

Positionspapier zur Reform des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen

Präambel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die tradierte Form der ärztlichen Selbstverwaltung und Folge der Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Vertragsärzteschaft. Vertragsärzte übernehmen die Kollektivrisiken der Gesellschaft – Krankheit, Pflegebedürftigkeit und krankheitsbedingte Devianz – und lösen diese in der konkreten Interaktion mit den Patienten auf. Der Vertragsarzt wägt die Faktoren „Kosten“ und „Behandlungsintensität“ in jedem Einzelfall gegeneinander ab und betreibt damit die sogenannte grenzrisikennahe Versorgung, die ihm mit den WANZ-Kriterien („Wirtschaftlichkeitsgebot“ des § 12 SGB V: wirtschaftlich, angemessen, notwendig und zweckmäßig) auferlegt wird. Dafür erhält er die Autonomie der Selbstverwaltung gegenüber Staat, Krankenkassen und Patienten. Diese Autonomie ist seit jeher durch staatliche Steuerungsphantasien gefährdet. Zahlreiche gesetzliche Eingriffe haben diese Autonomie in den letzten Jahren beschnitten. Nunmehr wird diese Schwächung durch Angriffe aus den eigenen Reihen verstärkt.

Daher ist eine Debatte um das Selbstverständnis und die Struktur der Selbstverwaltung unumgänglich. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat hierfür zentrale Forderungen, die die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der ärztlichen Selbstverwaltung sicherstellen.

Stärkung der ärztlichen Basis

Die 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz durchgesetzte Organisationsreform der Kassenärztlichen Vereinigungen hat zu einer Schwächung der regionalen Interessensvertretung innerhalb der KVen und zu einer Entfremdung der ärztlichen Basis von der Selbstverwaltung geführt. Daher muss die Vertretung auf Ebene von regionalen Unterstrukturen (z.B. Kreise, Bezirke) gestärkt und die Vertreterversammlung gegebenenfalls vergrößert werden. Durch eine stärkere Verwurzelung auf regionaler Ebene wird die Basis besser in Entscheidungsprozesse eingebunden. Derart getroffene Entscheidungen erreichen somit einen höheren Grad der Legitimation. Zudem bekommen echte Versorgungsthemen wieder mehr Bedeutung, während der Hausarzt-Facharzt-Konflikt, der auf lokaler Ebene keine Rolle spielt, entschärft wird. Dabei müssen Regelungen zum Minderheitenschutz getroffen werden. Um die Stärkung der ärztlichen Basis auch in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu tragen, werden zukünftig nicht mehr die hauptamtlichen Vorstände entsandt, sondern die Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

Professionalisierung und Klärung des Rollenbildes der KV-Vorstände

Kassenärztliche Vereinigungen sind in das Sozialrecht eingebundene Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Die entsprechenden Behörden auf Bundes- und Landesebene üben ihre Rechte und Pflichten als Aufsicht aus. Aus diesem Grunde sind KVen zur Einhaltung der Grundsätze guter Unternehmensführung verpflichtet, wie sie sich aus dem „Public Corporate Governance Kodex“ des Bundes ableiten.

Mit der Einführung der Hauptamtlichkeit haben die Vorstände in den KVen die Funktion der Geschäftsführung übernommen, die über Milliardensummen entscheidet. Hierfür werden sie auch wie Manager vergütet. Sie sind damit aber nicht mehr Teil der Selbstverwaltung, sondern von ihr angestellte Mitarbeiter, zuständig für das operative Geschäft. Die Aufsicht über den Vorstand übt die Vertreterversammlung, insbesondere durch ihren jeweiligen Vorsitzenden aus. Dieser Wandel wurde aber nicht in allen Fällen vollzogen. So sehen sich einige KV-Vorstände nach wie vor als ehrenamtlich tätige Vorstände und verwischen diese Arbeitsteilung, indem Aufgaben und Rechte der Vertreterversammlung und der Vorsitzenden der Vertreterversammlungen entweder übernommen oder beschränkt werden. Vorstände von KVen üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Dies schließt eine Nebentätigkeit aus. Bei der Auswahl von Vorständen ist demzufolge vor allem die berufliche Qualifikation der Kandidaten nachzuweisen und zu berücksichtigen. Ist ein gewählter Vorstand einer KV auch Mitglied einer KV, so muss er für die Dauer seiner Amtszeit die ärztliche Tätigkeit ruhen lassen. Die Amtsperiode des Vorstandes einer KV ist idealerweise nicht an die Wahlperiode der Vertreterversammlung gebunden.

Die Wahl eines Vorstandes erfordert die Mehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung („absolute Mehrheit“); die Abwahl eines Vorstandes benötigt in einem zweistufigen Verfahren ebenso die Mehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung. In einer ersten Abstimmung wird über das Abwahlverfahren entschieden, das in einem zweiten Wahlgang durchgeführt wird. Zwischen diesen beiden Wahlgängen müssen mindestens vier Wochen liegen. Im Falle der Abwahl eines Vorstandsmitgliedes hat eine Klage gegen diese Abwahl keine aufschiebende Wirkung.

Bestehende Hürden, wie etwa eine Zweidrittelmehrheit in einem zweistufigen Abwahlverfahren des Vorstandes und eine Dreiviertelmehrheit für eine Satzungsänderung haben sich als nicht tauglich erwiesen. Deshalb sollte für Satzungsänderungen durchgehend das Erfordernis einer Zweidrittelmehrheit eingeführt werden.

Bedeutung der eigenständigen Aufsicht im KV-System

Die Geschäfts- und Amtsführung des Vorstandes wird von der Vertreterversammlung überwacht. Hierfür haftet die Vertreterversammlung, insbesondere deren Vorsitzende. Die Vertreterversammlung ist das demokratisch gewählte Abbild der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Ihre wichtigste Aufgabe ist, einer Entfremdung eines professionalisierten, hauptamtlichen Vorstandes von der Basis entgegenzuwirken und ihn zu beaufsichtigen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, haben die Vertreterversammlung und deren Vorsitzende das Recht auf eine unabhängige juristische Beratung. Die Beratung durch Juristen der KV, die disziplinarisch dem Vorstand unterstellt sind, ist möglich, aber in manchen Fällen nicht ausreichend. Daher müssen der Vertreterversammlung und deren Vorsitzenden insbesondere die erforderlichen Mittel für eine unabhängige juristische Beratung bereitgestellt werden.

Auswirkung auf die KBV-Vertreterversammlung und die Aufgabenbereiche der KBV

Die KBV auf Bundesebene muss eine schlagkräftige Lobbyorganisation sein. Weiterentwicklung der Gebührenordnung, Gestaltung der Rahmenverträge und der Bundesgesetzgebung sind dabei ihre Hauptaufgaben. Versorgungsrelevante Fragen sind nach dem Grundsatz „besser regional als zentral“ im Sinne einer besseren und effizienteren Versorgung vor Ort zu regeln.

Die Fachaufsicht über den KBV-Vorstand steht einzig und allein der KBV-Vertreterversammlung zu und wird ganz wesentlich von den gewählten Vorsitzenden der Vertreterversammlung ausgeübt. Diese Aufsichtspflicht ist nicht delegierbar oder ersetzbar. Eine außerhalb der Selbstverwaltung stattfindende Fachaufsicht wird abgelehnt.

Für die Aufsichtspflicht gilt gleichermaßen das, was für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt: Die gewählten Vertreter der KBV-Vertreterversammlung sind ihren Vertreterversammlungen und damit mittelbar den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet. Daher ist es nur folgerichtig, wenn die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der KVen (anstatt wie bisher die hauptamtlichen Vorstände) in die Vertreterversammlung der KBV entsandt werden.

Diese Konstellation sichert gleichermaßen Kompetenz wie auch Budgetverantwortlichkeit, da die VV-Vorsitzenden einerseits in die laufenden Geschäfte des jeweiligen KV-Vorstandes eingebunden sind und andererseits alle finanzrelevanten, auf Bundesebene getroffenen Entscheidungen in den eigenen Vertreterversammlungen umsetzen müssen.

Ein Gremium zur Organisation des KV-Systems und zur Vertretung der hauptamtlichen KV-Vorstände ist durch Satzungsänderung der KBV zu schaffen.

Berlin, im Februar 2016

NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin