



3 • 2019

ANGRIFF AUF DIE SELBSTVERWALTUNG



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Angriff auf die Selbstverwaltung



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 8** **Kontinuierliche Angriffe auf die Selbstverwaltung**
Uwe Klemens
Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V.



- 12** **Selbstverwaltung ist mühsam, aber schützenswert**
Hans-Jürgen Müller Vorstandsvorsitzender des IKK e.V.,
Vorsitzender des Verwaltungsrats der IKK gesund plus,
Gewerkschaftssekretär der IG BAU

- 15** **Statement**
Hans Peter Wollseifer Präsident Zentralverband des Deutschen Handwerks
und Vorstandsvorsitzender IKK e.V.



- 16** **Medizinischer Dienst und Selbstverwaltung**
Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes



- 21** **Die Perspektive vom BMG-Schreibtisch aus ist nicht repräsentativ**
Franz Knieps
Vorstand BKK Dachverband e.V.



- 31** **Das Ende der Selbstverwaltung**
Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB
Obmann des Ausschusses für Gesundheit, FDP

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Gegen Staatsmedizin“ lautete einst der Schlachtruf der gesundheitspolitischen Akteure, mit dem sie gegen Ulla Schmidt zu Felde zogen. Der Sachverhalt ist heute aber deutlich komplizierter. In dem Maße, in dem in den „Nuller“-Jahren gesundheitspolitische Kompetenzen zentralisiert (aber noch keineswegs in die Hoheit des Ministeriums überführt) wurden, eröffnete die Politik den einzelnen Versorgungsakteuren neue Handlungsspielräume durch einen individualisierten Vertragswettbewerb.

Auch wenn diese Handlungsspielräume – mit Ausnahme Baden-Württemberg – kaum genutzt wurden, sie waren vorhanden. Schon mit dieser Doppelstrategie – Zentralisierung der Kollektiventscheidungen bei gleichzeitig wettbewerblicher Freiheit – ging eine wohl auch beabsichtigte Schwächung und auch ständig virale Drohung gegenüber der Selbstverwaltung einher.

Ideologisch paradox wurde die Situation aber vor allem dadurch, dass seit inzwischen mehr als zwei Legislaturperioden (paradoxe Weise ziemlich genau mit Übernahme des BMG durch die Freien Demokraten) wettbewerbliche Suchprozesse zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems – allen anders lautenden Lippenbekenntnissen zum Trotz – kontinuierlich zurückgedrängt wurden. Jetzt sieht sich die Politik in einem grundsätzlichen Dilemma, weil der Bedarf einer dynamischen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems unbestritten und dringlich ist.

Aber wer soll Tempo in den Prozess bringen, wenn nicht mehr der Wettbewerb die Entscheidungsträger der Selbstverwaltung vor sich her treibt?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat sich in dieser Frage offensichtlich entschieden. Er selbst und sein Ministerium wollen zunehmend Aufgaben der Selbstverwaltung in eigener Verantwortung übernehmen und damit gesundheitspolitische Erneuerungsprozesse aus dem eigenen Haus initiieren und steuern. Diese Absicht zieht sich mehr oder minder klandestin durch nahezu alle Gesetzesvorlagen, die das BMG unter der Führung Jens Spahns als Referenten- oder Kabinettsentwürfe verlassen.

Dass Spahn hier grundsätzlich Veränderungen herbeiführen will, belegt ein Blick auf die Erstattungsfähigkeit der Liposuktion, die nach Vorstellung des Ministers mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Gesetzeskraft erlangen sollte. Intention des Ministers war nämlich nicht, den Einzelfall zu regeln (dies hätte über einer Ersatzvornahme nach §135 SGB V längst geschehen können), es ging ihm offensichtlich vielmehr um die grundsätzliche Entscheidungshoheit im Bereich der durch die GKV erstattungsfähigen und erstattungspflichtigen Leistungen und die Erstattung von Innovationen. Anders ist sein Vorgehen nicht zu erklären.

Dass der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Josef Hecken, in diesem Zusammenhang von einem „Rückfall ins Mittelalter“ sprach, ist angesichts der Tragweite einer solchen „Entscheidung nach Gutsherren- bzw. Ministerart“ ohne Evidenzbasierung nicht erstaunlich. Ein ausgeklügeltes und austariertes Bewertungssystem medizinischer Leistungen und deren Finanzierung durch die Solidargemeinschaft wäre mit einem Federstrich beiseite gewischt und durch ministerielle Bauch- und „Wählerwillen-Evidenz“ ersetzt worden.

Das ist der Kern der letztlich vom Bundestag vereitelten Regelung, denn im Einzelfall kann sich das Ministerium – wie gesagt – bereits heute über den § 135 SGB V wirkungsvoll in stockende Innovationsprozesse einschalten. Dieser Einzelfall schien aber für den Minister allenfalls wegen seines populistischen Potentials interessant, das eigentliche Thema war ein anderes.

Doch geht es nicht nur der gemeinsamen Selbstverwaltung in Form des Gemeinsamen Bundesausschuss und seiner Richtlinien an den Kragen. Auch die GBA-Bänke selbst und ihre Systemausgestaltung in Bundesmantelverträgen sind dem Hause Spahn offensichtlich ein Dorn im Auge. Ausgehebelt wurde dieses Instrument beispielsweise mit der ministeriellen Erhöhung der wöchentlichen GKV-Sprechstunden für Vertragsärzte. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und KBV wurde damit zur Makulatur. Dabei hat sich die Ausgestaltung des Systems über Bundesmantelverträge in ihrer Austarierung der Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringern im Prinzip bewährt und den politischen Entscheidungsträgern die Arbeit eher erleichtert als erschwert. Vereinbarungen zulasten Dritter (beispielsweise der Patienten) sind zwar denkbar, doch auch hier hätte das Ministerium alle Mittel in der Hand, um in konkreten Einzelfällen einzuschreiten.

Man muss kein bedingungsloser Freund der Selbstverwaltung sein – wir könnten mühelos zahlreiche eigene Zitate anführen, in denen wir uns ausgesprochen kritisch zur gemeinsamen Selbstverwaltung geäußert haben –, um zu konstatieren, dass die Spahn-Linie nicht der richtige Weg ist.

Die Entscheidung im GBA mögen lange, manchmal auch zu lange brauchen, aber es gibt zu einer rational und fundiert hergeleiteten Entscheidungsfindung auf Grundlage der Evidenzbasierten Medizin keine Alternative, keine Alternative zu rechtsicheren Entscheidungen. Nebenbei bemerkt hat der Gesetzgeber die Verfahren auch selbst vorgeschrieben. Dies alles bedarf – wie das Beispiel anderer europäischer Länder zeigt – nicht unbedingt notwendig eines selbstverwalteten Systems, aber nirgendwo ist in der aktuellen bundesdeutschen Gesundheitspolitik der Wille zu erkennen, den für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung notwendigen Apparat in eigener politischer Verantwortung aufzubauen und zu betreiben. Auch beim Minister nicht. Ohne einen solchen Apparat, werden sich aber in Zukunft Entscheidungen am Wählerwillen orientieren und sich damit sukzessive sowohl von einer medizinischen als auch von einer gesundheitsökonomischen Rationale entfernen. Allerdings wäre es denkbar, den GBA zu einer Art Bundesanstalt als dem BMG nachgeordnete Behörde umzugestalten – und dann sind wir wieder bei der Staatsmedizin. Ist das der Wille Jens Spahns? Und wie steht er dazu, wenn das Ministerium in späteren Legislaturperioden vielleicht in andere Hände fällt?

Mindestens ebenso ernst sind aber auch die Angriffe, die der Minister in einer Reihe von Gesetzen und Gesetzespassagen gegen die soziale Selbstverwaltung fährt. Auch hier gilt: Manches ist aus dem Ruder gelaufen, und nicht immer haben die Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in den Verwaltungsräten der Kassen, Kassenverbände und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausschließlich das Ziel einer effizienten und effektiven Patientenversorgung im Fokus.

Aber in einer systematischen Marginalisierung dieser wichtigen Gestaltungsebene kann nicht die Lösung für eventuelle Mängel liegen.

Zum einen muss die paritätische Ausgestaltung der deutschen Sozial- und zum Teil auch der deutschen Wirtschaftspolitik (Stichwort Tarifpartnerschaft) als durchaus konstitutiv für den weltweiten Erfolg der „Deutschland AG“ angesehen werden. Dies ist vielleicht ein großes Rad, aber weder die stabilisierende Funktion eines seit beinahe 150 Jahren ausbalancierten Modells der Interessenfindung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern sollte leichtfertig über Bord geworfen werden, noch die damit einhergehende demokratische Teilhabe. – Auch wenn „New Economy“ und lebenslange Freelancer-Biographien für Digital Natives hippere Modelle sein mögen als die penible und austarierende Berücksichtigung einer Selbstverwaltung bei gesellschaftspolitisch relevanten Entscheidungen.

Neben diesen eher grundlegenden und mahnenden Aspekten aus historischer und sozialpolitischer Perspektive gibt es jedoch noch weitere handfeste Gründe, einem allzu beherzten Zugriff der Politik auf die Gremien der sozialen Selbstverwaltung mehr als skeptisch gegenüber zu stehen: Krankenkassengelder sind keine Steuergelder, der Staat hat also im Kern gar keine Verfügungsgewalt über deren Verteilung und die verteilenden Institutionen – allenfalls über die indirekte Konstruktion der Krankenkassen als einer Anstalt öffentlichen Rechts.

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Blick auf den BMG-Etat für das Jahr 2019. Dort nämlich stehen nur etwa als 15,3 Mrd. Euro auf der Haben-Seite. Von dieser

Summe entfallen allein 14,5 Mrd. Euro als „durchlaufender Posten“ für versicherungsfremde Leistungen aus dem Finanzministerium zur Weiterleitung an den Gesundheitsfonds. Der Fonds selbst aber mit seinen ca. 220 Mrd. Euro im Jahr 2019 ist etwas völlig anderes. Deutlich wird mit dieser Aufstellung, dass für Eingriffe des BMG in die Belange der Selbstverwaltung nicht das Ministerium, sprich der Steuerzahler die Zeche zahlt, sondern dass hier mit Geldern der Versicherten und Arbeitgebern gewirtschaftet bzw. Politik gemacht wird.

Jens Spahn mag zugute kommen, dass ein Großteil der Bevölkerung tatsächlich glaubt, wir hätten ein staatliches Gesundheitssystem, und deswegen an den ministeriellen Einmischungen keinen Anstoß nimmt, sie zum Teil sogar begrüßt. Aber die organisatorische und eben auch finanzielle Wahrheit sieht anders aus.

Der Gesundheitsminister ist ein König ohne Land, den auch der exekutive Zugriff auf das SGB V nicht zum gesundheitspolitischen Großgrundbesitzer macht. Ordnungspolitisch sind also die Eingriffe Jens Spahns in die Selbstverwaltungssystematik des deutschen Gesundheitssystems höchst fragwürdig, und skeptische Hinweise auf die Rechtssicherheit dieses Vorgehens häufen sich – übrigens auch im vorliegenden Heft.

In Summe muss man sich fragen, was der Minister mit seinen fortgesetzten Angriffen auf die gemeinsame und auf die soziale Selbstverwaltung bezweckt? Will er sich als entschlossener Macher darstellen, der Dinge mutig gegen alle Widerstände in die Hand nimmt, um die Bevölkerung (oder das Wahlvolk) wieder einer geordneten Versorgung zuzuführen? Dann müsste er sich fragen lassen,

wie sehr er das Bild einer eher linken und wettbewerbskritischen Gesundheitspolitik vertritt? Anders gefragt: Hat der amtierende Minister berücksichtigt, mit welcher Macht er einen Nachfolger, eine Nachfolgerin ausstattet, der oder die möglicherweise eine völlig andere Politik vertritt?

Das vorliegende Heft des iX-Forum ist nicht ausgewogen. Es geht mit seinen Autoren davon aus, dass die Selbstverwaltung im deutschen Krankenversicherungssystem kein Selbstzweck ist, sondern sich im Kern bewährt hat. Das heißt nicht, dass sich nicht auch das System der Selbstverwaltung immer wieder einer kritischen Betrachtung

und Erneuerung stellen muss (was – zugeben – in letzter Zeit vielleicht nicht im ausreichenden Maße geschehen ist). Aber das Prinzip „Selbstverwaltung“, so wie es konstitutiv für den deutschen Sozialstaat und auch für die Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystem ist, sollte nicht für flotte Wahlerfolge leichtfertig aufs Spiel gesetzt oder gar gefährdet werden. Dafür liefern die in diesem Heft gesammelten Beiträge Anregungen und Argumente. Wenn im Sinn einer Erneuerung und Modernisierung über Selbstverwaltung neu nachgedacht würde – und zwar auch von den Selbstverwaltern selbst – wären eine Reihe der Vorstellungen unserer Autoren vielleicht schon Realität.

*Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre
ein kreativ-kritisches Vergnügen!*



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Kontinuierliche Angriffe auf die Selbstverwaltung

Uwe Klemens,
Verbandsvorsitzender des
Verbandes der Ersatzkassen e. V.



In politischen Sonntagsreden oder wichtigen Grundlagenpapieren beteuert die Politik seit Jahren die Bedeutung der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu Recht wird dann über die Selbstverwaltung gesagt, sie übernehme wichtige Steuerungsaufgaben und trage durch ihr Handeln wesentlich zur Stabilität der sozialen Sicherungssysteme bei. Insbesondere die gewählte Soziale Selbstverwaltung handelt im Interesse der Betroffenen und ist ein unabhängiger Ansprechpartner für die Versicherten. Nicht zuletzt hat sich die aktuelle Regierungskoalition vorgenommen, die Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen zu reformieren.

Werden die politisch Verantwortlichen aber an ihren Taten gemessen und nicht an ihren Worten, dann zeigt sich ein ganz anderes Bild. Schon im Verlauf der vergangenen Legislaturperiode des Bundestages zeichnete sich dieser Trend ab. Im März 2017 trat das sogenannte GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz in Kraft. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe reagierte damit auf Fehlentwicklungen innerhalb der Selbstverwaltung der Kassenärzte.

Leider nahm er auch gleich den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und weitere Bundesverbände mit in Sippenhaft, die dafür keinen Anlass geboten hatten. Der Gesetzgeber baute die Aufsichtsrechte des Bundes über diese Verbände aus und führte neue Kontroll- und Weisungsrechte zulasten der Selbstverwaltung ein. Darüber hinaus schuf er die neue Institution eines Entsandten für besondere Angelegenheiten, der bei Fehlverhalten eines Bundesverbandes eingesetzt werden kann. Schon hier war keine Spur geblieben von den hehren Zielen des Koalitionsvertrages von Oktober 2013. Union und SPD hatten vereinbart, die Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen zu modernisieren. Nicht zuletzt sollten Online-Wahlen eingeführt werden. Nichts davon ist geschehen.

Auch der neue Koalitionsvertrag vom Februar 2018 setzt die richtigen Ziele, allerdings textlich etwas kurz gefasst: „Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und gemeinsam mit den Sozialpartnern die Sozialwahlen modernisieren.“ Der neue Bundesgesundheitsminister hat mit viel Geschwindigkeit eine ganze Reihe von Gesetzgebungsverfahren auf den Weg gebracht. Aber nicht die Stärkung, sondern eine Schwächung der Selbstverwaltung ist in den Vorhaben deutlich erkennbar. Die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung werden nicht mehr nur schrittweise ausgehöhlt, sondern die gewählte Soziale Selbstverwaltung wird mit einem Federstrich abgeschafft.

Die gemeinsame Selbstverwaltung der Kostenträger und Leistungserbringer wird stärker an Vorgaben des Bundesgesundheitsministeriums gebunden. Das Ziel ist klar: Der Bundesgesundheitsminister will selbst stärker in die Entscheidungsprozesse eingreifen.

Mit dem Ende März 2019 vorgelegten sogenannten Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) soll der Pflichtverband für alle Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, von der gewählten Sozialen Selbstverwaltung gelöst werden. Geht es nach den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministers, wird der Verwaltungsrat, bisher das zentrale Gremium der Kassenselbstverwaltung auf Bundesebene, zukünftig durch hauptamtliche Vorstände der Kassen besetzt.

Diese Vorschläge schalten die Systemperspektive aus, die von den unabhängigen Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber bisher eingebracht wurde. Die gewählten Ehrenamtlichen haben bei ihrer Entscheidungsfindung insbesondere die systemischen Auswirkungen für die Versicherten und Beitragszahler im Blick. Sie sind unabhängig von den politischen Weisungsstrukturen und tragen damit im besonderen Maße dazu bei, die notwendige ordnungspolitische, systemtragende und qualitätsorientierte Perspektive in der Gesundheitsversorgung zu sichern.

In Mitleidenschaft gezogen wird auch die Funktion und Legitimation des GKV-Spitzenverbandes als untergesetzlicher Normgeber. Der GKV-Spitzenverband hat Entscheidungsbefugnisse mit verbindlicher Wirkung für Patienten, Versicherte, Arbeitgeber und Leistungserbringer. Bisher wurden diese Entscheidungen durch die in Sozialwahlen gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber legitimiert. Die Vorschläge des GKV-FKG durchbrechen nun diese Legitimationskette.

Schlussendlich geht es darum, der Grundidee der Selbstverwaltung treu zu bleiben: Wer die Versorgung finanziert soll auch über die Verwendung der Mittel mitentscheiden. Dieses Argument der stärkeren Beteiligung war auch ein wichtiger Antrieb für die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit Januar 2019 zahlen Versicherte und Arbeitgeber wieder gleich große Anteile für die Versorgung. Ihren Vertretern nun die Entscheidungsrechte zu entziehen, würde diesen richtigen Schritt konterkarieren.

Für die Ersatzkassen ist daher klar: Die Entscheidungen des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes müssen auch in Zukunft durch die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen bestimmt werden. Wer diesen Grundsatz verändert, schwächt nicht nur die sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeit und die Mitbestimmung. Das ganze soziale Gleichgewicht der Gesellschaft steht auf dem Spiel.

Trotz aller Kritik setzt der Bundesgesundheitsminister seinen Weg fort. Seit Anfang Mai liegt der Vorschlag für ein MDK-Reformgesetz vor, der in etwas angepasster Form Anfang Juli durch das Bundeskabinett beschlossen wurde. Der Medizinische Dienst, der bisher ein Dienst der Krankenkassen war, soll von den Kassen abgekoppelt werden. Die Krankenkassen dürfen zukünftig zur Vertretung ihrer Interessen nur noch Mitglieder in den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes entsenden, die weder der gewählten Sozialen Selbstverwaltung angehören noch bei den Krankenkassen beschäftigt sind. Das schwächt die demokratische Legitimation des Medizinischen Dienstes, dessen Verwaltungsräte bisher mehrheitlich durch die in Sozialwahlen gewählten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter aus den Kassen-Verwaltungsräten besetzt werden.

Gut ist, dass es im Vergleich zum Referentenentwurf im Kabinettsentwurf bereits zu ersten Nachbesserungen

gekommen ist. So sollen Kassenvertreter nun auch zukünftig mit 16 von 23 Stimmen in den Verwaltungsräten eine Mehrheit erhalten. Zunächst waren deutlich weniger Kassenrepräsentanten vorgesehen gewesen. Sie wären in eine Minderheitsposition gebracht worden. Die weiteren Plätze werden durch fünf Vertreter der Patienten mit Stimmrecht und zwei Vertreter der Leistungserbringer ohne Stimmrecht besetzt. Diese nun vorliegenden Änderungen sind absolut notwendig, denn die Krankenkassen tragen nach wie vor die volle Finanzierungsverantwortung für den Medizinischen Dienst. Der Gesetzgeber muss nun auch den noch fehlenden Schritt gehen: Die gewählte Selbstverwaltung aus den Kassen-Verwaltungsräten muss auch zukünftig die Geschicke dieser wichtigen Institution verantwortlich leiten.

Auch bei der gemeinsamen Selbstverwaltung verfolgt der Gesundheitsminister seinen Weg zur Ausschaltung der Selbstverwaltung weiter. Im März 2019 hat der Deutsche Bundestag das Terminservice- und Versorgungsgesetz verabschiedet. Es bringt massive Eingriffe bei der gematik. Hier wird das Bundesministerium für Gesundheit Mehrheitsgesellschafter und damit hauptverantwortlich für den weiteren Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen. Die Finanzierungslast verbleibt allerdings vollständig bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dieses Bild wird komplettiert durch die Vorschläge, auch die Handlungsspielräume des Gemeinsamen Bundesausschusses einzuengen und die wissenschaftlichen, evidenzbasierten Grundlagen seiner Entscheidungsfindung zu beeinflussen. Diese Regelungen sind Teil des Implantateregister-Errichtungsgesetzes, das Anfang April vom Bundeskabinett beschlossen wurde.

Das Bundesgesundheitsministerium erhält neue Kompetenzen in der Methodenbewertung, die bisher fachlich durch die Selbstverwaltungspartner verantwortet wurden. Die Eingriffs-, Kontroll- und Beanstandungsrechte des

Ministeriums werden ausgebaut mit dem klaren Ziel, sie zu einer Fachaufsicht weiterzuentwickeln.

Das über Jahrzehnte bewährte System der Beteiligung der Selbstverwaltungspartner an der Ausgestaltung des Leistungskataloges würde hier durchbrochen. Das haben nun auch wichtige Gesundheitspolitiker der Unionsfraktion im Deutschen Bundestag erkannt. In ihren Kompromissvorschlägen sprechen sie sich gegen eine Fachaufsicht durch das Ministerium aus und die internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin sollen nicht in Frage gestellt werden. Nun bleibt abzuwarten, ob der Bundesgesundheitsminister diese klarstellenden Vorschläge der Parlamentarier aufgreift und das Gesetz entsprechend nachbessert.

Der Parforceritt zur Schwächung der Selbstverwaltung und zur Beseitigung von demokratischen Mitbestimmungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung muss aufhören. Die Selbstverwaltung stellt den Interessenausgleich der Beteiligten sicher. Sie sorgt für praxisorientierte Lösungen, legitimiert durch gewählte Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenen. Nicht zuletzt garantiert sie, dass diejenigen, die die Versorgung finanzieren, also Versicherte und Arbeitgeber, über die Verwendung ihrer Mittel mitbestimmen. Entscheidungen der Selbstverwaltung fußen auf gesetzlichen Grundlagen und können auch in dem bisher bestehenden System durch die Aufsicht und das Bundesgesundheitsministerium korrigiert werden. Angesichts der aktuellen Herausforderungen ist daher eine konsequente Stärkung der Selbstverwaltung das Gebot der Stunde.

Der erste Schritt dazu ist eine wirkliche Reform der Sozialen Selbstverwaltung. Die Handlungsspielräume der gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sollten gestärkt und ausgebaut werden. Eine Reform muss die Attraktivität des ehrenamtlichen Engagements stärken, die Transparenz der Selbstverwaltungsarbeit für die Versicherten verbessern und zu

einer weiteren Professionalisierung im Ehrenamt beitragen. Nicht zuletzt müssen die Sozialwahlen modernisiert und Online-Wahlen möglich gemacht werden. Die Vorschläge der Ersatzkassen für eine konsequente Stärkung der Selbstverwaltung liegen auf dem Tisch. Wir werden uns weiter dafür einsetzen, diesen Weg der Beteiligung der Betroffenen und des sozialen Ausgleichs im Interesse unserer Versicherten fortzusetzen.

Selbstverwaltung ist mühsam, aber schützenswert

Hans-Jürgen Müller,
Vorstandsvorsitzender des IKK e.V.



Es war schon eine absurde Situation, als Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Sommerfest des GKV-Spitzenverbandes am 25. Juni 2019 das wiederholte, was er bereits anlässlich seines Antrittsbesuchs im März am gleichen Ort den Verwaltungsratsmitgliedern mit auf den Weg gab: Er sei ein großer Freund einer funktionierenden Selbstverwaltung, diese zu beschneiden, sei nicht sein Ansinnen. Vielmehr ginge es darum, wie im Koalitionsvertrag festgeschrieben, die Selbstverwaltung zu stärken. Er sprach's und ignorierte die Zweifel und den Unmut, der sich auch an diesem Abend laut und deutlich in Form von ungläubigen Gelächter Raum verschaffte. Denn viele der Anwesenden erinnerten sich nur zu gut, dass knapp eine Woche nach seinem Antrittsbesuch öffentlich wurde, dass der Minister eben diesen ehrenamtlichen Verwaltungsräten das Mandat entziehen will!

Doch im Grunde ist es symptomatisch für das zurzeit gespaltene Verhältnis von Politik und Ehrenamt. Der bittere Eindruck dieser Tage: Die Selbstverwaltung kämpft mit berechtigten Argumenten für den Erhalt der tragenden Prinzipien unseres Sozialsystems, während die anderen Beteiligten Augen, Ohren und Mund verschließen.

Staatliche Bevormundungen und kurzfristige Eingriffe sind keine Lösung

Die Entmachtung der Selbstverwaltung ist seit Monaten das Anliegen der gesundheitspolitischen Regierungsbearbeitung, sie soll offenbar durch beständige Angriffe sturmreif geschossen werden. Dabei beschränkt man sich nicht nur auf die soziale Selbstverwaltung in der GKV, sondern auch die gemeinsame Selbstverwaltung ist Ziel der Eingriffe, die erkennbar auch ein machtpolitisches Interesse spiegeln. Dabei ist gerade das Selbstverwaltungsprinzip konstitutives Element unseres Sozialsystems und immanent wichtig für deren Funktionieren. Auch die Idee, die dahinter steht, ist gerade in einer Zeit, die durch Populismus, Demokratiekritik und (nationalstaatlichen) Egoismen geprägt ist, wichtiger denn je: Mitentscheiden – gemeinsam und eigenverantwortlich. Es geht um Partizipation auf der einen Seite und Stärkung der Zivilgesellschaft auf der anderen. Dieser Prozess ist nicht immer leicht und gelingt auch nicht immer. Aber er ist sinnvoll und notwendig. Gerne kann und muss man über Versäumnisse oder unnötige Blockaden reden, aber staatliche Bevormundungen und aus kurzfristigen Erwägungen vorgenommene Eingriffe sind nicht die Lösung. Sie schwächen das Prinzip, das sich seit mehr als 130 Jahre bewährt hat!

Pflichten ja, Rechte nein?

Doch von vorne: Der Sturm gegen die Rechte der Selbstverwaltung begann bereits mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz in der letzten Legislaturperiode. Entgegen des wohlklingenden Gesetzestitels ging es nicht um eine Stärkung der Selbstverwaltungsstrukturen und der sie tragenden gewählten Vertreter. Die bewährten

Strukturen sollten mit der geplanten deutlichen Ausweitung der Aufsichtsbefugnisse des Bundesgesundheitsministeriums über Institutionen der Selbstverwaltung grundlegend in Frage gestellt werden. Was im ersten Anlauf allerdings nicht gelang, der Gesetzentwurf wurde bekanntermaßen deutlich entschärft, wird nun scheinbar teilweise umgesetzt: In der 19. Legislaturperiode ging es mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz weiter. Überraschenderweise regelt das Gesetz auch Fragen der Finanzplanung der Kassen. Es greift damit massiv in die Beitragsautonomie der Kassen ein. „Abschmelzungsregelung in Höhe einer Monateinnahme“ ist hier das Stichwort. Zudem hat es die Gematik getroffen. Seit dem 15. Mai ist das BMG mit 51 Prozent Hauptgesellschafter und kann alle Entscheidungen im Alleingang fällen, was es in der Frage der Besetzung des Geschäftsführerpostens bereits demonstriert hat. Das geänderte Mehrheitsrecht wird sicherlich zu einer Beschleunigung der Entscheidungsprozesse führen. Es war nicht zuletzt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), der immer wieder auf schnellere Entscheidungen gedrängt und eine Änderung der Mehrheitsverhältnisse vorgeschlagen hat, damit die GKV als Zahler auch entscheiden kann. Was wir jetzt bekommen haben, ist eine vollständige Entmachtung der GKV wie der gemeinsamen Selbstverwaltung – aber bezahlen dürfen die Kassen selbstverständlich weiterhin allein. Wieso eigentlich? Wenn doch der Staat die Aufgabe als die seine übernimmt, wieso übernimmt er nicht auch die Kosten?

Mit dem Entwurf eines „Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung“ geht der Gesetzgeber nun das Prinzip der Schwächung der Selbstverwaltung konsequent weiter: Statt demokratisch legitimierte und gewählte ehrenamtliche Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter als Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber, also der Beitragszahler, sollen hauptamtliche Kassenvorstände in das oberste Entscheidungsgremium des GKV-SV einziehen. Das Ganze wird dann auch noch als Professionalisierung verkauft! Dieser Vorschlag

ist nichts anderes als ein Schlag in das Gesicht der ehrenamtlichen Selbstverwalter. Wenn die Politik die demokratisch gewählten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber aus dem obersten Entscheidungsgremium des GKV-SV entfernt und durch hauptamtliche Kassenvorstände ersetzt, bedeutet dies faktisch eine Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung auf Bundesebene! Und auch hier geht es darum, dem Staat mehr Durchgriffsrechte einzuräumen. Um dieses Zieles willen wird versucht, einen Keil zwischen ehren- und hauptamtlichen Kassenvertretern zu setzen. Hiergegen müssen wir uns gemeinsam zur Wehr setzen.

Nun der letzte Paukenschlag mit dem MDK-Reformgesetz. Auch hier soll die Rolle der Krankenkassen auf die Zahlpflicht verkürzt und der Einfluss der Selbstverwalter beschnitten werden. Der Referentenentwurf gab die Linie vor: Es sollte nicht mehr um eine Wahl der Vertreter in die Verwaltungsräte gehen, sondern um die Ernennung durch die Landesbehörden. Zukünftig sollten Leistungserbringer mit über Finanz-, Personal- und Organisationsfragen der Medizinischen Dienste entscheiden. Und die Vertreter der Kassen sollten nur noch 6 von 16 Stimmen haben. Auch wenn die einhellige Kritik der Betroffenen an dem Vorhaben bereits Wirkung gezeigt hat, im Kabinettsentwurf wurden schon deutliche Veränderungen vorgenommen, bleibt es dabei, dass die Schlacht noch nicht gewonnen ist.

Beschränkungen der Selbstverwaltung bringt das wohl-austarierte System zum Kippen

Ja, sicherlich – die Selbstverwaltung, ob die soziale oder die gemeinsame, ist ein mühsames Geschäft. Es geht um Kompromisse in der Sache. Dass dies in politisch zugespitzten Zeiten ein steiniger Weg ist, davon kann man sich mit Blick auf die Große Koalition ein Bild machen. Problematisch wird es, wenn die Selbstverwaltung vom Normgeber in Konfrontationen geschickt wird, die sie aus eigener Kraft nicht lösen kann, wie z. B. in der gematik, und die Politik sich zu lange taub stellt.

Es geht zurzeit um einen Richtungsstreit: Zentralisierung und Verstaatlichung contra Subsidiarität, Eigenverantwortung und Vielgliedrigkeit, doch dafür sind die Reaktionen außerhalb der Selbstverwaltung erstaunlich gering. Man fragt sich, wo sind die Unterstützer in der Politik oder in der Öffentlichkeit, die Journalisten oder die Blogger in den sozialen Medien, die für die Sache der Selbstverwaltung kämpfen? Wer empört sich über die schleichende Zentralisierung des Gesundheitswesens und die Ausschaltung des Subsidiaritätsprinzips?

Vermutlich müssen die Selbstverwalter noch stärker aktiv werden. Denn die Rechte der Selbstverwaltung waren immer schon erstrittene Rechte. Es geht darum, weiterhin als Gestalter des Gesundheitswesens wirken zu können, Erfahrung mit einzubringen und Verantwortung zu übernehmen, damit das Gesundheitswesen in Deutschland weiterhin so fürsorgend, innovativ und umfassend erhalten werden kann, wie es bisher gelang. Hierfür müssen wir zusammenhalten. Versichertenvertreter wie Arbeitgeber, haupt- wie ehrenamtliche Vertreter müssen in der Öffentlichkeit deutlich machen, was auf dem Spiel steht. Denn eins ist klar: Es werden weitere Einschnitte folgen.

Statement von Hans Peter Wollseifer, Präsident Zentralverband des Deutschen Handwerks und Vorstandsvorsitzender IKK e.V.

Das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ setzt eine unrühmliche Linie des Regierungshandelns der letzten Großen Koalition fort. Offenbar wirkt das Gift, das im sogenannten „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ enthalten war, weiter. Zwar wurde das Gesetz nach massiven Protesten u.a. auch der Sozialpartner deutlich entschärft, die darin enthaltene Linie aber wird weiter verfolgt.



Es ist erstaunlich, um nicht zu sagen befremdlich, dass es eine Koalition der beiden Volksparteien ist, die kontinuierlich Hand an die Prinzipien der sozialen wie auch gemeinsamen Selbstverwaltung legt. Hier geht es um mehr als Kritik an Versäumnissen oder Unzulänglichkeiten.

Hier geht es um einen direkten Zugriff auf die Sozialversicherung und die sie tragenden Institutionen. Es geht um Zentralisierung und Vereinheitlichung und nicht zuletzt um populäre Entscheidungen mit Blick auf die nächste Wahl. Dass die Kritik dabei in nahezu populistischer Manier zugespitzt und über Medien lanciert wird, macht die Sache nicht erträglicher. Dabei gibt es genügend Beispiele dafür, dass die Politik ihren selbst gesteckten Zielen und ihrer

eigenen Verantwortung nicht gerecht wird: Sei es auf Seiten der Länder, die ihren Einfluss auf Entscheidungen der Krankenversicherung zum Beispiel aktuell über ihr Aufsichtsrecht verteidigen, aber ihrer Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten im stationären Bereich nicht nachkommen. Sei es auf Seiten der Bundesregierung, die auf der einen Seite von einer Begrenzung der Sozialquote auf 40 Prozent spricht, auf der anderen Seite aber oftmals innerkoalitionäre Differenzen mit den Geldern der Beitragszahlern, also der Arbeitgeber und Arbeitnehmer kittet.

Die Bundesregierung hat zu lange zugesehen, wie ein umstrittener Risikostrukturausgleich und eine uneinheitliche Aufsichtspraxis zwischen Bund und Ländern den Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung diskreditiert und das Verhältnis der Kassen untereinander vergiftet haben. Umso erfreulicher ist es, dass mit dem vorliegenden Paket von Maßnahmen bezüglich der Finanzierungs- und Wettbewerbsgerechtigkeit und der Manipulationsresistenz der Versuch unternommen wird, die Kontroversen zu befrieden. Dafür müssen diese Maßnahmen aber auch konsequent umgesetzt und dürfen nicht kleingeredet werden. Die vorgeschlagene Veränderung der Struktur und Arbeitsweise des GKV-Spitzenverbandes und die Gängelung der Verwaltungsräte und Vorstände wirken kontraproduktiv und müssen von uns gemeinsam mit aller Entschiedenheit abgelehnt werden. Die Regierung sollte sich an ihre eigenen Vorgaben erinnern und Maßnahmen zur Stärkung der Selbstverwaltung angehen, statt über unsere Köpfe hinweg Fakten zu schaffen.

Das hier abgedruckte Statement war Teil einer Rede Herrn Wollseifers anlässlich der Sonder-Verwaltungsratssitzung des GKV-Spitzenverbandes am 24. April 2019 zum GKV-FKG

Medizinischer Dienst und Selbstverwaltung

Dr. Peter Pick,
Geschäftsführer des
Medizinischen Dienstes
des GKV-Spitzenverbandes



Der Medizinische Dienst ist der Begutachtungs- und Beratungsdienst der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 ist der MDK als eigenständige Organisation mit Selbstverwaltung an die Seite der Krankenversicherung gestellt worden. Dieses Organisationskonstrukt legte die Grundlage für die notwendige fachliche Unabhängigkeit des Dienstes. Mit dem geplanten MDK-Reformgesetz wird unter der Losung einer stärkeren Unabhängigkeit dieses Grundkonstrukt in Frage gestellt. Letztendlich zielt das Gesetz auf eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst.

Die ordnungspolitische Funktion des Medizinischen Dienstes

Mit der Gründung des Medizinischen Dienstes 1989 verbanden Politik und Selbstverwaltung die Zielsetzung, der gesetzlichen Krankenversicherung einen Medizinischen Dienst an die Seite zu stellen, der sie bei Leistungsentscheidungen und bei Gestaltungsaufgaben im Gesundheitswesen fundiert medizinisch beraten kann. Der konzeptionelle Ansatz bestand in einer deutlichen Erweiterung der Aufgabenstellung des Medizinischen Dienstes. In der Tätigkeit stand nicht mehr der Kontrollaspekt im Vordergrund, sondern es wurden gleichgewichtig Fragen einer angemessenen Therapie und qualitativ guten Versorgung in den Mittelpunkt gestellt.

Die Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, medizinische und pflegerische Leistungen zu beurteilen. Diesen im Gesetz festgelegten sozial- und gesundheitspolitischen Auftrag erfüllen sie durch versichertenbezogene Einzelfallbegutachtungen, durch Qualitätsprüfungen sowie durch die Beratung in grundsätzlichen Fragen der Gesundheitsversorgung. Mit ihrer Begutachtung und Beratung tragen die Medizinischen Dienste dazu bei, dass alle Versicherten zu gleichen Bedingungen Zugang zu den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Dadurch stärken sie die Solidargemeinschaft, in dem medizinisch notwendige Behandlungen gewährleistet und unnötige oder sogar schädliche Behandlungen vermieden werden.

Diese ordnungspolitische Funktion legte eine bestimmte Organisation für die Medizinischen Dienste nahe: Der MDK wurde eine eigenständige Organisation im Gesundheitswesen, die von der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung getragen und finanziert wird und als Selbstverwaltungsorganisation gestaltet ist: Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber tragen gemeinsam die Verantwortung für die erfolgreiche Aufgabenwahrnehmung des MDK. Die Selbstverwaltung als tragendes Prinzip der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung wurde damit auf den Medizinischen Dienst ausgedehnt.

Dieses Organisationskonstrukt legte die Grundlage für die notwendige fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste erfüllen nach dem SGB V ihre Aufgaben weisungsfrei und unabhängig. Sie sind bei der medizinischen Beurteilung nur ihrem ärztlichen Gewissen bzw. bei anderen Gutachtergruppen ihren Professionsstandards verpflichtet.

Entwicklung von MDK und MDS

Seit ihrer Gründung im Jahr 1989 hat sich für die Medizinischen Dienste ein deutlicher Aufgabenzuwachs und Aufgabenwandel ergeben. So lag 2018 die Zahl der Beratungen und Begutachtungen für die Krankenversicherung bei rund 5,7 Mio. Fällen. Zu den klassischen Tätigkeitsfeldern „Arbeitsunfähigkeit“ und „Rehabilitation“ sind neue Aufgaben wie die Begutachtung von „Neuen und unkonventionellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ und von „Behandlungsfehlerwürfen“ hinzugekommen. Stark an Bedeutung gewonnen hat die Begutachtung von Krankenhausfällen und Krankenhausabrechnungen.

Für die Pflegeversicherung übernahmen der MDK 2018 die Begutachtung von mehr als 2 Mio. Pflegeantragstellern und gab eine Empfehlung zur Einstufung in die Pflegegrade ab. Außerdem prüft der MDK die Qualität von ambulanten Pflegediensten und von Pflegeheimen.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt ist die Beratung in grundsätzlichen Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Diese übernimmt der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) in enger Zusammenarbeit mit den MDK. So bewerten die Medizinischen Dienste neue medizinische Verfahren und unterstützen die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für die Pflegeversicherung sind sie wesentlich an der Gestaltung externer Qualitätssicherungsverfahren beteiligt und haben einen entscheidenden Beitrag zur Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens geleistet.

Die Entwicklung der Medizinischen Dienste ist von der sozialen Selbstverwaltung in den Verwaltungsräten der MDK und beim MDS aktiv mitgestaltet worden. Die Verwaltungsräte haben den Medizinischen Diensten die notwendigen Ressourcen und Finanzmittel für die Bewältigung ihrer Aufgaben bereitgestellt. Darüber hinaus haben sie in den Entscheidungsgremien der Kranken- und Pflegeversicherung entsprechende Aufträge initiiert.

MDK-Reformgesetz und Selbstverwaltung

Im Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD eine Stärkung der MDK und eine Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit vereinbart. Um dies umzusetzen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referenten- sowie Kabinettsentwurf eines MDK-Reformgesetzes vorgelegt. Beide Gesetzentwürfe sehen tiefgreifende Veränderungen für die Organisation der Medizinischen Dienste vor: So sollen die MDK künftig als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sein und den Namen „MD“ (Medizinischer Dienst) tragen. Auch der MDS wird Körperschaft des öffentlichen Rechts, vom GKV-Spitzenverband abgetrennt und zu einem Dachverband der Medizinischen Dienste. Er trägt den Namen „MD Bund“ und soll die Richtlinien für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste unter enger Beteiligung der MD beschließen.

Auch die Besetzung der Verwaltungsräte auf Landesebene wird grundlegend geändert. Der Referentenentwurf sah zunächst vor, dass der 16-köpfige Verwaltungsrat nur noch mit 6 Selbstverwaltungsvertretern besetzt wird. Sechs weitere Vertreter sollten aus Patienten- und Betroffenenorganisationen und vier Vertreter aus den Verbänden der Pflegeberufe und der Ärztekammer kommen. Alle 16 Vertreter sollten von der Landesaufsicht auf Vorschlag der jeweiligen Gruppen benannt werden. Der Verwaltungsrat des MD Bund sollte ebenfalls aus 16 Mitgliedern bestehen und nach demselben Muster zusammengesetzt sein. Die Wahl ist aus den Verwaltungsräten der künftigen Medizinischen Dienste vorgesehen.

Bei der Besetzung der Verwaltungsräte nimmt der Kabinettsentwurf eine wichtige Änderung gegenüber dem Referentenentwurf vor. So sollen die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des MD Bund nun aus 23 Vertretern bestehen, von denen 16 Versicherten- und Arbeitgebervertreter aus der Selbstverwaltung gewählt und 5 Vertreter der Patienten- und Betroffenenverbände sowie 2 Berufsvertreter aus den Pflegeberufen und der Ärzteschaft von den Landesaufsichten benannt werden. Zudem wird festgelegt, dass die Berufsvertreter kein Stimmrecht im Verwaltungsrat haben.

Darüber hinaus sollen hauptamtliche Beschäftigte von Krankenkassen oder deren Verbänden nicht mehr im Verwaltungsrat vertreten sein. Außerdem dürfen Vertreter der sozialen Selbstverwaltung im MDK-Verwaltungsrat nicht gleichzeitig Mitglied in einem Selbstverwaltungsorgan der Kranken- und Pflegeversicherung sein.

Schwächung der Selbstverwaltung

Der Gesetzentwurf eines MDK-Reformgesetzes bedeutet eine deutliche Schwächung der Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst und ist damit ein weiteres Beispiel für aktuelle Tendenzen in der Gesundheitspolitik, die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem zu schwächen. So sieht der Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ eine Abschaffung der Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vor, Entwürfe des „Terminservice-Gesetzes“ sahen eine Schwächung der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss vor und das „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ hat tiefgreifende Eingriffe in die Selbstverwaltung auf Bundesebene vorgenommen.

Im Medizinischen Dienst zeigt sich die Schwächung der Selbstverwaltung am deutlichsten bei der geplanten Zusammensetzung des Verwaltungsrates und den Besetzungsverfahren. Der Referentenentwurf sah sogar vor, dass die Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung im

16-köpfigen Verwaltungsrat in eine Minderheitenposition geraten. Auch sollten sie durch die Landesaufsichten benannt werden.

Der einhellige Protest der Sozialpartner, der Krankenversicherung und der MDK-Gemeinschaft führte zu Änderungen im Kabinettsentwurf: So soll der Verwaltungsrat künftig aus 23 Personen bestehen, von denen 16 Personen – und damit die Mehrheit – Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber sind. Diese werden durch Gremien der Kranken- und Pflegeversicherung gewählt und nicht – wie ursprünglich vorgesehen – von den Landesaufsichten benannt.

Trotz dieser Verbesserungen bleibt es bei einem zentralen Konstruktionsfehler: Selbstverwalter aus Gremien der Kranken- und Pflegeversicherung dürfen nicht in den Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste gewählt werden. Damit wird der Sachverstand der Selbstverwalter aus der Kranken- und Pflegeversicherung bewusst aus der Arbeit der Medizinischen Dienste ausgeschlossen. Dies wird eine fachlich fundierte Arbeit der Kontrollgremien der MD erschweren.

Eine weitere Schwächung der Selbstverwaltung besteht darin, den künftigen MD Bund vom GKV-Spitzenverband abzutrennen und zu einem Dachverband der Medizinischen Dienste zu machen. Entsprechend soll der 23-köpfige Verwaltungsrat des MD Bund mit Vertretern der Medizinischen Dienste besetzt werden. Diese gravierende Veränderung erkennt, dass die Beratung des GKV-Spitzenverbandes in allen medizinischen und pflegerischen Fragen eine zentrale Aufgabe des MDS, die gleichgewichtig neben der Koordination der Medizinischen Dienste steht. Auch ist es Aufgabe des MDS, regionale und bundesweite Interessen der Medizinischen Dienste auszubalancieren. Beides erfordert, dass Selbstverwalter aus dem GKV-Spitzenverband weiterhin mit Stimmenmehrheit im Verwaltungsrat des MDS vertreten sind.

Zur vorgesehenen Beteiligung von Patienten- und Berufsvertretern im Verwaltungsrat ist darauf hinzuweisen, dass eine solche Beteiligung seit 2016 bereits in Beiräten stattfindet. Die Beiräte, die sich mit Fragen der Pflegeversicherung befassen, haben die Arbeit der Medizinischen Dienste befördert und zur gegenseitigen Akzeptanz beigetragen. Deshalb stehen die Medizinischen Dienste einer erweiterten Beteiligung von Patienten- und Berufsvertretern, auch in Fragen der Krankenversicherung, positiv gegenüber. Jedoch ist zu bedenken, ob die Beteiligung im Verwaltungsrat stattfinden und vor allem ob sie mit einem Stimmrecht verbunden sein soll.

An die Stelle der **Gestaltung durch Selbstverwaltung** tritt zunehmend eine Einflussnahme der Gesundheitspolitik der Landes- sowie der Bundesebene. Der Einfluss der Länder wird dadurch gestärkt, dass Vertreter im Verwaltungsrat durch die Landesaufsichten benannt werden. Darüber hinaus sollen die Haushalte der Medizinischen Dienste von der Landesaufsicht genehmigt werden. Damit wird deren Rechtsaufsicht zu einer Fachaufsicht ausgeweitet. Auf Bundesebene soll der Haushalt des MD Bund künftig vom BMG genehmigt werden. Darüber hinaus sind alle Richtlinien des MD Bund für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste vom BMG zu genehmigen. Damit bewegt sich dessen Aufsicht zwar noch im Rahmen der Rechtsaufsicht, jedoch ist bereits eine Tendenz erkennbar, die Grenzen zwischen Rechts- und Fachaufsicht zugunsten der Letzteren zu verschieben.

Legitimation der Selbstverwaltung

Öffentliche Institutionen brauchen für ihre Aufgabewahrnehmung eine hinreichende Legitimation. Dies gilt auch für die Medizinischen Dienste und den MD Bund. In einem Rechtsgutachten¹ ist Prof. Dr. Stefan Huster von der Ruhruniversität Bochum der Frage nachgegangen, ob die organisationsrechtlichen Bestimmungen im Referentenentwurf für ein MDK-Reformgesetz den verfassungsrechtlichen Vorgaben und insbesondere den Anforderungen an die Vermittlung demokratischer Legitimation

genügen. In dem Gutachten wird dargelegt, dass insbesondere leistungsrechtliche Entscheidungen gegenüber den Versicherten legitimationsbedürftig sind, die für die Versicherten Grundrechtsrelevanz besitzen können. Dies umfasst auch die vorbereitende Sachverständigentätigkeit des Medizinischen Dienstes, sodass auch diese grundsätzlich legitimationsbedürftig ist.

Das zentrale Ergebnis des Gutachtens lautet: „Die im MDK-Reformgesetz vorgesehene Besetzung der Verwaltungsräte des MD und des MD Bund stellt insoweit keine hinreichende personelle Legitimation sicher“. Entscheidend dafür sei, dass „lediglich für die 6 Kassenvertreter ein auf die Sozialwahlen in der Kranken- und Pflegeversicherung rückführbare Legitimationskette für die vorgesehenen Vertreter im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste ... vor(liegt)“. Für die anderen Vertretergruppen, die Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucher, der Pflegeberufe und der Ärzteschaft bestehe keine entsprechende Legitimation. „Über diese Gruppen kann demnach keine personelle Legitimation im Verhältnis zur Gesamtheit der Versicherten hergestellt werden...“. Nur durch eine Stärkung der Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst kann die Körperschaft Medizinischer Dienst hinreichend legitimiert werden.

Fazit: Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der MDS sind bisher als Selbstverwaltungsorganisationen ausgestaltet. Die Gesetzentwürfe eines MDK-Reformgesetzes werden zu einer Schwächung der Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst führen. An die Stelle der Gestaltung durch die soziale Selbstverwaltung soll vor allem ein stärkerer Einfluss der staatlichen Gesundheitspolitik treten. Diese ordnungspolitische Grundsatzfrage wird im anstehenden Gesetzgebungsverfahren des MDK-Reformgesetzes zu entscheiden sein.

¹ *Stefan Huster, Gutachten zur verfassungsrechtlichen Bewertung des Referentenentwurfes eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), Bochum 2019*



Die Perspektive vom BMG-Schreibtisch aus ist nicht repräsentativ

Gespräch mit Franz
Knieps zum Umgang
Jens Spahns mit der
Selbstverwaltung

Franz Knieps,
Vorstand BKK Dachverband e. V.



Es dürfte – neben Franz Knieps – kaum weitere noch aktive Funktionsträger im deutschen Gesundheitssystem geben, die das Spannungsverhältnis zwischen Regierung und Selbstverwaltung unmittelbarer und jeweils auf beiden Seiten erlebt und erlitten haben. Eingestiegen beim AOK Bundesverband ist Knieps – dann zunächst als Referent von Norbert Blüm im Bundesministerium für Arbeit und Soziales – nahezu sein gesamtes Berufsleben hindurch zwischen diesen beiden konstituierenden Welten des deutschen Gesundheitssystems gependelt. Als Abteilungsleiter unter Ulla Schmidt war er für seinen gelegentlich durchaus kritischen Umgang mit der Selbstverwaltung bekannt. Aus der Sicht des jetzigen Vorstandsvorsitzenden des BKK Dachverbandes e.V. relativiert sich manches - aber nicht alles. Jedenfalls wird im Gespräch mit Franz Knieps mehr als ein Vierteljahrhundert deutscher GKV-Geschichte erlebbar. – Mit interessanten Erkenntnissen zur Zukunft der Selbstverwaltung und des SGB V.

Albrecht Klopfer: Sehr geehrter Herr Knieps, das vorliegende Heft des iX-Forum setzt sich mit den Aktivitäten und Initiativen des Bundesministeriums für Gesundheit bezüglich der Selbstverwaltung auseinander. Wie beurteilen Sie die entsprechenden Aktivitäten des Ministeriums?

Franz Knieps: Es ist grundsätzlich positiv, wenn ein Minister aktiv ist, auch Tabuthemen angeht und sich nicht vor bestehenden Machtstrukturen duckt.

Wenn ich aber bei Minister Spahn ins Detail gehe, dann finde ich Vieles, was zu kritisieren ist. Pars pro toto: das TSVG. Dort gab es mehr Änderungsanträge als Paragraphen im Gesetz. Da hat ja am Ende niemand durchgeblickt, was überhaupt zu Abstimmung stand. Änderungsanträge können – oft innerhalb von Stunden – gar nicht sorgfältig ausgearbeitet werden. Die Wechselwirkungen im Gesundheitssystem sind so komplex, dabei kann nichts qualitatives Hochwertiges herauskommen.

Der zweite Punkt ist: Wenn man mit der Arbeit von Institutionen unzufrieden ist – und da gibt es ja durchaus Punkte, über die man diskutieren kann – dann muss man in einen Dialog eintreten und klären, warum gewisse Dinge nicht so möglich sind, wie gewünscht. Liegt das an materiellem Recht, liegt das am Verfahrensrecht, oder liegt das an Organisationen oder Personen? Die „Methode Spahn“ ist aber eine andere: Es werden fast ausschließlich Personen für Missstände verantwortlich gemacht. Und die politische Antwort lautet dann: Die entsprechenden Organisationen werden beschnitten, das BMG bekommt Eingriffsrechte und möglicherweise werden die internen Abläufe in diesen Organisationen komplett auf den Kopf gestellt. Ich halte es für hochproblematisch, dass hier auf eine sorgfältige Fehleranalyse kein Wert gelegt wird. Was dabei am Ende herauskommt, sehen wir bei der Verstaatlichung der Gematik, beim Rauswurf der sozialen Selbstverwaltung aus dem GKV-Spitzenverband, bei der Beschneidung der Rechte des Gemeinsamen Bundesausschusses. All das läuft für mich auf etwas hinaus, was ich einmal als „virtuelles Bundesamt für Gesundheit“

im Bundesgesundheitsministerium bezeichnet habe. Aber Institutionen wie der G-BA haben hunderte von Personen, die in die Entscheidungen eingebunden sind. Das war mir in meiner Zeit im BMG auch oft zu langsam, ich habe aber gelernt, dass diese Art der Entscheidungsfindung dann auch eine Methode ist, Akzeptanz für Entscheidungen zu schaffen. Wenn etwas nur vom Ministerium verordnet wird, ist bei den Akteuren erst einmal eine grundsätzliche Widerstandshaltung geweckt. Wenn es aber ihre eigenen Entscheidungen sind, dann sorgen die Beteiligten dafür, dass diese Entscheidungen dann auch umgesetzt werden. Das hat Jens Spahn bei vielen seiner Aktivitäten nicht bedacht.

Es ist im übrigen widersprüchlich, wenn man im GKV-Spitzenverband die hauptamtlichen Vertreter alleine sitzen haben möchte, die gleichen Hauptamtlichen aber aus den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste entfernen möchte.

A. Klopfer: Ist es nicht bei der gemeinsamen Selbstverwaltung so, dass Jens Spahn als Systemkundiger in einer Situation ist, wo er mit Recht sagt: „Ich schaue mir das jetzt seit 2002 an, ich habe die Nase voll und ich möchte, dass jetzt wirklich etwas passiert!“ Gerade vor dem Hintergrund der bisherigen Selbstblockade der Gematik kann man da ja durchaus Verständnis haben, weil die Beteiligten eben nicht zu Entscheidungen kommen, die von allen getragen werden, sondern weil sie eben zu *keinen* Entscheidungen kommen.

F. Knieps: Je multipolarer die gemeinsame Selbstverwaltung aufgestellt ist, um so schwieriger ist es dann natürlich auch, zu Entscheidungen zu kommen. Das ist im G-BA in der Vergangenheit sicherlich einfacher gewesen, weil es eine stärkere Identifikation der Kassen und der Vertragsärzte mit dieser Institution gab – und immer noch gibt – und die DKG da eher eine Außenseiterrolle einnimmt, da sie lieber den politischen Weg wählt. In der Gematik ist meiner Ansicht nach ein Geburtsfehler passiert....

A. Klopfer: ... sie haben ja mit „geboren“...

F. Knieps: ... eben, ich habe von Anfang an gesehen, dass das nur eine Totgeburt werden kann. Infrastrukturaufgaben sind für mich Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge, dafür muss der Staat die Verantwortung übernehmen.

Ich war vom ersten Tag an gegen eine selbstverwaltete Lösung. Es wurden dieselben Debatten wie heute geführt: „Das erhöht die Akzeptanz, sonst machen die Ärzte nichts.“ Aber in einer Konstruktion, in der jeder Einzelträger eine Vetopositionen hat – am Anfang mussten ja alle Entscheidungen einvernehmlich getroffen werden – kann nichts zustande kommen. Also, bei der Gematik wundert mich die Haltung von Jens Spahn am allerwenigsten. Gleichwohl hätte ich auch da erwartet, dass man sich noch einmal intensiver mit den Handlungsblockaden und ihren Ursachen beschäftigt.

Außerdem bin ich ja Jurist: Bei einer Organisation, in die andere investiert und für die andere Kapital aufgebracht haben, da kann der Staat nicht von einem Tag auf den anderen kommen und sagen: „Ihr habt nichts mehr zu sagen, das gehört jetzt mir.“ Im klassischen Juristendeutsch nennt man das Enteignung. Auch das ist möglich, aber man darf nicht so tun, als würde man einen – kostenlosen – Dienst an der Allgemeinheit verrichten. Ich prophezeie da ein Erwachen: Wer von Steuerrecht auch nur einmal gehört hat, weiß, dass es nicht auf das Stammkapital ankommt, sondern auf den realen Wert der Einlagen. Wenn die Einlagen nicht zu ihrem Wert veräußert werden, dann ist das eine Schenkung. Und dann wird Schenkungssteuer fällig. Ganz abgesehen davon, dass das Finanzamt dann auch ganz schnell mal dabei ist und prüft, ob hier nicht ein Fall von Steuerhinterziehung vorliegt. Das Kapitel Gematik ist also noch nicht beendet.

Es war aber auch wieder typisch Spahn: Wir prügeln erst einmal auf eine Institution ein. Aber er wird noch merken, dass da Probleme und Verzögerungen auch an ganz anderer Stelle liegen: Wenn ich eine simple Anfrage an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie stelle, dann dauert es in der Regel sieben Monate, bis ich

eine simple, nichtssagende Antwort bekomme. Und das ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesinnenministeriums. Vielleicht hätte da ein Gespräch mit dem ehemaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer mehr gebracht als der dramatische Akt einer Verstaatlichung der Gematik.

A. Klopfer: Nun hatte man ja auch den Eindruck, dass sich die Politik sehr lange in der Situation ausgeruht hat: „Wir brauchen nichts zu entscheiden, wir geben alles an den G-BA.“ Das hat sich ausgewirkt in einer Fülle von Paragraphen, bei denen am Ende jeweils steht: „Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Richtlinie.“ Gab es hier nicht eine gewisse Faulheit der Politik, vielleicht sogar eine beabsichtigte Überforderung des G-BA, die jetzt gewissermaßen überkorrigiert wird?

F. Knieps: Mein Grundsatz lautet ja: „Niemals eine Verschwörung vermuten, wenn schlichte Unfähigkeit als Erklärung ausreicht.“ Ich glaube also schon, dass die Politik erkannt hat, dass sie Dinge in einer gewissen Detailtiefe nicht regeln kann. Zum einen, weil sie dann zu starkem Druck des lobbyierten Gesundheitssystems ausgesetzt ist, zum anderen aber auch, weil die Sachkenntnis fehlt. Für Angelegenheiten des G-BA ist im BMG ein Referat zuständig, das – zumindest zu meiner Zeit – mit gerade mal drei sehr qualifizierten Mitarbeiterinnen besetzt war. Das hier qualifizierte Entscheidungen getroffen werden, ist im Einzelfall denkbar. Aber in Serie ist das – auch mit Unterstützung durch die Kollegen im Ministerium – nicht machbar.

Da das System hyperkomplex geworden ist, haben sich auch die Anforderungen an die Qualität der Regulierung geändert. Wenn der G-BA jetzt einen Schnellschuss oder einen Fehler macht, landet dieser unweigerlich in Kassel beim Bundessozialgericht. Die erklären diese Richtlinie dann schlicht für rechtswidrig. Wenn aber die Politik selber einschreitet wird die Sache viel dramatischer: Ich habe einen solchen Fall selbst erlebt, als es um enterale Ernährung ging und die Ministerin selbst entschieden hat:

„Wir als Rechtsaufsicht beanstanden diese Richtlinie“. Mir war völlig klar, dass das in die Hose geht, und wir haben das Ding von Kassel um die Ohren gehauen bekommen, dass es eine wahre Pracht war.

A. Klopfer: Wie könnte dann eine Lösung aussehen? Wir nehmen jetzt einmal den vielzitierten Fall „Aufhebung der Sektorengrenze“ mit einem im Prinzip vernünftigen Ansatz wie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Wir schauen nach zehn Jahren ASV und sehen: Versorgungsrelevant? Gar nicht. Da kann man doch schon ein wenig in die Depression verfallen und sagen: Wie soll denn die strukturelle Umgestaltung des Systems gelingen, wenn in der Selbstverwaltung der Strukturkonservatismus gewissermaßen Teil der Satzung ist?

F. Knieps: Ich habe da auch kein Patentrezept. Als Abteilungsleiter habe ich oft genug in Gesetze schreiben lassen: „Wenn ihr nicht bis zum Tag X. Maßnahme Y umgesetzt habt, gibt 's eine Ersatzvornahme durch das BMG auf eure Kosten.“ Das war aber auch ein Spiel auf dünnem Eis. Wenn die reihenweise Dinge nicht umgesetzt hätten, wäre ich mit meiner Mannschaft nicht in der Lage gewesen, die Masse an Ersatzvornahmen zu bewältigen. Wenn das mal eine ist, hole ich mir Expertise ins Boot und berate mich mit Institutionen und Personen, zu denen ich Vertrauen habe und die auch einmal ihre eigene Perspektive hintan setzen können und aus einer Gesamtperspektive heraus urteilen können. Solche Leute finde ich übrigens überall: bei Ärzten, bei Krankenkassen und sogar in Krankenhäusern und bei Arzneimittelherstellern.

Mein Punkt ist: Wir bräuchten eigentlich ein neues SGB V! Das SGB V ist 35 Jahre alt, teilweise älter, und denkt nicht von den Nutzern, sondern von den Institutionen her, und es ist stark geprägt von diesen versäulten Institutionen. Wenn wir jetzt glauben, dass wir mit Brückenkonstruktionen wie der ASV oder der integrierten Versorgung die sektorale Optimierungslogik ausschalten, dann irren wir uns. Deshalb komme ich zu dem Schluss, dass wir die Digitalisierung zum Anlass nehmen sollten, um das SGB

V grundlegend zu überarbeiten: die Logik integrativ, digital, dem Nutzer bzw. Patienten zugewandt machen. Alles andere muss ich dann als Ausnahme rechtfertigen. Ich würde vieles, was heute im Regel/Ausnahme-Verhältnis besteht, also umdrehen und sagen: Es ist erstens alles erlaubt, was nicht ausdrücklich verboten ist. Heute steht ja im Gesetz, dass alles verboten ist, was nicht ausdrücklich erlaubt ist. Es ist zweitens alles integrativ zu gestalten, es sei denn es gibt besondere Ausnahmegründe, etwas nur sektoral zu gestalten. Natürlich macht es Sinn, Regulierungen zur hausärztlichen Versorgung zu haben. Aber die Grundidee muss eigentlich sein, dass alles, was ausschließlich sektoral geregelt wird, als Ausnahme gegen die Regel der integrierten Versorgung gerechtfertigt werden muss.

A. Klopfer: Die Diagnose ist ja relativ klar und wird von vielen geteilt. Warum hat die Selbstverwaltung nicht die Kraft gefunden, zumindest in Hinterzimmern einmal in, sagen wir, vorausseilender Erkenntnis die Versorgung auf andere Füße zu stellen, um sich selbst nicht die Existenzgrundlage zu entziehen. 80 Prozent der Gelder in der GKV werden inzwischen für Chroniker ausgegeben, da hätte sich fast notwendig ein neues Versorgungssparadigma ableiten lassen müssen. Man sieht aber in der Selbstverwaltung nicht die Kraft, das umzusetzen. DMP's, Hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung und ASV kamen alle von der Politik. Da ist doch ein gewisses Versagen der Selbstverwaltung zu konstatieren, denn sie hätte das sehen können und sehen müssen.

F. Knieps: Mit diesem Urteil wäre ich nicht so schnell. Wenn man sich anschaut, wo in der Politik die Inspiration für das, was in den letzten Jahrzehnten passiert, ist, herkommt, dann haben wir zum einen ein fast unbekanntes und bis heute lesenswertes Werk der DGB-Strukturkommission „Die Zukunft der solidarischen Versicherung“ aus den Jahren 85 und 87. Da ist alles drin, was ich eben angesprochen habe: Patientenorientierung, Nutzerorientierung, solidarische Rahmenordnung, Überwindung der

Sektoren. Man kann nicht sagen, dass auf der Selbstverwaltungsseite nichts vorgearbeitet wurde. Die Selbstverwaltung hat auch die Enquete-Kommission „Strukturreform der GKV“ intensiv begleitet. Das war ja so eine Art Masterplan für das, was die nächsten 20 Jahre passieren sollte – im übrigen parteiübergreifend. Deshalb bin nicht so ganz hart in der Verurteilung der Selbstverwaltung. Ich verstehe unter der Selbstverwaltung auch immer die Hauptamtlichen an der Spitze von Kassen und ihren Verbänden. Ich erwarte ja nicht von meinem Arbeitgeber oder Versichertenvertreter, dass er der Superstar der Blaupausen für ein neues Gesundheitswesen ist.

Es ist auch zu konstatieren, dass die Sozialpartnerorganisationen in der sozialen Selbstverwaltung abgerüstet haben. Früher waren das anerkannte Fachleute für Sozial- und Gesundheitspolitik. Heute verwalten die da nur noch den Mangel. Das ist kein Vorwurf an die Persönlichkeiten, die beim DGB oder bei der BDA arbeiten, aber als zentrales politisches Instrument sozialer Mitbestimmung, sehen sich die Institutionen selbst nicht mehr. Ich habe vor Jahren Gespräche mit prominenten Gewerkschaftsvertretern gehabt, um denen ein bisschen Feuer unter dem Hintern zu machen, nach dem Motto: Ihr müsst euch wieder mehr um die Rekrutierung von jungen Leuten für die Selbstverwaltung kümmern und dürft es nicht nur als Versorgungsposten für die sehen, die ihr in den hauptamtlichen Positionen nicht mehr haben wollt. Das verhallte ungehört.

Ich glaube also schon, dass der Bedeutungsverlust der Sozialpolitik in den Trägerorganisationen der Selbstverwaltung mitverantwortlich dafür ist, dass es zu einer Krise der Selbstverwaltung gekommen ist. Es ist ja auch paradox: je weniger sie in der Selbstverwaltung nach Sozialversicherungszeit zu sagen haben, umso höherrangiger sind die Vertreter, die sie in die Entscheidungsgremien entsenden. Wenn ich die Selbstverwaltung der Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung oder Unfallversicherung vergleiche mit dem was dort entschieden wird und wo ja wirklich Einfluss besteht, etwas zu verändern, dann liegen doch Welten zwischen der Krankenver-

sicherung und der Renten-, Unfall und Arbeitslosenversicherung. Gleichwohl ist aber die Wertigkeit der Krankenversicherung immer am unteren Ende der Skala angesiedelt.

A. Kloepper: Hängt das auch mit der Umgestaltung der GKV in ein wettbewerbliches Modell zusammen?

F. Knieps: Das könnte es, ich glaube das allerdings nicht. Natürlich bringt der Wettbewerb die Selbstverwaltung teilweise auch in Konflikte. Aber in früheren Zeiten, bei der Einführung der Wahlfreiheit, hat es trotzdem machtvolle Selbstverwalter gegeben, die gesagt haben, Wettbewerb um den Kunden ist das eine, Ausgestaltung der Versorgung ist das andere. In dem einen konkurrieren wir miteinander und wissen auch, dass wir dort nicht alles so gestalten können, wie wir uns das vorstellen. Aber im Bereich Versorgung bleiben wir beim Gemeinsamen und Einheitlichen. Und ich hatte ehrlicherweise gedacht, dass dies im Spitzenverband stärker gelebt wird. Aber da hält er sich merkwürdigerweise heraus. Die produzieren viel Papier mit politischen Positionen zu allem und jedem, aber die Aktivitäten, die dann nachher in Vertragsgestaltung münden, sind doch vergleichsweise bescheidener. Natürlich bin ich da parteiisch als Vorsitzender eines Kassenartenverbandes. Andere würden dem hart entgegen treten.

A. Kloepper: Jetzt sind wir doch aber an einem entscheidenden Punkt für die soziale Selbstverwaltung, Stichwort Realität. Hat es da nicht eine Abkopplung von der Realität gegeben, so eine gewisse Blase, wo man dann sagt, die Selbstverwalter verwalten sich selbst und sind der Realität abhanden gekommen.

F. Knieps: Zumindest gibt es partielle Wahrnehmungsstörungen. Dieser Hang, bei jeder Kritik und bei jedem Veränderungsvorschlag ritualisiert zu behaupten „wir leben in der besten aller Welten, alles hat sich bewährt und nichts muss verändert werden“, das zieht sich als roter

Faden durch die Selbstverwaltung, sowohl der sozialen als auch der gemeinsamen. Die Akteure tun sich schwer, sich von überkommenen Leitbildern zu verabschieden.

A. Kloepfer: Die Parität Arbeitgeber/Arbeitnehmer ist aber doch konstitutiv auch für das Erfolgsmodell Deutschland. Ist es vorstellbar, dass es ohne diese Parität geht, oder droht dann tatsächlich der vielzitierte Neoliberalismus?

F. Knieps: Ich tue mich schwer mit dem Begriff des Neoliberalismus, weil sich dahinter so viele verschiedene Definitionen verbergen. Die Welt geht nicht unter, weil man ein anders strukturiertes Gesundheits- oder Rentensystem hat. Aber ob es besser wird, da habe ich erhebliche Zweifel. Die Vorstellung – ich war dort ja nun selbst acht Jahre – das man vom BMG-Schreibtisch über der Friedrichstraße die Welt sehen kann und das der Ausschnitt aus der Welt, den man von dort aus sieht, repräsentativ ist für die Republik, von der muss man sich verabschieden. Und das gilt im übrigen auch für Selbstverwalter, die nur auf Bundesebene herumtanzen und keine Rückkopplung zu dem mehr haben, was eigentlich ihre Mitglieder bewegt.

Ich merke das ganz gut – da muss ich unser eigenes System loben: Ich habe nicht so sehr die „Berufsselbstverwalter“, die aus einer Funktionärskarriere aus Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden kommen. Ich habe noch richtige Selbstverwalter, die Betriebsräte in den Trägerunternehmen sind oder aus den Personalverwaltungen der Unternehmen kommen. Das ist eine völlig andere Kultur, auch eine völlig andere Wahrnehmung. Bei uns melden sich Vertreter in der Aufsichtsratssitzung, die dann sagen: „Ich habe hier von folgendem Mangel erfahren, ich habe mich schlaue gemacht, das ist nicht zufällig, das ist ein systemischer Fehler, kümmere dich darum, dass das abgestellt wird!“ Ab dann bin ich in jeder Sitzung berichtspflichtig und muss klären, was passiert denn da?

Die gesamte Zentralisierung des Systems hat schon dazu geführt, dass die Entfernung zu den Problemen der Menschen größer geworden ist. Wenn ich Millionen von Mit-

gliedern habe, dann kann ich nicht mehr so einen engen Kontakt zum Versicherten haben, wie das ein Vorsitzender einer Betriebskrankenkasse mit 30.000 Versicherten hat, den jeder im Betrieb kennt und den auch jeder anspricht: Ich war kürzlich bei MTU in Friedrichshafen, zusammen mit dem Vorstandsvorsitzenden der Kasse. Fast alle haben den Kassenchef geduzt und kamen mit ganz persönlichen Anliegen. Diese Welt ist verloren gegangen in der großen gesetzlichen Krankenkasse.

Die GKV zieht sich ja auch aus der Fläche zurück. Es werden Geschäftsstellen geschlossen. Ich war kürzlich in meiner Heimatstadt Ahrweiler. Dort waren früher die AOK, alle großen Ersatzkassen, eine BKK und mehrere IKKs mit einer Geschäftsstelle vor Ort. Heute ist außer der AOK keine der Kassen mehr vertreten. Aber nicht alle sind Menschen, die nur per E-Mail oder Telefon mit der Kasse verkehren.

A. Kloepfer: Sehen Sie eine Möglichkeit für die Selbsterneuerung – auch personell – der sozialen Selbstverwaltung? Man hat das Gefühl, seit Jahren nur dieselben Gesichter zu sehen.

F. Knieps: Meine Fantasie wäre da unbegrenzt. Die Frage ist, ob diejenigen, die mich bezahlen, dass so gut fänden, wenn ich dieser Phantasie freien Lauf lassen würde. Aber natürlich kann man sich darüber unterhalten, ob eine Frauenquote eingezogen wird, ob es eine Amtszeitbegrenzung gibt. Man darf das Kind da nie mit dem Bade ausschütten. Die Leute gewinnen ja auch an Erfahrung und Expertise, das ist keine Negativauswahl von Knalldeppen, die da in der Selbstverwaltung tätig sind. Sondern das sind durchaus Leute, die es zu einer hohen Kompetenz gebracht haben, wenn es darum geht, das Gesundheitssystem einzuschätzen. Aber eine Kombination davon wäre aus meiner Sicht erforderlich.

A. Kloepfer: Die Frauenquote ist ein gutes Beispiel. Da gibt es ja auch politische Bestrebungen, zum Beispiel von den Grünen, wo man sagt „Es ist schon erstaunlich, dass sich

die Geschlechterparität, die für Versicherten und Patienten zweifellos gilt, in der Selbstverwaltung gar nicht abbildet“.

F. Knieps: Der Teufel liegt im Detail. Wir haben zum Beispiel Trägerunternehmen, die aus dem Montanbereich kommen. ThyssenKrupp etwa. Da ist die Frauenquote auch in der Belegschaft gering. Man muss also schon gucken, dass man da das Kind nicht mit dem Bade ausschüttet.

Gleichwohl halte ich das generell für notwendig. Ich halte auch einen besseren Altersmix für erforderlich. Ich will keine Altersdiskriminierung, Menschen werden nicht blöd, nur weil sie 65 werden. Aber wenn eine Häufung von Menschen auftritt, die seit 20 Jahren dabei sind, dann wäre mir eine Erneuerung durch junge Menschen schon wichtig. Dass das geht, habe ich gerade erst bei der 125-Jahr-Feier der Audi BKK erlebt. Da ist der Versichertenvertreter Anfang 40 und hat es durchaus geschafft, mit Schwung in dieser Kasse einiges zu verändern.

Ich würde es aber für noch wichtiger halten, dass die Trägerorganisationen, also BDA und Gewerkschaften, sich mehr bemühen und ihren Leuten empfehlen, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren. Dass es karriereförderlich ist für einen Personaler in einem Unternehmen, wenn man eine Weile in der Selbstverwaltung gearbeitet hat. Der Rekrutierungsprozess muss Chefsache werden in den Gewerkschaften und in den Arbeitgeberverbänden. Meine Gespräche mit den für Sozialpolitik Verantwortlichen bei den Gewerkschaften sind da schon hart: „Ihr seid dafür verantwortlich! Wo ist denn die IG Metall-Jugend, die ver.di-Jugend in den Selbstverwaltungsgremien der Kassen?“

A. Kloepper: Da sind wir beim nächsten Punkt: Ist Selbstverwaltung nicht irgendwie unsexy?

F. Knieps: Ja, da ist etwas dran. Das liegt aber auch daran, dass Gesundheitspolitik generell als unsexy empfunden wird. Dabei sind wir die größte Wirtschaftsbranche der Republik mit den meisten Beschäftigten. Die Mehrzahl der Innovationen, die jeden Tag auf den Markt kommt, hat

irgendwie etwas mit Gesundheitspolitik zu tun. Wir sind – nach Jogi Löw – die einzige Branche, bei der jeder zuhause alles besser weiß als derjenige, der die Verantwortung trägt. Eigentlich müsste das doch interessant sein. Als ich als 30-Jähriger entschieden habe, zur AOK zu gehen und nicht die für mich angelegte Karriere im Hochschulbereich zu verfolgen, haben alle meine Bekannten und Freunde den Kopf geschüttelt und gesagt „Jetzt isser verrückt geworden!“. Später, als es die Karriereleiter hinaufging, sind die Stimmen, die das Ganze für langweilig hielten, deutlich leiser geworden. Wir müssen die Gesundheitspolitik auch als interessant verkaufen, nicht nur immer als Jammertal. Nichts ist langweilig, jeden Tag ist etwas anderes auf der Tagesordnung. Man kann das beklagen, aber mir macht es Spaß. Und von diesem Spaß muss man auch an andere etwas weitergeben.

A. Kloepper: Könnte die aktuelle Situation, auch die aktuelle Bedrohungslage, dazu führen, dass die soziale Selbstverwaltung neu gegriffen wird? Sehen Sie dazu erste Keime?

F. Knieps: Ich befürchte, noch überwiegt die betonierte Abwehrhaltung nach dem Motto. „Jetzt zeigen wir es dem Minister!“ Ich glaube die Akteure irren, wenn sie glauben, mit dieser Art von politischen Auseinandersetzungen würden sie das Problem lösen. Nochmal: Es muss auch vor der eigenen Haustür eine Menge Dreck gekehrt werden, da liegt für mich der Schlüssel zur Lösung.

Dass ich es persönlich ablehne, dass Jens Spahn den Verwaltungsrat des GKV-SV nur mit Hauptamtlichen bestücken will, muss ich nicht besonders betonen. Das halte ich gesellschaftspolitisch für sehr gefährlich. Dass es aber auch anders geht, sieht man in unserem Haus. Unser Aufsichtsrat ist zur einen Hälfte mit Ehrenamtlichen, zur anderen Hälfte mit Vorständen aus den Kassen besetzt. Wir haben interne Regelungen, wo die ehrenamtlichen die Letztentscheidungskompetenz haben, sie können bei Struktur- und Personalentscheidungen nicht überstimmt werden. Wir haben durchaus auch manchmal harte Dis-

kussionen zwischen der Sicht der Haupt- und der Sicht der Ehrenamtlichen, aber insgesamt funktioniert es. Ich will das jetzt nicht als Modell für den GKV-SV empfehlen. Auch bei uns ist die Beschlusslage eindeutig, wir wollen nicht, dass da die Hauptamtlichen herein kommen. Aber ich befürchte, dass eine konfrontative Haltung weder zur Erneuerung nach innen beiträgt, noch zur Überzeugungsarbeit in Richtung Politik.

Es ist ja nicht allein Jens Spahn, der ein Problem mit der gegenwärtigen Performance der Selbstverwaltung hat. Hinter den Kulissen hört man deutliche Kritik an der Art der Präsentation, der Art der Kommunikation und der Bräsigkeit mit der an Ritualen festgehalten wird, die inhaltsleer sind.

Ich denke, dass jetzt, nach dem Schlagabtausch und dem möglichen Zurückrudern bei der Spahnschen MDK-Reform darüber geredet werden muss, wie die Abläufe sind und wie man sich auf die Digitalisierung einstellt – und welche Leute es dafür braucht. Ich sehe mich da in der Pflicht, dass meinen Selbstverwaltern nahezu legen. Wenn der Nutzer durch Druck auf sein Smartphone entscheidet, was passiert, dann ändert das auch sein Verhältnis zu seinen Vertretern in der Selbstverwaltung.

A. Kloepper: Gleichzeitig hat man den Eindruck, dass sich die gemeinsame Selbstverwaltung in Berlin sehr weit von der Versorgungsrealität entfernt hat. Ich mache das an ein paar Beispielen und Beobachtungen fest: Ich habe das Gefühl, dass bestimmte Diskussion in Berlin sehr überfrachtet von Funktionären geführt werden, bei denen Menschen, die in der Fläche tatsächlich Verantwortung tragen ganz schnell pragmatische Lösungen finden würden. Das scheint es eine Metadiskussion zu geben, die, je näher man sich der Versorgungsrealität nähert, immer weniger Tragfähigkeit besitzt.

F. Knieps: Das ist aber keine neue Entwicklung. Das ist mir vor dreißig Jahren schon genauso vorgekommen. Es ist natürlich klar, dass man in Berlin auf einer Metaebene arbeitet. Man hat eine Sicht von oben auf das System

und sieht nur die großen Linien. Das aber manche Linie ins Nirwana führt oder das Versorgungssituationen völlig ohne Anbindung an das System sind, das sieht man aus dieser Perspektive nicht. Dafür ist für mich eigentlich die Selbstverwaltung da, das diese von unten reflektiert und sagt: „Freunde, aus der Sicht meines kleinen Dorfes in der schwäbischen Alb gehen eure Diskussionen über stationäre Überversorgung völlig an der Realität vorbei.“

Das heißt noch nicht, dass ich mich für das konkrete Krankenhaus auf der schwäbischen Alb einsetzen muss, bedeutet aber, dass ich ein kombiniertes digitales, ambulantes Ertüchtigungskonzept brauche, wenn ich dieses Haus zumachen oder besser umgestalten will. Solche Debatten führen wir zu wenig, das stimmt schon. Berlin Mitte ist noch einmal mehr eine Käseglocke geworden, als es Bonn schon war. Die Erwartungshaltung, dass nach dem Umzug die Menschen, die die politischen Entscheidungen treffen, mit der sozialen Realität von Kreuzberg, Lichtenberg oder Neukölln konfrontiert werden, ist völlig daneben gegangen. Diese Menschen waren oft noch niemals in den drei genannten Stadtteilen und können sich gar nicht vorstellen, dass die Versorgung außerhalb von Berlin Mitte anders ist als innerhalb. Wenn die dann noch aus Düsseldorf, Freiburg oder Tübingen kommen, dann sehen die niemals die Versorgungsrealität. Ich glaube aber nicht, dass sich das im Gegensatz zu früher so stark verändert hat.

Ich glaube aber, dass wir ein völlig falsches Leitbild von der gesundheitlichen Versorgung haben. Wir haben ein Leitbild einer Arzt-Soap-Opera: Der Patient hat ein schweres Problem, wird mit dem Rettungswagen eingeliefert, und nach 45 Minuten haben heroisch kämpfende Ärzte und Schwestern dem Patienten das Leben gerettet, haben ihn geheilt, und er geht fröhlich pfeifend nach Hause. Das ist aber nicht die Realität. Sie haben ja zurecht darauf hingewiesen, dass 80 Prozent der Aktivitäten sich um chronische Erkrankungen und Multimorbidität drehen. All das kommt aber außer in ein paar Nebensätzen im SGB V nicht vor.

Das Bild der Selbstverwalter vom Gesundheitswesen ist stark geprägt von einer Heilung, die gar nicht stattfindet. Chronische Erkrankungen sind eben ein Dauerphänomen. Dazu kommen dann noch die Sektorierung des Systems und die Trennung von gesundheitlichen und sozialen Leistungen. Häufig ist ja das, was ein chronischer Patient braucht, mit den Leistungen des SGB V nicht zu umschreiben. Da kommen das SGB IX und das SGB XI ins Spiel – oder auch soziale Leistungen der Kommunen oder der freien Wohlfahrtspflege. Das alles ist aber nur in Randgebieten vorgesehen, und es bedarf eines ungeheuren Einsatzes von Leuten, die etwas vor Ort ändern wollen, um alle zum Mitmachen zu überreden. Ich habe höchsten Respekt vor den Leuten, die das machen. Aber auch hier gilt: Die Rahmenbedingungen sprechen dagegen: Sie belohnen den Arzt, der Kniegelenke repariert, der Stents setzt... wir bezahlen Technik, aufwendige Eingriffe. Und kein Wunder, da sind wir Weltmeister, zumindest bei der Anzahl. Ob auch bei der Qualität, das ist schon wieder eine andere Frage.

A. Kloepper: Ich habe das Gefühl, dass in der aktuellen Legislaturperiode die Herausforderungen kulminieren, vor allem auch auf Grund der immer schneller fortschreitenden Digitalisierung. Kann die schwierige Situation, mit der wir uns jetzt konfrontiert sehen, für die Selbstverwaltung auch eine Chance sein. Kann also die Selbstverwaltung aus der jetzigen Situation auch gestärkt hervorgehen? – Und wenn ja, wie?

F. Knieps: Als Rheinländer bin ich natürlich Berufsoptimist und sehe das Glas immer halbvoll und niemals halbleer. Sie können also nicht von mir erwarten, dass ich mit „nein“ antworte. Sonst müsste ich mir auch die Frage stellen, was ich hier eigentlich tue, und müsste meine Stuhl für jemanden räumen, der zumindest „ja, aber“ sagen könnte. Ich bin aber auch kein Fantast, es gibt das Patentrezept nicht.

Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass wir nur über eher wettbewerbliche Komponenten aus dem Spiel herauskommen. Diesen Weg hat die Politik aber seit minde-

stens anderthalb bis zwei Legislaturperioden verlassen. Mit dem Ende von Ulla Schmidt kam auch das Ende der Philosophie, die Akteure in einen schärferen Wettbewerb zu entlassen und die dabei entstehenden Unterschiede – die ja häufig nur auf Zeit sind – zu akzeptieren. Das begann auch schon in der Spätphase von Ulla Schmidt, dass sie das nicht mehr akzeptieren wollte. Es wurde immer schwerer, sie davon zu überzeugen, dass es Sinn macht, den Leuten mehr Spielraum zu lassen und es auch mal zu ertragen, dass der Herr Klusen die Dinge anders macht als der Herr Hermann. Ich kann damit nach wie vor gut leben, denn die Menschen haben ein Wahlrecht. Es ist vielleicht zynisch zu sagen, sie haben in der schwäbischen Alb die Wahl sich in der Charité versorgen zu lassen, das haben sie natürlich nicht. Aber sie haben die Wahl zwischen Kassen, die ihnen die Versorgung organisieren. An vielen Ecken und Enden gibt es da Fehlanreize im Wettbewerb, aber ich würde mich trotzdem nicht von der Idee verabschieden wollen, dass die Kassen eine Gestalterrolle haben und wir da Differenzierung zulassen.

Ich kann damit leben, wenn der Christopher Hermann etwas anderes als die Daimler-BKK macht. Und wenn der Patient meint, dass die eine Kasse etwas besser macht, dann können sie da hingehen. Daraus folgt für mich nicht zwingend, dass alle das Gleiche machen müssen. Wenn ein Konsens erzielt werden könnte, wie beispielsweise in einzelnen Vorschriften des Digitale-Versorgung-Gesetzes, dass wir endlich wieder etwas entwickeln dürfen, dass wir sogar bewerben und die Versicherten ansprechen dürfen, dann könnte darin eine neue Rolle für die Kassen liegen, die enger an die Versorgung geknüpft wäre als heute, die Unterschiede produziert, Vergleiche herstellt und zu einem Innovationsklima führt. Es ist ja nicht so, als würden Vorstände per se sagen, dass sie nichts tun wollen. Aber sie werden von der Aufsicht drangsaliert, sie werden widersprüchlichen Regulierungen ausgesetzt, wissen auch nicht immer, wohin der Herr Minister denn will. Will er jetzt ein Bundesamt für Krankenkassen oder einen intensiveren Wettbewerb mit unterschiedlichen Angeboten. Da muss er schon einmal klar werden.

A. Kloepfer: Die soziale Selbstverwaltung wäre dann eine Art Realitätscheck: Finden die Angebote, die von den Kassen entwickelt werden, in der Klientel der Kassen Wiederhall? Die gemeinsame Selbstverwaltung wäre die Institution, in der man die faktische Umsetzung für solche Ansätze praktizieren könnte.

F. Knieps: Zumindest dann, wenn der Kollektivvertrag ins Spiel kommt. Ich bin ja der Meinung, es müsste einen viel größeren Spielraum für Selektivverträge geben. Aber dann auch einen schnelleres und systematischeres Vorgehen, wenn es darum geht, gut laufende Selektivverträge in die Regelversorgung zu übernehmen. Aber heute haben wir ja de facto nach wie vor einen Kampf der Kollektivvertragsparteien beider Seiten gegen die Selektivverträge.

Nochmal zur sozialen Selbstverwaltung: Da müssen sich die Trägerorganisationen engagieren. Es muss wieder eine Ehre und karrierefördernd und auch eine intellektuelle Herausforderung sein, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren. Ich will da keine Abnicker. Mir ist jeder Agile da lieb! Ich finde es richtig gut, wenn manche Selbstverwalter frech werden und wenn die sich beschweren. Das sieht aber nicht jeder im System so.

A. Kloepfer: Vor diesem Hintergrund könnte der Rechtfertigungsgrund, der aktuell auf dem Selbstverwaltungssystem lastet, auch eine Chance sein, sich neu zu positionieren.

F. Knieps: Wenn nicht, dann wird es irgendwann abgeschafft. Die Selbstverwaltung ist ja nicht der gottgegebene Zustand in allen Sozialversicherungssystemen. In Österreich hat die schwarz-blaue Koalition die Selbstverwaltung schon vollständig kastriert. Da tanzen jetzt alle nach der Pfeife des Ministeriums. So viele Schritte braucht es nicht für die Umwandlung des GKV-SV in ein Bundesamt für Krankenversicherung. Und da finden ja viele kleine Schritte statt, Beim GKV-SV soll jetzt ein zentrales Versichertenverzeichnis angelegt werden, um den Onlinezu-

gang zu ermöglichen. Nachtigall, ick hör dir trapsen. Das Verzeichnis könnte problemlos über eine Cloud bei der Gematik angesiedelt werden. Aber nein, es soll mit zehn, fünfzehn Stellen beim GKV-SV angesiedelt werden. Irgendwann kommt das Bundesamt.

A. Kloepfer: Lieber Herr Knieps, herzlichen Dank für das Gespräch. Wir unterhalten und dann in ein paar Jahren nochmal drüber, wie es mit der Selbstverwaltung weitergegangen ist.

F. Knieps: Gerne!



Das Gespräch mit Franz Knieps steht unter www.ix-media.de/radio auch in einer leicht erweiterten Audio-Version zur Verfügung.

Das Ende der Selbstverwaltung

Prof. Dr. Andrew Ullmann,
Obmann des Ausschusses
für Gesundheit, FDP



Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen steht derzeit unter politischem Dauerfeuer. Zu Recht? Ist die Selbstverwaltung zum Problem geworden? Ist sie noch funktionsuntüchtig? Passt sie überhaupt in ein digitalisiertes 21. Jahrhundert? Kann die Selbstverwaltung sich behaupten? Oder geht eine lange Tradition dem Ende zu? Und wäre dieses Ende zum Wohl der Patientinnen und Patienten?

16 Gesetzentwürfe in 16 Monaten, schreibt sich ein Bundesminister auf seine „Habenseite“. Fleißig. Und wichtig. Ein ganz persönliches Faustpfand in Zeiten, in denen wir heute nicht wissen, ob wir morgen noch eine Bundesregierung haben und wer dann antritt, um dieses Land an der Spitze einer kommenden Regierung führen zu wollen.

Die Themenbereiche stimmen – auch aus Sicht der Opposition im Bundestag: Pflege, ambulante Versorgung, Organspende, Digitalisierung, Notfallversorgung, um einige zu nennen. Dort liegt manches im Argen. Vieles könnte besser laufen und schneller! Doch ist das die Schuld der Selbstverwaltung? Dem Agieren des Ministers nach zu urteilen: ja! Ankündigungsgemäß liefert er ein Mehr an politischen Vorgaben. Ein Blick in das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) oder das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) genügt: kleinteilige Regulierung, die andere kleinteilige Regulierung ersetzt.

Aber kann das Setzen von penibelsten Vorgaben überhaupt Aufgabe von Regierung und Parlament sein? Wäre es nicht besser, wenn es in Bundestag und Bundesrat um Richtungen und Strukturen ginge? Um Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Gesundheitswesen zum Wohle der Patientinnen und Patienten? Und wäre es dann nicht die Aufgabe der Selbstverwaltung, diesen gesetzten Rahmen auszufüllen?

Die Selbstverwaltungsstrukturen in Deutschland sind historisch gewachsen und ein Stück weit besonders. Einen wesentlichen Teil davon bilden die Berufskammern. Freilich mutet die Pflichtmitgliedschaft in einer solchen Kammer aus heutiger Sicht merkwürdig an. Aus historischer Perspektive war die Selbstverwaltung in den Kammern zusammen mit der kommunalen Selbstverwaltung ein Vorbote der demokratischen Umgestaltung des Gesamtstaates, die in ihrer Gänze bis zur Gründung der Weimarer Republik auf sich warten ließ. Die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben durch nach demokra-

tischen Grundsätzen gewählte Repräsentanten und Gremien innerhalb einer öffentlich-rechtlichen Rahmenordnung war eine Neuerung, deren wegweisende Bedeutung nicht unterschätzt werden darf. Die Selbstverwaltung hat sich seither stetig weiterentwickelt. Es sind längst nicht mehr nur die Berufskammer in den Ländern, die als Bindeglied zwischen Staat und Gesellschaft wirken.

Die Verfasstheit der Selbstverwaltung erlaubt es dabei nicht nur, ihnen staatliche Organisationsaufgaben zu übertragen; es ist wegen der größeren Sachnähe und des vorhandenen Fachverständes ihrer Mitglieder höchst sinnvoll. Mehr noch: Es bedeutet ein Stück Freiheit, mit der zweifelsohne auch Verantwortung verbunden ist.

Manch politische Akteure scheinen dieser Freiheit zu misstrauen. Andere meinen vielleicht, dass sie es besser wissen und können. Wieder anderen geht es zu langsam. Die Ergebnisse aus der Politik: Statt die Ursachen für vorhandene Probleme im Gesundheitswesen anzugehen, werden Symptome oberflächlich bekämpft. Kleinteilige Gesetze folgen auf kleinteiligen Gesetzen. Nicht erst seit der aktuelle Gesundheitsminister im Amt ist. Mit jeder „Reform“ wächst der Unmut. Nicht nur bei den beteiligten Akteuren, den Angehörigen der Heilberufe, der Industrie, den Krankenversicherungen – sondern vor allem auch bei den Patientinnen und Patienten.

Wir haben heute im Gesundheitswesen eine Regulierungsdichte und Regulierungsgeschwindigkeit erreicht, die es den Adressaten, den Betroffenen, den Bürgerinnen und Bürgern kaum mehr möglich macht, zu verstehen, was von den Ministerien in die Parlamente gegeben und von dort - zum Teil mit „Arbeitsaufträgen“ versehen – weitergereicht wird. Dabei handelt es sich nicht nur um ein Kommunikationsproblem, welches sich mit gefälligen Gesetzesnamen lösen lässt. Es ist vielmehr eine Frage von Transparenz und Verständlichkeit von Gesetzen selbst, die es zu hinterfragen gilt.

Die Selbstverwaltung wurde bereits zu großen Teilen an die Kette gelegt. Sie wurde zum Bittsteller der Ministerien und Parlamente. Sie ist in vielen Bereichen zum Ausführungsorgan höchst komplexer Gesetze geworden, denen sie nur durch ein Heer von Verwaltungsjuristen beikommen kann. Nicht verwunderlich ist, dass es gerade diese Bereiche sind, in denen der Bundesgesundheitsminister zeitnahen Vollzug beklagt.

Aber das reicht offenbar noch nicht: Wer die Diskussion zur Liposuktion verfolgt, wer die Gesetzentwürfe aus dem Bundesministerium für Gesundheit studiert, muss feststellen, dass auch die Erbringung und Erstattung ärztlicher Leistungen plötzlich zur politischen Disposition des Ministers stehen sollen. Staatsmedizin ohne wissenschaftliche Evidenz. Wer in den Entwurf der Bundesregierung zum Implantateregister-Einrichtungsgesetz schaut, kann im sogenannten fachfremden Teil die Überbleibsel der Kastration der Selbstverwaltung noch erkennen, die die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass von Verfahrensregeln für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung oder die Regelungen zur Beanstandung bedeuten. Wir der Minister demnächst die Fachaufsicht über die Selbstverwaltung übernehmen?

Auch der Entwurf zum Faire-Kassenwahl-Gesetz sieht neben der Reform des Risikostrukturausgleichs und weiteren Regelungen, die einen fairen Wettbewerb der Kassen untereinander sichern sollen, Eingriffe in die Selbstverwaltung vor. So ist im Entwurf des Ministers vorgesehen, die Verwaltungsräte des GKV-Spitzenverbands völlig neu zusammenzusetzen. Demokratisch legitimierte Vertreterinnen und Vertreter sollen durch hauptamtlich tätige Vorstandsmitglieder ersetzt werden. Das geht zu Lasten einer sozialen Selbstverwaltung. Die Ironie: Der sozialdemokratische Koalitionspartner blockiert dieses Gesetzesvorhaben – aber nicht wegen des damit verbundenen Eingriffs in die Selbstverwaltung, sondern wegen

der Öffnung der Ortskrankenkassen, die mehr Wettbewerb bringen soll.

Gründe für die fortwährenden Eingriffe in die Selbstverwaltung und ihre „Behördisierung“ sind die Hybris vieler in der Politik, selbst alles besser und schneller zu können, alles planen und steuern zu müssen und der Wunsch, schnelle Erfolge zu erzielen und „dem Wähler“ damit zu gefallen. Alles Übrige wird mit Geld zugeschüttet. Begründet liegen die Eingriffe allerdings auch in einer starren Selbstverwaltung, die sich noch nicht ausreichend modernisiert hat und zu sehr auf alt Hergebrachtem beharrt.

Die Ursachen zu ergründen und diese anzugehen, ist dagegen schwierig, zeitaufwendig und oftmals unpopulär – sowohl auf der politischen Ebene als auch in der Selbstverwaltung. Denn wirkliche Lösungen in einer sich verändernden Welt erfordern vielfach auch strukturelle Veränderungen, wirkliche Reformen und neues Denken, um eine hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger auch in Zukunft zu gewährleisten.

Klare ordnungspolitische Rahmen und verständliche Richtungsentscheidungen eröffnen die Chance, viel regulatorischen Ballast abzuwerfen, Bürokratie und Gängelung loszuwerden und Freiheit und Unabhängigkeit zu gewinnen. Die Selbstverwaltung ist dabei ein unverzichtbarer Partner. Sie kann Motor des Fortschritts sein. Es reicht nicht, sich zum Fan der Selbstverwaltung zu erklären, wie es unser Bundesminister tut. Die Selbstverwaltung muss Vertrauen und Freiräume erhalten. Diese Freiräume und das Vertrauen müssen dann aber auch sinnvoll und im Sinne der Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Eines ist klar: Ein Strukturkonservatismus, so verständlich der Wunsch nach Erhalt von Vertrautem sein kann, begünstigt ein fatales „Weiter so“. Das gilt für die politischen Entscheider wie auch für die Selbstverwaltung; es führt zu einem fatalen Teufelskreis: Mehr politische Vorgaben, weitere kleinteilige Gesetze, die kleinteilige

Gesetze ersetzen, führen zu weniger Freiheit, weniger Vertrauen, weniger Verantwortung und das wiederum führt dazu, dass weitere politische Vorgaben für nötig gehalten werden und also die Regulierungswut die Schlinge noch enger um den Hals der Selbstverwaltung zieht.

Ob am Ende einer solchen Entwicklung auch das Ende der Selbstverwaltung steht, ist ungewiss, aber wahrscheinlich. In einem Land, in dem Regierungsmitglieder, Ministerialbeamte und nicht zuletzt Parlamente, alles kleinteilig vorgeben, weil sie glauben, es besser zu können als ihre Bürgerinnen und Bürger, wer braucht da eigentlich noch eine unabhängige und leider sehr schwergängige Selbstverwaltung?





Herausgeber:

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit



Druck:

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 25. Jahrgang 2019, Ausgabe 3 · 2019, Erscheinungsdatum: 30. August 2019.

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Der Durchbruch? – Die Digitalpläne des BMG aus dem Blick der Akteure**
- **Potentiale von Gesundheitsregionen**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Die Zukunft der Notfallversorgung**
- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

