

Verloren im Bermudadreieck?

Zweiter Teil: Die Gegenwart der Kassenärztlichen Vereinigungen



Dr. Peter Scholze

Der erste Teil des zweiteiligen Artikels über Geschichte und Gegenwart der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stieß auf große Resonanz. Unverkennbar sind die Parallelen historisch bedingter Entwicklungen mit der jüngsten Diskussion um den „großen Wurf“ in der Reform des Gesundheitswesens. Im zweiten Teil stellt Dr. Peter Scholze, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), vor allem das Spannungsfeld zwischen hoheitlichen Aufgaben und Interessenvertretung dar, in dem sich die KVen heute bewegen.

Die KVen leben auf Grund ihres Selbstverständnisses und ihres satzungsgemäßen Auftrages mit einem Januskopf: Sie verstehen sich als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu deren Interessenvertretung. Zugleich übernehmen sie als mittelbare Staatsgewalt hoheitliche Aufgaben. Sie übernehmen für ihre Mitglieder eine Reihe von Dienstleistungen und zugleich haben sie ordnungspolitische Funktionen. Sie verstehen sich als aktiver Mitgestalter bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Zugleich sind sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter Rechtsaufsicht des Staates in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Eine Analyse der Bedeutung der KVen muss diesen Doppelcharakter der KVen berücksichtigen. Wer nur die eine oder nur die andere Gesichtshälfte sieht, wird zwangsläufig falsche Schlüsse ziehen.

Die Frage nach der künftigen Rolle der KVen ist eng verbunden mit der Frage danach, wer zukünftig die Steuerungsfunktion im Bereich der ambulanten Medizin besitzt. Soll diese Funktion vom Staat, den Krankenkassen, der Selbstverwaltung oder den Kräften von Markt und Wettbewerb übernommen werden? Will man die KVen und damit das Prinzip Selbstverwaltung wirklich abschaffen, dann müsste es dazu klare, realisierbare Alternativen

geben. Denn ohne eine übergeordnete Steuerung würde das in einem hohen Maß arbeitsteilig gegliederte ambulante Versorgungssystem auseinander fallen.

In dieses System ist inzwischen viel Bewegung gekommen. So fördert das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 selektive Einzel- und Integrationsverträge. Bei diesen Verträgen sind die KVen praktisch ausgeschlossen. Diese fordern deshalb die Einführung eines § 73 d in das SGB V, der Integrationsverträge unter Beteiligung der KVen ermöglichen würde. Hier entsteht ein zusätzliches, hoch emotionalisiertes Spannungsfeld. Der zunehmenden Diversifikation ambulanter Vertragsstrukturen hinkt die Aufarbeitung daraus sich ergebender Folgeprobleme hinterher.

Die Diskussion über die Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen verdichtet sich derzeit zu einem Thema höchster Priorität. Die Geschichte zeigt, dass alte Grundpositionen, Forderungen und Streitpunkte bis in unsere Zeit hinein immer wieder in neuem Gewand wiederkehren. Dies kulminiert stets in folgenden Alternativen: Einzelvertragssystem versus Kollektivvertragssystem, Einzelkrankenkassen versus Krankenkassenverbände, Einzelärzte versus in KVen organisierte Ärzte, Einzelverhandlungen versus gemeinsam und einheitlich geführte Verhandlungen, einseitige Vertragsmonopole versus gemeinsame Selbstverwaltung mit paritätisch besetzten Vertragsausschüssen, Sicherstellungsauftrag bei Kassen versus Sicherstellungsauftrag bei Ärzten, Schiedsverfahren versus Ärztestreik.

Die Geschichte zeigt auch: Das Gesundheitswesen ist in seiner Ausgestaltung in hohem Maße abhängig von einer Reihe äußerer Faktoren. Hierzu zählen vor allem Konjunktur, Beschäftigungsgrad und Regierungsverhältnisse. Entscheidungen fallen in diesem außerordentlich fragilen System auf Grund von Machtkonstellationen und Partialinteressen. Und je mehr die Wirtschaft krankt, desto stärker ist das Gesundheitswesen dem ökonomischen Diktat unterworfen. Sträflich vernachlässigt werden übergeordnete Versorgungsaspekte und Aspekte der Nachhaltigkeit, wie zum Beispiel der Prävention.

Verschiedene Formen der Steuerung sind möglich:



Foto: www.BilderBox.com

Steuerung durch gemeinsame Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist eine Variante der Selbstverwaltung des deutschen Sozial- und Rechtsstaates wie auch die kommunale Selbstverwaltung oder jene der Hochschulen. Sie ist ein gesellschaftliches Privileg und eine historische Errungenschaft. Alle Formen der Selbstverwaltung werden mit folgenden Argumenten legitimiert: Die Selbstverwaltung kann die Macht eines potenziell zentralistischen Staates relativieren und brechen. Sie führt zu einer Bürger- und Betroffenenähe bei Entscheidungen (gerade jetzt seit Beteiligung von Patientenvertretern in den Ausschüssen auf Bundes- und Landesebene!) und sie kann die Bürger finanziell entlasten und damit zu einer Senkung der Staatsquote führen.

Im Gesundheitswesen konnten über die Selbstverwaltung wichtige Prinzipien realisiert werden. Hierzu zählen der Grundsatz des Interessengleichgewichts zwischen Ärzten und Krankenkassen, die Entwicklung von Kollektivvertragssystemen sowie die Abschaffung von Vertragsmonopolen und stattdessen die Einrichtung von paritätisch besetzten Vertragsausschüssen. Voraussetzung für das Funktionieren der Selbstverwaltung ist, dass ihre Verantwortlichen anderen Imperativen folgen als individuelle Nutzenmaximierer. Sie müssen im Interesse des Patienten und des Funktionierens eines „größeren Ganzen“ handeln. Und umgekehrt: Wenn die Akteure der

Selbstverwaltung diese Form professioneller Ethik verlieren oder nicht mehr haben, dann führt dies zwangsläufig dazu, dass entweder staatliche Bürokratie ausgebaut oder marktvermittelte Konkurrenz ausgeweitet wird.

Steuerung durch den Staat

Der Staat sollte sich auf seine übergeordneten Aufgaben – Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen und Ausübung der Aufsichtsfunktion – beschränken. Für die Steuerung des Gesundheitswesens „von innen“ fehlen den staatlichen Institutionen meist die fachlichen Qualifikationen und praktischen Erfahrungen. Daraus können fachliche Fehlentscheidungen resultieren. Medizinische Entscheidungen können nicht von staatlichen Verwaltungsbeamten getroffen werden. Staatliche Regulierungen sind zudem meist mit einem hohen Steuerungsaufwand verbunden. Die Folge davon ist dann ein Übermaß an Bürokratie mit Überregulierung. Gerade in Zeiten wirtschaftlicher Rezession oder auch Krisen neigt – wie die Sozialgeschichte mit Regelmäßigkeit zeigt – der Staat dazu, das Gesundheitswesen anderen „ökonomischen Zwängen“ unterzuordnen (genannt seien hier die Verschiebebahnhöfe zwischen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung).

Steuerung durch Markt und Wettbewerb

Der Slogan von Regulierung durch Markt und Wettbewerb ist in aller Munde. Politiker von rechts und von links sowie Neoliberale und Alternative stoßen hier ins gleiche Horn. Eine bloße Regulierung durch Markt und Wettbewerb kann im Einzelfall zweifelsohne zu Hochleistungen führen. Eine solche Regulierung bietet jedoch keinesfalls die Garantie für ein gleichmäßig hohes Versorgungsniveau für alle. Die Markt- und Wettbewerbskräfte

werden sich an ihren Partialinteressen orientieren. Strukturelle Entscheidungen werden vor allem unter dem Diktat der Ökonomie getroffen. Mit dem geplanten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) kann diese Entwicklung rapide und unkontrollierbar beschleunigt werden. Unklar bleibt, wer klare Berufsnormen und Ordnungsleistungen im Markt „Gesundheit“ definiert. Es besteht die Gefahr einer totalen Zersplitterung ambulanter Versorgungsstrukturen. Gerade chronisch Kranke und alte Menschen verfügen nicht über die Mobilität, Flexibilität und die Informationsmöglichkeiten jüngerer Versicherter. Überlässt man die Steuerung ausschließlich den Kräften von Markt und Wettbewerb, dann führt dies zwangsläufig zu einer Ungleichbehandlung in Abhängigkeit von individuellen Möglichkeiten und dem sozialen Status.

Selbst Befürworter einer Steuerung durch Markt und Wettbewerb sehen zusätzlichen Regulierungsbedarf, wenn nämlich definierte Ziele der flächendeckenden Versorgung über den Vertragswettbewerb nicht abgedeckt werden. So skizziert der Bayreuther Gesundheitsökonom Professor Peter Oberender ein „Regulierungsregime“, das „einerseits den Vertragswettbewerb nicht über die Zielsetzung der flächendeckenden Versorgung wieder aushebelt, andererseits jedoch Mindestversorgungselemente auch in der Fläche sichern hilft“. Interessanterweise fordert er auch, dass bei mangelnder Umsetzung „allgemeiner Vorgaben“, deren konkrete Umgestaltung den Akteuren überlassen wird – Beispiele sind Mindesterreichbarkeit oder Mindesthilfsfrist –, dem Staat ein „Residualrecht“ zugeschrieben wird, um für die Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung zu sorgen.

Mit der Zeit gehen

Als Eckpfeiler eines solidarischen Gesundheitswesens müssen die KVen zukünftig verstärkt übergeordnete gesundheitspolitische Verantwortung für den gesamten ambulanten Versorgungsbereich übernehmen – gleichermaßen für Haus- und Fachärzte, für Stadt- und Landärzte, für Spezialisten und für Ganzheitsmediziner, für Somatiker und für Psychotherapeuten, für Großpraxen und für Kleinpraxen.

Die 17 Länder-KVen sind unter anderem zuständig für

- die Wahrnehmung der Rechte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen,
- die Einhaltung des Sicherstellungsauftrags einschließlich des Bereitschaftsdienstes und die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung der Versorgung gegebenenfalls mit Hilfe von Disziplinarverfahren,
- den Abschluss der Gesamtverträge und von Verträgen zu Modellvorhaben und Strukturverträgen auf Landesebene sowie die Verteilung der Gesamtvergütung,
- die Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnungen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte. Ihre gesetzlichen Aufgaben umfassen insbesondere

- die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung,

Anzeige



Gruber Baumanagement – Energetische Sanierung

**Schlüsselfertiger
Ausbau und Umbau**

gruber



Telefon 0 99 76 / 94 01 32
www.gruber-baumanagement.de

- den Abschluss der Bundesmanteltarifverträge,
- die Vereinbarung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes,
- die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss,
- die Mitarbeit an Aufgaben der Qualitätssicherung,
- die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen,
- die Führung des Arztregisters auf Bundesebene.

Hauptaufgabe der KVen muss sein, bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten. Positionen hierzu müssen in erster Linie abgeleitet werden vom Versorgungsbedarf im Bereich von Prävention und kurativer Medizin. Interessen der Vertragsärzte müssen dabei als Ganzes vertreten werden. Die KVen können hier jedoch nur gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen, wenn der Gesetzgeber ihnen auch zukünftig eine mitgestaltende Rolle zugeht. Hier ist die Politik derzeit in der Bringschuld. Bei der Verfolgung ihrer Ziele

wären die KVen gut beraten, nicht auf eine weitere Monopolisierung der Heilkunst zu setzen, sondern auf eine Partnerschaft der unterschiedlichen Professionen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Hier könnten die KVen durchaus eine Führungsrolle wahrnehmen. Die leider vielerorts noch dominierende Vorstellung der KVen als reine „Besitzstandswahrer“ ist damit jedoch nicht vereinbar.

Und ein Letztes: Alle Verantwortlichen müssen dazu beitragen, den hochgezüchteten „Hausarzt-Facharzt-Konflikt“ aus den KVen herauszuhalten. Diese dürfen nicht missbraucht werden als Redebühne und Plattform von Lobbyisten. „Forderungen nach einer Spaltung der KVen in eine Hausarzt- und eine Facharzt-KV sind absolut kontraproduktiv“, dafür erntete der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler bei der Vertreterversammlung der KBV im Dezember vergangenen Jahres großen Beifall. Die KVen müssen auf den Prüfstand und einer Rundum-Erneuerung zugeführt werden. Ziel sollte allerdings immer sein, die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als soziale Errungenschaft zu erhalten und auszubauen.

Dr. Peter Scholze (KVB)

Längere Lebenserwartung – Teil 1

Neulich interviewte der Journalist Köhler den Professor im Fernsehen. Es war sehr informativ. Das lag nicht an dem Fernsehmann. Der wirkte eher wie einer, der lustlos eine Pflichtübung absolviert. Es lag ganz offensichtlich an dem Bekenntnisseifer des Professors, der sich ja inzwischen als SPD-Abgeordneter etabliert hat. Das ist natürlich löblich, mag man sich doch nicht selten an manchem Experten und manchem Journalisten stören, der so genau weiß, was der rechte Weg der Gesundheitspolitik sei, aber sich wohlweislich hütet, ins politische Geschäft einzusteigen und dort Verantwortung zu übernehmen.

Karl Lauterbach hat sich dazu entschlossen und das Visier aufgeklappt, ein wenig jedenfalls. Und so weiß ich nun, dass er ein Arbeiterkind ist und die alten sozialistischen Ideale der Gleichheit und Gerechtigkeit entdeckt hat. Wie Gregor Gysi und Oskar Lafontaine. Die freilich rechtfertigen sich Demokratie-taktisch: Es muss eine Linkspartei als Stachel im Fleisch der Neoliberalen geben, sonst gehen die Armen und Entrechteten auf die Straße. Karl Lauterbach dagegen besitzt eine Gesinnung und hat die Wahrheit gefunden. Und verkündet seine Erkenntnis mit emotionsloser Computerstimme.

Dass die Wohlhabenden um neun Jahre länger leben als die Armen, liegt an den Ärzten. Die kümmern sich mehr um die Reichen und geben ihnen die besseren Medikamente. Und warum? Weil sie besser bezahlen. So einfach ist das.

Also muss man dafür sorgen, dass diesem Missstand abgeholfen wird. Abschaffen der Privatversicherung, gleiche Gebühren für alle und gleiche Therapie für alle. Leider ist Karl Lauterbach nicht gefragt worden, ob er damit auch gleiche Lebenserwartung für Alle will, also neun Jahre weniger für die Reichen

bedauert
Ihr

MediKuss



Zeichnung: Dr. Markus Oberhauser, St. Gallen