuring“ (Barley 1986: 82) definiert. Das heißt, wiederum im Wechselspiel zwischen *Institutional Realm* und *Action Realm* werden in Phase IV eine Umkehr zu integrationsförderlichen Rahmenbedingungen und ein Aufbau integrativer Versorgungsstrukturen und ebensolcher Reziprozitätsnormen erkennbar.

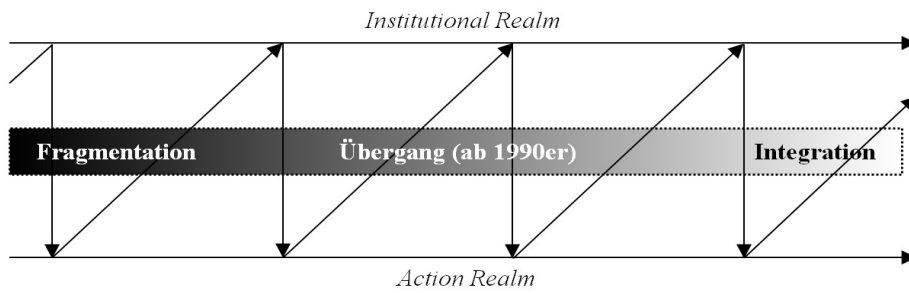


Abb. 19: Pfadverlauf im Übergang von Phase III auf Phase IV (eigene Darstellung i.A.a. Barley 1986: 82)

Wie in Abbildung 19 dargestellt, handelt es sich beim Pfadbruch um einen Prozess, der in der hier untersuchten (ambulanten) Krankenversorgung noch anhält, wie aktuell identifizierte Barrieren der Versorgungsintegration zeigen (vgl. 1.3). Dementsprechend ist in der Phase des Pfadbruchs eine Gleichzeitigkeit von Fragmentierung erhaltender und Integration fördernder Entwicklungen zu beobachten (vgl. 2.7). Nachfolgend werden die phasenspezifischen Forschungsfragen beantwortet, bevor am Ende dieses Abschnitts ein zusammenfassender Überblick über den Pfadverlauf gegeben wird.

17.1 Beantwortung der Forschungsfragen

F1 Welche historischen Entwicklungsprozesse waren voraussetzungsvoll für die Ausbildung fragmentierter Versorgungsstrukturen in Phase I?

Als Ausgangspunkt des in der vorliegenden Arbeit untersuchten Pfadverlaufs wurde eine „bedingt integrierte“ Krankenversorgung beschrieben, die Mitte des 19. Jahrhunderts von der approbierten Ärzteschaft für eine ausgewählte Klientel zur Verfügung gestellt wurde (vgl. 13). Finanziert über private Behandlungsverträge, deckte die „private Praxis“ den ambulanten und stationären Leistungssektor ab. Neben den damals praktizierenden Heilern, Wundärzten, Barbierchirurgen oder Laienheilern war die private Praxis eher eine Randerscheinung im damaligen Leistungsspektrum. Dieses sollte sich schnell ändern. Mit der fortschreitenden Akademisierung der Medizin, der einsetzenden Dominanz des medizinischen Professionalismus und dem Aufbau disziplinar getrennter Versorgungsstrukturen rückte die approbierte Ärzteschaft ins Zentrum der Krankenversorgung. Hinsichtlich der Fragmentierung wurden damit aber auch die Grundlagen einer rein ärztlichen, kurativ ausgerichteten und im Zuge des „neuen Spezialismus“ disziplinar getrennten Krankenversorgung gelegt, gefolgt von bis in die Gegenwart reichenden Zuständigkeits- und Honorarstreitigkeiten innerhalb der ärztlichen Profession und einer damaligen ersten Marktschließung („ärztlichen Behandlung“) gegenüber anderen Gesundheitsprofessionen. Demnach wurden in Phase I die Voraussetzungen für die Ausbildung eines fragmentierten Versorgungssystems von der Ärzteschaft selbst geschaffen, die in Phase II pfadabhängige Formen annehmen sollte (siehe unten). In Phase I wurden ebenfalls einige nachhaltige Institutionen geschaffen. Allen voran die „private Praxis“, die als symbolische Repräsentanz der ärztlichen Unabhängigkeit und Alleinzuständigkeit nachhaltige Folgen hatte. So diente die private Praxis fortan als äußerst rigide Blaupause der Niederlassung in Einzelpraxen und wurde so zum grundständigen Strukturmerkmal der ambulanten Krankenversorgung.

F2 Wie haben sich fragmentierte Versorgungsstrukturen mit entsprechenden Reziprozitätsnormen in Phase II etablieren können?

Die Einführung der Krankenversicherung im Jahre 1883 wurde als *critical event* im Übergang von Phase I auf II ausgemacht. Die danach einsetzende Gründungswelle von Krankenversicherungen führte zu grundlegenden Verschiebungen im institutionellen Gefüge der Krankenversorgung. Im Zuge der Befriedung fortwährender Konflikte zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherungen (vgl. Sicherstellung) bildete sich ein *institutional cluster* aus komplementären Rechts- und Interaktionsnormen, das sich über *input-output*

relationships selbst verstärkte (vgl. Tabelle 12, S. 168). In der ambulanten Krankenversorgung schlug sich dieses in verschiedenen, die Fragmentierung fördernden Entwicklungen nieder. Die Kassenärztlichen Zusammenschlüsse trieben den a) Roll-out des Kollektivvertrags voran und unterbanden einzelvertragliche Regelungen nachhaltig. Der von der Ärzteschaft erwirkte b) sektorale Kontrahierungszwang zwang die Krankenversicherungen zur Aufgabe intersektoraler Leistungsverträge. Die KVen sorgten am Ende von Phase II für eine c) starke Konturierung der ambulanten Leistungserbringung gegenüber dem stationären Leistungssektor und den ambulanten Versorgungsleistungen der Krankenversicherungen (Marktschließung II). Komplementär zu diesen Entwicklungen führten Honorarstreitigkeiten und disziplinäre Abgrenzungen zwischen den allgemeinmedizinisch tätigen Niedergelassenen und den neuen „Spezialärzten“ (Fachärztinnen und -ärzte) zur Etablierung des korporatistischen Steuerungsmodells (für die gesamte Krankenversorgung), das auch zukünftig wettbewerbliche Suchprozesse unter den Leistungserbringern erschweren sollte. Mit Blick auf die hier untersuchten Regulationspraktiken förderten diese Rahmenbedingungen die Ausbildung sektoral orientierter und mono-disziplinär ausgerichteter Skripte aufseiten der Leistungserbringer, die sich über adaptive Erwartungen stabilisierten und in Phase III schließlich hyperstabile Formen annahmen (siehe unten).

F3a Sind die entstandenen Versorgungsstrukturen und Normen der Zusammenarbeit in der ambulanten Krankenversorgung von Phase III pfadabhängig?

Unter Rückgriff auf ein gesundheitspolitisches Erbe gelang den Kollektivakteuren nach 1945 ein zügiges Einschwenken auf *on path* in Form der Reaktivierung des in der Kaiserzeit und der Weimarer Republik entwickelten korporatistischen Steuerungsmodells bei grundsätzlicher Beibehaltung der Kollektivakteure. Systemalternativen wurden gegen den Willen der Alliierten abgewehrt, umfassendere Versorgungsansätze zugunsten der Kuration vernachlässigt. Die damit erzielten Wirkungen (*Institutional Realm*) wurden als Restauration und systemische Schließung zusammengefasst. In der ambulanten Krankenversorgung konnte so ein einheitliches Arztsystem finalisiert und das sogenannte „KV-System“ fest etabliert werden. Innerhalb dessen trat ein dreifaches *lock-in* zutage. Erstens, als regionalpolitisches *lock-in* gelang es den KVen integrierte Versorgungsansätze durch einen im Vertragsarztrecht begründeten Teilnahmevorbehalt zu überformen (z.B. in Bezug auf Anstellungs- und Kooperationsmodalitäten). Zweitens, ein kognitives *lock-in* in Form einer *cognitive embeddedness*. Unter Rückgriff auf Phase I (Alleinzuständigkeit) wurde dabei die ärztliche Profession mit dem System der (ambulanten) Krankenversorgung gleichgesetzt, was unter

anderen zu *cognitive boundaries* gegenüber nichtärztlichen Leistungserbringern führte. Drittens trat vor diesem Hintergrund ein funktionales *lock-in* zutage, bei dem die niedergelassene Ärzteschaft als *impermeable frontier* gegenüber professionsexternen Einflüssen fungierte. Mit Blick auf die Regulation der Zusammenarbeit in der ambulanten Krankenversorgung konnten sich im KV-System a) mono-professionelle, c) mono-disziplinäre und c) sektoral orientierte Reziprozitätsnormen unter den Leistungserbringern stabilisieren, die über entsprechende handlungsleitende Skripte die zur Krankenversorgung notwendige Zusammenarbeit bestimmten (vgl. Tabelle 13, S. 181).

F3b Sind fragmentierte Versorgungsstrukturen und Normen der Zusammenarbeit ineffizient?

Die in Phase III hyperstabilen Versorgungsstrukturen und Reziprozitätsnormen, begünstigen die Entstehung von Regulationspraktiken, die insofern als ineffizient beschrieben werden können, als dass sie einer koordinierten und kontinuierlichen Krankenversorgung entgegenstehen, welche wiederum als effizienter und leistungsfähiger erachtet wird (z.B. Suter et al. 2009; Minkman 2016; Luthe 2017; vgl. 1.2). In der für diese Arbeit konzeptualisierten „regulativen Ineffizienz“ (vgl. 2.4) kommen Reziprozitätsnormen zum Tragen, die dem „steigende[n] Bedarf nach Koordination und Integration bei der Gesundheits- und Patientenversorgung [sowie einem] gleichberechtigten und auf die jeweilige Professionalität konzentrierten Arbeiten im Team, Interprofessionalität und Kooperationsbereitschaft [und einer] gleichberechtigte[n] Beteiligung an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen“ (Fachkommission für Gesundheitspolitik 2013: 31) nicht gerecht werden. Darüber hinaus können die in Phase III beschriebenen Restorations- sowie die strukturellen und professionellen Abgrenzungsprozesse in der ambulanten Krankenversorgung (KV-System) unter Verweis auf Cassel et al. (2008: 219f) als gesundheitspolitische und „ordnungsökonomische Unentschlossenheit – wenn nicht gar Orientierungslosigkeit“ – aufseiten der Kollektivakteure gegenüber den offensichtlich notwendigen Reformen in der GKV beschrieben werden. In Bezug auf ihr regulatives Potenzial können die Versorgungsstrukturen und Reziprozitätsnormen in Phase III daher als ineffizient bewertet werden.

F4 Gelingt es den Ärztenetzwerken, integrierte Versorgungsstrukturen und Reziprozitätsnormen zu etablieren, die als Pfadbruch bezeichnet werden können?

Die in 1990er Jahren eingeleiteten Reformen (*Institutional Realm*) schafften größere Freiräume zur Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle (vgl. 16.1), die auch von den hier untersuchten Ärztenetzwerken genutzt wurden (vgl. 16.2; 16.3).

Netzwerk 1 hatte eine populationsorientierte regionale Vollversorgung zum Ziel. Über ein Baukastensystem aus Selektivverträgen schaffte es die Voraussetzungen zur Entwicklung a) interdisziplinärer, b) interprofessioneller und c) (inter-)sektoraler Praktiken, mit denen eine integrationsförderliche Regulation der Zusammenarbeit bei ausgewählten Indikationen möglich wurde. Behandlungspfade sorgten für eine vertikale (interdisziplinäre) und systemische (stationärer Leistungssektor) Versorgungsintegration und erweiterten die Controlling-Möglichkeiten des Netzwerkmanagements. Eingebettet in die zentrale Patientenakte wurden sie in ihrer Anwendung zu *boundary practices*. Hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Einbeziehung weiterer Akteure (vgl. Demenzversorgung) fungierten die Management- und Servicegesellschaften als *boundary spanning leaders*. Sie stießen mit ihren Angeboten (Case- und Care-Management, SAPV, AGnES^{zwei}, Freiwilligengruppe, Patientenschulungen, vgl. 12.3) nicht nur Lernprozesse unter den Niedergelassenen bezüglich der Delegation von Aufgaben an, sondern schafften auch Schnittstellen in Form von *peripheries* in nicht-kurative Bereiche der Krankenversorgung beziehungsweise Public Health. **Vor diesem Hintergrund kann die in NW1 praktizierte Regulation der Zusammenarbeit als Pfadbruch bezeichnet werden.** Jedoch ist anzumerken, dass die veränderten Regulationspraktiken von lediglich teilinkludierten Akteuren (vgl. 16.2.3) und indikationsbezogen zur Anwendung gebracht wurden. Der von einem Leistungserbringer beschriebene „Kulturwechsel“ (Anhang D3L01: 43) in der Art und Weise der Zusammenarbeit breitete sich zwar innerhalb von NW1 aus, das Ziel einer populationsorientierten Vollversorgung in integrierten Versorgungsstrukturen konnte jedoch nicht erreicht werden (vgl. 16.2.10). Daher wird der Pfadbruch primär auf Ebene des verwirklichten Interaktionsnetzwerks (vgl. Abb. 16, S. 206) verortet. Gleichzeitig ist von fortbestehenden, die Fragmentierung erhaltenden Reziprozitätsnormen unter den Niedergelassenen auszugehen.

Netzwerk 2 gelang eine im Gesamtnetzwerk vorangetriebene und in den Zentren umgesetzte evidenzbasierte Qualitätssicherung (QMS). In definierten Entwicklungsbereichen wurde eine formelle und informelle Zusammenarbeit möglich (vgl. Tabelle 19, S. 219), die hinsichtlich der Regulation der Zusammenarbeit eine Verschränkung (*overlaps*) der ambulanten und (teil-)

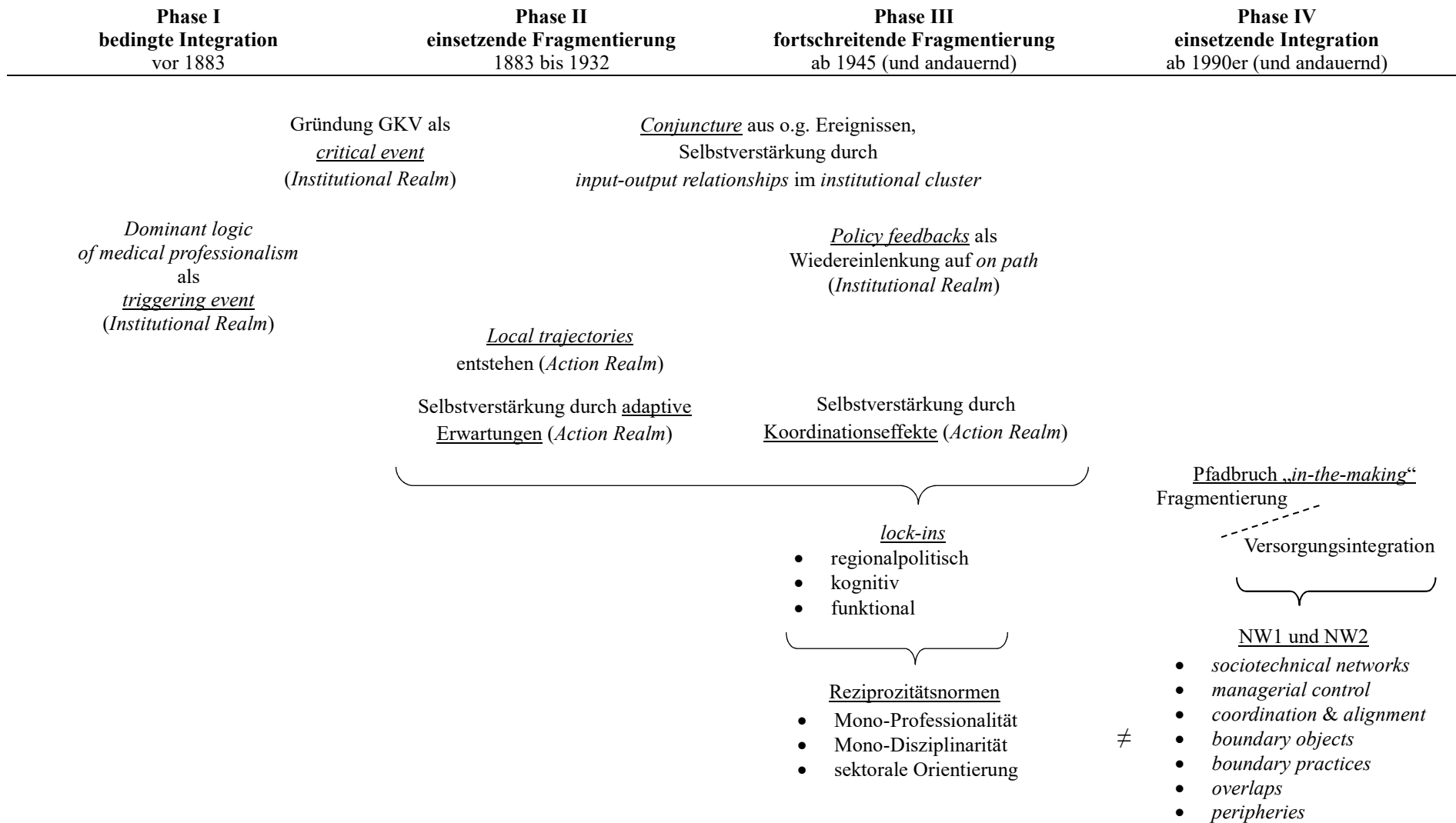
stationären Leistungserbringung möglich machte (Allokation von Versorgungsleistungen). Zudem förderte die evidenzbasierte Entwicklung netzwerkweit gültiger Standards die Entstehung von interdisziplinären Lerngemeinschaften unter den augenärztlichen Subdisziplinen. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass im Zuge des Co-Brandings gemeinsam getragene Werte und Ziele als *symbolic representation* der oben beschriebenen Leistungsintegration zum Ausdruck kommen, die in Konzepten wie dem Integrierten Facharztzentrum (IFZ) eine konzeptuelle Rahmung und verbandspolitische Bedeutung finden. **Vor diesem Hintergrund können die in NW2 angestoßenen Entwicklungsprozesse insofern als Pfadbruch bezeichnet werden, als dass sie eine interdisziplinäre und intersektorale, qualitätsgetriebene Versorgungsintegration möglich machten.** Jedoch ist einzuschränken, dass hier keine größeren Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit festgestellt werden konnten, was zum Teil auf die fachärztliche Ausrichtung von NW1 zurückzuführen ist.

17.2 Gesamter Pfadverlauf

In der nachfolgenden Tabelle sind in Teil 1 die für den Pfadverlauf wichtigsten Ereignisse aufgezählt, in Teil 2 ist der Pfadverlauf in theoretisch-konzeptueller Sicht zusammenfassend dargestellt.

	Phase I bedingte Integration vor 1883	Phase II einsetzende Fragmentierung 1883 bis 1932	Phase III fortschreitende Fragmentierung ab 1945 und andauernd	Phase IV einsetzende Integration ab 1990er und andauernd
Institutional Realm	<ul style="list-style-type: none"> • kompetitives, „marktliberales“ System mit geringer Regelungstiefe • neuer Spezialisierung/Akademisierung der Medizin mit disziplinär ausgerichteten Strukturaufbau • einsetzende <i>dominant logic of medical professionalism</i>: <ul style="list-style-type: none"> - Definition „ärztliche Behandlung“ (Marktschließung I) - Durchsetzung Anbietermonopol sowie Fach- und Zuständigkeitsmonopol - Beginn der professionellen Selbstregulierung und Selbstkontrolle in der Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • systemische Ausdifferenzierung (Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmarkt) nach Gründung der GKV • Ablösung der Einzelverträge und Roll-out des Kollektivvertrags • Ausschluss der Krankenversicherungen von der ambulanten Krankenversorgung (Marktschließung II) und sektoraler Kontrahierungszwang • forcierte Trennung der Leistungssektoren • Einsetzen des Korporatismus und der Regelversorgung (Leistungskatalog) 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauration und Finalisierung: <ul style="list-style-type: none"> - Korporatismus mit starker ärztlicher Selbstkontrolle (vs. zentralistisches Versorgungssystem) - einheitliches Arztsystem (vgl. Kassenarztrecht) - Stärkung der KVen in der ambulanten Krankenversorgung - Forcierung einer rein kurativ ausgerichteten Krankenversorgung (vs. Public Health) - Negierung von Modellen der gemeinschaftlichen Berufsausübung 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung selektiver Vertragsformen • Förderung Versorgungsmanagement • Wettbewerbsstärkung (z.B. ambulante spezialärztliche Versorgung) • Stärkung integrativer Versorgungsformen (z.B. MVZ) • Flexibilisierung Vertragsarztrecht • Stärkung Qualitätsmanagement und Leitlinien (z.B. DMP) • Förderung der hausarztzentrierten Versorgung und Delegationsmodelle • gezielte Förderung von Ärztenetzwerken • Förderung der Digitalisierung
Action Realm	<ul style="list-style-type: none"> • direkter Behandlungsvertrag zwischen Ärzteschaft und ausgewählter (städtischer) Patientenpopulation • Versorgungsmodell „private Praxis“: <ul style="list-style-type: none"> - intersektorale Versorgung durch flexibles Belegarztwesen - Entwicklung des Selbstbilds der „Alleinzuständigkeit“ und solitären Erbringung und Koordination von Versorgungsleistungen aufseiten der Ärzteschaft - „private Praxis“ wird zur ideellen Blaupause einer unabhängigen ärztlichen Leistungserbringung 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung der Kassenärztlichen Zusammenschlüsse als intermediäre Struktur zw. Leistungserbringern und Krankenversicherungen • Konturierung der ambulanten Leistungserbringung gegenüber Krankenhäusern und Krankenversicherungen • Niederlassung in Einzelpraxis als grundständige Versorgungsorganisation und Strukturmerkmal in der ambulanten Krankenversorgung • fortschreitende Entwicklung disziplinär ausgerichteter Skripte bei den Niedergelassenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentierung als Strukturmerkmal der ambulanten Krankenversorgung mit folgenden Reziprozitätsnormen: <ul style="list-style-type: none"> - Mono-Professionalität (Alleinzuständigkeit, <i>gatekeeping</i>, Arztvorbehalt, <i>acute care mindset</i>, Anweisungsbeziehungen) - Mono-Disziplinarität (solitäre Praxis, getrennte Zuständigkeiten, informelle Koordination) - sektorale Orientierung (Abgrenzung der Leistungssektoren) • Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung • intransparente Qualitätssicherung und Informationsweitergabe 	<p>NW1 (2004-2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> • populationsorientierte Vollversorgung (Baukasten aus Selektivverträgen) • Kompetenzteams, Behandlungspfade, und zentrale Patientenakte stärken die (inter-)sektorale Vernetzung • Professionelles Management (u.a. NAO, Case-Management) fördern Interaktionsnetzwerk zur integrierten Leistungserbringung <p>NW2 (ab 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau horizontaler und vertikaler Netzwerkbeziehungen • umfassendes Qualitätsmanagement ermöglicht flexibilisierte Aufgabenverteilung mit funktionaler Überwindung der Sektorengrenze

Tabelle 21: Gesamter Pfadverlauf (Teil 1)



≠

Tabelle 21: Gesamter Pfadverlauf (Teil 2)

Teil VI – Abschlussbetrachtungen

18 Ergebnisdiskussion

Seit dem Beginn der Kostendämpfungspolitik in den 1970er Jahren (vgl. 11.7f) gehört die Versorgungsintegration (vgl. 1.2) zu den reformpolitischen Dauerbrennern im Gesundheitswesen (z.B. Jahn 1975; Rosewitz/Webber 1990; Brandhorst et al. 2017). Allerdings hält sich deren Umsetzung in einem überschaubaren Rahmen, denn noch immer treten deutliche Barrieren der Integration auf verschiedenen Ebenen zutage (vgl. 1.3). In der vorliegenden Untersuchung wurde zum einen nach den Beharrungsgründen gegenüber den auf Integration zielenden Reformen gesucht. Zum anderen wurden aber auch Möglichkeiten von deren Überwindung aufgezeigt. Dazu wurde auf einen eher diskreten aber dennoch einflussreichen Gegenstand fokussiert: die ärztlichen Regulationspraktiken in der ambulanten Krankenversorgung. Dies sind über die Zeit entstandene, wiederholt ausgeführte und wechselseitig angepasste Handlungsvollzüge, mit deren Hilfe die Leistungserbringer ihre Zusammenarbeit organisieren und koordinieren. In einem historischen Rückblick wurde die Entstehungsgeschichte dieser Praktiken rekonstruiert, denn noch immer wird deren Ausführung von Entwicklungen beeinflusst, die bis in die Zeit vor Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung zurückreichen.

Am Ende des 19. Jahrhunderts traf eine sich disziplinär stark differenzierende ärztliche Profession auf an Einfluss gewinnende Krankenversicherungen. Zuständigkeitskonflikte in der (ambulanten) Leistungserbringung und Honorarkonflikte ließen nicht lange auf sich warten. Der daraufhin eingeschlagene Weg zum Kollektivvertrag im korporatistischen Steuerungsmodell bot sich als Befriedungsmaßnahme an (vgl. 11.2; 14.1). Jedoch wurden dabei äußerst dauerhafte Institutionen geschaffen, und die Regelungstiefe im System der Krankenversorgung wuchs (vgl. 14.1.4). Auch in der ambulanten Krankenversorgung folgten die Akteure dem korporatistischen Steuerungsmodell und schufen mit dem „KV-System“ eine bis in die Gegenwart einflussreiche Institution zur Wahrung einer kurativ ausgerichteten, disziplinär und professionell segmentierten sowie sektoral orientierten Leistungserbringung (vgl. 11.5f; 15). Es folgten Versuche einer stärkeren Wettbewerbsorientierung und Bemühungen der Deregulierung im Gesundheitswesen²⁰². In der ambulanten

²⁰² Jedoch können sich Deregulierungsbemühungen in der Krankenversorgung auch in ihr Gegenteil verkehren. Hierzu verweisen Helderman et al. (2012: 105f) auf das Paradox, dass trotz der Schaffung von Quasi-Märkten und der Förderung privater Unternehmungen, der Einfluss vonseiten des Staates nicht weniger wurde, sondern zugenommen hat: „Many European countries have experimented with (quasi-) market-oriented reforms, which has made their regulatory challenge considerably more complex as governments now also need to monitor the competitive strategies and rent-seeking behavior of third-party payers and health-care providers (both public and private)“.

Krankenversorgung sollten integrierte Versorgungsmodelle (Steiner/Buchs 2005) oder Vollversorgungsmodelle (Hildebrandt et al. 2011) die Krankenversorgung sichern, Kosten reduzieren und die Versorgungsqualität erhalten oder gar verbessern²⁰³.

Neben dieser Makroperspektive auf Reformen scheint sich in den vergangenen Jahren aber auch die Erkenntnis durchzusetzen, dass ein Blick auf die Mikrofundierungen des Versorgungshandelns (vgl. 4.2) ein ebenfalls gangbarer Reformweg sein könnte. Dies zeigt ein Blick auf die von Gibis und Tophoven (2017: 191ff) unterbreiteten Reformvorschläge für die ambulante Krankenversorgung, bei denen die Frage der interdisziplinären, interprofessionellen und intersektoralen Regulation der Zusammenarbeit bedeutsam ist. Dies gilt zum Beispiel auch für die oftmals geforderten Versorgungsketten, die auf eine „Zusammenarbeit aller maßgeblichen Anbieter von Gesundheitsleistungen“ (Luthe 2013: 37) zielen (vgl. 1.2). Diese Vorschläge haben gemein, dass sie direkt oder indirekt Änderungen im relationalen Handeln der vorhandenen Leistungserbringer und/oder die Erweiterung des an der Krankenversorgung beteiligten Kreises von Leistungserbringern in den Blick nehmen. Denn:

“No reform can attain its objectives if professionals do not participate in the renewal of their implicit rules of operation [...] it seems desirable to invest in approaches that mobilize professional participation” (Denis et al. 1999: 129f).

Die hier untersuchten Ärztenetzwerke können als eine organisationale Variante einer *professional participation* zur Reformierung der ambulanten Krankenversorgung betrachtet werden. Sie sind Agenten einer einsetzenden Integration. Und auch wenn sie nur Teilaspekte der Krankenversorgung abdecken, zeigt ihre Vernetzungsarbeit doch Wirkung.

- So wurde der von Netzwerk 1 an die regionale Versorgungssituation angepasste populationsorientierte Vollversierungsvertrag als richtungsweisend für die ambulante Krankenversorgung bewertet (vgl. 16.2.2f).
- In der von Netzwerk 1 verwirklichten Verschränkung von Krankenversorgung und Aufgaben aus dem Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge/Public Health (z.B. Freiwilligenarbeit in der Demenzversorgung, Schaffung von Wohnmöglichkeiten, Erhaltung der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld) wurden Kuration und

²⁰³ In diesem Zusammenhang wurden auch grundsätzliche systemische Neuausrichtungen wie eine *value-based healthcare* (vgl. Porter/Guth 2012) diskutiert, in denen Kundenorientierung zur maßgeblichen Größe wird, was unter anderem eine grundlegende Reform der Leistungsfinanzierung nach sich ziehen müsste, wie zum Beispiel im Rahmen von Pay-for-Performance-Modellen (vgl. Glickman/Peterson 2009), deren Wirksamkeit sich jedoch in einer auf Patienten bezogenen Outcome-Qualität nicht zweifelsfrei nachweisen lässt (Mullen et al. 2010).

gesundheitsförderliche Angebote kombiniert, was besonders im ländlichen Raum von Wichtigkeit ist (vgl. 16.2.7).

- Ein quantifizierbarer Erfolg der Zusammenarbeit in Netzwerk 1 ist die knapp zehnpromzentige Senkung von Einweisungen in den stationären Leistungssektor in den beiden Landkreisen, was auf die Anwendung der Behandlungspfade zurückgeführt wurde (Anhang D3.7).
- In Netzwerk 2 ist das elaborierte Qualitätsmanagementsystem hervorzuheben, das als „integraler Bestandteil“ (Anhang D4.4: 7) der interdisziplinären Leistungserbringung unter anderem die Verlagerung von Versorgungsaufgaben ermöglichte (vgl. 16.3.2).
- Das ebenfalls in Netzwerk 2 entwickelte Modell des Integrierten Facharztzentrums (IFZ) hat Modellcharakter für die fachärztliche Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle.
- Als bundesweit organisiertes Ärztenetzwerk sieht sich Netzwerk 2 zudem als Interessensvertretung der Mitglieder und wird dadurch zum Kollektivakteur in Kooperation mit Stiftungen und Verbänden.

Hinsichtlich einer zu erreichenden Versorgungsintegration verweisen die oben stehenden Aspekte auf den Umstand, dass Reformbemühungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Erweiterung von Möglichkeitsräumen (vgl. 6.1) abstellen sollten, um Akteuren wie den hier untersuchten Ärztenetzwerken mehr Freiräume zur handelnden Erschließung von *professional participation* zu geben. Es sind vertrags- und professionsrechtliche Flexibilisierungen notwendig, die Leistungserbringern wie den hier untersuchten Ärztenetzwerken mehr Gestaltungsfreiraum geben, um sowohl interdisziplinäre und interprofessionelle als auch intersektorale Versorgungsmodelle aus ihrer Versorgungspraxis heraus zu entwickeln. Dazu bedarf es nicht nur Rechtssicherheit (vgl. Delegation und Substitution, 10.5.2f) und einer förderlichen Leistungsfinanzierung, sondern auch der Bereitschaft aufseiten der zuständigen Gebietskörperschaften, neue Formen der Koordination und Kooperation in der (ambulanten) Krankenversorgung aktiv zu unterstützen.

19 Empfehlungen für das Netzwerkmanagement

So wie in der vorausgegangenen Untersuchung steht auch bei den Empfehlungen für das Netzwerkmanagement ein handlungsorientierter Ansatz im Mittelpunkt. Denn wie van Wijngaarden et al. (2006: 204) in Bezug auf die Versorgungsintegration (*seamless care*) durch Netzwerke (*health networks*) anmerken:

„[Often only] structures are integrated, the processes and professionals are not better aligned. It seems that these structures are not able to fundamentally change the practice of professionals and the way in which they collaborate“.

Deshalb sollte auch das Netzwerkmanagement in Ärztenetzwerken zu einem Integrationsmanagement werden, in dessen Rahmen nicht die „Integration der Organisation“ (Struktur), sondern die „Organisation der Integration“ (Handeln) im Vordergrund steht (Luthe 2017: 42; vgl. *boundary spanning leadership*, 7.2.3).

Auf vorhandene Netzwerke aufbauen

Die Entwicklung und Umsetzung von gemeinsam Zielen gehört zu den anspruchsvollen Aufgaben des Netzwerkmanagements, wenn die Netzwerksteuerung im Einklang mit den Mitgliedern erfolgen soll (Winkler 2006; Provan/Kenis 2007). In der hier untersuchten ambulanten Krankenversorgung ist zudem zu beachten, dass die historisch gewachsenen Interaktionskorridore (vgl. 3.1) in regionalen Versorgungsräumen (vgl. 6.1), also die *local trajectories* (Martin/Sunley 2006: 409) der Leistungserbringung, in ihrer räumlichen Gestalt nicht ad hoc in eine Netzwerkstruktur überführt werden können. Darauf nahmen auch die hier untersuchten Ärztenetzwerke Rücksicht. In NW1 wurden anhand des populationsorientierten Vollversorgungsvertrags einzelne Indikationen (Selektivverträge) schrittweise ins Leistungsportfolio des Netzwerkes integriert. So war es den Ärztinnen und Ärzten möglich, ihre Überweisungs- und Konsultationsbeziehungen ebenso schrittweise zu integrieren. In NW2 wurden die regional gewachsenen Überweisungs- und Konsultationsbeziehungen ebenfalls berücksichtigt. Sie finden Ausdruck in der Zentrumsstruktur (z.B. regionale Exzellenzzentren, 16.3.2) und der behutsamen Rekrutierung neuer Mitglieder (vgl. 16.3.5). Im Vergleich zu NW1 geht das Netzwerkmanagement in NW2 (Geschäftsstelle und regionale Zentren) über das elaborierte Qualitätsmanagementsystem (vgl. 16.3.2) mit einer größeren Verbindlichkeit vor (siehe unten). Vor diesem Hintergrund sollte ein Netzwerkmanagement in Ärztenetzwerken darauf achten, dass die Zusammenarbeit der Akteure auf bestehenden Vernetzungen fußt. Wobei diese aufgrund ihrer historisch gewachsenen Informalität (siehe nachfolgend) unter Umständen erst freizulegen sind.

Expertise moderieren

Ungeachtet der fortschreitenden Evidenzbasierung in der Medizin (vgl. 11.10) verteilen sich Wissen und Erfahrungen unter praktizierenden Ärztinnen und Ärzten oftmals in persönlichen und meist informell organisierten Netzwerken (Liebowitz 2007; vgl. 15.2.2). Dabei können

Lerngemeinschaften, verstanden als ein wichtiger Aspekt von Praktikergemeinschaften (vgl. 4.3.1), als Quellen zur Schaffung von für die Netzwerkentwicklung relevanten Wissens ausgemacht werden (z.B. Kompetenzteams in NW1, interdisziplinäre Lerngemeinschaften in NW2). Daher sollte das Netzwerkmanagement die vorhandene Expertise der Leistungserbringenden nicht nur zur operativen Koordination (Versorgungsprozesse), sondern auch zur strategisch-normativen Koordination (Gesamtausrichtung der Zusammenarbeit) einbeziehen (Schicker 2008: 151ff). Wobei die strategisch-normative Koordination darauf abzielt, die Zusammenarbeit im Netzwerk und die dafür notwendigen Strukturen und Handlungsvollzüge nach definierten Versorgungszielen auszurichten (vgl. *transforming*, 4.3.3). Besonders in Ärztenetzwerken scheint ein solches Vorgehen angezeigt. Hier ist die gezielte Einbindung der Ärzteschaft als *dominant professional group* (Denis et al. 1999: 117) wohl unabdingbar. Dabei kann sich das Netzwerkmanagement in allen Phasen der Netzwerkentwicklung (vgl. 3.4) an das Konzept der *complexity leadership* anlehnen.

„Complexity leader competencies are more about managing organizational dynamics and enabling informal initiative, than about directing member behavior; they are more about “letting go” rather than controlling, as well as bringing the full power of the aggregate mind to bear on emerging issues“ (Hanson/Ford 2010: 6594).

In diesem Sinne fällt dem Netzwerkmanagement in Ärztenetzwerken eine moderierende Rolle zu. Dabei können Praktiken wie *buffering*, *reflecting*, *connecting* oder *mobilizing* (vgl. 4.3.3) zum Einsatz kommen. Zur Bewahrung und Weiterentwicklung der aufgebauten Strukturen (z.B. Delegation von Versorgungsaufgaben) und Handlungsvollzüge (z.B. *establishment of team structures and mechanisms*, 7.2.1), sollte es die vorhandene Expertise moderieren und zielgerichtet einbinden (siehe nachfolgend).

Einbindung von Akteuren und Aufgabenverteilung gemäß Versorgungspraxis

Zur Einbindung (neuer) Akteure und bei der Aufgabenverteilung im Netzwerk ist das Netzwerkmanagement aufgefordert, zwischen Stabilität und Flexibilität zu balancieren. Es gilt, Erreichtes zu wahren und gleichzeitig Entwicklungen anzustoßen. Bezüglich der Einbindung von Akteuren sind in den untersuchten Netzwerken unterschiedliche Vorgehensweisen erkennbar. In NW1 konnten die Niedergelassenen über die Anzahl der in die Selektivverträge eingeschriebenen Patienten den Umfang ihrer Anbindung quasi „patientenweise“ anpassen (vgl. 12.1.2). Durch die Verwendung der Behandlungspfade war zudem eine anlassbezogene Zusammenarbeit möglich (vgl. virtuelle Organisation, Tabelle 2,

S. 34). Demgegenüber ist in NW2 eine nach Kriterien und Standards geleitete Zusammenarbeit zu beobachten. Wie zum Beispiel in den vertraglich geregelten Zuweisungsbindungen zwischen NW2-Praxen und Zentren oder den Benchmarks für den qualitätsorientierten Strukturaufbau (vgl. 16.3.4). Bezüglich der Aufgabenverteilung wurde in NW1 die Delegation von Versorgungsaufgaben durch das Hinzutreten neuer Berufsgruppen möglich (z.B. Case-Management und Gemeindeschwester, 16.2.7). NW2 konnte eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen operierenden Ärztinnen und Ärzten und konservativ Versorgenden (Allokation, vgl. 16.3.3) umsetzen. Davon ausgehend, kann ein Netzwerkmanagement in Ärztenetzwerken eine flexible bis geregelte Einbindung von Leistungserbringern ans Netzwerk verfolgen und dabei auch die Intensität der Zusammenarbeit über unterschiedliche Formen der Aufgabenverteilung steuern. Dabei sollte das Netzwerkmanagement von konkreten Versorgungsaufgaben ausgehen, also ein aus der Versorgungspraxis heraus entwickeltes Vorgehen wählen, wie ein Fallbeispiel zur Umsetzung integrierter Versorgung in London zeigt.

„New models of shared and collaborative leadership are needed to address the challenges of integrated care in London. These require a shift from thinking about leadership as a control process to a focus on building communities of practice and leading incremental revolutions to generate transformation at a local level“ (Kelley-Patterson 2012: 3).

Beim Netzwerkmanagement geht es nach Sydow (2010c: 400) also darum, das „eigene Managementhandeln in seiner Bedingtheit durch und in seinen Auswirkungen auf das Beziehungsgeflecht zu begreifen“. Die Anpassung vorhandener oder die Etablierung neuer Regulationspraktiken scheint dazu ein adäquates Vorgehen.

20 Weitere Forschung

Pfadtheorie und Netzwerkmanagement

Die in Kapitel 17 beschriebenen Pfadbrüche wurden in NW1 durch teilinkludierte Akteure auf Ebene einer indikationsbezogenen Zusammenarbeit erzielt. Der Pfadbruch umfasste interdisziplinäre, interprofessionelle und intersektorale Aspekte. In NW2 zeigte sich der Pfadbruch in der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit (u.a. Allokation von Versorgungsaufgaben) im Kontext eines netzwerkweiten Qualitätsmanagementsystems. Die Gemeinsamkeiten der Pfadbrüche liegen darin, dass sie auf Ebene von Interaktionsnetzwerken (vgl. 3.1) erfolgten. Zur Weiterentwicklung der pfadtheoretischen Theoriebildung in Bezug auf Netzwerke (vgl. Kim et al. 2006; Sydow 2010a) könnten, ausgehend von vorhandenen

Netzwerk-Typologien (vgl. 3) und im Hinblick auf die relationalen Aspekte (vgl. 3.1f) von Netzwerktypen, deren pfadbrechendes Potenzial in der interorganisationalen Zusammenarbeit erforscht werden. Durch eine umfassende Literaturanalyse mit vertiefenden Fallbeispielen ließe sich eine Typologie von potenziell pfadbrechenden Netzwerkbeziehungen erarbeiten. Diese könnten auch von praktischer Relevanz sein, zum Beispiel zur Überwindung (sozio-)kognitiver oder verhaltensbezogener Beharrungen in Netzwerken.

Netzwerkforschung

In Bezug auf die von Provan und Kenis (2008: 237) beschriebenen Governance-Formen in Netzwerken, mit ihren assoziierten Prädiktoren zur Bestimmung von Netzwerkperformanz, fällt NW2 aus dem Raster, da es alle drei Governance-Formen (*shared*, *lead*, NAO) in sich vereinigt. Dabei dient die Geschäftsstelle als NAO auf Ebene des Gesamtnetzwerks und die Zentren als NAOs auf Zentrumsebene. Vor dem Hintergrund der beschriebenen „gemischten Netzwerksteuerung“ (vgl. Tabelle 19, S. 219) wäre zu klären, unter welchen Bedingungen eine bidirektionale und auf mehreren Ebenen angesiedelte Governance-Struktur als Prädiktor für Netzwerkperformanz dienen könnte.

Versorgungsforschung

Im Hinblick auf die Reformperspektive der Integration und ihrer Barrieren (vgl. 1.2f) wäre zu klären, ob aus einer umfassenden Erhebung von integrativ wirkenden Regulationspraktiken in der Krankenversorgung (unabhängig von Betriebsformen und Vertragsgrundlagen) und einem daraus zu entwickelnden Monitoring-System, umfassendere Erkenntnisse zu den strukturellen und handlungsbezogenen Voraussetzungen einer integrierten Leistungserbringung gewonnen werden können.

21 Limitationen

Aufgrund des langen Untersuchungszeitraums und den deswegen nicht vollständig zu rekonstruierenden Wechselwirkungen zwischen Kollektiv- und Individualakteuren, kann eine nach dem Erkenntnisinteresse getriebene Rekonstruktion des Pfadverlaufs nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Obwohl der Einfluss der ärztlichen Profession auf die Entstehung von Pfadabhängigkeit in der Krankenversorgung evident ist, wäre für zukünftige Untersuchungen dieser Art der Einfluss von Akteuren wie den Krankenkassen noch stärker zu berücksichtigen. Bezüglich der praktischen Leistungserbringung in der ambulanten Krankenversorgung und deren Regulation hinsichtlich einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit,

wäre es gut möglich, nichtärztliche Gesundheitsprofessionen noch stärker in die Untersuchung einzubeziehen.

Auch wenn Regulationspraktiken einen eher diskreten, nicht direkt sichtbaren Charakter haben, sollten bei deren Untersuchung, auch bei schwierigen Feldzugängen, die Anwendung weiterer Erhebungsmethoden (bspw. teilnehmende Beobachtungen) in Betracht gezogen werden.

22 Fazit

Trotz langjähriger Reformen findet der überwiegende Teil der Krankenversorgung in Deutschland noch immer in fragmentierten Strukturen statt. Dies betrifft die in einem Versorgungsfall notwendige funktionale Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen genauso wie die strukturelle und ökonomische Trennung der Leistungssektoren. Mit Blick auf die ambulante Krankenversorgung wurde in der vorliegenden Arbeit ein Prozess der Pfadentstehung rekonstruiert, der in mono-disziplinären, mono-professionellen und sektoral ausgerichteten Reziprozitätsnormen mit entsprechenden Handlungsmustern unter den Leistungserbringern mündete und damit ganz wesentlich zur Fragmentierung in der Krankenversorgung beiträgt. Demgegenüber wurde am Beispiel von zwei Ärztenetzwerken der Frage nachgegangen, ob diese Strukturen aufbauen und Handlungsvollzüge entwickeln können, die den vorausgegangenen Pfad der Fragmentierung brechen können. Dies konnte dargestellt werden. Jedoch nicht in Form eines radikalen Wandels, sondern als eher diskrete Veränderung von Praktiken, mit denen Ärztinnen und Ärzte ihre alltägliche Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und weiteren Akteuren in der Krankenversorgung regulieren. Empirisch zeigten sich die Veränderungen in der Aufgabenverteilung unter den ärztlichen Disziplinen und Gesundheitsprofessionen, es traten Teambildungs- und Lernprozesse zutage und Prozesse der Qualitätsentwicklung zeichneten sich ab, die bis zur Entwicklung von Standards und Benchmarks reichen, um den Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen qualitätsgesichert voranzutreiben. Ebenfalls zeigten sich Annäherungen zwischen Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung, die über die Einbeziehung der Selbsthilfe das Leistungsspektrum der Ärztenetzwerke ergänzte. Allerdings wurde auch deutlich, dass es sich bei dem so beschriebenen Pfadbruch um einen Entwicklungsprozess handelt. Dabei legt die Untersuchung nahe, dass sich der Transit zwischen Pfadabhängigkeit und Pfadbruch beschleunigen ließe, wenn zukünftige Reformen auf die Erweiterung der Handlungsspielräume der Leistungserbringer abstellen, um diese in interdisziplinärer, interprofessioneller und intersektoraler Sicht erweitern zu können.

Literatur

- Achterfeld, C. (2014). *Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen*. Heidelberg: Springer.
- Ackerknecht, E. H. (1989). *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Ackermann, R. (2001). *Pfadabhängigkeit; Institutionen und Regelformen*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Aderhold, J. (2009). *Selektivitäten des Netzwerkes im Kontext hybrider Strukturen und systemischer Effekte – illustriert an Beispielen regionaler Kooperation*. In R. Häußling (Hrsg.), *Grenzen von Netzwerken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Adler, P. S., & Kwon, S.-W. (2013). *The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine*. *Journal of Management Studies*, 50(5), 1–33.
- Adloff, F., & Mau, S. (2005). *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Afuah, A. (2013). *Are Network Effects Really All About Size? The Role of Structure and Conduct*. *Strategic Management Journal*, 34(3), 257–273.
- Alt, R., Legner, C., & Österle, H. (2005). *Virtuelle Organisation – Konzept, Realität und Umsetzung*. *HMD-Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 242, 7–20.
- Altman, S., & Shactman, D. (2011). *Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-long Battle*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Amelung, V. E. (2007). *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V. E. (2011). *Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*. In Ders., S. Eble, & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*. Berlin: Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care (BMC).
- Amelung, V. E., Bucholtz, N., Brümmer, A., & Krauth, C. (2012). *Sehen im Alter. Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Amelung, V. E., Hildebrandt, H., & Wolf, S. (2012a). *Integrated Care in Germany – a Stony But Necessary Road!* *International Journal of Integrated Care*, 12, 1–5.
- Amelung, V. E., Sydow, J., & Windeler, A. (2009). *Vernetzungen im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation*. In Dies. (Hrsg.), *Vernetzungen im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Armbruster, S. (2012). *Die KBV-Vorgaben für die Förderung vernetzter Praxen*. Vortrag auf dem 9. DGIV-Bundeskongress, 5.12.2012.
- Arthur, W. B. (1989). *Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In by Historical Events*. *The Economic Journal*, 99(394), 116–131.
- Arthur, W. B. (1994). *Increasing Returns and Path Dependency in the Economy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Agentur Deutscher Arztnetze (2012). *Ärztliche Kooperationsformen*. www.deutsche-aerztenetze.de (08.10.2012).
- Aulenbacher, B. (2014). *Institutionelle Logiken – Anregungen für die kritische Arbeitsforschung und Gesellschaftsanalyse? Working Paper der DFG-KollegforscherInnengruppe Postwachstumsgesellschaften*. Nr. 10/2014, Jena 2014.
- Aulinger, A. (2008). *Erfolgsorte, Erfolgsarten und Erfolgsträger in Verbundnetzwerk*. In Ders. (Hrsg.), *Netzwerk-Evaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Auschra, C. (2018). *Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review*. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 1–14.
- Baas, J. (2017). *Kooperation und Integration, Herausforderungen und Chancen aus Sicht einer Krankenkasse*. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bach, M., Meyer, I., & Müller, S. (im Druck). *EHealth als Integrationsmotor in der ländlichen Krankenversorgung: Voraussetzungen, Herausforderungen und Chancen*. In B. Reime & C. Weidmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum*. Bern: hogrefe.
- Badura, B. (1994). *Arbeiten im Krankenhaus*. In Ders. & G. Feuerstein (Hrsg.), *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim: Juventa.

- Bandelow, N. C. (2004). *Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung*. In S. Lange & U. Schimank (Hrsg.), *Governance und gesellschaftliche Integration*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Barley, S. R. (1986). *Technology as an Occasion for Structuring – Evidence from Observations of Ct Scanners and the Social-Order of Radiology Departments*. *Administrative Science Quarterly*, 31(1), 78–108.
- Barlösius, E. (2006). *Pierre Bourdieu*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Bartholomeyczik, S. (2004). *Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten*. In Dies. & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Baschin, M., Dietrich-Daum, E., & Ritzmann, I. (2016). Doctors and Their Patients in the Seventeenth to Nineteenth Centuries. In M. Dinges, K. P. Jankrift, S. Schlegelmilch & M. Stolberg (Hrsg.), *Medical Practice 1600-1900 Physicians and Their Patients*. Leiden, Boston.
- Batonda, G., & Perry, C. (2003). *Approaches to Relationship Development Processes in Inter-Firm Networks*. *European Journal of Marketing*, 37(10), 1457–1484.
- Bechky, B. A. (2011). *Making Organizational Theory Work: Institutions, Occupations, and Negotiated Orders*. *Organization Science*, 22(5), 1157-1167.
- Beerheide, R. (2018). *Patientensteuerung. Straßenkarte für Patienten*. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (29–30), A1366.
- Begun, J. W., & Lippincott, R. C. (1987). *The Origins and Resolution of Interoccupational Conflict*. *Work and Occupations*, 14 (3), 368-386.
- Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-Based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft*. Bern: Hans Huber.
- Béland, D. (2010). *Policy Change and Health Care Research*. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 35 (4), 615–641.
- Beneke, S. (2012). *Ehemalige MVZ-Managerin: Effizienz angestellter Ärzte sinkt um 25 Prozent*: facharzt.de (tinyurl.com/y439lylm, 03/2019).
- Berendsen, A. J., Benneker, W. H. G. M., Jong, B. M., Klazinga, N. S., & Schuling, J. (2007). *Motives and Preferences of General Practitioners for New Collaboration Models with Medical Specialists: A Qualitative Study*. *Bmc Health Services Research*, 7, 1–9.
- Berg, N. v. d., Meinke, C., Heymann, R., Fiß, T., Suckert, E., Pöller, C., . . . Hoffmann, W. (2009). *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz*. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (1–2), 3–9.
- Berger, S. (2010). „Die Jagd auf Mikroben hat erheblich an Reiz verloren“ – Der sinkende Stern der Bakteriologie in Medizin und Gesundheitspolitik der Weimarer Republik. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderne Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Bergmann, K.-O., & Wever, C. (2014). *Die Arzthaftung: Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berner, B. (2014). *Einführung in das Vertragsarztrecht. Stand: 2014*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Bodenheimer, T. (2000). *Disease Management in the American Market*. *British Medical Journal*, 320 (7234), 563–566.
- Bölter, R., Ose, D., Götz, K., Miksch, A., Szecsenyi, J., & Freund, T. (2010). *Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten. Chancen und Barrieren aus Sicht deutscher Hausärzte*. *Medizinische Klinik*, 105 (1), 7–12.
- Borgetto, B., & Kälble, K. (2007). *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. Weinheim Juventa.
- Brandhorst, A. (2017). *Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989*. In Ders., H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Brandhorst, A., & Hildebrandt, H. (2017). *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens: Wie kommen wir weiter?* In Ders., H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.

- Brass, D. J., Galaskiewicz, J., Greve, H. R., & Tsai, W. (2004). *Taking Stock of Networks and Organizations: A Multilevel Perspective*. *Academy of Management Journal*, 47 (6), 795–817.
- Braun, B. (2009). *Gesundheitswissenschaftliche Hinweise auf Grenzen des Nutzens der NutzerInnenorientierung in Behandlungsprozessen*. In K. Mozygemba, S. Mümken, & e. al. (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Hans Huber.
- Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., & Schlette, S. (2006). *Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Braun, G. E., Schumann, A., & Glüssow, J. (2009). *Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge*. In G. E. Braun, J. Güssow, A. Schumann, & G. Heßbrügge (Hrsg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Breyer, F., Zweifel, P., & Kifmann, M. (2013). *Gesundheitsökonomik*. Heidelberg Springer Gabler.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). *Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working*. *Organization Science*, 2 (1), 40–57.
- Buchanan, A. (1998). *Managed Care: Rationing Without Justice, But Not Unjustly*. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 23 (4), 617.
- Buchanan, D., & Badham, R. (1999). *Power, politics, and organizational change. Winning the turf game*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Bundesgesetzblatt. (1955). *Gesetz über Kassenarztrecht –GKAR*. Bonn: Bundesgesetzblatt (19.08.1955).
- Bundesversicherungsamt. (2018). *Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Bonn: Bundesversicherungsamt.
- Burger, M. (2013). *Selbstverstärkende Dynamiken in Netzwerken. Interorganisationale Pfadabhängigkeit von Allokationspraktiken*. Heidelberg: Springer Gabler.
- Carlile, P. R., & Reberich, E. S. (2003). *Into the Black Box: The Knowledge Transformation Cycle*. *Management Science*, 49 (9), 1180–1195.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., & Wasem, J. (2008). *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Chreim, S., Williams, B. E. B., & Hinings, C. R. B. (2007). *Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity*. *Academy of Management Journal*, 50 (6), 1515–1539.
- Coleman, J. S., Katz, E., & Menzel, H. (1957). *The Diffusion of an Innovation among Physicians*. *Sociometry*, 20 (4), 253–270.
- Coleman, J. S., Katz, E., & Menzel, H. (1966). *Medical Innovation. A Diffusion Study*. New York: The Bobbs-Merrill Company, Inc.
- Commons, J. R. (1950). *The Economics of Collective Action*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Cox, A. (2005). *What are Communities of Practice? A Comparative Review of Four Seminal Works*. *Journal of Information Science*, 31 (6), 527–540.
- Cross, R., Ernst, C., & Pasmore, B. (2013). *A Bridge Too Far? How Boundary Spanning Networks Drive Organizational Change and Effectiveness*. *Organizational Dynamics*, 42 (2), 81–91.
- Dacin, T. M., Ventresca, M. J., & Beal, B. D. (1999). *The Embeddedness of Organizations: Dialogue & Directions*. *Journal of Management*, 25 (3), 317–356.
- David, P. A. (1985). *Clio and the Economics of QWERTY*. *Economic History*, 73 (2), 332–337.
- David, P. A. (1994). *Why Are Institutions the “Carriers of History”? Path Dependence and the Evolution of Conventions, Organizations and Institutions*. *Structural Change and Economic Dynamics*, 5, 205–220.
- Della Porta, D., & Diani, M. (2015). *The Oxford Handbook of Social Movements*. Oxford: Oxford University Press.
- Demary, V., & Koppel, O. (2013). *Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe*. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft*, 40 (3), 1–17.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). *The Struggle to Redefine Boundaries in Health Care Systems*. In D. Brock, M. Powell, & C. R. B. Hinings (Hrsg.), *Reconstructing the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law*. London: Routledge.

- Deppe, H.-U. (2005). *Historischer Abriss: Die gesetzliche Krankenversicherung als Torso eines gewachsenen Gesundheitssystems*. In J. Jordan & Ders. (Hrsg.), *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt: VAS.
- Deutschmann, C. (2007). *Dynamische Konzepte institutioneller Einbettung. Beitrag zur Konferenz: "Die institutionelle Einbettung von Märkten"- (MPIfG Köln, 1.-3.2.07; Fassung vom 14.2. 07)*.
- Dieterich, A., Kämpers, S., Wörz, M., & Ottovay, K. (2013). *Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich: Discussion Papers, Research Group Public Health SP I 2013–301*. WZB Berlin Social Science Center.
- Dintsios, C.-M., & Gerber, A. (2011). *Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung: Stößt die Gesundheitsökonomie an ihre Grenzen?* In V. Amelung, S. Eble, & H. Hildebrandt (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*. Berlin: Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care (BMC).
- Döhler, M. (1997). *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Döhler, M., & Manow-Borgwardt, P. (1992). *Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung*. Discussion Paper 92/7. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Donhauser, J. (2007). Einführung zum Heft „Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Der Wahn vom ‚gesunden Volkskörper‘ und seine tödliche Folgen“. *Das Gesundheitswesen*, 69, 7–18.
- Eberle, G. (1997). *Bleibt uns die soziale Krankenversicherung erhalten? Von der Bismarck'schen Konzeption zur 3. Stufe der Gesundheitsreform*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Eitmann, J. (2002). *Netzwerkanalyse im Wohnbereich. Egozentrierte Netzwerkkarten als umweltpsychologisches Erhebungsinstrument: Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften*. Technische Universität Berlin.
- Emirbayer, M., & Goodwin, J. (1994). *Network Analysis, Culture, and the Problem of Agency*. *The American Journal of Sociology*, 66 (6), 1411–1454.
- Enthoven, A. C. (2009). *Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation*. *The American journal of managed care*, 15(10 Suppl), 284–290.
- Erices, R., & Gumz, A. (2014). *DDR-Gesundheitswesen. Die Versorgungslage war überaus kritisch*. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (9), A 348–350.
- Etgeton, S. (2011). *Patienten als souveräne Verbraucher – neue Optionen für Patienten*. In A. Fischer & R. Sibbel (Hrsg.), *Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich?* Wiesbaden: Gabler.
- Evang, K. (1960). *Health Service, Society and Medicine*. London: Oxford University Press.
- Fehler, J. (1975). *Integrationsmodell zur Versorgung der Bevölkerung eines Gebietes mit medizinischen Leistungen – MZB-Modell*. In WSI (Hrsg.), *Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten – Möglichkeiten – Grenzen*. Köln: Bund-Verlag.
- Ferdinand, U. (2010). *Health Like Liberty Is Indivisible – zur Rolle der Prävention im Konzept der Sozialhygiene Alfred Grotjahns (1869–1931)*. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderne Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). *The Nonspread of Innovations: The Mediating Role of Professionals*. *Academy of Management Journal*, 48 (1), 117–134.
- Flach, H. (2012). *Der Landarzt geht in Rente. Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen*. Berlin: Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin.
- Fleuret, S. (2011). *Networks in Local Health Systems: Towards New Spaces?* *GeoJournal*, 76 (2), 177–189.
- Fredericks, S., Lapum, J., Schwind, J., Beanlands, H., Romaniuk, D., & McCay, E. (2012). *Discussion of Patient-Centered Care in Health Care Organizations*. *Quality Management in Health Care*, 21 (3), 127–134.
- Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Frevert, U. (1985). „Fürsorgliche Belagerung“: *Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. *Geschichte und Gesellschaft*, 11 (4), 420–446.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2009). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* Wien: Wiener Universitätsverlag.

- Fuglsang, L., & Eide, D. (2012). *The Experience Turn as 'Bandwagon': Understanding Network Formation and Innovation as Practice*. *European Urban and Regional Studies*, 20 (4), 417–434.
- Fujimura, J. H. (1988). *The Molecular Biological Bandwagon in Cancer-Research – Where Social Worlds Meet*. *Social Problems*, 35 (3), 261–283.
- G+G. (2016). Interview mit Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamts: „Der Morbi-RSA hat sich bewährt“. *Gesundheit und Gesellschaft*, 6 (19), 30–33.
- Gabbay, J., & le May, A. (2004). *Primary Care. Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed "Mindlines?" Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care*. *British Medical Journal*, 329, 1–5.
- Garud, R., Hardy, C., & Maguire, S. (2007). *Institutional Entrepreneurship as Embedded Agency: An Introduction to the Special Issue*. *Organization Studies*, 28 (7), 957–969.
- Garud, R., & Karnøe, P. (2001). *Path Creation as a Process of Mindful Deviation*. Department of Organization and Industrial Sociology. Copenhagen Business School.
- Garud, R., Kumaraswamy, A., & Karnøe, P. (2010). *Path Dpendence or Path Creation?* *Journal of Management Studies*, 47 (4), 760–774.
- Geiger, D., & Koch, J. (2008). *Von der individuellen Routine zur organisationalen Praktik – Ein neues Paradigma für die Organisationsforschung?* *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 60, 693–712.
- Genschel, P. (1997). *The Dynamics of Inertia: Institutional Persistence and Change in Telecommunications and Health Care*. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 10 (1), 43–66.
- Gerabek, W. E., Haage, B. D., Keil, G., & Wegner, W. (2007). *Enzyklopädie Medizingeschichte. Band 1. A–G*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Gerlinger, T. (2002). *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Gerlinger, T. (2009). *Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven*. In K. Mozygamba, S. Mümken, & e. al. (Hrsg.), *Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Hans Huber.
- Gersch, M., Kreis, H., Reuter, A., & Schröder, S. (2012). *Monitoring Integrierte Versorgung („Monitoring-IV“). Kein Wachstum in Sicht? Ergebnisse der zweiten Runde der Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen*. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen, Berlin.
- Gersch, M., & Wessel, L. (2016). *E-Health und Health-IT*. In *Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik*. Online Lexikon, 9. Auflage, 2016 (www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de).
- Gerst, T. (2000). *Vertragsärzte: Abschied vom Streikrecht*. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (13), A826-828.
- Gerst, T. (2003). *Ärzte und Gewerbeordnung: „Freiheit von beamtlicher Einmischung“*. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (39), A2495–2497.
- Gerst, T. (2004). *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945–1955*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Gerst, T. (2011). *Zehn Jahre DMP: Wenig Begeisterung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (39), A2011.
- Fachkommission für Gesundheitspolitik (2013). *Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen*. Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung. Berlin, Februar 2013.
- Gibbons, D. E. (2007). *Interorganizational Network Structures and Diffusion of Information Through a Health System*. *American Journal of Public Health*, 97 (9), 1684–1692.
- Gibis, B., & Tophoven, C. (2017). *Reformbedarf in der ambulanten Versorgung. Dauerthema der Gesundheitspolitik*. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Gibson, E. J. (1988). *Exploratory-Behavior in the Development of Perceiving, Acting, and the Acquiring of Knowledge*. *Annual Review of Psychology*, 39, 1–41.
- Giddens, A. (1976). *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretive Sociologies*. London: Hutchinson.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. London: Macmillan.

- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gissel-Palkovich, I. (2012). *Case Management benötigt mehr Begriffs- und Inhaltsklarheit! – Versuch einer Klärung*. *Case Management*, 1, 4–12.
- Göckenjan, G. (1985). *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goldstone, J. A. (1998). *Initial Conditions, General Laws, Path Dependence, and Explanations in Historical Sociology*. *American Journal of Sociology*, 104 (3), 829–845.
- Göpel, E. (2013). *Management örtlicher Gesundheitsprojekte*. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer.
- Grabher, G. (1993). *The Weakness of Strong Ties. The Lock-In of Regional Development in the Ruhr Area*. In Ders. (Hrsg.), *The Embedded Firm. On the Socioeconomics of Industrial Networks*. London: Routledge.
- Griffiths, F., Cave, J., Boardman, F., Ren, J., Pawlikowska, T., Ball, R., . . . Cohen, A. (2012). *Social Networks – The Future for Health Care Delivery*. *Social Science & Medicine*, 75 (12), 2233–2241.
- Grüniger, S. (2001). *Vertrauensmanagement. Kooperation, Moral und Governance*. Marburg: Metropolis.
- Gurney, W. (1976). *Building a Collaborative Network*. *Social work in Health Care*, 1 (2), 185–189.
- Güssow, J., Schumann, A., Braun, G. E., Hildebrandt, H., & Stüve, M. (2007). *Integrierte Versorgung nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 2007*. In P. Doelfs, A. Goldschmidt (Hrsg.), *Management Handbuch DRG*. Heidelberg: medhochzwei.
- Haeder, S. F. (2012). *Beyond Path Dependence: Explaining Healthcare Reform and Its Consequences*. *Policy Studies Journal*, 40, 65–86.
- Hahn, U., Bucholtz, N., Chase, Daniela, Reichert, A., & Amelung, V. E. (2013). *Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon*. *Gesundheit und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 67 (6), 54–59.
- Hall, O. (1946). *The Informal Organization of the Medical Profession*. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12 (1), 30–44.
- Hall, O. (1948). *The Stages of a Medical Career*. *The American Journal of Sociology*, 53 (5), 327–336.
- Hall, O. (1949). *Types of Medical Careers*. *The American Journal of Sociology*, 55 (3), 243–253.
- Hall, O. (1949). *Types of medical careers*. *The American Journal of Sociology*, 55(3), 243-253.
- Hall, O. (1954). *Some Problems in the Provision of Medical Services*. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 20 (4), 456–466.
- Hänel, P., & Herrmann, M. (2012). *Motivation von Hausärzten: Eigentlich zufrieden, aber...* *Public Health Forum*, 20, 16.
- Häussling, R. (2006). Ein netzwerkanalytisches Vierebenenmodell zur struktur- und aktorsbezogenen Deutung sozialer Interaktionen. In B. Hollstein & F. Straus (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanneman, R. A., & Riddle, M. (2005). *Introduction to Social Network Methods*. Riverside, CA: University of California: <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/nettext>.
- Hanson, W. R., & Ford, R. (2010). *Complexity Leadership in Healthcare: Leader Network Awareness*. 1st Collaborative Innovation Networks Conference – Coins2009. 1. 6587–6596.
- Hardy, A. I. (2005). *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Hargadon, A., & Sutton, R. I. (1997). *Technology Brokering and Innovation in a Product Development Firm*. *Administrative Science Quarterly*, 42 (4), 716–749.
- Hargrave, T. & Van de Ven, A. H. (2006). *A Collective Action Model of Institutional Innovation*. *The Academy of Management Review*, 31 (4), 864–888.
- Häussling, R. (2006). Ein netzwerkanalytisches Vierebenenmodell zur struktur- und aktorsbezogenen Deutung sozialer Interaktionen. In B. Hollstein & F. Straus (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helderman, J.-K., Bevan, G., & France, G. (2012). *The Rise of the Regulatory State in Health Care: A Comparative Analysis of the Netherlands, England and Italy*. *Health Economics Policy and Law*, 7 (1), 103–124.
- Hess, R. (2009). Das Arztbild im 21. Jahrhundert. In C. Katzenmeier (Hrsg.), *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Heidelberg: Springer.

- Hessinger, P. (2009). *Soziale Konstruktion von Märkten und integrierte Versorgung – Rationalitätskonflikte in der aktuellen Reform des Gesundheitswesens*. In V. Amelung, J. Sydow, & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzungen im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hildebrandt, H., Schmitt, G., Roth, M., & Stunder, B. (2011). *Implementing Population-Based Integrated Care for a Region: A Work-In-Progress Report on the Project "Gesundes Kinzigtal"*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105 (8), 585–589.
- Hollstein, B. (2006). *Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse – ein Widerspruch?* In Dies. & F. Straus (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Holst, J., & Razum, O. (2015). Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 77(08/09), 593-595.
- Höppner, K., & Kuhlmeiy, A. (2009). *Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen*. G+G Wissenschaft, 9 (2).
- Huerkamp, C. (1985). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. In H. Berding, J. Kocka, & H.-U. Wehler (Hrsg.), *Kritische Studien zur Geisteswissenschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüntelmann, A. C. (2008). *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933*. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2004). *Doing Things Collaboratively: Realizing the Advantage or Succumbing to Inertia?* *Organizational Dynamics*, 33 (2), 190–201.
- IGES. (2007). *Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Kurzfassung*. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung.
- IGES. (2014). *Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Prüfung der Machbarkeit. Kurzfassung des Abschlussberichts für die Techniker Krankenkasse Berlin, 25. Juni 2014*. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung.
- Jacobs, K., & Schulze, S. (2005). *Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland*. In J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration*. Stuttgart: Schattauer.
- Jacobs, K., & Schulze, S. (2011). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft*. In Dies. (Hrsg.), *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO).
- Jacobs, L. R. (2011). *America's Critical Juncture: The Affordable Care Act and Its Reverberations*. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 36 (3), 625–631.
- Jäger, C. (2008). *Das MVZ als Organisationsform in der ambulanten Medizin – eine betriebswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostenökonomie*. München: Dissertation an der Universität der Bundeswehr. Wirtschafts- und Organisationswissenschaften.
- Jäger, C., Cornelius, F., & Braun, G. E. (2009). *Wirtschaftliche Kalkulation und Zukunft großer Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)*. In G. E. Braun, J. Güssow, A. Schumann, & G. Heßbrügge (Hrsg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jahn, E. (1975). *Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik*. In WSI (Hrsg.), *Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten – Möglichkeiten – Grenzen*. Köln: Bund-Verlag.
- Janis, I. L. (1982). *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes*. Boston: Houghton Mifflin.
- Jarzabkowski, P. (2008). *Shaping Strategy as a Structuration Pprocess*. *Academy of Management Journal*, 51 (4), 621–650.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). *Strategizing: The Challenges of a Practice Perspective*. *Human Relations*, 60 (1), 5–27.
- Jones, C., William, H. S., & Borgatti, S. P. (1997). *A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms*. *Academy of Management Review*, 22 (4), 911–945.
- Keller, S. (2012). *Ärztetze und Integrierte Versorgung. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (12), 576–578.

- Kelley-Patterson, D. (2012). *What kind of leadership does integrated care need?* London Journal of Primary Care, 5, 3-7.
- Kim, T.-Y., Oh, H., & Swaminathan, A. (2006). *Framing Interorganizational Network Change: A Network Inertia Perspective*. Academy of Management Review, 31 (3), 704–720.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., & Wasem, J. (2016). *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin: Discussion Papers, Research Group Public Health SP I 2003-302. WZB Berlin Social Science Center.
- Kliemt, H. (2011). *Das kundenorientierte Gesundheitssystem – ein ökonomisches Modell*. In A. Fischer & R. Sibbel (Hrsg.), *Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich?* Wiesbaden: Gabler.
- Knieps, M. (2017a). *Die Geschichte der sozialen Absicherung von Gesundheitsrisiken*. In Ders. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knieps, M. (2017b). *Kooperation und Integration. Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Krankenkassen (I)*. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Knöppler, K. (2009). *Strategische Planung in Einzelschritten*. In W. Hellmann & S. Eble (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koch, J., Schmiemann, G., & Gerhardus, A. (2017). *Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht*. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kraft, A., Fischer, A., Schulte, T., & Pimperl, A. (2016). *Qualitätsindikatoren in der Integrierten Versorgung. Feedback-Berichte als Instrument der Qualitäts- und Effizienzmessung am Beispiel Gesundes Kinzigtal*. Hamburg: OptiMedis AG.
- Kräkel, M. (2007). *Organisation und Management*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Krczal, E. (2017). *Identifying the Determinants for Attractiveness of Interdisciplinary Forms of Care from the Perspective of Health Care Professionals*. International journal of integrated care, 17 (5), 329–339.
- Krebs, M., & Rock, R. (1994). *Unternehmensnetzwerke – eine intermediäre oder eigenständige Organisationsform?* In J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Management Interorganisationaler Beziehungen. Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Kuhn, J., & Bolte, G. (2016). *Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Prävention – wie wird er wahrgenommen?* Gesundheitswesen, 78 (04), P64.
- Kuhn, J., Wildner, M., & Zapf, A. (2012). *Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick*. Deutsches Ärzteblatt International, 109 (9), 413–416.
- Kümpers, S. (2007). *Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz*. Berlin: Discussion Papers, Research Group Public Health. SP I 2007-305. WZB Berlin Social Science Center.
- Küttner, T., & Roeder, N. (2007). *Definition klinischer Behandlungspfad*. In Dies. (Hrsg.), *Klinische Behandlungspfade. Mit Standards erfolgreicher arbeiten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kuckartz, U. (2005). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Labisch, A., & Tennstedt, F. (1991). *Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 bis ca. 1965)*. Berlin: Edition Sigma.
- Lamnek, S. (1993). *Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Leber, W.-D., & Wasem, J. (2016). *Ambulante Krankenhausleistungen – Ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen*. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer.

- Lemieux-Charles, L., Chambers, L. W., Cockerill, R., Jaglal, S., Brazil, K., Cohen, C., . . . Schulman, B. (2005). *Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Care Networks: The Dementia Care Networks' Study*. *Gerontologist*, 45 (4), 456–464.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2015). *Stellungnahme. Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. Halle (Saale).
- Leutz, W. N. (1999). *Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. *Milbank Quarterly*, 77 (1), 77–109.
- Leven, K.-H. (2017). *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zu Gegenwart*. München: C. H. Beck.
- Liebhold, R., & Trinczek, R. (2002). *Experteninterviews*. In S. Kühl & P. Strodtzholz (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Organisationsforschung – ein Überblick*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Liebowitz, J. (2007). *The Hidden Power of Social Networks and Knowledge Sharing in Healthcare*. In R. K. Bali & A. N. Dwivedi (Eds.), *Healthcare Knowledge Management: Issues, Advances and Successes*. New York: Springer.
- Lindner, U. (2004). *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und Deutschland im Vergleich*. München: R. Oldenburg-Verlag.
- Lueger, M. (2010). *Interpretative Sozialforschung. Die Methoden*. Wien: Faclutas Verlag.
- Luhmann, N. (1989). *Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Lukas, C. V., Meterko, M., Lowcock, S., Donaldson-Parlier, R., Blakely, M., Davies, M., & Petzel, R. A. (2002). *Monitoring the Progress of System Integration*. *Quality management in health care*, 10 (2), 1–11.
- Luthe, E.-W. (2013). *Modellebenen der integrierten Versorgung*. In Ders. (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer VS.
- Luthe, E.-W. (2017). *Dimensionen von „Integration“, „Kooperation“ und „Dezentralisierung“*. In A. Brandhorst, H. Hildebrandt, & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mahoney, J. (2000). *Path Dependence in Historical Sociology*. *Theory and Society*, 29, 507–548.
- March, S., Swart, E., & Robra, B. (2006). *Patientenzufriedenheit beim ambulanten/kurzzeit-chirurgischen Operieren in einer Praxisklinik*. *Das Gesundheitswesen*, 68 (06), 376–382.
- Martin, R., & Sunley, P. (2006). *Path Dependence and Regional Economic Evolution*. *Journal of Economic Geography*, 6 (4), 395–437.
- Mayntz, R. (1997). *Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mayntz, R., & Rosewitz, B. (1988). *Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems*. In Dies., Ders., U. Schimank, & R. Stichweh (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbstständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim Beltz.
- McAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Canadian Policy Research Networks Inc. (CPRN) (tinyurl.com/y3tqv9m, 09/2019).
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). *Institutionalized Organizations – Formal-Structure as Myth and Ceremony*. *American Journal of Sociology*, 83 (2), 340–363.
- Meyer, U., & Schubert, C. (2007). *Integrating Path Dependency and Path Creation in a General Understanding of Path Constitution. The Role of Agency and Institutions in the Stabilisation of Technological Innovations*. *Science, Technology & Innovation Studies*, 3, 23–44.
- Minkman, M. M. N. (2016). Editorial. Values and Principles of Integrated Care. 16,1–3.
- Monitor Versorgungsforschung (2009). *Übergangerscheinung, konstitutives Element der ambulanten Versorgung oder gar Lösungsansatz? Status: Ärztenetze in Deutschland*. *Monitor Versorgungsforschung*, 2, 25–29.
- Moon, G. (1990). *Conceptions of Space and Community in British Health-Policy*. *Social Science & Medicine*, 30 (1), 165–171.
- Mühlbacher, A. (2007). *Integrierte Versorgung: Auf dem Weg zur virtuellen Organisation*. Berlin: ZiGprint (Zentrum für innovative Gesundheitstechnologien).

- Mühlbacher, A., & Ackerschott, S. (2007). *Die Integrierte Versorgung*. In K. Wagner & I. Lenz (Hrsg.), *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Mühlbacher, A., Lubs, S., Röhrig, N., Schultz, A., Zimmermann, I., & Nübling, M. (2006). *Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse*. Berlin: ZiGprint (Zentrum für innovative Gesundheitstechnologien).
- Müller, K.-D. (1997). *Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und der DDR 1945–1989*. In R. Jütte (HrsgEd.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Müller-Stewens, G. (2010). *Mergers & Acquisitions: Analysen, Trends und Best Practices*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Nagel, E. (2007). *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistung, Weiterentwicklung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nagel, E., Kessler, O., & Sommerfeld, P. (2007). *Die reflexive Verwaltung. Lernen in sozialen Netzwerken*. Bern: Haupt.
- Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., & Schulte, G. (2017). *Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
- Nakaima, A., Sridharan, S., & Gardner, B. (2013). *Towards a Performance Measurement System for Health Equity in a Local Health Integration Network*. *Evaluation and Program Planning*, 36 (1), 204–212.
- Niebuhr, D., Rothgang, H., Wasem, J., & Greß, S. (2004). *Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Band 2*. Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung.
- Niggemann, A. (1933). *Strukturwandel in den rechtlichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen?* Dissertation Universität Erlangen. Emsdetten/Westfalen: Lechte.
- Nikolow, S., & Steller, T. (2011). *Das lange Echo der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung in der Dresdner Gesundheitsaufklärung*. In H.-P. Lühr (Hrsg.), *Dresdner Hefte 108. Hygienebewegung in Dresden. Karriere einer Idee*. Dresden: Dresdner Geschichtsverein e.V.
- North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Nuissl, H., Schwarz, A., & Thomas, M. (2002). *Vertrauen – Kooperation – Netzerkbildung. Unternehmerische Handlungsressourcen in prekären regionalen Kontexten*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- ODMB (2016). *Co-Branding*. Oxford Dictionary of Management and Business. Oxford: Oxford University Press.
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Ohnewald, M. (2017). *Standortfaktoren für Medizinische Versorgungszentren*. In A. Beivers, G. Haag, G. P. Steidel, & N. F. Wittig (Hrsg.), *Geomarketing. Vernetzungen im Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Oliver, C. (1991). *Strategic Responses to Institutional Processes*. *Academy of Management Review*, 16 (1), 145–179.
- O'Malley, J. A., & Marsden, P. V. (2008). *The Analysis of Social Networks*. *Health services & outcomes research methodology*, 8 (4), 222–269.
- Ortmann, G. (2009). *Management in der Hypermoderne. Kontingenz und Entscheidung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Parchman, M. L., Scoglio, C. M., & Schumm, P. (2011). *Understanding the Implementation of Evidencebased Care: A Structural Network Approach*. *Implementation Science*, 6 (1), 14–23.
- Pierson, P. (2000). *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*. *American Political Science Review*, 94 (2), 251–267.
- Platzer, H. (2011). *Hausarztzentrierte Versorgung am Scheideweg. Bilanz fällt eher ernüchternd aus*. *Die Krankenversicherung*, 63 (9), 256–258.
- Plowman, A. D., Baker, L. T., Beck, T. E., & al., e. (2007). *Radical Change Accidentally: The Emergence and Amplification of Small Change*. *Academy of Management Journal*, 50 (3), 515–543.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.

- Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German Health Care. Moving to a Value-Based System*. Berlin: Springer.
- Powell, W. W. (1990). *Neither Market nor Hierarchy – Network Forms of Organization*. *Research in Organizational Behavior*, 12, 295–336.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). *Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks*. *Journal of Management*, 33 (3), 479–516.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness*. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 229–252.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). *A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness – A Comparative Study of 4 Community Mental-Health Systems*. *Administrative Science Quarterly*, 40 (1), 1–33.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). *Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks*. *Public Administration Review*, 61 (4), 414–423.
- Provan, K. G., Nakama, L., Veazie, M. A., Teufel-Shone, N. I., & Huddleston, C. (2003). *Building Community Capacity Around Chronic Disease Services Through a Collaborative Interorganizational Network*. *Health Education & Behavior*, 30 (6), 646–662.
- Purucker, J., Böhm, M., & Bodendorf, F. (2009). *Praxisnetzstudie 2009 – ein Benchmark zum Reifegrad von Praxisnetzen in Deutschland und der Schweiz*. Tagungsband der eHealth2009 und eHealth Benchmarking 2009. Wien, 7.–8. Mai 2009.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). *Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature*. *Medical Care Research and Review*, 70 (4), 351–379.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2006). *Legitimizing a New Role: Small Wins and Microprocesses of Change*. *Academy of Management Journal*, 49 (5), 977–998.
- Reay, T., & Hinings, C. R. B. (2005). *The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta*. *Organization Studies*, 26 (3), 351–384.
- Reckwitz, A. (2002). *Toward a Theory of Social Practices. A Development in Culturalist Theorizing*. *European Journal of Social Theory*, 5 (2), 243–263.
- Reckwitz, A. (2003). *Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken*. *Zeitschrift für Soziologie*, 32 (4), 282–301.
- Reiß, M. (1998). *Der Neue Mittelstand – Eine Herausforderung an Management, Politik und Wissenschaft*. In Ders. (HrsgEd.), *Der Neue Mittelstand. Start up-Unternehmer in agilen Netzwerken*. Frankfurt: Frankfurter Allgemeine Zeitung.
- Reucher, U. (1999). *Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–1965). Ein Beitrag zur Geschichte bundesdeutscher Sozialpolitik*. Düsseldorf: Droste.
- Reuter, A. (2012). *Die Wandlungsresistenz ärztlicher Praktiken in einem dynamischen Versorgungsfeld. Eine prozessorientierte Analyse ärztlicher Verschreibungspraktiken in der Diabetikerbehandlung (Typ 2) im Zeitraum von 1993 bis 2009*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Wirtschaftswissenschaft des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin.
- Richter, E. A. (2000). *Zehn Jahre Kassenärzte in Ostdeutschland. Erst voller Optimismus, jetzt ernüchtert*. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (25), A 1742–1745.
- Ricken, B., & Seidl, D. (2010). *Unsichtbare Netzwerke. Wie sich die soziale Netzwerkanalyse für Unternehmen nutzen lässt*. Wiesbaden: Gabler.
- RKI (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Robert Koch-Institut Berlin (tinyurl.com/gtsfuwf, 09/2019).
- Rometsch, R. (2008). *Organisations- und Netzwerkidentität. Systemische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Rosenbrock, R. (1995). *Public Health als Soziale Innovation*. *Das Gesundheitswesen*, 75 (3), 140–144.
- Rosenbrock, R. (2007). *Mehr Kooperation mit Patienten gründe und formen – Chancen und Hindernisse*. Vortrag auf der KBV-Tagung „Kooperationsnetzwerke im KV-System – Modelle guter Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten“ am 06.11.2007 in Berlin. <http://dgbv-online.de/daten-fakten-studien.html> (12.08.2013).
- Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber.
- Rosewitz, B., & Webber, D. (1990). *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a. M.: Campus.

- Rosoq, T. (2013). *Pfadabhängigkeiten vertragsärztlicher Leistungserbringung. Eine Herausforderung für den gestaltenden Sozialstaat*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ross, F. (2007). *Questioning Path Dependence Theory: The Case of the British NHS*. *Policy and Politics*, 35 (4), 591-610.
- Rotarius, T., Fottler, M. D., & Blair, J. D. (2003). *Medical Group Affiliations: Interorganizational Relationships and Organizational Performance*. *The Health Care Manager*, 22 (1), 27-33.
- Savage, D. A. (1994). *The Professions in Theory and History: The Case of Pharmacy*. *Business and Economic History*, 129-160.
- Schäfer, A. (2009). *Netzwerkverfassungen. Institutionelle Lösungsansätze zur Überwindung kollektiver Handlungsprobleme in Verbundnetzwerken*: Dissertation an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Fakultät II: Informatik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften.
- Scharpf, F. W. (2000a). *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Scharpf, F. W. (2000b). *Institutions in Comparative Policy Research*. *Comparative Political Studies*, 33 (6-7), 762-790.
- Schatzki, T. R. (2001). *Introduction*. In Ders., K. Knorr Cetina, & E. von Savigny (Hrsg.), *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.
- Schaudig, U. (2018). *Lidchirurgie. Grundlage der Blepharoplastik, Anwendung des CO2-Lasers, Nachsorge und Narbenrevision*. *Der Ophthalmologe*, 114 (4), 264-265.
- Schicker, G. (2008). *Praxisnetze im Gesundheitswesen*. In H. Schubert (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schirmer, H. D. (1997a). *Ärzte und Sozialversicherung (I) – Der Weg zum Kassenarztrecht*. *Deutsches Ärzteblatt*, 94 (26), A 1790-1793.
- Schirmer, H. D. (1997b). *Ärzte und Sozialversicherung (II) – Die Periode der Kostendämpfungspolitik*. *Deutsches Ärzteblatt*, 94 (27), A 1863-1866.
- Schmidt, M. G., & Ostheim, T. (2007). *Der Aufbau staatlicher Sozialpolitik im deutschen Kaiserreich*. In Dies., N. A. Siegel, & R. Zohnhöfer (Hrsg.), *Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schreyögg, G., Sydow, J., Koch, J. (2003). *Organisatorische Pfade – Von der Pfadabhängigkeit zur Pfadkreation?* In: Ders. & J. Sydow (Hrsg.): *Managementforschung 13*. Gabler. Wiesbaden
- Schreyögg, G., & Sydow, J. (2011). *Organizational Path Dependence: A Process View*. *Organization Studies*, 32 (3), 321-335. Schubert, H. (2008). *Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen*. In Ders. (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schubert, H. (2008). *Netzwerkkooperation - Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen*. In Ders. (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Beispiele*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schumpeter, J. A. (2003). *Capitalism, Socialism, and Democracy* [1942]: Taylor & Francis, e-Library.
- Scott, C., Seidel, J., Bowen, S., & Gall, N. (2009). *Integrated Health Systems and Integrated Knowledge: Creating Space for Putting Knowledge into Action*. *Healthcare Quarterly* (Toronto, Canada), 13 Special No, 30-36.
- Scott, R. W., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Scott, R. W. (2008). *Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents*. *Organization Studies*, 29 (2), 219-238.
- Sewell, W. H. (1992). *A Theory of Structure – Duality, Agency, and Transformation*. *American Journal of Sociology*, 98 (1), 1-29.
- Sibbel, R. (2011). *Rahmenbedingung für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt*. In A. Fischer & Ders. (Hrsg.), *Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich?* Wiesbaden: Gabler.
- Siebert, H. (2001). *Ökonomische Analyse von Unternehmensnetzwerken*. In J. Sydow (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der Managementforschung*. Wiesbaden: Gabler.

- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Hogrefe.
- Simunek, M., & Hoßfeld, U. (2011). *Von der Eugenik zur Rassenhygiene*. In H.-P. Lühr (Hrsg.), *Dresdner Hefte 108. Hygienebewegung in Dresden. Karriere einer Idee*. Dresden: Dresdner Geschichtsverein e.V.
- Star, S. L. (1989). *The Structure of Ill-Structured Solutions: Boundary Objects and Heterogeneous Distributed Problem Solving. Working Paper*. Department of Information and Computer Science. University of California.
- Stephani, V., Geissler, A., & Busse, R. (2017). *Kooperation und Integration von Krankenhäusern. Potentiale für disruptive Innovationen?* In A. Brandhorst, H. Hildebrandt, & E.-W. Luthé (Hrsg.), *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Stobrawa, F. F. (2001). *Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur*. München: W. Zuckschwerdt.
- Stürzbecher, M. (1964). *Zur Geschichte der Medizinalgesetzgebung im Fürstentum Münster im 17. und 18. Jahrhundert*. Westfälische Zeitschrift, 114, 165–197.
- Sudhoff, K. (1922). *Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin*. Berlin: S. Karger.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). *Ten Key Ürinciples for Successful Health Systems Integration. Healthcare Quarterly, 13*, 16–23.
- SVR (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Langfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Kurzfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Langfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Langfassung*. Baden-Baden: Nomos.
- Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C., & Kabcenell, A. (2013). *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement (tinyurl.com/y26kn468, 09/2019).
- Swidler, A. (2001). *What Anchors Cultural Practices*. In T. R. Schatzki, K. Knorr Cetina, & E. von Savigny (Hrsg.), *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.
- Sydow, J. (2003). *Dynamik von Netzwerkorganisationen – Entwicklungen, Evolution, Strukturierung*. In W. H. Hoffmann (Hrsg.), *Die Gestaltung der Organisationsdynamik – Konfiguration und Evolution*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Sydow, J. (2008). *Die Evaluationsperspektive in der Netzwerkforschung*. In A. Aulinger (Hrsg.), *Netzwerkevaluation. Herausforderungen und Praktiken für Verbundnetzwerke*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Sydow, J. (2010a). *Organisationale Pfade: Wie Geschichte zwischen Organisationen Bedeutung erlangt*. In M. Endreß & T. Matys (Hrsg.), *Die Ökonomie der Organisation – Die Organisation der Ökonomie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sydow, J. (2010b). *Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung*. In Ders. (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“*. Wiesbaden: Gabler.
- Sydow, J. (2010c). *Führung in Netzwerkorganisationen – Fragen an die Führungsforschung*. In Ders. (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der Managementforschung*. Wiesbaden: Gabler.
- Sydow, J., Schreyögg, G., & Koch, J. (2009). *Organizational Path Dependence: Opening the Black Box*. *Academy of Management Review, 34* (4), 689–709.
- Sydow, J., & Windeler, A. (1994). *Über Netzwerke, virtuelle Integration und Interorganisationsbeziehungen*. In Dies. (Hrsg.), *Management Interorganisationaler Beziehungen. Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sydow, J., & Windeler, A. (1998). *Organizing and Evaluating Interfirm Networks: A Structurationist Perspective on Network Processes and Effectiveness*. *Organization Science, 9* (3), 265–284.

- Sydow, J., Windeler, A., Müller-Seitz, G., & Lange, K. (2012). *Path Constitution Analysis: A Methodology for Understanding Path Dependence and Path Creation*. BuR – Business Research. Official Open Access Journal of VHB, 5 (2), 1–22.
- Tauchnitz, T. (2004). *Die „organisierte“ Gesundheit – Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- The Nuffield Trust (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS* (www.nuffieldtrust.org.uk/publications, 08/2013).
- Thelen, K. (2009). *Institutional Change in Advanced Political Economies*. British Journal of Industrial Relations, 47 (3), 471–498.
- Thissen, R. (1969). *Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930*. Köln: Westdeutscher Verlag.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Ulsperger, U., & Lutz, C. (2011). *Medizinische Versorgungszentren. Die Haftungsrisiken im Blick*. Deutsches Ärzteblatt, 108 (31–32), A1698.
- Van de Ven, A. H., & Poole, S. M. (1995). *Explaining Development and Change in Organizations*. Academy of Management Review, 20 (3), 510–540.
- van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., . . . Peltenburg, M. (2003). *Communication in General Practice: Differences Between European countries*. Family Practice, 20 (4), 478–485.
- van Wijngaarden, J. D. H., de Bont, A. A., & Huijsman, R. (2006). *Learning to Cross Boundaries: The Integration of a Health Network to Deliver Seamless Care*. Health Policy, 79, 203–213.
- Vergne, J.-P., & Durand, R. (2010). The missing link between theory and empirics of path dependence: conceptual clarification, testability issue, and methodological implications. *Journal of Management Studies*, 47(4), 736-759.
- Vollmann, J. (2000). Aufklärung und Einwilligung (Informed Consent). In Ders. (Hrsg.), *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin*. Heidelberg: Steinkopff.
- von Stackelberg, J.-M. (2011). *Bedarfsplanung oder Versorgungsplanung aus Sicht der Krankenkassen*. Vortrag auf dem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, 12. April 2011.
- Wagner, E. H. (1998). *More Than a Case Manager*. Annals of internal medicine, 129 (8), 654–656.
- Wagner, E. H. (2000). *The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management*. BMJ: British Medical Journal, 320 (7234), 569–572.
- Walgenbach, P. (2006). *Die Strukturierungstheorie*. In A. Kieser & M. Ebers (Hrsg.), *Organisationstheorien*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wanek, V. (1994). *Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt am Main: VAS – Verlag für Akademische Schriften.
- Wasem, J. (1997). *Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Weatherly, J. N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägell, R., & Amelung, V. E. (2007). *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*. Berlin: Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care (BMC).
- Weber, M. (1985 [1922]). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundrisse der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J. C. B. Mohr.
- Wendt, K. (2009). *Krankenversicherung oder Gesundheitsvorsorge? Gesundheitssysteme im Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wetzel, A. (2005). *Das Konzept der Pfadabhängigkeit und seine Anwendungsmöglichkeiten in der Transformationsforschung*. Berlin: Freie Universität Berlin, FB Politik- und Sozialwissenschaften.
- Whittington, R. (2006). *Completing the Practice Turn in Strategy Research*. Organization Studies, 27 (5), 613–634.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion* (tinyurl.com/y7un3529, 09/2019).

- Wille, E., & Popp, M. (2012). *Die Bewertung von Kataraktoperationen aus gesundheitsökonomischer Sicht. Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Ophthalmochirurgen e.V. (BDOC)*. Mannheim.
- Williams, P., & Sullivan, H. (2009). *Faces of Integration*. International journal of integrated care, 9, e 100–e 100.
- Windeler, A. (2001). *Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Winick, C. (1961). *The Diffusion of an Innovation Among Physicians*. Sociometry, 24 (4), 384–396.
- Winkler, I. (2006). *Network Governance Between Individual and Collective Goals: Qualitative Evidence from Six Networks*. Journal of Leadership and Organizational Studies, 12 (3), 119–134.
- Winthereik, B. R., van der Ploeg, I., & Berg, M. (2007). *The Electronic Patient Record as a Meaningful Audit Tool – Accountability and Autonomy in General Practitioner Work*. Science Technology & Human Values, 32 (1), 6–25.
- Wirthner, A. (2004). *Ärztetze mit Budgetverantwortung – Erfahrungen mit neuen Versorgungsstrukturen in der Schweiz*. In K.-D. Henke, R. F. Rich, & H. Stolte (Hrsg.), *Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen. Lessons Learned from Comparison of Other Health Care Systems*. Baden-Baden: Nomos.
- Wissenschaftlicher Dienst Deutscher Bundestag (2017). *Ärztliche Versorgung auf dem Land. Vom 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart*. WD 9 – 3000 – 008/17. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Wolfram, C., & Pfeiffer, N. (2012). *Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland*. München: DOG. Deutsche Ophthalmologische.
- Young, P. H. (1993). *The Evolution of Conventions*. Econometrica, 61 (1), 57–84.
- Zorn, U. (2009). *Zukunft eines qualitätsorientierten Gesundheitswesens aus Sicht der Ärzteschaft*. In N. Bandelow, F. Eckert, & R. Rüsenberg (Hrsg.), *Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Datenkorpus und Anhänge

Datenkorpus Phase I bis III		Seite
D1	Monografien, Sammelbände, wissenschaftliche Artikel und graue Literatur, die zeitliche Abschnitte oder relevante Ereignisse im Pfadverlauf in den Phasen I bis III behandeln. Diese Quellen wurden auch im Literaturverzeichnis aufgenommen (verwendete Internetquellen wurden in den Fußnoten des Textes erfasst).	274
Datenkorpus Phase IV		Seite
D2	Digitale Daten zur Entwicklung des Codesystems	276
D3	Im Text zitierte Quellen von/über NW1	277
D4	Im Text zitierte Quellen von/überNW2	279
D5	Schriftliche Befragung von NW1 und NW2: - jeweils <i>edge list</i> (Netzwerkanalyse) - jeweils Antworten auf die offenen Fragen	280
Anhänge		Seite
A1	Musterinterviewleitfaden	287
A2	Fragebögen (NW1 und NW2)	288
A3	Codesystem (MAXQDA)	290
A4	Eidesstattliche Erklärung	291
A5	Kurzfassung der Ergebnisse	292

D1 Quellen zur Rekonstruktion der Phasen I bis III

- Ackerknecht, E. H. (1989). *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Altman, S., & Shactman, D. (2011). *Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-long Battle*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Bandelow, N. C. (2004). *Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung*. In S. Lange & U. Schimank (Hrsg.), *Governance und gesellschaftliche Integration*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baschin, M., Dietrich-Daum, E., & Ritzmann, I. (2016). Doctors and Their Patients in the Seventeenth to Nineteenth Centuries. In M. Dinges, K. P. Jankrift, S. Schlegelmilch & M. Stolberg (Hrsg.), *Medical Practice 1600-1900 Physicians and Their Patients*. Leiden, Boston.
- Berger, S. (2010). „Die Jagd auf Mikroben hat erheblich an Reiz verloren“ – Der sinkende Stern der Bakteriologie in Medizin und Gesundheitspolitik der Weimarer Republik. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderne Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Berner, B. (2014). *Einführung in das Vertragsarztrecht. Stand: 2014*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., & Schlette, S. (2006). *Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Deppe, H.-U. (2005). *Historischer Abriss: Die gesetzliche Krankenversicherung als Torso eines gewachsenen Gesundheitssystems*. In J. Jordan & Ders. (Hrsg.), *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt: VAS.
- Döhler, M. (1997). *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Döhler, M., & Manow-Borgwardt, P. (1992). *Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung*. Discussion Paper 92/7. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Donhauser, J. (2007). Einführung zum Heft „Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Der Wahn vom ‚gesunden Volkskörper‘ und seine tödliche Folgen“. *Das Gesundheitswesen*, 69, 7–18.
- Eberle, G. (1997). *Bleibt uns die soziale Krankenversicherung erhalten? Von der Bismarck'schen Konzeption zur 3. Stufe der Gesundheitsreform*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Evang, K. (1960). *Health Service, Society and Medicine*. London: Oxford University Press.
- Ferdinand, U. (2010). *Health Like Liberty Is Indivisible – zur Rolle der Prävention im Konzept der Sozialhygiene Alfred Grotjahns (1869–1931)*. In M. Lengwiler & J. Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderne Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Freidson, E. (1979). *Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Frevert, U. (1985). „Fürsorgliche Belagerung“: Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft*, 11 (4), 420–446.
- Genschel, P. (1997). *The Dynamics of Inertia: Institutional Persistence and Change in Telecommunications and Health Care*. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 10 (1), 43–66.
- Gerlinger, T. (2002). *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Gerst, T. (2000). *Vertragsärzte: Abschied vom Streikrecht*. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (13), A826-828.
- Gerst, T. (2003). *Ärzte und Gewerbeordnung: „Freiheit von beamtlicher Einmischung“*. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (39), A2495–2497.
- Gerst, T. (2004). *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945–1955*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Gerst, T. (2011). *Zehn Jahre DMP: Wenig Begeisterung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (39), A2011.
- Göckenjan, G. (1985). *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hall, O. (1946). *The Informal Organization of the Medical Profession*. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12 (1), 30–44.
- Hall, O. (1948). *The Stages of a Medical Career*. *The American Journal of Sociology*, 53 (5), 327–336. Hall, O. (1949). *Types of Medical Careers*. *The American Journal of Sociology*, 55 (3), 243–253.
- Hall, O. (1949). Types of medical careers. *The American Journal of Sociology*, 55(3), 243-253.
- Hall, O. (1954). *Some Problems in the Provision of Medical Services*. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 20 (4), 456–466.
- Hardy, A. I. (2005). *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts*. Frankfurt a. M.: Campus.

- Hess, R. (2009). Das Arztbild im 21. Jahrhundert. In C. Katzenmeier (Hrsg.), *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Heidelberg: Springer.
- Huerkamp, C. (1985). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. In H. Berding, J. Kocka, & H.-U. Wehler (Hrsg.), *Kritische Studien zur Geisteswissenschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüntelmann, A. C. (2008). *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933*. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*.
- Knieps, M. (2017a). *Die Geschichte der sozialen Absicherung von Gesundheitsrisiken*. In Ders. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik. Akteure, Aufgaben, Lösungen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kuhn, J., Wildner, M., & Zapf, A. (2012). *Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick*. Deutsches Ärzteblatt International, 109 (9), 413–416.
- Labisch, A., & Tennstedt, F. (1991). *Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 bis ca. 1965)*. Berlin: Edition Sigma.
- Leber, W.-D., & Wasem, J. (2016). *Ambulante Krankenhausleistungen – Ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen*. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer.
- Leven, K.-H. (2017). *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zu Gegenwart*. München: C. H. Beck.
- Lindner, U. (2004). *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und Deutschland im Vergleich*. München: R. Oldenburg-Verlag.
- Mayntz, R., & Rosewitz, B. (1988). *Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems*. In Dies., Ders., U. Schimank, & R. Stichweh (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbstständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Müller, K.-D. (1997). *Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und der DDR 1945–1989*. In R. Jütte (HrsgEd.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Niebuhr, D., Rothgang, H., Wasem, J., & Greß, S. (2004). *Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Band 2*. Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung.
- Niggemann, A. (1933). *Strukturwandel in den rechtlichen Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen?* Dissertation Universität Erlangen. Emsdetten/Westfalen: Lechte.
- Nikolow, S., & Steller, T. (2011). *Das lange Echo der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung in der Dresdner Gesundheitsaufklärung*. In H.-P. Lühr (Hrsg.), *Dresdner Hefte 108. Hygienebewegung in Dresden. Karriere einer Idee*. Dresden: Dresdner Geschichtsverein e.V.
- Reucher, U. (1999). *Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–1965). Ein Beitrag zur Geschichte bundesdeutscher Sozialpolitik*. Düsseldorf: Droste.
- Richter, E. A. (2000). *Zehn Jahre Kassenärzte in Ostdeutschland. Erst voller Optimismus, jetzt ernüchtert*. Deutsches Ärzteblatt, 97 (25), A 1742–1745.
- Rosewitz, B., & Webber, D. (1990). *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schirmer, H. D. (1997a). *Ärzte und Sozialversicherung (I) – Der Weg zum Kassenarztrecht*. Deutsches Ärzteblatt, 94 (26), A 1790–1793.
- Schirmer, H. D. (1997b). *Ärzte und Sozialversicherung (II) – Die Periode der Kostendämpfungspolitik*. Deutsches Ärzteblatt, 94 (27), A 1863–1866.
- Schmidt, M. G., & Ostheim, T. (2007). *Der Aufbau staatlicher Sozialpolitik im deutschen Kaiserreich*. In Dies., N. A. Siegel, & R. Zohlnhöfer (Hrsg.), *Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scott, R. W., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Simunek, M., & Hoßfeld, U. (2011). *Von der Eugenik zur Rassenhygiene*. In H.-P. Lühr (Hrsg.), *Dresdner Hefte 108. Hygienebewegung in Dresden. Karriere einer Idee*. Dresden: Dresdner Geschichtsverein e.V.
- Stobrawa, F. F. (2001). *Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur*. München: W. Zuckschwerdt.
- Stürzbecher, M. (1964). *Zur Geschichte der Medizinalgesetzgebung im Fürstentum Münster im 17. und 18. Jahrhundert*. Westfälische Zeitschrift, 114, 165–197.
- Sudhoff, K. (1922). *Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin*. Berlin: S. Karger.
- Tauchnitz, T. (2004). *Die „organisierte“ Gesundheit – Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Thissen, R. (1969). *Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930*. Köln: Westdeutscher Verlag.
- Wanek, V. (1994). *Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt am Main: VAS – Verlag für Akademische Schriften.

- Wasem, J. (1997). *Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Wendt, K. (2009). *Krankenversicherung oder Gesundheitsvorsorge? Gesundheitssysteme im Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Winick, C. (1961). *The Diffusion of an Innovation Among Physicians*. *Sociometry*, 24 (4), 384–396.

D2 Quellen Codesystem

Aufgrund der zugesicherten Pseudonymisierung wurden Inhalte gekürzt.

Digital vorliegenden Daten zur induktiven Entwicklung des Codesystems (MAXODA):

- ÄrzteZeitung online (19.10.2005): 60 Haus- und Fachärzte starten mit Ärztenetz Versorgungs-Offensive.
- ÄrzteZeitung (24.04.2008): Datenpool aus dem Ärztenetz dient der Qualitätssicherung. Haus- und Fachärzte in [Bundesland] erarbeiten IT-Lösung.
- ÄrzteZeitung online (16.06.2009): Versorgungsmodell in [Bundesland] wächst.
- ÄrzteZeitung online (07.06.2010): Integrierte Versorgung: In [Region] sinkt die Zahl der Klinikeinweisungen.
- ÄrzteZeitung online (26.11.2010): Ärzte [in Region] treiben die Vernetzung voran.
- New York Times (25.03.2010): More Doctors Giving Up Private Practices.
- ÄrzteZeitung online (07.07.2011): Netz-MVZ soll junge Ärzte aufs Land ziehen.
- ÄrzteZeitung online (14.11.2011): SAPV jetzt auch in [Region]. Ärztenetz [Region] organisiert in Eigeninitiative einen Fortbildungskurs für Pflegekräfte.
- ÄrzteZeitung online (26.12.2011): Kein Befreiungsschlag für Praxisnetze
- ÄrzteZeitung online (21.08.2012): Gutachten. Leistungsorientierte Vergütung von Ärzten stößt auf Skepsis.
- ÄrzteZeitung online (22.08.2012): Pionierarbeit. Ärztenetz trägt ein MVZ.
- ÄrzteZeitung online (12.09.2012): Neue HVM. Keine Gefahr für Hausbesuche.
- ÄrzteZeitung online (16.09.2012): Ärztenachwuchs. Der Kampf der Kommunen.
- ÄrzteZeitung online (29.10.2012): Wenn Kollegen aufhören. Hilfe, mein Nachbar schließt die Praxis.
- ÄrzteZeitung online (08.11.2012): Ärztemangel. Renaissance der Poliklinik im ländlichen Thüringen.
- ÄrzteZeitung online (13.11.2012): Bereichsspezifische Norm. Arztpraxen blühen neue QM-Standards.
- ÄrzteZeitung online (14.11.2012): Vor 20 Jahren verabschiedet. Das hat das Gesundheitsstrukturgesetz gebracht.
- ÄrzteZeitung online (29.11.2012): Substitution. Ärztekammer Sachsen gegen Lockerung.
- ÄrzteZeitung online (05.12.2012): Objektive Parameter. Qualität wird messbar.
- ÄrzteZeitung online (07.12.2012): Netzförderung. KBV lässt sich noch Zeit.
- ÄrzteZeitung online (03.01.2013): Wachsende Skepsis. An IV-Verträgen scheiden sich die Geister.
- ÄrzteZeitung online (04.01.2013): Ausschreibung und Bereinigung. So wird es der IV schwer gemacht.
- ÄrzteZeitung online (04.01.2013): Vertrackt. Warum innovative Versorgung kompliziert ist.
- ÄrzteZeitung online (07.02.2013): [Land]. [Gemeindeschwester] kommt gut an.
- ÄrzteZeitung online (08.02.2013): Pflege. Viele Konfliktfelder, wenig Hoffnung auf Konsens.
- ÄrzteZeitung online (19.03.2013): Netzförderung. Warum die KV die Zügel in der Hand behält.
- ÄrzteZeitung online (22.03.2013): Vision. Pfleger auf Augenhöhe mit Ärzten.
- ÄrzteZeitung online (30.04.2013): Kostentreiber. Ärztenetz wehrt sich gegen Vorurteil.
- ÄrzteZeitung online (03.05.2013): Kasse legt Daten vor. Das bringen IV-Verträge wirklich.
- ÄrzteZeitung online (05.08.2013): Ärzte aufs Land. Die Suche nach den Argumenten.
- ÄrzteZeitung online (02.09.2013): [Region]. Dritte [Name] Praxis geht an den Start.
- ÄrzteZeitung online (09.09.2013): [Bundesland]. Weisen Ärzte Patienten ab?
- ÄrzteZeitung online (13.09.2013): Honorarzuwachs in [Bundesland]. Fachärzte erhalten mehr als die Hausärzte.
- ÄrzteZeitung online (09.10.2013): [Bundesland]. Hausarzt – verzweifelt gesucht?
- ÄrzteZeitung online (10.12.2013): Netzförderung. Viele KVen lassen sich Zeit.
- ÄrzteZeitung online (18.12.2013): Ungewöhnlich. Case-Managerin im Ärztenetz.
- ÄrzteZeitung online (03.08.2016): Integrierte Versorgung. Patienten fühlen sich gesünder.
- ÄrzteZeitung online (05.10.2017) Existenzgründung. Hausärzte bleiben Einzelkämpfer).
- Ärztenachrichtendienst (29.06.2012): Ehemalige MVZ-Managerin: Effizienz angestellter Ärzte sinkt um 25 Prozent (www.facharzt.de/a/a/121538, 10.09.2019).
- Deutsches Ärzteblatt (05.04.2012): Politik. Vollversorgungsverträge mit Ärztenetzen sparen den Kassen Geld.

Interview-Transkripte (NW1 und NW2):

- K01 Interview Krankenkasse-Management
- K02 Interview Krankenkasse-Management
- L01 Interview ärztliche Leistungserbringung
- L02 Interview ärztliche Leistungserbringung
- L04 Interview nicht-ärztliche Leistungserbringung
- L05 Interview ärztliche Leistungserbringung
- L06 Interview ärztliche Leistungserbringung
- M01 Interview Netzwerk-Management
- M02 Interview Netzwerk-Management
- M03 Interview Netzwerk-Management
- M04 Interview Netzwerk-Management
- M05 Interview Netzwerk-Management

(Hinweis: Das vereinbarte Interview L03 konnte letztlich nicht stattfinden.)

Netzzeitung von Netzwerk 1:

- Jahrgänge 2011 (Ausgaben I bis IV) und 2012 (Ausgabe I bis IV).

Jahresberichte von Netzwerk 2:

- Jahre 2003 bis 2015 sowie 2017 und 2018

D3 Im Text zitierte Quellen von/über Netzwerk 1

Aufgrund der zugesicherten Pseudonymisierung wurden Inhalte gekürzt.

D3.1	Ärzteblatt.de (05.04.2012): „Politik. Vollversorgungsverträge mit Ärztenetzen sparen den Kassen Geld“.
D3.2	ÄrzteZeitung online (16.06.2009): „Versorgungsmodell in [Bundesland] wächst“.
D3.3	www.[Regionales Portal] (17.06.2011): „Gesundheitszentrum [Namen] schließen sich Gesundheitsnetz [Name] [Bundesland] an“.
D3.4	[Name]: „Früherkennung und Betreuung von Patienten mit rheumatoider Arthritis im [Name]“ (internes Papier zur Beantragung eines Behandlungspfades).
D3.5	ÄrzteZeitung online (26.11.2010): „Ärzte [Bundesland] treiben die Vernetzung voran“.
D3.6	http://www.med-intern.com : „Unterwegs zur medizinischen Versorgung von Morgen: Das [Name]“.
D3.7	ÄrzteZeitung online (07.06.2010): „Hintergrund. Integrierte Versorgung: In [Name] sinkt die Zahl der Klinikeinweisungen“.
D3.8	ÄrzteZeitung online (29.10.2012): „Wenn Kollegen aufhören. Hilfe, mein Nachbar schließt die Praxis“.
D3.9	[Regionale Zeitung] (18. Dezember 2014): „[Name] gibt Management vorerst ab Alternativverbund [Name] gegründet“.
D3.10	Internes Dokument, [Name] (2016): „Historie des [Name]“.
D3.11	[Regionale Zeitung] (20.07.2006): „Gemeinsam zum Wohle der Patienten. Kooperationsvertrag in Herzberg unterzeichnet“.
D3.12	[Name], Pressemitteilung (23.01.2015): „Stellungnahme zu Aussagen der [Name]“.
D3.13	Internes Dokument, [Name] (2011): „Was ist geworden aus ...? Budgetbereinigung – ein Muss in der Vollversorgung!?“
D3.14	[Name], Vortrag, [Name] (05.09.2013): „Chancen der Ärztenetze im Versorgungsgeschehen“.
D3.15	[Name], Vortrag, IGiB-Konferenz (2013): „AGnES ^{zwei} im [Name]“.
D3.16	[Name], Vortrag, KBV Messe Berlin (2012): „Elektronischer Datenaustausch in fachübergreifenden Versorgungsnetzen. Anforderungen und Realisation am Beispiel des [Name]“.
D3.17	[Name], Netzkonferenz (26.01.2013): „Versorgungssicherung durch ein netzeigenes MVZ: Das [Name] geht neue Wege“.
D3.18	[Name], Vortrag, BMVZ Fachkongress (15.05.2012): „MVZ-Gründung als ärztenetzgetragene Initiative zur Versorgungssicherung [Name] –Ziele, Umsetzung, Perspektiven“.

D3.19	www.[Region].de (17.06.2011): „Gesundheitszentrum [Name] und MVZ [Name] schließen sich Gesundheitsnetz [Name] an“.
D3.20	[Regionales Portal] (19.01.2015): „Vorwürfe, Anzeigen und ein kaputtes Ärztenetz. Warum sich eine bundesweit gelobte Struktur ambulanter Versorgung im [Region] nach zehn Jahren selbst zerlegte“.
D3.21	ÄrzteZeitung online (13.05.2008): „Ärztmangel - neue IV-Projekte sollen Versorgung sichern“.
D3.22	[Regionale Zeitung] (25.07.2008): „Wechselwirkungen per Fingerabdruck“.
D3.23	ÄrzteZeitung online (24.04.2008): „Datenpool aus dem Ärztenetz dient der Qualitätssicherung“.
D3.24	[Regionale Zeitung] (03.07.2009): „Tagesthemen. Netze sollen Mangel auffangen“.
D3.25	Agentur deutscher Arztnetze e.V., Vortrag, Berlin (22.02.2013): „Startschuss oder Fehlstart? Die Netzförderung in den Regionen“.
D3.26	ÄrzteZeitung online (05.12.2012): „Objektive Parameter. Qualität wird messbar“.
D3.27	[Regionale Zeitung] (18.07.2012): „[Name] jetzt mit Medizinischem Versorgungszentrum“.
D3.28	ÄrzteZeitung online (07.07.2011): „Netz-MVZ soll junge Ärzte aufs Land ziehen“.
D3.29	ÄrzteZeitung online (22.08.2012): „Pionierarbeit. Ärztenetz trägt ein MVZ“.

Interviewtranskripte von Netzwerk 1

D3K01	Interview Krankenkasse-Management
D3K02	Interview Krankenkasse-Management
D3L01	Interview ärztliche Leistungserbringung
D3L02	Interview ärztliche Leistungserbringung
D3L04	Interview nicht-ärztliche Leistungserbringung (Therapie)
D3M01	Interview Netzwerk-Management (Geschäftsstelle)
D3M04	Interview Netzwerk-Management (Servicestelle)
D3M05	Interview Netzwerk-Management (MVZ)

Landkreise von Netzwerk 1

[Die Karte mit Landkreisen und räumlicher Verteilung der Niedergelassenen wurde vom Autor entfernt.]

D4 Im Text zitierte Quellen von/über Netzwerk 2

Aufgrund der zugesicherten Pseudonymisierung wurden Inhalte gekürzt.

D4.1	[Name] (2016): „Intersektorales Fachzentrum. Versorgung der Zukunft“.
D4.2	Vortrag [Name] (2016): „Intersektorale Facharztzentren - eine Form vertragsärztlicher intersektoraler Versorgung. KBV Sicherstellungskongress Intersektorale Versorgung: Belegärzte“.
D4.3	[Name] (2013): „Medizinischer Jahresbericht 2013. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.4	[Name] (2003): „Medizinischer Jahresbericht 2003. Augenchirurgischer Zentren. Kompetenz in Augen Chirurgie“.
D4.5	Amelung et al. (2012): „Sehen im Alter. Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde“. Kapitel 4: „Neue Versorgungsformen in der Augenheilkunde“. S. 71.
D4.6	[Name] (2011): „Sektorenübergreifende Verzahnung der augenmedizinischen Versorgung mit Wurzeln in der ambulanten Medizin – Portrait der [Name] Zentren und [Name]“. In Amelung et al. (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
D4.7	Hahn, U., Bucholtz, N., Chase, Daniela, Reichert, A., & Amelung, V. E. (2013). Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon. Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie. Gesundheit und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 67(6), 54-59.
D4.8	Hahn, U., Krummenauer, F., Kölbl, B. et al. (2011): Determination of Valid Benchmarks for Outcome Indicators in Cataract Surgery. Ophthalmology, Nov; 118(11): 2105-12.
D4.9	[Name] (2010): „Medizinischer Jahresbericht 2010. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.10	[Name] (2014): „Medizinischer Jahresbericht 2014. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.11	BMC (2013): „Wir unternehmen Gesundheit! Ergebnisrapport der Projektgruppe "Ambulante Versorgungsunternehmen" im Bundesverband Managed Care e.V.“.
D4.12	Intersektorales Fachzentrum (IFZ) (2018): „Schwerpunktheft. Versorgung in Vielfalt“.
D4.13	[Name] (2003): „Medizinischer Jahresbericht 2003. Augenchirurgische Zentren. Kompetenz in der Augen Chirurgie“.
D4.14	[Name] (2004): „Medizinischer Jahresbericht 2004. Augenchirurgische Zentren im [Name]“.
D4.15	[Name] (2005): „Medizinischer Jahresbericht 2005. Augenchirurgische Zentren im [Name]“.
D4.16	[Name] (2006): „Medizinischer Jahresbericht 2006. Augen Chirurgie im [Name]“.
D4.17	[Name] (2007): „Medizinischer Jahresbericht 2007. Augenheilkunde im [Name]“.
D4.18	[Name] (2008): „Medizinischer Jahresbericht 2008. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.18	[Name] (2009): „Medizinischer Jahresbericht 2009. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.21	[Name] (2011): „Medizinischer Jahresbericht 2011. Augenheilkunde in der [Name]“.
D4.22	[Name] (2012): „Medizinischer Jahresbericht 2012 Augenheilkunde in der [Name]“.

Interviewtranskripte von Netzwerk 2

D4L05	Interview ärztliche Leistungserbringung (Beispielzentrum B)
D4L06	Interview ärztliche Leistungserbringung und Geschäftsleitung (Beispielzentrum A)
D4M02	Interview Netzwerk-Management (Geschäftsstelle)
D4M03	Interview Netzwerk-Management (Geschäftsstelle)

D5 Schriftliche Befragung

Edge List zu Netzwerk 1 (mit Rollen/Aufgaben und Rücklauf):

<i>Edge</i>	Rollen/Aufgaben (labels)	Rücklauf
1	Familie/Angehörige	--
2	AGnES	1
3	Case-Management	1
4	Chirurg	1
5	Diabetologe	1
6	Gastroenterologe	1
7	Hausarzt/Allg.	19
8	HNO	1
9	Hautarzt	1
10	Internist	2
11	Kardiologe	--
12	Kinderarzt	1
13	Klinik	--
14	Krankenkasse	--
15	MVZ	--
16	Nephrologe	--
17	Neurologe	1
18	NW-Management	--
19	Orthopäde	1
20	Pflegedienst	3
21	Reha-Sport	--
22	SAPV	--
23	Sozialarbeit	--
24	Therapeut	1
25	Urologe	4
26	Gynäkologe	1

Insgesamt wurden 56 Fragebögen versendet. Der Rücklauf betrug 40 Fragebögen. Aufgrund fehlender Angaben konnten für die Netzwerkanalyse 38 Fragebögen verwendet werden.

NW1B: Befragung

Aufgenommen wurden die auf den Fragebögen beantworteten Fragen.

Legende: Nr. (Fragebogen), AA (Allgemeinarzt), FA (Facharzt), PF (Pflegedienst), AG (AGnES), CM (Case-Management), SV (SAPV), NM (Management), TH (Reha/Sport), % (Anteil Netzpatienten), Quali (Mitarbeit in der Qualitätsentwicklung), Zufrie (Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit in NW1), TN (Teilnahme an NW1-Gremien und Fortbildungen), LE (Leitfadenentwicklung, LA (Leitfadenanwendung), N (Schulnote für die allgemeine Zusammenarbeit in NW1), ?? (unleserlich), -- (keine Angaben).

Nr.		%	Quali	Zufrie	D	Netzvorteil	Netznachteil	TN	LE	LA	sonstige Notizen	N
1	FA	35	ja	evtl.	ja	Kommunikation (IT)	--	ja	ja	ja	--	--
2	HA	10	evtl.	nein	--	Kontakt zu Kollege wird verbessert	Kosten	ja	nein	--	--	--
3	HA	--	ja	ja	--	schnelle Überweisung zum FA	--	ja	nein	ja	--	2
4	FA	10	ja	ja	ja	--	--	ja	nein	ja	--	3
5	FA	10	evtl.	evtl.	ja	Beratung	--	ja	ja	ja	--	3
6	AG	99	ja	ja	nein	--	--	ja	nein	ja	--	2
7	FA	13,5	ja	evtl.		Zusammenarbeit mit Fachärzten und Kollegen. Vermeidung von Doppeluntersuchungen, kollegialer Austausch	unser aller Zähflüssigkeit außer beim NW	ja	nein	--	??, teils, teils Zufriedenheit	2,5
8	FA	10	ja	ja	--	--	--	ja	nein	--	--	--
9	FA	50	ja	ja	--	--	--	ja	nein	--	--	2
10	HA	70	evtl.	evtl.	--	--	--	ja	ja	ja	--	3
11	HA	70	nein	nein	ja	--	--	ja	nein	--	--	4
12	CM	--	ja	ja	ja	Patienten gut versorgen zu können	--	teils	--	--	--	2
13	HA	15	ja	evtl.	ja	--	--	ja	ja	ja	--	3
14	HA	60	ja	ja	ja	Organisation der Betreuung durch Case Management und SAPV, Kommunikation, Befunde, ??, etc.	--	ja	nein	ja	--	2
15	HA	35	ja	ja	ja	Arbeitszufriedenheit, kollegialer Kontakt, Qualitätsverbesserung, schnellere Überweisungen	Freizeitverlust durch Mehrarbeit in Gremien	ja	ja	ja	--	1
16	HA	10	evtl.	evtl.	--	schnelle Befundsübermittlung	??, Feedback	ja	ja	--	--	3
17	HA	15	ja	ja	ja	Kurse, schnelle Kommunikation, Terminvergaben durch FÄ (schneller)	Verwaltungsaufwand, schlechte Funktionalität (IT)	ja	ja	--	IT funktioniert nicht	3
18	FA	20	Ja	evtl.	Ja	kollegiale Zusammenarbeit (kurze Wege)	--	ja	ja	ja	FA für Allg.-Med.	2

Nr.		%	Quali	Zufrie	D	Netzvorteil	Netznachteil	TN	LE	LA	sonstige Notizen	N
19	FA	40	ja	ja	--	direkter Kontakt zw. Pat. und HA, Case-Management, AGnES	--	ja	nein	--	--	2
20	HA	12	ja	ja	ja	Kommunikation mit den Kollegen, Befunde besprechen, Wundversorgung, Hausbesuche delegieren	IT läuft nicht rund	ja	ja	ja	Hausbesuche als am teuersten vorzuhalten	2-
21	--	20	evtl.	nein	--	„neutral“	--	ja	nein	ja	??, %: Grenze zu [Bundesland], da nur 2 Kassen im [NW1], zu Note: fachlich keine Veränderung, man sieht sich öfters, Klinik: nur bei Einweisung	3
22	HA	10	ja	evtl.	nein	Befundübermittlung, Kompetenz der anderen nutzen, E-Akte	--	ja	nein	ja	Klinik bei Einweisung, anderes MVZ, SAPV noch nicht	--
23	--	60	ja	ja	ja	--	--	ja	nein	ja		--
24	--	30	ja	evtl.	--	kurze und schnelle Information/Kommunikation (Voraussetzung dafür)	--	nein	nein	--	--	2
25	FA	10	ja	evtl.	ja	strukturierte Zuweisung (Arbeits erleichterung, Zeitersparnis)	zusätzlicher Verwaltungsaufwand	ja	ja	ja	Schulnotenansicht von Kollegen zu Kollegen sehr unterschiedlich (2-4), ??	3
26	HA	20	evtl.	nein	Ja	Befundübermittlung, FA-Termine schneller	ärztliche ??-kämpfe, schlechte und ??, Bezahlung seitens der KK	ja	nein	ja	--	3,5
27	PF	1	ja	ja	nein	gute und umfassende Vers./Betreuung über SAPV	--	ja	nein	--	--	2
28	HA	30	ja	ja	nein	schnelle Information, zusätzliche Vergütung, besserer Kontakt zu den Kollegen	??	ja	ja	ja	--	2
29	HA	20	evtl.	evtl.	nein	nur wenn alle Fachrichtungen vertreten	--	ja	nein	nein	--	--
30	FA	5	evtl.	ja	nein	Disziplin, sich persönlich zu kennen, ziel-?? zu arbeiten	IT-Plattform funktioniert nicht, Problem der ??	ja	nein	ja	zu Leitfäden: da IT nicht funktioniert: schriftliche Kommunikation, gelegentlich telefonisch	2

Nr.		%	Quali	Zufrie	D	Netzvorteil	Netznachteil	TN	LE	LA	sonstige Notizen	N
31	PF	--	--	--	--	--	--	ja	--	--	aktive Mitarbeit im SAPV erst ab Mai 2013 geplant	--
32	HA	20	evtl.	evtl.	ja	Weiterbildung	zu dezentralisiert	ja	ja	ja	--	3
33	FA	30	ja	ja	ja	Gemeinschaftsgefühl bei den beteiligten Ärzten und Personal, ??	??	ja	--	--	--	1,5
34	PF	--	ja	ja	--	Patienten können schneller versorgt werden, gute Zusammenarbeit mit SAPV	--	ja	nein	--	momentan keine, Schulnote: nicht beurteilbar	--
35	FA	10	ja	ja	nein	Vernetzung	Kostenneutral, Zeitaufwand, ??kosten	ja	ja	ja	--	2
36	HA	30	ja	ja	ja	verlässliche Delegationen von ??	nach wie vor unvollkommene IT-Struktur	ja	ja	ja	--	2
37	HA	20	ja	ja	nein	bessere Patientenversorgung, schnelle fachärztliche Mitbetreuung, ?? Zusammenarbeit	zu wenig Fachärzte	ja	nein	nein	--	3
38	FA	--	evtl.	evtl.	nein	--	--	nein	nein	--	--	3
39	FA	1	evtl.	nein	ja	--	--	ja	ja	--	--	--
40	FA	20	ja	evtl.	nein	engere Zusammenarbeit, schnellere Kommunikation	Mehraufwand	ja	nein	nein	Vor- und Nachteile heben sich auf.	3

Edge List zu Netzwerk 2 (mit Rollen/Aufgaben und Rücklauf):

Edge	Rollen/Aufgaben (lables)	Rücklauf
1	Zentrum (operativ)	16
2	nicht ärztliche Professionen	4
3	NW2-Praxen (konservativ)	14
4	Dienstleister	1
5	weitere ärztliche Disziplinen	(nicht befragt)
6	Familien und Selbsthilfe	(nicht befragt)

Insgesamt wurden 35 Fragebögen versendet. Der Rücklauf von verwertbaren Fragebögen betrug 100 Prozent.

NW2-Akteursgruppen

Um die Aussagekraft der Netzwerkanalyse zu verbessern, wurden die Items des NW2-Fragebogens in sechs Akteursgruppen zusammengefasst.

Edges	Items (NW2-Fragebogen)
Zentrum (operativ)	Augenärzte/operativ
	Kliniken
NW2-Praxen (konservativ)	Augenärzte/konservativ
nichtärztliche Professionen	Azubis (med. Fachberufe)
	Case-Management
	med. Fachangestellte
Dienstleister	Optikerinnen und Optiker
	Orthoptistinnen und Orthoptisten
	QM-Beauftragte (ISO)
	Verwaltung/Ökonomen
	externe Pflegediente
	Krankenversicherungen
weitere ärztliche Disziplinen	Fachärzte (anderer Disziplinen)
	Hausärzte
Familien und Selbsthilfe	Angehörige
	Selbsthilfegruppen

NW2B: Befragung

Aufgenommen wurden die auf den Fragebögen beantworteten Fragen.

Legende: Nr. (Fragebogen), AZ (Operateur im Zentrum), MF (Med. Fachangestellte), A (Anästhesie im Zentrum), P (NW2-Praxis), AS (angestellt), NG (niedergelassen), S (selbstständig), % (Anteil der eigenen Patientinnen und Patienten, die im Zentrum operiert werden), ?? (unleserlich).

Nr.		%		Delegation	Steuerung der Versorgungsqualität durch NW	Arbeitszufriedenheit aufgrund NW
1	AZ	99	NG	Verw-Manag.	ja	ja, gute Auslastung, positives Feedback von Patienten
2	Ä	70	NG	nein	ja, Zugriff auf Daten, kurze Dienstwege	evtl.
3	P	85	S	nein	ja, ?? Versorgung möglich	ja
4	P	60	NG	MF	ja, optimale Behandlung	ja, Organisationsverbesserung
5	P	50	NG	nein	ja, schnelle OP-Termine, gute Koordination bei Komplikationen ??	ja, Erweiterung der diag. Möglichkeiten
6	P	--	NG	nein	ja, häufige und wenig belastende Untersuchungen können beim niedergelassenen Augenarzt vor Ort ohne lange Anfahrtswege durchgeführt werden. Für aufwendige Behandlungen im Zentrum nehmen die Patienten ?? Anfahrtswege in Kauf	ja, wenn gleichzeitig – wie ja vorhanden – eine gute Kommunikation zwischen Hausaugenarzt und Zentrum besteht.
7	P	25	NG, S	nein	ja, größere Ressourcen, 2. Meinung, Expertisen, erwei-terte Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte und Patienten	ja, schnelle Termine, Erörterung von schwierigen Fällen
8	P	50	NG	nein	evtl., gelegentliche Durchführung von nicht sinnvollen ?? in dem Zentrum bei einfachen Fragestellungen	evtl.
9	P	15	NG	nein	ja, schnellerer Austausch von Befunden und Ergänzung von Untersuchungsmöglichkeiten.	ja, Patienten können problemloser und diskussionsfreier schnell ergänzend mitbeurteilt werden.
10	P	35	NG	nein	ja, reibungsloser Organisationsablauf	ja, weniger Pannen und Fehler, hohe Zufriedenheit der Patienten
11	P	--	NG	an alle	ja, schneller zuverlässiger Informationsaustausch und zweckdienliche Zusammenarbeit	ja, weil alles gut klappt
12	P	85	NG	nein	ja, weiterführende Diagnostik durch bessere apparative Ausstattung	ja, Feedback, Austausch mit Kollegen
13	P	70	NG	Verwaltung	ja, kurze Wege, bekannte Personen, Rückmeldungen	ja, gute Ergebnisse, zufriedene Patienten, angenehmes Arbeitsklima
14	AZ	--	AS	nein	ja	ja
15	AZ	100	NG, S	nein	ja, kurze Wege, schnelle ??	ja

Nr.		%		Delegation	Steuerung der Versorgungsqualität durch NW	Arbeitszufriedenheit aufgrund NW
16	MF	--	AS	nein	ja, Patient hat keine weiten Wege, gemeinsame Nutzung von Geräten	ja, mehr diag. Möglichkeiten (Untersuchungsgeräte)
17	AZ	--	AS	nein	ja, Zentralisierung	ja, Arbeit an beiden Stellen
18	P	12	NG	nein	ja	ja
19	AZ	--	AS	nein	ja, schnelle Termine, kurze Wartezeiten auf OP	ja, Abnahme von vielen Verwaltungsarbeiten
20	AZ	100	AS	nein	ja, kürzere ??, weniger ??	ja
21	AZ	5	AS	med. FA	ja, keine Doppelbefunde, guter Informationsfluss	ja, größeres Team, besserer Austausch unter Kollegen
22	AZ	7,5	AS	Helferinnen	ja, gute Betreuung, bessere Absprachen	ja, bessere kollegiale Zusammenarbeit
23	AZ	90	AS	nein	ja	ja
24	AZ	100	AS	nein	ja, Effizienz etc.	ja, weniger Bürokratie
25	AZ	--	AS	nein	ja, durch Kooperation bessere und schnellere Patientenversorgung, gerade bei Notfällen schnelles Handeln wichtig	ja, Gewährleistung der Patientenzufriedenheit, bessere und schnellere Diagnostik
26	MF	--	AS	nein	ja, schneller ?? Informationsfluss	ja, aufeinander abgestimmte Arbeitsabläufe
27	MF	--	AS	nein	ja, Informationsaustausch	ja
28	AZ	95	AS	--	ja	ja
29	AZ	--	AS	nein	ja, besseres Ressourcenmanagement (Geräte, Voruntersuchungen, Erfahrungen)	ja, Einengung von Differentialdiagnosen, Erkennen von etwaigen Fehlern, Auskommunizieren seltener Krankheitsbilder
30	MF	--	AS	Sachbearb. (PC-Arbeit, Telefon)	ja, besserer Informationsfluss	ja, Kommunikation, Austauschinfo
31	P	5	NG	--	evtl.	evtl.
32	AZ	25	AS	nein	ja, gibt Patienten aus kleinen Städten die Möglichkeit, auf höchstem medizinischen Niveau [behandelt zu werden]	ja, es gibt die Möglichkeit, nicht nur komplizierte Fälle zu sehen, die eine stationäre Aufnahme brauchen, sondern auch alltägliche Beschwerden der Patienten
33	AZ	3	AS	nein	ja, Erhöhung der fachlichen Kompetenz durch kollegiale Zusammenarbeit, umfassendere diagnostische Möglichkeiten, zeitnahe Operationen	ja, praxisorganisatorische Probleme können schnell gelöst werden, Verwaltungsaufgaben wie Rechnungen, Statistiken und Softwarepflege werden abgenommen
34	AZ	90	AS	nein	ja, keine Mehrfachuntersuchungen, kürzere Wartezeiten	nein, Anordnung vom MVZ ohne Rücksprache
35		95	NG	nein	ja	ja

A1 Musterinterviewleitfaden (Management)

1. Einführung

- Vorab: Erläuterungen zum Untersuchungsgegenstand (Managementpraktiken, Regulationspraktiken)

2. Einstieg

- Überblicksfragen: Wie managen, wie gestalten Sie die Zusammenarbeit im Netzwerk? Was sind dabei Ihre Aufgaben?

3. Strukturen, Herausforderungen und Ziele der Zusammenarbeit

- Was sind die Netzwerkziele? Wie wurden diese entwickelt?
- Welche Kooperationsformen sind im Netzwerk entstanden (formale und informelle Strukturen der Zusammenarbeit)?
- Beschreiben Sie doch bitte die verschiedenen Bereiche der Zusammenarbeit. Wer nimmt zum Beispiel die Leistungen des Servicezentrums in Anspruch und wie läuft das ab?
- Was sind die typischen Herausforderungen, die sich Ihnen und den Akteuren in Ihrer Zusammenarbeit stellen?
- Können Sie die Zusammenarbeit in Netzwerk steuern? Wenn ja, mit welchen Instrumenten?
- Welche Arte von Wert entsteht durch die Zusammenarbeit im Netzwerk (monetäre Aspekte, Versorgungsqualität, Arbeitszufriedenheit)?
- Wie ist die Identifikation mit dem Netzwerk aufseiten der Leistungserbringer (Netzwerkidentität)?
- Wie gestalten Sie die Aufnahme neuer Mitglieder?

4. Rückschau

- Wenn Sie die Netzwerkentwicklung nochmal Revue passieren lassen, was hat sich in puncto Zusammenarbeit am meisten verändert?
- Welche Strukturen sind gewachsen, die es vorher nicht gab?

5. Ausblick

- Was läuft gut in der Zusammenarbeit? Was wäre noch verbesserungswürdig?
- Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung des Netzwerkes ein?

A2 Fragebögen

Fragebogen Netzwerk 1

Soziale Netzwerkanalyse: An alle Akteure im [Name NW1]

1. Mit welchen Akteuren *innerhalb* des [NW1] haben Sie *regelmäßig* zu tun?

Bitte kreuzen Sie an, Mehrfachnennungen sind möglich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> AOK/Bamer |
| <input type="checkbox"/> <u>AGnES</u> | <input type="checkbox"/> MVZ |
| <input type="checkbox"/> Case-Management | <input type="checkbox"/> <u>Nephrologe</u> |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Nervenarzt |
| <input type="checkbox"/> <u>Diabetologe</u> | <input type="checkbox"/> Netzwerkmanagement |
| <input type="checkbox"/> <u>Gastroenterologe</u> | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Pflegedienste |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> <u>Rehasport</u> |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> SAPV |
| <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter |
| <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> <i>anderer:</i> |
| <input type="checkbox"/> Klinik | <input type="checkbox"/> <i>anderer:</i> |



2. Würden Sie gerne Teile Ihrer Arbeit weiter delegieren?

- ja, und zwar an: _____ und _____
 nein

4. Ärzte: Welche Leitfäden wenden Sie an? _____, _____

5. Waren Sie an deren Entwicklung beteiligt? ja nein.

6. Das [NW1] steigert die Versorgungsqualität:

- eventuell
 ja
 nein
- } warum? _____

7. Das [NW1] steigert Ihre Arbeitszufriedenheit:

- ja
 nein
 weiß nicht
- } warum? _____

8. Wie viel Prozent Ihrer Patienten / Kunden sind Netzpatienten des [NW1]?

Circa _____ Prozent.

9. Geben Sie der Zusammenarbeit im Netz eine Schulnote (1 bis 6): _____

10. Ein Vorteil des [NW1]: _____ Ein Nachteil: _____

11. Nehmen Sie regelmäßig an Netzwerktagungen oder Fortbildungen teil? ja nein.

Vielen Dank!! Möchten Sie eine (graphische) Auswertung? ja nein.

FB-Nr.:

Fragebogen Netzwerk 2 (Beispielzentrum A)

Netzwerkanalyse, Dauer: 2-3 Minuten

1. Mit welchen Akteuren des [NW2, Beispielzentrum A] haben Sie in Ihrem Berufsalltag *regelmäßig* zu tun? Bitte kreuzen Sie an (Mehrfachnennungen möglich):

- Angehörige Ihrer Patienten
- Augenärzte / konservativ
- Augenärzte / operativ
- Azubis (med. Fachberufe)
- Case Management
- externe Pflegediente
- Fachärzte (anderer Disziplinen)
- Hausärzte
- Kliniken
- Krankenkassen
- med. Fachangestellte
- Optiker
- Orthoptistinnen
- QM-Beauftragte (ISO)
- Selbsthilfegruppen
- Verwaltung/ Ökonomen
- Weitere, und zwar:*



2. Würden Sie gerne mehr von Ihrer Arbeit delegieren?

- ja, und zwar an: _____ und _____
- nein

4. Sie arbeiten:

- niedergelassen (Arzt)
- angestellt (bspw. MVZ)
- selbstständig

5. Die Zusammenarbeit von Zentrum und Praxen steigert die Versorgungsqualität:

- eventuell
- ja warum? _____
- nein

6. Die Vernetzung von Zentrum und Praxis steigert Ihre Arbeitszufriedenheit:

- ja
- nein warum? _____
- weiß nicht

7. *Niedergelassene*: Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden im Zentrum operiert?

Circa _____ Prozent.

Vielen Dank!!

FB-Nr.

A3 Codesystem

Erstellt mit MAXQDA (Version 10)

Insgesamt 675 Codings (vorgenommene Textmarkierungen in den digital vorliegenden Daten).

Code	Subcode
traditionelle Versorgung [37]	-/-
feststellbare Veränderungen [0]	persönliche Haltung [2] vernetzt vs. fragmentiert [8] Behandlungspfade [2] vernetzte Qualität [19] Profession [8] MVZ [10] Versorgungsvertrag [6] vernetzte Versorgung [7] Neuerungen [11] zentrale Patientenakte [1] Delegation von Aufgaben [5]
Einbettung der Zusammenarbeit [23]	Bund [10] Land [10] Region [25]
Anreize zur Netzwerkbildung [0]	Gesundheitsprofessionen [1] Patienten [2] Kassen [15] Leistungserbringer [25] Management [3]
eher formelle Strukturen [5]	QM [19] Austauschbeziehungen [27] Effizienzen steuern [11] Hierarchie [8] Konzepte & Tools [36] Sanktionen [3] Vertragsgestaltung [25] Voraussetzungen [9] formulierte & gelebte Ziele [9]
eher informelle Strukturen [3]	Kompetenzbereiche [12] persönlich vertrauensvoll [16] Sanktionen (informell) [3] Wettbewerb NW-intern/extern [3]
Resultate auf NW-Ebene [0]	Professionalisierung des NW [17] wirtschaftlich [9] für die Region [8] NW Identität [8] Leistungserstellung [21] Marke [8] Probleme [23] Synergien [18]
Informationen zu den Ärztenetzen [0]	AGnES [5] SAPV [2] Fallvergleich [6] Generationen, Rollen [8] Verläufe [32] Fakten [23] Hintergrund [55] MVZ [8] Personen [5]

A4 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt,

dass ich die eingereichte Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst, andere als die in ihr angegebene Literatur nicht benutzt und dass ich alle ganz oder annähernd übernommenen Textstellen sowie verwendete Grafiken, Tabellen und Auswertungsprogramme kenntlich gemacht habe. Außerdem versichere ich, dass die vorgelegte elektronische mit der schriftlichen Version der Dissertation übereinstimmt und die Abhandlung in dieser oder ähnlicher Form noch nicht anderweitig als Promotionsleistung vorgelegt und bewertet wurde.

Berlin, 17.02.2020

Ort, Datum

Unterschrift (Mario Bach)

A5 Kurzfassung

Kurzfassung

Der überwiegende Teil der Krankenversorgung in Deutschland findet in fragmentierten Strukturen statt. Getrennte Leistungssektoren, zu denen die ambulante und stationäre Krankenversorgung zählen, gehen mit funktionalen Brüchen in der Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen einher. Schon seit Längerem zielen Gesundheitsreformen auf eine Überwindung der Fragmentierung, diese erweist sich jedoch als äußerst beharrlich. In der vorliegenden Arbeit wird nach Gründen der Beharrung gesucht. Dabei wird auf einen eher diskreten Gegenstand fokussiert. In einer historischen Rückschau, die bis vor die Gründungsjahre der Gesetzlichen Krankenversicherung reicht, wird der Entwicklungsprozess sogenannter Praktiken untersucht, mit denen ärztliche Leistungserbringer in der ambulanten Krankenversorgung ihre Zusammenarbeit organisieren und regulieren. Dazu zählen Überweisungspraktiken genauso wie Zuständigkeitsregelungen in der Krankenversorgung. Diese Regulationspraktiken entwickelten sich im Wechselspiel zwischen entstehenden Versorgungsstrukturen und den Handlungsvollzügen der Leistungserbringer sowie relevanter professions- und gesundheitspolitischer Akteure. Es wird gezeigt, wie sich in deren Zusammenarbeit Pfadabhängigkeit ausbilden konnte und wie den Akteuren trotz vorhandener Alternativen die Fähigkeit zur integrierten Leistungserbringung sukzessive verloren ging. Vor diesem Hintergrund und am Beispiel von Ärztenetzwerken wird als nächstes gezeigt, dass der historisch gewachsene Pfad der fragmentierten Leistungserbringung gebrochen werden kann. Beispielhaft werden jene von den Ärztenetzwerken geschaffenen Versorgungsstrukturen und Handlungsvollzüge herausgearbeitet, die zur Integration der Krankenversorgung auf Ebene der Regulationspraktiken beitragen. Schließlich werden Empfehlungen für ein Netzwerkmanagement gegeben, das den Übergang von der fragmentierten zur integrierten Leistungserbringung unterstützt.

Summary

The majority of health care in Germany takes place in fragmented structures. Separate service sectors which include outpatient and inpatient care are accompanied by functional breaks when it comes to collaboration of the health care professions. Health care reforms have long been aimed at overcoming fragmentation, but fragmentation is proving to be extremely persistent. In this study, reasons for the insistence are sought, focusing on a rather discrete object. In a historical review, which goes back until before Statutory Health Insurance was founded, the development of so-called practices is examined, with which medical service providers in outpatient health care regulate their collaboration. This includes referral practices as well as rules on responsibilities in health care provision. These regulatory practices developed in the interplay between emerging healthcare structures and the actions of service providers, relevant professional and health policy actors. It will be demonstrated how path dependency could develop in their cooperation and how the actors, despite existing alternatives, gradually lost their ability to provide integrated healthcare services. Against this background and using the example of physicians' networks, the following demonstrates that the historically grown path of fragmented service provision can be overcome. Those health care structures and interactions established by the physicians' networks are identified that contribute to the integration of health care at the level of regulatory practices. Finally, recommendations are made for network management that promotes the transition from fragmented to integrated service delivery.