

Tagung der Gesellschaft für sozialen Fortschritt zum Thema
Aufgabenwahrnehmung zwischen Partikularinteressen und Gemeinwohl

Vortrag

„Dialektik der ärztlichen Selbstverwaltung – Ärzteschaft zwischen Interessenpolitik und öffentlich-rechtlicher Aufgabenerfüllung“

Dr. Stephan Hofmeister

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die ärztliche Selbstverwaltung deutscher Prägung ist weltweit ziemlich einzigartig, wenn wir von ähnlichen Modellen in wenigen Nachbarländern einmal absehen. Wir finden in ihr ein Paradebeispiel für föderale Strukturen und Mitbestimmung – bzw. Selbstbestimmung – sowie für die Handlungsspielräume eines freien Berufes. In der ärztlichen Selbstverwaltung ist der Grundgedanke des Korporatismus in den Körperschaften öffentlichen Rechts manifestiert – und ebenso die verfassten Streitesskalations- wie Streitschlichtungsverfahren. All das ist in einen gesetzlichen Auftrag und in eine Rechtsaufsicht auf Landes- und Bundesebene eingebunden.

Das ist der große Rahmen. Wo aber steht der Arzt in diesem Gebilde?

Um das zu beantworten, beziehe ich mich im Folgenden vor allem auf Prof. Marcus Siebolds. Seine Thesen halte ich für einen besonders prägnanten Niederschlag dessen, was für den Arzt im korporatistischen System unserer Prägung entscheidend ist.

Nach Siebolds lässt sich die Rolle des Vertragsarztes in unserem System als eine Art gesellschaftlichen Scharniers beschreiben. An seine Person ist der Anspruch des Patienten gerichtet, eine individuelle und umfassende Behandlung zu erhalten. Gleichzeitig fordert die Gesellschaft von ihm einen rationalen Einsatz der Ressourcen des Gemeinwesens – also der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Profession des Vertragsarztes besteht daher darin, diese häufig gegenläufigen Erwartungen auszubalancieren und mit dem Patienten beständig neu auszuhandeln. *Be-*

ständig neu bedeutet, dass zwar Leitlinien und Systematiken zur Verfügung stehen, wie eine Behandlung medizinisch zu empfehlen sei, sie aber nicht jederzeit als Schema anwendbar sind. Ärztliche Behandlung, postuliert Siebolds, ist die ärztliche Kunst im Sinne eines sich stets erneuerndes und vertiefenden Erfahrungswissens – sowohl auf der medizinischen Ebene wie auch auf Systemebene der GKV. Die Maschine Watson kann das im Übrigen nicht.

In diesem Zusammenhang verbreitet sich in zunehmendem Maße ein Missverständnis, das vor allem durch die IT-Industrie befördert wird. Wenn wir sehen, wie diese sich den Gesundheitsmarkt erobert, verwundert das nicht. Und dieses Missverständnis lautet: Ein Patient ist ein Konsument und agiert wie ein Konsument, nämlich markt-rational.

Ein Patient ist aber ein Patient – und als solcher geprägt durch eine subjektive Betroffenheit. Siebolds nennt das: „ein Patient, der eine unbedingte Fürsorge für seine selbstattribuierten Erwartungen und Probleme einfordert“. Oder um es einfacher zu sagen: Bei einem Kranken dreht sich seine Welt um seine Krankheit. Er wird immer das maximal Mögliche wollen und auch nach dem letzten Strohalm greifen, der sich ihm vermeintlich bietet. Er wird auch irrationale Entscheidungen treffen, von denen wir Ärzte eher abraten würden. Aber er hat in unserer freien Gesellschaft selbstverständlich „das Recht auf individuelle Unvernunft“, das ihm das Grundgesetz garantiert.

Deshalb ist der Arzt eben kein Dienstleister für einen Patienten, dem er einen artikulierten Bedarf deckt. Er ist es nicht einmal außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung – also außerhalb von politisch vorgegebenen Budgetlimitierungen. Das Handeln des Arztes richtet sich immer nach der individuellen Besonderheit einer jeden Behandlungssituation, die sich nicht konfektionieren lässt.

Diesen Spagat auf arzt-individueller Ebene auszuhalten, ist unsere generelle Profession als Ärzte. Wie wirkt sich das aber auf unser Handeln als Vertragsärzte aus, die wir in ein sozialgesetzliches System eingebunden sind?

Das unbequeme Stichwort hierzu lautet WANZ. In unserer Gesellschaft sind wir zu der Übereinkunft gekommen, die individuellen Gesundheitsrisiken des Einzelnen durch eine solidarische finanzielle Absicherung zwar nicht aufzuheben, aber doch abzufedern. Das ist eine große Errungenschaft, die dazu beiträgt, dass jeder Mensch in diesem Land ein Leben in Würde führen kann. Wir lassen dem Einzelnen eine gewisse Verantwortung, aber wir lassen ihn dabei nicht allein. --- Zum Thema Verantwortung komme ich später noch einmal. ---

WANZ, also das Prinzip des SGB V, dass die medizinischen Leistungen *wirtschaftlich, ausreichend, notwendig* und *zweckmäßig* sein sollen, stellt den Rahmen für diese finanzielle Abfederung dar – Sie kennen das alle, ich brauche das nicht weiter auszuführen. In WANZ kristallisiert sich der Konflikt, wie viele Mittel die Gesellschaft bereit ist, für die Gesundheitsversorgung auszugeben. Denn das variiert je nach Finanzlage der Gesamtheit.

Der Vertragsarzt muss also stets berücksichtigen, ob seine Behandlung dem Prinzip der sparsamen Mittelverwendung folgt, ohne den Patienten damit zu gefährden und ohne ihm eine soziale Ungerechtigkeit zuzumuten. Dabei aber bleibt er Arzt mit seiner eigenen Behandlungserfahrung, seinem individuellen Fallverstehen und seinen Wertvorstellungen. Der Arzt ist also weder Staatsmediziner noch ein ausschließlich auf eigenen Gewinn orientierter freier Unternehmer.

An dieser Stelle möchte ich Prof. Siebolds wörtlich zitieren, weil er diesen Zusammenhang mit dem folgenden Satz bemerkenswert klar auf den Punkt bringt:

„Das Wesen des Handelns des Arztes und seine professionelle Rolle (...) stellen für die Steuerungsphantasien der Politik bezüglich Effizienz und Effektivitätssteigerungen im Gesundheitssystem deutliche Grenzen dar.“

Und doch gibt es diese Steuerung und wird sie auch gebraucht. Das führt mich zur nächsten Dimension des Vertragsarztseins, zum körperschaftlichen Modell der kassenärztlichen Vereinigungen.

Die KVen übernehmen auf institutioneller Ebene das, was ich eben für uns Ärzte als individuelle Herausforderung beschrieben habe: Sie bringen die verschiedenen Er-

wartungshaltungen der Gesellschaft in gegenseitige Befriedigung. Wie sehen die Erwartungen aus? Ganz klar: Das System muss finanzierbar bleiben, es muss flächendeckend funktionieren, sozial ausgewogen und ressourcengerecht sein. Und die KVen müssen dafür sorgen, dass es genügend Menschen gibt, die überhaupt in diesem System als Ärzte tätig werden wollen.

Oder, anders formuliert: „KVen stellen den organisational konstituierten Entscheidungsraum der freien Praxis sicher.“ In diesem Entscheidungsraum findet die Kopplung statt: der gesellschaftlichen, im SGB V manifestierten Erwartungen mit den Erwartungen der Ärzte im Sinne eines freien Berufs – und damit auch die Kopplung mit den Erwartungen der Patienten.

Innerhalb dieser Kopplung ist auch das Sachleistungsprinzip verortet, mit dem der Vertragsarzt durch die KV die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen erhält. Es ist eben keine staatliche Alimentation und auch kein freier Unternehmerlohn, sondern es sind finanzielle Mittel, mit denen die Selbstverwaltung den Arzt in seiner Praxis für seinen täglichen Spagat des Interessensausgleiches und die daraus entstehenden Aufwände entschädigt. Dadurch erst wird die Allparteilichkeit des Vertragsarztes realisiert.

Der Überbegriff, der in diesem System eine besondere Rolle spielt, ist denn auch die Selbstverwaltung. Auch hier möchte ich noch einmal Marcus Siebolds zitieren. Für ihn ist die Selbstverwaltung der entscheidende Faktor, der die KVen legitimiert, in der Auseinandersetzung mit der Politik „im Sinne einer professionellen – also ärztlichen – (Anm. d. Verf.) Opposition Stellung zu beziehen und zwischen Politik und Bürger eine Vermittlerrolle einzunehmen.“

Soweit die Theorie der ärztlichen Selbstverwaltung und damit der Gesundheitsversorgung im ambulanten System. Doch wie entwickelt sich das System in der Realität?

Vertragsärzte sind unbequem. Sie sind eigensinnig, reden nicht nach dem Mund, denken selber. Sie sind Angehörige eines freien Berufes und vertreten das auch selbstbewusst. Sie sind keine Befehlsempfänger – weder der Krankenkassen noch

der Politik. Mir scheint, genau diese Qualitäten sind es, die in Teilen der Politik immer weniger erwünscht sind.

Wir erleben, wie der Gesetzgeber seit Jahren den Gestaltungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung zu begrenzen sucht. Die jüngsten Beispiele kennen Sie alle: die wahnwitzige Idee, an allen Kliniken Portalpraxen einzurichten. Die verpflichtende Einführung von Terminservicestellen, die eine angebliche Terminnot lindern sollen. Der unauflöslche systemische Widerspruch von selbständigen Vertragsärzten und angestellten Ärzte in den Selbstverwaltungsgremien, der Vorschlag die „Sprechzeiten“, was auch immer damit gemeint ist, auf 25 Stunden per Gesetz auszudehnen oder die Forderungen nach „kleinräumige Bedarfsplanung“. Schon der Begriff atmet Sozialismus und Planwirtschaft und steht der Konstruktion korporatistischer und selbstverwalteter Systeme diametral gegenüber. Ich könnte die Eingriffe in die Selbstverwaltung noch weiter so fortführen.

Was ist der Grund für so viel Gesetzeseifer? Erfüllen die Vertragsärzte ihre Aufgaben nicht mehr? Ist die Sicherstellung der Versorgung gefährdet? Erhalten die Patienten keine hochwertige Behandlung? Darauf antworte ich mit allem Selbstbewusstsein: Das Gegenteil ist der Fall. Das deutsche ambulante Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt – und bei weitem nicht das kostspieligste. Woran im Übrigen die Budgetierung ihren Anteil hat, die auf dem Rücken von uns Vertragsärzten ausgetragen wird.

Was ist dann aber der Grund dafür, dass die ärztliche Selbstverwaltung in Teilen der Politik in Misskredit geraten zu sein scheint? Liegt es an Skandalen in der KV-Welt, von denen – ich gebe es unumwunden zu – auch mein Haus nicht verschont wurde? Nun, individuelle Fehler gibt es überall, die müssen behoben werden. Entscheidend ist, dass es Selbstreinigungskräfte gibt.

Oder wirft man uns den prognostizierten Ärztemangel vor? Oder die angebliche Ungleichverteilung der Ärzte? Ich denke, die Versorgung ist zu komplex, als dass man darauf einfache Antworten geben könne, man sollte diese Sachthemen mit kühlem Kopf behandeln. Werden sie in der Politik aber häufig nicht.

Mein Verdacht ist, der Grund für das Misstrauen ist der folgende: Man glaubt, es besser machen zu können. Manch einer glaubt tatsächlich, man könne ohne die freien Arztpraxen und ohne das KV-System, sondern mit staatlichen Vorgaben eine bessere Versorgung gestalten, als wir sie im Hier und Heute haben. Siebolds verortet den Vertragsarzt in das Spannungsfeld von verbeamteten Staatsmediziner und dem an ökonomischem Kalkül orientierten Arzt-Unternehmer. Wohin bewegen wir uns also, wenn es der Vertragsarzt und seine Selbstverwaltung nicht mehr sein sollen?

Eine Idee mag vielleicht die Aussage eines Staatssekretärs des BMG geben, die ich neulich auf einer Veranstaltung zu hören bekam: Man plane für weitere Gesetzesvorhaben mit klaren, kurzen Fristen, um bei Nichteinhaltung mit Ersatzvornahmen direkt in die ärztliche oder gemeinsame Selbstverwaltung einzugreifen. Das offenbart ein Staatsverständnis, das mit dem freiberuflichen Arzt als dem Scharnier zwischen Patienteninteressen und Gemeinwohlinteressen nichts mehr zu tun hat. Und wenn im aktuellen Koalitionsvertrag von der Politik beschlossen wird, die ärztliche Sprechstundenzeit in den Praxen per Gesetz heraufzusetzen, dann zeigt dieser Eingriff in den Bundesmantelvertrag von Ärzten und Krankenkassen, wie wenig mancher auch von der Gemeinsamen Selbstverwaltung und ihrer Instrumente hält.

Wenn diese Entwicklung so weitergeht, dürfte von der Dialektik, auf die mein Vortragstitel verweist, nicht mehr viel zu spüren sein: „Ärztenschaft zwischen Interessenpolitik und öffentlich-rechtlicher Aufgabenerfüllung“. Da ginge es nur noch darum, direktive Aufgaben abzuarbeiten. Das Fundament der ärztlichen Profession in einem SGB V-gestützten System geriete vollkommen aus den Fugen. Im schlechtesten Fall hätte das zu Konsequenz, dass sich der Nachwuchs abwendete und das System zum Kollabieren gebracht würde, weil sich niemand mehr für eine Niederlassung findet.

Womit wir bei den angestellten Ärzten sind. Ja, es gibt eine Tendenz, dass die Zahl der wirtschaftlich selbständigen Vertragsärzte in eigener Praxis kleiner wird. Anstellungsverhältnisse im ambulanten Bereich lassen vermeintlich mehr Flexibilität bei der Familienplanung zu: Gefühlt ermöglichen sie ein Arbeiten unter vorhersehbaren Bedingungen. In Realität ist jedoch heute auch und insbesondere die selbständige Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft eine hervorragende und wahrscheinlich so-

gar die beste und in der persönlichen Gestaltung und Entfaltung freieste Form der Arbeit. Das müssen wir in Zukunft wieder viel deutlicher kommunizieren!

Für das Funktionieren einer Selbstverwaltung sind angestellte Vertragsärzte aber eigentlich ein Widerspruch, denn die Selbstverwaltung lebt in besonderem Maße vom wirtschaftlich selbständigen Arzt in eigener Praxis. Ich beziehe mich noch einmal auf Siebolds. Der analysiert, dass die Bürde ärztlichen Handelns darin besteht, die Individualisierung gesellschaftlicher Kollektivrisiken in der Vertragsarztpraxis zu übernehmen. Erst die Übernahme dieser Bürde legitimiert die Sonderrechte der Ärzte im Rahmen der Selbstverwaltung. Insofern sind angestellte Ärzte im KV-System zwar immer willkommen, dürfen aber eben nur einen Teil der Vertragsärzte ausmachen, da sonst das System obsolet wird. Konsequenz zu Ende gedacht sind Systeme, die ausschließlich angestellte Ärzte vertreten, Gewerkschaften für Ärzte. Ein völlig anderes System. Hierbei entfielen die fragile oben beschriebene Konstruktion des Ausgleiches. Arbeitnehmervertretungen vertreten Arbeitnehmerinteressen und keine gesamtgesellschaftlichen. Ich komme noch einmal darauf, was das bedeuten könnte.

Es gibt parallel dazu eine Entwicklung, die aber noch viel fragwürdiger ist. Ich sprach es vorhin kurz an: die Selbstverantwortung des Patienten. Die fortschreitende Verschiebung weg von der Selbstverwaltung hin zu einem dirigistischen System findet ihre Entsprechung in der Ausweitung des Bedienens kurzfristiger Patienteninteressen. Wir erleben das in der Diskussion um die Notfallversorgung, wo die Politik den Sofort-und-Alles-Anspruch eines konsumistischen Komfortdenkens mancher in der Bevölkerung unterstützt oder wenigstens nicht hinterfragt.

Was der Bürger wünscht, ist offenbar Gesetz bzw. gesetzt. Ob das vertretbar ist oder nicht. Abends elf Uhr den Rückenschmerz abklären lassen, den man schon seit Wochen hat – völlig ok. Dafür die komplette Diagnostikkette abrufen – auch völlig ok. Eine Woche später eine Doppeluntersuchung – auch völlig ok. So sieht die Realität heute aus und noch immer ist der Begriff Patientensteuerung tabuisiert. Wie kann aber ein Arzt die Balance noch halten, die ich eingangs beschrieben habe? Wenn die ressourcengerechte Versorgung einzig auf dem Rücken der Vertragsärzte abgeladen wird? Dann gerät das System ins Wanken.

Realistisch betrachtet, wird es angesichts der geforderten Work-Life Balance der aktuellen Generationen, der Geschlechterverteilung bei Ärztinnen und Ärzten, der Alterskurve bei den aktuell tätigen Ärztinnen und Ärzten und der demografischen Entwicklung der Bevölkerung eine immer größer werdende Lücke zwischen den erforderlichen Arztzahlen und den vorhandenen geben (und das europaweit!). Man erkennt unschwer, dass sich die Generation der jüngeren Ärztinnen und Ärzte deshalb keinerlei Kujonierung gefallen lassen muss und wird!

Sollte die Ärzteschaft aus der Selbstverwaltung und damit aus der dazu wie oben ausgeführt zwingend gehörigen Verantwortung gedrängt und in eine „Arbeitnehmerposition“ überführt werden, würde sich jede gewerkschaftliche Vertretung dieser Berufsgruppe leicht tun, ihre Interessen durchzusetzen. Man denke nur an die Ärztestreiks vergangener Tage in den Kliniken!

Das System der Selbstverwaltung wirkt auch hier gesamtgesellschaftlich ausgleichend. Ich warne davor, die Grundfesten der Selbstverwaltung weiter zu erschüttern!

Ganz nebenbei: Eine substantielle Anpassung der Studienzahlen an diese Realität ist ein überfälliger Schritt und eine gesamtgesellschaftliche Pflicht! Dieses Thema weiter auf die lange Bank zu schieben bzw. durch Fensterreden ohne zählbare Konsequenzen zu vertändeln, ist vollkommen unverantwortlich!

Doch ich möchte meinen Vortrag nicht mit düsteren Prophezeiungen schließen. Denn die ärztliche Selbstverwaltung lebt ja! Und sie hat mit dem Konzept KBV 2020 Ideen auf den Tisch gelegt, wie die exzellente ambulante Versorgung auch in Zukunft gesichert werden kann. Wir haben Vorstellungen, wie wir die angestellten Kollegen einbinden, wie wir die Zusammenarbeit mit den Kliniken verbessern und die Notfallversorgung effizienter machen können. Und wie wir die Patienten, ohne sie zu entmündigen, stärker in die Verantwortung nehmen können. Für all das braucht es starke KVen und eine starke KBV. Sie sind es eben, um ein letztes Mal Marcus Siebolds zu zitieren, die die „strukturelle Koppelung von Gesellschaft, Vertragsärzteschaft und Patienten gelingen lässt.“ Man muss uns nur lassen.