

Die Zukunft der KVen

Von Fritz Beske

Bei der Debatte über die mögliche Neuausrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften oder sogar über ihre Abschaffung geht es um viel: Es geht um die grundsätzliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens und damit um die Frage, an welchen Prinzipien sich die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens orientieren wird. Fest steht: Die Mehrheit der Bürger und der Politiker wird zu keiner Zeit einer rein marktwirtschaftlichen Ausrichtung unseres Gesundheitssystems zustimmen.

Versorgungssicherheit ist und bleibt das dominierende politische Handlungsmotiv. Wird dies als Basis weiterer Überlegungen genommen, so bieten sich in Deutschland vom Grundsatz her nur zwei Möglichkeiten der Gestaltung des Gesundheitswesens an: Erstens eine Einheitsversicherung mit staatlicher Reglementierung oder zweitens die Wiederbelebung eines staatsfernen, sich selbst verwaltenden, dezentral und regional angelegten Gesundheitssystems mit pluraler Ausgestaltung durch GKV und PKV.

Die zweite Möglichkeit würde auch eine Wiederbelebung der KV bedeuten. Allerdings wäre dann ein Konzept erforderlich, das ein gewisses Maß an Vertragsfreiheit von Ärzten mit einer gewandelten Funktion der KV verbindet, in dem die Erfüllung staatlicher Aufgaben mit Dienstleistungen für den niedergelassenen Arzt und einer Vertretung der Interessen niedergelassener Ärzte auch gegenüber der Politik verbunden ist.

Doch die gegenwärtige Situation stellt sich für niedergelassene Ärzte anders dar. Angetrieben durch die jüngsten Gesundheitsreformen wird das Kollektivvertragssystem hin zu einem vollständigen oder partiellen Einzelvertragssystem umgebaut. Bei der Suche nach den Ursachen für diesen Prozess gibt es zwei sich überlagernde Begründungen: die Finanzsituation im Gesundheitswesen und ideologisch bestimmte Politik. Ein Blick zurück kann zum Verständnis dessen beitragen, was wir zurzeit im Gesundheitswesen beobachten. Bis zum Ende der ununterbrochenen Phase wachsenden Wohlstands in der Nachkriegszeit gab es keine Diskussion über Kollektiv- und Einzelvertragssystem. Es herrschte Zufriedenheit. Es gab keinen Mangel an Geld im Gesundheitswesen, eine vereinfachte, aber wohl auch zutreffende Begründung.

Erst als deutlich wurde, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht mehr in der Lage war, die großzügig von der Politik versprochenen Leistungen zu finanzieren, begann der Gesetzgeber zu handeln, zunächst jedoch nur mit Kostendämpfungsgesetzen. Erst im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurden mit der begrenzten Öffnung von Krankenhäusern für ambulantes Operieren und für die vor- und nachstationäre Behandlung erste strukturelle Veränderungen geschaffen.

Nach dem Regierungswechsel zu Rot-Grün 1998 wurden Strukturreformen dann zum dominierenden Handlungsmotiv des Gesetzgebers. Folgen waren unter anderem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Kostendämpfung wurde nunmehr ergänzt, ja überlagert von strukturellen Systemveränderungen. Dieser Prozess hat sich in der großen Koalition fortgesetzt.

Die Zielvorstellung der SPD bestand dabei in einer Einheitsversicherung, in der Zunahme staatlicher Vorgaben und Kontrollen sowie im Abbau der Selbstverwaltung. Weitere

Elemente sind die Einebnung der Unterschiede von GKV und PKV, aber auch die Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der bremsende Einfluss der Union in der großen Koalition führte dazu, dass dies nur in abgeschwächter Form verwirklicht werden konnte. Als Instrumente wurden in erster Linie Wettbewerb und Wahltarife eingeführt, dabei auch der Einzelvertragswettbewerb an den KVen vorbei.

Diese Reformen sind der Nährboden für eine zunehmende Opposition vieler Ärzte gegen diese Politik gewesen. Wachsende Bürokratie, ständiger Wechsel der Rahmenbedingungen durch Politik, Gesetzgeber und Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch das Missverhältnis zwischen Leistungsumfang der Ärzte und ihrer Honorierung sind nur Stichworte für eine als verfehlt angesehene Politik.

Politiker haben nie den Versuch gemacht gegenzusteuern. So blieb die zentrale Aufgabe liegen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den drei bestimmenden Komponenten einer guten Gesundheitsversorgung herzustellen, nämlich einem bedarfsgerechten Leistungskatalog, einer bedarfsgerechten Finanzierung dieses Katalogs und einer leistungsgerechten Honorierung. Statt dessen wurde der Leistungskatalog der GKV ausgeweitet – ohne Gegenfinanzierung.

Auch haben Politiker die wachsenden Legitimationsprobleme der Kassenärztlichen Vereinigungen, die doch noch von Vielen als Garanten einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung angesehen werden, billigend in Kauf genommen. Die Schwächung der KVen und die Zerrissenheit der Ärzteschaft sind politisch gewollt.

Zum potenziellen innerärztlichen Spaltspitz wird diese Zerrissenheit der Ärzteschaft aber erst vor dem Hintergrund der andauernden Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung. Es ist unwahrscheinlich, dass in Zukunft im GKV-System signifikant mehr Geld für die Versorgung zur Verfügung stehen wird. Krankenkassen wollen ihre Ausgaben senken, Ärzte wollen mehr Geld. Die Erschließung großer „Rationalisierungsreserven“ etwa bei Ausgaben für Arzneimittel oder bei anderen veranlassten Leistungen ist illusionär. Damit sind Konflikte programmiert. Krankenkassen können sich in Zeiten wachsenden Vertragswettbewerbs aus mehreren Angeboten von Ärzten oder Arztgruppen die preisgünstigsten herausuchen, und dies werden sie auch tun, trotz Beteuerungen, es ginge um Qualität und nicht um den Preis.

Gleichzeitig nehmen aber auch Verwerfungen im Kollektivvertragssystem zu, weil die finanziellen Vorteile durch neue Verträge für eine Gruppe stets zu Lasten aller anderen Gruppen gehen müssen. Hinzu kommt, dass die künftige Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen aller Voraussicht nach unter neuen Kautelen stehen wird. Den Ärzten steht in Zukunft als Vertragspartner überwiegend der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gegenüber. Bedeutung und Einfluss dieses Spitzenverbandes werden bei sich verschärfenden finanziellen Engpässen wachsen. Schon jetzt sollen rund 70 Prozent des Gesamtvolumens für Leistungen vom Spitzenverband Bund verhandelt werden.

Die künftige Bedeutung der KVen ergibt sich zwangsläufig aus dem Entwicklungspfad, dem das deutsche Gesundheitswesen in den kommenden Jahren folgt. Die Alternative zu den Irrwegen eines staatszentrierten oder eines hauptsächlich wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem liegt in der Weiterentwicklung eines sich selbst verwaltenden pluralen Gesundheitssystems mit regionaler Orientierung – vor allem in der Vertragspolitik. Wenn Ärzte eine staatsnahe Medizin ebenso wie eine hauptsächlich von ökonomischen Kriterien dominierte Gesundheitsversorgung ablehnen, dann werden sie auch künftig – im eigenen Interesse – irgendeine Form von KV akzeptieren müssen.

