

Symposium: 100 Jahre Berliner Abkommen – Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im 21. Jahrhundert

Thesenpapier zum Vortrag „100 Jahre Berliner Abkommen“

A. Zeitleiste

17. 11. 1881	„Kaiserliche Botschaft“ des Kaisers Wilhelm I. zur Sozialversicherung
15. 06. 1883	Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (RGBl. S. 73)
1900	Gründung des Leipziger Verbands („Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“, später Hartmannbund)
19. 07. 1911	Verkündung der Reichsversicherungsordnung (RGBl. S. 509)
26. 10. 1913	Ankündigung des Generalstreiks der Ärzteverbände für den 1. 1. 1914 (=Inkrafttreten der kassenarztrechtlich relevanten Regelungen der RVO)
23. 12. 1913	Abschluss des Berliner Abkommens im Reichsamt des Innern, Berlin
30. 10. 1923	Verordnung über Ärzte und Krankenkassen (RGBl. I S. 1051): u. a. Errichtung des Reichsausschusses
08. 12. 1931	Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens (RGBl. I S. 699): u. a. Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Kollektivvertragssystem
17. 08. 1955	Gesetz über Kassenarztrecht (BGBl. I S. 513)

B. Thesen

1. Das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 gilt heute als Ursprung der gemeinsamen Selbstverwaltung.
2. Das Abkommen war ein privatrechtlicher Vertrag der Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen, der nach Vermittlung der Reichsregierung zur Abwendung des angekündigten Generalstreiks der Ärzteverbände zum 1. 1. 1914 geschlossen wurde.
3. Das Kassenarztrecht war auch im Kaiserreich Vertragsrecht. Vor Abschluss des Berliner Abkommens war die Organisation der kassenärztlichen Versorgung zur Erfüllung der Naturalleistungspflicht der Kassen gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVG bzw. § 182 Nr. 1 RVO dem freien Markt überlassen. Leistungserbringungsrechtliche Regelungen, die steuernd auf den Markt einwirkten, waren nicht vorgesehen.

4. Das Berliner Abkommen reagierte auf die Schwächen des bis dahin bestehenden Systems kassenärztlicher Versorgung: Die Krankenkassen waren im Verhältnis zu den einzelnen Ärzten, die untereinander stark konkurrierten, marktmächtige Akteure und konnten ihre Vertragsinteressen weitgehend zulasten der Ärzte durchsetzen. Die Streikmaßnahmen des Leipziger Verbands, die zwar die Verhandlungsposition der Ärzte stärkten, jedoch die Versorgungssicherheit in der GKV gefährdeten, hatten gezeigt, dass Mechanismen fehlten, um einen Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und Kassen zu erzielen und die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen.
5. Das Lösungskonzept des Berliner Abkommens basierte auf dem Gedanken der paritätischen Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen unter weitgehender Ausblendung der tatsächlichen Marktverhältnisse. Es etablierte verschiedene gemeinsame Einrichtungen der Ärzte und Kassen: Vertragsausschüsse zur Aushandlung neuer Verträge, Schiedsmechanismen für zukünftige Verträge und Streitigkeiten aus schon geschlossenen Verträgen (Schiedsämter, Schiedsgerichte, Reichsschiedsamt), einen der Vertragsaushandlung vorgeschalteten Zulassungsprozess (Arztregister, Registerausschüsse) sowie einen Zentralausschuss zur Auslegung der Vorschriften des Berliner Abkommens.
6. Das Berliner Abkommen legte als privatrechtlicher Vertrag, der 1923 weitgehend in gesetzliche Form gebracht wurde, den Grundstein für die spätere gesetzliche Regelung der ärztlichen Leistungserbringung in der Weimarer Republik und auch der Bundesrepublik. Ein System der verbandlichen Zusammenarbeit, das der heutigen gemeinsamen Selbstverwaltung ähnlich ist, entstand allerdings erst durch die Notverordnung vom 8. 12. 1931.
7. Die Vorgeschichte des Berliner Abkommens kann in der Diskussion um mehr Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung Problemquellen aufzeigen, die sich im System eines freien Marktes ergeben können, und die Notwendigkeit von Ausgleichs- und Sicherstellungsmechanismen veranschaulichen.