

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften - School of Public Health  
WHO Collaborating Center

# **Hausarztzentrierte Versorgung – Der schwierige Weg von der Theorie zur Praxis**

Eine qualitative Analyse zur Implementation - Adoption und Diffusion -  
der hausarztzentrierten Versorgung als soziale Innovation in die  
vertragsärztliche Regelversorgung

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades  
“Doctor of Public Health” (Dr. PH)  
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bielefeld

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zweitgutachter: Prof. Dr. Bernhard Badura

Verfasser: Dipl.-Kfm. (FH) Holger Petersmann MHA  
Matrikel-Nr. 80143503

## **DANKSAGUNG**

Auf diesem Wege möchte ich mich bei all den Personen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben.

Zuerst möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Gerlinger für sein Vertrauen und seine Bereitschaft zur Betreuung meines Dissertationsvorhabens herzlich danken.

Herrn Prof. Dr. Badura danke ich für seine freundliche Bereitschaft zur Übernahme der Zweitprüferschaft.

Meiner Frau und meinen Kindern danke ich sehr für ihre Liebe, ihr Verständnis und ihre Geduld, welche sie mir in den letzten fünf Jahren entgegengebracht haben. Allzu oft mussten sie während der Erstellung dieser Dissertation auf mich verzichten.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich bei der Verwirklichung meiner Ausbildungsziele immer gefördert und gefordert haben. Ihnen sei diese Arbeit gewidmet.

---

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	I
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	IX
Abkürzungsverzeichnis .....	XV
I. Einleitung .....	1
1 Problemsetting und Erkenntnisinteresse.....	1
1.1 Hinführung zum Thema.....	1
1.2 Gesundheitswissenschaftliche Einordnung .....	7
1.2.1 Public Health – Grundlagen .....	7
1.2.2 Gesundheitssystemforschung .....	10
1.2.3 Hausarztzentrierte Versorgung im gesundheitswissenschaftlichen Kontext .....	12
1.3 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit .....	14
II. Praxisanalyse und wissenschaftstheoretische Grundlagen .....	17
2 Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens .....	17
2.1 Marktumfeld und Einflussfaktoren.....	17
2.1.1 Demographische und epidemiologische Entwicklung .....	19
2.1.2 Medizinisch-technologische Entwicklung.....	25
2.2 Marktteilnehmer und zentrale Prozesse.....	26
2.2.1 Finanzierung – die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsträger.....	28
2.2.2 Versorgung – die Gesundheitsprofessionen als Leistungserbringer.....	33
2.2.3 Nutzen – die Versicherten als Leistungsnehmer .....	34
2.3 Zwischenfazit und Implikationen .....	36
3 Schlüsselproblematiken in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung.....	38
3.1 Informationsdefizite durch die Prinzipal-Agenten-Beziehung.....	39
3.1.1 Informationsasymmetrien ex ante .....	40
3.1.2 Informationsasymmetrien ex post .....	41
3.1.3 Zwischenfazit - Die Agenturtheorie am Gesundheitsmarkt .....	41

---

3.2 Fehlanreize, Koordinations- und Steuerungsdefizite am Gesundheitsmarkt .....	43
3.3 Limitationen politischer Steuerung am Gesundheitsmarkt .....	47
3.4 Zwischenfazit und Implikationen .....	52
4 Hausarztzentrierte Versorgung als hoffnungsstiftender Lösungsansatz.....	55
4.1 Begrifflichkeiten, Entwicklungen und Ziele der HzV .....	55
4.1.1 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 .....	57
4.1.2 Das GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz .....	59
4.1.3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.....	60
4.1.4 Das GKV-Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz .....	64
4.1.5 Das GKV-Finanzierungsgesetz .....	65
4.1.6 Das GKV-Versorgungssteuerungsgesetz .....	68
4.1.7 Das Patientenrechtegesetz .....	68
4.2 Umsetzungsbemühungen und Status quo der HzV .....	69
4.3 Zwischenfazit und Implikationen .....	72
5 Implementation hausarztzentrierter Versorgung als soziale Innovation .....	75
5.1 Innovationsforschung: Adoption und Diffusion von Innovationen.....	75
5.1.1 Adoptionsprozess .....	78
5.1.2 Diffusionsprozess .....	82
5.2 Soziale Innovationen .....	86
5.2.1 Definition und zentrale Aussagen .....	86
5.2.2 Zielkontext, Diffusion und Institutionalisierung sozialer Innovationen nach Rogers 5-Phasenmodell .....	89
5.3 Zwischenfazit und Implikationen .....	91
6 Empirische Arbeiten zur hausarztzentrierten Versorgung im Kontext sozialer Innovationen .....	93
6.1 Selektion der Beiträge .....	93
6.2 Studienergebnisse zur hausarztzentrierten Versorgung.....	93
6.2.1 Nationale Arbeiten.....	93
6.2.2 Internationale Arbeiten .....	99
6.3 Ableitung der Forschungslücke .....	101

---

III. Empirie .....	104
7 Vorüberlegungen zur empirischen Untersuchung .....	104
7.1 Zielformulierung.....	104
7.2 Differenzierung der Fragestellung.....	105
8 Untersuchungsdesign und Methodik .....	107
8.1 Qualitative vs. quantitative Sozialforschung.....	107
8.2 Datenerhebung.....	111
8.2.1 Feldzugang .....	111
8.2.2 Theoretical Sampling – Erhebung der Stichprobe.....	111
8.3 Datenanalyse.....	112
8.3.1 Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse.....	112
8.3.2 Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse: Inhaltliche Strukturierung..	113
IV. Ergebnisse .....	118
9 Empirische Ergebnisse .....	118
9.1 Ergebnisdarstellung des theoretical samplings je Gesetzgebungsverfahren .....	118
9.1.1 Stellungnahmen zum GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000.....	119
9.1.2 Stellungnahmen zum GKV – Gesundheitsmodernisierungsgesetz .....	121
9.1.3 Stellungnahmen zum GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz.....	123
9.1.4 Stellungnahmen zum GKV - Organisationsstrukturen- Weiterentwicklungsgesetz.....	125
9.1.5 Stellungnahmen zum GKV - Finanzierungsgesetz.....	126
9.1.6 Stellungnahmen zum GKV - Versorgungssteuerungsgesetz.....	128
9.1.7 Stellungnahmen zum Patientenrechtegesetz.....	129
9.1.8 Zwischenfazit.....	130
9.2 Ergebnisdarstellung zur Kategorienbildung und Textzuordnung mittels inhaltsanalytischem Ablaufmodell der Strukturierung.....	131
9.2.1 Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Gesundheitsreformgesetzes 2000 .....	136
9.2.2 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Gesundheitsmodernisierungsgesetzes .....	141
9.2.3 Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetzes .....	145

---

9.2.4	Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetzes.....	149
9.2.5	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Finanzierungsgesetzes .....	155
9.2.6	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Versorgungsstärkungsgesetzes .....	158
9.2.7	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des Patientenrechtegesetzes .....	160
9.2.8	Zwischenfazit.....	163
9.3	Ergebnisanalyse des Diffusionsprozesses: Adoption, Non-Adoption und Diffusionsergebnisse unter Berücksichtigung der innovationsspezifischen Einflussfaktoren.....	163
9.3.1	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV- Gesundheitsreformgesetzes 2000 .....	165
9.3.2	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV- Gesundheitsmodernisierungsgesetzes .....	176
9.3.3	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes .....	187
9.3.4	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV- Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetzes.....	196
9.3.5	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV- Finanzierungsgesetzes .....	205
9.3.6	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV- Versorgungssteuerungsgesetzes .....	212
9.3.7	Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des Patientenrechtegesetzes.	218
9.3.8	Zwischenfazit.....	223
10	Fazit und Handlungsempfehlungen .....	229
10.1	Beantwortung der Forschungsfragen.....	229
10.1.1	Erste Forschungsfrage: Welche Diffusionsphase/Diffusionsphasen wurde/wurden nicht erreicht bzw. nicht per Innovationsadoption abgeschlossen? .....	229
10.1.2	Zweite Forschungsfrage: Warum wurde/wurden die Diffusionsphase/ Diffusionsphasen nicht erreicht bzw. der Diffusionsprozess nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?.....	232

---

10.2 Retrospektive Betrachtung von Untersuchungsdesign und Methodik .....	241
10.2.1 Datenerhebung und Repräsentativität des Untersuchungsmaterials.....	241
10.2.2 Untersuchungsmethodik .....	243
10.3 Grenzen der Untersuchung .....	245
10.4 Diskussion und Ausblick .....	247
Literaturverzeichnis .....	260
Anhang .....	296
Eidesstattliche Erklärung .....	363

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsausgaben gesamt der GKV 2010 bis 2014 in Mrd. EUR.....	2
Abbildung 2: GKV-Leistungsbereichsausgaben in 2014 .....	3
Abbildung 3: Das Selbstverständnis von Old Public Health, New Public Health und Health Sciences/Gesundheitswissenschaften .....	8
Abbildung 4: Disziplinäre Entwicklung von Public Health in den USA .....	9
Abbildung 5: Methodische und funktionale Definition von Versorgungsforschung .....	11
Abbildung 6: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Pfaff .....	12
Abbildung 7: Altersaufbau der Bevölkerung.....	21
Abbildung 8: Die koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes .....	22
Abbildung 9: Varianten und Modellrechnungen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.....	23
Abbildung 10: Beziehungsdreieck der Teilnehmer am Gesundheitsmarkt.....	43
Abbildung 11: Adoptergruppen nach Rogers.....	81
Abbildung 12: Diffusionskurve und Adoptionskurve .....	83
Abbildung 13: Ausgabenentwicklung für ärztliche Behandlung 2008-2013 .....	94
Abbildung 14: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse nach Mayring .....	108
Abbildung 15: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring .....	115
Abbildung 16: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung nach Mayring.....	116
Abbildung 17: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-GRG.....	120
Abbildung 18: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-GMG.....	122
Abbildung 19: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-WSG .....	124
Abbildung 20: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-OrgWG .....	126
Abbildung 21: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-FinG .....	127
Abbildung 22: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-VStG .....	128
Abbildung 23: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum PRG .....	129
Abbildung 24: Gesamtverteilung der Stellungnahmen über die betrachteten.....	130
Abbildung 25: Kombiniertes Inhaltsanalyse-Diffusions-Modell .....	133
Abbildung 26: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73b Abs. 1a SGB V“ .....	137



---

Abbildung 27: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“ .....	139
Abbildung 28: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Definition HzV gemäß § 73b SGB V“ .....	142
Abbildung 29: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“ .....	146
Abbildung 30: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Abschaffung Versichertenbonus hausärztliche Versorgung“ .....	149
Abbildung 31: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Fristsetzung“ .....	151
Abbildung 32: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Kontrahierungszwang“ .....	152
Abbildung 33: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Schiedsverfahren“ .....	154
Abbildung 34: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Beitragssatzstabilität/ Budgetbereinigung“ .....	156
Abbildung 35: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Klagebeschränkung“ .....	159
Abbildung 36: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Einführung eines Widerrufsrechts“ .....	161
Abbildung 37: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der <i>GKV-Gruppe</i> im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers .....	224
Abbildung 38: Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der <i>GKV-Gruppe</i> nach Rogers .....	225
Abbildung 39: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der <i>Ärzte-Gruppe</i> im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers .....	226
Abbildung 40: Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der <i>Ärzte-Gruppe</i> nach Rogers .....	227
Abbildung 41: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der <i>Sonstige-Gruppe</i> im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers .....	228
Abbildung 42: Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der <i>Sonstige-Gruppe</i> nach Rogers .....	228
Abbildung 43: Übersicht der kumulierten Adoptionsergebnisse der drei Akteursgruppen im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers .....	230

---

Abbildung 44: Kumulierte Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der drei Akteursgruppen nach Rogers.....	234
Abbildung 45: Ausrichtung der gesetzgeberischen Interventionen zur Implementation der HzV .....	241

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ökonomische Anreize am Gesundheitsmarkt .....	45
Tabelle 2: Stufen der Adoption .....	79
Tabelle 3: Innovationsspezifische Einflussfaktoren .....	84
Tabelle 4: Typen sozialer Innovationen .....	87
Tabelle 5: Dimensionen und Ausprägungen sozialer Innovationen .....	88
Tabelle 6: Phasenmodell zur Innovationsdiffusion in Organisationen.....	90
Tabelle 7: Umsetzung des ersten inhaltsanalytischen Ablaufmodells der vorliegenden Untersuchung.....	132
Tabelle 8: Untersuchung anhand innovationsspezifischer Einflussfaktoren.....	134
Tabelle 9: Umsetzung des zweiten inhaltsanalytischen Ablaufmodells der vorliegenden Untersuchung.....	135
Tabelle 10: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „TN- Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V“ .....	138
Tabelle 11: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „TN- Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V“ .....	138
Tabelle 12: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 - „Versichertenbonus in der HV“ .....	140
Tabelle 13: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Versichertenbonus in der HV“ .....	140
Tabelle 14: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 - „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ .....	143
Tabelle 15: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ .....	144
Tabelle 16: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ .....	145
Tabelle 17: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „GKV- Angebotspflicht HzV“ .....	147
Tabelle 18: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „GKV- Angebotspflicht HzV“ .....	147
Tabelle 19: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „GKV- Angebotspflicht HzV“ .....	148
Tabelle 20: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Fristsetzung“ .....	151

---

Tabelle 21: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Kontrahierungszwang“ .....	153
Tabelle 22: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Kontrahierungszwang“ .....	153
Tabelle 23: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Kontrahierungszwang“ .....	154
Tabelle 24: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Schiedsverfahren“ .....	155
Tabelle 25: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Schiedsverfahren“ .....	155
Tabelle 26: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“ .....	157
Tabelle 27: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“ .....	157
Tabelle 28: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“ .....	158
Tabelle 29: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Klagebeschränkung“ .....	159
Tabelle 30: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Klagebeschränkung“ .....	160
Tabelle 31: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Widerrufsrecht“ .....	162
Tabelle 32: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Widerrufsrecht“ .....	162
Tabelle 33: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Widerrufsrecht“ .....	163
Tabelle 34: Diffusionsergebnis zur Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung“ des GKV- GRG.....	166
Tabelle 35: Diffusionsergebnis zur Innovation „Versichertenbonus in der HV“ des GKV-GRG.....	170
Tabelle 36: GKV-GRG, Gewichtung der Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung“ .....	174
Tabelle 37: GKV-GRG, Gewichtung der Innovation „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“ .....	175

---

Tabelle 38: Diffusionsergebnis zur Innovation „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ des GKV-GMG.....	176
Tabelle 39: GKV-GMG, Gewichtung der Innovation „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“.....	186
Tabelle 40: Diffusionsergebnis zur Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“ des GKV-WSG .....	188
Tabelle 41: Diffusionsergebnis zur Innovation „Abschaffung Versichertenbonus HV“ des GKV-WSG.....	193
Tabelle 42: GKV-WSG, Gewichtung der Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“ .	194
Tabelle 43: GKV-WSG, Gewichtung der Innovation „Wegfall Versichertenbonus HV“ .....	196
Tabelle 44: Diffusionsergebnis zur Innovation „Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung“ des GKV-OrgWG .....	197
Tabelle 45: : Diffusionsergebnis zur Innovation „Kontrahierungszwang“ des GKV-OrgWG .....	198
Tabelle 46: Diffusionsergebnis zur Innovation „Schiedsverfahren“ des GKV-OrgWG .....	201
Tabelle 47: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung“ .....	202
Tabelle 48: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Kontrahierungszwang der GKV“ .....	203
Tabelle 49: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Einführung eines Schiedsverfahrens“ .....	205
Tabelle 50: Diffusionsergebnis zur Innovation „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“ des GKV-FinG.....	206
Tabelle 51: GKV-FinG, Gewichtung der Innovation „Bereinigung der KV-Vergütung (Budgetneutralität)“ .....	211
Tabelle 52: Diffusionsergebnis zur Innovation „Klagebeschränkung“ des GKV-VStG .....	212
Tabelle 53: GKV-VStG, Gewichtung der Innovation „Klagebeschränkung gegen die Schiedsperson“ .....	217
Tabelle 54: Diffusionsergebnis zur Innovation „Einführung Widerrufsrecht“ des PRG .....	218
Tabelle 55: GKV-PRG, Gewichtung der Innovation „Einführung Widerrufsrecht“ ...	222

---

Tabelle 56: Verortung idealtypischer Steuerungsmodelle.....	252
Tabelle 57: GKV-GRG, Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	296
Tabelle 58: GKV-GRG, Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2 .....	298
Tabelle 59: GKV-GRG, Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	299
Tabelle 60: GKV-GRG, Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2 .....	302
Tabelle 61: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	303
Tabelle 62: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Kategorie 2/Diffusionsphase 2 .....	305
Tabelle 63: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V- Kategorie 3/Diffusionsphase 3 .....	310
Tabelle 64: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	311
Tabelle 65: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 2/Diffusionsphase 2 .....	313
Tabelle 66: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 3/ Diffusionsphase 3 .....	315
Tabelle 67: GKV-WSG, Abschaffung des Versichertenbonus HV - Kategorie 1/ Diffusionsphase 1 .....	316
Tabelle 68: GKV-OrgWG, Einführung der Fristsetzung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	316
Tabelle 69: GKV-OrgWG, Einführung der Fristsetzung – Kategorie 2/Diffusions- phase 2 .....	317
Tabelle 70: GKV-OrgWG, Einführung des Kontrahierungszwanges - Kategorie 1/ Diffusionsphase 1 .....	318
Tabelle 71: GKV-OrgWG, Einführung des Kontrahierungszwanges - Kategorie 2/ Diffusionsphase 2 .....	319
Tabelle 72: GKV-OrgWG, Einführung des Kontrahierungszwangs - Kategorie 3/ Diffusionsphase 3 .....	321

---

Tabelle 73: GKV-OrgWG, Einführung des Schiedsverfahrens - Kategorie 1/ Diffusionsphase 1 .....	322
Tabelle 74: GKV-OrgWG, Einführung des Schiedsverfahrens - Kategorie 2/ Diffusionsphase 2 .....	322
Tabelle 75: GKV-FinG, Einführung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1 .....	323
Tabelle 76: GKV-FinG, Einführung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2 .....	325
Tabelle 77: GKV-VStG, Einführung der Klagebeschränkung - Kategorie 1/ Diffusionsphase 1 .....	326
Tabelle 78: GKV-VStG, Einführung der Klagebeschränkung - Kategorie 2/ Diffusionsphase 2 .....	327
Tabelle 79: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 1/Diffusionsphase 1..	328
Tabelle 80: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 2/Diffusionsphase 2..	329
Tabelle 81: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 3/Diffusionsphase 3..	331
Tabelle 82: GKV-GRG, Gewichtung zur Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren.....	331
Tabelle 83: GKV-GRG, Gewichtung zur Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren.....	335
Tabelle 84: GKV-GMG, Gewichtung zur Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	338
Tabelle 85: GKV-WSG, Gewichtung zur Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	345
Tabelle 86: GKV-WSG, Gewichtung zur Abschaffung des Versichertenbonus hausärztliche Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren.....	348
Tabelle 87: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung der Fristsetzung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	350
Tabelle 88: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung des Kontrahierungszwanges - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	351
Tabelle 89: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung des Schiedsverfahrens - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	354

---

Tabelle 90: GKV-FinG, Gewichtung zur Einführung der Beitragssatzbilität/ Budgetbereinigung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren.....	356
Tabelle 91: GKV-VStG, Gewichtung zur Einführung der Klagebeschränkung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	358
Tabelle 92: GKV-PRG, Gewichtung zur Einführung des Widerrufsrechts - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren .....	360



---

## Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.
Abs.	Absatz
AEK	Angestellten-Ersatzkassen
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
AGG	Alters-Geschlechts-Gruppe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BAG	BundesArbeitsGemeinschaft Selbsthilfe e.V.
BAGP	BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen e.V.
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände e.V.
BDP	Bundesverband deutscher Psychotherapeuten e.V.
bezgl.	bezüglich
BKK	Betriebskrankenkasse
BHI	Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V.
BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BV	Bundesverband
BVKJ	Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
CGB	Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DAG	Deutsche Angestelltengewerkschaft
dbb	Beamtenbund und Tarifunion
DGVP	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
DFV	Deutscher Fachärzterverband e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGVP	Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.

---

DGMS	Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie e.V.
DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V.
DV	Dachverband
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation Behinderter e.V.
DW	Diakonisches Werk
ebda.	eben da
EMG	Erwerbsminderungs-Gruppe
EPA	Elektronische Patientenakte
FinG	Finanzierungsgesetz
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GFB	Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände e.V.
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HK	Hauptkategorie
HMG	Hierarchisierte Morbiditäts-Gruppe
HV	hausärztliche Versorgung
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
Ikk	Innungskrankenkasse
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Kap	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
m. E.	mit Einschränkungen
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
OrgWG	Organisationsweiterentwicklungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PRG	Patientenrechtegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

---

SpiBu	Spitzenverband Bund
SV	Spitzenverband
TK	Techniker Krankenkasse
UK	Unterkategorie
ULA	Union der leitenden Angestellten
u. U.	unter Umständen
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V.
vdak	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
vdek	Verband der Ersatzkrankenkassen e.V.
VPK	Verein psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V.
VPP	Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V.
VStG	Versorgungssteuergesetz
WIdO	Wissenschaftliche Institut der AOK
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
WV	Wohlfahrtsverband
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

*„Ich habe gelernt, dass der Weg des Fortschritts  
weder kurz noch unbeschwerlich ist.“*

Marie Curie (1867 – 1934),  
polnisch-französische Nobelpreisträgerin  
(1903 für Physik, 1911 für Chemie)

## **I. Einleitung**

### **1 Problemsetting und Erkenntnisinteresse**

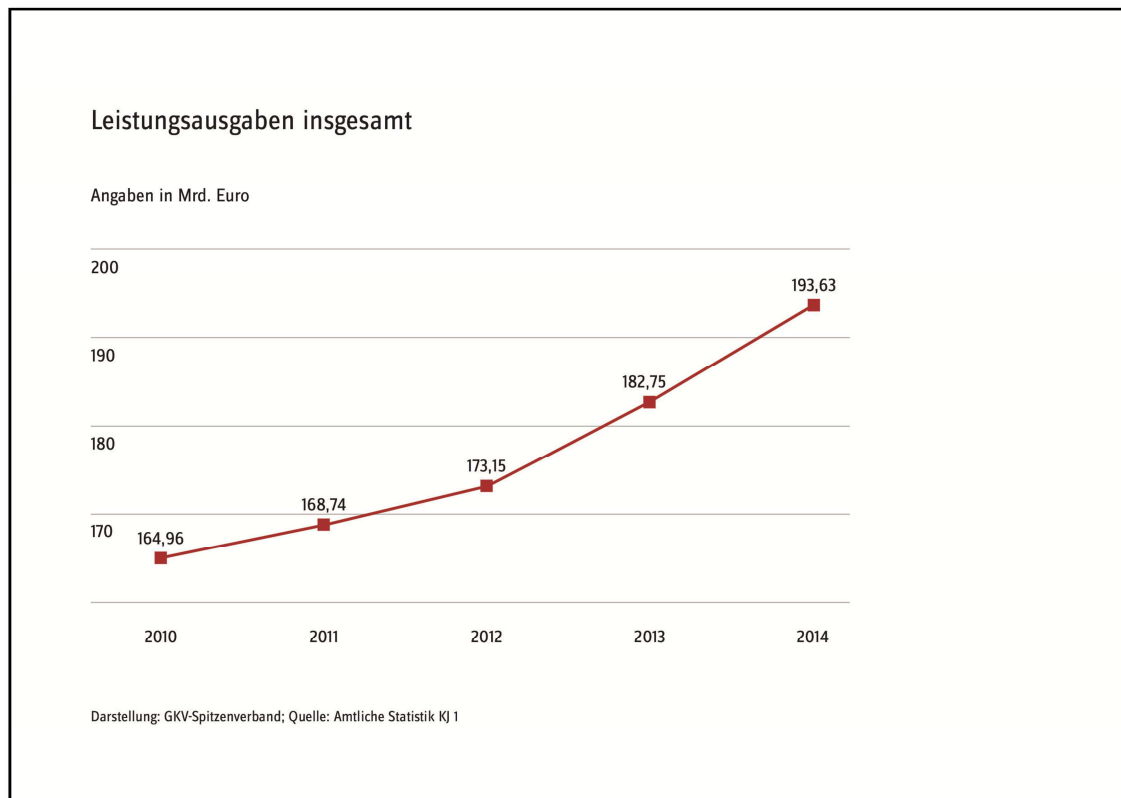
#### 1.1 Hinführung zum Thema

Als eine mittlerweile tradierte Eigenschaft kennzeichnen kontinuierlich steigende Leistungsausgaben das bundesdeutsche Gesundheitswesen (Abb. 1). Eine - mittels Gesundheitsreformgesetzgebung - erfolgreiche Trendumkehr blieb bisher jeder Bundesregierung, egal welcher politischer Ideologie, versagt. Den bis dato verwendeten Maßnahmen kann bestenfalls bescheinigt werden, dass sie eine kurzzeitige Ausgabendämpfung bewirkt haben, um im Sinne der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V überproportionale Beitragssteigerungen vermieden zu haben (Schulenburg und Greiner 2013: 63f.).

Die systemimmanenten Gründe dieser Ausgabensteigerung liegen dabei sowohl auf Leistungserbringer als auch auf Leistungsnehmerseite der Gesundheitswirtschaft<sup>1</sup>. Einem stetig wachsenden Leistungsportfolio auf Angebotsseite steht eine konsumqualitätskritische Population mit morbiditätsbedingt wachsendem Leistungsbedarf auf Nachfrageseite gegenüber. Steigende Personal- und Sachkosten, kombiniert mit neuen Behandlungsmethoden und Arzneimitteltherapien komplettieren, mit fehlendem Grenznutzenempfinden der Konsumenten, die sich stetig nach oben schraubende Ausgabenspirale (SVR 1995: 12-24).

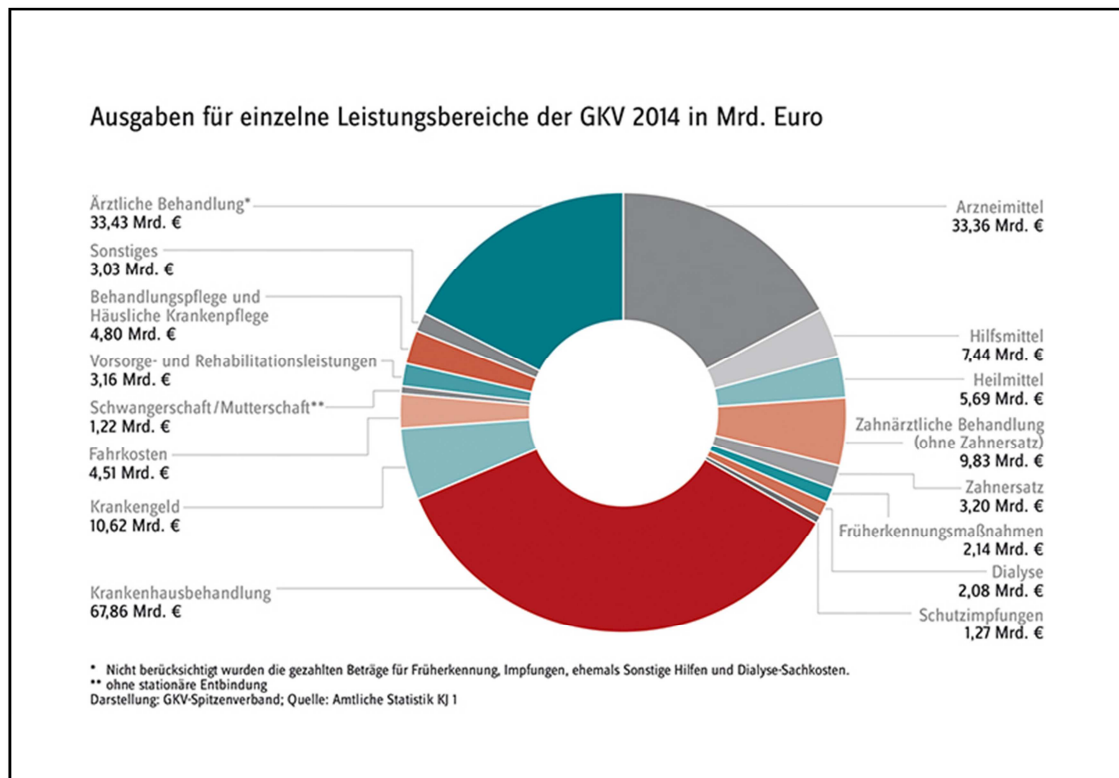
---

<sup>1</sup> Hinweis zu Gender Formulierung: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form verwendet wird.



**Abbildung 1: Leistungsausgaben gesamt der GKV 2010 bis 2014 in Mrd. EUR**  
**Quelle: GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik KJ1, Stand 08.07.2015**

Die Fehlentwicklungen zur Nachfrage von Gesundheitsleistungen sind sehr divergent. Gerlinger und Rosenbrock (2014: 56-57) beschreiben „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ als eine „weitverbreitete Erscheinung im deutschen Gesundheitswesen“. Mangelnde Behandlungadhärenz der nach Gesundheitsleistungen nachfragenden Bevölkerung führt in der Gesamtverteilung (Abb. 2) ergänzend zu unnötigen Ausgaben in Milliardenhöhe. Doppeluntersuchungen für Diagnostik, unnötige Facharztbesuche, überflüssige, vollstationäre Aufenthalte und Millionen von Arzneimitteln, welche jedes Jahr ärztlich verschrieben, jedoch nicht eingenommen und in den Privathaushalten regelrecht gehortet werden, sind hier nur einige zu nennende Beispiele (vgl. Blankart et al 2009: 29-33).



**Abbildung 2: GKV-Leistungsbereichsausgaben in 2014**  
 Quelle: GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik KJ1, Stand 08.07.2015

In den vergangenen zwei Dekaden hat der Sozialgesetzgeber wiederholt Kostendämpfungsgesetze erlassen, um die finanziellen Belastungen für Gesundheitsausgaben nachhaltig zu begrenzen. Als ein Instrument diente dabei neben der Erhöhung der Selbstbeteiligungen für die Versicherten die Beschneidung verschiedenster Ausgabenfelder mittels Budgetierung (Seh- und Hörhilfen, Zahnersatz, Praxisgebühr, Zuzahlungsverpflichtung).

Die anhaltende Manifestation jährlich steigender Gesundheitsausgaben wird jedoch durch verschiedenste exogene und endogene Faktoren weiterhin begünstigt (siehe hierzu auch das zweite Kapitel: Marktumfeld und -faktoren) (vgl. Trampusch 2008: 27-28):

- Die demographische Entwicklung in Deutschland ist geprägt von einem überproportional steigendem Missverhältnis von jungen und älteren Menschen – zu Lasten der Jüngeren,
- steigenden Gesundheitsausgaben, welche mit einer epidemiologischen Entwicklung hin zur Multimorbidität bei fortschreitendem, medizinisch-technische Fortschritt korrelieren,
- Ineffizienzen, bedingt durch falsche Regulierungen und Fehlanreize im Gesundheitswesen Auf Leistungserbringerseite wird durch fehlenden Wettbewerb und tradierte Vergütungssysteme ein Bewusstsein zu effizienterem

Handeln unterminiert und die Fokussierung auf die eigene Wohlfahrtsoptimierung vorangetrieben,

- ein Vollversicherungsschutz, der verantwortlich ist für ein marginal ausgeprägtes Kostenbewusstsein der Leistungsnehmer (*moral hazard*),
- komplexe Organisationsformen der Selbstverwaltungen, Krankenkassen und Ärzte, als administrative Ineffizienz mit unmittelbarer Auswirkung auf die Ausgaben im Gesundheitswesen.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zum 01.01.2009 wurde vom Gesetzgeber eine weitere Maßnahme umgesetzt, um eine ausreichende Finanzierung der Systemausgaben sicherzustellen, bzw. die sukzessive Unterdeckung der Gesundheitsausgaben weiter zu entschleunigen. Mit der einheitlichen Beitragssatzbasis von 14,6% und der Möglichkeit zur Erhebung von Zusatzbeitragssätzen (seit dem 01.01.2015), einer Ausgabenreduktion primär im Arzneimittelbereich – im Weiteren noch bei Krankenhausaussgaben, den Honoraren der Vertragsärzte und Verwaltungskosten der Krankenkassen – wird jedoch nur eine kurze Atempause in den Bemühungen um eine Kostenreduktion erreicht werden können. Eine nachhaltige Deckelung der kontinuierlichen Ausgabensteigerung wird mit den beschriebenen Maßnahmen mutmaßlich nicht erreicht werden. Die Dringlichkeit zu weiteren, zeitnahen Reformen zeichnet sich bereits ab. Die klassische Volkswirtschaftslehre beschreibt, dass Güter – Sachgüter oder Dienstleistungen – nur in begrenztem Maße zur Verfügung stehen. In ihrer Menge bzw. Anzahl reichen sie somit nicht aus, um alle Konsumbedürfnisse der Nachfrageseite zu befriedigen. Man spricht von einer Knappheit an Gütern. Gleichzeitig existiert auch eine Knappheit an Ressourcen, um entsprechende Güter herzustellen. Das bedeutet, dass wirtschaftliche (ökonomische) Entscheidungen getroffen werden müssen, mit welchem Mitteleinsatz welches Gut in welcher Menge für wen produziert werden soll.

Dieses zentrale Koordinierungsproblem wird auch als *Allokationsproblem* bezeichnet (Wasem/Buchner 2007: 53-65) und kennzeichnet eine Eigenschaft der Gesundheitswirtschaft:

*„Im Gegensatz zu Marktgütern, bei denen Angebot und Nachfrage Produktionsmengen und –strukturen bestimmen, fehlen bei Gütern, die durch Fiscis und Parafiscis (z. B. Krankenkassen) finanziert werden, marktmäßige Anhaltspunkte für die ‚optimale‘ Produktion. Stattdessen haben politische bzw. staatliche Entscheidungsträger die Aufgabe zu bestimmen, welche Güter in welchen Mengen vom Staat gekauft bzw. produziert werden sollten.“ (Greiner 1999: 24)*

Um der Knappheit von Ressourcen zu begegnen und Angebot und Nachfrage auf gleiche Höhe zu nivellieren, nennt Marckmann (2005: 179-200) neben einer Steigerung der Ausgaben einer stärkeren Ausprägung des klassischen Marktmodells zwei weitere „denkbare“ Lösungsstrategien: Rationalisierung und Rationierung/Leistungsbegrenzung.

Neben der GKV-weiten Bereinigung um versicherungsfremde Leistungen wird das größte Einsparpotential in der Beseitigung von Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung gesehen. Der Sachverständigenrat (SVR 2005: 21-23) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen konstatierte im Jahre 2005 diesbezüglich in seinem Gutachten, dass das deutsche Gesundheitswesen gekennzeichnet wäre durch Unter-, Über- und Fehlversorgung und noch beträchtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Leistungen besäße. Als Aktionsfelder wurden dabei sowohl Primär- als auch Sekundärleistungen von Leistungserbringern und Kostenträgern und im Weiteren systemregulierende Maßnahmen genannt.

Als eine wirksame Maßnahme, den Empfehlungen des SVR folgend, befürwortete der Gesetzgeber bereits früh eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Hausärzte sollen die Schnittstelle zwischen Patienten und Leistungserbringern besetzen, Behandlungsinformationen zentral sammeln und die Patienten gezielt in weitere Behandlungsmaßnahmen kanalisieren. Eine zentrale Steuerung mittels *hausarztzentrierter Versorgung* (HzV). Dabei werden Hausärzte als (exklusive) Selektivvertragspartner der Krankenkassen legitimiert, um qua Lotsenfunktion die Versicherten durch das Leistungsgeflecht des deutschen Gesundheitswesens zu steuern und so multiple Einsparmöglichkeiten zu mobilisieren und eine effektive Ressourcenallokation zu unterstützen.

Einer Effizienzerhöhung der Allokation – resultierend aus den selektivvertraglichen Versorgungsmodellen - stand zunächst jedoch eine parallel zur kollektivvertragsärztlichen Versorgung real existierende Ausgabensteigerung ex ante, während die möglichen Einspareffekte der HzV - trotz des Ausgabendrucks im GKV-System - erst post festum einer bis zum 31.12.2012 reichenden, ersten Umsetzungsphase des Versorgungsmodells evaluiert werden konnten. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz hat



der Gesetzgeber den Krankenkassen die Pflicht zur Vorleistung abgenommen und eine in sich geschlossene Refinanzierung von HzV-Modellen zwingend vorgeschrieben.

Die bisher verwendeten Versorgungsmodelle der HzV weichen in Gestaltung und Vergütung je Kassenart (Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen u.a.) und Versorgungslandschaft erheblich voneinander ab, was eine Identifizierung der optimalen Konfiguration dieses Versorgungsmodells erheblich erschwert. Dabei stellt die Größe oder Anzahl der Vertragsparteien weder einen Garant noch eine Hypothek für den Erfolg der hausarztzentrierten Versorgung dar. Beispielhaft genannt werden können hier der zum Dezember 2010 kassenartenübergreifend gekündigte Vertrag mit dem bayerischen Hausärzteverband oder der im bevölkerungsreichsten Bundesland, Nordrhein-Westfalen, auf Verlangen der Hausärzte gegen die Betriebskrankenkassen am 17.09.2010 geschiedste, jedoch angesichts des durch Schiedsspruch erzielten Inhaltes von den Hausärzten nicht „gelebte“ Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung, während das Versorgungsprojekt „Gesundes Kinzigtal“ bereits seit Jahren ein erfolgreiches Hausarztmodell unterhält (OptiMedisAG 2014).

Die anfangs hoffnungsvollen Erwartungen aller Beteiligten an der Nutzenstiftung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen sind mittlerweile von der Realität ernüchternd eingeholt worden. Die Gründe des Scheiterns weisen sich die Selbstverwaltungen der Kostenträger und Leistungserbringer und der Gesetzgeber gegenseitig zu.

Vom Sachverständigenrat gefordert, vom Gesetzgeber gefördert, zur weiteren Versorgungsentwicklung notwendig und regional bereits mit Erfolg umgesetzt, erscheint es paradox, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung nicht in den bundesdeutschen Versorgungsalltag implementieren lässt.

Die vorliegende Arbeit möchte diesem Paradoxon nachgehen. Die Interdisziplinarität des HzV-Ansatzes impliziert dabei von Beginn an eine Bearbeitung der Problemstellung unter Verwendung des ganzheitlichen Ansatzes der Gesundheitswissenschaften. Die vorliegende Arbeit wählt dazu den Zweig der Gesundheitssystemforschung und beschäftigt sich mit dem Fragenkomplex, warum, woran und zu welchem Zeitpunkt die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung im Zuge des Implementations- bzw. Diffusionsprozesses in die Regelversorgung scheitert.

## 1.2 Gesundheitswissenschaftliche Einordnung

### 1.2.1 Public Health – Grundlagen

Von der – 1996 gegründeten - Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) wird der Begriff *Gesundheitswissenschaften* als Synonym des international verwendeten Public Health bezeichnet, welcher die Wissenschaft der Gesundheitsförderung und Systemgestaltung des Gesundheitswesens beinhaltet zwecks systematischer Evaluation von Angebots- und Versorgungsstrukturen. Auch Hurrelmann et al. (2006: 11-21) plädieren für die Verwendung von *Gesundheitswissenschaften* als Leit- und Oberbegriff für den interdisziplinären Wissenschaftsbereich. Sie begründen dies mit der Verknüpfung der anglo-amerikanischen Public Health mit der staatlichen Gesundheitspolitik und verweisen hier auf die negativen Assoziationen zu staatlicher Gesundheitspolitik in Deutschland während des Nationalsozialismus.

Die ersten Umsetzungen von Public Health auf deutschem Boden datieren in die Mitte des 19. Jahrhundert zurück (Schwartz et al. 1999: 23-32). Sie beinhalteten Maßnahmen zum Schutz und der Erhaltung der Bevölkerungsgesundheit, wie bspw. Impfprogramme gegen Pocken und der sicheren Versorgung mit sauberem Trinkwasser (Breckenkamp 2010: 14-16).

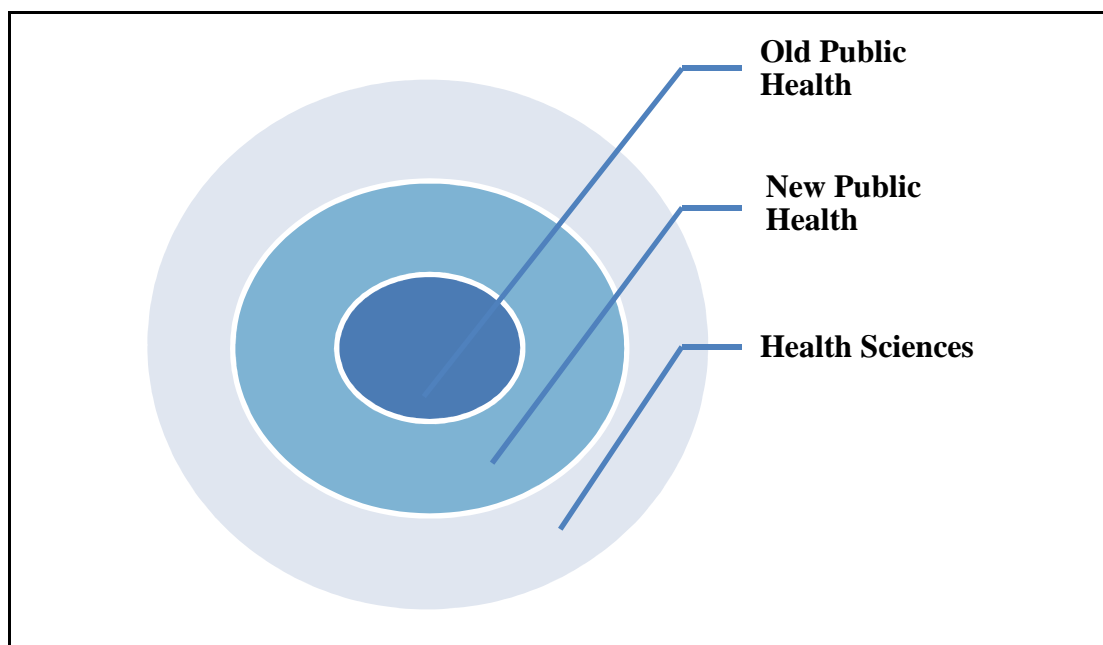
Im Deutschland des frühen 20. Jahrhunderts fand Public Health als Sozialhygiene - der Wissenschaft von der Erhaltung und Mehrung der Gesundheit - Anwendung, wurde jedoch in der Zeit von 1933 bis 1945 von den Nationalsozialisten für ihre Rassenideologie missbraucht und quasi seiner Weiterentwicklung als Wissenschaft nach 1945 beraubt. Die „Wiedergeburt“ (Hurrelmann et al. 2006: 15) der Gesundheitswissenschaften in Deutschland erfolgte erst in den 1980er Jahren. Eine erneute Etablierung von Public Health als Wissenschafts- und Forschungsansatz erfolgte, als erkannt wurde, dass mit der tradierten, auf das Krankenversorgungssystem fokussierten Medizin die immer notwendiger werdende Bekämpfung von gesundheitlichen Risikofaktoren wie Zigaretten- und übermäßiger Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde körperliche Bewegung, nicht mehr wirksam geleistet werden konnte (Rosenbrock 1995: 140-144).

Als einen Vordenker und Wegbereiter der amerikanischen Public-Health-Forschung gilt der Amerikaner C.E.O. Winslow, welcher zu Beginn der 1920er Jahre die Definitionsgrundlage für die im Jahre 1952 von der World Health Organization (WHO) verbreiteten Definition von Public Health schuf (Schwartz et al. 1999: 23-32).

Hurrelmann, Laaser und Razum übersetzen diese Definition dahingehend, dass für die WHO vereint ist in

„(...) *Public Health* die Wissenschaft und die professionelle Praxis, die erforderlich sind, um Krankheiten zu verhindern, Leben zu Verlängern und psychische und körperliche Gesundheit zu fördern. Um diese Ziele zu erreichen, ist nach Auffassung der WHO nicht nur die Entwicklung des medizinischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems notwendig, sondern auch eine öffentliche Strategie der Gesundheitspolitik, die auf eine Verbesserung von Früherkennung und Krankheitsprävention und eine gemeindebezogene Gesundheitsförderung setzt (WHO 1952). Das als Schlüssel hierfür eingesetzte Konzept „*Health Promotion*“ definiert die Gesundheit von Individuen und von Bevölkerungsgruppen als wesentliche Grundbedingung für die Sicherung der Lebensqualität. Das Konzept stellt darauf ab, die Selbstorganisationskräfte von Menschen zu stärken, um sie damit zu befähigen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit auszuüben (WHO 1986)“ (Hurrelmann et al. 2006: 25).

Die „alte“ Public Health-Forschung (Old Public Health) als Ausgangspunkt und Kernfeld fokussiert per Definition primär gesundheitlich unterversorgte und sozial gefährdete Bevölkerungsgruppen (Abb. 3).



**Abbildung 3: Das Selbstverständnis von Old Public Health, New Public Health und Health Sciences/Gesundheitswissenschaften**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann/Laaser/Razum (2006: 28)

Die „neue“ Public Health-Forschung (*New Public Health*) als Weiterentwicklung des Kernfeldes richtet ihren Blick auf sämtliche Bevölkerungsgruppen und ergänzt die Methodik um organisations- und systemorientierte Forschungsansätze (Hurrelmann et

al. 2006: 15-17). Die Begrifflichkeit „*Health Sciences*“ steht für die „*angewandte Gesundheitsforschung und Gesundheitssystemforschung*“ (Hurrelmann et al. 2006: 28) und unterstreicht den „*interdisziplinären Charakter*“ (ebda.) der Gesundheitswissenschaften (Abb. 3).

Die zunehmenden Probleme einer effektiven Gesundheitssystemsteuerung und die notwendig Neupositionierung der Gesundheitsforschung bedingte im Laufe der 1980er Jahre eine Erweiterung der methodischen Basis, welche sich traditioneller Forschungskonzepte sozial- und umwelthygienischen Inhalts bediente<sup>2</sup>. Die Entwicklung des *New Public Health* konzentriert sich auf die Erhaltung und Förderung der gesellschaftlichen und systemischen Rahmenbedingungen zur kollektiven Gesundheit und die Minderung von Gesundheitsproblemen unter Verwendung einer multidisziplinären Perspektive (Abb. 4) (Schwartz 2003: 3-6; vgl. Noack 1999: 8-36).

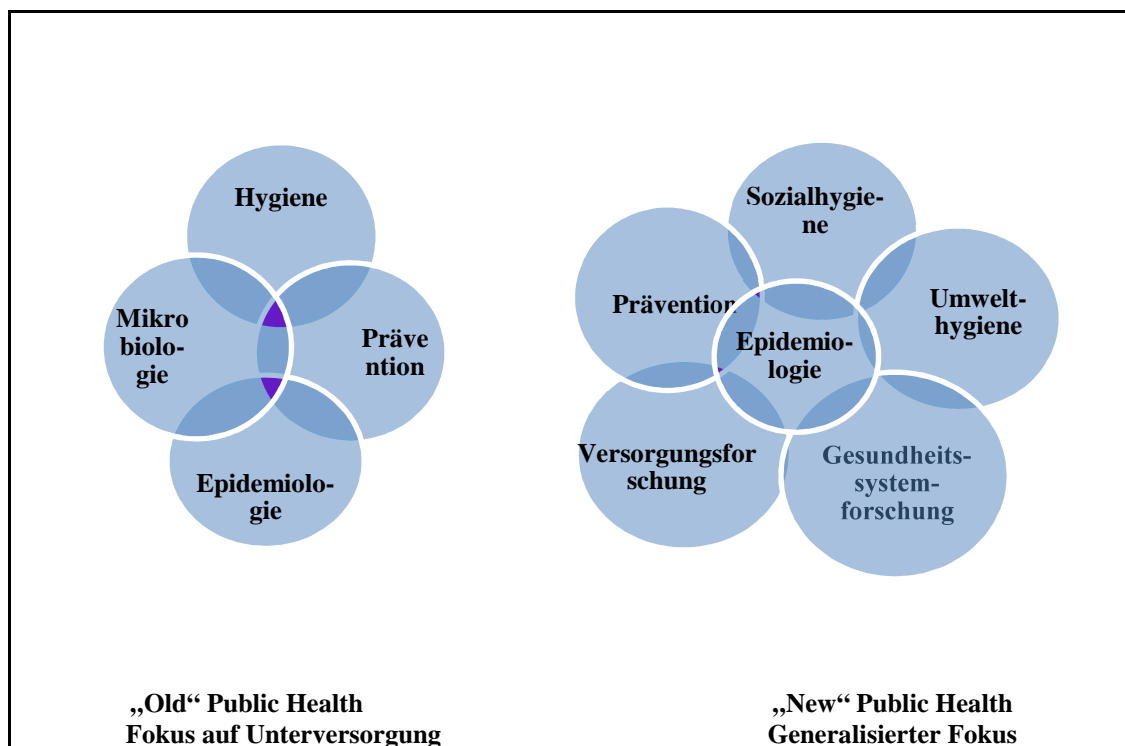


Abbildung 4: Disziplinäre Entwicklung von Public Health in den USA

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann/Laaser/Razum (2006: 16)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt für Public Health drei Hauptziele:

- Die Betrachtung und Analyse von Gesundheit in Populationen mit besonderem Erkrankungsrisiko,
- die Fokussierung und Eliminierung prioritärer Gesundheitsprobleme

<sup>2</sup> Für weiterführende Informationen zu den Anfängen und der Entwicklung von Public Health im anglo-amerikanischen Raum und in Deutschland siehe auch Büchler (2001: 121-145).

- und die dauerhafte Gewährleistung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung (Gutzwiller/ Jeanneret 1999: 25-26).

Die Implementierung dieser Ziele und Fragestellungen in den wissenschaftlichen Kontext von Public Health vollzieht Schwartz (2003: 3-6) unter dem Begriff der „Gesundheitssystemforschung“.

## 1.2.2 Gesundheitssystemforschung

Schwartz und Busse (2003: 518-533) bewerten die Gesundheitssystemforschung als einen zentralen Pfeiler der Public Health-Forschung:

*„Gesundheitssystemforschung befasst sich mit Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten (Outcomes) von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder -bewältigung – d.h. von ganzen Gesundheitssystemen, Subsystemen und größeren Institutionen bzw. Programmen – und verknüpft diese Elemente analytisch bewertend.“*

Die Gesundheitssystemforschung zeichnet sich nach ihrem Verständnis dabei durch eine ausgeprägte Problemorientierung und Praxisbezug aus (Schwartz/Busse 2003: 518-533):

*„Neben wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung liefert Gesundheitssystemforschung anwendungsorientierte Informationen für staatliche, parastaatliche oder private Entscheidungsträger über Strukturen, Allokationen oder Prozesssteuerung. Gesundheitssystemforschung ist multidisziplinär in dem Sinne, dass sie die Ergebnisse zahlreicher mit dem Gesundheitswesen befasster Einzeldisziplinen – u.a. Epidemiologie, Medizin, Wirtschafts-, Management- und Politikwissenschaften – im Rahmen ihrer (integrativen) Theorie- und Analyseansätze verarbeitet.“*

Die Gesundheitssystemforschung umschließt in ihrer Wirkungsweise die drei gesellschaftlichen Betrachtungsebenen der Mikro-, Meso- und Makroebene. Innerhalb dieser komplementären Kategorisierung beinhaltet die Makroebene die nationale Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem als Ganzes. In der Mesoebene finden sich subsystemische Einrichtungen auf regionaler respektive verbandlicher Ebene, während auf der Mikroebene das Agieren individueller Versorgungseinheiten angesiedelt ist (Rosenbrock und Gerlinger 2014: 16-21).

Die auf der Mikroebene agierende Gesundheitssystemforschung, welche sich im Besonderen um Gesundheitsinstitutionen und gesundheitsbezogene Interventionen verwendet, wird auch als *Versorgungsforschung* betitelt (Schwartz/Busse 2003: 518-533).

Die zwischen Arzt und Patient bzw. Leistungserbringer und Leistungsempfänger stattfindenden, gesundheitsbezogenen Interventionen auf Mikroebene – und ergo Inhalt der Versorgungsforschung – resultieren aus konzeptioneller Erarbeitung und Umsetzung auf Mesoebene durch Institutionen und Verbänden wie bspw. Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen, um konstitutionelle Beschlüsse der Makroebene, der Entscheidungsebene nationaler Gesundheitspolitik, umzusetzen und anzuwenden.

Versorgungsforschung evaluiert die Wirksamkeit von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Versorgung sowohl gegenüber Einzelnen als auch der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen (Abb. 5) (vgl. Badura et al. 2006: 201-206).

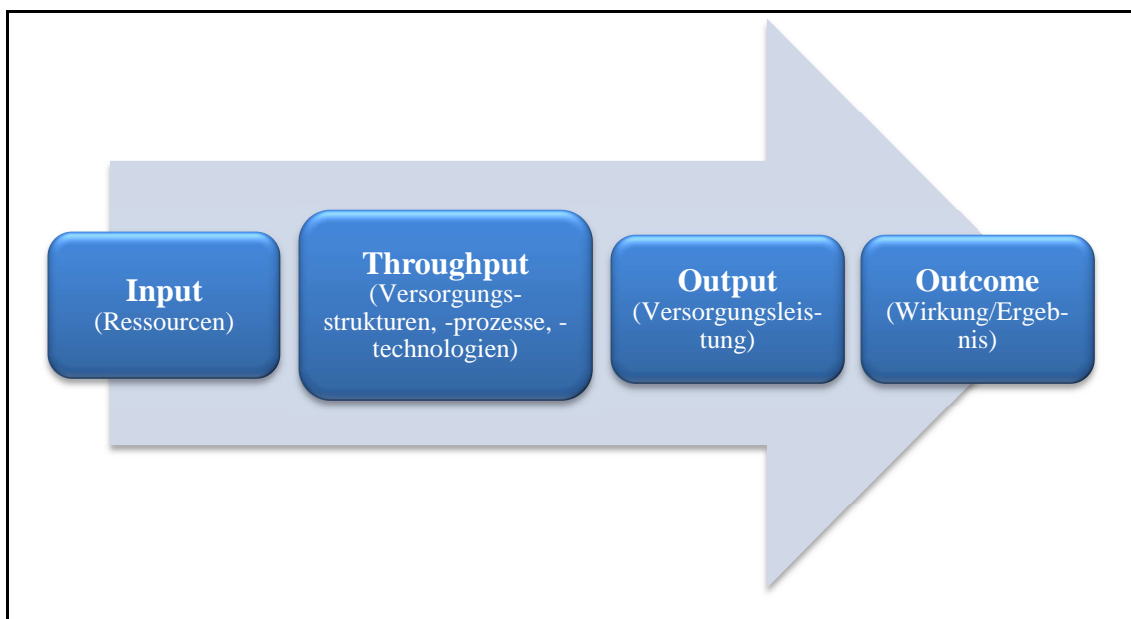
→ Beschreibung von Inputs, Prozessen und Ergebnissen von Gesundheits- und Krankenversorgung durch quantitative, qualitative, deskriptive, analytische und evaluative wissenschaftliche Methoden unter Berücksichtigung der einwirkenden Rahmenbedingungen
→ Kausale Erklärung von Bedingungsbeziehungen
→ Unterstützung bei der Entwicklung neuer, theoretisch und empirisch fundierter Versorgungsprozesse
→ Begleitung bei der Prozessumsetzung
→ Generierung von grundlegendem u. anwendungssuchendem Praxiswissen über Gesundheits- und Krankenversorgung unter Alltagsbedingungen
→ Generierung eines lernenden Systems zur Förderung von Optimierungsprozesse und Minderung von Risiken bezüglich Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit

**Abbildung 5: Methodische und funktionale Definition von Versorgungsforschung**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfaff (2003: 13-22)

Pfaff (2003: 15-17) bedient sich zur Gegenstandsdefinition von Versorgungsforschung der klassischen Systemtheorie und betrachtet das Versorgungssystem als „*Black Box*“. Dieses intransparente Versorgungssystem nimmt von extern „*Input*“ auf, bspw. in Form von Inanspruchnahme oder Versorgungsbedarf, bearbeitet diesen innerhalb des Systems mittels organisatorischer, diagnostischer oder therapeutischer Prozesse („*Throughput*“)

und produziert eine Versorgungsleistung (ärztliche Behandlung, Operation etc.), als einen nach extern abgegebenen „Output“ (Abb. 6). Die Wirksamkeit und Qualität der erbrachten Versorgungsleistung wird im Weiteren durch den „Outcome“ klassifiziert und dient als somit wichtigster Faktor zur Ergebnisevaluation von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen (Pfaff ebda.; Schwartz et al. 1996: 52-56; Busse 2006: 418-422).



**Abbildung 6: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Pfaff**  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfaff (2003: 15)

Übertragen auf die hausarztzentrierte Versorgung, kann die Inanspruchnahme und die extrabudgetären Leistungsausgaben als Input betrachtet werden. Die aus den HzV-Verträgen abgeleiteten Leistungen der Ärzte bilden die Versorgungsstrukturen und –prozesse und der Arztkontakt stellt die Versorgungsleistung, den Output dar. Der Outcome der HzV sollte sich messen lassen an reziprok sinkender Inanspruchnahme anderer gesundheitsbezogener Leistungen wie bspw. Facharztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder geringerem Arzneimittelverbrauch respektive –kosten.

### 1.2.3 Hausarztzentrierte Versorgung im gesundheitswissenschaftlichen Kontext

Die hausärztliche Versorgung als Teil der gesamtvertragsärztlichen Versorgung ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheits- und Krankenversorgung der Bevölkerung. Die mehrheitlich von den Patienten praktizierte Frequentierung hausärztlicher vor

fachärztlicher Versorgung prädestiniert die Hausärzte im Weiteren zur verantwortlichen Koordination von Gesundheitsleistungen.

Die World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) hat in 2002 die wesentlichen Merkmale hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Arbeit definiert (WONCA zitiert nach Haller et al. 2009: 2-4):

1. *„Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin:*
  - a) *Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitswesen dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme (...).*
  - b) *Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patienten Anliegen übernimmt.*
  - c) *Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.*
  - d) *Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses (...).*
  - e) *Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.*
  - f) *Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.*
  - g) *Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen (...).*
  - h) *Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens (...) darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.*
  - i) *Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.*
  - j) *Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.*
  - k) *Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer psychischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimension.*
2. *Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet*

*Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen (...).*
3. *Die Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin/Hausarztes*

*(...)*

*Die elf zentralen Wesensmerkmale der Disziplin beziehen sich auf elf Fähigkeiten, die jeder Hausarzt als Spezialist beherrschen sollte. Sie lassen sich*



*in sechs Kernkompetenzen zusammenfassen (unter Bezugnahme auf die entsprechenden Wesensmerkmale):*

- a) Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben (A,B)*
- b) Personenbezogene Betreuung (C,D,E)*
- c) Spezifische Problemlösungsfertigkeiten (F,G)*
- d) Umfassender Ansatz (H,I)*
- e) Gemeinschaftsorientierung (J)*
- f) Ganzheitliches Modell (K)*

*§2. In der Ausübung seines Fachs setzt der kompetente Allgemeinmediziner diese Fähigkeiten in drei Bereichen um:*

- a) Klinische Aufgaben*
- b) Kommunikation mit den Patienten und*
- c) Praxismanagement.*

*§3. (...)*“

Die sozio-demographischen, epidemiologischen und medizinisch-technischen Entwicklungen in ein, mit effizienter Allokation versehenes, Versorgungssystem einzubetten, ist eines der Hauptaktionsfelder von Wissenschaft und Praxis im Gesundheitswesen. Die hausarztzentrierte Versorgung hat sich dabei in den Umsetzungsbemühungen und Bewältigungsstrategien der genannten Problemstellungen zum Instrument erster Wahl im Verständnis von Wissenschaft und Praxis – hier vertreten durch den Gesetzgeber und die Handlungsbeteiligten – etabliert. Das diesen Vorhaben bisher noch keinen nachhaltigen Erfolg verzeichnen konnte, stellt eine schwere Hürde für die Umsetzung und Wahrnehmung hausarztzentrierter Versorgung dar. Die bisherigen Bemühungen der Hausärzte um die Entwicklung und Einführung einer hausarztzentrierten Versorgung suggerieren, dass dieses Versorgungsmodell von ärztlicher Seite primär als ein erlössteigerndes Zusatzangebot zur hausärztlichen Behandlung verstanden wird, respektive die Inhalte der HzV größtenteils bereits durch die hausärztliche Behandlung erbracht würden.

Die Entwicklung von hausärztlicher Behandlung hin zu hausarztzentrierter Versorgung mit einer interdisziplinären Betrachtung und Begleitung des Versorgungsprozesses kann somit als noch nicht erfolgreich abgeschlossen bezeichnet werden.

### 1.3 Aufbau und Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit nimmt die immerwährende Forderung des Gesetzgebers nach Hebung von Effizienzreserven im Gesundheitswesen zum Anlass, die Bemühungen der beteiligten Akteure der Selbstverwaltung zu einer erfolgreichen und nachhaltigen

Implementation von hausarztzentrierter Versorgung zu untersuchen. Im Fokus der Arbeit stehen dabei die öffentlich vorgetragene Meinungen und offiziellen Meinungsbildern und die Agitationen der verantwortlichen und verhandlungsführenden Institutionen der Ärzte (hier in erster Linie die Verbände wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer und die Hausärzteverbände von der Bundes- bis zur Landesebene heruntergebrochen) und Krankenkassen (Landesverbänden und Interessensvertretungen der einzelnen Kassenarten: AOK-BV, vdek, BKK-BV, ikk-BV) auf Makro- und Mesoebene.

Hierzu soll mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse eine Dokumentenanalyse der Stellungnahmen und Erklärungen erfolgen. Die Aussageinhalte werden anhand eines Kategoriensystems hinsichtlich ihrer Kompatibilität zur Einführung einer sozialen Innovation, bzw. der eigentlichen, sozialen Innovation „hausarztzentrierte Versorgung“, untersucht. Als Untersuchungsgerüst dient dabei das 5-Phasen-Modell zur Implementation sozialer Innovationen von E. Rogers.

Das Ziel der Untersuchung ist die Schließung einer Forschungslücke durch die Beantwortung des folgenden Fragenkonstruktes:

**Welche Diffusionsphase/Diffusionsphasen wurde/wurden nicht erreicht bzw. nicht per Innovationsadoption abgeschlossen und warum wurde/wurden die Diffusionsphase/Diffusionsphasen nicht erreicht bzw. der Diffusionsprozess nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?**

Zur Umsetzung des beschriebenen Forschungsvorhabens gliedert sich die vorliegende Arbeit in vier Hauptteile: Einleitung, Praxisanalyse und wissenschaftstheoretische Grundlagen, Empirie und abschließend die Ergebnisse.

Der zweite Teil der Arbeit gibt eingangs einen Einblick über die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems mit seinen endo- und exogenen Einflüssen und der Charakterisierung der drei Marktteilnehmer: Kostenträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer (Kap. 2). Nach einer fokussierten Darstellung der Schlüsselproblematiken in der Gesundheitsversorgung (Kap. 3) und einer Entwicklung der hausarztzentrierter Versorgung durch verschiedene Gesundheitsreformgesetzgebungen als möglichen Lösungsansatz (Kap. 4), erfolgt die Herleitung des Erkenntnisinteresses - dem Adoptions- und Diffusionsergebnis der HzV, durch Einordnung der HzV in die

Innovationsforschung (Kap. 5). Der zweite Hauptteil der Arbeit schließt mit der Abbildung relevanter Arbeiten zur HzV (Kap. 6).

Der dritte Teil der Arbeit dient der transparenten Darstellung von Fragestellung (Kap. 7) und Erläuterung von Untersuchungsdesign und Methodik (Kap. 8).

Der vierte und letzte Teil der vorliegenden Arbeit bildet in einem dreistufigen Modell den Untersuchungsablauf aus der Ergebnisdarstellung des *theoretical samplings* und der Umsetzung der strukturierenden Inhaltsanalysen (Kap. 9.1 und 9.2) und der Darstellung der Ergebnisanalyse zu den ermittelten Diffusionsergebnissen (Kap. 9.3) ab. Die Arbeit schließt mit der Beantwortung (Kap. 10) der in Kapitel 7 formulierten Forschungsfragen, einer kritischen Auseinandersetzung mit dem verwendeten Untersuchungsdesign und den damit einhergehenden Untersuchungsgrenzen und einem Ausblick auf mögliche weitere Ergebnisse, ergänzende Maßnahmen oder neue Fragestellungen.

## II. Praxisanalyse und wissenschaftstheoretische Grundlagen

### 2 Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens

#### 2.1 Marktumfeld und Einflussfaktoren

Mit einem Gesamtausgabevolumen von 314,9 Mrd. EUR erreichte das Gesundheitswesen in 2013 einen Anteil von ca. 11% der gesamtwirtschaftlichen Leistung (Bruttoinlandsprodukt: 2.735,8 Mrd. EUR) und bot rund 5,1 Mio. Menschen eine Beschäftigung (Statistisches Bundesamt 2015). Mit steigendem Leistungsbedarf der Bevölkerung und medizinisch-technologischer Weiterentwicklung des Angebotes prognostiziert das Bundeswirtschaftsministerium bis zum Jahr 2030 einen Anstieg des gesundheitswirtschaftlichen Anteils an der Gesamtwirtschaft auf 13 % und dem Anteil der Erwerbstätigen von derzeit 14% auf 21% (Henke 2009: 29-36).

Die Erhaltung von Effizienz und Leistungsfähigkeit stellt - unter der dem Gesundheitsmarkt eigenen Wachstumsdynamik - hohe Herausforderungen an alle mittelbar und unmittelbar Beteiligten. Die epidemiologische Entwicklung einer alternden, deutschen Bevölkerung hat sowohl Auswirkungen auf den medizinischen Behandlungsbedarf als auch auf die Finanzsituation des Gesundheitssystems. Die einkommensneutrale Sicherstellung eines Zuganges zu Gesundheitsleistungen für alle gesetzlich Krankenversicherte bedingt zwangsläufig die Umverteilung von Finanzmitteln, den Geldern der Beitragszahler, im Sinne eines gesamt-solidarischen Systems. Das Konstrukt der GKV baut dabei auf ein Drei-Generationen-Modell. Den größten Solidaranteil in diesem Modell leisten die Erwerbstätigen, welche neben ihren eigenen Gesundheitsausgaben auch die der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder voll mitfinanzieren und anteilig die Ausgaben für Rentner, welche nur eine Selbstfinanzierungsquote ihrer Leistungsausgaben von 40% besitzen (Albrecht et al 2010: 17ff.).

Doch die Relation von Erwerbstätigen zu Nichterwerbstätigen verschiebt sich immer deutlicher zu Lasten der Erwerbstätigen. Steigende Lebenserwartung, gepaart mit sinkender Geburtenzahl, führt zu einem überproportionalen Anstieg älterer und hochaltriger Bevölkerungsteile. Ein Rückgang der Erwerbsquote und ergo der Beitragszahlungen trifft auf steigende, durchschnittliche Ausgaben je Versicherten, bzw. einer Ausweitung der altersabhängigen Ausgabenprofile. Eine Kompensation durch steigende Beitragszahlungen kann jedoch nur stark limitiert erfolgen, da steigende

Beitragssätze den Faktor „Arbeit“ verteuern, den Nettolohn verringern und somit wachstumsdämpfend auf die Volkswirtschaft wirken (Rogall 2006: 305).

Die auf diese Weise begrenzten Finanzressourcen im Gesundheitswesen stehen jedoch im Dissens zu den Forderungen nach einer hohen Leistungsqualität, einem umfassenden Leistungsanspruch und einem unlimitierten Zugang zu Gesundheitsressourcen für die Bevölkerung.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Dekaden und politischen Legislaturperioden wiederholt versucht diesen kumulierten Zielkonflikt zu entschärfen. Primär wurde hierbei die Energie auf Maßnahmen zur Optimierung der Finanzentwicklung verwendet. Zur Reduktion der Ausgaben wurden verschiedenste Maßnahmen zur Kostendämpfung erlassen (Leistungsausgrenzung z.B. bei Sehhilfen und Zahnersatz, Budgetierung bei Hörhilfen, Preismoratorien bei Arzneimitteln). Das verfügbare Finanzvolumen der GKV versuchte der Gesetzgeber durch Anhebung von Entgeltgrenzen bzw. Beitragssätzen zu stärken.

In der Literatur werden für die Gesundheitswirtschaft verschiedenste endo- und exogene Faktoren benannt, welche mittelbar die weitere Entwicklung und Ausgestaltung beeinflussen. Der Sachverständigenrat zählt in seinem Gutachten von 1995 demographische und epidemiologische Ursachen, den medizinischen Fortschritt und einen Wandel der Anspruchshaltung der Konsumenten nebst einer Zunahme von Ein-Personen-Haushalten bei gleichzeitig sinkendem Bekenntnis zum Solidaritätsbegriff auf (SVR 1995: 6-10). Kayser und Schwefing (1998: 33ff.) unterscheiden die demographische und epidemiologische Entwicklung, den medizinisch-technologischen Fortschritt und eine steigende Nachfrage der Konsumenten. Breyer und Zweifel (1997: 241-258) benennen ebenfalls demographischen Wandel und medizinisch-technischen Fortschritt als Kostentreiber. Ergänzend weisen sie auf Fehlanreize und Informationsasymmetrien am Gesundheitsmarkt hin, welches sich in „angebotsinduzierter Nachfrage“ zeige und ebenfalls für Mengenausweitungen verantwortlich sei (vgl. Breyer et al. 2013: 14-16, 179-211). Rogall (2006: 304ff.) subsumiert als relevante Faktoren den demografischen Wandel, gepaart mit zunehmender Arbeitslosigkeit und einem sinkenden Wachstumsraten Einkommen. Außerdem einen Leistungsmix versicherungsfremder Leistungen und einer Aushöhlung des Solidarprinzips. Interessanterweise fand der medizinisch-technologische Fortschritt als sichere Konstante keine Berücksichtigung. Fast 10 Jahre später zeigt sich, dass

aufgrund rückläufiger Arbeitslosigkeit und konstanter Wirtschaftsentwicklung der von Rogall (ebda.) prognostizierte, negative Einfluss auf die Gesundheitsausgaben ausgeblieben ist.

Henke und Reimers (2006: 3-16) clustern die genannten Einflussfaktoren und ordnen sie drei Bereichen zu. Als erstes Cluster führen sie nachfrageseitige Einflüsse auf und nennen hierzu den Krankenstand und das Krankheitsspektrum der Bevölkerung, aber auch die demographische Entwicklung, das steigende Anspruchsniveau der Leistungsnehmer, deren gesundheitliches Fehlverhalten, gepaart mit einem unterentwickelten Kostenbewusstsein. Angebotsseitige Einflüsse stellen das zweite Cluster dar und beinhalten die zunehmende Spezialisierung der Leistungserbringer, den medizinisch-technischen Fortschritt, eine hohe Arztdichte mit einhergehender angebotsinduzierter Nachfrage und mangelnden Wettbewerb unter den Professionen. Die vom Sozialgesetzgeber und seinen Rechtsverordnungen ausgehenden Einflüsse auf zentrale Prozesse am Gesundheitsmarkt komplettieren als drittes Cluster die Aufteilung. So beeinflussen arbeits- und versicherungsrechtliche Bestimmungen, der Katalog gesetzlicher Krankenversicherungsleistungen, die Leistungshonorierung, die Krankenhausbedarfsplanung und bspw. auch die Sozialrechtsprechung die Entwicklung der Gesundheitsausgaben.

Für die Auseinandersetzung der vorliegenden Untersuchung zur Einbindung hausarztzentrierter Versorgung in die Regelversorgung werden zum näheren Verständnis des sozio-ökonomischen Gesamtsettings folgende Themenbereiche als Kontext näher betrachtet: In Anlehnung an Ferber (2007: 17) als bedarfs- und angebotsbestimmende Bedingungen die demographische und epidemiologische Entwicklung und der medizinisch-technologischer Fortschritt. Als systembedingte Herausforderung: Die Marktteilnehmer und ihre Interaktionen am Gesundheitsmarkt.

### 2.1.1 Demographische und epidemiologische Entwicklung

Eine tatsächliche Ursächlichkeit des demographischen Wandels zum Fortschreiten der Gesundheitsausgaben ist in der Wissenschaft nicht unumstritten. Man unterscheidet hierbei in der Regel zwischen der Medikalisierungs- und die Kompressionstherapie (SVR 2005: 100ff; Ulrich 2007).

Verfechter des Kompressionsmodells verbinden dabei mit einer zeitlichen Verschiebung der Mortalität auch eine später einsetzende Morbidität aufgrund laufend verbesserter Umwelteinflüsse (Hygiene, Ernährung, medizinische Versorgung), so dass eine steigende Lebenserwartung nicht reziprok einen Anstieg der Gesundheitsausgaben bedeutet, ggfs. sogar einen gegenläufigen Trend bei den Gesundheitsausgaben bewirkt. Befürworter der Theorie zur Medikalisierungstheorie befürchten dagegen bei einer höheren Lebenserwartung auch eine vielfach gesteigerte Inzidenz der Morbidität (chronische Erkrankungen), wodurch auch die Gesundheitsausgaben exponentiell steigen würden (Ulrich 2005: 17-25; Henke/Reimers 2006: 3-16; Blankart et al. 2009: 14-17).

Grundsätzlich jedoch implizieren die Begleiterscheinungen des Alterns in Deutschland und die einhergehende medizinische Versorgung einen Zusammenhang zwischen Demographie und Gesundheitsausgaben.

So bewertet auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011) die demographische Entwicklung als wichtigsten Grund für den Anstieg der Gesundheitsausgaben:

*„Der demografische Wandel gehört seit mindestens 100 Jahren zu den wichtigsten gesellschaftlichen Themen. Im Jahr 1911 bezeichnete der Nationalökonom Karl Oldenberg den ‚Umschwung in den natürlichen Bevölkerungsvorgängen‘ als ‚das weltgeschichtlich bedeutsamste Ereignis der letzten Jahrzehnte‘. Häufig wird der demografische Wandel als schicksalhafte Bedrohung des gesellschaftlichen Zusammenlebens im Allgemeinen und des materiellen Wohlstandes im Besonderen empfunden. Diese Stimmung hat angesichts der sich immer deutlicher abzeichnenden Alterungsdynamik und des hohen staatlichen Schuldenstands die politische Diskussion in Deutschland erfasst. In der Tat stellt der demografische Wandel die öffentlichen Finanzenvor gravierende Herausforderungen.“* (Sachverständigenrat 2011: 1)

Drei Faktoren sind primär ursächlich für den demographischen Trend in Deutschland. Die steigende Lebenserwartung, eine anhaltend geringe Fertilität und ein sinkender Zuwanderungssaldo (Ulrich 2005: 17-25).

Die Verlängerung der Lebenszeit erhöhte sich im Laufe des 20. Jahrhunderts von 44,8 Jahre für den Zeitraum 1901 bis 1910 auf 74,8 Lebensjahre für den Zeitabschnitt 2000 bis 2002 und wird für 2060 für weibliche Neugeborene mit 89,2 und für männliche Neugeborene mit 85,0 Lebensjahren prognostiziert. Die Bevölkerungszahl nahm zwischen 1950 und dem heutigen Tage von 68,4 Millionen auf rund 82,2 Millionen Menschen zu, jedoch zeigt sich rückblickend, dass primär der Anteil der älteren

Bevölkerungsteile zugenommen hat. Einer Prognose des statistischen Bundesamtes zufolge wird besonders der Anteil der Menschen im Alter von mehr als 65 Jahren nach 9,2% im Jahre 1950 auf 30,5% im Jahre 2060 signifikant steigen. Überproportional zugenommen hat insbesondere die Zahl Hochaltriger (80 Jahre und älter). Im Jahre 1953 betrug ihr Anteil 1,1%, in 2000 3,6% und in 2009 5% an der Gesamtbevölkerung. Für das Jahr 2060 wird ein Anteil von 14% prognostiziert, so dass sich der Anteil in 50 Jahren nahezu verdreifacht haben wird. (Backes 2004: 82ff.; Sachverständigenrat 2011: 22-29). Das bedeutet in absoluten Zahlen ein Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe von 8 Millionen Menschen in den nächsten fünf Jahrzehnten bei gleichzeitiger Abnahme von mehr als 12 Millionen Menschen bei der Bevölkerung unter 65 Jahren (Statistisches Bundesamt 2006). In 2060 dürfte somit jeder Dritte über 65 Jahre und jeder Siebte über 80 Jahre alt sein (Sachverständigenrat ebda.) (Abb.7).

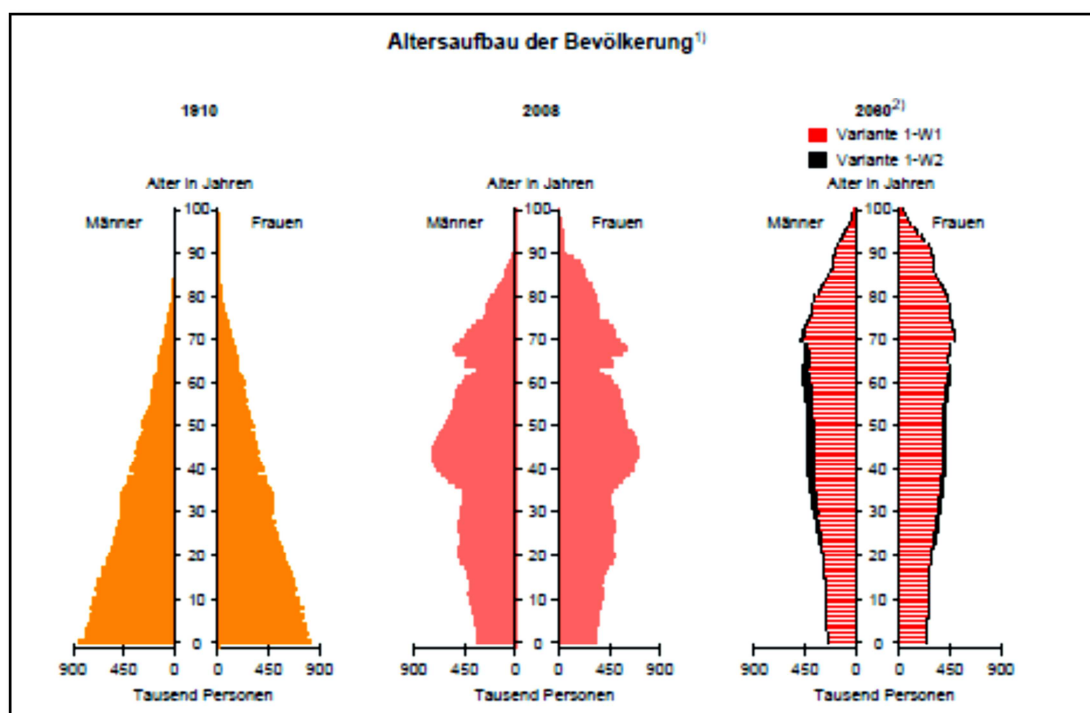


Abbildung 7: Altersaufbau der Bevölkerung

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011: 28)

Trotz steigender Lebenserwartung hat die bundesdeutsche Bevölkerungszahl in 2003 mit 82,5 Millionen Menschen ihren Zenit überschritten. Bis zum Jahre 2009 reduzierte sich der Bestand um 700.000 Personen und wird sich nach der 12. Bevölkerungsvorausberechnung in den kommenden Dekaden noch weiter verstärken und als Quasi-Trend manifestieren (Abb. 8).



Die **12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung** aus dem Jahr 2009 bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende Expertise. Sie setzt auf den Daten zum Bevölkerungsstand des Jahres 2008 auf und erstreckt sich bis zum Jahr 2060. Dabei werden zwölf Varianten betrachtet, die sich in den Annahmen zur Geburtenziffer, Lebenserwartung und Wanderungssaldo unterscheiden (Tabelle 1). Im Nachfolgenden wird hauptsächlich auf die Variante der „Mittleren Bevölkerung“ eingegangen. Sie bezieht sich auf die Annahme einer annähernd konstanten zusammengefassten Geburtenziffer von 1,4 Kindern je Frau. Für die Lebenserwartung bei Neugeborenen wird bis zum Jahr 2060 ein Anstieg bei den Mädchen um 6,8 Jahre auf dann 89,2 Jahre und bei den Jungen um 7,8 Jahre auf 85,0 Jahre unterstellt. Zwei Szenarien werden für die dritte Komponente – die Migration – betrachtet. Die Variante der Mittleren Bevölkerung mit der Zusatzbezeichnung „Untergrenze“ geht von einer jährlichen Nettozuwanderung von 100 000 Personen ab dem Jahr 2014 (Variante 1-W1) aus. Im Gegensatz dazu wird für die Variante „Obergrenze“ eine jährliche Nettozuwanderung von 200 000 Personen ab dem Jahr 2020 angenommen (Variante 1-W2).

#### **Die koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes**

Seit dem Jahr 1988 veröffentlicht das Statistische Bundesamt koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen, die die Grundlage für langfristige Maßnahmen in den Bereichen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft bilden. Sie zeichnen ein Bild der demografischen Veränderung hinsichtlich der Bevölkerungszahl und des Altersaufbaus und umfassen mehrere Varianten, die sich in den Annahmen zur Veränderung der drei Kernkomponenten der Demografieentwicklung – Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Migration – unterscheiden. Diese Annahmen werden aus Untersuchungen der vergangenen Entwicklung sowie internationaler Trends abgeleitet. Mit zumeist zwei oder drei unterschiedlichen Optionen zur Entwicklung einzelner Komponenten soll der Unsicherheit, denen diese Annahmen unterliegen, Rechnung getragen und ein **Rahmen für die Demografieentwicklung** aufgespannt werden. Ausgangslage der Berechnungen ist die jeweils nachgewiesene Bevölkerung zu einem Stichtag, gegliedert nach Alter und Geschlecht. Damit die Ergebnisse auf Bundes- und Länderebene konsistent sind, werden die zu treffenden Annahmen und methodischen Fragen zwischen den Statistischen Ämtern der Länder und dem Statistischen Bundesamt abgestimmt und koordiniert.

**Abbildung 8: Die koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes**  
Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011: 23f.)

Auch die Geburtenrate in Deutschland bewegt sich seit den 1990er Jahren konstant auf sehr niedrigem Niveau im Rahmen von 1,2 bis 1,4 Kindern je Frau. Dieser niedrige Fertilitätsgrad hat zur Folge, dass die Elterngeneration durch eine Kindergeneration ersetzt wird, welche jedoch im Verhältnis nur zwei Drittel groß ist. Zum Vergleich: Um ein bestandserhaltendes Niveau zu erreichen, wäre jedoch eine Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau notwendig.

Die beschriebenen Trends zur Hochaltrigkeit bei der Altersdurchmischung und der geringen Geburtenrate erfahren, entgegen anderslautenden, populistischen Behauptungen des rechten Politspektrums, keine Kompensation durch Zuwanderung.

Selbst unter Verwendung einer jährlichen Nettozuwanderung von 100.000 bzw. 200.000 Personen prognostiziert das Statistische Bundesamt mittels seiner 12. Bevölkerungsvorausberechnung für das Jahr 2060 ein Bevölkerungsrückgang von 11,6 bis 17,1 Millionen Menschen gegenüber dem Stand von heute (Abb. 9).

<b>Varianten und Modellrechnungen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung</b>				
Lebenserwartung Neu- geborener im Jahr 2060	Varianten			
	konstant bei 1,4	Geburtenziffer leichter Anstieg auf 1,6		langfristiger Rückgang auf 1,2
Jährlicher Wanderungssaldo (Personen)				
<b>Basisannahme:</b>				
Jungen: 85,0 Jahre	+ 100 000 (1-W1)	+ 100 000 (3-W1)	+ 100 000 (5-W1)	
Mädchen: 89,2 Jahre	+ 200 000 (1-W2)	+ 200 000 (3-W2)	+ 200 000 (5-W2)	
<b>Starker Anstieg:</b>				
Jungen: 87,7 Jahre	+ 100 000 (2-W1)	+ 100 000 (4-W1)	+ 100 000 (6-W1)	
Mädchen: 91,2 Jahre	+ 200 000 (2-W2)	+ 200 000 (4-W2)	+ 200 000 (6-W2)	
<b>Modellrechnungen</b>				
Langsamer Anstieg der Lebenserwartung Neugeborener auf 82,0 Jahre bei Jungen und 87,2 Jahre bei Mädchen im Jahr 2060 (Geburtenziffer: 1,4; Jährlicher Wanderungssaldo: + 100 000 Personen)				
Jährlicher Wanderungssaldo von Null (Lebenserwartung: Basisannahme, Geburtenziffer: 1,4)				
Starker Anstieg der Geburtenziffer auf 2,1 (Lebenserwartung: Basisannahme, Jährlicher Wanderungssaldo: + 100 000 Personen)				

**Abbildung 9: Varianten und Modellrechnungen der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung**  
Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011: 24)

Das Absinken der Fertilität rückte bereits in den 1970er-Jahren in den Fokus der Betrachtung, wurde jedoch als demographische Problematik nicht realisiert, da mit der Migration über die letzten dreißig Jahre eine stetige Kompensation erfolgte.

Im Jahr 2009 lebten mehr als 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik bei einem durchschnittlichen Zuwanderungsgewinn in den Jahren 2000 bis 2010 (ohne Berücksichtigung der Jahre 2008 und 2009) von 130.000 Menschen pro Jahr. Ein Bevölkerungsrückgang in Deutschland kann jedoch auch durch diesen positiven Migrationssaldo nicht mehr aufgehalten werden. In den kommenden Jahrzehnten werden die geburtenstarken Jahrgänge, die sogenannte Generation der Baby-Boomer (Geburtsjahrgänge der späten 1950er und 1960er Jahre), die Hochaltrigkeit erreichen und folglich die Sterbefälle steigen. Der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung zufolge werden im Jahr 2020 über 300.000 und 2050

über 560.000 Menschen mehr versterben als geboren werden. Unter Berücksichtigung der Determinanten Mortalität und Zuwanderung ergibt sich ein sogenanntes „mittleres Szenario“, wonach sich im Jahr 2050 der Bevölkerungstand trotz eines Zuwanderungssaldos von 300.000 Menschen auf 78,7 Millionen reduziert. Bei einem angenommenen Wanderungssaldo von null würde sich die Bevölkerung jedoch auf 62,5 Millionen Menschen reduzieren (Statistisches Bundesamt, 2006), was einer Reduktion aus heutiger Sicht von fast 30% entspricht. Der Sachverständigenrat (2011: 27) spricht angesichts dieser aufgezeigten Entwicklungen von einem „exponentiellen Rückgang“ der deutschen Bevölkerung. Für das bundesdeutsche Gesundheitswesen sind diese Szenarien von enormer Bedeutung und müssen als Inhärenz bei der künftigen Gesundheitsvorsorge und -planung berücksichtigt werden (Rogall 2006: 305f.; Kruse 2002: 5-21; vgl. auch Ulrich 2005: 17-25).

Neben einer nachhaltigen Veränderung der Mortalität und Lebenserwartung veränderten sich im 20. Jahrhundert sukzessive die epidemiologischen Strukturen innerhalb der Bevölkerung. Zu Beginn des Jahrhunderts bestimmten vornehmlich Infektionserkrankungen die Morbiditäts- und Mortalitätsrate und Industriestaaten waren damals mit den gesundheitspolitischen Problemen der heutigen Entwicklungsländer konfrontiert. Durch die kontinuierliche Entwicklung und Verbesserung der sozialen, hygienischen und ökonomischen Bedingungen konnten Infektionserkrankungen zurückgedrängt werden. In der heutigen Zeit stehen chronisch-degenerative Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen an der Spitze der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Bei all diesen Erkrankungen spielen die jeweiligen individuellen und sozialen Verhaltensweisen eine wichtige Rolle, wie regelmäßiger Tabak- und/oder Alkoholkonsum, falsche Ernährung und Mangel an Bewegung (Lüngen et al 2009: 11-30).

Ein häufiges, zentrales Merkmal der oben genannten Erkrankungen ist der wechselhafte Verlauf von stabilen und instabilen Phasen. Aus diesem Grund muss ein funktionierendes Gesundheitssystem für den zu erwartenden Phasenwechsel ein integriertes und kontinuierliches Versorgungssystem anbieten. Dieses Problem verschärft sich dadurch, dass bei den meisten Patienten mit einer chronisch-degenerativen Erkrankung weitere Organsysteme betroffen sind, also eine Multimorbidität vorliegt. Das kann unter Umständen dazu führen, dass bei Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen häufig unterschiedliche diagnostisch/therapeutisch

Maßnahmen zur Anwendung kommen. Dabei fallen diese Therapieunterschiede umso größer aus, je weniger akut und je chronisch-degenerativer eine Erkrankung ist (Kruse 2002: 5-21).

Als maßgebliche, gesundheitliche Beeinträchtigung älterer Menschen an Gewichtung gewonnen, hat die dementielle Veränderung. Die Begrifflichkeit „Demenz“ bezeichnet das Syndrom des Abbaus kognitiver Leistungsfähigkeiten. Mit einer Prävalenz für mittelschwere und schwere Demenzen von etwa 1,2% bei den 65 – bis 69-Jährigen, 2,8% bei den 70- bis 74-Jährigen, 6,0% bei den 75- bis 79-Jährigen, 13,3% bei den 80- bis 84-Jährigen, 23,9% bei den 85- bis 89-Jährigen und bereits über 34% bei den über 90-Jährigen gehören dementielle Erkrankungen zu den am häufigsten auftretenden geriatrischen Erkrankungen (BMFSFJ 2002: 60-70).

Dieser Sachverhalt gewinnt vor dem Hintergrund der demographisch-epidemiologischen Entwicklung in Deutschland signifikant an Bedeutung. Aus dem epidemiologischen Betrachtungswinkel lässt sich folgern, dass nicht nur immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter erreichen werden, sondern auch häufiger an einer chronisch-degenerativen Krankheit leiden werden.

Eine demographiebedingte Steigerung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung wird durch die Abnahme der Bevölkerungszahl relativ gering ausfallen, während der medizinische Fortschritt die höchsten Ausgabensteigerungen verantworten wird. Nach Berechnungen auf der Datenbasis des Jahres 2004 wird die demographisch-epidemiologische Entwicklung als Steigerungsfaktor auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz alleine bis zum Jahr 2030 ca. 2,5 Prozentpunkte ausmachen (Rürup 2007: 22-29).

### 2.1.2 Medizinisch-technologische Entwicklung

Der medizinisch-technische Fortschritt wird neben dem demographischen Wandel als zweitwichtigster Faktor der Beeinflussung und Entwicklung der Gesundheitsausgaben gesehen. Technischer Fortschritt und Evolution im Gesundheitswesen sind leider nicht gleichbedeutend mit einer Wohlfahrtssteigerung für Nutznießer und Kostenträger. Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung setzt dabei keinerlei Impulse bzw. Anreize zu einer kosten- und ressourcensparenden Anwendung von Medizintechnologie.

Die meisten medizin-technologischen Entwicklungen haben neben der „Segensbringung“ für den bedürftigen Patienten auch zur Folge, dass der Ressourcenverbrauch sich nach der Einführung erhöht. Nach einer erfolgreichen Implementierung kommt es durch die Veralltägung von „Spitzentechnologie“ zu einer Verringerung der Ausgaben pro Untersuchung, führt aber in der Summe ihrer Anwendungen dennoch zu einer Steigerung der Gesamtausgaben. Für eine neue Untersuchungsmethode, die nur ein geringes Risiko für den Patienten hat, werden darüber hinaus neue potentielle Indikationen gesucht (Kayser/Schwefing 1998: 33ff.).

Eine Weiterentwicklung des medizin-technologischen Bereiches begünstigt ein Erreichen höherer Altersschichten und löst dadurch höhere Gesundheitsausgaben aus. Des Weiteren führt eine weitere Technologisierung zu höheren Qualifikationsanforderungen an das medizintechnische, pflegerische und ärztliche Personal. Die notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen des Personals und die dementsprechend höhere berufliche Qualifikation führen reziprok zu einem Personalkostenanstieg. Ein weiterer Aspekt ist die erweiterte Möglichkeit der medizinischen Diagnostik. Mit zunehmender Verfeinerung und Verbreitung dieser Untersuchungsmethoden können immer mehr und frühzeitiger pathologischer Befunde erhoben werden, was einer Steigerung der Morbiditätsrate zur Folge hat, und gleichzeitig durch die frühzeitig einsetzende Therapie eine Reduzierung der Mortalitätsrate nach sich zieht (Kayser/Schwefing ebda.)

## 2.2 Marktteilnehmer und zentrale Prozesse

Die klassische Markttheorie kennt zwei Interaktionsseiten: Angebot und Nachfrage. Beide Seiten stehen über das von der Nachfrageseite begehrte und zu bezahlende und von der Angebotsseite zu generierende und einzupreisende Produkt in direktem Austausch. Die Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich hierbei von der klassischen Marktwirtschaft in einem wesentlichen Punkt: Leistungsbezug und –finanzierung werden nicht durch die gleiche Person unmittelbar selbst getätigt. Neben Anbieter und Nachfrager gibt es noch einen dritten Teilnehmer, den Kosten- bzw. Ausgabenträger. Man spricht bei der Gesundheitswirtschaft somit auch von einem dreiseitigen Markt (Blankort et al 2009: 27-34). Der Gesundheitsmarkt ist in seiner Funktionsweise jedoch nicht gleichzusetzen mit dem idealtypischen, volkswirtschaftlichen Marktmodell.

In einem funktionierenden Markt führt der Preis zum Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage, dem Marktgleichgewicht. Für dieses Gleichgewicht müssen die Voraussetzungen eines funktionierenden Wettbewerbs gegeben sein. Weder Anbieter noch Nachfrager dürfen über eine marktdominierende Position (Monopolstellung) verfügen. Eine unmittelbare Einflussnahme auf den Preis ist ihnen nicht möglich, sondern eine Anpassung erfolgt nur über die angebotenen und nachgefragten Mengen (Blankort et al ebda.).

Im Gesundheitsmarkt liegt kein Marktgleichgewicht vor. Am Beispiel der ärztlichen Leistungen spricht man von einer Angebotsinduzierung:

*„Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen lässt sich anbieterdeterminiert bezeichnen, weil der Arzt gegenüber dem Patienten über einen erheblichen Informationsvorsprung verfügt.“* (Breyer et al. 2003: 324)

Als Markteintrittsfelder für die Anbieter von Gesundheitsleistungen dienen die Prävention, die Kuration und die Rehabilitation. Das Leistungsgeschehen findet dabei sowohl im stationären, teilstationären als auch im ambulanten Bereich statt. Die Konsistenz des Gesundheitsgutes kann als materielles Produkt oder immaterielle Dienstleistung vorliegen, wobei im Gesundheitssektor überwiegend beiderseitig personenbezogene Dienstleistungen dominieren (Haubrock/Schär 2002: 25-35, 172-175). Folgende Eigenschaften kennzeichnen Gesundheitsdienstleistungen:

- das Uno-actu-Prinzip gilt,
- sie sind nicht lagerungsfähig,
- besitzen nur eine geringe Kapazitätselastizität und
- sind schwerlich zu rationalisieren.

Gesundheitsgüter sind Güter der besonderen Art. Sie finden Verwendung, um den Krankheitszustand eines Menschen zu beeinflussen. Leistungen zwischen Arzt und Patient bedürfen bei der Erbringung der Anwesenheit beider Personen, sowohl des Leistungserbringers als auch des Leistungsnehmers. Diese Bedingung des Leistungsgeschehens wird in der Literatur Uno-actu-Prinzip genannt. Dienstleistungen können nicht gelagert, transportiert oder auf Vorrat produziert werden. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist für die Angebotsseite nur schwer zu kalkulieren. Aus diesem Grunde werden Reservekapazitäten aufgebaut, um im – in der Regel mit höchster Dringlichkeit auftretenden – Bedarfsfall die Nachfrage zu befriedigen.

Gesundheitsgüter werden deshalb auch als „*Optionsgüter*“ bezeichnet (Haubrock/Schär ebda. und im Folgenden).

Auch handelt es sich bei Gesundheitsgütern häufig um „*öffentliche Güter*“, welche auch als „*Kollektivgüter oder meritorische Güter*“ bezeichnet werden. Das bedeutet, dass von der Nutzung des Gutes kein Nachfrager gegenüber dem anderen eingeschränkt oder von der Nutzung ausgeschlossen werden kann. Man nennt diesen Zustand auch die Nicht-Rivalität im Konsum. Es gilt das Nichtausschlussprinzip. Durch den Konsum eines Gutes durch eine Person dürfen nicht die Möglichkeiten einer anderen Person, das selbe Gut zu konsumieren, in irgend einer Art eingeschränkt oder behindert werden. (Herder-Dorneich 1994: 671f.).

*„Immer dann, wenn die Gemeinschaft Nichtausschließbarkeit gewährt und nach dem Prinzip der sozialen Zubilligung verfährt, erhalten zur Verfügung gestellte Gesundheitsgüter meritorischen Charakter.“* (Herder-Dorneich 1994: 671)

Für die Nachfrageseite von Gesundheitsgütern ist häufig weder Zeitpunkt noch Preis oder Menge der benötigten Leistungen kalkulierbar. Anfallende Kosten können ergo die Existenz eines einzelnen Konsumenten nachhaltig bedrohen. Reziprok können die Anbieter von Gesundheitsleistungen die Finanzkraft der Nachfrager nicht bemessen. Zur Kompensation dieser Unsicherheitsfaktoren existiert in den meisten Gesundheitssystemen neben den Privathaushalten noch eine zweite Nachfragergruppe, die der Leistungskäufer. Diese Funktion wird häufig durch den Staat oder Versicherungen ausgefüllt, in den USA aber bspw. auch von Arbeitgeberseite, welche für ihre Beschäftigten Gesundheitsleistungen einkaufen (Rachold 2000: 94ff.).

### 2.2.1 Finanzierung – die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsträger

*„Zu Beginn des Jahres 2013 bestanden noch 134 GKV-Kassen. (...) Bei den GKV-en dominieren die 11 allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), bei denen in den letzten Jahren eine starke Zentralisierungstendenz stattgefunden hat, begleitet von abnehmenden Marktanteilen. An zweiter Stelle, bezogen auf die Zahl der Versicherten, stehen die 6 Ersatzkassen (Barmer, DAK, TK KKH, HEK und hkk), gefolgt von den 111 Betriebskrankenkassen (BKK) und den 5 Innungskassen. Daneben gibt es die Knappschaft für Bergleute und Seeleute sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).“* (Schulenburg/Greiner 2013: 58)

Der Ursprung der gesetzlichen Krankenversicherung liegt im 19. Jahrhundert. Im Jahre 1883 schuf der damalige Reichskanzler Otto von Bismarck auf dem Gebiet des Deutschen Kaiserreiches die erste gesetzliche Krankenversicherung. Bismarck machte sich dabei zu Nutzen, dass Zünfte, Gesellen und Knappschaften bereits über freie Hilfskassen und Betriebe und Unternehmen über Fabrikkrankenkassen verfügten. Die dort bereits erprobten Rahmenbedingungen übertrug er auf die gesetzliche Krankenversicherung. So führte er die Versicherungspflicht, die Selbstverwaltung und die Mitwirkung der Arbeitgeber an der Finanzierung (1/3 Arbeitgeber, 2/3 Arbeitnehmer) ein (Simon 2010: 24-31).

Als Leistungen der GKV konnten Sachleistungen (freie ärztliche Behandlung und Arzneimittel) und Krankengeld, Sterbegeld und Wöchnerinnengeld abgerufen werden. Bereits damals galt die einer Beschäftigung zugeordnete Versicherung als Zwangskasse und somit parallel dazu auch die „Solidargemeinschaft“ generiert (Simon ebda.; Castelli/Dieckmann 2009: 9-26). Die Zahl der gesetzlich versicherten Personen konnte zügig von 10,4% im Jahre 1885 bis auf 23% im Jahre 1914 erhöht werden. Mit der Zunahme an Leistungsnehmern wuchs auch die Zahl der Leistungsträger. Im Jahre 1909 existierten im Deutschen Reich 23.200 Krankenkassen, wobei aber 45% von ihnen weniger als 100 Mitglieder innehatten.

Die Entwicklung der GKV während der Weimarer Republik war maßgeblich gekennzeichnet von der katastrophalen Finanz- und Wirtschaftssituation der Bevölkerung, welche sich in drastisch sinkenden Einnahmen der GKV wiederfand. Zur Stabilisierung des GKV-Systems wurden verschiedene Notverordnungen erlassen. Möglichen Notlagen der Versicherungsnehmer wurde mit Einführung der Familienversicherung und der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für Angestellte im Jahre 1931 Rechnung getragen.

Während der Herrschaft der Nationalsozialisten vom 1933 bis 1945 wurde die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger abgeschafft und die Krankenkassen in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt (Simon 2010: 30f.).

Heute ist die gesetzliche Krankenversicherung als Träger von Sozialleistungen weiterhin eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, welche unter bundesunmittelbarer oder landesmittelbarer Aufsicht organisatorisch und finanziell selbständig agieren und ihre vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben gemäß ihrer Satzung erfüllt. Die Verwaltung der Kassen erfolgt durch Verwaltungsrat und Vorstand. Dieser ist, je nach



Kassenart, besetzt mit gewählten Vertretern der Arbeitgeber- und der Versichertenseite (Castelli/Dieckmann 2009: 9-26).

Nach dem § 1 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) (Sozialversicherung 2013) ist die zentrale Aufgabe der GKV die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit:

*„die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. (...). Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.*

Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen haben grundsätzlich einen Anspruch auf gleiche Leistungen. Die zu erbringenden Leistungen sind dabei in § 11 des SGB V (Sozialversicherung 2013) wiedergegeben:

*„Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen*

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b)*
- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),*
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),*
- des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.*

*Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. (...). Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten. (...).*

Richtlinien zum Leistungskatalog und die Entscheidung, welche Leistungen von der GKV finanziert werden müssen, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als höchstem Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen erlassen. Die genannten Leistungen stellen die gesetzlichen Krankenversicherungen den Versicherten unter Beachtung des in § 12 SGB V genannten Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung. D.h., dass die Leistungen in ihrer Art „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Leistungen, welche diesen Grundsätzen nicht entsprechen, dürfen demnach von den Versicherten nicht beansprucht und von den Kassen nicht bewilligt werden (Castelli/ Dieckmann 2009: 9-26; Preusker 2008: 171-175).

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind rund 70 Mio. Menschen versichert und somit 90% der bundesdeutschen Bevölkerung. Alle Versicherten verfügen über den gleichen Leistungsanspruch. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt über eine Beitragserhebung unter den Versicherten, dem Arbeitgeberanteil und steuerlichen Mitteln. Die Beitragsbemessung orientiert sich gemäß dem Solidarprinzip nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten und wird nach einem bestimmten Prozentsatz des Arbeitsentgelts bemessen und nicht nach dem persönlichen Krankheitsrisiko (Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus), dem sogenannten „Äquivalenzprinzip“. Das Solidaritätsprinzip - adaptiert an die GKV - besagt, dass der finanziell Stärkere für den finanziell Schwächeren, der Junge für den Alten und der Ledige für die Familie eintritt (Blankart et al 2009: 120-132; Albrecht et al 2010: 17ff.). Die Anzahl der Gesetzlichen Krankenkassen ist trotz steigender Versichertenzahl stetig rückläufig. Von ehemals rund 22.000 Kassen Anfang des 20. Jahrhunderts sind es im Jahr 2014 ausweislich des webbasierten Informationsportals des GKV-Spitzenverbandes noch 132 kassenartenübergreifende Kostenträger.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 hat der Gesetzgeber die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich verändert. Wichtigstes Merkmal ist, durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes, der Verlust der kassenseitigen Finanzhoheit.

Die Finanzmittel für den Gesundheitsfonds speisen sich subsumiert aus folgenden Quellen:

- den Krankenkassenbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber,
- den Krankenkassenbeiträge der Rentner,
- den Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte,
- Steuerzuschuss vom Staat
- und den Krankenkassenbeiträge für Künstler, Publizisten, Wehr- und Zivildienstleistende, Bezieher von Arbeitslosen- und Unterhaltsgeld.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds finanzielle Zuweisungen. Die Höhe der Zuweisungen wird dabei vom Bundesversicherungsamt (BVA) als Verwalter des sogenannten Sondervermögens aus den kassenspezifischen Daten zur Zusammensetzung der Versichertenpopulation ermittelt. Mit der Einführung des Morbi-RSA soll die Verteilungsgenauigkeit des Ausgleichs erhöht, das Profil der risikoadjustierten Transferleistungen geschärft und die Risikoselektion zu Lasten

Kranker beendet werden (Platzer 2008: 70-72; Zieres 2006: 196-201). Um dies zu erreichen, stützt sich der Risikostrukturausgleich des Jahres 2009 auf drei Säulen. Relevant sind hierbei die Parameter Alter, Geschlecht (Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)), Erwerbsminderungsstatus (Erwerbsminderungs-Gruppen (EMG)) und Morbidität (Hierarchisierte Morbiditäts-Gruppen (HMG)) des einzelnen Versicherten. Aus den Datenmeldungen zu AGG, EMG und HMG werden 152 Risikogruppen gebildet, für welche Zu- oder Abschläge angesetzt werden (Amshoff 2009: 91-115). Die Ausschüttungen aus dem Gesundheitsfonds sind nach § 266 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 270 SGB V so zu bemessen, dass neben den so genannten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auch die administrativen Kosten der Krankenkassen abgedeckt werden. Eventuelle Finanzlücken können von den Krankenkassen durch die Erhebung kassenindividueller Zusatzbeiträge geschlossen werden. (Castelli/Dieckmann: 2009: 9-26; Stuppardt 2009: 61-75). Ziel des Gesetzgebers ist nicht die Deckung der laufenden Behandlungskosten durch die Zuschläge, sondern eine Finanzierung der durch die Erkrankung auftretenden Folgekosten. Gemeint sind hierbei die Ausgaben, welcher ein Versicherter mit einer HMG-relevanten Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung verursacht. Diese Vergütungssystematik wird „prospektives Modell“ genannt (Amshoff 2009: 91-115; Blankart 2009: 22-26).

Stuppardt (2009: 70) bewertet die Systematik des Gesundheitsfonds kritisch:

*„An der Knappheit der Ressourcen ändert der Gesundheitsfonds nichts. Die GKV-Finanzierungsprobleme bleiben ungelöst. Mittel- bis langfristige Investitionen werden im Gesundheitsfonds nicht berücksichtigt. Dies macht eine permanente Unterdeckung von 1% aus. Auch werden Innovationsaufschläge für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder entsprechende Produkte, Prozesse und Dienstleistungen bislang nicht berücksichtigt.“*

Der vom Gesetzgeber festgelegte Einheitsbeitrag eingangs 2009 von 14,9% beinhaltete auch den für Mitglieder nach § 241a SGB V geltenden zusätzlichen Beitragssatz von 0,9%. Der Arbeitgeberanteil betrug somit 7,0% und der Arbeitnehmeranteil entsprechend 7,9 %. Mit diesen Beiträgen wurde und wird der Gesundheitsfonds gespeist. Nach einer Anhebung des Einheitsbeitrages zum 01.01.2011 durch das GKV-FinG auf 15,5% wurde zum 01.01.2015 der Einheitsbeitrag wieder auf 14,6% abgesenkt. Gleichzeitig wurde der gesetzlich verankerte Zusatzbeitragssatz von 0,9% abgeschafft. Alternativ wurde den Krankenkassen aber ein Stück Finanzautonomie zurückgegeben mit der Möglichkeit zur Erhebung eines Zusatzbeitragssatzes (§ 242 Abs. 5 SGB V). Die Amplitude der zusätzlichen Beitragssätze der zum 01.01.2015 noch

vorhandenen 132 gesetzlichen Krankenkassen reicht dabei von 0,0% bis 1,3% (Quelle: Krankenkassenliste des GKV SpiBu 2015).

### 2.2.2 Versorgung – die Gesundheitsprofessionen als Leistungserbringer

Das deutsche Gesundheitswesen spiegelt in seiner Komplexität von Teilnehmer- und Steuerungsstrukturen eine Unterscheidung in Mikro-, Meso- und Makroebene in Reinform wider. Diese verschiedenen Ebenen bestehen aus staatlichen, marktwirtschaftlichen und korporatistischen Teilelementen. Rosenbrock und Gerlinger (2014: 20) messen dabei dem Korporatismus eine besondere Bedeutung bei:

*„Korporatistische Steuerung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Staat bei der Steuerung einzelner Politikbereiche einen allgemeinen Ordnungsrahmen setzt und Kompetenzen zur konkretisierenden Regelsetzung an nachgeordnete Verbände delegiert.“*

Diese vom Staat generierten Verbände sind durch den Gesetzgeber zur Verfolgung allgemeinnütziger, öffentlicher Ziele verpflichtet und sind in dieser Eigenschaft autorisiert zur Führung von Kollektivverhandlungen. Dies bedingt im Leistungserbringensektor eine Zwangsmitgliedschaft, insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Hier halten und verteidigen die Kassenärztlichen Vereinigungen das Vertragsmonopol, welches sie gegenüber den Krankenkassen qua Sicherstellungsauftrag besitzen und ihnen den Zugriff auf den Versorgungsbedarf der Versicherten seit vielen Jahren sichert.

Bekanntermaßen existieren zwei große Leistungssektoren im deutschen Gesundheitswesen: der ambulante und der stationäre Bereich mit ihren verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Die ambulante Versorgung umfasst dabei die zahn- und (fach-)ärztliche, die psychotherapeutische Behandlung und die ambulant zu erbringenden Leistungen von anderen Gesundheitsfachberufen (z. B.: Physiotherapie, Logopädie, Podologie u.a.). Unter dem Sammelbegriff der stationären Versorgung sind alle Leistungen inkludiert, welche eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus bedingen (Preusker 2008: 319ff.; Blankart et al 2009: 120-132).

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich jedoch auf die ambulante Versorgung, da dieser die hausarztzentrierte Versorgung zuzurechnen ist. In den §§ 72 – 76 des SGB V ist der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung beschrieben. Durch die

Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Versorgung der GKV-Versicherten gewährleistet (Sicherstellungsauftrag):

*„Die ambulante Versorgung der Bevölkerung wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), die regional gegliedert sind, gewährleistet. Zu diesem Zweck erhalten die KVen ein vorab bestimmtes Budget von den Krankenkassen, das wiederum an die Ärzte nach bestimmten Schlüsseln verteilt wird. Insofern obliegt ein großer Teil der Verantwortlichkeit für Kostendämpfung in Deutschland im ambulanten Sektor den Kassenärztlichen Vereinigungen als der Vertretung der Ärzte selbst. Daraus wird deutlich, dass die KVen eine Doppelfunktion erfüllen sollen: Einerseits sind sie für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der GKV-Versicherten zuständig, und ihnen obliegt auch die Überwachung der ärztlichen Tätigkeiten. Andererseits sind sie Interessenvertretung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen. (...). Alle Ärzte, die für die GKV tätig sein wollen, müssen Mitglied der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden. Dies führt zu einem doppelten Monopol für die KVen, da nur sie Verhandlungspartner der Kassen für den Bereich ambulanter ärztlicher Leistungen sind und zudem für die Mitglieder keine Möglichkeit besteht, den Verband zu verlassen und sich einer Konkurrenzvereinigung anzuschließen.“* (Schulenburg/Greiner 2013: 59)

### 2.2.3 Nutzen – die Versicherten als Leistungsnehmer

In der Bundesrepublik Deutschland existiert für den Bevölkerungsanteil, welcher sich in einer gesetzlichen Krankenversicherung befindet (immerhin 90% der deutschen Gesamtpopulation), nahezu ein Vollversicherungsschutz. Die Versicherten besitzen einen uneingeschränkten Zugriff auf das Sach- und Dienstleistungsportfolio, welches ihnen durch die GKV bereitgestellt wird. Dieser Vollversicherungszustand bedingt eine geringe Preiselastizität der Nachfrage, d. h., dass der Konsum durch den Einzelnen ausgedehnt wird, bis der Grenznutzen für ihn gleich null ist. Die Patienten werden zu einer dem Eigenbedarf überproportionalen Inanspruchnahme von Leistungen animiert, als sie diese bei Eigenfinanzierung tätigen würden (Greiner 1999: 22) Schulenburg und Greiner (2013: 42) nennen dies eine übermäßige und suboptimale Ausdehnung der Nachfrage. Es findet eine Entkopplung von Leistungsentscheidung und Kostenverantwortung statt. Dieses fehlende Äquivalenzprinzip spiegelt sich in dem Mangel an Anreizen, um mit Leistungen sparsam umzugehen, wider.

Auch persönliche Präferenzen beeinflussen das Nachfrageverhalten hinsichtlich Gesundheitsgüter, hier insbesondere von Dienstleistungen, bei welchen die

Persönlichkeit des Leistungserbringers Relevanz für den Leistungsnehmer erhält. Die Konsumenten sind in ihrer Souveränität zur Leistungsbewertung und -entscheidung stark eingeschränkt, da sie in den meisten Fällen nur geringe Kenntnisse und Informationen über die angebotenen Leistungen besitzen. Es herrscht eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient, zum Nachteil des Patienten. Dieser Mangel an Transparenz über Angemessenheit und Qualität der angebotenen Leistung schränkt das marktübliche „*trial and error*“ Verhalten der Patienten beträchtlich ein. Der Ausfall eines idealtypischen Nachfrageverhaltens zeigt sich an dem beträchtlichen Überangebot an Leistungen und Leistungserbringern (Greiner 1999: 22-25; Schulenburg/Greiner 2013: 46-49)

Unter den sich ändernden demographischen Parametern zur Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich Hochaltrigkeit und Multimorbidität, aber auch dem Zerfall familiärer Strukturen und der wachsenden Zahl von immer mehr Single-Haushalten, entwickeln sich die Ansprüche der Betroffenen in Richtung dessen, dass jeder Einzelne die bestmögliche Behandlung für sich erhalten möchte und grundsätzlich jede Leistung in Anspruch genommen wird, solange man sich einen Nutzen davon verspricht.

Unter regulären Marktbedingungen betrachtet, verhalten sich die Beteiligten durchaus rational, doch ihr Verhalten hat im Ergebnis eine ressourcenerodierende Wirkung auf das Gesundheitssystem, da günstigere und von der Anzahl her geringere Leistungen für eine erfolgreiche Behandlung ausreichend wären (Oberender et al. 2002: 57-58).

*„Letztlich findet auf diese Weise eine ‚Ausbeutung aller durch alle‘ statt, verbunden mit einem zunehmenden Missbrauch und zunehmender Aushöhlung des Solidarprinzips.“* (Oberender et al. 2002: 58)

Als Versicherter und Patient in einer Person, werden die Interessen der Leistungsnehmer in einer Vielzahl unterschiedlichster Organisationen nach außen vertreten. Häufig dient als Zweck der Organisation die Selbsthilfe. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich die Leistungsnehmer im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Zuge der Patientenbeteiligung wieder. Ergänzend wurde mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) in 2004 die Stelle eines Patientenbeauftragten der deutschen Bundesregierung geschaffen (Preusker 2008: 56).

### 2.3 Zwischenfazit und Implikationen

In der Bundesrepublik Deutschland werden kollektive Güter und Problemlösungen nicht zentralstaatlich auf hierarchische Weise top-down gesteuert, sondern auf bilateraler Ebene durch die Kooperation und Koexistenz von „*privaten korporativen Akteuren (...) in neokorporatistischen Verhandlungssystemen, Politiknetzwerken und public-private partnerships*“ (Mayntz 2009: 105). Preusker (2008: 135f.) subsumiert, dass das deutsche Gesundheitssystem überproportional stark durch eine hohe Zahl verschiedener Akteure und Interessensgruppen dominiert wird. Er verweist darauf, dass nach Gäfgen (1988) in der politikwissenschaftlichen Literatur für dieses Merkmal der Begriff des Korporatismus und in der zeitlichen Weiterentwicklung mit der Institutionalisierung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) der Begriff des Neokorporatismus gebraucht wird. Preusker unterstreicht Gäfgens Aussage, dass diese politische Beeinflussung und Steuerung sich dadurch zeigt, dass

*„große, meist deutlich zentralisierte Verbände mit einem weitgehenden Repräsentationsmonopol (...) vom Staat nicht nur als privilegierte Interessensvertreter behandelt (werden), sondern (...) darüber hinaus auch an der Erfüllung öffentlicher Aufgaben mit“*(wirken). (Gäfgen 1988: 11 nach Preusker 2008: 136f.).

Die Selbstverwaltung wird flankiert von einem weitverzweigten und mitgliederstarken Verbandswesen. Ein Schwerpunkt liegt hier insbesondere bei der Organisation der Ärzte. Ihr Fachverbandswesen gehört zu den erfolgreichsten berufsständischen Interessenvertretungen in Dialog und Außendarstellung. Eine machtvolle und in der Lobbyarbeit erfolgreiche Interessensvertretung kann in Verhandlungen mit anderen Verbänden zu einem Ungleichgewicht führen. Albrecht et al. (2008: 17) konstatieren, dass

*„Für die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung (...) zum Teil tiefgreifende, strukturelle Veränderungsprozesse ebenso unvermeidlich wie erforderlich sein (werden), um Effizienz und Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu erhalten und zu verbessern. Ein effizienter Wettbewerb, der den Suchprozess nach optimalen Versorgungsformen stärkt, erfordert gleiche Chancen für alle Leistungserbringer.“*

Die Ausgaben- und Leistungsmengenentwicklung am Gesundheitsmarkt verlangen zwingend die Ausschöpfung sämtlicher Problemlösungsoptionen, um weitere, versteckte Effizienzpotentiale zu aktivieren.

Eine erfolgreiche Umsetzung ist abhängig vom Zusammenspiel aller beteiligten Gruppen auf Makro-, Meso- und Mikroebene: Gesetzgeber/Politik, Selbstverwaltung, Interessensverbände und Patienten. Einer nachhaltigen und ergebnisorientierten Zusammenarbeit der Marktteilnehmer stehen verschiedenste Schlüsselproblematiken entgegen.



### 3 Schlüsselproblematiken in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung

Trotz verschiedenster, regulativer Maßnahmen des Gesetzgebers steigen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen weiter an (siehe Kap. 1.1). Neben der demographischen Entwicklung mit steigender Morbidität und des medizinisch-technologischen Fortschritts (siehe Kap. 2.1) sind eine mangelnde Ressourcenallokation und Ineffizienzen in der Leistungserbringung für den Ausgabenanstieg mitverantwortlich. Tragende Struktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens ist, dass die von der Solidargemeinschaft finanzierten Mittel im Dreiecksverhältnis *Leistungsträger – Leistungserbringer – Leistungsnehmer* effizient eingesetzt werden. Bedingt durch die spezifischen Besonderheiten dieses dreiseitigen Marktes, unterliegen die Teilnehmer verschiedenen Anreizstrukturen, welche dem Ziel einer effizienten Versorgung zuwiderlaufen (Schöffski/Schulenburg 2008: 23-29). Falsch gesetzte Anreize führen zu einem Fehlverhalten aller drei Marktteilnehmer. Dies sind Informationsasymmetrien in der Arzt-Patienten-Beziehung, Triggerung eines mangelnden Kostenbewusstseins der Versicherten durch das Sachleistungsprinzip, Fehlen von alternativen Versicherungsformen (bspw. Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen und Leistungsabwahl) und eine Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenkassen, welche eine adverse Selektion von Versicherten mittels individualisierter Deckungsbeitragsrechnungen weiter befördert. Breyer et al. (2013: 180) führen für die Fehlentwicklungen am Gesundheitsmarkt die These vom Marktversagen heran.

*Ausgangspunkt für die These vom Marktversagen ist der Erste Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie (...). Dieser besagt, dass bei Vorliegen einer perfekten Eigentumsordnung und in Abwesenheit öffentlicher Güter jedes Gleichgewicht bei vollkommener Konkurrenz – d.h. eine Allokation, bei der jeder Konsument seinen Nutzen und jeder Produzent seinen Gewinn maximiert, alle Akteure den Marktpreis als gegeben hinnehmen und die daraus resultierenden Pläne miteinander vereinbar sind – ein Pareto-Optimum darstellt. Die Behauptung eines Marktversagens erfordert also zunächst den Nachweis, dass mindestens eine der im Ersten Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie genannten Voraussetzungen im Falle der Gesundheitsgüter nicht erfüllt ist, oder dass ein Mengenanpasserverhalten nicht unterstellt werden kann.*

Fehlanreize, Steuerungs- und Informationsdefizite in der Versorgung verhindern unter den Akteuren am Gesundheitsmarkt das Erreichen eines Pareto-Optimums<sup>3</sup>.

### 3.1 Informationsdefizite durch die Prinzipal-Agenten-Beziehung

Die Prinzipal-Agenten-Problematik wird sowohl für die Informationsasymmetrie innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung, als auch für das Verhältnis zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern als Erklärungsansatz verwendet.

Die Prinzipal-Agenten-Theorie, auch Agenturtheorie genannt, basiert auf einem Vertretungsvertrag, bei welchem der Vertreter (Agent) im Auftrag des zu Vertretenden (Prinzipal) handeln und agieren soll (Wolf 2005: 363-371). Prinzipal und Agent sind mit voneinander unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet. Diese Unterschiede bedingen als Grundlage die Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung. Der Prinzipal rekrutiert einen Agenten mit der Erwartung, dass dieser den ihm übertragenen Auftrag besser erfüllen kann, als es dem Prinzipal selbst möglich wäre. Der Agent wird als Auftragnehmer aufgrund seines Wissenstandes, seiner Fähig- und /oder Fertigkeiten ausgewählt und vertraglich gegen Entlohnung mit der Aufgabe betraut. Für den Auftraggeber ist die Auftragserledigung des Agenten aufgrund des Wissensnachteils im Sinne einer asymmetrischen Informationsverteilung nur schwer zu kontrollieren. Für den Auftraggeber existiert andererseits der implizite Anreiz (*moral hazard*), aus diesem Sachverhalt einen Vorteil gegenüber dem Prinzipal zu ziehen. Die unterschiedliche Ressourcenverteilung bringt Prinzipal und Agent zwecks Austausches zusammen, die unterschiedliche Informationsverteilung birgt jedoch die Gefahr, dass der Ressourceneinsatz zu Ungunsten des Prinzipals und zu Gunsten des Agenten verläuft (Wolf ebda.; Richter/Furubotn 2003: 173; Picot et al. 1999: 85).

Mit einem normativem und einem positivem Ansatz existieren zwei grundlegende Ausrichtungen der Agenturtheorie. Der normative Ansatz verfolgt dabei die Generierung einer optimalen Vertragsstruktur bei bestehender Informationsasymmetrie durch formal-mathematische Beweise und Deduktion. Der positive Ansatz untersucht

---

<sup>3</sup> Erster Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie: „Dieser besagt, dass bei Vorliegen einer perfekten Eigentumsordnung und in Abwesenheit öffentlicher Güter jedes Gleichgewicht bei vollkommener Konkurrenz – d.h. eine Allokation, bei der jeder Konsument seinen Nutzen und jeder Produzent seinen Gewinn maximiert, alle Akteure den Marktpreis als gegeben hinnehmen und die daraus resultierenden Pläne miteinander vereinbar sind – ein Pareto-Optimum darstellt“ (Breyer et al. 2013: 180).

Auftrags- und Vertragsbeziehungen unter Berücksichtigung von relevanten Umgebungsfaktoren (Erlei et. al. 1999: 65).

Subsumiert beschäftigt sich die Prinzipal-Agent-Theorie mit der Problematik der Arbeitseinteilung und –leistung im Rahmen der Aufgabendelegation des Prinzipals an den Agenten bei gegebener Informationsasymmetrie. Die Agenturtheorie strebt einen Kontrakt oder Vertrag zwischen Prinzipal und Agent an, welcher den Agenten motiviert, im Sinne des Prinzipals zu handeln und tätig zu werden. Ziel ist - bei nicht präzise messbarer Arbeitsleistung des Agenten - den Vertrag zwischen beiden in Gänze und alle Eventualitäten berücksichtigend zu formulieren (Richter/Furubotn ebda.; Erlei et al. ebda; Blum et al: 2005: 155-158; vgl. auch Wolf 2005: 333-374).

Die beschriebenen Rahmenbedingungen zwischen Prinzipal und Agent manifestieren die Gefahr einer Nutzenmaximierung des Agenten zu Lasten des Prinzipals und einer Abkehr des Agenten vom Auftraggeberinteresse. Je nach Eintritt dieser Informationsasymmetrie zwischen Prinzipal und Agent kommt es zu verschiedenen Formen der Verhaltensunkenntnis bzw. -unsicherheit des Prinzipals gegenüber dem Agenten. Nach Vertragsabschluss – ex ante – werden die beiden Unterformen „*hidden information*“ und „*hidden action*“ unterschieden.

Vor Vertragsabschluss – ex ante – treten die Probleme „*hidden characteristics*“ und/oder „*hidden intention*“ auf (Richter/Furubotn 2003: 173; Bardmann 2014: 395; Blum et al. 2005: 158-160).

### 3.1.1 Informationsasymmetrien ex ante

Der Prinzipal kann sich in der Regel vor Vertragsabschluss nur einen unvollständigen Eindruck über die Leistung des Agenten machen und ist auf Vermutungen angewiesen. Sollte der Agent über eigene Fähigkeiten und Absichten (*hidden intention*) besondere Kenntnis haben, über welche er den Prinzipal bei Vertragsabschluss in Unkenntnis lässt, so handelt es sich um verborgene Charakteristika des Agenten (*hidden characteristics*). Erst nach Vertragsabschluss wird dem Prinzipal das Leistungsangebot des Agenten offengelegt und transparent (Richter/Furubotn 2003: 175; Barmann 2014: 395). Durch diese ex ante vorherrschende Informationsasymmetrie besteht die Gefahr, dass der Prinzipal einen qualitativ schlechten Vertragspartner auswählt. Für den Prinzipal steigt das Risiko einer adversen Selektion (Göbel 2002: 100).

### 3.1.2 Informationsasymmetrien ex post

Nach Vertragsabschluss kann der Prinzipal die Anstrengungen des Agenten zur Vertragserfüllung nicht durchgehend und auch nicht konformitätskostenfrei beobachten. In der Regel sieht der Prinzipal erst das Ergebnis, der eigentliche Leistungs- bzw. Erfüllungsprozess bleibt intransparent. Man nennt dieses Phänomen „*hidden action*“. Der Agent besitzt gegenüber dem Prinzipal einen Kenntnis- bzw. Informationsvorsprung hinsichtlich des Grads seiner Bemühungen, um das vertraglich vereinbarte Ergebnis zu liefern. Dieser Effekt verstärkt sich umso mehr, je abstrakter und schwerer das Ergebnis sich zu messen darstellt oder aber auch von anderen exogenen Faktoren auch abhängig ist. Der Agent kann diesen Informationsvorteil zu seinem Vorteil ausnutzen, bspw. durch höheren Ressourcenverbrauch<sup>4</sup> (Bardmann 2014: 395; Göbel 2002: 102).

Das sogenannte „*hidden information*“ – Phänomen tritt ebenfalls nach Vertragsabschluss auf. Anders als bei „*hidden action*“ besitzt der Prinzipal zwar nun die Möglichkeit, den Agenten bei seinen Bemühungen zu beobachten, er kann sie jedoch nicht bewerten. Diese Informationsasymmetrie kann bspw. bei einem hohen Spezialisierungsgrad des Agenten der Fall sein. Für den Agenten resultiert aus diesem Umstand der Vorteil, dass er die Umsetzungsarten zur Zielerreichung, aber auch das Ergebnis an sich selbst wählen und beeinflussen kann.

Beide genannten Phänomene – *Hidden Action* und *Hidden Information* – können ursächlich für ein opportunistisches Verhalten des Agenten sein hinsichtlich seines Informationsvorteils gegenüber dem Prinzipal. In der Literatur wird diese Möglichkeit als *moral hazard*, als moralisches Risiko bezeichnet (Taylor 2011: 21-28/ Richter/Furubotn 2003: 173; Blum et al. 2005: 155).

### 3.1.3 Zwischenfazit - Die Agenturtheorie am Gesundheitsmarkt

In Anlehnung an die Prinzipal-Agenten-Beziehung stellt am Gesundheitsmarkt der Prinzipal die Nachfrageseite, den Leistungsnehmer (bzw. ggfs. auch den

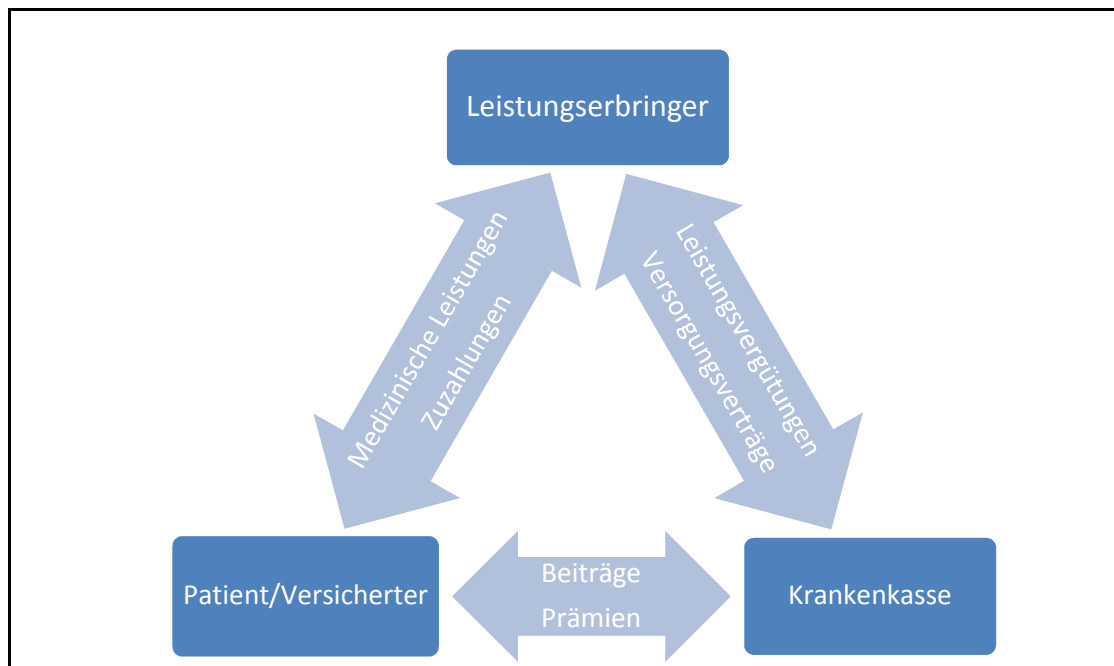
---

<sup>4</sup> Die Überprüfung, ob der Agent im Sinne des Prinzipals zielführend handelt, ist für den Prinzipal aufgrund der Abhängigkeit vom Informationsmonopol des Agenten nicht möglich. Das Ausbeutungsrisiko des Prinzipals ist hoch. Opportunistisches Verhalten als *moral hazard* kann sich zeigen in systematischem „Sich um die Arbeit drücken“ und Konsum am Arbeitsplatz. Taylor (2011: 21-28) nennt diese Phänomene „*shirking*“ und „*consumption on the job*“.

Leistungsträger) dar. Der Agent als Leistungserbringer besitzt einen Wissensvorsprung in Bezug auf die Leistungsgenerierung und –wertschöpfung. Diesen Vorsprung stellt der Leistungserbringer dem Leistungsnehmer gegen Bezahlung zur Verfügung.

In der Arzt-Patienten-Beziehung tritt der Patient als Prinzipal und der Arzt als Agent auf. Greiner (1999: 135-139) nennt die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patienten einen „*konstitutiven Bestandteil ihrer Vertretungsbeziehung*“. Der Patient sucht den Arzt auf, um von ihm eine Dienstleistung zugunsten seines Gesundheitszustandes zu erhalten. Für die gezielte Nachfrage setzt der Patient voraus, dass der Arzt über Fähigkeiten und Wissen verfügt, die ihn in die Lage der nachgefragten Leistungserbringung versetzen. Der Arzt erbringt die Leistung nur gegen Entlohnung. Der Patient als Prinzipal kann die erbrachte Leistung erst ex post beurteilen. Die Beurteilung selbst ist gefährdet, wenn der Patient keine Kompetenzen zur Beurteilung medizinischer Leistungen hat. In der Regel - und je komplexer die Leistung - ist vom Fehlen dieser Kompetenzen bei nichtmedizinisch gebildeten bzw. ausgebildeten Menschen auszugehen. Für den Arzt ergibt sich durch diesen Wissensvorsprung die Chance, die asymmetrische Wissensverteilung zu seinem (monetären) Vorteil auszunutzen und eine anbieterinduzierte Nachfrage zu generieren (Wilken 2010: 99-108).

Die Besonderheiten des dreiseitigen Marktes (Abb. 10) mit den Krankenkassen, Leistungserbringern und Patienten als Teilnehmern implizieren verschiedenste Steuerungsdefizite aufgrund von Informationsasymmetrien.



**Abbildung 10: Beziehungsdreieck der Teilnehmer am Gesundheitsmarkt**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang (2003: 38-59); Busse (2006: 419); Blankart et al. (2009: 27)

Die Krankenkasse besitzt einen Informationsvorteil gegenüber den Patienten und Leistungserbringern aufgrund des Wissens um Nachfrageverhalten, Leistungsportfolio und Abrechnungsinhalte. Der Patient wiederum kennt seine individuelle Krankheitslast besser als die Krankenkasse und der Leistungserbringer. Der Leistungserbringer besitzt gegenüber dem Patienten und der Krankenkasse einen Wissensvorteil bezüglich der Wahl, Notwendigkeit und Ergebniseffizienz des Ressourceneinsatzes. Der Leistungsnehmer nimmt gegenüber den Prinzipalen Krankenkasse und Patient quasi die Rolle eines Doppelagenten ein. Auch den Krankenkassen kann aufgrund der „*hidden characteristics*“ durch Vertragsabschluss mit nicht geeigneten Leistungserbringern eine adverse Selektion unterlaufen (Greiner 1999: 139).

### 3.2 Fehlanreize, Koordinations- und Steuerungsdefizite am Gesundheitsmarkt

Koordinations- und Steuerungsprobleme treten im deutschen Gesundheitswesen insbesondere bei einer notwendigen, sektorenübergreifenden Patientenversorgung durch eine äußerst arbeitsteilige, medizinische Versorgung und dem Fehlen von Interventionsmöglichkeiten der Krankenkassen durch die Trennung von medizinischer

und ökonomischer Verantwortung zwischen Leistungserbringern und -trägern. Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Fachkliniken, Therapeuten und pflegerische Berufsgruppen unterliegen horizontaler und vertikaler Sektorisierungen. Versicherte können nahezu unbeschränkt die verschiedensten Sektoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anlaufen. Neben den einhergehenden Belastungen für Patienten steht die Sektorisierung für eine wirtschaftlich ineffiziente Versorgung aufgrund unabgestimmter Diagnostik und Behandlung unterschiedlicher Therapieebenen und -bereiche (Herder-Dorneich 1994: 305), welche die Notwendigkeit einer Steuerung quasi impliziert:

*„Kopfpauschale, Bürgerversicherung, Gesundheitsfonds – alle Vorschläge und Reformen zeigen deutlich, dass Gesundheit ein prekäres, da knappes Gut darstellt, das aus bestimmten Interessen und Einschätzungen seiner Bedeutsamkeit heraus der Steuerung bedarf.“* (Wilken 2010: 11)

Die Besonderheiten des dreiseitigen Marktes mit ihren mehrdimensionalen Informationsasymmetrien bilden die Grundlage für Fehlanreize wie die deckungsbeitragsinduzierte, adverse Versichertenselektion der Krankenkassen, angebotsinduzierten Nachfragekonstrukte der Leistungserbringer und die Aushöhlung des durch die Solidargemeinschaft getragenen Sachleistungsprinzips. Schöffski und Schulenburg (2008: 30) betitelt diese Fehlanreize als *„Unehrlichkeits-, Fahrlässigkeits-, Verschwendungs- und Überkonsumptionseffekte“*. Blankart et al. (2009: 58) verorten die Gründe der Fehlsteuerung auf verschiedenen Seiten:

*„Einerseits verhindert das Interessenskonglomerat aus der am gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess zumindest indirekt involvierten und mit der organisatorischen Durchführung der medizinischen Versorgung beauftragten Verbände und Versicherer sowie der Bürokratie, Politik und Industrie eine klare Richtungsentscheidungen zugunsten eines transparenten, auf marktwirtschaftlichen Grundprinzipien basierenden Ordnungsrahmens, (...). Andererseits erliegen die politischen Entscheidungsträger ein ums andere Mal der Versuchung, Gesundheitspolitik als sozialpolitisches Profilierungsfeld zu nutzen, um Wählerstimmen zu maximieren.“*

Schulenburg und Greiner (2013: 11) schlüsseln die Anreize am Gesundheitsmarkt mittels ökonomischer Betrachtung in *monetär*, *nicht monetär* und *Normen* auf und bezeichnen die Leistungserbringer klassisch als Anbieter, die Leistungsnehmer als Konsumenten und die Leistungsträger als Versicherer. Sie ergänzen das Marktumfeld, ebenso wie Blankart et al. (ebda.), noch um die gesetzgeberische Perspektive, die *Administratoren*, als weiteren Einflussgeber (Tab. 1).

**Tabelle 1: Ökonomische Anreize am Gesundheitsmarkt**

Anreize	Anbieter	Konsumenten	Versicherer	Administratoren
<b>monetäre</b>	Honorare, Arzneimittelhöchstbeträge	Selbstbeteiligung, Beitragsrückgewähr	Krankenversicherungs- beiträge, Abschlussprämien	Gehälter, Prämien
<b>nicht monetäre</b>	Numerus clausus, Versorgungsrichtlinien	Wartezeiten	Marktanteil	Titel, Macht, Einfluss
<b>Normen</b>	Ärztliche Ethik	Solidaritätsverhalten, moral suasion	Sozialgesetzbuch, Versicherungsvertrags- gesetz	Beamtenkodex, Vorschriften

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schulenburg und Greiner (2013: 11) und Blankart et al. (2009: 27-34)

Innerhalb des Leistungserbringerbereichs als *Anbieter* wird immer noch derjenige belohnt, der viel diagnostiziert und therapiert. Egal ob niedergelassener Arzt oder Krankenhaus, es existieren immer noch keine Mechanismen, welche Ineffizienzen wie bspw. Doppeluntersuchungen und unnötige Eingriffe, wirksam sanktionieren, um stattdessen effiziente Versorgung zu prämiieren. Konsultierte Ärzte bestimmen den weiteren therapieverlauf und definieren auf diese Weise die Weise das „*Konsumniveau*“. Eine Ausweitung der Therapie bedeutet für den Arzt ein höheres Einkommen. Für den Arzt erwächst dadurch ein Anreiz eine umfangreichere Therapie vorzunehmen als tatsächlich notwendig. Als Folge dieser angebotsinduzierten Nachfrage steigen die Leistungsmengen und spiegeln sich in wachsenden Budgets und Honoraren wider (Blankart et al 2009: 29-33).

Der Leistungsträgerbereich als *Versicherer* hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zum 01.01.2009 neben dem Verlust der Finanzautonomie auch im Bereich der Versorgungsangebote eine Strategieänderung umsetzen müssen. Durch den Wegfall der Anschubfinanzierung von integrierten Versorgungsverträgen, dem Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörden bezüglich der Vereinbarungen zu besonderen Versorgungsformen und der Fokussierung auf die Regelversorgung haben Behandlungskonzepte außerhalb der Regelversorgung, wie bspw. auch die HzV, einen starken Einbruch erlitten. Aufgrund der unklaren Refinanzierung und den geringen Auswirkungen im Wettbewerb um Mitglieder, haben sich die Krankenkassen von Versorgungsschwerpunkten hingewandt zu attraktiven, vertriebsaffinen Themen. Bestmöglicher Gesundheitsnutzen und optimales Behandlungsergebnis für die Patienten wird nunmehr verdrängt durch eine Fokussierung auf kurzfristig zu erzielende



wirtschaftliche Kostensenkungs- und öffentlichkeitswirksame Vertriebsfolge. Die Einführung des Gesundheitsfonds mit den beschriebenen Folgen führt auf Seiten der Krankenkassen zu einer Verstärkung einer adversen Selektion, einer Risikobewertung von Versicherten mittels einer Deckungsbeitragsrechnung. Versicherten mit einem negativen Deckungsbeitrag droht eine Beschränkung auf eine *suboptimale Versorgung* (Blankart et al. 2009: 22-26 und 31). Gleichwohl unterliegt auch die Krankenversicherung einer Informationsasymmetrie, da sie vor Beitritt des Versicherten das Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiko des Versicherten nicht valide bewerten kann. Der Versicherte hat ein Interesse daran, seine Risiken gegenüber der Krankenversicherung möglichst minimal und intransparent zu halten.

Seit dem 01.01.2013 können Krankenkassen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V über ihre Satzung Leistungen anbieten, bei welchen es sich um anerkannt medizinische Leistungen handelt, diese jedoch nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gelistet sind. Beispiele für solche Leistungen sind Osteopathie, Homöopathie, Zahnersatz, Reiseimpfungen, homöopathische Medikamente und künstliche Befruchtung.

In § 11 Abs. 4 SGB V hat der Gesetzgeber den Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement verankert. Krankenkassen sollen „(...) insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (...)“ beitragen. Zur Umsetzung dieses Rechtsanspruchs der Versicherten fehlen den Krankenkassen neben den entsprechenden sektorübergreifenden Angeboten auch ein funktionierender Angebots-/Nachfrage-Mechanismus, um bei der Angebotsprüfung elektiv vorgehen zu können. Verantwortlich hierfür ist das am Gesundheitsmarkt vorherrschende Dreiecksverhältnis von Leistungsanbietern, Kostenträgern und Leistungsnehmern (Blankart et al. ebda.).

Der einzelne Leistungsnehmer als *Konsument* und *Nachfrager* muss als Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherungen für eine medizinische Dienstleistung der Regelversorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips nicht selbst aufkommen muss. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird für die Versicherten durch diesen Vorgang preisunabhängig und kostenintransparent. Die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist nur noch vom erwarteten Behandlungsnutzen und nichtmonetären Behandlungskosten, wie bspw. Zeitaufwand und Schmerzen, abhängig. Die beschriebene Kostenanonymität und die eigene

Anonymität als Teil der Versichertengemeinschaft veranlasst den Leistungsnehmer dazu, schon bei geringfügigen Befindlichkeitsstörungen einen Arzt zu konsultieren, was im gesamten Gesundheitswesen zu einer Spirale der Leistungsausweitung bzw. Leistungsinflation führt. Dieses Versichertenverhalten – *moral hazard* – steht dabei in Abhängigkeit zur Angebotskapazität im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung sowie zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen (Blankart et al. ebda.; Schulenburg und Greiner 2013: 11ff.). Ein solches Leistungsnehmerverhalten resultiert in einem sukzessiven Wachstum der Gesundheitsausgaben und systemimmanent zu einem Anstieg des Beitragssatzes, wenn die Angebotskapazitäten der gesundheitlichen Versorgung, die Ausweitung des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherungen und die Ansprüche der Versicherten zunehmen (Greiner 1999: 21-25). Im Wissen um diese Problemkonstellation dienten und dienen Reformvorhaben des Gesetzgebers zur Leistungsbeschränkung und Kostendämpfung deshalb häufig der Bekämpfung des *moral hazard* (bspw. Einführung der Praxisgebühr durch das GKV-WSG zum 01.01.2004). So nennt Greiner (1999: 33) als gewichtigste Gründe für eine Regulierung des Krankenversicherungsmarktes „*adverse Selektion durch die Versicherer*“ und „*Moral Hazard Verhalten (...), also durch den Abschluß von Versicherungsverträgen induzierte, negative Verhaltensänderungen der Versicherten*“. Greiner (ebda.) fragt jedoch auch, „*ob eine so weitgehende Regulierung wie im deutschen Krankenversicherungssystem allein durch ein Marktversagen begründet werden kann*“.

### 3.3 Limitationen politischer Steuerung am Gesundheitsmarkt

Zur Limitation politischer Steuerung der „*Administratoren*“ (Greiner/Schulenburg 2013: 11) im Spannungsfeld zwischen System und Akteur finden Benz et al. (2000: 9) einen interessanten Einstieg:

*„Politische Steuerung hat stets mit dem Eigensinn der Steuerungsadressaten zu rechnen. Diese zeigen sich als rationale Akteure widerspenstig, wenn ihre Interessen durch politische Interventionen gestört werden.*

*Zugleich handelt es sich nicht um einzelne Akteure. Vielmehr sind sie in größere gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden.*<sup>5</sup>

Bahle (2007: 42) fasst in seiner Untersuchung die Instrumente des Wohlfahrtsstaates zur Regulierung wie folgt zusammen:

*„Die staatlichen Interventionen beziehen sich vor allem auf drei unterschiedliche Elemente: die Verteilung von Ressourcen, die Regelung von Handlungskompetenzen (Rechte und Pflichten) und die Festlegung von Inhalt und Umfang der sozialen Dienste als solchen.“*

Zentrale Steuerungsleistungen in der Gesundheitsversorgung werden im Regelfall nicht staatlich, sondern – bspw. für die ambulante ärztliche Versorgung – kollektivvertraglich zwischen den Verbänden (der Ärzte) und Krankenkassen ausgehandelt. Der Organisationsgrad auf Seiten der Leistungserbringer ist dabei eher hoch, während auf Seiten der Kostenträger eher eine durch divergierende Eigeninteressen fragmentierte Verbandslandschaft vorzufinden ist. Döhler und Manow (1995: 140; vgl. auch Mayntz/Scharpf 1995: 13-15) bezeichnen die Struktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens als „staatsnah“. Während wesentliche Elemente der Finanzierung und Produktion von Gesundheitsleistungen in den Wirkungskreis und die Verantwortung öffentlich-rechtlicher Akteure abgegeben wurden, existieren als Gegengewicht auf Seiten der Politik „staatliche Rechtssetzungs-, Aufsichts- und Interventionskompetenzen“. Diese „normativ hochgradig legitimierte Zuweisung vielfältiger Regulierungskompetenzen an die Selbstverwaltungen von Kassen- und Arztverbänden“ mündet in eine „außerordentliche Verbandslastigkeit“ des bundesdeutschen Gesundheitswesens (Döhler/Manow 1995: 142). Dieses Strukturmerkmal der Verbände führt zu einer „Konstanz“, welche als „strategische Kontinuität“ den „hohen Autonomiegrad der Verbände in der GKV“ (ebda.) untermauert. Für Döhler und Manow (1995: 141) ist diese *Strukturkonstanz*“ gleichbedeutend mit einer „Reformblockade“, einer Widerstandshaltung, welche sich dadurch auszeichnet, dass sie „selbst den mehrfachen umfassenden Wandel funktionaler Anforderungen (...) weitgehend unbeschadet überstand.“ Der Auftrag der Selbstverwaltungen impliziert ein gemeinwohlorientiertes Handeln, jedoch stellt Weber

---

<sup>5</sup> Eine Limitation der vorliegenden Arbeit ist, dass aus Kapazitätsgründen an dieser Stelle keine vertiefte Auseinandersetzung mit der Luhmannschen systemtheoretischen Steuerungstheorie und der Akteurstheorie von Mayntz erfolgen kann. Als weiterführende Literatur sei bspw. verwiesen auf Lange und Braun 2000; Schimanek (1992: 165-192); Klawitter (1992: 193-240) und Bußhoff (1992: 241-284).

(1992: 267) fest, dass „*die Bereitschaft der KVen zu solchem Handeln dort aufhört, wo sie eine akute, langfristige Bedrohung der Machtverteilung im Gesundheitswesen zuungunsten der KVen bzw. der Kassenärzte wahrnehmen (...)*.“ Eine Umsteuerung vom Eigeninteresse zum Gemeinwohlinteresse geschehe nur „*unterhalb dieser Schwelle und (...) unter starkem staatlichen Druck (...)*. Unter diesen Voraussetzungen „*(...) haben die KVen allerdings eine beachtliche Selbstbeschränkung bewiesen (...)*“ (Weber 1992: 268).

Wasem und Schimanek (1995: 197) unterscheiden neben den korporativen Akteuren eine zweite, zu steuernde Akteurskonstellation: Eine große Anzahl von Individuen oder Organisationen, die sich nicht als Gesamtheit, sondern allenfalls in kleinen Teilgruppen untereinander abstimmen können. Die Agitationen dieser zweiten Gruppe nennen Wasem und Schimanek (1995: 202f.) „*unkoordiniertes kollektives Handeln*“, für welche sie vier Arten möglicher Steuerungsszenarien entwerfen:

- 1.) Der Akteur ist einer Verhaltensänderung aufgeschlossen. Die Bereitschaft zu Verhaltensänderung steigt, wenn der Akteur auch bei anderen eine Bereitschaft zur Verhaltensänderung erkennt bzw. wahrnimmt. Wasem und Schimanek (hier und folgend 1995: 203) nennen dies „*wechselseitige Bestärkung*“. Staatliches Steuerungshandeln kann erfolgreich umgesetzt werden.
- 2.) Diametral zum ersten Szenario kann eine Ablehnung und Widerstand gegen staatliches Steuerungshandeln dadurch bestärkt werden, wenn andere Akteure ein identisches Verhalten zeigen. Der Akteur fühlt sich in seiner Ablehnung bestärkt. Staatliches Steuerungshandeln ist akut vom Misserfolg bedroht.
- 3.) Ein Akteur ist zur Verhaltensänderung durchaus bereit. Allerdings beobachtet er bei den anderen Akteuren seiner Gruppe ein ablehnendes Verhalten. Der Akteur ist irritiert. Entweder er gibt seine Neigung zur Verhaltensänderung wieder auf und schließt sich der Gruppenhaltung an (analog Szenario 2) oder aber die Gruppenhaltung ist für ihn nicht verbindlich und er bleibt bei seiner Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Möglichkeit zur staatlichen Steuerung bleibt dadurch gewahrt. Möglicherweise bewegt dieses Verhalten weitere Akteure der Gruppen ihre ablehnende Haltung aufzugeben (Szenario 4).  
Staatliches Steuerungshandeln kann möglicherweise nicht im ersten Versuch umgesetzt werden, ist jedoch nicht chancenlos.

4.) Ein Akteur beobachtet bei anderen Akteuren aus seiner Gruppe die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Diese Beobachtung lässt ihn seine eigene ablehnende Haltung kritisch hinterfragen und mündet in „*Konformität mit den anderen oder fortlaufende Nonkonformität*“ (ebda.). Ein Widerstehen der Gruppendynamik und Verharren in Nonkonformität beeinflusst das staatliche Steuerungshandeln innerhalb dieses Szenarios dann jedoch nur noch punktuell.

Die politikwissenschaftliche Steuerungstheorie (Mayntz 2001: 17-27) weist den Widerstand gegen eine Maßnahme als stärkste Variable für einen Steuerungserfolg aus, so dass dem Steuerungsinstrument die größte Bedeutung hinsichtlich Erfolg oder Misserfolg zukommt. Auch Mayntz (1997: 204) beschreibt die Problematiken, welche bei Einigungsprozessen auf bestimmte Maßnahmen- und Regelungspakete in Policy-Netzwerken existieren:

*„Zusammengefaßt läßt sich also argumentieren, daß die unbestreitbaren Steuerbarkeitsprobleme weniger mit dem grundsätzlich autopoietischen Charakter sozialer Teilsysteme als (1) mit der besonderen Dynamik komplex strukturierter Gesellschaften und (2) mit der Widerstandsfähigkeit durchorganisierter Regelungsfelder zusammenhängen – daß aber gerade die organisierte Handlungsfähigkeit gesellschaftlicher Akteure **unter bestimmten Voraussetzungen** eine politische Steuerung wie auch die Lösung der aus der sozialen Komplexität erwachsenden Realprobleme **begünstigen** kann.“*

Dem Versagen politischer Steuerung können nach Mayntz (1997: 194) verschiedene Ursachen zugrunde liegen:

*„Wenn politische Steuerung mittels regulativer Politik ihr Ziel verfehlt, dann kann es dafür verschiedene Ursachen geben. Regulative Politik kann zunächst scheitern, weil die normierenden Programme nicht implementierbar sind, sei es, daß die Vollzugsinstanzen die Normen nicht durchzusetzen vermögen (Implementationsproblem), sei es, daß die Adressaten die Befolgung verweigern (Motivationsproblem).“*

Mayntz (ebda.) unterstreicht in ihren Ausführungen die Komplexität von Steuerungsproblemen. Auch falsche Resultate einer an sich erfolgreichen Intervention des Gesetzgebers müssen zur politischen Fehlsteuerung gezählt werden. Verantwortlich hierfür ist der falsche Einsatz der Steuerungsinstrumente:

*„Ganz andere Probleme werden offensichtlich aufgeworfen, wenn selbst im Falle einer erfolgreichen Beeinflussung des Adressatenverhaltens das Ausgangsproblem ungelöst bleibt oder im Zuge seiner Lösung massive unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Hierfür mag entweder das mangelnde Wissen des Gesetzgebers über steuerungsrelevante Wirkungszusammenhänge*

*(Wissensproblem) oder aber die prinzipielle Unmöglichkeit verantwortlich sein, mit den der zentralen Steuerungsinstanz verfügbaren Instrumenten zielsicher steuernd in bestimmte Systemprozesse einzugreifen (Steuerbarkeitsproblem). In der Diskussion möglicher Lösungsansätze hat sich die – oft genug implizit bleibende – Diagnose der ausschlaggebenden Problemursache mehrfach verschoben und scheint sich heute auf Steuerbarkeitsprobleme zu konzentrieren.“*

Um den Steuerbarkeitsproblemen entgegenwirken und den Aushandlungsprozess erfolgreich abschließen zu können, ist es nach Auffassung von Mayntz (1997: 217-219) systemimmanent, dass die Bedürfniskomplexität der beteiligten Akteure beachtet und in der Lösungsausgestaltung mit eingebunden wird.

Mayntz (1992: 27) fächert das Portfolio möglicher Steuerungselemente, neben der Interventionsandrohung, noch weiter auf:

*„Zur Durchsetzung staatlicher Forderungen gibt es neben der Interventionsandrohung auch die Möglichkeit des Abkaufens, des Tauschens, (...) oder Zugeständnisse in anderen Fragen.“*

Allerdings konstatiert Mayntz (1992: 31) auch

*„(...)dass Verbände typischerweise nur unter Druck oder Tausch bereit sind, Verhaltensnormen zu akzeptieren, die den Mitgliedern Einschränkungen oder Konzessionen bei der Verfolgung ihrer unmittelbaren Interessen abverlangen.“*

Görlitz und Burth (1998: 28-34) listen als verfügbare politische Steuerungsinstrumente vier verschiedene Ressourcen im Strategie- und Wirkungskontext auf. Die Steuerungswirkung der verschiedenen Steuerungsinstrumente reicht dabei von Zwang bis hin zu freier Willensbildung und –entscheidung:

- Die Ressource *Macht* kann mit ihrem unmittelbaren Wirkungsmechanismus „*Sanktion bedingt Befolgung*“ für die übergeordnete Strategie der Regulierung verwendet werden.
- Die Ressource *Geld* kann mit ihrem unmittel- bis mittelbaren Wirkungsmechanismus „*Kosten-/Nutzen-Kalkül bewirkt Vorteilsnahme*“ für die übergeordnete Strategie Finanzierung genutzt werden.
- Die Ressource *Stimulus* kann mit ihrem „weichen“ Wirkungsmechanismus „*Verhaltensangebot bewirkt Nachfrageverhalten*“ für die übergeordnete Strategie der Strukturierung eingesetzt werden.
- Die Ressource *Information* kann ebenfalls mit einem „weichen“ Wirkungsmechanismus „*Wissen bewirkt Motivation*“ für die übergeordnete Strategie der Informierung eingesetzt werden.

Auch diese Auflistung beinhaltet spezifische Instrumente politischer Steuerung, welche auf die Kooperation und Motivation der zu Steuernden setzt. Die Bildung von

Mehrheiten für politische Reformen muss sich von der politischen Klasse auf die Akteure am Gesundheitsmarkt erweitern. In ihren Ausführungen zu politischer Steuerbarkeit und Reformblockaden führt auch Mayntz (1997: 226-227) die Ergebnisse der von ihr gesichteten Arbeiten dahingehend zusammen, dass die Entscheidungsstrukturen politischer Entwicklungsprozesse eben nicht nur von politischen Akteuren, sondern auch frühzeitig von Teilnehmern und Akteuren des Gesundheitsmarktes besetzt sind. Diese gesellschaftlichen Akteure suchen Allianzen mit den politischen Akteuren und können dadurch mittelbar die weitere Entwicklung beeinflussen:

*„Die detaillierten Fallstudien von Rosewitz/Webber zeigen, daß an den sich oft über Jahre hinziehenden Politikentwicklungsprozessen in aller Regel von Anfang an nicht nur Akteure des politischen Systems beteiligt sind, sondern auch Akteure, die in der einen oder anderen Form im Gesundheitssystem eine Rolle spielen und von denen fallweise auch die Initiative ausgehen kann. Politische und gesellschaftliche Akteure bilden dabei Koalitionen von Reformbefürwortern bzw. Reformgegnern; ob eine Reforminitiative durchsetzbar ist, entscheidet sich in diesem Koalitionsbildungsprozeß. Damit werden die Koalitionsbildungschancen zum zentralen Faktor für Steuerbarkeit bzw. Steuerungsresistenz.“ (Mayntz ebda.)*

### 3.4 Zwischenfazit und Implikationen

Steigende Ausgaben bei steigenden finanziellen Belastungen der Versichertenpopulation kennzeichnen das deutsche Gesundheitssystem. Gegenmaßnahmen des Gesetzgebers zum Einhalt dieser Entwicklung blieben bislang mittel- bis langfristig wirkungslos. Subsumiert man die aufgeführten Mängel und Defizite in Steuerung und Organisation des deutschen Gesundheitsmarktes, bewirken *moral hazard* und avisierte Wohlfahrtsoptimierung der Leistungsnehmer und -erbringer einen steigenden, restriktiven Kontrollaufwand der Leistungsträger zur Missbrauchsabwehr. Die Eskalationsspirale aus Aktion und Reaktion trägt dabei maßgeblich zur Ineffizienz in der Gesundheitswirtschaft bei. Die geringe Nachhaltigkeit der gesetzgeberischen, regulativen Interventionen politischer Steuerung führte bereits vor zwei Jahrzehnten zu Überlegungen hinsichtlich einer Optimierung der Allokation bzw. Distribution von Gesundheitsleistungen durch Implementierung von marktwirtschaftlichen Wettbewerbsprinzipien in den Gesundheitsmarkt (SVR 1995: 31-39).

Durch die Einführung eines funktionierenden Wettbewerbs würde mittels Effizienzsteigerungen die Lösung des Leistungsanspruch-/Ressourcenkonflikt

angestrebt, um qualitativ gleichbleibende Leistung bei geringerem Mittelaufwand, bzw. eine Qualitäts- und Leistungssteigerung bei gleichem Ressourceneinsatz zu generieren. Diese neuen, effizienteren Versorgungsformen sollen dabei zum Ziel haben, durch die Bereitstellung der jeweils benötigten Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort ein höheres Maß an Wirtschaftlichkeit und Qualität durch horizontale wie auch vertikale Integration in der Patientenversorgung zu erreichen, als es bisher der Fall war. Auch aus betriebswirtschaftlicher Eigenperspektive der Leistungsträger und Leistungsanbieter wird eine höhere Effizienz und Effektivität von Versorgungsleistungen angestrebt. Das Bedürfnis der Leistungsnehmer nach neuen Versorgungsstrukturen wird dabei immer omnipräsenter. Denn immer häufiger scheitern gerade chronisch Kranke und multimorbide Patienten mit ihrem Wunsch auf Heilung oder zumindest Linderung an der im deutschen Gesundheitswesen vorherrschenden sektoralen Abgrenzung. Eine Lösung für die Befriedigung der elementaren Bedürfnisse dieser Menschen stellen neue, innovative Versorgungskonzepte neben der kollektivvertraglichen Regelversorgung dar (Gerlinger 2007: 42-56). Mühlbacher (2002: 122f.) fordert eine indikations- und nicht-indikationsspezifische, umfassende Versorgung und prädestiniert diese Form als Optimum für die Versorgung für Patienten mit speziellen chronischen und versorgungsintensiven Krankheitsbildern (indikationsspezifisch) und der umfassenden Versorgung aller Versicherten (nicht indikationsspezifisch, umfassend). Der erfolgreiche Aufbau einer solchen Versorgung besitzt nach Mühlbacher (ebda.) folgende Merkmale:

- Eine praxis-, disziplinen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von ambulanten und stationären/teilstationären Leistungsanbietern.
- Eine hohe Interdisziplinarität bei der Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen auch über die funktionalen Organisationsgrenzen hinweg.
- Die Abstimmung von Versorgungsprozessen und Behandlungsleitlinien über ein innovatives Schnittstellenmanagement.
- Die Generierung von Steuerungs-, Administrations- und Informationsstrukturen zur Definierung gemeinsamer Qualitäts- und Managementziele.
- Die Generierung ökonomischer Anreize.
- Die Nutzung von IT-Technologie zur Vernetzung für ein optimales Versorgungsmanagement (Einführung einer EPA).

Weiter unterteilt Mühlbacher (ebda.) die Funktionen, welche erbracht werden müssen, in medizinische und nicht – medizinische Leistungen. Zu den medizinischen Funktionen gehören die Leistungsbereitstellungen im Rahmen der Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Versorgung mit Arznei-,



Hilfs-, und Heilmitteln. Zu den nicht – medizinischen Leistungen zählen die Steuerungsfunktion, bspw. durch den Haus-/Primärarzt, welchem Planung, Kontrolle und Steuerung aller nachfolgenden Behandlungen zufällt, die Administrationsfunktion, durch welche die Defizite an den Schnittstellen der einzelnen Bereiche beseitigt werden und die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Management der Qualität und Kosten innerhalb der Versorgung ermöglicht wird, als auch die Informationsfunktion, welche die Teilnehmer einer besonderen Versorgungsform (bspw. HzV, IGV) befähigt, entlang der Leistungskette alle notwendigen Informationen den anderen Netzwerkpartnern umgehend zur Verfügung zu stellen bzw. selbst darauf Zugriff zu haben.

Rosenbrock und Gerlinger (2014: 172-176) sehen im Bedeutungsverlust der hausärztlichen Versorgung im Gesamtspektrum des medizinischen Leitungsgeschehens eine der Hauptursachen für Ineffizienzen und Mängel in der medizinischen Versorgung. Eine Stärkung der Hausärzte in Position und Funktion könnte entsprechend eine Steigerung der Versorgungsqualität herbeiführen.

## 4 Hausarztzentrierte Versorgung als hoffnungsstiftender Lösungsansatz

### 4.1 Begrifflichkeiten, Entwicklungen und Ziele der HzV

Die Stärkung der primärärztlichen Versorgung ist seit den späten 1980er Jahren ein steter Entwicklungsprozess, welcher durch verschiedene gesetzgeberische Maßnahmen und Reformgesetzgebungen flankiert und vorangetrieben wurde (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 174).

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) kritisierte 1995 in seinem Sachbericht eine Desintegration der medizinischen Leistungen in Deutschland und empfahl eine verstärkte Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung zur Optimierung der wirtschaftlichen und medizinischen Ressourcenallokation (SVR 1995: 9, 13, 26).

Als möglichen Lösungsansatz dieser Problematik empfahl der Sachverständigenrat (1995: 26f.), gerade in Hinblick auf die Behandlungskontinuität der für die Gesundheitsversorgung besonders kostenintensiven, chronischen und lang anhaltenden Erkrankungen, die Einführung von besonderen Behandlungsmodellen zur Beseitigung von sektoralen Grenzen. Explizit befürwortete der SVR eine Statusaufwertung der Hausarztprofession als eine Beratungsinstanz für Patienten zur Gesundheitsvorsorge und -versorgung.

Auf der gesetzgeberischen Agenda befindet sich eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung bereits seit 1993. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) (vom 21.12.1992; BGBl. I S. 2266) trennte der Gesetzgeber erstmalig die vertragsärztliche Versorgung in eine fach- und eine hausärztliche Versorgung:

*„Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere*

- 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,*
- 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,*
- 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten Versorgung,*
- 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in den Behandlungsmaßnahmen.“*

Die World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) beschrieb in 2002 die Grundzüge und wesentlichen Merkmale hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Arbeit:

- *„erster medizinischer Kontaktpunkt im Gesundheitswesen, welcher einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und alle Gesundheitsprobleme gewährleistet*
- *effiziente Nutzung von Ressourcen durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen Primärversorgern und Schnittstellenmanagement zu anderen Spezialgebieten*
- *personenbezogener Ansatz auf Patient, dessen Familie und Lebensumfeld*
- *Nutzung eines besonderen Konsultationsprozesses*
- *Langzeitbetreuung des Patienten*
- *durch Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung geprägte Entscheidungsfindungsprozesse*
- *gleichzeitige Behandlung von akuten und chronischen Gesundheitsproblemen*
- *frühzeitiger Diagnostik und Intervention*
- *durch med. Behandlung Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*
- *spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit*
- *Betrachtung von Gesundheitsproblemen inkl. psychischer, psychologischer, sozialer, kultureller und existentieller Dimension“*

(Auszug aus der europäischen Definition der Allgemeinmedizin/  
Hausarztmedizin: WONCA 2002 zitiert nach Haller et al. 2009: 3f.)

Als grundlegendes Merkmal soll der Hausarzt im Krankheitsfall als erste Anlaufstelle für die Versicherten dienen und verantwortlich die weitere Lenkung des notwendigen Behandlungsverlaufes übernehmen.

Er gilt als *„Leistungsbringer, der außer in Notfällen als erstes Glied der Versorgungskette aufgesucht werden muss und den Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung steuert“* (Haisch et al. 1999: 147).

Ziel dieser Steuerung durch den Hausarzt - von der Erstanamnese, Überweisungen zu Fachärzten und ggfs. Einweisungen zwecks Krankenhausbehandlung - ist die Sicherstellung einer effizienten und qualitativ hochwertigen Behandlung, welche zum einen überflüssige (Doppel-) Untersuchungen und -behandlungen vermeiden und zum anderen dem Hausarzt einen Überblick über die facharztgruppenübergreifenden Arzneimittelverordnungen verschaffen soll, um Wechselwirkungen und Doppelverschreibungen zu prävenieren (siehe auch Kap. 1.1 und 1.2.3).

Das Forschungsfeld der vorliegenden Arbeit wurde inhaltlich auf sechs verschiedene Gesetzgebungsverfahren begrenzt, beginnend in 2000 bis 2013. Tatsächlich hält die

hausarztzentrierte Versorgung erst zum 01.01.2004 mit dem §73b durch das GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz als eigenständige Leistung ihren Einzug in das fünfte Sozialgesetzbuch. Die Entscheidung zum Beginn der Auswertung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 basiert auf die innerhalb dieses Gesetzgebungsverfahrens vollzogene, weitere Ausdifferenzierung der ärztlichen Teilnehmer als Anbieter hausärztlicher Versorgung und der Einführung des Teilnahmebonus HV als erstes Instrumentarium zur Etablierung einer hausarztzentrierten Versorgung im bundesdeutschen Versorgungsalltag. Die Wahl des Patientenrechtegesetzes als sechstes und letztes Gesetzgebungsverfahren der vorliegenden Untersuchungsreihe ergibt sich aus dem kalendarischen Forschungszeitraum der vorliegenden Arbeit.

#### 4.1.1 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Bis zum Jahr 2000 konnten die Krankenkassen entweder mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Strukturverträge nach § 73a SGB V schließen, durch welche den Versicherten ein Versorgungsangebot unterbreitet werden konnte (im Verbund des Kollektivvertragssystems zur ambulanten Versorgung durch einen Hausarzt) oder aber eine Hausarzt- bzw. Facharztgruppe gezielt mit der Wahrnehmung der Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu beauftragen. Im Zuge der Gesundheitsreform 2000 (GRG) vom 22.12.1999 (BGBL. I S. 2626) wurde zum 01.01.2000 der § 73 SGB V zur hausärztlichen Versorgung in seiner Fassung zum GSG aus dem Jahre 1993 modifiziert und die ärztlichen Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung ausdifferenzierter benannt:

- „(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen*
- 1. Allgemeinärzte,*
  - 2. Kinderärzte,*
  - 3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben,*
  - 4. Ärzte, die nach §95 Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und*
  - 5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,*
- teil (Hausärzte). (...). (§ 73 Abs. 1a SGB V i. d. F. v. 22.12.1999)*

Die Grundlagen für eine verantwortliche Schnittstellenfunktion der hausärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wurden vom Gesetzgeber erstmalig spezifiziert:

*„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln;(...).“ (§ 73 Abs. 1b SGB V i. d. F. v. 22.12.1999)*

Ebenfalls in Kraft gesetzt wurde der § 65b Abs. 2 SGB V, welcher es den Krankenkassen ermöglichte, ihren Versicherten einen Bonus für die Teilnahme an einem Hausarztmodell zu gewähren:

*„§ 65a Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung  
Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus errechnet sich nach den erzielten Einsparungen.“ (§ 65a SGB V i. d. F. v. 22.12.1999)*

Beide Gesetzesgrundlagen konnten eine Profilschärfung der hausärztlichen Versorgung im Sinne einer hausarztzentrierten Versorgung jedoch nicht über den Status als ergänzende Leistung zur Regelversorgung hinaus vorantreiben.

Durch die Budgetvereinbarungen im Rahmen der Strukturverträge wurde das finanzielle Risiko auf die Hausärzte übertragen, so dass diese die Umsetzung der reinen Kollektivleistungen einzig präferierten. Die nach acht Jahren vorzunehmende wissenschaftliche Evaluation der Modellvorhaben (§ 63 SGB V) schreckte wiederum die Krankenkassen vor einer flächendeckenden Umsetzung ab (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 397f.).

Weitere Neuregelungen beinhaltete das GKV-GRG zum Risikostrukturausgleich, der Sektorisierung von an den Grundsatz der Betragssatzstabilität gebundenen Budgets, der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der stationären Versorgung, zur Integrierten Versorgung, Zuzahlungen und zur Qualitätssicherung.

#### 4.1.2 Das GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Die durch das GKV-GRG vorangetriebene Stärkung der hausärztlichen Versorgung als Impuls für die Generierung innovativer Versorgungsformen führte nur zu einer geringen Umsetzungsquote hausarztzentrierter Versorgungsmodelle. Dieser Umstand veranlasste den Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2004 zur Nachbesserung mittels des Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190). Die Weiterentwicklung der hausärztlichen Behandlung zur hausarztzentrierten Versorgung als sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit ausgeprägter Steuerungsfunktion des Hausarztes vollzog der Gesetzgeber durch die Ergänzung des § 73 SGB V um den § **73b** SGB V als eigenständige Rechtsvorschrift. Krankenkassen hatten nun verpflichtend ihren Versicherten so genannte *Hausarztmodelle* als Versorgungsoption anbieten:

*„§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung*

*(1) Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 2 gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung). Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.*

*(2) Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit*

*1., zugelassenen Hausärzten, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie*

*2., zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten.*

*Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.*

*(3) In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die die Anforderungen nach § 73 Abs. 1b und 1c übersteigenden besonderen sächlichen und personellen Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung zu vereinbaren. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie diese hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist, sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.*

*(4) Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.“*

*„Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen.“*

*(§ 73 SGB Abs. 2 SGB V i. d. F. v. 14.11.2003)*

Die für die Krankenkassen verpflichtende Rechtsvorschrift bot nunmehr die Chance, die HzV selektivvertraglich mit einem besonders qualifizierten Hausarzt bzw. zugelassenem, medizinischen Versorgungszentrum (§ 73b Abs. 2 SGB V) im Rahmen der kollektivvertraglichen Vorgaben eigenverantwortlich zu gestalten. Ziel der Rechtsvorschrift war bereits die Etablierung einer Lotsenfunktion („*gatekeeping*“) des Hausarztes - im Sinne eines Primärarztsystems - entlang der Versorgungspfade und Behandlungswege innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitswesens<sup>6</sup>. Blankort et al (2009: 133) bezeichnen die vertraglichen Möglichkeiten des § 73b SGB V als „*Augenblick freien Wettbewerbs*“.

Ebenfalls mit dem GKV-GMG zum 01.01.2004 eingeführt wurde die so genannte *Praxisgebühr*. Gesetzlich Versicherte in Deutschland mussten nun bei der ersten Inanspruchnahme von ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR je Quartal vor Ort in der jeweiligen Praxis leisten.

Weitere wichtige Eckpunkte des GMG waren die Streichung weiterer versicherungsfremder Leistungen (bspw. das Sterbegeld), die Einrichtung eines Zentrums für Qualität in der Medizin zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Arzneimittelversorgung und die Stärkung von Anhörungsrechten von Patienten.

#### 4.1.3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I, S. 378) mit Wirkung zum 01.04.2007 wandelte der Gesetzgeber das Leistungsangebot einer hausarztzentrierten Versorgung von einer Aufforderung zum Vertragsschluss des GKV-GMG zur weiteren Angebotsentwicklung in eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Vorhaltung einer flächendeckenden Versorgung mit HzV um (Gerlinger/Rosenbrock 2014: 402). Der § 73b SGB V wurde hierfür grundlegend neu gefasst. Da alle weiteren Änderungen der folgenden

---

<sup>6</sup> Das Gatekeeping als originäre amerikanische Strategie verfolgt das Ziel, die Versorgung von Patienten so zu steuern, dass in einem abgestimmten Prozess die individuell notwendigen Gesundheitsleistungen zeitnah zur Verfügung gestellt werden, vergleichbar mit dem Modell der individuellen Fallsteuerung, dem *Case Management* (Amelung 2007: 169ff./215ff.). Ewers (2000: 56) nennt als eigentlichen Kern von Case Management die Überwindung von Desintegration und Diskontinuität sowie die Förderung von Patienten- und Ergebnisorientierung.

Reformgesetzgebungen sich auf die §73b-Version des GKV-WSG beziehen, wird diese Basisversion deshalb an dieser Stelle einmal vollständig abgebildet:

*„§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung*

*(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.*

*(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:*

- 1., Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,*
- 2., Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,*
- 3., Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,*
- 4., Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorgestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.*

*(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.*

*(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit*

- 1., vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,*
- 2., Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,*
- 3., Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,*
- 4., Kassenärztliche Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.*

*Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen*



*Aufwendungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.*

*(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.*

*(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.*

*(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.*

*(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden."*

*(§ 73b SGB V i. d. F. v. 26.03.2007)*

Trotz gesetzlicher Verpflichtung zum Angebot der HzV hatte es sich in den folgenden drei Jahren nach Umsetzung des GMG abgezeichnet, dass es sich für Krankenkassen und KVen äußerst schwierig gestaltete, einzelvertragliche Angebote zur HzV in den gesamtvertraglichen Versorgungsrahmen zu entwickeln und einzubetten.

Aufgrund dieser Widrigkeiten wählten die Vertragspartner für erste Versorgungsangebote hausarztzentrierter Versorgung die Rechtsgrundlagen der integrierten Versorgung nach §§ 140ff. SGB V oder von Strukturverträgen gemäß § 73a SGB V.

Mit dem GKV-WSG wurde der Sicherstellungsauftrag der KVen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zur Beförderung der HzV weiter beschnitten. Krankenkassen konnten nun mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, welche eine besondere ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anboten, aber auch weiterhin mit Kassenärztlichen Vereinigungen, Einzelverträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen. Dies ermöglichte nun eine deutliche Abgrenzung zu den bis dato häufig verwendeten Strukturverträgen. Als Besonderheit dieser neuen Vereinbarungen zur HzV ging jedoch der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen über (Preusker 2008: 58). Krankenkassen konnten als alleiniger Vertragspartner oder in Kooperation mit anderen, auch kassenartfremden Kostenträgern abschließen.

Ebenfalls mit dem WSG etablierte der Gesetzgeber ein neues System der vertragsärztlichen Vergütung und mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ein neues Finanzierungsmodell der GKV, um neue Akzente im Kassenwettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu setzen. (Pfeiffer 2009: 47-58). Ziel war eine Dynamisierung des Krankenkassenwettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

*„Als Schlüssel zu mehr Gerechtigkeit und Solidarität in der GKV wurde eine Reform des Risikostrukturausgleiches in Richtung Morbiditätsorientierung gesehen. (...). Mit der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes zum Jahresanfang wurde der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen vorerst aufgehoben. Gegenüber ihren Mitgliedern versuchen sich die Kassen jetzt verstärkt mit einer guten Servicequalität, einem umfassenden Versorgungsmanagement durch Selektivverträge und einer stärkeren Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes mit Zusatzleistungen von ihren Wettbewerbern abzugrenzen.“ (Pfeiffer 2009: 53)*

Weitere Veränderungen durch das GKV-WSG waren die Verpflichtung zur Versicherung aller Bundesbürger in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (schrittweise bis zum 01.01.2009), der einzelne Ausbau medizinisch notwendiger Leistungen (Palliativmedizin, Impfungen, Rehabilitation), die

Erweiterung von Vertragsfreiheiten der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich von Wahlтарifen und der IGV, die Ansiedlung ambulanter Versorgung an spezialisierten Krankenhäusern für Menschen mit schweren, seltenen Erkrankungen, die Einführung von Ausschreibungsmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittel, die Reform der PKV bezüglich der Übertragung von Altersrückstellungen bei Tarifwechseln, die Einsetzung des GKV-Spitzenverbandes als Ersatz von sieben krankenkassenartspezifischen Spitzenverbänden und die Insolvenzfähigkeit aller Kassenarten (Preusker 2008: 58).

#### 4.1.4 Das GKV-Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz

Mit der Implementierung des GKV-Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz (OrgWG) vom 15.12.2008 (BGBl. I. S. 2426) hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2009 in Abs. 3 Satz 2 angefügt, in Abs. 4 die Sätze 1 bis 5 überarbeitet und Abs. 4a ergänzt, um die Rahmenbedingungen zur hausarztzentrierten Versorgung nachzusteuern und die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu beschleunigen (Gerlinger/Rosenbrock 2014: 175). Den Krankenkassen wurde nun auferlegt bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften von Allgemeinärzten zu schließen, welche mindestens 50% der Profession in einem KV-Bezirk vertreten.

Die Sätze 1 bis 4 des § 73b SGB V wurden durch folgende Sätze ersetzt:

*„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit*

- 1., vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,*
- 2., Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,*
- 3., Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,*
- 4., Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.*

*Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit*

*einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen. In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszusprechen."*

(§ 73b Abs. 4 SGB V i.d.F.v. 15.12.2008)

Nach dem vierten Absatz des § 73b SGB V wurde Absatz 4a eingefügt:

*„(4a) Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhalts haben keine aufschiebende Wirkung."*

(§ 73b Abs. 4a SGB V i. d. F. v. 15.12.2008)

Der Überweisungsvorbehalt von Hausärzten gegenüber der Inanspruchnahme von kinderärztlichen Leistungen wurde durch Einfügung eines entsprechenden Halbsatzes (§ 73b Abs. 2 Satz 3 SGB V) abgeschafft.

Ebenfalls mit dem GKV-OrgWG in Kraft trat die neue Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenkassen durch Einführung des Gesundheitsfonds mit einheitlichen Beitragssätzen in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) (siehe Kap. 2.2.1). Zeitgleich lief zum 31.12.2008 die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung aus und die höheren Zuweisungen für Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen fielen dem MorbiRSA zum Opfer. Einzelverträge mussten ab sofort gemäß Vergaberecht ausgeschrieben werden, ggfs. je nach Finanzvolumen auch europaweit.

#### 4.1.5 Das GKV-Finanzierungsgesetz

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (FinG) vom 22.11.2010 (BGBl. I S. 2309) hat der Gesetzgeber zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wirkung zum 22.09.2010 im § 73b SGB V den Absatz 5a eingefügt. Der Gesetzgeber proklamierte hinsichtlich der Festschreibung von Wirtschaftlichkeitskriterien einen Nachbesserungsbedarf bei der vertraglichen Ausgestaltung hausarztzentrierter Versorgung. So durften nun die vereinbarten

Vergütungen der zwischen den Krankenkassen und Hausarztverbänden geschlossenen Verträge im Sinne der Beitragssatzstabilität keine Mehrkosten gegenüber dem bisherigen Kollektivvertragssystem ergeben. Allerdings könnte eine Vergütung der Hausärzte über ihren fiktiven (weil bereinigten) Anteil aus dem Kollektivvertragssystem hinaus dann vereinbart werden und erfolgen, wenn durch die Steuerungsfunktion der HzV Einsparungen im Versorgungssystem erzielt werden.

*„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versichertem nicht den Bereinigungsbetrag je Versichertem, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden. Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30. Juni 2014 § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden.“*  
(§ 73b Abs. 5a i. d. F. v. 22.11.2010)

Der Absatz 8 des § 73b SGB V wurde entsprechend angepasst. Die Wörter „können vereinbaren, dass Aufwendungen für“ wurden durch die Wörter „haben bei Vereinbarungen über“ ersetzt und vor den Wörtern „aus Einsparungen“ die Wörter „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen“ eingefügt.

Mit den Änderungen des GKV-FinG machte der Gesetzgeber deutlich, dass er eine Kausalität zwischen HzV und Beitragserhöhungen unter allen Umständen vermeiden wollte.

Der erklärte Bestandsschutz für bis zur Kabinettsitzung am 22.09.2010 existenten Altverträge (bis 30.06.2014) führte zu einem Forcieren der Schiedsverhandlungen durch die Hausarztverbände, so dass in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein noch am 17.09.2010 die Verträge zur HzV geschiedst wurden. Neben den Restriktionen zur

selbsttragenden Leistungsfinanzierung führte insbesondere der ab dem 01.01.2013 gültige Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörde zu einer Beschleunigung weiterer, laufender Schiedsverfahren.

*„(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Im Rahmen der Prüfung hat die Aufsichtsbehörde insbesondere auch die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8 zu prüfen. Sie kann zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen.“*

(§ 73b Abs. 9 SGB V i. d. F. v. 22.11.2010)

Die Teilnahme von Hausärzten und Versicherten am Versorgungsmodell der HzV ist an verschiedene Bedingungen geknüpft. Die Leistungsanbieter müssen den vom Gesetzgeber im § 73b Abs. 3 SGB V gesamtvertraglich festgelegten Qualitätsanforderungen genügen. Über die Gesamtverträge werden dabei insbesondere die sachlichen und personellen Anforderungen definiert und Vorgaben in Bezug auf die Vergütung der hausärztlichen Versorgung gegeben und einer möglichen Bereinigung auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung bzw. der Regelleistungsvolumina.

Die Teilnahme der Versicherten erfolgt freiwillig. Bei Einschreibung in die Versorgung binden die Versicherten sich für ein Jahr an die Verpflichtung, für die Erfüllung der im Vertragswerk zur besonderen ambulanten Versorgung genannten Leistungen, nur die vertragszugehörigen Leistungserbringer zu frequentieren. Die Krankenkassen regeln die Teilnahme ihrer Versicherten in ihrer Satzung (§ 73b SGB V i. d. F. v. 22.11.2010).

Mit Implementierung des Gesundheitsreformgesetzes aus dem Jahre 2000 wurde mittels Einführung einer Bonusoption für Versicherte durch den § 65a SGB V eine stärkere Frequentierung der hausärztlichen Versorgung und höherer Akzeptanz eines systeminternen Koordinators versucht. Krankenkassen wurde erlaubt, denjenigen Versicherten einen finanziellen Bonus zu gewähren, welche nur auf Überweisung durch den Hausarzt einen Facharzt aufsuchen würden (Hausarztprinzip). Die Versicherten müssen jedoch mindestens ein Jahr durchgehend teilgenommen haben.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist heutzutage kein Novum mehr im Vertragsgeschehen und eine Vielzahl von gesetzlichen Krankenkassen hat bereits in der Vergangenheit so genannte „Add-on“-Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen

(KV) oder anderen Organisationen der Leistungserbringern (z.B. Hausarztverbände) geschlossen. Bei dieser Vertragsart handelt es sich um eine zusätzliche Vergütungsvereinbarung – also „Add-on“ zur Vergütung nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM), welche an die Hausärzte zur Umsetzung der Versorgungsinhalte gezahlt wird.

Weitere Kernpunkte des GKV-FinG waren die Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes von 14,9% auf 15,5% des Bruttoeinkommens und die Verordnung von Nullrunden für die Verwaltungskostenentwicklung der Krankenkassen.

#### 4.1.6 Das GKV-Versorgungssteuerungsgesetz

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) wurde mit Wirkung zum 01.01.2012 im vierten Satz des Absatz 4a die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ gestrichen und der fünfte Satz neu angefügt worden und eine Klagemöglichkeit gegen die Schiedsperson aufgrund von Vertragsinhalten ausgeschlossen worden. Die Schiedsperson als Vertragshelfer analog der Definition des § 317 BGB wäre somit juristisch nicht zu belangen.

*„Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“ (§ 73b Abs. 4a Satz 5 SGB V i. d. F. v. 22.12.2011)*

Weitere wichtige Neuregelungen des VStG betrafen die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinien der ambulanten Versorgung zur Stärkung der zumeist ländlichen, unterversorgten Regionen, die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116b SGB V) und Anpassungen bei der Arznei- und Heilmittelverordnung,

#### 4.1.7 Das Patientenrechtegesetz

Mit dem Patientenrechtegesetz (PRG) vom 20.02.2013 hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 26.02.2013 (BGBl. I S. 277) den § 73b SGB V den dritten Absatz nach Satz 2 um die Sätze 3 bis 7 ergänzt bzw. modifiziert und zur Stärkung der

Patientensouveränität den Versicherten ein Widerrufsrecht gegenüber ihrer ersten Willenserklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung eingeräumt:

*„Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.“ (§ 73b Abs. 3 SGB V i. d. F. v. 26.02.2013)*

So haben die Versicherten nun die Möglichkeit nach Abgabe ihrer Teilnahmeerklärung binnen zwei Wochen diese zu widerrufen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten über ihr Widerrufsrecht schriftlich zu belehren. Die Belehrung muss Informationen über das Recht auf Widerruf und auf die Dauer und den Beginn der Widerrufsfrist enthalten. Weiterhin muss kenntlich gemacht werden, dass der Widerruf nicht begründet und der Widerruf schriftlich oder zur Niederschrift innerhalb der Widerrufsfrist gegenüber der Krankenkasse erklärt werden muss.

Weitere Inhalte des Patientenrechtegesetzes bezogen sich auf eine Stärkung der Patientenposition gegenüber Ärzten, Therapeuten und Krankenhäusern. Die hierfür neu geschaffenen Paragraphen 630a-h des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) regeln nunmehr Informations-, Aufklärungs- und Einwilligungspflichten, Dokumentations- und Einsichtnahmepflichten, als auch Behandlungsfehler und Verfahrensfristen.

## 4.2 Umsetzungsbemühungen und Status quo der HzV

Im Sommer 2010, ein Jahr nach Ablauf der gesetzlichen Frist zum Vertragsabschluss zum 30.06.2009, waren erst rund 3,9 Mio. Versicherte in vier bundesweite, 187 freiwillig geschlossene, regionale und 176 geschiedste Hausarztverträge eingeschrieben. Auf ärztlicher Seite beteiligen sich ca. 20.000 Leistungserbringer an der Versorgung. Weit über tausend Schiedsverfahren waren zu diesem Zeitpunkt aber noch offen. (Paquet 2011: 36). Versicherte innerhalb des BKK-System gaben für den Zeitraum



2010 zum Großteil an (73% der befragten 18- bis 79-Jährigen), dass sie sich durch die Teilnahme am Hausarztmodell keine Veränderung in ihrer Versorgung feststellen konnten (BKK Faktenspiegel 2011: 2).

Durch gesetzliche, politische oder ökonomische Interventionen werden Prozesse und Strukturen des Versorgungsgeschehens immer wieder bewusst verändert und umgesteuert, ohne dass jedoch im Einzelnen die Auswirkungen evaluiert werden. Dieser Mangel an Ergebnistransparenz führte bereits wiederholt zu Fehlentwicklungen, welche weitreichende Konsequenzen für sowohl gesunde als auch kranke Menschen und somit für die gesamte Population im Gesundheitswesen hat. (Gerlinger 2007: 42-56; Breyer et al.:2013: 181-191, 513f.)

Das GKV-OrgWG hat das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen nachhaltig aufgebrochen. Der Aktionismus der Hausärzte in ihrem Streben nach selektivvertraglichen Bindungen mit den Krankenkassen nahm in den betroffenen KV-Regionen vereinzelt existenzbedrohende Züge für die jeweiligen Körperschaften an.

Grundsätzlich können Selektivverträge dazu dienen, die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen im ambulanten Versorgungsgeschehen zu erweitern, im Gegenzug droht den KVen jedoch mangels ausreichender Mandatierung aus Public-Health-Perspektive eine Unterwanderung ihres Sicherstellungsauftrages und eine Schwächung ihrer Gewährleistungspflichten wie der Wirtschaftlichkeitskontrolle, Qualitätssicherung und Bedarfsplanung hinsichtlich der Gesundheits- und Krankenversorgung der bundesdeutschen Bevölkerung.

Der Gesetzgeber erhoffte sich mit den Gesetzesinitiativen zur HzV eine stärkere Wettbewerbsentwicklung sowohl unter den Ausgabenträgern (den Krankenkassen) als auch unter den Anbietern zu erzielen. Zum anderen konnte die Thematik der hausarztzentrierten Versorgung als Konfliktmaterial zwischen den Hausarztverbänden und den facharzt dominierten KVen instrumentalisiert werden und so bspw. politische Kräfte der jeweiligen Interessensvertretungen - nach innen gerichtet - gebunden werden. Bisherige „Add-on“-Verträge zwischen Krankenkassen und organisierten Hausärzteverbänden oder ihren Selbstverwaltungen wurden seit Anfang 2010 sukzessive durch Verträge mit Vollversorgungscharakter abgelöst. Baden-Württemberg und Bayern übernahmen diesbezüglich eine Vorreiterrolle, gefolgt von Schleswig-Holstein. Und auch im einwohnerstärksten Bundesland versuchten die Kassenarten zum 30.06.2010 einem Schiedsspruch zuvorzukommen. Am Vertrag der Techniker Krankenkasse

orientierend strebten die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und die Betriebskrankenkassen eine schnelle Einigung für Nordrhein-Westfalen an.

Da dieser HzV-Vertrag einen Bereinigungsanspruch gegenüber den Kollektivverträgen in NRW beinhaltet, wird der von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe Ende 2008 geschlossenen HzV-Vertrag zwangsläufig als obsolet stigmatisiert und nicht weiter bedient werden, da für die Krankenkassen keine Notwendigkeit besteht, durch verschiedene Vertragsangebote, eine möglichst große – und finanzmittelverzehrende - Einbindung einer Vielzahl von Hausärzten in die HzV herbeizuführen. Diese Aufweichung des Kollektivvertragssystems schwächt nachhaltig die Position der Kassenärztlichen Vereinigung, da Ihnen in nicht unerheblichem Maße Honorarzuweisungen gekürzt werden und im Weiteren – als inhärente Konsequenz per Definition der HzV – die Behandlungsvolumina der Fachärzte reziprok abschmelzen werden.

Die HzV muss angesichts dieser sprichwörtlichen *Kollateralschäden* ihre Daseinsberechtigung durch Versorgungs- und Allokationsoptimierung noch belegen. Da die HzV in den meisten Vertragsformen häufig jedoch nur eine *Gatekeeper* – Funktion erfüllt und in der Regel kein weiterführendes Versorgungsnetzwerk zu anderen Leistungserbringern beinhaltet, ist der Nutzen für eine Optimierung der Versorgungssituation der Versicherten eher als gering einzuschätzen (Krippner-Stikklas/Stikklas 2007: 203f. und Böcken 2006: 252-254).

Durch den kassenartenübergreifenden Kontrahierungszwang konnten durch die Vertragspartner bisher kaum bzw. nur marginale Wettbewerbsvorteile mittels Exklusivität oder besonderem Service der hausarztzentrierten Versorgung generiert werden. Einen innovativen Charakter muss diesem Modell somit abgesprochen werden. Von Krankenkassenseite wird dieses vom Gesetzgeber aufgezwungene Vertragsmodell genutzt, um durch finanzielle Anreize die teilnehmenden Hausärzte zum so genannten „*up-coding*“ oder „*right-coding*“ der Diagnosen in Morbi-RSA relevante Bereiche zu bewegen. Die AOKen in Bayern und Niedersachsen haben hierbei eine Vorreiterrolle übernommen und werden in ihren Bemühungen beim Bewerben der Hausärzte durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) der beiden Bundesländer unterstützt (Heiny 2008: 11; Lehner 2008: 2). Die Empfänglichkeit der Hausärzte für solche rudimentären Anreizsysteme unterstreicht die Notwendigkeit von adäquater Versorgungsforschung hinsichtlich der Evaluierung von gesundheitsbezogenen

Interventionen und ihrer Wirksamkeit bzw. Effektivität im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung aus Public-Health-Perspektive.

### 4.3 Zwischenfazit und Implikationen

Im deutschen Gesundheitswesen existiert unter den zuständigen Leistungserbringern eine prägnante Heterogenität und Vielfalt in der Art der Patientenversorgung. Zum einen wird im ambulanten Bereich die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte – unterteilt in Haus- und Fachärzte – geleistet, zum anderen besteht im stationären Bereich eine andere, eigene kulturelle Ausprägung von Einrichtungen, Anbietern und Dienstleistern. Alle diese Akteure haben jeweils eigene Zielvorstellungen und Maxime und aufgrund dessen einen großen Anteil an der Desintegration der Gesundheitsversorgung.

Die hausärztliche Versorgung als Teil der gesamtvertragsärztlichen Versorgung ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheits- und Krankenversorgung der Bevölkerung. Die mehrheitlich von den Patienten praktizierte Frequentierung hausärztlicher vor fachärztlicher Versorgung prädestiniert die Hausärzte im Weiteren zur verantwortlichen Koordination von Gesundheitsleistungen.

Die Tätigkeitsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sind bis dato gekennzeichnet von Einzelinteressen und dem Bestreben nach Optimierung von Teilbereichen. Die geforderte Optimierung der Prozesse in der Gesundheitsversorgung ist durch die gegebenen Anreiz- und Vergütungsstrukturen nur schwer durchführbar. Auch begünstigt die sektorale Budgetierung in den unterschiedlichen Leistungssektoren die Häufung von Einzelentscheidungen unter rein einzelwirtschaftlichen Interessen und steht somit sektorenübergreifenden Versorgungsformen konträr. Die bisherigen Rahmenbedingungen sind kausal für die mangelnde Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren.

Die hausarztzentrierte Versorgung besitzt von ihrer Grundintention her das Potential, der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen wirksam gegenüber zu treten. Böcken (2008: 108) sieht

*„eine Überlegenheit von Gatekeeping-Modellen beim Zugang zur Primärversorgung für vulnerable Gruppen. (...) Deutsche Hausarztmodelle könnten also gerade für die Gruppen, die besonders unter den Koordinationsproblemen zu leiden haben, eine Verbesserung darstellen.“*

Badura, Hart und Schellschmidt (1999: 64) sehen insbesondere in einer vertrauensvollen Arzt-/Patientenbeziehung den Grundstein für eine effiziente und effektive Versorgung:

*„Die Qualität der sozialen Beziehung zwischen Arzt und Patient, das dabei vorhandene Vertrauen, die wissenschaftliche Fundiertheit und nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlungsverfahren sowie eine hohe soziale Kompetenz der Gesundheitsexperten sind grundlegende Bedingungen für eine zugleich patientenorientierte und wirksame Versorgung.“*

Durch den Ausbau der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur selektivvertraglichen Versorgung besitzen die Kassen nun die Möglichkeiten direkt am Leistungserbringer Einfluss auf Kosten und Qualität der Versorgung zu nehmen. Selektivverträge werden mit Vergütungsanreizen versehen, um die Leistungserbringer (z.B. Ärzte) in die Zielerreichung der Kasse – Verbesserung der finanziellen Situation bzw. Stärkung der Wettbewerbsposition – einzubinden. Für eine nachhaltige *Win-Win-Situation* ist jedoch ein gut austariertes Verhältnis zwischen zusätzlicher Vergütung und Einsparung durch effizientere Versorgung wichtig (Schleuler 2008: 73-77).

Der Eintritt einer solchen Interessensübereinstimmung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern würde aus versicherungsökonomischer Sicht eine Lösung der *Prinzipal-Agent-Problematik* bedeuten. Dem deutschen Gesundheitswesen systemimmanent ist eine strukturelle Desintegration bzw. Systemintransparenz der Beteiligten, welche sich zum einen aus der Sektoralisierung der medizinischen Behandlung (ambulante ärztliche Behandlung, stationäre Behandlung) und zum anderen aus der stringenten Trennung zwischen Kostenträger-, Leistungserbringer- und Nachfrage-(Patienten) Strukturen ergibt.

Eine Interessensharmonisierung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer ist aus der Sicht des Leistungsempfängers nicht nur mit Vorteilen versehen. Ein vertragliches Ziel zwischen Kostenträger und Leistungserbringer, welches die Verbesserung der Finanzsituation der Krankenkasse beinhaltet, kann aufgrund von Leistungsbeschränkungen oder Reduktion der Versorgungsqualität zu Lasten der Versicherten, der Leistungsempfänger, gehen. Auch eine Leistungsausweitung durch Selektivverträge kann nicht ausgeschlossen werden, da der Leistungserbringer über die zusätzlichen Erlösmöglichkeiten ein rationales Interesse an der eigenen Wohlfahrtsoptimierung hat und dieses über eine Steigerung angebotsinduzierte Nachfrage anstrebt (Wilken 2010: 99-108). Durch die Generierung eines

Vertragsmonopols zugunsten der Hausärzte wurde dieser Umstand durch das GKV-Organisationsgesetz (Gerlinger/Rosenbrock 2014: 176) weiter dynamisiert.

Ein aktuelles Beispiel für das Zusammentreffen der beschriebenen Gemengelage an verschiedensten Motivationen und Zielen sind die ersten selektivvertraglichen Umsetzungen zur hausarztzentrierten Versorgung wie in Baden-Württemberg und Bayern, welche im Sinne einer Interessensharmonisierung unter den beteiligten Vertragspartnern kaum unterschiedlicher sein könnten.

## 5 Implementation hausarztzentrierter Versorgung als soziale Innovation

### 5.1 Innovationsforschung: Adoption und Diffusion von Innovationen

Die Innovationsforschung ist geprägt - beginnend mit Schumpeters (1964/2006) Arbeit zur „*Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*“ aus dem Jahr 1912 zur Reproduktion des kapitalistischen Wirtschaftssystems - bis in aktuelle Definitionen von der Diskussion um die Einführung und Verbreitung von neuen und verbesserten Produkten, Prozessen und Systemen zur kommerziellen Nutzung in der Wirtschaft. Weiterführende Arbeiten neueren Datums beschäftigen sich ergänzend mit dem Spezifikum des sozialen Prozesses, der mit der erfolgreichen Implementierung einer Innovation in die alltägliche Praxis einhergeht. Untersucht werden hierbei die Fragestellungen nach der gesellschaftlichen Relevanz der Innovation, der Zielgruppen und der Rahmenbedingungen. Diese Fragekomplexe tangieren neben ökonomischen Aspekten auch individuums- und prozessbezogene, soziale und auch institutionelle Forschungskontexte. Mit dieser Ausdifferenzierung des Forschungsgebietes zur Innovation, ist auch die Definition von Rogers nicht mehr als universell gültige Beschreibung von Innovationen zu betrachten, sondern sie dient als Grundlage für Innovationsdefinition der verschiedensten Forschungsstränge der Innovationsforschung als eine Grundlage<sup>7</sup>. Gemäß Rogers kann eine Innovation eine Idee, eine Nutzung oder ein Gegenstand sein, die von Individuen oder anderen Adoptereinheiten als Neuheit wahrgenommen wird:

*„An innovation is an idea, practice, or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption. It matters little, so far as human behaviour is concerned, whether or not an idea is objectively new as measured by lapse of time since its first use or discovery.”* (Rogers 2003: 12)

Lehner et al. (1998: 9) schreiben in diesem Zusammenhang, dass

*„Der Grund für die fehlende allgemeine Definition (...) in der Schwierigkeit (liegt), den Untersuchungsgegenstand Innovation sauber gegen andere Aspekte und Dimensionen komplexer Forschungs- und Produktionsprozesse abzugrenzen. Zwar findet die Definition der OECD weitgehend Zustimmung, wonach wissenschaftliche und technologische Innovation verstanden wird als Transformation einer neuen Idee in ein neues Produkt, das am Markt eingeführt*

---

<sup>7</sup> Zu weiterführenden und vertiefenden Informationen zur Innovationsforschung siehe bspw. Aregger (1976: 101-266), Pfetsch (1975: 9-24), Walz (1975: 25-68), Schmidt (1976), Kehrbaum (2009: 17-88), Howaldt und Schwarz (2010: 13-98), Howaldt, Kopp und Schwarz (2014).

*wird, einen neuen Prozess, der in der Wirtschaft genutzt wird, oder einen neuen Ansatz für eine soziale Dienstleistung. Enge Innovationskonzepte betrachten dabei jedoch nur das Ergebnis, also das Produkt, das neue Verfahren oder die neue Dienstleistung. Weite Definitionen dagegen bezeichnen als Innovationen den gesamten Vorgang von der Grundlagenforschung bis hin zur Markteinführung neuer Produkte, Verfahren und Dienstleistungen.“*

Die Innovationsforschung von heute wendet sich sukzessiv der Betrachtung hin, dass das Innovationsgeschehen im Rahmen komplexer sozialer Prozessgebilde abläuft. Hierbei zeichnen sich zwei Forschungsstränge ab. Zum einen die Bildung eines analytischen Verständnisses von der Entwicklung von Innovationen von einem abweichenden Verhalten zur Alltagsroutine hin zu einer festen Institutionalisierung in die Praxis. Zum anderen die Entwicklung des nach Schumpeter individualisierten Innovationsverständnisses hin zu einem systemisch- und prozessgeprägten Verständnis. In seinen Ausführungen zur wirtschaftlichen Entwicklung beschrieb Schumpeter, dass der wirtschaftliche Fortschritt primär von Produktinnovationen entwicklungsdynamischer Unternehmer generiert würde, welche den Markt für sich eroberten. Es muss dabei unterschieden werden zwischen der *Invention* (die bloße Erfindung), der *Innovation* (der erfolgreichen Markteinführung einer Invention) und der *Diffusion* (massenhafte Verbreitung). Adoption bedeutet in diesem Zusammenhang die erstmalige Übernahme einer Innovation durch ein Individuum.

*„Während die Adoptionstheorie die Faktoren analysiert, die den Verlauf des (individuellen) Adoptionsprozesses beeinflussen, untersucht die Diffusionstheorie aufbauend auf diesen Erkenntnissen die zeitliche Entwicklung der Übernahme einer Innovation vom ersten bis zum letzten Käufer in einem sozialen System.“ (Weiber 1992: 3).*

Walz (1975: 33) führt zu dieser Unterscheidung aus:

*„Die Erforschung von Innovation und Diffusion gehören zusammen. Entgegen J. Schumpeters Vorstellungen, der die Diffusion nahezu völlig ausklammert, müssen wir festhalten, dass eine Innovation letztlich ohne entsprechende Diffusion gar nicht denkbar erscheint.“*

Schumpeter (1964: 100f.) spricht von einer „Durchsetzung neuer Kombinationen“ und unterscheidet „fünf Fälle“ bzw. Innovationsarten:

- Die Produktinnovation („Herstellung eines neuen, d.h. dem Konsumentenkreis noch nicht vertrauten Gutes oder einer neuen Qualität eines Gutes“),
- die Prozessinnovation („Einführung einer neuen, d.h. dem betreffenden Industriezweig noch nicht praktisch bekannten Produktionsmethode“),

- die Eroberung neuer Märkte („*Erschließung eines neuen Absatzmarktes, d.h. eines Marktes, auf dem der betreffende Industriezweig des betreffenden Landes bisher noch nicht eingeführt war*“),
- die Verwendung neuer Ressourcen („*Eroberung einer neuen Bezugsquelle von Rohstoffen oder Halbfabrikaten*“)
- und die organisatorische Intervention („*Durchführung einer Neuorganisation, wie Schaffung einer Monopolstellung (...) oder Durchbrechen eines Monopols*“).

Für den Bereich der Wirtschaftswissenschaften findet diese Unterteilung heute noch Anwendung, wenn sie auch beständig weiterentwickelt wurde und der Fokus heute auf Produkt- und Prozessinnovation liegt. Während Schumpeter (1964: 116-129) noch den entwicklungsaffinen Unternehmer als Individuum und alleinigen Auslöser einer Innovation betrachtete, werden heute auch evolutionäre bzw. epochale wissenschaftliche oder technische Neuerungen oder auch immenser Nachfragedruck als Innovationsauslöser benannt. Im Weiteren werden Innovationen auch nach ihrer *Durchschlagskraft* im anvisierten Setting klassifiziert. So dienen auf der einen Seite inkrementelle Innovationen einer Nachfrageerfüllung durch unverändertem Zweck und Mittel, während auf der anderen Seite mit neuen Mitteln und zu einem neuen Zweck radikale Innovationen Verwendung finden.

Pfetsch (1975: 12) unterteilt den Innovationsprozess in drei Kernbereiche: Die Invention, die Innovation und die Diffusion (vgl. Gillwald 2000: 31-33). Der Diffusionsprozess selbst wird von ihm nochmals auf drei Teile untergliedert: Die Adoption, die Diffusion und die Akzeptanz.

Während die Adoptionsforscher versuchen die Einflussfaktoren zu eruieren, welche zur Übernahme einer Innovation führen, untersuchen die Diffusionsforscher den aggregierten Übernahmeprozess, um Aussagen bezüglich der Diffusionsgeschwindigkeit und des Markterfolgs zu treffen. Die Akzeptanzforschung hat die Nutzungsabsicht als Forschungsschwerpunkt inne. Die dauerhafte Nutzung einer Innovation wird von den Akzeptanzforschern als das eigentliche Kriterium einer erfolgreichen Innovationsübernahme bezeichnet.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der eigentlichen Übernahme einer Innovation, wie sie sich in der Adoptions- und Diffusionsforschung wiederfindet. Die Akzeptanzforschung findet aus diesem Grund keine weitere Berücksichtigung in dieser Arbeit.



### 5.1.1 Adoptionsprozess

Mit der Ausbreitung und Felddurchdringung von Innovationen beschäftigt sich per Definition die Adoptions- und Diffusionstheorie. Eine tragende Rolle in der Theorieentwicklung hat Rogers mit seinem Werk *„Diffusion of Innovations“*, welches nach seiner Erstauflage in 1962 mittlerweile in fünfter Auflage aus 2003 stetig weiterentwickelt wurde. Als Baustein der Diffusionsforschung, fokussiert sich die Adoptionsforschung bei der individuellen Übernahme (Adoption) von Innovationen sowohl auf die Analyse von Entscheidungsprozessen und -zeitpunkten als auch auf die Parameter und Faktoren, welche den Verlauf, die Dauer und das Ergebnis des jeweiligen Adoptionsprozesses beeinflussen. Ziel ist somit die Ermittlung von relevanten Faktoren, welche zu einer Adoption (Übernahme) oder Rejektion (Ablehnung) einer Innovation auf Ebene des Individuums führen. Rogers (2003: 473) definiert eine Adoption als *„a decision to make full use of an innovation as the best course of action available“*.

Echterhagen (1983: 2/31) definiert Adopter und Adoption wie folgt:

*„Ein Adopter (Übernehmer) ist eine Person, Organisation oder Gruppe von Personen/Organisationen, die eine Innovation übernimmt.*

*Eine Adoption (Übernahme) ist der für andere Mitglieder des Systems sichtbare erstmalige dauerhafte Erwerb von Innovationen bzw. ihre erstmalige dauerhafte Nutzung. Die Übernahme wird von uns nur dann als solche gewertet, wenn der Übernehmer sich gegen eine Übernahme wehren kann.“*

Jedes Individuum durchläuft seinen eigenen Adoptionsprozess. Der Adoptionsprozess stellt die Zeitschiene einer individuellen Adoption dar. Dieser Zeitkomplex beginnt mit der Wahrnehmung des potentiellen Adoptionsobjektes durch das Individuum und endet mit der Übernahme bzw. Annahme des Objektes (der Innovation) oder aber mit einer Ablehnung. Im Zeitverlauf zwischen der Wahrnehmung und der Übernahme verorten Rogers (2003: 20-22, 168-192), Weiber (1992: 7f.) und Bähr-Seppelfricke (1999: 7-9) einen mehrstufigen Adoptionsprozess (Tab. 2).

**Tabelle 2: Stufen der Adoption**

5 Stufen (Rogers)	5 Stufen (Weiber)	7 Stufen (Bähr-Seppelfricke)
1. Bewusstsein	1. Bewusstsein	1. Bewusstsein
2. Meinungsbildung	2. Interesse	2. Interesse
3. Entscheidung	3. Bewertung	3. Bewertung
4. Implementierung	4. Versuch	4. Versuch
5. Bestätigung	5. Übernahme	5. Entscheidung
		6. Implementierung
		7. Bestätigung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003: 20-22, 168-192), Weiber (1992: 7f.) und Bähr-Seppelfricke (1999: 7-9)

Das am häufigsten in der Literatur genannte und in der Adoptionsforschung verwendete Modell der drei dargestellten mehrstufigen Phasenmodelle zu den individuellen Adoptionsprozessen ist das von Rogers entworfene fünfstufige Übernahmekonzept (Rogers 2003: 20-22, 168-192) mit den Stufen des Bewusstseins, der Meinungsbildung, der Entscheidung, der Implementierung und der Bestätigung.

Die Bewusstseinsbildung leitet den Adoptionsprozess ein. Der potentielle Adopter erfährt von der Innovation. Auslöser kann sowohl die Nachfrage sein, welche ein Angebotserstellung bedingt oder aber auch ein bestehendes Angebot, welches eine Nachfrage generiert. Die Information über die Innovation kann medial oder durch interpersonellen Kontakt geflossen sein (Rogers ebda.).

Zur Meinungsbildung innerhalb der zweiten Adoptionsstufe wägt der potentielle Adopter die ihm kenntlichen Informationen zur Innovation mit seiner Bedürfnislage ab. Als Innovationseigenschaften erhalten die innovationsspezifischen Einflussfaktoren (siehe Tab. 3) eine besondere Gewichtung in dieser Phase des Adoptionsprozesses (Rogers 2003: 265f.).

In der Entscheidungsstufe entschließt sich der potentielle Adopter zur Annahme oder Ablehnung der Innovation. Diese Stufe korrespondiert ebenfalls mit den innovationsspezifischen Einflussfaktoren. Die Vorteilsbewertung als auch Erprobbarkeit der Innovation können die Entscheidung beeinflussen.

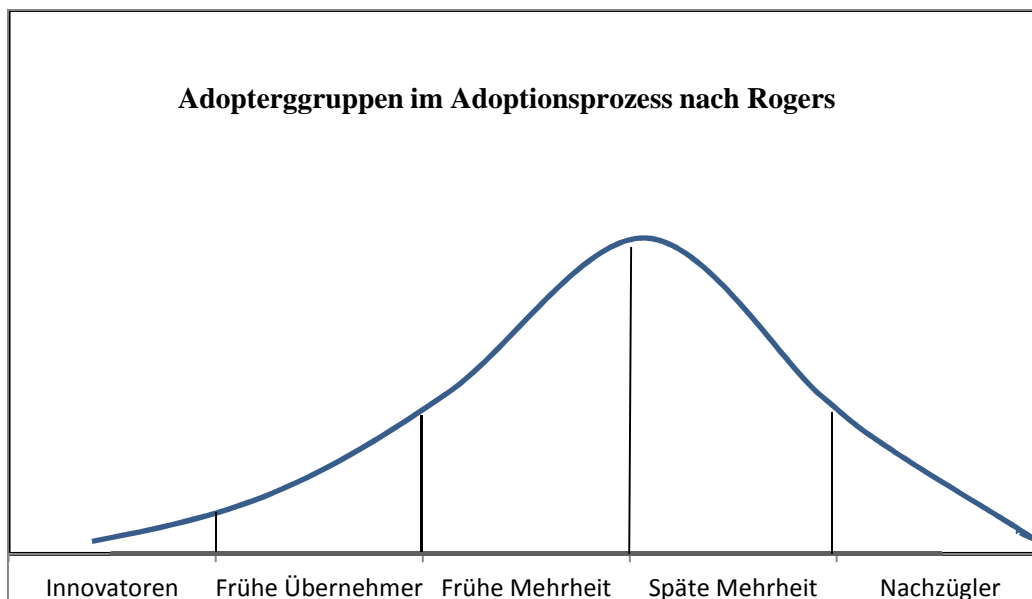
Während der Implementierungsstufe startet der Adopter die Nutzung der Innovation. Bedürfnislage und Einschätzungen werden mit der Nutzungserfahrung abgeglichen.

In der letzten Adoptionsstufe bestätigt der Adopter durch Annahme der Innovation den Diffusionsprozess. Eine Ablehnung der Innovation ist in dieser letzten Stufe ebenfalls möglich.

Diese, von Rogers vorgenommene, fünfstufige Einteilung stellt einen idealtypischen Verlauf des Adoptionsprozesses dar. Innovationsspezifisch kann es zu Abweichungen innerhalb des Adoptionsverlaufes kommen. Das Überspringen einzelner Adoptionsstufen ist ebenso möglich wie das erneute Durchlaufen (Rogers 2003: 20-22).

Stehen für einen Adopter eine ganze Berufsgruppe, Organisation oder ähnliches, so hat Rogers sein Stufenmodell angepasst und makro-orientiert zu einem 5-Phasen-Modell für die Diffusion von Innovationen **in Organisationen** weiterentwickelt (Rogers 2003: 417-435) (siehe hierzu auch Kap. 5.2.4). Dieses Phasenmodell beinhaltet als Innovationsnotwendigkeit das „*agenda setting*“, als Problemfeldererkennung das „*matching*“, zur Modellierung der Innovationsimplementation das „*redefining/restructuring*“, zur Erweiterung des Anwenderkreises und weiterer Assimilierung der Innovation das „*claryfying*“ und abschließend zur Phase der Routineanwendung der Innovation das „*routinizing*“.

Als Idealtypus definiert Rogers den beschriebenen, fünfstufigen Adoptionsprozess. Das Durchlaufen des Adoptionsprozesses kann vom Adoptionsergebnis und der Adoptionsgeschwindigkeit je Adopter unterschiedlich sein. Eine Adoption kann erfolgen oder nicht erfolgen, der Prozess kann verlangsamt oder zügig verlaufen (Abb. 11).



**Abbildung 11: Adoptergruppen nach Rogers**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003: 281)

In der am häufigsten verwendeten Einteilung kategorisiert Rogers die Adopter nach der Systematik eines erfolgreichen Diffusionsprozesses in fünf Gruppen (Rogers 2003: 22, 279-285; Weiber 1992: 4-5; Litfin 2000: 30-35; Bähr-Seppelfricke 1999: 13-29). Die „*Innovators*“, welche als Erste eine Innovation übernehmen (2,5% aller Innovationsadopter), die „*Early Adopters*“, welche als frühe Übernehmer der Innovation die Funktion von Multiplikatoren übertragen bekommen (13,5% aller Innovationsadopter), die „*Early Majority*“, welche sich als frühe Mehrheit an den „*Early Adopters*“ orientiert und offen für die Übernahme der Innovation zeigt (34% aller Innovationsadopter), die „*Late Majority*“, welche sich als späte Mehrheit eher als innovationssskeptisch charakterisieren lässt und erst dann eine Adoption vornimmt, wenn die Innovation bereits eine ausgeprägte Verbreitung gefunden hat (34% aller Innovationsadopter). Als letzte Gruppe nennt Rogers die „*Laggards*“, welche ehestens als Nachzügler bezeichnet werden können, konservativ eingestellt sind und der Innovationen gegenüber eher abwartend. Durch sie erfolgt eine Adoption erst, wenn eine Innovation sich etabliert hat als Standard (16% aller Innovationsadopter).

### 5.1.2 Diffusionsprozess

Die ersten empirischen Arbeiten zur Diffusionsforschung datieren aus den 1940er Jahren und behandeln die Ausbreitung von neuen Getreidesorten und Düngetechniken in der Landwirtschaft der USA (Rogers 2003: XV-XVIII).

Heute ist die Diffusionsforschung an verschiedenen Wissenschaftsfakultäten verortet. Eine Definition der Begrifflichkeit „*Diffusion*“ unterliegt häufig einer Färbung des jeweiligen, wissenschaftlichen Schwerpunktes.

Eine Basisdefinition des Begriffes „*Diffusion*“ ist Rogers zuzuschreiben:

*„Diffusion is the process in which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system. It is a special type of communication, in that the messages are concerned with new ideas.“*  
(Rogers 2003: 5)

Inhalt der Diffusionsforschung ist die Untersuchung von Durchdringung und Ausbreitung einer Innovation innerhalb der Gesamtheit von Nachfrager. Betrachtet wird dabei das jeweilige soziale System, in dessen vorhandene Infrastruktur die Innovation einfließen soll (vgl. Rogers 2003: 5ff.; Schmalen/Pechtl 2001: 302).

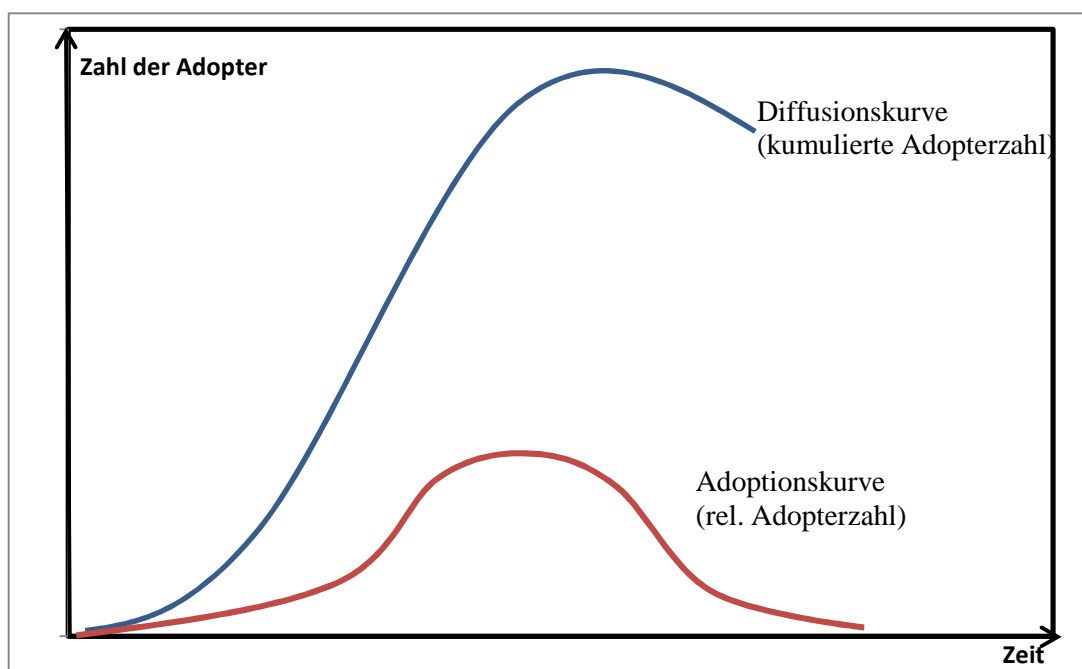
Die Diffusionsforschung baut mit ihrem Untersuchungsansatz auf die Adoptionsforschung auf. Mit der Diffusion wird die kumulierte Nachfrage einzelner Adopter abgebildet, wobei der zeitliche Ablauf der Adoptionsausbreitung als Diffusionsprozess bezeichnet wird (Schmalen/Pechtl 2001: 300-303). Einzelnen Adoptionsentscheidungen aggregieren somit zur Innovationsdiffusion. Als essentielles Element des Diffusionsprozesses beschreibt Rogers (2003: 11f.) - neben den eigentlichen Eigenschaften der Innovation - die Kommunikation von Informationen bezügl. einer Innovation zwischen den Mitgliedern eines sozialen Systems innerhalb eines umgrenzten Zeitablaufes. Das soziale System speist sich aus einer Menge potentieller Nachfrager (Individuen, Systeme, Organisationen), welche alle in das gleiche Problemsetting eingebettet sind und eine Problemlösung suchen bzw. betreiben. Fliegel und Kivlin (1976: 66) klassifizieren Sender und Empfänger des Kommunikationsprozesses als Befürworter und als potentiellen Übernehmer:

*„Der Diffusionsprozess selbst ist auf verschiedene Weise definiert worden, umfasst aber im Wesentlichen zwei Typen von Akteuren: einen Befürworter der Veränderung und einen potentiellen Übernehmer der Veränderung; die Situation, in welcher diese Akteure handeln; Kommunikation zwischen den Akteuren; und der Gegenstand dieser Kommunikation, die neue Sache oder Idee.“*

Auch nach Echterhagen (1983: 2/15) dynamisiert sich eine Diffusion durch die Gewinnung neuer Übernehmer mittels Kontaktierung bzw. Sendung:

*„Diffusion ist ein zeitlicher Prozess, bei dem neue und zusätzliche Übernehmer einer Innovation durch Kontakt mit einem Sender gewonnen werden.“*

Nach Einführung einer Innovation beginnt sukzessive die Adoption. Die Adoptionsrate bildet den Innovationsdiffusionsprozess ab. Die Steigerung der Adopterzahl hält dabei an, bis das Idealpotential an Adopter ausgeschöpft ist. Die relative Geschwindigkeit zur Steigerung der Adopterzahl wird in der Diffusionsforschung deshalb in der Regel durch einen S-Kurve (oder exponentiellen Kurvenverlauf) dargestellt. Diese Diffusionsprozesse versucht die Diffusionsforschung durch Modellierung nachzubilden und zu standardisieren, um Vorhersagen zu Geschwindigkeit und Grad der Marktdurchdringung einer Innovation zu treffen (Abb.12).



**Abbildung 12: Diffusionskurve und Adoptionskurve**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003: 11, 210)

Wie beschrieben, tragen die Innovationseigenschaften einen erheblichen Anteil zu einer erfolgreichen Absolvierung des Adoptionsprozesses bei (Rogers 2003: 229-266; Weiber 1992 5f.; Bähr-Seppelfricke 1999: 13, 21-29). Die Eigenschaften von Innovationen werden von den potentiellen Adoptern jedoch gemäß ihrer eigenen Präferenzen unterschiedlich wahrgenommen. Diese Unterschiede spiegeln sich in den differierenden Adoptionsgeschwindigkeiten wider. Rogers (2003: 266) ist der Frage nachgegangen,

welche Innovationseigenschaften den Erfolg einer Adoption beeinflussen<sup>8</sup>. Er entwickelte als Adoptionsvariable die „*Rate of Adoption of Innovation*“ und stattete sie mit fünf Kategorien aus (Tab. 3).

**Tabelle 3: Innovationsspezifische Einflussfaktoren**

Faktor	Gewichtung Adoption
Relativer Vorteil	(+)
Kompatibilität	(+)
Komplexität	(-)
Erprobbarkeit	(+)
Wahrnehmbarkeit	(+)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003: 266)

Als „Relativen Vorteil“ (*relative advantage*) einer Innovation versteht Rogers (2003: 229ff.) den Nutzen, welcher durch die Innovation generiert wird. Ein relativer Innovationsvorteil ist daran messbar, inwieweit er die Bedürfnisse und Erwartungen des potentiellen Adopters besser erfüllt als Alternativlösungen oder aktuell im Gebrauch befindliche Lösungen. Da die Vorteilsbewertung einer starken Subjektivität unterliegt, besitzt diese Kategorie den stärksten Einfluss auf das Adoptionsverhalten. Als Sammelkategorie zur Majorität einer Innovation können sich hinter einem „relativen Vorteil“ verschiedenste Merkmale verbergen. Rogers (ebda.) bricht die Kategorie des „Relativen Vorteils“ deshalb bis auf fünf weitere Subkategorien herunter: wirtschaftliche Profitabilität, niedrige Anschaffungskosten, Verringerung von Unkomfortabilitäten, soziales Prestige, eine Zeit- und Kostenersparnis und eine unmittelbare Belohnung.

Mit der Kategorie „Kompatibilität“ (*compatibility*) wird bewertet, inwieweit eine Innovation mit der Ausrichtung und Zielsetzung des potentiellen Adopters übereinstimmt und sich ohne weiteren oder größeren Ressourcenverbrauch in die vorhandene, institutionelle Infrastruktur des Adopters integrieren lässt. Die Innovation muss ihre Kompatibilität mit den Bedürfnissen, Normen und Wertvorstellungen der potentiellen Adopter beweisen.

<sup>8</sup> Er beschäftigte sich dabei mit einem am der stärksten frequentierten Bereiche der Sozialwissenschaften: „*No other field of behavioral science research represents more efforts by more scholars in more disciplines in more nations.*“ (Rogers 2003, S. XVIII) Rogers schätzt die Summe an Arbeiten zur Diffusionsforschung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung seiner fünften Ausgabe auf über 5.000.

Die Kategorie „Komplexität“ (*complexity*) beschreibt den Aufwand, den ein potentieller Adopter auf primär kognitiver, aber auch materieller Ebene, zu leisten hat, um die Innovation in die eigene Infrastruktur einzubetten. Entgegen der anderen fünf Kategorien bedeutet eine Gradsteigerung dieser Kategorie (hier: Anstieg von Komplexität) ein Sinken der Adoptionswahrscheinlichkeit. Die Wahrnehmung von Komplexität unterliegt durch unterschiedliche Ausprägung von Präferenz und Affinität der Adopter ebenfalls einem hohen Maß an Subjektivität.

Die „Wahrnehmbarkeit“ (*observability*) als Eigenschaft einer Innovation bedeutet, dass die Vorteile einer Innovation für den Adopter innerhalb seines sozialen Settings kommunizier-, sicht- und nachvollziehbar sind. Je offensichtlicher und transparenter die mit der Innovation erzielbaren Erfolge und Effekte sind, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Adoption. Für die Anbieter und Multiplikatoren einer Innovation bedeutet dieses Kriterium, dass sie die Innovationsadoption durch offensives Bewerben am Markt dynamisieren können. Wahrnehmung kann über mediale Kanäle geschehen oder im interpersonellem Austausch.

Mit der sechsten Kategorie, der „Erprobbarkeit“ (*trialability*) einer Innovation wird die Möglichkeit zur Testung einer Innovation zu Ausdruck gebracht. Das unverbindliche Ausprobieren einer Innovation vor der eigentlichen Entscheidung zur Adoption verringert für den potentiellen Adopter das Risiko eines Nachteils oder Fehlschlags. Erprobbarkeit stellt für frühe Adopter ein wichtigeres Entscheidungskriterium pro Adoption dar als für späte Adopter, da diese auf die Erfahrungswerte der frühen Übernehmer zurückgreifen können.

Ergänzend zu den Kategorien von Rogers wird in der Literatur als siebte Einflussvariable das „Wahrgenommene Risiko“ genannt (Schmalen/Pechtl 1996: 816-836).

Zur Untersuchung von Diffusionsverläufen unter Einwirkung verschiedener Einflussfaktoren wie Preis- und Werbemaßnahmen und weitere Marktstrukturvariablen nutzt die Wissenschaft verschiedene diffusionstheoretische Modelle. Ziel dieser Modelle ist es, verhaltenswissenschaftliche Parameter in einem mathematisch-funktionalem Zusammenhang darzustellen. Die Differenzierung dieser diffusionstheoretischen Modelle richtet sich nach Schmalen und Xander (2000: 417) in drei Ansätze aus:



- Deskriptive Ansätze: Verhaltensmodelle, welche in ex-post-Betrachtungen diffusionspezifische Hypothesen überprüfen.
- Prognostische Ansätze: Prognosemodelle, welche auf historische Daten oder Erfahrungswerten ähnlicher Produkte/Leistungen beruhen.
- Normative Ansätze: Marketing-Mix-Modelle, welche den Einfluss absatzpolitischer Instrumente auf den Diffusionsverlauf überprüfen.

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Verbindung von Rogers 5-Phasen-Diffusionsmodell und den Prinzipien der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010: 98f.) auf einen qualitativen Forschungsansatz festgelegt hat, werden die diffusionstheoretischen Modelle hier nicht weiter erläutert. Zur weiteren Vertiefung sei verwiesen u.a. auf die Arbeit von Schmalen und Xander (2000).

## 5.2 Soziale Innovationen

### 5.2.1 Definition und zentrale Aussagen

Die Entwicklung von einer Industrie- hin zu einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft führt nach Howaldt und Schwarz (2010: 8) durch die intensivere Wahrnehmung und Abgrenzung sozialer Innovationen gegenüber den bis dato dominanten technologischen Innovationen zu einem „*Paradigmenwechsel des Innovationssystems*“. Die natur- und ingenieurwissenschaftliche Innovationsforschung wird um eine ebenbürtige, sozialwissenschaftliche Innovationsforschung ergänzt. Die Verankerung des Begriffes der sozialen Innovation in die sozialwissenschaftliche Debatte ist Zapf (1994) und seine Abhandlungen zu einem modernisierungstheoretischen Forschungsansatz zu verdanken.

*„Der Kern modernisierungstheoretischer Erklärungen ist bekannterweise die Konstatierung, dass gesellschaftliche Differenzierung zu ständig neuer Spezialisierung und Fragmentierung (also ‚Komplexität‘) führt und damit – (...) – Integrations- und Koordinationsprobleme entstehen.“* (Braun 2001: 109)

Durch die Konzipierung und Konzeptionierung eines sozialwissenschaftlichen Rahmens stellte Zapf (1994: 30ff.) den Zusammenhang zwischen sozialen Innovationen und sozialem Wandel innerhalb von Gesellschaftsformen her (vgl. Kesselring/Leitner 2008: 9; Howaldt et al. 2014: 24f.). Seine Definition sozialer Innovation dient dabei heute noch als Grundlage für weiterführende wissenschaftliche Arbeiten (vgl. dazu Gillwald 2000; Howald/Schwarz 2010; Howaldt et al 2014):

„Soziale Innovationen sind neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen, neue Lebensstile, die die Richtung des sozialen Wandels verändern, Probleme besser lösen als frühere Praktiken, und die deshalb wert sind nachgeahmt und institutionalisiert zu werden.“ (Zapf 1994: 33)

Ausgehend von seiner originären Definition von sozialer Innovation unterscheidet Zapf (1994: 30) sieben verschiedene Unterarten bzw. –typen von sozialen Innovationen (Tab. 4).

**Tabelle 4: Typen sozialer Innovationen**

<b>Typus</b>	<b>Inhalte</b>
Organisationsveränderungen innerhalb eines Unternehmens	Neue Lohn-, Beteiligungs- oder Ausbildungsformen
Neue Dienstleistungen	Planung, Design, Ausbildung, Therapie, Organisation, Prüfung, Beratung
Sozialtechnologien	Kombination von Ausrüstung und Dienstleistung zur Lösung sozialer Probleme
Selbsterzeugte soziale Erfindungen	Beteiligung der Betroffenen bei Innovationsvorhaben
Politische Innovationen	Reformvorhaben außerhalb der Routine, die nachhaltige gesellschaftliche Auswirkungen haben
Neue Muster der Bedürfnisbefriedigung	Neue Verteilung des Anteils von Marktgütern, marktmäßigen Dienstleistungen und Eigenproduktion
Neue Lebensstile	„Lebensstile sind die Art und Weise, wie Personen die Ausgabe ihrer Ressourcen (ihre Konsum-, Zeit-, Aktivitätsbudgets) so organisieren, so dass gleichzeitig ihre Bedürfnisse befriedigt und ihre Werte und Statusansprüche ausgedrückt werden.“ (Zapf 1994: 32)

Quelle: Eigene Darstellung nach Zapf (1994, S. 30ff.)

In Anlehnung an diese thematische Auffächerung von Innovationstypen legt Gillwald (2000: 1) in ihrer eigenen Definition zu sozialen Innovationen einen Schwerpunkt auf eine gesellschaftliche Perspektive:

„Soziale Innovationen sind, kurzgefaßt, gesellschaftlich folgenreiche, vom vorher gewohnten Schema abweichende Regelungen von Tätigkeiten und Vorgehensweisen. Sie sind überall in gesellschaftlichen Systemen möglich, im Ergebnis Verhaltensänderungen und verwandt aber nicht gleich mit technischen Innovationen.“

Howaldt und Schwarz (2010: 54) sprechen von einer Ebene „sozialer Praktiken“ und einer „immateriellen, intagiblen Struktur“ sozialer Innovationen.

*„Eine soziale Innovation ist eine von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern bzw. Kontexten, mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist.“*

Eine Diffusion in gesellschaftliche Kontexte und Interaktionen, Akzeptanz, Transformation und Institutionalisierung als Routinevorgang rundet das Bild einer sozialen Innovation ab (Howaldt/Scharz ebda.)

Den Bezug zum Sozialsystem als Wirkungsort sozialer Innovationen stellt Echterhagen (1983: 2/9) auch her:

*„Soziale Innovationen sind Güter, Ideen und Aktivitäten, die folgenden Anforderungen genügen:*

- *Sie besitzen einen direkten Bezug zum Sozialsystem.*
- *Sie befinden sich in der Phase der Ausbreitung, d.h. nach der Definition des Forschers sind sie für das System qualitativ neu.“*

Gillwald beschreibt in ihrer Arbeit fünf verschiedene Dimensionen zum Nutzen sozialer Innovationen (Gillwald 2000: 14f.). Ihre Aufzählung sozial- oder wirtschaftswissenschaftlicher Dimensionen baut auf die Typus-Bezeichnungen sozialer Innovationen von Zapf (1994) auf. Dabei verknüpft sie die Nutzendimension einer sozialen Innovation mit den gesellschaftlichen Zielen bzw. zu erreichenden Rationalitäten unter Berücksichtigung der zu verwendenden bzw. betroffenen Ressourcen (Tab. 5).

**Tabelle 5: Dimensionen und Ausprägungen sozialer Innovationen**

<b>Dimension</b>	<b>Rationalität</b>	<b>Betroffene Ressourcen</b>
Ökonomisch	Effizienz	Einkommen, Besitz, Arbeitskraft
Sozial	Integration	Gesundheit, Gewohnheiten, interpersonale Beziehungen
Politisch	Handlungsfähigkeit	Macht, Einfluss
Kulturell	Befriedigung höherer Bedürfnisse	Zeit, Wissen, Fähigkeiten
Ökologisch	Schutz von natürlichen, endlichen Ressourcen	Umweltgüter

Quelle: Eigene Darstellung nach Gillwald (1994: 15)

Kehrbaum (2009, 52f.) appelliert an ein Verständnis von „*Innovation als einen sozialen Prozess*“, um durch diese Perspektive eine „*fruchtbare Verknüpfung von natur- und ingenieurwissenschaftlichen mit sozial- und geisteswissenschaftlicher Ansätze der Innovationsforschung*“ einzunehmen und den Entwicklungsprozess der Theoriebildung zur Innovationsforschung weiter zu dynamisieren.

### 5.2.2 Zielkontext, Diffusion und Institutionalisierung sozialer Innovationen nach Rogers 5-Phasenmodell

Nach Zapf (1994: 32) sind soziale Innovationen nicht mit sozialem Wandel gleichzusetzen. Stattdessen sind soziale Innovationen als Teilmenge des sozialen Wandels zu verstehen. Als Teilmenge können sie auf die Ausrichtung des sozialen Wandels einwirken, jedoch ist ihr Wirkungsgrad nicht vorab zu quantifizieren bzw. qualifizieren (Gillwald 2000: 6-8). Kesselring und Leitner (2008: 28) bezeichnen soziale Innovationen ebenfalls als einen Teil sozialen Wandels:

*„Soziale Innovationen sind Elemente des sozialen Wandels, die neue soziale Tatsachen schaffen, d.h. das Verhalten von einzelnen Personen oder bestimmten sozialen Gruppen in erkennbarer Weise beeinflussen und auf anerkannte – nicht primär ökonomischer Rationalität folgende – Ziele ausrichtet.“*

In ihrer Entwicklungsfunktion bewertet Gillwald (2000:7) soziale Innovationen als höchst tauglich, da sie „*explizit an gesellschaftlich hochbewerteten Zielen ausgerichtet*“ sind.

Soziale Innovationen zeichnen sich durch eine Fokussierung auf interne oder externe Zielgruppen zur Behebung gesellschaftlicher Problemstellung oder zur Erfüllung gesellschaftlicher Zwecke aus. In ihrer Eigenschaft als Spiegel eines neuen sozialen Ordnungssystems bzw. neuer Organisationsform können soziale Innovationen durch die verschiedenen beteiligten Gesellschaftsgruppen unterschiedlich vom Nutzen bewertet werden, bzw. innovationsannehmende und innovationsablehnende Kräfte sich in den gesellschaftlichen Funktionssystemen bilden (Gillwald 2000: 6-8) Als wichtigste gesellschaftliche Funktionssysteme nennt Luhmann (1998: 752-756) Wirtschaft, Recht, Wissenschaft, Politik, Erziehungssystem und Kunst, entstanden im Rahmen der funktionalen Ausdifferenzierung der Gesellschaft und der spezialisierten Bearbeitung gesellschaftlicher Grundprobleme und –bedürfnisse.

Luhmann verneint die Möglichkeit steuernder Eingriffe verschiedener gesellschaftlicher Funktionssysteme untereinander.

*„Wenn und soweit funktionale Differenzierung realisiert ist, kann mithin kein Funktionssystem die Funktion eines anderen übernehmen. Funktionssysteme sind selbstsubstitutive Ordnungen. Dabei setzt jedes voraus, dass die anderen Funktionen anderswo erfüllt werden. Insofern gibt es auch keine Möglichkeit einer wechselseitigen Steuerung, weil dies bis zu einem gewissen Grade Funktionsübernahme implizieren würde.“ (Luhmann 1998: 753)*

In der Innovationsforschung und der Frage nach der Übertragbarkeit von Innovationen auf gesellschaftliche Systeme muss die von Luhmann beschriebene Schnittstellenproblematik unter Funktionssystemen als ein möglicher Innovationswiderstand bzw. mögliches Innovationshemmnis berücksichtigt werden (siehe auch Kap. 3.3).

Zur erfolgreichen Umsetzung eines Innovationsprozesses müssen ein bestimmter Verbreitungsgrad der Innovation und eine Adaption (Institutionalisierung) an und durch das soziale Setting (gesellschaftlicher Kontext) erfolgen. Man spricht auch von einem Prozess der Diffusion, der Durchdringung der bisher vorherrschenden Praxis durch die Innovation.

*„Im Laufe des Diffusionsprozesses, der im Falle von technischen wie auch sozialen Innovationen idealtypisch mehrere voneinander unterscheidbare Phasen – vom Agenda setting, über das matching, redefining, clarifying, bis hin zum routinizing – durchläuft (vgl. Rogers 2003: 421ff.), wird jede Innovation kontextspezifisch transformiert. (Howaldt u. Schwarz 2010: 66)*

Dieser Diffusionsprozess erfolgt nach Rogers (2003: 22, 279-285) erst anfänglich über vereinzelte Innovatoren, denen Pionieranwender folgen bevor eine Massen Anwendung der Innovation durch die frühe bzw. späte Mehrheit der Konsumenten erfolgt. Diese Transformation der Innovation im Laufe ihres Diffusionsprozesses beschreibt Rogers durch ein fünfstufiges Phasenmodell (Rogers 2003: 391 ff.) (Tab. 6).

**Tabelle 6: Phasenmodell zur Innovationsdiffusion in Organisationen**

<u>Diffusionsphase</u>	<u>Diffusionsgeschehen</u>
1. Phase	agenda setting
2. Phase	matching
3. Phase	redefining/restructuring
4. Phase	clarifying
5. Phase	routinizing

Quelle: Eigene Darstellung nach Rogers (2003: 421)

In der ersten Diffusionsphase, dem *agenda setting*, werden relevante Probleme erkannt und eine Notwendigkeit zur Problemlösung mittels Innovation proklamiert.

In der zweiten Diffusionsphase, dem *matching*, werden die per Innovation anzupassenden, problembehafteten Organisationsbereiche oder –abläufe bestimmt und ausgestaltet.

In der dritten Diffusionsphase, dem *redefining/restructuring*, wird die zur Problemlösung modifizierte Innovation in den zur Innovationsadoption vorbereiteten Organisationbereich inkludiert.

In der vierten Diffusionsphase, dem *clarifying*, findet die weitere Ausweitung und weitere Assimilierung der Innovation innerhalb der Gesamtorganisation statt. Der Anwenderkreis wird ausgebaut und die Innovationsdiffusion vervollständigt bzw. die Institutionalisierung erfolgreich abgeschlossen.

### 5.3 Zwischenfazit und Implikationen

Subsumiert kann festgestellt werden, dass soziale Innovationen als Teil sozialen Wandels primär neue soziale Konstellationen, Fakten bzw. Tatsachen schaffen. In dieser Gemengelage wird dabei das Verhalten von Einzelpersonen oder ganzen Gruppen nachhaltig beeinflusst und auf neue Ziele ausgerichtet, wobei diese Neuausrichtung nicht primär ökonomischen Gesetzen folgt bzw. der Wohlfahrtsoptimierung dient.

In der Unterscheidung zum sozialen Wandel werden soziale Innovationen durch Verantwortliche verschiedenster vorhandener Organisationen oder Institutionen zielgerichtet (intendiert) und mit konkreten Praxisbezug vorangetrieben. Die Umwandlung einer Idee oder Theorie hin zu einer Innovation ist dabei abhängig von der Akzeptanz und/oder Wirksamkeit bei der oder einer der Zielgruppen.

Zur Generierung einer sozialen Innovation müssen neue Institutionen geschaffen werden oder zumindest die bisherigen Handlungsrouinen des betroffenen, gesellschaftlichen Kontextes nachhaltig verändert worden sein und einen gesellschaftlichen Nutzen gebracht haben.

Die Darstellung des Diffusionsprozesses wird in der Regel in einem idealtypischen Verlauf präsentiert. Die mögliche Suggestion, dass Innovationen auf keinerlei Marktwiderstände oder Diffusionsbarrieren treffen, ist jedoch falsch.

Als ein Wesensmerkmal der Innovation beschreiben Hauschild und Salomo (2007: 178) ebenfalls den Diffusionswiderstand. Sie klassifizieren ihn als innerbetriebliche Barriere, marktspezifische und zwischenbetriebliche Barriere und umfeldspezifische Barriere. Verschiedenste Faktoren können die Diffusionsgeschwindigkeit verlangsamen, den Diffusionsgrad verringern oder die Diffusion insgesamt scheitern lassen.

## **6 Empirische Arbeiten zur hausarztzentrierten Versorgung im Kontext sozialer Innovationen**

### 6.1 Selektion der Beiträge

Die Recherche nach empirischen Arbeiten zur hausarztzentrierten Versorgung im Kontext sozialer Innovationen erfolgte über die üblichen Datenbanken wissenschaftlicher Arbeiten. Zur Suche nach relevanten Arbeiten wurden sowohl Schlagwörter als auch freitextliche Passagen verwendet. Weitere Arbeiten wurden nach dem Schneeballprinzip identifiziert. Hierbei gaben bereits gesichtete Arbeiten Hin- und Querverweise auf andere Arbeiten zur Thematik der hausarztzentrierten Versorgung.

Die Ergebnisse der Recherche implizieren ein Clustern der Beiträge auf eine nationale und internationale Ebene. Die geringere Zahl von Arbeiten über hausarztzentrierte Versorgung auf nationaler Ebene ist dabei mit der erst jungen Existenz von alternativen Versorgungsformen gegenüber der Ursprungsform des Managed Care im anglo-amerikanischen Raum zu begründen. Im Rahmen des Managed Care wurde bereits in den 1970er Jahren „*gatekeeping*“ als Instrument zur Versorgungssteuerung verwendet. Umso vielfältiger und reichhaltiger sind deshalb die Arbeiten aus dem anglo-amerikanischen Raum zur Thematik der hausarztzentrierten Versorgung.

### 6.2 Studienergebnisse zur hausarztzentrierten Versorgung

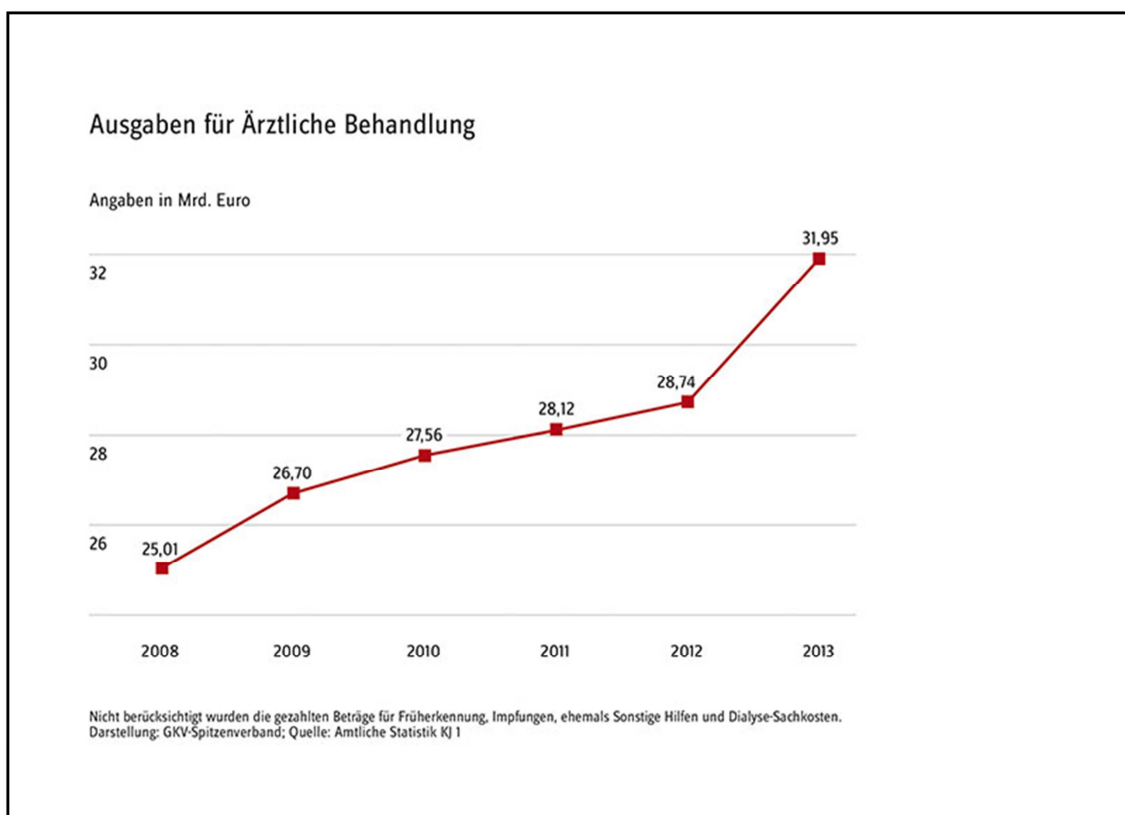
#### 6.2.1 Nationale Arbeiten

Die Sektorisierung innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitsmarktes erlaubt eine klare Trennung der Leistungsbereiche mit entsprechenden Kennzahlen und Parametern wie bspw. Teilnehmer, Budget, Fallzahlen und anderes. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sich eine Vielzahl von Arbeiten über verschiedene Ansätze mit der ambulanten Versorgung im Allgemeinen und der hausärztlichen Versorgung im Besonderen beschäftigen. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Ergebnissen nationaler Arbeiten zur HzV wäre an dieser Stelle insoweit nicht zielführend, da sich die vorliegende Arbeit mit hausarztzentrierter Versorgung im Kontext sozialer Innovationen und ihrer Institutionalisierung beschäftigt. In der inhaltlichen Auseinandersetzung



jedoch von Relevanz und Interesse sind Arbeiten, welche sich nicht nur theoretisch mit HzV-Modellen beschäftigen, sondern Ergebnisse aus der Praxisumsetzung liefern.

Als konstante Bedarfssituation frequentieren 90% der bundesdeutschen Bevölkerung regelmäßig einen Hausarzt, welcher in 83% der Fälle der Fachrichtung Allgemeinmedizin angehört. Versicherte mit festem Hausarzt suchen diesen viermal pro Jahr auf und somit häufiger als Versicherte ohne feste Hausarztbindung. Gesetzlich Versicherte kontaktieren ihren Hausarzt öfter als ein Privatversicherter (Zok 2003: 79). Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover ermittelte im Auftrag der Barmer GEK für den Zeitraum 2004 bis 2007 eine durchschnittliche Frequenz von 18 (17,7) Arztkontakten pro Jahr bei durchschnittlich 5,2 Mio. Arztbesuchen pro Werktag (von Maydell et al. 2010: 176-191). Die Ausgaben für vertragsärztliche Behandlung stiegen in der Bundesrepublik Deutschland von 2008 auf 2013 um 27,75% auf 31,95 Mrd. € (Abb. 13) und konnten ihren zweiten Platz - hinter den KH- und vor den Arzneimittelausgaben – „erfolgreich“ im GKV- Ranking verteidigen.



**Abbildung 13: Ausgabenentwicklung für ärztliche Behandlung 2008-2013**  
Quelle: GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik KJ1

Aus den zögerlichen Bemühungen des Sozialgesetzgebers zur Institutionalisierung der HzV in den bundesdeutschen Versorgungsalltag über die Verwendung von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Strukturverträgen (§ 73a SGB V) hin zur Verpflichtung von Vertragsabschlüssen bis zum 30.06.2009, führt die Inkonsistenz von HzV-Angeboten zu einer als eher dürftig zu bezeichnenden Datenlage zur Evaluation von HzV-Modellen. Nach Umsetzung des GMG in 2004 sind in den darauffolgenden Jahren nur ca. 50 HzV-Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern geschlossen worden. Nutznießer waren rund sechs Millionen Versicherte. Leider ist nur ein Bruchteil dieser Verträge bisher evaluiert worden (Böcken 2006: 252-254; Böcken 2008: 105-121).

Für den bundesdeutschen Raum sind zur Weiterentwicklung und Etablierung der HzV als tragende Arbeiten insbesondere zu nennen:

- Die Hausarztverträge des vdak in Niedersachsen, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen und Nord-Württemberg (AQUA-Institut 2008)
- Die Umsetzung der IKK Sachsen-Anhalt und der AOK Sachsen-Anhalt (Höhne et al 2007; Hommel 2014)
- Das HzV-Modell der AOK Baden-Württemberg (Steiner et al 2005; Zwingmann et al. 2007a/2007b, Zwingmann/Richter 2008)
- Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik (Zok 2003)
- Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsrealität (Böcken 2008)

Das AQUA-Institut (2008: o.S.) für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH zog im Februar 2008 eine erste Zwischenbilanz zur Evaluation von Hausarztverträgen der Ersatzkassen in fünf verschiedenen Regionen. Untersuchungsgegenstand waren die *Add-on*-Verträge in Hessen, Niedersachsen, Nordwürttemberg, Nordrhein und Westfalen-Lippe. Das evaluierte Leistungsgeschehen beinhaltete die Jahre 2005 und 2006. Als ein erstes Ergebnis konstatierte das AQUA-Institut, dass bei den Teilnehmern an der HzV innerhalb des Betrachtungszeitraumes die Überweisungsrate zu Fachärzten um 3,1%-Punkte auf 74,0% stieg, während sie dazu konträr bei der Kontrollgruppe um 2,4%-Punkte auf 55,4% fiel.

Im Weiteren kam das AQUA-Institut zu dem Ergebnis, dass die Leistungsausgaben der HzV-Teilnehmer in beiden Jahren geringer als bei der Kontrollgruppe ausfielen. Da jedoch keine Relation zum Ressourceneinsatz (ärztliche Pauschalen, Erlass

Praxisgebühr) hergestellt wurde, entfiel leider eine valide Aussage zur Wirtschaftlichkeit der HzV.

Eine abschließende Betrachtung der Studienergebnisse wird nach Aussage des Institutes ihren Schwerpunkt auf der Evaluation von Parametern zur Patientensicherheit und Qualität der Versorgung liegen haben.

In 2014 konnten die IKK Sachsen-Anhalt und die AOK Sachsen-Anhalt auf einen Hausarztvertrag mit zehnjähriger Laufzeit zurückblicken. Rund 432.000 Versicherte beider Kostenträger haben sich seit dem 1. Juli 2004 in das Programm eingeschrieben. Als Vertragspartner stehen ihnen mit 1.342 Ärzten rund 90% der Hausärzte als Leistungserbringer zur Verfügung. Das Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg evaluierte in 2014, dass HzV-Versicherte im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe weniger stationäre Behandlungen benötigen würden, da die Patientenbindung im Programm enger und die Behandlung dadurch effizienter wäre (Hommel 2014: 17). Für den Forschungszeitraum 01/2006 bis 03/2007 ermittelten Hobler et al (2007: o.S.) für die IKK in Sachsen-Anhalt, dass Programmteilnehmer des Hausarztmodells im Durchschnitt geringere Terminwartezeiten als Nichtteilnehmer in Kauf nehmen mussten und durch die Hausarztpraxen bei der Vereinbarung von Facharztterminen unterstützt wurden. Auch profitierten die Teilnehmer von der Befreiung von der Praxisgebühr und ergänzenden Zusatzleistungen ihrer Krankenkassen.

Der aktuell gültige Hausärztevertrag der AOK Baden-Württemberg wurde im Jahr 2008 aufgelegt. Die Besonderheit dieses Vertrages war von Beginn an, dass die AOK Baden-Württemberg als erster Kostenträger eine Ausschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V vornahm und eine mit der KV Baden-Württemberg vertraglich geregelte Bereinigung der Gesamtvergütung als zwingenden Vertragsbestandteil inkludierte (Beske 2009: 96-98). Vertragspartner der AOK wurden der Deutsche Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg, ein in 1999 gegründeter Zusammenschluss mehrerer Ärztenetzwerke. In ihrem ersten Zwischenbericht bescheinigten Steiner et al. (2005: 95-97) dem Qualitäts- und Kooperationsmodell eine „funktionierende Modellorganisation“, „eine deutliche

*Verbesserung der medizinischen Strukturqualität“ und „eine Stärkung der Prävention auf Angebotsseite“. Gleichzeitig konstatierten sie aber auch Mängel „in der Dokumentation der medizinischen Daten, (...) der Umsetzung der Präventionskonzeption, (...) Verzögerungen in der Einführung des Controllings und der Ergebnisverantwortung“ und „Mängel in der Konzipierung von Strategien“.*

Die Bewertung des Hausarztmodells durch die teilnehmenden Ärzte fiel insgesamt positiv aus. Insbesondere eine bessere Kooperation mit anderen Leistungserbringern und eine Verbesserung der Versorgungsqualität wurden als Mehrwerte genannt (Zwingmann et al. 2007b: 66; Zwingmann/Richter 2008: 75-78). Eine Befunddatenanalyse zur medizinischen Versorgungsqualität konnte die ärztliche Wahrnehmung jedoch nicht bestätigen. Tatsächlich konnten zu den gewählten Leitindikationen Hypertonus, Apoplex, Asthma und COPD keine signifikanten Unterschiede in der Ergebnisqualität von Teilnehmer zu Nichtteilnehmern des Hausarztmodells evaluiert werden (Zwingmann et al 2007a: 161). In 2011 hatten sich bereits mehr als eine Mio. Versicherte eingeschrieben, welche von rund 3.800 Ärzten versorgt wurden (Zum Vergleich der Relation: Mit Pressemitteilung vom 09.02.2009 bezifferte der AOK Bundesverband die HzV-Teilnehmerzahl unter den AOK-Versicherten bundesweit auf insgesamt drei Mio.). Ca. 66% der eingeschriebenen Patienten galten als chronisch krank und profitierten von den Steuerungsmechanismen der HzV. Die Nutzung rabattierter Arzneimittel erreichte in 2011 bereits eine Quote von 72% gegenüber der Regelversorgung mit einer Quote von 55%. Auch präventive Maßnahmen innerhalb der HzV wurden vergleichsweise stärker frequentiert: 44,5% zu 22% (MEDITIMES 2011: 8-9). In 2012 wurde das HzV-Angebot der AOK in Baden-Württemberg weiter ausgebaut und um ein Pilotprojekt zum neuen Versorgungsangebot „*PraCMan*“ ergänzt. Es handelt sich hierbei um ein praxisbasiertes Case Management in der Hausarztpraxis. Entwickelt wurde das Versorgungskonzept von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg. Ziel des Versorgungsangebotes ist es, dass durch ein engmaschiges, hausarztbasiertes Fallmanagement die Lebensqualität multimorbider, chronisch kranker Patienten steigt und die Zahl von Klinikaufhalten gemindert wird. Seit dem 01.07.2014 befindet sich das Angebot „*PraCMan*“ im Echtbetrieb (G+G 2014b: 10-11).

Nach einer Auswertung der Routinedaten von 1,2 Mio. Versicherten der AOK Baden-Württemberg für die Jahre 2011 und 2012 konnten Szecsenyi (Uni Heidelberg) und Gerlach (Uni Frankfurt) feststellen, dass HzV-Versicherte älter und morbider als die Vergleichsgruppe sind, eine geringere Anzahl von Krankenhauseinweisungen benötigen, durchschnittlich per anno drei Hausarztbesuche mehr tätigen, geringere Facharztkonsultationen benötigen und um ca. ein Drittel geringere Arzneimittelkosten verursachen. Auch sind HzV-Versicherte häufiger in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben als Nicht-HzV-Teilnehmer (G+G 2014a: 21).

Der HzV-Vertrag der AOK-Baden-Württemberg besitzt hinsichtlich der bisherigen Laufzeit, der Teilnehmerzahl unter Versicherten und Ärzten und der regelmäßigen, wissenschaftlichen Evaluation ein Alleinstellungsmerkmal unter den Versorgungsangeboten der HzV.

Zur Ermittlung des Zustimmungsverhalten von Versicherten gegenüber einem Hausarztmodell trug Zok (2003: 80f.) für das wissenschaftliche Institut der AOK die Ergebnisse von sechs verschiedenen Studien zusammen: Die erste und älteste Studie kam vom WIdO selbst und evaluierte unter den 3.005 Studienteilnehmern eine Zustimmung von 49% zum Angebot einer Beitragsermäßigung im Falle einer Hausarztbindung. Die Studie von Janssen-Cilag aus 2001 berichtete von einer Zustimmung unter den 1.000 Teilnehmern zum gleichen Angebot in Höhe von 51%. Der VdAK/AEV erhielt in 2001 unter den 7.481 Probanden auch nur eine Zustimmung von 50% zur Hausarztbindung (ohne weitere Ermäßigungen). Die Bertelsmann Stiftung ermittelte in 2002 aus einem sample von 3.000 Teilnehmern dagegen einen Zustimmungswert von 80%. Der BKK Landesverband Ost erreichte in 2003 unter 2.019 ausgewählten Versicherten nur eine Zustimmung zum Hausarztmodell in Höhe von 53%. Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) konnte ebenfalls in 2003 eine Zustimmungquote in Höhe von 67% verzeichnen. Sie hatte den Teilnehmern verschiedene Boni zur Hausarztbindung angeboten (Zok ebda.).

Eine Patientenbefragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung für den Zeitraum 10/2004 bis 04/2007 mit mehr als 9.000 Teilnehmern zeigte im direkten Vergleich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern von Hausarztmodellen, dass lediglich die

Patientenzufriedenheit als einziger Faktor positiv für die hausärztliche Versorgung verbucht werden konnte. Eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes nach der hausärztlichen Behandlung schilderten dagegen nur 59% der Teilnehmer zu 68% der Nichtteilnehmer. Eine Linderung von akuten Beschwerden durch hausärztliche Behandlung berichteten nur 66% der Modellteilnehmer gegenüber 74% der Nichtteilnehmer. Auch die Quote der Facharztüberweisungen blieb mit 89% bei den Teilnehmern im Vergleich zu 64% bei den Nichtteilnehmern deutlich hinter den Erwartungen zurück (Böcken 2008: 108-119).

Der Vollständigkeit halber muss noch ein weiteres Hausarztmodell ergänzt werden, welches jedoch vor seiner Einstellung nicht mehr wissenschaftlich evaluiert werden konnte. Die Barmer Ersatzkasse beendete nach dreijähriger Laufzeit Ende 2008 ihren ersten Versuch, ihren Versicherten eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung zu offerieren. Als einer der ersten Kostenträger überhaupt hatte die Barmer einen bundesweiten Versorgungsvertrag ausgerollt. Mit der Einbindung der Apotheker wurden dabei Mittel der Anschubfinanzierung genutzt. Gescheitert war der Vertrag an zwei inhaltlichen Schwerpunkten. Zum einen wollte die Kassenärztliche Vereinigung keine Abzüge zur Anschubfinanzierung gegen sich gelten lassen und zum anderen verweigerten sich die Hausärzte einer Ergebnismessung, bzw. einem Einsparcontracting. Dieser Unverbindlichkeit in den Versorgungszielen bei vollem finanziellem Risiko konnte die Barmer Ersatzkasse letztlich nur mit einem Rückzug aus diesem Versorgungsmodell begegnen (Laschet 2008a/2008b: o.S.).

### 6.2.2 Internationale Arbeiten

Als ein sehr ausführlicher Sachstandsbericht zur wissenschaftlichen Debatte um das Entwicklungsgeschehen der HzV ist der Evidenz-Report von Haller, Garrido und Busse zu nennen, welcher in 2009 im Auftrag des Sachverständigenrates (2009: 301ff.) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erstellt wurde. Haller et al. listen in ihrer Arbeit die wesentlichsten, internationalen Befunde der letzten Jahre zur wissenschaftlichen Evaluation von HzV auf.

Mittels eines narrativen Reviews wurden für den Report in einem ersten Schritt sechs „herausragende Übersichtsarbeiten“ (Haller et. Al 1999: 5f.) zur hausarztzentrierten Versorgung untersucht und anhand ihrer Literaturlisten weitere 16 „relevante Übersichtsarbeiten“ (ebda.) identifiziert. Insgesamt konnten über die 22 vorliegenden Reviews auf über 1000 Publikationen zu „internationalen Forschungsergebnisse zu den verschiedenen Aspekten einer hausarztbasierten Versorgung“ (ebda.) zurückgegriffen werden. Alleine auf die sechs gewählten Ausgangsarbeiten entfielen dabei bereits zusammen 263 Primärstudien (ebda.).

Die auf diesem Wege aufgegriffenen Arbeiten wurden von Haller et al. (1999: 5) vordefinierter Parameter hinsichtlich „Zugang, Kontinuität, Arzt-Patienten-Beziehung, Koordinierung, hochwertige und umfassende Versorgung (Qualität) und Kosteneffektivität“ geclustert.

Bezüglich des *Zuganges* zu Versorgungsleistungen beschäftigen sich bisher nur einige wenige Studien mit diesem Forschungsbereich. Mit ihren Ergebnissen belegen sie, dass durch die Teilnahme an HzV die Zugangsbarrieren zu medizinischen Leistungen vermindert werden und zu einer Verbesserung der Gesundheitsindikatoren und einer Verringerung der Hospitalisierungsquote und Inanspruchnahme von Notfallambulanzen führen.

Mehrheitlich positive Aspekte von *Kontinuität* in der medizinischen Versorgung belegen zahlreiche Studien durch die Evaluation von Patientenzufriedenheit, Hospitalisierungsraten, Laboruntersuchungen, Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, Nutzung präventiver Maßnahmen und besserer Compliance.

Einen positiven Einfluss auf patientenrelevante Outcomes durch eine längerfristige *Arzt-Patienten-Beziehung*, als weiteres Forschungsfeld der HzV, wurde durch mehrere Arbeiten belegt.

Verschiedene Arbeiten beschäftigten sich mit *Koordinierung* von Versorgungsleistungen, verfolgten dabei jedoch jeweils verschiedene Ansätze und evaluierten verschiedene Parameter.

Hinsichtlich *Qualität* der hausarztzentrierten Versorgung konnten Studien eine Vorteilhaftigkeit allgemeinmedizinischer Behandlung bei chronischen Erkrankungen feststellen.

Die Arbeiten zur *Kosteneffektivität* hausarztzentrierter Versorgung konnten ein Absenken der Gesundheitsausgaben in Ansätzen bereits belegen, jedoch stellte der Sachverständigenrat (ebda.) einen Mangel an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen fest, welche das Versorgungsgeschehen hausarztorientierter mit fachärztlicher Behandlung hinsichtlich Ressourceneinsatz und medizinischem Outcome vergleichen.

### 6.3 Ableitung der Forschungslücke

Das Versagen des Gesetzgebers bzw. des Gesundheitsmarktes bei der wirksamen Eliminierung von Ineffizienzen und Umsetzung einer optimierten Ressourcenallokation ist komplex und die Defizite vielfältig. Die beschriebene asymmetrische Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient, gepaart mit einer Anspruchsinflation der Leistungsnehmer, die Intransparenz der Leistungsqualität für Patienten und Kostenträger (Krankenkassen), tradierte Vergütungssysteme und Wettbewerbsbeschränkungen unter den Leistungserbringern im Zusammenspiel mit fehlenden Anreizen zu effizientem Verhalten auf Seiten aller Beteiligten stellen eine große Herausforderung an die Entwicklung eines Versorgungsmodells, welches sowohl durch Leistungserbringer, Leistungsnehmer als auch Leistungsträger in gleichem Maße als zielführend empfunden wird und welches das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel der Kostenreduktion bei mindestens gleichbleibender Versorgungsqualität erreichen könnte. Breyer et al. (2003: 508f.) beschreiben diese Gemengelage wie folgt:

*„So betrachtet, stellen Wettbewerb und staatliche Regulierung kein Gegensatzpaar dar, sondern die staatliche Regulierung kann Voraussetzungen schaffen, unter denen sich die Akteure so verhalten wie im Wettbewerb. Das Stichwort heißt hier: ‚Anreize‘. So sollte es das Ziel staatlicher Regulierung sein, dort wo der Marktmechanismus nicht funktionieren kann, den Akteuren Anreize zu vermitteln, sich dennoch so zu verhalten, dass Ressourcen effizient verwendet werden. Dabei ist zu beachten, dass zu starke Anreize auch negative Effekte haben können, falls sie z. B. zu einer Senkung der Behandlungsqualität oder zu einer unerwünschten Selektion der Patienten führen.“*

Unstrittig ist, dass mit einem effizienteren Umgang der begrenzten Ressourcen es insgesamt mehr Menschen ermöglicht werden könnte, an ihrem Nutzen zu partizipieren.



Im Fokus stehen deshalb nicht das Individuum, sondern die Gesamtpopulation und die Maximierung des Gesamtwohles im Sinne des gesellschaftlichen Wohlfahrtsoptimums. Die Versorgungsforschung hat in der Vergangenheit bereits zahlreiche Einzelaspekte der hausarztzentrierten Versorgung evaluiert. Kosten-Nutzen-Vergleiche, Behandlungsqualität, Zugangsgerechtigkeit und anderes waren Inhalt verschiedenster Forschungsarbeiten. Die Literaturrecherche zeigt, dass die positiven Effekte und Outcomes als Versorgungsergebnis der HzV überwiegen.

Trotz dieser eindeutigen und wissenschaftlich fundierten Ergebnisse ist es der HzV jedoch bis heute verwehrt geblieben zu reüssieren und sich als soziale Innovation im bundesdeutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu verorten. Allen gesichteten Forschungsarbeiten gemein ist dabei, dass Sie keine Antwort auf die Frage liefern, woran die Umsetzung der HzV als soziale Innovation bislang gescheitert ist. Ihr Fokus liegt in der Mehrzahl jeweils nur auf einem Strang der Versorgung, nicht jedoch auf dem gesamten Netzwerk der Beteiligten, welches Anknüpfungspunkte beim Gesetzgeber, den Leistungserbringern, den Leistungsnehmer und den Leistungsträgern besitzt und sich als tragfähiges Versorgungskonstrukt behaupten muss. Das erfolgreiche Durchlaufen eines Diffusionsprozesses in die Prozesse und Organisationen der beteiligten Akteure (Adopter) zur nachhaltigen Institutionalisierung der HzV als ein Teil der bundesweiten Regelversorgung wurde bisher nicht dokumentiert, wobei die Versorgung in Baden-Württemberg als ein regional funktionierendes Versorgungsangebot hervorsticht.

Die beispielhaften Geschehnisse zum Jahreswechsel 2010/2011 in Bayern zeigen jedoch deutlich, wie wenig belastbar die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Hausärzteverband sind. Auf Wünsche der AOK Bayern auf Vertragsanpassungen reagierte der Hausärzteverband mit einem angedrohten Systemausstieg (Paquet 2011: 36). Letztlich gaben die Hausärzte den Kassen mit diesem überzogenen Verhalten nur ein „Steilvorlage“, um die bisherigen, unter Kontrahierungszwang geschlossenen HzV-Verträge zu kündigen. (AOK Bayern 2010: o.S.).

Steigende Ausgaben und intransparente Behandlungsergebnisse auf Kassenseite stehen Unzufriedenheit um die Honorarverteilung und Sorge um Einnahmesicherheit auf der Ärzteseite gegenüber, welche aufgrund einer gesetzgeberisch bedingten, paritätisch

unausgewogenen Verhandlungsbasis zu einer fristlosen Kündigung durch die Krankenkassen führte.

Die vorliegende Arbeit möchte durch die Einbettung der HzV in das Forschungssetting zu sozialen Innovationen, Hinweise auf optimale Akteurskonstellationen und Steuerungsmechanismen für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung einer erwiesenermaßen sinnvollen Versorgungsform herausarbeiten, indem sie die Gründe für die bisher gescheiterte Institutionalisierung von HzV als soziale Innovation im bundesdeutschen Versorgungsalltag anhand der Darstellung von Diffusionsprozessen ermittelt.

## III. Empirie

### 7 Vorüberlegungen zur empirischen Untersuchung

#### 7.1 Zielformulierung

Zur Thematik der hausarztzentrierten Versorgung existieren, wie dargestellt (siehe Kap. 6), eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten auf nationaler und internationaler Ebene, welche sich mit diversen Parametern des Versorgungsmodells der HzV auseinandersetzen. Diese Arbeiten fokussieren unterschiedlichste Aspekte der HzV. Zu nennen sind hier bspw. ökonomische Aspekte, Qualitätsverbesserungen, Abbau von Zugangsbarrieren, Therapietreue, Reduktion der Morbiditätsprogression und andere.

Die Heterogenität der verschiedenen Forschungsperspektiven spiegelt die ambivalente Wahrnehmung von Effizienz und Nutzen der hausarztzentrierten Versorgung in ihrer Zielsetzung einer erweiterten Versorgungsoptimierung wider.

Die Literaturrecherche ergab jedoch auch, dass keine der Arbeiten explizit eine Antwort auf die Fragestellung gibt, warum es trotz vorhandener positiver Effizienz- und Nutzungsergebnisse bisher nicht gelungen ist, die HzV weiterzuentwickeln und bspw. als eine Primärleistung der GKV am bundesdeutschen Gesundheitsmarkt zu etablieren und das trotz umfassender Regulierungs- und Reformanstrengungen des Sozialgesetzgebers zur Umsetzung einer erfolgreichen Implementierung.

Die Gründe des Scheiterns vor dem Hintergrund der Implementationsbemühungen der Selbstverwaltungen (Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen), flankiert vom Gesetzgeber, sind bisher noch nicht Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung gewesen. Eine Untersuchung und Exploration der Defizite, welche den Diffusionsprozesses der HzV in die Regelversorgung bislang so nachhaltig behindert haben, ist bislang noch nicht durchgeführt worden. In diesem Wirkungszusammenhang ist es auch bisher versäumt worden, die verschiedenen Interessenslagen und Abhängigkeitsverhältnisse der beteiligten Gruppen – Ärzteverbände, Kassenverbände, Patienten und des Gesetzgeber – herauszuarbeiten und die verschiedenen Affinitäten und Präferenzen in ihrer Rolle als sowohl als Adopter, aber auch – im Falle des Gesetzgebers – als Innovationsschöpfer und verantwortlicher Rahmengeber innerhalb des Diffusionsprozesses miteinander abzugleichen.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel diese Forschungslücke zu schließen<sup>9</sup> und bearbeitet zu diesem Zweck zwei Fragenkomplexe. Die erste Frage ist deskriptiver Natur und dient als Grundlage und Hinführung zur analytischen, zweiten Fragestellung.

## 7.2 Differenzierung der Fragestellung

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden die Bemühungen des Gesetzgebers zur nachhaltigen Einführung der HzV anhand der Gesundheitsreformgesetzgebungen der Jahre 2000 bis 2013 dargestellt. Die Literaturrecherche hat die Nutzenstiftung hausarztzentrierter Versorgung belegen können. Anhand verschiedenster Arbeiten mit unterschiedlichsten Forschungsansätzen wurde die Bedeutung hausarztzentrierter Versorgung als innovative, mit positivem Outcome und Output versehene Versorgungsform unterstrichen. Diesen Erkenntnissen zuwider läuft jedoch die schleppende, von vielen Differenzen zu Inhalten, Vergütungen und Zielgruppen, bis hin zum Umsetzungsstillstand geprägte Einführung.

Die Hauptfragestellung der empirischen Untersuchung zu den Gründen des Scheiterns der Implementation lässt sich vor dem theoretischen Hintergrund der Innovationsforschung und insbesondere des Phasenmodells nach Rogers über Diffusion und Institutionalisierung einer sozialen Innovation wie folgt differenzieren:

- Welche Diffusionsphase/Diffusionsphasen wurde/wurden nicht erreicht bzw. nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?
- Warum wurde/wurden die Diffusionsphase/Diffusionsphasen nicht erreicht bzw. der Diffusionsprozess nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?

---

<sup>9</sup> Die Wahl des 5-Phasenmodells nach E. Rogers als Untersuchungsinstrument resultiert aus der Grundannahme, dass die in Kapitel 3) herausgearbeiteten Schlüsselprobleme zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Mengen ausweitungen, Ausgabensteigerungen und Intransparenz) beiderseitig zu immer komplexeren Kontrollmechanismen führen, welche die systemimmanent festungsartigen (Verbands-) Strukturen der beiden Selbstverwaltungen weiter verdichten und dadurch die Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungsmodelle, umgesetzt als Diffusionsprozess einer sozialen Innovation, behindern. Die Diffusionsforschung betrachtet die Adoption der einzelnen Individuen über die gesamte Population aggregiert und ist für die Untersuchung von Diffusionsprozessen innerhalb von Organisationen, Verbänden und Interessensgruppen das Mittel der Wahl. Sie bedient sich zur Untersuchung von Innovationen und ihrer Implementationsprozesse verschiedener Modelle, um Aussagen bezgl. des Markterfolges, der Marktdurchdringung (Diffusionsgeschwindigkeit) und der Penetration einer Innovation treffen zu können.

---

*„Damit gelangen wir zu den Forderungen, die an die Diffusionsforschung zu stellen sind: Nicht so sehr fragen nach den Ursachen individueller Übernahme müssen in den Vordergrund gerückt werden, sondern Fragen nach den natürlichen und künstlichen sozialen Barrieren eines Systems für spezifische Innovation.(...). Was behindert und fördert Innovationen, warum sind spezifische und nicht andere Innovationen davon betroffen? Die zweite Frage bedingt eine umfassende Analyse der gesellschaftlichen Situation.“ Sie rekuriert ferner auf die erste.“ (Echternhagen 1983: 4/11)*

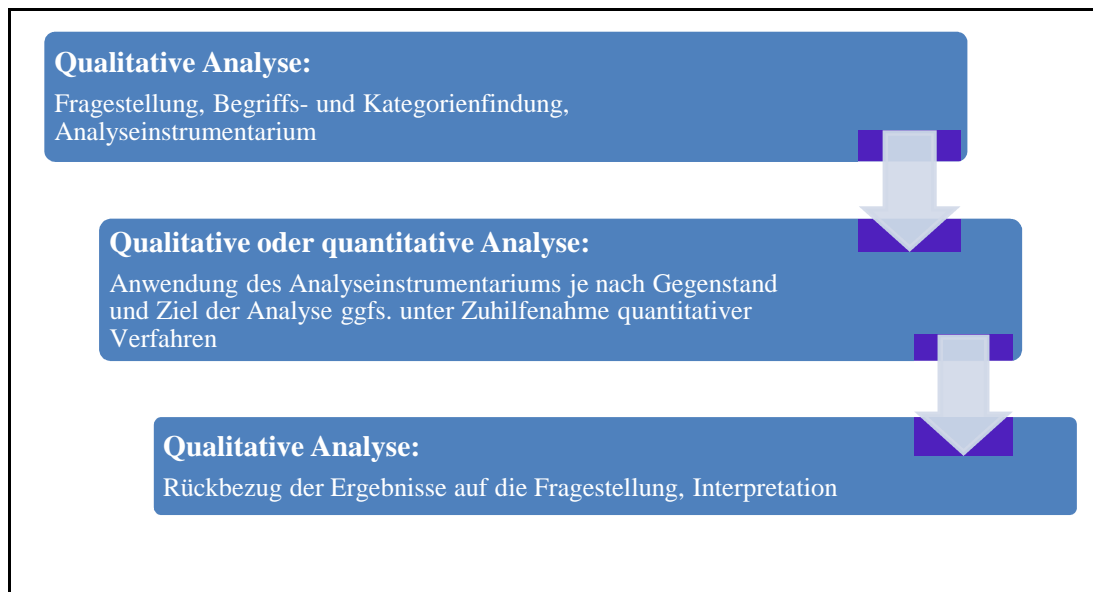
Den Gütekriterien Offenheit und Flexibilität der qualitativen Sozialforschung geschuldet, sind die oben gestellten Fragen bewusst offen gehalten und nicht in irgendeiner Weise limitiert oder beschränkt (Flick et al. 2005: 487-500; Lamnek 2010: 19-24; Mayring 2010: 51f.). Dabei korrespondieren sie mit der für die vorliegende Arbeit gewählten Forschungsmethodik der qualitativen Inhaltsanalyse.

## 8 Untersuchungsdesign und Methodik

### 8.1 Qualitative vs. quantitative Sozialforschung

Ausgehend von der Fragestellung, warum es nicht gelingt, hausarztzentrierte Versorgung erfolgreich und nachhaltig in der ärztlichen Regelversorgung zu verankern, inkludiert die empirische Untersuchung die an der Versorgungsgenerierung beteiligten Organisationen in ihre Analyse und Betrachtung. Auch wenn die Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Ärzteverbände und des Gesetzgebers verschiedene Aufgaben und Zielsetzungen im Gesundheitswesen innehaben und verfolgen, so vereint sie ihr Auftrag und Interaktionsbezug zur Konstruktion eines Versorgungsangebotes. Es erscheint sinnvoll, zur Beschreibung des Implementationsprozesses, die Handlungen und Interventionen aus der Perspektive der jeweiligen, beteiligten Institution zu beschreiben.

Die Ausrichtung der empirischen Untersuchung in Verbindung mit der theoriegeleiteten Differenzierung der Hauptfragestellung sind maßgebliche Parameter der geplanten und vorzunehmenden Textanalysen. Über die Inhalte und Wiedergaben von Positionspapieren, Stellungnahmen und Gesetzestexten werden im Weiteren Interpretationen und Aussagen „*über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren*“ (Mayring 2010: 53) abzuleiten sein. Für die vorliegende Arbeit werden Anteile quantitativer Analyse mit der eigentlichen qualitativen Analyseausrichtung sinnhaft verknüpft (Mayring 2008: 9) (Abb. 14). Quantitative Forschung beinhaltet häufig eine Hypothesenbildung ex ante und in der Folge ihre Verifizierung ex post. Für die Rekonstruktion der Gesamtgeschehnisse und Handlungsverläufe präferiert die hier durchgeführte Empirie jedoch den explorativen und qualitativen Charakter der Sozialforschung (Lamnek: 2010: 19-29; Mayring: 2010: 17-25). Eine solche Ausrichtung bedingt eine Offenheit und Flexibilität des Forschungsprozesses, um die Probanden in ihrer Perspektive und in ihrem gesamtgesellschaftlichen, sozialen Setting zu erleben.



**Abbildung 14: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse nach Mayring**  
 Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring (2010: 21)

Lamnek (2010: 19-29) nennt in seinen Ausführungen sechs zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung: „*Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung als Gegenstand und Analyse, Explikation und Flexibilität*“.

Das Prinzip der **Offenheit**: Um im Bedarfsfall Neufassungen, Korrekturen oder Ergänzungen an theoretischen Strukturen und Hypothesen oder der Methodik am Untersuchungsgegenstand vornehmen zu können, muss qualitative Forschung dem Gegenstand gegenüber offen gehalten werden.

Das Prinzip **Forschung als Kommunikation** zu verstehen: Die Kommunikation zwischen Forschendem und dem zu Erforschenden ist bereits selbst als Forschung zu verstehen ist. Dabei ist das forschungsbezogene Kommunikationssetting weitgehend an die kommunikativen Bedingungen des alltäglichen Handelns zu adaptieren.

Das Prinzip des **Prozesscharakters von Forschung als Gegenstand**: Der Forschungsprozess in der qualitativen Sozialforschung ist als Kommunikationsprozess zu verstehen. Ergänzend werden Aussagen und Verhaltensweisen der Probanden als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität gesehen. Die funktionierende Kommunikation zwischen Forschendem und zu Erforschendem vorausgesetzt, gelten der Forschungsgegenstand und die Praktizierung des Forschens selbst als prozesshaft. Der Forscher muss für ein Gelingen der Forschung zwingend als eigenständiger Bestandteil in den Forschungsprozess inkludiert sein.

Das Prinzip der **Reflexivität von Gegenstand und Analyse**: Der Start und Einstieg in eine qualitative Analyse - im Gegensatz zur linearen Strategie der quantitativen Forschung – ist grundsätzlich beliebig. Die der Methodik inhärente Reflexivität bedingt zum einen die Reflektionsfähigkeit des Forschers, als auch die Anpassungsfähigkeit des Untersuchungsinstrumentariums.

Das Prinzip der **Explikation**: Unter Explikation ist keine Technik qualitativer Forschung zu verstehen, sondern ein Terminus, welcher die Forderung nach Nachvollziehbarkeit der Interpretation, der Intersubjektivität des Forschungsergebnisses, bezeichnet.

Das Prinzip der **Flexibilität**: Durch Flexibilität im Forschungsprozess wird eine Anpassung der Analyseverfahren an die jeweiligen Merkmale und Eigenheiten des Untersuchungsobjektes ermöglicht, um den während des laufenden Forschungsprozesses sukzessiv erlangten Erkenntnisfortschritt in nachfolgende Analyse- bzw. Untersuchungsabschnitte einzubinden. Qualitative Forschungsverfahren werden aufgrund der beschriebenen Eigenschaften hinsichtlich Elastizität und Flexibilität als weiche Methoden bezeichnet (Lamnek 2010: 19-29).

Qualitative Forschung folgt in ihrer Umsetzung nach Lamnek (2010: 174) einer *zirkulären Strategie*. Die *Auswahl des Verfahrens* steht mit der *Auswahl der Personen*, der *Datenerhebung* und der *Datenauswertung* wechselseitig in Beziehung. Dieses Forschungs- bzw. Arbeitspaket mündet in der Theorieentwicklung. Die quantitative Forschung verfolgt nach Lamnek (ebda.) ebenso auch eine *lineare Strategie*. Der *Formulierung von Hypothesen* folgt die *Auswahl der Verfahren*, die *Auswahl der Personen*, die *Datenerhebung*, die *Datenauswertung* und abschließend die *Testung von Hypothesen*.

Auch wenn klassische quantitative Gütekriterien, wie bspw. Validität und Reliabilität, keine dominierende Rolle für das qualitative Paradigma innehaben, so werden der qualitativen Forschung auch verbindliche Qualitätsmaßstäbe zugeordnet, um nicht dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt zu werden (Greiner 1999: 123f.). Lamnek (2010: 127-166) verweist auf sechs Gütekriterien, welche im Zuge qualitativer Forschung Berücksichtigung finden sollten:

- Verfahrensdokumentation



- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

Die **Verfahrensdokumentation**: Im Gegensatz zur quantitativen Forschung und der einfachen Nennung des verwendeten Erhebungsinstrumentes, bedarf es bei der qualitativen Forschung einer dezidierten Verfahrensdokumentation. Um die intersubjektive Überprüfbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten, muss anhand der Verfahrensdokumentation die verwendete Methode detailliert dargestellt werden.

Die **Argumentative Interpretationsabsicherung**: Qualitative Forschungsanalyse erfolgt explikativ und nicht reduktiv. Die durch die Analyse gewonnen Interpretationen müssen dergestalt dokumentiert werden, dass eine intersubjektive Überprüfbar- und Nachvollziehbarkeit gegeben ist. Qualitative Forschung kann so effektiv dem von Verfechtern quantitativer Forschung formulierten Vorwurf der Willkür und Beliebigkeit begegnen.

Die **Regelgeleitetheit**: Für qualitative Forschung existieren vorgegebene Verfahrensregeln, das zu untersuchende Material ist systematisch zu bearbeiten. Dies kann durch Kodierprozesse geschehen, generative Fragestellungen u.a.

Die **Nähe zum Gegenstand**: Als methodisches Grundprinzip gilt die Nähe zum Forschungsgegenstand. Eine Überprüfung des qualitativen Forschungsprozesses sollte auch die Ausrichtung auf das natürliche Setting der Probanden, ihrer Interessen und Werteverständnisses beinhalten.

Die **Kommunikative Validierung**: Eine Überprüfung der Forschungsergebnisse, bzw. der vorgenommenen Interpretationen kann auch unter Zuhilfenahme der Probanden erfolgen. Die Bestätigung der Analyseergebnisse durch die Probanden kann als wichtiges Argument zur Validität der Ergebnisse dienen. Die Probanden sind hierbei nicht nur auf eine Betrachtung als Datenlieferant reduziert, sondern können dem Forscher als Reflektionspartner wichtige Erkenntnisse über die Relevanz der Ergebnisse liefern.

Die **Triangulation**: Mit dem Begriff der Triangulation wird der Versuch benannt, dass man für eine Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu generieren versucht und die Resultate vergleicht. Ziel hierbei ist es nicht, deckungsgleiche Ergebnisse zu

erzielen, sondern Stärken und Schwächen der verschiedenen Wirkungen miteinander zu vergleichen und zu einem Gesamtbild zusammen zu setzen.

## 8.2 Datenerhebung

### 8.2.1 Feldzugang

Die Durchführung der vorliegenden Untersuchung erfolgte in zwei Schritten:

- Im ersten Schritt wurde eine qualitative Datenerhebung anhand einer Dokumentensammlung durchgeführt. Hierzu diente primär das webbasierte Parlamentsarchiv des Deutschen Bundestages. Printmedien wurden direkt im Parlamentsarchiv des Deutschen Bundestages in Berlin eingesehen.
- Im zweiten Schritt wurden die gesammelten Dokumente einer zweistufigen, qualitativen Datenanalyse unterworfen mittels Transkription und Konstruktion deskriptiver Kategorien (unter Herbeiziehung des 5-Phasenmodells und der innovationsspezifischen Einflussfaktoren nach Rogers [2003: 421, 266]) und deren Analyse in Anlehnung an Mayring (2010: 98f).

### 8.2.2 Theoretical Sampling – Erhebung der Stichprobe

Qualitative Forschung hat nicht zum Ziel, eine möglichst große Probandenzahl zu untersuchen, sondern die Untersuchung der für das Forschungsinteresse typischen Fälle. Die Materialstichprobe wird somit nicht nach den Kriterien statistischer und quantitativer Forschungslogik folgender Repräsentativität ausgewählt, sondern im Sinne des *theoretical samplings*, der theoriegeleiteten Stichprobengröße, nach einer Generalisierbarkeit des Wissensfundus um den Untersuchungsgegenstand.

Dafür werden zunächst eine bzw. einzelne Untersuchungseinheiten analysiert. Aus den Untersuchungsergebnissen abgeleitet werden dann weitere Fälle gesucht, um die bisher erzielten Ergebnisse zu bestätigen, sie zu kontrollieren, zu modifizieren, zu erweitern oder aber zu relativieren. Die Fallauswahl kann dabei willkürlich vorgenommen werden, um eine Theorie zu entwickeln (*Grounded Theory*) oder aber gezielt, um anhand abweichender oder extremer Fälle (Polarisierung) eine Theorie zu kontrollieren bzw. zu revidieren (analytische Induktion, selektives Sampling). Die Größe der Stichprobe ist dabei nicht von vornherein festgelegt, sondern wird limitiert vom

Erreichen der theoriebezogenen Sättigung bzw. kann bei Bedarf aber auch entsprechend erweitert werden (Lamnek 2010: 172f.; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 177-182, 184f.).

Die vorliegende Arbeit untersucht den Diffusionsprozess hausarztzentrierter Versorgung in die vertragsärztliche Regelversorgung. Die Rahmenbedingungen für diesen Diffusionsprozesses werden primär durch den Gesetzgeber beraten, beschlossen und per Gesetzesformulierung generiert. Im Vorlauf zur Gesetzesformulierung sind Anhörungsverfahren angelegt, die Institutionen und Einzelpersonen den Raum und die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit den geplanten Gesetzesinhalten geben. Gegenüber dem Gesetzgeber geben diese Akteure per Stellungnahme ihre Grundhaltung zur Kenntnis. Diese Grundhaltung bildet die Basis für die weitere Bereitschaft zur Adoption der gesetzgeberischen Rahmenbedingungen zur hausarztzentrierten Versorgung. Die Bereitschaft zur Adoption der gesetzgeberischen Rahmenbedingungen gilt als Voraussetzung zur erfolgreichen Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung im Versorgungsalltag. Das *theoretical sampling* der vorliegenden Arbeit erstreckt sich über die, zu den Anhörungsverfahren der in Kap. 4 genannten Gesetzgebungsverfahren, abgegebenen Stellungnahmen. Das Forschungsinteresse gilt den Stellungnahmen, welche einen direkten Bezug (inhaltliche-textliche Auseinandersetzung) zu den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen zur hausarztzentrierten Versorgung vorweisen können.

## 8.3 Datenanalyse

### 8.3.1 Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse dient als eine klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterial (Flick 2010: 409). Für die vorliegende Arbeit wurde eine große Anzahl von Stellungnahmen gesichtet. Flick (2010: 475) weist bei der Methodenauswahl daraufhin,

*„wenn große Textmengen mit Blick auf die Repräsentativität von Ergebnissen (...) analysiert werden sollen, (...) erscheint die qualitative Inhaltsanalyse hierfür geeigneter, (...).“*

Die qualitative Inhaltsanalyse wird zur systematischen Bearbeitung von Kommunikationsmaterial (verschriftlicht, vertont, verbildlicht) genutzt. Dabei wird

nicht nur der Inhalt des Materiales erarbeitet, sondern auch formale Aspekte und Sinngehalte aufgedeckt. Nach Mayring (2010: 26-47) bedarf die qualitative Inhaltsanalyse der Eigenschaft des systematischen Vorgehens, wie es eher bei quantitativen Analysetechniken zu finden ist.

Mayring (2010: 26-47) nennt fünf Bereiche, welche mit dem Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse arbeiten:

- Kommunikationswissenschaften (*content analysis*)
- Hermeneutik (Kunstlehre der Interpretation)
- Qualitative Sozialforschung (interpretatives Paradigma)
- Literaturwissenschaften
- und die Psychologie der Textverarbeitung

Die genannten fünf Bereiche liefern 15 Grundsätze zur Entwicklung der Struktur einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010: 47):

- *„Notwendigkeit systematischen Vorgehens*
- *Notwendigkeit eines Kommunikationsmodells*
- *Kategorien im Zentrum der Analyse*
- *Überprüfung anhand von Gütekriterien*
- *Entstehungsbedingungen des Materials*
- *Explikation des Vorverständnisses*
- *Beachtung latenter Sinngehalte*
- *Orientierung an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens*
- *Übernahme der Perspektive des anderen*
- *Möglichkeit der Re-Interpretation*
- *Semiotische Grundbegriffe*
- *Interpretationsregeln der strukturierenden Textanalyse*
- *Psychologie der Textverarbeitung*
- *Makrooperatoren für Zusammenfassungen“*

Diese 15 Grundsätze hat Mayring in die Entwicklung seiner Ablaufmodelle zur qualitativen Inhaltsanalyse bzw. strukturierende Inhaltsanalyse einfließen lassen (Kap. 8.3.2).

### 8.3.2 Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse: Inhaltliche Strukturierung

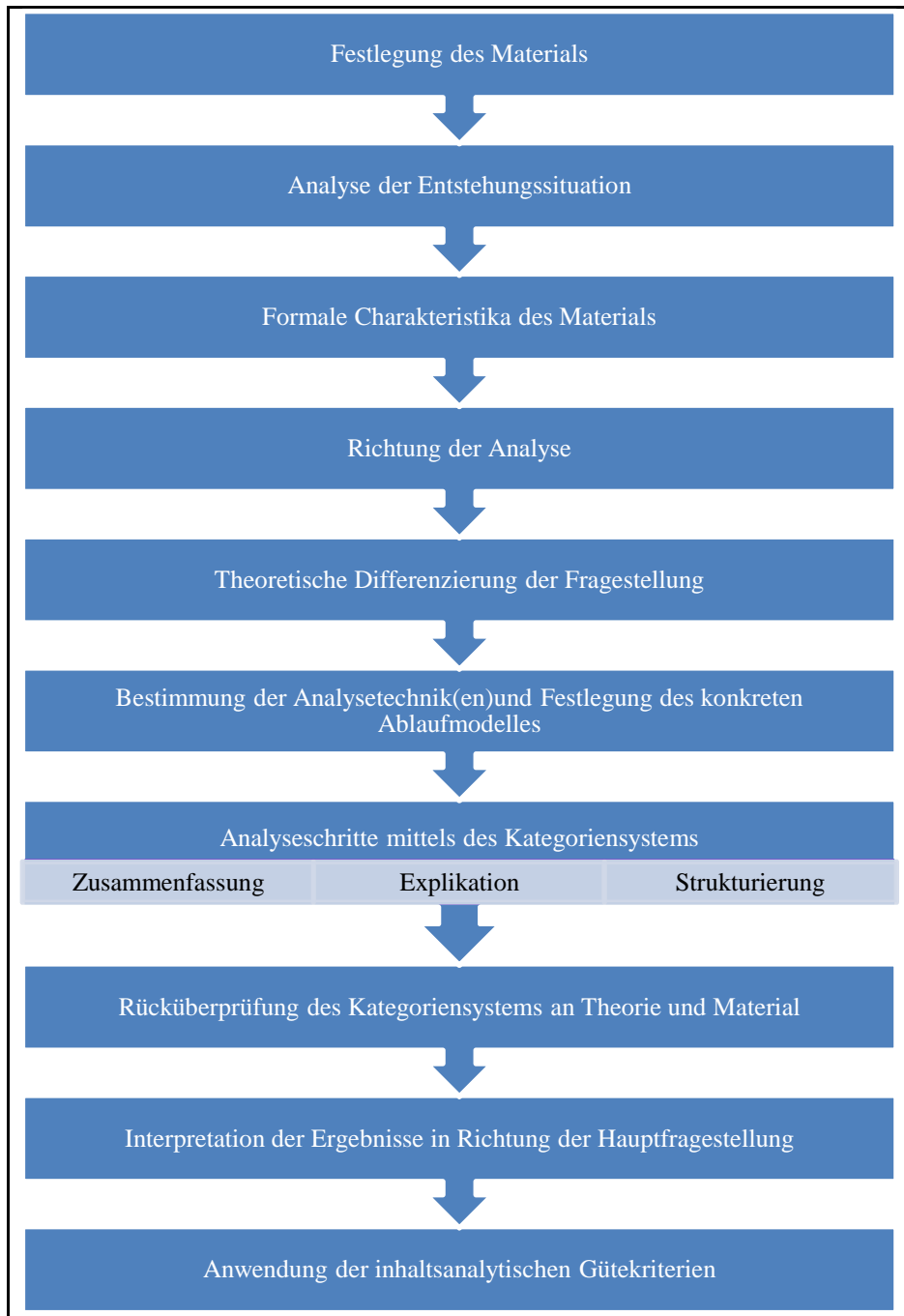
Die Vorgehensweise zur qualitativen Inhaltsanalyse in der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den Vorgaben des inhaltsanalytischen Ablaufmodells nach Mayring (2010: 60). Durch Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse wird die empirische Untersuchung prinzipiell nachvollziehbar, die generierten Ergebnisse aus dem

Blickwinkel der Triangulation auch mit anderen Studien vergleichbar und ermöglicht die Umsetzung von Reliabilitätsprüfungen.

In einem ersten Schritt wird das zu analysierende Material festgelegt. Zur Analyse der Entstehungssituation wird die Kohärenz der Materialien durch Zeitbezüge, regionale Zuordnung, Profession und weitere noch zu entwickelnde Kriterien hergestellt und den Charakteristika des Materials Rechnung getragen.

Die Richtung der Analyse leitet sich aus der bereits erfolgten Ausdifferenzierung der Fragestellung ab, warum wann welche Interaktionen passieren (oder unterbleiben), die eine erfolgreiche Manifestierung hausarztzentrierter Versorgung als Teil der Regelversorgung verhindern. Zur Analyse selbst wird primär die Technik der inhaltlichen Strukturierung verwendet. Kategorien und Merkmale werden unter Hinzuziehung des 5-Phasenmodells zur Innovationsdiffusion und - ergänzend - dem Klassifikationsmodell innovations-spezifischer Einflussfaktoren von Rogers festgelegt und dem zu analysierenden Textmaterial entsprechend zugeordnet.

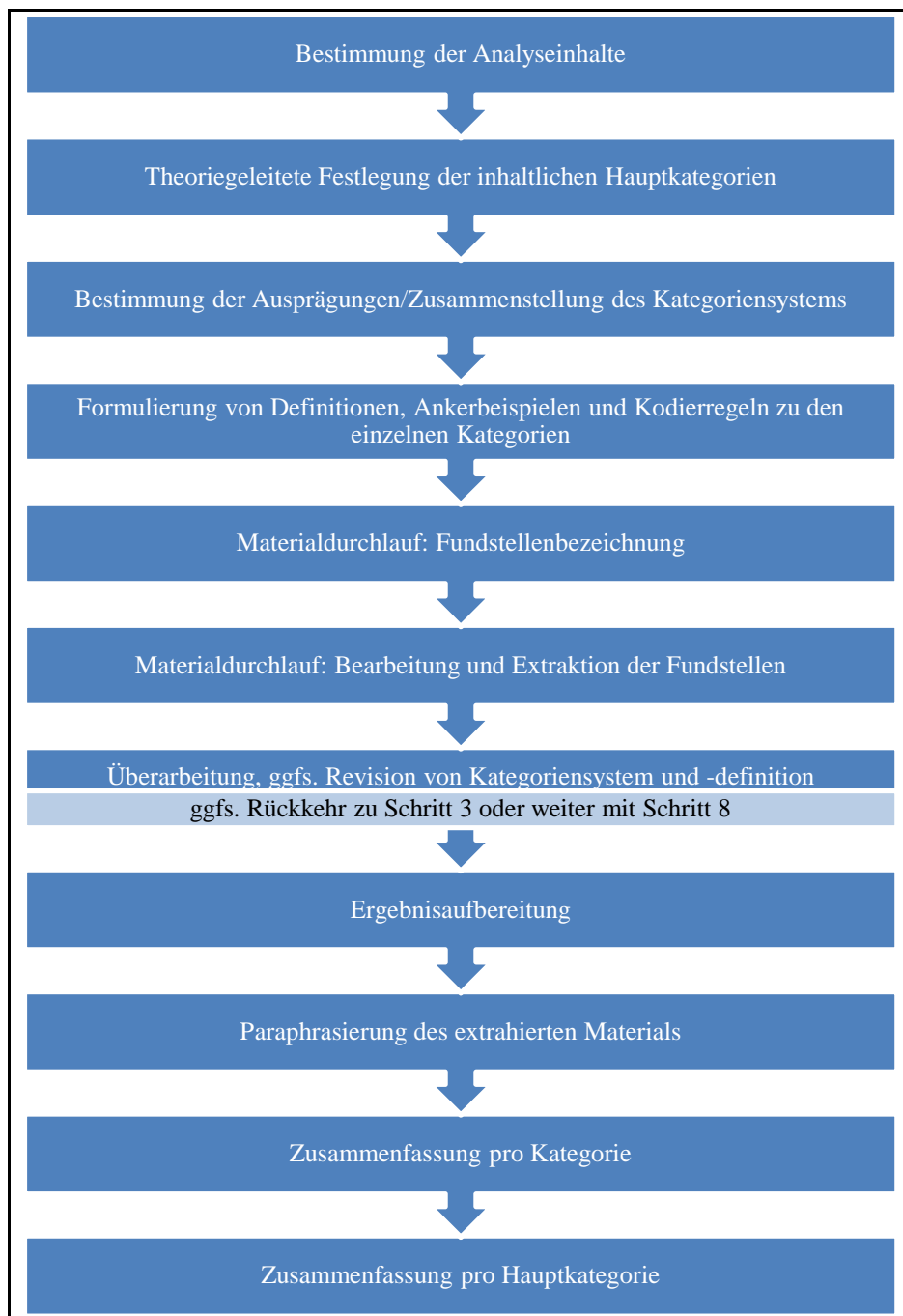
Die Ergebnisse werden zusammengefasst (Methodik der Zusammenfassung) und die sich individuell ergebenden Darstellungen fallübergreifend generalisiert, so dass sich eine Gesamtdarstellung typischer Fälle anhand der Kategorien herausbildet (Abb. 15).



**Abbildung 15: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring**

Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring (2010: 60)

Die inhaltliche Strukturierung bedient sich theoriegeleitet gebildeter Kategorien- und Unterkategoriensysteme, um ausgewählte Inhalte, Sachverhalte und Themen aus dem ausgewählten Material zu filtern und zusammenzuführen. Das zu untersuchende Textmaterial wird durch Verwendung des Kategoriensystems zur weiteren Ergebnisaufbereitung in paraphrasierte Bestandteile zerlegt und in einem ersten Schritt den Unterkategorien und dann im Weiteren den Hauptkategorien zugeordnet (Abb. 16).



**Abbildung 16: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung nach Mayring**  
Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring (2010: 99)

Durch die schematische Aufbereitung des Forschungsmaterials können größere Textmengen eindeutiger ausgewertet werden. Die Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse findet insbesondere zur Analyse subjektiver Sichtweisen ihre Anwendung:

*„Die Formalisierung des Vorgehens führt nicht zuletzt zu einem einheitlichen Kategorienschema, das den Vergleich von verschiedenen Fällen, auf die es durchgängig angewendet wird, erleichtert.“ (Flick 2010: 416)*

Die Formalisierung der Forschungsmethodik kann im Einzelfall auch als Limitation gelten. Denn die Kategorisierung nach deduktiv hergeleiteten Kategoriensystemen in Verbindung mit Paraphrasierung und Reduktion lenkt den Blick eher auf die Textinhalte und ihrer Einordnung in ein Klassifikationsmodell. Ggfs. werden implizite Aussageinhalte dadurch nicht aufgegriffen (Flick 2010: 416f.).



## IV. Ergebnisse

### 9 Empirische Ergebnisse

Der Komplexität der empirischen Untersuchung wird durch eine Ergebnisdarstellung in drei aufeinander aufbauenden Unterkapiteln Rechnung getragen und quantitative Analyseschritte mit qualitativen Analyseschritten kombiniert. Mayring (2008: 9) befürwortet eine solche Integration insbesondere für eine „*Datenebene durch das Arbeiten mit Auswertungskategorien, deren Auftretenshäufigkeiten analysiert werden können*“.

In den beiden ersten Abschnitten wird zur besseren Übersichtlichkeit eingangs die Umsetzung des *theoretical samplings* zur Eruiierung der zu untersuchenden Stellungnahmen (Kap. 9.1) und dann interkurrent die je Gesetzgebungsverfahren entwickelten, inhaltsanalytischen Ablaufmodelle (Kap. 9.2) deskriptiv aufbereitet.

Der dritte Teil (Kap. 9.3) widmet sich der Ergebnisanalyse. Für die Analyse fanden zwei sich ergänzende Untersuchungsschritte Anwendung:

- Im ersten Untersuchungsschritt wurden aus der Symbiose von strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring und dem 5-Phasen-Modell von Rogers je Gesetzgebungsverfahren die Diffusionsergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung erarbeitet.
- Mit dem zweiten Untersuchungsschritt wurden die Akteursaussagen aus den Diffusionsergebnissen zur Ursachenforschung hinsichtlich des Adoptions- bzw. Non-Adoptionsverhalten einer weiteren inhaltsanalytischen Auswertung unterworfen. Wiederum wurde für die Bildung des Kategoriensystems auf Arbeiten und Ergebnisse von Rogers zurückgegriffen und die von ihm ermittelten innovationsspezifischen Einflussfaktoren zur deduktiven Kategorienbildung verwendet.

#### 9.1 Ergebnisdarstellung des *theoretical samplings* je Gesetzgebungsverfahren

Zum *theoretical sampling* der Auswahleinheiten wurden die fachlichen Stellungnahmen aufgegriffen, welche von verschiedensten Akteuren zu den einzelnen, im zeitlichen Rahmen der vorliegenden Arbeit berücksichtigten, Gesetzgebungsverfahren eingereicht

wurden. Der Zugriff auf die Stellungnahmen erfolgte für sechs von sieben Verfahren webbasiert über den Internetauftritt des Deutschen Bundestages und der dortigen Verlinkung auf das Parlamentsarchiv des Deutschen Bundestages. Die Stellungnahmen zum GRG waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht digitalisiert aufbereitet und nur als Printmedien zugänglich. Die Stellungnahmen wurden vor Ort am Sitz des Parlamentsarchives im Elisabeth-Lüders-Haus in Berlin eingesehen.

Die Ergebnisdarstellung zur Anzahl der relevanten Stellungnahmen erfolgt je Gesetzgebungsverfahren. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde eine Clusterung der Stellungnahmen gewählt, die sich konkludent an der Akteurszuordnung und Teilnehmerdefinition des dreiseitigen Gesundheitsmarktes orientiert:

1. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Leistungsträger,
2. den Ärzten (Haus- und Facharztverbände von Berufs- bis Spitzenverbandsebene) und Therapeuten (hier nahezu ausnahmslos Psychologen) (Berufs- bis Spitzenverbandsebene) als Leistungserbringer
3. und subsumiert unter dem Synonym „Sonstige“ - stellvertretend für die Leistungsempfänger – Verbraucher- und Interessensgruppen, Wissenschaftler, Wohlfahrtsinstitutionen und weitere, nichtärztliche Berufsverbände

Zur Zusammensetzung der Leistungserbringerseite ist zu ergänzen, dass die ambulante, psychologische Behandlung in Budgetverhandlungen und Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten wird. Die Berufsgruppe der Psychologen wurde deshalb innerhalb der vorliegenden Untersuchung der ärztlichen Berufsgruppe beigeordnet und als Leistungserbringer klassifiziert.

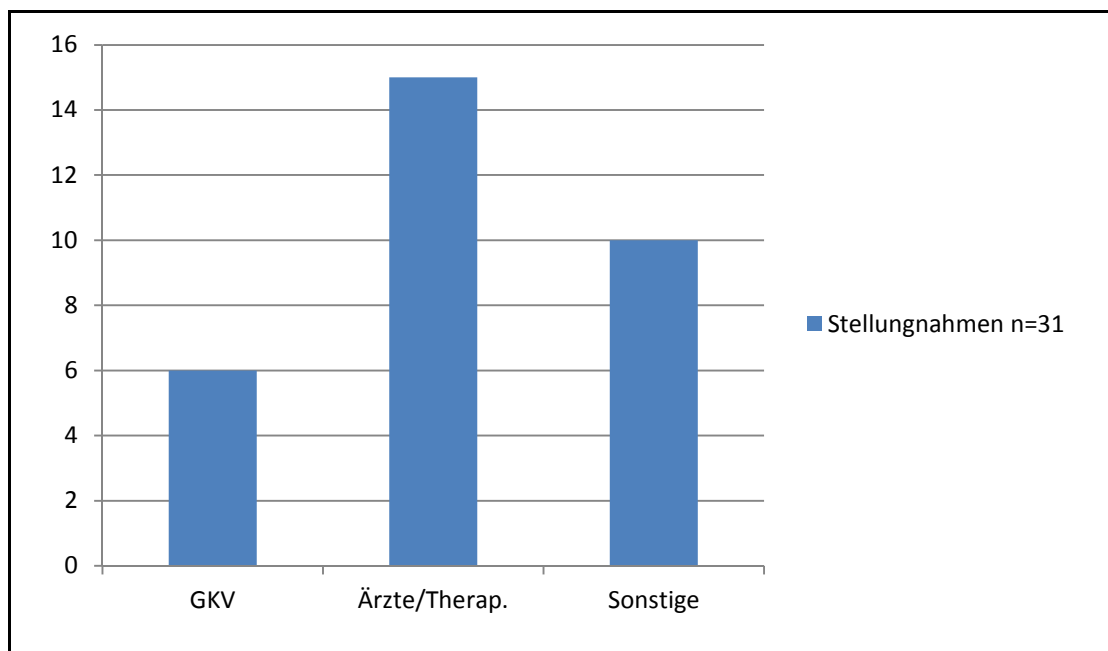
In der Ergebnisaufbereitung wird die Gesamtzahl der eingereichten Stellungnahmen je Gesetzgebungsverfahren als Ausgangsbestand und im Weiteren die für die vorliegende Untersuchung tatsächlich zu verwendende Anzahl ausgewiesen.

### 9.1.1 Stellungnahmen zum GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde im § 73 SGB V per Teilnehmerdefinition die Rahmenbedingungen der hausärztlichen Versorgung gesondert ausgewiesen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit zur Gewährung eines

Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung durch Einfügung des § 65a SGB V geschaffen (siehe hierzu Kap. 4.1.1).

Zum Anhörungsverfahren wurden dem Ausschuss für Gesundheit zum gesamten Gesetzgebungsverfahren  $n_{\text{GRGgesamt}} = 281$  Stellungnahmen übermittelt. Einen Bezug auf die Bonusregelung und somit eine Relevanz für die Untersuchung wiesen 31 Stellungnahmen auf (Abb. 17).



**Abbildung 17: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-GRG**  
Quelle: Eigene Darstellung

Dem Cluster der GKV wurden folgende Stellungnahmen zugeordnet:

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (vom 28.08.1999)
- IKK-Bundesverband (vom 27.08.1999)
- AOK-Bundesverband (vom 02.09.1999)
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1999)
- Michael Weller (als Referent des AOK Bundesverbandes) (1999)
- Verband der Angestelltenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (1999)

Den Ärzten und Therapeuten:

- Hartmannbund (ohne Datum)
- Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (1999)
- Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V. (VPK) (1999)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (vom 26.08.1999)
- Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (vom 23.08.1999)
- Berufsverband deutscher Nervenärzte e.V. (1999)

- Hausärzteverband Bremen (vom 19.09.1999)
- Bundesärztekammer (vom 11.05.1999)
- Bundesärztekammer (vom 24.06.1999)
- Bundesärztekammer (vom 14.07.1999)
- Bundesärztekammer (vom 03.09.1999)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (vom 23.08.1999)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (vom 24.06.1999)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (vom 17.09.1999)
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen (vom 23.06.1999)
- NAV – Virchowbund (ohne Datum)

Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP) (vom 07.06.1999)
- Bundesverband Managed Care (vom 27.08.1999)
- Deutscher Pflegerat (1999)
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (aus Sept. 1999)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (1999)
- Union der Leitenden Angestellten (ULA) (1999)
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (vom 24.09.1999)
- Prof. Dr. F.W. Schwartz (1999)
- Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) (1999)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (vom 16.03.1999)

### 9.1.2 Stellungnahmen zum GKV – Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) brachte mit Wirkung zum 01.01.2004 die hausarztzentrierte Versorgung als feste, ärztliche Leistungsgröße über die Generierung des § 73b in das fünfte Sozialgesetzbuch ein.

In fünf Sitzungen des Anhörungsverfahrens wurden 163 Stellungnahmen angenommen. Ergänzend – und dadurch abweichend zu den anderen Anhörungsverfahren – wurden am 16.03.2005 in der 98. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit nochmals 36 Stellungnahmen zum Zwecke einer „GMG-Zwischenbilanz“ angenommen.

Die Gesamtsumme der gesichteten Stellungnahmen zum GMG-Gesetzgebungsverfahren beträgt  $n_{\text{GMGgesamt}} = 199$ .

Für die Untersuchung relevant und bezugnehmend auf die Schaffung des § 73b SGB V waren 51 Stellungnahmen (Abb. 18).

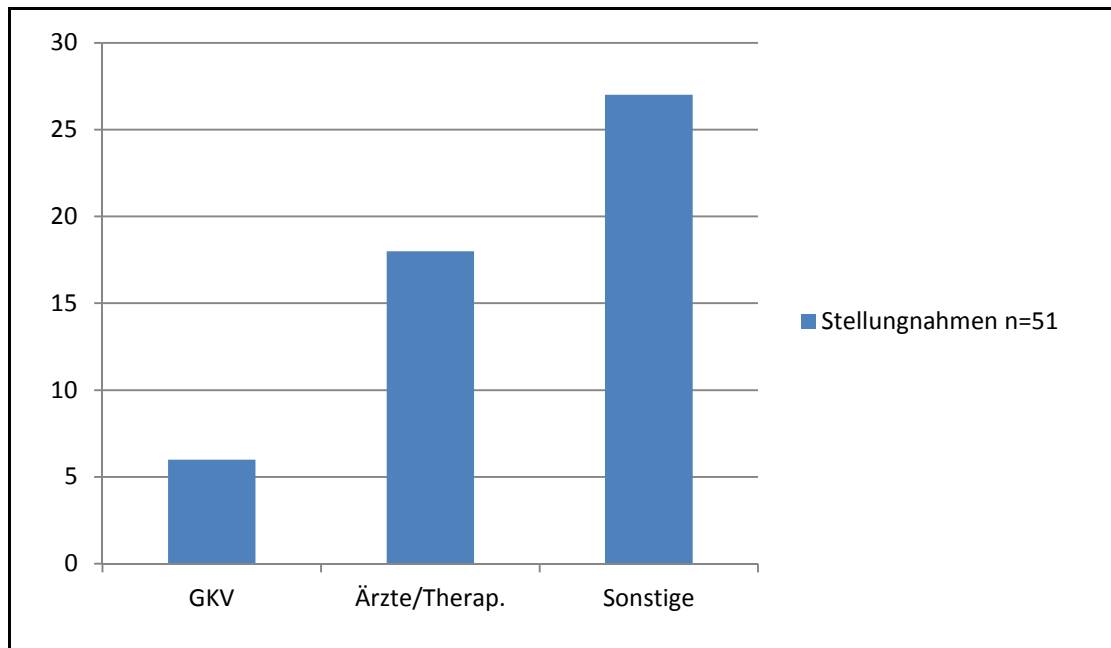


Abbildung 18: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-GMG

Quelle: Eigene Darstellung

Dem Cluster der GKV wurden folgende Stellungnahmen zugeordnet:

- Techniker Krankenkasse (vom 18.06.2003)
- Verband der Angestelltenkassen/Allgemeiner Ersatzkassenverband (vom 17.06.2003)
- AOK-Bundesverband vom (18.06.2003)
- BKK Bundesverband (2003)
- IKK Bundesverband (20.06.2003)
- Deutsche BKK (22.10.2003)

Den Ärzten und Therapeuten:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (vom 18.06.2003)
- Marburger Bund (1999)
- 2x Hartmannbund (vom 20.06.2003 und Sept. 2003)
- Bundesärztekammer (vom 18.06.2003)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2003)
- Psychotherapieverbände Gesprächskreis II (2003)
- Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (19.06.2003)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (24.06.2003)
- 2x Deutscher Hausärzterverband e.V. (Juni 2003 und Sept. 2003)
- 2x Bundespsychotherapeutenkammer (20.06.2003 und **März 2005**)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (2003)
- Bundesverband Hausärztlicher Internisten (BHI) e.V. (16.09.2003)
- Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (17.09.2003)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) (**März 2005**)

- Deutscher Psychotherapeutenverband e.V. (DPTV) (**März 2005**)

Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Aktion psychisch Kranke (vom 29.06.2003)
- AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (vom 24.06.2003)
- Bevollmächtigter des Rates der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) (vom 22.06.2003)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (vom 22.10.2003)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (vom 19.06.2003)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (vom 18.06.2003)
- Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands (2003)
- Diakonisches Werk der EKD (2003)
- Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (2003)
- Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb) (vom 20.06.2003)
- Kommissariat der deutschen Bischöfe (2003)
- Gesamtverband des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes (2003)
- Sozialverband Deutschland (2003)
- Prof. Dr. Eberhard Wille (2003)
- Weibernetz e.V. (2003)
- Volkssolidarität Bundesverband e.V. (2003)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (20.06.2003)
- Dr. Dr. Alexander Ehlers (2003)
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (20.06.2003)
- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (2003)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. (2003)
- Deutscher Caritasverband (2003)
- Deutscher Führungskräfteverband (ULA) (20.06.2003)
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (22.10.2003)
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2003)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (09.09.2003)
- Sozialverband VdK Deutschland (**März 2005**)

### 9.1.3 Stellungnahmen zum GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 (BGBl. I. S. 378) hat der Gesetzgeber den § 73b SGB V überarbeitet und die HzV als Pflichtangebot für die Krankenkassen verankert. Dem Ausschuss für Gesundheit wurde eine Gesamtheit an Eingaben von  $n_{\text{WSGgesamt}} = 222$  vorgelegt, bei einer Anzahl zu berücksichtigender Stellungnahmen in Höhe von 21.

Gesichtet wurden die Eingaben auf Einlassungen zur Streichung des Absatz 2 des § 65a SGB V (Wegfall des Versichertenbonus zur Teilnahme an der HV) und die Neufassung des § 73b SGB V.

Abweichend zu den anderen Anhörungsverfahren gliedern sich die im Parlamentsarchiv webbasiert aufgeführten Stellungnahmen (Abb. 19) zum Gesetzgebungsverfahren des GKV – WSG in drei Blöcke: Stellungnahmen (n = 155), Stellungnahmen zum Referentenentwurf (n =9) und sogenannte unaufgeforderte Stellungnahmen (n = 58).

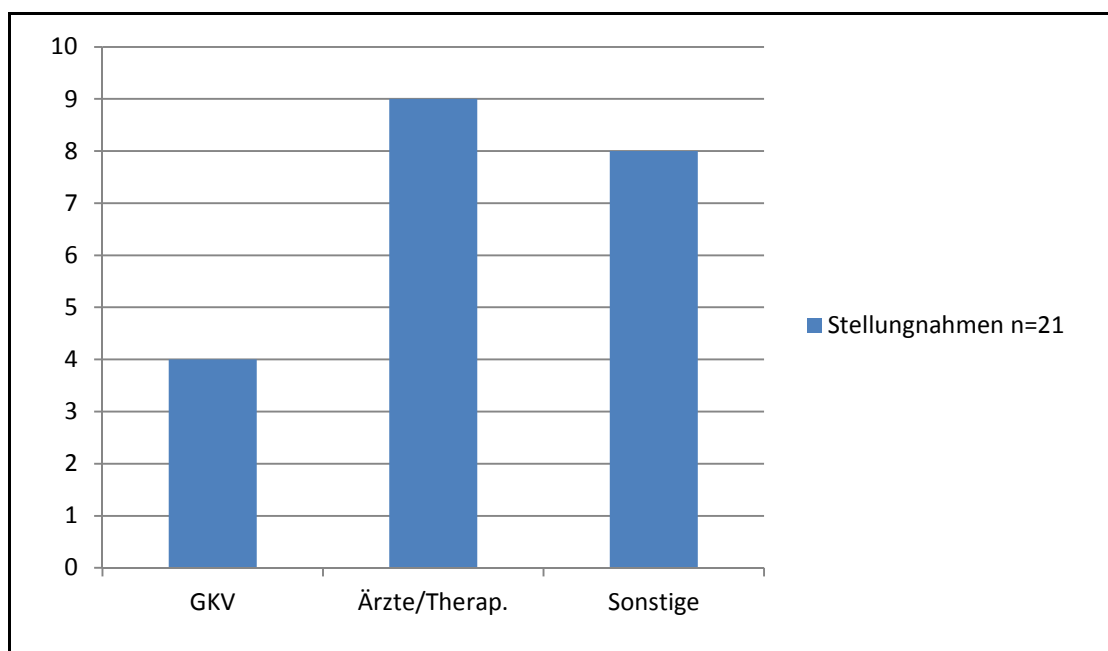


Abbildung 19: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-WSG

Quelle: Eigene Darstellung

Der Gruppe der GKV konnten drei relevante Stellungnahmen zugeordnet werden:

- (2x) Spitzenverbände der GKV vom 02.11.2006 und 03.11.2006
- Spitzenverbände der GKV vom 01.11.2006
- Techniker Krankenkasse vom 09.11.2006

Den Ärzten und Therapeuten:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte vom 13.10.2006
- Bundesärztekammer vom 03.11.2006
- Bundespsychotherapeutenkammer vom 03.11.2006
- Bundesverband hausärztlicher Internisten vom 02.11.2006
- Deutscher Hausärzteverband vom 02.11.2006
- Hartmannbund vom 02.11.2006
- Kassenärztliche Bundesvereinigung vom 03.11.2006
- NAV Virchow-Bund vom 15.11.2006
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie vom 25.10.2006

Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe vom 02.01.2006
- Bundesverband Managed Care (BMC) vom 09.11.2006
- Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ) vom 08.11.2006
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) vom 06.11.2006
- Deutscher Caritasverband vom 05.11.2006
- Verbraucherzentrale Bundesverband vom 02.11.2006
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband vom 07.11.2006
- Deutscher Führungskräfteverband (ULA) vom 02.11.2006

#### 9.1.4 Stellungnahmen zum GKV - Organisationsstrukturen- Weiterentwicklungsgesetz

In der zweiten Hälfte des Jahres 2008 hielt der Ausschuss für Gesundheit über den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (eingefügt am 15.12.2008, BGBl. I. S. 2426) eine öffentliche Anhörung ab. Die Grundgesamtheit der dabei vorgelegten Stellungnahmen betrug  $n_{\text{OrgWGgesamt}} = 62$ . Auf die Änderungen des Absatz 4 und Ergänzung des Absatzes 4a des § 73b SGB V - Fristsetzung zum flächendeckenden Vertragsabschluss, Kontrahierungszwang für Krankenkassen gegenüber ärztlichem Vertragspartner (>50%-Regelung zur Vertretung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner) und die Möglichkeit zum Schiedsverfahren, beauftragt durch den ärztlichen Vertragspartner - bezogen sich neun Stellungnahmen (Abb. 20).



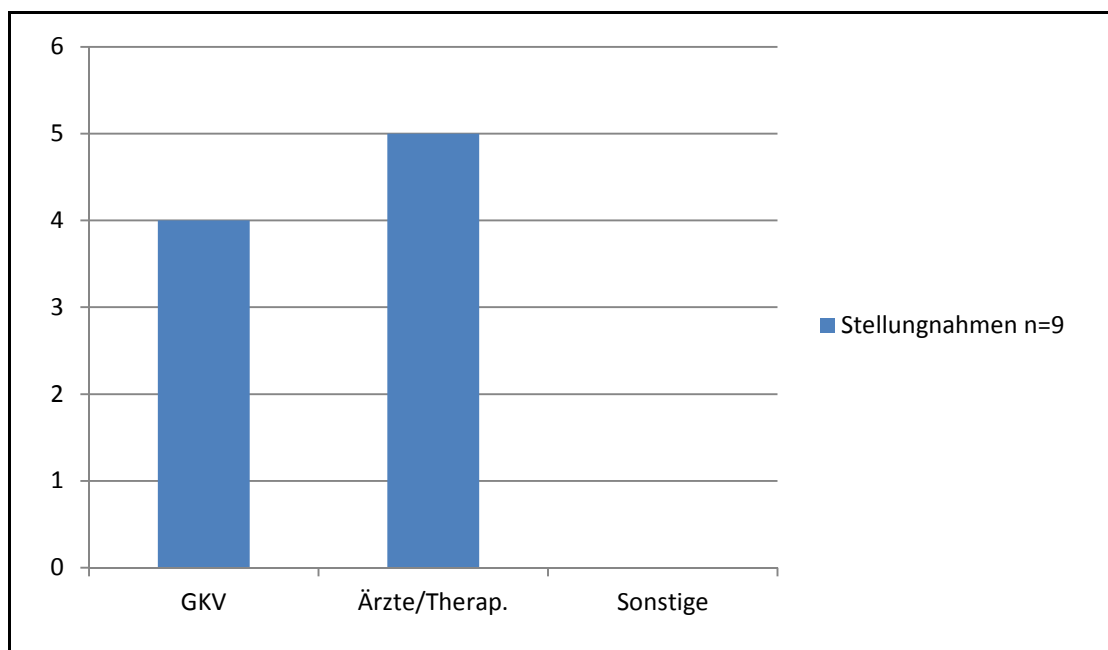


Abbildung 20: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-OrgWG

Quelle: Eigene Darstellung

Der Hauptgruppe GKV wurden folgende Stellungnahmen zugeordnet:

- AOK – Bundesverband (Nr. 2) vom 30.09.2008
- BKK Bundesverband vom 17.09.2008
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 24.09.2008
- Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. vom 16.06.2008

Den Ärzten und Therapeuten:

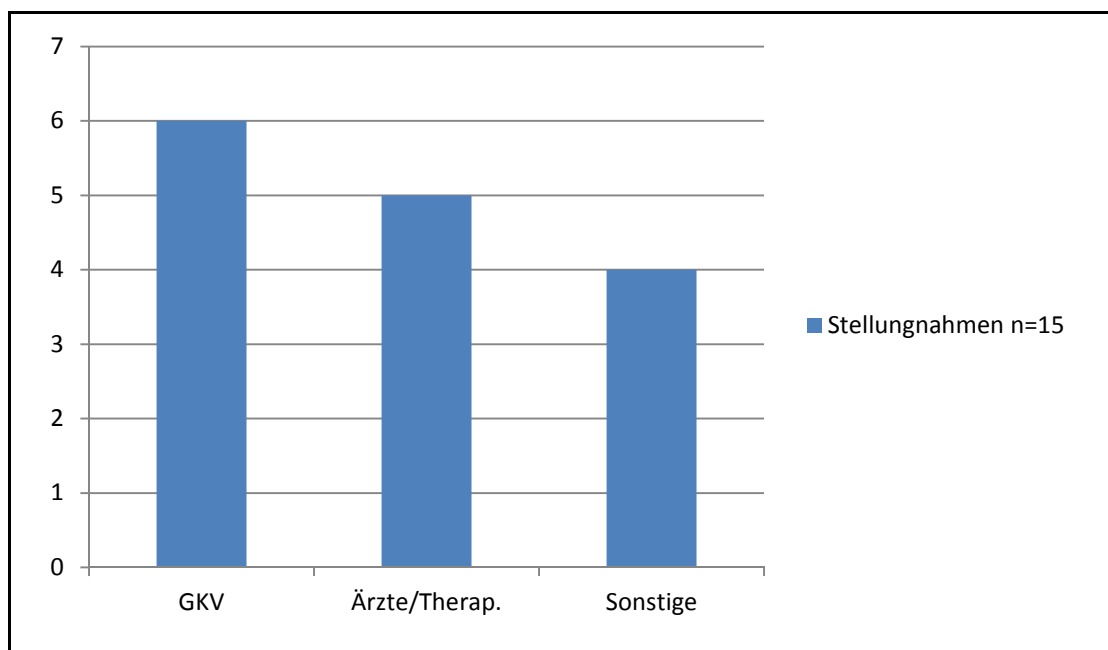
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Nr. 2) vom 01.09.2008
- Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V. vom 19.09.2008
- Deutscher Hausärzteverband vom 22.09.2008
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands vom 23.09.2008
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Nr. 2) vom 15.09.2008

Aus der Akteursgruppe der Sonstigen konnten keine für die Untersuchung relevanten Stellungnahmen selektiert werden.

### 9.1.5 Stellungnahmen zum GKV - Finanzierungsgesetz

Das Anhörungsverfahren zum GKV – Finanzierungsgesetz (eingefügt am 22.12.2010, BGBl. I. S. 2309) wurde in zwei Blöcke unterteilt. Die Ergänzung des § 73b SGB V um den Absatz 5a zur Budgetneutralität der HzV-Vergütung wurde im zweiten

Anhörungsblock behandelt. Insgesamt wurde dem Ausschuss für Gesundheit eine Zahl von Stellungnahmen in Höhe von  $n_{\text{FinGesamt}} = 50$  vorgelegt. Auf den zweiten Anhörungsblock bezogen sich dabei  $n_{\text{FinGesamtII}} = 31$ . Ein Bezug auf die Ergänzung des § 73b SGB V wiesen 15 Stellungnahmen auf (Abb. 21).



**Abbildung 21: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-FinG**

Quelle: Eigene Darstellung

Dem Cluster der GKV wurden folgende Stellungnahmen zugeordnet:

- AOK-Bundesverband vom 19.10.2010
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) vom 18.10.2010
- Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK) vom 15.10.2010
- GKV-Spitzenverband vom 15.10.2010
- Dr. Christopher Hermann (AOK Baden-Württemberg) vom 22.10.2010
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vom 19.10.2010

Den Ärzten und Therapeuten:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) vom 13.10.2010
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 19.10.2010
- Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V. (BHI) vom 18.10.2010
- Deutscher Hausärzterverband e.V. (DHÄV) vom 15.10.2010
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom 12.10.2010

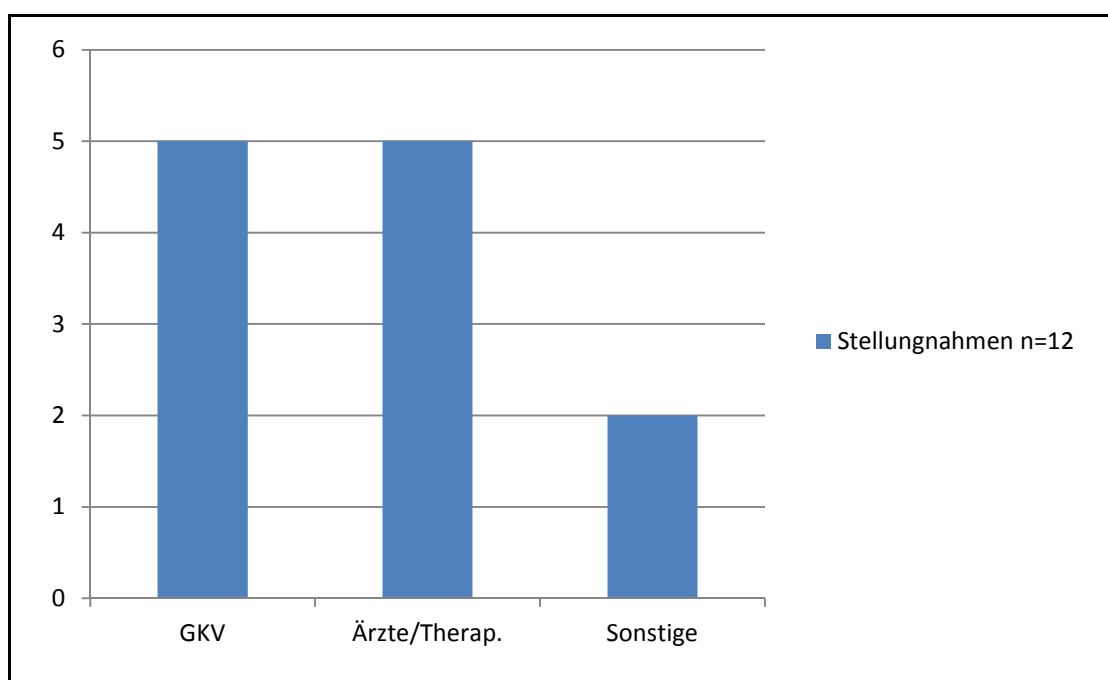
Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) vom 15.10.2010
- Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger vom 23.10.2010
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) vom 15.10.2010

- Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft vom 19.10.2010

### 9.1.6 Stellungnahmen zum GKV - Versorgungssteuerungsgesetz

Im Anhörungsverfahren zum GKV – Versorgungsstrukturgesetz wurden dem Ausschuss für Gesundheit  $n_{\text{VStGgesamt}} = 81$  Stellungnahmen vorgelegt. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit konnten 12 Stellungnahmen mit Bezug auf Ergänzungen und/oder Änderungen des § 73b SGB V identifiziert werden (Abb. 22).



**Abbildung 22: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum GKV-VStG**

Quelle: Eigene Darstellung

Der Obergruppierung der Kostenträger konnten folgende Stellungnahmen zugeordnet werden:

- (2x) GKV – Spitzenverband vom 14.10.2011
- Dr. Christopher Hermann (AOK Baden-Württemberg) vom 17.10.2011
- AOK-Bundesverband vom 13.10.2011
- BKK-Bundesverband vom 13.10.2011

Den Ärzten und Therapeuten.

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.v.- (BVKJ) vom 13.10.2011
- Deutscher Hausärzterverband e.V. vom 13.10.2011
- Kassenärztliche Bundesvereinigung vom 14.10.2011
- Bundesärztekammer (BÄK) vom 13.10.2011
- Deutscher Fachärzterverband (DFV) vom 14.10.2011

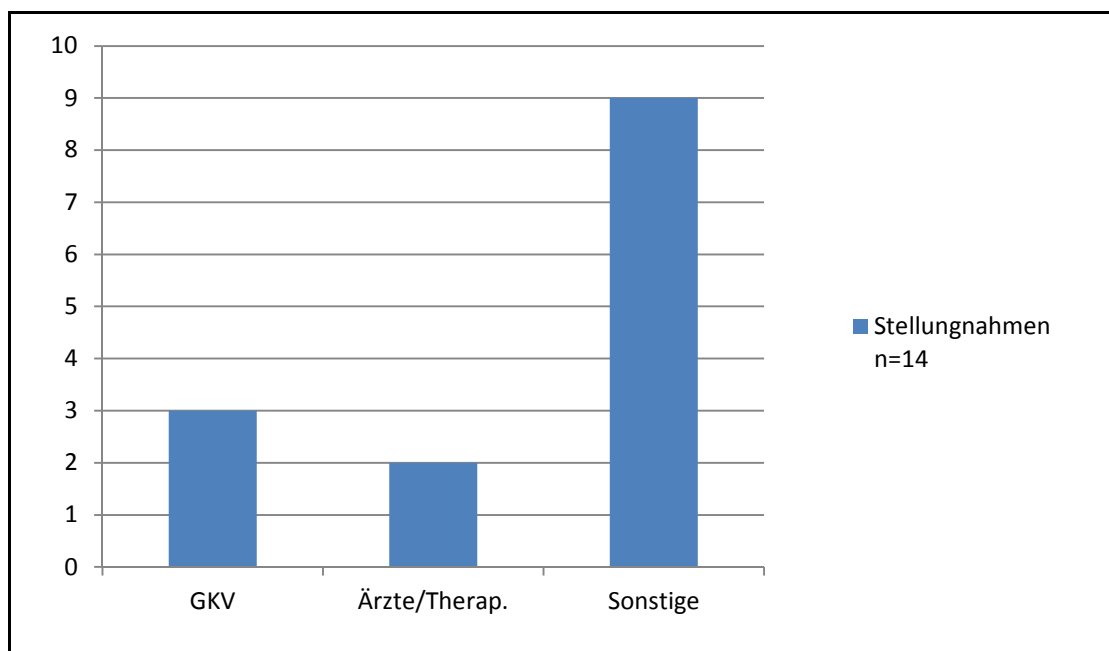
Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (BAGP) vom 16.10.2011
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) vom 13.10.2011

### 9.1.7 Stellungnahmen zum Patientenrechtegesetz

Die Anhörungen zum Gesetzgebungsverfahren des PRG erfolgten am 26.01.2011 und am 22.10.2012 (eingefügt am 26.02.2013, BGBl. I. S. 277). Der Ausschuss für Gesundheit konnte in seinen Beratungen auf eine Gesamtzahl von Stellungnahmen in Höhe von  $n_{\text{PRGgesamt}} = 71$  zurückgreifen. Die Stellungnahmen wurden im Rahmen der empirischen Untersuchung hinsichtlich einer Bezugnahme auf die Ergänzung des § 73b Abs. 3 SGB V um den Satz 8 und/oder die Streichung des vierten Absatzes des § 28 SGB V selektiert.

Die Sichtung der Stellungnahmen ergab ein analog der drei Obergruppierungen zu verwendendes Sample von  $n = 14$  (Abb. 23).



**Abbildung 23: Verteilung der relevanten Stellungnahmen zum PRG**

Quelle: Eigene Darstellung

Dem Cluster der Kostenträger wurden folgende Stellungnahmen zugeordnet.

- AOK-Bundesverband GbR vom 18.10.2012
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vom 17.10.2012
- GKV-Spitzenverband Bund vom 15.10.2012

Den Ärzten und Therapeuten:

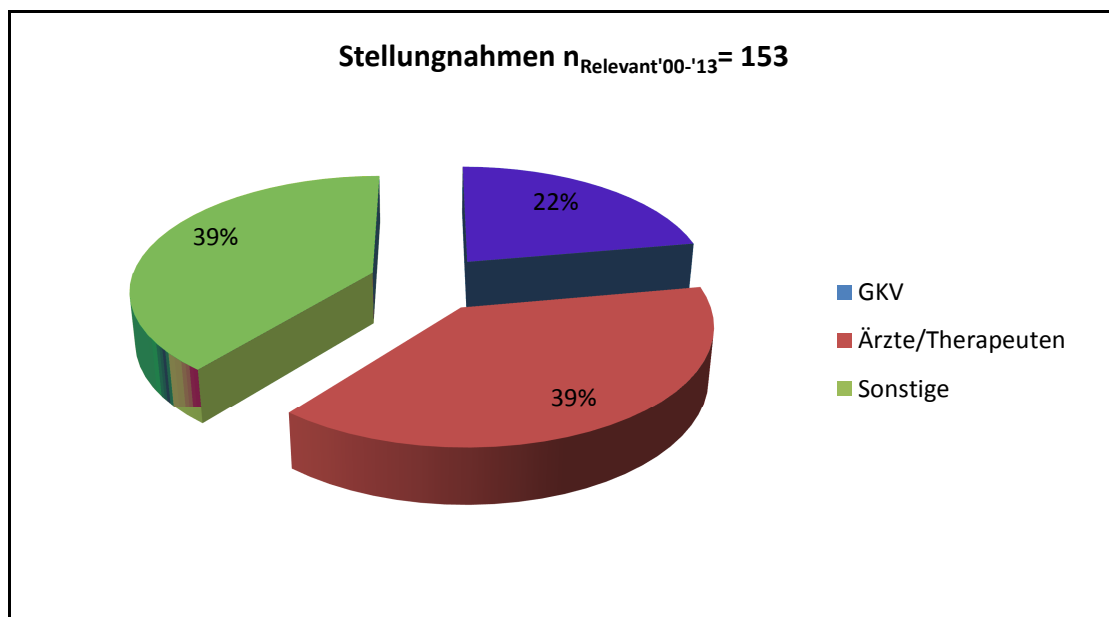
- Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom 12.10.2012
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 17.10.2012

Den Patientengruppen, Gutachtern und sonstigen Interessensvertretungen:

- Verbraucherzentrale Bundesverband (vom 20.01.2011)
- 2x Sozialverband VdK Deutschland e.V. (vom 24.01.2011 und 15.10.2012)
- Prof. Dieter Hart (2010)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) (vom 17.10.2012)
- Deutscher Caritasverband e.V. (vom 12.10.2012)
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) (vom 11.10.2012)
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) Bundesverband (vom 15.10.2012)

### 9.1.8 Zwischenfazit

Im Rahmen des theoretical samplings wurde aus den Anhörungen zu den sieben Gesetzgebungsverfahren eine Grundgesamtheit von 997 Stellungnahmen gesichtet. Für die vorliegende Arbeit Verwendung fanden 153 Stellungnahmen, gleichbedeutend mit einem Anteil von 15,84% an der Gesamtheit Abb. 24).



**Abbildung 24: Gesamtverteilung der Stellungnahmen über die betrachteten Gesetzgebungsverfahren 2000 bis 2013**

Quelle: Eigene Darstellung

Das Sample konnte dabei wie folgt aufgeschlüsselt bzw. geclustert werden:

Aus dem Lager der GKV wurden 34 Stellungnahmen als für die Untersuchung relevant identifiziert, 59 Stellungnahmen von ärztlicher Seite und 60 Stellungnahmen von der Gruppe der Sonstigen.

## 9.2 Ergebnisdarstellung zur Kategorienbildung und Textzuordnung mittels inhaltsanalytischem Ablaufmodell der Strukturierung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Diffusionsprozess hausarztzentrierter Versorgung als eine soziale Innovation zugunsten der ambulanten, ärztlichen Regelversorgung. Nach Sichtung des vorliegenden Materials und einer Selektion aus sieben Gesetzgebungsverfahren (2000 bis 2013) auf eine Bezugnahme zur hausarztzentrierten Versorgung standen für die empirische Untersuchung insgesamt 153 relevante Stellungnahmen zur Verfügung. Zur Beantwortung des in Kapitel 7.2 formulierten, kombinierten Fragenkomplexes: „*Welche Diffusions- bzw. Prozessbarriere wurde warum nicht überschritten?*“ wurden bei der weiteren Bearbeitung und Analyse der Stellungnahmen (der drei Akteursgruppen: Gesetzlicher Krankenversicherung, Ärzten und Therapeuten und den Sonstigen) das inhaltsanalytische Ablaufmodell der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (2010: 98f.) als zu verwendendes Instrumentarium der qualitativen Sozialforschung zugrunde gelegt.

Im spezifischen Ablaufmodell der vorliegenden Untersuchung wurde jedoch im Verfahren zur Generierung der Kategoriensysteme die Technik der Strukturierung mit der Technik der Zusammenfassung verknüpft. Somit liegt zum einen ein deduktives Verfahren vor zwecks Orientierung und Abbildung der Strukturierungsdimensionen anhand des 5-Phasenmodells von Rogers (2003: 421) – zur Diffusion sozialer Innovationen in eine Organisation („*organizational innovation process comprises five stages*“) – und zum anderen ein induktiver Ansatz zur Herleitung der Kategorien anhand der Stellungnahmen und Gesetzestextinhalten (Tab. 7).

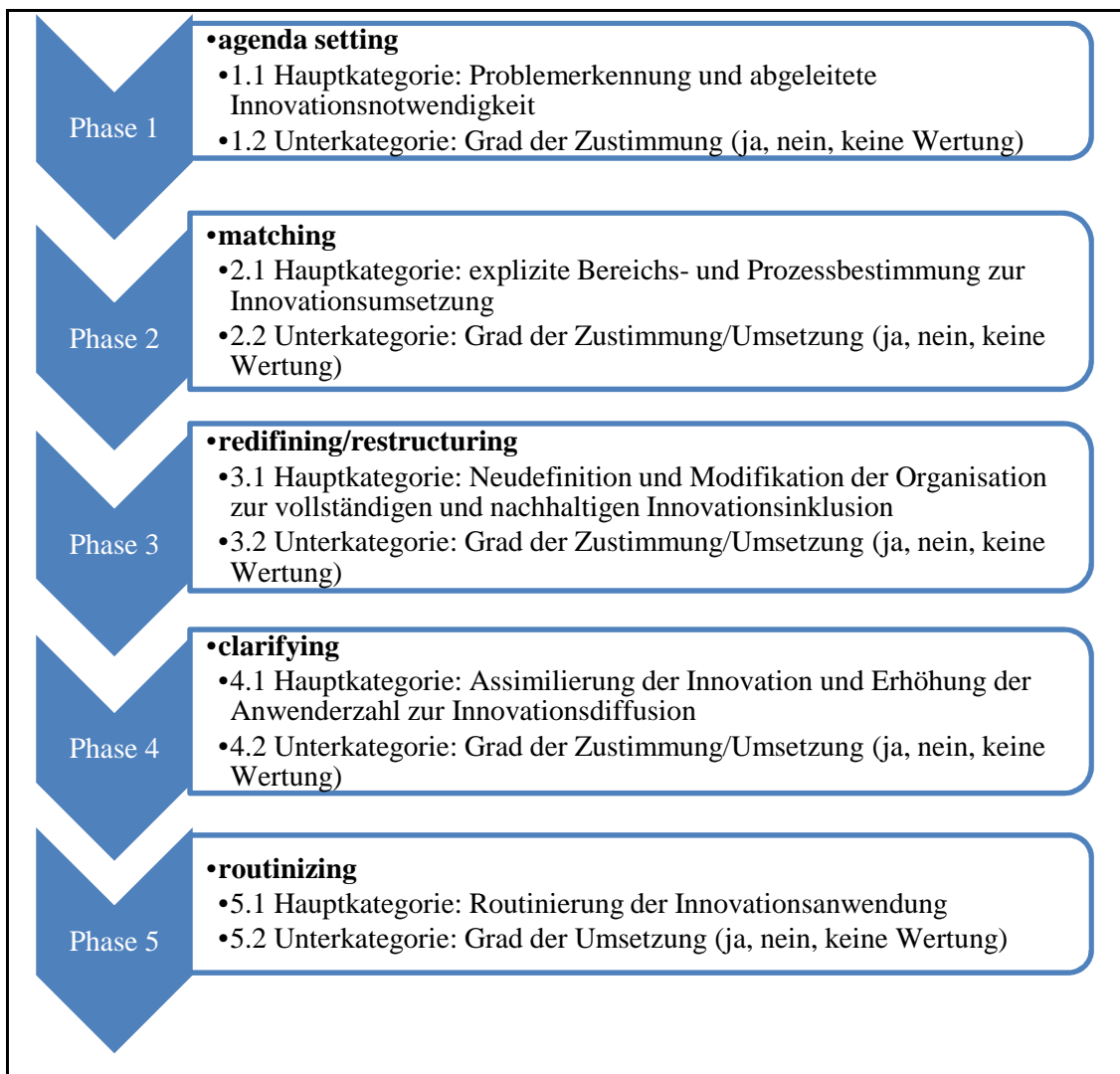
Tabelle 7: Umsetzung des ersten inhaltsanalytischen Ablaufmodells der vorliegenden Untersuchung

Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (inhalt. Strukt.)	Umsetzung anhand der vorliegenden Untersuchung
<b>Bestimmung der Analyseeinheiten</b>	Stellungnahmen (Quelle: Ausschuss für Gesundheit) (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Festlegung der Hauptkategorien (theoriegeleitet)</b>	Diffusionsprozess aus 5-Phasenmodell (Rogers) als Kategoriengrundstruktur, Gesetzesänderung je als Innovation
<b>Bestimmung der Unterkategorien (Ausprägung)</b>	Haltung und Umsetzungsbestreben bezüglich der Diffusionsphasen
<b>Formulierung von Kategoriedefinitionen, Ankerbeispielen, Kodierregeln</b>	Je Hauptkategorie (Diffusionsphase) und Unterkategorie (Haltung zur Umsetzung je Diffusionsphase)
<b>Materialdurchlauf, Bearbeitung, Fundstellenextraktion</b>	Sichtung der Stellungnahmen je Gesetzesvorhaben (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Überarbeitung, ggfs. Revision des Kategoriensystems/-definitionen</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Paraphrasierung des extrahierten Materials, Ergebnisaufbereitung</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Zusammenfassung je Unterkategorie</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Zusammenfassung je Hauptkategorie</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2010: 60)

Für die deduktive Bildung des inhaltsanalytischen Ablaufmodells wurden je Gesetzgebungsverfahren die Stellungnahmen einer Institution oder Einzelperson als Analyseeinheit festgelegt. Zur theoriegeleiteten Festlegung der Hauptkategorien wurde die Neuerung, Ergänzung oder Änderung, welche durch das Gesetzgebungsverfahren hinsichtlich der hausarztzentrierten Versorgung bewirkt wurde, aus dem Gesetzestext heraus als soziale Innovation identifiziert. Die Position des Gesetzgebers als oberstes Regulativ impliziert, dass ihm die Pflicht und das Vorrecht zur Innovations- bzw. Problembenennung obliegen und er entsprechend zur Innovationsumsetzung, ggfs. Problemabwendung, die notwendigen Rahmenbedingungen qua Gesetzeserlass formuliert. Diese Gesetzgebungsinhalte wurden in einem zweiten Schritt dann als induktiv hergeleitete Hauptkategorien in das a priori deduktiv gebildete, inhaltsanalytische Ablaufmodell im Sinne einer „Durchdeklinierung“ der Gesetzesbestimmung als „Quasi-Innovation“ durch das 5-Phasen-Diffusionsmodell von Rogers mit imaginärem Ziel der Implementierung in die Regelversorgung eingebunden.

Als abgeleitetes Unterkategoriensystem und grundsätzliche Kodierregeln wurde über alle Ablaufmodelle die akteursindividuelle Einstellung oder Haltung zur Innovationsnotwendigkeit, bzw. die akteursindividuelle Bereitschaft zur Umsetzung einer Prozessbestimmung oder Bereichstransformation gemessen (Abb. 25).



**Abbildung 25: Kombiniertes Inhaltsanalyse-Diffusions-Modell**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003) und Mayring (2010)

Die Einstellungs- und Bereitschaftsklassifizierung erfolgte mittels weiterer Ausdifferenzierung in Unterkategorien über die Parameter:

- Zustimmung (ja),
- Ablehnung (nein) oder
- Keine Wertung (als Synonym für: kein Meinungsbild, keine Klassifizierung).

Im nächsten Schritt wurde zur Vermeidung von Abgrenzungsproblemen per Kodierregeln definiert, welche Textbestandteile unter eine der gebildeten Kategorien



fallen würden und zur Veranschaulichung konkrete Textstellen als Ankerbeispiele aus dem vorliegenden Untersuchungsmaterial extrahiert.

Ebenfalls allen Ablaufmodellen gemeinsam war die Festlegung der Analyseeinheiten:

- eine Kodiereinheit als kleinster Materialbestand: ein Wort
- eine Kontexteinheit als größter Textbestandteil: Aussage einer Person (mehrere Sätze)
- eine Auswertungseinheit als Textteil: eine gesamte Stellungnahme

Der anschließende Materialdurchlauf und die daraus resultierende Überarbeitung des Kategoriensystems führte zu der Bildung von je einem inhaltsanalytischen Ablaufmodell bei den Gesetzgebungsverfahren GKV–GRG, -GMG, -FinG, -VStG und PRG und davon abweichend beim Gesetzgebungsverfahren GKV–WSG zur Bildung von zwei und beim GKV–OrgWG zur Bildung von drei Ablaufmodellen.

Abschließend wurde nach Paraphrasierung und Aufbereitung des extrahierten Materials eine Ergebniszuordnung je Neben- und Hauptkategorie durchgeführt und das Diffusionsergebnis je Innovation und Akteursgruppe ermittelt.

In einem zweiten Untersuchungsschritt wurden die herausgearbeiteten Aussagen (und die dadurch erreichten Diffusionsergebnisse) je Innovation und Akteursgruppe um eine Zuordnung, bzw. einen Abgleich, anhand der von Rogers definierten „*Rate of Adoption of Innovations*“ - den innovationsspezifischen Einflussfaktoren – ergänzt (Tab. 8).

**Tabelle 8: Untersuchung anhand innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

<b>Innovationsspezifische Einflussfaktoren als Hauptkategorien</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Stellt die Innovation einen Vorteil gegenüber dem Status quo dar?
<b>Kompatibilität</b>	Ist die Innovation kompatibel mit vorhandenen Organisationsformen und -prozessen?
<b>Komplexität</b>	Wie hoch ist der Komplexitätsgrad der Innovation in ihrer Umsetzung und Anwendung
<b>Erprobbarkeit</b>	Kann die Innovation vor der eigentlichen Umsetzung probeweise angewendet werden?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Wird die Anwendung der Innovation von Außenstehenden wahrgenommen?

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rogers (2003: 266)

Die Stellungnahmen der Akteursgruppen, welche in das Diffusionsmodell eingebunden werden konnten, wurden im zweiten Untersuchungsschritt je Innovation in ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell überführt. Die Hauptkategorien dieses Ablaufmodells wurden mittels deduktivem Verfahren anhand der fünf verschiedenen innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren nach Rogers hergeleitet. Die Unterkategorien wurden je Hauptkategorie durch die Bestätigung oder Verneinung in der Anwendbarkeit oder Wahrnehmung des jeweiligen Erfolgsfaktors gebildet (Tab. 9).

Bei der Bearbeitung des extrahierten Materials zeigte sich in beiden Untersuchungsteilen, dass eine Paraphrasierung der Akteursaussagen häufig zu einer Verfälschung des eigentlichen Aussageinhaltes geführt hätte. Aufgrund der i.d.R. kurz gehaltenen, konkludenten Stellungnahmen wurde größtenteils auf eine Paraphrasierung verzichtet und die textliche Aussage wortwörtlich oder aber nach nur geringfügiger Paraphrasierung in die Zuordnung übernommen.

**Tabelle 9: Umsetzung des zweiten inhaltsanalytischen Ablaufmodells der vorliegenden Untersuchung**

<b>Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (inhalt. Strukt.)</b>	<b>Umsetzung anhand der vorliegenden Untersuchung</b>
<b>Bestimmung der Analyseeinheiten</b>	Extrahierte Akteursaussagen aus dem ersten Untersuchungsteil/Ablaufmodell
<b>Festlegung der Hauptkategorien (theoriegeleitet)</b>	Innovationsspezifische Einflussfaktoren nach Rogers
<b>Bestimmung der Unterkategorien (Ausprägung)</b>	Wahrnehmung (positiv, negativ) der jeweiligen Innovation als Einflussfaktor für eigene Person, Prozesse oder Organisation
<b>Formulierung von Kategoriedefinitionen, Ankerbeispielen, Kodierregeln</b>	Je Hauptkategorie Einflussfaktor und Unterkategorie (Wahrnehmung der Innovation als Einflussfaktor)
<b>Materialdurchlauf, Bearbeitung, Fundstellenextraktion</b>	Sichtung der extrahierten Akteursaussagen aus dem ersten Untersuchungsteil
<b>Überarbeitung, ggfs. Revision des Kategoriensystems/-definitionen</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Paraphrasierung des extrahierten Materials, Ergebnisaufbereitung</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Zusammenfassung je Unterkategorie</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)
<b>Zusammenfassung je Hauptkategorie</b>	Umsetzung je Gesetzesvorhaben und eigenem Kategoriensystem (GRG 2000 bis PRG 2013)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring (2010: 60)

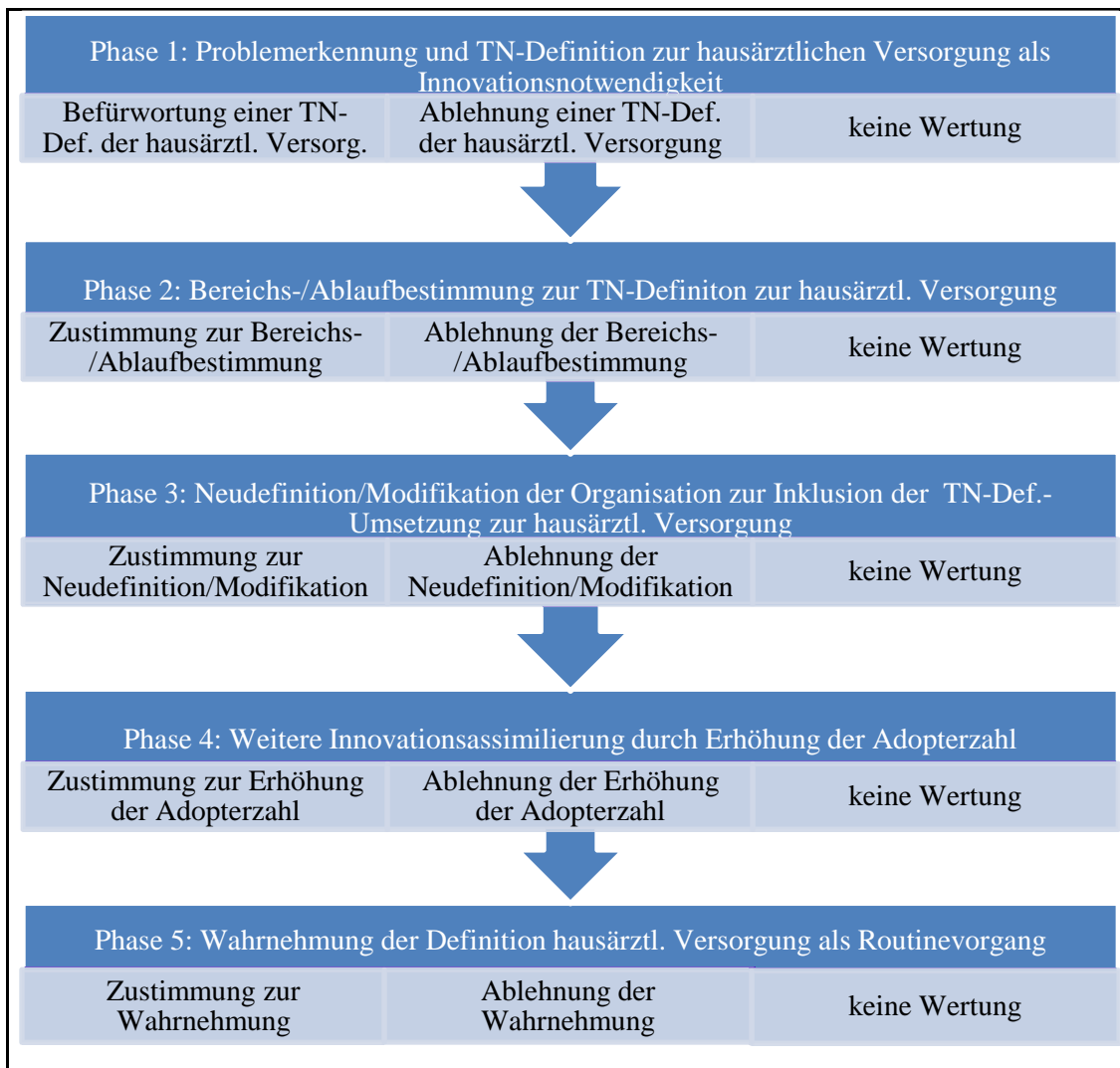
---

Der Clusterung des vorangegangenen Kapitels folgend, wird die Ergebnisdarstellung erneut in die drei bekannten Akteursgruppen unterteilt.

### 9.2.1 Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Gesundheitsreformgesetzes 2000

Durch die Ausweisung der hausärztlichen Versorgung als einer von zwei Teilen der vertragsärztlichen Versorgung und die Möglichkeit zur Bonusgewährung stellt das GKV-GRG (siehe hierzu Kap. 4.1.1) in der vorliegenden Untersuchung den Ausgangspunkt als erste gesetzgeberische Intervention bzw. Innovation zur Diffusion der hausarztzentrierten Versorgung in die Regelversorgung dar.

Als zu untersuchende Innovationen mittels Diffusionsmodell wurden die „Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“ und der „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung (HV)“ identifiziert. Zur besseren Darstellung wurde für beide Innovationen je ein Ablaufmodell zur inhaltlichen Strukturierung umgesetzt. Zuerst wurde die „Teilnehmer(TN)-Definition zur hausärztlichen Versorgung“ in ein innovationspezifisches Ablaufmodell überführt (Abb. 26):



**Abbildung 26: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73b Abs. 1a SGB V“**

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zu den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 1) *Agenda setting* - Einführung einer Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung (§ 73 Abs. 1a SGB V)“ ableiten (Tab. 10):

**Tabelle 10: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V“**

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung der TN- Definierung HzV	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung des TN- Definierung HzV	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=3)</b>	
GKV Spitzenverband AOK Bundesverband VdAK BKK Bundesverband		
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=3)</b>	
Bundesärztekammer Hausärzteverband Bremen	Deutsche Gesell. f. Verhaltensth. NAV Virchow KV Rheinhessen	BDA-Hausärzteverband
	<b>Sonstige (n=3)</b>	
Paritätischer Wohlfahrtsverband Prof. Schwartz		Deutsche Angestellten-gewerkschaft

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2): *Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 11):

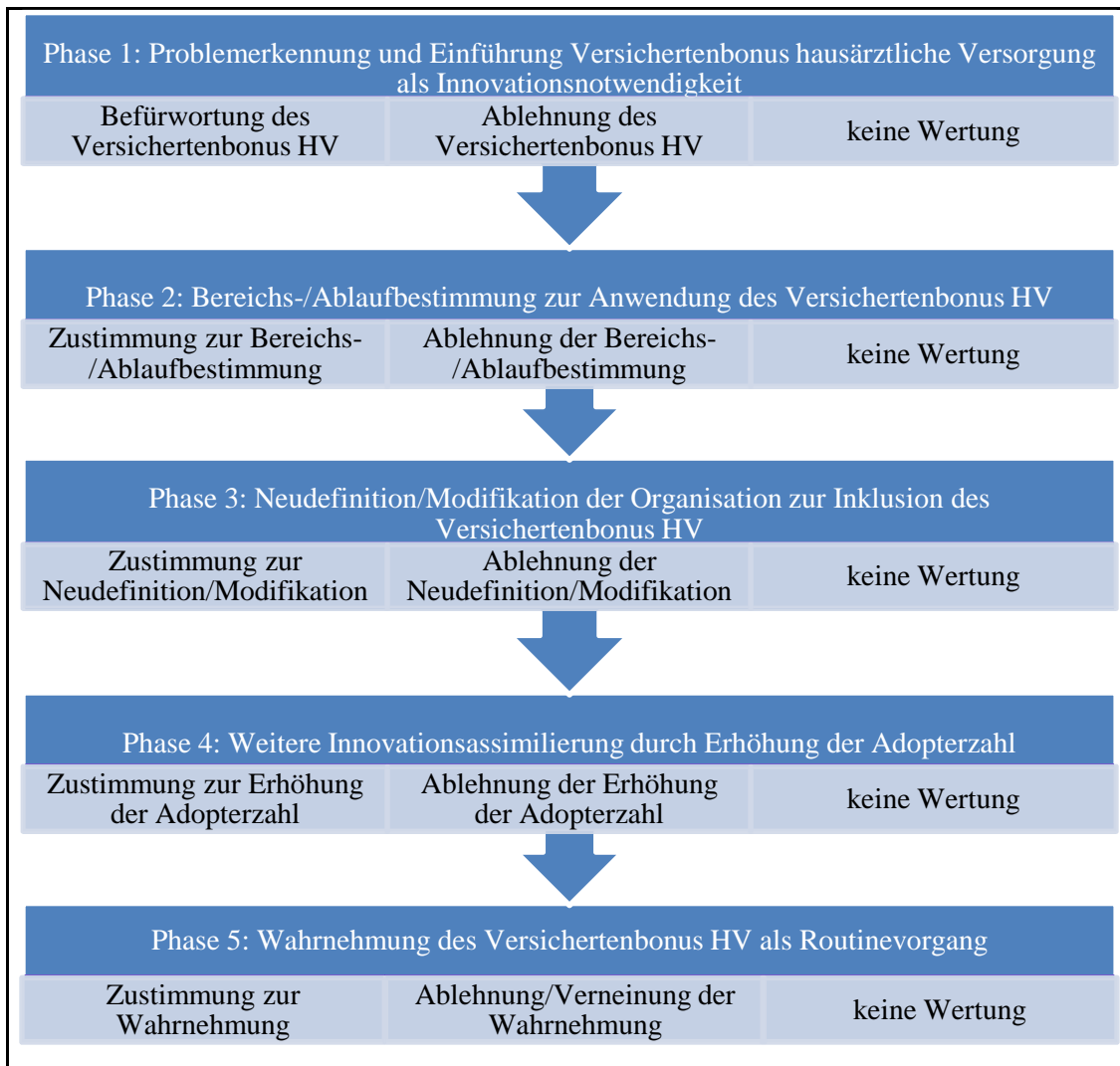
**Tabelle 11: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V“**

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b>	
	VdAK/AEV BKK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=3)</b>	
	Berufsverband Deutscher Nervenärzte 2x KBV	
	<b>Sonstige (n=5)</b>	
Union der leitenden Angestellten	Prof. Rosenbrock Deutscher Pflegerat Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge ABDA	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. der dritten, vierten und fünften Phase des Diffusionsmodells, der innovationsbezogenen Organisationstransformation (*redefining/restructuring*), der Anwenderzahlerhöhung (*clarifying*) und der Anwendungsroutinierung (*routinizing*) zur weiteren Innovationsadoption, konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

Zur Ermittlung des Diffusionsergebnisses wurde für die weitere, zweite HzV-bezogene Innovation des GKV-GRG ebenfalls ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell entwickelt (Abb. 27):



**Abbildung 27: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“**

**Quelle: Eigene Darstellung**

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1): *Agenda setting* - Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“ als Innovationsnotwendigkeit ableiten (Tab. 12):

**Tabelle 12: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 - „Versichertenbonus in der HV“**

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung des Teilnahmebonus HV	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung des Teilnahmebonus HV	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=4)</b>	
	IKK Bundesverband BKK Bundesverband AOK Bundesverband VdAK	
	<b>Ärzte und Therap. (n=8)</b>	
	Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände VPK Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefen- psychologie e.V BDA-Hausärzterverband BÄK NAV Virchow KBV BÄK und KBV	
	<b>Sonstige (n=3)</b>	
	DGVP Paritätischer Wohlfahrtsverband DAG	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2): *Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung des Versichertenbonus in der HV“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 13):

**Tabelle 13: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Versichertenbonus in der HV“**

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=0)</b>	
	<b>Ärzte und Therap. (n=1)</b>	
	Hartmannbund	
	<b>Sonstige (n=1)</b>	
	Bundesverband Managed Care	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen drei, vier und fünf des Diffusionsmodells, zur Umsetzung der Innovationsnotwendigen Organisationstransformation (*redefining/*

*restructuring*), der Anwenderzahlerhöhung (*clarifying*) und -routinierung (*routinizing*) konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

### 9.2.2 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Gesundheitsmodernisierungsgesetzes

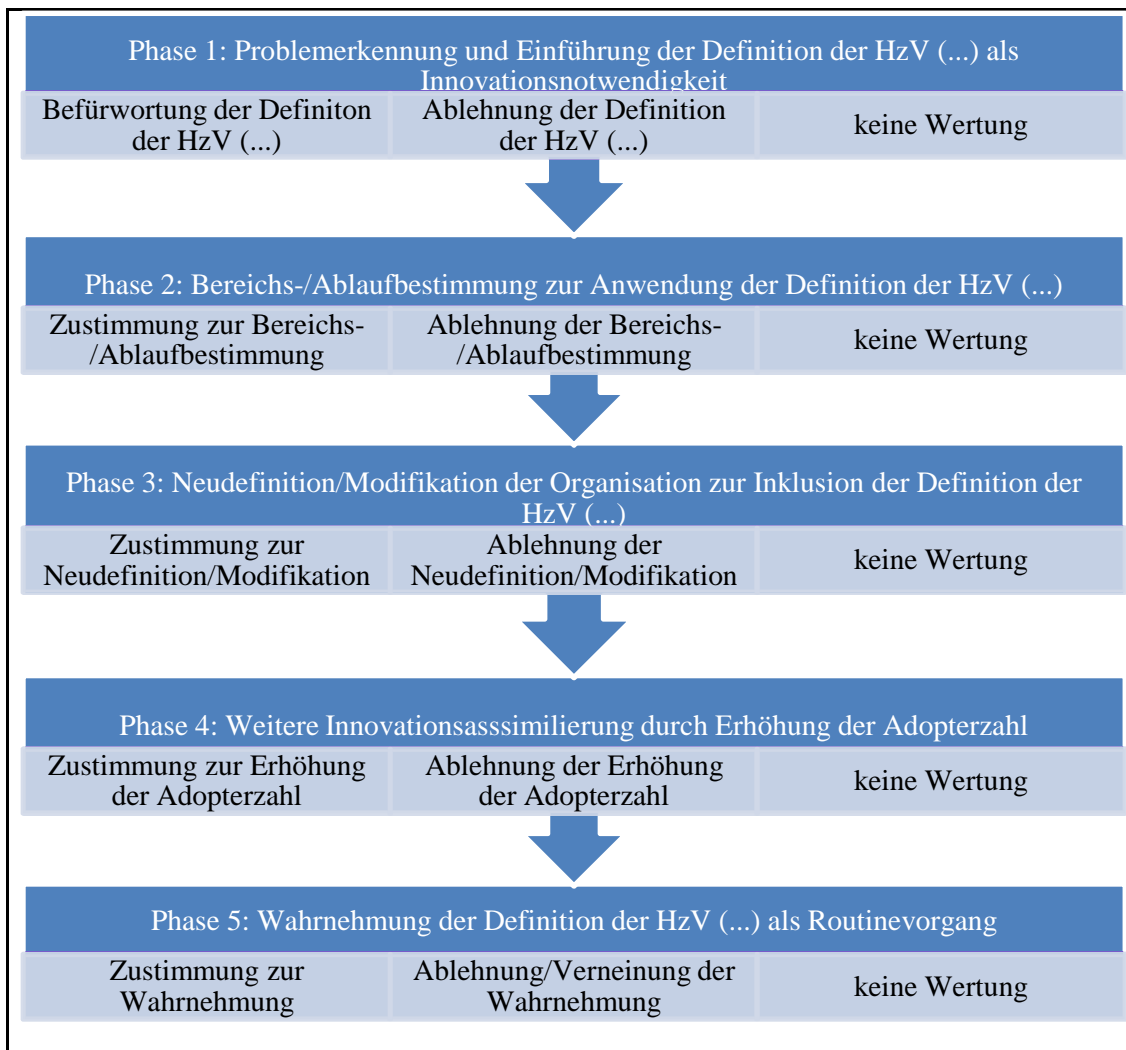
Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2004 zur verpflichtenden Rechtsvorschrift für die hausarztzentrierte Versorgung den § 73b als gesetzliche Grundlage formuliert und in das SGB V eingefügt. Nach der Trennung der ärztlichen Versorgung in eine haus- und fachärztliche Versorgung durch die Vorschriften des GKV-GRG wurde de facto und de jure der Leistungskatalog der GKV mit der hausarztzentrierten Versorgung um eine weitere Pflichtleistung (- nicht optionale Satzungsleistung -) erweitert.

Versicherte können sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse zur Teilnahme verpflichten und Krankenkassen haben zur Sicherstellung der HzV für ihre Versicherten Verträge mit besonders qualifizierten Hausärzten zu schließen. Einem Anspruch der Leistungserbringer auf Vertragsanspruch wird ausdrücklich in Abs. 2 Satz 3 widersprochen.

Abweichend zum § 73b SGB V beziehen sich einige Stellungnahmen in ihren Ausführungen auf den § 67 SGB V, welcher in frühen, ersten Gesetzesentwürfen unter dem Terminus „Hausarztssystem“ das Reformvorhaben des Gesetzgebers abbildete und erst in späteren Entwürfen zur Generierung des § 73b SGB V mündete. Trotz dieser unterschiedlichen Ansiedlung im SGB V beziehen sich die Stellungnahmen aber auf die identische Thematik. Die Einführung der Praxisgebühr mittels des § 28 Abs. 4 SGB V flankiert die Diskussion um den § 73b SGB V. Da einige Stellungnahmen eine Verknüpfung der beiden Gesetzesvorgaben herstellen, fließen die Aussagen zur Praxisgebühr vollständigshalber in die Betrachtung Anteilig mit ein, ohne dass explizit für die Praxisgebühr ein eigenes Diffusions- bzw. Phasenmodell entwickelt wurde.

Für die vorliegende Untersuchung wurde als die zu untersuchende Innovation die Begrifflichkeit „Definition der hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73b SGB V“ abgeleitet und in ein innovationsspezifisches, inhaltsanalytisches Ablaufmodell eingebunden (Abb. 28):





**Abbildung 28: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Definition HzV gemäß § 73b SGB V“**

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1): *Agenda setting* - Einführung der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ als Innovationsnotwendigkeit ableiten (Tabelle 14):

**Tabelle 14: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 - „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“**

<b>Unterkategorie: Befürwortung der Eigendefinition HzV</b>	<b>Unterkategorie: Ablehnung der Eigendefinition HzV</b>	<b>Unterkategorie: Keine Wertung</b>
	<b>Krankenkassen (n=5)</b>	
	Techniker Krankenkasse Verband der Angestelltenkrankenkassen/AEG BKK Bundesverband IKK Bundesverband	Deutsche BKK
	<b>Ärzte und Therap. (n=8)</b>	
Bundesärztekammer Deutscher Hausärzterverband Kassenärztliche BV DPTV BPtK Marburger Bund	Hartmannbund BV hausärztlicher Internisten	
	<b>Sonstige (n=8)</b>	
Sozialverband VdK Arbeiterwohlfahrt BV EKD Verbraucherzentrale BV GV Parität SoVD GQMG Deutscher Gewerkschaftsbund		

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2): *Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 15):

Tabelle 15: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b>	
	Techniker Krankenkasse AOK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therap. (n=12)</b>	
	Hartmannbund GFB BV der Kinder- und Jugendärzte Deutscher Hausärzteverband DPTV Marburger Bund DGPPN VPP im BDP e.V. Ständige Konferenz ärztl. Psychotherap. Verbände VAKJP Bundespsychotherapeutenkam. Bvvp	
	<b>Sonstige (n=23)</b>	
Deutscher Gewerkschaftsbund Ev. Kirche Deutschland	Verbraucherzentrale BV BAGP Bund deutscher Arbeitgeber Lebenshilfe CGB Diakonisches Werk dbb Caritas GV Parität SoVD Prof. E. Wille Weibernetz e.V. Volkssolidarität BV RA. Dr. Ehlers DGVP DMSG Union leit. Angestellter DVfR Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.	Aktion Psychisch Kranke Kommissariat der deutschen Bischöfe

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 3): *Redefining* – Neudefinition und Modifikation der Organisation zur Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 16):

Tabelle 16: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Neudefinition/Modifikation der Organisation	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	Krankenkassen (n=0)	
	Ärzte und Therapeuten (n=2)	
Deutscher Hausärzteverband	Marburger Bund	
	Sonstige (n=1)	
	Union leitender Angestellter	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. der vierten und fünften Phase des Diffusionsmodells (*clarifying* und *routinizing*) konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

### 9.2.3 Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetzes

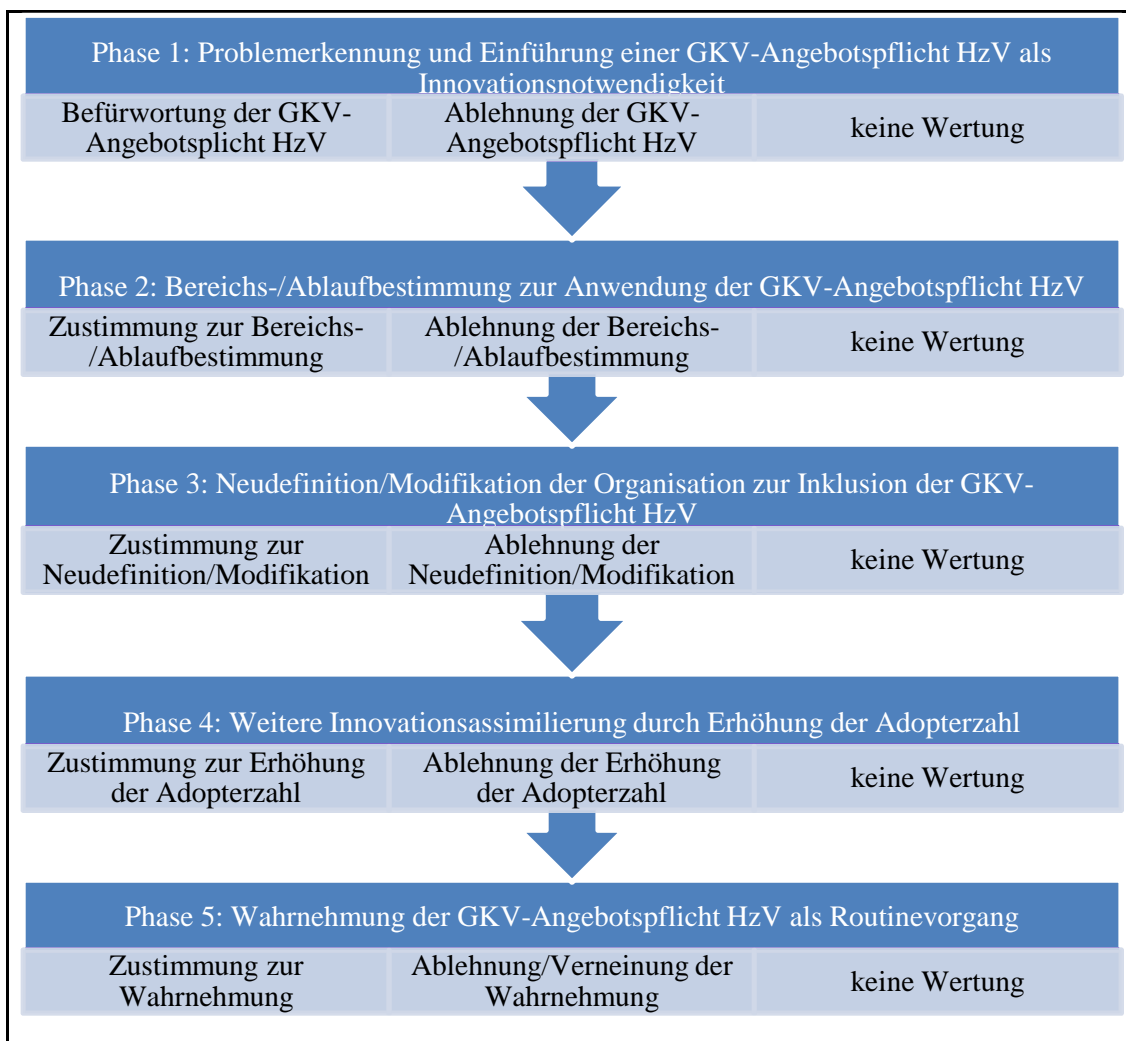
Durch das GKV-WSG wurde mit Wirkung zum 01.04.2007 die hausarztzentrierte Versorgung durch die Überarbeitung des § 73b SGB V mit einer neuen gesetzlichen Ausrichtung versehen. Krankenkassen **haben** nunmehr ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung **anzubieten**. In ihrer Satzung haben Krankenkassen ihren Versicherten einen Wahltarif zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten. Mit für die HzV geeigneten Vertragsärzten und/oder medizinischen Versorgungszentren sind geeignete Versorgungsverträge abzuschließen. Als Vertragspartner sind Gemeinschaften von Allgemeinmedizinern zu wählen, die mindestens die Hälfte der im Bezirk der KV zugelassenen, an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner vertreten.

Im Zuge der neuen Reformgesetzgebung wurde jedoch auch die Gewährung eines Versichertenbonus bei Teilnahme (TN) an der hausärztlichen Versorgung - § 65a Abs. 2 SGB V – nach sieben Jahren als Leistung der GKV wieder gestrichen.

Für die empirische Untersuchung der Innovationsdiffusion wurden aus den Veränderungen zur Thematik HzV durch das GKV-WSG zwei Innovationen abgeleitet:

- Verpflichtung der Krankenkassen zur Leistungsvorhaltung von HzV (GKV-Angebotspflicht HzV)
- Abschaffung des Versichertenbonus bei Teilnahme an HV

Die „GKV-Angebotspflicht HzV“ wurde zuerst mittels eines innovationsspezifischem, inhaltsanalytischem Ablaufmodells untersucht (Abb. 29):



**Abbildung 29: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“**

**Quelle: Eigene Darstellung**

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1) „*Agenda setting* - Einführung einer GKV-Angebotspflicht HzV als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 17):

**Tabelle 17: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „GKV-Angebotspflicht HzV“**

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung der GKV- Angebotspflicht HzV	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der GKV-Angebotspflicht HzV	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b> GKV Spitzenverband Bund Techniker Krankenkasse	
	<b>Ärzte und Therap. (n=6)</b> NAY Virchow-Bund Kassenärztliche BV Hartmannbund Bundesärztekammer	Bundespsychotherapeutenkam- mer
Bundesverband Managed Care BAG Selbsthilfe Union leit. Angestellter	<b>Sonstige (n=5)</b> BMVZ Bund deutscher Arbeitgeber	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2) „*Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung der GKV-Angebotspflicht HzV“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 18):

**Tabelle 18: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „GKV-Angebotspflicht HzV“**

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b> GKV Spitzenverband Bund Techniker Krankenkasse	
Deutscher Hausärzteverband	<b>Ärzte und Therapeuten (n=4)</b> Kassenärztliche Bundesvereinigung BV der Kinder- und Jugendärzte DGHO	
Union leit. Angestellter Verbraucherzentrale BV Caritas	<b>Sonstige (n=4)</b> Union leitender Angestellter Rheuma-Liga	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der dritten Hauptkategorie „Phase 3): „*Redefining* - Neudefinition/Modifikation der Organisation zur Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 19):

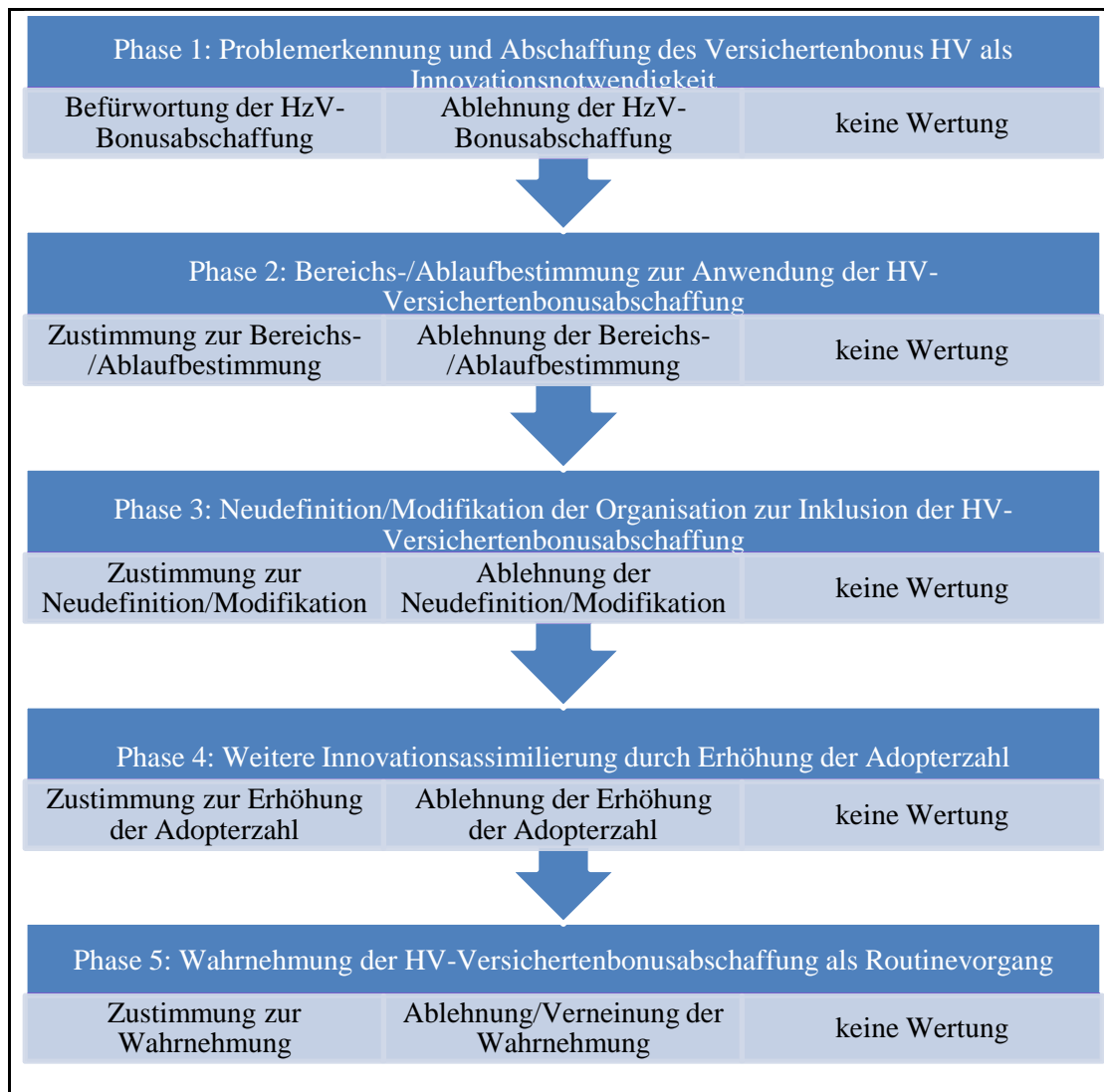
**Tabelle 19: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „GKV-Angebotspflicht HzV“**

<b><u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Neudefinition/Modifikation der Organisation</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung</b>
	<b>Krankenkassen (n=1)</b> Techniker Krankenkasse	
Deutscher Hausärzteverband	<b>Ärzte und Therapeuten (n=4)</b> BV Hausärztlicher Internisten Kassenärztliche Bundesvereinigung BV der Kinder- und Jugendärzte	
ULA	<b>Sonstige (n=3)</b> Bundesverband Managed Care BAG	

**Quelle: Eigene Darstellung**

Den Hauptkategorien bzw. der vierten und fünften Phase des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

Für die zweite HzV-Innovation des GKV-WSG zur Abschaffung des HzV-Teilnahmebonus wurde auch ein eigenes inhaltsanalytisches Ablaufmodell entwickelt (Abb. 30):



**Abbildung 30: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Abschaffung Versichertenbonus hausärztliche Versorgung“**

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen 1 bis 5 des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. -inhalte zugeordnet werden.

#### 9.2.4 Inhaltsanalytische Ablaufmodelle zu den HzV-Innovationen des GKV – Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetzes

Die Änderungen und Ergänzungen des § 73b SGB V im Rahmen des GKV-OrgWG traten mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft. Im dritten Absatz wurde in Satz 2 ein Halbsatz angefügt, im vierten Absatz die Sätze 1 bis 4 geändert, der fünfte Satz geändert und Absatz 4a eingefügt.



Kernstück der Überarbeitung war zum einen die Fristsetzung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit HzV bis zum 30.06.2009, zum anderen der Kontrahierungszwang der Krankenkassen zum Vertragsabschluss mit Gemeinschaften, welche mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des kassenärztlichen Bezirkes vertreten und die alleinige Legitimierung der ärztlichen Gemeinschaft zur Einleitung eines Schiedsverfahrens bei Ausbleiben eines Vertragsabschlusses.

Als kategorienbestimmende Innovationen für das inhaltsanalytische Ablaufmodell wurden abgeleitet:

- Fristsetzung zum flächendeckenden Vertragsabschluss
- Kontrahierungszwang für Krankenkassen gegenüber ärztlichem Vertragspartner (>50%-Regelung zur Vertretung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner)
- Möglichkeit zum Schiedsverfahren, beauftragt durch den ärztlichen Vertragspartner

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde bei der Durchführung der Untersuchung je Innovation ein Ablaufmodell verwendet.

Das erste inhaltsanalytische Ablaufmodell wurde für die HzV-Innovation „Fristsetzung zum flächendeckenden Vertragsabschluss“ erstellt (Abb. 31):

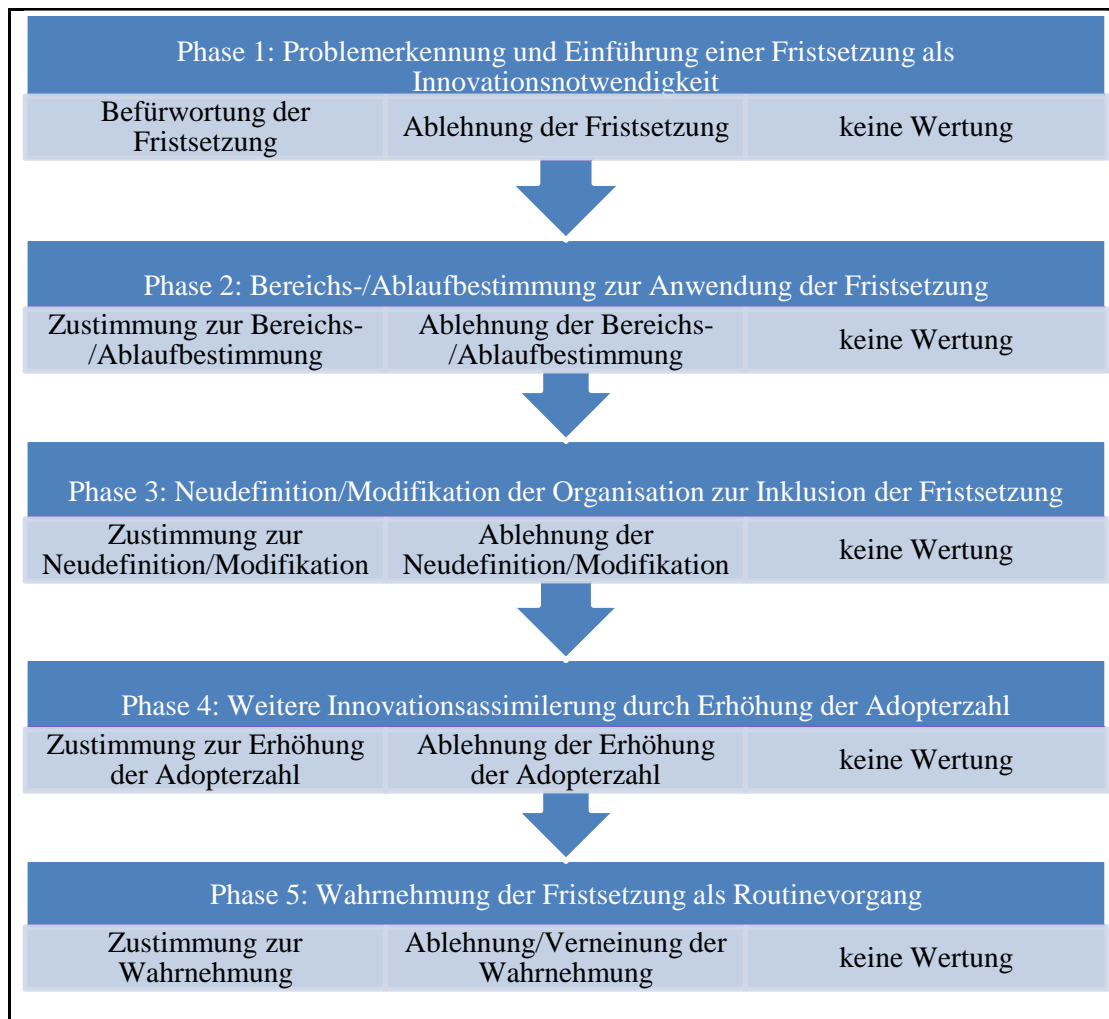


Abbildung 31: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Fristsetzung“  
 Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich durch die Inhaltsanalyse folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1) „Agenda setting - Einführung einer Fristsetzung als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 20):

Tabelle 20: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Fristsetzung“

Unterkategorie: Befürwortung der Fristsetzung	Unterkategorie: Ablehnung der Fristsetzung	Unterkategorie: Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b>	
	Verband der Angestelltenkrankenkassen BKK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=2)</b>	
BV hausärztlicher Internisten Deutscher Hausärzteverband		
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen zwei bis fünf des Diffusionsmodells zur Innovation „Fristsetzung“ konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

An zweiter Stelle wurde für die Innovation „Kontrahierungszwang“ zur Ermittlung des Diffusionsergebnisses ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell verwendet (Abb. 32):



**Abbildung 32: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Kontrahierungszwang“**

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1) „Agenda setting - Einführung eines Kontrahierungszwanges als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 21):

Tabelle 21: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Kontrahierungszwang“

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung des Kontrahierungszwangs	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung des Kontrahierungszwangs	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=4)</b> Verband der Angestelltenkrankenkassen GKV Spitzenverband Bund AOK Bundesverband BKK Bundesverband	
Deutscher Hausärzteverband	<b>Ärzte und Therapeuten (n=4)</b> Hartmannbund Kassenärztliche Bundesvereinigung Bundesverband Hausärztlicher Internisten	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2) „*Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung des Kontrahierungszwanges“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 22):

Tabelle 22: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Kontrahierungszwang“

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs-/Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b> Verband der Angestelltenkrankenkassen GKV Spitzenverband Bund	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=4)</b> Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte Hartmannbund Kassenärztliche Bundesvereinigung Bundesverband hausärztlicher Internisten	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 3) „*Redefining* - Neudefinition/Modifikation der Organisation zur Inklusion des Kontrahierungszwangs“ des Ablaufmodells ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 23):

Tabelle 23: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Kontrahierungszwang“

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Neudefinition/Modifikation der Organisation	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	Krankenkassen (n=0)	
	Ärzte und Therapeuten (n=2)	
Deutscher Hausärzterverband	Kassenärztliche Bundesvereinigung	
	Sonstige (n=0)	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen vier und fünf des Diffusionsmodells zur Innovation „Kontrahierungszwang“ konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

Für die dritte HzV-spezifische Innovation des GKV-OrgWG wurde gleichsam ein eigenes Ablaufmodell verwendet (Abb. 33):

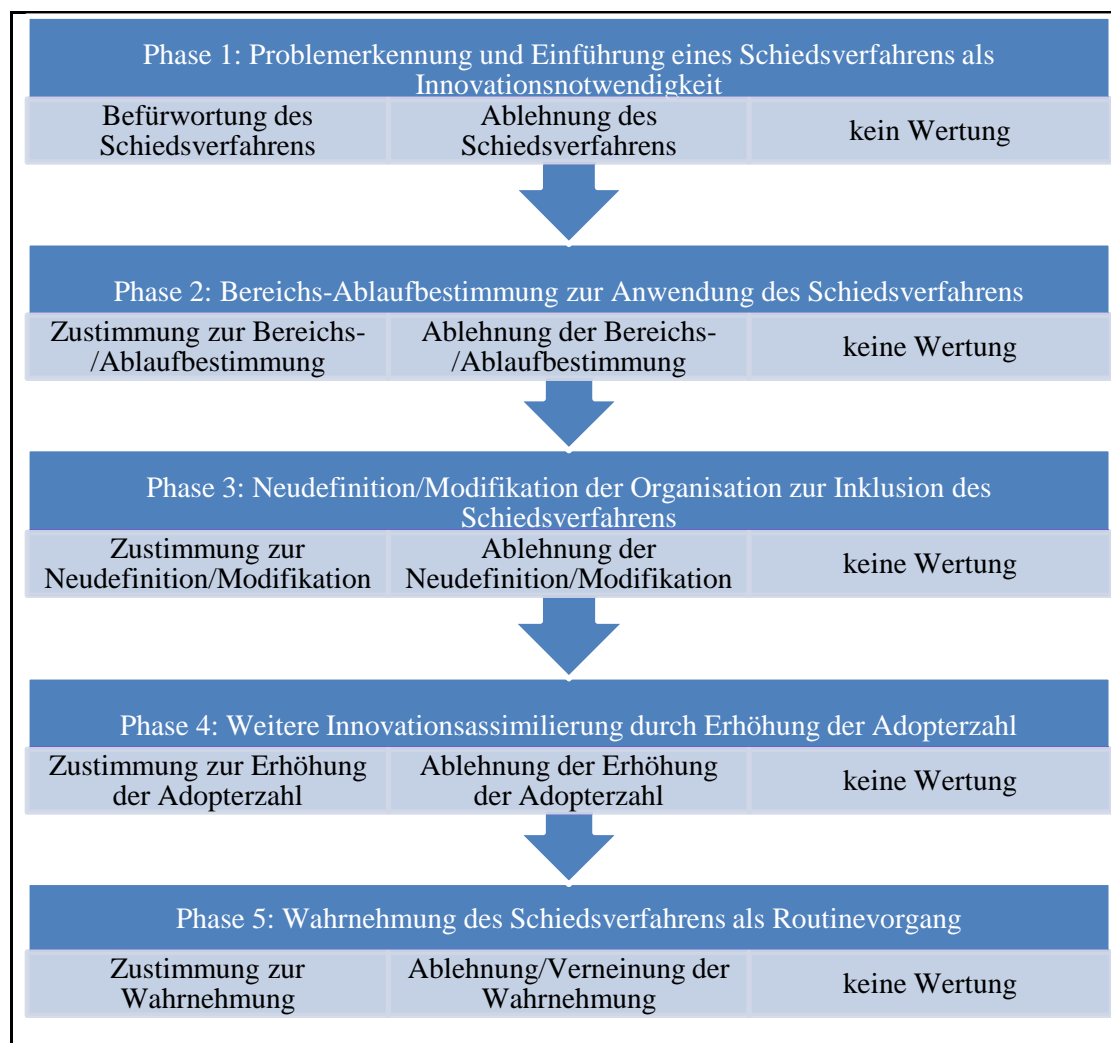


Abbildung 33: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Schiedsverfahren“

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1) „*Agenda setting* - Einführung eines Schiedsverfahrens als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 24):

**Tabelle 24: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Schiedsverfahren“**

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung des Schiedsverfahrens	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung des Schiedsverfahrens	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b> Verband der Angestelltenkrankenkassen AOK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=0)</b>	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2) „*Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung des Schiedsverfahrens“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 25):

**Tabelle 25: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Schiedsverfahren“**

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs-/Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs-/Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=1)</b> Verband der Angestelltenkrankenkassen	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=0)</b>	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

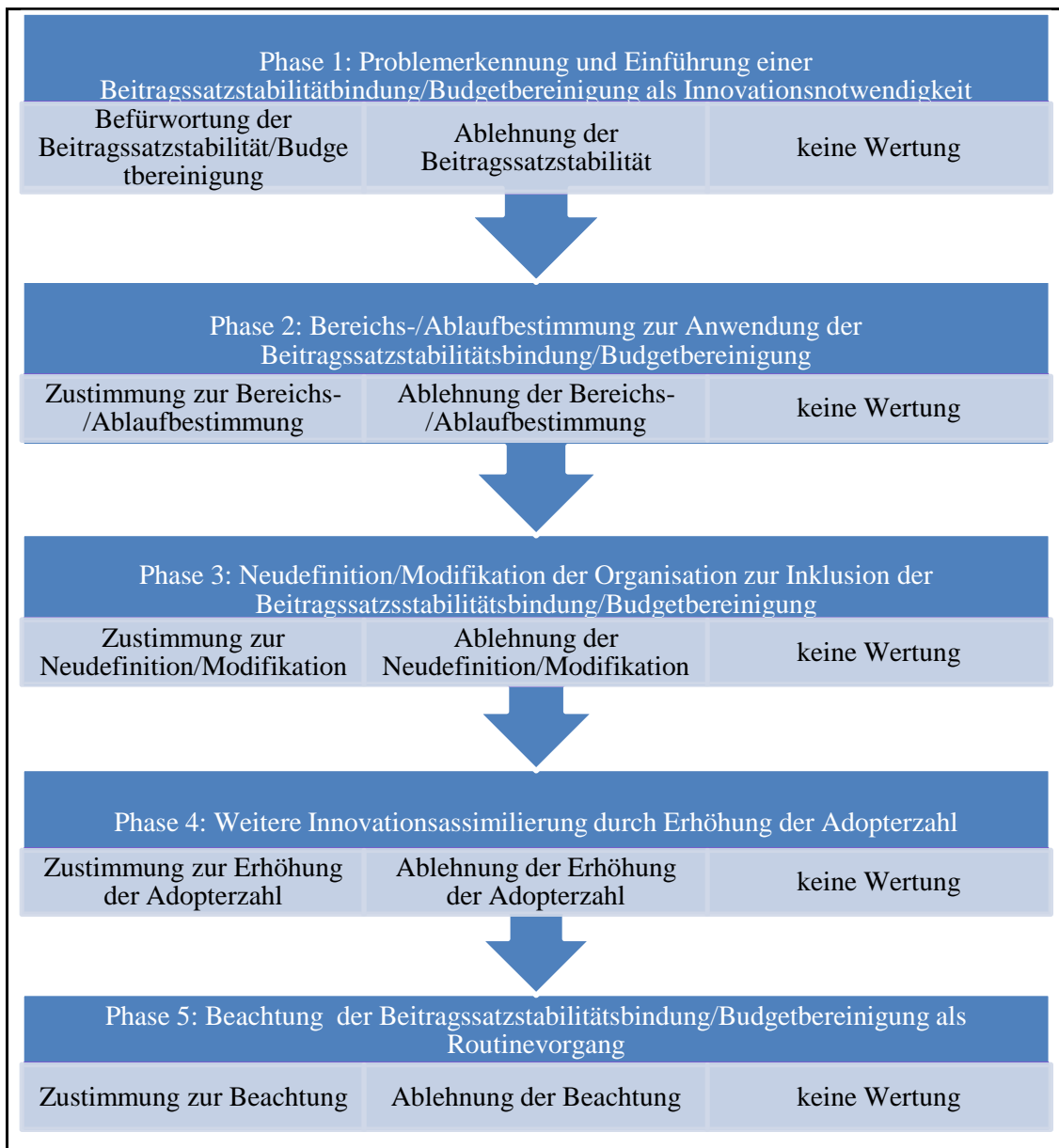
Den Hauptkategorien bzw. Phasen 3, 4 und 5 des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

## 9.2.5 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Finanzierungsgesetzes

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 22.09.2010 zum § 73b SGB V die Absätze 5a und 9 eingefügt und Absatz 8 modifiziert. Inhaltliche Ausrichtung der Änderungen bzw. Ergänzungen war die Bindung der nach dem

22.09.2010 abgeschlossenen Verträge an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität durch Bereinigung der Gesamtvergütung der Regelversorgung um die Leistungen, welche im Rahmen der Verträge zur HzV erbracht werden.

Zur Kategorienbildung wurde als die zu diffundierende Innovation die verpflichtende Bindung der HzV-Verträge an die Beitragssatzstabilität nebst Bereinigung der Gesamtvergütung ausgemacht (Abb. 34):



**Abbildung 34: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation**

„Beitragssatzstabilität/ Budgetbereinigung“

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen durch die Inhaltsanalyse zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1): *Agenda*

*setting* - Einführung einer Bindung an Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 26):

**Tabelle 26: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“**

<b><u>Unterkategorie:</u> Befürwortung der Bindung an Beitragssatzstabilität/ Budgetbereinigung</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bindung an Beitragssatzstabilität/ Budgetbereinigung</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung</b>
	<b>Krankenkassen (n=6)</b>	
AOK Bundesverband BKK Bundesverband IKK e.V. GKV Spitzenverband Bund Verband der Ersatzkrankenkassen	AOK Baden-Württemberg	
	<b>Ärzte und Therap. (n=4)</b>	
BV hausärztlicher Internisten	BV der Kinder- und Jugendärzte Bundespsychotherapeutenkammer Deutscher Hausärzteverband	
	<b>Sonstige (n=3)</b>	
Deutscher Gewerkschaftsbund	SoVD Prof. Gerlinger	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der Hauptkategorie „Phase 2): *Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung der Bindung an Beitragssatzstabilitätsbindung/Budgetbereinigung“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 27):

**Tabelle 27: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“**

<b><u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs- /Ablaufbestimmung</b>	<b><u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung</b>
	<b>Krankenkassen (n=2)</b>	
	AOK Baden-Württemberg Verband der Ersatzkrankenkassen	
	<b>Ärzte und Therap. (n=3)</b>	
	BV hausärztlicher Internisten Deutscher Hausärzteverband Kassenärztliche BV	
	<b>Sonstige (n=2)</b>	
	Verdi Prof. Gerlinger	

Quelle: Eigene Darstellung



Den Unterkategorien der dritten Hauptkategorie „Phase 3): *Redefining* - Neudefinition und Modifikation der Organisation zur Inklusion der Bindung an Budgetneutralität/Beitragssatzstabilität“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 28):

**Tabelle 28: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“**

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Neudefinition/Modifikation	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	Krankenkassen (n=0)	
	Ärzte und Therap. (n=1) BV hausärztlicher Internisten	
	Sonstige (n=0)	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen vier und fünf des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

### 9.2.6 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des GKV – Versorgungsstärkungsgesetzes

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde mit Wirkung zum 01.01.2012 im vierten Satz des Absatz 4a die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ gestrichen und der fünfte Satz neu angefügt worden und eine Klagemöglichkeit gegen die Schiedsperson aufgrund von Vertragsinhalten ausgeschlossen worden. Klagen gegen die Festlegung von Vertragsinhalten können sich somit nur gegen eine Vertragspartei richten.

Trotz einer möglichen Widersprüchlichkeit zwischen der inhaltlichen Ausrichtung der Begriffe „Innovation“ und „Restriktion“ wurde die Einschränkung der Klagemöglichkeit dem vorgegebenem Ablaufmodell folgend als zu diffundierende Innovation festgelegt (Abb. 35):

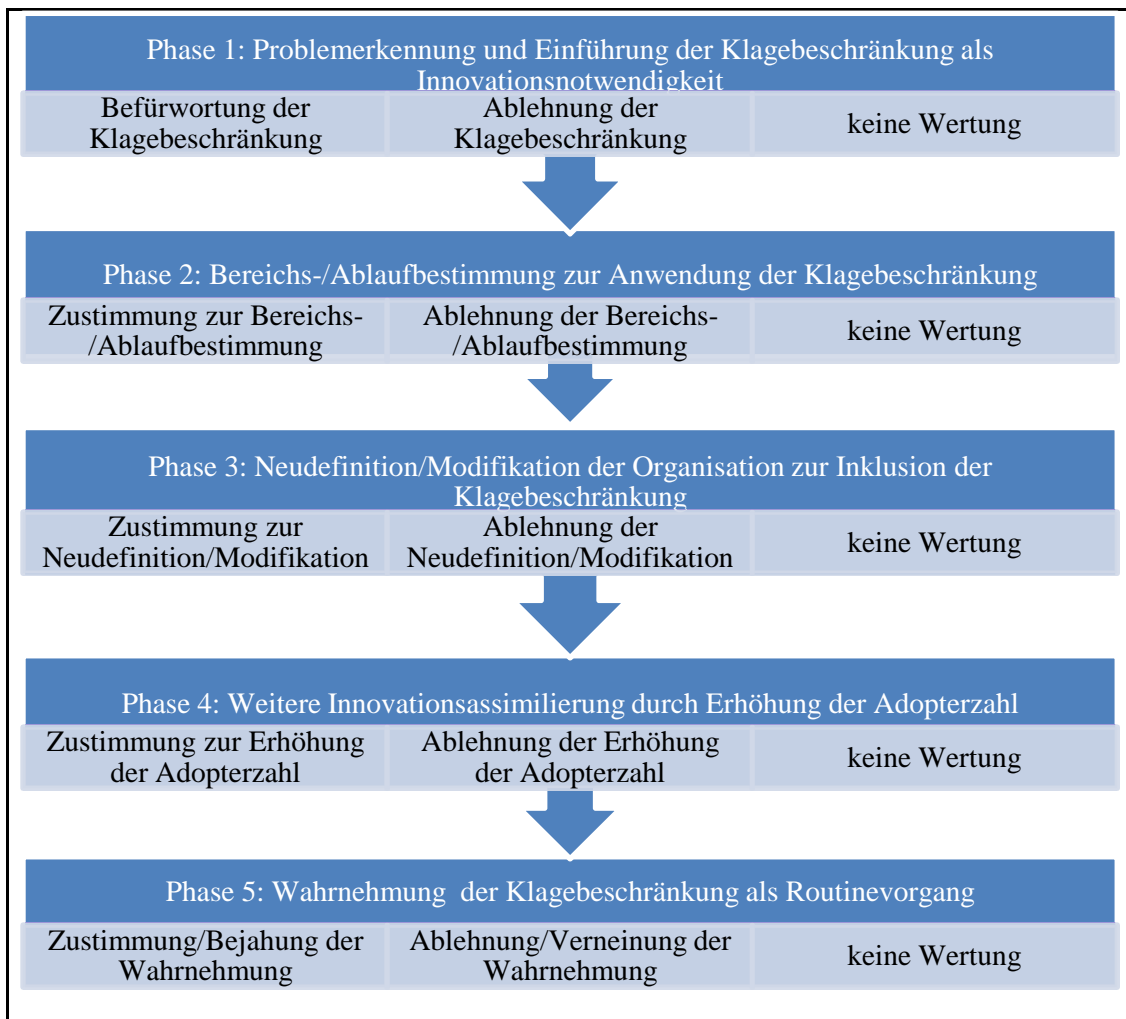


Abbildung 35: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Klagebeschränkung“  
 Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 1) *Agenda setting* - Einführung der Klage-beschränkung als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 29):

Tabelle 29: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Klagebeschränkung“

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung der Klagebeschränkung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Klagebeschränkung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b>	
	GKV Spitzenverband Bund AOK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therap. (n=1)</b>	
	Deutscher Hausärzteverband	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Zum Unterkategoriensystem der Hauptkategorie „Phase 2) *Matching* – Anwendungs-/ Bereichsbestimmung der Klagebeschränkung“ ließen sich folgende Stellungnahmen ableiten (Tab. 30):

**Tabelle 30: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Klagebeschränkung“**

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung der Klagebeschränkung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Klagebeschränkung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=1)</b>	
	BKK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=0)</b>	
	<b>Sonstige (n=0)</b>	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. Phasen drei bis vier des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

### 9.2.7 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur HzV-Innovation des Patientenrechtegesetzes

Mit dem Patientenrechtegesetz (PRG) hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 26.02.2013 den § 73b SGB V den dritten Absatz nach Satz 2 um die Sätze 3 bis 7 ergänzt bzw. modifiziert und den Versicherten ein Widerspruchsrecht gegenüber ihrer ersten Willenserklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung eingeräumt.

Gemäß dem beschriebenen und verwendeten Ablaufmodell wurde die „Einführung eines Widerspruchsrechtes für Versicherte“ als zu diffundierende Innovation festgelegt. Die theoriegeleitete Kategorienbildung nach dem 5-Phasenmodell stellt sich somit wie folgt dar (Abb. 36):



**Abbildung 36: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Diffusion der Innovation „Einführung eines Widerrufsrechts“**

Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gesichteten Stellungnahmen zum Gesetzgebungsverfahren des Patientenrechtegesetzes ließen sich folgende Zuordnungen zum Unterkategoriensystem der ersten Hauptkategorie „Phase 1) *Agenda setting* - Einführung des Widerrufsrechts als Innovationsnotwendigkeit“ ableiten (Tab. 31):

Tabelle 31: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 1 – „Widerrufsrecht“

<u>Unterkategorie:</u> Befürwortung des Widerrufsrechts	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung des Widerrufsrechts	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=3)</b> AOK Bundesverband	
GKV Spitzenverband Bund Verband der Ersatzkassen		
	<b>Ärzte und Therap. (n=2)</b>	
Bundesärztekammer und Kassenärztliche BV Bundespsychotherapeuten- kammer		
	<b>Sonstige (n=8)</b>	
SoVD e.V. BVdes Diakonischen Werkes Caritasverband BAG Selbsthilfe Sozialverband VdK Verbraucherzentrale BV Prof. Hart APS		

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der zweiten Hauptkategorie „Phase 2) *Matching* - Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung des Widerrufsrechts“ ließen sich im Zuge der Inhaltsanalyse folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 32):

Tabelle 32: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 2 – „Widerrufsrecht“

<u>Unterkategorie:</u> Zustimmung zur Bereichs- /Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Ablehnung der Bereichs-/Ablaufbestimmung	<u>Unterkategorie:</u> Keine Wertung
	<b>Krankenkassen (n=2)</b> GKV Spitzenverband Bund AOK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therap. (n=2)</b> Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung	
	<b>Sonstige (n=2)</b> Sozialverband VdK	
Caritasverband		

Quelle: Eigene Darstellung

Den Unterkategorien der dritten Hauptkategorie „Phase 3): *Redefining* - Neudefinition und Modifikation der Organisation zur Inklusion des Widerspruchsrechts“ ließen sich folgende Stellungnahmen zuordnen (Tab. 33):

Tabelle 33: Inhaltliche Akteurszuordnung zu den Unterkategorien der Phase 3 – „Widerrufsrecht“

<b>Unterkategorie: Zustimmung zur Orga- Transformation</b>	<b>Unterkategorie: Ablehnung der Orga-Transformation</b>	<b>Unterkategorie: Kein Wertung</b>
	<b>Krankenkassen (n=1)</b> AOK Bundesverband	
	<b>Ärzte und Therapeuten (n=0)</b>	
	<b>Sonstige (n=3)</b> Sozialverband VdK Verbraucherzentrale BV	

Quelle: Eigene Darstellung

Den Hauptkategorien bzw. der vierten und fünften Phase des Diffusionsmodells konnten keine Textaussagen bzw. –inhalte zugeordnet werden.

### 9.2.8 Zwischenfazit

Aus den sieben betrachteten Gesundheitsreformgesetzgebungen konnten je Verfahren mindestens eine bzw. bis zu drei Innovationen selektiert werden, welche die hausarztzentrierte Versorgung betrafen, so dass in Summe zehn verschiedene Innovationen untersucht wurden.

Zur Untersuchung der innovationsspezifischen Diffusionsprozesse wurden mittels gemischt deduktiv-induktivem Vorgehens zehn verschiedene inhaltsanalytische Ablaufmodelle mit entsprechenden Kategoriensystemen entlang des 5-Phasenmodells von Rogers entwickelt, um die vorab herausgearbeiteten 153 Stellungnahmen der drei verschiedenen Akteursgruppen zu analysieren.

### 9.3 Ergebnisanalyse des Diffusionsprozesses: Adoption, Non-Adoption und Diffusionsergebnisse unter Berücksichtigung der innovationsspezifischen Einflussfaktoren

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, mittels einer inhaltsanalytischen Untersuchung von akteursspezifischen Stellungnahmen, die Zustimmung zu einer Implementation bzw. Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung in die ambulante Regelversorgung, die Bereitschaft zur Transformation der eigenen Organisation und der ihr innewohnenden Prozesse zu identifizieren.

Zur Klärung der ersten Forschungsfrage:

- **Welche Diffusionsphase/Diffusionsphasen wurde/wurden nicht erreicht bzw. nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?**

wurden die selektierten Stellungnahmen je Gesetzgebungsverfahren und beschriebener Innovation in vorab entwickelte Phasenmodelle eingebettet (siehe Anhang). Durch die Verwendung dieser Methodik sollte der Diffusionsgrad der jeweiligen Innovation im Sinne einer Sachstandsmeldung zum Ergebnis des Diffusionsprozesses bzw. Art und Anzahl der nicht durchlaufenden Diffusionsphasen ermittelt werden.

Die gewählte Fragestellung und der Ansatz der Adoptions- bzw. Diffusionsforschung implizieren qua Definition eine alleinige Untersuchung der selektierten Materialien nach einem Adoptionsverhalten. Die Umsetzung der ersten Analyseschritte am Textmaterial extrahierte jedoch bereits frühzeitig untersuchungsrelevante Aussageinhalte, welche mit dem primär gewählten adoptionsfokussierten Kategoriensystem nicht zugeordnet werden konnten. Durch die Begrenzung der Selektion auf Adoptionsaussagen wurden sämtliche Aussagen, welche sich ablehnend, negativ oder kritisch bewertend mit den HzV-spezifischen Innovationen der einzelnen Gesetzgebungsverfahren auseinandersetzen, nicht aufgegriffen. Der Analyseschritt zur Rücküberprüfung des Kategoriensystems resultierte in einer Ergänzung der *Adoptionsperspektive* um eine *Non-Adoptionsperspektive* und eine *Keine-Wertung-Perspektive*. Der Terminus *Adoption* ist somit als Synonym für Befürwortung und der Terminus *Non-Adoption* als Synonym für Ablehnung (Rejektion) zu verstehen. Aussagen, welche sich inhaltlich, jedoch wertfrei, mit einer der selektierten HzV-Innovationen auseinandersetzten, wurde unter der Kategorie *Keine Wertung* gesammelt. Die Überarbeitung und Ergänzung des Kategoriensystems ermöglichte eine nahezu vollständige Einbindung und Zuordnung der, sich mit den HzV-spezifischen Innovationen befassenden, 153 Stellungnahmen.

Wie in den Kap. 9.2 und 9.3 dargestellt, erfolgte die Zuordnung der Stellungnahmen entlang des Diffusionsmodells nach Überarbeitung des Kategoriensystems mittels Klassifizierung der durch inhaltliche Strukturierung extrahierten Aussageinhalte in die drei Entscheidungs-Cluster *Adoption*, *Non-Adoption* und *Keine Wertung*. Die Nichterreicherung einer Diffusionsphase oder aber die Nichtbeendigung des Diffusionsprozesses ist gleichbedeutend mit einer Non-Adoption der Innovation an

dieser Stelle des Diffusionsprozesses zu verstehen. Unterstellt man dem Entscheidungs-Cluster *Keine Wertung* gewissermaßen eine Untätigkeit im Sinne einer nicht umgesetzten Adoption, so bedeutet die Zuordnung zu diesem Cluster ebenfalls eine Verantwortung für die Nichterreichung einer Diffusionsphase oder das Scheitern des Diffusionsprozesses.

Nach der Erhebung der durchlaufenden bzw. nicht durchlaufenden Diffusionsphasen im ersten Untersuchungsteil wurden im zweiten Untersuchungsschritt die eruierten, akteursspezifischen Diffusionsverhaltensmuster in weitere Inhaltsanalysen unter erneuter Kombination aus inhaltsanalytisch-strukturierendem Ablaufmodell und deduktiver Kategorienbildung eingebunden.

Dieser zweite Untersuchungsteil diente dabei der Hinführung zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage:

- **Warum wurde/wurden die Diffusionsphase/Diffusionsphasen nicht erreicht bzw. der Diffusionsprozess nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?**

Um diesbezüglich die „*Rate of Adoption of Innovations*“ nach Rogers (2003: 229-266) weiterführend zu untersuchen, erfolgte im genannten, zweiten Untersuchungsabschnitt zur Ursachenerforschung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsverhalten für die im ersten Untersuchungsteil selektierten Stellungnahmen eine erneute Inhaltsanalyse - theoriegeleitet durch die von Rogers (ebda.) definierten „*innovationsspezifischen Einflussfaktoren*“ (Kap. 5.1.2). Die fünf Einflussfaktoren dienten dabei zur Bildung des Kategoriensystems, um die selektierten Akteursaussagen abzuarbeiten und eine Kausalverbindung zwischen Adoptions- bzw. Non-Adoptionsverhalten und den innovationsspezifischen Einflussfaktoren zu eruieren.

### 9.3.1 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000

Zum Untersuchungsauftritt wurden zum **GKV-GRG** aus dem Jahr 2000 zwei Innovationen abgeleitet. Beide Maßnahmen konnten den Diffusionsvorgang nicht erfolgreich abschließen.



Für die aus der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes 2000 abgeleitete Innovation der „Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“ konnte eine Adoption von Seiten der Akteursgruppe „Krankenkassen“ bis einschließlich der zweiten Phase des Diffusionsmodells von Rogers ermittelt werden (Tab. 34). Von Seiten der Ärzte und Sonstigen kann für die zweite Diffusionsphase nur Non-Adoption ermittelt werden.

**Tabelle 34: Diffusionsergebnis zur Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung“ des GKV- GRG**

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	→				

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Die Vertreter der Akteursgruppe „Krankenkassen“ sind hierbei zum einen Vertreter einer Kassenart – AOK und Ersatzkassen – und zum anderen der GKV Spitzenverband. Der Hauptkategorie des *agenda settings* (und Phase I des Diffusionsmodells) „Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“ konnten die Aussagen der Krankenkassen ausnahmslos der Unterkategorie der Befürworter zugeordnet werden:

*„...beurteilen es grundsätzlich positiv, dass die Position des Hausarztes (...) gestärkt werden soll.“ (AG der Spitzenverbände der Krankenkassen 1999: 6)*

*„Die vorgesehenen Regelungen stärken die Position des Hausarztes im Verhältnis zu den Versicherten und zu den weiterbehandelnden Fachärzten. (...). Dies ist (...) zu begrüßen.“ (AOK BV 1999: 63)*

*„Sämtliche für eine „Lotsenfunktion“ des Hausarztes relevanten Ebenen, auf denen ein Handlungsbedarf besteht, werden (...) bedient. Ohne in ein Primärarztsystem abzudriften, in dem die freie Arztwahl eingeschränkt ist, kann es mit den jetzt vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung gelingen, den Trend zum Facharzt zu stoppen.“ (AOK BV/Weller 1999: 11)*

*„Die beabsichtigte Stärkung der hausärztlichen im Verhältnis zur fachärztlichen Versorgung scheint aufgrund internationaler Erfahrung versorgungspolitisch funktional (...).“ (BKK Bundesverband 1999: 7)*

Seine positive Aussage:

*„Zu begrüßen ist auch die Absicht, die hausärztliche Versorgung zu stärken.“*

ergänzt der VdAK/AEV (1999: 6, 51, 59) noch um konkrete Hinweise und Ansprüche an eine nachhaltige Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung:

*„Positiv zu werten ist die Möglichkeit, getrennte Honorartöpfe für die haus- und fachärztliche Versorgung zu bilden. (...) Freiwillige Hausarztwahltarife sind höchst problematisch, da sie Attraktivität vor allem für gesunde Versicherte entfalten. (...) Die Regelung stellt den Versuch dar, die Konkretisierung der hausärztlichen Versorgung, die bereits seit 1993 im Gesetz steht, auf eine neue Grundlage zu stellen. (...) Zur Stärkung der Hausärzte reicht jedoch die vorgesehene Konkretisierung nicht aus. Notwendig ist zumindest eine Verbesserung der Qualifikation der Hausärzte und eine Konkretisierung der Inhalte des spezifischen hausärztlichen Versorgungsauftrags.“*

Die verwendeten Begrifflichkeiten, wie bspw. die Begrüßung der Gesetzesinitiative und die einer positiven Beurteilung, klassifizieren die beteiligten Vertreter der Akteursgruppe „Krankenkassen“ als Adopter im Rahmen der ersten Diffusionsphase.

Die Stellungnahmen der Akteursgruppe „Ärzte und ärztl. Therapeuten“, hier vertreten durch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, lassen sich bereits zur ersten Diffusionsphase nicht mehr ausschließlich nur in einer Unterkategorie verorten. Die BÄK gehört dabei durch ihre Aussagen der Gruppe der Befürworter – ergo Adopter – an:

*„...ist grundsätzlich zu begrüßen. (...). Die Koordinierungsrolle des Hausarztes (...) sollen Angebote an Patienten sein“ (BÄK 1999a: o.S.)*

Diametral hiervon abweichend sind die KBV und die KV Rhein Hessen kraft ihrer Stellungnahme der Gruppe der Non-Adopter beizumengen. Die Adoptionsverweigerung selbst - Non-Adoption - resultiert aus Zweifeln an der Wirksamkeit der Gesetzesvorlage:

*„Die hausärztliche Versorgung lässt sich nicht durch Honorarumverteilungen und Teilbudgetierungen (...) stärken, wie dies der Diskussionsentwurf vorsieht.“ (KBV 1999: 4)*

*„(...) lehnt die (...) Gesundheits-Reform 2000 ab.“ (KV Rhein Hessen 1999: 1)*

Auch die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1999: 4) sieht das Hausarztprinzip kritisch:

*„Auch wenn das Hausarztprinzip (...) grundsätzlich begrüßt wird, sehen wir für den besonderen Bereich der Psychotherapie hier ein Problem.“*

Der NAV Virchowbund (1999: Nr. 3 o.S.):

*„(...) lehnt das Gesundheitsreformgesetz 2000 (...) grundsätzlich ab.“*

Der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (1999: 9) stellt als Umsetzungsnotwendigkeit heraus,

*„dass die Motivation der Versicherten zur Wahl eines Hausarztes, d.h. zur Verpflichtung, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von Ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, entscheidend ist für den Aufbau eines hausarztorientierten Versorgungssystems. Mit Halbherzigkeiten ist es nicht getan.“*

Für die Akteursgruppe der „Sonstigen“ konnten drei Stellungnahmen den Unterkategorien der ersten Diffusionsphase zugewiesen werden.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband und Herr Prof. Schwartz als Einzelsachverständiger wurden anhand ihrer Aussagen innerhalb der Unterkategorie der „Befürworter“ als Adopter verortet:

*„...unterstützt (...) die Stärkung der hausärztlichen Versorgung.“* (Paritätischer Wohlfahrtsverband 1999: 8f.)

*„Es ist ferner konsequent, die hausärztliche Versorgung (...) gesetzlich zu regeln.“* (Prof. Schwartz 1999: 2)

Ohne eine Zuordnung als Adopter oder Non-Adopter wurde die Stellungnahme der Deutschen Angestelltengewerkschaft in die dritte Unterkategorie „Kein Meinungsbild“ klassifiziert. Die DAG (1999: 5) warnt in ihrem Schreiben vor einem Missbrauch der HzV:

*„...das Hausarztmodell so zu steuern, dass es nicht (...) missbraucht werden kann.“*

## **Diffusionsphase 2**

Zur zweiten Phase des Diffusionsmodells – dem *matching* -, hier mit der Kategorienbezeichnung „Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“, konnten von allen drei Akteursgruppen entsprechende Aussagen identifiziert werden.

Der Verband der Angestelltenkrankenkassen (1999: 6) befürwortet die Trennung der ärztlichen Regelversorgung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung und die damit verbundene Trennung von Honoraren:

*„Positiv zu werten ist (...), getrennte Honorartöpfe für die haus- und fachärztliche Versorgung zu bilden“*

Der BKK Bundesverband (1999: 7) sieht ebenfalls Handlungsbedarf bei der Budgetverteilung und inhaltlicher Ausrichtung:

*„Die beabsichtigte Stärkung (...) setzt sowohl Änderungen der Regelungen zur Vergütung und Honorarverteilung wie auch Verbesserungen der allgemeinmedizinischen Qualifizierung voraus.“*

Aussagen seitens der fachärztlichen Interessensvertreter zur zweiten Diffusionsphase spiegeln deutlich eine Adoptionsverweigerung wider. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (1999: 3) äußert Bedenken hinsichtlich möglicher Behandlungsrisiken für seine Patientenzielgruppe:

*„Der ungehinderte Zugang psychisch Kranker zum behandelnden Facharzt muß gewährleistet bleiben. (...) bestehen (...) für psychisch Kranke (...) besondere Risiken, die sich negativ auf die Behandlung auswirken können.“*

Statt einer Honorarumverteilung fordert die KBV (1999: 10) frühzeitig getrennte Honorartöpfe:

*„Schon die bisherige Regelung des §73 Abs. 1b scheitert an der Durchführung (...). Zu fordern ist daher die Vereinbarung getrennter Gesamtvergütungsanteile mit den Krankenkassen, durch welche die Krankenkassen endlich die Mitverantwortung für die Angemessenheit sowohl der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgung übernehmen.“*

Die Akteursgruppe der Sonstigen zählt zur zweiten Diffusionsphase ebenfalls zu den Adoptionsverweigerern. Ihre Ablehnung findet sich überwiegend in ihrer Forderung nach der Einbeziehung weiterer Professionen in die hausärztliche Versorgung wieder:

*„Die idealtypische Institutionalisierung (...) ist langfristig das multiprofessionelle primary health care team, (...). Im Hinblick auf diese Anforderung ist der vorliegende Entwurf unangemessen arztzentriert.“ (Rosenbrock 1999: 4)*

*„(...) tritt die ULA dafür ein, dass der Kreis der Facharztgruppe, welche ohne Überweisung besucht werden dürfen, hinreichend weit gefasst wird.(...). Weitere Einschränkungen werden hingegen strikt abgelehnt.“ (Union der leitenden Angestellten 1999: 4)*

„(...) ein Konzept mit Pflegeexperten zu entwickeln (...)“ (Deutscher Pflegerat 1999: 3)

„Allerdings dürfen dann als Hausarzt nicht nur die (...) aufgeführten Ärzte sein.“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1999: 4f.)

„Wir vermissen jedoch (...) die verstärkte Einbeziehung der apothekerlichen Kompetenz.“ (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände 1999: 6)

### Diffusionsphase 3-5

Der dritten bis einschließlich fünften Phase des Diffusionsmodells konnten zur weiteren Adoption oder Non-Adoption der Teilnehmerdefinition keine Aussageinhalte mehr zugeordnet werden und somit ein erfolgreiches Durchlaufen des Diffusionsprozess anhand der gesichteten Stellungnahmen nicht belegt werden.

Die Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung wurde als zweite Innovation innerhalb des GKV-GRG zur Einführung der HzV identifiziert worden.

Abweichend zur ersten Innovation, der Teilnehmerdefinition einer hausärztlichen Versorgung, konnte anhand der Stellungnahmen keine Adoption des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung innerhalb des Diffusionsmodells festgestellt werden. Eine Adoptionsverweigerung bzw. Non-Adoption aller drei Akteursgruppen konnte dagegen bis in die zweite Phase des Diffusionsmodells nachgewiesen werden (Tab. 35).

**Tabelle 35: Diffusionsergebnis zur Innovation „Versichertenbonus in der HV“ des GKV-GRG**

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
<b>GKV</b>	→				
<b>Ärzte</b>	→	→			
<b>Sonstige</b>	→	→			

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Von Seiten der Krankenkassen wird bereits in der Zuordnung zur ersten Diffusionsphase die (Innovations-) Notwendigkeit, das *agenda setting*, des

Versichertenbonus in der HV verneint. Die Akteure befürchten Fehlanreize und Fehlentwicklung für die weitere Versorgung:

*„Die Einführung eines Bonus (...) wird abgelehnt. Sie würde zu einem gesplitteten Beitragssatz führen (...)...die freie Arztwahl so wichtig, dass sie nur mit einem sehr hohen Bonus zu einer Einschreibung in ein Hausarztmodell motiviert werden könnten.“ (IKK Bundesverband 1999: 10)*

*„...die Gewährung eines Hausarztbonus weist in die falsche Richtung, (...) faktisch als Gesundenbonus kaum zur Verbesserung der Versorgung beitragen, allerdings (...) zusätzliche Ausgaben provozieren wird.“ (BKK Bundesverband 1999: 8)*

*„Streichung des gesamten Paragraphen.“ (AOK Bundesverband 1999: 59)*

*„...Hausarztwahltarife sind höchst problematisch, da sie die Attraktivität vor allem für gesunde Versicherte entfalten.“ (Verband der Angestelltenkrankenkassen 1999: 51)*

Auch die Akteursgruppe der Ärzte und ärztl. Therapeuten gehört bereits ab der ersten Diffusionsphase zu den Adoptionsverweigerern. Ursächlich für die Non-Adoption des Versichertenbonus in der HV ist aus den Stellungnahmen die Kritik an der Aushebelung des Solidarprinzips, eine Einschränkung der freien Arztwahl und die Sorge um eine konstante Behandlungsqualität abzuleiten:

*„Die Einführung eines Versichertenbonus (...) steht im Gegensatz zur Beitragsrückgewähr. (...) Aushebelung des Solidarprinzips. (...), dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.“ (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände 1999: 4f; Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. 1999: 3; VPK 1999: 2f.)*

*„Der BDA betrachtet diese Regelung als unzureichend. (...)bietet keinen wesentlichen Anreiz für Versicherte“ (BDA-Hausärzteverband 1999: 8)*

*„Der Gesetzentwurf wird abgelehnt.“ (Bundesärztekammer 1999: o.S.)*

*„...dass das zentrale Recht des Patienten, den Arzt (...) frei wählen zu können (...) gewahrt bleibt.“ (NAV Virchowbund 1999: Nr. 4 o.S.)*

*„...bekräftigt grundsätzlich die Ablehnung des Gesetzentwurfes zur Gesundheitsreform 2000.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999: o.S.)*

Eine Auseinandersetzung im Sinne einer Non-Adoption des Versichertenbonus in der HV ist auch bei der Akteursgruppe der Sonstigen zu finden.

*„Der Versichertenbonus (...) ist zu streichen.(...) unnötige Gängelung der Patienten; mit einer Einsparung aus der Pflicht zum Hausarztbesuch ist nicht zu rechnen.“ (DGVP 1999: 2)*

*„Ein Bonussystem kann (...) eine Benachteiligung (...) nachsichziehen.“ (Paritätischer Wohlfahrtsverband 1999: 8)*

### **Diffusionsphase 2**

Ein Erreichen der zweiten Diffusionsphase – dem *matching* – im Sinne einer Adoption durch die Krankenkassen ist für den „Versichertenbonus in der HV“ nicht mehr zu ermitteln. Aus den gesichteten Stellungnahmen konnten nur von ärztlicher Seite und von Seiten der Sonstigen eine Non-Adoption ermittelt werden.

*„Der Hartmannbund vertritt die Auffassung, dass vor Einführung eines Versichertenbonus die Frage zu klären ist, inwieweit ein solcher Bonus in der hausärztlichen Versorgung das Solidarsystem durchlöchert. Es geht nicht, dass Gruppen von Versicherten an andere Gruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, Beitragsgelder zur Verfügung stellen, um den Versichertenbonus zu finanzieren.“ (Hartmannbund 1999: 8)*

*„Mit der solidarischen Finanzierung (...) sind finanzielle Anreize für Versicherte prinzipiell nicht vereinbar. (...) Das Recht auf freie Arztwahl darf nicht angetastet werden.“ (Bundesärztekammer 1999: 4)*

Aus der Gruppe der Sonstigen:

*„Es gibt bisher noch keine schlüssigen Beweise dafür, dass die Vorschaltung eines Hausarztes wirklich immer zu Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserung der Versorgung führt. Bisherige Ergebnisse bei Hausarztтарifen in der PKV werfen die Frage nach einer angebotsinduzierten Risikoselektion auf. Letztendlich scheint die Qualifikation des jeweiligen Hausarztes entscheidend für die Effekte zu sein.“ (Bundesverband Managed Care 1999: 4)*

Bei der Sichtung der selektierten Stellungnahmen zum GKV-GRG, dem ersten untersuchten Gesundheitsgesetzgebungsverfahren, konnten verschiedene Inhalte in ihrer Aufbereitung und Wiedergabe nicht dem inhaltsanalytischen Ablaufmodell unterworfen werden. Eine weitere Paraphrasierung oder Reduktion hätte den Verlust der eigentlichen Aussage bedeutet. Aufgrund der Relevanz zur vorliegenden Untersuchung werden die Aussagen an dieser Stelle außerhalb des Ablaufmodells abgebildet.

In seiner Stellungnahme zum Anhörungsverfahren des GKV-GRG fordert der Hartmannbund (1999: 8) bereits die Konstituierung einer wahlhausärztlichen Versorgung:

*„Der Hartmannbund plädiert für die Einführung eines wahlhausärztlichen Versorgungssystems, um die Koordination und Kommunikation der Vertragsärzte einschließlich der Hausärzte zu stärken – ohne dass ein Versichertenbonus eingeführt werden muss (...).“*

Auch der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband e.V. (1999: 8f.) formuliert bereits zum GKV-GRG deutlich seine Forderungen zur stärkeren Abgrenzung der hausärztlichen Versorgung:

*„Der BDA ist überzeugt davon, dass eine ärztliche Versorgung, die über den Hausarzt gesteuert wird, Kosten im erheblichen Umfang spart. Der BDA tritt nach wie vor für einen differenzierten Beitragssatz zur Motivation (...) ein. Ein verminderter Beitragssatz für Versicherte, die einen Hausarzt wählen, verstößt auch nicht gegen das Solidarprinzip. Es wäre ein Gebot der Gerechtigkeit (...) einen höheren Beitrag abzuverlangen. (...) der nicht die hausärztliche Versorgung wählt, auf Kostenerstattung zu verweisen (...). (...) müssen die Kassen auf jeden Fall verpflichtet werden (...) ein (...) Angebot zu machen. Eine Kann-Regelung ist in keinem Fall ausreichend. Heines Hausarztes (...), entscheidend ist für den Aufbau eines hausärztlichen Versorgungssystems.“*

### **Diffusionsphase 3-5**

Auch für die Innovation „Versichertenbonus in der HV“ konnten aus den selektierten Stellungnahmen keine weiteren Inhalte herausgearbeitet werden, welche als Adoptions- oder Non-Adoptions-Verhalten den Diffusionsphasen drei bis fünf hätten zugeordnet werden können.

Die Innovation „Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“ erreichte - wie dargestellt - im Diffusionsmodell nur die zweite Phase. Dabei konnten Aussagen im Sinne einer Non-Adoption über beide erste Phasen in allen drei Akteursgruppen identifiziert werden. Analog der beschriebenen Vorgehensweise wurden die selektierten Aussagen im zweiten Untersuchungsschritt - zwecks Zuordnung und Bewertung der Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgründe - in ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell eingebunden (siehe Anhang), welches zur Kategorienbildung die innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren von Rogers verwendet. (Tab. 36).



Tabelle 36: GKV-GRG, Gewichtung der Innovation „TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung“

Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach, die TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu reibungsarm implementieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung zu verstehen und zu nutzen? (Aufwand-Nutzen-Vergleich)
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Der eigentlichen Innovationsnotwendigkeit und der beschriebenen Inhalte und Prozesse der hausärztlichen Versorgung können die Vertreter der GKV noch folgen. Die selektierten Aussagen implizieren durch die verwendeten Termini bezüglich einer Begrüßung und positiver Wahrnehmung eine vorteilsbehaftete Bewertung durch die GKV. Diese positive Wahrnehmung trägt sich jedoch nicht in weitere Diffusionsphasen fort, so dass die Erweiterung des Anwenderkreises und der routinierte Umgang mit der Innovation auf GKV-Seite nicht nachweisbar sind.

Die dokumentierte, grundsätzliche Ablehnung von fachärztlicher Seite manifestiert sich zur zweiten Diffusionsphase in Bedenken hinsichtlich der Einschränkungen für Patienten in psychischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Die Einrichtung einer hausärztlichen Versorgung wird von dieser Akteursgruppe als Nachteil für die Behandlung der beschriebenen Patientengruppe eingeschätzt. In der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung erkennen die Akteure keine vorteilhaften Effekte und halten Sie als nicht kompatibel mit der von ihnen erbrachten fachärztlichen Versorgung.

Fehlende Vorteilswahrnehmung und geringe Kompatibilität der Innovation verhindern auch bei den ärztlichen Vertretern das Durchlaufen der weiteren Diffusionsphasen.

Auch die sonstigen Akteure als Non-Adopter halten die hausärztliche Versorgung durch die Arztzentrierung und Einschränkung von Wahlmöglichkeiten als nicht kompatibel mit dem bisher praktizierten Zugang der Versicherten zur fachärztlichen Versorgung.

Als zweite HzV-spezifische Innovation des GKV-GRG wurden die selektierten Akteursaussagen zum „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“ in ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell zur Bewertung der Diffusionsergebnisse anhand innovationsspezifischer Einflussfaktoren (Tab. 37).

**Tabelle 37: GKV-GRG, Gewichtung der Innovation „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“**

<b>Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung eines Versichertenbonus in der HV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Versichertenbonus in HV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Versichertenbonus in HV zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Versichertenbonus in HV vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung des Versichertenbonus in HV offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Die Einführung eines Versichertenbonus für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung wird von den Krankenkassenvertretern eindeutig abgelehnt. Durch die Einschränkung der freien Arztwahl, Entstehung zusätzlicher Ausgaben und Fehlsteuerungen sehen sie keinen Vorteil in dieser Maßnahme. Positive Ergebnisse und Effekte werden nicht wahrgenommen und eine fehlende Kompatibilität mit dem solidarischen Beitragssystem bemängelt. Ebenso korrespondiert die angestrebte, wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitsmarktes nicht mit dem Steuerungsmechanismus eines Teilnehmerbonus.

Von ärztlicher Seite werden Konflikte mit dem bestehenden Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung und der Honorarverteilung unter der Ärzteschaft moniert, die Einschränkung der freien Arztwahl und Fehlsteuerungen bei der Behandlung von Patienten unterschiedlichster Morbidität. Die Vorteilsbewertung ist somit als gering einzustufen. Konflikte mit bestehenden Organisationen und Prozessen deuten auf Defizite bei der Kompatibilität hin.

Auch von der Akteursgruppe der Sonstigen werden Zweifel an Einspareffekten durch die hausärztliche Versorgung geäußert. Auch hier wird die Einschränkung der freien Arztwahl als Bevormundung der Patienten bezeichnet und das Bonussystem als mit Nachteilen behaftet. Die Vorteilsbewertung der HV fällt somit auch hier negativ aus, Einschränkungen bei der Arztwahl als mangelnde Kompatibilität mit der tatsächlichen Versorgungssituation am Gesundheitsmarkt.

### 9.3.2 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes

Mit dem **GKV-GMG** aus dem Jahre 2004 hat der Gesetzgeber mit der Generierung des § 73b SGB V erstmals die hausarztzentrierte Versorgung als neue Pflichtleistung definiert und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen.

Aus den gesichteten Stellungnahmen zum Anhörungsverfahren des GKV-GMG konnte eine Zuordnung anhand des inhaltsanalytischen Ablaufmodells bis zur dritten Diffusionsphase abgeleitet werden. die Zuordnung erstreckte sich dabei sowohl auf Beiträge der drei Akteursgruppen zur Adoption als auch zur Non-Adoption (Tab. 38).

Tabelle 38: Diffusionsergebnis zur Innovation „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“ des GKV-GMG

Adoption und Non-Adoption im Phasenmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	→				

Quelle: Eigene Darstellung

### **Diffusionsphase 1**

Bereits zur ersten Diffusionsphase ist eine Non-Adoption der Innovationsnotwendigkeit aus den verneinenden Eingaben der Krankenkassen abzuleiten:

*„Alle Krankenkassen zu verpflichten, ein Hausarztmodell obligatorisch anzubieten (...) ist aus vielen Gründen nicht sinnvoll.“* (Techniker Krankenkasse 2003: 5)

*„Ein für die Krankenkassen verpflichtend einzuführendes Hausarztsystem ist abzulehnen.“* (Verband der Angestelltenkassen/Allgemeine Ersatz-Krankenkassen 2003: 5)

*„(...) spricht sich nicht für ein verpflichtendes Hausarztsystem aus. Bevorzugt wird ein wettbewerbliches Modell. Der Bonus kann (...) entfallen.“* (AOK Bundesverband 2003: 7)

*„Für eine Privilegierung des Hausarztmodells durch den Gesetzgeber fehlen in Deutschland empirische Anhaltspunkte. (...) sollten Hausarztmodelle (...) nicht zum Pflichtangebot aller Krankenkassen bei Verzicht auf Eintrittsgeld gemacht werden.“* (BKK Bundesverband 2003: 6)

*„Ein Hausarztsystem kann dazu beitragen, unnötige fachärztliche Konsultationen zu vermeiden und dadurch Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen. Es sollte jedoch ein freiwillig zu nutzendes Instrument bleiben (...). Ökonomische Wirkungen der Praxisgebühr allein durch den entstehenden Verwaltungsaufwand sind zu bezweifeln.“* (IKK Bundesverband 2003: 5)

Die Deutsche BKK (2003: 2) mahnt in ihrer Stellungnahme an, dass

*„das Nebeneinander von Gesamtverträgen und Direktverträgen (...) rechtssystematisch präziser (...) geregelt werden“* müsste. Eine *„zu zahlende Vergütung“* sollte *„auf die Gesamtvergütung und ab 2006 die Regelleistungsvolumina angerechnet werden“*.

Die Aufnahme der HzV in das SGB V durch Formulierung des § 73b wird von den Interessensvertretern der Ärzte grundsätzlich begrüßt. Uneinigkeit herrscht jedoch über die Notwendigkeit der Ausgestaltung als verpflichtendes oder optionales Angebot der Krankenkassen. Der Hartmannbund, die KBV und der BHI sprechen sich im Sinne einer Non-Adoption gegen die gesetzliche Regelung einer Einführung der HzV als Pflichtleistung aus:

*„(...) begrüßt die Einführung eines hausärztlich orientierten Primärversorgungsmodells auf freiwilliger Basis. Im SGB V sind bereits jetzt schon Regelungen für die Stärkung der Hausarztfunktion vorgesehen. Insofern*

*bedarf es keiner zusätzlichen Regelungen in Form von Hausarztmodellen (...).“ (Hartmannbund 2003b: 8)*

*„Die (...) ausdrücklich begrüßte Stärkung der Hausarztfunktion als „Lotse im Gesundheitswesen“ kann diese Fehlentwicklung nicht verhindern, zumal sie Hausärzte selbst in ein (...) einschränkendes Prüf- und Kontrollsystem eingebunden werden sollen.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003: 5)*

*„Besonders entschieden verwahrt sich der BHI dagegen, dass die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung (...) aus der gemeinsamen Selbstverwaltung allein in die Hände der Kassen gegeben wird.“ (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2003: 2)*

Es ist aber auch ein Adoptionsverhalten von Seiten der ärztlichen Akteure zu verzeichnen, welche die HzV als sinnvoll begrüßen:

*„(...) sprechen für eine kontinuierliche Betreuung (...) durch eine qualifizierte ärztliche Versorgung. Hausarzttarife erscheinen gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.“ (Bundesärztekammer 2003a: 40)*

*„Eine zentrale Rolle (..) dieser neuen Versorgungsform spielt dabei die in § 73b SGB V normierte ‚HzV‘.“ (Deutscher Hausärzteverband 2003: 2)*

*„(...) bei einer HzV der Vorteil bieten, dass die Schwelle für zielgerichtete Inanspruchnahme (...) niedriger wird.“ (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung und Bundespsychotherapeutenkammer 2003: o.S.)*

*„(...) ein koordinierender Arzt, der die Rolle eines Lotsen (...) übernimmt, ist grundsätzlich sinnvoll.“ (Marburger Bund 2003: 9)*

Aus den Stellungnahmen der Gruppe der Sonstigen ist fast ausnahmslos ein regelgerechtes Adoptionsverhalten abzuleiten:

*„(...) sieht in (...) hausarztzentrierten Versorgungsformen große Chancen für eine bessere und wirtschaftliche Versorgung (...).“ (Sozialverband VdK Deutschland 2005: 6)*

*„Das Hausarztssystem wird (...) ausdrücklich unterstützt.“ (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 2003: 2)*

*„Auch die vorgesehene Stärkung der Lotsenfunktion von Hausärzten findet die Zustimmung (...).“ (Evangelische Kirche in Deutschland 2003: 2)*

„Die für die Krankenkassen verpflichtende Einführung eines Hausarzt-systems (...) die zu einer Stärkung der Hausärzte führen soll. Der vzbv begrüßt dies (...).“ (Verbraucherzentrale Bundesverband 2003a: 9)

„Das vorgesehene Hausarzt-system wird grundsätzlich begrüßt.“ (Gesamtverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes 2003: 11)

„(...) begrüßt die Ansätze im GMG (...): Strukturell sinnvolle Anreize durch Gatekeeper-Funktion der Hausärzte sowie Bonussysteme für Teilnahme (...).“ (Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. 2003: o.S.)

„Die Stärkung des Hausarztes als Lotse wird begrüßt.“ (Deutscher Gewerkschaftsbund 2003: 5)

Der Sozialverband Deutschland (2003: 2) schränkt seine Zustimmung etwas ein und appelliert an eine vernetzte Versorgung:

„(...) befürwortet im Grundsatz ein Hausarztmodell, plädiert jedoch dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen (...) zu schaffen (...).“

## **Diffusionsphase 2**

Die zweite Diffusionsphase mit der Bereichs- und Ablaufbestimmung zur Adoption des HzV-Angebotes wird von den Gesetzlichen Krankenkassen analog der ersten Diffusionsphase nicht mehr umgesetzt. Die getätigten Aussagen über die gesundheitsökonomischen Fehlanreize belegen eine Non-Adoption:

„Die vorgesehene Kopplung des Hausarztmodells (...) mit den Anreizsystemen führt dazu, dass keine Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die Zahl der Arztkontakte würde sich durch den ökonomischen Druck (...) erst den Hausarzt aufsuchen zu müssen, erhöhen. (...) Ausnahmeregelungen verwaltungsseitig nur schwer umsetzbar und führt zu erheblicher Intransparenz und kostenträchtiger Kontrolle.“ (Techniker Krankenkasse 2003: 5)

„Das Angebot (...) sollte für Krankenkassen als Satzungsleistung freiwillig sein.“ (IKK Bundesverband 2003: o.S.)

Auf ärztlicher Seite können die Stellungnahmen von zwölf verschiedenen ärztlichen Interessenvertretern der zweiten Diffusionsphase zugeordnet werden. Bis auf die Stellungnahme des DHÄV müssen dabei sämtliche Stellungnahmen als Non-Adopter klassifiziert werden:

„Dieses gesetzgeberische Experiment zerstört das Vertrauen der sozialversicherten Patienten (...). Es ist für sozialversicherte Patienten

*unzumutbar, die Wahl des für ihn geeigneten Facharztes nicht mehr unter den Kriterien Wohnortnähe und Qualität treffen zu können, (...).“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2003: 6)*

*„(...) Einzelverträge in diesem Versorgungsbereich lehnt der Hartmannbund strikt ab. Einzelverträge stellen eine ordnungspolitische Fehlsteuerung dar.“ (Hartmannbund 2003b: 8)*

*„Die (...) Zugangsbeschränkungen zur fachärztlichen Versorgung (...) bergen die Gefahr der Verzögerung oder gar Verhinderung notwendiger Diagnostik und Therapie. (...) führt die Zugangskontrolle durch den Hausarzt de facto zu einer Einschränkung der freien Arztwahl für den Patienten (...). Der Hartmannbund lehnt eine zwangsweise Bindung des Patienten an einen Primärarzt grundsätzlich ab.“ (Hartmannbund 2003a: 7)*

*„Die Einführung einzelvertraglicher Regelungen mit ‚besonders qualifizierten‘ Hausärzten wird (...) kategorisch abgelehnt (...).“ (Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände 2003: 2)*

*„Es kann nicht angehen, dass Kinder und Jugendliche einen (...) für ihre Belange besonders qualifizierten Kinder- und Jugendarzt nur auf Überweisung durch einen Hausarzt (...) aufsuchen dürfen.“ (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte 2005: 4)*

*„(...) Patienten, die (...) den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.“ (Deutscher Psychotherapeutenverband e.V. 2005: 1)*

*„(...) Patienten, die (...) den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2005: 10)*

*„So sind die Anreize sich einzuschreiben (...) zu gering. Grundsätzlich hat die die Bestrafung durch erhöhte Zuzahlungen und Praxisgebühren (...) nichts mit der Stärkung der Eigenverantwortung zu tun.“ (Marburger Bund 2003: 9)*

*„Ob die Einführung eines Primärarztsystems (...) die gewünschte Effizienzsteigerung herbeiführt, muss mangels Daten dahingestellt bleiben.“ Diskussionswürdig ist aber, ob die Lotsenfunktion einem bestimmten Fachgebiet zugeschrieben werden muss. Alternativ (...) wäre es, jedem Vertragsarzt die Lotsenfunktion abzuverlangen. Die vorgesehene (...) Beschränkung der Lotsenfunktion (...) ist aber bei psychischen Krankheiten ungeeignet. (...) ein*

*folgenschwerer Rückschritt.“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2003: o.S.)*

*„Die Anbindung an Hausärzte für Patienten mit psychischen Störungen führt zu einer Steigerung der Krankheitsfolgelasten aufgrund einer verspäteten oder gar nicht erfolgten Inanspruchnahme einer fachpsychotherapeutischen Behandlung.“ (Vereinigte Psychotherapieverbände e.V. 2003: 1)*

*„Die vorgesehene Gatekeeper-Funktion des Hausarztes und die daran gekoppelten finanziellen Regelungen führen zu Unausgewogenheiten und Benachteiligungen unseres Versorgungsbereichs, die weder zu einer Verbesserung der Qualität noch zu mehr Wirtschaftlichkeit führen.“ (Ständige Konferenz ärztl. Psychotherapeutischer Verbände 2003: 4)*

*„(...) das Recht der Patienten auf Erstzugang zum Psychotherapeuten zu erhalten und zu sichern (...).“ (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten 2003: 2)*

*„(...) müssen Psychotherapeuten aus Wirtschaftlichkeitsgründen Teil der medizinischen Basisversorgung bleiben.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2003: 2)*

*„Das Erstzugangsrecht der Patienten muss bei allen überwiegend und ausschließlich psychotherapeutischen Tätigen gewahrt bleiben. Grundsätzlich ist die Behinderung des Erstzugangs (...) nicht sachgemäß.“ (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. 2003: 1)*

Der DHÄV (2003: 2) äußert klare Bedenken hinsichtlich der Qualitätsansprüche und des pauschalierten Vergütungssystems, ist jedoch nicht eindeutig als Adopter oder Non-Adopter zu klassifizieren:

*„(...) erscheint die Forderung einer ‚besonderen Qualität‘ für Hausärzte wegen der bereits bestehenden Qualität nicht sinnvoll.“ und „Die im Hausarztssystem angedachte Pauschalvergütung erscheint nur dort sachgerecht, wo es um Leistungen geht, die auch tatsächlich pauschalierbar sind.“*

Mit dem Vorgang des *matching* innerhalb der zweiten Diffusionsphase setzen sich auch noch 23 verschiedene Vertreter aus der Gruppe der Sonstigen auseinander. Dabei überwiegt deutlich die Non-Adoption. Es finden sich nur noch zwei - die Innovation unterstützende - Aussagen im Sinne einer Adoption:

*„Die Kann-Bestimmung des bisherigen § 65a SGB V hat nicht gegriffen (...). Aus dieser Erfahrung heraus scheint die jetzt beabsichtigte Verpflichtung der Kassen begründet (...).“ (Deutscher Gewerkschaftsbund 2003: 3)*



*„Die Absicht des Gesetzentwurfes, Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten (...) zu stärken, verdient aus Sicht der EKD ausdrückliche Zustimmung.“ (Evangelische Kirche in Deutschland 2003: 2)*

Die Zahl der Non-Adopter überwiegt mit 20 Stellungnahmen jedoch deutlich:

*„So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als ‚Gatekeeper‘ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Reize gegen das angestrebte Ziel einer rationalen Versorgung richten.“ (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. 2003b: 10)*

*„Das (...) vorgesehene Hausarztmodell wird diesen Anforderungen (Selbstbestimmung und Souveränität in der Behandlung) nicht gerecht. (...) ein paternalistisches System, in dem Selbstbestimmung nur erkaufte werden kann. Wir fordern daher: (...) Möglichkeit haben, sich freiwillig bei einem Arzt ihrer Wahleinzuschreiben (...), Keine Facharztgebühr (...) Recht auf ärztliche Zweitmeinung (...) Stärkung von Eigenkompetenzen: Anstatt (...) Malusregelungen.“ (BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und – Initiativen 2003: 3)*

*„Patienten, die krankheitsbedingt nicht bereit oder nicht in der Lage sind, am Hausarztssystem teilzunehmen, ist der direkte Zugang zu psychiatrischer Behandlung durch Vertragsärzte oder Institutsambulanzen auch ohne Zahlung der ‚Praxisgebühr‘ zu ermöglichen.“ (Aktion Psychisch Kranke 2003: 3)*

*„(...) die Einführung des ‚Hausarztssystems‘ und damit verbundene Bonusregelungen als verbindliche Vorgabe für alle Krankenkassen (...) als wettbewerbsfeindlich und/oder kontraproduktiv abzulehnen. (...).“ (Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände 2003: 4)*

*„Abzulehnen ist die Bindungsfrist an die Wahl des Hausarztes von mindestens einem Jahr (...). Die Regelung schränkt das bedeutsame Recht auf freie Arztwahl in unzumutbarer Weise ein.“ (Lebenshilfe 2003: 4)*

*„Allerdings ist das (...) vorgesehene Modell nicht durchdacht und realitätsfremd. Der Zwang, seinen Hausarzt in jedem Fall zuerst aufzusuchen, führt unweigerlich zu einer Überlastung und Überforderung der Hausärzte.“ (Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands 2003: o.S.)*

*„Die vorgesehenen Regelungen widersprechen (...) den behindertenpolitischen Grundsätzen der Bundesregierung.“ (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschland 2003: 9)*

*„Der dbb hat gegen die Einführung des Hausarztssystems grundlegende Bedenken. Die (...) Zuzahlungsermäßigungen (...) stellen (...) keinen*

*nennenswerten Anreiz dar sich zunächst an den Hausarzt zu wenden und ist zudem sehr verwaltungsaufwendig. Ferner zielt diese Bonusregelung in die gleiche Richtung wie die Praxisgebühr (...), indem sie (...) die freie Arztwahl indirekt beschränkt und ist deshalb kritisch zu betrachten.“ (Beamtenbund und Tarifunion 2003: 10f.)*

*„Der Deutsche Caritasverband spricht sich für eine (...) Beibehaltung der freien Arztwahl des Patienten aus.“ (Deutscher Caritasverband 2003: 6)*

*„Für chronisch Kranke und behinderte Menschen müssen jedoch auch Fachärztinnen und Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen eine qualifizierte Lotsenfunktion ausüben können.“ (Gesamtverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes 2003: 11f.)*

*„(...) plädiert der SoVD dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen in diesem System zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen. Die Teilnahme (...) muss freiwillig sein. (...) lehnt der SoVD die Einführung einer Praxisgebühr ab. Die Bindungsfrist an einen Hausarzt (...) halten wir für problematisch. (...). Hausärzte verfügen nicht immer über ausreichende Kenntnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen.“ (Sozialverband Deutschland 2003: 2f.)*

*„Problematisch erscheint allerdings die Privilegierung des Hausarztsystems im Wettbewerb mit anderen Versorgungsalternativen. (...) Sofern das Hausarztsystem belegbare medizinische und/oder ökonomische Vorzüge (...) aufweist, bedarf es zu seiner Durchsetzung (...) nur einer adäquaten Wettbewerbsordnung.“ (Wille 2003: 4f.)*

*In Bezug auf chronisch kranke oder behinderte Menschen muss diese ‚Lotsenfunktion‘ auch durch Fachärzte wahrgenommen werden können.“ (Weibernetz e.V. 2003: 2)*

*„Das vorgesehene Hausarztsystem (...) wird befürwortet, sofern (...) für chronisch Kranke (...) die beabsichtigte Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung nicht gelten, (...) da der Fachärztin/dem Facharzt (...) ebenfalls eine Lotsenfunktion zugestanden werden sollte“. (Volkssolidarität Bundesverband 2003: 4)*

*„(...) das Hausarztmodell führt ebenfalls zu einer gewissen Einschränkung der freien Arztwahl. Die Bedenken, dass sich (...) sozialschwache Patienten in die Programme gedrängt fühlen könnten, ist mit dem Recht auf freie Arztwahl nicht gänzlich in Einklang zu bringen.“ (Ehlers 2003: 4)*

„Die DGVP sieht in der (...) durch Bonus- und Malusregelungen gestärkten Absicht, Patienten zuerst zum Hausarzt zu steuern, eine Aushebelung des Rechts auf freie Arztwahl.“ (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. 2003: 3)

„Die Krankenkassen sollen offensichtlich verpflichtet werden (...) durch die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung die Versicherten entsprechend (zu) kanalisieren.“ (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft 2003: 2)

„(...) sollten nach Einführung eines Systems von Praxisgebühren bestimmte Arztbesuche auch weiterhin ohne Praxisgebühr möglich sein. Die Verschleppung ernster Erkrankungen oder aber die Vernachlässigung der Vorsorge müssen möglichst vermieden werden.“ (Union der leitenden Angestellten 2003: 3)

„Für Menschen mit seltenen Erkrankungen oder Menschen mit Behinderungen kann die Zeitspanne, sich auf ein Jahr für einen Hausarzt festzulegen, im Einzelfall zu lange sein. (...) das Aufsuchen von Lotsen sollte belohnt und nicht bestraft werden.“ (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)

„Gerade behinderte Menschen (...) sollten weiterhin sanktionslos geeignete Ärzte in Anspruch nehmen können, auch wenn es sich um einen Facharzt handelt. Der Umweg über einen anderen Arzt erscheint weder aus medizinischen noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und vertretbar.“ (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.)

Das Kommissariat der Bischöfe (2003: 3) äußert sich ebenfalls zur Einführung der hausarztzentrierten Versorgung durch den § 73b SGB V. Die Aussageninhalte implizieren jedoch eher die Vergabe eines Ratschlages und sind nicht sicher einer Adoption oder Non-Adoption zuzuordnen:

„Andererseits wird möglicherweise die Mündigkeit der Patienten unterschätzt; nicht nur Angehörige medizinischer oder pflegender Berufe, (...), sind in der Lage, auch ohne Umweg über den Hausarzt den jeweils zuständigen Facharzt zu finden.“

### **Diffusionsphase 3**

Der dritten Diffusionsphase, dem Prozess des *redefining/restructuring* zur erfolgreichen Implementierung der hausarztzentrierten Versorgung in Form des neugeschaffenen § 73b SGB V, können noch zwei Stellungnahmen von ärztlicher Seite und eine Stellungnahme von Seiten der Sonstigen zugeordnet werden. Die Vertreter der Krankenkassen setzen sich nicht mehr im Zuge ihrer Stellungnahmen mit einer spezifischen Organisationstransformation zur Umsetzung der HzV auseinander.

Als einziger Adopter in dieser Prozessphase tritt der deutsche Hausarztverband (2003: 2) auf:

*„(...) Chancen bieten, diese Versorgungsform im Interesse unserer Mitglieder (...) mitzugestalten (...), (...) neben Einzelverträgen mit Hausärzten nunmehr auch mit Gemeinschaften von Hausärzten Verträge zur Umsetzung einer ‚Hausarztzentrierten Versorgung‘ geschlossen werden können. (...). Vielmehr sind Regelungen einzuführen, die eine Anstellung von Allgemeinärzten/-innen in Hausarztpraxen ermöglichen.“*

Der Marburger Bund (2003: 9) lehnt einen Budgetausgleich als spezifische Organisationstransformation zur Diffusion der HzV per Non-Adoption ab:

*„Die Regelungen zum Budgetausgleich sind (...) nicht angepasst. Es besteht die Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung des Hausarztsystems.“*

Die Union leitender Angestellter (2003: 3) von der Interessensgruppe der Sonstigen tritt ebenfalls als Non-Adopter einer spezifischen Organisationstransformation zwischen HzV und Praxisgebühr auf:

*„Die inhaltliche Verknüpfung beider Instrumente (Hausarztmodell und Praxisgebühr) (sic!) wird jedoch abgelehnt, (...). In der vorgelegten Form dienen die Praxisgebühren nur als Instrument, um dem Hausarztmodell zum Erfolg zu verhelfen. Statt echte Anreize für mehr Eigenverantwortung zu setzen, werden die Versicherten tendenziell eher entmündigt als in ihrer Position als Nachfrager von Gesundheitsleistungen gestärkt zu werden.“*

#### **Diffusionsphase 4-5**

Der Diffusionsprozess der GKV-GMG-Innovation, der „Eigendefinition der HzV mittels § 73b SGB V“, endet bereits vorzeitig nach der dritten von fünf Diffusionsphasen. Während bei den ärztlichen Interessensgruppen und den Sonstigen noch vereinzelt eine Adoptionsentwicklung bis zur dritten Diffusionsphase zu beobachten war, sticht die GKV mit ihren Aussagen deutlich als Non-Adopter zur ersten und zweiten Diffusionsphase heraus.

Zur Ermittlung der Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgründe zur Innovation des GKV-GMG wurden die selektierten Stellungnahmen aus dem ersten inhaltsanalytischen Ablaufmodell in einem zweiten Untersuchungsschritt einem weiteren Ablaufmodell zugeführt. Wie in Kap. 9.3 beschrieben, erfolgte die Kategorienbildung zu diesem Ablaufmodell in einem deduktiven Verfahren unter Verwendung der innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren nach Rogers. Die Unterkategorien wurden je

einzelnen Einflussfaktor aus dem Zuordnungsergebnis des Einflussfaktors als Adoptions- oder Non-Adoptionsgrund gebildet (Tab. 39).

**Tabelle 39: GKV-GMG, Gewichtung der Innovation „Definition der HzV gemäß § 73b SGB V“**

Innovationspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung einer Eigendefinition der HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung einer Eigendefinition der HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Eigendefinition HzV zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Eigendefinition der HzV vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Eigendefinition der HzV offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Die erstmalige Definition der HzV als eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung findet keine Zustimmung auf Seiten der GKV-Vertreter. Die vom Gesetzgeber implizierte Vermutung, dass mit der HzV neue Wirtschaftspotenziale erschlossen und ergänzende Einsparungen erzielt werden könnten, wird von den GKV-Akteuren in aller Deutlichkeit bezweifelt. Sie sehen in der Regelung keinen Vorteil und bemängeln die Kompatibilität der HzV als Pflichtleistung, indem sie stattdessen eine Umwandlung als optionale Satzungsleistung fordern.

Die Notwendigkeit zur Innovationsumsetzung in Gestalt einer gesetzlichen Definition der HzV, wird von ärztlicher Seite in der ersten Diffusionsphase sowohl vereinzelt übernommen als auch bereits verweigert. Die HzV wird von den Adoptern für die Sicherstellung einer kontinuierlichen, ärztlichen Behandlung, einer zielgerichteten Inanspruchnahme und Koordination als vorteilhaft und sinnvoll angesehen.

Die Non-Adopter verneinen einen Vorteil und sehen keinen Bedarf an zusätzlichen Regelungen in Form von Hausarzt-Modellen. Sie bemängeln die fehlende Kompatibilität mit bestehenden Strukturen durch den Verlust von Verhandlungshoheit

und bezweifeln, dass mit der HzV ein wirksames Instrument gegen Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen geschaffen wird. Der Vorwurf der ordnungspolitischen Fehlsteuerung und die Kritik an der Einschränkung der freien Arztwahl belegen ebenfalls einen Mangel an Kompatibilität.

Mit der gesetzlichen Definition der HzV findet von Seiten der Sonstigen die stärkste Auseinandersetzung - gemessen an der Zahl der Stellungnahmen – statt. Inhaltlich sind die Stellungnahmen bis zur zweiten Diffusionsphase zuzuordnen. Das Ergebnis spiegelt jedoch in aller Deutlichkeit eine Non-Adoption wider. Aus der Gruppe der Sonstigen wird die Innovation als wettbewerbsfeindlich und kontraproduktiv klassifiziert. Insbesondere die Einschränkung der freien Arztwahl wird als sehr nachteilig gewertet. Die Eigenkompetenzen der Versicherten müssten gefördert und das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung erhalten bleiben. Statt Versicherte tendenziell zu entmündigen, sollte ihre Position als Nachfrager eher gestärkt werden und der ideale Lotse mittels Wettbewerb unter den Arztgruppen identifiziert wird. Eine einjährige Bindungsfrist an den Hausarzt wird als unzumutbar abgelehnt. Ein solcher Zwang würde ohnehin zu einer Überlastung des Hausarztssystems führen und wäre somit auch nicht mit den vorhandenen Strukturen kompatibel. Auch die Praxisgebühr wird abgelehnt, da sie sozial Schwache in die HA-Modelle treiben würde. Gerade aber chronisch Kranken oder behinderten Menschen den Umweg über einen Hausarzt aufzuzwingen, erscheint weder aus medizinischen noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und stünde im Widerspruch mit den behinderungspolitischen Grundsätzen des Gesetzgebers.

### 9.3.3 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Die Untersuchung der durch das **GKV-WSG** in 2007 neu eingebrachten Regelungen zur Anwendung der hausarztzentrierten Versorgung erfolgte durch die Verwendung von zwei inhaltsanalytischen Ablaufmodellen. Als zu diffundierende Innovationen wurden die Verpflichtung der Krankenkassen zur Vorhaltung von HzV (Leistungspflicht) und die Abschaffung des Versichertenbonus bei Teilnahme an HzV.

Für die Innovation der Leistungspflicht HzV konnte im Diffusionsmodell eine Adoption durch einzelne Akteure bis zur dritten Stufe belegt werden. Demgegenüber konnte eine

Non-Adoption einzelner Akteure ebenfalls bis zur dritten Stufe herausgearbeitet werden (Tab. 40).

Tabelle 40: Diffusionsergebnis zur Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“ des GKV-WSG

Adoption und Non-Adoption im Phasenmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	→				

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Innerhalb der ersten Diffusionsphase stellt sich für die Innovation der Leistungspflicht HzV eine sehr heterogene Adoptionsbereitschaft seitens der verschiedenen Akteure dar. Von den Krankenkassen wird die Regelung als wettbewerbsbeschränkend und insuffizient zurückgewiesen (Non-Adoption):

*„Die beabsichtigte Neuregelung (...) bedeutet jedoch mehr Bürokratie und schränkt bestehende Wettbewerbsmöglichkeiten (...) ein.“* (Spitzenverbände der GKV 2006b: 110)

*„Eine verpflichtende und mit Anreizen versehene zusätzliche Hausarztzentrierung der Versorgung ist nicht notwendig. Derzeit können keine gesicherten Aussagen zur Nachhaltigkeit von Steuerungseffektivität und Kosteneffizienz innerhalb einer HzV getroffen werden. (...) sollte von einer Pflichtregelung zur hausarztzentrierten Versorgung innerhalb des § 73b SGB V abgesehen werden.“* (Techniker Krankenkasse 2006: 21)

Von ärztlicher Seite ist nur der Beitrag des Deutschen Hausärztesverbandes (2006: 5) als ein Adoptionsverhalten innerhalb der ersten Diffusionsphase zu ermitteln:

*„Die Förderung und Stärkung der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern außerhalb der Gesamtverträge ist zweifellos der richtige Schritt zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung.“*

Von den anderen ärztlichen Interessensvertretern wird insbesondere die Schwächung des Kollektivvertragssystems bemängelt:

*„Es ist bis dato weder nachgewiesen, dass die HzV eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit noch der Versorgung nach sich zieht.“* (NAV Virchow-Bund 2006: 3)

*„Die politisch ständig betonte Wettbewerbsorientierung in der GKV wird vollständig aufgegeben und bedeutet eine Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens.“* (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006: 4)

*„Mit der Vielzahl ein Einzelverträgen (...), verlieren die Ärzte ihre Vertragssicherheit.“* (Hartmannbund 2006: 2)

*„(...) aktive Steuerung von Versicherten i.V.m. der Einschränkung der freien Arztwahl zu Lasten der Fachärzte.“* (Bundesärztekammer 2006: 16ff.)

Die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (2006: 21) ist inhaltlich weder der Adoption noch der Non-Adoption zuzuordnen. Hervorgehoben wird, dass die hausärztliche Versorgung nach *„multidisziplinär entwickelten, evidenzbasierten praxiserprobten Leitlinien“* geschehen sollte. *dadurch könnte einer marktbeherrschenden Position einzelner Gesundheitsberufe gegengesteuert“* werden.

In der Akteursgruppe der Sonstigen wird die Innovation durch Adoption und Non-Adoption quasi „kontrovers diskutiert“. Die Befürworter erhoffen sich durch die neue Regelung mehr Wettbewerb und begrüßen die Erweiterung des Pflichtleistungskataloges der GKV:

*„Die Regelungen zur HzV dienen dem Vertragswettbewerb (...).“* (Bundesverband Managed Care 2006: 4)

*„Zu begrüßen ist, dass (...) HzV künftig zum Pflichtangebot der GKV gehören soll.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe 2006: 11)

*„(...) begrüßt die geplante Regelung, der zufolge (...) Hausarztmodelle aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst werden.“* (Union der leitenden Angestellten 2006: 6f.)

*„(...) begrüßt die Initiative des Gesetzgebers.“* (Deutscher Caritasverband 2006: 17)

Die Gegner der Regelung sehen einen vom Gesetzgeber geführten Widerspruch zum geforderten Wettbewerb:

*„Die Krankenkassen müssen in allen Bereichen eigenständig über Preise, Mengen und Qualitäten mit den Leistungserbringern verhandeln können. Welche Versorgungsformen sinnvoll sind, sollte der Wettbewerb und nicht der Gesetzgeber entscheiden. Insofern passt nicht die (...) Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten.“* (Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände 2006: 9)



## **Diffusionsphase 2**

Zur zweiten Diffusionsphase überwiegt bei den drei Akteursgruppen die Non-Adoption. Zu einer innovationsbedingten Bereichs- bzw. Ablaufbestimmung zur Anwendung der Angebotspflicht hausarztzentrierter Versorgung äußern die Krankenkassen Kritik an der Einschränkung von vertraglichen Gestaltungsspielräumen, der schwierigen Abgrenzung innerhalb der gesamtärztlichen Vergütung, dem fraglichen Einsparpotential und dem Widerspruch zu den Versicherteninteressen:

*„(...) werden die Vertragsinhalte sehr eingeschränkt und die Voraussetzungen differenziert vorgeschrieben. Der Gestaltungsspielraum (...) ist dadurch erheblich eingeschränkt. Problematisch bleibt (...) die Finanzierung der HzV. Einerseits (...) risikogerechte Bereinigung der Gesamtvergütung schwierig, andererseits fehlt (...) der Nachweis (...) zu Einsparungen (...).“* (Spitzenverbände GKV 2006b: 110)

*„Mit der Teilnahme an der HzV entfällt für den Versicherten die freie Arztwahl. Eine Einschränkung entspricht grundsätzlich nicht den Interessen der Versicherten. (...) Der vorgesehene Bereinigungsmechanismus ist nicht praxisgerecht.“* (Techniker Krankenkasse 2006: 21)

*„Die Verpflichtung der Krankenkassen, jeweils spezielle Hausarztverträge abschließen zu müssen, ist ebenfalls weder freiheitlich noch förderlich für einen Effizienzwettbewerb zwischen Hausarzt- und anderen Versorgungsmodellen.“* (Spitzenverbände GKV 2006a: 3)

Von Seiten der ärztlichen Interessensvertreter tritt nur der DHÄV als Adopter auf.

*„Um einen wirklichen Wettbewerb (...) zu gewährleisten, ist es zwingend notwendig, dass die KVen bezügl. der HzV als Vertragspartner ausgenommen werden. Im Bereich der HzV (...) muss die Regelung aufgenommen werden, dass Krankenkassen verpflichtet werden (...) einen sogenannten Hausarzttarif anzubieten.“* (Deutscher Hausärzteverband 2006: 5)

Die weiteren Stellungnahmen aus dem ärztlichen Cluster müssen der Non-Adoption zugeordnet werden. Hier überwiegt die Kritik am Bereinigungsverfahren und einer unklaren Trennung zwischen hausärztlicher und notwendiger, fachärztlicher Versorgung:

*„Der Teilausschluss der KVen (...) gefährden den Sicherstellungsauftrag der KVen. (...) Einführung eines Haus- bzw. Primärarztsystems zur Erschwerung des unmittelbaren Versichertenzuganges zu ambulanter fachärztlicher Versorgung. (...). Die Bereinigungen der Gesamtvergütungen ist aufgrund von Neuregelungen im Vergütungsrecht nicht durchführbar“* (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006: 4, 11)

„(...) *Stärkung der hausärztlichen Versorgung bedingt einen Wechsel des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen hin zu den Krankenkassen.*“ (Bundesärztekammer 2006: 16ff.)

„*Hier besteht die Gefahr, dass durch den Vorwegabzug von Geldern für die Regel- und Notfallversorgung keine ausreichenden Mittel mehr zur Verfügung stehen (...) um die hausärztliche Versorgung (...) durch Kinder- und Jugendärzte zu finanzieren.*“ (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte 2006: 5f.)

„(...) *wird die bisherige kollektivvertraglich geregelte Versorgung dramatisch reduziert, es droht eine Atomisierung der Vertragslandschaft. (...). Durch die kassenseits verpflichtende Einführung der HzV und der Einführung von Prämien- und Bonusmodellen für Patienten wird de facto ein Primärarztmodell eingeführt.*“ (NAV Virchow-Bund 2006: 3)

„*Die Gründe, die ein Abweichen vom Überweisungsgebot rechtfertigen, müssen vom Gesetzgeber genannt werden.*“ (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie 2006: 5)

Die Akteursgruppe der Sonstigen als dritter Teilnehmer am Gesundheitsmarkt teilt sich zur zweiten Diffusionsphase ebenfalls in Adopter und Non-Adopter auf:

Von Seiten der Verbraucherzentrale und der ULA werden die Regelung und die dafür notwendigen Umsetzungen begrüßt:

„*Die Monopolstellung des ambulanten Gesamtvertrages wird dadurch schrittweise aufgehoben.*“ (Verbraucherzentrale Bundesverband 2006: 13)

„*Eine stärkere Steuerung der Behandlung durch einen Hausarzt (...) kann zu Kosteneinsparungen führen.*“ (Union der leitenden Angestellten 2006: 6)

Die ULA (ebda.) knüpft ihre Zustimmung zum Vorhaben aber auch an klare Forderungen, welche inhaltlich zur Non-Adoption der HzV-Ausgestaltung tendiert:

„*Dem Prinzip der freien Arztwahl gebührt weiterhin der Vorrang.*“

Eine eindeutige Position gegen die Angebotspflicht vertritt die Rheuma-Liga (2006: 8) in ihrer Stellungnahme:

„*Angebote zur HzV müssen auch langfristig freiwillig bleiben.*“

### **Diffusionsphase 3**

Auch mit Erreichen der dritten Diffusionsphase überwiegen weiterhin die Aussageimplikationen der Akteure hinsichtlich einer Non-Adoption. Die Akzeptanz

einer spezifischen Organisationstransformation – hier mittels Generierung eines Selektivvertragsgebildes - zur Innovationsumsetzung ist auf Kassenseite nicht erkennbar.

*„Die HzV wird aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Diese Regelung wird (...) zu einer Verteuerung innerhalb der HzV führen.“* (Techniker Krankenkasse 2006: 21f.)

Bis auf den DHÄV wird von ärztlicher Seite eine Organisationstransformation des gesamtvertraglichen Rahmens abgelehnt:

*„HzV bietet (...) die Möglichkeit aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung auszusteigen. (...) KV-freie Zonen bundesweit. (...) Exodus von KV-Mitgliedern in Selektivverträge.“* (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006: 14)

*„Hier sollten auch die kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner sein dürfen, die ja den Sicherstellungsauftrag gewährleisten.“* (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte 2006: 5)

*„Es ist nicht nachvollziehbar, warum die KBV und die KVen nicht Vertragspartner der HzV sein können (...). Gerade die KVen können die Einheitlichkeit der Verträge sicherstellen (...), um ein (...) Chaos von verschiedenen Vertragsinhalten (...), differierender Abrechnungsmodalitäten und Abrechnungsstellen zu verhindern.“* (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2006: 2)

Der deutsche Hausärzteverband (2006: 6) plädiert dagegen für die Einführung eines selektivvertraglichen Budgetbereiches für die HzV:

*„(...) müssen die Kassen gesetzlich verpflichtet werden, mindestens 5% ihres Anteils an der Gesamtvergütung für die HzV bereitzustellen.“*

Mit einer Organisationstransformation zur Adoption einer Angebotspflicht HzV für Krankenkassen setzen sich auch die sonstigen Teilnehmer am Gesundheitsmarkt auseinander, jedoch mittels Non-Adoption:

*„Es ist zu bemängeln, dass bei der Ausgestaltung der Modelle der HzV keine Patientenbeteiligung vorgesehen ist.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe 2006: 11)

*„In einem wettbewerblichen und nachhaltigen Gesundheitssystem sollte sich der Staat aus weiten Teilen der Gesundheitspolitik zurückziehen.“* (Bundesverband Managed Care 2006: 2)

Als Adopter in der dritten Phase konstituiert sich die Union der leitenden Angestellten (2006: 7):

*„Dass insoweit auch der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, ist folgerichtig.“*

### **Diffusionsphase 4-5**

Eine Auseinandersetzung der Akteursgruppen mit der vierten und fünften Diffusionsphase zur Einbringung der Angebotspflicht HzV konnte anhand der Stellungnahmen nicht belegt werden. Eine insgesamt erfolgreiche Umsetzung des Diffusionsprozesses der Innovation Angebotspflicht HzV konnte nicht nachgewiesen werden.

Für die zweite HzV-spezifische Innovation des GKV-WSG, dem „Wegfall Teilnehmerbonus HzV“ konnten dem entwickelten Ablaufmodell (Kap. 9.2.3) keine Stellungnahmen zugeordnet werden (Tab. 41).

**Tabelle 41: Diffusionsergebnis zur Innovation „Abschaffung Versichertenbonus HV“ des GKV-WSG**

<b>Adoption und Non-Adoption im Phasenmodell</b>					
	<b>Phase 1</b>	<b>Phase 2</b>	<b>Phase 3</b>	<b>Phase 4</b>	<b>Phase 5</b>
<b>GKV</b>	---	---	---	---	---
<b>Ärzte</b>	---	---	---	---	---
<b>Sonstige</b>	---	---	---	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

Als zweite, die hausarztzentrierte Versorgung betreffende, Innovation war aus den gesetzlichen Neuregelungen des GKV-WSG die Abschaffung des Versichertenbonus zur hausärztlichen Versorgung extrahiert worden. Dem in Kapitel 9.2.3 auf Basis des Diffusionsmodells erstellten inhaltsanalytischen Ablaufmodelles konnte inhaltlich keine der im Anhörungsverfahren abgegebenen Stellungnahmen der drei verschiedenen Akteursgruppen zugeordnet werden. Das Diffusionsmodell zur Adoption der genannten Innovation wurde somit per Definition im Anhörungsverfahren nicht durchlaufen.

Nach Ermittlung des Diffusionsergebnisses zur Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“ wurde zur weiteren Analyse der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse im zweiten Untersuchungsabschnitt ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell unter

Verwendung der innovationsspezifischen Einflussfaktoren nach Rogers (2003: 15f.) erstellt (Tab. 42).

**Tabelle 42: GKV-WSG, Gewichtung der Innovation „GKV-Angebotspflicht HzV“**

Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung eines Angebotspflicht HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Angebotspflicht HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Angebotspflicht HzV zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Angebotspflicht HzV vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Angebotspflicht HzV offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Die „GKV-Angebotspflicht HzV“ wird von den Vertretern der GKV nicht als Innovationsvorteil wahrgenommen. Laut der selektierten Aussagen würden weder gesicherte Aussagen zur Steuerungseffektivität der HzV noch zur Kosteneffizienz vorliegen. Sie bemängeln, dass mit einer Einschränkung der Wettbewerbsfähigkeit fehlende Kompatibilität der Regelung einhergehen würde.

Steigender Bürokratieaufwand durch Einschränkung der Vertragsinhalte und erschwerter, risikogerechter Bereinigung der Gesamtvergütung stehen für eine Komplexitätszunahme für die Beteiligten. Die selektivvertragliche Herauslösung der HzV aus dem Gesamtvertragsrahmen wird sich nach Ansicht der GKV-Vertreter eher nachteilig auswirken und zu einer Verteuerung der Leistungen führen.

Letztlich wird auch von Seiten der GKV auch eine Einschränkung der freien Arztwahl abgelehnt und als nicht kompatibel mit der Interessenslage der Versicherten klassifiziert.

Auf Seiten der ärztlichen Vertreter befürwortet der DHÄV die Einführung der HzV als Pflichtangebot. Den Vorteil dieser Regelung sehen sie in der Steigerung von Effizienz- und Wirtschaftlichkeit in der hausärztlichen Versorgung durch die gezielte Stärkung der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zugunsten der Hausärzte. Den Ausschluss der KVen als Vertragspartner bewerten sie positiv und zur Gewährleistung eines wirklichen Wettbewerbs als notwendig und kompatibel. Ebenfalls mit der operativen Umsetzung und dem Wettbewerb kompatibel wird die Einführung eines selektivvertraglichen Budgetbereichs beurteilt.

Im Zuge einer Non-Adoption durch ärztliche Spitzen- und Facharztverbände wird das Pflichtangebot als unvorteilhaft und inkompatibel mit den bisherigen kollektivvertraglichen Regelungen abgelehnt. Neben einer befürchteten Zersplitterung der Vertragslandschaft und einer Gefährdung des Sicherstellungsauftrages wird der HzV vorgehalten, dass bisher noch kein Nachweis über eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit existiert. Auf operativer Ebene werden auf erhebliche Probleme bei der Bereinigung der Gesamtvergütung und die unübersichtliche Gemengelage verschiedenster, regionenbezogener Vertragsgebilde und-inhalte hingewiesen.

Auch die Aussagen aus der Gruppe der „Sonstigen“ belegen sowohl eine Adoption als auch eine Non-Adoption. Die Adopter bewerten die neue Regelung als vorteilhaft und begrüßen das Pflichtangebot als eine Stärkung des Wettbewerbs und adäquates Mittel zur Kosteneffizienz.

Die Non-Adopter sehen die Regelung als Nachteil. Aus ihrer Sicht muss der Wettbewerb die Entscheidung herbeiführen, welches Versorgungsangebot sinnvoll ist und sich am Markt etablieren kann. Dafür müssten solche Angebote aber auch freiwillig bleiben. Als deutlichen Nachteil formulieren die Sonstigen, dass das Pflichtangebot keine Beteiligung der Patienten bei der Entwicklung und Ausgestaltung von HzV-Formen vorsieht. Eine Einmischung des Gesetzgebers halten die Akteure für nicht kompatibel mit der Entwicklung eines wettbewerblichen und nachhaltigen Gesundheitssystems.

Für den „Wegfall des Versichertenbonus zur hausärztlichen Versorgung“, der zweiten HzV-spezifischen Innovation des GKV-WSG, konnte, wie beschrieben, mangels entsprechender Stellungnahmen kein Diffusionsprozess bzw. Diffusionsergebnis ermittelt werden. Der Vollständigkeit halber wurde jedoch neben dem ersten

inhaltsanalytischen Ablaufmodells zur Diffusion auch das zweite Modell zur weiteren Analyse von Adoptions- und Non-Adoptionsgründen erstellt (Tab. 43).

**Tabelle 43: GKV-WSG, Gewichtung der Innovation „Wegfall Versichertenbonus HV“**

Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet der Wegfall des Teilnehmerbonus HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, den Wegfall des Teilnehmerbonus HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, den Wegfall des Teilnehmerbonus HzV zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter den Wegfall des Teilnehmerbonus HzV in der Anwendung vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch den Wegfall des Teilnehmerbonus HzV offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

#### 9.3.4 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovationen des GKV-Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetzes

Zur Untersuchung der Innovationsdiffusion der HzV-spezifischen Regelungen aus dem **GKV-OrgWG** wurden drei verschiedene inhaltsanalytische Ablaufmodelle verwendet. Als erste zu implementierende Innovation wurde die Fristsetzung zum Vertragsabschluss zwecks Sicherstellung eines flächendeckenden HzV-Angebotes zum 30.06.2009 anhand eines Diffusionsmodells untersucht. Der eigentliche Diffusionsvorgang endete bereits nach der ersten Diffusionsphase mangels weitergehender Auseinandersetzung mit der Fristsetzung bzw. Umsetzungsfrist als HzV-Innovation und –Rahmenbedingung (Tab. 44).

Tabelle 44: Diffusionsergebnis zur Innovation „Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung“ des GKV-OrgWG

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	---	---	---	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Von Seiten der Krankenkassen konnte nach Bearbeitung der Stellungnahmen nur eine Adoptionsverweigerung zur ersten Diffusionsphase festgestellt werden:

„Im Übrigen ist auch die Fristsetzung kein Garant für einen guten Vertrag; (...) ist als kontraproduktiv anzusehen.“ (BKK Bundesverband 2008: 21)

Dagegen wird die Fristsetzung von ärztlicher Seite begrüßt:

„Um diesen Mangel zu beheben, wäre (...) lediglich die Einführung der Terminierung zum 30.06.2009 für den Abschluss von Hausarztverträgen (...) erforderlich.“ (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2008: 1)

„(...) begrüßt die geplante Neuregelung.“ (Deutscher Hausärzteverband 2008: 3)

### Diffusionsphase 2

Der zweiten Diffusionsphase konnte einzig noch von Seiten der GKV eine Stellungnahme zugeordnet werden. Der VdAK/AEV (2008: 8) äußert sich hierbei ablehnend über die negative Beeinflussung der Vertragsprozesse durch die Bevorteilung der Hausärzte in ihrer Verhandlungsposition:

„(...) Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis 30.06.2009“

### Diffusionsphase 3-5

Für die drei folgenden Diffusionsphasen konnte keine weitere Stellungnahme inhaltlich zugeordnet werden.

Als zweite Innovation des GKV-OrgWG zur hausarztzentrierten Versorgung wurde der Kontrahierungszwang der Kassen mit einem engdefiniertem Vertragspartnerkreis herausgearbeitet. Bis zur einschließlich dritten Diffusionsphase konnten die



vorhandenen Stellungnahmen inhaltlich zugeordnet werden. Eine erfolgreiche Diffusion im Sinne einer erfolgten Adoption kann jedoch nur für die erste Diffusionsphase festgestellt werden. In den Phasen 2 und 3 sind die innovationsablehnenden Aussageninhalte als adoptionsverweigernd zu klassifizieren (Tab. 45).

**Tabelle 45: : Diffusionsergebnis zur Innovation „Kontrahierungszwang“ des GKV-OrgWG**

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	---				

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Bereits zur ersten Phase wird die Adoption von Seiten der Krankenkassen verweigert:

„(...) Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte (...).“  
(Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. 2008: 8)

„(...)Regelung für Einzelverträge mit Kontrahierungszwang für die Krankenkassen würde (...) nicht den Wettbewerb fördern, sondern lediglich zu neuen Monopolen führen. Der GKV-Spitzenverband lehnt eine solche Regelung daher ab.“ (GKV Spitzenverband Bund 2008: 19)

„Durch die 50%-Quorumsregelung wird (...) das bisherige KV-Monopol durch ein anderes ersetzt. Die angestrebte Optimierung der Versorgungsstrukturen (...) würde konterkariert. Der Wettbewerb (...) würde zunichte gemacht.“ (BKK Bundesverband 2008: 21)

Bis auf den Deutschen Hausärzteverband wird der vertragspartnereinschränkende Kontrahierungszwang von den Vertretern der Ärzte abgelehnt.

Der DHÄV (2008: 3) befürwortet die Regelung als Garantie für einen tatsächlichen Vertragsabschluss:

„Die vorgeschlagene Neuregelung soll deshalb sicherstellen, dass nunmehr die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend zur Verfügung steht.“

Dieser Argumentation wird von den anderen ärztlichen Interessensvertretern nicht gefolgt:

*„(...) lehnt die geplante Neufassung des § 73b SGB V ausdrücklich ab.“  
(Hartmannbund 2008: 4)*

Zu den Bestrebungen des Gesetzgebers, die Position der Hausärzte zu stärken, äußert sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung eindeutig, indem sie der Vorrangstellung der Hausärzte als besondere Gruppe außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung die Notwendigkeit abspricht:

*„(...) verstößt gegen Verfassungsrecht und europäisches Gemeinschaftsrecht und steht im Widerspruch zu der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008: 1)*

*„Die einschränkende Bestimmung, dass ‚Verträge mit Gemeinschaften zu schließen (sind), die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte (...) vertreten‘, ist hingegen gänzlich inakzeptabel. Sie widerspricht diametral dem Ziel (...) den Wettbewerb zu stärken.“ (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2008: 1)*

## **Diffusionsphase 2**

Der zweiten Diffusionsphase zur Bereichs- bzw. Ablaufbestimmung konnten über das inhaltsanalytische Ablaufmodell sowohl Stellungnahmen von Krankenkassen als auch von Ärzten zugeordnet werden. Allen selektierten Aussagen gemein ist dabei, dass sie der Kategorie der Non-Adoption zuzuordnen sind.

Von Seiten der Krankenkassen wird deutlich die Beschneidung der Kassen in der Auswahl ihrer Vertragspartner kritisiert:

*„(...) den Krankenkassen (wird) das ihnen bisher übertragene Auswahlermessen gemäß GKV-WSG in Hinblick auf den Vertragspartner genommen. Die Vorrangstellung der Hausärzteverbände bedeutet eine massive Benachteiligung anderer Arztgruppen und Organisationen, die bisher als Vertragspartner zugelassen waren. Unverständlich ist weiterhin die (...) vorgesehene Ungleichbehandlung weiterer möglicher Vertragspartner (...) dergestalt, dass hier kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, sondern eine Ausschreibung zu erfolgen hat.“ (VdAK/AEV 2008: 8)*

*„Krankenkassen wären gezwungen, HzV-Verträge (...) nur mit Gemeinschaften zu schließen, die mehr als 50% der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Nur wenn es solche Gemeinschaften nicht geben würde, könnten die Krankenkassen HzV-Verträge auch mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV abschließen.“ (GKV Spitzenverband Bund 2008: 19)*

*„Die Regelung verweist kollektivvertragliche Mechanismen (...) aus der Sphäre der KVen in die Sphäre der ‚Gemeinschaften von Allgemeinärzten‘. Damit wird ein Versorgungsbereich (...) mit systemfremden Mitteln strukturiert.“ (AOK Bundesverband 2008: 16)*

Von ärztlicher Seite vor einer Monopolisierung einer einzelnen Berufsgruppe gewarnt:

*„(...) dass die spezielle hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in Zukunft regelhaft durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin stattfindet. (...) spezifische Qualifikation für die besonderen belange in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Verträgen Berücksichtigung findet.“ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2008: 2)*

*„(...) wird nicht nur den KVen de facto ihr Sicherstellungsauftrag entzogen, viel entscheidender ist, dass im Rahmen der HzV einer einzelnen Berufsgruppe und damit faktisch einem einzelnen Verband ein Sonderrecht (...) gewährt wird.“ (Hartmannbund 2008: 4)*

*„(...) stellt die Verschaffung von Vertragsabschlussrechten gegenüber Krankenkassen stellt eine Privatmonopolisierung dar. Die Pflicht-Oligopolisierung der Hausärzte in vertraglichen Public-Private-Partnerships ist im Verhältnis zu dem öffentlich-rechtlichen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gerechtfertigt.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008: 1)*

*„Stattdessen wird ein faktisches Monopol des Deutschen Hausärzteverbandes (...) intendiert. (...) Der primäre Vertragswettbewerb muss erhalten bleiben. dazu gehört auch die Möglichkeit der Ermächtigung der KVen.“ (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2008: 1)*

### **Diffusionsphase 3**

Die dritte Diffusionsphase wird nur noch von Stellungnahmen der ärztlichen Seite tangiert. Die beiden selektierten Beiträge stehen dabei mit Adoption und Non-Adoption diametral zueinander:

*„Wie (...) zum GKV-WSG formuliert, wird nochmals angeregt, die Kassenärztlichen Vereinigungen als möglichen Vertragspartner (...) zu streichen. Die Teilnahme von KVen ist rechtsdogmatisch unzulässig und verhindert (...) einen fairen Vertragswettbewerb.“ (Deutscher Hausärzteverband 2008: 3)*

*„Durch den mittelbaren Mitgliedszwang im Hausärzteverband kann man von einer ‚Pflicht-Oligopolisierung‘ der Hausärzte sprechen. Die Verleihung eines privaten Monopols an den Hausärzteverband dürfte mit Art. 86 EGV nicht vereinbar sein.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008: 1)*

### Diffusionsphase 4-5

Für ein Durchlaufen der vierten und fünften Diffusionsphase durch Adoption oder Non-Adoption konnten keine entsprechenden Inhalte aus den Stellungnahmen der Akteursgruppen extrahiert werden. Die Diffusion der gesetzlichen Regelung zum Kontrahierungszwang für Krankenkassen als soziale Innovation im HzV-Implementierungsprozess wurde nicht im Sinne des Diffusionsmodells beendet

Im Sinne einer weiteren, dritten Innovation innerhalb des GKV-OrgWG zur hausarztzentrierten Versorgung wurde die Einführung eines Schiedsverfahrens anhand eines inhaltsanalytischen Ablaufmodells dem Diffusionsmodell unterworfen.

Es konnten inhaltlich nur Stellungnahmen der Krankenkassen dem Diffusionsmodell zugeordnet werden bis einschließlich der zweiten Diffusionsphase. Die Aussagen unterstreichen jedoch deutlich die Non-Adoption der Innovation durch die Krankenkassen (Tab. 46).

**Tabelle 46: Diffusionsergebnis zur Innovation „Schiedsverfahren“ des GKV-OrgWG**

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	---	---	---	---	---
Sonstige	---	---	---	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Zur ersten Phase, dem *agenda setting*, erfolgt Widerspruch und Ablehnung zur Problemlösungsfähigkeit:

„(...) widerspricht es dem Wesen des Selektivvertrages, das ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht und mittels Schiedsperson durchgesetzt werden kann.“ (VdAK/AEV 2008: 8)

„Schiedsamtsfähigkeit als kollektivvertraglicher Mechanismus ist außerhalb der KVen als systemfremd abzulehnen.“ (AOK Bundesverband 2008: 16)

### Diffusionsphase 2

Zur zweiten Phase, dem *matching*, ebenfalls bezügl. der Ablaufbestimmung:

„Die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens (Schiedsperson statt Schiedsamt) entspricht nicht den Regelungen des Schiedswesen im SGB V.“ (VdAK/AEV 2008: 8)

### **Diffusionsphase 3-5**

Ein Durchlaufen der dritten, vierten und fünften Diffusionsphase konnte nicht belegt werden. Die Innovation Schiedsverfahren hat somit das Diffusionsmodell ebenfalls nicht erfolgreich bzw. nicht vollständig durchlaufen.

Für alle drei ermittelten HzV-Innovationen des GKV-OrgWG wurde in einem zweiten Untersuchungsschritt je ein weiteres Ablaufmodell entwickelt, analog der jeweils zweiten Analyseschritte aus den vorangegangenen Untersuchungen, um weitere Erkenntnisse über die Adoptions- und Non-Adoptionsgründe zu erhalten. Das erste Ablaufmodell des zweiten Untersuchungsteils wurde wieder für die Innovation „Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung“ erstellt (siehe Tab. 47).

**Tabelle 47: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung“**

<b>Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Als alleinige Non-Adopter wird von den Kostenträgern die Fristsetzung zur Kontrahierung als nachteilig angesehen und als Generierung einer gesetzlichen

Monopolstellung der Hausärzte als nicht kompatibel und kontraproduktiv zu gelebten Strukturen im Verhältnis zwischen den Ärzten und der GKV abgelehnt.

Von Seiten der Ärzte wird die Innovation „Fristsetzung“ als vorteilhaft begrüßt. Die Verantwortlichen sehen in der HzV ein Instrument, welches zur Mangelhebung in der Patientenversorgung notwendig wäre und implizieren somit das Vorhandensein einer Kompatibilität der Innovation mit ihren Organisations- und Prozessstrukturen.

Für die Akteursgruppe der Sonstigen konnten keine Adoptions- oder Non-Adoptionsgründe zur Innovation „Fristsetzung (...)“ mit innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren verknüpft werden, da bereits im ersten Untersuchungsschritt keine Aussagen zum Diffusionsprozess ermittelt werden konnten.

Zur weiteren Untersuchung des Diffusionsergebnisses der HzV-Innovation „Kontrahierungszwang“ zu den Gründen von Adoption und Non-Adoption wurde auch an dieser Stelle ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell angewandt (siehe Tab. 48).

**Tabelle 48: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Kontrahierungszwang der GKV“**

<b>Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung eines Kontrahierungszwanges für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Kontrahierungszwanges in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Kontrahierungszwanges zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Kontrahierungszwanges vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung des Kontrahierungszwanges offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Von Seiten der GKV wird der Kontrahierungszwang als unvorteilhaft abgelehnt. Die Förderung eines Verhandlungsmonopols ist durch die negative Beeinflussung des Wettbewerbs nicht kompatibel mit den vorhandenen vertragspartnerlichen Strukturen

---

am deutschen Gesundheitsmarkt und wird als systemfremd abgelehnt. Bisherige Bemühungen zur Wettbewerbssteigerung werden durch den Kontrahierungszwang konterkariert. Das Auswahlermessen wird der GKV in der Vertragspartnerwahl wird beschnitten und resultiert letztlich in einer Ungleichbehandlung von weiteren Vertragspartnern. Ein Vorteil dieser Innovation ist für die GKV nicht wahrnehmbar.

Die Adoption der Innovation „Kontrahierungszwang der GKV“ zur ersten Diffusionsphase durch den DHÄV resultiert aus einer vorteilhaften Wahrnehmung als notwendige Rahmenbedingung. Die Non-Adoption aus den weiteren ärztlichen Stellungnahmen begründet sich aus der fehlenden Kompatibilität der Regelung mit Trennung in haus- und fachärztliche Behandlung, der Gewährung von Sonderrechten gegenüber einer einzelnen Arztgruppe und der ungerechtfertigten Oligopolisierung im Verhältnis zum Sicherstellungsauftrag der KV.

Von Seiten der Sonstigen konnten bereits bei der Ermittlung des Diffusionsergebnisses keine Stellungnahmen zugeordnet werden.

An dritter Stelle wurde die Innovation „Einführung eines Schiedsverfahren“ zur weiteren Untersuchung der Adoptions- und Non-Adoptionsgründe ebenfalls unter Verwendung der innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren in ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell eingebettet (Tab. 49).

Tabelle 49: GKV-OrgWG, Gewichtung der Innovation „Einführung eines Schiedsverfahren“

Innovationspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung der Möglichkeit eines Schiedsverfahrens für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung möglicher Schiedsverfahren in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung möglicher Schiedsverfahren zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung möglicher Schiedsverfahren vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung möglicher Schiedsverfahren offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Eine Zuordnung von Stellungnahmen begrenzte sich auf die Akteursgruppe der GKV. Ihre Non-Adoption der Innovation „Schiedsverfahren“ begründen die Beteiligten mit einer fehlenden Kompatibilität der Regelung mit existenten Strukturen, da diese im Widerspruch zum Wesens des Kollektivvertrages stünde und außerhalb der Hoheit der KVen als systemfremd und ergo unvorteilhaft abzulehnen sei.

### 9.3.5 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV-Finanzierungsgesetzes

Die gesichteten Stellungnahmen zum **GKV-FinG** - dem fünften, für die vorliegende Untersuchung relevantem, Gesetzgebungsverfahren - konnten inhaltlich bis zur zweiten Phase des Diffusionsprozesses zugeordnet werden. Konnten zur ersten Diffusionsphase noch vereinzelt Aussagen mit Adoptionscharakter ermittelt werden, liegen für die zweite Diffusionsphase nur Aussagen mit Non-Adoptionscharakter vor (Tab. 50).



Tabelle 50: Diffusionsergebnis zur Innovation „Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung“ des GKV-FinG

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	→				

Quelle: Eigene Darstellung

### Diffusionsphase 1

Die Adoptionsbereitschaft hinsichtlich der Innovation *Beitragssatzstabilität* liegt zwischen den Akteursgruppen jedoch bereits zum *agenda setting* der ersten Diffusionsphase diametral auseinander.

Von Seiten der Kostenträger wird die Innovation nahezu ausnahmslos gutgeheißen:

„Der Gesetzgeber beabsichtigt (...) das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. (...) wird deshalb ausdrücklich begrüßt“ (AOK Bundesverband 2010: 13)

„(...) begrüßen ausdrücklich, das Vergütungsniveau der HzV zu begrenzen.“ (BKK Bundesverband 2010: 6)

„(...) begrüßt die Bestrebungen, die Ausgabenzuwächse für HzV zukünftig zu vermeiden.“ (IKK e.V. 2010: 6)

„Es ist insgesamt zu begrüßen (...), eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen künftig zu vermeiden.“ (GKV Spitzenverband 2010: 13)

„(...) begrüßen die im Gesetzesentwurf vorgesehene Begrenzung von Honorarzuwächsen in hausarztzentrierten Versorgungsverträgen.“ (Verband der Ersatzkassen 2010: 8)

Die AOK Baden-Württemberg (2010: 9) schließt sich dieser Einschätzung nicht an und lehnt das GKV-FinG ab:

„Insgesamt drängt sich (...) der Eindruck auf, als ginge es (...) vielmehr um ein Wiedererstarben der (...) gegenseitige Handlungsblockaden und eine Restauration monopolistische KBV-Strukturen (...).“

Die Vertreter der Ärzte lehnen bereits in der ersten Diffusionsphase die Adoption einer Berücksichtigung von Beitragssatzstabilität bei der Umsetzung von HzV ab. Kritisch

werden dabei zum einen die Vergütungsbegrenzung, zum anderen aber auch die unveränderten Rahmenbedingungen zur Vertragsgestaltung der HzV gesehen:

*„(...) Selektivverträge (...), die die Grundversorgung im Kollektivvertragssystem ergänzen und nachweisbare Verbesserungen für den Patienten bringen. Dafür müssen auch entsprechende Vergütungen gezahlt werden.“* (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte 2010: 2)

*„(...) der Weg zurück in ein tradiertes System der Überbürokratisierung, der Intransparenz und Fehlplanung (...). Der DHÄV lehnt die (...) Änderungen als systemisch verfehlte Teillösungen ab. Die angestrebten Neuregelungen greifen massiv in die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen der HzV ein. (...) Die angestrebte Anbindung der HzV (...) an die kollektiv-vertragliche Versorgung und Vergütung ist abzulehnen.“* (Deutscher Hausärzterverband 2010: 3-6)

*„(...) mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar (...), Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (...) an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des DHÄV bestehen zu lassen.“* (Bundespsychotherapeutenkammer 2010: 9)

Der Bundesverband hausärztlicher Internisten (2010: 2) betrachtet die Gesetzesvorlage als eine Grundlage für weitere Ergänzungen und ist somit nicht eindeutig als Adopter oder Non-Adopter zu klassifizieren.

*„Zum Änderungsentwurf des § 73b SGB V haben wir (...) keine Beanstandungen. (...) halten ihn jedoch für ergänzungsbedürftig.“*

Aus dem Lager der Sonstigen konnten inhaltlich drei Stellungnahmen zur ersten Diffusionsphase der Innovation zur Beitragssatzstabilität aus dem GKV-FinG zugeordnet werden. Während die Aussagen des DGB (2010: 9) als Adoption gewertet werden können:

*„(...) unterstützt diese Maßnahme, da sie ein Ungleichgewicht zwischen Hausärzterverbände und gesetzlichen Krankenkassen abschwächt.“*

implizieren die Aussagen des SoVD und des Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Gerlinger eine adoptionsablehnende Haltung:

*„(...) lehnt Einschränkungen bei den Verträgen der HzV ab. Sollen aber hausarztzentrierte Verträge qualitätssteigernd sein, müssen sie entsprechend ausgestaltet sein. Es ist nicht ersichtlich, warum die Hausärzte mehr Leistungen zum gleichen Preis erbringen sollten. Wirklich effizienten Verträgen zur HzV wird (...) ein Riegel vorgeschoben.“* (Sozialverband Deutschland 2010: 19)

*„Die Honorarbegrenzung (...) beinhaltet die Gefahr, dass (...) damit die finanzielle Attraktivität der Hausarztstätigkeit sinkt. Es ist mit großem Nachdruck eine Ablehnung der Reform zu empfehlen.“ (Gerlinger 2010: 8)*

### **Diffusionsphase 2**

Zur zweiten Diffusionsphase konnten die unter den gesichteten Stellungnahmen nur Aussagen herausgefiltert werden, die eine Adoption der Beitragssatzstabilität hinsichtlich der Ablaufbestimmung, des *matching*, verweigern.

*„Die Umsetzung führt hingegen zu intensiven Rechts- und Bewertungsstreitigkeiten über die Angemessenheit der Vergütung und deren Refinanzierung (...).“ (AOK Baden-Württemberg 2010: 3)*

*„Der Vergleich von kassenspezifischen und GKV-weiten (HzV-Leistungs-) Fallwerten zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist allerdings nicht sachgerecht.“ (Verband der Ersatzkassen 2010: 8)*

*„Der geplante Bestandsschutz für bereits geschlossene Verträge ist wettbewerbsverzerrend und wird daher ebenfalls abgelehnt.“ (IKK e.V. 2010: 7)*

Seitens der ärztlichen Vertreter wird die Adoption bzw. Umsetzung der zweiten Diffusionsphase ebenfalls verweigert:

*„(...) Bereinigung der Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte ist nicht akzeptabel und ggfs. rechtswidrig.“ (Bundesverband hausärztlicher Internisten 2010: 2)*

*„(...) die Einschreibung ‚junger und gesunder‘ Versicherter (...) systematisch begünstigt würde, (...) ‚krankere und ältere‘ Versicherter dagegen systematisch sanktioniert. In Konsequenz dieser Regelung würde ein systematischer Fehlanreiz geschaffen.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010: 7)*

Der Deutsche Hausärzteverband (2010: 6) fürchtet um seine Präsenz als Vertrags- und Verhandlungspartner:

*„Die Preisbildung (...) wird in die Sphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert, ohne dass die Hausärzte Einfluss nehmen können.“*

Von den Vertretern der sonstigen Interessensgruppe wird die zweite Diffusionsphase zur Bereichs- und Ablaufbestimmung ebenfalls nicht mehr durchlaufen:

*„Der Gesetzgeber schränkt die Vertragsfreiheit zwischen Hausärzten und Kassen mit den (...) vorgesehenen Regelungen ein, die Versicherten werden*

*jedoch dadurch nicht entlastet. Vielmehr handelt es sich um eine Umverteilung zwischen Fach- und Hausärzten. (verdi 2010: 5)*

*„Soll die hausärztliche Lotsenfunktion ein Schlüssel für die Lösung der Versorgungsprobleme (...) sein, so ist es erforderlich, dass die hausärztliche Tätigkeit auch finanziell gegenüber der Spezialistentätigkeit attraktiver wird.“ (Gerlinger 2010: 8)*

### **Diffusionsphase 3-5**

Für die dritte, vierte und fünfte Diffusionsphase zur Umsetzung des Reformansatzes der Beitragssatzstabilität konnten keine inhaltlichen Auseinandersetzungen mehr ermittelt werden.

Weitere Inhalte aus den Stellungnahmen der Akteure zum GKV-FinG beschäftigen sich ergänzend mit der Umsetzung der HzV, können jedoch nicht in das verwendete Kategoriensystem zur Beitragssatzstabilität eingebunden werden. Aufgrund der Relevanz für die vorliegende Untersuchung kann auf eine Wiedergabe der Aussageinhalte an dieser Stelle nicht verzichtet werden. Sie erfolgt ergänzend ohne Anbindung an das verwendete Kategoriensystem:

Neben der Einlassung zur Beitragssatzstabilität hat der AOK Bundesverband (2010 14-16) in seiner Stellungnahme aus der Retrospektive ergänzend gefordert, dass der Kontrahierungszwang für Kassen bezüglich der HzV – eingeführt durch das GKV- OrgWG zum 01.01.2009 – wieder aufgehoben wird und der § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung – abgebildet durch das GKV-WSG – wieder herzustellen sei. Bei Nichtumsetzung einer Wiederherstellung wurde um weitere gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen gebeten. Dieser Forderung schließt sich der BKK Bundesverband mit seiner Stellungnahme an, in der er ebenfalls die Aufhebung des Vertragszwanges fordert, um innovative Versorgung durch freie Vertragspartnerwahl zu ermöglichen. Vom IKK e.V (2010: 7) wird gleichfalls der Fortbestand des hausärztlichen Vertragsmonopols und des Kontrahierungszwanges für Krankenkassen kritisiert. Laut Stellungnahme des GKV-SpiBu (2010: 14f.) widersprechen die Regelungen zur HzV gemäß § 73b SGB V aufgrund des Fortbestands von Kontrahierungszwang und hausärztlichem Vertragsmonopol weiterhin den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs und sind deshalb zu beseitigen. Abweichend von diesem einheitlichen Meinungsbild erinnert die AOK

BW (2010: 6, 8) daran, dass trotz vielfach gegenteiliger Behauptungen mit der HzV dennoch eine Steigerung der Versorgungsqualität herbeigeführt werden kann, aber die HZV-Umsetzung:

*„(...) von Anfang an auf massive Umsetzungsschwierigkeiten durch eine subtile administrative Verweigerungshaltung der sich von einer Auflösung des monopolistischen Selbstverwaltungsrahmens bedroht fühlenden Akteure.“*

Auch der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ 2010: 2) kritisiert in seiner Stellungnahme rekurrierend die 50%-Regelung zur Interessensvertretung von Allgemeinärzten aus dem GKV-OrgWG als nicht sachgerecht. Die Aufgabenteilung in der hausärztlichen Versorgung durch Allgemeinärzte, Internisten und Kinder- und Jugendärzte würde nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI 2010: 2) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2010: 9) kritisieren in ihren Stellungnahmen unabhängig voneinander die Monopolstellung des Deutschen Hausärzteverbandes, welche einen wirksamen Wettbewerb zwischen den verschiedenen Vertragsformen unterbinden würde. Die BPtK schließt in ihre Forderung dabei auch die Beendigung des Kontrahierungszwanges für Krankenkassen mit ein. Zur Organisationsform spricht sich der BHI (ebda.) für *Add-on*-Verträge zur Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung aus.

Gegen den § 73b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG wendet sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010: 2ff.) und hält insbesondere die verpflichtende Regelung zur Vertragsvereinbarung mit mehrheitsführenden Gemeinschaften von Allgemeinmedizinerinnen für versorgungspolitisch verfehlt und sowohl verfassungs- wie gemeinschaftsrechtlich nicht annehmbar. Die KBV fordert diesbezüglich eine inhaltliche Rückführung auf die Fassung des GKV-WSG.

Der Diffusionsprozess endet bereits mit der zweiten Phase. Über alle drei Akteursgruppen überwiegen Aussagen hinsichtlich einer Non-Adoption.

Die Zuordnung der Aussageinhalte aus Adoption und Non-Adoption erfolgte in einem zweiten Untersuchungsschritt durch Abgleich von Aussageinhalten mit den innovationsspezifischen Erfolgsfaktoren nach Rogers. Hierfür wurde ebenfalls ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell verwendet (Tab. 51).

Tabelle 51: GKV-FinG, Gewichtung der Innovation „Bereinigung der KV-Vergütung (Budgetneutralität)“

Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie	Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung der Budgetneutralität für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung der Budgetneutralität in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Budgetneutralität zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Budgetneutralität vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Budgetneutralität offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Die Regelung zur Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität findet bei den Vertretern der GKV als Kostenbegrenzer der HzV eingangs des *agenda settings* noch breite Zustimmung, wird jedoch bereits bei der weiteren Prozessausgestaltung und Umsetzung als unvorteilhaft abgelehnt, da dadurch keine Förderung einer kompatiblen Umsetzung der HzV herbeigeführt werden könnte. Stattdessen müsste im Sinne einer Komplexitätssteigerung mit einer Verstärkung der gegenseitigen Handlungsblockaden unter den Beteiligten zu rechnen sein. Die Herauslösung der HzV-Vergütung aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung resultiert in Auseinandersetzungen der haus- mit den fachärztlichen Interessensgruppen über die Qualität und Quantität der hausärztlichen Versorgung und ihrer Vergütung.

Auch von den ärztlichen Interessensvertretern wird die Regelung als unvorteilhaft zurückgewiesen. Als systemisch verfehlt - komplexbehaftet und gering kompatibel - werden die Grundzüge zur Versorgung und Vergütung der HzV nachhaltig tangiert. Versorgungsoptimierungen bedingen entsprechenden Vergütungsanpassungen und Refinanzierung. Wettbewerb und Handlungsfreiheit sind mit diesen Rahmenbedingungen nicht vereinbar, eine Bereinigung der Gesamtvergütung zu Lasten

anderer nicht hinnehmbar und ggfs. sogar rechtswidrig. Letztlich stelle diese Regelung ein Verharren in einem tradierten System dar, welches sich durch Überbürokratisierung, Intransparenz und Fehlplanung auszeichnet.

Für die Non-Adoption aus der Gruppe der Sonstigen kann ein Bezug zur Vorteilsgewichtung und der Kompatibilität herstellen. So wird die Beitragssatzstabilität und die daraus resultierende Budgetbereinigung als eine bloße Umverteilung zwischen Haus- und Fachärzten bezeichnet und somit zu Lasten eines ganzen Berufsstandes. Die Bedingung zur Beitragssatzstabilität stünde diametral zur angestrebten Qualitätssteigerung in der hausärztlichen Versorgung.

### 9.3.6 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des GKV-Versorgungssteuerungsgesetzes

Die Einführung der Klagebeschränkung im Zuge des **GKV-VStG** konnte keine Stufe des Diffusionsmodells erfolgreich bewältigen. Die einzelnen Akteure lehnten bereits in der ersten Diffusionsphase eine Adoption ab. Aussagen zur Non-Adoption konnten innerhalb des Diffusionsmodells der ersten und zweiten Phase zugeordnet werden (Tab. 52).

Tabelle 52: Diffusionsergebnis zur Innovation „Klagebeschränkung“ des GKV-VStG

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	---	---	---	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

#### Diffusionsphase 1

Der GKV-Spitzenverband (2011: 40) bezieht zur Innovationsnotwendigkeit deutlich Stellung:

*„Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. (...) sollte im Bereich der Selektivverträge darauf verzichtet werden, einen Vertragsabschluss durch einen Schiedsspruch zu erzwingen“*

Auch der AOK Bundesverband (2011: 27) steht dem Vorhaben ablehnend gegenüber:

*„Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, da sie zu gravierenden Beeinträchtigungen der gesetzlichen Krankenkassen in Bezug auf den Rechtsschutz und die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität führt.“*

Von Seiten der Ärzte setzte sich nur der Deutsche Hausärzteverband (2011: 5) mit der beschriebenen Innovation auseinander:

*„(...) hält aber die dafür eingesetzten Instrumente für nicht zielführend oder nicht ausreichend. Die Änderung ist unklar und in der vorliegenden Fassung nicht ausreichend.“*

### **Diffusionsphase 2**

Zur zweiten Diffusionsphase konnte inhaltlich nur noch eine Stellungnahme herausgefiltert werden. Der BKK Bundesverband (2011: 26) bemängelt die durch den Gesetzgeber vorgegebene Ablaufstruktur des Klageverfahrens und tritt so als Non-Adopter auf:

*„Es ist widersprüchlich, dass die Klage gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist, die ja gerade durch die Entscheidung der Schiedsperson betroffen ist.“*

### **Diffusionsphase 3-5**

Eine weitere Auseinandersetzung mit der gesetzlichen Neuregelung zur Klagebeschränkung im Sinne des Diffusionsmodells fand nicht statt.

Der Deutsche Hausärzteverband (2011: 3f.) nimmt den Entwurf zum GKV-VStG jedoch zum Anlass, um sich eingehend mit den aus seiner Sicht notwendigen Ergänzungen zur Sicherung einer flächendeckenden und wohnortnahen medizinische Versorgung und der Weiterentwicklung von Wettbewerb, die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung zu befassen. Der DHÄV (ebda.) stellt fest, dass es

*„konsequent wäre (...), die besonderen Versorgungsformen (§§ 73a, 73b 73c und 140a ff. SGB V) als weitere Säule zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung zum festen Bestandteil der sog. Regelversorgung zu machen.“*

*„Zur Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen hausärztlichen Versorgung sind die Einschränkungen, die mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Finanzierungsgesetz vom 22.10.2010 (...) eingefügt worden sind, wieder aufzuheben.“*



und ebenfalls die Restriktionen zur Ausgestaltung der Vergütung, welche  
„(..) *allein die Hausärzte treffen (...)*“,

da diese den Zielen

*„der Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Intensivierung des Wettbewerbs in der ambulanten Versorgung“*

zuwiderliefen.

Zu diesem Zweck wird vom DHÄV (ebda.) eine Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems dahingehend angeregt, dass durch die Gesamtvertragspartner die Gesamtvergütungen bereits getrennt für die Bereiche der fach- und hausärztlichen Versorgung verhandelt werden:

*„Die hausarztzentrierte Versorgung wird konsequent als wettbewerbliche Vertragsform ausgestaltet. Daher scheiden kassenärztliche Vereinigungen als Vertragspartner dieser Versorgungsform aus. (...). Die Einschränkungen, die der Gesetzgeber im GKV-Finanzierungsgesetz zur Ausgestaltung der Vergütung und deren Prüfung durch die Aufsichtsbehörden vorgenommen hat, werden aufgehoben, da sie den Zielen der Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Intensivierung des Wettbewerbs in der ambulanten Versorgung widersprechen.“*

Die Verbraucherzentrale Bundesverband (2011:5) fordert eine Berücksichtigung von patientenorientierten Anreizen im Vergütungssystem. So sollten bspw. wohnortnahe Versorgungsleistungen besser und zu Lasten hochtechnologisierter Leistungen vergütet werden. Zur Durchsetzung dieser Vergütungsreform sollten Interessensvertretungen und Patientengruppen an den Verhandlungen der Selbstverwaltungen teilnehmen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert die Festlegung einer Mindestqualitätsanforderung an Verträge zur HzV und eine deutliche Klarstellung, dass die Qualitätsstandards des Kollektivvertragssystems keinesfalls im Selektivvertragssystem aufgeweicht bzw. unterschritten werden dürften.

Von Seite der AOK Baden-Württemberg (2011:4) wird im Rahmen ihrer Stellungnahme zum GKV-VStG die

*„Aufhebung der strikten ‚gemeinsamen und einheitlichen‘ (sic!) -Vorgaben im vertragsärztlichen Kollektivsystem“* und *„eigenständige Verhandlung und Entwicklung der Vergütung (mindestens) für die hausärztliche Versorgung im Rahmen der KV-Kollektivversorgung je Kassenart“* gefordert.

Nach Meinung der AOK Baden-Württemberg (ebda.) stellen

*„Selektivverträge (...) eine unverzichtbare Voraussetzung für den seit Jahren auch politisch bisher geforderten Qualitätswettbewerb dar, leisten einen*

*nachdrücklichen Beitrag zur Gewährleistung patientenorientierter Versorgung insbesondere auch im ländlichen Raum.“*

Auch wird den Selektivverträgen am Beispiel Baden-Württembergs attestiert, dass sie in der Praxis als Vollversorgungsverträge neben dem KV-System funktionieren und deshalb das Bereinigungsverfahren für Selektivverträge durch gesetzliche Vorgaben möglichst einfach zu gestalten, das Verfahren zu stabilisieren und eine weitere Instrumentalisierung als Blockadeinstrument der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verhindern.

Der GKV Spitzenverband (2011: 40f.) bekräftigt in seiner Stellungnahme nochmals die Forderung nach Beseitigung des Vertragsmonopols der Hausärzte und Kontrahierungszwang der Krankenkassen. Der BKK Bundesverband kommuniziert diese Botschaft ebenfalls:

*„Grundsätzlich gilt weiterhin die Forderung, den in § 73b vorgeschriebenen Kontrahierungszwang mit dem Hausärzterverband abzuschaffen.“*

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (2011: 1) fordert in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GKV-VStG, dass in

*„allen Gremien zur Versorgungsplanung PatientenvertreterInnen mit Stimmrecht beteiligt werden“* müssen.

Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (2011: 2) hält das gesetzlich verankerte Verhandlungsmonopol eines Verbandes,

*„(...) der regional mindestens 50% nur der Allgemeinärzte vertritt“,*

für nicht sachgerecht, da der Gesetzgeber nicht die Aufteilung der behandelnden Ärzte in Allgemeinärzte, Internisten und Kinder- und Jugendärzte beachtet hat. Der BVKJ fordert hier Nachbesserungen, insbesondere ein Zuschneiden von Versorgungsverträgen auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Nachweisbare Verbesserungen der Versorgung durch entsprechend qualifizierte Ärzte sollten dann jedoch auch entsprechend vergütet werden.

Die Bundesärztekammer (2011: 23f.) fordert den Gesetzgeber auf, durch eine Definition der fachärztlichen Versorgung für klare Versorgungsgrenzen und Strukturen zu sorgen:

*„§ 73 SGB V beinhaltet die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung und eine Legaldefinition für die hausärztliche Versorgung.“*

*Es hat sich als notwendig erwiesen, im Vergleich und in Abgrenzung zum hausärztlichen Versorgungsauftrag auch den fachärztlichen Versorgungsauftrag zu definieren.*

**Vorschlag der Bundesärztekammer**

*Nach § 73 Abs. 1b wird folgender Absatz **neu** eingefügt:*

*„(1c) Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst die fachärztliche Grundversorgung. Sie besteht in der patientenunmittelbaren Versorgung in der Diagnostik und Therapie innerhalb des Fachgebietes mit ärztlicher Hilfe im Akutfall und der Betreuung bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie der Koordination ärztlicher, ggf. ergänzender Leistungen durch Verordnungen, Veranlassung oder Delegation; in der mittelbaren Patientenversorgung besteht der fachärztliche Versorgungsauftrag in der konsiliarischen Diagnostik oder Auftragsdiagnostik. Die fachärztliche Grundversorgung wird von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzten erbracht. Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst auch die spezialisierte fachärztliche Versorgung als fallbezogene Versorgung vorwiegend im Leistungsbereich von Schwerpunkten im Fachgebiet. Sie setzt insoweit voraus, dass der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt oder eine für eine spezialisierte fachärztliche Versorgung vorgeschriebene Qualifikation nachweisen kann; die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst darüber hinaus die konsiliarische Diagnostik nicht-organbezogener und methodisch definierter Fachgebiete, ggf. mit spezieller Qualifikation des Arztes. Für den Versorgungsauftrag in der Psychotherapie gilt § 28 Abs. 3 Satz 1.““*

Für eine klare Definition und Funktionsabgrenzung der fachärztlichen Versorgung im SGB V spricht sich auch der Deutsche Facharztverband (2011: 1f.) aus:

*„Nach wie vor findet sich im SGB V der Facharzt nicht oder kaum wieder. Wir plädieren daher sehr – auch als Signal an die jungen Kollegen – für eine **Legaldefinition des Facharztes**. Diese könnte wie folgt lauten:*

*„Der **fachärztliche Versorgungsauftrag** umfasst den Bereich der patientenunmittelbaren Versorgung sowie der spezialisierten Diagnostik und Therapie innerhalb des jeweiligen Fachgebietes. Damit ist die interdisziplinäre und mit fachärztlicher Hilfe im Akutfall und bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie der Koordination ergänzender Leistungen durch Veranlassung oder Delegation gewährleistet. Bei nicht unmittelbarer patientennaher Versorgung beschränkt sich der fachärztliche Versorgungsauftrag auf die Ausführung von Aufträgen zur Diagnostik im medizinisch-technischen Bereich.“*

*Wir werben damit für einen neu zu schaffenden Abschnitt innerhalb des § 73 SGB V. Eine Reihe von – auch sehr teuren - Volkskrankheiten wie Diabetes, Osteoporose, Asthma-COPD, neurologische Erkrankungen, Hautkrebsformen, Maculadegeneration, Hypertonus-KHK sollten primär an den dafür ausgebildeten Facharzt adressiert werden, der die Erkrankung auch primär führt – und dann, ähnlich wie beim D-Arzt-System, welches sich ja sehr bewährt hat – auch an den Hausarzt weiter leitet. Diagnose- und Therapieführung sowie die Erstellung eines Versorgungsplanes verbleiben aber beim Facharzt, da damit teure stationäre Einweisungen oder andere Folgekosten wie z.B.*

*Arbeitsunfähigkeit oder Reha verhindern helfen kann. Auch sollte über den Weg von Facharztverträgen, definiert über das SGB V, eine **facharztzentrierte Versorgung** etabliert werden:*

- 1. So werden Kostenträger angehalten, zur Sicherung einer zeitnahen, qualifizierten fachärztlichen Versorgung der Versicherten im jeweiligen Fachgebiet mit diesen, deren Gruppen oder Netzen Verträge abzuschließen.*
- 2. Diese Verträge dienen sowohl der Verkürzung der Wartezeiten im fachärztlichen Bereich, als auch der Sicherstellung der verkürzten und qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten.“*

Wie in der Untersuchung dargestellt, überwog eine Non-Adoption der Innovation bereits in der ersten Diffusionsphase. Zur weiteren Eingrenzung der Gründe, welche eine erfolgreiche Adoption der Innovation verhinderten, wurden im zweiten Untersuchungsschritt die selektierten Stellungnahmen aus der Gruppe der Non-Adopter zwecks Gewichtung den Fragen zu den innovationsspezifischen Einflussfaktoren unterworfen (Tab. 53).

**Tabelle 53: GKV-VStG, Gewichtung der Innovation „Klagebeschränkung gegen die Schiedsperson“**

<b>Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung einer Klagebeschränkung für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung einer Klagebeschränkung in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Klagebeschränkung zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Klagebeschränkung vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Klagebeschränkung offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Der GKV-Spitzenverband als einziger Kostenträgervertreter und Non-Adopter verneint mit seiner Forderung nach Streichung der Regelung die Existenz eines Vorteils. Eine weitere Eingrenzung hinsichtlich Bedenken zur Kompatibilität und Komplexität konnte anhand der vorliegenden Aussage nicht ermittelt werden.

Der Deutsche Hausärzteverband bemängelt mit der mangelhaften Zielführung den Vorteil und die Kompatibilität der Regelung zum bisherigen Status quo.

Die Vertreter aus der Gruppe der Akteursgruppe der Sonstigen vermitteln kein Meinungsbild zur Innovation „Klagebeschränkung“, nutzen ihre Stellungnahme jedoch zur Forderung nach einer stärkeren Ausrichtung der Selektivverträge an die Bedürfnisse der Patienten und einer klaren Beteiligung von Patientenvertreter bei der Vertragsausgestaltung.

### 9.3.7 Diffusionsergebnisse der HzV-Innovation des Patientenrechtegesetzes

Für das **Patientenrechtegesetz** konnten in der Anwendung des beschriebenen inhaltsanalytischen Ablaufmodells (Kap. 9.2.7) zur Thematik des Widerrufsrechtes die gesichteten Stellungnahmen der einzelnen Akteursgruppen bis zur dritten Phase des Diffusionsprozesses zugeordnet werden. Dabei überwog jedoch bereits ab der zweiten Phase die Non-Adoption, während in der dritten Phase ausschließlich Aussagen zur Non-Adoption zu identifizieren waren (Tab. 54).

Tabelle 54: Diffusionsergebnis zur Innovation „Einführung Widerrufsrecht“ des PRG

Adoption und Non-Adoption im Diffusionsmodell					
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5
GKV	→				
Ärzte	→				
Sonstige	→				

Quelle: Eigene Darstellung

#### Diffusionsphase 1

Das *agenda setting* der ersten Diffusionsphase wird mit Einschränkungen von den Krankenkassen umgesetzt:

„(...) ist grundsätzlich positiv zu bewerten.“ (Verband der Ersatzkassen 2012: 27)

„Die Einführung (...) ist grundsätzlich sinnvoll.“ (GKV Spitzenverband Bund 2012, 48)

Aber auch mit Hinweisen auf mögliche Problemfelder:

*„Alternativ könnte den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden in ihren Satzungen von der gesetzlichen Widerrufsfrist abweichende Regelungen zu treffen. (...) Abhängigkeitsverhältnis Pat. vs. Arzt erschwert die Umsetzung der Regelung.“ (GKV SpiBu 2012, 48)*

Als Non-Adopter unter den Kostenträgern tritt bereits frühzeitig der AOK Bundesverband (2012: 27) auf:

*„Die Regelung ist nicht sachgerecht.“*

Von Seiten der ärztlichen Interessensvertreter wird der Adoptionsvorgang zum *agenda setting* innerhalb der ersten Diffusionsphase uneingeschränkt vollzogen:

*„Grundsätzlich werden diese (...) Regelungen begrüßt.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer 2012: 5)*

*„(...) begrüßt die Einführung von Widerrufsrechten bei einer Entscheidung für die Teilnahme an der HzV.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2012: 13)*

Die Akteursgruppe der Sonstigen gehört zum Diffusionszeitpunkt des *agenda settings* ebenfalls noch der Gruppe der Adopter an:

*„Der SoVD begrüßt es, dass nunmehr (...) ein Widerrufsrecht eingeräumt wird.“ (Sozialverband Deutschland 2012: 11)*

*„Die vorgesehene Weiterentwicklung ist begrüßenswert.“ (Diakonisches Werk Bundesverband 2012: 14)*

*„Die Regelungen sind ausdrücklich zu begrüßen.“ (Caritas Bundesverband 2012: 23)*

*„(...) begrüßt die Möglichkeit für Versicherte, der Einschreibung (...) nachträglich zu widersprechen.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe 2012: 19)*

*„(...) unterstützt das parteiübergreifende Ansinnen eines modernen Patientenrechts.“ (Sozialverband VdK Deutschland 2012: 11)*

*„Übereinstimmend mit dem Antrag halte ich für regelungsbedürftig und -fähig: (...). Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen (...) im Gesundheitswesen.“ (Hart 2012: 2)*

*Wir halten folgende Grundsätze für regelungsbedürftig: (...). Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen (...) im Gesundheitswesen.“ (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2011: 1f.)*

Der Akteur Verbraucherzentrale Bundesverband (2011: 6) schließt sich den Adoptern seiner Gruppe mit einer Anregung zur Entwicklung und Ausgestaltung der Widerspruchsregelung an.

*„Patientenbeteiligung wäre dabei besonders bedeutsam.“*

### **Diffusionsphase 2**

Die Adoption des Innovations-*matchings* in der zweiten Diffusionsphase wird von den Kostenträgern nicht mehr umgesetzt:

*„Die Möglichkeit einer Widerrufsfrist führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Der weitere Zeitverzug erschwert eine rechtzeitige Bereinigung der Kollektivverträge. (...) Auf Seiten der Vertragsteilnehmer (...) Anstieg der Planungsunsicherheit im Hinblick auf die reibungslose und komplikationslose Umsetzung dieser Vertragsform.“* (GKV Spitzenverband Bund 2012, 48-49)

*„Durch die Widerspruchsfrist werden viele Patienten nicht rechtzeitig für die Bereinigung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden können. Die Regelung führt zu erhöhtem Verwaltungsaufwand (...).“* (AOK Bundesverband 2012: 27-28)

*„Zur Erhaltung der notwendigen Flexibilität ist es sachgerecht, gegebenenfalls längere Widerrufsfristen in den Satzungen zu regeln.“* (Verband der Ersatzkrankenkassen 2012: 27)

Auch von den Vertretern der Leistungserbringer werden Vorbehalte im Sinne einer Non-Adoption geäußert:

*„Der Regierungsentwurf weist (...) Nachbesserungsbedarf auf.“* (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: 5)

Zustimmung zur Innovationsausgestaltung kommt von einem Vertreter der Sonstigen:

*„Eine Widerrufsfrist von zwei Wochen ist als außerordentlich sinnvoll zu erachten.“* (Deutscher Caritasverband 2012: 23)

Aber auch im Lager der Sonstigen polarisiert die Kritik an der Struktur und den Rahmenbedingungen der Versorgungsformgestaltung und -umsetzung:

*„Doch dies allein kann und wird nur Sinn machen, wenn die Versicherten auch über alle wesentlich relevanten Bestandteile der Selektivverträge informiert werden bzw. sich informieren können. Dafür ist es aber notwendig, dass diese Verträge offengelegt werden. Wir regen daher an, ergänzend zu dieser Regelung die Vertragsparteien zu verpflichten, versorgungsrelevante Vertragsinhalte zu veröffentlichen.“* (Sozialverband Deutschland 2012: 11)

*„Insofern wäre entweder eine Belehrung über seine wesentlichen Rechte, Pflichten und deren wirtschaftlichen Auswirkungen beizufügen oder ein unbefristetes Widerrufsrecht zu verankern.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe 2012: 19)

Der Sozialverband VdK Deutschland (2011: 12) kritisiert den Status quo zur vertraglichen Ausgestaltung von Selektivverträgen und kann diesbezüglich weder als Adopter noch als Non-Adopter klassifiziert werden:

*„Die vertragliche Ausgestaltung von Selektivverträgen ist intransparent, da die Inhalte ausschließlich zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern beschrieben werden.“*

Der Sozialverband VdK Deutschland e.V (2012:11) ergänzt seine erste Stellungnahme vom 26.01.2011 zur Einführung eines Widerrufsrechtes für Patienten um die Forderung nach umfassender Informationsgewährung und Entscheidungsfreiheit:

*„Ein einfaches Widerrufsrecht allein führt nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation der Versicherten. Deshalb ist ergänzend eine Verpflichtung zur hinreichenden und vollständigen Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung sowie die Gewährung einer ausreichenden Bedenkzeit vor Erklärung der Teilnahme notwendig.“*

Eine ähnliche Kritik äußert der Verbraucherzentrale Bundesverband (2011: 6):

*„Selektivverträge werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern festgelegt. Eine Veröffentlichungspflicht, zentrale Registrierung und eine Stellungnahmemöglichkeit durch Patientenvertreter sollte gegeben sein.“*

Von der Bundespsychotherapeutenkammer (2012: 13) wird für Verträge zur HzV eine gesetzliche Verpflichtung zur Umsetzung eines Qualitätsmanagement und die Veröffentlichung von Ergebnissen gefordert, um Versicherten eine qualifizierte Grundlage zur Teilnahmeentscheidung zu bieten.

### **Diffusionsphase 3**

Zur adoptionsbedingten Organisationstransformation, dem *restructuring* in der dritten Diffusionsphase, gibt es von den Akteursgruppen nur noch ablehnende Feststellungen. Der AOK Bundesverband (2012: 28) mahnt Defizite in der Ausgestaltung an und warnt vor kohärenten Auswirkungen auf andere Organisationsabläufe und –elemente:



*„Die Regelung führt zu einer Diskriminierung der Selektivverträge, weil (...) der Eindruck entsteht, dass es außerhalb der Regelversorgung besondere Risiken gibt.“*

Aus dem Lager der Leistungserbringer und Sonstigen konnte keine Stellungnahme inhaltlich der dritten Diffusionsphase zugeordnet werden.

### **Diffusionsphase 4-5**

Der vierten und fünften Diffusionsphase konnten keine Inhalte aus den Stellungnahmen zum PRG zugeordnet werden. Es konnte nicht belegt werden, dass die Innovationsdiffusion regelgerecht abgeschlossen wurde.

Nach Ermittlung des Diffusionsergebnisses zur Innovation „Einführung eines Widerrufsrechts“ wurden im zweiten Untersuchungsschritt die Adoptions- und Non-Adoptionsgründe durch ein weiteres inhaltsanalytisches Ablaufmodell den innovationsspezifischen Einflussfaktoren zugeordnet (Tab. 55).

**Tabelle 55: GKV-PRG, Gewichtung der Innovation „Einführung Widerrufsrecht“**

<b>Innovationsspezifischer Einflussfaktor als Hauptkategorie</b>	<b>Zuordnung und Bewertung von Adoptions- bzw. Non-Adoptionsgrund als Unterkategorien</b>
<b>Relativer Vorteil</b>	Beinhaltet die Einführung eines Widerrufsrechts für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?
<b>Kompatibilität</b>	Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Widerrufsrechts in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?
<b>Komplexität</b>	Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Widerrufsrechts zu verstehen und zu nutzen?
<b>Erprobbarkeit</b>	Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Widerrufsrechts vorher testen?
<b>Wahrnehmbarkeit</b>	Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung des Widerrufsrechts offensichtlich und erkennbar?

Quelle: Eigene Darstellung

Subsumiert kann für die Kostenträger als begründende innovationsspezifische Einflussfaktoren für die überwiegende Non-Adoption festgehalten werden, dass die Einführung einer Widerrufsrechts zwar erstinstanzlich als Innovationsnotwendigkeit begrüßt wird, in der durch den Gesetzgeber beschriebenen Form aber als nachteilig

abgelehnt wird. Es wird einen erhöhter Verwaltungsaufwand befürchtet und deutliche Probleme bei der Bereinigung der Gesamtvergütung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, was in eine grundsätzliche Planungsunsicherheit für alle Beteiligten bei der HzV-Umsetzung mündet. Außerdem fürchten sie um eine fehlerhafte Risikowahrnehmung bei den Leistungsnehmern in Bezug auf die Umsetzung von Selektivverträgen. Der Vorteil der Innovation „Widerrufsrecht“ ist aus Sicht der Kostenträger somit eher als gering zu bewerten, bzw. in Relation zur defizitären Kompatibilität und deutlichen Komplexität in der Anwendung vielmehr sekundärer Natur.

Auch die Leistungserbringer sprechen von einem Nachbesserungsbedarf und beurteilen den relativen Vorteil der Widerrufsregelung somit nur als eingeschränkt.

Von Seiten der sonstigen Interessensvertreter wird nicht explizit zur Widerrufsregelung Stellung genommen. Als regelungsbedürftig wird insbesondere eine notwendige Manifestierung zur Beteiligung an Entscheidungen im Versorgungsgefüge des Gesundheitswesens angesehen. Letztlich kann die deutliche Kritik an der Intransparenz und der Vertragsbildung unter Ausschluss von Patientenvertretern als Kritik an einer unzureichenden Regelung innerhalb des Patientenrechtegesetzes verstanden werden. Der relative Vorteil der Innovation würde somit als gering - da als nicht ausreichend bezeichnet - eingeschätzt werden.

### 9.3.8 Zwischenfazit

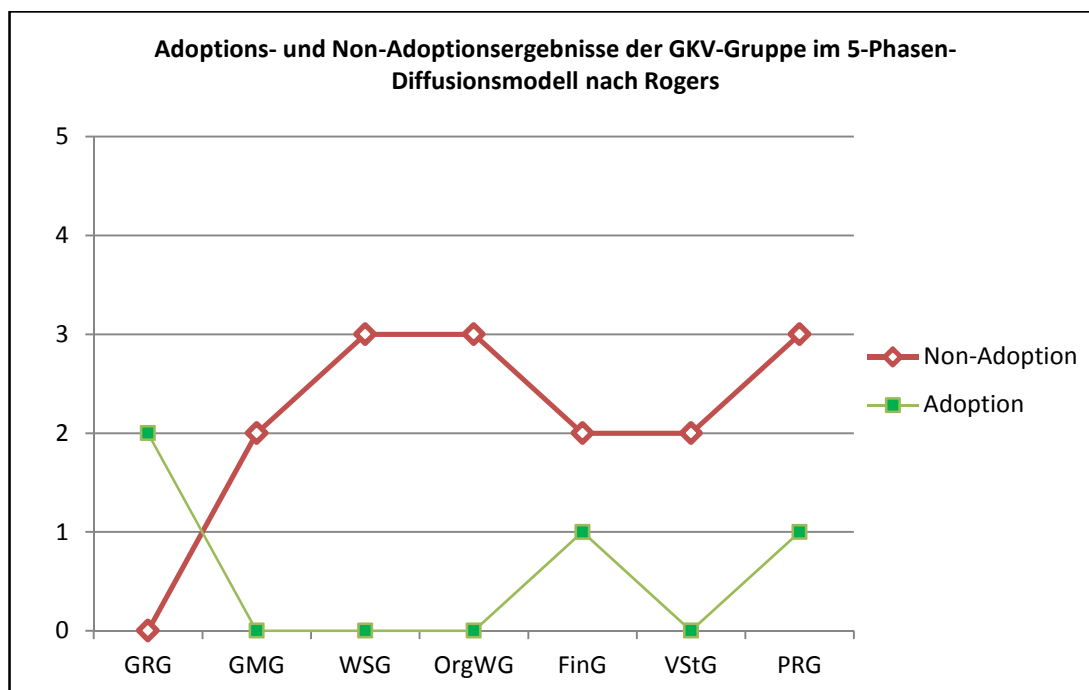
Als Bestätigung für eine erfolgreiche Implementierung der HzV in die ambulante Regelversorgung hätte die Untersuchung im Optimalfall eine erfolgreiche Diffusion sämtlicher beschriebener Innovationen aus den sieben Gesetzgebungsverfahren durch die einzelnen Diffusionsphasen hin zur erfolgreichen Implementation in den Regelversorgungsalltag per Adoption belegen müssen. Die tatsächlichen Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch, dass keine der verschiedenen Innovationen zur HzV den Diffusionsprozess erfolgreich abschließen konnte.

Je Gesetzgebungsverfahren und Akteursgruppe fällt die Anzahl der durchlaufenen Diffusionsphasen sehr different aus. Die Adoption endet spätestens mit der dritten

Phase, dem *Redefining/Restructuring*, der innovationshingewandten Organisationstransformation. Ergänzend zur Klassifizierung als Adoption lässt sich gleichfalls aus einer Vielzahl der untersuchten Stellungnahmen in ihrer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der jeweiligen Innovation das Verhalten einer Non-Adoption ableiten. Auch hier bewegt sich wie beim Adoptionsverhalten die Einordnung gleichermaßen zwischen der ersten und der dritten Diffusionsphase.

Bemerkenswert sind die unterschiedlichen Spitzen adoptiven oder non-adoptiven Verhaltens zwischen den drei einzelnen Akteursgruppen.

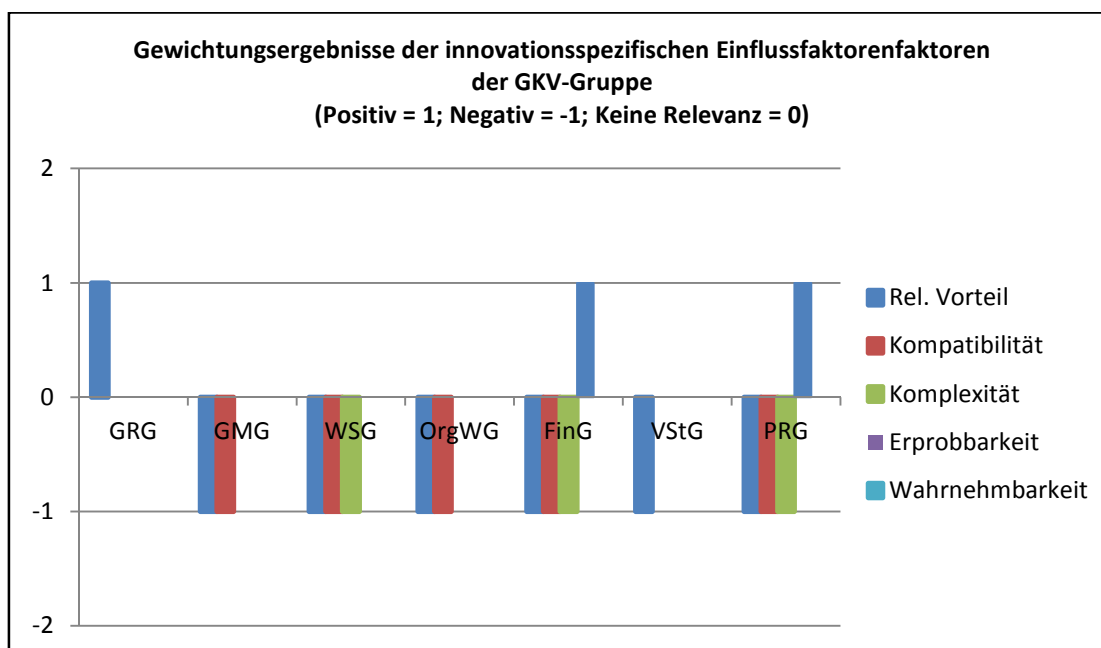
Die Gruppe der GKV erreicht zum ersten Gesetzgebungsverfahren, der Trennung der ärztlichen Versorgung in eine haus- und fachärztlichen Versorgung mit der zweiten Diffusionsphase, das für sie höchste Adoptionsergebnis, um dann in den drei darauffolgenden Gesetzgebungen der Definition, der Angebotspflicht und den verbindlichen Rahmenbedingungen der HzV die Adoption zu versagen. Erst mit der Einführung der Verpflichtung der HzV zur Budgetneutralität und der Einführung eines Widerrufsrechts kann die erste Diffusionsphase wieder erreicht werden. Die gegenläufige Ergebniskurve verbalisierter, inhaltlicher Non-Adoption zur Adoption visualisiert die grundsätzliche Einigkeit des GKV-Lagers bei der Bewertung der Innovationen (Abb. 37).



**Abbildung 37: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der GKV-Gruppe im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers**

Quelle: Eigene Darstellung

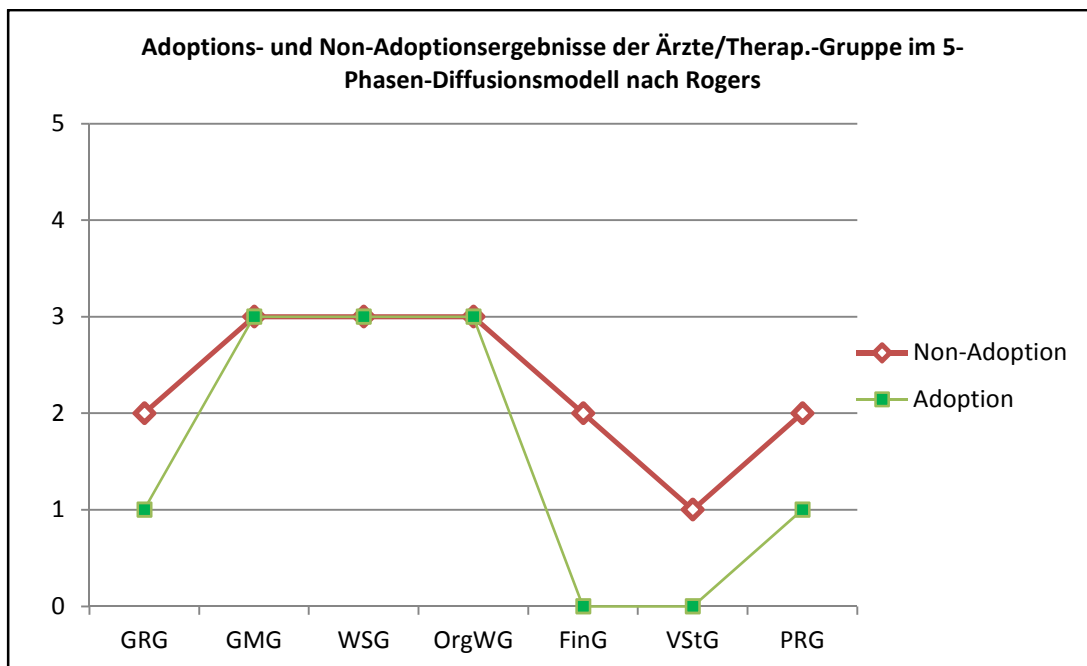
Die Untersuchung der näheren Gründe von Adoption bzw. Non-Adoption anhand der Zuordnung der innovationsspezifischen Einflussfaktoren zeigt, dass von Seiten der GKV die eingangs der HzV-Einführung durch den Gesetzgeber mit dem GRG getroffene Trennung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung noch in ihrer Notwendigkeit und Ausgestaltung mitgetragen wird. Bei den drei darauffolgenden Gesetzgebungen zur Definition gemäß § 73b SGB V, der Angebotspflicht und den verbindlichen Rahmenbedingungen der HzV begründen ein nachteilige Bewertung, Zweifel an der Kompatibilität und Bedenken hinsichtlich einer Komplexitätssteigerung die Non-Adoption der GKV-Gruppe. Auch wenn die Einführung einer Budgetneutralität und die Einführung eines Widerrufsrechts im ersten Schritt als Vorteil begrüßt werden, überwiegt auch hier in der weiteren Auseinandersetzung mit den Umsetzungs- und Anpassungsmaßnahmen eine ablehnende Haltung seitens der GKV in Bezug auf relativem Vorteil und Kompatibilität zum Status quo (Abb. 38).



**Abbildung 38: Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der GKV-Gruppe nach Rogers**  
Quelle: Eigene Darstellung

Die Adoptionskurve innerhalb der Gruppe der Ärzte beginnt mit dem GRG und erreicht über die drei nächsten Gesetzgebungsverfahren (GMG, WSG und OrgWG) mit der jeweils dritten Diffusionsphase die höchsten Diffusionsergebnisse. Die Bindung der HzV an die Budgetneutralität durch das FinG und die Klagebeschränkung durch das VStG erfahren dagegen keine Adoption. Erst mit der Einführung des Widerrufsrechts ist

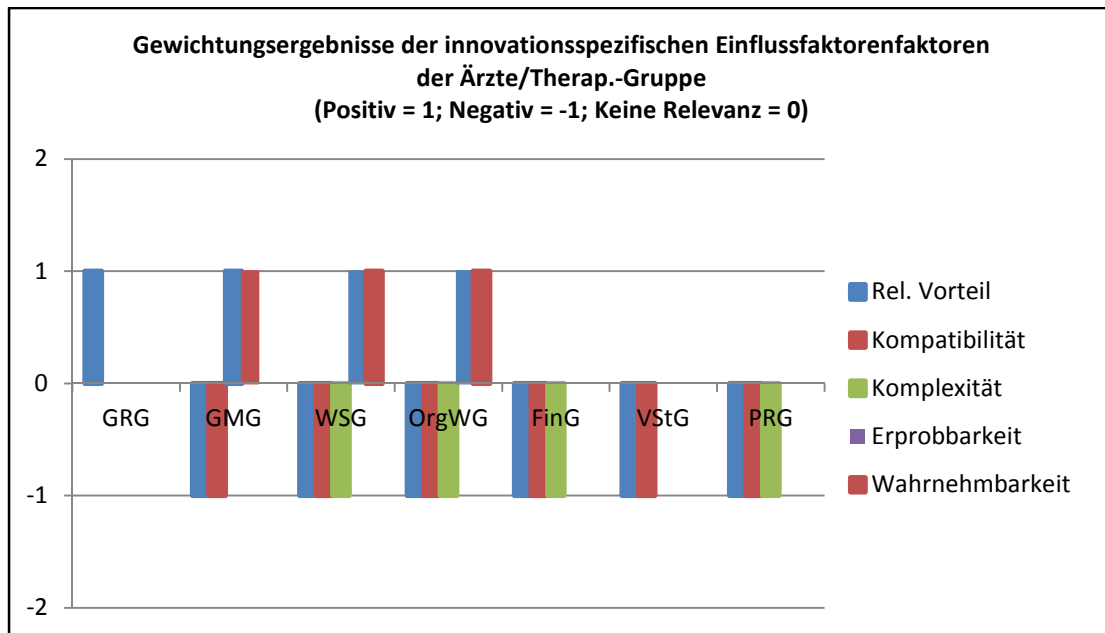
wieder eine Adoption – hier: zur Einsicht der Innovationsnotwendigkeit (Phase 1) - durch die Ärzte zu verzeichnen. Die gegenteiligen Meinungsbilder zur Definition, der Angebotspflicht und den verbindlichen Rahmenbedingungen der HzV unter den Ärzten, insbesondere zwischen den hausärztlichen Verbänden auf der einen und den fachärztlichen Verbänden auf der anderen Seite finden sich in den deckungsgleichen Adoptions- und Non-Adoptionskurven zum GMG, WSG und OrgWG wieder (Abb. 39).



**Abbildung 39: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der Ärzte/Therap.-Gruppe im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers**

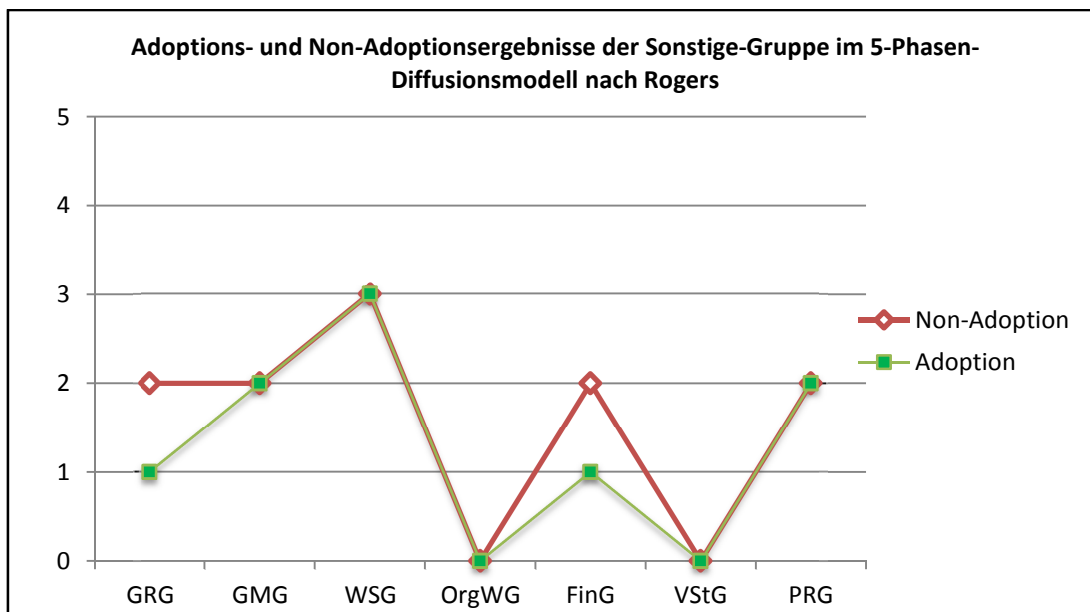
Quelle: Eigene Darstellung

Die innovationsspezifischen Einflussfaktoren für die kontroversen Adoptions- und Non-Adoptionsverläufe innerhalb der Ärztesgruppe stehen sich gleichfalls diametral gegenüber. Während der DHÄV die Schärfung des hausärztlichen Tätigkeitsprofils und sämtliche gesetzgeberischen Rahmenbedingungen zur Einführung der HzV bis einschließlich zum GKV-FinG als vorteilhaft und systemkompatibel begrüßt, fällt die Ablehnung der anderen - primär fachärztlichen - Verbände deutlich aus. Ein Vorteil oder eine Kompatibilität zum Status quo wird verneint und um Befürchtungen bezüglich einer komplexitätsbehafteten Umsetzung ergänzt. Einigkeit herrscht dagegen wieder bei der als unvorteilhaft, wenig kompatibel und als zu komplex abgelehnten Regelungen des GKV-FinG und -VStG (Abb. 40).



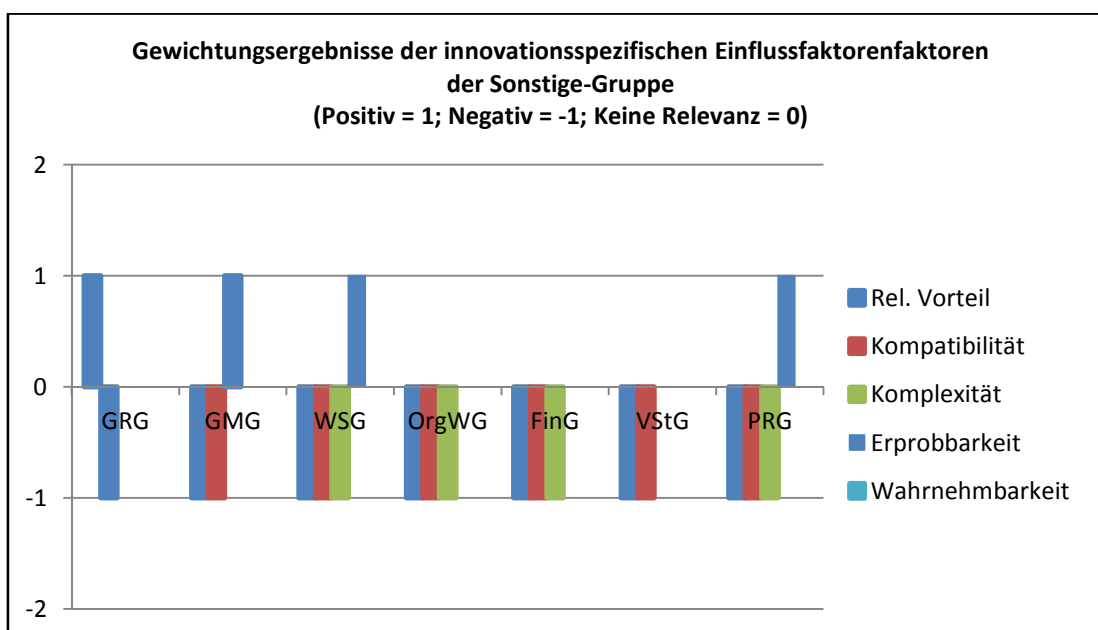
**Abbildung 40: Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der Ärzte/Therap.-Gruppe nach Rogers**  
Quelle: Eigene Darstellung

Die Bereitschaft zur Adoption oder zur Non-Adoption spiegelt in ihrer Ausprägung die Heterogenität der Gruppe der Sonstigen wider. Mit der dritten Diffusionsphase werden zur „GKV-Angebotspflicht HzV“ sowohl das höchste Adoptions- als auch das höchste Non-Adoptionsergebnis erreicht. Nachdem zum OrgWG, wie auch später zum VStG, keine Aussageinhalte zugeordnet werden konnten, wird die Verpflichtung zur Budgetneutralität aus dem FinG wiederum begrüßt als auch abgelehnt. Komplettiert wird diese Meinungskontroverse durch eine Adoption des Widerrufsrechts bis zur zweiten Phase und einer formulierten Non-Adoption desselbigen bis zur dritten Diffusionsphase (Abb. 41).



**Abbildung 41: Übersicht der Adoptions- und Non-Adoptionsergebnisse der Sonstige-Gruppe im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers**  
 Quelle: Eigene Darstellung

Auch die Untersuchung der innovationsspezifischen Einflussfaktoren belegt durch die Häufigkeit einer konvergierenden Beurteilung des subjektiven Innovationsvorteils in vier von sieben Gesetzgebungsverfahren die vitale Heterogenität der Gruppe der Sonstigen. Einigkeit wird nur in der Ablehnung der Innovationen des GKV-*OrgWG* und des *-VStG* erzielt, welche als nachteilig, nicht kompatibel und zu komplex in der Umsetzung erachtet werden (Abb. 42).



**Abbildung 42: Gewichtungsergebnisse der innovationspezifischen Einflussfaktoren der Sonstige-Gruppe nach Rogers**  
 Quelle: Eigene Darstellung

## 10 Fazit und Handlungsempfehlungen

In diesem letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse des Empirieteils zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen aufbereitet und zusammengefasst. Weiterhin erfolgt aus der Retrospektive eine Auseinandersetzung mit der Auswahl des Datenmaterials und des verwendeten Forschungsdesigns. Nach einem Aufzeigen der Untersuchungsgrenzen werden im Schlussteil des Kapitels durch die Ausarbeitung verschiedener Lösungsszenarien weitere Forschungsstränge ausgewiesen.

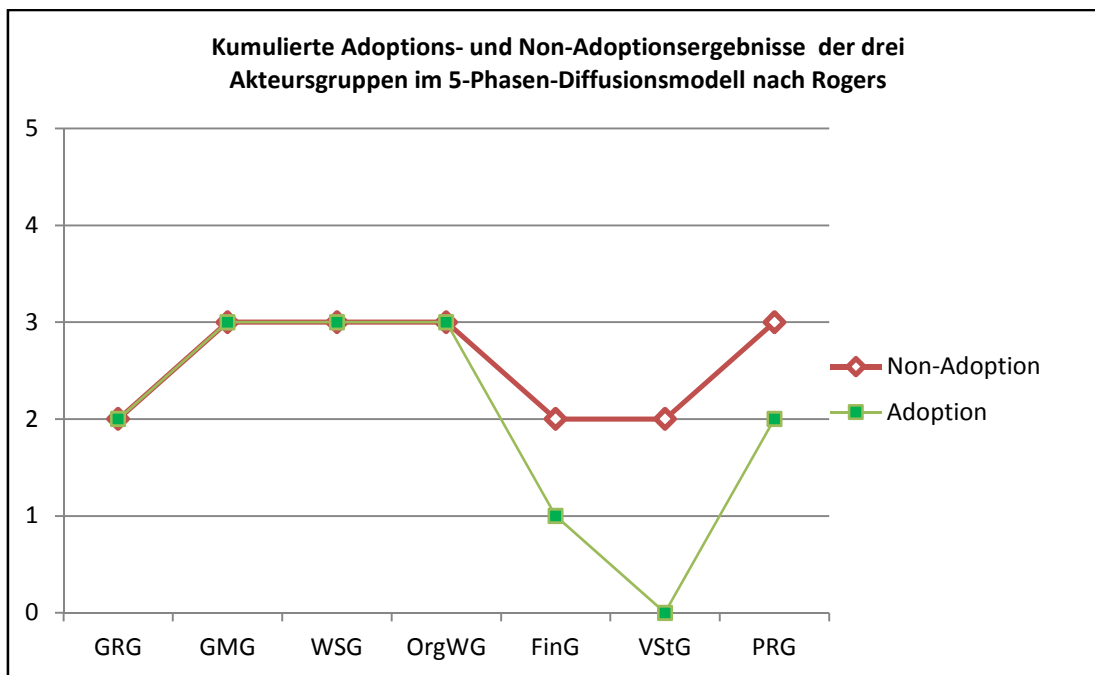
### 10.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Die Beantwortung der beiden Forschungsfragen korrespondiert mit der verwendeten Untersuchungssystematik der vorliegenden Arbeit. Die Untergliederung der Antworten zu den Forschungsfragen erfolgt nach Zusammenfassung ebenfalls noch untergliedert in einer Zuordnung je Akteursgruppe/ je Innovation/ je Gesetzgebungsverfahren.

#### 10.1.1 Erste Forschungsfrage: Welche Diffusionsphase/Diffusionsphasen wurde/wurden nicht erreicht bzw. nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?

Sämtliche der zehn untersuchten, HzV-spezifischen Innovationen haben die fünf Diffusionsphasen im Sinne einer Innovationsinstitutionalisierung nicht erfolgreich durchlaufen können. Die Amplitude der durch Adoption und/oder Non-Adoption inhaltlich tangierten, maximal erreichten Diffusionsphasen erstreckt sich über alle untersuchten Gesetzgebungsverfahren von einer Nullmeldung bis zur dritten Diffusionsphase (Abb. 43).





**Abbildung 43: Übersicht der kumulierten Adoptionsergebnisse der drei Akteursgruppen im 5-Phasen-Diffusionsmodell nach Rogers**

Quelle: Eigene Darstellung

Die „Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung“ als Innovation des GKV-GRG erreicht für das *agenda setting* eine Adoption über alle drei Akteursgruppen. In der zweiten Diffusionsphase zum *matching* erfolgt eine Adoption nur noch von Seiten der GKV. Die Gruppe der Ärzte und Therapeuten und die Gruppe der Sonstigen zählen hier bereits zu den Non-Adoptern.

Die Einführung eines „Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung“ erfährt überhaupt keine Adoption. In der ersten Phase lässt sich eine konkrete Non-Adoption allen drei Gruppen zuordnen. In der zweiten Phase weiterhin auch den Vertretern der Ärzte/Therap. und der Sonstigen.

Der „Definition der HzV gemäß §73b SGB V“ des GKV-GMG gelingt ein Erreichen des *matchings*, abgebildet durch die gemeinsame Adoption der beiden Akteursgruppen Ärzte/Therap. und Sonstige und ein Erreichen der dritten Diffusionsphase zum *redefining/restructuring* durch Adoption des DHÄV. Dennoch dominiert in der dritten Diffusionsphase primär eine formulierte Non-Adoption durch die fachärztlichen Verbände. Von Seiten der GKV kommt es nur zu einer Zuordnung von inhaltlicher Non-Adoption in den Phasen eins und zwei.

Zur „GKV-Angebotspflicht HzV“ des GKV-WSG konnte bei den Akteuren Ärzte/Therap. und Sonstige sowohl Adoption als auch Non-Adoption gleichermaßen bis einschließlich zum *redefining/restructuring* der dritten Diffusionsphase eruiert werden. Die GKV tritt in den ersten drei Diffusionsphasen durch Non-Adoption in Erscheinung. Für die zweite Innovation des GKV-WSG, dem „Wegfall Versichertenbonus zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung“ lassen sich weder Adoption noch Non-Adoption ermitteln.

Das GKV-OrgWG weist drei Innovationen aus. Dabei erreicht die Einführung einer „Fristsetzung“ per Adoption nur bei der Gruppe der Ärzte/Therap. das *agenda setting*. Die GKV bezieht durch Non-Adoption Stellung zur ersten Diffusionsphase. Für die Gruppe der Sonstigen blieb die Untersuchung ergebnislos.

Ein erfolgreiches Durchlaufen bis zum *redefining/restructuring* konnte zur Einführung eines „Kontrahierungszwangs“ für den DHÄV aus der Gruppe der Ärzte/Therap. ermittelt werden, gleichzeitig jedoch auch eine deutliche Non-Adoption durch die anderen, primär fachärztlichen Interessensgruppen. Eine Non-Adoption bis zur dritten Diffusionsphase lässt sich inhaltlich den Vertretern der GKV nachweisen.

Als dritte Innovation konnte der Einführung eines „Schiedsverfahrens“ eine Non-Adoption durch die Vertreter der GKV für das *agenda setting* und *matching* zugeordnet werden. Für die Leistungserbringer und Sonstigen konnten keine Aussagen anhand der vorliegenden Stellungnahmen extrahiert werden.

Für die Innovation des GKV-FinG konnte eine Adoption der Innovationsnotwendigkeit zur Budgetneutralität, ergo das Durchlaufen der ersten Diffusionsphase, nur für die Gruppe der GKV und die Gruppe der Sonstigen nachgewiesen werden. Die Ärztevertreter können hier von Beginn an der Non-Adoption zugeordnet werden. Die folgende zweite Phase, das *matching* zur Anwendung der Budgetneutralität, wurde jedoch bereits von allen drei Akteursgruppen nur noch per Non-Adoption tangiert.

Eine Adoption der Klagebeschränkung aus dem GKV-VStG hält keinen Einzug in den Diffusionsprozess. Die Vertreter der GKV und der Leistungserbringer sind deutlich in ihrer Ablehnung der Innovation zur Klagebeschränkung. Als Non-Adoption zu

klassifizierende Aussagen ließen sich für die Ärztevertreter zum *agenda setting* und für die GKV-Vertreter bis zum *matching* der zweiten Diffusionsphase ermitteln.

Von Seiten der Gruppe der Sonstigen konnten keine relevanten Inhalte aus den vorliegenden Stellungnahmen zugeordnet werden.

Das PRG erreicht Zustimmungswerte bis einschließlich der zweiten Diffusionsphase. Das *agenda setting* wird von allen drei Teilnehmergruppen noch umgesetzt. Schwerer wiegt jedoch die Zuordnung der Non-Adoption über das *matching* hinaus bis zum *redefining/restructuring* der dritten Diffusionsphase. Selbst die Gruppe der Sonstigen, als Empfänger und eigentliche Nutznießer des Widerrufsrechts, praktizieren primär eine Non-Adoption statt Adoption.

Subsumiert zeigt sich, dass die Problemerkennung und Akzeptanz zur Problemlösung (erste Diffusionsphase -> *agenda setting*) durch die vom Gesetzgeber vorgegeben Innovationen in sechs von sieben Gesetzesinitiativen mehrheitlich über alle Anwender noch eine Adoption erzielt. Auch Bestimmung und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe (zweite Diffusionsphase -> *matching*) zur Adoption der vorgegeben Innovation können die Akteure in fünf von sieben Gesetzgebungsverfahren für sich umsetzen. Spätestens jedoch zur Notwendigkeit der Neudefinierung und Modifikation der eigenen Organisation, um die Innovationen nachhaltig und vollständig zu inkludieren (dritte Diffusionsphase -> *redefining/restructuring*), verweigern die Akteure mehrheitlich eine weitere Adoption. Eine Erhöhung der Anwenderzahl durch eine weitergehende Innovationsassimilierung (vierte Diffusionsphase -> *clarifying*) oder auch eine Routinierung der Anwendung (fünfte Diffusionsphase -> *routinizing*) wird von den Akteuren im Zuge der untersuchten Stellungnahmen gänzlich unterlassen.

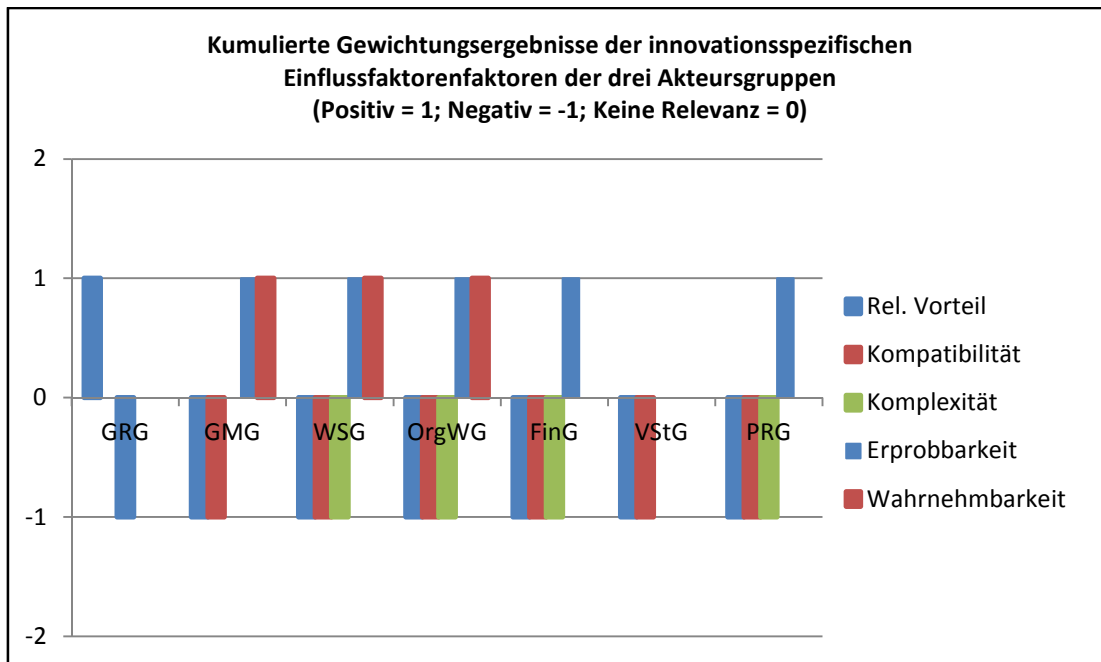
#### 10.1.2 Zweite Forschungsfrage: Warum wurde/wurden die Diffusionsphase/ Diffusionsphasen nicht erreicht bzw. der Diffusionsprozess nicht per Innovationsadoption abgeschlossen?

Für die Marktdurchdringung bzw. -eroberung durch ein neues Produkt oder eine neue Dienstleistung innerhalb eines zweiseitigen Marktes setzt die Literatur im Regelfall in

einem hierfür angelegtem Diffusionsmodell ein gleichförmiges bzw. gleichgerichtetes Adopterverhalten voraus (siehe Kap. 5.1.1). Das heißt, dass die Nachfrageseite ein in Art, Umfang und Aufbau identisches Adoptionsinteresse hat und durch die Inbesitznahme der Innovation die gleichen Ziele verfolgt. Es handelt sich von der Bedürfnis- und Anspruchslage somit um eine homogene Gruppe.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit Diffusionsprozessen am dreiseitigen Gesundheitsmarkt. Basierend auf die differierende Interessenslage von Leistungsträgern (GKV), Leistungserbringern (Ärzte und Therapeuten) und Leistungsnehmern (Sonstige) kann das daraus resultierende Adoptionsverhalten qua Definition bereits zwangsläufig als heterogen bezeichnet werden.

Neben der im empirischen Prozess eruierten Koexistenz von Non-Adoption und Adoption findet sich die Heterogenität der Adoptergruppen auch in den Untersuchungsergebnissen durch die konträre Wahrnehmung von innovationsspezifischen Einflussfaktoren je Innovation wieder. In sechs von sieben Gesetzgebungsverfahren prallen gegenläufige Einschätzungen der Marktteilnehmer hinsichtlich des relativen Innovationsvorteils, verbunden mit Adoptions- oder Non-Adoptionsverhalten, aufeinander. Auch zur Kompatibilität der Innovation gibt es in den drei inhaltsstärksten Gesetzgebungen - zur Definition gemäß § 73b SGB V, der Angebotspflicht und den verbindlichen Rahmenbedingungen der HzV - gegenteilige Beurteilungen (Abb. 44).



**Abbildung 44: Kumulierte Gewichtungsergebnisse der innovationsspezifischen Einflussfaktoren der drei Akteursgruppen nach Rogers**  
Quelle: Eigene Darstellung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen belegen für alle Diffusionsverfahren eine Prozessunterbrechung spätestens zur dritten Phase, dem *redefining/restructuring*, häufig auch bereits zum *matching*, der zweiten Phase.

Nach der Bestätigung einer Innovationsnotwendigkeit durch die erste Diffusionsphase geben die zweite und die dritte Phase im Diffusionsprozess die notwendigen Assimilierungsschritte der Adopter wieder, um die Innovation erfolgreich in die eigene Organisation zu übernehmen. Neben der ersten Bereichs- und Prozessbestimmung innerhalb der eigenen Organisation zur Innovationsumsetzung bedeutet die zur dritten Diffusionsphase zu vollziehende Neudefinition und Modifikation der Organisation zwecks vollständiger und nachhaltiger Innovationsinklusion eine klare Einsicht in die innovationsgesteuerte Veränderung der eigenen Organisation und im Weiteren die Bereitschaft und Überzeugung zur Umsetzung. Hierfür notwendig sind aus Sicht der Adopter eine für die eigene Organisation vorteilhafte Gewichtung der Innovation, eine hohe Kompatibilität bei gleichzeitig geringer Komplexität bei Anwendung und Umsetzung. Bestenfalls ist die Innovation auch vorab erprobbar, um die Vorteile in der Anwendung erfahr- und wahrnehmbar zu machen.

Die Akteursgruppe der gesetzlichen Krankenkassen bewertet die (mit dem GSG 1993 vollzogene und) mit dem GKV-GRG manifestierte Differenzierung der ärztlichen

Versorgung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung als vorteilhaft und konkretisiert diese Wahrnehmung durch die geäußerte Hoffnung, dass mit der Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung der Facharztrend bei der ärztlichen Versorgung gestoppt werden kann. Notwendigkeiten zur Veränderung von Prozessen oder einer Organisationsmodifikation werden jedoch nicht ausgemacht, Aussagen hinsichtlich Kompatibilität oder Komplexität nicht getätigt. Eine weitere Innovationsdiffusion wird nicht vorangetrieben. Der Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung tangiert in seiner Umsetzung die Organisation der GKV und wird ab der ersten Diffusionsphase als nachteilig empfunden und abgelehnt.

Die Definition der HzV über den neugeschaffenen § 73b SGB V des GKV-GMG wird ebenfalls nicht als Vorteil für die GKV gewertet. Geknüpft wird diese Ablehnung an die fehlende Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Zu einer Identifikation anzupassender Bereiche und/oder Prozesse oder Ansätzen einer Organisationsmodifikation kommt es nicht.

Die GKV-Angebotspflicht einer HzV des GKV-WSG wird ebenfalls ab der ersten Diffusionsphase als nachteilig klassifiziert. Die Krankenkassen verbinden mit der Innovation fehlende Systemkompatibilität durch die Einschränkung des Wettbewerbs und der freien Arztwahl und halten außerdem den zur Umsetzung notwendigen Bereinigungsmechanismus für nicht praxisgerecht und somit ebenfalls für nicht kompatibel und hinsichtlich zu lösender Budgetfragen für komplexitätsbehaftet.

Die Einführung des Kontrahierungszwangs, die Fristsetzung zur Versorgungsumsetzung und die Ermöglichung von Schiedsverfahren durch das GKV-OrgWG wird durch die GKV-Vertreter eindeutig als nachteilig bewertet und abgelehnt. Tatsächlich beinhalten alle drei Maßnahmen hochkomplexe Umsetzungsmaßnahmen für die GKV und sind ergo auch nur in geringem Maße kompatibel mit vorhandenen Organisations- und Prozessstrukturen.

Mit der Einführung einer Budgetbereinigung durch das GKV-FinG verbinden die Krankenkassen, durch die Assoziation mit möglichen Kosteneinsparungen, durchaus einen Vorteil. Tatsächlich können sie für die weitere Implementation in ihre Organisation und Prozesse keinen Vorteil erkennen, sondern beschreiben eher erhöhte Zweifel an der Möglichkeit zur Umsetzung der Bereinigung gegenüber den KVen. Notwendige Nachweise und Abstimmungen zur Budgetbereinigung werden von den

Krankenkassen als komplex und nur gering kompatibel mit vorhandenen Prozessen zwischen den verschiedenen Vertragspartnern angesehen.

Die Klagebeschränkung als Innovation des GKV-VStG wird von den Krankenkassen als nachteilig abgelehnt, da sie diese Beschränkungen für nicht zielführend im Zusammenhang mit dem Selektivvertragsgeschäft halten.

Als letzte Innovation ist das Widerrufsrecht aus dem PRG untersucht worden. Auch wenn eingangs die Krankenkassen die Einführung begrüßen, so sehen sie doch in der weiteren Anwendung, gerade hinsichtlich rückwirkender Ausschreibung von Versorgungsteilnehmer, deutliches Konfliktpotential zwischen Krankenkassen, Hausärzten und KVen bei der Ermittlung der tatsächlichen Bereinigungsbudgets. Letztlich bewerten die Kassen das Widerrufsrecht vor dem Hintergrund der hohen Kompatibilitätsanforderungen an vorhandene Prozesse und Strukturen als eher nachteilig.

Die Teilnehmerdefinition zur hausärztlichen Versorgung und der Versichertenbonus als Innovationen des GKV-GRG werden von der Gruppe der Ärzte und Therapeuten nicht im Sinne einer erfolgreichen Adoption übernommen. Eine inhaltliche Auseinandersetzung über die Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung wird primär als Innovation begrüßt, aber in der weiteren Anwendung (des Diffusionsprozesses) als Nachteil klassifiziert. Nachfolgend gibt es auch keine weiterführenden Aussagen, welche die Umsetzung hinsichtlich der Kompatibilität oder Komplexität positiv bewerten. Stattdessen positioniert sich bereits zum Zeitpunkt der ersten Diffusionsphase ein erster Fachärzteverband gegen die hausärztliche Versorgung, da er Restriktionen für die Behandlung von psychisch kranken Menschen befürchtet. Der Versichertenbonus wird als nachteilig für die freie Arztwahl und das Solidarsystem erklärt. Der Hinweis auf ein Unterlaufen des Solidarprinzips impliziert gleichfalls eine fehlende Kompatibilität der Innovation.

Die weiteren Diffusionsergebnisse der Leistungserbringer, insbesondere ab dem GKV-GMG, zeigen die Manifestierung der Akteursgruppe in zwei Lager. Auf der einen Seite die Gruppe der Hausärzte und Hausarztverbände und auf der anderen Seite eine Gruppe, welche die Facharztverbände, Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Spitzenverbände beinhaltet. So wird die Definition der HzV mittels § 73b SGB V vom DHÄV als Vorteil begrüßt, von Seiten der anderen Facharzt- und Spitzenverbände in

der Ausführung aber vehement abgelehnt. Die Kritiker monieren eine fehlende Kompatibilität mit bestehenden Versorgungsstrukturen, ausgelöst durch die ordnungspolitische Fehlsteuerung von hausarztzentrierten Einzelverträgen. Vertrauen von Patienten in die Versorgung durch andere Arztgruppen würde riskiert zugunsten fragwürdiger Effizienzsteigerungen. Insbesondere Psychiatrieverbände beklagen die Einschränkung der freien Arztwahl, welche nach ihrer Ansicht eine kontinuierliche Versorgung chronisch Kranker beeinträchtigen würde.

Mit der Einführung der GKV-Angebotspflicht der HzV durch das GKV WSG tritt der Bruch zwischen dem Lager der Hausärzte und den anderen Arztgruppen nunmehr in aller Deutlichkeit zutage.

Vom DHÄV wird die Innovation als vorteilhaft für die weitere Steigerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung bewertet. Eine Verpflichtung der Krankenkassen zur aktiven Angebotsbildung erachtet der DHÄV als notwendig, um den geforderten Wettbewerb im Gesundheitsmarkt zu beleben.

Von Seiten der anderen ärztlichen Verbände wird die Angebotspflicht kategorisch abgelehnt. Die Liste der aufgezählten Nachteile umfasst eine Schwächung des Kollektivvertragssystems, eine Schwächung der Wettbewerbsorientierung der GKV, einen Verlust der Vertragssicherheit, eine Einschränkung der freien Arztwahl, Unmöglichkeit einer adäquaten Budgetbereinigung, Mittelknappheit für andere Arztgruppen aufgrund fehlerhafter Bereinigung und letztlich einen Exodus von KV-Mitgliedern bei gleichzeitiger Gefährdung des Sicherstellungsauftrags. Die Verbände positionieren sich in aller Deutlichkeit gegen das Bestreben des Gesetzgebers, die HzV als Teil der Regelversorgung aufzubauen.

Das Auseinanderdriften hausärztlicher und fachärztlicher Positionen und Meinungen zur HzV setzt sich zum GKV-OrgWG weiter fort. Der DHÄV begrüßt den Kontrahierungszwang, die Fristsetzung und die Einführung von Schiedsverfahren als Vorteil für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Den Ausschluss der KVen von dieser Versorgung hält der DHÄV für zwingend notwendig, um einen freien Wettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Verschiedene Facharztgruppen und Spitzenverbände warnen vor den Nachteilen, welche aus der Errichtung eines Vertragsmonopols zugunsten der Hausarztverbände resultieren und fürchten um die Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages. Fairer Wettbewerb kann in ihren Augen nur dann erhalten bleiben, wenn eine Vorabselektion



möglicher Vertragspartner unterbleibt. Eine Kompatibilität der neuen Regelungen des GKV-OrgWG mit den vorhandenen kollektivvertraglichen Strukturen liegt nicht vor.

Die Ablehnung der Budgetneutralität wird von beiden Lagern innerhalb der Ärzteschaft getragen. Jedoch sind die Beweggründe weiterhin gegensätzlich. Der DHÄV lehnt jegliche Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an der Vertragsgestaltung zur HzV ab und fürchtet durch die Budgetbereinigung eine erzwungene Übergabe der Verhandlungshoheit an die KVen. Die KVen und Facharztverbände lehnen eine Budgetbereinigung als nachteilig ab, da sie eine Budgetkürzung im Weiteren zu Lasten anderer Arztgruppen befürchten.

Die Innovation der Klagebeschränkung des GKV-VStG findet keine große Resonanz in den Stellungnahmen der Ärzte und Therapeuten. Nur der DHÄV geht auf die Reform ein und lehnt die Innovation als nicht zielführend, unklar und nachteilig für die Umsetzung der HzV ab.

Die Einführung des Widerrufsrechts durch das PRG wird eingangs der ersten Diffusionsphase von den Leistungserbringern noch übernommen. Hier endet jedoch bereits auch schon der Diffusionsprozess. Die Stellungnahme der ärztlichen Spitzenverbände, welche inhaltlich noch der zweiten Diffusionsphase zuzuordnen sind, geben eine Non-Adoption wieder. Die Spitzenverbände sehen Nachbesserungsbedarf, bevor die Regelung ohne Nachteile für die Beteiligten der HzV eingesetzt werden könnte. Eine Trennung des Meinungsbildes zwischen Fachärzten und Hausärzten ist zum PRG nicht zu erkennen. Der DHÄV hat keine Stellungnahme zum Anhörungsverfahren des PRG abgegeben.

Die mit dem GKV-GRG eingeführte Teilnehmerdefinition zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird ebenso wie die Verknüpfung der hausärztlichen Versorgung mit einem Versichertenbonus von der Gruppe der Sonstigen als nachteilig abgelehnt. Kritisiert werden eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten und eine durch den Teilnahmebonus erwirkte Hausarztzentrierung. Dadurch würden die Patienten in ihrer Arztwahl bevormundet bei zu bezweifelnden Einspareffekten.

Die Definition der HzV durch den § 73b SGB V wird von den Sonstigen spätestens zur Bereichs- und Prozessbestimmung der zweiten Diffusionsphase als nachteilig abgelehnt. Die einhergehende Einschränkung der freien Arztwahl durch Privilegierung der Hausärzte wird durch Wettbewerbsfeindlichkeit und Kontraproduktivität als besonders

inkompatibel mit den am Gesundheitsmarkt üblichen Prozessen angesehen. Einjährige Bindungsfristen wären für die Patienten unzumutbar und würden in der Umsetzung ohnehin nur zu einer Überlastung des Hausärztesektors führen.

Die durch das GKV-WSG eingeführte GKV-Angebotspflicht zur HzV wird von den Sonstigen in der weiteren Umsetzung als Widerspruch zum Streben nach einem freien Wettbewerb am Gesundheitsmarkt eingestuft. Neben dieser nachteiligen Einschätzung wird zusätzlich bemängelt, dass bei der Generierung von neuen Versorgungsmodellen, wie bspw. der HzV, keine Patientenbeteiligung stattfindet bzw. zugelassen ist.

Zu den Rahmenbedingungen der HzV, dem Kontrahierungszwang, der Fristsetzung und der Schiedsmöglichkeit zwischen Ärzten und Krankenkassen, konnten keine Stellungnahmen von der Gruppe der Sonstigen zugeordnet werden. Es liegt somit keine Wertung zu den Innovationen des GKV-OrgWG vor.

Die Verpflichtung der HzV zur Budgetneutralität durch das GKV-FinG wird von den Sonstigen als bloße Umverteilung zwischen den verschiedenen Arztgruppen bemängelt und der Weiterentwicklung und Förderung der HzV als nachteilig und nicht förderlich.

Zur Klagebeschränkung des GKV-VStG konnte keine Stellungnahme von Seiten der Sonstigen aufgegriffen werden, jedoch wurde deutliche Kritik am Ausschluss von Patientenbeteiligung bei der Versorgungsgestaltung laut.

Für die Einführung des Widerrufsrechts konnten keine Aussagen der Sonstigen in das Diffusionsmodell eingeordnet werden. Als klarer Nachteil des Versorgungsmodells HzV werden von den Sonstigen wiederholt die Intransparenz bei der Ausgestaltung und die mangelnde Beteiligung der Patienten, als originäre Nutznießer der HzV, bemängelt.

Im Zuge der Untersuchung zeigt sich, dass von den fünf innovationsspezifischen Einflussfaktoren, deren Ausprägungen laut Rogers begünstigend für eine erfolgreiche Adoption sind, die Faktoren *Erprobbarkeit* und *Wahrnehmbarkeit* kaum als Adoptionsgrund oder Non-Adoptionsgrund gegriffen werden. In erster Linie frequentiert wird die *Vorteilsbewertung*, hier jedoch aber auch in beidseitiger Ausprägung. An zweiter Stelle folgt die Bewertung der *Kompatibilität* mit vorhandenen Organisations- und Prozessstrukturen. Fehlende Strukturkompatibilität überwiegt hierbei als Non-Adoptionsgrund. Vereinzelt kann der Faktor *Komplexität* den Stellungnahmen zugeordnet werden. Besonders an der Schnittstelle Budgetbereinigung zwischen den Sektoren der kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgung dient der

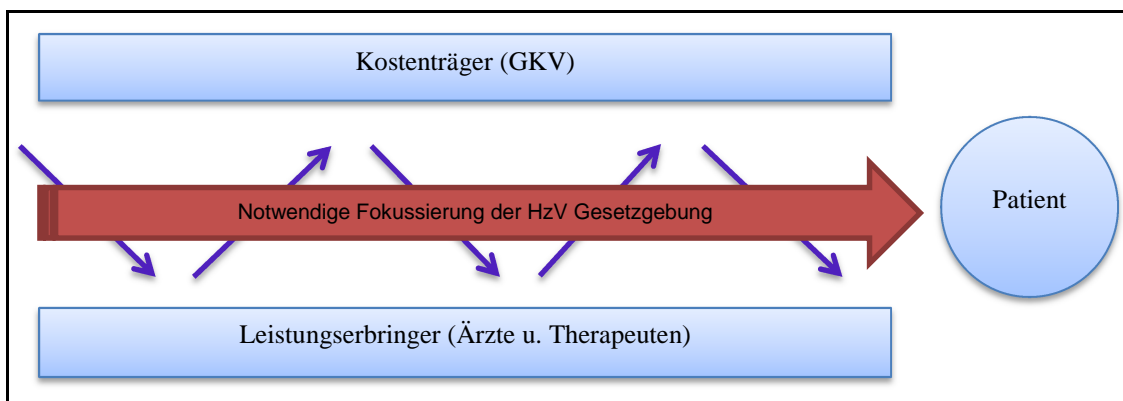
---

Grad der Komplexität als Argument der Non-Adoption für Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

In der abschließenden Gesamtbetrachtung der Gesetzgebungsverfahren ist zu erkennen, dass der Gesetzgeber quasi regelhaft seinen inhaltlichen Fokus zur Umsetzung der HzV wechselt und dadurch unterschiedlich die Interessen der Versorgungsteilnehmer gewichtet. Während bspw. mit der Generierung des § 73b SGB V, dem Pflichtangebot, dem Kontrahierungszwang und der Fristsetzung noch primär die Interessen der Hausärzte vertreten werden, wechselt mit der Einführung der Budgetneutralität (GKV-FinG zum 22.09.2010) der Fokus von den Ärzten auf die Kostenträgerseite, die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Durch das Vierzehnte Gesetz zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (1. SGB V – Änderungsgesetz) vom 27.03.2014 (BGBl I S. 261) hat der Gesetzgeber erneut einen Richtungswechsel vollzogen und bisher gültige Vorgaben zur Einhaltung einer wirtschaftlichen Versorgung wieder aufgeweicht. So wurde mit Wirkung zum 01.04.2014 die Anbindung der HzV-Vergütung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben. Ebenso wurde die Kopplung der Finanzierung von HzV-bedingten Mehraufwendungen - zur Sicherstellung einer angemessenen Vergütung – an die Erwirtschaftung von Einsparungen und Effizienzsteigerungen wieder gelöst und von einer Muss-Vorschrift in eine Kann-Regelung umgewandelt und auf den Stand vor den 01.01.2011 (Einführung GKV-FinG) zurückgesetzt.

Der Spagat, ein heterogenes Adopterfeld gleichsam zu bedienen, gelingt dem Gesetzgeber nicht. Die eigentliche Intention der HzV wird gleichsam immer mehr verwässert. Stattdessen impliziert der häufige Adressatenwechsel bei den verschiedenen Gesetzesvorhaben eine gewisse Unstetigkeit des Gesetzgebers für eine zielführende und nachhaltige Implementierung der HzV in die Regelversorgung (siehe Abb. 45).



**Abbildung 45: Ausrichtung der gesetzgeberischen Interventionen zur Implementation der HzV**

Quelle: Eigene Darstellung

Die Verrichtung einer versorgungsoptimierenden, hausärztlichen Leistung geschieht am Patienten. Der Patient als Vertreter der Nachfrageseite und in seiner politischen Funktion als Souverän ist im Bestreben des Gesetzgebers zur Aktivierung der HzV als Selektivvertragsangebot gegen quasi redundant vorhandene Kollektiv-Vertragsstrukturen nie adäquat als dritter Marktteilnehmer berücksichtigt und eingebunden worden. Dem Patienten, als Souverän und eigentlichem Kostenträger (durch Beitragszahlungen), muss der Fokus des Gesetzgebers bei der Rahmensetzung der HzV gelten.

## 10.2 Retrospektive Betrachtung von Untersuchungsdesign und Methodik

### 10.2.1 Datenerhebung und Repräsentativität des Untersuchungsmaterials

Anhand von Stellungnahmen und Aussagen der verschiedenen Akteure des dreiseitigen Gesundheitsmarktes war das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit, die Beiträge genannter Akteursgruppen, ihre Bereitschaft zur Umsetzung, Implementierung und ggfs. notwendiger Organisationstransformation, zur Adoption der hausarztzentrierten Versorgung in die ambulante Regelversorgung der deutschen Gesundheitswirtschaft zu erforschen. Durch die Untersuchung von Diffusionsprozessen anhand sieben verschiedener Gesetzgebungsverfahren erstreckte sich der betrachtete Forschungszeitraum auf 13 Kalenderjahre (2000 bis 2013, siehe Kap. 4.1).

Für das *theoretical sampling* wurde zunächst eine print- und webbasierte Recherche durchgeführt. Eine Vielzahl der dabei gesichteten Aussagen wurde in Form von Pressemitteilungen, Interviews oder Zeitungsartikeln aufgegriffen. Bei einer ersten

Sichtung und Bewertung von Inhalt, Aussage und Intention wurde deutlich, dass das auf diese Art gewonnene Sample inhaltlich in hohem Maße subjektiv und populistisch geprägt war, maßgeblich zu Lasten der Sachebene. Dieses erste Sample wurde aufgrund der beschriebenen Ausprägung verworfen.

Forschungsziel der Arbeit war, die Grundhaltung der verschiedenen Akteure zur hausarztzentrierten Versorgung zu ermitteln, eine Grundhaltung und Positionierung gegenüber der HzV, als Basis für die weitere Adoption und der dadurch möglicher Einzug der HzV in den deutschen Gesundheitsmarkt. Als Ausgangspunkt für diese erste Grundhaltung wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit die gesetzgeberischen Maßnahmen der sieben betrachteten Gesetzgebungsverfahren festgelegt. Zu diesen Gesetzgebungsverfahren und ihren einzelnen, HzV-spezifischen Reformvorhaben fand eine erste öffentlich-transparente Auseinandersetzung der Akteursgruppen im Zuge der Anhörungsverfahren des – je Legislaturperiode verantwortlichen – Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestages statt.

Zweck der Anhörungsverfahren war und ist eine öffentliche Einlassung der am Anhörungsverfahren beteiligten Personen und Organe. Die Beteiligten können im Anhörungsverfahren im sachlichen Austausch ihre Argumente für oder gegen die Ausgestaltung der Gesetzesvorhaben vorbringen. Einlassungen gegen das Gesetzesvorhaben oder Anträge auf Änderung können im Anhörungsverfahren vorgebracht werden. Die Anhörungsverfahren bilden für die nicht direkt am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Akteure eine letztinstanzliche Möglichkeit zur Einflussnahme, bevor das Gesetzesvorhaben abschließend vom Gesetzgeber beraten und verabschiedet wird. Die Stellungnahmen der Akteure zu den Anhörungsverfahren bilden somit inhaltlich die originäre Grundhaltung der Akteure mit den HzV-spezifischen Innovationen ab.

Ein zweites *theoretical sampling* wurde daraufhin über die Anhörungsverfahren der sieben beschreibenden Gesetzgebungsverfahren gelegt. Es wurden über 900 Stellungnahmen gesichtet, wobei für 153 verschiedene Stellungnahmen aufgrund der genauen Kennzeichnung und Bezugnahme eine Verbindung zu den HzV-spezifischen Gesetzesvorhaben hergestellt werden konnte. Eine erste Gegenüberstellung der selektierten Stellungnahmen mit dem deduktiv entwickelten Kategoriensystem bestätigte die sachliche Auseinandersetzung der Akteure mit den Gesetzesvorhaben und

einer – als Ziel der Arbeit - nahezu vollständig möglichen Klassifikation der Stellungnahmen hinsichtlich der dort wiedergegebenen Adoptionshaltung der Akteure.

### 10.2.2 Untersuchungsmethodik

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen mit der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010: 98f.) eine qualitative Auswertungsmethodik gewählt. Lamnek (2010: 434-497) hält die qualitative Inhaltsanalyse dahingehend für angreifbar, dass dem jeweiligen Verfahren eine gewisse interpretative Beliebigkeit anhaftet, welche nur schwer durch den Forscher überprüfbar ist. Als Lösung schlägt Lamnek (ebda.) die Einsetzung verschiedener Forscherteams vor, welche sich gegenseitig überprüfen. Auch Flick (2010: 416f.) bemängelt, dass durch voreilig gebildete Kategoriensysteme wichtige Textinhalte verloren gehen können. Als ein Kernstück der qualitativen Inhaltsanalyse liegt ein besonderes Augenmerk auf den Kategorien und Unterkategorien. Diese müssen exakt beschrieben werden und/oder mit Ankerbeispielen verdeutlicht werden, um bei der Textanalyse die Textbestandteile thematisch sauber abzugrenzen. Mit der Hinzuziehung des Diffusionsmodells von Rogers wurde ein deduktives Verfahren zur Kategorienbildung verwendet. Die genannte Gefahr einer interpretativen Beliebigkeit bei der induktiven Kategorienbildung wurde auf diesem Wege ausgeschlossen und Lamneks (2010: 19-29) Gütekriterien der Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit und argumentativen Interpretationsabsicherung entsprochen (siehe Kap. 8.1).

Das von Lamnek postulierte Gütekriterium „*Nähe zum Gegenstand*“ wurde durch Rückgriff auf die Stellungnahmen zu den Anhörungsverfahren erfüllt. In der vorliegenden Arbeit konnte die notwendige Trennschärfe des deduktiven Kategoriensystems durch die Verwendung der fünf Hauptkategorien aus Rogers Diffusionsmodell und als Unterkategorie die Einteilung in *Adoption (Befürwortung)*, *Non-Adoption (Ablehnung)* und *Keine Wertung* erzielt und sichergestellt werden.

Bei einem ersten Materialdurchgang und der Zuordnung der Textinhalte wurde jedoch ein gewisser Verlust an Trennschärfe zwischen den Hauptkategorien *matching* und *redefining/restructuring* bemerkt. Hier war der Übergang zwischen der Bereichs-/Ablaufbestimmung zur Anwendung der Definition der HzV und der Neudefinition/Modifikation der Organisation zur Inklusion der Definition der HzV in

den extrahierten Textstellen in vereinzelt Akteursaussagen fließend. Durch die Fokussierung auf die inhaltliche Textaussage hinsichtlich Adoptions- oder Non-Adoptionsverhalten (im Sinne einer zweidimensionalen *Schwarz oder Weiß?* – Betrachtung) wurde durch diese Unschärfe in der Diffusionsphasenzuordnung das Gesamtbild der vorliegenden Arbeit und ihr Ergebnis jedoch nicht verfälscht, so dass hier keine weitere Abgrenzung für den folgenden Materialdurchlauf vorgenommen werden musste.

Dem monierten Aussageverlust durch Paraphrasierung wurde in der vorliegenden Arbeit dadurch begegnet, dass Paraphrasen kaum Anwendung gefunden haben. Bereits beim ersten Materialdurchgang zeigte sich, dass eine Paraphrasierung tatsächlich zu einer Verfälschung der Textaussagen führen würde (siehe Kap. 9.2).

Zur Ermittlung von Kausalitäten zur Adoption oder Non-Adoption gesetzgeberischer Vorgaben zu HzV wurden die extrahierten Akteursaussagen aus dem ersten Untersuchungsteil in einem zweiten Untersuchungsschritt in eine weitere strukturierende Inhaltsanalyse eingebunden. Wiederum wurde ein deduktives Verfahren gewählt und zur Kategorienbildung nun die innovationsspezifischen Einflussfaktoren von Rogers (2003: 229-266) gewählt. Lamneks (ebda.) und Flicks (ebda.) geäußerte Kritik an der Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse ist allgemeingültig und kommt auch im zweiten Untersuchungsschritt zur Geltung. Während das deduktive Verfahren zur Kategorienbildung ein konkludentes Kategoriensystem zu den innovationsspezifischen Einflussfaktoren ermöglichte, war eine trennscharfe Zuordnung diverser Aussagen aufgrund ihrer z.T. zu geringen inhaltlichen Ausdifferenzierung kaum möglich. Besonders betroffen war dabei eine Zuordnung zu den Faktoren „Komplexität“ und „Kompatibilität“. In einer Mehrzahl von Fällen konnten Aussagen zur Anwendbarkeit der verschiedenen, gesetzlichen Regelungen in der Versorgungspraxis inhaltlich sowohl unter der Rubrik „Relativer Vorteil“ als auch unter den Rubriken „Komplexität“ und „Kompatibilität“ verortet werden. Diesem Umstand Rechnung tragend, wurden zur Objektivitätswahrung die Akteursaussagen nicht nur einer Rubrik zugeordnet. Retrospektiv könnte der vorliegenden Arbeit durch diese Faktorenkumulierung ein Schwachpunkt hinsichtlich der Reliabilität zur Last gelegt werden. Gemildert werden kann dieser Umstand, dass die Wahrnehmung der Akteure zur Vorteilhaftigkeit von seiner Relevanz und Gewichtung innerhalb des Adoptionsprozesses grundsätzlich als Kernaussage und Richtungszeig gewertet werden

kann. In dieser Stufe der Bewusstseins- und Meinungsbildung trifft der Adopter bereits eine erste Entscheidung hinsichtlich pro oder contra einer Adoption (Rogers 2003: 265f.; vgl. auch Kap. 5.1.1). Darauf aufbauend erschließen sich dann im Folgenden die inhaltlichen Zuordnungen zu den weiteren innovationsspezifischen Faktoren. Zur weiteren Erforschung der konkreten Kompatibilitäts- und Komplexitätsbewertung der Innovation durch die Akteure wäre jedoch eine weitere Eruierung von verwertbaren Aussagen notwendig. Dies würde jedoch eine Erweiterung des *samples* (bspw. um Experteninterviews) im Sinne einer Triangulation und kommunikativen Validierung (Lamnek 2010: 19-29) nachsichziehen.

### 10.3 Grenzen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung stellt hinsichtlich des gewählten *theoretical samples* eine Querschnittstudie dar und greift explizit nur Stellungnahmen von Teilnehmer der jeweiligen Anhörungsverfahren auf. Zur Abbildung weiterer Stellungnahmen wären ergänzende Studien, bspw. Längsschnittstudien je Akteursgruppe, notwendig. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es jedoch, anhand von diskussions- bzw. anhörungsbezogenen, ohne jeglichen Populismus gefärbten Stellungnahmen, Kenntnis zu erlangen über den Beitrag, aber auch die Grundeinstellung, einzelner Akteure zur Adoption und im Weiteren zur Diffusion der Versorgungsart der hausarztzentrierten Versorgung in die ambulante Regelversorgung.

Die Limitierung der Datenerhebung auf die abgegebenen Stellungnahmen anlässlich der Anhörungsverfahren zu dem jeweiligen Gesetzesvorhaben grenzt den betrachteten Untersuchungszeitraum und somit auch die Umsetzung der Innovationsdiffusion deutlich ein. Das vollständige Durchlaufen eines Diffusionsprozesses während eines Anhörungsverfahrens ist jedoch auch nicht als Grundannahme in diese Arbeit eingeflossen. Ziel der Arbeit war eine Herausarbeitung der Meinungsbilder und Grundeinstellungen der verschiedenen Akteure anhand ihrer ersten Auseinandersetzung mit den gesetzgeberischen Innovationen zur Einführung der HzV.

Zur Relativierung dieser Limitierung wurde der Untersuchungszeitraum durch die Hinzuziehung von sieben Gesetzgebungsverfahren in Summe auf einen betrachteten Zeitraum von 13 Kalenderjahren gestreckt worden, denn im Laufe der Untersuchung



zeigte sich, dass Stellungnahmen zu laufenden Anhörungsverfahren wiederholt Bezug auf vergangene Gesetzgebungsverfahren nahmen.

Ein anderes Forschungsdesign zur Untersuchung des Diffusionsprozesses hätte durch die Verknüpfung der Stellungnahmen aus dem Anhörungsverfahren mit - dem Inkrafttretens der Regelung nachfolgenden - Pressemitteilungen, Stellungnahmen und Experteninterviews der verschiedenen Akteure führen können. Auch hätten die verschiedenen Vertragswerke zur HzV aus den verschiedenen KV-Regionen und Bundesländern auf ihren Beitrag hin zu einer erfolgreichen Diffusion der HzV gesichtet werden können. Diese erhebliche Ausweitung des *samples* hätte mutmaßlich weitere Hinweise zum Diffusionsprozess gegeben. Wie in Kapitel 8.2.2 erläutert, wurde sich jedoch bewusst gegen die Verwendung von Aussageinhalten außerhalb des Anhörungsverfahrens entschieden, um keine Vermengung sachbezogener Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen mit stark subjektivierten Aussagen einzelner Interessensgruppen außerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zu riskieren, welche die eigentlichen Meinungsbilder, Einwände und Bedenken der Akteursgruppe hätten unverhältnismäßig verzerren können.

Die vorliegende Arbeit gibt Antworten auf die Grundeinstellung der drei Teilnehmer des Gesundheitsmarktes zu den Rahmenbedingungen des Gesetzgebers rund um das Versorgungsmodell der hausarztzentrierten Versorgung. Sie bietet Erklärungsansätze für das Verhalten der Teilnehmer in der weiteren Auseinandersetzung im Bemühen um die Umsetzung der HzV im Versorgungsalltag und liefert Hinweise auf eine mögliche Notwendigkeit der stärkeren Fokussierung des Gesetzgebers auf die Gruppe der Patienten in ihrer Rolle als Leistungsnehmer und Entscheider und den Chancen der HzV als Teil der kollektivvertraglichen Versorgung oder alleinstehend als ein Selektiv-Vertragsmodell.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bieten verschiedene Ansatzpunkte zur weiteren Forschung. Im Sinne einer Triangulation könnten die in Kap. 10.2.1 genannten Quellen wie Vertragsunterlagen, Experteninterviews und weitere Erklärungen und Stellungnahmen als *theoretical sample* ergänzender Analyseschritte hinzugezogen werden. Da der Gesetzgeber das Monopol auf die Mittel zur Disziplinierung der Marktteilnehmer besitzt, könnte ergänzend untersucht werden, wie sich die jeweiligen politischen Akteure in Opposition und Regierungsverantwortung im Laufe des langjährigen Gesetzgebungsprozesses zur HzV positionierten. Die Untersuchung des

politischen Meinungsbildungsprozesses könnte verknüpft werden mit den Stimmungsbildern der einzelnen Akteurs- und Lobbygruppen.

#### 10.4 Diskussion und Ausblick

Trotz der hoheitlichen Verbindlichkeit des § 73b SGB V ist das Umsetzungsergebnis der hausarztzentrierten Versorgung bis dato unbefriedigend. Die Mehrheit der gesetzlich Versicherten kann immer noch nicht auf ein bundesweit flächendeckendes Angebot zurückgreifen. Die webbasierte Übersicht des Deutschen Hausärzteverbandes zur bundeslandspezifischen Vertragslandschaft zeigt eine diffuse Anzahl unterschiedlichster Verträge auf der einen und eine Vielzahl bundesweiter, kassen(arten)spezifischer „weißer Flecken“ zum HzV-Angebot auf der anderen Seite<sup>10</sup>.

Die Verantwortung für diese mäßige Bilanz ist vielschichtig. Neben dem Vorwurf der Blockadehaltung, gerichtet an die Akteure der Selbstverwaltungen, muss sich der Gesetzgeber eingestehen, dass es ihm durch seine bisherigen, reformgesetzgeberischen Interventionen nicht gelungen ist, den Widerstand der Akteure zu brechen, eine Adoptionsbereitschaft zu wecken und die HzV als regelhafte Leistung zu etablieren.

Auf Kostenträgerseite entscheiden sich die gesetzlichen Krankenkassen unter den vorherrschenden Rahmenbedingungen (siehe Kap. 2.2 und 3.2) aus zweierlei Gründen für die Einführung einer neuen Leistung: Entweder liegt ein weiterführender Versorgungsaspekt vor, durch welche messbare Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden können oder aber die neue Leistung dient als ein Wettbewerbsvorteil zur Kundenbindung bzw. –neugewinnung zwecks Sicherung bzw. Ausbau des eigenen Marktanteils.

Die genannten Voraussetzungen können die Krankenkassen in Angebot und Ausgestaltung der HzV nicht erkennen. Aus ihrem Blickwinkel resultiert aus der Angebotspflicht zur HzV ein beträchtliches, ökonomisches Risiko hinsichtlich einer redundanten Finanzierung von zumindest Teilen der ambulanten, hausärztlichen Versorgung. Eine redundante Finanzierung zum einen über die Hausarztverträge und zum anderen über das Kollektivvertragssystem aufgrund des massiven Widerstands der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber einer adäquaten Bereinigung. Und auch der

---

<sup>10</sup> Für weiterführende Informationen wird auf die Vertragsübersicht auf der Homepage des DHÄV verwiesen unter [www.dhaev.de](http://www.dhaev.de)

Verlust der Finanzautonomie seit dem 01.01.2009, gepaart mit der Abhängigkeit der Kassen von den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, hemmt die Einführung der HzV, da die Leistung als solche – analog der IGV - nicht über Zuweisungsbeträge aus dem Fonds refinanziert wird und das wirtschaftliche Risiko somit bei den Kassen liegt. Es fehlt quasi an einer ergänzenden Finanzierung, ähnlich der IGV-Anschubfinanzierung<sup>11</sup> oder einem, in jüngster Vergangenheit häufiger diskutiertem, Innovationsfonds. (Ulrich et al. 2014: 10-16). Für eine Belebung des Wettbewerbs sind „intelligente Vergütungssysteme gefragt, die auf allen Seiten Anreize setzen“ (Wildenradt et al. 2011: 88). Auch Stuppard (2009: 70f.) spricht der Systematik des Gesundheitsfonds eine Innovationsförderung ab:

*„Die gleichzeitige Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA führt tendenziell zur Neutralisierung von Preis und Produkt, denn die Kassen sind fokussiert auf die Vermeidung von Zusatzbeiträgen und die Investitionen in Qualität und Wirtschaftlichkeit werden eher zurückhaltend gehandhabt, (...).*

Nicht unterschlagen werden soll an dieser Stelle die Haltung der AOK-Baden-Württemberg, welche sich deutlich gegen das mehrheitliche Meinungsbild der Kostenträger positioniert und sich insbesondere zum GKV-FinG für die weitere Umsetzung der HzV stark macht. Dieser Umstand lässt sich aus der Marktposition der AOK in der KV-Region Baden-Württemberg erklären. Mit der stringenten Umsetzung der HzV hat sich die AOK in Baden-Württemberg einen Wettbewerbsvorteil und Alleinstellungsmerkmal gesichert, durch welche sie zum einen Kundenbindung betreibt und zum anderen neue Versicherte für das eigene Unternehmen akquirieren kann. Dass die HzV als Leistungsangebot aber dem einzelnen Kostenträger einen eigenständigen Wettbewerbsvorteil mit entsprechender Sogwirkung im Neukundenmanagement und der Haltearbeit bei Bestandmitgliedern generiert, muss angesichts der Subventionierung durch Praxisgebührenerstattung und weiterer Zuzahlungsreduktionen bezweifelt werden. Auf ärztlicher Seite konkurrieren um die Ausgestaltung der HzV zwei Interessensgruppen. Zum einen plädieren die Hausärzte für die Einführung von Hausarztverträgen, insbesondere durch Monopolisierung ihrer Arztgruppe mittels der GKV-Angebotspflicht, des Kontrahierungszwanges und der Fristsetzung, zum anderen

---

<sup>11</sup> Zur Umsetzung der Integrierten Versorgung konnten die Krankenkassen bis zu 1% des ambulanten ärztlichen Honorars und der KH-Vergütung einbehalten, um neue Versorgungsmodelle der integrierten Versorgung einzuführen. Die Anschubfinanzierung endete am 31.12.2008 mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches und des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 (vgl. Gerlinger/Rosenbrock 2014: 400).

lehnen die Fachärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen die Bildung eines Selektivvertragsgebildes der HzV zu Lasten von Behandlungsqualität, -höhe, -kontinuität und Finanzvolumen anderer Arztgruppen als beginnende Erosion von KV- und KBV-Strukturen strikt ab und propagieren ihrerseits den Niedergang des Sicherstellungsauftrages. Strukturbedingt vertreten die KVen mehrheitlich Facharztinteressen. Somit ist es nicht verwunderlich, dass sie sich in der Diskussion um mögliche Honorarumverteilung, Budgetbereinigung und Einschränkung der Arztwahl gegen die – ebenfalls von ihnen vertretene - Berufsgruppe der Hausärzte positionieren.

In dieser Gemengelage gelingt es den Hausärzten nicht, das Besitzstandsdenken der Krankenkassen und ärztlichen Interessensvertretungen zu überwinden und einen Mehrwert der HzV transparent zu machen. Die verständliche Forderung der Kostenträger nach Budgetbereinigung und Bindung der Versicherten an ihren Hausarzt kollidiert mit der Sorge um finanzielle Einbußen und Zugangsbeschränkung der ärztlichen Selbstverwaltung. Auch die Patientenvertreter sprechen sich für eine freie Arztwahl und gegen eine zeitliche Bindung an den Hausarzt aus. Im betrachteten Untersuchungszeitraum sehen sie die Entwicklung der HzV eher kritisch. Besorgt um den freien Zugriff auf ärztliche Leistungen lehnen sie eine Hausarztbindung und Teilnahmeboni ab und fordern in ihrer Rolle als dritter Teilnehmer am Gesundheitsmarkt eine Beteiligung an der Ausgestaltung besonderer Versorgungsformen wie der HzV.

Die Ergebnisse der Diffusionsanalyse zeigen in aller Deutlichkeit das Steuerungsdilemma des Gesetzgebers. Diametral zueinanderstehenden Interessen werden unter Missachtung der Heterogenität der Akteure einem vom Gesetzgeber gestalteten Diffusionsprozess unterworfen. Die Akteure quittieren dies mit gegenläufigem Verhalten und Bestreben zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur HzV. Bereits in den Anhörungsverfahren der einzelnen Gesundheitsreformvorhaben formiert sich ein deutlicher Widerstand. Die diffusionsimmanent notwendige Gewinnung von Multiplikatoren zur weiteren Dynamisierung der HzV-Adoption (siehe Kap. 5.1.1) misslingt. Es finden sich unter den Akteuren – bis auf den Deutschen Hausärzterverband und die AOK Baden-Württemberg – keine vitalen Treiber, welche eine Einführung der HzV in den Versorgungsalltag voranbringen.

Angesichts dieser Hemmnisse stellt sich die Frage, worauf das Vertrauen des Gesetzgebers fußt, dass die HzV sich trotz aller Widerstände – und diese bereits schon manifestiert im Anhörungsverfahren – mittels gesetzgeberischer Maßnahmen umsetzen lässt. Die gescheiterte Umsetzung belegt stattdessen in aller Deutlichkeit die Grenzen der Steuerungsfähigkeit des Gesetzgebers und die Probleme auf der Implementationsebene. Die freiwillige Selbstverwaltung durch Krankenkassen- und Ärzteverbände haben sich als institutionelle Barrieren manifestiert, welche scheinbar weder vom Gesetzgeber noch von den Hausärzten in ihren Implementationsbemühungen überwunden werden können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zur Asymmetrie in den Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die Nichteinbindung von Patientenvertretern und der Blockadehaltung der verbandlichen Strukturen gegenüber den gesetzgeberisch geforderten Strukturmaßnahmen zur Einführung der HzV korrespondieren mit den Arbeiten zur Agency-Problematik am Gesundheitsmarkt und den Limitationen politischer Steuerung (siehe insbesondere Kap. 3.1 und 3.4). Es ist jedoch zu konstatieren, dass es sich bei der gescheiterten Umsetzung der HzV nicht um ein einzelnes Konfliktfeld des Gesetzgebers handelt, sondern symptomatisch für ein generelles Problem der gesundheitspolitischen Steuerungsmechanismen steht. Ein Blick in andere Leistungsbereiche, wie bspw. bei der Reduktion von Krankenhausbetten zur Bedarfsanpassung oder der Aufweichung von Preismoratorien bei Arzneimitteln, zeigen einen ähnlichen Mangel an kontinuierlicher Umsetzung und Zielorientierung. Die politischen Verantwortlichen müssen sich dabei häufig den Vorwurf gefallen lassen, dass ihnen die Entschlossenheit und der Wille fehlt, auch einmal unpopuläre und gegen wichtige Lobbygruppen gerichtete, aber dafür systemfunktionale Entscheidungen zu treffen. Das Entscheidungsdilemma, welches sich aus diesem Interessenskonflikt der politisch Verantwortlichen ergibt, bezeichnet Mayntz (2009: 38; vgl. auch Mayntz 2001: 18-22) aufgrund des „*Ausblenden von Herrschaftsphänomenen*“ als das „*Problemlösungsbias der Steuerungstheorie*“. Eine „*Dominante Machtorientierung einflussreicher Entscheider*“ kann folgenreich für ein Land sein. Auch innerhalb moderner und gefestigter Demokratien ist keinesfalls sichergestellt, dass „*die Befriedigung privater und partikulistischer Interessen wirksam an die Verfolgung des öffentlichen Interesses, des Gemeinwohls*“ gebunden ist (Mayntz ebda.). Den Ineffizienzen des deutschen Gesundheitssystems kann mit diesen Verhaltensmustern

nicht Einhaltung geboten werden. Mayntz (2009: 107) sieht einen Zusammenhang zwischen der Motivationslage zur Eliminierung von negativen Folgen eigenen Handelns und der eigenen Betroffenheit. Die Erarbeitung eines Vorteils zu Lasten Dritter führt häufig eben nicht zu einer Umkehr zu Gunsten des Gemeinwohls.

Döhler (1990: 547 f.) relativiert den Einfluss von Lobbygruppen und ihre Verantwortung:

*„Wenn hierzulande gesundheitspolitische Reformen sehr häufig scheitern oder nur geringe Abweichungen vom Status quo bewirken, dann ist das zwar auch, aber nicht in erster Linie den lobbyistischen Fertigkeiten der beteiligten Verbandseliten zuzuschreiben.“*

und setzt sie ins Verhältnis mit den Unzulänglichkeiten staatlicher Steuerungsstrukturen:

*„Die vorangegangenen Ausführungen legen vielmehr die These nahe, daß die bundesdeutsche Gesundheitspolitik in stärkerem Maße als die beiden anderen Fälle von einer institutionell ‚geronnenen‘ strategischen Ausrichtung geprägt ist, die sich in einer Kombination aus intensiver Politikverflechtung zwischen fast allen Beteiligten, funktionaler Abhängigkeit des Bundesstaates vom Verbändesystem und geringen staatlichen Autoritätsreserven niedergeschlagen hat.“*

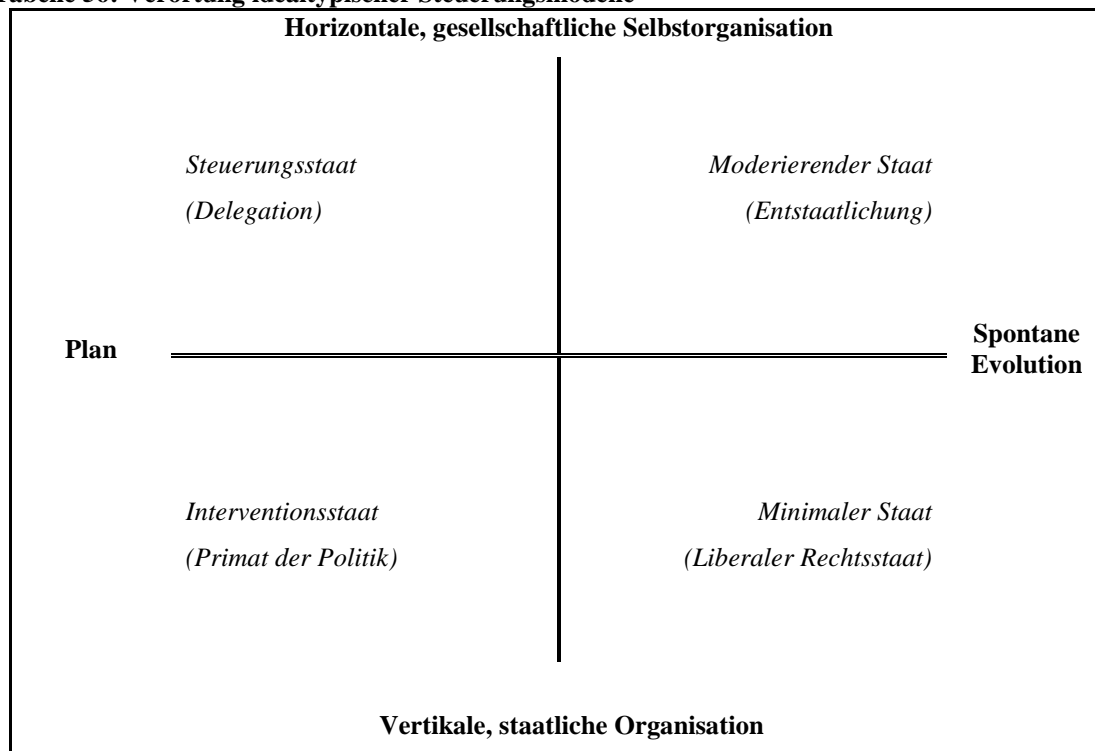
Die gescheiterte Einführung der HzV impliziert ein nachhaltiges Steuerungsversagen des Gesetzgebers. Mit den verwendeten Steuerungsmitteln Kontrahierungszwang, Fristsetzung und Budgetneutralität konnte der Gesetzgeber sein Ordnungsversprechen zur Weiterentwicklung der ambulanten, ärztlichen Versorgung nicht einlösen. Döhler (1990: 353) identifizieren als Ursache der geringen Reformneigung des deutschen Gesundheitswesens sowohl die „*Dominanz verbandlicher Selbstregulierung*“ als auch die „*korporatistische Konzertation*“.

Durch die bisherige, formale Ausgestaltung der HzV hat der Gesetzgeber den Hausärzten eine schwer zu lösende Aufgabe gestellt. Im Konflikt mit der eigenen Selbstverwaltung, den Krankenkassen und den Patientenvertretern, stehen die Hausärzte quasi als ein weiterer, vierter Teilnehmer am Gesundheitsmarkt dar.

Die Arbeiten von Mayntz, Döhler, Manow, Lütz, Wasem und anderen zu den Instrumenten und Erfolgen politischer Steuerung implizieren, dass die vorhandenen Akteurskonstellationen im deutschen Gesundheitswesen nur noch mittels stringenter, polarisierender Vorgaben zu einer „*performativen Anpassungsfähigkeit*“ (Döhler und Manow 1995: 144) bewegt werden können.

Diese Aussagen aufgreifend soll zur Entwicklung des weiteren Forschungsbedarfs als Impulsgeber mit zwei möglichen Lösungsvorschlägen zur gesundheitspolitischen Steuerung an dieser Stelle bewußt polarisiert werden und mit einem dritten Vorschlag ein Umgang mit dem Steuerungsdilemma aufgezeigt werden. Für die Formulierung der Rahmenbedingungen wird auf die Ausarbeitungen von Braun (2001: 101-128) zurückgegriffen (Tab. 56).

**Tabelle 56: Verortung idealtypischer Steuerungsmodelle**



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Braun (2001: 103 und 115)

Braun weist vier idealtypische Steuerungsmodelle aus, über welche die „*Verteilung und Koordination gesellschaftlicher Ressourcen weitgehend über die Diskussion der Rolle von Staat und Gesellschaft bzw. Markt beantwortet wird*“ (Braun 2001: 116): Der moderierende Staat, der minimale Staat, der Interventionssaat und der Steuerungsstaat. Die Ausprägungen der vier Modelle reichen von horizontaler, gesellschaftlicher Selbstorganisation bis hin zu vertikaler, staatlicher Organisation und von zentraler Planung bis spontaner Evolution (Braun 2001: 103).

Der minimale Staat reduziert seine Tätigkeit „*auf eine formal-legal-prozedurale Rationalität, die berechenbares Handeln für die gesellschaftlichen Individuen herstellen soll*“ (Braun 2001: 106). Durch diese Eingrenzung staatlichen Interventionen wird die

„marktwirtschaftliche Tätigkeit“ gefördert und die „bestmögliche Marktkompatibilität“ erreicht (Braun ebda.).

Der moderierende Staat besitzt als Referenzpunkt die Gesellschaft, lehnt eine *(normative) Markt – Plan Dimension*“ ab und vertritt die Haltung, dass *„Selbstorganisation (Selbststeuerung) und gesellschaftliche Eigenverantwortung überlegene Formen gesellschaftlicher Koordination gegenüber vertikaler staatlicher Organisation sind“* (Braun 2001: 108). Mit dem minimalen Staat teilt der moderierende Staat *„die Skepsis und den Steuerungspessimismus gegenüber staatlichen Interventionen“* (Braun ebda), vertraut jedoch auf *„die positive Entfaltung von Eigeninitiative, vertraut auf die Rationalität der Akteure in der Zivilgesellschaft und die Möglichkeit zur Reflexion“* (Braun 2001: 111).

Der Interventionsstaat baut nach Braun (2001: 104f.) zum einen auf *„der Analyse Max Webers zum bürokratisch-rationalen Staat und zum anderen auf der ideologischen Auseinandersetzung um sozialdemokratische/sozialistische und konservative Gesellschaftskonzepte auf.“* Konkrete Ziele verfolgt der Interventionsstaat mittels der ihm eigenen Bürokratie (Braun (2001: 106) und setzt eine *„materielle, staatliche Rationalisierung des Marktes bzw. der Gesellschaft“* durch.

Der Steuerungsstaat grenzt sich vom Interventionsstaat durch einen restriktiven Einsatz des bürokratischen Apparates ab und zeichnet sich durch eine Nutzung des *„Selbstorganisationspotentials von intermediären und privaten Organisationen“* (Braun 2001: 111) aus. Zur Aktivierung dieses Potentials nutzt der Steuerungsstaat das Instrument der *„Delegation“* (Braun ebda.). Statt einer Förderung von *„Eigenständigkeit und Selbststeuerung in der Gesellschaft“* wird auf die Erhöhung einer *„Steuerungseffizienz (...) staatlichen Handelns“* abgezielt (Braun ebda.). Neben einer *„marktförmigen Organisation und Logik der Organisation staatlicher Dienstleistungen (...) soll die Rolle des Bürgers in der Leistungsstruktur wie auch in der Regelstruktur gestärkt werden“* (Braun 2001: 112). *„Die ‚Modernisierung der Staatsorganisation‘ steht im Vordergrund“* fasst Braun (ebda.) als Ergebnis seiner Recherche um die Ausrichtung des Steuerungsstaates zusammen.

### **Erstes Problemlösungsszenario: „Überregulierung“ - Vollständige Regulierung durch den Gesetzgeber**

*„Die Willensbarrieren der Innovation können durch eine spezielle Gattung von Energie überwunden werden, durch eine Energie, die in der Lage ist, das*



*Sanktionssystem der Unternehmung zu mobilisieren und damit die notwendigen Anreize für die Bereitschaft zur Teilnahme am Innovationsprozess zu veranlassen. Die Möglichkeit zum Einsatz derartiger positiver oder negativer Sanktionen wird in der heute vorherrschenden organisatorischen Realität vor allem den Inhabern hierarchischer Macht zugesprochen.“ (Witte 1973: 14)*

Zielsetzung: Die Interessen von Krankenkassen und Ärzten stehen diametral zueinander. Während die Krankenkassen insbesondere vor dem Hintergrund der eingeschränkten Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds auf Kosteneinsparungen drängen, streben die Ärzte als Quasi-Unternehmer die eigene Wohlfahrtsoptimierung an. Diese Interessenskollisionen können nur mittels starker, regulativer Eingriffe von Seiten des Gesetzgebers überwunden werden. Statt den wettbewerblichen Marktkräften weiteren Raum zu geben, würde ein Paradigmenwechsel am Gesundheitsmarkt eingeläutet werden. So könnte, um doch noch einen Steuerungserfolg zu erzielen, der Gesetzgeber ein besonders starkes Steuerungsinstrument - die Intervention - in Form einer völligen und stringenten Regulierung anwenden. Eine Verwässerung von Reformzielen, welche der Kompromissfindung in den Vertragsverhandlungen zwischen den Selbstverwaltungen geschuldet ist, würde durch den Gesetzgeber unterbunden.

*„Die Frage stellt sich nun, inwiefern diese internen Strukturmerkmale des Systems der Selbstverwaltung für die Steuerbarkeit des Gesundheitswesens von Bedeutung sind. Ein auf Kompromißbildung angelegtes Verhandlungssystem erweist sich leicht als unfähig zur Reform aus eigener Kraft, solange es nicht durch eine staatliche Interventionsdrohung von außen unter Druck gesetzt wird.“ (Mayntz 1997: 220)*

Diese Art der Regulierung würde Vorgaben durch Gesetzgeber *en detail* enthalten. Die Umsetzung der HzV hinsichtlich des Leistungsumfanges und der Vergütung bspw. würde durch den G-BA vorgegeben. Diese Lösung wird sukzessive bereits in der BRD umgesetzt. Ausgewählte Sozialgesetzgebungsverfahren der jüngsten Zeit verdeutlichen bereits den Willen des Gesetzgebers zur Regulierung der beiden Adoptergruppen Krankenkassen und Ärzte. Der verhängte Kontrahierungszwang gegen Krankenkassen auf der einen und die Kostendeckelung der HzV-Verträge zu Lasten des Budgets der ambulanten Versorgung gegen Ärzte auf der anderen Seite können an dieser Stelle als Beleg genannt werden. Die weitere Umsetzung/Diffusion wird von beiden Adoptergruppen jedoch weiterhin verschleppt und müsste nach der Logik des vorgestellten Lösungsansatzes eine noch stärkere Regulierung durch den Gesetzgeber hervorrufen.

Mayntz (1997: 225-227) verweist beispielhaft auf die Fallstudien von Rosewitz und Webber aus 1990, welche gesundheitspolitische Reformvorhaben zur besseren Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung untersuchten. Rosewitz und Webber<sup>12</sup> ermittelten als eine signifikante Eigenschaft der gescheiterten Reformvorhaben, dass diese zur weiteren Entwicklung, Ausgestaltung und Umsetzung in die Verantwortung der Selbstverwaltungen gegeben wurden, welche in komplexen Verhandlungen ergebnislos aufgerollt wurden. Neben Ergebnislosigkeit kann die Auseinandersetzung der Selbstverwaltungen zu Ergebnissen führen, welche negativen Einfluss auf Umfeld und Umwelt nehmen können.

Den Krankenkassen und Verbänden der Leistungserbringer, hier vornehmlich der Ärzte, als „*etablierte Selbstverwaltungen*“ unterstellt Mayntz (1997: 215) eine besonderen Steuerungsresistenz, welche von der staatlichen Politik nur noch mit den stärksten Instrumenten politischen Handelns, der direkten Intervention, zu durchbrechen sind:

*„Die grundsätzliche Möglichkeit der politischen Veränderung institutioneller Strukturen eröffnet eine wichtige Einflußchance. Die – vielleicht nur angedeutete – Interventionsdrohung kann, gerade wenn die Art des institutionellen Arrangements von den Betroffenen grundsätzlich für wünschenswert gehalten wird, zur Selbstregelung (oder sogar Selbstdisziplinierung) im Interesse der von der staatlichen Politik vertretenen gesamtgesellschaftlichen Bedürfnisse bzw. der Bedürfnisse der Leistungsabnehmer motivieren.“* (Mayntz 1997: 218)

### **Zweites Problemlösungsszenario: völlige Deregulierung – Freigabe der Marktkräfte**

Zielsetzung: Der Gesetzgeber zieht sich mit steuerungspolitischen Eingriffen und Vorgaben vollständig zurück und setzt auf die Angebots- und Nachfragekräfte des Marktes. Der Sicherstellungsauftrag zur ambulanten Versorgung geht an die Krankenkassen über, welche mit jeglicher sich bildender Arztgruppe Preis und Leistungsmenge verhandeln können. Interventionsdrohungen des Staates werden somit durch das Zugeständnis der Marktfreigabe abgelöst.

Die Hausärzte müssten stärker ihre Marktposition und ihr Angebot gegenüber den Patienten darstellen. Hierfür würden sie in den Wettbewerb mit den Fachärzten eintreten und sich deshalb aus dem Kollektivvertragssystem verabschieden. Notwendig wäre die

---

<sup>12</sup> Rosewitz, B./ Webber, D. (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus. Zitiert nach Mayntz, R. (1997: 225-227).

Gründung eines eigenen zentralen Verbandes – eines Hausärztlichen Bundesverbandes – der für sämtliche Hausärzte kollektivvertraglich die Vergütung mit den Kassen verhandelt. Es würde eine Parallelstruktur zur facharztlastigen KBV gegründet werden. Mit einem eigenen Budget könnten die Hausärzte ihren eigenen Leistungskatalog definieren und durch abgrenzende Leistungsangebote in den Wettbewerb gegen die Fachärzte einsteigen. Dieser Wettbewerb würde dabei nicht nur die Krankenkassen sondern auch die Patienten umschließen.

Die Argumente für eine Deregulierung bietet Mayntz (1997: 219f.) mit ihrer Kritik der unterschiedlichen institutionalisierten Verbandsgewichtung:

*„Innerhalb des Verhandlungssystems von Kassen und Produzentenverbänden sind die Gewichte jedoch nicht gleich verteilt. Durch die Gewährung eines Vertretungsmonopols für die KVen wird auf Seiten der Ärzte die Verbändekonkurrenz für ein ganzes Spektrum von Fragen ausgeschaltet, während auf Seiten der Krankenkassen eine wenn auch begrenzte Konkurrenz besteht (...) Als Ergebnis dieser institutionellen Konfiguration läßt sich immer wieder eine gewisse Handlungsschwäche der Krankenkassen ausmachen (...)“.*

Mayntz (ebda.) spitzt die Bewertung der Kassensituation pointiert zu:

*„Ja, man hat gelegentlich den Eindruck, daß die Krankenkassen fast eher eine Arena, ein Regime darstellen als einen handlungsfähigen korporativen Akteur.“*

Auch Lütz (1995: 185) konstatiert *„eine Asymmetrie im Rahmen der gegebenen Verhandlungssituation“* von Krankenkassen und Arztverbänden, welche sich als Problem staatlicher Steuerung manifestiert hat. Als möglicher Beleg für einen Erfolg einer Deregulierung kann das niederländische Gesundheitssystem herangeführt werden. Hier besitzen nur die Hausärzte eine Zulassung zur ambulanten Versorgung, während die Fachärzte an den Krankenhäusern praktizieren und anteilig über das stationäre Budget abgerechnet werden. Die Hausärzte praktizieren seit 1992 durch eine sektorale und budgetäre Abgrenzung von den Fachärzten erfolgreich ihre Steuerungsfunktion in der Gesundheitsversorgung und sind als *Gatekeeper* vollständig etabliert (Höppner und Maarse 2003: 21-31; Becker et al 2007: 53-60).

Kritisch an diesem Vorschlag muss sicherlich die Zuspitzung der Agency-Problematik gesehen werden. Die Besonderheiten des dreiseitigen Marktes fördern die Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Krankenkassen über ein adäquates Preis-/Leistungsverhältnis. Oligopolbildungen auf Kassenseite könnten Einschränkungen bei der Behandlungsqualität bedeuten, wenn nach dem zuweisungsinduzierten Minimalprinzip ein möglichst günstiges Versorgungsangebot generiert werden soll.

Der Gesetzgeber hat mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz das Gebot der Beitragssatzstabilität als verpflichtendes Kriterium hausarztzentrierter Versorgung wieder zurückgenommen. Die Kostenbeschränkung wurde als ein wesentliches Hindernis für den Abschluss weiterer HzV-Verträge in jüngster Vergangenheit identifiziert. Das Vorgehen des Gesetzgebers korrespondiert bereits mit dem vorgestellten Deregulierungsansatz.

Die beiden Problemlösungsszenarien setzen sich mit einer in beiden Richtungen gewandten Überzeichnung des konstitutionellen Rahmens des Gesundheitssektors auseinander und reflektieren die ausgeprägte Gegensätzlichkeit der Interessenskonstellationen. Deutlich wird, dass ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen aufgrund der beschriebenen Besonderheiten des dreiseitigen Marktes - und somit entgegen den von wirtschaftsliberalen Akteuren mantraartig formulierten Erwartungen und Assoziationen zu einem deregulierten Gesundheitsmarkt - nicht ohne staatliche Interventionen auskommen kann, um so die fehlende Konsumentensouveränität der Leistungsnehmer gegenüber den Leistungserbringern zu kompensieren. Abschließend wird deshalb noch ein drittes, optionales Lösungsszenario gezeichnet. Dieser Denkansatz kann als eine Modifikation und Weiterentwicklung der vorhandenen Strukturen gedeutet werden und steht in Anlehnung an Brauns *kooperativen Staat* (Braun 2001: 116-120), welcher ein Steuerungshandeln „in der Verschränkung von politischer und gesellschaftlicher Sphäre“ durch ein „inter- und intraorganisatorische Konzertierung zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Organisationen“ ansiedelt (Braun ebda.). Diese Kooperation des Staates mit privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren zur Lösung des Steuerungsdilemmas wird in der Literatur auch „der dritte Weg“ genannt (Mayntz 2004: 68).

### **Drittes Problemlösungsszenario: Patientenbeteiligung – Berücksichtigung der Besonderheiten des dreiseitigen Gesundheitsmarktes**

Zielsetzung: Die Patienten- und Interessensgruppen werden als dritte Adoptergruppe identifiziert und in die Preis-/Leistungsdiskussion miteingebunden.

Diese dritte Adoptergruppe als primärer Leistungsnutznießer legt den Bewertungsmaßstab zur Preisrelation fest. Durch die Beteiligung der Leistungsnehmer wird eine völlige Kostentransparenz zur Leistung in der medizinischen bzw. hier der hausärztlichen Versorgung geschaffen und die Informationsasymmetrie und auch das

Phänomen des *moral hazard* aufgrund fehlender (finanzieller) Verantwortung der Patienten beseitigt. Der Gesetzgeber erhält Unterstützung zur politischen Steuerung durch die Nachfrage- und Selektionsmacht der Leistungsnehmer.

Erste Hinweise auf die mögliche Umsetzbarkeit und die Lösungsrelevanz dieses Vorschlages lassen sich bereits in verschiedenen Aussagen des gesichteten Materials finden. So wird eine Patientenbeteiligung an der Versorgungsausgestaltung von verschiedenen Akteuren gefordert.

So führt die Verbraucherzentrale Bund (2006: 13f.) in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG bspw. aus, dass durch Selektivverträge grundsätzlich auch die freie Arztwahl eingeschränkt würde, dies aus Verbrauchersicht jedoch solange annehmbar wäre, wie eine medizinisch optimierte und qualitativ hochwertige Versorgung geboten würde. Hierzu müsste von den Leistungserbringern und Krankenkassen aber auch für die notwendige Transparenz gesorgt werden. Die Verbraucherzentrale fordert hierzu, dass Patientenorganisationen vor dem eigentlichen Vertragsabschluss die Möglichkeit zur Einsicht- und Stellungnahme erhalten. Die bisherige Nichtbeteiligung von Patientenorganisationen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Versorgungsmodellen wird auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (2006: 11) kritisiert, während der Bundesverband Managed Care (2006: 2f.) in seiner Stellungnahme direkt den Gesetzgeber dazu auffordert Rahmenbedingungen zu schaffen, um Patienten und Versicherte besser in das Leistungsgeschehen einzubinden und sich in seiner Funktion als Gesetzgeber aus weiten Teilen der Gesundheitspolitik zugunsten von Wettbewerb und Nachhaltigkeit in der Versorgung zurückzuziehen.

Die Äußerungen von Andreas Köhler, ehemaliger Vorsitzender der KBV, lassen die Umsetzung einer solchen Beteiligung gegen den Widerstand der Ärzte jedoch höchst unwahrscheinlich werden. Auf die Frage des Redakteurs der Zeitschrift G+G (3/2015: 30-33) des AOK-Bundesverbandes, ob den Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Stimmrecht eingeräumt werden sollte, positioniert sich Köhler (ebda.) eindeutig dagegen:

*„Ich warne aber davor und habe Patientenvertretung im Übrigen auch nie so verstanden, den Patientenvertretern ein Stimmrecht in medizinischen Fragen zu geben. Die Patientenvertretung verlöre dann ihre Unschuld. Innerhalb von zwei, drei Jahren wäre sie nicht mehr unterscheidbar von einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Krankenhausgesellschaft oder einem GKV-Spitzenverband.“*

Köhler macht es sich mit dieser Aussage einfach, indem er die Patientenvertretung als eine redundante Struktur zu den Vertretungen der Leistungserbringer und –träger zeichnet. Was er hierbei jedoch – bewusst oder unbewusst – ausblendet, sind die unterschiedlichen Motive der jeweiligen Beteiligten. Eine Entscheidung der Patientenvertretung für ein Versorgungskonstrukt hätte primär immer – anders als bei den beiden anderen beteiligten Gruppen – das Behandlungsziel und die Versorgungsqualität im Blick und nicht in erster Linie monetäre Interessen zur weiteren Wohlfahrtsoptimierung. Auch der Gesetzgeber könnte von einer stärkeren Patientenbeteiligung profitieren. Die politische Willensbildung wäre nicht länger mehr von der Meinungsbildung und Bedürfnislage des Souveräns abgekoppelt. Der Druck zur Kompromissbildung würde für die Selbstverwaltungen durch die unmittelbare Patientenbeteiligung steigen und könnte den Gesetzgeber bei den gesundheitspolitischen Anstrengungen zur Konfiguration von Versorgung im Gesundheitswesen gleichermaßen in der Umsetzung entlasten und stärken. Die Einbindung aller Beteiligten als Garant eines erfolgreichen Diffusionsprozesses hat Echterhagen bereits 1983 beschrieben:

*„Eine Diffusion von sozialen Innovationen ist nur dann zu fördern, wenn diejenigen, die von dieser Diffusion getroffen sind, mitentscheiden und unter Abwägung von Kosten und Nutzen der volkswirtschaftliche Ressourcenhaushalt qualitativ positiv verändert wird.“* Echterhagen (1983: 4/8)

Das gesundheitspolitische Steuerungsdilemma würde deutlich abgemildert und die Position der Leistungserbringerverbände stark geschwächt, da ihre Mitglieder durch Wegfall der Informationsasymmetrie unmittelbar äußerst konsumkritischen und preissensiblen Patienten gegenüber sitzen würden.

Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber bereit ist, für eine Weiterentwicklung der Versorgung und einem nachhaltigen Transfer der HzV von der Theorie in die Praxis, einen der genannten Ansätze, möglicherweise den beschriebenen „dritten Weg“, zu wählen und stringent weiterzuerfolgen.

## Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011): Stellungnahme des APS zum Patientenrechtegesetz (PatRG) – Acht Vorschläge – Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e\\_Patientenrecht/Stellungnahmen/17\\_14\\_0097\\_13\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e_Patientenrecht/Stellungnahmen/17_14_0097_13_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Aktion Psychisch Kranke - Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen e.V. (2003): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Aktion\\_Psychisch\\_Kranke.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Aktion_Psychisch_Kranke.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Albrecht, M./ Freytag, A./ Gottberg, A./ Storz, P. (2008): Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Albrecht, M./ Bleß, H.-H./ Höer, A./ Loos, St./ Schiffhorst, G./ Scholz, C. (2010): Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung. Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen. Düsseldorf. Hans-Böckler-Stiftung.
- Amelung, V. E. (2007): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Wiesbaden. Gabler Verlag.
- Amshoff, B. (2009): Strategisches Krankenkassenmanagement unter Bedingungen (morbidityorientierter) Risikostrukturausgleichssysteme in Deutschland und in der Schweiz. In: Rebscher, H./Kaufmann, S. (Hrsg): Gesundheitssysteme im Wandel. Heidelberg, München, Landsberg Frechen, Hamburg. Economia Verlag.
- AOK Bayern (2010): AOK Bayern will Hausarztvertrag kündigen. Schutz der Versicherten erfordert Kündigung, wenn Hausärzteverband Systemausstieg weiter anpeilt. München. Pressemitteilung vom 03.12.2010. Nr. 45/2010.
- AOK-Bundesverband (1999): Stellungnahme zum Gesetzentwurf „GKV-Gesundheitsreform 2000“. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A5 Beigabe 27.
- AOK-Bundesverband (2003): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG. BT-Drs. 15/1170. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/AOK-BV-2\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/AOK-BV-2_.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- AOK-Bundesverband (2008): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zu den

- Änderungsanträgen zum Entwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-OrgWG), Ausschussdrucksache 16(14)0413. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/AOK-BV\\_2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/AOK-BV_2.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- AOK Bundesverband (2010): Stellungnahme des AOK Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und ausgeglichenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG), vom 28.09.2010 – BT-Drs. 17/3040 einschließlich der Änderungsanträge der Regierungsfractionen vom 05.10.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0072). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_31\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_31_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- AOK-Bundesverband (2011): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) BT-Drs. 176906 vom 05.09.2011. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17\\_14\\_0188\\_45\\_AOK-BV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17_14_0188_45_AOK-BV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- AOK-Bundesverband (2012): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten BT-Drs. 17/10488, sowie den Anträgen Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen BT-Drucksache 17/6348, Fraktion der SPD Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen BT-Drucksache 17/9061, Fraktion DIE LINKE Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten BT-Drucksache 17/6489. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_28\\_AOK-BV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_28_AOK-BV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- AQUA-Institut (2008): Evaluation von Hausarztverträgen der Ersatzkassen: Erste Zwischenbilanz in fünf Regionen. Presseerklärung 11.01.2008. Göttingen. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (2003): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Arbeiterwohlfahrt.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Arbeiterwohlfahrt.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft; Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.; AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.) (1999): Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Gesundheitsreform 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22.



- Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A1 Beigabe 23.
- Aregger, K. (1976): *Innovation in sozialen Systemen. 1. Einführung in die Innovationstheorie der Organisation.* Bern. Stuttgart. Verlag Paul Haupt.
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (1999): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. 1. Auflage.* Baden-Baden. Nomos-Verlag.
- Badura, B./ Busse, R./ Gostomzyk, J./ Pfaff, H./ Rauch, B./ Schulz, K. D. (2003): *Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation-Handlungsbedarf-Strategien. Ständige Kongresskommission. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung.* Hamburg.
- Badura, B./ Iseringhausen, O./ Strodtholz, P. (2006): *Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften.* In: Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* Weinheim und München. Juventus Verlag.
- Backes, G. M. (2004): *Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft.* In: Kruse, M., Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Verlag Hans Huber.
- Bähr-Seppelfricke, U. (1999): *Diffusion neuer Produkte. Der Einfluss von Produkteigenschaften.* Wiesbaden. Deutscher Universitätsverlag.
- Bahle, Th. (2007): *Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich.* Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH.
- Bardmann, M. (2014): *Grundlagen der Allgemeinen Betriebswirtschaftslehre. 2. Auflage.* Wiesbaden. Springer Gabler Verlag.
- Becker, K./Brändle, A./Zweifel, P. (2007): *Das Discrete-Choice-Experiment.* In: Böcken, J./ Janus, K./ Schwenk, U./ Zweifel, P. (Hrsg.) (2007): *Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen. Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich.* Gütersloh. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Benz, A./Czada, R./ Simonis, G. (2000) *Vorwort der Herausgeber.* In: Lange, S./ Braun, D. (2000): *Politische Steuerung zwischen System und Akteur. Eine Einführung.* Grundwissen Politik. Band 30. Opladen. Leske + Budrich.
- Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. (1999): *Stellungnahme des BDA-Hausärzteverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000).* In: *Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000).* Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und *Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung.* Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 17.

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2005): Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/98\\_Sitzung/cStellungnahmen/Berufsverband\\_der\\_Kinder-\\_und\\_Jugend\\_rzte.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/98_Sitzung/cStellungnahmen/Berufsverband_der_Kinder-_und_Jugend_rzte.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2006): Stellungnahme des BVKJ zum GKV-WSG vom 13.10.2006. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BVKJ.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BVKJ.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2008): Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zur geplanten Änderung des § 73b SGB V. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/BVKJ\\_2\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/BVKJ_2_.pdf) (zuletzt eingesehen am 08.02.2013)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2010): Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_5\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_5_.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2011): Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_29\\_BVKJ.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_29_BVKJ.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Berufsverband deutscher Nervenärzte e.V. (1999): Ohne Titel. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A5 Beigabe 24.
- Beske, F. (2009): Hausärztevertrag Baden-Württemberg – Weichenstellung für die Zukunft des Gesundheitswesens. In: 50 Kommentare und Aufsätze zur Gesundheitspolitik 2007 bis 2009. Schriftenreihe Band 115. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel. Schmidt & Klaunig.
- Bevollmächtigter des Rates der Evangelischen Kirche Deutschland (2003): Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bevollm\\_chtigter\\_des\\_Rates\\_der\\_EKD.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Bevollm_chtigter_des_Rates_der_EKD.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

- BKK Bundesverband (1999): Stellungnahme des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen, zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) – BT-Drucksache 14/1245 –. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 21.
- BKK Bundesverband (2003): Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) in der Fassung vom 02.06.2003. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband\\_der\\_Betriebskrankenkassen.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband_der_Betriebskrankenkassen.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- BKK Bundesverband (2008): Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) – BT-Drs. 16/9559 –. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/BKK\\_BV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/BKK_BV.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- BKK Bundesverband (2010): Stellungnahme des BKK Bundesverbandes vom 18. Oktober 2010 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG, Bundestagsdrucksache 17/3040). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_29\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_29_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- BKK Bundesverband (2011): Stellungnahme des BKK Bundesverbandes vom 13. Oktober 2011 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17\\_14\\_0188\\_42\\_BKK-BV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17_14_0188_42_BKK-BV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- BKK Faktenspiegel (2011): Ärztliche Versorgung. 03/2011. Essen. BKK Bundesverband. BKK Medien und Marketing.
- Blankart, Ch. B./ Fasten, E. R./Schwintowski, H.-P. (2009): Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten. Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag.
- Blum, U./ Dudley, L./ Leibbrand, F./ Weiske, A. (2005): Angewandte Institutionenökonomik. Theorien – Modelle – Evidenz. Wiesbaden. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH.

- Böcken, J. (2006): Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt. In: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R. Schnee, M. (Hrsg.) (2006): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Böcken, J. (2008): Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsrealität. In: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R. (Hrsg.) (2008): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Braun, D. (2001): Diskurse zur staatlichen Steuerung. Übersicht und Bilanz. In: Burth, Hans-P./Görlitz, Axel (Hrsg.) (2001): Politische Steuerung in Theorie und Praxis. Baden-Baden. Nomos-Verlag.
- Breckenkamp, J. (2010): Was ist Public Health? In: Gerhardus, A./ Breckenkamp, J./ Razum, O./ Schmacke, N./ Wenzel, H. (Hrsg.) (2010): Evidence-based Public Health. Bern. Verlag Hans Huber.
- Breyer, F./ Zweifel, P. (1997): Gesundheitsökonomie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin. Springer-Verlag.
- Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie. Berlin. Heidelberg. Stuttgart. Springer-Verlag.
- Breyer, F./Zweifel, P./ Kifmann, M. (2013): Gesundheitsökonomik. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag.
- Büchler, S. (2001): Die Bewertung von Forschungsleistungen am Beispiel der Gesundheitswissenschaften/Public Health. Villingen-Schwenningen. Freiburg i. Breisgau. Inaugural-Dissertation. Online einsehbar unter [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=0CCAQFjAAahUKEwjqx-6z5L7IAhWEQhQKHUpWCXY&url=https%3A%2F%2Fwww.freidok.uni-freiburg.de%2Fdnb%2Fdownload%2F294&usg=AFQjCNHe\\_bkxFgTLUUX6dk8ppVe2xEG5-g&bvm=bv.104819420,d.bGQ](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=0CCAQFjAAahUKEwjqx-6z5L7IAhWEQhQKHUpWCXY&url=https%3A%2F%2Fwww.freidok.uni-freiburg.de%2Fdnb%2Fdownload%2F294&usg=AFQjCNHe_bkxFgTLUUX6dk8ppVe2xEG5-g&bvm=bv.104819420,d.bGQ) (zuletzt eingesehen am 20.11.2010)
- BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und –initiativen (2003): Stellungnahme zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesarbeitsgemeinschaft\\_der\\_PatientInnen.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesarbeitsgemeinschaft_der_PatientInnen.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (2011): Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_61\\_BAGP.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_61_BAGP.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (2006): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V., BAG SELBSTHILFE zum 1.) Gesetzentwurf der Fraktionen der

- CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) (BT-Drs. 16/3100). 2.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – für eine leistungsfähige Krankenversicherung (BT-Dr. 16/1928). 3.) Antrag der Fraktion der FDP „Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ (BT-Dr. 16/97). 4.) Antrag der Fraktion DIE LINKE „Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzierungsgrundlage geben“ (BT-Drs. 16/3096). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BAG\\_SELBSTHILFE.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BAG_SELBSTHILFE.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (2012): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22.10.2012 -. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_25\\_BAG\\_SELBSTHILFE.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_25_BAG_SELBSTHILFE.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Bundesärztekammer (1999a): Bewertung der Bundesärztekammer zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 6.
- Bundesärztekammer (1999b): Stellungnahme des Vorstandes der kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Gesundheitsstrukturreform 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band 1 Beigabe 25.
- Bundesärztekammer (1999c): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 31.
- Bundesärztekammer (1999d): KBV bekräftigt grundsätzliche Ablehnung des Gesetzentwurfes zur Gesundheitsreform 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657.

Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band 1 Beigabe 34.

Bundesärztekammer (2007): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BAEK2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BAEK2.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

Bundesärztekammer (2011): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ Bundestagsdrucksache 17/6906 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), der Stellungnahme des Bundesrates (Bundratsdrucksache 456/11 Beschluss), den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen (Ausschussdrucksache 17(14)0190). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17\\_14\\_0188\\_41\\_BAeK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17_14_0188_41_BAeK.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)

Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) (BT-Drs. 17/10488). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_5\\_BaeK-KBV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_5_BaeK-KBV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)

Bundesgesetzblatt (2000): GKV-Gesundheitsreformgesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D'bgbl199s2626.pdf'%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl199s2626.pdf%27%5D\\_1414356372788](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl199s2626.pdf'%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl199s2626.pdf%27%5D_1414356372788) (zuletzt eingesehen am 15.02.2013)

Bundesgesetzblatt (2004): GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%255B@attr\\_id='bgbl103s2190.pdf'%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D\\_1414356153483](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id='bgbl103s2190.pdf'%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D_1414356153483) (zuletzt eingesehen am 15.02.2013)

Bundesgesetzblatt (2007): GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%255B@attr\\_id='bgbl107s0378.pdf'%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl107s0378.pdf%27%5D\\_1414356093074](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id='bgbl107s0378.pdf'%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl107s0378.pdf%27%5D_1414356093074) (zuletzt eingesehen am 15.02.2013)

Bundesgesetzblatt (2009). GKV-Organisationsstrukturen-Weiterentwicklungsgesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%255B@attr\\_id='bgbl108s2426.pdf'%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl108s2426.pdf%27%5D\\_1414356033288](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id='bgbl108s2426.pdf'%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl108s2426.pdf%27%5D_1414356033288) (zuletzt eingesehen am 15.02.2013)

Bundesgesetzblatt (2011): GKV-Finanzierungsgesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%255B@attr\\_id='bgbl110s2309.pdf'%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl110s2309.pdf%27%5D\\_1414355972849](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id='bgbl110s2309.pdf'%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl110s2309.pdf%27%5D_1414355972849) (zuletzt eingesehen am 15.02.2012)

Bundesgesetzblatt (2012): GKV-Versorgungssteuerungsgesetz. Online verfügbar unter

[http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//%255B@attr\\_id='bgbl111s2983.pdf'%255D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl111s2983.pdf%27%5D\\_1414355914518](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id='bgbl111s2983.pdf'%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl111s2983.pdf%27%5D_1414355914518) (zuletzt eingesehen am 10.03.2014)

Bundesgesetzblatt (2013): GKV-Patientenrechtegesetz. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D'bgbl113s0277.pdf'%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D\\_1414355362318](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl113s0277.pdf'%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D_1414355362318) (zuletzt eingesehen am 10.03.2014)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Altenbericht. Online einsehbar unter: [http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwiLge\\_714HJAhWC73IKHUAxDbo&url=http%3A%2F%2Fwww.bmfsfj.de%2FBMFSFJ%2FService%2Fpublikationen%2Cdid%3D5362.html&usq=AFQjCNElgnqAFgsF5ZZqPKTTm7mj95jqCw&bvm=bv.106923889,d.bGQ](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwiLge_714HJAhWC73IKHUAxDbo&url=http%3A%2F%2Fwww.bmfsfj.de%2FBMFSFJ%2FService%2Fpublikationen%2Cdid%3D5362.html&usq=AFQjCNElgnqAFgsF5ZZqPKTTm7mj95jqCw&bvm=bv.106923889,d.bGQ) (zuletzt eingesehen am 16.11.2010)

Bundespsychotherapeutenkammer (2005): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU. Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – kritische Bestandsaufnahme. BT-Drs. 15/4135. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/98\\_Sitzung/cStellungnahmen/Bundespsychotherapeutenkammer.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/98_Sitzung/cStellungnahmen/Bundespsychotherapeutenkammer.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Bundespsychotherapeutenkammer (2006): GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (BT-Drs. 16/3100). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BPtK1.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BPtK1.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Bundespsychotherapeutenkammer (2010): Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) BT-Drs. 17/3040. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_37\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_37_.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)

Bundespsychotherapeutenkammer (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Gesetzentwurf – Bundesdrucksache 17/10488; Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen, Antrag Fraktion der SPD – Bundesdrucksache 17/9061; Mehr Rechte von Patientinnen und Patienten, Antrag Fraktion DIE LINKE – Bundesdrucksache 17/6489; Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen, Antrag Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Bundesdrucksache 17/6348. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 17.10.2012. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_27\\_BPtK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_27_BPtK.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (2003): Zur Anhörung zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz am 23.06.2003 Teil 1. – Regelungen zur Verbesserung der Qualität -. Online verfügbar unter

[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband\\_der\\_Vertragspsychotherapeuten.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband_der_Vertragspsychotherapeuten.pdf)  
(zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2003): Stellungnahme des Bundesverbandes zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz – GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband\\_für\\_Körper- und\\_Mehrfachbehinderte.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband_für_Körper- und_Mehrfachbehinderte.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Bundesverband hausärztlicher Internisten (2003): Anhörung betr. GKV-Modernisierungsgesetz-GMG am 22.09.2003. Zwei Einlassungen des BHI zum vorliegenden Gesetzentwurf (Stand 08.09.2003). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/BV\\_Hausaerztl\\_Internisten.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/BV_Hausaerztl_Internisten.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Bundesverband hausärztlicher Internisten (2006): Sachverständigenanhörung zum Gesetzentwurf GKV-WSG – Anhörungsblock IV A (13.11.2006). BHI-Stellungnahme zu Punkt 1, 3 und 4. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhörungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BHI.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhörungen/2006/029-034/stll_eingel/BHI.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V. (2008): Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines GKV-OrgWG. Hier: BHI-Stellungnahme zum Änderungsantrag 9 betr. § 73b SGB V. Online verfügbar unter <http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhörungen/2008/094/stllg/BHI.pdf> (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V. (2010): Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25.10.2010 zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP – Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) – (BT-Drs. 17/3040). BHI-Stellungnahme zu den geplanten Änderungen des § 73b und des § 87d SGB V. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhörungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_35\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhörungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_35_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Bundesverband Managed Care (1999): Stellungnahme des BMC vom 27.08.1999 zur GKV-Gesundheitsreform 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 15.

Bundesverband Managed Care e.V. (2006): Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) zu Teilaspekten eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) (BT-Drs. 16/3100). Online verfügbar unter



[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BMC.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BMC.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V. (2006): Stellungnahme des BMVZ e.V – Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) – BT-Drucksache 16/3100. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BMVZ.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BMVZ.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2003): Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) an den Bundestagsausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesvereinigung\\_der\\_Dt\\_Arbeitgeberverb\\_nde.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesvereinigung_der_Dt_Arbeitgeberverb_nde.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2006): Vermeidung von Bürokratie im GKV-WSG. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/BDA2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/BDA2.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (1999): Gesundheitsreform 2000. ABDA-Positionen zum zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Koalitionsfraktionen mit dem Bundesgesundheitsministerium vereinbarten Eckpunktepapier sowie zu den Vorstellungen der Krankenkassenspitzenverbände über die zukünftige Arzneimittelversorgung. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 4.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (2003): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesvereinigung\\_Lebenshilfe.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesvereinigung_Lebenshilfe.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)

Bundesversicherungsamt (2009): Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Online einsehbar unter: [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_RSA.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_RSA.html) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009) und [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009) und

- [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung\\_20RSA/Festlegungen\\_\\_Klassifikationsmodell.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegungen__Klassifikationsmodell.html) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009) und  
[http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1115298/DE/Gesundheitsfonds/Rundschreiben/Infoschreiben\\_\\_Abschlagsverfahren,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Infoschreiben\\_Abschlagsverfahren.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1115298/DE/Gesundheitsfonds/Rundschreiben/Infoschreiben__Abschlagsverfahren,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Infoschreiben_Abschlagsverfahren.pdf) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009) und  
[http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1360990/DE/Gesundheitsfonds/Zuweisungen/Vorabinfo\\_\\_Zuweisungen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Vorabinfo\\_Zuweisungen.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1360990/DE/Gesundheitsfonds/Zuweisungen/Vorabinfo__Zuweisungen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Vorabinfo_Zuweisungen.pdf) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009) und  
[http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_091/nn\\_1362194/DE/Gesundheitsfonds/Bekanntmachungen/Bekanntmachung\\_\\_01,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bekanntmachung\\_01.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1362194/DE/Gesundheitsfonds/Bekanntmachungen/Bekanntmachung__01,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bekanntmachung_01.pdf) (zuletzt eingesehen am 29.01.2009)
- Bußhoff, H. (1992): Demokratietheorie als Steuerungstheorie. In: Bußhoff, H. (Hrsg.) (1992): Politische Steuerung. Steuerbarkeit und Steuerungsfähigkeit. Beiträge zur Grundlagendiskussion. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Busse, R. (2006): Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München. Juventus Verlag.
- Castelli, N./ Dieckmann, R. (2009): Gesundheitssysteme im Vergleich. Ein synoptischer Überblick über die Systeme Deutschlands und der Schweiz. In: Rebscher, Herbert/ Kaufmann, Stefan (Hrsg): Gesundheitssysteme im Wandel. Heidelberg, München, Landsberg Frechen, Hamburg. Economia Verlag.
- Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands (2003): Stellungnahme des CGB zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Christlicher\\_Gewerkschaftsbund\\_Dt\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Christlicher_Gewerkschaftsbund_Dt_.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (1999): Stellungnahme der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ (GKV-Gesundheitsreform 2000) BT-Drucksache 14/1245 vorgelegt zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages im September 1999. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A6 Beigabe 41.
- Deutsche BKK (2003): Ohne Titel. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/Dt\\_BKK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/Dt_BKK.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (2006): Stellungnahme der DGHO zum „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg\\_nicht\\_eingel/DGHO.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg_nicht_eingel/DGHO.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Dt\\_Gesellschaft\\_f\\_r\\_Psychiatrie\\_Psychoth.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Dt_Gesellschaft_f_r_Psychiatrie_Psychoth.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (1999): Ohne Titel. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 15.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (1999): Stellungnahmen der DGVT zur Qualitätssicherung in der modernen Psychologie: Leitlinienentwicklung sowie zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Reformgesetz 2000). In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 10.
- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (1999): Stellungnahme zum Referentenentwurf der GKV Gesundheitsreform 2000 und Änderungsantrag. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A3 Beigabe 9.
- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (2003): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) – Drucksache 15/1170 -. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_Gesellschaft\\_f\\_r\\_Versicherte\\_und\\_Patienten.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_Gesellschaft_f_r_Versicherte_und_Patienten.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. (2003): Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ Bundestagsdrucksache 15/1170, zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der CDU/CSU, Bundestagsdrucksache 15/1174, zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der FDP, Bundestagsdrucksache 15/1175. Online verfügbar unter

- [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Dt\\_Multiple\\_Sklerose\\_Gesellschaft.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_31_Sitzung/Stellungnahmen/Dt_Multiple_Sklerose_Gesellschaft.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Deutscher Beamtenbund (2003): Stellungnahme des dbb zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_Beamtenbund.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_Beamtenbund.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutscher Caritasverband (2003): Stellungnahme: Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems. Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Fraktionsentwurf vom 16. Juni 2003 BT-Drucksache 15/1170. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_Caritasverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_Caritasverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutscher Caritasverband (2006): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) BT-Drucksache 16/3100. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/Dt\\_Caritasverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/Dt_Caritasverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- Deutscher Caritasverband (2012): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Drs. 17/10488) und Änderungsanträge. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/nhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_6\\_Caritas.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/nhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_6_Caritas.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Deutscher Facharztverband e.V. (2011): Stellungnahme der Fachärzteschaft DFV e.V./ Potsdamer Runde e.V. zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_52\\_DFV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_52_DFV.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Deutscher Führungskräfteverband (2003): Stellungnahme des Deutschen Führungskräfteverbandes (ULA) zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_F\\_hrungskr\\_ftevb.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_F_hrungskr_ftevb.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutscher Führungskräfteverband (2006): Stellungnahme des Deutschen Führungskräfteverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg\\_nicht\\_eingel/ULA.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg_nicht_eingel/ULA.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

- Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (2003): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gesetzentwurf: Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GM) – Drucksache 15/1170. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_Gewerkschaftsbund2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29-31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_Gewerkschaftsbund2.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (2010): Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zur öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (BT-Drs. 17/3040) b.) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, ...und der Fraktion DIE LINKE. Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen (BTBT-Drs. 17/1238). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_20\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_20_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Deutscher Hausärzteverband e.V. (2003a): Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG-E). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_Haus\\_rzteverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29-31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_Haus_rzteverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutscher Hausärzteverband (2003b): Kurzstellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/Dt\\_Hausaerzteverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/Dt_Hausaerzteverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 07.02.2013)
- Deutscher Hausärzteverband (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes. Zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoeerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/Dt\\_Hausaerzteverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoeerungen/2006/029-034/stll_eingel/Dt_Hausaerzteverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- Deutscher Hausärzteverband (2008): Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Org-WG)“ Bundestags-Drucksache 16/9559 vom 16.06.2008. Online verfügbar unter <http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoeerungen/2008/094/stllg/DtHausaerzteverband.pdf> (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Deutscher Hausärzteverband (2010): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. BT-Drucksache 17/3040 - Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) -. Online verfügbar unter

[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-  
rungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_23\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-<br/>rungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_23_.pdf)  
(zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Deutscher Hausärzteverband e.V. (2011): Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes zum Regierungsentwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in Gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 05.09.2011 (BT-Drs. 17/6906). Online verfügbar  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-  
rungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17\\_14\\_0188\\_25\\_DH  
AeV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-<br/>rungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17_14_0188_25_DH<br/>AeV.pdf) (zuletzt eingesehen am 07.02.2013)

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (2006): Stellungnahme des Deutschen Rheuma-Liga Bundesverbandes e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Online verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-  
run-  
gen/2006/029-034/stllg\\_nicht\\_angel/Dt\\_Rheuma-Liga.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-<br/>run-<br/>gen/2006/029-034/stllg_nicht_angel/Dt_Rheuma-Liga.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)

Deutscher Pflegerat (1999): Stellungnahme. Anhörung beim Ausschuß für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 10.09. und 21.09.1999 zu den Schwerpunkten des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 21.

Deutscher Psychotherapeutenverband e.V. (2005): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU. Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – kritische Bestandsaufnahme. BT Drs. 15/4135. Online verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-  
rungen/98\\_Sitzung/cStellungnahmen/Deutscher\\_Psychotherapeutenverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-<br/>rungen/98_Sitzung/cStellungnahmen/Deutscher_Psychotherapeutenverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1999): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) – BT-Drucks. 14/1245, BR-Drucks. 454/99-. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A6 Beigabe 30.

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (2003): Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Ds 15/1170. Anhörung und Schreiben vom 12.06.2003. Online verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-  
rungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-  
31\\_Sitzung/Stellungnahmen/dt\\_vereinigung\\_f\\_r\\_die\\_rehab\\_beh.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-<br/>rungen/27_Sitzung_29_-<br/>31_Sitzung/Stellungnahmen/dt_vereinigung_f_r_die_rehab_beh.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

- Diakonie Bundesverband (2012): Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-rungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_2\\_EKD.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-rungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_2_EKD.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands (2003): Vorläufige Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD zum Gesetzentwurf der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG, Stand 16.06.2003) BT Drucksache 15/1170. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-rungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Diakonisches\\_Werk\\_der\\_EKD.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-rungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Diakonisches_Werk_der_EKD.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungs-politischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Berlin. Edition Sigma Rainer Bohn Verlag.
- Döhler, M./ Manow, P. (1995): Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor. In: Mayntz, R./ Scharpf, F.W. (Hrsg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Max-Planck-Institut für Gesellschafts-forschung Köln. Frankfurt/Main. Campus Verlag GmbH.
- Echterhagen, K. (1983): Die Diffusion sozialer Innovationen. Eine Strukturanalyse. Spardorf. Verlag Rene F. Wilfer.
- Ehlers, Alexander (2003): Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) Stand 16.06.2003. Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung am 30. Juni 2003. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-rungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Ehlers.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-rungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Ehlers.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Erlei, M./Leschke, M./Sauerland, D. (1999): Neue Institutionenökonomik. Stuttgart. Schäffer-Poeschel Verlag.
- Ewers, Michael (2000): Das anglo-amerikanische Case-Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael/ Schäffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. Verlag Hans Huber
- Ferber, Ch. (2007): Neue Herausforderungen an das Gesundheitswesen. 5. Studententext. Weiterbildender Fernstudiengang MHA. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld.
- Flick, U. (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag GmbH.
- Flick, U./ von Kardoff, E. / Steinke, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch.

Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fliegel, F.C./Kivlin, J.E. (1976): Merkmale von Innovationen als Faktoren im Diffusionsprozeß. In: Schmidt, P. (Hrsg.) (1976): Innovationen. Diffusion von Neuerungen im sozialen Bereich. Hamburg. Hoffmann und Campe Verlag.

Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (2010): Stellungnahme des IKK e.V. zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) (BT-Drs. 17/3040). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_12\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_12_.pdf) (zuletzt eingesehen am 07.02.2013)

Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (2003): Ohne Titel. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/GFB.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/GFB.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)

Gerlinger, Th. (2007): Das Gesundheitssystem im Umbruch. Achter Studientext. Weiterbildender Fernstudiengang MHA. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld.

Gerlinger, Th. (2010): Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (Bundestagsdrucksache 17/3040). Online abrufbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_48\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_48_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Gerlinger, Th./Rosenbrock, R. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern. Verlag Hans Huber Hogrefe AG.

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (2003): Stellungnahme zum GMG. Online abrufbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Gesellschaft\\_für\\_Qualitätsmanagement.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Gesellschaft_für_Qualitätsmanagement.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)

Gesundheit und Gesellschaft (2014a): Hausarztvertrag. Lackmustest bestanden. 9/14, 17. Jahrgang. Berlin. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Gesundheit und Gesellschaft (2014b): Alles im grünen Bereich. G+G SPEZIAL 11/14, 17. Jahrgang. Berlin. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Gillwald, K. (2000): Konzepte sozialer Innovation, Papers der Querschnittsgruppe Arbeit & Ökologie, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, No. P00-519. Online abrufbar unter <http://hdl.handle.net/10419/50299> (zuletzt eingesehen am 15.04.2012)

GKV (AOK-Bundesverband/BKK-Bundesverband/IKK-Bundesverband/See-Krankenkasse/



- Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband) (2006): Erste politische Bewertung zum Referentenentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg\\_ref\\_entw/GKV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg_ref_entw/GKV.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- GKV-Spitzenverband (2008): Schriftliche Bewertung des GKV-Spitzenverbandes zu den Änderungsanträgen zum GKV-OrgWG im Nachgang zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages. Ausschussdrucksache 16(14)0413. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/GKV-Spitzenverband\\_2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/GKV-Spitzenverband_2.pdf) (zuletzt eingesehen am 08.02.2013)
- GKV-Spitzenverband (2010): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG, Bundestagsdrucksache 17/3040). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_24\\_1\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_24_1_.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- GKV-Spitzenverband (2011a): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_59\\_1\\_GKV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_59_1_GKV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- GKV-Spitzenverband (2011b): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung“ (Drucksache 17/3215). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_59\\_2\\_GKV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_59_2_GKV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen. Stuttgart. Lucius & Lucius UTB.
- Görlitz, A./Burth, H.-P. (1998): Politische Steuerung. Ein Studienbuch. 2. Auflage. Opladen. Leske + Budrich.
- Greiner, W. (1999): Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen. Fragestellungen, Methoden und Grenzen dargestellt am Beispiel der Transplantationsmedizin. Gesundheitsökonomische Beiträge Band 31. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Greiner, W. (2005): Ökonomische Aspekte des Disease Management. Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Band 10. Baden-Baden. Nomos Verlags-Gesellschaft.
- Greulich, A./ Berchtold, P./ Löffel, N. (Hrsg.) (2002): Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg. Hüthig Verlag.

- Gutzwiller, F./ Jeanneret, O. (1999): Konzepte und Definitionen. In: Gutzwiller, F./ Jeanneret, O. (Hrsg.) (1999): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern. Verlag Hans Huber.
- Haisch, J., Weitkunat, R., Wildner, M. (1999): Wörterbuch Public Health. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. Hans Huber Verlag.
- Haller, S./ Garrido, M. S./ Busse, R. (2009): Hausarztzentrierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenzreport. Berlin. Drucksache des BMG.
- Hart, Dieter (2011): Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Laudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Kerstin Tack, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD. Für ein modernes Patientenrechtegesetz (BT Drs. 17/907). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e\\_Patientenrecht/Stellungnahmen/17\\_14\\_0097\\_11\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e_Patientenrecht/Stellungnahmen/17_14_0097_11_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Hartmannbund (1999): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) – Drs. 14/1245-. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A3 Beigabe 10.
- Hartmannbund (2003a): Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands – zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Hartmannbund.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Hartmannbund.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Hartmannbund (2003b): Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.09.2003. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/Hartmannbund.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/Hartmannbund.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Hartmannbund (2006): Stellungnahme des Hartmannbundes zur Anhörung des Entwurfs zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/Hartmannbund.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/Hartmannbund.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Hartmannbund (2008): Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands – zum Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), Bundestagsdrucksache 16/9559. Online verfügbar unter

<http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/Hartmannbund.pdf> (zuletzt eingesehen am 08.02.2013)

Hausärzteverband Bremen (1999): Gesundheitsreformgesetz. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A6 Beigabe 29

Haubrock; M./Schär, W. (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. Hans Huber Verlag.

Hauschild, J. /Salomo, S. (2007): Innovationsmanagement. München. Verlag Franz Vahlen.

Heiny, L. (2008): Kassenchef warnt vor Korruption. In: Financial Times Deutschland. Ausgabe vom 23.01.2009.

Henke, K. D. (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Abschlussbericht 30.11.2009.

Henke, K. D./Reimers, L. (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. JEL classification: I11, J14. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (Hrsg.). Berlin. ZiGprint. ISSN 1862 4871.

Herder-Dorneich, P. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, theoretische Grundlagen. Baden-Baden. Nomos-Verlag.

Hermann, Ch. (2010): Schriftliche Stellungnahme von Herrn Dr. Christopher Hermann zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 in Berlin. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_47\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_47_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Hermann, Ch. (2011): Schriftliche Stellungnahme von Herrn Dr. Christopher Hermann zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 19. Oktober 2011 in Berlin. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_63\\_Dr\\_Hermann\\_Christopher.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_63_Dr_Hermann_Christopher.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2011)

Hommel, Th. (2014): Lotse zwischen Stendal und Harz. Hausarztvertrag. In: Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. 17. Jahrgang. Ausgabe 10/2014. Berlin KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Höhne, A./Hobler, D./Köbing, S. (2007): Versichertenbefragung zur hausarztzentrierten

- Versorgung nach § 73b SGB V. Endbericht. Universitätsklinikum Halle a. d. Saale. Online einsehbar unter: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=678> (zuletzt eingesehen am 12.03.2012)
- Höppner, K./Maarse, J.A.M. (2003): Planung und Sicherheit der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. GGW 3/2003 (Juli). 3. Jahrgang
- Howaldt, J./Kopp, R./Schwarz, M. (2014): Zur Theorie sozialer Innovationen. Tardes vernachlässigter Beitrag zur Entwicklung einer soziologischen Innovationstheorie. Weinheim. Basel. Beltz Juventa.
- Howaldt J./Schwarz, M. (2010): Soziale Innovation im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts. Bielefeld. Transcript Verlag.
- Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (2006): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München. Juventus Verlag.
- IKK-Bundesverband (1999): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) BT-Drucksache 14/1245. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A3 Beigabe 10.
- IKK-Bundesverband (2003): Stellungnahme zum GMG. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband\\_der\\_Innungskrankenkassen.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Bundesverband_der_Innungskrankenkassen.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999): Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 12.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003): Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Kassen\\_rztliche\\_Bundesvereinigung.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Kassen_rztliche_Bundesvereinigung.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des

- Deutschen Bundestages u.a. zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ (BT-Drs. 16/3100) hier: Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/KBV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/KBV.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Stellungnahme zum Änderungsvorschlag zu § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/KBV\\_2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/KBV_2.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG). Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_33\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_33_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Kernforderungen der KBV zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17\\_14\\_0188\\_51\\_KBV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/17_14_0188_51_KBV.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen (1999): Resolution der Vertreterversammlung der kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen am 23. Juni 1999 „Gesundheitsreform 2000“. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 15.
- Kayser, B./ Schwefing, B. (1998): Managed Care und HMOs. Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung? Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. Verlag Hans Huber.
- Kehrbaum, T. (2009): Innovation als sozialer Prozess. Die Grounded Theory als Methodologie und Praxis der Innovationsforschung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Kesselring, A./Leitner, M. (2008): Soziale Innovationen in Unternehmen. Studie erstellt im Auftrag der Unruhe Privatstiftung. Wien. Zentrum für soziale Innovationen. Online einsehbar unter [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAAahUKEwjFILKPrctIAhVBkiwKHWjTBP&url=https%3A%2F%2Fwww.zsi.at%2Fattach%2FSoziale\\_Innovation\\_in\\_Unternehmen\\_ENDBERICHT.pdf&usq=AFQjCNFtyftoiHhwmnRWsJfvgMFPo143xw](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAAahUKEwjFILKPrctIAhVBkiwKHWjTBP&url=https%3A%2F%2Fwww.zsi.at%2Fattach%2FSoziale_Innovation_in_Unternehmen_ENDBERICHT.pdf&usq=AFQjCNFtyftoiHhwmnRWsJfvgMFPo143xw) (zuletzt eingesehen am 12.03.2013)
- Klawitter, J. (1992): Staatstheorie als Steuerungstheorie? In: Bußhoff, H. (Hrsg.) (1992):

- Politische Steuerung. Steuerbarkeit und Steuerungsfähigkeit. Beiträge zur Grundlagendiskussion. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Köhler, A. (2015): Wie Tarzan im Medizin-Dschungel. In: G+G. Gesellschaft und Gesundheit. Ausgabe 3/2015, 18. Jahrgang. AOK-Bundesverband. Berlin. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Kommissariat der deutschen Bischöfe (2003): Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Kommissariat\\_d\\_dt\\_Bisch\\_fe.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_31_Sitzung/Stellungnahmen/Kommissariat_d_dt_Bisch_fe.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2012)
- Krippner-Stikklas, S./ Stikklas, W. (2007): Lehrbuch Fachwirt/in im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK). Band 1: Sozial- und Gesundheitsökonomie. Bern. Verlag Hans Huber.
- Kruse, A. (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 110. Berlin. Verlag Robert-Koch-Institut.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim. Basel. Beltz Verlag.
- Lange S./ Braun, D. (2000): Politische Steuerung zwischen System und Akteur. Eine Einführung. Opladen. Leske + Budrich.
- Laschet, H. (2008a): Barmer lässt ihren Hausarzt-Vertrag Ende 2008 auslaufen. In: Ärzte Zeitung vom 02.06.2008. Online einsehbar unter [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/krankenkassen/article/497586/barmer-laesst-ihren-hausarzt-vertrag-ende-2008-auslaufen.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/497586/barmer-laesst-ihren-hausarzt-vertrag-ende-2008-auslaufen.html) (zuletzt eingesehen am 11.04.2011)
- Laschet, H. (2008b): Das Barmer-Hausarztmodell scheitert an Unverbindlichkeit. In: Ärzte Zeitung vom 02.06.2008. Online einsehbar unter [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/497592/barmer-hausarztmodell-scheitert-unverbindlichkeit.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/497592/barmer-hausarztmodell-scheitert-unverbindlichkeit.html) (zuletzt eingesehen am 11.04.2011).
- Lehner, M. (2008): Der Kassenkrieg geht weiter. In: Lindauer Zeitung. Ausgabe vom 23.01.2008.
- Lehner, F./ Baethge, M./ Kühl, J./ Stille, F. (1998): Beschäftigung durch Innovation. Eine Literaturstudie. Arbeit und Technik, No. 8. ISBN 3-87988-269-X München-Mering, Hampp. Online einsehbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/116864> (zuletzt eingesehen am 14.05.2012)
- Litfin, Th. (2000): Adoptionsfaktoren. Empirische Analyse am Beispiel eines innovativen Telekommunikationsdienstes. Wiesbaden. Deutscher Universitätsverlag.
- Luhmann, N. (1998): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Band 2. Frankfurt a. Main. Suhrkamp Verlag.
- Lüngen, M./ Siegel, M./ Drabik, A./Büscher, G./von Törne, I. (2009): Ausmaß und Gründe für

- Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin, und Gesellschaft 2009. Köln. Ausgabe 05/2009 vom 30.06.2009. Hans-Böckler-Stiftung. ISSN 1862-7412.
- Lütz, S. (1995): Politische Steuerung und die Selbstregulierung korporativer Akteure. In: Mayntz, R./ Scharpf, F.W. (Hrsg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln. Frankfurt/Main. Campus Verlag GmbH.
- Marburger Bund (2003): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz - GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Marburger\\_bd.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Marburger_bd.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2012)
- Marckmann, G. (2005): Rationalisierung und Rationierung. Allokation im Gesundheitswesen zwischen Effizienz und Gerechtigkeit. **In:** Kick, H./Taupitz, J. (2005): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Berlin. LIT Verlag.
- Maydell von, B./ Kosack, T./ Repschläger, U./ Sievers, C./ Zeljar, R. (2010): Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. In: Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2010. Beiträge und Analysen. Düsseldorf. ISBN 978-3-9812534-2-9
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1992): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Mayntz, R. (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und Methodologische Überlegungen. Frankfurt/Main. New York. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 29. Campus Verlag, 1997.
- Mayntz, R. (2001): Zur Selektivität der steuerungspolitischen Perspektive. In: Burth, Hans-P./Görlitz, Axel (Hrsg.) (2001): Politische Steuerung in Theorie und Praxis. Baden-Baden. Nomos-Verlag.
- Mayntz, R. (2004): Governance im modernen Staat. In: Benz, A. (Hrsg. ) (2004): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Mayntz, R. (2009): Über Governance. Institutionen und Prozesse politischer Regelung. Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln. Band 62. Frankfurt/Main. Campus Verlag GmbH.
- Mayntz, R./ Scharpf, F.W. (Hrsg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln. Frankfurt/Main. Campus Verlag GmbH.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2008): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse In: Mayring, P./ Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.) (2008): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.

- Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle. Verlag Hans Huber.
- NAV – Virchowbund (1999): Beschlüsse der Bundeshauptversammlung 1999 des NAV-Virchowbundes am 19.-21. November 1999 in Köln. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 18.
- NAV Virchow Bund (2007): Ohne Titel. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/NAV\\_Virchow-Bund1.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/NAV_Virchow-Bund1.pdf) (zuletzt eingesehen am 08.02.2013)
- Neubauer, G. (2006): Stellungnahme als unabhängiger Sachverständiger zum Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)“ „Medizinische Versorgung – Krankenhaus“. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll\\_eingel/Neubauer.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stll_eingel/Neubauer.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)
- Noack, H. R. (1999): Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak, G. (Hrsg.): Das Handbuch Public Health – Theorie und Praxis. Berlin. Heidelberg. New York. Hong Kong. London. Milan. Paris. Tokio. Springer Verlag.
- Oberender, P. O./ Hebborn, A./ Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart. Verlag Lucius & Lucius.
- OptiMedisAG (2014): Gesundes Kinzigtal – eine Region wird aktiv. Online verfügbar unter <http://optimedis.de/netzwerke/gesund-es-kinzigtal.de> (zuletzt eingesehen am 14.04.2015)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (1999): Vorläufige Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A5 Beigabe 24.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (2003): Stellungnahme des Gesamtverbandes des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) – Stand: 02.06.2003 -. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Parit\\_tischer\\_Wohlfahrtsverband.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Parit_tischer_Wohlfahrtsverband.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)



- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. März 2011. WISO Diskurs. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.
- Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H./ Schrappe, M./ Lauterbach K.W./ Engelmann, U./ Halber, M. Gesundheitsversorgung und Disease Management. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Verlag Hans Huber.
- Pfeiffer, D. (2009): Politische Entwicklungen im Gesundheitswesen. In: Rebscher, H./ Kaufmann, St. (Hrsg): Gesundheitssysteme im Wandel. Heidelberg. München. Landsberg Frechen. Hamburg. Economica Verlag. S. 47-58.
- Pfetsch, F. (1975): Zum Stand der Innovationsforschung. In: Neuloh, O./ Rüegg, W. (Hrsg.) (1975): Innovationsforschung als multidisziplinäre Aufgabe. Beiträge zur Theorie und Wirklichkeit von Innovationen im 19. Jahrhundert. Studien zum Wandel von Gesellschaft und Bildung im Neunzehnten Jahrhundert. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Picot, A./Dietl, H./Franck, E. (1999): Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel Verlag.
- Platzer, H. (2008): Sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA siamesische Zwillinge? In: Recht und Politik im Gesundheitswesen. Band 14, Heft 3/2008. Frankfurt am Main. pmi Verlag AG.
- Preusker, U. (2009): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin. Ecomonica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Przyborski, A./ Wohlrab-Sahr, M. (2009): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. München. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Rachold, U. (2000): Neue Versorgungsformen und Managed Care. Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung. Stuttgart. Berlin. Köln. Verlag W. Kohlhammer.
- Rogall, H. (2006): Volkswirtschaftslehre für Sozialwissenschaftler. Eine Einführung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH.
- Rogers, E.M. (2003): Diffusion of Innovations. 5<sup>th</sup> Edition. New York.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen. 57. Jahrgang. Heft 3.
- Rosenbrock, R. (1999): Stellungnahme zum Entwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform) BT-DS 14/1245 zu Anhörung am 9.9.1999 im 14. Deutschen Bundestag, Gesundheitsausschuß in Berlin. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates.

- Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A4 Beigabe 22.
- Rothgang, H. (2003): Markt und Wettbewerb bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Die Finanzierung der Behindertenhilfe vor dem Hintergrund von Wettbewerb in der Kranken- und Pflegeversicherung. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 52/2003.
- Richter, R./ Furubotn, E. G. (2003): Neue Institutionenökonomik. Eine Einführung und kritische Würdigung. 3. Auflage. Tübingen. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Rürup, B. (2007): Demografie und Krankenversicherung. Was kostet Gesundheit in 2030? In: Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 3/07. 10. Jahrgang.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung und Empfehlungen. Sondergutachten 1995. Baden-Baden. Nomos-Verlag.
- Sachverständigenrat (2005): Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. In Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Drucksache 15/5670.
- Sachverständigenrat (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration-Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. In: Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Drucksache 16/13770.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011): Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Mai 2011. Paderborn. Bonifatius GmbH Buch-Druck-Verlag.
- Schimanek, U. (1992): Steuerungstheorie als Akteurstheorie. In: Bußhoff, H. (Hrsg.) (1992): Politische Steuerung. Steuerbarkeit und Steuerungsfähigkeit. Beiträge zur Grundlagendiskussion. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schleuler, R.-U. (2008): Gesundheitsfonds und M-RSA werden die Kassenlandschaft gründlich verändern. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen. Band 14, Heft 3/2008. Frankfurt am Main. pmi Verlag AG.
- Schmalen, H./ Pechtl, H. (1996): Die Rolle der Innovationseigenschaften als Determinanten im Adoptionsverhalten. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 48, 9.
- Schmalen, H. /Pechtl, H. (2001): Diffusionsprozess. In: Diller, H. (Hrsg.): Vahlens Großes Marketing Lexikon. 2. Auflage. München.
- Schmalen, H./Xander, H. (2000): Produkteinführung und Diffusion. In: Albers, S./Herrmann, A. (2000): Handbuch Produktmanagement. Wiesbaden. Gabler Verlag.
- Schmidt, P. (1976): Innovation. Diffusion von Neuerungen im sozialen Bereich. Hamburg. Hoffmann und Campe Verlag.
- Schöffski, O./Schulenburg, J.-M. von (2008): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag.

- Schulenburg, J.-M. von/Greiner, W. (2013): Gesundheitsökonomik. 3., neu bearbeitete Auflage. Mohr Siebeck Tübingen.
- Schumpeter, J. A. (1964): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. Eine Untersuchung über Unternehmervergewinn, Kapital, Kredit, Zins und den Konjunkturzyklus. 6. Auflage. Berlin. Duncker & Humblot.
- Schumpeter, J.A. (2006): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. Nachdruck der 1. Auflage von 1912. Hrsg. und Einleitung von Röpke, J. und Stiller, O.. Berlin. Duncker & Humblot.
- Schwartz, F.W./ Brennecke, R./ Busse, R./ Pfaff, A. (1996): Gesundheitssystemforschung. In: Walter, U./ Paris, W.: Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran. Verleger Alfred & Söhne.
- Schwartz, F.W./ Troschke, J./ Walter, U. (1999): Public Health in Deutschland. In: Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. (Hrsg.). Public-Health-Forschung in Deutschland.
- Schwartz, F.W. (1999): Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-Gesundheitsreform 2000. 21.09.1999 – Ambulante ärztliche Versorgung/Neuorganisation der KV. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A6 Beigabe 30.
- Schwartz, F.W./ Busse, R. (2003): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena. Urban und Fischer Verlag.
- Schwartz, F.W. (2003): Public Health-Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung. Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, J. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München. Jena. Urban und Fischer Verlag.
- Simon, M. (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.
- Sozialverband Deutschland (2003): Erste Stellungnahme des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz – GMG) der Bundesregierung (Stand des Gesetzentwurfs: 12.05.03). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Sozialverband\\_Dt\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Sozialverband_Dt_.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Sozialverband Deutschland (2010): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages in Berlin am 25. Oktober 2010 zum a) Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (BT-Drs.

17/3040) und zum b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen (BT-Drs. 17/1238). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_9\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_9_.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Sozialverband Deutschland e. V. (2012): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Rechtsausschuss und den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. Oktober 2012 zum a) Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, BT-Drs. 17/10488 vom 15.08.2012 sowie der Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0325; b) Antrag der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen, BT-Drs. 17/9061 vom 21.03.2012; c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Katrin Kunert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten, BT-Drs. 17/6489 vom 06.07.2011; und zum d) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Ingrid Hönlinger, Fritz Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen, BT-Drs. 17/6348 vom 29.06.2011. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_8\\_SoVD.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_8_SoVD.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)

Sozialverband VdK Deutschland (2005): Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland zum Antrag der FDP-Fraktion. Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen – BT-Drucksache 15/940 -; Antrag der FDP-Fraktion. Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – BT-Drucksache 15/3511 -; Antrag der FDP-Fraktion. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern – BT-Drucksache 15/3995; Antrag der CDU/CSU-Fraktion. Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – kritische Bestandsaufnahme – BT-Drucksache 15/4135-. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-rungen/98\\_Sitzung/cStellungnahmen/Sozialverband\\_VdK\\_Deutschland.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-rungen/98_Sitzung/cStellungnahmen/Sozialverband_VdK_Deutschland.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Sozialverband VdK Deutschland e. V. (2011): Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Antrag der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD für ein modernes Patientenrechtegesetz, BT-Drs. 17/907, anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 26. Januar 2011. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/e\\_Patientenrecht/Stellungnahmen/17\\_14\\_0097\\_20\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-ungen/Archiv/e_Patientenrecht/Stellungnahmen/17_14_0097_20_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)

Sozialverband VdK Deutschland e.V. (2012): Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). Online verfügbar unter

[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-  
rungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_11\\_VdK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoe-<br/>rungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_11_VdK.pdf) (zuletzt  
eingesehen am 06.02.2013)

Sozialversicherung (2013): SGB IV, V, IX, XI und Verträge. Rechtsstand: 1. Januar 2013.  
Legden. Inside Partner Verlag und Agentur GmbH.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006a): Erste politische Bewertung zum  
Referentenentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. AOK-Bundesverband,  
BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Verband der  
Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.. Online  
verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-  
run-  
gen/2006/029-034/stll\\_eingel/GKV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-<br/>run-<br/>gen/2006/029-034/stll_eingel/GKV.pdf) (zuletzt eingesehen am 10.02.2013)

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2006b): Gemeinsame Stellungnahme AOK-  
Bundesverband Bonn, BKK Bundesverband Essen, IKK-Bundesverband Bergisch-  
Gladbach, See-Krankenkasse Hamburg, Bundesverband der landwirtschaftlichen  
Krankenkassen Kassel, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, AEV-  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. Siegburg zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-  
Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Online verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-  
run-  
gen/2006/029-034/stll\\_eingel/GKV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoe-<br/>run-<br/>gen/2006/029-034/stll_eingel/GKV.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (1999): Stellungnahme zum  
Fraktionsentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab  
dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 23.6.99. In: Gesetz zur Reform der  
gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz  
2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur  
Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999.  
BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates.  
Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band  
A3 Beigabe 11.

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (2003): Stellungnahme zur  
öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
Gesundheitssysteme. Online verfügbar unter  
[http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoe-  
rungen/27\\_Sitzung\\_29-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/st\\_ndeige\\_Konferenz.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoe-<br/>rungen/27_Sitzung_29-31_Sitzung/Stellungnahmen/st_ndeige_Konferenz.pdf)  
(zuletzt eingesehen am 12.02.2013)

Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheitsausgaben im Jahr 2013. Online einsehbar unter  
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsaus-  
gaben/Gesundheitsausgaben.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsaus-<br/>gaben/Gesundheitsausgaben.html)  
(zuletzt eingesehen am 15.07.2015)

Steiner, M./ Riedel, W./ Maetzel, J./ Kühn, K./ Lühr, O. (2005): Wissenschaftliche Begleitung  
des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell). 1.  
Zwischenbericht. Basel. Prognos AG.

Stuppardt, R. (2009): Erste Erfahrungen mit dem Gesundheitsfonds und MorbiRSA in  
Deutschland. In: Rebscher, H./ Kaufmann, St. (Hrsg): Gesundheitssysteme im Wandel.  
Heidelberg. München. Landsberg Frechen. Hamburg. Economia Verlag.

- Taylor, F. W. /Roesler, R. (2011): Die Grundsätze der wissenschaftlichen Betriebsführung. Reproduktion der 1. Auflage von 1913 Verlag R. Oldenbourg, Paderborn, Salzwasser Verlag GmbH
- Techniker Krankenkasse (2003): Kernaussagen der Techniker Krankenkasse (TK) zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) in der Fassung vom 02.06.2003. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Techniker\\_KK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Techniker_KK.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Techniker Krankenkasse (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24. Oktober 2006 BT-Drs. 16/3100. Stellungnahme der Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg\\_nicht\\_eingel/TK.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/stllg_nicht_eingel/TK.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- Trampusch, Ch. (2008): Der erschöpfte Sozialstaat. Transformation eines Politikfeldes. Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Band 66. Frankfurt. New York. Campus Verlag.
- Ulrich, R. E. (2005): Demografischer Wandel und Krankheitskosten in Deutschland. In: Badura, B./ Iseringhausen, O. (Hrsg.) (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
- Ulrich, R. E. (2007): Demografie, Alterung und Gesundheit. Ein wichtiges Thema für das Gesundheitsmanagement. Vorlesungsunterlagen MHA. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld.
- Ulrich, V./Maier, Ch./Trescher, A.-L. (2014): Wie wird der Innovationsfonds innovativ? In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen. 2/2014. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Union der Leitenden Angestellten (1999): Stellungnahme der Union der Leitenden Angestellten (ULA) zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), BT-Drs. 14/1245. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A5 Beigabe 27a.
- Verband der Angestelltenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (1999): Stellungnahme des VdAK/AEV zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 25. Mai 1999. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band B1 Beigabe 20.
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2003):

- Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG – vom 2. Juni 2003. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29 - 31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Verband\\_der\\_Angestelltenkk\\_2.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Verband_der_Angestelltenkk_2.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2008): Stellungnahme des VdAK/AEV zum „Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ BT-Drs. 16/9559. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/VdAK\\_AEV.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/094/stllg/VdAK_AEV.pdf) (zuletzt eingesehen am 08.02.2013)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (2010): Ergänzende Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) zum Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) Bundestagsdrucksache 17/3040 und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (Ausschussdrucksache 17(14)0072) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25.10.2010 in Berlin. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_32\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_32_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Verband der Ersatzkassen e.V. (2012): Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 15.08.2012, Gesetzentwurf BT-Drucksache 17/10488, Ausschussdrucksache 17(14)0325, Antrag „Individuelle Gesundheitsleistungen eindämmen“ (BT-Drucksache 17/9061), Antrag „Mehr Rechte für Patientinnen und Patienten“ (BT-Drucksache 17/6489), Antrag „Rechte von Patientinnen und Patienten durchsetzen“ (BT-Drucksache 17/6348). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z\\_Patientenrechte/Stellungnahmen/17\\_14\\_0326\\_23\\_vdek.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_23_vdek.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2003a): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems. Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG). Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Verbraucherzentrale.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29-31_Sitzung/Stellungnahmen/Verbraucherzentrale.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2003b): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Modernisierungsgesetz – GMG. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/36\\_Sitzung/Stellungnahmen/Verbraucherzentrale.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/36_Sitzung/Stellungnahmen/Verbraucherzentrale.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2006): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes

- zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) Erster Teil: Gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/still\\_eingel/Verbraucherzentrale.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0304/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2006/029-034/still_eingel/Verbraucherzentrale.pdf) (zuletzt eingesehen am 09.02.2013)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2011a): Versorgungsstrukturgesetz verpasst Verbesserungen für die Patienten. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m\\_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17\\_14\\_0188\\_39\\_vzbv.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/m_Versorgungsstrukturgesetz/Stellungnahmen/Ae17_14_0188_39_vzbv.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2011b): Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes. Antrag SPD-Bundestagsfraktion. Für ein modernes Patientenrechtgesetz. BT-Drs. 17/907. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e\\_Patientenrecht/Stellungnahmen/17\\_14\\_0097\\_14\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/e_Patientenrecht/Stellungnahmen/17_14_0097_14_.pdf) (zuletzt eingesehen am 05.02.2013)
- verdi (2010): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) BT-Drs. 17/3040 und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen BT-Drs. 17/1238. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d\\_GKV-FinG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0074\\_30\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/d_GKV-FinG/Stellungnahmen/17_14_0074_30_.pdf) (zuletzt eingesehen am 06.02.2013)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (2003): Stellungnahme der VAKJP zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG – im Hinblick auf den Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – zur Veröffentlichung als BT-Drucksache – Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhoerungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-\\_31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Vereinigung\\_Analytischer\\_Kinder-\\_und\\_Jugendlichen-\\_Psychoth\\_.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhoerungen/27_Sitzung_29_-_31_Sitzung/Stellungnahmen/Vereinigung_Analytischer_Kinder-_und_Jugendlichen-_Psychoth_.pdf) (zuletzt eingesehen am 12.02.2013)
- Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V. (VPK) (1999): Stellungnahme zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A3 Beigabe 11.
- Volkssolidarität Bundesverband e.V. (2003): Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) der



- Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen des Deutschen Bundestages – Drucksache 15/1177. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/volkssolidarit\\_t.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/volkssolidarit_t.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Walz, D. (1975): Grundlagen und Richtungen der Innovationsforschung. In: Neuloh, O./Rüegg, W. (Hrsg.): Innovationsforschung als multidisziplinäre Aufgabe. Beiträge zur Theorie und Wirklichkeit von Innovationen im 19. Jahrhundert. Studien zum Wandel von Gesellschaft und Bildung im Neunzehnten Jahrhundert. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wasem, J./Schimanek, U. (1995): Die staatliche Steuerbarkeit unkoordiniertem kollektiven Handelns. In: Mayntz, R./ Scharpf, F. W. (Hrsg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln. Frankfurt/Main. Campus Verlag GmbH.
- Wasem, J./Buchner, F. (2007): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Sechster Studententext. Weiterbildender Fernstudiengang Master of Health Administration. Universität Bielefeld.
- Weber, D. (1992): Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. In: Mayntz; R. (Hrsg.) (1992): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh. Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Weller, M./AOK Bundesverband (1999): Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung – Vom Papiertiger zum echten Lotsen im medizinischen Versorgungssystem. In: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2626 und Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom 22. Dezember 1999. BGBl I 1999, S. 2657. Gesetzesmaterialien erstellt unter Mitarbeit des Bundesrates. Deutscher Bundestag – Parlamentsarchiv – BT: XIV/70 und XIV/71. BR: 609/99. Band A6 Beigabe 34.
- Weiber, R. (1992): Diffusion von Telekommunikation. Problem der kritischen Masse. Neue betriebswirtschaftliche Forschung 101. Wiesbaden. Gabler-Verlag.
- Weibernetz e.V. (2003): Stellungnahme des Weibernetz e.V. zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) vom 02.06.03. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Weibernetz.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Weibernetz.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)
- Wildenradt von, M./Kraut, Ch./Amelung, V.E. (2011): Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen. Amelung, V.E./Eble, S./Hildebrandt, H. (Hrsg.) (2011): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Schriften des Bundesverband Managed Care. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Wille, E. (2003): Anmerkung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“. Online verfügbar unter [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a\\_anhörungen/27\\_Sitzung\\_29\\_-31\\_Sitzung/Stellungnahmen/Wille.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0825/parlament/gremien15/a13/a13a_anhörungen/27_Sitzung_29_-31_Sitzung/Stellungnahmen/Wille.pdf) (zuletzt eingesehen am 11.02.2013)

- Wilken, M. (2010). Arzt und Patient. Die Dienstleistung zwischen Hausarzt und Patient im deutschen Gesundheitssystem – eine handlungsfundierte Institutionenanalyse. In: Voß, G.G (Hrsg.): Arbeit und Leben im Umbruch. Schriftenreihe zur subjektorientierten Soziologie der Arbeit und der Arbeitsgesellschaft. Band 19. München und Mering. Rainer Hampp Verlag.
- Witte, E. (1973): Organisation für Innovationsentscheidungen. In: Hauschildt, J./ Gemünden H. G. (Hrsg.) (1998): Promotoren. Champions der Innovation. Wiesbaden. Springer Fachmedien.
- Wolf, J. ( 2005): Organisation, Management, Unternehmensführung. Theorien und Kritik. 2. Auflage. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. 2005.
- Zieres, G. (2006): Chaos im Gesundheitswesen? Eine chaostheoretische Analyse und Einschätzung ausgewählter Reformvorschläge des Sachverständigenrates und Ableitung von Handlungsempfehlungen. Dienheim a. Rhein. IATROS Verlag & Services GmbH.
- Zok, K. (2003): Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. Bonn. Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Zwingmann, C./ Comte, C./ Richter, J. (2007a): Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell). 3. Zwischenbericht. Basel. Düsseldorf. Prognos AG.
- Zwingmann, C./ Comte, C./ Richter, J. (2007b): Wissenschaftliche Begleitung des hausärztlichen Qualitäts- und Kooperationsmodells Südbaden (Hausarztmodell). 2. Zwischenbericht. Basel. Düsseldorf. Prognos AG.
- Zwingmann, C./ Richter, J. (2008): Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells Rhein-Neckar (Hausarztmodell). 4. Zwischenbericht. Düsseldorf. Prognos AG.

## Anhang

**Tabelle 57: GKV-GRG, Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1**

Kategorie mit Unterategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GRG-Kategorie 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
GRG-Unterkateg. 1.1: Befürwortung der Definition hausärztlicher Versorgung	Die Notwendigkeit zur Umsetzung einer TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung zwecks Problemlösung wird bejaht.	<p><b><u>Ankerbeispiel: „(...) Stärkung der hausärztlichen Versorgung wird begrüßt, (...) wird grundsätzlich positiv beurteilt, (...) sachgerecht, (...) sinnvoll.“</u></b></p> <p><b><u>GKV SV A3/6:</u></b> Die Spitzenverbände der Krankenkassen beurteilen es grundsätzlich positiv, dass die Position des Hausarztes im Verhältnis zu den Versicherten und den weiterbehandelnden Fachärzten gestärkt werden soll.</p> <p><b><u>AOK BV A5/27:</u></b> Die vorgesehenen Regelungen stützen die Position des Hausarztes im Verhältnis zu den Versicherten und zu den weiterbehandelnden Fachärzten. Dies ist im Sinne einer praxistauglichen Umsetzung zu begrüßen.</p> <p><b><u>AOK BV/Weller A6/34:</u></b> Sämtliche für eine „Lotsenfunktion“ des Hausarztes relevanten Ebenen, auf denen ein Handlungsbedarf besteht, werden (...) bedient. Ohne in ein Primärarztssystem abzudriften, in dem die freie Arztwahl eingeschränkt ist, kann es mit den jetzt vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung gelingen, den Trend zum Facharzt zu stoppen.</p> <p><b><u>BKK BV A4/B21:</u></b> Die beabsichtigte Stärkung der hausärztlichen im Verhältnis zur fachärztlichen Versorgung scheint aufgrund internationaler Erfahrung versorgungspolitisch funktional (...).</p> <p><b><u>VdAK/AEV B1/20:</u></b> Zu begrüßen ist auch die Absicht, die hausärztliche Versorgung zu stärken. (...) Grundsätzlich wird eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung befürwortet.</p> <p><b><u>BÄK B1/6:</u></b> Eine Erweiterung der gegenseitigen Information von Haus- und Fachärzten (...) ist grundsätzlich zu begrüßen. (...). Die Koordinierungsrolle des Hausarztes (...) sollen Angebote an Patienten sein.</p> <p><b><u>BÄK B1/31:</u></b> Die vorgesehene Definition stellt aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine konsequente Folgeregelung zu dem vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Differenzierungsmodell dar, wobei die formulierten Ausnahmeregelungen als sachgerecht angesehen werden.</p> <p><b><u>HÄV Bremen A6/29:</u></b> Für das Überleben des hausärztlichen Bereiches, der zudem unter enormen innerärztlichen Druck steht (Abfluss hausärztlichen Honorars zugunsten neuer fachärztlicher Praxen und Technik), ist die Festlegung eines Honorarteils, wie im Gesetz</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zur TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung wiedergeben und die Trennung der ambulanten ärztlichen Versorgung in einen haus- und eine fachärztlichen Bereich befürworten.

		<p>vorgesehen, notwendig. Honorarverteilungsmaßstäbe sind Gegenstand innerärztlicher Machtpolitik und veränderbar je nach Mehrheitsverhältnissen</p> <p><b>Parität A5/24:</b> Der Paritätische WV unterstützt im Interesse einer qualitativen und wirtschaftlichen ärztlichen Behandlung die Stärkung der hausärztlichen Versorgung.</p> <p><b>Prof. Schwartz A6/30:</b> Es ist ferner konsequent, (§73) die hausärztliche Versorgung im Kern gesetzlich zu regeln.</p> <p><b>GVG B1/10:</b> Fasst man die Befunde zusammen, ist durch den Übergang auf das jetzt vorgesehene freiwillige Hausarztssystem bei ausreichendem Patientenzuspruch und mittelfristiger Bindungswirkung, funktionierender Dokumentation und Steuerungswirkung (gate keeping) von keinen vorhersagbaren negativen Qualitätseffekten, aber evt. von Kostensenkungen in nachgelagerten Bereichen auszugehen.</p>	
GRG-Unterkat. 1.2: Ablehnung der Definition hausärztlicher Versorgung	Die Notwendigkeit zur Umsetzung einer TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b>Ankerbeispiel:</b> „(...) lässt sich nicht wie vorgesehen stärken, (...) wird grundsätzlich abgelehnt, (...erscheint nicht sachgerecht, (...) nicht sinnvoll.“</p> <p><b>KV Rheinhessen B1/15:</b> Die Vertreterversammlung der KV Rheinhessen lehnt die im Referenten-Entwurf vom Bundesgesundheitsministerium vorgesehene Gesundheits-Reform 2000 ab.</p> <p><b>NAV Virchow B1/18:</b> Die Bundeshauptversammlung 1999 des NAV-Virchowbundes lehnt das Gesundheitsreformgesetz 2000 (...) grundsätzlich ab. Die Bundeshauptversammlung 1999 des NAV-Virchowbundes fordert, dass das zentrale Recht des Patienten, den Arzt seines Vertrauens frei wählen zu können, auch in Zukunft gewahrt bleibt. Mit der Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten oder Arztgruppen abzuschließen, wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehöhlt.</p> <p><b>DGVT B1/10:</b> Auch wenn das Hausarztprinzip zur Verbesserung der Vernetzung, Vermeidung von überflüssiger Diagnostik und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich begrüßt wird, sehen wir für den besonderen Bereich der Psychotherapie hier ein Problem.</p>	Aussagen, die eine Ablehnung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung wiedergeben und die Trennung der ambulanten ärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich nicht befürworten.
GRG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung der Definition hausärztlicher Versorgung	Zur Umsetzungsnotwendigkeit und TN-Definition hausärztlicher Versorgung werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<p><b>Ankerbeispiel:</b> „(...weiterer Handlungsbedarf, weitere Ergänzungen notwendig.“</p> <p><b>BDA A4/17:</b> Der BDA betont noch einmal, dass die Motivation der Versicherten zur Wahl eines Hausarztes, d.h. zur Verpflichtung, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von Ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, entscheidend ist für den Aufbau eines hausarztorientierten Versorgungssystems. Mit Halbherzigkeiten ist es nicht getan.</p> <p><b>DAG A6/41:</b> Im Übrigen gilt es, das Hausarztmodell (...) so zu steuern, dass es nicht (...) missbraucht werden kann.</p>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur TN-Definition hausärztlicher Versorgung und der Trennung der ambulanten ärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 58: GKV-GRG, Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GRG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch die Definition hausärztlicher Versorgung anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
GRG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zur Adoption der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung wird zugestimmt.	<p><b>Ankerbeispiel: „(...) Ausgestaltung wird begrüßt, (...) versorgungspolitisch funktional.“</b></p> <p><b>VdAK/AEV B1/20:</b> Positiv zu werten ist die Möglichkeit, getrennte Honorartöpfe für die haus- und fachärztliche Versorgung zu bilden.</p> <p><b>BKK BV A4/B21:</b> Die beabsichtigte Stärkung (...) scheint (...) versorgungspolitisch funktional (...) und setzt sowohl Änderungen der Regelungen zur Vergütung und Honorarverteilung wie auch Verbesserungen der allgemeinmedizinischen Qualifizierung voraus.</p> <p><b>ULA A5/27a:</b> Die ULA begrüßt grundsätzlich die Gesetzentwurf vorgesehene Stärkung der Rolle des Hausarztes (...). Gleichzeitig tritt die ULA dafür ein, dass der Kreis der Facharztgruppe, welche ohne Überweisung besucht werden dürfen, hinreichend weit gefasst wird. Die damit verbundene Einschränkung des Grundsatzes der freien Arztwahl noch zu rechtfertigen. Weitere Einschränkungen werden hingegen strikt abgelehnt.</p>	Aussagen, die der Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur TN-Definitionsadoption zur hausärztlichen Versorgung zustimmen.
GRG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung wird abgelehnt.	<p><b>Ankerbeispiel: „(...) ungehinderter Facharztzugang muss erhalten bleiben, (...) falsche Vorgehensweise und Ausgestaltung, (...) Regelung scheitert in Ausgestaltung und Umsetzung.“</b></p> <p><b>KBV B1/12:</b> Schon die bisherige Regelung des §73 Abs. 1b scheitert an der Durchführung (...). Zu fordern ist daher die Vereinbarung getrennter Gesamtvergütungsanteile mit den Krankenkassen, durch welche die Krankenkassen endlich die Mitverantwortung für die Angemessenheit sowohl der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgung übernehmen.</p> <p><b>KBV B1/25:</b> Die hausärztliche Versorgung lässt sich nicht durch Honorarumverteilungen und Teilbudgetierungen unter fortbestehenden sektoralen Budgets sowie durch bürokratische Auflagen an Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen stärken, wie dies der Diskussionsentwurf vorsieht.</p> <p><b>Berufsverband Deutscher Nervenärzte A5/24:</b> Der ungehinderte Zugang psychisch Kranker zum behandelnden Facharzt muss gewährleistet bleiben. Obwohl der Gedanke integrativer Versorgungsmodelle durchaus begrüßenswert ist, bestehen also hier für psychisch Kranke gerade aus Krankheitsgründen besondere Risiken, die sich negativ auf die Behandlung auswirken können.</p> <p><b>Prof. Rosenbrock A4/22:</b> Die niedergelassene Primärärztin (Hausarzt) wird ihre Rolle als „gate keeper“, „dispatcher“ und „Versorgungsregisseur“ nur dann problemadäquat erfüllen können, wenn sie/er als vertrauenswürdige TreuhänderIn der Gesundheitsinteressen seiner/ihrer PatientInnen agiert und nicht (...) als Sparkommissar und Leistungsverweigerer vor allem gegenüber sozial</p>	Aussagen, die die Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur TN-Definitionsadoption zur hausärztlichen Versorgung ablehnen

		<p>Unterprivilegierten wahrgenommen wird. Es geht also um horizontale Versorgungsintegration. Die idealtypische Institutionalisierung dieser Versorgungsstufe ist langfristig das multiprofessionelle primary health care team, (...). Im Hinblick auf diese Anforderung ist der vorliegende Entwurf unangemessen arztzentriert.</p> <p><b>Deutscher Pflegerat A4/21:</b> Das Konzept der hausärztlichen Versorgung (Hausarztmodell) wird grundsätzlich vom Deutschen Pflegerat anerkannt. Es sollte aber unmissverständlich zum Ausdruck kommen, dass ein Konzept der hausärztlichen Versorgung nur gemeinsam mit Pflegeexperten entwickelt und durchgeführt werden kann (...).</p> <p><b>Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge A6/30:</b> Es erscheint sinnvoll, den Krankenkassen „die Möglichkeit (zu geben), modellhaft zu erproben, ob (auch) durch finanzielle Anreize die Inanspruchnahme von Hausärzten durch Versicherte gefördert werden kann“. Allerdings dürfen dann Hausarzt nicht nur die in §73 (...) aufgeführten Ärzte sein. Bei chronisch Rheumakranken etwa kann sinnvoll nur ein Rheumatologe die „Lotsenfunktion“ (...) wahrnehmen.</p> <p><b>ABDA B1/4:</b> Eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung (...) wird unsererseits vom Grundsatz her begrüßt. Wir vermissen jedoch (...) die verstärkte Einbeziehung der apothekerlichen Kompetenz.</p>	
GRG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Bestimmung und Ausgestaltung anpassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung werden keine wertenden Aussagen getroffen.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder Ablehnung noch Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur TN-Definitionsadoption zur hausärztlichen Versorgung wiedergeben

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 59: GKV-GRG, Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GRG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung.		
GRG-UK 1.1 Befürwortung des Teilnahmebonus HV	Die Notwendigkeit zur Umsetzung eines Versichertenbonus in der HV zwecks Problemlösung wird bejaht.	<b>Ankerbeispiel: „Die Einführung einer Bonusregelung wird begrüßt.“</b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Einführung und Umsetzung eines Versichertenbonus in der HV wiedergeben.
GRG-UK 1.2 Ablehnung des Teilnahmebonus HV	Die Notwendigkeit zur Umsetzung eines Versichertenbonus in der HV zwecks Problemlösung wird verneint.	<b>Ankerbeispiel: „Die Bonusregelung zeigt in die falsche Versorgungsrichtung, (...) wird abgelehnt, (...) kein Vorteil erkennbar.“</b>	Aussagen, die eine Ablehnung zur Einführung und Umsetzung eines Versichertenbonus in der HV wiedergeben und die

		<p><b>ikk BV A3/10:</b> Die Einführung eines Bonus für Versicherte, die sich verpflichten, primär nur ihren gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen, wird abgelehnt. Sie würde zu einem gesplitteten Beitragssatz führen (...). Ferner ist die freie Arztwahl den Versicherten so wichtig, dass sie nur mit einem sehr hohen Bonus zu einer Einschreibung in ein Hausarztmodell motiviert werden können. Auf den § 65a (neu) sollte daher verzichtet werden.</p> <p><b>BKK BV A4/21:</b> Die Option zur Gewährung eines Hausarzt-Bonus weist in die falsche Richtung, da sie faktisch als Gesunden-Bonus kaum zur Verbesserung der Versorgung beitragen, allerdings aufgrund zu erwartender Mitnahmeeffekte zusätzliche Ausgaben provozieren wird.</p> <p><b>AOK BV A5/27:</b> Grundsätzlich ist es sozialpolitisch umstritten, ob ein Bonus für die freiwillige Bindung an einen Hausarzt nicht zu einer unerwünschten Aushöhlung des Solidarprinzips durch Tariffdifferenzierung führt. Streichung des gesamten Paragraphen.</p> <p><b>VdAK/EAV B1/20:</b> Freiwillige Hausarztwahltarife sind höchst problematisch, da sie die Attraktivität vor allem für gesunde Versicherte entfalten. Soweit diesen ein signifikanter Bonus gewährt wird, reduziert sich deren Beitragsaufkommen, ohne dass die Leistungsanspruchnahme insgesamt (...) verringert wird.</p> <p><b>Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände A3/11:</b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...) zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b>VPK A3/11:</b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...) zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. A4/15:</b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in</p>	<p>Problemlösungsfähigkeit des Versichertenbonus in der HV verneinen.</p>
--	--	---	---

		<p>der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...) zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b>BDA A4/17:</b> Ein Anreiz für Versicherte, einen Hausarzt zu wählen, soll durch die Regelung des §65a des Entwurfes geschaffen werden. Der BDA betrachtet die Regelung als unzureichend.</p> <p><b>BÄK B1/6 und B1/31:</b> Mit der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind finanzielle Anreize für Versicherte prinzipiell nicht vereinbar. Das Recht auf freie Arztwahl darf nicht angetastet werden. Die Gesetzesregelung wird abgelehnt.</p> <p><b>BÄK B1/34:</b> Der Vorstand und der Länderausschuss der KBV bekräftigen ihre grundsätzliche Ablehnung der von der Regierungskoalition eingebrachten Gesundheitsreform 2000 (...).</p> <p><b>NAV Virchow B1/18:</b> Der größte Etikettenschwindel wird im Bereich der hausärztlichen Versorgung erlebt (...). Vom Bonus für Hausärzte ist keine Rede mehr, jetzt soll es einen Bonus für Versicherte geben(...).</p> <p><b>KBV B1/12:</b> Es ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob das Ziel der Übernahme einer hausärztlichen Koordinationsverantwortung in der Erzielung von Einsparungen liegen soll. KBV bekräftigt grundsätzlich die Ablehnung des Gesetzentwurfes zur Gesundheitsreform 2000.</p> <p><b>DGVP A3/9:</b> Der Versichertenbonus für den Pflichtgang zum Hausarzt ist zu streichen. Er bedeutet eine unnötige Gängelung der Patienten; mit einer Einsparung aus der Pflicht zum Hausarztbesuch ist nicht zu rechnen.</p> <p><b>Parität A5/24:</b> Ein Bonussystem kann nach Auffassung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes eine Benachteiligung von Patientinnen und Patienten nach sich ziehen. Wenn ein solches System eingeführt werden sollte, muss abgesichert werden, dass es sich nicht zu Lasten chronisch kranker Menschen auswirkt. (...), dass es nicht zu Lasten chronisch kranker Menschen auswirkt.</p> <p><b>DAG A6/41:</b> Finanzielle Anreize für Versicherte, die das Hausarztmodell wählen, werden kritisch gesehen, die Mitnahmeeffekte durch „gesunde“ Versicherte bergen nicht unbedeutende finanzielle Risiken für die Kassen.</p>	
GRG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder	Zur Notwendigkeit und Umsetzung des Versichertenbonus in der HV zwecks Problemlösung werden keine	<p><b>Ankerbeispiel: ohne Beispiel</b></p> <p><b>BÄK B1/25:</b> Eine solche Bonusregelung setzt einen Anreiz zur Inanspruchnahme</p>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung und Umsetzung des Versichertenbonus



Ablehnung des Teilnahmebonus HV	wertenden Aussagen getätigt.	des Hausarztes; eine solche Regelung auf freiwilliger Basis verhindert ein Primärarztssystem. Da sich der Bonus auf nachgewiesene Einsparungen beschränken soll, belastet er die Solidargemeinschaft weniger.	in der HV wiedergeben.
---------------------------------	------------------------------	---	------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 60: GKV-GRG, Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GRG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch den Teilnahmebonus HzV anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe.		
GRG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zur Adoption des Versichertenbonus in der HV wird zugestimmt.	<b><u>Ankerbeispiel: Eine Einbindung der Regelung ist umsetzbar, (...) sinnvoll, (...) folgerichtig.“</u></b>	Aussagen, die der Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Versichertenbonus in der HV zustimmen.
GRG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption des Versichertenbonus in der HV wird abgelehnt.	<b><u>Ankerbeispiel: „Regelung in ihrer Ausgestaltung(...) nicht vereinbar, nicht schlüssig, nicht umsetzbar.“</u></b> <b><u>Hartmannbund A3/10:</u></b> Der Hartmannbund vertritt die Auffassung, dass vor Einführung eines Versichertenbonus die Frage zu klären ist, inwieweit ein solcher Bonus in der hausärztlichen Versorgung das Solidarsystem durchlöchert. Es geht nicht, dass Gruppen von Versicherten an andere Gruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, Beitragsgelder zur Verfügung stellen, um den Versichertenbonus zu finanzieren. <b><u>BÄK B1/6 und B1/31:</u></b> Mit der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind finanzielle Anreize für Versicherte prinzipiell nicht vereinbar. Das Recht auf freie Arztwahl darf nicht angetastet werden. <b><u>BMC A4/15:</u></b> Es gibt bisher noch keine schlüssigen Beweise dafür, dass die Vorschaltung eines Hausarztes wirklich immer zu Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserung der Versorgung führt. Bisherige Ergebnisse bei Hausarztтарifen in der PKV werfen die Frage nach einer angebotsinduzierten Risikoselektion auf. Letztendlich scheint die Qualifikation des jeweiligen Hausarztes entscheidend für die Effekte zu sein.	Aussagen, die die Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Versichertenbonus in der HV ablehnen.
GRG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer	Zur Bestimmung und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption des	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder Ablehnung noch Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur

Bereichs- /Ablaufbestimmung	Versichertenbonus in der HV werden keine wertenden Aussagen getroffen.		Adoption des Versichertenbonus in der HV wiedergeben.
--------------------------------	--	--	---

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 61: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie Unterkategorie	mit	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GMG-K 1 - agenda setting		Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
GMG-UK Befürwortung der Eigendefinition der HzV	1.1	Die Notwendigkeit zur Umsetzung der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V zwecks Problemlösung wird bejaht.	<p><b>Ankerbeispiel: „HzV erscheint sinnvoll, (...) könnte den Vorteil bieten, (...) wird unterstützt, (...) wird begrüßt.“</b></p> <p><b>BÄK:</b> (...) die zunehmende Spezialisierung in der Medizin sprechen für eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung. Hausarzttarife erscheinen gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.</p> <p><b>DHÄV:</b> Eine zentrale Rolle (...) dieser neuen Versorgungsformen spielt dabei die in § 73b SGB V (neu) normierte „Hausarztzentrierte Versorgung“.</p> <p><b>DPTV:</b> Eine hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten dass die Schwelle für zielgerichtete Inanspruchnahme (...) niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung psychotherapeutischer Maßnahmen führt zur Steigerung von Lebensqualität und der Reduktion von Inanspruchnahme und Kosten.</p> <p><b>BptK:</b> Eine hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten, dass die Schwelle für zielgerichtete Inanspruchnahme (...) niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung psychotherapeutischer Maßnahmen führt zur Steigerung von Lebensqualität und der Reduktion von Inanspruchnahme und Kosten.</p> <p><b>Marburger Bund:</b> In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem ist ein koordinierender Arzt, der die Rolle eines Lotsen bei der strukturierten Behandlung von Patienten übernimmt, grundsätzlich sinnvoll.</p> <p><b>Sozialverband VdK:</b> Der Sozialverband VdK sieht in (...) hausarztzentrierten Versorgungsformen große Chancen für eine bessere und wirtschaftliche Versorgung von chronisch Kranken und behinderten Menschen</p> <p><b>AWO BV:</b> Das Hausarztssystem wird von der AWO ausdrücklich unterstützt.</p> <p><b>EKD:</b> Auch die vorgesehene Stärkung der Lotsenfunktion von Hausärzten findet die Zustimmung der evangelischen Kirche.</p> <p><b>Verbraucherzentrale BV:</b> Die für die Krankenkassen verpflichtende Einführung eines Hausarztssystems wird im GMG begleitet durch entsprechende Reformen in der ärztlichen</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Umsetzungsnotwendigkeit der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.

		<p>Selbstverwaltung, die zu einer Stärkung der Hausärzte führen soll. Der vzbv begrüßt dies, (...).</p> <p><b><u>GV Parität:</u></b> Das vorgesehene Hausarztssystem wird grundsätzlich begrüßt.</p> <p><b><u>SoVD:</u></b> Der Sozialverband Deutschland befürwortet im Grundsatz ein Hausarztmodell, plädiert jedoch dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen.</p> <p><b><u>GQMG:</u></b> Die GQMG begrüßt die Ansätze im GMG (...): Strukturell sinnvolle finanzielle Anreize durch Gatekeeper-Funktion der Hausärzte (§67) sowie Bonussysteme für Teilnahme an Hausarztssystemen (...).</p> <p><b><u>Deutscher Gewerkschaftsbund:</u></b> Die Stärkung des Hausarztes als Lotse wird begrüßt.</p>	
GMG-UK 1.2 Ablehnung der Eigendefinition HzV	Die Notwendigkeit zur Umsetzung der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b><u>Ankerbeispiel:</u></b> „HzV ist aus vielen Gründen nicht sinnvoll, (...) ist abzulehnen, (..) ist zu bezweifeln.“</p> <p><b><u>TK:</u></b> Alle Krankenkassen zu verpflichten, ein Hausarztmodell obligatorisch anzubieten und durch massive Verhaltensanreize die Wahl der Versicherten für ein Hausarztmodell zu forcieren, ist aus vielen Gründen nicht sinnvoll. Stattdessen sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, optional HzV anbieten zu können.</p> <p><b><u>VdAK/AEK:</u></b> Ein für die Krankenkassen verpflichtend einzuführendes Hausarztssystem ist abzulehnen. Als Optionsregelung hingegen wird zur besseren Steuerung der Patienten das Hausarztmodell begrüßt.</p> <p><b><u>AOK BV:</u></b> Die AOK spricht sich nicht für ein verpflichtendes Hausarztssystem aus. Bevorzugt wird ein wettbewerbliches Modell. Der Bonus kann (...) für das Hausarztssystem auch ganz entfallen.</p> <p><b><u>BKK BV:</u></b> Für eine Privilegierung des Hausarztmodells durch den Gesetzgeber fehlen in Deutschland empirische Anhaltspunkte. Von daher sollten Hausarztmodelle sich im Wettbewerb mit anderen Versorgungsformen bewähren können, aber nicht zum Pflichtangebot aller Krankenkassen bei Verzicht auf Eintrittsgeld gemacht werden.</p> <p><b><u>Ikk BV:</u></b> In der Stärkung der Rolle der Hausärzte unterstützen die Innungskrankenkassen die Bundesregierung. Ein Hausarztssystem kann dazu beitragen, unnötige fachärztliche Konsultationen zu vermeiden und dadurch Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen. Es sollte jedoch ein freiwillig zu nutzendes Instrument bleiben, da die Akzeptanz des Hausarztes als Primärversorger im Wesentlichen von deren für Patienten spürbaren Qualifikation in Sachen Versorgungsqualität und Steuerung abhängt. Ökonomische Wirkungen der Praxisgebühr allein durch den entstehenden Verwaltungsaufwand sind zu bezweifeln.</p> <p>Das Angebot von Hausarztmodellen sollte für Krankenkassen als Satzungsleistung freiwillig sein.</p> <p><b><u>Hartmannbund:</u></b> Der Hartmannbund begrüßt die Einführung eines hausärztlich orientierten Primärversorgungsmodells auf freiwilliger Basis. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung eines Hausarztmodells, das mit Bonusregelungen gekoppelt ist, abgelehnt. Der Hartmannbund bezweifelt, dass das Hausarztmodell wirklich zu Kosteneinsparungen führen wird.</p> <p><b><u>KBV:</u></b> Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausdrücklich begrüßte Stärkung der Hausarztfunktion als „Lotse im Gesundheitswesen“ kann diese Fehlentwicklung nicht verhindern, zumal die Hausärzte selbst in ein engmaschiges ihre ärztliche Entscheidungsfreiheit massiv</p>	Aussagen, die eine Ablehnung zur Umsetzungsnotwendigkeit der Definition der HzV gemäß § 73 SGB V wiedergeben und die Problemlösungsfähigkeit der Innovation verneinen.

		<p>einschränkendes Prüf- und Kontrollsystem eingebunden werden sollen.</p> <p><b>BHI:</b> Die Möglichkeit von Einzelverträgen der Kassen mit Hausärzten ohne Kontraktionszwang. In einem Einzelvertragssystem wird es den Kassen letztlich überlassen bleiben, wie sie „besonders qualifizierte Ärzte“ definieren. Besonders entschieden verwahrt sich der BHI dagegen, dass die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung damit de facto aus der gemeinsamen Selbstverwaltung allein in die Hände der Kassen gegeben wird.</p> <p><b>Lebenshilfe:</b> Bedenken gegen die Einführung eines Hausarztsystems bestehen aus Sicht behinderter Menschen (...). Es besteht die Gefahr der weiteren Bürokratisierung und Erhöhung des Verwaltungsaufwandes für Hausärzte und Krankenkassen. Derzeit ist nicht gewährleistet, dass Menschen mit Behinderung überall in zumutbarer Entfernung von ihrem Wohnort einen geeigneten Hausarzt ihres Vertrauens finden.</p>		
GMG-UK 1.3	Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung der Eigendefinition HzV	Zur Notwendigkeit und Umsetzung der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<p><b>Ankerbeispiel: ohne Beispiel</b></p> <p><b>Deutsche BKK:</b> Es sollte rechtssystematisch präziser das Nebeneinander von Gesamtverträgen und Direktverträgen geregelt werden. Die zu zahlende Vergütung sollte in den Gesamtverträgen wegen der bekannten Einnahmeproblematik der Kassen auf die Gesamtvergütung und ab 2006 die Regelleistungsvolumina angerechnet werden.</p>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Umsetzungsnotwendigkeit der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 62: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GMG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch die Definition der HzV gemäß §73b SGB V anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
GMG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/ Ablaufbestimmung	Der Auswahl und Ausgestaltung anzu-passender Organisationsbereiche und - abläufe zwecks Adoption der Definition der HzV gemäß §73b SGB V wird zugestimmt	<p><b>Ankerbeispiel:</b> „Angebot scheint begründet, (...) sinnvolle Angebote, (...) ausdrückliche Zustimmung zu Maßnahmen.“</p> <p><b>Deutscher Gewerkschaftsbund:</b> Die Kann-Bestimmung des bisherigen §65a hat nicht gegriffen (...). Aus dieser Erfahrung heraus scheint die jetzt beabsichtigte Verpflichtung der Kassen begründet, entsprechende Angebote an ihre Versicherten zu machen. Gegen die einjährige Bindungsfrist der Wahlentscheidung ist dann nichts einzuwenden, wenn die Bindung an die gewählte Hausarztperson auch vor Ablauf eines Jahres enden kann.</p> <p><b>EKD:</b> Die Absicht des Gesetzentwurfes, Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten durch gezielte Anreize zu fördern, verdient aus Sicht der EKD ausdrückliche Zustimmung.</p>	Aussagen, die der Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V zustimmen.

<p>GMG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/ Ablaufbestim- mung</p>	<p>Die Auswahl und Ausgestaltung anzu- passender Organisa- tionsbereiche und – abläufe zwecks Adop- tion der Definition der HzV gemäß §73b SGB V wird abge- lehnt</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: „Regelungen nur schwer umsetzbar, (...) sollte freiwilliges Angebot bleiben, (...) nicht sachgerecht, (...) stehen im Widerspruch zu (...)“</u></b></p> <p><b><u>TK:</u></b> Die vorgesehene Kopplung des Hausarztmodells in Kombination mit den Anreizsystemen führt dazu, dass keine Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die Zahl der Arztkontakte würde sich durch den ökonomischen Druck (...), erst den Hausarzt aufsuchen zu müssen, erhöhen. Die steuernde Wirkung, die gemeinhin mit einer Praxisgebühr verbunden ist – die Vermeidung von medizinisch nicht nötigen Arztbesuchen – würde damit konterkariert. Zudem ist die Vielzahl der Ausnahmeregelungen verwaltungsseitig nur schwer umsetzbar und führt zu erheblicher Intransparenz und kostenträchtiger Kontrolle.</p> <p><b><u>IkK BV:</u></b> Das Angebot von Hausarztmodellen sollte für Krankenkassen als Satzungsleistung freiwillig sein.</p> <p><b><u>KBV:</u></b> Dieses gesetzgeberische Experiment zerstört das Vertrauen der sozialversicherten Patienten in die Gewährleistung einer medizinisch notwendigen von ökonomischen Repressalien und damit verbundener Leistungsrationierung freien hausärztlichen Versorgung. (...) Es ist für sozialversicherte Patienten unzumutbar, die Wahl des für ihn geeigneten Facharztes nicht mehr unter den Kriterien Wohnortnähe und Qualität treffen zu können, sondern darauf angewiesen zu sein, dass der Arzt seiner Wahl einen Vertrag mit der Krankenkasse hat und für die Dauer der Behandlung behält (...).</p> <p><b><u>Hartmannbund:</u></b> Die Implementierung von Einzelverträgen in diesem Versorgungsbereich lehnt der Hartmannbund strikt ab. Einzelverträge stellen eine ordnungspolitische Fehlsteuerung dar. Im SGB V sind bereits jetzt schon Regelungen für die Stärkung der Hausarztfunktion vorgesehen. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Regelungen in Form von Hausarztmodellen, sondern vielmehr flankierender Anreize zur effektiven Umsetzung der vorhandenen vernünftigen Grundstrukturen. Die (...) Zugangsbeschränkungen zur fachärztlichen Versorgung (...) bergen die Gefahr der Verzögerung oder gar Verhinderung notwendiger Diagnostik und Therapie. (...) führt die Zugangskontrolle durch den Hausarzt de facto zu einer Einschränkung der freien Arztwahl für den Patienten und zu einer Abhängigkeit der Fachärzte von der Zugangsregelung der Primärärzte. Der Hartmannbund lehnt eine zwangsweise Bindung des Patienten an einen Primärarzt grundsätzlich ab.</p> <p><b><u>GFB:</u></b> Die Einführung einzelvertraglicher Regelungen mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten wird von den in der GFB repräsentierten Fachärzten genauso kategorisch abgelehnt, wie wir dieses im Vorentwurf des GMG getan haben, als nur die Fachärzte betroffen waren.</p> <p><b><u>BVKJ:</u></b> Es kann nicht angehen, dass Kinder und Jugendliche einen (...) für ihre Belange besonders qualifizierten Kinder- und Jugendarzt nur auf Überweisung durch einen Hausarzt (...) aufsuchen dürfen.</p> <p><b><u>DPTV:</u></b> Umgekehrt sollte für Patienten, die in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.</p> <p><b><u>BptK:</u></b> Umgekehrt sollte für Patienten, die in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.</p> <p><b><u>Marburger Bund:</u></b> So sind die Anreize sich einzuschreiben – insbesondere für junge gesunde Versicherte – zu gering. Darüber hinaus gibt es bislang keinerlei Beleg dafür, dass das Preis-/Leistungsverhältnis in einem</p>	<p>Aussagen, die die Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V ablehnen.</p>
---	---	--	---

		<p>derartigen System besser wird als in den bisherigen Strukturen. Grundsätzlich hat die Bestrafung durch erhöhte Zuzahlungen und Praxisgebühren von Patienten, (...), nichts mit der Stärkung der Eigenverantwortung zu tun.</p> <p><b>DGPPN:</b> Ob die Einführung eines Primärarztsystems mit einer Lotsenfunktion des Hausarztes die gewünschte Effizienzsteigerung herbeiführt, muss mangels Daten dahingestellt bleiben. Grundsätzlich erscheint eine Lotsenfunktion sinnvoll. Diskussionswürdig ist aber, ob die Lotsenfunktion einem bestimmten Fachgebiet – hier der Allgemeinmedizin - zugeschrieben werden muss. Alternativ,- und sowohl freiheitlicher und pragmatischer - wäre, jedem Vertragsarzt die Lotsenfunktion abzuverlangen. Die vorgesehene (...) Beschränkung der Lotsenfunktion auf den Hausarzt ist aber bei psychischen Krankheiten ungeeignet. Den Direktzugang zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu verwehren, indem der Hausarzt obligat zwischengeschaltet wird, wäre ein folgenschwerer Rückschritt.</p> <p><b>Psychotherapieverbände:</b> Die Anbindung an Hausärzte für Patienten mit psychischen Störungen führt zu einer Steigerung der Krankheitsfolgelasten aufgrund einer verspäteten oder gar nicht erfolgten Inanspruchnahme einer fachpsychotherapeutischen Behandlung.</p> <p><b>Ständige Konferenz ärztl. Psychotherap. Verbände:</b> Die vorgesehene Gatekeeper-Funktion des Hausarztes und die daran gekoppelten finanziellen Regelungen führen zu Unausgewogenheiten und Benachteiligungen für einen Teil der Patienten unseres Versorgungsbereichs, die weder zu einer Verbesserung der Qualität noch zu mehr Wirtschaftlichkeit führen. Deswegen sollten Patienten psychotherapeutisch tätige Fachärzte unmittelbar aufsuchen können.</p> <p><b>VAKJP:</b> Das (berechtigte) gesetzgeberische Anliegen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, wird im Bereich der Kinder und Jugendpsychotherapie mit den im GMG vorgesehenen Regelungen nicht verwirklicht: (...) das Recht der Patienten auf Erstzugang zum Psychotherapeuten zu erhalten und zu sichern, weil der Hausarzt seine Lotsenfunktion in diesem Bereich (...) vielfach nur um den Preis eines eigenen Konflikts würde wahrnehmen können. Umgekehrt könnten behandlungsbedürftige Patienten unter anderem aus diesem Grund (...) vor einer Konsultation des Hausarztes zurückschrecken.</p> <p><b>BPtK 2003:</b> Da psychische Erkrankungen aber eine Tendenz zur Chronifizierung zeigen mit erheblichen Folgen zu Lasten der Krankenkassen und der Rentenkassen, müssen Psychotherapeuten aus Wirtschaftlichkeitsgründen Teil der medizinischen Basisversorgung bleiben.</p> <p><b>Bvvp:</b> Das Erstzugsrecht der Patienten muss bei allen überwiegend und ausschließlich psychotherapeutischen Tätigen gewahrt bleiben. Grundsätzlich ist die Behinderung des Erstzugangs zum Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Arzt nicht sachgemäß.</p> <p><b>Verbraucherzentrale BV:</b> Vorab ist allerdings sicherzustellen, dass Zahl und Qualifikation der Hausärzte, insbesondere für die „Lotsenrolle“, ausreichend ist, (...). So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Reize gegen das angestrebte Ziel einer rationalen Versorgung richten. Außerdem nehmen für weite Teile der chronisch Kranken Fachärzte, (...), die Rolle des Vertrauensarztes ein. Es bedarf Ausnahmeregelungen für diese Patientengruppe.</p> <p><b>Aktion Psychisch Kranke:</b> Patienten, die krankheitsbedingt nicht bereit oder nicht in der Lage sind, am Hausarztsystem teilzunehmen, ist der direkte Zugang zu psychiatrischer Behandlung durch Vertragsärzte oder Institutsambulanzen auch ohne Zahlung der „Praxisgebühr“ zu ermöglichen.</p> <p><b>BAGP:</b> Das im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehene Hausarztmodell wird diesen Anforderungen</p>	
--	--	--	--

		<p>(Selbstbestimmung und Souveränität in der Behandlung) nicht gerecht. Es zwingt Patientinnen und Patienten weiterhin in ein paternalistisches System, in dem Selbstbestimmung nur erkaufte werden kann. Wir fordern daher: (...) Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit haben, sich freiwillig bei einem Arzt ihrer Wahl einzuschreiben, bei dem alle Behandlungsinformationen zusammenlaufen (...). Keine Facharztgebühr (...) Recht auf ärztliche Zweitmeinung (...) Stärkung von Eigenkompetenzen: Anstatt Patientinnen und Patienten durch Malusregelungen (etwa Zuzahlungen zu Facharztbesuchen) dazu zu nötigen (...), ist es vielmehr notwendig, die Eigenkompetenzen von Patientinnen und Patienten (...) zu stärken.</p> <p><b>BDA:</b> Demgegenüber sind andere „Steuerungs- und Strukturmaßnahmen“ und hier insbesondere die Einführung des „Hausarztssystems“ und damit verbundene Bonusregelungen als verbindliche Vorgabe für alle Krankenkassen (...) als wettbewerbsfeindlich und/oder kontraproduktiv abzulehnen. Qualität und Wirtschaftlichkeit können auch durch „selektives Kontrahieren“ bzw. Vertragsfreiheit verbessert werden. (...) So wird in vielen Fällen die obligatorische Erstkonsultation des Hausarztes zu zusätzlichen Behandlungs- Verschreibungs- und Überweisungsgebühren führen, obwohl von vornherein klar ist, dass eine fachärztliche Inanspruchnahme zwingend geboten ist.</p> <p><b>Lebenshilfe:</b> Abzulehnen ist die Bindungsfrist an die Wahl des Hausarztes von mindestens einem Jahr und die Ermöglichung des Wechsels nur bei wichtigem Grund. Die Regelung schränkt das bedeutsame Recht auf freie Arztwahl in unzumutbarer Weise ein. Die Lotsenfunktion des Hausarztes bedingt umfassende Beratungspflichten gegenüber chronisch kranken und behinderten Patienten und müssen in den Weiterbildungsangeboten zwingend berücksichtigt werden. Es wird eine Regelung befürwortet, dass Menschen mit einer schweren geistigen oder Mehrfachbehinderung von der Zahlung einer Praxisgebühr auszunehmen sind, wenn sie ohne vorherige Konsultation ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen</p> <p><b>CGB:</b> Es muss die Position des Hausarztes als Lotse im System gestärkt werden. Allerdings ist das vorgesehene Modell nicht durchdacht und realitätsfremd. Der Zwang, seinen Hausarzt in jedem Fall zuerst aufzusuchen, führt unweigerlich zu einer Überlastung und Überforderung der Hausärzte.</p> <p><b>DW:</b> Die vorgesehenen Regelungen widersprechen (...) den behindertenpolitischen Grundsätzen der Bundesregierung.</p> <p><b>dbb:</b> Der dbb hat gegen die Einführung des Hausarztssystems grundlegende Bedenken. Die Einführung der vorgesehenen Zuzahlungsermäßigungen (...) stellen unseres Erachtens keinen nennenswerten Anreiz dar, sich zunächst an den Hausarzt zu wenden und ist zudem sehr verwaltungsaufwendig. Ferner zielt diese Bonusregelung in die gleiche Richtung wie die Praxisgebühr, indem sie (...) die freie Arztwahl indirekt beschränkt und ist deshalb kritisch zu betrachten.</p> <p><b>Caritas:</b> Die Einführung des Hausarztssystems (...) ist ein zentraler Punkt im vernetzten System. Der Deutsche Caritasverband spricht sich für eine Qualifizierung und Stärkung der Hausärzte als Lotsen im Gesundheitssystem unter Beibehaltung der freien Arztwahl des Patienten aus.</p> <p><b>GV Parität:</b> Für chronisch Kranke und behinderte Menschen müssen jedoch auch Fachärztinnen und Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen eine qualifizierte Lotsenfunktion ausüben können. Dieser Personenkreis muss daher (...) grundsätzlich von der Erhebung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuch ohne Überweisung befreit werden</p> <p><b>SoVD:</b> Da Patientinnen und Patienten ein großes Bedürfnis nach Orientierungshilfen (...) im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem haben, befürworteten wir im Grundsatz ein Hausarztmodell. Aus diesem Grund</p>	
--	--	---	--

		<p>plädiert der SoVD dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen. Die Teilnahme am Hausarztmodell muss freiwillig sein. Freiwilligkeit bedeutet, dass die Nichtteilnahme keinerlei Sanktionen wie z.B. finanzielle Einbußen oder die Nichtgewährung von finanziellen Vorteilen mit sich bringt. Daher lehnt der SoVD die Einführung einer Praxisgebühr ab. Die Bindungsfrist an einen Hausarzt über ein Jahr halten wir für problematisch.</p> <p><b>Prof. E. Wille:</b> Problematisch erscheint allerdings die Privilegierung des Hausarztsystems im Wettbewerb mit anderen Versorgungsalternativen. Zunächst verpflichtet der Gesetzentwurf die Krankenkassen, ein Hausarztssystem anzubieten. Sofern das Hausarztssystem belegbare medizinische und/oder ökonomische Vorzüge gegenüber allfälligen alternativen Versorgungsformen aufweist, bedarf es zu seiner Durchsetzung im Wettbewerb keiner subventionsähnlichen Unterstützung, sondern nur einer adäquaten Wettbewerbsordnung.</p> <p><b>Weibernetz e.V.:</b> In Bezug auf chronisch kranke oder behinderte Menschen muss diese „Lotsenfunktion“ auch durch Fachärzte wahrgenommen werden können. Dementsprechend müssen Artikel 1 Nr. 8b) (Praxisgebühr) und Nr. 24 (Bonus für Versicherte) modifiziert werden.</p> <p><b>Volkssolidarität BV:</b> Das vorgesehene Hausarztsystem (...) wird befürwortet, sofern dadurch nicht zusätzliche Belastungen für Patienten entstehen, insbesondere für chronisch Kranke. Für diesen Patientenkreis darf die beabsichtigte Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung nicht gelten, da bei der Behandlung chronisch kranker Menschen der Fachärztin/dem Facharzt aus medizinischer Sicht ebenfalls eine Lotsenfunktion zugestanden werden sollte.</p> <p><b>RA. Dr. Ehlers:</b> Der Anschluss an (...) das Hausarztmodell führt ebenfalls zu einer gewissen Einschränkung der freien Arztwahl. Die Bedenken, dass sich gerade auch sozialschwache Patienten in die Programme gedrängt fühlen könnten, ist mit Recht auf freie Arztwahl nicht gänzlich in Einklang zu bringen.</p> <p><b>DGVP:</b> Die DGVP sieht in der durch Bonus- und Malusregelungen verstärkten Absicht, Patienten zuerst zum Hausarzt zu steuern, eine Aushebelung des Rechts auf freie Arztwahl. Dieser Strategie fehlt nach unserer Einschätzung eine überzeugende medizinische und ökonomische Grundlage.</p> <p><b>DMSG:</b> Die Krankenkassen sollen offensichtlich verpflichtet werden, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten. Die Teilnahme an diesem System ist (...) freiwillig, jedoch soll zur Stärkung dieser hausärztlichen Versorgung die vorrangige Inanspruchnahme des Hausarztes durch die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung die Versicherten entsprechend kanalisieren. Hierzu gibt es erhebliche Bedenken, weil chronisch Kranke (...) auf die Versorgung durch den Facharzt angewiesen sind.</p> <p><b>ULA:</b> Auch aus Sicht der ULA sollten nach Einführung eines Systems von Praxisgebühren bestimmte Arztbesuche auch weiterhin <i>ohne</i> Praxisgebühr möglich sein. Die Verschleppung ernster Erkrankungen oder aber eine Vernachlässigung der Vorsorge müssen möglichst vermieden werden. Im vorliegenden Modell hängt die Legitimation der Praxisgebühren in erster Linie davon ab, ob das Hausarztmodell die auf ihm ruhenden Erwartungen erfüllt, das heißt von der Frage, ob die Kosten aus den vorgeschalteten hausarztbesuchen geringer ausfallen als die Ersparnisse aus den unterbundenen, medizinisch nicht erforderlichen Facharztbesuchen.</p> <p><b>DVfR:</b> Für Menschen mit seltenen Erkrankungen oder Menschen mit Behinderungen kann die Zeitspanne, sich auf ein Jahr für einen Hausarzt festzulegen, im Einzelfall zu lange sein. Grundsätzlich sollte gelte: das Aufsuchen von Lotsen sollte belohnt und nicht bestraft werden. Die Allgemeinmedizin kann eine solche Lotsenfunktion u.U. ausüben, jedoch nicht immer bei speziellen Problemen, seltenen Erkrankungen und/oder Behinderungen.</p>	
--	--	---	--



		<b>BV für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.:</b> Die dem Hausarzt zugeordnete Lotsenfunktion wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen und begrüßt. Gerade behinderte Menschen (...) sollten weiterhin sanktionslos geeignete Ärzte in Anspruch nehmen können, auch wenn es sich um einen Facharzt handelt. Der Umweg über einen anderen Arzt erscheint weder aus medizinischem noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und vertretbar.	
GMG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Bestimmung und Ausgestaltung anzu-passender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adop-tion der Definition der HzV gemäß §73b SGB V werden keine wertenden Aussagen getroffen.	<b>Ankerbeispiel: kein Beispiel</b>  <b>DHÄV:</b> Darüber hinaus erscheint die Forderung einer „besonderen Qualität“ für Hausärzte wegen der bereits bestehenden Qualität nicht sinnvoll. Auch wenn die Systematik der Regelung des § 73b SGB V beibehalten wurde, sind doch zwei Elemente hinzugekommen, die aus Sicht unseres Verbandes Chancen bieten, diese Versorgungsform im Interesse unserer Mitglieder zumindest mitzubestimmen und mitzugestalten. Die im Hausarztssystem angedachte Pauschalvergütung erscheint nur dort sachgerecht, wo es um Leistungen geht, die auch tatsächlich pauschalierbar sind. <b>AWO BV:</b> Deswegen sollte bei Teilnahme am Hausarztssystem die Belastungsgrenze von 1% auf 0,5% und von 2% auf 1% gesenkt werden. Dies würde gerade auch bei Geringverdienern und/oder Personen mit hohem Medikamentenverbrauch Anreize zur Teilnahme am Hausarztmodell setzen. Ausdrücklich begrüßen wir auch die Bonusregelung bei (...) einer Einschreibung in das Hausarztssystem, da Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten so durch gezielte Anreize gefördert werden. <b>Kommissariat der deutschen Bischöfe:</b> Andererseits wird möglicherweise die Mündigkeit der Patienten unterschätzt; nicht nur Angehörige medizinischer oder pflegender Berufe, für die im Übrigen keine Ausnahme vorgesehen ist, sind in der Lage, auch ohne den Umweg über den Hausarzt den jeweils zuständigen Facharzt zu finden.	Aussagen, die weder Ablehnung noch Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adop-tion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 63: GKV-GMG, Definition der HzV gemäß § 73b SGB V- Kategorie 3/Diffusionsphase 3

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GMG-K 3 - redefining/restructuring	Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V.		
GMG-UK 3.1 Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur vollständigen Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wird die eigene Organisation entsprechend neudefiniert und modifiziert.	<b>Ankerbeispiel: „(...) entsprechende Regelungen sind einzuführen, (...) passende, inhaltliche Auseinandersetzung, Gestaltung und Umsetzung.“</b>  <b>DHÄV:</b> (...) Chancen bieten, diese Versorgungsform im Interesse unserer Mitglieder (...) mitzubestimmen und mitzugestalten. (...) ergibt sich dies aus der jetzt nach dem Gesetz (...), wonach die Krankenkassen neben Einzelverträgen mit Hausärzten nunmehr auch mit Gemeinschaften von Hausärzten Verträge zur Umsetzung einer „Hausarztzentrierten Versorgung“ geschlossen werden können. Eine hausarzt-	Aussagen, die eine Zustimmung zur Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.

		zentrierte Versorgung kann schließlich nur zum Erfolg führen, wenn sichergestellt ist, dass Hausärzte für Hausärzte diese Inhalte auf Gesamtvertragsebene verhandeln. <b>DHÄV:</b> Vielmehr sind Regelungen einzuführen, die eine Anstellung von Allgemeinärzten/-innen in Hausarztpraxen ermöglichen.	
GMG-UK 3.2 Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Die Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wird abgelehnt.	<b>Ankerbeispiel: „(...) Regelungen sind nicht adaptierbar, (...) eine inhaltliche Verknüpfung wird abgelehnt.“</b>  <b>Marburger Bund:</b> Die Regelungen zum Budgetausgleich sind (...) nicht angepasst. Es besteht die Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung des Hausarztsystems. <b>ULA:</b> Die inhaltliche Verknüpfung von Hausarztmodell und Praxisgebühr wird abgelehnt. In der vorgelegten Form dienen die Praxisgebühren nur als Instrument, um dem Hausarztmodell zum Erfolg zu verhelfen. Statt echte Anreize für mehr Eigenverantwortung zu setzen, werden die Versicherten tendenziell eher entmündigt als in ihrer Position als Nachfrager von Gesundheitsleistungen gestärkt zu werden.	Aussagen, die eine Ablehnung der Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.
GMG-UK 3.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Anpassung oder Veränderung von Organisationsstruktur, Verantwortungsbereichen und/oder Zuständigkeiten zur Adoption der Definition der HzV gemäß § 73b SGB V wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 64: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
WSG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
WSG-UK 1.1 Befürwortung der GKV-Angebotspflicht HzV	Zur Adoption wird die Notwendigkeit und Umsetzung der GKV-Angebotspflicht HzV zwecks Problemlösung bejaht.	<b>Ankerbeispiel: „Die GKV-Angebotspflicht/ Die Regelung wird begrüßt, (...) erscheint sinnvoll, (...) ist notwendig.“</b>  <b>DHÄV:</b> Die Förderung und Stärkung der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern außerhalb der Gesamtverträge ist zweifellos der richtige Schritt zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung.	Aussagen, die eine Zustimmung zur GKV-Angebotspflicht HzV und der Problemlösungsfähigkeit kennzeichnen

		<p><b>BMC:</b> Die Regelungen zur HzV dienen dem Vertragswettbewerb und sind insbesondere in Verbindung mit den Wahlтарифen gemäß § 53 Abs. 3 SGB v zu betrachten.</p> <p><b>BAG:</b> Zu begrüßen ist, dass die Modelle der HzV künftig zum Pflichtangebot der GKV gehören sollen.</p> <p><b>ULA:</b> Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die geplante Regelung, derzufolge die von den Krankenkassen anzubietenden Hausarztmodelle aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst werden.</p> <p><b>Caritas:</b> Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Initiative des Gesetzgebers.</p>	
WSG-UK 1.2 Ablehnung der GKV- Angebotspflicht HzV	Die Notwendigkeit und Umsetzung der GKV-Angebotspflicht HzV zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b>Ankerbeispiel: „Die GKV-Angebotspflicht/ Die Regelung zeigt in die falsche Versorgungsrichtung, (...) wird abgelehnt, (...) kein Vorteil erkennbar.“</b></p> <p><b>Spitzenverbände GKV:</b> Die beabsichtigte Neuregelung in der vorgeschlagenen Form bedeutet jedoch mehr Bürokratie und schränkt bestehende Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen eher ein.</p> <p><b>TK:</b> Eine verpflichtende und mit Anreizen versehende zusätzliche Hausarztzentrierung der Versorgung ist nicht notwendig. Derzeit können keine gesicherten Aussagen zur Nachhaltigkeit von Steuerungseffektivität und Kosteneffizienz innerhalb einer HzV getroffen werden. Von einer Pflichtregelung zur HzV sollte abgesehen werden.</p> <p><b>NAV Virchow-Bund:</b> Es ist bis dato weder nachgewiesen, dass die HzV eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit noch der Versorgung nach sich zieht.</p> <p><b>KBV:</b> (...) Einführung eines Haus- bzw. Primärarzt-systems zur Erschwerung des unmittelbaren Versichertenzuganges zu ambulanter fachärztlicher Versorgung.</p> <p><b>Hartmannbund:</b> Mit der Vielzahl an Einzelverträgen, die künftig möglich sein werden, verlieren die Ärzte ihre erforderliche Vertragssicherheit.</p> <p><b>BÄK:</b> Die gesetzgeberische Stärkung der hausärztlichen Versorgung bedingt einen Wechsel des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen hin zu den Krankenkassen. Mit diesem Zuständigkeitswechsel greift eine aktive Steuerung von Versicherten i.V.m. Einschränkung der freien Arztwahl zu Lasten der Fachärzte.</p> <p><b>BMVZ:</b> Verträge können im Rahmen des Wettbewerbs auch mit KVen geschlossen werden. Behörden haben die Interessen aller Mitglieder gleichmäßig zu vertreten. Zudem stehen den KVen nach dem SGB V andere Vertragsgestaltungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen offen, die eine selektive Bevorzugung einiger Mitglieder vermeiden.</p> <p><b>BDA:</b> Die Krankenkassen müssen in allen Bereichen eigenständig über Preise, Mengen und Qualitäten mit den Leistungserbringern verhandeln. Welche Versorgungsformen sinnvoll sind, sollte der Wettbewerb und nicht der Gesetzgeber entscheiden. Insofern passt nicht die jetzt vorgesehene Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten.</p>	Aussagen, die eine Ablehnung zur GKV-Angebotspflicht kennzeichnen und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.
WSG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder	Zur Notwendigkeit, Umsetzung und Problemlösungsbefähigung	<p><b>Ankerbeispiel: kein Beispiel</b></p> <p><b>BPK:</b> Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung multidisziplinär entwickelten,</p>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur GKV-Angebotspflicht HzV eindeutig

Ablehnung der GKV-Angebotspflicht HzV	der GKV-Angebotspflicht HzV werden keine wertenden Aussagen getätigt.	evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien. Durch den multidisziplinären Ansatz wird einer marktbeherrschenden Position einzelner Gesundheitsberufe gegengesteuert.	kennzeichnen
---------------------------------------	---	---	--------------

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 65: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
WSG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch die GKV-Angebotspflicht HzV anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
WSG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zugestimmt	<p><b>Ankerbeispiel: „Orga-Strukturen und Prozesse müssen angepasst werden., (...) erscheint sinnvoll, (...) notwendig.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Um einen wirklichen Wettbewerb auf der Vertragsebene zu gewährleisten, ist es zwingend notwendig, dass die KVen bezügl. der HzV als Vertragspartner ausgenommen werden. Im Bereich der HzV nach § 73b SGB V i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V muss die Regelung aufgenommen werden, dass Krankenkassen verpflichtet werden binnen einer bestimmten Frist (Ende 2007) ihren Versicherten einen sog. Hausarzttarif anzubieten.</p> <p><b>ULA:</b> Eine starke Steuerung der Behandlung durch einen Hausarzt oder Allgemeinmediziner kann zu Kosteneinsparungen führen.</p> <p><b>Verbraucherzentrale BV:</b> Die Monopolstellung des ambulanten Gesamtvertrages wird dadurch schrittweise aufgehoben.</p>	Aussagen, die die Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV wiedergeben.
WSG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Anpassung von Bereichs-/Ablaufprozessen zwecks Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV wird abgelehnt	<p><b>Ankerbeispiel: „Eine Anpassung vorhandener Orga-Strukturen und Prozesse wird abgelehnt, (...) ist nicht durchführbar, (...) beinhaltet systemseitig die Gefahr, dass (...)“</b></p> <p><b>Spitzenverbände GKV:</b> Die Verpflichtung der Krankenkassen, jeweils spezielle Hausarztverträge abschließen zu müssen, ist ebenfalls weder freiheitlich noch förderlich für einen Effizienzwettbewerb zwischen Hausarzt- und anderen Versorgungsmodellen.</p> <p><b>Spitzenverbände GKV:</b> Die Vertragsinhalte werden sehr eingeschränkt und die Voraussetzungen differenziert vorgeschrieben. Der Gestaltungsspielraum der Vertragspartner ist dadurch erheblich eingeschränkt. Problematisch bleibt darüber hinaus die von den Krankenkassen zu leistende Finanzierung der HzV. Einerseits ist eine risikogerechte Bereinigung der Gesamtvergütung schwierig, andererseits fehlt nach</p>	Aussagen, die die Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV ablehnen.

		<p>wie vor der Nachweis, dass hausarztzentrierte Versorgung zu relevanten Einsparungen führt.</p> <p><b>TK:</b> Mit der Teilnahme an der HzV entfällt für den Versicherten die freie Arztwahl. Eine Einschränkung entspricht grundsätzlich nicht den Interessen der Versicherten. Die Kassen sollten die eigenen Leistungsangebote so gestalten können, dass sie sich nach eigener Ausrichtung optimal am Markt positionieren können. Der vorgesehene Bereinigungsmechanismus ist nicht praxisgerecht.</p> <p><b>KBV:</b> Die Wettbewerbsorientierung der GKV wird vollständig aufgegeben und bedeutet eine Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens. Der Teilausschluss der KVen als unmittelbarer Vertragspartner sowie Begünstigungen der potentiellen anderen Vertragspartner im Wettbewerb gefährden den Sicherstellungsauftrag der KVen. (...). Die Bereinigungen der Gesamtvergütungen ist aufgrund von Neuregelungen im Vergütungsrecht nicht durchführbar.</p> <p><b>BVKJ:</b> Durch den Vorwegabzug von Geldern für die Regel- und Notfallversorgung besteht die Gefahr, dass keine ausreichenden Mittel mehr zur Verfügung stehen, um die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte zu finanzieren.</p> <p><b>NAV Virchow-Bund:</b> Die bisherige kollektivvertraglich geregelte Versorgung wird dramatisch reduziert, es droht eine Atomisierung der Vertragslandschaft. Der Einkaufsmacht der Kassenseite steht die Schwächung der korporatistischen ärztlichen Vertretung der niedergelassenen Ärzteschaft gegenüber. Durch die verpflichtende Einführung der HzV wird de facto ein Primärarztmodell eingeführt.</p> <p><b>DGHO:</b> Die Gründe, die ein Abweichen vom Überweisungsgebot rechtfertigen, müssen vom Gesetzgeber genannt werden.</p> <p><b>ULA:</b> Dem Prinzip der freien Arztwahl gebührt weiterhin der Vorrang.</p> <p><b>Rheuma-Liga BV:</b> Angebote zur HzV müssen auch langfristig freiwillig bleiben.</p>	
<p>WSG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung</p>	<p>Zur Bestimmung und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV werden keine wertenden Aussagen getroffen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	<p>Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der GKV-Angebotspflicht HzV wiedergeben.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 66: GKV-WSG, Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Kategorie 3/Diffusionsphase 3

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
GKV-WSG-K 3 - redefining/restructuring	Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV.		
WSG-UK 3.1 Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur vollständigen Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV wird die eigene Organisation entsprechend neudefiniert und modifiziert.	<p><b>Ankerbeispiel: „Eine Neudefinition und Neuausrichtung von Orga-Strukturen ist notwendig, (...) erscheint sinnvoll.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Kassen müssen gesetzlich verpflichtet werden, mindestens 5% ihres Anteils an der Gesamtvergütung für die HzV bereitzustellen.</p> <p><b>ULA:</b> Das durch die Bereinigung der Gesamtvergütung der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht ist folgerichtig.</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV wiedergeben.
WSG-UK 3.2 Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Die Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV wird abgelehnt.	<p><b>Ankerbeispiel: „Eine Neudefinition oder Neuausrichtung von Teilen der Orga-Struktur wird abgelehnt/ führt nachteilig dazu, dass (...)/ kann nur funktionieren, wenn (...).“</b></p> <p><b>TK:</b> Die HzV wird aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Diese Regelung wird sehr wahrscheinlich zu einer Verteuerung innerhalb der HzV führen.</p> <p><b>BHI:</b> Es ist nicht nachvollziehbar, warum die KBV und die KVen nicht Vertragspartner der HzV sein können, obwohl sie geborene Vertragspartner wären. Gerade die KVen können die Einheitlichkeit der Verträge sicherstellen, die unbedingt erforderlich ist, um ein dann nicht mehr zu übersehendes Chaos von verschiedenen Vertragsinhalten der verschiedenen Kassen, differierender Abrechnungsmodalitäten und Abrechnungsstellen zu verhindern.</p> <p><b>KBV:</b> HzV bietet Großkassen die Möglichkeit aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung auszusteigen. KV-freie Zonen bundesweit. Exodus von KV-Mitgliedern in Selektivverträge.</p> <p><b>BVKJ:</b> KVen sollten aufgrund ihrer Gewährleistungspflicht zum Sicherstellungsauftrag auch Vertragspartner der HzV sein.</p> <p><b>BMC:</b> In einem wettbewerblichen und nachhaltigen Gesundheitssystem sollte sich der Staat aus weiten Teilen der Gesundheitspolitik zurückziehen. Gleichmaßen muss der Staat Rahmenbedingungen schaffen, in denen die Einbindung der Patienten und Versicherten sowie der unterschiedlichen Leistungserbringer in das Leistungsgeschehen gefördert wird.</p> <p><b>BAG:</b> Es ist zu bemängeln, dass bei der Ausgestaltung der Modelle der HzV keine Patientenbeteiligung vorgesehen ist.</p>	Aussagen, die eine Ablehnung der Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV wiedergeben.
WSG-UK 3.3 Keine Wertung zur	Zur Neudefinierung und Modifizierung der Organisation	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung der

Befürwortung oder Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	zwecks vollständiger Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV werden keine wertenden Aussagen getätigt.		Anpassung oder Veränderung Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion der GKV-Angebotspflicht HzV wiedergeben.
---	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 67: GKV-WSG, Abschaffung des Versichertenbonus HV - Kategorie 1/Diffusionsphase 1**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
WSG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
WSG-UK 1.1 Befürwortung der Abschaffung des Teilnehmebonus HzV	Zur Adoption wird die Notwendigkeit und Umsetzung zur Abschaffung des Versichertenbonus HV zwecks Problemlösung bejaht.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	Aussagen, die eine Zustimmung Abschaffung des Versichertenbonus HV kennzeichnen
WSG-UK 1.2 Ablehnung der Abschaffung des Teilnehmebonus HzV	Die Notwendigkeit und Umsetzung der Abschaffung des Versichertenbonus HV zwecks Problemlösung wird verneint.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	Aussagen, die eine Ablehnung der Abschaffung des Versichertenbonus HV kennzeichnen.
WSG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung des Teilnehmebonus HzV	Zur Notwendigkeit und Umsetzung der Abschaffung des Versichertenbonus HV werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Abschaffung des Versichertenbonus HV eindeutig kennzeichnen

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 68: GKV-OrgWG, Einführung der Fristsetzung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Org-WG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
Org-WG-UK 1.1 Befürwortung der Fristsetzung	Zur Adoption wird die Notwendigkeit und Umsetzung der Fristsetzung zwecks Problemlösung bejaht.	<u>Ankerbeispiel: „Die Regelung zur Fristsetzung wird begrüßt, (...) erscheint sinnvoll, (...) ist erforderlich.“</u>  <b>BHI:</b> Um den Mangel (an HzV) zu beheben, ist eine Terminierung zum 30.06.2009 erforderlich. <b>DHÄV:</b> Der deutsche Hausärzteverband begrüßt die geplante Neuregelung.	Aussagen, die eine Zustimmung zur Einführung der Fristsetzung kennzeichnen
Org-WG-UK 1.2 Ablehnung des	Die Notwendigkeit und Umsetzung der Fristsetzung zwecks	<u>Ankerbeispiel: „Die Regelung zur Fristsetzung wird abgelehnt, (...)</u>	Aussagen, die eine Ablehnung zur Einführung der Fristsetzung kennzeichnen und der

Fristsetzung	Problemlösung wird verneint.	<b><u>erscheint nicht notwendig, (...) ist nicht erforderlich.</u></b>	Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.
		<b>vdak:</b> Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009. <b>BKK BV:</b> Die Fristsetzung ist (...) als kontraproduktiv anzusehen.	
Org-WG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung der Fristsetzung	Zur Notwendigkeit und Umsetzung einer Fristsetzung werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung einer Fristsetzung eindeutig kennzeichnen

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 69: GKV-OrgWG, Einführung der Fristsetzung – Kategorie 2/Diffusionsphase 2**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Org-WG-K 1 - agenda setting	Bestimmung und Ausgestaltung der durch die Fristsetzung anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
Org-WG-UK 1.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption der Fristsetzung wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zugestimmt	<b><u>Ankerbeispiel: „Orga-Strukturen und Prozesse müssen angepasst werden., (...) Anpassung erscheint sinnvoll, (...) notwendig.“</u></b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Fristsetzung wiedergeben.
Org-WG-UK 1.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption der Fristsetzung wird abgelehnt	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Regelung wird abgelehnt, (...) ist nicht umsetzbar, (...) erscheint nicht sachgerecht, (...) kein Vorteil erkennbar.“</u></b>  <b>vdak:</b> Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009.	Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Fristsetzung wiedergeben.
Org-WG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Bestimmung und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption der Fristsetzung werden keine wertenden Aussagen getroffen.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Fristsetzung wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung



Tabelle 70: GKV-**OrgWG**, Einführung des Kontrahierungszwanges - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
OrgWG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
OrgWG-UK 1.1 Befürwortung des Kontrahierungszwangs	Zur Adoption wird die Notwendigkeit und Umsetzung des Kontrahierungszwangs zwecks Problemlösung bejaht.	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Regelung wird begrüßt, (...) erscheint sinnvoll, (...) erscheint notwendig.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Entscheidend ist dabei, dass Gemeinschaften, die diese Quote erfüllen, gewährleisten können, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch den Vertragsabschluss erreicht wird. Das Ziel einer flächendeckenden Versorgung ist dabei aber nachweisbar nicht erreicht worden. Die vorgeschlagene Neuregelung soll deshalb sicherstellen, dass nunmehr die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend zur Verfügung steht.</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zum Kontrahierungszwangs kennzeichnen
OrgWG-UK 1.2 Ablehnung des Kontrahierungszwangs	Die Notwendigkeit und Umsetzung des Kontrahierungszwangs zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Regelung wird abgelehnt, (...) erscheint nicht sinnvoll, (...) nicht notwendig.“</b></p> <p><b>vdak:</b> Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009.</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Eine solche Regelung für Einzelverträge „mit Kontrahierungszwang“ für die Krankenkassen würde entsprechend nicht den Wettbewerb fördern, sondern lediglich zu neuen Monopolen führen. Der GKV-SpiBu lehnt eine solche Regelung daher ab.</p> <p><b>AOK BV:</b> Die Regelung verweist kollektivvertragliche Mechanismen von „Kontrahierungszwang“ und „Schiedsamtsfähigkeit“ aus der Sphäre der KVen in die Sphäre der „Gemeinschaften von Allgemeinärzten“. Damit wird ein Versorgungsbereich (...) mit systemfremden Mitteln strukturiert. Eine (...) in der Perspektive angelegte Verpflichtung zur Teilnahme der Versicherten wird als Einschränkung der Wahlfreiheit abgelehnt.</p> <p><b>BKK BV:</b> Durch die 50%-Quorumsregelung wird im Grunde das bisherige KV-Monopol durch ein anderes ersetzt. Die angestrebte Optimierung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Begebenheiten würde konterkariert. Der Wettbewerb um eine bessere Versorgungsqualität würde zunichte gemacht. Die Neufassung würde den Suchprozess nach der besten Vertragsform, welche den Versicherten bzw. Patienten Nutzen bringt, für Ärzte mehr Freiräume schafft und gleichzeitig für eine (Re-)Finanzierung durch vermiedene Fehlversorgungen sorgt, behindern.</p> <p><b>KBV:</b> Der Änderungsvorschlag verstößt gegen Verfassungsrecht und europäisches Gemeinschaftsrecht und steht im Widerspruch zu der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen.</p> <p><b>BHI:</b> In der Begründung des Änderungsantrages wird (...) nur kritisiert, dass Hausarztverträge bisher noch nicht flächendeckend vorliegen. Um diesen Mangel zu beheben, wäre als Gesetzesänderung lediglich (...) die Terminierung zum 30.06.3009 für den Abschluss von Hausarztverträgen (...) erforderlich. Die (...) einschränkende Bestimmung, dass „Verträge mit Gemeinschaften zu schließen (sind), die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte (...) vertreten“, ist hingegen</p>	Aussagen, die eine Ablehnung des Kontrahierungszwangs kennzeichnen und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.

		gänzlich inakzeptabel. Sie widerspricht diametral dem Ziel des Gesetzes, den Wettbewerb zu stärken. <b>Hartmannbund:</b> Der Hartmannbund lehnt die (...) geplante Neufassung (...) ausdrücklich ab.	
OrgWG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung des Kontrahierungszwangs	Zur Notwendigkeit und Umsetzung eines Kontrahierungszwangs werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung des Kontrahierungszwangs wiedergeben

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 71: GKV-OrgWG, Einführung des Kontrahierungszwanges - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
OrgWG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch den Kontrahierungszwang anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe.		
OrgWG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption des Kontrahierungszwanges wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zugestimmt.	<b>Ankerbeispiel: „Einer Weiterentwicklung der Orga-Strukturen zur Umsetzung des Kontrahierungszwangs wird zugestimmt, (...) Anpassung ist sinnvoll.“</b>  <b>DHÄV:</b> Die Weiterentwicklung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und angemessenen Bedingungen für die hausärztliche Tätigkeit kann nur im Rahmen eines Vertragswettbewerbes gewährleistet werden.	Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Kontrahierungszwangs wiedergeben.
OrgWG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption des Kontrahierungszwanges wird abgelehnt.	<b>Ankerbeispiel: „Eine Anpassung, Entwicklung von oder Eingriffe in Orga-Strukturen zur Umsetzung des Kontrahierungszwangs wird abgelehnt.“</b>  <b>vdak:</b> Mit der nun vorgesehenen Regelung wird den Krankenkassen das ihnen bisher übertragene Auswahlmessen (gem. GKV-WSG) im Hinblick auf den Vertragspartner genommen. Die Vorrangstellung der Hausarztverbände bedeutet eine massive Benachteiligung anderer Arztgruppen und Organisationen, die bisher als Vertragspartner zugelassen waren. Unverständlich ist weiterhin die (...) vorgesehene Ungleichbehandlung weiterer möglicher Vertragspartner (...) dergestalt, dass hier kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, sondern eine Ausschreibung zu erfolgen hat. <b>AOK BV:</b> Die Regelung verweist kollektivvertragliche Mechanismen von „Kontrahierungszwang“ und „Schiedsamtsfähigkeit“ aus der Sphäre der KVen in die Sphäre der „Gemeinschaften von Allgemeinärzten“. Damit wird ein Versorgungsbereich (...) mit systemfremden Mitteln strukturiert. Eine (...) in der Perspektive angelegte Verpflichtung zur	Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Kontrahierungszwangs wiedergeben.

		<p>Teilnahme der Versicherten wird als Einschränkung der Wahlfreiheit abgelehnt.</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Krankenkassen wären gezwungen, HzV-Verträge (...) nur mit Gemeinschaften zu schließen, die mehr als 50% der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. (...). Nur wenn es solche Gemeinschaften nicht geben würde, könnten die Krankenkassen HzV-Verträge auch mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV schließen.</p> <p><b>BVKJ:</b> (...), dass die spezielle hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in Zukunft regelhaft durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin stattfindet. Dem BVKJ kommt es in erster Linie darauf an, dass die in der fünfjährigen Weiterbildung erworbene spezifische Qualifikation für die besonderen Belange in der Versorgung von Kinder und Jugendlichen in den Verträgen Berücksichtigung findet.</p> <p><b>Hartmannbund:</b> Durch die geplanten Änderungen wird nicht nur den KVen de facto ihr Sicherstellungsauftrag entzogen, viel entscheidender ist, dass im Rahmen der HzV einer einzelnen Berufsgruppe und damit faktisch einem einzelnen Verband ein Sonderrecht beim Abschluss von Verträgen (...) gewährt wird. Der Hartmannbund (...) fordert eindringlich dazu auf, von dieser einseitig motivierten Regelung Abstand zu nehmen.</p> <p><b>KBV:</b> (...) stellt auf jeden Fall die Verschaffung von Vertragsabschlussrechten gegenüber Krankenkassen eine Privatmonopolisierung dar. (...). Die Pflicht-Oligopolisierung der Hausärzte in vertraglichen Public-Private-Partnerships ist im Verhältnis zu dem öffentlich-rechtlichen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gerechtfertigt. Mit dem faktischen Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigung aus der hausarztzentrierten Versorgung wird deren Funktion für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig gestört.</p> <p><b>BHI:</b> Stattdessen wird ein faktisches Monopol des „Deutschen Hausärzteverbandes“ bzw. seiner Landesverbände intendiert; andere Berufsgruppen und ihre Verbände werden ausgeschlossen. Eine derartige gesetzlich verankerte Monopolstellung lehnen wir ab. Der primäre Vertragswettbewerb muss erhalten bleiben. Dazu gehört auch die Möglichkeit der Ermächtigung der KVen.</p>	
<p>OrgWG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung</p>	<p>Zur Bestimmung und Ausgestaltung anpassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption des Kontrahierungszwanges werden keine wertenden Aussagen getroffen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	<p>Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Kontrahierungszwangs wiedergeben.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 72: GKV-OrgWG, Einführung des Kontrahierungszwangs - Kategorie 3/Diffusionsphase 3

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
OrgWG-K 3 – redefining/restructuring	Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen Inklusion des Kontrahierungszwangs		
OrgWG-UK 3.1 Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur vollständigen Inklusion des Kontrahierungszwangs wird die eigene Organisation entsprechend neudefiniert und modifiziert.	<p><b>Ankerbeispiel: „Eine Anpassung der Orga-Strukturen zur Umsetzung des Kontrahierungszwangs wird begrüßt. (...) erscheint notwendig, (...) erscheint sinnvoll.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Das Kollektivvertragssystem zeigt sich aktuell und in der Zukunft nicht in der Lage, die drängenden Probleme in der hausärztlichen Versorgung adäquat zu lösen. In einem Vertragswettbewerb, der mit dieser gesetzlichen Neuregelung im hausärztlichen Versorgungsbereich angestoßen würde, werden die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, um mit sinnvollen Versorgungs- und Vergütungskonzepten den dargestellten Problemen zu begegnen. Wie bereits im Rahmen der Stellungnahme zum GKV-WSG formuliert wird nochmals angeregt, die Kassenärztlichen Vereinigungen als möglich Vertragspartner der Krankenkassen für Verträge zur HzV zu streichen. Die Teilnahme von KVen ist rechtsdogmatisch unzulässig und verhindert im Übrigen einen fairen Vertragswettbewerb.</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Kontrahierungszwangs wiedergeben.
OrgWG-UK 3.2 Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Die Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion des Kontrahierungszwangs wird abgelehnt.	<p><b>Ankerbeispiel: „Eine Anpassung bzw. Änderung vorhandener Strukturen zur Umsetzung des Kontrahierungszwangs wird abgelehnt.“</b></p> <p><b>KBV:</b> Durch den mittelbaren Mitgliedszwang im Hausärzteverband kann man auch von einer „Pflicht-Oligopolisierung“ der Hausärzte sprechen. Die Verleihung eines privaten Monopols an den Hausärzteverband dürfte mit Art. 86 EGV nicht vereinbar sein.</p>	Aussagen, die eine Ablehnung der Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Kontrahierungszwangs wiedergeben.
OrgWG-UK 3.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion des Kontrahierungszwangs werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung der Anpassung oder Veränderung Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Kontrahierungszwangs wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 73: GKV-OrgWG, Einführung des Schiedsverfahrens - Kategorie 1/Diffusionsphase 1**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
OrgWG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
OrgWG-UK 1.1 Befürwortung des Schiedsverfahrens	Zur Adoption wird die Notwendigkeit und Umsetzung der Einführung eines Schiedsverfahrens zwecks Problemlösung bejaht.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Einführung eines Schiedsverfahrens wird begrüßt.“</u></b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Anpassung oder Veränderung von Organisation und Prozessen zur Adoption eines Schiedsverfahrens wiedergeben.
OrgWG-UK 1.2 Ablehnung des Schiedsverfahrens	Die Notwendigkeit und Umsetzung der Einführung eines Schiedsverfahrens zwecks Problemlösung wird verneint.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Einführung eines Schiedsverfahrens wird abgelehnt.“</u></b> <b><u>vdak:</u></b> Darüber hinaus widerspricht es dem Wesen des Selektivvertrages, dass ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht und mittels Schiedsperson durchgesetzt werden kann. <b><u>AOK BV:</u></b> Schiedsamtsfähigkeit als kollektivvertraglicher Mechanismus ist bei außerhalb der KVen als systemfremd abzulehnen.	Aussagen, die eine Ablehnung der Einführung eines Schiedsverfahrens wiedergeben und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.
OrgWG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung des Schiedsverfahrens	Zur Notwendigkeit und Umsetzung der Einführung eines Schiedsverfahrens werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung eines Schiedsverfahrens eindeutig wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 74: GKV-OrgWG, Einführung des Schiedsverfahrens - Kategorie 2/Diffusionsphase 2**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
OrgWG-K 2 - matching	Bestimmung und Ausgestaltung der durch das Schiedsverfahren anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
OrgWG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption der Einführung eines Schiedsverfahrens wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und –	<b><u>Ankerbeispiel: „Eine Anpassung der Orga/Prozesse ist nicht umsetzbar, (...) sachgerecht, (...) nicht sinnvoll.“</u></b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Schiedsverfahrens.

		abläufe zugestimmt		
OrgWG-UK Ablehnung Bereichs- /Ablaufbestimmung	2.2 einer	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zur Einführung eines Schiedsverfahrens wird abgelehnt	<b><u>Ankerbeispiel: „Eine Umgestaltung von Orga und Prozessen zur Umsetzung des Schiedsverfahrens wird abgelehnt.“</u></b>  <b><u>vdak:</u></b> Die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens (Schiedsperson statt Schiedsamt) entspricht nicht den Regelungen des Schiedswesen im SGB V.	Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Schiedsverfahrens.
OrgWG-UK Wertung Befürwortung oder Ablehnung Bereichs- /Ablaufbestimmung	2.3 Keine zur oder einer	Zur Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption des Schiedsverfahrens werden keine wertenden Aussagen getroffen.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Schiedsverfahrens wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 75: GKV-FinG, Einführung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
FinG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
FinG-UK Befürwortung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung	Zur Adoption der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung wird die Notwendigkeit zur Einführung bejaht.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Möglichkeiten der Budgetbereinigung werden begrüßt.“</u></b>  <b><u>AOK BV:</u></b> Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Änderung der Vorschrift des §73b SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. (...) Kassen wurden (...) gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind. Eine Veränderung des §73b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt. <b><u>BKK BV:</u></b> Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich (...), das Vergütungsniveau der HzV zu begrenzen. <b><u>IKK e.V.:</u></b> Der IKK e. V. begrüßt die Bestrebungen(...), die Ausgabenzuwächse für Hausarztverträge, (...), zukünftig zu begrenzen. <b><u>GKV SpiBu:</u></b> Es ist insgesamt zu begrüßen, (...), eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen, (...), künftig zu vermeiden. <b><u>Vdek:</u></b> Die Ersatzkassen begrüßen die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung von Honorarzuwächsen in hausarztzentrierten Versorgungsverträgen. <b><u>DGB:</u></b> Hier wird eine Ausgabenbegrenzung für Selektivverträge für die HzV vorgesehen. (...). Der DGB	Aussagen, die eine Zustimmung zur Anpassung oder Veränderung von Organisation und Prozessen zur Adoption der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung kennzeichnen

		unterstützt diese Maßnahme, da sie ein Ungleichgewicht zwischen Hausärzteverbänden und gesetzlichen Krankenkassen abschwächt.	
FinG-UK 1.2 Ablehnung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung	Die Notwendigkeit zur Einführung einer Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Budgetbereinigung wird als Instrument abgelehnt, (...) Einschränkungen werden abgelehnt.“</b></p> <p><b>AOK BW:</b> Insgesamt drängt sich in der Bewertung des GKV-FinG (...) der Eindruck auf, als ginge es (...) vielmehr um ein Wiedererstarken der gemeinsam und einheitlich gepflegten gegenseitigen Handlungsblockaden und eine Restauration ordnungspolitisch überkommener monopolistischer KBV-Strukturen (...).</p> <p><b>BVKJ:</b> (...), Selektivverträge sollten spezielle Leistungen durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte anbieten, die die Grundversorgung im Kollektivvertragssystem ergänzen und nachweisbare Verbesserungen für den Patienten bringen. Dafür müssen auch entsprechende Vergütungen gezahlt werden.</p> <p><b>BptK:</b> Das GKV-FinG will durch strukturelle Reformen mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar ist aus Sicht der BptK, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des Deutschen Hausärzteverbands bestehen zu lassen.</p> <p><b>DHÄV:</b> Mit einem solchen Eingriff in eine sich gerade etablierende Struktur einer neuen, wettbewerbsorientierten, klaren und effizienten Versorgungsform im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird der Weg zurück in ein tradiertes System der Überbürokratisierung, der Intransparenz und Fehlplanung beschritten. Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die (...) Änderungen als systemisch verfehlte Teillösungen ab. Die angestrebten Neuregelungen greifen massiv in die Versorgungs- und Vergütungsstruktur der HzV ein und dienen lediglich der Erreichung kurzfristiger politischer Ziele. (...). Die angestrebte Anbindung der HzV (...) an die kollektivvertragliche Versorgung und Vergütung ist abzulehnen.</p> <p><b>SoVD:</b> Der SoVD lehnt Einschränkungen bei den Verträgen zur HzV ab. Sollen aber hausarztzentrierte Verträge qualitätssteigernd sein, müssen sie entsprechend ausgestaltet sein. (...). Es ist aber nicht ersichtlich, warum die Hausärzte mehr Leistungen zum gleichen Preis erbringen sollten. Wirklich effizienten Verträgen zur HzV wird durch diese Änderung ein Riegel vorgeschoben.</p> <p><b>Prof. Gerlinger:</b> Die Honorarbegrenzung für die hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet allerdings die Gefahr, dass – unbeschadet des Problems der Schaffung eines de-facto-Vertragsmonopols für den Hausärzteverband – damit die finanzielle Attraktivität der Hausarztztätigkeit sinkt. Es ist mit großem Nachdruck eine Ablehnung der Reform zu empfehlen.</p>	Aussagen, die eine Ablehnung der Einführung einer Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung kennzeichnen und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.
FinG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung	Zur Notwendigkeit und Umsetzung der Einführung einer Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung keine wertenden Aussagen getätigt.	<p><b>Ankerbeispiel: ohne Beispiel</b></p> <p><b>BHI:</b> Zum Änderungsentwurf des § 73b SGB V haben wir im Grundsatz keine Beanstandungen. Wir halten ihn jedoch für ergänzungsbedürftig.</p>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung einer Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung eindeutig kennzeichnen

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 76: GKV-FinG, Einführung der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
FinG-K 2 - matching	Auswahl und Ausgestaltung der durch die Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
FinG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zugestimmt	<b><u>Ankerbeispiel: Die Umsetzung der Regelung erscheint sachgerecht, (...) ist sachgerecht, (...) erscheint sachgerecht.“</u></b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Budgetneutralität/Beitragssatzstabilität wiedergeben.
FinG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Anpassung von Bereichs-/Ablaufprozessen zwecks Adoption der Beitragssatzstabilität/Budgetbereinigung wird abgelehnt	<b><u>Ankerbeispiel: „Eine Prozessanpassung an die Budgetneutralität wird abgelehnt, (...) erscheint nicht sachgerecht.“</u></b>  <b>AOK BW:</b> Die Umsetzung führt hingegen zu intensiven Rechts- und Bewertungsstreitigkeiten über die Angemessenheit der Vergütung und deren Refinanzierung und verhindert ein Streben nach Versorgungsoptimierung. <b>vdek:</b> Der Vergleich von kassenspezifischen und GKV-weiten (HzV-Leistungs-) Fallwerten zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist allerdings nicht sachgerecht. (...) Eine Beschränkung der Gültigkeit der Neuregelungen auf solche Vereinbarungen, die nach dem Kabinettsbeschluss geschlossen werden, erscheint nicht sachgerecht. <b>IKK e.V.:</b> Der geplante Bestandsschutz für bereits geschlossene Hausarztverträge ist wettbewerbsverzerrend und wird daher ebenfalls abgelehnt. <b>BHI:</b> Es ist nicht einleuchtend und es kann erst recht kein Anspruch darauf erhoben werden, dass in der HzV derzeit z.T. deutlich höhere Honorare gezahlt werden als in der Regelversorgung, ohne dass eine Verbesserung der Versorgung oder Kosteneinsparungen nachgewiesen werden. (...) Bereinigung der Gesamtvergütung zu Lasten der an der Regelversorgung teilnehmenden Ärzte (...) nicht akzeptabel und möglicherweise rechtswidrig (Verträge zu Lasten Dritter). <b>DHÄV:</b> Die Preisbildung (Fallwert vs. Bereinigungsbetrag) der Selektivverträge wird in die Sphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert, ohne dass die Hausärzte Einfluss nehmen können. <b>KBV:</b> Diese Regelung würde dazu führen, dass die Einschreibung „junger und gesunder“	Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Budgetneutralität/Beitragssatzstabilität wiedergeben.



		<p>Versicherter in HzV-Verträge systematisch begünstigt würde. Die Einschreibung „kranker und alter“ Versicherter, welche in überdurchschnittlichem Maße Leistungen in Anspruch nehmen, würde dagegen systematisch sanktioniert. In Konsequenz dieser Regelung würde ein systematischer Fehlanreiz geschaffen.</p> <p><b>Verdi:</b> Der Gesetzgeber schränkt die Vertragsfreiheit zwischen Hausärzten und Kassen mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen ein, die Versicherten werden jedoch dadurch nicht entlastet. Vielmehr handelt es sich um eine Umverteilung zwischen Fach- und Hausärzten.</p> <p><b>Prof. Gerlinger:</b> Soll die hausärztliche Lotsen- und Koordinierungsfunktion ein Schlüssel für die Lösung der Versorgungsprobleme in einer älter werdenden Gesellschaft sein, so ist es erforderlich, dass die hausärztliche Tätigkeit auch finanziell gegenüber der Spezialistentätigkeit attraktiver wird.</p>	
FinG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Auswahl und Ausgestaltung anpassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption der Betragssatzstabilität/Budgetneutralität werden keine wertenden Aussagen getroffen.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Beitragssatzstabilität/Budgetneutralität wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 77: GKV-VStG, Einführung der Klagebeschränkung - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
VStG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
VStG-UK 1.1 Befürwortung des Widerrufsrechtes	Zur Adoption der Klagebeschränkung wird die Notwendigkeit zur Einführung zwecks Problemlösung bejaht.	<b>Ankerbeispiel: Die Regelung wird begrüßt.</b>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Anpassung oder Veränderung von Organisation und Prozessen zur Adoption einer Klagebeschränkung wiedergeben.
VStG-UK 1.2 Ablehnung des Widerrufsrechtes	Die Notwendigkeit zur Einführung einer Klagebeschränkung zwecks Problemlösung wird verneint.	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Regelung ist zu streichen, (...) keine Notwendigkeit.“</b></p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. Im Sinne einer wettbewerblich orientierten Versorgung sollte im Bereich der Selektivverträge darauf</p>	Aussagen, die eine Ablehnung der Einführung einer Klagebeschränkung wiedergeben und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.

		<p>verzichtet werden, einen Vertragsabschluss durch einen Schiedsspruch zu erzwingen (...).</p> <p><b>AOK BV:</b> Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, da sie zu gravierenden Beeinträchtigungen der gesetzlichen Krankenkassen in Bezug auf den Rechtsschutz und die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität führt. Sie löst zudem den grundlegenden Widerspruch eines Schiedsverfahrens (Einigungszwang im Selektivbereich) außerhalb der Regelversorgung (§ 89 SGB V) nicht auf.</p> <p><b>DHÄV:</b> Der DHÄV begrüßt diese allgemeinen Zielsetzungen, hält aber die dafür eingesetzten Instrumente für nicht zielführend oder nicht ausreichend. Die Änderung ist unklar und in der vorliegenden Fassung nicht ausreichend.</p>	
<p>VStG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Klagebeschränkung</p>	<p>Zur Notwendigkeit und Umsetzung einer Definition hausärztlicher Versorgung werden keine wertenden Aussagen getätigt.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	<p>Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung einer Klagebeschränkung eindeutig kennzeichnen</p>

**Quelle: Eigene Darstellung**

**Tabelle 78: GKV-VStG, Einführung der Klagebeschränkung - Kategorie 2/Diffusionsphase 2**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
VStG-K 2 - matching	Auswahl und Ausgestaltung der durch die Klagebeschränkung anzupassenden Organisationsbereiche und -abläufe		
VStG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption der Klagebeschränkung wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zugestimmt.	<p><b>Ankerbeispiel: Die Umsetzung der Regelung zur Klagebeschränkung erscheint sachgerecht, (...) ist sachgerecht, (...) erscheint sachgerecht.“</b></p>	<p>Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Klagebeschränkung wiedergeben.</p>
VStG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption der Klagebeschränkung wird abgelehnt	<p><b>Ankerbeispiel: „Die organisatorische Umsetzung der Klagebeschränkung wird abgelehnt.“</b></p> <p><b>BKK BV:</b> Es ist widersprüchlich, dass die Klage gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist, die ja gerade durch die Entscheidung der Schiedsperson betroffen ist. Wenn es darum geht, die Schiedsperson zu schützen, sollte stattdessen das Schiedsamtverfahren gemäß § 89 SGB V oder das Schiedsstellenverfahren gemäß § 18 KHG eingeführt werden.</p>	<p>Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Klagebeschränkung wiedergeben.</p>
VStG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder	Zur Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und -abläufe zwecks Adoption der	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	<p>Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von</p>

Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Klagebeschränkung werden keine wertenden Aussagen getroffen.		Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption der Klagebeschränkung wiedergeben.
--	--	--	---

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 79: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 1/Diffusionsphase 1

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
PRG-K 1 - agenda setting	Problemerkennung und Einsicht in Innovationsnotwendigkeit zwecks Problemlösung		
PRG-UK 1.1 Befürwortung des Widerrufsrechts	Zur Adoption des Widerrufsrechts wird die Notwendigkeit zur Einführung zwecks Problemlösung bejaht.	<p><b>Ankerbeispiel:</b> „Die Einführung der Widerrufsregelung wird begrüßt, (...) ist sinnvoll, (...) ist notwendig.“</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Die Einführung eines Widerrufsrechtes für Versicherte ist grundsätzlich sinnvoll. Alternativ könnte den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden in ihren Satzungen von der gesetzlichen Widerrufsfrist abweichende Regelungen zu treffen.</p> <p><b>VdEK:</b> Eine gesetzliche Verankerung eines Widerrufsrechts im Sinne einer Mindest-Widerrufsfrist ist grundsätzlich positiv zu bewerten.</p> <p><b>BÄK und KBV:</b> Grundsätzlich werden diese der Patientensouveränität und dem Verbraucherschutz dienenden Regelungen begrüßt.</p> <p><b>BPtK:</b> Die BPtK begrüßt die Einführung von Widerrufsrechten bei einer Entscheidung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (...).</p> <p><b>SoVD e.V.:</b> Der SoVD begrüßt es, dass nunmehr im Interesse der Versicherten bei Selektivverträgen ein Widerrufsrecht eingeräumt wird.</p> <p><b>Diakonie BV:</b> Die vorgesehene Weiterentwicklung der Teilnahmemodalitäten an Selektivverträgen ist begrüßenswert.</p> <p><b>Deutscher Caritasverband:</b> Die Regelungen sind ausdrücklich zu begrüßen. (...) eine Widerrufsfrist von zwei Wochen als außerordentlich sinnvoll zu erachten.</p> <p><b>BAG Selbsthilfe:</b> Die BAG Selbsthilfe begrüßt die Möglichkeit für Versicherte, der Einschreibung (...) nachträglich zu widersprechen (...).</p> <p><b>Sozialverband VdK (2012):</b> Der Sozialverband VdK Deutschland e.V. unterstützt das parteiübergreifende Ansinnen eines modernen Patientenrechts.</p> <p><b>Verbraucherzentrale Bundesverband:</b> Patientenbeteiligung wäre dabei besonders bedeutsam.</p> <p><b>Prof. Hart:</b> Übereinstimmend mit dem Antrag halte ich für regelungsbedürftig und -fähig: (...) Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem.</p> <p><b>APS (2011):</b> Wir halten folgende Grundsätze für regelungsbedürftig: (...) Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem.</p>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Anpassung oder Veränderung von Organisation und Prozessen zur Adoption des Widerrufsrechts wiedergeben.

PRG-UK 1.2 Ablehnung des Widerrufsrechts	Die Notwendigkeit zur Einführung eines Widerrufsrechts wird verneint.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Einführung der Widerrufsregelung wird abgelehnt.“</u></b>  <b><u>AOK BV:</u></b> Die Regelung ist nicht sachgerecht. In der Praxis von Versorgungsverträgen (...) ist es bisher kaum zu Problemen mit Versicherten gekommen, die nach kurzer Zeit aus dem Programm ausscheiden wollten.	Aussagen, die eine Ablehnung der Einführung eines Widerrufsrechts wiedergeben und der Innovation die Problemlösungsfähigkeit absprechen.
PRG-UK 1.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung des Widerrufsrechts	Zur Notwendigkeit und Umsetzung einer Definition hausärztlicher Versorgung werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Einführung eines Widerrufsrechts wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 80: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 2/Diffusionsphase 2**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
PRG-K 2 - matching	Auswahl und Ausgestaltung der durch Widerrufsrecht anzupassenden Organisations- bereiche und -abläufe		
PRG-UK 2.1 Zustimmung zu einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Zur Adoption des Widerrufsrechts wird der Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zugestimmt	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Widerrufsregelung wird befürwortet.“</u></b>  <b><u>Caritasverband:</u></b> Eine Widerrufsfrist von zwei Wochen ist als außerordentlich sinnvoll zu erachten.	Aussagen, die eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Widerrufsrechts wiedergeben.
PRG-UK 2.2 Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung	Die Auswahl und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption des Widerrufsrechts wird abgelehnt	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Widerrufsregelung wird abgelehnt.“</u></b>  <b><u>GKV SpiBu:</u></b> Im Rahmen der spezifischen selektivvertraglichen Regelungen kann eine Umsetzung des Widerrufsrechts in der geplanten Form zu z. T. erheblichen Schwierigkeiten in der (technischen) Umsetzung bei den Vertragspartnern, zu Unsicherheiten bei den Versicherten und zu einem Anstieg des bürokratischen Aufwandes für die Krankenkassen führen. Für Selektivverträge, die kurzfristige Maßnahmen erfordern, kann die Widerspruchsfrist dazu führen, dass eine Versorgung im Rahmen des Selektivvertrages nicht möglich ist. Die Möglichkeit einer Widerrufsfrist führt im Zusammenhang mit der Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütung (...) zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Der weitere Zeitverzug erschwert eine rechtzeitige Bereinigung der Kollektivverträge. Auf Seiten der Vertragsteilnehmer führt diese geplante Neuerung zu einem Anstieg	Aussagen, die eine Ablehnung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Widerrufsrechts wiedergeben.

		<p>der Planungsunsicherheit im Hinblick auf die reibungslose und komplikationslose Umsetzung dieser Vertragsformen.                  Streichung der geplanten Regelungen.  <b>AOK BV:</b> Die Regelung führt zu Umsetzungsproblemen. Für die Verträge gibt es Bereinigungsregelungen für die Gesamtvergütung. Durch die Widerspruchsfrist werden viele Patienten nicht rechtzeitig für die Bereinigung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden können. Die Regelung führt zu erhöhtem Verwaltungsaufwand bei Leistungserbringern, Krankenkassen, Spitzenverband Bund und BMG.  <b>vdek:</b> Zur Erhaltung der notwendigen Flexibilität ist es sachgerecht, gegebenenfalls längere Widerrufsfristen in den Satzungen zu regeln.  <b>BÄK und KBV:</b> Der Regierungsentwurf weist im Bereich der Informationspflichten, der Aufklärungspflichten sowie der Dokumentation weiterhin Nachbesserungsbedarf auf.  <b>BptK:</b> Es sollten bei diesen Verträgen zudem ein Qualitätsmanagement und die angemessene Veröffentlichung der Ergebnisse zwingend vorgeschrieben werden (...).  <b>SoVD:</b> Doch dies allein kann und wird nur Sinn machen, wenn die Versicherten auch über alle wesentlich relevanten Bestandteile der Selektivverträge informiert werden bzw. sich informieren können. Dafür ist es aber notwendig, dass diese Verträge offengelegt werden. Wir regen daher an, ergänzend zu dieser Regelung die Vertragsparteien zu verpflichten, versorgungsrelevante Vertragsinhalte zu veröffentlichen.  <b>BAG Selbsthilfe:</b> Insofern wäre entweder eine Belehrung über seine wesentlichen Rechte, Pflichten und deren wirtschaftlichen Auswirkungen beizufügen oder ein unbefristetes Widerrufsrecht zu verankern.  <b>Sozialverband VdK 2012:</b> Ein einfaches Widerrufsrecht allein führt nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation der Versicherten. Deshalb ist ergänzend eine Verpflichtung zur hinreichenden und vollständigen Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung sowie die Gewährung einer ausreichenden Bedenkzeit vor Erklärung der Teilnahme notwendig.</p>	
<p>PRG-UK 2.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Bereichs-/Ablaufbestimmung</p>	<p>Zur Bestimmung und Ausgestaltung anzupassender Organisationsbereiche und – abläufe zwecks Adoption des Widerrufsrechts werden keine wertenden Aussagen getroffen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: ohne Beispiel</b></p> <p><b>Sozialverband VdK 2011:</b> Die vertragliche Ausgestaltung von Selektivverträgen ist für Versicherte intransparent, da Inhalte ausschließlich zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern beschrieben sind.  <b>Verbraucherzentrale Bundesverband (2011):</b> Selektivverträge werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern festgelegt. Eine Veröffentlichungspflicht, zentrale Registrierung und eine</p>	<p>Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung zur Identifikation und Anpassung von Organisationsbereichen und/oder Ablaufprozessen zur Adoption des Widerrufsrechts wiedergeben.</p>

	Stellungnahmemöglichkeit durch Patientenvertreter sollte gegeben sein.
--	--

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 81: PRG, Einführung des Widerrufsrechts - Kategorie 3/Diffusionsphase 3**

Kategorie mit Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
PRG-K 3 - redefining/restructuring	Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen Inklusion des Widerrufsrechts	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
PRG-UK 3.1 Zustimmung zur Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur vollständigen Inklusion des Widerrufsrechts wird die eigene Organisation entsprechend neudefiniert und modifiziert.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	Aussagen, die eine Zustimmung zur Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Widerrufsrechts wiedergeben.
PRG-UK 3.2 Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Die Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion des Widerrufsrechts wird abgelehnt.	<u>Ankerbeispiel: „Die Widerrufsregelung wird für die eigene Organisation und deren Prozesse abgelehnt.“</u>  <u>AOK BV:</u> Die Regelung führt zu einer Diskriminierung der Selektivverträge, weil bei den Versicherten der Eindruck entsteht, dass es außerhalb der Regelversorgung besondere Risiken gibt.	Aussagen, die eine Ablehnung der Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Widerrufsrechts wiedergeben.
PRG-UK 3.3 Keine Wertung zur Befürwortung oder Ablehnung einer Neudefinition/Modifikation der Organisation	Zur Neudefinierung und Modifizierung der Organisation zwecks vollständiger Inklusion des Widerrufsrechts werden keine wertenden Aussagen getätigt.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	Aussagen, die weder eine Ablehnung noch eine Zustimmung der Anpassung oder Veränderung Neudefinition und Modifikation der Organisation zur vollständigen und nachhaltigen Inklusion des Widerrufsrechts wiedergeben.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 82: GKV-GRG, Gewichtung zur Einführung der TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Definition der hausärztlichen Versorgung für die	UK 1.1) Die TN-Definition hausärztlicher Versorgung wird vom Adopter für die		<u>Ankerbeispiel: „Die TN-Definition der HV (...) beurteilen es positiv, (...) begrüßen es, (...) unterstützen es.“</u>  <u>GKV SV A3/6:</u> Die Spitzenverbände der Krankenkassen beurteilen es grundsätzlich positiv, dass die Position des Hausarztes im Verhältnis zu den Versicherten und den weiterbehandelnden Fachärzten	Aussagen, welche Positives über die TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung oder über die hausärztlichen Versorgung oder die Position der Hausärzte wiedergeben.

<p>Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?</p>	<p>eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.</p>	<p>gestärkt werden soll.  <b>AOK BV A5/27:</b> Die vorgesehenen Regelungen stützen die Position des Hausarztes im Verhältnis zu den Versicherten und zu den weiterbehandelnden Fachärzten. Dies ist im Sinne einer praxistauglichen Umsetzung zu begrüßen.  <b>AOK BV/Weller A6/34:</b> Sämtliche für eine „Lotsenfunktion“ des Hausarztes relevanten Ebenen, auf denen ein Handlungsbedarf besteht, werden (...) bedient. (...) kann es mit den jetzt vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung gelingen, den Trend zum Facharzt zu stoppen.  <b>VdAK/AEV B1/20:</b> Zu begrüßen ist auch die Absicht, die hausärztliche Versorgung zu stärken. (...)  <b>BÄK B1/6:</b> Eine Erweiterung der gegenseitigen Information von Haus- und Fachärzten (...) ist grundsätzlich zu begrüßen.  <b>BÄK B1/31:</b> Die vorgesehene Definition stellt aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine konsequente Folgeregelung zu dem vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Differenzierungsmodell dar, wobei die formulierten Ausnahmeregelungen als sachgerecht angesehen werden.  <b>HÄV Bremen A6/29:</b> Für das Überleben des hausärztlichen Bereiches, der zudem unter enormen innerärztlichen Druck steht (Abfluss hausärztlichen Honorars zugunsten neuer fachärztlicher Praxen und Technik), ist die Festlegung eines Honorarteils, wie im Gesetz vorgesehen, notwendig. Honorarverteilungsmaßstäbe sind Gegenstand innerärztlicher Machtpolitik und veränderbar je nach Mehrheitsverhältnissen  <b>Parität A5/24:</b> Der Paritätische WV unterstützt im Interesse einer qualitativen und wirtschaftlichen ärztlichen Behandlung die Stärkung der hausärztlichen Versorgung.  <b>Prof. Schwartz A6/30:</b> Es ist ferner konsequent, (§73) die hausärztliche Versorgung im Kern gesetzlich zu regeln.  <b>GVG B1/10:</b> Fasst man die Befunde zusammen, ist durch den Übergang auf das jetzt vorgesehene freiwillige Hausarztssystem bei ausreichendem Patientenzuspruch und mittelfristiger Bindungswirkung, funktionierender Dokumentation und Steuerungswirkung (gate keeping) von keinen vorher sagbaren negativen Qualitätseffekten, aber evt. von Kostensenkungen in nachgelagerten Bereichen auszugehen.</p>	
	<p>UK 1.2) Die TN-Definition hausärztlicher Versorgung wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: „Die TN-Definition der HV(...) wird abgelehnt, (...) lässt sich nicht umsetzen.“</b>  <b>KBV B1/25:</b> Die hausärztliche Versorgung lässt sich nicht (...) stärken, wie dies der Diskussionsentwurf vorsieht.  <b>KV Rheinhessen B1/15:</b> Die Vertreterversammlung der KV Rheinhessen lehnt die im Referentenentwurf vom Bundesgesundheitsministerium vorgesehene Gesundheits-Reform 2000 ab.</p>	<p>Aussagen, welche Negatives über die TN-Definition zur hausärztlichen Versorgung oder über die hausärztlichen Versorgung oder die Position der Hausärzte wiedergeben oder selbiges ablehnen.</p>
<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach, die Definition hausärztlicher Versorgung in die eigene Organisation/eigene</p>	<p>UK 2.1) Die TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen</p>	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der TN-Definition der HV (...) kann problemlos erfolgen, (...) birgt Möglichkeiten.“</b>  <b>VdAK/AEV B1/20:</b> Positiv zu werten ist die Möglichkeit, getrennte Honorartöpfe für die haus- und fachärztliche Versorgung zu bilden.</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung bzw. Umsetzung der TN-Definition für die eigene Organisation oder eigene Prozesse als problemlos erachten.</p>

Prozesse zu reibungsarm implementieren?	<p>Prozessen.</p> <p>UK 2.2) Die TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der TN-Definition der HV (...) ist problembehaftet.“</u></b></p> <p><b><u>KBV B1/25:</u></b> Die hausärztliche Versorgung lässt sich nicht durch Honorarumverteilungen und Teilbudgetierungen unter fortbestehenden sektoralen Budgets sowie durch bürokratische Auflagen an Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen stärken, wie dies der Diskussionsentwurf vorsieht.</p> <p><b><u>Berufsverband Deutscher Nervenärzte A5/24:</u></b> Der ungehinderte Zugang psychisch Kranker zum behandelnden Facharzt muss gewährleistet bleiben. Obwohl der Gedanke integrativer Versorgungsmodelle durchaus begrüßenswert ist, bestehen also hier für psychisch Kranke gerade aus Krankheitsgründen besondere Risiken, die sich negativ auf die Behandlung auswirken können.</p> <p><b><u>DGVT B1/10:</u></b> Auch wenn das Hausarztprinzip zur Verbesserung der Vernetzung, Vermeidung von überflüssiger Diagnostik und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich begrüßt wird, sehen wir für den besonderen Bereich der Psychotherapie hier ein Problem.</p> <p><b><u>NAV Virchow B1/18:</u></b> Die Bundeshauptversammlung 1999 des NAV-Virchowbundes lehnt das Gesundheitsreformgesetz 2000 (...) grundsätzlich ab. Die Bundeshauptversammlung 1999 des NAV-Virchowbundes fordert, dass das zentrale Recht des Patienten, den Arzt seines Vertrauens frei wählen zu können, auch in Zukunft gewahrt bleibt. Mit der Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten oder Arztgruppen abzuschließen, wird der Sicherstellungs-auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehöhlt.</p> <p><b><u>Prof. Rosenbrock A4/22:</u></b> Die niedergelassene Primärärztin (Hausarzt) wird ihre Rolle als „gate keeper“, „dispatcher“ und „Versorgungsregisseur“ nur dann problemadäquat erfüllen können, wenn sie/er als vertrauenswürdige TreuhänderIn der Gesundheitsinteressen seiner/ihrer PatientInnen agiert und nicht (...) als Sparkommissar und Leistungsverweigerer vor allem gegenüber sozial Unterprivilegierten wahrgenommen wird. (...) Im Hinblick auf diese Anforderung ist der vorliegende Entwurf unangemessen arztzentriert.</p> <p><b><u>Deutscher Pflegerat A4/21:</u></b> Das Konzept der hausärztlichen Versorgung (Hausarztmodell) wird grundsätzlich vom Deutschen Pflegerat anerkannt. Es sollte aber unmissverständlich zum Ausdruck kommen, dass ein Konzept der hausärztlichen Versorgung nur gemeinsam mit Pflegeexperten entwickelt und durchgeführt werden kann (...).</p>	Aussagen, welche die Anwendung bzw. Umsetzung der TN-Definition für die eigene Organisation oder eigene Prozesse als problembehaftet erachten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Definition hausärztlicher Versorgung zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.1) Der Umgang mit der TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter nicht komplex.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	



(Aufwand-Nutzen-Vergleich)	UK 3.2) Der Umgang mit der TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter komplex.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Definition hausärztlicher Versorgung vorher testen?	UK 4.1) Der Umgang mit der TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter vorab erprobbar.	<b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b>	
	UK 4.2) Der Umgang mit der TN-Definition hausärztlicher Versorgung ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<b><u>Ankerbeispiel: „Eine Erprobung des Umgangs mit der TN-Definition zur HV erscheint sinnvoll.“</u></b>  <b><u>Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge A6/30:</u></b> Es erscheint sinnvoll, den Krankenkassen „die Möglichkeit (zu geben), modellhaft zu erproben, ob (auch) durch finanzielle Anreize die Inanspruchnahme von Hausärzten durch Versicherte gefördert werden kann“. Allerdings dürfen dann Hausarzt nicht nur die in §73 (...) aufgeführten Ärzte sein. Bei chronisch Rheumakranken etwa kann sinnvoll nur ein Rheumatologe die „Lotsenfunktion“ (...) wahrnehmen.	Aussagen, welche eine Erwartungshaltung an die Erprobbarkeit der TN-Definition zur HV formulieren.
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Definition hausärztlicher Versorgung offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte der TN-Definition hausärztlicher Versorgung sind für den Adopter erkennbar.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der TN-Definition birgt viele Möglichkeiten.“</u></b>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine positive Erwartungshaltung an die TN-Definition zur HV formulieren.
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte der TN-Definition hausärztlicher Versorgung sind für den Adopter nicht erkennbar.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der TN-Definition bringt/ besitzt keine Vorteile.“</u></b>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die TN-Definition zur HV formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 83: GKV-GRG, Gewichtung zur Einführung des Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung eines Teilnehmerbonus HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Der Versichertenbonus HV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 1.2) Der Versichertenbonus HV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<p><u>Ankerbeispiel: „Die Einführung eines Versichertenbonus wird abgelehnt. Auf eine Umsetzung sollte verzichtet werden.“</u></p> <p><b>ikk BV A3/10:</b> Die Einführung eines Bonus für Versicherte, die sich verpflichten, primär nur ihren gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen, wird abgelehnt. Sie würde zu einem gesplitteten Beitragssatz führen (...). Ferner ist die freie Arztwahl den Versicherten so wichtig, dass sie nur mit einem sehr hohen Bonus zu einer Einschreibung in ein Hausarztmodell motiviert werden können. Auf den § 65a (neu) sollte daher verzichtet werden.</p> <p><b>BKK BV A4/21:</b> Die Option zur Gewährung eines Hausarzt-Bonus weist in die falsche Richtung, da sie faktisch als Gesunden-Bonus kaum zur Verbesserung der Versorgung beitragen, allerdings aufgrund zu erwartender Mitnahmeeffekte zusätzliche Ausgaben provozieren wird.</p> <p><b>AOK BV A5/27:</b> Grundsätzlich ist es sozialpolitisch umstritten, ob ein Bonus für die freiwillige Bindung an einen Hausarzt nicht zu einer unerwünschten Aushöhlung des Solidarprinzips durch Tariffdifferenzierung führt. (...)</p> <p><b>VdAK/EAV B1/20:</b> Freiwillige Hausarztwahltarife sind höchst problematisch, da sie die Attraktivität vor allem für gesunde Versicherte entfalten. (...)</p> <p><b>Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände A3/11:</b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...) zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b>VPK A3/11:</b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...)</p>	Aussagen, welche die Einführung eines Versichertenbonus als negativ beurteilen, die Einführung ablehnen und als nachteilig erachten.

		<p>zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b><u>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V A4/15:</u></b> Die mit der Einführung eines Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung verbundenen Erwartungen im Hinblick auf mögliche Einsparungen, (...) stehen in einem gewissen Gegensatz zur expliziten Ablehnung von Elementen der PKV wie <i>Beitragsrückgewähr</i>. Wird der Bonus hingegen in Bezug auf Einsparungen beim einzelnen Versicherten gewährt, so stellt dies eine Aushebelung des Solidarprinzips dar, die schwer Kranke benachteiligt. (...) zumindest besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Leistungen als bonusgefährdend angesehen werden und dadurch notwendige Behandlungen wegen nicht unbedingt ambivalenzfreier Behandlungsmotivationen aufgeschoben oder verhindert werden.</p> <p><b><u>BDA A4/17:</u></b> Ein Anreiz für Versicherte, einen Hausarzt zu wählen, soll durch die Regelung des §65a des Entwurfes geschaffen werden. Der BDA betrachtet die Regelung als unzureichend.</p> <p><b><u>BÄK B1/6 und B1/31:</u></b> Mit der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind finanzielle Anreize für Versicherte prinzipiell nicht vereinbar. Das Recht auf freie Arztwahl darf nicht angetastet werden.</p> <p><b><u>BÄK B1/34:</u></b> Der Vorstand und der Länderausschuss der KBV bekräftigen ihre grundsätzliche Ablehnung der von der Regierungskoalition eingebrachten Gesundheitsreform 2000 (...).</p> <p><b><u>NAV Virchow B1/18:</u></b> Der größte Etikettenschwindel wird im Bereich der hausärztlichen Versorgung erlebt (...). Vom Bonus für Hausärzte ist keine Rede mehr, jetzt soll es einen Bonus für Versicherte geben(...).</p> <p><b><u>KBV B1/12:</u></b> Es ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob das Ziel der Übernahme einer hausärztlichen Koordinationsverantwortung in der Erzielung von Einsparungen liegen soll. Die KBV bekräftigt grundsätzlich die Ablehnung des Gesetzentwurfes zur Gesundheitsreform 2000.</p> <p><b><u>DGVP A3/9:</u></b> Der Versichertenbonus für den Pflichtgang zum Hausarzt ist zu streichen. Er bedeutet eine unnötige Gängelung der Patienten; mit einer Einsparung aus der Pflicht zum Hausarztbesuch ist nicht zu rechnen.</p> <p><b><u>Parität A5/24:</u></b> Ein Bonussystem kann nach Auffassung des PARITÄTISCHEN eine Benachteiligung von Patientinnen und Patienten nach sich ziehen. Wenn ein solches System eingeführt werden sollte, muss abgesichert werden (...), dass es nicht zu Lasten chronisch kranker Menschen auswirkt.</p> <p><b><u>DAG A6/41:</u></b> Finanzielle Anreize für Versicherte, die das Hausarztmodell wählen, werden kritisch gesehen, die Mitnahmeeffekte durch „gesunde“ Versicherte bergen nicht unbeträchtliche finanzielle Risiken für die Kassen.</p> <p><b><u>BMC A4/15:</u></b> Es gibt bisher noch keine schlüssigen Beweise dafür, dass die Vorschaltung eines Hausarztes wirklich immer zu Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserung der Versorgung führt. Bisherige Ergebnisse bei Hausarztтарifen in der PKV werfen die Frage nach einer angebotsinduzierten Risikoselektion auf. Letztendlich scheint die Qualifikation des jeweiligen Hausarztes entscheidend für die Effekte zu sein.</p>	
--	--	--	--

<b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Teilnehmerbonus HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 2.1) Der Versichertenbonus HV ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 2.2) Der Versichertenbonus HV ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: „ (...) der Versichertenbonus ist nicht umsetzbar, (...) die Anwendung des Versichertenbonus ist problembehaftet.“</u>  <b>Hartmannbund A3/10:</b> Der Hartmannbund vertritt die Auffassung, dass vor Einführung eines Versichertenbonus die Frage zu klären ist, inwieweit ein solcher Bonus in der hausärztlichen Versorgung das Solidarsystem durchlöchert. Es geht nicht, dass Gruppen von Versicherten an andere Gruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, Beitragsgelder zur Verfügung stellen, um den Versichertenbonus zu finanzieren.	Aussagen, welche die Anwendung des Versichertenbonus für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Teilnehmerbonus HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 3.1) Die Umsetzung des Versichertenbonus HV ist für den Adopter nicht komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 3.2) Die Umsetzung des Versichertenbonus HV ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Teilnehmerbonus HzV vorher testen?	UK 4.1) Die Umsetzung des Versichertenbonus HV ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Die Umsetzung des Versichertenbonus HV ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte des Versichertenbonus HV sind für den Adopter	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	

Einführung des Teilnehmerbonus HzV offensichtlich und erkennbar?	erkennbar.		
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte des Versichertenbonus HV sind für den Adopter nicht erkennbar.	<b><u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung des Versichertenbonus zur HV besitzt/ bringt keine positiven Effekte.“</u></b> Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung eines Versichertenbonus zur HV formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 84: GKV-GMG, Gewichtung zur Definition der HzV gemäß § 73b SGB V - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung eines Eigendefinition der HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Die gesetzl. Definition der HzV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<p><b><u>Ankerbeispiel: „HzV erscheint sinnvoll, (...) bietet Vorteile.“</u></b></p> <p><b><u>BÄK:</u></b> (...) die zunehmende Spezialisierung in der Medizin sprechen für eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung. Hausarzttarife erscheinen gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.</p> <p><b><u>DHÄV:</u></b> Eine zentrale Rolle (...) dieser neuen Versorgungsformen spielt dabei die in § 73b SGB V (neu) normierte „Hausarztzentrierte Versorgung“.</p> <p><b><u>DPTV:</u></b> Eine hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten dass die Schwelle für zielgerichtete Inanspruchnahme (...) niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung psychotherapeutischer Maßnahmen führt zur Steigerung von Lebensqualität und der Reduktion von Inanspruchnahme und Kosten.</p> <p><b><u>BPtK:</u></b> Eine hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten, dass die Schwelle für zielgerichtete Inanspruchnahme (...) niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung psychotherapeutischer Maßnahmen führt zur Steigerung von Lebensqualität und der Reduktion von Inanspruchnahme und Kosten.</p> <p><b><u>Marburger Bund:</u></b> In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem ist ein koordinierender Arzt, der die Rolle eines Lotsen bei der strukturierten Behandlung von Patienten übernimmt, grundsätzlich sinnvoll.</p> <p><b><u>Sozialverband VdK:</u></b> Der Sozialverband VdK sieht in (...) hausarztzentrierten Versorgungsformen große Chancen für eine bessere und wirtschaftliche Versorgung von chronisch Kranken und behinderten Menschen</p> <p><b><u>AWO BV:</u></b> Das Hausarztssystem wird von der AWO ausdrücklich unterstützt.</p> <p><b><u>EKD:</u></b> Auch die vorgesehene Stärkung der Lotsenfunktion von Hausärzten findet die Zustimmung der evangelischen Kirche.</p> <p><b><u>Verbraucherzentrale BV:</u></b> Die für die Krankenkassen verpflichtende Einführung eines</p>	Aussagen, welche die Definition der HzV als vorteilhaft bewerten.

		<p>Hausarztssystem wird im GMG begleitet durch entsprechende Reformen in der ärztlichen Selbstverwaltung, die zu einer Stärkung der Hausärzte führen soll. Der vzbv begrüßt dies, (...).</p> <p><b>GV Parität:</b> Das vorgesehene Hausarztssystem wird grundsätzlich begrüßt.</p> <p><b>SoVD:</b> Der Sozialverband Deutschland befürwortet im Grundsatz ein Hausarztmodell, plädiert jedoch dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen.</p> <p><b>GOMG:</b> Die GOMG begrüßt die Ansätze im GMG (...): Strukturell sinnvolle finanzielle Anreize durch Gatekeeper-Funktion der Hausärzte (§67) sowie Bonussysteme für Teilnahme an Hausarztssystemen (...).</p> <p><b>Deutscher Gewerkschaftsbund:</b> Die Stärkung des Hausarztes als Lotse wird begrüßt.</p>	
	<p>UK 1.2) Die gesetzl. Definition der HzV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: „(...) Umsetzung von HzV wird abgelehnt.“</b></p> <p><b>TK:</b> Alle Krankenkassen zu verpflichten, ein Hausarztmodell obligatorisch anzubieten und durch massive Verhaltensanreize die Wahl der Versicherten für ein Hausarztmodell zu forcieren, ist aus vielen Gründen nicht sinnvoll. Stattdessen sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, optional HzV anbieten zu können.</p> <p><b>VdAK/AEK:</b> Ein für die Krankenkassen verpflichtend einzuführendes Hausarztssystem ist abzulehnen.</p> <p>Als Optionsregelung hingegen wird zur besseren Steuerung der Patienten das Hausarztmodell begrüßt.</p> <p><b>AOK BV:</b> Die AOK spricht sich nicht für ein verpflichtendes Hausarztssystem aus. Bevorzugt wird ein wettbewerbliches Modell. Der Bonus kann (...) für das Hausarztssystem auch ganz entfallen.</p> <p><b>BKK BV:</b> Für eine Privilegierung des Hausarztmodells durch den Gesetzgeber fehlen in Deutschland empirische Anhaltspunkte. Von daher sollten Hausarztmodelle sich im Wettbewerb mit anderen Versorgungsformen bewähren können, aber nicht zum Pflichtangebot aller Krankenkassen bei Verzicht auf Eintrittsgeld gemacht werden.</p> <p><b>Ikk BV:</b> In der Stärkung der Rolle der Hausärzte unterstützen die Innungskrankenkassen die Bundesregierung. Ein Hausarztssystem kann dazu beitragen, unnötige fachärztliche Konsultationen zu vermeiden und dadurch Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen. Es sollte jedoch ein freiwillig zu nutzendes Instrument bleiben, da die Akzeptanz des Hausarztes als Primärversorger im Wesentlichen von deren für Patienten spürbaren Qualifikation in Sachen Versorgungsqualität und Steuerung abhängt. Ökonomische Wirkungen der Praxisgebühr allein durch den entstehenden Verwaltungsaufwand sind zu bezweifeln. Das Angebot von Hausarztmodellen sollte für Krankenkassen als Satzungsleistung freiwillig sein.</p>	<p>Aussagen, welche die Definition der HzV als nachteilig bewerten.</p>
<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung einer</p>	<p>UK 2.1) Die gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation</p>	<p><b>Ankerbeispiel: „Die inhaltliche Ausgestaltung der HzV findet Zustimmung.“</b></p> <p><b>EKD:</b> Die Absicht des Gesetzentwurfes, Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten durch gezielte Anreize zu fördern, verdient aus Sicht der EKD ausdrückliche Zustimmung.</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung der gesetzl. Definition der HzV für die eigene Organisation und Prozesse für umsetzbar halten.</p>

<p>Eigendefinition der HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?</p>	<p>und/oder eigenen Prozessen.</p> <p>UK 2.2) Die gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: „Die inhaltliche Ausgestaltung der HzV wird abgelehnt, (...) ist nicht anwendbar, (...) wird den Anforderungen nicht gerecht.“</u></b></p> <p><b><u>KBV:</u></b> Dieses gesetzgeberische Experiment zerstört das Vertrauen der sozialversicherten Patienten in die Gewährleistung einer medizinisch notwendigen von ökonomischen Repressalien und damit verbundener Leistungsrationierung freien hausärztlichen Versorgung. (...) Es ist für sozialversicherte Patienten unzumutbar, die Wahl des für ihn geeigneten Facharztes nicht mehr unter den Kriterien Wohnortnähe und Qualität treffen zu können, sondern darauf angewiesen zu sein, dass der Arzt seiner Wahl einen Vertrag mit der Krankenkasse hat und für die Dauer der Behandlung behält (...).</p> <p><b><u>Hartmannbund:</u></b> Die Implementierung von Einzelverträgen in diesem Versorgungsbereich lehnt der Hartmannbund strikt ab. Einzelverträge stellen eine ordnungspolitische Fehlsteuerung dar. Im SGB V sind bereits jetzt schon Regelungen für die Stärkung der Hausarztfunktion vorgesehen. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Regelungen in Form von Hausarztmodellen, sondern vielmehr flankierender Anreize zur effektiven Umsetzung der vorhandenen vernünftigen Grundstrukturen. Die (...) Zugangsbeschränkungen zur fachärztlichen Versorgung (...) bergen die Gefahr der Verzögerung oder gar Verhinderung notwendiger Diagnostik und Therapie. (...) führt die Zugangskontrolle durch den Hausarzt de facto zu einer Einschränkung der freien Arztwahl für den Patienten und zu einer Abhängigkeit der Fachärzte von der Zugangsregelung der Primärärzte. Der Hartmannbund lehnt eine zwangsweise Bindung des Patienten an einen Primärarzt grundsätzlich ab.</p> <p><b><u>GFB:</u></b> Die Einführung einzelvertraglicher Regelungen mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten wird von den in der GFB repräsentierten Fachärzten genauso kategorisch abgelehnt, wie wir dieses im Vorentwurf des GMG getan haben, als nur die Fachärzte betroffen waren.</p> <p><b><u>BVKJ:</u></b> Es kann nicht angehen, dass Kinder und Jugendliche einen (...) für ihre Belange besonders qualifizierten Kinder- und Jugendarzt nur auf Überweisung durch einen Hausarzt (...) aufsuchen dürfen.</p> <p><b><u>DPTV:</u></b> Umgekehrt sollte für Patienten, die in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.</p> <p><b><u>BPtK:</u></b> Umgekehrt sollte für Patienten, die in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben.</p> <p><b><u>Marburger Bund:</u></b> So sind die Anreize sich einzuschreiben – insbesondere für junge gesunde Versicherte – zu gering. Darüber hinaus gibt es bislang keinerlei Beleg dafür, dass das Preis-/Leistungsverhältnis in einem derartigen System besser wird als in den bisherigen Strukturen.</p>	<p>Aussagen, welche die gesetzl. Definition der HzV für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.</p>
---	---	---	--

	<p>Grundsätzlich hat die Bestrafung durch erhöhte Zuzahlungen und Praxisgebühren von Patienten, (...), nichts mit der Stärkung der Eigenverantwortung zu tun.</p> <p><b>DGPPN:</b> Ob die Einführung eines Primärarzt-systems mit einer Lotsenfunktion des Hausarztes die gewünschte Effizienzsteigerung herbeiführt, muss mangels Daten dahingestellt bleiben. Grundsätzlich erscheint eine Lotsenfunktion sinnvoll. Diskussionswürdig ist aber, ob die Lotsenfunktion einem bestimmten Fachgebiet – hier der Allgemeinmedizin - zugeschrieben werden muss. Alternativ,- und sowohl freiheitlicher und pragmatischer - wäre, jedem Vertragsarzt die Lotsenfunktion abzuverlangen. Die vorgesehene (...) Beschränkung der Lotsenfunktion auf den Hausarzt ist aber bei psychischen Krankheiten ungeeignet. Den Direktzugang zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu verwehren, indem der Hausarzt obligat zwischengeschaltet wird, wäre ein folgenschwerer Rückschritt.</p> <p><b>Psychotherapieverbände:</b> Die Anbindung an Hausärzte für Patienten mit psychischen Störungen führt zu einer Steigerung der Krankheitsfolgelasten aufgrund einer verspäteten oder gar nicht erfolgten Inanspruchnahme einer fachpsychotherapeutischen Behandlung.</p> <p><b>Ständige Konferenz ärztl. Psychotherap. Verbände:</b> Die vorgesehene Gatekeeper-Funktion des Hausarztes und die daran gekoppelten finanziellen Regelungen führen zu Unausgewogenheiten und Benachteiligungen für einen Teil der Patienten unseres Versorgungsbereichs, die weder zu einer Verbesserung der Qualität noch zu mehr Wirtschaftlichkeit führen. Deswegen sollten Patienten psychotherapeutisch tätige Fachärzte unmittelbar aufsuchen können.</p> <p><b>VAKJP:</b> Das (berechtigte) gesetzgeberische Anliegen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, wird im Bereich der Kinder und Jugendpsychotherapie mit den im GMG vorgesehenen Regelungen nicht verwirklicht: (...) das Recht der Patienten auf Erstzugang zum Psychotherapeuten zu erhalten und zu sichern, (...).</p> <p><b>BPtK 2003:</b> Da psychische Erkrankungen aber eine Tendenz zur Chronifizierung zeigen mit erheblichen Folgen zu Lasten der Krankenkassen und der Rentenkassen, müssen Psychotherapeuten aus Wirtschaftlichkeitsgründen Teil der medizinischen Basisversorgung bleiben.</p> <p><b>Bvvp:</b> Das Erstzugangsrecht der Patienten muss bei allen überwiegend und ausschließlich psychotherapeutischen Tätigen gewahrt bleiben. Grundsätzlich ist die Behinderung des Erstzugangs zum Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Arzt nicht sachgemäß.</p> <p><b>Marburger Bund:</b> Die Regelungen zum Budgetausgleich sind (...) nicht angepasst. Es besteht die Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung des Hausarzt-systems.</p> <p><b>Verbraucherzentrale BV:</b> Vorab ist allerdings sicherzustellen, dass Zahl und Qualifikation der Hausärzte, insbesondere für die „Lotsenrolle“, ausreichend ist, (...). So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Reize gegen das angestrebte Ziel einer rationalen Versorgung richten. Außerdem nehmen für weite Teile der chronisch Kranken Fachärzte, (...), die Rolle des Vertrauensarztes ein. Es bedarf Ausnahmeregelungen für diese Patientengruppe.</p> <p><b>Aktion Psychisch Kranke:</b> Patienten, die krankheitsbedingt nicht bereit oder nicht in der Lage sind, am Hausarzt-system teilzunehmen, ist der direkte Zugang zu psychiatrischer Behandlung durch</p>	
--	---	--



	<p>Vertragsärzte oder Institutsambulanzen auch ohne Zahlung der „Praxisgebühr“ zu ermöglichen.</p> <p><b>BAGP:</b> Das im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehene Hausarztmodell wird diesen Anforderungen (Selbstbestimmung und Souveränität in der Behandlung) nicht gerecht. Es zwingt Patientinnen und Patienten weiterhin in ein paternalistisches System, in dem Selbstbestimmung nur erkaufte werden kann. Wir fordern daher: (...) Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit haben, sich freiwillig bei einem Arzt ihrer Wahl einzuschreiben, bei dem alle Behandlungsinformationen zusammenlaufen (...). Keine Facharztgebühr (...) Recht auf ärztliche Zweitmeinung (...) Stärkung von Eigenkompetenzen: Anstatt Patientinnen und Patienten durch Malusregelungen (etwa Zuzahlungen zu Facharztbesuchen) dazu zu nötigen (...), ist es vielmehr notwendig, die Eigenkompetenzen von Patientinnen und Patienten (...) zu stärken.</p> <p><b>BDA:</b> Demgegenüber sind andere „Steuerungs- und Strukturmaßnahmen“, und hier insbesondere die Einführung des „Hausarztmodells“ und damit verbundene Bonusregelungen als verbindliche Vorgabe für alle Krankenkassen (...) als wettbewerbsfeindlich und/oder kontraproduktiv abzulehnen. Qualität und Wirtschaftlichkeit können auch durch „selektives Kontrahieren“ bzw. Vertragsfreiheit verbessert werden. (...) So wird in vielen Fällen die obligatorische Erstkonsultation des Hausarztes zu zusätzlichen Behandlungs- Verschreibungs- und Überweisungsgebühren führen, obwohl von vornherein klar ist, dass eine fachärztliche Inanspruchnahme zwingend geboten ist.</p> <p><b>Lebenshilfe:</b> Abzulehnen ist die Bindungsfrist an die Wahl des Hausarztes von mindestens einem Jahr und die Ermöglichung des Wechsels nur bei wichtigem Grund. Die Regelung schränkt das bedeutsame Recht auf freie Arztwahl in unzumutbarer Weise ein. Die Lotsenfunktion des Hausarzt bedingt umfassende Beratungspflichten gegenüber chronisch kranken und behinderten Patienten und müssen in den Weiterbildungsangeboten zwingend berücksichtigt werden. Es wird eine Regelung befürwortet, dass Menschen mit einer schweren geistigen oder Mehrfachbehinderung von der Zahlung einer Praxisgebühr ausgenommen sind, wenn sie ohne vorherige Konsultation ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen</p> <p><b>CGB:</b> Es muss die Position des Hausarztes als Lotse im System gestärkt werden. Allerdings ist das vorgesehene Modell nicht durchdacht und realitätsfremd. Der Zwang, seinen Hausarzt in jedem Fall zuerst aufzusuchen, führt unweigerlich zu einer Überlastung und Überforderung der Hausärzte.</p> <p><b>DW:</b> Die vorgesehenen Regelungen widersprechen (...) den behindertenpolitischen Grundsätzen der Bundesregierung.</p> <p><b>dbb:</b> Der dbb hat gegen die Einführung des Hausarztmodells grundlegende Bedenken. Die Einführung der vorgesehenen Zuzahlungsermäßigungen (...) stellen unseres Erachtens keinen nennenswerten Anreiz dar, sich zunächst an den Hausarzt zu wenden und ist zudem sehr verwaltungsaufwendig. Ferner zielt diese Bonusregelung in die gleiche Richtung wie die Praxisgebühr, indem sie (...) die freie Arztwahl indirekt beschränkt und ist deshalb kritisch zu betrachten.</p> <p><b>Caritas:</b> Die Einführung des Hausarztmodells (...) ist ein zentraler Punkt im vernetzten System. Der Deutsche Caritasverband spricht sich für eine Qualifizierung und Stärkung der Hausärzte als Lotsen im Gesundheitssystem unter Beibehaltung der freien Arztwahl des Patienten aus.</p> <p><b>GV Parität:</b> Für chronisch Kranke und behinderte Menschen müssen jedoch auch Fachärztinnen und</p>	
--	---	--

	<p>Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen eine qualifizierte Lotsenfunktion ausüben können. Dieser Personenkreis muss daher (...) grundsätzlich von der Erhebung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuch ohne Überweisung befreit werden</p> <p><b>SoVD:</b> Da Patientinnen und Patienten ein großes Bedürfnis nach Orientierungshilfen (...) im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem haben, befürworteten wir im Grundsatz ein Hausarztmodell. Aus diesem Grund plädiert der SoVD dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen im Gesundheitssystem zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen. Die Teilnahme am Hausarztmodell muss freiwillig sein. Freiwilligkeit bedeutet, dass die Nichtteilnahme keinerlei Sanktionen wie z.B. finanzielle Einbußen oder die Nichtgewährung von finanziellen Vorteilen mit sich bringt. Daher lehnt der SoVD die Einführung einer Praxisgebühr ab. Die Bindungsfrist an einen Hausarzt über ein Jahr halten wir für problematisch.</p> <p><b>Prof. E. Wille:</b> Problematisch erscheint allerdings die Privilegierung des Hausarztsystems im Wettbewerb mit anderen Versorgungsalternativen. Zunächst verpflichtet der Gesetzentwurf die Krankenkassen, ein Hausarztssystem anzubieten. Sofern das Hausarztssystem belegbare medizinische und/oder ökonomische Vorzüge gegenüber allfälligen alternativen Versorgungsformen aufweist, bedarf es zu seiner Durchsetzung im Wettbewerb keiner subventionsähnlichen Unterstützung, sondern nur einer adäquaten Wettbewerbsordnung.</p> <p><b>Weibernetz e.V.:</b> In Bezug auf chronisch kranke oder behinderte Menschen muss diese „Lotsenfunktion“ auch durch Fachärzte wahrgenommen werden können. Dementsprechend müssen Artikel 1 Nr. 8b) (Praxisgebühr) und Nr. 24 (Bonus für Versicherte) modifiziert werden.</p> <p><b>Volkssolidarität BV:</b> Das vorgesehene Hausarztssystem (...) wird befürwortet, sofern dadurch nicht zusätzliche Belastungen für Patienten entstehen, insbesondere für chronisch Kranke. Für diesen Patientenkreis darf die beabsichtigte Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung nicht gelten, da bei der Behandlung chronisch kranker Menschen der Fachärztin/dem Facharzt aus medizinischer Sicht ebenfalls eine Lotsenfunktion zugestanden werden sollte.</p> <p><b>RA. Dr. Ehlers:</b> Der Anschluss an (..) das Hausarztmodell führt ebenfalls zu einer gewissen Einschränkung der freien Arztwahl. Die Bedenken, dass sich gerade auch sozialschwache Patienten in die Programme gedrängt fühlen könnten, ist mit Recht auf freie Arztwahl nicht gänzlich in Einklang zu bringen.</p> <p><b>DGVP:</b> Die DGVP sieht in der durch Bonus- und Malusregelungen verstärkten Absicht, Patienten zuerst zum Hausarzt zu steuern, eine Aushebelung des Rechts auf freie Arztwahl. Dieser Strategie fehlt nach unserer Einschätzung eine überzeugende medizinische und ökonomische Grundlage.</p> <p><b>DMSG:</b> Die Krankenkassen sollen offensichtlich verpflichtet werden, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten. Die Teilnahme an diesem System ist (...) freiwillig, jedoch soll zur Stärkung dieser hausärztlichen Versorgung die vorrangige Inanspruchnahme des Hausarztes durch die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung die Versicherten entsprechend kanalisieren. Hierzu gibt es erhebliche Bedenken, weil chronisch Kranke (...) auf die Versorgung durch den Facharzt angewiesen sind.</p> <p><b>ULA:</b> Auch aus Sicht der ULA sollten nach Einführung eines Systems von Praxisgebühren bestimmte</p>	
--	--	--

		<p>Arztbesuche auch weiterhin <i>ohne</i> Praxisgebühr möglich sein. Die Verschleppung ernster Erkrankungen oder aber eine Vernachlässigung der Vorsorge müssen möglichst vermieden werden. Im vorliegenden Modell hängt die Legitimation der Praxisgebühren in erster Linie davon ab, ob das Hausarztmodell die auf ihm ruhenden Erwartungen erfüllt, das heißt von der Frage, ob die Kosten aus den vorgeschalteten Hausarztbesuchen geringer ausfallen als die Ersparnisse aus den unterbundenen, medizinisch nicht erforderlichen Facharztbesuchen.</p> <p><b>DVfR:</b> Für Menschen mit seltenen Erkrankungen oder Menschen mit Behinderungen kann die Zeitspanne, sich auf ein Jahr für einen Hausarzt festzulegen, im Einzelfall zu lange sein. Grundsätzlich sollte gelte: das Aufsuchen von Lotsen sollte belohnt und nicht bestraft werden. Die Allgemeinmedizin kann eine solche Lotsenfunktion u.U. ausüben, jedoch nicht immer bei speziellen Problemen, seltenen Erkrankungen und/oder Behinderungen.</p> <p><b>BV für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.:</b> Die dem Hausarzt zugedachte Lotsenfunktion wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen und begrüßt. Gerade behinderte Menschen (...) sollten weiterhin sanktionslos geeignete Ärzte in Anspruch nehmen können, auch wenn es sich um einen Facharzt handelt. Der Umweg über einen anderen Arzt erscheint weder aus medizinischem noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und vertretbar.</p> <p><b>ULA:</b> Die inhaltliche Verknüpfung von Hausarztmodell und Praxisgebühr wird abgelehnt. In der vorgelegten Form dienen die Praxisgebühren nur als Instrument, um dem Hausarztmodell zum Erfolg zu verhelfen. Statt echte Anreize für mehr Eigenverantwortung zu setzen, werden die Versicherten tendenziell eher entmündigt als in ihrer Position als Nachfrager von Gesundheitsleistungen gestärkt zu werden.</p>	
<p><b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Eigendefinition HzV zu verstehen und zu nutzen?</p>	<p>UK 3.1) Der Umgang mit der gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter nicht komplex.</p> <p>UK 3.2) Der Umgang mit der gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter komplex.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p> <hr/> <p><b>Ankerbeispiel: „Die gesetzl. Definition zur HzV ist nur schwer umsetzbar.“</b></p> <p><b>TK:</b> Die vorgesehene Kopplung des Hausarztmodells in Kombination mit den Anreizsystemen führt dazu, dass keine Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die Zahl der Arztkontakte würde sich durch den ökonomischen Druck (...), erst den Hausarzt aufsuchen zu müssen, erhöhen. Die steuernde Wirkung, die gemeinhin mit einer Praxisgebühr verbunden ist – die Vermeidung von medizinisch nicht nötigen Arztbesuchen – würde damit konterkariert. Zudem ist die Vielzahl der Ausnahmeregelungen verwaltungsseitig nur schwer umsetzbar und führt zu erheblicher Intransparenz und kostenträchtiger Kontrolle.</p> <p><b>Lebenshilfe:</b> Bedenken gegen die Einführung eines Hausarztmodells bestehen aus Sicht behinderter Menschen (...). Es besteht die Gefahr der weiteren Bürokratisierung und Erhöhung des Verwaltungsaufwandes für Hausärzte und Krankenkassen. Derzeit ist nicht gewährleistet, dass Menschen mit Behinderung überall in zumutbarer Entfernung von ihrem Wohnort einen geeigneten Hausarzt ihres Vertrauens finden.</p>	<p>Aussagen, welche Probleme und Bedenken zum Umgang und der Implementation der HzV-Definition wiedergeben.</p>

<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Eigendefinition der HzV vorher testen?	UK 4.1) Der Umgang mit der gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></u>	
	UK 4.2) Der Umgang mit der gesetzl. Definition der HzV ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Eigendefinition der HzV offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte der gesetzl. Definition der HzV sind für den Adopter erkennbar.	<u><b>Ankerbeispiel: „Insbesondere wird an der gesetzl. Def, zur HzV begrüßt, dass (...), hat positive Effekte.“</b></u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine positive Erwartungshaltung an die Umsetzung einer gesetzlichen Definition der HzV formulieren
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte der gesetzl. Definition der HzV sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u><b>Ankerbeispiel: „Die gesetzl. Definition der HzV hat keine positiven Effekte, (...) keine nachhaltigen Ergebnisse.“</b></u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung einer gesetzlichen Definition der HzV formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 85: GKV-WSG, Gewichtung zur Einführung der GKV-Angebotspflicht HzV - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Akteur		Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Faktor	Unterkategoriem		
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung eines GKV-Angebotspflicht HzV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Die GKV-Angebotspflicht HzV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.	<u><b>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zur Angebotspflicht werden begrüßt.“</b></u>  <b>DHÄV:</b> Die Förderung und Stärkung der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern außerhalb der Gesamtverträge ist zweifellos der richtige Schritt zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung. <b>BMC:</b> Die Regelungen zur HzV dienen dem Vertragswettbewerb und sind insbesondere in Verbindung mit den Wahltarifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB v zu betrachten. <b>BAG:</b> Zu begrüßen ist, dass die Modelle der HzV künftig zum Pflichtangebot der GKV gehören sollen. <b>ULA:</b> Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die geplante Regelung, der zufolge die von den Krankenkassen anzubietenden Hausarztmodelle aus dem gesamtvertraglichen	Aussagen, welche die GKV-Angebotspflicht HzV als vorteilhaft begrüßen.

		Rahmen herausgelöst werden. <b>Caritas:</b> Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Initiative des Gesetzgebers.	
	UK 1.2) Die GKV-Angebotspflicht HzV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.	<b>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zur Angebotspflicht werden abgelehnt.“</b> <b>GKV SpiBu:</b> Die beabsichtigte Neuregelung in der vorgeschlagenen Form bedeutet jedoch mehr Bürokratie und schränkt bestehende Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen eher ein. <b>TK:</b> Eine verpflichtende und mit Anreizen versehende zusätzliche Hausarztzentrierung der Versorgung ist nicht notwendig. Derzeit können keine gesicherten Aussagen zur Nachhaltigkeit von Steuerungseffektivität und Kosteneffizienz innerhalb einer HzV getroffen werden. Von einer Pflichtregelung zur HzV sollte abgesehen werden.	Aussagen, welche die GKV-Angebotspflicht HzV als nachteilig ablehnen.
<b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, den Wegfall des Teilnehmerbonus HzV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 2.1) Die GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung/Einbindung der Angebotspflicht wird begrüßt/gefördert/ist notwendig.“</b> <b>DHÄV:</b> Um einen wirklichen Wettbewerb auf der Vertragsebene zu gewährleisten, ist es zwingend notwendig, dass die KVen bezügl. der HzV als Vertragspartner ausgenommen werden. Im Bereich der HzV nach § 73b SGB V i. V. m. § 53 Abs. 3 SGB V muss die Regelung aufgenommen werden, dass Krankenkassen verpflichtet werden binnen einer bestimmten Frist (Ende 2007) ihren Versicherten einen sog. Hausarzttarif anzubieten.	Aussagen, welche die Anwendung der Angebotspflicht HzV für die eigene Organisation und Prozesse für umsetzbar halten.
	UK 2.2) Die GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Angebotspflicht wird als Einschränkung/Beschränkung zurückgewiesen/abgelehnt.“</b> <b>Spitzenverbände GKV:</b> Die Verpflichtung der Krankenkassen, jeweils spezielle Hausarztverträge abschließen zu müssen, ist ebenfalls weder freiheitlich noch förderlich für einen Effizienzwettbewerb zwischen Hausarzt- und anderen Versorgungsmodellen. <b>Spitzenverbände GKV:</b> Die Vertragsinhalte werden sehr eingeschränkt und die Voraussetzungen differenziert vorgeschrieben. Der Gestaltungsspielraum der Vertragspartner ist dadurch erheblich eingeschränkt. Problematisch bleibt darüber hinaus die von den Krankenkassen zu leistende Finanzierung der HzV. Einerseits ist eine risikogerechte Bereinigung der Gesamtvergütung schwierig, andererseits fehlt nach wie vor der Nachweis, dass hausarztzentrierte Versorgung zu relevanten Einsparungen führt. <b>TK:</b> Mit der Teilnahme an der HzV entfällt für den Versicherten die freie Arztwahl. Eine Einschränkung entspricht grundsätzlich nicht den Interessen der Versicherten. Die Kassen sollten die eigenen Leistungsangebote so gestalten können, dass sie sich nach eigener Ausrichtung optimal am Markt positionieren können. Der vorgesehene Bereinigungsmechanismus ist nicht praxisgerecht. <b>Virchow-Bund:</b> Die bisherige kollektivvertraglich geregelte Versorgung wird dramatisch	Aussagen, welche die Anwendung der Angebotspflicht HzV für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.

		<p>reduziert, es droht eine Atomisierung der Vertragslandschaft. Der Einkaufsmacht der Kassenseite steht die Schwächung der korporatistischen ärztlichen Vertretung der niedergelassenen Ärzteschaft gegenüber. Durch die verpflichtende Einführung der HzV wird de facto ein Primärarztmodell eingeführt. Es ist bis dato weder nachgewiesen, dass die HzV eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit noch der Versorgung nach sich zieht.</p> <p><b>KBV:</b> Die Wettbewerbsorientierung der GKV wird vollständig aufgegeben und bedeutet eine Abschaffung des heutigen pluralistischen Gesundheitswesens. Der Teilausschluss der KVen als unmittelbarer Vertragspartner sowie Begünstigungen der potentiellen anderen Vertragspartner im Wettbewerb gefährden den Sicherstellungsauftrag der KVen. (...) Einführung eines Haus- bzw. Primärarzt-systems zur Erschwerung des unmittelbaren Versicherten-zuganges zu ambulanter fachärztlicher Versorgung.</p> <p><b>Hartmannbund:</b> Mit der Vielzahl an Einzelverträgen, die künftig möglich sein werden, verlieren die Ärzte ihre erforderliche Vertragssicherheit.</p> <p><b>BÄK:</b> Die gesetzgeberische Stärkung der hausärztlichen Versorgung bedingt einen Wechsel des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen hin zu den Krankenkassen. Mit diesem Zuständigkeitswechsel greift eine aktive Steuerung von Versicherten i.V.m. Einschränkung der freien Arztwahl zu Lasten der Fachärzte.</p> <p><b>KBV:</b> Die Bereinigungen der Gesamtvergütungen ist aufgrund von Neuregelungen im Vergütungsrecht nicht durchführbar.</p> <p><b>BVKJ:</b> Durch den Vorwegabzug von Geldern für die Regel- und Notfallversorgung besteht die Gefahr, dass keine ausreichenden Mittel mehr zur Verfügung stehen, um die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte zu finanzieren.</p> <p><b>BHI:</b> Es ist nicht nachvollziehbar, warum die KBV und die KVen nicht Vertragspartner der HzV sein können, obwohl sie geborene Vertragspartner wären. Gerade die KVen können die Einheitlichkeit der Verträge sicherstellen, die unbedingt erforderlich ist, um ein dann nicht mehr zu übersehendes Chaos von verschiedenen Vertragsinhalten der verschiedenen Kassen, differierender Abrechnungsmodalitäten und Abrechnungsstellen zu verhindern.</p> <p><b>KBV:</b> HzV bietet Großkassen die Möglichkeit aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung auszusteigen. KV-freie Zonen bundesweit. Exodus von KV-Mitgliedern in Selektivverträge.</p> <p><b>BVKJ:</b> KVen sollten aufgrund ihrer Gewährleistungspflicht zum Sicherstellungsauftrag auch Vertragspartner der HzV sein.</p> <p><b>BDA:</b> Welche Versorgungsformen sinnvoll sind, sollte der Wettbewerb und nicht der Gesetzgeber entscheiden. Insofern passt nicht die jetzt vorgesehene Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten.</p>	
<p><b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Angebotspflicht HzV</p>	<p>UK 3.1) Die Beachtung der GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter nicht komplex.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	

zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.2) Die Beachtung der GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter komplex.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Angebotspflicht HzV vorher testen?	UK 4.1) Der Umgang mit der GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter vorab erprobbar.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
	UK 4.2) Der Umgang mit der GKV-Angebotspflicht HzV ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Angebotspflicht HzV offen45sichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte der GKV-Angebotspflicht HzV sind für den Adopter erkennbar.	<b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Angebotspflicht wird begrüßt, (...) die Regelungen sind zielführend, haben positive Effekte.“</b>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine positive Erwartungshaltung an die Umsetzung einer GKV-Angebotspflicht HzV formulieren.
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte der GKV-Angebotspflicht HzV sind für den Adopter nicht erkennbar.	<b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Regelungen wird abgelehnt, (...) die Umsetzung ist problem-/fehlerbehaftet, hat keine positiven Effekte.“</b>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung einer GKV-Angebotspflicht HzV formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 86: GKV-WSG, Gewichtung zur Abschaffung des Versichertenbonus hausärztliche Versorgung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet der Wegfall des Versichertenbonus HV für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Der Wegfall des Versichertenbonus HV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
	UK 1.2) Der Wegfall des Versichertenbonus HV wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	

<b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, den Wegfall des Versichertenbonus HV in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 2.1) Der Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 2.2) Der Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, den Wegfall des Versichertenbonus HV zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.1) Die Umsetzung zum Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter nicht komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 3.2) Die Umsetzung zum Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter den Wegfall des Versichertenbonus HV in der Anwendung vorher testen?	UK 4.1) Der Umgang mit dem Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Der Umgang mit dem Wegfall des Versichertenbonus HV ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch den Wegfall des Versichertenbonus HV offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte aus dem Wegfall des Versichertenbonus HV sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte aus dem Wegfall des Versichertenbonus HV sind für den Adopter nicht	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	



	erkennbar.		
--	------------	--	--

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 87: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung der Fristsetzung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Die Fristsetzung wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<b>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zur Fristsetzung werden begrüßt, (...) ist erforderlich.“</b>  <b>BHI:</b> Um den Mangel (an HzV) zu beheben, ist eine Terminierung zum 30.06.2009 erforderlich. <b>DHÄV:</b> Der deutsche Hausärzteverband begrüßt die geplante Neuregelung.	Aussagen, welche die Fristsetzung zu einem flächendeckenden HzV-Angebot als vorteilhaft begrüßen.
	UK 1.2) Die Fristsetzung wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<b>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zur Fristsetzung wird abgelehnt.“</b>  <b>vdak:</b> Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009. <b>BKK BV:</b> Die Fristsetzung ist (...) als kontraproduktiv anzusehen.	Aussagen, welche die Fristsetzung zu einem flächendeckenden HzV-Angebot als nachteilig ablehnen.
<b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 2.1) Die Fristsetzung ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
	UK 2.2) Die Fristsetzung ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.1) Der Umgang mit der Fristsetzung ist für den Adopter nicht komplex.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	
	UK 3.2) Der Umgang mit der Fristsetzung ist für den Adopter komplex.		<b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b>	

<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung vorher testen?	UK 4.1) Der Umgang mit der Fristsetzung ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Der Umgang mit der Fristsetzung ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Fristsetzung zur Versorgungssicherstellung offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte durch die Fristsetzung sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Regelungen wird als positiv bewertet, (...) die Ergebnisse werden begrüßt.“</u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine positive Erwartungshaltung zu einem flächendeckenden HzV-Angebot formulieren.
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte durch die Fristsetzung sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung der Regelungen werden als nachteilig bewertet, (...) führen zu Beeinträchtigungen (...)“</u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung zu einem flächendeckenden HzV-Angebot formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 88: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung des Kontrahierungszwanges - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorie	Nebenkategorie			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung eines Kontrahierungszwanges für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Der Kontrahierungszwang wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 1.2) Der Kontrahierungszwang wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<u>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zum Kontrahierungszwang werden abgelehnt.“</u>  <b>KBV:</b> Der Änderungsvorschlag verstößt gegen Verfassungsrecht und europäisches Gemeinschaftsrecht und steht im Widerspruch zu der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen. <b>BHI:</b> In der Begründung des Änderungsantrages wird (...) nur kritisiert, dass Hausarztverträge bisher noch nicht flächendeckend vorliegen. Um diesen Mangel zu beheben, wäre als Gesetzesänderung lediglich (...) die Terminierung zum 30.06.2009 für den Abschluss von Hausarztverträgen (...) erforderlich. Die (...) einschränkende Bestimmung, dass „Verträge mit Gemeinschaften zu schließen (sind), die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte (...)	Aussagen, welche den Kontrahierungszwang als nachteilig ablehnen.

		<p>vertreten“, ist hingegen gänzlich inakzeptabel. Sie widerspricht diametral dem Ziel des Gesetzes, den Wettbewerb zu stärken.</p> <p><b>Hartmannbund:</b> Der Hartmannbund lehnt die (...) geplante Neufassung (...) ausdrücklich ab.</p> <p><b>KBV:</b> Durch den mittelbaren Mitgliedszwang im Hausärzteverband kann man auch von einer „Pflicht-Oligopolisierung“ der Hausärzte sprechen. Die Verleihung eines privaten Monopols an den Hausärzteverband dürfte mit Art. 86 EGV nicht vereinbar sein.</p>	
<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Kontrahierungszwanges in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?</p>	<p>UK 2.1) Der Kontrahierungszwang ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p>	
	<p>UK 2.2) Der Kontrahierungszwang ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: „Die Anwendung des Kontrahierungszwanges ist nicht leistbar, (...) nicht in die Praxis umsetzbar, (...) führt zu Unwuchten in der Vertragsgestaltung.“</b></p> <p><b>vdak:</b> Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausärzte mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009.</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Eine solche Regelung für Einzelverträge „mit Kontrahierungszwang“ für die Krankenkassen würde entsprechend nicht den Wettbewerb fördern, sondern lediglich zu neuen Monopolen führen. Der GKV-SpiBu lehnt eine solche Regelung daher ab.</p> <p><b>AOK BV:</b> Die Regelung verweist kollektivvertragliche Mechanismen von „Kontrahierungszwang“ und „Schiedsamtbarkeit“ aus der Sphäre der KVen in die Sphäre der „Gemeinschaften von Allgemeinärzten“. Damit wird ein Versorgungsbereich (...) mit systemfremden Mitteln strukturiert. Eine (...) in der Perspektive angelegte Verpflichtung zur Teilnahme der Versicherten wird als Einschränkung der Wahlfreiheit abgelehnt.</p> <p><b>BKK BV:</b> Durch die 50%-Quorumsregelung wird im Grunde das bisherige KV-Monopol durch ein anderes ersetzt. Die angestrebte Optimierung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Begebenheiten würde konterkariert. Der Wettbewerb um eine bessere Versorgungsqualität würde zunichte gemacht. Die Neufassung würde den Suchprozess nach der besten Vertragsform, welche den Versicherten bzw. Patienten Nutzen bringt, für Ärzte mehr Freiräume schafft und gleichzeitig für eine (Re-) Finanzierung durch vermiedene Fehlversorgungen sorgt, behindern.</p> <p><b>vdak:</b> Mit der nun vorgesehenen Regelung wird den Krankenkassen das ihnen bisher übertragene Auswahlermess (gem. GKV-WSG) im Hinblick auf den Vertragspartner genommen. Die Vorrangstellung der Hausarztverbände bedeutet eine massive</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung des Kontrahierungszwanges für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.</p>

		<p>Benachteiligung anderer Arztgruppen und Organisationen, die bisher als Vertragspartner zugelassen waren. Unverständlich ist weiterhin die (...) vorgesehene Ungleichbehandlung weiterer möglicher Vertragspartner (...) dergestalt, dass hier kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, sondern eine Ausschreibung zu erfolgen hat.</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Krankenkassen wären gezwungen, HzV-Verträge (...) nur mit Gemeinschaften zu schließen, die mehr als 50% der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten (...). Nur wenn es solche Gemeinschaften nicht geben würde, könnten die Krankenkassen HzV-Verträge auch mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV schließen.</p> <p><b>BVKJ:</b> (...), dass die spezielle hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in Zukunft regelhaft durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin stattfindet. Dem BVKJ kommt es in erster Linie darauf an, dass die in der fünfjährigen Weiterbildung erworbene spezifische Qualifikation für die besonderen Belange in der Versorgung von Kinder und Jugendlichen in den Verträgen Berücksichtigung findet.</p> <p><b>Hartmannbund:</b> Durch die geplanten Änderungen wird nicht nur den KVen de facto ihr Sicherstellungsauftrag entzogen, viel entscheidender ist, dass im Rahmen der HzV einer einzelnen Berufsgruppe und damit faktisch einem einzelnen Verband ein Sonderrecht beim Abschluss von Verträgen (...) gewährt wird. Der Hartmannbund (...) fordert eindringlich dazu auf, von dieser einseitig motivierten Regelung Abstand zu nehmen.</p> <p><b>KBV:</b> (...) stellt auf jeden Fall die Verschaffung von Vertragsabschlussrechten gegenüber Krankenkassen eine Privatmonopolisierung dar. (...). Die Pflicht-Oligopolisierung der Hausärzte in vertraglichen Public-Private-Partnerships ist im Verhältnis zu dem öffentlich-rechtlichen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gerechtfertigt. Mit dem faktischen Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigung aus der hausarztzentrierten Versorgung wird deren Funktion für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig gestört.</p> <p><b>BHI:</b> Stattdessen wird ein faktisches Monopol des „Deutschen Hauärzterverbandes“ bzw. seiner Landesverbände intendiert; andere berufsgruppen und ihre Verbände werden ausgeschlossen. Eine derartige gesetzlich verankerte Monopolstellung lehnen wir ab. Der primäre Vertragswettbewerb muss erhalten bleiben. Dazu gehört auch die Möglichkeit der Ermächtigung der KVen.</p>	
<p><b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Kontrahierungszwanges zu verstehen und zu nutzen?</p>	<p>UK 3.1) Die Nutzung des Kontrahierungszwanges ist für den Adopter nicht komplex.</p> <p>UK 3.2) Die Nutzung des Kontrahierungszwangs ist für den Adopter komplex.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p> <hr/> <p><b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung/Anwendung des Kontrahierungszwanges ist nicht sachgerecht/ ist nicht leistbar.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Das Kollektivvertragssystem zeigt sich aktuell und in der Zukunft nicht in der</p>	<p>Aussagen, welche Probleme und Bedenken zum Umgang und der Implementation des Kontrahierungszwanges wiedergeben.</p>

		Lage, die drängenden Probleme in der hausärztlichen Versorgung adäquat zu lösen. In einem Vertragswettbewerb, der mit dieser gesetzlichen Neuregelung im hausärztlichen Versorgungsbereich angestoßen würde, werden die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, um mit sinnvollen Versorgungs- und Vergütungskonzepten den dargestellten Problemen zu begegnen. Wie bereits im Rahmen der Stellungnahme zum GKV-WSG formuliert wird nochmals angeregt, die Kassenärztlichen Vereinigungen als möglich Vertragspartner der Krankenkassen für Verträge zur HzV zu streichen. Die Teilnahme von KVen ist rechtsdogmatisch unzulässig und verhindert im Übrigen einen fairen Vertragswettbewerb.	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Kontrahierungszwanges vorher testen?	UK 4.1) Der Kontrahierungszwang ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Der Kontrahierungszwang ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung des Kontrahierungszwanges offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte des Kontrahierungszwanges sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte des Kontrahierungszwanges sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „Die Einführung eines Kontrahierungszwanges erscheint nicht sachgerecht, (...) nicht zielführend.“</u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung des Kontrahierungszwanges formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 89: GKV-OrgWG, Gewichtung zur Einführung des Schiedsverfahrens - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorie	Unterkategorie			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung der Möglichkeit zu Schiedsverfahren für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Das Schiedsverfahren wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 1.2) Das Schiedsverfahren wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	

<b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung möglicher Schiedsverfahren in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?	UK 2.1) Das Schiedsverfahren ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 2.2) Das Schiedsverfahren ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.	<u>Ankerbeispiel: „die Regelung zum Schiedsverfahren ist nicht sachgerecht, (...) läuft der Praxis der (der Selektivverträge) zuwider.“</u>  <b>vdak:</b> Darüber hinaus widerspricht es dem Wesen des Selektivvertrages, dass ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht und mittels Schiedsperson durchgesetzt werden kann. <b>AOK BV:</b> Schiedsamtsfähigkeit als kollektivvertraglicher Mechanismus ist bei außerhalb der KVen als systemfremd abzulehnen. <b>vdak:</b> Die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens (Schiedsperson statt Schiedsamt) entspricht nicht den Regelungen des Schiedswesen im SGB V.	Aussagen, welche die Anwendung des Schiedsverfahrens für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung möglicher Schiedsverfahren zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.1) Die Nutzung des Schiedsverfahrens ist für den Adopter nicht komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 3.2) Die Nutzung des Schiedsverfahrens ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung möglicher Schiedsverfahren vorher testen?	UK 4.1) das Schiedsverfahren ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Das Schiedsverfahren ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung möglicher Schiedsverfahren offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte des Schiedsverfahrens sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte des Schiedsverfahrens sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 90: GKV-FinG, Gewichtung zur Einführung der Beitragssatzbilität/Budgetbereinigung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung der Budgetneutralität für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Die Budgetneutralität wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<p><b>Ankerbeispiel: „Die Regelung zur Budgetneutralität (...) wird begrüßt</b></p> <p><b>AOK BV:</b> Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Änderung der Vorschrift des §73b SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. (...) Kassen wurden (...) gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind. Eine Veränderung des §73b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt.</p> <p><b>BKK BV:</b> Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich (...), das Vergütungsniveau der HzV zu begrenzen.</p> <p><b>IKK e.V.:</b> Der IKK e. V. begrüßt die Bestrebungen(...), die Ausgabenzuwächse für Hausarztverträge, (...), zukünftig zu begrenzen.</p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Es ist insgesamt zu begrüßen, (...), eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen, (...), künftig zu vermeiden.</p> <p><b>Vdek:</b> Die Ersatzkassen begrüßen die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung von Honorarzuwachsen in hausarztzentrierten Versorgungsverträgen.</p>	Aussagen, welche die Regelungen zur Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität als vorteilhaft begrüßen
	UK 1.2) Die Budgetneutralität wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<p><b>Ankerbeispiel: „Die Regelungen zur Budgetneutralität (...) werden abgelehnt.“</b></p> <p><b>DHÄV:</b> Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die (...) Änderungen als systemisch verfehlte Teillösungen ab.</p> <p><b>BVKJ:</b> (...), Selektivverträge sollten spezielle Leistungen durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte anbieten, die die Grundversorgung im Kollektivvertragssystem ergänzen und nachweisbare Verbesserungen für den Patienten bringen. Dafür müssen auch entsprechende Vergütungen gezahlt werden.</p> <p><b>BptK:</b> Das GKV-FinG will durch strukturelle Reformen mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar ist aus Sicht der BptK, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des Deutschen Hausärzteverbands bestehen zu lassen.</p> <p><b>SoVD:</b> Der SoVD lehnt Einschränkungen bei den Verträgen zur HzV ab. Es ist aber nicht ersichtlich, warum die Hausärzte mehr Leistungen zum gleichen Preis erbringen sollten. Wirklich effizienten Verträgen zur HzV wird durch diese Änderung ein Riegel vorgeschoben.</p> <p><b>Prof. Gerlinger:</b> Die Honorarbegrenzung für die hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet allerdings die Gefahr, dass (...) damit die finanzielle Attraktivität der Hausarztstätigkeit sinkt. Es ist mit großem Nachdruck eine Ablehnung der Reform zu empfehlen.</p> <p><b>Verdi:</b> Der Gesetzgeber schränkt die Vertragsfreiheit zwischen Hausärzten und Kassen mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen ein, (...).</p> <p><b>Prof. Gerlinger:</b> Soll die hausärztliche Lotsen- und Koordinierungsfunktion ein Schlüssel für die Lösung der Versorgungsprobleme in einer älter werdenden Gesellschaft sein, so ist es erforderlich, dass die hausärztliche Tätigkeit auch finanziell gegenüber der Spezialistentätigkeit attraktiver wird.</p>	Aussagen, welche die Regelungen zur Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität als nachteilig ablehnen.

<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung der Budgetneutralität in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?</p>	<p>UK 2.1) Die Budgetneutralität ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b></p>	
	<p>UK 2.2) Die Budgetneutralität ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: „Die Regelung zur Budgetneutralität (...) erscheint nicht sachgerecht, (...) nicht zielführend.“</u></b></p> <p><b><u>AOK BW:</u></b> Die Umsetzung führt hingegen zu intensiven Rechts- und Bewertungsstreitigkeiten über die Angemessenheit der Vergütung und deren Refinanzierung und verhindert ein Streben nach Versorgungsoptimierung.</p> <p><b><u>vdek:</u></b> Der Vergleich von kassenspezifischen und GKV-weiten (HzV-Leistungs-) Fallwerten zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist allerdings nicht sachgerecht. (...) Eine Beschränkung der Gültigkeit der Neuregelungen auf solche Vereinbarungen, die nach dem Kabinettsbeschluss geschlossen werden, erscheint nicht sachgerecht.</p> <p><b><u>IKK e.V.:</u></b> Der geplante Bestandsschutz für bereits geschlossene Hausarztverträge ist wettbewerbsverzerrend und wird daher ebenfalls abgelehnt.</p> <p><b><u>DHÄV:</u></b> Mit einem solchen Eingriff in eine sich gerade etablierende Struktur einer neuen, wettbewerbsorientierten, klaren und effizienten Versorgungsform im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird der Weg zurück in ein tradiertes System der Überbürokratisierung, der Intransparenz und Fehlplanung beschritten. Die angestrebten Neuregelungen greifen massiv in die Versorgungs- und Vergütungsstruktur der HzV ein und dienen lediglich der Erreichung kurzfristiger politischer Ziele. (...). Die angestrebte Anbindung der HzV (...) an die kollektivvertragliche Versorgung und Vergütung ist abzulehnen.</p> <p><b><u>KBV:</u></b> Diese Regelung würde dazu führen, dass die Einschreibung „junger und gesunder“ Versicherter in HzV-Verträge systematisch begünstigt würde. Die Einschreibung „kranker und alter“ Versicherter, welche in überdurchschnittlichem Maße Leistungen in Anspruch nehmen, würde dagegen systematisch sanktioniert. In Konsequenz dieser Regelung würde ein systematischer Fehlanreiz geschaffen.</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung der Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.</p>
<p><b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Budgetneutralität</p>	<p>UK 3.1) Die Nutzung der Budgetneutralität ist für den Adopter nicht komplex.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b></p>	



ät zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.2) Die Nutzung der Budgetneutralität ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Budgetneutralität vorher testen?	UK 4.1) Die Budgetneutralität ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Die Budgetneutralität ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Budgetneutralität offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte der Budgetneutralität sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „(...) die Regelung zur Budgetneutralität wird begrüßt, (...) die Anwendung ist sinnvoll.“</u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine positive Erwartungshaltung an die Umsetzung der Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität formulieren.
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte der Budgetneutralität sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „(...) Umsetzung/Anwendung wird abgelehnt, (...) Regelung läuft fehl.“</u>  Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung der Beitragssatzstabilität bzw. Budgetneutralität formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 91: GKV-VStG, Gewichtung zur Einführung der Klagebeschränkung - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren**

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung einer Klagebeschränkung für die	UK 1.1) Die Klagebeschränkung wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	

<p>Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?</p>	<p>bewertet.</p> <p>UK 1.2) Die Klagebeschränkung wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: „Die Regelung zur Klagebeschränkung ist zu streichen, (...) wird abgelehnt.“</u></b></p> <p><b><u>GKV SpiBu:</u></b> Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.  <b><u>AOK BV:</u></b> Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, (...).  <b><u>BKK BV:</u></b> Es ist widersprüchlich, dass die Klage gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist, (...).  <b><u>DHÄV:</u></b> Der DHÄV (...) hält aber die dafür eingesetzten Instrumente für nicht zielführend oder nicht ausreichend (...).</p>	<p>Aussagen, welche die Regelungen zur Klagebeschränkung als nachteilig ablehnen.</p>
<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung einer Klagebeschränkung in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?</p>	<p>UK 2.1) Die Klagebeschränkung ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p> <p>UK 2.2) Die Klagebeschränkung ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b></p> <p><b><u>Ankerbeispiel: „(...) gravierende Beeinträchtigungen, (...) nicht zielführend.“</u></b></p> <p><b><u>GKV SpiBu:</u></b> Im Sinne einer wettbewerblich orientierten Versorgung sollte im Bereich der Selektivverträge darauf verzichtet werden, einen Vertragsabschluss durch einen Schiedsspruch zu erzwingen (...).  <b><u>AOK BV:</u></b> Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, da sie zu gravierenden Beeinträchtigungen der gesetzlichen Krankenkassen in Bezug auf den Rechtsschutz und die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität führt. Sie löst zudem den grundlegenden Widerspruch eines Schiedsverfahrens (Einigungszwang im Selektivbereich) außerhalb der Regelversorgung (§ 89 SGB V) nicht auf.  <b><u>BKK BV:</u></b> Es ist widersprüchlich, dass die Klage gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten ist, die ja gerade durch die Entscheidung der Schiedsperson betroffen ist. Wenn es darum geht, die Schiedsperson zu schützen, sollte stattdessen das Schiedsamtsverfahren gemäß § 89 SGB V oder das Schiedsstellenverfahren gemäß § 18 KHG eingeführt werden.  <b><u>DHÄV:</u></b> (...) hält aber die dafür eingesetzten Instrumente für nicht zielführend oder nicht ausreichend. Die Änderung ist unklar und in der vorliegenden Fassung nicht ausreichend.</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung der Klagebeschränkung für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.</p>
<p><b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung der Klagebe-</p>	<p>UK 3.1) Die Nutzung der Klagebeschränkung ist für den Adopter nicht komplex.</p>	<p><b><u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u></b></p>	

schränkung zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.2) Die Nutzung der Klagebeschränkung ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung der Klagebeschränkung vorher testen?	UK 4.1) Die Klagebeschränkung ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Die Klagebeschränkung ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung der Klagebeschränkung offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte der Klagebeschränkung sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte der Klagebeschränkung sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „Positive/wirksame Effekte der Regelung sind nicht erkennbar.“</u> Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung der Klagebeschränkung formulieren.

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 92: GKV-PRG, Gewichtung zur Einführung des Widerrufsrechts - Zuordnung Akteursaussagen vs. innovationsspezifischer Einflussfaktoren

Faktor		Akteur	Ankerbeispiele/Zuordnungen/Ergebnisse	Kodierregeln
Hauptkategorien	Unterkategorien			
<b>HK 1) Relativer Vorteil:</b> Beinhaltet die Einführung eines Widerrufsrechts für die Adopter einen Vorteil gegenüber dem Zustand bis zur Einführung?	UK 1.1) Das Widerrufsrecht wird vom Adopter für die eigenen Interessen als vorteilhaft bewertet.		<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 1.2) Das Widerrufsrecht wird vom Adopter für die eigenen Interessen als nachteilig bewertet.		<u>Ankerbeispiel: „Streichung der Regelungen zum Widerrufsrecht, (...) weist Nachbesserungsbedarf auf.“</u> <b>GKV SpiBu:</b> Streichung der geplanten Regelungen. <b>AOK BV:</b> Die Regelung führt zu einer Diskriminierung der Selektivverträge, weil bei den Versicherten der Eindruck entsteht, dass es außerhalb der Regelversorgung besondere Risiken gibt. <b>BÄK und KBV:</b> Der Regierungsentwurf weist im Bereich der Informationspflichten, der Aufklärungspflichten sowie der Dokumentation weiterhin Nachbesserungsbedarf auf.	Aussagen, welche die Regelungen zum Widerrufsrecht als nachteilig ablehnen und eine Aufhebung, Änderung oder Streichung fordern.

		<p><b>SoVD:</b> Doch dies allein kann und wird nur Sinn machen, wenn die Versicherten auch über alle wesentlich relevanten Bestandteile der Selektivverträge informiert werden bzw. sich informieren können. Dafür ist es aber notwendig, dass diese Verträge offengelegt werden.</p> <p><b>BAG Selbsthilfe:</b> Insofern wäre entweder eine Belehrung über seine wesentlichen Rechte, Pflichten und deren wirtschaftlichen Auswirkungen beizufügen (...)</p> <p><b>Sozialverband VdK 2012:</b> Ein einfaches Widerrufsrecht allein führt nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation der Versicherten. Deshalb ist ergänzend eine Verpflichtung zur hinreichenden und vollständigen Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten (...) notwendig.</p> <p><b>Sozialverband VdK 2011:</b> Die vertragliche Ausgestaltung von Selektivverträgen ist für Versicherte intransparent, da Inhalte ausschließlich zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern beschrieben sind.</p> <p><b>Verbraucherzentrale Bundesverband (2011):</b> Selektivverträge werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern festgelegt. Eine Veröffentlichungspflicht, zentrale Registrierung und eine Stellungnahmemöglichkeit durch Patientenvertreter sollte gegeben sein.</p> <p><b>Prof. Hart:</b> Übereinstimmend mit dem Antrag halte ich für regelungsbedürftig und -fähig: (...) Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem.</p> <p><b>APS (2011):</b> Wir halten folgende Grundsätze für regelungsbedürftig: (...) Das Patientenrecht auf Beteiligung an Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem.“</p>	
<p><b>HK 2) Kompatibilität:</b> Ist es für die Adopter einfach und komplikationsfrei, die Einführung eines Widerrufsrechtes in die eigene Organisation/eigene Prozesse zu integrieren?</p>	<p>UK 2.1) Das Widerrufsrecht ist für den Adopter kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p> <p>UK 2.2) Das Widerrufsrecht ist für den Adopter nicht kompatibel mit der eigenen Organisation und/oder eigenen Prozessen.</p>	<p><b>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</b></p> <hr/> <p><b>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung des Widerrufsrechts birgt Mehraufwand, (...) führt zu Umsetzungsproblemen, (...) beeinträchtigt Organisation und/oder Prozesse.“</b></p> <p><b>GKV SpiBu:</b> Im Rahmen der spezifischen selektivvertraglichen Regelungen kann eine Umsetzung des Widerrufsrechts in der geplanten Form zu z. T. erheblichen Schwierigkeiten in der (technischen) Umsetzung bei den Vertragspartnern, zu Unsicherheiten bei den Versicherten und zu einem Anstieg des bürokratischen Aufwandes für die Krankenkassen führen. Die Möglichkeit einer Widerrufsfrist führt im Zusammenhang mit der Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütung (...) zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand.</p> <p><b>AOK BV:</b> Die Regelung führt zu Umsetzungsproblemen. Durch die Widerspruchsfrist werden viele Patienten nicht rechtzeitig für die Bereinigung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden können. Die Regelung führt zu erhöhtem Verwaltungsaufwand bei Leistungserbringern, Krankenkassen,</p>	<p>Aussagen, welche die Anwendung des Widerrufsrechtes für die eigene Organisation und Prozesse für nicht umsetzbar halten bzw. Umsetzungsprobleme schildern.</p>

		Spitzen-verband Bund und BMG.	
<b>HK 3) Komplexität:</b> Ist es für die Adopter schwierig, die Anwendung des Widerrufsrechtes zu verstehen und zu nutzen?	UK 3.1) Die Nutzung des Widerrufsrechtes ist für den Adopter nicht komplex.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 3.2) Die Nutzung des Widerrufsrechtes ist für den Adopter komplex.	<u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung des Widerrufrechtes birgt Komplikationen, (...) führt zu Unsicherheiten.“</u> <b>GKV SpiBu:</b> Auf Seiten der Vertragsteilnehmer führt diese geplante Neuerung zu einem Anstieg der Planungsunsicherheit im Hinblick auf die reibungslose und komplikationslose Umsetzung dieser Vertragsformen.	Aussagen, welche Probleme und Bedenken zum Umgang und der Implementation des Widerrufsrechtes wiedergeben.
<b>HK 4) Erprobbarkeit:</b> Konnten die Adopter die Einführung und Anwendung des Widerrufsrechtes vorher testen?	UK 4.1) Das Widerrufsrecht ist für den Adopter vorab erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 4.2) Das Widerrufsrecht ist für den Adopter vorab nicht erprobbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
<b>HK 5) Wahrnehmbarkeit:</b> Sind für die Adopter die erzielbaren Effekte durch die Einführung des Widerrufsrechtes offensichtlich und erkennbar?	UK 5.1) Die erzielbaren Effekte des Widerrufsrechtes sind für den Adopter erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: Kein Beispiel</u>	
	UK 5.2) Die erzielbaren Effekte des Widerrufsrechtes sind für den Adopter nicht erkennbar.	<u>Ankerbeispiel: „Die Umsetzung des Widerrufsrechtes birgt keinen (erkennbaren) Vorteil.“</u> Siehe oben, Beiträge „relativer Vorteil“	Aussagen, welche eine negative Erwartungshaltung an die Umsetzung des Widerrufsrechtes formulieren

Quelle: Eigene Darstellung

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Dies gilt auch für die verwendeten Abbildungen und Tabellen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit in dieser Form nicht anderweitig als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Preußisch Oldendorf, im November 2015

Holger Petersmann