



Will hier jemand die Selbstverwaltung stärken? – Eine Institution zwischen staatlichen Übergriffen und wettbewerblichen Zwangslagen

Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands, Berlin*

Der Mitte November vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes (GKV-SVSG) macht unabhängig von der Bewertung des Vorhabens eines deutlich: Die traditionelle Steuerung der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der gesundheitlichen Versorgung durch Selbstverwaltung in Deutschland steht an einer entscheidenden Weggabelung. Angesichts der Gesetzgebung in den letzten zwanzig Jahren ist die Selbstverwaltung von mehreren Seiten unter Druck geraten. Zum einen

*Der Beitrag ist keine Meinungsäußerung des BKK-Dachverbands, sondern gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wider. Er erscheint in ähnlicher Form in Knieps (Hrsg.), Gesundheitspolitik – Akteure, Aufgaben, Lösungen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2016.

mehren sich staatliche Ein- und Übergriffe durch Einschränkung von Kompetenzen und Handlungsspielräumen. Dazu zählen auch uneinheitliche und bisweilen erratische Handlungsweisen der jeweiligen Aufsichtsbehörden. Zum anderen überlagern wettbewerbliche Handlungszwänge und unerwünschte Nebenwirkungen die gesundheits- und sozialpolitische Ausrichtung der Selbstverwaltung.

Von der Ausgestaltung des GKV-SVSG im parlamentarischen Verfahren sowie von weiteren gesetzlichen Veränderungen, vor allem aber von der konkreten Praxis der Aufsichtsbehörden wird es abhängen, ob Selbstverwaltung an die konkreten Herausforderungen des Gesundheitswesens angepasst und revitalisiert werden kann oder zum Auslaufmodell in einem Umfeld symbolischer Politik degradiert wird. Aber die Belebung und Stärkung der Selbstverwaltung, die so gern in Sonntagsreden postuliert und in Gesetzesüberschriften verkündet werden, hängt entscheidend von einem inneren Erneuerungswillen der selbstverwalteten Institutionen und einer Erhöhung der Attraktivität dieser Ehrenämter ab. Der folgende Beitrag ist deshalb keine Detailkritik am GKV-SVSG, sondern eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

I. Ordnungspolitische Grundausrichtung im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen im Allgemeinen und die soziale Krankenversicherung im Besonderen unterscheiden sich in ihren Grundstrukturen beträchtlich von den Systemen in anderen entwickelten Industriestaaten. Das gilt nicht nur für die Typologie der Wohlfahrtsstaaten, sondern auch für die ordnungspolitische Grundausrichtung und die Zuweisung von Funktionen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten an die einzelnen Akteure des Systems. Charakteristisch für die von Deutschland ausgehende mitteleuropäische Ausgestaltung des Wohlfahrtsregimes ist die Absicherung elementarer Lebensrisiken wie Krankheit, Arbeitsunfall, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit, Invalidität und Tod durch eine öffentlich-rechtliche Sozialversicherung mit Selbstverwaltung – gemeinhin als Bismarck-Modell bezeichnet.

Die Regulierungsinhalte der Rechtsetzung durch Selbstverwaltung müssen eine spezifische gesetzliche Grundlage haben. Die Träger der mittelbaren Staatsverwaltung unterstehen der Aufsicht der unmittelbaren Staatsverwaltung – entweder der zuständigen Ministerien in Bund und Ländern oder eigens geschaffenen Aufsichtsbehörden. Die Aufsicht ist in der Regel auf die Rechtsaufsicht beschränkt. Das bedeutet, dass der Selbstverwaltung eigene Ermessens- und Beurteilungsspielräume bleiben, auch wenn selbstverständlich eine strenge Bindung an die einschlägigen Gesetze sowie die Verfassung besteht. Aufsichtsbehörden dürfen in der Regel keine eigenen Zweckmäßigkeitserwägungen anstellen und diese

an die Stelle der Selbstverwaltungsentscheidungen setzen. Darüber hinaus hat die Rechtsprechung den Grundsatz der maßvollen Aufsichtsführung entwickelt, der zum Schutz des Selbstverwaltungsprinzips dient, auch wenn weder die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und in der Sozialversicherung Verfassungsrang genießt noch sich deren Institutionen, soweit sie als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind, auf den Grundrechtsschutz berufen können.

II. Selbstverwaltung unter Anpassungsdruck, Selbstverwaltung und Politik

Nach Auffassung vieler Akteure und Beobachter geht die größte Gefahr für die Selbstverwaltung von der Politik selbst aus. Die ausufernde Komplexität des Gesundheitswesens hat eine zunehmende Regulierungsdichte und Regulierungstiefe zur Folge. Detaillierte gesetzliche Vorgaben schmälern zwangsläufig den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung. Aber es ist auch nicht zu übersehen, dass die Politik viele neue Handlungsfelder für die Ausgestaltung durch Selbstverwaltung geschaffen hat, wie zum Beispiel Selektivverträge oder Satzungsleistungen.

Manche gesetzlichen Bestimmungen sind direkte oder indirekte Folgen enttäuschter Erwartungen der Politik. Dies lässt sich exemplarisch an der politisch gewünschten, aber immer wieder stockenden Stärkung der hausärztlichen Versorgung aufzeigen. Der Gesetzgeber hat die Vorgaben von „kann“ über „soll“ zum „muss“ verschärft, weil weder die soziale Selbstverwaltung noch die ärztliche oder die gemeinsame Selbstverwaltung die flächendeckende Grundversorgung gewährleisten wollte oder konnte.

Weiter folgt manche Schwächung der Selbstverwaltung aus der Gewohnheit der Politik, Probleme erst dann anzupacken, wenn deren Lösung absolut dringlich oder gar überfällig ist. Nicht selten zögert die Politik, unbequeme Wahrheiten auszusprechen und nachhaltig wirksame Entscheidungen, gegebenenfalls auch gegen den Widerstand der Betroffenen, zu treffen.

Speziell organisationspolitische Entscheidungen sind den Betroffenen nur schwer zu vermitteln. Man denke nur an den Widerstand gegen die Errichtung eines GKV-Spitzenverbands oder die Zusammenlegung von Kassenärztlichen Vereinigungen im Südwesten Deutschlands. All dies hat Folgen für das Verhältnis von Selbstverwaltung und Politik, zumal heute nur noch wenige Politiker eigene Erfahrungen in Selbstverwaltungsgremien mitbringen. Schließlich neigt die Politik zu Überreaktion, wenn sie auf Fehlentwicklung und Versäumnisse in der Selbstverwaltung reagiert. Das gilt erst Recht, wenn diese unter den Augen von Politik und Aufsicht geschehen. Aktuellstes Beispiel ist das GKV-SVSG. Obwohl es offenbar

nur in einer ärztlichen Körperschaft skandalöse Zustände gegeben hat, wird mit der Schrotflinte auf alle selbstverwalteten Institutionen auf Bundesebene geschossen.

Selbstverwaltung und Wettbewerb

Auch wenn es schon vor der parteiübergreifenden Reform von Lahnstein im Jahr 1992 Kassenwahlentscheidungen zumindest für alle Angestellten und einen kleinen Teil der Arbeiter gab, machte erst das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) Wettbewerb zum konstitutiven Merkmal der sozialen Krankenversicherung und in den vielen Folgesetzen zu einem dominierenden Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen. Zwar wurden mit dem gleichen Gesetzesvorhaben, das über mehrere Jahre gestaffelt in Kraft getreten ist, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Ehren- und Hauptamt in den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie in den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene neu abgegrenzt und die Leitungsorgane gestrafft, am Prinzip der grundsätzlichen politisch-strategischen Verantwortung der Ehrenamtler wurde nicht gerüttelt.

Die wettbewerbliche Ausrichtung von Versicherung und Versorgung geriet schnell in eine Konkurrenz- und Konfliktsituation zur korporatistischen Verantwortung. Obwohl der Gesetzgeber mit Schaffung des SGB V im ersten Paragraphen die GKV als eine Solidargemeinschaft bezeichnete, setzte er später die Anreize für eine wettbewerbliche Differenzierung, die direkte oder indirekte Auswirkungen auf das Solidarprinzip hatte und hat. Preiswettbewerb, Selektivverträge, Wahl- und Ermessensleistungen, Bonusprogramme und anderes mehr setzen Anreize zu betriebswirtschaftlich gebotenen, volkswirtschaftlich fragwürdigen und gesundheitspolitisch unerwünschten bis schädlichen Verhaltensweisen wie Risikoselektion und Diskriminierung, Upcoding und bewusste Fehlanreize. Der vor der allgemeinen Kassenwahlfreiheit eingeführte kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich war von Anfang an politisch umstritten und wurde zu einem permanenten Zankapfel zwischen Kassen und Kassenarten. Die soziale Selbstverwaltung geriet in Loyalitätskonflikte zwischen der sozialstaatlichen Verantwortung, den Interessen der entsendenden Organisationen und den Institutionen, in denen sie Leitungsfunktionen innehat. Diese werden verschärft durch zunehmende Unklarheit über die ordnungspolitischen Intentionen der Politik. Weder lässt sich immer eine klare Linie in den unterschiedlichen Gesundheitsreformen erkennen noch sind die Regulierungsvorgaben in sich schlüssig.

Mit einer Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wächst notwendigerweise der Regulierungsbedarf. Davon profitieren nicht nur die Ministerialbürokratie und die Aufsichtsbehörden, sondern ganz speziell die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung, deren präkompetitiver Bereich rasant angewachsen ist. Trotzdem dürfen Selbstverwaltung und Wettbewerb nicht zu einem grundsätzlichen, ideologischen Wertungs widerspruch erhoben werden, sondern müssen im Detail präzise und flexibel aufeinander

abgestimmt sein. Der Teufel steckt durchaus im Detail, so dass dem Gesetzgeber jenseits der großen politischen Fragen (Konvergenz der Versicherungssysteme, Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung ...) viel Detailarbeit bleibt, wenn er am gegenwärtigen ordnungspolitischen Steuerungsmix festhalten will.

Selbstverwaltung und Aufsicht

In den letzten Jahren ist das Verhältnis der selbstverwalteten Körperschaften zu ihren staatlichen Aufsichtsbehörden zunehmend schwieriger geworden. Diese für beide Seiten wenig erfreuliche Entwicklung hat sehr unterschiedliche Ursachen. Zum einen tun sich Aufsichtsbehörden schwer, neue Wege zur wettbewerblichen Differenzierung der Krankenkassen zu akzeptieren. Traditionelle Vorstellungen von der Außendarstellung und dem Innenleben eines Sozialversicherungsträgers geraten schnell in Konflikt mit den Ansprüchen an moderne, kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen.

Zum anderen bewirkt die unterschiedliche Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamts und der Länderaufsichten erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, die sich in der Regel zu Lasten bundesweit tätiger Krankenkassen auswirken. Speziell für mittlere und kleine Krankenkassen entwickeln sich Prüffrequenz, Prüfdichte und Prüfumfang zu einer wirtschaftlichen Belastung. Diese Entwicklung wird verschärft durch die zunehmende Konkurrenz der Versicherungsaufsicht mit der Kontrolle durch den Bundesrechnungshof.

Grundsätzlich ist die staatliche Überwachung auf eine Rechtsaufsicht begrenzt. Die Grenze zur Fachaufsicht, die das Bundessozialgericht näher konkretisiert hat, wird überschritten, wenn eine sogenannte Inhaltsbestimmung zur Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe erwogen wird. Im Regierungsentwurf ist dieses Instrument nach harscher öffentlicher Kritik derzeit nicht enthalten. Wenn die Politik diese Grenze überschreiten will, sollte sie keine begrifflichen Nebelkerzen zünden, sondern die Fachaufsicht einführen und hierfür auch die juristischen Konsequenzen einschließlich der Haftung ziehen.

Anlass zu gesetzlichen Aktivitäten

Interessenkonflikte, Führungsstreitigkeiten und Verschwendung öffentlicher Gelder bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben 2016 zu einem substanziellen Vertrauenslust der kassenärztlichen Selbstverwaltung nicht nur bei vielen Ärzten, sondern in Politik und Öffentlichkeit geführt. Ob allerdings die angekündigte gesetzliche Reaktion darauf zielführend ist, darf aus gutem Grund bezweifelt werden. Zum einen ist nicht nachvollziehbar, warum die angedachte Verschärfung der Aufsichtsmittel alle Selbstverwaltungsorganisationen auf Bundesebene trifft. Zum anderen ist – wie der Verfasser aus eigener Tätigkeit

leidvoll erfahren musste – die personelle und materielle Ausstattung des aufsichtsführenden Ministeriums nicht ausreichend, um eine wirkungsvolle Aufsicht über den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Gemeinsamen Bundesausschuss zu führen.

Gänzlich andere Fragen beschäftigen den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), der sich in den letzten zehn Jahren zum eigentlichen Machtzentrum der deutschen Gesundheitspolitik entwickelt hat. Dies hat Begehrlichkeiten der Politik in Bund und Ländern geweckt, so bei der Besetzung der unparteiischen Vorsitzenden, bei der Aufstellung und der Prioritätensetzung auf der Liste der zu bearbeitenden Themen und bei der Entscheidung von Streitfragen mitzubestimmen.

Noch grundsätzlicher wird politisch und verfassungsrechtlich die Frage aufgeworfen, ob die demokratische Legitimation des GBA ausreichend und die Beschränkung der Entscheidungsträger auf die Repräsentanten von Krankenkassen und von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern vertretbar sei. Zwar haben das Bundesverfassungsgericht und die Sozialgerichtsbarkeit bisher diese Fragen bejaht, aber es mehren sich Stimmen, auch aus dem obersten Gericht selbst, die Zweifel an der Besetzung und an der Beteiligung der von Entscheidungen Betroffenen im Verfahren artikulieren.

Auf der anderen Seite wird aber immer wieder deutlich, dass weder die Übertragung komplexer und detaillierter Aufgaben und Funktionen an die Legislative oder die Exekutive praktikabel und akzeptanzfördernd wäre noch viele dieser Entscheidungen dem Markt überlassen werden können.

III. Reformperspektiven

Auch wenn es nicht zu der großen Reform im Gesundheitswesen kommen wird und kann, bleibt es dem Gesetzgeber nicht erspart, das Verhältnis zwischen Regulierung, Selbstverwaltung und Wettbewerb neu zu ordnen. Wer Engagement und Verantwortung durch ehrenamtliche Selbstverwaltung will, darf diese nicht als Feigenblatt missbrauchen, sondern muss ihr substantielle Entscheidungsspielräume lassen bzw. wieder einräumen. Dazu zählen als Kernbereiche die Organisations-, Finanz- und Personalhoheit. Dazu müssen vor allem direkte Eingriffe des Staates und seiner (Aufsichts-)Behörden zurückgestutzt werden.

Die Grenzen der Rechtsaufsicht müssen strikter markiert und gegebenenfalls gesetzlich entsprechend der sozialgerichtlichen Rechtsprechung gezogen werden. Dass verfassungsrechtliche Argumente den Übergang von der Rechts- zur Fachaufsicht zumindest

bei der Normsetzung des GBA erzwingen, vermag den Verfasser bisher nicht zu überzeugen. Bund und Länder müssen in jedem Fall ihre Aufsichten so ausstatten, dass sie ihre Aufgaben wirksam erfüllen können.

Wer Selbstverwaltung mit wettbewerblichen Steuerungselementen koppelt, muss wettbewerbliche Rahmenbedingungen schaffen, die sich auf mehr als den Zusatzbeitragsatz und das Image fokussieren. Die wettbewerbliche Orientierung, die Spielräume bei der Ausgestaltung des Leistungsangebots, bei der Auswahl und Honorierung der Vertragspartner oder bei der Förderung von Innovationen erfordert, muss eingebettet werden in eine solidarische Wettbewerbsordnung.

Das Grundgesetz steht einer funktionalen Trennung der Kompetenzen des Bundesversicherungsamts (BVA) und der Landesaufsichtsbehörden nicht entgegen. So könnten bereits bestehende Überwachungsmöglichkeiten des BVA bei der Administrierung des Gesundheitsfonds und der Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu einer weiter gehenden Finanzaufsicht ausgeweitet und die Einbindung der Bundesländer in die Versorgungspolitik der Selbstverwaltung zu einer entsprechenden Aufsichtskompetenz ausgebaut werden. Sollten dagegen ernst zu nehmende verfassungsrechtliche Einwände durchschlagen, kann man auch an eine Änderung der einschlägigen Artikel des Grundgesetzes denken, wie man es schon einmal zugunsten länderübergreifender Regionalkassen getan hat.

Ein eigenes Kapitel ist die Reform der ärztlichen Selbstverwaltung – entsprechenden Reformbedarf scheint es in der zahnärztlichen Versorgung nicht zu geben. Dagegen rüttelt kaum jemand an den Grundfesten der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zwar wollen sonstige Leistungserbringer, Pharma- wie Geräteindustrie und weitere Akteure gleichberechtigt an der Entscheidungsfindung beteiligt werden, ohne direkte Verantwortung für die Systemsteuerung zu übernehmen. Dies dürfte ebenso kontraproduktiv sein wie die direkte Einmischung von Politik und Verwaltung in die Entscheidungsprozesse. Aus gutem Grund ist die Aufsicht auf eine Rechtsaufsicht beschränkt. Eine andere Frage ist die konkrete Ausgestaltung der Verfahrensbedingungen, wo sich Transparenz und Mitwirkung der Betroffenen immer noch verbessern lassen. Entsprechende Hinweise des Bundesverfassungsgerichts, die das System nicht aus den Angeln heben, sollten nicht überhört werden. Interessengeleitete Fundamentalkritik am Gemeinsamen Bundesausschuss scheint aber in Karlsruhe und erst recht in Berlin keinen Resonanzboden zu finden.

Fazit

Insgesamt sollte mit gezielteren Maßnahmen als den Kanonen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes eine bessere Steuerungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens anvisiert werden. Dabei sollten die politischen Ziele schärfer formuliert und nicht hinter Euphemismen wie Stärkung versteckt werden. Vor allem sollten die (wettbewerblichen) Handlungsspielräume der Selbstverwaltung erweitert und bürokratisches Eingreifen der Aufsicht vermindert werden. Die Veränderung ist aber nicht beschränkt auf gesetzgeberische Klarstellungen, sondern verlangt einen Mentalitätswandel bei allen Akteuren. **Selbstverwaltung 4.0 ist vorstellbar und machbar.**