

Das Berliner Abkommen im Licht der historischen Entwicklung

Das Berliner Abkommen von 1913 leitete eine Entwicklung ein, in der die Beziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen auf eine neue institutionalisierte Grundlage gestellt und in einen Regelungsrahmen integriert wurden, in dem staatliche Rechtssetzung und eigenverantwortliche Selbstgestaltung durch die privaten Akteure miteinander kombiniert wurden.

Diese Entwicklung wird in dem hier gehaltenen Vortrag näher vorgestellt. Die Ausführungen setzen ein mit der Krankenversicherungsgesetzgebung 1883 und enden 1932, als das Kassenärztesystem eine Regelungsform erhielt, die in den Grundzügen auch die Zeit der Bundesrepublik prägen sollte. In den Veränderungen, die sich in dieser Zeit im Kassenarztrecht vollzogen, spiegelten sich Umbrüche, die das gesamte Rechts- und Gesellschaftssystem ergriffen hatten. Die Entwicklung der rechtlichen Gestaltung der Beziehung von Ärzten und Krankenkassen soll also im Kontext übergreifender Trends veranschaulicht und auf diesem Wege auch besser nachvollziehbar gemacht werden. Folgende Aspekte spielen dabei eine besondere Rolle.

Entwicklung regulierter Selbstregulierung: Seit Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten sich vielfältige Formen der Rechtssetzung und Rechtsdurchsetzung durch nichtstaatliche oder halbstaatliche Akteure (Kartelle, Berufs- und Wirtschaftskammern, Zentralverbände einzelner Wirtschaftssektoren, Wohlfahrtsorganisationen, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberkoalitionen usw.). Teilweise initiierte der Staat diese Formen, teilweise reagierte er hierauf nur defensiv. Sein Mitgestaltungsanteil bestand vor allem in der Zurverfügungstellung von Organisationsstrukturen und der Setzung von Rahmenrecht, meist auch in der Organisation einer Staatsaufsicht.

Die Herausbildung des kassenärztlichen Systems lässt sich als ein Typ von regulierter Selbstregulierung beschreiben. Allerdings wird – wie auch in anderen Bereichen regulierter Selbstregulierung – ein Trend zu Bürokratisierung und Zentralisierung sowie ein Vordringen des öffentlichen Rechts sichtbar: aus ursprünglich regionalen, dann zentralen privatrechtlichen Vertragsstrukturen bildete sich ein Geflecht von öffentlich-rechtlich geregelten halbamtlichen Einrichtungen heraus (Zulassungsausschüsse, Vertragsausschüsse, Schiedsämter, Reichsschiedsamt, Reichsausschuss). Die im nominell noch privatrechtlichen Einzelvertrag verkörperte Privatautonomie wurde durch zentralverbandliche Rahmenverträge, institutionalisierte „Vertragshilfe“, schiedsamtliche Kontrolle und zentrale Richtlinienggebung anfangs nur de facto, später de jure außer Kraft gesetzt.

Ausdifferenzierung des Justizsystems: Gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich ein staatliches Justizsystem herausgebildet, dessen Kernelement die ordentliche Gerichtsbarkeit bildete. Allerdings setzte im Moment des Triumphes dieser Justizkonzeption auch dessen Erosion ein. Dies zeigt sich einerseits in der Entstehung spezialgerichtlicher Strukturen: Schon ab den 1860er Jahren entstanden die ersten Verwaltungsgerichte, um 1900 dann hatte sich diese Form der Verwaltungskontrolle in den meisten deutschen Einzelstaaten durchgesetzt; in den 1890er Jahren wurde die frühe Arbeitsgerichtsbarkeit (in Form von Gewerbegerichten) ins Leben gerufen; die Sozialversicherungsgesetzgebung seit den 1880er Jahren markierte mit der Einrichtung von internen Konfliktlösungseinrichtungen (mit dem Reichsversicherungsamt als oberster Instanz) die Anfänge der Sozialgerichtsbarkeit. Auf der anderen Seite erlebte die private Schiedsgerichtsbarkeit eine Blüte, vor allem in Form der ständigen Schiedsgerichte der Wirtschaft – ein großer Teil der Wirtschaftskonflikte

erreichte die ordentlichen Gerichte gar nicht mehr. Hinzu kommen zahlreiche Schiedsinstitutionen, die sich im Graubereich zwischen staatlichem und privaten Sektor einordnen lassen (Schiedsgerichte von Zwangskartellen, Mieteinigungsämter, Schiedsgerichte zur Regulierung des Bankensektors usw.).

Das Krankenkassenrecht ist ein besonders interessantes Feld in dieser neu entstandenen Justizlandschaft. Denn die Regulierung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen vollzog sich in starkem Maße in justizförmiger Form: durch eigene – und komplexe – Organisationsstrukturen schlichtender und schiedsrichterlicher Konfliktlösung. Diese bildeten, mehr als in anderen Sektoren, das eigentliche Rückgrat des kassenärztlichen Systems – auch wenn sich deren Rolle im Laufe der Zeit änderte.

Herausbildung multinormativer Strukturen: Multinormativität bedeutet, dass innerhalb eines Rechtsraumes verschiedene Normsetzer auf den Plan treten und sich „Sonderordnungen“ für verschiedene gesellschaftliche Gruppen herausbilden, die nicht unbedingt als „Recht“ im herkömmlichen Sinne anerkannt sein müssen, dessen ungeachtet aber normative Wirkung entfalten. Dies bedeutet andererseits, dass von einem allumfassenden staatlichen Normsetzungsmonopol nicht mehr ausgegangen werden kann. Solcherart Multinormativität lässt sich in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in vielfältigen Formen beobachten: private Ingenieurverbände schufen eigene technische Kodizes, die Tarifpartner etablierten eine arbeitsrechtliche Sonderordnung, Kartelle vereinbarten hochkomplexe Regelwerke usw. Der Staat förderte teilweise diese Entwicklung, teilweise vollzog sie sich in Kooperation mit den privaten Akteuren, teilweise stand er ihr aber auch machtlos gegenüber. Vor allem aber entwickelte sich Sonderrecht auch im Ergebnis der privaten oder privat-staatlichen Schiedsgerichtsbarkeit, mit der sich zahlreiche gesellschaftliche Gruppen ausgestattet hatten – was auch die Befürchtung hervorrief, hierdurch würde die nationale Rechtseinheit untergraben.

Das Krankenkassenrecht stellt sich rechtshistorisch als besonders reizvolles Exerzierfeld von Multinormativität heraus. Zum einen handelt es sich um einen Sonderrechtsraum mit verschiedenen Regelungsebenen – privaten, staatlich-privaten und staatlichen –, die teilweise ineinandergriffen, teilweise aber auch kollidierten. Zum anderen interagierten hier verschiedene Regelungsmodi: Rechtserzeugung durch verbindliches staatliches Recht, normativ „unklare“ Rechtserzeugung durch Verbandsbeschlüsse, Rechtserzeugung durch halbamtliche Richtlinien mit zurückgenommener Geltungskraft, Rechtserzeugung durch verbandlich-kooperative Muster- und Rahmenverträge, Rechtserzeugung als Ergebnis der „Rechtsprechung“ durch Schiedsinstitutionen.

Das Berliner Abkommen von 1913 ist eine Zentralstation auf dem Weg zu einem modernen kassenärztlichen Systems. Zugleich manifestieren sich in ihm die auch in anderen Rechtsgebieten beobachtbaren zeitgenössischen Versuche, Gestaltungsformen zu entwickeln, die sich zwischen staatlich und nichtstaatlich, privatrechtlich und öffentlich-rechtlich sowie zwischen Rechtssetzung, Vertrag und justizförmiger Regulierung bewegen.