Verloren im Bermudadreieck?

Erster Teil: Die Historie der Kassenärztlichen Vereinigungen

Dr. Peter Scholze

Dieser Artikel könnte auch die Überschrift „Quo vadis KV?“ tragen. Denn wohl selten zuvor war die weitere Entwicklung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Kernbestandteil der so genannten Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) so offen wie heute. Im Planungsstadium einer neuerlichen Gesundheitsreform, die diesmal von einer großen Koalition getragen wird, sind noch viele Alternativen zur Zukunft der KVen möglich. Doch um deren Bedeutung wirklich verstehen zu können, muss man einen genaueren Blick auf die Gegenwart und Vergangenheit eines Systems werfen, das nicht nur einer breiten Öffentlichkeit oft wie ein Bermudadreieck vorkommt. Dr. Peter Scholze, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), hat sich dieser Aufgabe gestellt. In dem ersten Teil seiner Analyse steht die Historie der KVen im Mittelpunkt, im zweiten Teil im nächsten *Bayerischen Ärzteblatt* folgt der Blick auf die Gegenwart.

Das Thema Gesundheits- und Sozialpolitik, das früher ein Nischendasein auf den hinteren Seiten des Innenpolitikteils einiger überregionaler Tageszeitungen führte, ist plötzlich in aller Munde. Kaum eine Woche vergeht, in der nicht mindestens drei Talkshows zu dem Thema ausgestrahlt werden. Und dabei gehört eine Aussage offensichtlich zu den Essenzials: Die KVen müssen weg. „Sie sind nur eine Geldverteilungsmaschine“, „Sie verteilen das Geld falsch“, „Sie sorgen nicht für Qualität unter ihren Mitgliedern“, „Sie haben zu strenge Qualitätsprüfungen“, „Sie gängeln ihre Mitglieder mit Prüfungen“, „Sie verhindern, dass die Krankenkassen sich die besten Ärzte aussuchen können“, „Sie sind nur noch Mangel- und Resteverwalter“ – so nur ein Teil der Vorwürfe, deren Wahrheitsgehalt – wie bereits die Widersprüchlichkeit zeigt – oft nur sehr gering ist. Die wenigsten, die sich jetzt zu Richtern über dieses System aufschwingen, haben sich jemals die Mühe gemacht, sich mit dessen historischer Entwicklung auseinanderzusetzen. Dabei kann man die Zukunft nur deuten, wenn man die Vergangenheit kennt.

Ein Blick in die Geschichte der KVen zeigt, dass die derzeitigen Konfliktlinien alten Ursprungs sind und sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Sozialgesetzgebung ziehen. Seit Einführung des Arbeiterkrankenversicherungsgesetzes besteht zwischen den Polen Ärzteschaft, Krankenkassen und Staat ein Spannungsfeld, in dem die Einflussmöglichkeiten – je nach äußeren Verhältnissen – sich mal in die eine und mal in die andere Richtung verlagern. Eine Auswahl der wichtigsten Stationen:

1883: Arbeiterkrankenversicherungsgesetz (Teil der Bismark’schen Sozialgesetzgebung). Aus berufsständischen Hilfs- und Unterstützungskassen entstehen gesetzliche Krankenkassen. Die Krankenkassen schließen privatrechtliche Dienstverträge mit einzelnen Ärzten und haben ein Vertragsmonopol und entsprechende Nachfragemacht.

1911: Reichsversicherungsordnung als „Grundgesetz der gesamten Sozialversicherung“. Die zuvor unübersehbare Zahl von Kassen geht über in ein gegliedertes System von Kassenverbänden. In Paragraph 368 heißt es: „Der Arzt ist seiner Kasse gegenüber verpflichtet, den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln“. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden durch einen schriftlichen Vertrag geregelt. Die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.

1913: Berliner Abkommen zwischen Leipziger Verband und den großen Krankenkassen (als Kompromiss bei einem drohendem Ärztestreik). Dies ist der erste größere Versuch, die vertragsrechtlichen Beziehungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und denen der Ärzte zu systematisieren. Es besteht weiterhin ein Einzelvertragssystem, folgende Neuerungen kommen aber hinzu:

- Vorgabe fester Verhältniszahlen für die Zulassung von Kassenärzten (auf 1350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen).

Anzeige

- Aufhebung der Zulassungsautonomie der Krankenkassen und Einrichtung von Arztregistern mit einer Auswahlentscheidung durch paritätisch besetzte Registerausschüsse für die Eintragung in diese Arztregister.
- Einrichtung von paritätisch besetzten Vertragsausschüssen für die Vorgabe des Inhalts von Einzelverträgen.
- Einrichtung eines zentralen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Beschlussfassung von Richtlinien über Zulassungskriterien und Vertragsinhalte.

1924: „Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen“ wird als Zwangsorganisation der Spitzenverbände durch Neufassung der Reichsversicherungsordnung eingerichtet. Dieser Ausschuss ist ein paritätisch zusammengesetztes und vom Staat beaufsichtigtes Gremium zur Steuerung des vielfältigen Vertragsgeschehens. Er ist das oberste Gremium zur Regelung der Zulassung der Ärzte, des allgemeinen Inhalts der Verträge, der Vergütung, der Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns, des sparsamen Umgangs mit dem Vermögen der Krankenkassen und anderer versicherungsrelevanter Fragen. Schiedsgerichte, die im Streitfall entscheiden sollten, werden eingeführt. All das ebnet den Weg für Kollektivverhandlungen.

1930: Notverordnung vom 26. Juli. Die Krankenkassen sind erneut berechtigt, Einzelverträge mit Ärzten ihrer Wahl abzuschließen. Die Regierungsparteien erwägen, Kassenärzte zu Kassenangestellten zu machen. In der Folge kommt es zu „Arbeitskämpfen“ von Ärzten.

1931: Notverordnung vom 8. Dezember. Das Einzelvertragssystem wird durch ein Kollektivvertragssystem als Grundlage der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen abgelöst. Die KVen werden als Körperschaften des öffentlichen Rechts als Vertragspartner der Krankenkassen etabliert und erhalten den Gesamtvergütungsanspruch und die Möglichkeit, das Geld in eigener Regie zu verteilen. Zudem erhalten sie den Sicherstellungsauftrag, Disziplinarbefugnisse und die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung. Gesamtverträge werden zwischen Kassen und KVen abgeschlossen und die Verhältniszahl der Ärzte pro Versicherten auf 1:600 herabgesetzt. Um all dies zu erreichen, nehmen die Kassenärzte Einkommensverluste in Kauf, sie verzichten auf das Streikrecht und werden einer staatlichen Aufsicht unterstellt.

Was ist das Bermudadreieck?

„Bermudadreieck, Teil des Atlantiks, etwa zwischen den Bermudainseln, Hispaniola und Florida, in dem sich auf bisher nicht befriedigend erklärte Weise Schiffs- und Flugzeugunglücke häufen“.

(Meyers Großes Taschenlexikon)

1933 bis 1945: Gleichschaltung der Ärzte im Nationalsozialismus

1933: „Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD)“. Die KVD wird als Körperschaft des öffentlichen Rechts alleiniger Träger der Beziehungen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen. Als staatliche Großorganisation übernimmt sie die bisher den KVen obliegenden Aufgaben und Befugnisse. Zusätzlich erhält sie eine eigene Berufsgerichtsbarkeit zur innerärztlichen Kontrolle und Disziplinierung, beispielsweise durch die Möglichkeit des Approbationsentzugs. Das demokratische Mitbestimmungsrecht der Krankenkassen als legitime Interessenvertretung der Patienten wird annulliert. Damit wird die gemeinsame Selbstverwaltung abgeschafft.

1935: Reichsärzteordnung wird erlassen. In Paragraph 19 heißt es: „Die deutsche Ärzteschaft ist berufen, zum Wohle von Volk und Reich für die Erhaltung und Hebung der Gesundheit, des Erbguts und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken.“ Die KVD wird dem „Reichsärzteführer“ unterstellt, der zugleich Chef der Reichsärztekammer ist.

1938: Verordnung über die Teilnahme von Juden an der Kassenärztlichen Versorgung. Juden wird die Fähigkeit, den Arztberuf auszuüben, generell abgesprochen.

1945: Nach **Kriegsende** werden der Reichsausschuss, die Reichsärztekammer und die KVD durch den Kontrollratsbeschluss aufgelöst.

1946: Wiederaufbau von Länder-KVen in den drei Westzonen. Dies erfolgt zunächst auf der Grundlage der in den Jahren 1931/32 erfolgten Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen.

1948: Gründung der **„Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kven in den Westzonen“**.

1955: Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR). In dem Gesetz wird den KVen eine starke Stellung eingeräumt, als demokratische, föderalistische und selbstverwaltete Körperschaften. Ihre bisherigen Aufgaben werden bestätigt und sie behalten den Sicherstellungsauftrag. Den Kassenärzten wird das ambulante Versorgungsmonopol garantiert (Ausschluss von Konkurrenz durch Einrichtungen der Krankenkassen oder durch Krankenhaus-Ambulanzen). Die Zulassungsquote wird weiter erhöht, nun kommt ein Arzt auf 500 Versicherte. 1960 fällt die Zulassungsbeschränkung.

Bei der Festsetzung der Gesamtvergütung sind – bei Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen und der Veränderung der Grundlohnsumme – die in einem zu vereinbarenden Zeitraum ausgeführten ärztlichen Leistungen zu Grunde zu legen. Die Anwendung eines Regelbetrags in der Form eines Budgets wird gesetzlich ausgeschlossen. Bei der Berechnung der Gesamtvergütung wird die Möglichkeit geschaffen, anstelle der Kopfpauschale eine Berechnung nach Fallpauschalen oder nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Zum ersten Mal taucht hier der Patient als selbst bestimmte Person auf: „Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist.“ Im Gegenzug müssen die Kassenärzte künftig auf Kampfmaßnahmen wie den vertragslosen Zustand verzichten und bei Scheitern von Vertragsverhandlungen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung eine verbindliche Schlichtung durch ein Schiedsamt akzeptieren.

1957 bis 1960: Pläne für ein Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG) werden entwickelt. Hierzu zählen die Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenkassen, Maßnahmen gegen einen zu raschen Anstieg der kassenärztlichen Gesamtvergütung, der Aufbau eines umfassenden Beratungsärztlichen Dienstes mit weitgehenden Kontrollbefugnissen, die Einführung einer Einheitsgebühr für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, das Aufweichen des Sicherstellungsauftrages in der ambulanten Versorgung durch mögliche Eigeninstitute der Krankenkassen, die Schaffung der Möglichkeit einer Honorarfestsetzung durch den Arbeitsminister gegen freivertragliche Honorarvereinbarungen und die Einführung einer Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme eines Arztes als Kostendämpfungsmaßnahme. Insbesondere die Pläne zur Selbstbeteiligung führen zu einer breiten Ablehnungsfront von Gewerkschaften über SPD bis zu den Ärzteverbänden. Der außerordentliche Deutsche Ärztetag im Februar 1960 in der Frankfurter Paulskirche übt massive Kritik vor allem an der geplanten Einheitsgebühr. Im Hinblick auf die bevorstehenden Bundestagswahlen versagt Adenauer seinem Arbeitsminister

Theodor Blank die Unterstützung bei der Durchsetzung dieses Gesetzentwurfes. Die parlamentarische Beratung des Gesetzentwurfes wird 1961 eingestellt.

1960: Bundesverfassungsgerichts-Urteil zur **uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit**.

1977: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG). Die wichtigsten Bestandteile dieses Gesetzes sind ökonomische Globalsteuerung und einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen. Die Priorität liegt jetzt nicht mehr auf den medizinischen Möglichkeiten, sondern auf den medizinischen Rahmenbedingungen.

1981: Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) bringt höhere Zuzahlungen und zugleich Leistungseinschränkungen.

1989: Gesundheitsreformgesetz.
Neue Leistungseinschränkungen und Zuzahlungen folgen. Dazu kommen schärfere Wirtschaftlichkeitsprüfungen, weniger Gestaltungsspielraum für ärztliche Selbstverwaltung, eine massive Einflussnahme der Politik auf Honorarverträge und bürokratische Auflagen.

1993: Gesundheitsstrukturgesetz.
- Strikte Budgetierung des kassenärztlichen Gesamthonorars.
- Engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und damit ein erstes Aufbrechen des ambulanten Versorgungsmonopols der Kassenärzte.
- Beschränkung der kassenärztlichen Zulassungszahlen.
- Wahlfreiheit für Kassenart und Kostenerstattung.
- Risikostrukturausgleich.
- Erweiterung von Gestaltungsleistungen der Krankenkassen.
- Zuzahlungserhöhungen bei Beitragssatzerhöhungen.

2000: Gesundheitsreformgesetz bringt eine Liberalisierung des Vertragswettbewerbs.

2004: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG).
- Integrationsverträge unter Ausschluss der KVen.
- Einzelverträge mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung.
- Förderung von „Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“.
- Öffnung des ambulanten Sektors für Krankenhäuser für bestimmte spezialisierte Leistungen.
- Organisationsreform der KV unter dem Motto „Professionalisierung“ und Zentralisierung.

Dr. Peter Scholze (KVB)

In der nächsten Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* folgt die Fortsetzung dieses Artikels. Nach der Historie liegt der Fokus dann auf der Gegenwart. Dr. Peter Scholze analysiert, warum die KVen momentan vor großen Problemen stehen und welche Steuerungsmöglichkeiten es im Gesundheitswesen gibt.

Anzeige

25 % Förderung und mehr für Ihre Zukunftsvorsorge!

Auch im Ruhestand den gewohnten Lebensstandard halten – möglich ist das nur mit rechtzeitiger Privater Zukunftsvorsorge. Bei uns erhalten Sie die mit dem Gütesiegel der Stiftung Warentest ausgezeichnete **UniProfiRente*** unseres Partners Union Investment.

Nutzen Sie die Förderung vom Staat mit attraktiven Zulagen und Steuervorteilen! **Auch selbstständige Heilberufsangehörige können von den Vorzügen der Riester-Rente profitieren**, sofern ihr Ehepartner Anspruch auf eine Förderung hat.

*Sieger der Zeitschrift FINANZtest® 10/2002

Eine Filiale in Ihrer Nähe finden Sie unter **www.apobank.de**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank