

Es gehört landläufig ebenso zur Mechanik der Politik, Inhalte durch Symbole zu ersetzen wie Verantwortung zu verlagern – am besten auf die nächst höhere Ebene. Die Debatten werden dann technokratisch dividiert und lösen sich vom Problem. Darin liegt zweifellos auch eine Chance. Werden die Teile aber nicht politisch zusammengebracht und Kompetenzen vor Ort gestärkt, blüht Zentralismus. Für die Gesundheitspolitik etwa lässt sich das gut verfolgen: Hier befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss isoliert mit Leistungsbewertung und Qualitätsrichtlinien, die Vergütungssysteme werden von InEK und InBA bewegt und die Finanzierung regelt der Gesundheitsfonds beim BVA. Die Verantwortung der Beteiligten vor Ort konzentriert sich weithin auf Residualgrößen: etwa auf Zusatzbeiträge für die Versicherten oder Abstaffelungsgrenzen beim Arzt. Überschreiten sie ihre Spielräume, lernen sie das Wesen des Zentralismus schnell nähern kennen. Da fast alle relevanten Aspekte verrechtlicht sind und zentral entschieden werden, umtobt die Politik ein Herr von Lobbyisten. Hier wird der Verteilungskampf schneller geführt, als dass Leistung vor Ort sich tatsächlich lohnte. Von daher ist bei Zentralismus der Managementerfolg vor Ort weithin eigentlich das Ergebnis permanenter politischer Entscheidungen und ihrer Beeinflussung.

Dazu gehört aber zweifellos auch die Forderung nach Deregulierung und föderalen Spielräumen. Schließlich muss ein Nachdenken die Folge sein, wenn etwa durch zentrale Entscheidungen trotz Finanzkrise und notwendiger Beitragssatzerhöhung Milliarden Euro zusätzlich in das ärztliche Vergütungssystem gelenkt werden, ohne dass zumindest temporär Ruhe an der Lobbyfront einkehrt. Hat der Zentralismus in der GKV seinen Höhepunkt von daher zumindest vorübergehend überschritten? Wie anders will man die gesetzliche Selbstverpflichtung der Politik zu einem „einfachen und gerechten Honorarsystem“ verstehen? Denn damit scheidet insbesondere eine weitere inhaltliche Zuspitzung der gesetzlichen Regelungen zur „Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ (MGV) der Ärzte aus. Diese Regelungen haben einen Grad an Komplexität erreicht, der jeden inhaltlichen Eingriff im Sinne des politisch Gewollten unkalkulierbar machte. Gemeint sein kann nur „Deregulierung“ unter Stärkung föderaler Elemente, die das Übermaß an technokratischem Zentralismus reduziert und die abschließende Bestimmung des Volumens der Gesamtvergütungen wieder subsidiär in die Hände der Gesamtvertragspartner legt. Nur wenn hier wieder im Land selbst „verhandelte“ Verträge zustande kommen können, wird Stabilität ermöglicht. Die föderale Struktur eines auf Verständigung beruhenden Vertragssystems der GKV ist mit dem derzeitigen Schiedsamts-Zentralismus des Erweiterten Bewertungsausschusses, für den geschäftsmäßig „Verschwiegenheitspflichten“ gelten, nicht vereinbar. Dafür ist der milliardenteure Nachweis erbracht. Auch vorläufige Ergebnisse aus Versuchen, ambulante Morbiditätsänderungen

zu messen, müssen als ein Element in die Verhandlungen der Gesamtvertragspartner eingehen. Bisher wurden Quoten als Ausdruck der Morbiditätsentwicklung aufgrund nicht verwendbarer Messungen ergebnisorientiert „politisch“ festgelegt. Dies wird der Funktion des Bewertungsausschusses nicht gerecht. Er soll künftig wieder auf die Aufgabe konzentriert werden, Vergütungsrelationen der Leistungen des EBM zuverlässig zu bestimmen und ggf. neue Leistungen in den EBM einzupreisen. Im Gegensatz dazu müssen Fragen des Tarifriveaus von den Gesamtvertragspartnern selbst entschieden werden. Einer ärztlichen Tarifpolitik als zentralistischem Dauerschiedsverfahren fehlt es zudem nicht erst an demokratischer Legitimation, wenn sich ihre Beschlüsse einem angemessenen Verständnis der Betroffenen gelinde gesagt entziehen.

Bei der ärztlichen Vergütung steht die Politik nun an einer Weggabelung. Geht sie wirklich den Weg eines „einfachen und gerechten Honorarsystems“, das Vergütungen auf das Patientenproblem bezieht und nicht unabhängig davon auf immer mehr Leistungen, die dann wieder abgestaffelt werden müssen? Dann müssen die Gesamtvertragspartner selbst zahlreiche Verhandlungselemente in Einklang bringen. Oder geht die Politik den zentralistischen Weg weiter, um nicht zu sagen zu Ende? Dann würden die Mittel aus dem Gesundheitsfonds in einer Kaskade von der Bundesebene aus „aufgeteilt“. Auch wenn Niveau und Struktur ärztlicher Diagnosen trotz künftiger Kodierrichtlinien amorph bleiben, würden die Gesamtvergütungen der regionalen Vertragspartner von über 33 Mrd. Euro danach zentralistisch verteilt. Ein solches „Aufteilungsmodell“ verstrickt die Krankenversicherung weiter in einer Welt, in der es den Vertragspartnern vor Ort nicht möglich ist, ihre Belange mit den erforderlichen Spielräumen selbst fortzuentwickeln. Vielmehr werden im Ergebnis „morbiditätsbedingter“ Zuweisungen des BVA an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eben „morbiditätsbedingt“ an die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgereicht, ohne dass sich die tatsächlichen Verhältnisse der Inanspruchnahme der Versicherten auswirken. Das ist wie später Günther Mittag im Off-Label-Use.

Wer aber eine Verantwortung vor Ort nicht ermöglicht, wird sich nur immer neue Forderungen einhandeln. Und diese Forderungen richten sich an zentrale Entscheidungen und ihre zentrale Finanzierung. Das mitteleuropäische Ergebnis ist – ganz ohne Bambus - Verstaatlichung, Herr Dr. Rösler!

Karl-Heinz Schönbach