„100 Jahre Berliner Abkommen – Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im 21. Jahrhunderts
Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 19.11.2013

Podiumsdiskussion zu den Perspektiven der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags

Thesenpapier Dr. med. Leonhard Hansen
Hausarzt in Alsdorf, ehem. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und ehem. Stellv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Bestandsaufnahme und Mehrebenenbetrachtung

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich im Grundsatz bewährt. Die Überlegenheit der ihr als Ordnungsprinzip zugrundeliegenden korporativen Koordination gegenüber Steuerungsmechanismen des Marktes und des Staates gilt im hier fokussierten Bereich der ambulanten Versorgung als gesichert. Mit den KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts wurde einst ein „korporatives Arrangement“ geschlossen, wonach der Staat von detaillierten Einzelregelungen entlastet wird und sich auf die Setzung des rechtlichen Rahmens beschränkt. Den KVen wurde im Gegenzug im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die Verantwortung für die Regulierung der ambulanten Versorgung überlassen. Sie wurden parastaatliche Organe, erhielten Gestaltungsspielräume zur ärztlichen Interessenvertretung und verpflichteten sich zur Gewährleistung einer innerärztlichen Selbstkontrolle.

Über lange Zeit blieb diese Funktion unangetastet. Ab Mitte der 70er Jahre jedoch versuchte die Politik aufgrund wachsender Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen zunehmend, die Position der Krankenkassen gegenüber den KVen zu stärken, deren Handlungsspielraum zu verringern und die Regulierungspflichten gegenüber ihren Mitgliedern zu erweitern. Im letzten Jahrzehnt wurden die Befugnisse der Kassen hinsichtlich möglicher Vertragsabschlüsse ohne die KVen nochmals erweitert Daraus erwuchs zunehmend eine Legitimations- und Identitätskrise der KVen, die unmittelbar und mittelbar auch dazu führte, dass die Funktion und die Funktionsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung gravierenden Belastungs- und Bewährungsproben ausgesetzt sind.

Die Zukunft der gemeinsamen Selbstverwaltung ist untrennbar mit der Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrages verbunden. Dieser erodierte in Fortführung der stärkeren Einmischung des Staates seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zunehmend. Die Kernfunktion der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde in einem ordnungspolitisch desaströsen Realexperiment kalkuliert und leichtfertig beschädigt. Dabei existieren keine Belege für bessere Alternativen. Auch und gerade seitens der Wissenschaft wird eine Verlagerung der Sicherstellungsfunktion

auf andere Institutionen u.a. mit Qualitätsverlusten, Ungleichheit in der Versorgung und höheren Kosten verbunden.

Eine Diskussion über die Sicherstellung im 21. Jahrhundert umfasst sowohl eine ex post-Analyse der bisherigen Erfahrungen als auch eine ex ante-Prognose jener Faktoren, die die Perspektiven der gemeinsamen Selbstverwaltung in Verbindung mit der Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags begünstigen resp. behindern. Um eine realistische Bewertung ihrer Zukunftschancen vornehmen zu können, bedarf es auch einer offenen Benennung von Fehlentwicklungen. Diese sind auf mehreren Ebenen anzusiedeln:

I. Ebene: Good governance – bad governance

Die (Gesundheits-)Politik übernahm in der Vergangenheit unzureichend Verantwortung für die Folgen ihres widersprüchlichen Handelns und ihrer unklaren Vorgaben. Beispielhaft sind zu nennen:

- Ein fehlender ordnungspolitischer Rahmen behindert und torpediert in Verbindung mit Marktmechanismen eine effiziente korporatistische Steuerung (Stichpunkt: Erosion des Sicherstellungsauftrages durch ungeordneten Wettbewerb).

- Neue Versorgungsebenen werden ohne eine belastbare Folgenanalyse etabliert (Beispiel: psychotherapeutische Versorgung, ambulante spezialärztliche Versorgung).

- Im Ansatz sinnvolle Steuerungselemente zur Strukturierung der Versorgung wie z.B. die Praxisgebühr werden nicht weiterentwickelt, sondern abgeschafft.

- Vorhersehbare Konflikte in der Selbstverwaltung werden von der Politik billigend in Kauf genommen, Grabenkämpfe werden geschürt (Beispiel intrasektoral: Verteilungsproblematik Haus-/Facharzt; intersektoral: Verbots-/Erlaubnisvorbehalt).

- Es fehlt eine ressortübergreifende Abstimmung bei gesellschaftspolitisch dringenden Vorhaben (Beispiel: Gesundheitspolitik fordert die Stärkung der hausärztlichen Versorgung – Wissenschaftspolitik und medizinische Fakultäten favorisieren unbeirrt die Ausbildung zum „Hochspezialisten“). Und nicht zuletzt:

- Eine zunehmende Etablierung von Schiedsstellen in Verbindung mit Gesetzesvorhaben kann als Indikator für schwindendes Vertrauen in die Selbstverwaltung gelten.

II. Ebene: Die gemeinsame Selbstverwaltung

Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung werden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als ihrem obersten Beschlussorgan getroffen. Als operative Ebene sind in ihm die zwei tragenden Säulen des Gesundheitswesens, die Selbstverwaltung und der Korporatismus, integriert. Die unter altem und neuem Vorsitz geleistete Pionier- und Aufbauarbeit verdient uneingeschränkt Respekt und Anerkennung. Gleichwohl steht die Effizienz der Arbeit des G-BA in unmittelbarer Abhängigkeit von der Bereitschaft seiner Mitglieder zu übergeordnetem Denken und Handeln. Seine Zukunftschancen werden u.a. durch folgende Faktoren gemindert:

- Offensiv vertretene Partialinteressen der beteiligten Institutionen führen die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Korporatismus nachhaltig ad absurdum. Die Grundidee „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ mutiert in der Folge zum inhaltsleeren Mantra; ein starres Lagerdenken lässt die gemeinsame Verantwortung zum Symbol verkommen. Die Folge: belastbare Kompromisse sind schwer zu erzielen, allokationsrelevante Entscheidungen werden zunehmend den Schiedsämtern übertragen.

- Diese Entwicklung wird begünstigt – und in Teilen auch erklärbar - durch die Schwächung des Korporatismus als drittes Ordnungsprinzip durch die Politik. Ungeordneter Wettbewerb als konkurrierender Steuerungsmechanismus führt dazu, dass die Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung häufig als janusköpfige Doppelstrategen agieren.

- Grundsätzlich muss sich die Gemeinsame Selbstverwaltung mit dem Vorwurf auseinandersetzen, zentrale versorgungspolitische Herausforderungen bislang nur in Ansätzen bewältigt zu haben. So erfordert die demographische Entwicklung seit langem die Sicherung von Versorgungskontinuität zwischen den Sektoren, Kooperation und Koordination an den Schnittstellen sind nach wie vor jedoch nicht selbstverständlich. Diese Defizite im Konsens abzubauen, ist eine Aufgabe der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Ein weiteres Beispiel für eine äußerst langwierige und primär von Partialinteressen geleitete Implementierung versorgungspolitisch notwendiger Vorhaben ist der Bereich der informationellen Vernetzung (Stichpunkte: eCard; Patientenakte).

III. Ebene: Die Selbstverwaltung der Ärzteschaft und der Krankenkassen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind als großer Bestandteil der ärztlichen Selbstverwaltung seit jeher einem permanenten Spannungsverhältnis ausgesetzt. Einerseits erwartet die Politik von ihnen die Eindämmung von Partikularinteressen, das einzelne Mitglied erwartet andererseits u.a. die Abwehr überbordender staatlicher Dirigismen. Ihre Janusköpfigkeit zeigt sich darin, dass sie die Interes-

sen ihrer Mitglieder gegenüber dem Staat und den Kassen vertreten, andererseits reglementieren und kontrollieren sie ihre Mitglieder nach gesetzlichem Auftrag. Seit mehr als zwei Jahrzehnten sind die KVen infolge politischer Weichenstellungen und innerärztlicher Verteilungskämpfe massiven Zerreißproben ausgesetzt. Die Gründe dafür liegen beispielhaft in:

- einem nach wie vor ungeklärten Verhältnis von Kollektivvertrag und selektivvertraglicher Versorgung mit der Folge

- einer wachsenden Erosion und Zersplitterung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen in Verbindung mit dem Wettbewerb der Krankenkassen (Stichpunkte: HZV; Integrierte Versorgung) und der institutionellen Öffnung der Krankenhäuser;

- der Verweigerung des Gesetzgebers, KVen die Teilnahme an selektiven Verträgen zu ermöglichen. Sie werden seit jeher mit dem Vorwurf in Frage gestellt, Innovationen zu blockieren. Ihre erfolgreiche Umsetzung innovativer und flächendeckender Versorgungskonzepte (Beispiele DMP; Palliativversorgung) wird negiert, die Schaffung kleiner Versorgungsinseln – ohne validen Nachweis der Verbesserung der Versorgung – präferiert;

- einer Ignoranz der Politik gegenüber absehbaren Folgen ihrer Gesetzgebung u.a. hinsichtlich der Hausarztzentrierten Versorgung und der Integration neuer Versorgungsbereiche in das bestehende System. Die Verschärfung der Konflikte zwischen den Fachgruppen bis hin zu rigiden Verbandsegoismen und obsessivem Machtgebaren ihrer Vertreter waren vorprogrammiert, Spaltungs- und Chaotisierungstendenzen innerhalb der Ärzteschaft wurden geschürt und die ärztliche Selbstverwaltung wider besseren Wissens überstrapaziert und beschädigt.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen hat – aus ihrer Sicht nachvollziehbar - die neu geschaffenen Chancen des Vertragswettbewerbs offensiv und nicht selten aggressiv genutzt. Dabei tendiert das Interesse an einer flächendeckenden Übertragung positiver „Leuchtturm“-Ergebnisse in bestehende flächendeckende Versorgungsstrukturen gegen Null, lohnender erscheint es, als Brotgeber einzelner Arztgruppen zu agieren und kleinere Versichertengruppen besser als den Rest zu versorgen. Dabei wird ausgeklammert, dass die damit verbundene Schwächung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Konsequenz auch eine Schwächung der tradierten Partnerschaft zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen zur Folge hat. Würde ihr Bestand von beiden Seiten gleichermaßen als gefährdet und erhaltenswert angesehen, wäre der Ruf der Krankenkassen nach einer klaren Wettbewerbsordnung lauter und weniger symbolhaft.

IV. Ebene: Die Mitglieder der ärztlichen Selbstverwaltung im Praxisalltag

Ärztinnen und Ärzte stehen in einem Dauerkonflikt zwischen medizinischer Verantwortung, ökonomischer Herausforderung und finanziellem Eigeninteresse. Der ständige Spagat zwischen einer Kollektivverantwortung im Sinne des SGB V und der Verantwortung für den einzelnen Patienten im Sinne einer guten und strukturierten Behandlung führt an die Grenzen der Belastbarkeit. Gleichwohl gibt es auch Entwicklungen innerhalb der Ärzteschaft, die ihre Kollektivverantwortung mindern und in der Konsequenz sowohl dem Gros der Kolleginnen und Kollegen als auch der ärztlichen Selbstverwaltung und der Gemeinsamen Selbstverwaltung schaden.

Die ärztliche Selbstverwaltung muss sich kritisch fragen, inwiefern sie gegebenen Fehlentwicklungen und Fehlanreizen mit der gebotenen Konsequenz begegnet. Zu problematisieren sind beispielhaft:

- die Dynamik des ambulanten Leistungsgeschehens in Verbindung mit fragwürdigen Indikationsstellungen;
- Fehler im Fallmanagement aufgrund überflüssiger Wiedereinbestellungen im Sinne einer indikationsgerechten Diagnostik und Behandlung;
- die inflationäre Zunahme „innovativer“ bildgebender Verfahren;
- die wachsende Erbringung lukrativer Privatleistungen für GKV-Versicherte und das Angebot einer - je nach Fachgruppe - breiten Palette von individuellen Gesundheitsleistungen. Sie beeinträchtigen die Regelversorgung und führen zu unnötigen Wartezeiten (Stichpunkte: Spannungsverhältnis Medizin vs. Ökonomie; ambivalente Argumentation in Verbindung mit alternativen Leistungserbringern wie z.B. Heilpraktikern).

Grundsätzlich ist von einer hohen Korrelation zwischen Defiziten in der Systemverantwortung der Ärzteschaft und Fehlanreizen im Vergütungssystem auszugehen (Stichwort: Akupunktur). Rückblickend folgten die Reformen der ärztlichen Vergütung letztlich der Maxime „Wir sind gerade dabei, unseren nächsten Irrtum vorzubereiten.“ Untergangsszenarien der objektiv und/oder subjektiv Benachteiligten bewirken je nach Einfluss in den KVen umgehend hektische Korrekturen – mit kurzer Lebensdauer: statt einer Wurzelbehandlung werden Symptome kuriert.

Aus Erfahrungen lernen: Bedingungen zum Erhalt der gemeinsamen Selbstverwaltung und zur Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags.

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat in Verbindung mit Entscheidungen des G-BA prinzipiell die gesundheitliche Versorgung verbessert. Gleichwohl bedarf es ange-

sichts erkennbarer Schwachstellen einer Rückbesinnung auf ihre Kernfunktion und einer selbstbewussten Ausrichtung auf eine verantwortliche Gesamtstrategie. Dazu bedarf es:

- eines deutlichen politischen Signals der Anerkennung und Stärkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Verbindung mit Klarstellungen des Gesetzgebers zum Verhältnis Kollektiv-/Selektivvertrag. Dazu gehört vor allem ein klares Bekenntnis zum Sicherstellungsauftrag als Gestaltungsaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen;

- einer Politik, die sich mehr als in der Vergangenheit der Folgen ihres Handelns bewußt ist und in sich widersprüchliche gesetzliche Vorgaben korrigiert. Die Gemeinsame Selbstverwaltung ist z.B. dann überfordert, wenn durch den Gesetzgeber neue Versorgungsebenen geschafft werden, deren erkennbare Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrageausweitung (wie z.B. bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung) durch sie nicht zu korrigieren sind;

- eines stärkeren Bewusstseins und einer konsequenten Übernahme von Gesamt- und Systemverantwortung seitens der beteiligten Akteure in den Spitzengremien von Krankenkassen und Ärzteschaft. Dies bedingt, dass sie sich der Grundidee der Gemeinsamen Selbstverwaltung stärker verpflichtet fühlen und sie gegenüber ihren Untergliederungen offensiver als bislang vertreten;

- der Bereitschaft zur strukturellen Veränderung hin zu einer stärkeren Zentralisierung, wenn die Handlungsfähigkeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der bisherigen Form von Institutionen auf Kassen- und Ärzteseite weiter ausgehöhlt wird und der Blick auf „das funktionierende Ganze“ dies erfordert. Es bedarf eines sensiblen Umgangs mit dem Spannungsverhältnis „bottom up“ und „top down“. Beide Handlungsstrategien sind der jeweils anderen in bestimmten Konstellationen überlegen. Hinsichtlich der im Gesundheitswesen zwingenden Übernahme von Gesamtverantwortung wird die erfolgreiche Durchsetzung zentraler Vorgaben jedoch immer eine Conditio sine qua non sein;

- der Bereitschaft zur stärkeren Übernahme von Gesamtverantwortung auch durch die „Patientenbank“ im G-BA. Die Zusammenarbeit mit den Patientenvertretern in den Gremien hat sich bewährt, das Vertrauen in eine gemeinsame Gestaltungskraft ist gestiegen.
  Künftig bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung für eine notwendige Ent-Tabuisierung und Ent-Emotionalisierung des Postulats der Eigenverantwortung des Patienten, der nach § 1 SGB V sowohl Verantwortung für die eigene Gesundheit als auch für den Erhalt des Solidarsystems trägt.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Es steht außer Frage, dass die gemeinsame Selbstverwaltung bislang im Grundsatz das Vertrauen der Politik rechtfertigte, in ihrem Auftrag eine gute und in weiten Teilen qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung zu organisieren und zu garantieren.

Dabei war und ist der erkämpfte historische Grundkonsens zwischen der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzteschaft naturgemäß einer starken Anpassungsdynamik an veränderte gesellschafts- und versorgungspolitische Rahmenbedingungen unterworfen. Der erwartbar steigende Versorgungsbedarf erfordert unter Berücksichtigung von Faktoren wie z.B. der Arztzahlentwicklung neue Strategien der Abstimmung und Kooperation. Vor diesem Hintergrund ist in Verbindung mit der neuen Bedarfsplanung und den Vorgaben des G-BA die Etablierung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V ein Schritt in die richtige Richtung. Inwiefern die dezentrale Umsetzung zentraler Vorgaben letztlich auf Landesebene zu große Spielräume lässt und die kleinräumige Perspektive den Blick aufs Ganze erschwert, wird sich zeigen.

Doch nicht nur gesellschaftliche, medizinische und pflegerische Herausforderungen werden die Zukunft der Gemeinsamen Selbstverwaltung beeinflussen. Es bedarf auch und vor allem einer klaren Positionierung der Politik zur Weiterentwicklung des Korporatismus im Gesundheitswesen. Bislang ist diese nicht erkennbar. Es gab Phasen der Stärkung und – wie eingangs beschrieben - der Schwächung. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass einerseits mit der Etablierung des G-BA und darüber hinaus des Spitzenverbandes Bund als Gegenwicht zur KBV die Zentralisierung gestärkt wurde, andererseits verhindern jedoch wettbewerblich dezentrale Elemente deren Durchschlagskraft.

Die letztlich widersprüchliche Positionierung der Krankenkassen, einerseits unisono den dezentralen Ausbau von Selektivverträgen zu fordern und andererseits für den G-BA mehr gemeinsame und zentrale Verantwortung zu befürworten, offenbart ein grundsätzliches Dilemma einer fehlenden Ordnungsperspektive für einen „gesunden“ Mix von Einheitlichkeit und Wettbewerb in der medizinischen Versorgung.

Der Schluss ist wohl voreilig, in einer partiellen wettbewerbsinduzierten Abkehr vom Prinzip der korporativen Steuerung eine Renaissance der Abhängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen und somit einen Rückfall in die Zeit vor dem Berliner Abkommen zu sehen – ein Schritt in diese Richtung ist die entstandene Schieflage schon, und sie gefällt vor allem großen Einzelkassen übrigens nicht schlecht. Würde dieser Weg weiter beschritten und die KVen schleichend auf die Funktion der Abrechnung ärztlicher Leistungen reduziert, bedeutete dies das Ende der Legitimation der Gemeinsamen Selbstverwaltung, lediglich ein Torso zeugte von der ehemals gestalterischen Kraft der korporativen Koordination.

Galt es ehemals für die ärztliche Selbstverwaltung als Privileg, das ihr anvertraute gesellschaftliche Mandat auszuüben, stellt sich heute durchaus die Frage, ob dies nicht nur durch politische Weichenstellungen, sondern auch durch vermeintlich „modernere“ Strategien seitens der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zunehmend konterkariert wird. Ein Wettbewerb um die beste Versorgung kann nur dann erfolgreich sein, wenn er in der Konsequenz die im Sinne des § 12 SGB V zu garantierende notwendige Versorgung auch weiterhin flächendeckend sichert. Dies impliziert, dass den KVen die Gestaltungsfähigkeit und Versorgungsverantwortung im Rahmen der Weiterentwicklung ihres Sicherstellungsauftrags überhaupt möglich ist.

Als Ärzteschaft sollte man daher eindeutige Forderungen an die Politik stellen, bewährtes Handwerkszeug zurückzugeben und jene Instrumente zu garantieren, die die KVen zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags brauchen. Dazu gehörten unter anderem eine nachvollziehbare Wettbewerbsordnung für Kollektiv- und Selektivverträge, die Option der Mitwirkung an allen versorgungsrelevanten Vertragsformen und die Herstellung von Transparenz über das komplette ambulante Versorgungsgeschehen. Darüber hinaus fordert sie seit Jahren die Ausrichtung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung auf die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung.

Ich halte ein eindeutiges Plädoyer für die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Basis bisheriger Erfahrungen und der Bewältigung erkannter Störgrößen. Weder eine starre Reglementierung durch den Staat noch die Organisation des Gesundheitswesens nach Regeln des Marktes ist der korporativen Kooperation überlegen. Es wird Mut brauchen, bislang heiße Eisen anzufassen und die eigene Haltung zur Gemeinsamen Selbstverwaltung auf den Prüfstand zu stellen. Der über lange Zeit von den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung erfüllte Kodex des Berliner Abkommens geriete zur Farce, wenn das ihm inhärente Prinzip der Verantwortung für das Ganze schleichend von einem riskanten Spiel um wachsende Marktanteile und wieder erstarkende egozentrische Sektoregoismen abgelöst wird. Erforderlich ist im Sinne Max Webers mehr verantwortungsethisches Handeln als zentrale Voraussetzung zur Übernahme von Gesamtverantwortung für das – oftmals eher symbolisch bemühte - Patientenwohl.