

Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung



100 Jahre Krankenversicherung

Referate
Statements
Diskussion



„Materialien“ des
Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung
Band 5 – Köln 1983:
100 Jahre Krankenversicherung
Standortbestimmung und Weiterentwicklung
des Kassenarztrechts

Herausgeber:
Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (FZV)
Stiftung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73, 5000 Köln 41

100 Jahre Krankenversicherung

Standortbestimmung und
Weiterentwicklung des Kassenarztrechts

Symposion des
Forschungsinstituts für die zahnärztliche
Versorgung
15. Juni 1983 – Bonn, Hotel Bristol

Referate – Statements – Diskussion



Quintessenz Verlags-GmbH
Berlin, Chicago, London, Rio de Janeiro und Tokio
1984



Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks,
der photomechanischen Wiedergabe, der Verfilmung
und der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten

Copyright © 1984 by Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Satz: av-satz, Berlin
Druck: Hellmich KG, Berlin
Bindearbeiten: Schöneberger Buchbinderei, Berlin
Printed in Germany

ISBN 3 87652 367 2

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
Begrüßung und Einführung H. Zedelmaier	9
Kassenarztrecht im Wandel – Die GKV zwischen Kostendämpfung und Strukturveränderung	13
Präsentation des Buches „Kassenarztrecht im Wandel“ H.-W. Haase	15
Entwicklung des Kassen- arztrechts im Leistungs-, Vertrags- und Vergütungs- bereich B. Tiemann	17
Rechtsstellung des Kassen- arztes im System der GKV S. Tiemann	53

**Ordnungspolitik der GKV aus juristischer
und ökonomischer Sicht 69**

Aktuelle Rechtsprobleme
und Verfassungsfragen
des Kassenarztrechts K. H. Friauf 71

Sozialökonomische Aspekte
zur Weiterentwicklung
der GKV F. E. Münnich 89

**Weiterentwicklung von GKV und Kassenarzt-
recht aus der Sicht der Krankenversicherung,
der Heilberufe und der Politik 101**

Einführung D. Blumenwitz 103

Statement E. Glombig 107

Statement U. Fink 111

Statement D. J. Cronenberg 118

Statement K. Faltlhauser 123

Statement D. Balzer 129

Statement K. Kaula 134

Statement E. Fiedler 141

Diskussion 145

Vorwort

Am 15. Juni 1983 jährte sich zum 100. Male der Tag, an dem das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ verkündet wurde. Hierdurch wurde in Umsetzung der „Kaiserlichen Botschaft“ von 1881 die Soziale Krankenversicherung in Deutschland auf eine normative Grundlage gestellt und ein wesentlicher Schritt zum Aufbau des Systems sozialer Sicherung geleistet.

Im Laufe der Jahrzehnte haben die Gesetzliche Krankenversicherung und das später in diese integrierte Kassenarztrecht einen tiefgreifenden Strukturwandel erfahren, der sich in den letzten Jahren weiter beschleunigt hat. Die Heilberufe, die eng mit dieser Entwicklung verflochten sind, wurden nachhaltig von diesem Wandlungsprozeß erfaßt.

Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung (FZV), das sich seit seiner Gründung den Fragen zur Struktur der GKV gewidmet hat, lud aus Anlaß des 100. Geburtstages Spitzenvertreter der Parteien, der Heilberufe und Krankenkassen sowie Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen zum Dialog über Fragen des Kassenarztrechts ein. Über die reine Standortbestimmung des Kassenarztrechts hinaus wurden vor allem Ansätze zu einer Weiterentwicklung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung erörtert.

Der vorliegende Materialienband dokumentiert sämt-

Vorwort

liche Referate und Statements sowie die sich anschließende Diskussion. Die Vorträge und Diskussionsbeiträge mögen dazu dienen, in der künftigen Arbeit von Selbstverwaltung und Sozialpolitik Anregungen und Denkanstöße zu liefern.

Begrüßung und Einführung

Dr. Helmut Zedelmaier

Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung

Ich darf Sie sehr herzlich zu unserer Veranstaltung „100 Jahre Krankenversicherung – Standortbestimmung und Weiterentwicklung des Kassenarztrechts“, die vom Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung in Zusammenarbeit mit der Quintessenz Verlags-GmbH durchgeführt wird, begrüßen. Wir haben heute vormittag schon an einer Festveranstaltung anlässlich des 100. Geburtstages der Gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen. Es war eine recht gute Veranstaltung, eine Großveranstaltung. Ich meine, wir haben heute nachmittag demgegenüber eine kleinere Veranstaltung vor uns, von der ich allerdings behaupten möchte: klein aber fein, Klasse statt Masse. Ich freue mich, daß Sie unserer Einladung Folge geleistet haben und möchte Sie herzlich willkommen heißen.

Meine Damen und Herren, wollte ich, wie dies üblich ist, alle unsere Gäste namentlich begrüßen, so müßte ich jeden einzelnen von Ihnen nennen, und ich dürfte nicht einen auslassen. Ich hoffe, Sie vergeben mir, wenn ich es nicht tue, um zu versuchen, möglichst schnell zu unserem Thema zu kommen. Allerdings muß ich diesen Grundsatz in einigen wenigen Fällen doch durchbrechen. Lassen Sie mich heute zunächst einmal unsere ausländischen Gäste begrüßen, weil ich meine, daß es für uns schon von Bedeutung ist, wenn wir sehen, wel-

ches Interesse im Ausland unsere Krankenversicherung und damit auch diese Veranstaltung findet.

Ich möchte allen voran Herrn Professor *Hanachowicz* aus Paris begrüßen, der gleichzeitig auch der offizielle Vertreter der *Fédération Dentaire Internationale* ist. Herzlichen Dank für Ihr Kommen, Herr Prof. *Hanachowicz*. Ich darf weiter als Vertreter der österreichischen Zahnärzte Herrn Dr. *Matheis* begrüßen, der vom Vorstand der österreichischen Zahnärzte heute zu uns gekommen ist. Ich darf sehr herzlich begrüßen die Kollegen Herrn Dr. *Müller-Boschung* und Herrn *Jäger*, beide von den schweizerischen Zahnärzten. Herr *Müller-Boschung* ist Vizepräsident der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft. Und zum Schluß möchte ich noch unseren Kollegen *Roche* aus Luxemburg, den Vizepräsidenten der luxemburgischen Zahnärzteschaft, begrüßen.

Von der Ärzteschaft darf ich ganz herzlich begrüßen Herrn Professor *Bourmer*, den Vorsitzenden des Hartmannbundes, und Herrn Dr. *Fiedler*, den Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ich freue mich, daß zahlreiche und hervorragende Vertreter der Krankenkassen zu uns gekommen sind. Ich freue mich, daß die Zahnärzteschaft doch sehr wesentlich vertreten ist; ich freue mich über das Kommen unseres Freundes, Herrn *Schlenkenbrock*, von der Apotheker- und Ärztebank und darf allen Dank sagen für ihr Interesse. Zum Schluß möchte ich noch sehr herzlich die Vertreter der Presse begrüßen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich weiß, daß eine Begrüßung nicht zu lang werden darf.

Ich möchte aber doch deutlich machen, was wir mit unserer heutigen Veranstaltung erreichen wollen.

Bei der Veranstaltung heute vormittag haben wir das Ereignis „100 Jahre Gesetzliche Krankenversicherung“ festlich begangen. Ich meine, daß sich dies gehört. Es gehört sich auch, daß man dabei mit Wohlgefallen auf das Geleistete zurückblickt. Natürlich wurden auch Pro-

bleme angesprochen; diejenigen, die von Ihnen dabei waren, wissen das.

Wir wollen aber mit unserer Veranstaltung mehr. Wir wollen in die Zukunft blicken, wir wollen konstruktive Kritik betreiben, um dafür zu sorgen, daß dieses für unseren Staat so hervorragende soziale System auch in Zukunft funktionstüchtig bleibt. Wir wollen Wege dazu aufzeigen.

Ich habe heute morgen auch gesagt, daß dieses System gerade jetzt, in dieser Zeit, wieder vor einer neuen Bewährungsprobe steht, und daß es an uns allen liegt, diese Bewährungsprobe zu bestehen, und daß wir Mut brauchen – erheblichen Mut –, um die fälligen Kurskorrekturen anzubringen.

Das wird an unseren Politikern liegen, an unseren Wissenschaftlern und nicht zuletzt an den Partnern in der gemeinsamen Selbstverwaltung, also an uns allen.

Das ist der eigentliche Grund unserer Einladung an Sie für heute nachmittag. Wir wollen gemeinsam darüber sprechen, wo wir mit unserer Gesetzlichen Krankenversicherung stehen und wie wir das Kassenarztrecht und die Gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickeln können und müssen.

Lassen Sie mich zwei Sätze von meinem Grußwort heute vormittag an dieser Stelle anbringen. Ich habe gesagt: Wir brauchen keine Wende in eine ganz neue Richtung. Wir brauchen auch keine Systemveränderung. Was wir nötig haben, sind ordnungspolitisch richtige Strukturveränderungen oder, in Begriffen ausgedrückt: mehr marktwirtschaftliche Steuerung, mehr Eigenverantwortung, mehr Selbstverwaltung und mehr Versicherungsgrundsätze. Eine radikale Absage muß es allerdings geben für eine Politik der permanenten Notlösungen, der Kostenverschiebungen und der gesetzlichen Zwangseingriffe. Die Bürger unseres Staates haben vor drei Monaten den Mut gehabt, den Neubeginn zu wählen, der ihnen versprochen wurde. Die neu gewählte Regierung muß jetzt den Mut aufbringen, diese Versprechungen

einzulösen, auch in der Sozialpolitik. Die Geschichte kennt viele Beispiele, in denen eine notwendige Neuorientierung in Zweifel, in Kleingläubigkeit, in Mutlosigkeit und schließlich in der Gleichgültigkeit steckengeblieben ist. In allen diesen Fällen hat sich ein solches Verhalten bitter gerächt.

Ich weiß, meine Damen und Herren, daß wir in ein paar Stunden kein Konzept erstellen können. Ich bin aber ganz sicher, daß diese hervorragende und sachverständige Runde beeindruckende Beiträge beisteuern können wird.

In diesem Sinne erlauben Sie mir, daß ich Ihnen die Redner des heutigen Nachmittags ankündige und sie gleichzeitig auch noch einmal sehr herzlich begrüße:

Es sind dies die Herren Professoren *Friauf* und *Münich*; dann haben als Parteienvertreter zugesagt Herr *Fink* von der CDU, Herr Dr. *Faltlhauser* von der CSU, Herr *Glombig* für die SPD und Herr *Cronenberg* von der FDP. Als Vertreter der Krankenversicherung und der Heilberufe darf ich Ihnen Herrn Dr. *Balzer*, den Vorsitzenden des BdO, Herrn *Kaula*, den Vorsitzenden des VdAK, und Herrn Dr. *Fiedler*, den Hauptgeschäftsführer der KBV, ankündigen. Die Leitung der Plenumdiskussion wird Herr Professor *Blumenwitz* übernehmen.

In diesem Sinne, meine Damen und Herren, möchte ich jetzt das Rednerpult freigegeben. Ich möchte Herrn *Haase* bitten, vielleicht doch noch ganz kurz darauf hinzuweisen, daß dieser Nachmittag auch dazu dient, das Buch vorzustellen, das Frau Dr. *Tiemann* und Herr Dr. *Tiemann* zu diesem Thema geschrieben haben. Die Präsentation ist nicht Sinn dieser Veranstaltung, aber sie paßt, wie ich meine, ausgezeichnet zu unserem Thema, denn gerade zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Kassenarztrechts wird in diesem Buch Hervorragendes gesagt.

Darf ich Sie nun bitten, Herr *Haase*, dazu ein paar Worte zu sagen.

Kassenarztrecht im Wandel –
Die GKV zwischen Kostendämpfung
und Strukturveränderung

Präsentation des Buches „Kassenarztrecht im Wandel“

Horst-Wolfgang Haase
Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Da das Buch „Kassenarztrecht im Wandel“ von Frau Dr. *S. Tiemann* und Herrn Dr. *B. Tiemann* bereits in Ihren Händen ist, halte ich es in diesem Kreise nicht für opportun, noch einmal detailliert darauf einzugehen. Sicherlich werden auch beide Autoren in ihren Referaten heute im einzelnen auf dieses Buch zurückkommen und aus berufenem Munde dazu Stellung nehmen.

Ich möchte mir an dieser Stelle jedoch erlauben, mich sehr herzlich bei dem Veranstalter zu bedanken, an diesem Symposium teilnehmen zu dürfen und auch gleichzeitig Ihnen beiden, Frau Dr. *Tiemann* und Herr Dr. *Tiemann*, ganz herzlich für die Möglichkeit zu danken, die Sie unserem Verlag gegeben haben, dieses Buch parallel zum 100jährigen Bestehen der Krankenversicherung in unserem Verlag herauszubringen. Wir haben uns in der Vergangenheit sehr intensiv mit dem Fachgebiet Rechtswissenschaft auseinandergesetzt und werden uns in Zukunft auch auf diesem Gebiet als Fachverlag betätigen. Um so mehr freue ich mich, daß wir mit diesem Buch den ersten Einstieg bekommen haben, und ich hoffe, daß das Buch bei Ihnen und in Ihrem Kreise entsprechende Aufmerksamkeit finden wird.

Ich darf der Veranstaltung einen guten Erfolg wünschen und möchte mich noch einmal dafür bedanken, daß wir als Verlag hier dabeisein dürfen.

Entwicklung des Kassenarztrechts im Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsbereich

Dr. Burkhard Tiemann
Hauptgeschäftsführer der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung

I. Historische Entwicklungslinien

Mit der Verkündung des Krankenversicherungsgesetzes am 15. Juni 1883 wurde nicht nur ein erster Schritt zum Aufbau des Systems der Sozialen Sicherung in Deutschland geleistet, sondern auch die berufliche Entfaltung der Heilberufe, ihr gesellschaftlicher Standort, ja die Grundbefindlichkeit ihrer beruflichen Existenz entscheidend vorgeprägt.

Wenn „eine Wissenschaft nur derjenige kennt, der die Geschichte dieser Wissenschaft kennt“ (Goethe), so bedeutet dies, daß man die Grundzüge der historischen Entwicklungslinien unseres Gesundheitssystems kennen muß, um das heute so komplexe System der kassenärztlichen Versorgung erfassen zu können.

Gerade anlässlich einer 100-Jahr-Feier der Gesetzlichen Krankenversicherung, die zugleich ein halbes Jahrhundert eines spezifischen, institutionell geprägten „Kassenarztrechts“ umfaßt, gebietet nicht nur die Zufälligkeit des historischen Datums, sondern die fundierte Standortbestimmung, die Entwicklungslinien des Kassenarztrechts zu den historischen Wurzeln zurückzuverfolgen.

1. Vom Einzel- zum Kollektivvertrag

a) Die historischen Ursprünge

Als das Krankenversicherungsgesetz vor 100 Jahren die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtete, ihren Mitgliedern „freie ärztliche Behandlungen“ zu gewähren, trat an die Stelle des Patienten als Auftraggeber des Arztes die Krankenkasse als Kostenträger, zugleich aber auch als der bestimmende Faktor des Leistungsgeschehens. Da das Gesetz für den Auftrag der Krankenkassen zur ärztlichen Behandlung ihrer Mitglieder keinerlei Bestimmung traf, sondern die Entscheidung hierüber ausschließlich den Krankenkassen überließ, war ein Interessenkonflikt heraufbeschworen, der das Kassenarztrecht in den kommenden Jahrzehnten durchzog: Da die Krankenkassen einseitig die Vertragsbedingungen festsetzen konnten und über eine unbeschränkte Kündigungsmöglichkeit der Arztverträge verfügten, geriet der Arzt in ein Abhängigkeitsverhältnis, das einem Dienstnehmerstatus glich und zur Forderung der Ärzteschaft nach freier Arztwahl des Versicherten und Kollektivabschlüssen mit den Krankenkassen führte.

Die Reaktion der Ärzteschaft auf diese Abhängigkeit von den Krankenkassen war die Gründung ärztlicher Kampfverbände wie des „Leipziger Vereins“ (nach seinem Gründer „Hartmannbund“ genannt) zur gewerkschaftsähnlichen Behauptung ärztlicher Interessen gegenüber den Krankenkassen.

Es bedurfte noch vieler Jahre, bis die Forderung der Ärzteschaft nach Behandlung nur durch approbierte Ärzte, nach freier Arztwahl des Patienten, nach Ersatz des Einzelvertrages zwischen Krankenkasse und Arzt durch den Kollektivvertrag der ärztlichen Organisationen mit der Krankenkasse, nach angemessener Vergütung der kassenärztlichen Tätigkeit und nach Überwachung der kassenärztlichen Pflichten in Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Ärzteschaft durch ärztliche Organisationen durchgesetzt werden konnte. Ihren er-

sten Niederschlag fand sie im sogenannten „Berliner Abkommen“ vom 23. 12. 1913, das den Ärzten ein gewisses Mitspracherecht konzidierte und in Form des Arztregisters, eines paritätisch gebildeten Vertragsausschusses und eines Schiedsamtes, Institutionen und verfahrensmäßige Vorkehrungen traf, die einen ersten Schritt in Richtung gemeinsamer Selbstverwaltung darstellten.

b) Die Kollektivierung der Rechtsbeziehungen

Die Verordnung der Reichsregierung „über Ärzte und Krankenkassen“ vom 30. 10. 1923 setzte diesen Prozeß durch die Institutionalisierung eines Rechtsausschusses für Ärzte und Krankenkassen fort, der über die Zulassung, den allgemeinen Inhalt der Arztverträge, die Vergütung, die Bedarfsplanung usw. zu befinden hatte. Zu heftigen Kontroversen führte die am gleichen Tage erlassene Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen, welche die Krankenkassenvorstände ermächtigte, „nach Anhörung von Sachverständigen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkasse“ Richtlinien über die wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweise aufzustellen und den Ärzten „ohne Rücksicht auf entgegenstehende Vertragsbestimmungen bei gleichwohl wiederholter Verletzung dieser Verpflichtungen fristlos zu kündigen und bis zur Dauer von 2 Jahren die erneute Zulassung zur Tätigkeit bei der Kasse zu versagen“. Die Empörung der Ärzteschaft über dieses „Ausnahmegesetz“ führte zur Proklamation des allgemein vertragslosen Zustandes im ganzen Reichsgebiet, bewirkte in der Folgezeit aber, daß die vom Reichsausschuß erarbeiteten Richtlinien (Zulassungsordnung, Vertragsrichtlinien, Richtlinien für die wirtschaftliche Arzneiversorgung, Richtlinien für die Tätigkeit der Prüfungsausschüsse) im Sinne tragfähiger Kompromisse und im Wege beiderseitiger Verständigung einer befrie-

digenden Lösung nähergebracht wurden. In den Vertragsrichtlinien wurde erstmals der kassenärztliche Gesamtvertrag als Kollektivvertrag zwischen den in der Regel als privatrechtliche Vereine im Rahmen des Leipziger Verbandes gebildeten kassenärztlichen Organisationen und den Krankenkassen ausdrücklich anerkannt.

*c) Die Institutionalisierung
der genossenschaftlichen Selbstverwaltung*

Diese Zusammenarbeit fand ihren Niederschlag in der Verordnung des Reichspräsidenten vom 8.12.1931, durch die die §§ 368 ff. RVO eingefügt wurden, die bis heute – wenn auch in häufig novellierter Form – die rechtlichen Grundlagen für die ärztliche Tätigkeit im System der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. Diese Verordnung brachte die Schaffung eines einheitlichen Arztsystems, die endgültige Anerkennung des Kollektivvertrages als Grundlage der Beziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen sowie die gesetzliche Fundierung der kassenärztlichen Selbstverwaltung. Die endgültige Anerkennung der kassenärztlichen Selbstverwaltung war also die Konsequenz der Umwandlung des kassenärztlichen Rechtsverhältnisses vom privatrechtlichen Einzeldienstvertrag des Arztes mit seiner Krankenkasse in eine durch die Kassenärzteschaft in genossenschaftlicher Form sicherzustellende öffentliche Funktion im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der einzelne Arzt hat keinen Anspruch mehr auf Vergütung seiner Leistungen gegenüber dem Versicherten oder der Krankenkasse, vielmehr zahlt die Krankenkasse die Gesamtvergütung „mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung“, damit diese nach genossenschaftlichen Grundsätzen die Gesamtvergütung aufgrund eines von ihr aufgestellten Honorarverteilungsmaßstabes an ihre Mitglieder verteilt.

Die Kassenärztliche Vereinigung als gesetzliche Genossenschaft der Kassenärzte leistet den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür, daß die ärztliche Versorgung der Versicherten durch ihre Mitglieder ausreichend und zweckmäßig ist; sie erhält hierzu eigene Aufsichts- und Disziplinarbefugnisse. Die rechtliche Schlußfolgerung aus dieser Neukonstruktion bezüglich der Rechtsnatur der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands vom 2. 8. 1933, die dieser die Rechtsfähigkeit und die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zusprach. Bis zum Jahr 1932 ist damit eine Entwicklung abgeschlossen, die das Kassenarztrecht in entscheidender Weise umgestaltet hat. Der kündbare privatrechtliche Einzelvertrag des einzelnen Arztes mit der einzelnen Krankenkasse wurde zugunsten der genossenschaftlichen Regelung kraft eines der organisierten Kassenärzteschaft erteilten gesetzlichen Auftrags umgewandelt.

*d) Die phasenverschobene Parallelentwicklung
des zahnärztlichen Sektors*

Auf dem zahnärztlichen Sektor lief die historische Entwicklung weitgehend – wenn auch phasenverschoben – parallel: Die zahnärztliche Wissenschaft zweigte sich erst verhältnismäßig spät als selbständige Fachdisziplin von der allgemeinen Medizin ab. Während das Krankenversicherungsgesetz von 1883 noch ausschließlich von ärztlicher Behandlung sprach, berücksichtigte die Reichsversicherungsordnung des Jahres 1914 die Entwicklung in der Zahnheilkunde insoweit, als die Behandlung von Zahnkrankheiten als Bestandteil der ärztlichen Behandlung angesehen wurde, die „auch durch approbierte Zahnärzte“ geleistet werde. 1917 entschied das Reichsversicherungsamt, daß Karies eine behandlungsbedürftige Krankheit und das Füllen von Zähnen

Pflichtleistung sei. Vertragliche Vereinbarungen zwischen den zahnärztlichen Berufsvertretungen und den Kassen kamen auf zentraler Ebene erstmals 1921 zustande.

In diesen Vereinbarungen legte man sich auch auf einen Katalog zahnärztlicher Grundgebühren fest, der als Teil IV der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte angefügt wurde und 1935 als Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KAZGO) verselbständigt wurde. Kongruent zur Entwicklung auf dem kassenärztlichen Sektor wurde durch Verordnung vom 27. 7. 1933 die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands als juristische Person des öffentlichen Rechts geschaffen.

2. Strukturprinzipien des Kassenarztrechts

a) Der Hintergrund des GKAR

An diese Strukturprinzipien hat das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. 8. 1955 angeknüpft und das Prinzip der Selbstverwaltung im Kassenarztrecht sowie das historisch gewachsene Vertrags- und Vergütungssystem zu tragenden Pfeilern der kassenärztlichen Versorgung gemacht. Es ist notwendig, sich der historischen Wurzeln dieser Prinzipien bewußt zu sein, weil gerade die historische Entwicklung des Kassenarztrechts das Spezifische der noch heute gültigen Fundamentalstrukturen des Kassenarztrechts zum Ausdruck bringt. Denn gerade die Auseinandersetzungen im ersten Drittel dieses Jahrhunderts brachten den Kassenärzten die Erfahrung, daß eine für sie befriedigende Stellung in der Sozialversicherung im Wege der Einzelbeziehungen, der Einzelverträge zu den Krankenkassen, nicht zu erreichen war und daß sie deshalb ihre ärztlichen und zahnärztlichen Zusammenschlüsse als

genossenschaftliche Selbstorganisationen zur Behauptung ihrer Interessen verstanden. Die gesetzliche Übertragung des Sicherstellungsauftrags, die Übernahme der Behandlungsverpflichtung für die sozialversicherten Patienten, sind bipolare, in einem spezifischen Spannungsverhältnis stehende Eckpfeiler dieses Systems: Priorität der Leistungserbringung durch freiberufliche Ärzte als Kompensation und Korrelat freiwillig übernommener Sozialpflichten bei der Versorgung der Sozialversicherten. Im Rahmen dieser Konstellation und Relation von Rechten und Pflichten sind folgende Prinzipien maßgebend.

*b) Die Trias von Niederlassungsfreiheit,
freier Arztwahl und Selbstverwaltung*

Jeder Arzt und Zahnarzt wird auf seinen Antrag zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen, wenn er die persönlichen Voraussetzungen erfüllt. Dies ist durch die bedeutsamen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23. 3. 1960 bzw. 8. 2. 1961, durch die die Beschränkung der Zulassung durch eine Verhältniszahl aufgehoben wurde, sichergestellt. Die Zulassung ist ein öffentlich-rechtlicher Rechtsakt, der den Kassenarzt in eine spezifische Rechtsbeziehung zu seiner kassenärztlichen Vereinigung stellt. Im Rahmen dieser Sonderverbindung vermittelt er in einem Dritterfüllungsverhältnis seine ärztliche Leistung als Verpflichtung gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des dieser übertragenen Sicherstellungsauftrages. Der Versicherte kann frei unter den zugelassenen Kassenärzten wählen und hat Anspruch auf eine den Zielprojektionen der RVO entsprechende zweckmäßige und ausreichende Versorgung. Die kassenärztliche Versorgung wird durch Bundesmantel- bzw. Gesamtverträge, also kollektivvertraglich, geregelt. Ein bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab ist das für alle Kassenarten verbindliche

Leistungs- und Gebührenverzeichnis kassenärztlicher Leistungen. Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart. Kommt ein Vertrag nicht zustande, wird der Vertragsinhalt von einem Schiedsamt festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die kassenärztliche Tätigkeit als Selbstverwaltungsaufgabe zu überwachen.

II. Der Wandlungsprozeß des Kassenarztrechts

1. Leistungs- und Vertragsausweitung

Während das Kassenarztrecht bis in die Mitte der 70er Jahre hinein von gesetzgeberischen Eingriffen verschont blieb, wurde das System, in das es integriert ist, nämlich die Gesetzliche Krankenversicherung, von einem tiefgreifenden Wandlungsprozeß erfaßt, der in der Folgezeit entscheidende Rückwirkungen auf das Kassenarztrecht haben sollte.

a) Ausweitung des Versichertenkreises und des Krankheitsbegriffs

Dieser Wandlungsprozeß ist durch die Expansion des Leistungs- und Vertragssystems der sozialen Krankenversicherung und der damit verbundenen Ausgabenbelastung der Krankenkassen gekennzeichnet. Er weist vielschichtige Ursachen und Erscheinungsformen auf. Zum Teil ist er bedingt durch die Erweiterung des Versichertenkreises, die dazu führte, daß nicht nur die Familienangehörigen dem Schutz der GKV unterstellt wurden, sondern auch Schüler, Studenten, Rentner und Behinderte. Wesentlicher aber war noch ein Wachstum des

Leistungsumfangs, der zum Teil durch sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers, durch Verträge und Richtlinien, nicht zuletzt aber auch durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte und durch Schiedssprüche induziert wurde und zu einer Überlastung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Solidarsystems der Krankenversicherung führte. Beispiele für die gesetzgeberische Leistungsausweitung sind die Gewährung des Krankengeldes ohne zeitliche Begrenzung, die unbegrenzte Gewährung der Krankenhauspflege, die Mutterschaftshilfe, die Einführung der Krebsfrüherkennung und der Schwangerschaftsvorsorge. Schließlich wurde der Krankenversicherung vom Gesetzgeber die Abdeckung von Risiken übertragen, die ihr im Wesen und dem System nach überhaupt nicht zukommen, z. B. die flankierenden Maßnahmen zu § 218 StGB. Auch die Rechtsprechung war ein wesentlicher Motor dieser Leistungsausweitung, so etwa, als sie nach Erlass des Rehabilitationsangleichungsgesetzes 1974 den Krankenkassen stärkere Leistungsverpflichtungen bei Heil- und Hilfsmitteln auferlegte. Paradigmatisch für diese motorische Funktion der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts waren auch die Urteile zur Kieferorthopädie vom 20. 10. 1972, mit denen klargestellt wurde, daß eine Zahn- und Kieferfehlstellung immer eine Krankheit ist, wenn der Kiefer eine seiner natürlichen Funktionen des Beißens, Kauens und Artikulierens der Sprache nicht im normalen Umfang erfüllen kann und aus diesem Grunde Behandlungsbedürftigkeit besteht. Ebenso wurde im Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. 1. 1974 hervorgehoben, daß der Zahnersatz Bestandteil der kassenzahnärztlichen Versorgung sei und durch Verträge zu regeln ist; dies, obwohl die besondere Rechtsstellung des Zahnersatzes als Zuschußleistung auf privatvertraglicher Grundlage anerkannt wurde.

b) Leistungsausweitung durch gesetzgeberische Maßnahmen

Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung im Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 umgehend Rechnung getragen, hat im KVKG 1977 die Zuschußhöhe auf 80% festgesetzt und hat im KVEG 1981 schließlich das zahnärztliche Honorar für Zahnersatz in die Gesamtvergütung einbezogen und die kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz damit zur Sachleistung gemacht, nachdem noch 1977 das Bundesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung die bis dahin außervertraglichen Leistungen (metallkeramische Verblendungen, Schienung und Verblockung des Restgebisses usw.) in die Verträge einbezog, während zugleich in den parlamentarischen Körperschaften die Kostendämpfungsgesetzgebung beraten wurde. Gerade der Zahnersatz macht deutlich, wie sich in den 70er Jahren Gesetzgebung, Rechtsprechung, Schiedsämter und Vertragspartner in einer Leistungsspirale hochschaukelten, die bei einer Kostenexplosion in der Krankenhauspflege auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung geradezu zwangsläufig gesetzgeberische Interventionen herausforderte, die zum Teil auf Kostendämpfung im Gesundheitswesen abzielten, zum Teil aber auch Strukturelemente des tradierten Kassenarztrechts grundlegend veränderten.

2. Strukturveränderungen durch Kostendämpfungsgesetzgebung

a) Struktureller Wandel des Kassenarztrechts

Hatte schon das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 ein Planungs- und Sicherstellungs-

instrumentarium für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, um Unterversorgung begegnen zu können, die Ersatzkassenbeteiligung an die RVO-Zulassung gekoppelt, eine kassenärztliche Fortbildungspflicht kreiert und das Schiedsamt um zwei unparteiische Mitglieder erweitert, so trat mit dem KVKG bereits ein halbes Jahr später ein Gesetz in Kraft, das erstmalig versuchte, über ein differenziertes Instrumentarium der Globalsteuerung die Ausgabenentwicklung und die Binnenstruktur der Gesundheitsleistungen gezielt zu beeinflussen. Vergütungsverträge werden seit dem Erlass des KVKG nur noch zwischen den Landesorganisationen der Kassenärzte und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen, wobei die Empfehlungen der Bundesebene angemessen berücksichtigt werden sollen; bei der Festlegung der Vergütung ist die Grundlohnentwicklung neben der Steigerung der Praxiskosten und der Arbeitszeit der Kassenärzte ein entscheidendes Datum der Honorarfindung. Zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung können die Vertragspartner eine Höchstgrenze vereinbaren (Plafondierung); jährlich muß die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (oder die Vertragspartner auf Bundesebene) Empfehlungen über eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen geben; für RVO- und Ersatzkassen werden einheitliche Bewertungsmaßstäbe durch Bewertungsausschüsse aufgestellt; die Prüfungsausschüsse zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit kassenärztlichen Handelns werden paritätisch mit jährlich wechselndem Vorsitz besetzt; die Preise für zahntechnische Leistungen vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen mit den Zahntechniker-Innungen im Benehmen mit den KZVen; die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren im Gesamtvertrag einen Arzneimittelhöchstbetrag; die Bundesausschüsse müssen preisvergleichende Listen von Arzneimitteln gleicher Wirksamkeit und Listen über nicht verordnungsfähige Bagatellarzneimittel aufstellen. Dieses Instrumentarium

wird vier Jahre später im KVEG ergänzt durch Anbindung der Bundesempfehlungen an den Zeitrhythmus der Konzertierte Aktion, die Einbeziehung des zahnärztlichen Honorars beim Zahnersatz in die Gesamtvergütung, die Institutionalisierung von Therapiestandards für den Zahnersatz, eine zeitlich befristete prozentuale Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen und Heil- und Hilfsmittel.

b) Punktuelle Kostendämpfungsinterventionen

Gerade letzteres Beispiel zeigt, daß der Gesetzgeber neben dem globalsteuernden Kostendämpfungsinstrumentarium und strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen zunehmend zum Mittel punktueller Kostendämpfungsinterventionen in das Vertragsgefüge der von den Vertragspartnern der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgehandelten Vergütungen übergeht. Solche transitiven Maßnahmegesetze finden sich sowohl in den Übergangsvorschriften des KVKG, die auf ein zeitweiliges Einfrieren der kassenärztlichen Gesamtvergütungen hinausliefen, als auch in Vergütungsabsenkungen für zahntechnische Leistungen und Heil- und Hilfsmittel im KVEG. Die verfassungsrechtliche Problematik solcher gesetzgeberischen Eingriffe in das Vertrags- und Vergütungsgefüge liegen auf der Hand und sind derzeit Gegenstand verfassungsgerichtlicher Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht. Gesetzgeberische Gegensteuerungsmaßnahmen waren bei Beitragssatzsteigerungen um 14% unausweichlich und deuteten sich schon im KVEG 1981 an, in dem Direktbeteiligungsformen beim aufwendigeren Zahnersatz, Einschränkung der Kuren usw. vorgesehen wurden und in den Haushaltsbegleitgesetzen 1983 diese Tendenz durch Formen der Direktbeteiligung bei stationärer Behandlung, Herausnahme der Bagatellarzneimittel aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen zusätzliche

Institutionalisierung erfahren. Ungelöste Finanzierungsprobleme, wie die permanente Umschichtung der Finanzierungsmassen zwischen den Solidargemeinschaften der Renten- und Krankenversicherung, der Finanzausgleich innerhalb der Kassen, die Risikostruktur der Kassenarten, die ungelöste Problematik der Krankenhausfinanzierung usw. überlagern die GKV auch bei ihrem Übergang in das zweite Jahrhundert ihres Bestehens und lasten als Hypothek ungelöster Strukturreform auch auf dem Kassenarztrecht.

*c) Paradigmenwechsel im System
des Kassenarztrechts*

An der Schwelle dieses Übergangs in ein neues Jahrhundert, das zugleich den Zeitraum eines halben Jahrhunderts des tradierten Kassenarztrechts umfaßt, wird deutlich, daß sich ein Wandel des Kassenarztrechts in einem zyklisch fortschreitenden Evolutionsprozeß vollzogen hat, der sowohl die Rechtsstellung des Versicherten betrifft als auch Funktion und Binnenstruktur der Krankenversicherungsträger und den Status des Kassenarztes. Eine verstärkte Instrumentalisierung des Kassenarztes im System der gesetzlichen Krankenversicherung, die Einwirkung einer makrosozialen Globalsteuerung auf das Leistungs- und Vergütungssystem sowie verstärkte öffentlich-rechtliche Bindungen der ärztlichen Berufstätigkeit sind Marksteine dieses Wandlungsprozesses. Die stärkere soziale Einbindung des Kassenarztes, die Einwirkung gesamtwirtschaftlicher Prozesse auf die kassenärztliche Behandlungstätigkeit und das Arzt-Patienten-Verhältnis haben das System der kassenärztlichen Versorgung in ein spezifisches Spannungsfeld zwischen den grundrechtlich garantierten Anforderungen an die autonome, von persönlichem Vertrauen und fachlicher Kompetenz getragene Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren vielschichtigen Implika-

tionen (Therapiefreiheit, Wahlrecht des Patienten, Aufklärungs- und Mitwirkungspflichten, Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung) und den sozialstaatlichen Anforderungen gesamtgesellschaftlicher Organisationsprinzipien gestellt. Dies führt zu einer dreidimensionalen Antinomie des Kassenarztrechts, die rechtsstaatlich einwandfrei nur aufgelöst werden kann, wenn die beteiligten Rechtsgüter und Interessen in grundrechtskonformer Weise harmonisiert werden.

III. Die Antinomie des Kassenarztrechts

1. Rechtskonstruktive Inkompatibilitäten

a) *Dominanz des Sachleistungsprinzips*

Die erste Antinomie ist rechtskonstruktiver Art und betrifft die Organisationstrias von Sachleistung, Gesamtvertrag und Gesamtvergütung, die das System der Gesetzlichen Krankenversicherung fast ausnahmslos beherrscht. Die Krankenkassen haben dem Versicherten in diesem Rahmen nicht nur das finanzielle Risiko der Krankheit abzunehmen, sondern zu gewährleisten, daß er mit ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sowie mit Arzneimitteln versorgt wird. Dienst- und Sachleistungen sind dadurch gekennzeichnet, daß sich der Anspruch des Sozialversicherten gegen den Leistungsträger unmittelbar auf die Leistung selbst richtet. Sachleistungen bestehen also in der Hingabe von Sachmitteln sowie in der Gestellung von persönlichen und materiellen Einrichtungen durch den Leistungsträger zur Behandlung und Pflege. Eine finanzielle Beteiligung des Versicherten erfolgt dabei in der Regel nur über dessen Beitrag zur Sozialversicherung. Nur vereinzelt finden sich im Recht der Krankenversicherung Geldleistungen, wie insbesondere bei den Zuschüssen zu den

Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 182 Abs. 1 Nr. 1g RVO), beim Krankengeld (§ 182 Abs. 1 Nr. 2 RVO) sowie den Zuschüssen zu Kuren (§ 187 Abs. 1 Nr. 1 RVO). Mit der Einführung des Sachleistungsprinzips bezweckte der Gesetzgeber, die ärztliche Versorgung aller Krankenkassenmitglieder sicherzustellen, wobei die Unmittelbarkeit der Bedarfsbefriedigung ohne Kostenbeteiligung des Versicherten, die das Sachleistungsprinzip kennzeichnet, in ihrer ursprünglichen Sinngebung darauf abzielte, durch Ausschluß einer Vorleistungspflicht der Versicherten die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme versicherungsmäßiger Leistungen gerade auch für finanziell minderbemittelte Patienten herabzusetzen, damit diese nicht aus finanziellen Gründen von der Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen absehen müßten. Deshalb sollte der Patient sowohl von finanzieller Vorleistung als auch von dem eigentlichen Vorgang der Leistungsbeschaffung freigestellt werden. Diese Grundsätze leiten sich ab aus der ursprünglichen Zielrichtung der Krankenversicherung unter dem Aspekt karitativer Wohltätigkeit, öffentlicher Armenpflege und arbeitsrechtlicher Fürsorge.

Die Abwicklung der Rechtsbeziehungen unter den Rechtssubjekten im Sachleistungssystem gestaltet sich in der Weise, daß der Arzt aufgrund seiner Zulassung zur Versorgung sozialversicherter Patienten berechtigt und verpflichtet ist und gegen seine Kassenärztliche Vereinigung einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen hat. Die KV übernimmt gemäß § 368n Abs. 1 RVO die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der sozialversicherten Patienten und hat gegenüber den Krankenkassen aufgrund der Gesamtverträge einen Anspruch auf die Gesamtvergütung. Der Patient hat aufgrund des Versicherungsverhältnisses mit seiner Krankenkasse und seiner Beitragszahlung in Verbindung mit den leistungsrechtlichen Bestimmungen der RVO, die den Leistungsinhalt und -umfang regeln, einen öffentlich-rechtlichen An-

spruch in Gestalt eines subjektiv öffentlichen und gerichtlich durchsetzbaren Rechtes gegen die Krankenkassen auf Zurverfügungstellung der kassenärztlichen Leistung in dem von der RVO vorgesehenen Umfang. Die Rechtsbeziehung zwischen Versichertem und Krankenkasse, das sog. Sozialrechtsverhältnis, ist dabei ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, das aufgrund seiner Ähnlichkeit mit dem Schuldverhältnis zum Teil als öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis qualifiziert wird, sich in mancher Hinsicht auch mit dem Versicherungsvertragsverhältnis vergleichen läßt. Die öffentlich-rechtlichen Konstruktionen innerhalb eines Vierecksverhältnisses haben den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient im Sachleistungssystem verdrängt und seiner privatrechtlichen Konstitutionsfaktoren entkleidet, so daß sich ein Behandlungsvertrag zwischen Kassenarzt und sozialversichertem Patienten, wie er teilweise in der zivilrechtlichen Literatur unterstellt wird, nurmehr als Fiktion und inhaltsleere Hülse darstellt. Auch die Annahme eines Vertrages zwischen Krankenkasse und Arzt zugunsten Dritter, nämlich des sozialversicherten Patienten, wie sie teilweise in der Literatur angenommen wird, wird der Umgestaltung dieser Rechtsbeziehung zur öffentlich-rechtlichen Sonderverbindung kaum gerecht.

Zwischen Kassenarzt und Patient besteht weder ein zivilrechtlicher Leistungsanspruch bezüglich der ärztlichen Behandlung noch ein privatrechtlicher Vergütungsanspruch für die geleisteten ärztlichen Dienste. Die privatrechtlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind im Sachleistungssystem auf ein haftungsrechtliches Sorgfaltspflichtverhältnis reduziert, das im Wege einer Fiktion bürgerlich-rechtlicher Sorgfaltspflichten in das öffentlich-rechtliche Verhältnis eingefügt wird. Diese Rechtsfolgenverweisung auf das bürgerliche Recht stellt sich als rechtliche „Krücke“ zur Überbrückung der fehlenden Vertragsrechte und -pflichten im Haftungsfall dar. Der Kassenarzt tritt

dem Patienten damit als Erfüller des öffentlich-rechtlichen Anspruchs gegenüber, der in einer Drittbeziehung, dem Versicherungsverhältnis, wurzelt. Es stellt eine Besonderheit des Sozialversicherungsrechts dar, daß die der Leistungsgewährung zugrundeliegenden Rechtsbeziehungen, das Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse sowie die Beziehung des Kassenarztes zur Kassenärztlichen Vereinigung, entsprechend der Vorsorgefunktion der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erst im Zeitpunkt des Versicherungsfalles, sondern als dauernde öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnisse bereits vor dessen Eintritt als soziale präventive Auffangnetze bestehen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Kassenarztrecht gestaltet sich auf diese Weise als öffentlich-rechtliches Erfüllungsverhältnis, das sowohl die Aufgabe der Anspruchsrealisierung als auch die Funktion einer Gewährleistung wirtschaftlicher und sachgerechter Versorgung für den Patienten hat.

b) Inadäquanz der Handlungsformen

Dieser „Einbruch der Sozialversicherung in die Arzt-Patienten-Beziehung“ führt zu rechtlichen Konsequenzen, die von der Rechtsdogmatik bisher weitgehend unbewältigt geblieben sind. Rechtskonstruktive Inkompatibilitäten treten im selben Augenblick auf, wo andere als Sachleistungsformen in dieses öffentlich-rechtlich durchnormierte System einzufügen sind: Typisch für diese Problematik ist der Zahnersatz, der bis zum Inkrafttreten des KVEG als Zuschußleistung auf der Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Zahnarzt und Patient ausgestaltet war. Obwohl das Bundessozialgericht in seiner Prothetikentscheidung vom 24. 1. 1974, die die Sonderstellung des Zahnersatzes als Zuschußleistung im Rahmen eines Privatvertrages anerkannte und bestätigte, daß diese Zuschußleistung

nicht der Gesamtvergütung unterliegt, sah es sich veranlaßt, diese Leistungsform in das Korsett der Vertrags-
hoheit des Kassenarztrechts zu pressen, wenngleich ihm die rechtskonstruktive Inkompatibilität von
Zuschußleistung und Gesamtvergütung selbst nicht ver-
borgten blieb. Auch der Gesetzgeber tat sich schwer, die
rechtlichen Beziehungen im Zusammenhang mit der
Herstellung und Eingliederung von Zahnersatz nahtlos
in das dominierende Sachleistungssystem der RVO ein-
zupassen. Durch das KVKG wurde die Vertragsbe-
ziehung zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern in einen
privatrechtlichen Leistungsvertrag und eine kollektive
Vergütungsvereinbarung aufgespalten, die dem Rechts-
typus des Privatvertrags und seiner Funktion eines
interessengerechten Austauschs von individueller Lei-
stung und Gegenleistung in systemwidriger Weise zu-
widerlief. Der Zahnarzt wurde einem von dritter Seite aus-
gehandelten Vertragsstatut unterworfen, auf dessen
Gestaltung er keinen Einfluß hatte und das mit seinem
quasi normativen Geltungsanspruch in die private
Rechtsbeziehung zwischen Zahnarzt und Zahntechni-
ker transformiert wurde. Mit der Herauslösung der Ver-
gütung für zahntechnische Leistungen aus der Vertrags-
beziehung zwischen Zahnarzt und Zahntechniker wurde
eine der konstituierenden Gestaltungskomponenten
des Vertrages, Leistung und Gegenleistung, aufgelöst
und der zivilrechtliche Vertragstypus als synallagmati-
sches Regelungsgefüge und autonome Gestaltungsein-
heit zerrissen.

Durch das KVEG schließlich wurde die zahnärztliche
Behandlung in die Gesamtvergütung einbezogen und
damit zur Sachleistung umgestaltet, während die zahn-
technischen Leistungen im § 182 Abs. 1 Ziffer 1g als selb-
ständige Leistungen der Krankenhilfe und in § 182
Abs. 1 Ziffer 1g, § 182c als Zuschußleistung ausgestaltet
wurden – nicht nur, daß eine solche Verselbständigung
zahntechnischer Leistungen zu eigenständigen Leistun-
gen der Krankenhilfe in der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung unter rechtssystematischer Aufspaltung zwischen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen dem von Praxis und Rechtsprechung bestätigten Erscheinungsbild des einheitlichen Behandlungskomplexes prothetischer Versorgung widerspricht. Das Auseinanderklaffen von handwerksrechtlicher, zivilrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Betrachtungsweise, das durch eine solche rechtssystematische Abtrennung der zahnärztlichen von den zahntechnischen Leistungen bewirkt wird, wird in seiner rechtlichen Inkonsequenz dadurch potenziert, daß im Verhältnis vom Zahnarzt zum Zahntechniker bei der Beschaffung des prothetischen Werkstücks ein privatrechtlicher Vertrag zustande kommt, während die leistungsrechtliche Beziehung zum Patienten bezüglich der zahnärztlichen Leistung Sachleistung, bezüglich des zahntechnischen Anteils Zuschußleistung ist. Eine solche Koppelung der öffentlich-rechtlichen durchnormierten Sachleistungsgewährung einerseits und der auf bürgerlich-rechtlicher Basis begründeten Leistungsbeschaffung andererseits stellt sich als ein rechtlicher Zwitter dar, der für Zahnarzt und Patient eine erhebliche Intransparenz der bestehenden Rechtsbeziehungen mit sich bringt, wobei die Frage erlaubt sein muß, wie eine solche Gemengelage zwischen privater und öffentlicher Rechtsgestaltung rechtsstaatlich im Hinblick auf Grundsätze der Systemkonsequenz und Rechtssicherheit zu beurteilen ist. Daß die Inadäquanz der Handlungsformen im Kassenarztrecht durch die Sachleistungsfixierung zu dogmatischer Erstarrung und Verzerrungen führt, zeigt schließlich auch die Schwierigkeit, Formen der Direktbeteiligung oder Kostenerstattung in die Sachleistungs konstruktion zu integrieren. Mit der Unmittelbarkeit wirtschaftlicher Leistungsbeschaffung war die Krankenkasse weitgehend auf ein Alles-oder-Nichts-Prinzip verwiesen, nämlich entweder eine Leistung zu vermitteln, die im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitseinsparungen der RVO den Erfordernissen und

legitimen persönlichen Wünschen des Patienten im Einzelfall nicht entspricht, oder eine Leistung zu beschaffen, die gleichsam ein sozialstaatliches *ultra posse* darstellt, weil sie in einer Disproportionalität zur jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse steht.

c) Systemwidrige Abschmelzung der Privatautonomie

Allerdings wird dabei nicht ausgeschlossen, daß der Versicherte zur Erlangung einer die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigenden Versorgung einen bestimmten Eigenanteil trägt. Auch das Sachleistungsprinzip, dem lange Zeit ein Verbot der Kostenerstattung entnommen wurde, bedeutet nicht, daß der Versicherte sich in allen Fällen mit einer das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistung zufrieden geben müsse. Das Auseinanderklaffen zwischen der relativ starren Finanzierung des Leistungsanspruchs im Sachleistungssystem und dem tatsächlichen Bedarf des Versicherten demonstriert die höchstrichterliche Rechtsprechung, die z. B. im Bereich von Sehhilfen, orthopädischen Schuhen, aber auch Krankenhauspflege, die Inanspruchnahme von außervertraglichen Leistungen unter Übernahme der Mehrkosten durch den Versicherten zuläßt. Sie wird zum Teil als „zeitgemäße Weiterentwicklung“ des Sachleistungsprinzips bezeichnet. Auch das Verbot der Kostenerstattung wurde vom Bundessozialgericht neuerdings dahingehend relativiert, daß bei freiwillig Versicherten der Schutzzweck des Sachleistungssystems es nicht erfordere, eine Kostenerstattung zu verbieten, wenn die Satzung der betreffenden Krankenkasse eine solche vorsehe. Aus den Risiken, die der Gesetzgeber diesem Personenkreis auf der Beitragsseite aufbehalte, sei auch auf der Leistungsseite ein verminderter Schutzbedürfnis zu folgern.

Im übrigen enthält die RVO selbst Tatbestände der

Durchbrechung des Sachleistungsprinzips. Dies gilt für die sogenannten „monetären Kompensationsleistungen“, die sowohl Lohnersatzfunktion – wie etwa das Krankengeld oder das laufende Mutterschaftsgeld – oder auch Aufwendungsersatzfunktion haben können, wie die Kostenerstattung bei den Kosten für zahntechnische Leistungen. Zu nennen sind darüber hinaus die sogenannten Naturalkompensationsleistungen, wie die Erstattung der Kosten für eine selbst beschaffte Krankenpflegeperson oder Ersatzkraft als Haushaltshilfe.

Gerade auch beim Zahnersatz mit seinen vielfältigen Wahlmöglichkeiten und Versorgungsformen mußte der Gesetzgeber die unzulängliche Flexibilität öffentlich-rechtlicher Anspruchsnormierung anerkennen und im § 182c Abs. 5 die Möglichkeit eröffnen, daß der Versicherte für aufwendigere Versorgungsformen die Mehrkosten selbst zu tragen hat.

Der Ausschluß der Privatautonomie im Sachleistungsprinzip, dem die Dogmatik in letzter Zeit dadurch Rechnung getragen hat, daß sie die bürgerlich-rechtliche Komponente auf ein bloßes Sorgfaltspflichtverhältnis reduziert, wirft bedeutsame Fragen des Selbstverständnisses ärztlicher Berufsausübung im System der GKV auf: Im Sachleistungssystem treten sich die Rechtssubjekte des Behandlungsverhältnisses als Personen gegenüber, deren Privatautonomie durch öffentlich-rechtliche Regelungen aufgezehrt ist, die also im unmittelbaren Verhältnis zueinander quasi „ent-rechtlich“ sind. Für einen rechtlichen Konsens über die Inhalte des Behandlungsverhältnisses ist kein Raum zwischen ihnen, da ihnen im Binnenverhältnis keine privatrechtliche Disposition über gegenseitige Ansprüche zusteht. Der für privatrechtliche Vertragsverhältnisse charakteristische Konsens wird damit bereits auf öffentlich-rechtlicher Ebene antizipiert, nämlich in den Beziehungen Versicherter/Krankenkasse einerseits und Krankenkasse/Kassenärztliche Vereinigung/Kassenarzt an-

legitimen persönlichen Wünschen des Patienten im Einzelfall nicht entspricht, oder eine Leistung zu beschaffen, die gleichsam ein sozialstaatliches *ultra posse* darstellt, weil sie in einer Disproportionalität zur jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse steht.

c) Systemwidrige Abschmelzung der Privatautonomie

Allerdings wird dabei nicht ausgeschlossen, daß der Versicherte zur Erlangung einer die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigenden Versorgung einen bestimmten Eigenanteil trägt. Auch das Sachleistungsprinzip, dem lange Zeit ein Verbot der Kostenerstattung entnommen wurde, bedeutet nicht, daß der Versicherte sich in allen Fällen mit einer das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistung zufrieden geben müsse. Das Auseinanderklaffen zwischen der relativ starren Finanzierung des Leistungsanspruchs im Sachleistungssystem und dem tatsächlichen Bedarf des Versicherten demonstriert die höchstrichterliche Rechtsprechung, die z. B. im Bereich von Sehhilfen, orthopädischen Schuhen, aber auch Krankenhauspflege, die Inanspruchnahme von außervertraglichen Leistungen unter Übernahme der Mehrkosten durch den Versicherten zuläßt. Sie wird zum Teil als „zeitgemäße Weiterentwicklung“ des Sachleistungsprinzips bezeichnet. Auch das Verbot der Kostenerstattung wurde vom Bundessozialgericht neuerdings dahingehend relativiert, daß bei freiwillig Versicherten der Schutzzweck des Sachleistungssystems es nicht erfordere, eine Kostenerstattung zu verbieten, wenn die Satzung der betreffenden Krankenkasse eine solche vorsehe. Aus den Risiken, die der Gesetzgeber diesem Personenkreis auf der Beitragsseite aufgabe, sei auch auf der Leistungsseite ein verminderter Schutzbedürfnis zu folgern.

Im übrigen enthält die RVO selbst Tatbestände der

Durchbrechung des Sachleistungsprinzips. Dies gilt für die sogenannten „monetären Kompensationsleistungen“, die sowohl Lohnersatzfunktion – wie etwa das Krankengeld oder das laufende Mutterschaftsgeld – oder auch Aufwendungsersatzfunktion haben können, wie die Kostenerstattung bei den Kosten für zahntechnische Leistungen. Zu nennen sind darüber hinaus die sogenannten Naturalkompensationsleistungen, wie die Erstattung der Kosten für eine selbst beschaffte Krankenpflegeperson oder Ersatzkraft als Haushaltshilfe.

Gerade auch beim Zahnersatz mit seinen vielfältigen Wahlmöglichkeiten und Versorgungsformen mußte der Gesetzgeber die unzulängliche Flexibilität öffentlich-rechtlicher Anspruchsnormierung anerkennen und im § 182c Abs. 5 die Möglichkeit eröffnen, daß der Versicherte für aufwendigere Versorgungsformen die Mehrkosten selbst zu tragen hat.

Der Ausschluß der Privatautonomie im Sachleistungsprinzip, dem die Dogmatik in letzter Zeit dadurch Rechnung getragen hat, daß sie die bürgerlich-rechtliche Komponente auf ein bloßes Sorgfaltspflichtverhältnis reduziert, wirft bedeutsame Fragen des Selbstverständnisses ärztlicher Berufsausübung im System der GKV auf: Im Sachleistungssystem treten sich die Rechtssubjekte des Behandlungsverhältnisses als Personen gegenüber, deren Privatautonomie durch öffentlich-rechtliche Regelungen aufgezehrt ist, die also im unmittelbaren Verhältnis zueinander quasi „ent-rechtlich“ sind. Für einen rechtlichen Konsens über die Inhalte des Behandlungsverhältnisses ist kein Raum zwischen ihnen, da ihnen im Binnenverhältnis keine privatrechtliche Disposition über gegenseitige Ansprüche zusteht. Der für privatrechtliche Vertragsverhältnisse charakteristische Konsens wird damit bereits auf öffentlich-rechtlicher Ebene antizipiert, nämlich in den Beziehungen Versicherter/Krankenkasse einerseits und Krankenkasse/Kassenärztliche Vereinigung/Kassenarzt an-

dererseits. Die Sachleistungsgewährung und das Arzt-Patienten-Verhältnis werden damit gekennzeichnet von der Anonymität der Leistungsbeziehung. Die öffentlich-rechtliche Präformierung des Behandlungsverhältnisses wird aber der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, in die elementare Rechtsgüter wie Persönlichkeitsrechte, körperliche Integrität usw. eingebracht werden, nicht gerecht. Der Arztvertrag hat mehr zu regeln als die bloße Kostenfrage, er betrifft Aufklärung und Einwilligung ebenso wie Wahl- und Selbstbestimmungsrechte oder Mitwirkungspflichten des Patienten. Angesichts der Grundrechtssensibilität der beteiligten Rechtsgüter und der Rechte-Pflichten-Relation im Kassenarztrecht müssen auch im Sachleistungssystem die konstitutiven Elemente des Privatvertrages erhalten bleiben. Gerade der für seine individuelle Lebensplanung eigenverantwortliche Patient kann in seiner Persönlichkeitsentfaltung nicht so weit eingeschränkt werden, daß er auf anonyme Leistungsvermittlung ohne Mitgestaltung an der Leistungsbeziehung verwiesen ist. Die Wiederbelebung privatvertraglicher Elemente innerhalb des Sachleistungssystems und seine Eingrenzung auf die Leistungsbereiche, die der sozialen Schutzfunktion der GKV gerecht werden, ist eine rechtsstaatliche Aufgabe, die der Subjektstellung von Arzt und Patient Rechnung trägt und der individualrechtlichen Prägung des Behandlungsverhältnisses gerecht wird.

2. Rechtssystematische und organisationsstrukturelle Dysfunktionen

a) Wandel der Rechtsstellung des Kassenarztes

Eine zweite Ebene der Antinomie des Kassenarztrechts macht sich in der Funktions- und Organisationsstruktur bemerkbar und hat zu Dysfunktionen der Aufgaben-

und Verantwortungsverteilung geführt. Die Syndrome dieser Verfälschung der Funktions- und Verantwortungsverteilung betreffen sowohl die Makroebene der Selbstverwaltungskörperschaften als auch den Mikrokosmos der Rechtsstellung des Kassenarztes. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die Priorität des Kosten-Nutzen-Kalküls, gefährdet die Balance, die zwischen der Realisierung des ärztlichen Berufsinteresses in seinem beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Umfeld und seiner Mitverantwortung für die finanzielle Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung herzustellen ist. Sie rückt den Kassenarzt zunehmend in die Nähe eines Organwalters der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das aus den Interessenkonstellationen und Einsätzen der Beteiligten im System der Gesetzlichen Krankenversicherung resultierende Postulat der Gewährleistung therapiegerechter ärztlicher Behandlung erweist sich wegen seiner Ansiedlung im Spannungsfeld zwischen Leistungs- und Finanzierungskomponente als besonders störungsanfällig. Die ärztliche Therapiefreiheit und als ihr Korrelat die sogenannte passive Kurierfreiheit des Patienten stellen sich in diesem Zusammenhang als notwendige Grundlage der Zweckrealisation des Behandlungs- und Versicherungsverhältnisses dar. Jede Behinderung der ärztlichen Verantwortung für die Effektivierung dieses Primärzweckes der Gesetzlichen Krankenversicherung, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Versicherten abzielt, bedeutet damit Verantwortungsentzug aus der Sphäre des Kassenarztes und rührt somit an den Kerngehalt der finalen Strukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Als in diesem Sinne sachfremde Regelungen stellen sich alle Steuerungsmaßnahmen dar, die eine Einebnung des ärztlichen Leistungsniveaus bewirken, pauschale Behandlungsmethoden und Therapiestandards vorgeben oder durch finanziellen Druck auf den Kassenarzt dessen Verantwortung für die individualorientierte Behandlung verdrängen. Auswirkungen

auch in diese Richtung zeitigen etwa eine Plafondierung der Gesamtvergütung, leistungsfeindliche Vergütungskriterien wie Pauschalvergütungen, Festbeträge, Komplexgebühren, aber auch sachwidrige, insbesondere an Durchschnittswerten orientierte Regresse der Behandlungs- und Verordnungsweise.

*b) Funktions- und Strukturwandel
der Selbstverwaltung*

Eine entscheidende Rolle kommt dabei den Selbstverwaltungen im Kassenarztrecht zu. Ihre gesellschaftsähnliche Zuordnung im System der GKV impliziert spezielle Kooperations- und Fürsorgepflichten im Sinne einer systemverantwortlichen Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Steuerungsmechanismen als essentieller Kerngehalt ihrer Selbstverwaltungsautonomie. Untätigkeit der Entscheidungsträger oder faktischer Kompetenzverzicht, wie er in der Vergangenheit häufiger zu beobachten war, bedeutet letztlich Vernachlässigung gesetzlich übertragener Verantwortung und damit gleichzeitig eine Preisgabe von Selbstverwaltungssubstanz. Als Beispiel einer solchen selbstverantwortungsentäußernden Kompetenzvernachlässigung sei in diesem Zusammenhang das weitgehende Defizit von differenzierten Satzungsregelungen für die Zuschüsse zu prothetischen Behandlungen und die Zuzahlung des Patienten bei kieferorthopädischen Maßnahmen genannt. Hier ist die Bereitschaft größer gewesen, auf gesetzgeberische Initiativen zu warten als den satzungsautonomen Verantwortungsbereich auszufüllen. Dies gilt in gleicher Weise für eine mangelnde Motivation der Versicherten durch die Krankenkassen im Hinblick auf kostenbewußte Inanspruchnahme der Sozialversicherungsleistungen, wie zum Beispiel Kuren und Arzneimittel. Auf kassenärztlicher Seite würde in korrespondierender Weise eine mangelhafte Überwachung der

Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit kassenärztlicher Versorgung Kompetenzverzicht, Verantwortungsdefizit und damit Selbstentäußerung von Selbstverwaltungskompetenzen bedeuten. Eine erhebliche Verantwortungsverschiebung und Aushöhlung der Selbstverwaltungssubstanz wurde durch gesetzgeberische Interventionen der Kostendämpfungsgesetze bewirkt. Dies führte zur Zentralisierung der Selbstverwaltungskompetenzen, zum Beispiel durch Bindung der regionalen Gliederungen an einheitliche Bundesempfehlungen, wodurch die auch im Bundesstaatsrecht zu beobachtende unitarische Tendenz durch einen vom Gesetzgeber verordneten Zwang einer Aufgabenzentralisierung beschleunigt wurde. Die Abschaffung der Landesmantelverträge durch das KVKG ist sinnfälliger Ausdruck dieser Entwicklung. Typisch für den Erosionsprozeß der Selbstverwaltung ist ferner die Kompetenzverlagerung auf selbstverwaltungsferne Institutionen, wie sie in der Ausgliederung der Honorarbewertung aus der Gesamtvertragskompetenz und der Institutionalisierung von Bewertungsausschüssen zum Ausdruck kommt. Die Bewertung ärztlicher Leistungen wird auf ein organisationsrechtliches ausgegliedertes und zentralisiertes Entscheidungsorgan übertragen, das institutionell verselbständigt und im Hinblick auf seine Kompetenzausstattung nicht mehr dem unmittelbaren Organisationsbereich der sozialversicherungsrechtlichen Körperschaften zuzurechnen ist. Die Bewertung ärztlicher Leistungen als die im Wesen des Vertrages immanente Leistungsbeziehung – und damit wesentlicher Bestandteil der Vertragsautonomie – wird auf eine Institution verlagert, die ein auf einer eigenständigen, die Aufbaustrukturen des Selbstverwaltungssystems sprengenden dritten Ebene zwischen den Selbstverwaltungspartnern angesiedeltes Organisationsgebilde darstellt und im Konfliktfall auf schiedsamtsähnliche Entscheidungsfindung durch Unparteiische verwiesen ist. Der Vertragsschluß der Vertragspartner wird durch Mehrheits-

entscheidung ersetzt, wobei der Unparteiische den Ausschlag gibt.

Wenn man bedenkt, daß die Festsetzung der Vergütungshöhe und der Vertragsinhalte durch die Konfliktregelungen der RVO den Schiedsämtern übertragen ist und diese ihr Ermessen in der Weise an die Stelle der autonomen Willensbildung der Parteien setzen können, daß durch den Rechtsakt des Schiedsspruchs völlig neue Leistungskategorien und Vertragsinhalte in den Gesamtvertrag Eingang finden, so wird durch die Institutionalisierung der Bewertungsausschüsse die zweite Komponente einer synallagmatischen Leistungsbeziehung der Kompetenz der Gesamtvertragspartner entzogen, nämlich die Leistungsdefinition und Leistungsbeurteilung. Daß man vergessen hat, im Sozialgerichtsgesetz die Beteiligtenfähigkeit des Bewertungsausschusses zu regeln und daß somit auch die im Hinblick auf Art. 19 Abs. 4 GG gebotene gerichtliche Überprüfung der Festsetzung des Bewertungsausschusses offen ist, nährt nicht nur Zweifel am „Beruf unserer Zeit zur Gesetzgebung“ (*Savigny*), sondern ist Ausweis mangelnder rechtlicher Durchstrukturierung und gesetzgebungstechnischer Inkompetenz.

Eine ähnliche Entmachtung der Selbstverwaltung drohte in den ersten Phasen nach ihrer Institutionalisierung durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu erfolgen. Dieses heterogen zusammengesetzte Gremium, in dem kommunale Spitzenverbände ebenso vertreten sind wie Gewerkschaften, die Krankenkassen und Heilberufe, sollte in der ersten Zeit der Praktizierung des KVKG zum zentralen Planungs- und Steuerungsgremium des Gesundheitswesens hochstilisiert werden. Die seinerzeitigen Versuche des Bundesarbeitsministers, einer nicht zustande gekommenen – das heißt im Hinblick auf das Zustimmungserfordernis des § 368f Abs. 4 RVO rechtlich unwirksamen – Honorarempfehlung der Konzertierten Aktion im zahnärztlichen Bereich mit allen Mitteln zum Durchbruch zu verhelfen,

zeigt, daß jenseits des legitimen Einigungszwangs, der von diesem Gremium ausgeht, über die Konzertierte Aktion politischer Druck auf die Selbstverwaltungsträger erzeugt werden sollte. Das Zusammenwirken der Selbstverwaltungspartner der Konzertierten Aktion hat in dieser Phase staatliche Übergriffe in die Selbstverwaltungsautonomie weitgehend abwehren können und dazu beigetragen, der Konzertierten Aktion die ihr zukommende Rolle eines Koordinierungs- und Konsultationsgremiums zuzuweisen, die ihr das Gesetz bei der Erstellung, Abstimmung und Koordinierung der für die Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie für die medizinische und wirtschaftliche Effektivität und Effizienz relevanten Daten und ihre Einbettung in gesamtwirtschaftliche und makrosoziale Bezugsgrößen beilegt.

Eine Belastung der Selbstverwaltung stellt auch die zunehmende Überbürdung selbstverwaltungsfremder Funktionen dar, die zudem bis an die Grenze des verfassungsrechtlich Zulässigen reichen, wie die Regelung des § 368n Abs. 2 Satz 4 RVO, der die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen statuiert, die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Indienstnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der freien Heilfürsorge mit Beschluß vom 8. 12. 1982 für verfassungskonform erklärt, wobei die Begründung dieses Beschlusses wenig befriedigend ist – dies weniger unter dem Aspekt der Ableitung einer Bundeskompetenz für die gesetzliche Regelung als vielmehr in der pauschalen Ermächtigung des Gesetzgebers, für so ziemlich jede sozial nützliche Funktion, die im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung steht, die kassenärztliche Selbstverwaltung dienstzuverpflichten. Die Systembrüche werden vom Bundesverfassungsgericht mit leichter Hand

unter dem Hinweis beiseite gewischt, daß die Widerspruchsfreiheit und innere Stimmigkeit der rechtlichen Bestimmungen im Sozialversicherungsrecht „bisher nicht ausnahmslos verwirklicht“ sei. Dieser Befund mag zwar zutreffen und eher euphemistisch anmuten, signalisiert jedoch eine Kapitulation des Verfassungsrechts vor gesetzgeberischem Unvermögen, die sicher in dieser Form nicht befriedigt.

Den Selbstverwaltungsorganen werden in immer stärkerem Maße Aufgaben auferlegt, die sie in eine Interessenantimonie und einen Zielkonflikt zwischen ihrem gesetzlichen Auftrag der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und dem Vollzug der entsprechenden Gesetze einerseits und ihrem gleichrangigen Auftrag zur Interessenvertretung der Kassenärzte andererseits führen. Damit ist bereits ein weiteres Syndrom bezeichnet, das für die Entwicklungstendenzen der Selbstverwaltung im Kassenarztrecht kennzeichnend ist: die fortschreitende Entfernung der genossenschaftlichen Selbstverwaltung von der ihr eigentümlichen historisch gewachsenen Funktion, die im Gesetz Anerkennung gefunden hat, nämlich die Interessenrepräsentanz der Kassenärzteschaft. Anstelle des selbstverantwortlichen, von staatlicher Einflußnahme freien Gestaltens tritt immer mehr die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion einer ausufernden Sozialgesetzgebung, die den kassenärztlichen Institutionen Disziplinierungsfunktion gegenüber ihren Mitgliedern zuweist. Dies muß zwangsläufig zu einer Entfremdung der Kassenärzte von den Vertretungsorganen führen.

Diese Entwicklung wird zum einen vorangetrieben über die zunehmende Bürokratisierung und Anonymisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, wie sie der Listenwirrwarr dokumentiert, der auf dem Arzneimittelsektor entstanden ist und von Transparenzlisten bis zu Bagatellarzneimittellisten reicht.

In die gleiche Richtung weisen die aktuellen Vorhaben, Datenbanken zur zentralen Erfassung und Kontrolle der

kassenärztlichen Versorgungsleistungen sowie des Inanspruchnahmeverhaltens des Patienten einzurichten. Weder ist die Effizienz solcher Vorhaben in Relation zum finanziellen, personellen und administrativen Aufwand erwiesen, noch sind die immer drängender und bedrohlicher werdenden Probleme des Datenschutzes geklärt, so daß die gesetzliche Einbeziehung der Selbstverwaltung in solche Vorhaben in Form des § 223 RVO einen weiteren Schritt in die Richtung darstellt, die Selbstverwaltungsorganisation als Büttel eines vermeintlichen Sozialnutzens und Wirtschaftlichkeitskalküls gegen die diagnostische und therapeutische Entscheidungsfreiheit und Sachkompetenz des Arztes einzusetzen.

Das gleiche gilt für die Regelungen des Arzneimittelhöchstbetrages in § 368f Abs. 6, der die ärztliche Arzneimittelverordnung zusätzlichen und gezielten Einzelprüfungen der Verordnungsweise unterwirft, wenn der Höchstbetrag überschritten ist. Auch hier wird die Tendenz deutlich, die Selbstverwaltung jenseits der traditionellen, seit langem in der RVO beheimateten Wirtschaftlichkeitsprüfungen in die Rolle eines Sparkommissars der Gesetzlichen Krankenversicherung zu drängen und ihr die Verpflichtung zu zusätzlichen Sonderprüfungen und Regreßsanktionen gegen ihre Mitglieder aufzuerlegen. In diesem Zusammenhang muß hervorgehoben werden, daß die Kassenvertreter seit der Neuregelung des KVKG stimmengleich mit den Ärzten in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen vertreten sind, so daß die Einwirkungsmöglichkeit der Kassen auf die ärztliche Behandlungsweise wesentlich verstärkt worden ist.

Da durch den turnusmäßigen Vorsitzwechsel eine Überparität der Krankenkassen eintritt, kann im Einzelfall der Stichtentscheid über die Erforderlichkeit einer medizinischen Maßnahme dem fachlichen Urteil der Vertreter der Kassenärzte entzogen sein, so daß eine Gewichtsverschiebung innerhalb der Prüfungsausschüsse als Organ in der gemeinsamen Selbstverwaltung statt-

gefunden hat, die zur Ent- und Umfunktionalisierung der Selbstverwaltung im Innenverhältnis beiträgt. Diese Entwicklungslinien müssen vor dem Hintergrund gesehen werden, daß ärztliches Handeln zunehmend in gesamtwirtschaftliche Maximen eingebunden und ökonomischen Vorgaben unterworfen wird. Dies gilt sowohl für die Bindung der Arzneimittelhöchstbeträge an die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsummen der beteiligten Krankenkassen als auch für die Pflicht des Arztes, Preisvergleiche zwischen Verschreibungsalternativen anzustellen oder die Vergütungskriterien des § 368f RVO mit ihrer Orientierung an gesamtwirtschaftlichen Prozeßdaten. Die Sogwirkung ökonomischer Maximen, die Priorität Kosten-Nutzen-analytischen-Denkens gegenüber den fachlich-medizinischen und ethischen Implikationen ärztlicher Berufstätigkeit verstärkt den Druck auf die Selbstverwaltung, diesen ihr aufgezwungenen gesetzlichen Aufträgen nach innen nachzukommen und zum Vollzugsorgan staatlicher bzw. gesamtgesellschaftlicher Belange zu werden.

Zugleich wird eine Tendenz der Rechtsprechung spürbar, die Selbstverwaltungskörperschaften in ihrer Wirkfähigkeit zu beschränken, wie es in den Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich der Steuerberater- und Ärztekammern zum Ausdruck kommt. Sicher können die Selbstverwaltungsorganisationen als Zwangskorporationen kein allgemein-politisches Mandat beanspruchen; die Vertretung der beruflichen und wirtschaftlichen Belange – auch im gesellschafts- und sozialpolitischen Umfeld – muß ihnen jedoch unbenommen bleiben.

Potenziert wird der Erosionsprozeß der Selbstverwaltungsstrukturen durch verstärkte staatliche Ingerenzen im Selbstverwaltungsbereich. Staatsaufsicht wird im allgemeinen als das Korrelat der vom Staat verliehenen Selbstverwaltungsbefugnis bezeichnet. Das sich hieraus zwischen aufsichtsführenden und aufsichtsunterworfenen Organen ergebende natürliche Spannungsver-

hältnis kann allein dann erträglich und für beide Seiten fruchtbar gestaltet werden, wenn die Aufsicht von den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, insbesondere von dem Recht der Verpflichtungsanordnung gemäß § 89 Sozialgesetzbuch maßvollen Gebrauch macht und sich nur dann in den Selbstverwaltungsbereich einmischt, wenn der Entscheidung einer Frage über den konkreten Einzelfall hinaus grundsätzliche Bedeutung zukommt und sie vornehmlich für das zukünftige Verhalten der aufsichtsunterworfenen Körperschaft des öffentlichen Rechts von Bedeutung ist. Insbesondere die Institution des im Sozialgesetzbuch verankerten und der Aufsichtsmaßnahme vorgeschalteten Beratungsgespräches ermöglicht ein dem dialogisierten Charakter der Aufsichtsbeziehung gerecht werdendes Verhältnis zwischen Aufsichtsbehörde und Selbstverwaltungskörperschaft, das nicht als institutionalisierter Konflikt aufzufassen ist, sondern als kooperative Beziehung, bei der jede Seite auf die Belange der anderen angemessene Rücksicht nimmt. Hinzuweisen ist ferner auf neue vom Sozialgesetzbuch eingeführte haushaltsrechtliche Bindungen und die in Ausführung dazu ergangene Haushaltsverordnung, die der Haushaltsautonomie der Körperschaften enge Grenzen setzt und die Haushaltsplanung an die Zügel ministerieller Genehmigungspflichten legt. Gerade die Haushaltsautonomie ist wesentlicher Bestandteil des Selbstverwaltungsrechts. Ihre Begrenzung signalisiert den Abschmelzungsprozeß auch der organisatorisch-institutionellen Binnenautonomie der Selbstverwaltung und ihre zunehmende Inkorporierung in die Staatsorganisation.

3. Ordnungspolitische Steuerungs- und rechtsstaatliche Strukturdefizite

Die dritte Dimension der Antinomien des Kassenarztrechts betrifft Steuerungsdefizite der sozialen Kran-

kenversicherung, die sich nachhaltig auf das Kassenarztrecht auswirken.

a) Globalsteuerung versus Innensteuerung

Dies ist zum einen ein ordnungspolitisches Defizit und hängt damit zusammen, daß die Philosophie der Globalsteuerung des Gesundheitswesens durch eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik bei der nur beschränkten Elastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern letztlich zum Scheitern verurteilt ist. Es ist erstaunlich, wie sich die Formel von der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, die ja nichts anderes als die Kontingentierung und Zuteilung der für das Gesundheitswesen aufzuwendenden Ausgaben bedeutet, über einen längeren Zeitraum relativ unangefochten erhalten konnte, obwohl es evident ist, daß ohne Leistungsbegrenzung und sozial ausgewogene Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht zu erreichen ist. Die naive Vorstellung, durch Begrenzung der Gesamtvergütungen für die ambulante kassenärztliche Versorgung dieses Problem in den Griff zu bekommen, scheiterte schon an Leistungsbereichen, die sich außerhalb des anvisierten Zuwachsvolumens der Grundlohnsummensteigerung entwickelten wie der Krankenhaussektor. Darüber hinaus mußte sich auch früher oder später die Einsicht durchsetzen, daß ohne eine Innensteuerung über Formen der Direktbeteiligung bzw. Leistungsausgrenzungen eine finanzielle Ausgewogenheit der Krankenversicherung auf Dauer nicht zu erzielen sein würde. Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mußte also ergänzt werden um die Komponenten des Leistungsumfangs und der Beitragshöhe; sie muß – ähnlich dem Stabilitätsgesetz im wirtschaftlichen Bereich – einmünden in ein magisches „Viereck“ der Zielprojektionen, das einerseits zur Beitragsstabilität führt, andererseits den Leistungsumfang begrenzt, den An-

spruch des Versicherten auf die medizinisch notwendige und qualitativ ausreichende Versorgung gewährleistet und zugleich die angemessene ärztliche Vergütung sicherstellt. Dazu wird es eines gemischten Regimes von Grund- und Zusatzleistungen, von Sach- und Geldleistungen (Zuschuß-, Kostenerstattungsprinzip) mit sozial differenzierten kumulativen und alternativen Formen der Direktbeteiligung des Versicherten bedürfen.

b) Dogmatische Aufforstung des Kassenarztrechts

Neben den ordnungspolitischen Defiziten sind aber auch spezifisch rechtsstaatliche Defizite aufzuarbeiten: Dazu gehört neben den rechtsstaatlich unerträglichen Eingriffen in laufende Verträge, die von den dazu vom Gesetzgeber berufenen Selbstverwaltungen geschlossen wurden, die Eindeutigkeit und Verlässlichkeit der Orientierung des Leistungs- und Vergütungssystems an den gesetzlichen Kriterien der RVO. Die Vertragspartner und der Kassenarzt müssen darauf vertrauen können, daß die von gesetzlich berufenen Institutionen festgelegten Verträge und Vergütungen, denen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Angemessenheitsvermutung innewohnt, Bestand haben und nicht durch einen vertragspolitischen „Selbsteintritt“ des Gesetzgebers in Form von Maßnahmegesetzen außer Kraft gesetzt werden. Ebenso muß sichergestellt sein, daß sich die Zuwachsraten der Gesamtvergütungen an den gesetzlichen Honorarfindungskriterien des § 368f Abs. 3 RVO orientieren und nicht von Erwägungen politischer Opportunität überlagert werden, denen die rechtsstaatlichen Voraussetzungen der Berechenbarkeit, Vorhersehbarkeit und Nachprüfbarkeit mangeln.

Die unzulängliche „Rechtskultur“ des Kassenarztrechts, seine mangelhafte wissenschaftliche Durchdringung und dogmatische Konsequenz hat den norma-

tiven Wildwuchs im Kassenarztrecht ebenso wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in weiten Teilen der RVO überhaupt begünstigt. Gesetzestechnische Unzulänglichkeiten ebenso wie mangelnde innere Systemkonsequenz und Eindeutigkeit haben rechtsstaatliche Einbrüche und Defizite erheblich potenziert. Eine mehr oder weniger kasuistisch orientierte Rechtsprechung hat es nicht vermocht, dieser Teilrechtsordnung ein dogmatisches Korsett einzuziehen und die rechtlichen Mängel, die eine hektische, sich überschlagende Gesetzgebung produziert hat, zu kompensieren. Die zunehmende Politisierung des Gesundheitswesens in den 70er Jahren hat diese Entwicklung beschleunigt und dazu geführt, daß das Kassenarztrecht lange Zeit von den wechselnden Erwägungen politischer Opportunität bestimmt war. Der für das Sozialrecht vielfach generell beklagte Befund, daß es ihm an integrierender Rechtssystematik, innerer Geschlossenheit, Konstanz und Kontinuität mangle, trifft uneingeschränkt auf die Krankenversicherung und das Kassenarztrecht zu. Die Entwicklungen der Dogmatik des Verwaltungsrechts und seiner allgemeinen Institutionen haben dieses Rechtsgebiet bisher relativ wenig befruchtet. Die in den letzten Jahren erfreulicherweise festzustellende dogmatische Aufforstung des Sozialrechts ist bisher an der Krankenversicherung und dem Kassenarztrecht mit seinen komplizierten Regelungsmechanismen und institutionellen Verschränkungen weitgehend vorübergegangen.

Während die Gesundheitsökonomik in den 70er Jahren einen rasanten Aufschwung nahm und die wissenschaftliche Diskussion erheblich befruchtet hat, hat sich die Rechtswissenschaft stärker dem Arztrecht in seinen zivil- und strafrechtlichen Orientierungen zugewandt. Demgegenüber ist das Kassenarztrecht weitgehend ein Recht der Verwaltungspragmatik und Sozialgerichtskasuistik geblieben. Um so dringender erscheint es, daß gerade das Kassenarztrecht mit seinen vielfältigen Bezügen zum Verwaltungsrecht, zum allge-

meinen Sozialrecht, aber auch zu den Wirtschaftswissenschaften die stärkere Aufmerksamkeit der Rechtswissenschaft findet und eine stärkere dogmatische Durchdringung erfährt, die zu mehr Rechtssicherheit und Rechtsklarheit führen muß.

*c) Kassenarztrecht vor den Herausforderungen
der Grenzen des Wachstums*

Die Jahrhundertfeier der Krankenversicherung fällt in eine Zeit, in der die Grenzen des Sozialstaates sichtbar werden und die für selbstverständlich gehaltene sozialstaatliche Ordnung sich einer ernststen Bewährungsprobe gegenüber sieht. Die Verlangsamung des Wachstums, die steigende Staatsverschuldung, eine strukturelle Arbeitslosigkeit und Unwägbarkeiten der wirtschafts-, steuer- und sozialpolitischen Umverteilungsprozesse haben zu der Einsicht geführt, daß der Sozialstaat durch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gesellschaft begrenzt wird. Ein ausuferndes Sozialstaatsverständnis, begünstigt durch die normative Unbestimmtheit der Sozialstaatsklausel, hat eine Rückbesinnung auf die ursprüngliche Sinngebung und wesentliche Elemente des Sozialstaatsprinzips als Staatszielbestimmung und verfassungsgestaltender Grundentscheidung unerläßlich werden lassen. Dies betrifft zunächst grundsätzliche Fragen des Verhältnisses Individuum, Gesellschaft und Staat, die in die Frage einmünden, ob nicht ein Staat, der gegen alle Lebensrisiken zu sichern vorgibt, in Wahrheit zum Leviathan, zum Moloch pervertiert, der die totale Gängelung und Bevormundung seiner Bürger bewirkt. Wenn der Sozialstaat nicht zur schleichenden Entmündigung des Menschen durch totale wohlfahrtsstaatliche Betreuung führen und jede Eigeninitiative ersticken soll, muß das Spannungsverhältnis zwischen Rechts- und Sozialstaat, zwischen individueller Freiheit und Sozialstaatsauftrag in dem Sinne aufgelöst werden,

daß der Sozialstaat durch Teilhabe des einzelnen an sozialstaatlichen Leistungen zur Sicherung seines Daseins und einer menschenwürdigen Lebensführung beiträgt, den Menschen aber dort nicht entmündigt, wo er noch zur Selbsthilfe fähig und bereit ist. Diese Wechselwirkung zwischen staatlicher Leistungsverpflichtung und Eigenverantwortlichkeit des einzelnen, zwischen Solidarität und Subsidiarität, die auch in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes immer wieder betont worden ist, muß gerade auch in der Krankenversicherung zu einer Neubesinnung führen. Der Sozialstaat kann stets nur eine Grundversorgung garantieren, die genügend Raum läßt für individuelle Wünsche, zusätzliche Sicherheitsinteressen und weitergehende Bedarfe durch eigenverantwortliche Entscheidung abzudecken.

Ein ausgewogenes Verhältnis herzustellen zwischen dem sozialstaatlichen Auftrag der Zuteilung sozialer Gerechtigkeit und dem rechtsstaatlichen Prinzip autonomer eigenverantwortlicher Lebensgestaltung bleibt eine ungelöste Ordnungsaufgabe des Systems sozialer Sicherung, die sich für die Krankenversicherung an der Schwelle zum Übergang in ein neues Jahrhundert ihres Bestehens angesichts knapper werdender Ressourcen und eines stagnierenden Wachstums drängender stellt denn je.

Rechtsstellung des Kassenarztes im System der GKV

Dr. Susanne Tiemann
Rechtsanwältin, Köln

1. Ärztliche Funktion und GKV

„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Soweit § 1 der Bundesärzteordnung, der umrißhaft und in Übereinstimmung mit der Ihnen allen wohlbekannten Formel des hippokratischen Eides die originäre Rolle des Arztes und seinen Stellenwert für die Gesundheit und Persönlichkeit des Patienten, aber auch für die gesamte Bevölkerung, bezeichnet. Der Arzt verfügt aufgrund seiner Ausbildung über die medizinischen Fachkenntnisse und behandelt den Patienten auf dieser fachlichen Grundlage. Er verpflichtet sich aufgrund freiberuflicher Verantwortung zur ärztlichen Ethik, die ihn auf die Persönlichkeit des Patienten hin orientiert. Nicht nur Heilen und Lindern als fachlich-technischer Prozeß, sondern darüber hinaus Fürsorge für die Gesundheit des Patienten, aber auch für dessen Selbstbestimmung und körperliche Integrität ist Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit. Bei der Ausübung dieser umfassenden Aufgabe ist der Arzt nur seinem Patienten verpflichtet: Er übt seinen Beruf in freiberuflicher Unabhängigkeit aus. Die Zweierbeziehung Arzt – Patient stellt damit den Kernpunkt jeder ärztlichen Tätigkeit dar. Der Patient vertraut auf ärztliches Fachwissen und

ärztliche Ethik. Auf dieser Basis vertraut er seine körperliche Integrität dem Arzt an. Er unterzieht sich Eingriffen durch den Arzt, die von der Rechtsdogmatik als Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuches aufgefaßt werden, die aber durch ärztliche Fachkenntnis und Ethik auf der Grundlage freier Selbstbestimmung des Patienten in ihr Gegenteil, nämlich Heilung, Linderung und Fürsorge für die Persönlichkeit des Patienten, transformiert werden. Auf dieser Basis vertraut der Patient dem Arzt seine Rechtspositionen an. Dem Arzt kommt damit als freier Beruf Mediatisierungsfunktion zwischen dem Patienten einerseits, staatlichen bzw. quasi-staatlichen Institutionen andererseits zu.

Dies sind die tragenden Elemente ärztlicher Tätigkeit und der Stellung des Arztes gegenüber seinem Patienten. Auch eine Betrachtung der Rechtsstellung des Arztes in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur vor diesem Hintergrund erfolgen, will man nicht die Grundgegebenheiten ärztlichen Handelns in ihrer Bedeutung für den Patienten und damit auch als Funktionsbasis einer Gesetzlichen Krankenversicherung negieren.

Denn Sozialversicherung bedeutet nach der im Sozialrecht gängigen Systematisierung vor allem Versicherung gegen Krankheitsrisiken, nicht öffentliche Fürsorge und nicht Versorgung, oder nach einer anderen Unterscheidung nicht Entschädigung oder Ausgleich, sondern Vorsorge. Sozialversicherung ist dabei finanzielle Versicherung oder Vorsorge für die Fälle, in welchen ärztliches Handeln notwendig wird und in denen die ärztliche Rolle in der Zweierbeziehung zum Patienten in Funktion tritt. Sozialversicherung ist also vor allem ein sozialstaatliches Hilfssystem, um die originäre ärztliche Funktion der Heilung, Linderung und Persönlichkeitsfürsorge für den Patienten finanziell abzusichern, nicht dagegen eine sozialstaatliche Aufgabe als Selbstzweck, der die private Personalbeziehung zwischen Arzt und

Patient zu dienen bestimmt wäre. Aber auch die Zusatzelemente der Versorgung und des sozialen Ausgleichs, die die Sozialversicherung gegenüber einer privaten Versicherung mit kennzeichnen, richten sich auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse im Sinne einer sozial gerechten Teilhabe und den Ausgleich geminderter Chancen. Auch dieser Zielsetzung würde es widersprechen, die Güter, nämlich die ärztlichen Leistungen, deren Inanspruchnahme zu ermöglichen Ziel des sozialen Ausgleichs in der sozialen Krankenversicherung ist, selbst nur zum Hilfsmittel, zum Erfüllungsinstrumentarium eines verselbständigten sozialen Zwecks zu konterkarieren und die Rolle des Arztes in der GKV zur Instrumentalfunktion für ein öffentlich-rechtliches System bis hin zu einem Amtswalterstatus zu denaturieren.

Vor diesem Hintergrund ist auch die sogenannte Kassenarztscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu sehen, wonach sich die Gesetzliche Krankenversicherung des freien Berufes der Ärzte bedient, ihr Kassenarztsystem auf dem Arztberuf als einem freien Beruf aufbaut, ihn praktisch und rechtlich voraussetzt, ihn sich zunutze macht und die Tätigkeit des Kassenarztes im Rahmen dieses freien Berufes beläßt. Jede andere Sicht ginge denn auch in die gefährliche Richtung einer Zweiklassenmedizin. Denn die funktionale Priorität des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu negieren, das durch Fachwissen, Vertrauen und persönliche Verantwortung des Arztes für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mediatierend gerade im Sinne eines verfassungskonformen Sozialstaatsverständnisses wirkt, hieße, den sozialversicherten Patienten zum Umhegungsobjekt eines öffentlich-rechtlichen Systems zu degradieren. Gerade aber auch im System der GKV stellen die Unabhängigkeit und Verantwortung freiberuflicher Ärzte im Hinblick auf eine persönlichkeitsbezogene Heilung und Linderung von Krankheiten einen vorrangigen systemimmanenten Faktor und eine zwingende Notwendigkeit dar.

2. Berufliche Entfaltungsmöglichkeit

Mit seiner Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung stellt der Arzt seine Fähigkeiten, Arbeitskraft und Kapitalwerte (Praxis) für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Er bringt diese Faktoren in einen Verbund idealtypisch gleichgelagerter Interessen, gerichtet auf die ärztliche Versorgung der Sozialversicherten, ein. Der Arzt schließt sich damit einem gesellschaftsähnlichen Verbund an, in dem Rechte und Pflichten sowie Verantwortungsbereiche entsprechend der Aufgabenstellung der Beteiligten und ihrer Kompetenzen sich zum gemeinsamen Zweck zusammenzufinden haben. Von vornherein verbunden ist damit ein gesteigerter Dualismus ärztlicher Tätigkeit zwischen dem ausschließlichen Verpflichtetsein gegenüber dem Patienten und der Übernahme öffentlich-rechtlicher Pflichten und Rechte gegenüber dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Verpflichtung des Arztes gegenüber der Öffentlichkeit hinaus.

Die Entscheidung für die Zulassung selbst ist heute bei einem Versichertenstand von etwa 95% der Bevölkerung kein freier Entschluß mehr, ebenso wie auch das Festhalten des Arztes an der Zulassung von der berufs-existentiellen Angewiesenheit auf Teilhabe an diesem System bestimmt wird. Dies gilt besonders, seitdem eine Koppelung zwischen der Zulassung und der Beteiligung an der Versorgung der Ersatzkassenversicherten besteht. Der Anschluß an das öffentlich-rechtliche System ist damit ebenso wie der Verbleib in ihm von vornherein an ökonomische Erwägungen des Arztes geknüpft, die seinem idealtypischen Berufsbild an sich widersprechen. Sie erzeugen von vornherein eine gewisse Anfälligkeit der GKV für die Relativierung ihrer eigenen Realisierungsbasis, nämlich der Versorgung ihrer Versicherten durch freiberufliche, ganz vorrangig patientenorientierte Ärzte.

Zusätzlich manifestiert sich der besondere Dualismus

ärztlicher Berufsausübung im System der GKV dadurch, daß auch einzelne berufsrechtliche Regelungen, ansonsten rein patienten- oder kollegenorientiert, auf die Systemebene transponiert werden. Zu nennen sind hier vor allem die ärztliche Fortbildungspflicht, ergänzt durch eine kassenärztliche Fortbildungspflicht, die Möglichkeit der Assistentenbeschäftigung oder Sozietätsbildung, im Kassenarztrecht an besondere Genehmigungsvoraussetzungen geknüpft, die Höchstpersönlichkeit ärztlicher Leistungen, im Leistungsrecht der GKV durch den Patientenanspruch konkretisiert, oder vor allem die Behandlungspflicht, im Kassenarztrecht eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung aus der Zulassung. Außerdem wird die Niederlassung des Arztes unter Umständen durch Bedarfsplanungsmaßnahmen gesteuert, und schließlich kann der Arzt auch über den Zeitpunkt der Beendigung seiner kassenärztlichen Tätigkeit nicht frei entscheiden, da diese an eine Frist gebunden ist – eine Regelung, die nicht einmal für den Beamten in dieser Weise besteht. Die eigenverantwortliche Gestaltung des beruflichen Umfeldes, wie sie für den Freiberufler charakteristisch ist, ist damit für den Arzt schon auf der Organisationsebene als Kassenarzt nur mehr bedingt möglich. Vor diesem Hintergrund tendiert die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in die Richtung eines öffentlich-rechtlichen Status des Kassenarztes.

3. Verhältnis zum Patienten

Auch die RVO geht von ärztlicher Therapieentscheidung aus, die in erster Linie unabhängig nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Demgemäß stellt sie auch ihr Wirtschaftlichkeitsgebot unter diese erste Prämisse. Dies ist folgerichtig, da insbesondere Pflichtmit-

gliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung nur bei einer zweckentsprechenden Ausgestaltung des Systems grundrechtsneutral bleiben kann. Dem sozialstaatlichen Zweck adäquat ist jedoch nur eine ärztliche Behandlung, die ihrem naturgegebenen Auftrag nach Fachwissen, Vertrauen und Persönlichkeitsschutz bietet.

Fraglich ist dabei allerdings, ob der Arzt als Kassenarzt diese Faktoren voll vermitteln kann, ob er seinem Patienten als Partner der Behandlung im freiberuflichen Sinne gegenüberstehen kann, oder ob er Instrumentalfunktion für die GKV erfüllt. Rechtlicher Partner des Patienten im Rahmen eines privaten Vertragsverhältnisses ist der Kassenarzt jedenfalls nicht. Indem die Krankenkassen im Sachleistungssystem dem Versicherten als Versicherungsleistung nicht nur die Bezahlung der ärztlichen Leistung schulden, sondern die ärztliche Behandlung selbst, ist der Behandlungsanspruch des Patienten als öffentlich-rechtlicher Anspruch aus dem Versicherungsverhältnis gegen die Krankenkasse gerichtet. Der Kassenarzt erbringt die Behandlung dementsprechend aus seiner öffentlich-rechtlichen Verpflichtung gegenüber der KV aufgrund der Zulassung und hat gegen die KV einen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen. Lediglich die Haftungsseite verbleibt nach der RVO im privatrechtlichen Bereich. Der Arzt ist damit zur eigentlichen rechtlichen Gestaltung des Behandlungsverhältnisses nicht in der Lage. Dieses wird durch öffentlich-rechtliche Bedingungen in seinen potentiellen Hauptinhalten vorgeformt. Der Arzt stellt sich gegenüber dem Patienten damit als Realisator öffentlich-rechtlicher Systembedingungen dar und nimmt so amtswalterähnliche Züge an. Wegen des Fehlens von hauptvertraglichen Rechten und Pflichten im Arzt-Patienten-Verhältnis, also den Konstitutivenelementen eines privatrechtlichen Vertrages, gehen hier im übrigen auch alle Versuche einer gewaltsamen Konstruktion privatvertraglicher Beziehungen, wie sie eini-

ge Zeit noch unternommen wurden, ins Leere. Wertet man den Privatvertrag jedoch als enge Verflechtung gegenseitiger Rechts- und Interessenpositionen, als Manifestation besonderer Individualbezogenheit eines Rechtsverhältnisses und Ausdruck der Selbstbestimmung der Vertragspartner, so entspräche eine derartige privatrechtliche Bindung zwischen Arzt und Patient gerade der Rolle des freiberuflichen Arztes, der sich an seinen Patienten rechtlich bindet und ihm im Rahmen seiner vertraglichen Hauptrechte und Pflichten volle Transparenz über die Behandlung und die mit ihr verursachten Kosten vermittelt. Dies ist im Sachleistungssystem aber nicht möglich. Eine Wiederbelebung der selbständigen privatrechtlichen Anspruchsverflechtung zwischen Arzt und Patient wäre daher zu fordern, damit der Arzt seiner freiberuflichen Mediatisierungsfunktion zwischen Patient und Systembedingungen gerecht werden kann.

Zusätzlich läßt sich in der GKV beobachten, daß die Rolle des Arztes als Vertrauensperson des Patienten durch zahlreiche Auskunftspflichten relativiert wird. Die Vorschriften des SGB X über die geschützten Daten sind in diesem Zusammenhang beredtes Beispiel hierfür, noch vielmehr die mancherorts laufenden Modellversuche – datenschutzrechtlich und auch verfassungsrechtlich von größter Brisanz –, die angeblich die Transparenz des ärztlichen Handelns erhellen sollen, jedoch letztlich den gläsernen Patienten schaffen. Geheimniswahrung und als ihr Gegenstück Transparenzvermittlung sind aber originäre rechtliche Aufgaben des Arztes gegenüber seinem Patienten. In Verbindung mit der amtswalterähnlichen Rolle des Arztes im Sachleistungssystem der RVO fördert diese allmähliche Durchlöcherung des Arztgeheimnisses zugunsten eines perfektionierten Verwaltungsablaufs die Entwicklung des Kassenarztes vom Vertrauenspartner des Patienten hin zum Verwaltungshelfer. Die ärztliche Tätigkeit wird zur *res publica*.

Kernpunkt der ärztlichen Tätigkeit ist unabhängige

Therapiebestimmung nach den persönlichen Erfordernissen des einzelnen Patienten. Niemand wird leugnen, daß die Aufrechterhaltung eines finanziell leistungsfähigen Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung die wirtschaftliche Mittelverwendung der Krankenkassen erfordert. Im Sachleistungssystem der RVO wird der Behandlungsanspruch des Patienten von vornherein an Wirtschaftlichkeitsaspekte gekoppelt. Solange hierbei eine Übereinstimmung mit der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalles ermöglicht wird, und solange der Arzt hierdurch nicht in einen Zielkonflikt zwischen seiner patientenkonzentrierten Therapieentscheidung einerseits, Kostenerwägungen andererseits gerät, ist dies unbedenklich. Die hypertrophe Ausuferung von Krankheitsbegriff und Leistungskatalog in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist heute jedoch unbestritten. Sie führt in Verbindung mit der beschränkten finanziellen Leistungsfähigkeit des Solidarsystems entweder zu einer restriktiveren Auslegung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall, die mit therapeutischen Notwendigkeiten kollidieren kann, oder sie provoziert eine Normierung und Pauschalierung der Wirtschaftlichkeitsbestimmungen unter Loslösung vom therapeutischen Einzelfall. Der Arzt erbringt aber gerade keine genormten Leistungen, da die Persönlichkeit des Patienten – abgesehen von den medizinischen Notwendigkeiten – das vielfältigste Spektrum aufweist. Der Arzt ist auch kein Leistungsanbieter, das heißt, er provoziert keine Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, sondern er heilt aus seinem ärztlichen Auftrag, dort, wo die Notwendigkeit besteht.

Wenn der Arzt heute nahezu durchweg im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung an allgemeinen Durchschnittszahlen gemessen wird und die Kosten der Behandlung auf dieser Grundlage regressiert werden – möglicherweise noch aufgrund der ausschlaggebenden Stimme eines Kassenvertreters –, so stellt ein solches Verfahren aber nicht mehr auf die freiberufliche Verant-

wortung des Arztes zu seinem Patienten ab, sondern auf seine öffentlich-rechtliche Verpflichtung zur Bewirtschaftung öffentlicher Mittel. Auf diese Weise wird der Arzt dazu gedrängt, allgemeine Kostenerwägungen zu Lasten einer individual-bezogenen Behandlung in den Vordergrund zu stellen. Er wird damit zum Sparkommissar des Systems und zum Vermittler von Systembedingungen. Dies steht im krassen Gegensatz zu seiner freiberuflichen Rolle, die öffentlich-rechtlichen Bindungen und Konditionen durch persönlichkeitsorientierte Verantwortung gegenüber dem Patienten zu kompensieren. Freiberufliche Mediatisierung zwischen System und Patient wird damit substituiert durch amtswalterähnliche Mediatisierung zur Systemrealisierung. Hier drängt sich ein Vergleich zu dem öffentliche Mittel verwaltem Beamten auf, der zwar für eine wirtschaftliche und sparsame Mittelverwendung verantwortlich ist, jedoch aber wohl kaum jemals bei Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Regreß genommen wird.

4. Ärztliche Vergütung

Kennzeichen eines freien Berufes ist neben eigenverantwortlicher und unabhängiger Berufsausübung eine leistungsgerechte Vergütung der persönlichen Dienste des Freiberuflers. Dementsprechend postuliert die RVO die angemessene Vergütung des Kassenarztes und geht dabei von einer notwendigen Ausbalancierung zwischen den Leistungs- und Finanzierungskomponenten des Systems aus. Legitimerweise wird also der Vergütungsanspruch des Kassenarztes, der dem Freiberufler ansonsten durch Leistungsangemessenheit in Abwägung zu den Interessen des Patienten unabhängige Berufsausübung sichern soll, auch an den Gegebenheiten des Systems der GKV orientiert. Der Kassenarzt hat sich dem

System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch gewissermaßen als Interessenbeteiligter an einem gesellschaftsähnlichen Verbund angeschlossen. Aufgrund des Ausbalancierungsgebots der RVO darf er davon ausgehen, daß die Angemessenheit seiner Vergütung nicht durch eine unzutreffende Gewichtung einzelner Komponenten gefährdet wird – also zum Beispiel einer Ausdehnung des Leistungskatalogs ohne Rücksicht auf die finanziellen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung oder Beitragssenkung bei Gefährdung der angemessenen Vergütung –, wie er es umgekehrt in Kauf nimmt, daß die Angemessenheit seiner Vergütung aufgrund der sozialstaatlich erforderlichen Finanzierung eines gewissen Umfangs der Versicherungsleistungen und angemessene Beitragsgestaltung relativiert wird. Bei einer ausschließlich einnahmeorientierten Ausgabenpolitik dagegen treten im Fall von Finanzierungsdefiziten Kriterien der Finanzierbarkeit des Systems in unverhältnismäßiger Weise zu Lasten der sonstigen, praxisbezogenen Vergütungskriterien der RVO in den Vordergrund. Die Vergütungsvereinbarungen nähern sich auf diese Weise der Realisierung eines bloßen Sozialanspruchs auf Teilhabe an der aus Zwangsabgaben gespeisten Gesamtvergütung (Bogs), statt einem leistungsbezogenen Ausgleich für den freiberuflichen Arzt.

Das gleiche gilt bei einer überproportionalen oder gar ausschließlichen Berücksichtigung der Grundlohnsumme bei den Vergütungsvereinbarungen. Da sich die Grundlohnsumme lediglich auf Einkommen aus unselbstständiger Tätigkeit bezieht, ist sie als präponderanter Bemessungsfaktor für freiberufliche Vergütungen ungeeignet und trägt ohne Berücksichtigung von Praxiskosten und Arbeitszeit leistungs- und einsatzgerechter Vergütung nicht Rechnung.

Mit der Integration in den gesellschaftsähnlichen Verbund der GKV darf der Arzt auch darauf vertrauen, daß die Angemessenheit seiner Vergütung lediglich an den systeminternen Bedingungen gemessen wird, die für die

Solidargemeinschaft signifikant sind. Statt dessen unterliegt die Bestimmung seiner Vergütung zunehmender Globalsteuerung. Sie wird maßgeblich mit in dem heterogen zusammengesetzten Gremium der Konzentrierten Aktion bestimmt, und sie wird an den Daten des Jahreswirtschaftsberichts, einer politischen und gesamtwirtschaftlichen Zielprojektion, gemessen. Hierdurch wird nicht nur eine Leistungsentfremdung der ärztlichen Vergütung bewirkt, sondern darüber hinaus werden die internen Systembedingungen der Solidargemeinschaft als operationale Kriterien der Vergütungsbestimmung hinter allgemein volkswirtschaftliche Erwägungen gestellt. In den Vergütungsbestimmungsprozeß fließen damit Kriterien der Leistungsfähigkeit staatlicher Haushalte ein, ähnlich der Gehaltsfestsetzung für Beamte, die ihrerseits jedoch von dem Grundsatz der Besitzstandswahrung gekennzeichnet sind. Da Vergütungsbedingungen als Teil der Berufsausübung immer auch mittelbar auf den materiellen Teil der Berufsausübung zurückwirken, vermittelt der Arzt nicht nur Systembedingungen der GKV an seinen Patienten; seine Mediatisierungsfunktion wird durch Globalsteuerung der Vergütungsbestimmung expandiert auf die Vermittlung gesamtwirtschaftlicher Prozesse.

Wird diese Globalorientierung der ärztlichen Vergütung durch die Modalität der Einzelleistungsvergütung relativiert, so würden Plafondierungen oder Pauschalvergütungen – letztere sieht die RVO als Alternativen auch vor, während Plafondierungen schon einmal die Gestalt eines Gesetzentwurfes angenommen hatten – den Arzt vollends in einen unauflösbaren Zielkonflikt zwischen ärztlichem Behandlungsauftrag und wirtschaftlichen Rentabilitätsabwägungen versetzen. Ähnlich der Problematik eines pauschalierten Wirtschaftlichkeitsgebotes wäre der Arzt hierdurch eingezwängt in ein Korsett beschränkter Mittelzuteilung, unabhängig von den einzelnen ärztlichen Leistungen. Gefährliche Ansätze in dieser Richtung sind bereits zu beobachten,

indem in den Honorarverhandlungen den Vergütungs-
bemessungskriterien der RVO außerhalb jeder gesetz-
lichen Grundlage in zunehmendem Maße Fremdfaktoren
— wie Ausgabenentwicklung anderer Leistungsbe-
reiche, einkommenspolitische Erwägungen usw. — hin-
zuinterpretiert werden. Die Ökonomisierung ärztlicher
Berufsausübung im Sinne eines Vorrangs von Kostener-
wägungen vor verantwortlicher ärztlicher Gestaltung
müßte sich in höchstem Maße abträglich auf die Be-
handlung, das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten
und die ärztliche Freiberuflichkeit auswirken.

Die Behandlungs- und Vergütungsbedingungen entwik-
keln sich also für den Kassenarzt von einem Normen-
überbau zur Absicherung des sozialstaatlichen Finanzie-
rungszwecks hin zu unmittelbarer Gestaltung ärztlicher
Tätigkeit. Sie wirken damit statusbildend in die Rich-
tung eines „Kassenarztberufes“. Dieser aber unterscheidet
ärztliche Tätigkeit im Rahmen der GKV von ande-
ren Formen der Heranziehung Privater zur Erfüllung öf-
fentlicher Aufgaben, zum Beispiel in Form der Belei-
hung, bei welcher ein auftragsähnliches Verhältnis zwi-
schen Staat und Privaten zugrunde liegt, der Private je-
doch mit seiner an sich privatrechtlichen Tätigkeit dem
Organismus öffentlicher Verwaltung nicht eingegliedert
wird. Die Gestaltung des berufsbezogenen Umfeldes
des Kassenarztes, seine Funktion im Sachleistungssy-
stem der RVO, die Behandlungs- und Vergütungsbe-
dingungen in der GKV übertragen dem Kassenarzt dage-
gen Instrumentalfunktion für das System und lassen
seine Stellung eher an die eines Amtswalters im Rah-
men von Benutzungsverhältnissen der öffentlichen Da-
seinsvorsorge gemahnen.

5. Selbstverwaltung

Auch bezüglich der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die ein genossenschaftlicher Zusammenschluß ihrer Mitglieder und freiberufliche Interessenrepräsentanz ist, läßt sich ein Wandel beobachten. Anstelle ihres selbstverantwortlichen, von staatlicher Einflußnahme freien Gestaltens tritt immer mehr die nach innen gerichtete Vollzugsfunktion einer ausufernden Sozialgesetzgebung, die den Selbstverwaltungsorganen Disziplinierungsfunktion gegenüber ihren Mitgliedern zuweist und diesen in Gestalt kumulierter Prüfungskompetenzen und -verpflichtungen, ausgebauter Disziplinargewalt und Bedarfsplanung vorrangiges Gewicht verleiht. Auf der anderen Seite werden die Handlungsräume der ärztlichen Selbstverwaltung zur Erfüllung des Interessenwahrungsauftrags von der Rechtsprechung in zunehmendem Maße restriktiv ausgelegt. Der Arzt sieht daher in seiner Selbstverwaltung nicht mehr so sehr die korporative Ausformung seiner freiberuflichen Interessenwahrung, sondern eine administrative Kontrollinstanz zur Realisierung von Systembedingungen. Diese Entwicklung geht zwangsläufig mit dem Kompetenzzug und der Zentralisierung der Selbstverwaltung einher, die die ärztliche Selbstverwaltung gegenüber ihren Mitgliedern allmählich ent- und umfunktionalisiert. Hierdurch wird wiederum die freiberufliche Innovationskraft des Arztes für seine eigenen Rechts- und Interessenpositionen sowie vor allem in bezug auf seine freiberufliche Verantwortungsvermittlung gegenüber dem Patienten erschwert.

6. Status- und Funktionsmetamorphose

Vor dem Hintergrund einer für die Einschränkung freiberuflicher Elemente sensibilisierten Statusbasis in der Gesetzlichen Krankenversicherung erscheinen die auf Gestaltung der Systembedingungen beruhenden Defizite ärztlicher Freiberuflichkeit als um so gravierender. Es ist dabei vor allem ein Mosaikeffekt, der die freiberuflichen Defizite der Gesetzlichen Krankenversicherung kennzeichnet und ärztliche Freiberuflichkeit zum Teil nur mehr als deklaratorische Fassade erscheinen läßt. Während jedoch jeder Beliehene im vollen Bewußtsein der Übernahme öffentlicher Aufgabenerfüllung diesen Auftrag übernimmt, während jeder Amtswalter sich in freier Entscheidung in einen Verwaltungsorganismus integriert, schließt sich der Arzt als Freiberufler dem System der GKV an, um – wie es ärztlicher Aufgabe entspricht – dem einzelnen Patienten, sei es auch unter Beachtung öffentlich-rechtlicher Systembedingungen, unmittelbar die freiberuflichen ärztlichen Leistungen zukommen zu lassen, und damit seine Aufgabe zwar im gesellschaftsähnlichen Verbund der GKV, nicht aber primär für ein System zu erfüllen. Er muß dagegen nicht mit einer Status- und Funktionsmetamorphose durch die Zulassung zur kassenzahnärztlichen Versorgung rechnen, solange nicht durch den Gesetzgeber eine klare Ausgestaltung eines Kassenarztberufes als Amtswalter der GKV erfolgt ist.

Der Gesetzgeber wird deshalb im Sinne des Grundsatzes der Systemkonsequenz zukünftig vor die Entscheidung gestellt sein, diese im Wege einer stillen Evolution vollzogene Stellung des Kassenarztes entweder offenkundig klarzustellen oder die freiberufliche Grundkonzeption, von der die RVO ausgeht, wieder aufleben zu lassen. Dies gebietet seine rechtsstaatliche Gewährleistungsfunktion für die Schaffung eindeutiger und vor allem dem sozialstaatlichen Zweck der Gesetzlichen Kranken-

versicherung adäquater Versorgungs- und Finanzierungsbedingungen in einem System, das maßgeblich auf Pflichtmitgliedschaft beruht.

Ordnungspolitik der GKV aus
juristischer und ökonomischer Sicht

Aktuelle Rechtsprobleme und Verfassungsfragen des Kassenarztrechts

Prof. Dr. Karl H. Friauf
Institut für Staatsrecht der Universität Köln

„Aktuelle Rechtsprobleme und Verfassungsfragen des Kassenarztrechts“, wie das Thema meines Referates formuliert ist – man könnte das Thema auch paraphrasieren: ‚Der Leidensweg des Kassenarztrechts vom Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Gesetz von 1977 bis zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz 1981 und den Folgeregelungen als Beispiel für die progressive Verdrängung verfassungskonformer Ordnungspolitik durch unkoordiniert kurzatmige finanzpolitische Tagesmaßnahmen‘. Diese Paraphrase mag das Dilemma verdeutlichen, vor dem wir seit den 70er Jahren stehen, seitdem auch das Recht der kassenärztlichen Versorgung immer stärker in den Strudel der tagespolitischen Gesetzgebung hineingelangt ist; einer tagespolitischen Gesetzgebung, die an sich ohne jeden Zweifel legitime Anliegen verfolgt, unter dem Diktat leerer Kassen steht und versuchen muß, unter diesen Umständen eine Sparpolitik zu betreiben, wobei dann aber mehr oder minder zwangsläufig die Sachgesetzlichkeit des von den Maßnahmen jeweils betroffenen Gebietes mehr oder minder zurückgedrängt wird.

Wenn man diesen Gesamtzusammenhang verfassungsrechtlich wirklich in den Griff bekommen wollte, dann müßte man eigentlich einen tour d’horizon veranstalten,

quer durch unser ganzes Verfassungsrecht auf der einen Seite und nahezu durch das gesamte soziale Krankenversicherungsrecht auf der anderen Seite; einfach deshalb, weil ein solches Geflecht von Implikationen und Querverbindungen besteht. Manche von ihnen sind heute schon angesprochen worden, so daß jede Momentaufnahme und jeder Ausschnitt nur zu einem höchst unvollständigen Bild führen kann. Das Verfassungsrecht ist dabei an vielerlei Fronten betroffen: von der Kompetenzordnung her über verschiedene Grundprinzipien und Strukturelemente der Verfassung – Rechtsstaat, Sozialstaat usw. – bis hin zum Grundrechtsschutz für die Betroffenen. Natürlich läßt sich ein solches Globalgemälde hier nicht zeichnen, und es wäre ohnehin an einem Tag, an dem ein so umfassendes, viele Aspekte aufrührendes Werk, wie es heute vorgestellt worden ist, völlig unsinnig, wenn man versuchen wollte, in einer Art von Stichwortsammlung hier ein solches Gemälde wenigstens im Umriß zu skizzieren. Ich möchte deshalb im Rahmen der zur Verfügung stehenden, ohnehin ja knapp bemessenen Zeit, versuchen, eher einige allgemeine Gedanken und Gesichtspunkte vorzutragen, auf die Gefahr hin, daß ich dabei bewußt eine etwas schwarz-weiße Zeichnung vorlege, von der jedermann weiß, daß sie im Detail noch in vieler Hinsicht weiter ausgemalt werden müßte.

Für die rechtliche Lage der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte und Zahnärzte ergibt sich angesichts der Reformpolitik gerade der letzten Jahre eine ganz spezifische Gefahr; nämlich daraus, daß sich ihre Tätigkeit an einer Nahtstelle – man könnte durchaus auch sagen an einer Bruchstelle – unserer Rechts- und Sozialordnung vollzieht. Auf der einen Seite sind sie – es ist heute schon mehrfach mit Recht angesprochen worden – Angehörige eines freien Berufs, die trotz bestehender öffentlich-rechtlicher Bindungen ihre Tätigkeit selbständig und in voller persönlicher Verantwortung und auf eigenes wirtschaftliches Risiko ausüben; aber

sie haben auf der anderen Seite Leistungen zu erbringen, die der Staat mehr oder minder zu seiner eigenen Angelegenheit gemacht hat, weil ihnen nämlich eine zentrale Rolle im Gesamtzusammenhang der sozialen Sicherung als einem wesentlichen Anliegen des modernen Sozialstaats zukommt.

Die persönliche wirtschaftliche Stellung der Kassenärzte und die Methode der Leistungserbringung gehören damit einem prinzipiell anderen Ordnungssystem an als die Funktion der zu erbringenden Leistungen. Stellung und Tätigkeit der Kassenärzte fallen in den Bereich der grundsätzlich freien persönlichen und wirtschaftlichen Entfaltung. Sie sind durch die Grundrechte gewährleistet und abgeschirmt.

Die von den Kassenärzten zu erbringenden Leistungen dagegen, ihre Tätigkeit, wird vom Staat als Bestandteil seiner sozialgestalterischen Aktivität eingesetzt, als eines der vielen Werkzeuge im Dienst des übergreifenden sozialstaatlichen Auftrags.

Bei der Verfolgung dieses sozialstaatlichen Auftrags ist der Gesetzgeber an sich anerkanntermaßen weitgehend frei. Das geltende Verfassungsrecht setzt ihm mit dem Sozialstaatsprinzip ein sehr global umschriebenes Ziel, aber es überläßt ihm die Wahl der Mittel und Wege zur Erreichung dieses Ziels und stellt diese Mittel und Wege weitgehend in seine autonome gesetzgeberische Entscheidung. Es gibt keine verbindliche verfassungsrechtliche Vorgabe über Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die der Gesetzgeber in Verfolgung des Sozialstaatsprinzips den Bürgern insgesamt oder einzelnen Gruppen von ihnen zu gewährleisten hat.

Da nun die Kassenärzte und Kassenzahnärzte an der bezeichneten Nahtstelle zwischen zwei Ordnungssystemen von so unterschiedlicher verfassungsrechtlicher Vorprägung tätig werden, ergibt sich für sie zwangsläufig eine ganz spezifische Gefahrenlage: der Gesetzgeber wird immer wieder, sei es bewußt oder sei es unbewußt, in die Versuchung geraten, die weitgespannte Gestal-

tungsbefugnis, die ihm im sozialpolitischen Bereich zweifellos zusteht, auch auf die freiberufliche Tätigkeitssphäre der Ärzte durchschlagen zu lassen. Er wird die ärztliche Rolle also nur noch als Funktion der von ihm zu verfolgenden Sozialpolitik verstehen und behandeln.

Geht man dieser Tendenz nach, dann wird letztlich die Stellung der Kassenärzte zu einer Art „Restposition“, das heißt ärztliche Freiheit und Rechte des Arztes nach Maßgabe des sozialpolitisch Erwünschten und Möglichen, nicht aber nach dem Maßstab der freiberuflich ärztlichen Notwendigkeit. Konsequenz zu Ende gedacht kämen wir damit schließlich zu einer nahezu vollständigen Vereinnahmung des freien Berufs durch den Sozialstaat, zur Sozialisierung. Ich verwende den Begriff ganz neutral, unpolemisch, zur Sozialisierung des Kassenarztes.

Mancher mag an dieser Stelle, je nach politischem Standpunkt, vielleicht die Frage aufwerfen, warum eigentlich nicht? Was hindert uns jedenfalls von Verfassung wegen daran, auf einen staatlichen Gesundheitsdienst à la Großbritannien zuzusteuern? Und das könnte man ja, wenn nicht in einem großen Sprung wie damals die Briten, auch in einer Reihe von mehr oder minder subtilen Sozialisierungsschritten innerhalb der Ausgestaltung des Kassenarztrechts versuchen. Einem solchen Gedanken im Ansatz wäre allerdings entschieden zu widersprechen.

Ich will bewußt hier nicht im einzelnen der Frage nachgehen, ob etwa die Übernahme des Gesundheitswesens in staatliche Regie nach britischem Vorbild auf dem Boden des Grundgesetzes überhaupt prinzipiell möglich wäre. Ich meine, daß wesentliche verfassungsrechtliche Gesichtspunkte dagegen sprechen, möchte das aber bewußt hier ausklammern, von der Frage der Wünschbarkeit ganz abgesehen. Das britische Beispiel kann ja bekanntlich auf den unbefangenen Betrachter nicht anders als sehr ernüchternd wirken. Insofern haben die

Briten wohl für uns das Lehrgeld mitbezahlt, das hoffentlich bei uns vor derartigen Experimenten hinreichend warnen wird. Aber selbst wenn man unterstellen wollte, daß es dem Gesetzgeber auch bei uns theoretisch freistände, einen umfassenden staatlichen Gesundheitsdienst einzuführen und daß man das politisch als wünschenswert anzusehen hätte, so würde das keineswegs die Folgerung erlauben, daß es dann auch als quasi geringerer Eingriff verfassungsrechtlich erlaubt sein müsse, die freiberufliche ärztliche Tätigkeit, solange sie freiberuflich besteht, beliebigen Einschränkungen, Belastungen und Reglementierungen zu unterwerfen. Mag der Gesetzgeber berechtigt sein, gewisse Weichen zu stellen, so ändert das nichts daran, daß er jedenfalls verfassungsrechtlich gehalten ist, bei der Ausübung seiner Regelungsbefugnisse in einem bestimmten Zeitpunkt, etwa im Augenblick, diejenigen Gleise zu respektieren, auf denen der Zug nun einmal fährt. Mit anderen Worten: er darf seine Legitimationsbasis nicht durch ein Spiel auf mehreren Klavieren gleichzeitig beliebig zu manipulieren versuchen. Er darf, konkreter gesagt, die Grundrechtsposition der freiberuflich tätigen Ärzte nicht mit dem Argument zu überspielen suchen, daß sich die sozialstaatlichen Anliegen der Gesundheitspolitik auch durch weit stärker reglementierte ärztliche Tätigkeit im öffentlichen Dienst verfolgen ließen. Ebenso wenig wie er etwa den Grundrechtsschutz einer freien unternehmerischen Tätigkeit mit dem Argument unterlaufen dürfte, der betroffene Wirtschaftszweig könne nach Artikel 15 GG ja auch sozialisiert werden, und dann gäbe es ja ohnehin keine freie unternehmerische Tätigkeit mehr.

„Entweder-Oder“ — die abstrakte Möglichkeit eines Systemwechsels — lastet also nicht als permanente Hypothek auf der Grundrechtsausübung in dem Ordnungssystem, das nun einmal tatsächlich besteht und das durch die Ausübung des Arzt- und des Zahnarztberufes in freiberuflicher Praxis gekennzeichnet ist.

Als Fazit aus diesen ersten, zwangsläufig etwas verkürzt vorgetragenen Überlegungen, bleibt festzuhalten: Der funktionelle Zusammenhang der freiberuflichen Tätigkeit von Ärzten und Zahnärzten mit der Erfüllung einer sozialpolitischen Aufgabe des Staates führt nicht zu einer Mediatisierung ihres Grundrechtsschutzes, vielmehr gilt hier wie überall, daß die Verfolgung sozialstaatlicher Anliegen den Gesetzgeber nicht von der Grundbindung an die Grundrechte befreit. Auch das Sozialstaatsprinzip darf nach dem bekannten Satz des Bundesverfassungsgerichts nur auf den Wegen strenger Rechtsstaatlichkeit, namentlich unter der Respektierung der Grundrechte der Betroffenen, verwirklicht werden; und das gilt im Kassenarztrecht nicht minder als überall sonst.

Die einschlägigen Motivationen des Gesetzgebers kommen allerdings dort legitimerweise zum Tragen, wo es um die Ausgestaltung der verfassungsrechtlich zugelassenen Grundrechtsschranken geht. So etwa bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit von belastenden Eingriffen in die Freiheit der Berufsausübung, die bei der Anwendung des Grundrechts der Berufsfreiheit nach Artikel 17 GG bekanntlich eine zentrale Rolle spielt: die vom Gesetzgeber jeweils verfolgten Ziele und die von ihm vorgefundenen Bedürfnisse und damit auch die sozialpolitischen Motivationen in den Abwägungsvorgang einzubestellen und gegenüber dem Freiheitsinteresse der Betroffenen auf der anderen Seite zu gewichten. Aber auch dabei verbieten sich einseitige Lösungen.

Das hohe Gewicht, das dem gesundheitspolitischen Anliegen zweifellos ebenso zukommt wie der langfristigen Stabilität der Sozialfinanzen, dieses hohe Ziel rechtfertigt keineswegs beliebige Eingriffe in die Rechtsstellung der im Gesundheitswesen Tätigen, speziell der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte. Insbesondere rechtfertigt es keine einseitige Umverteilung von Lasten zum Nachteil einer Gruppe. Und eine Umverteilung von Lasten ist ja nichts anderes als auch eine Vergütungsbe-

messung, die den sachlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten der betroffenen Tätigkeit nicht voll Rechnung trägt.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner bekannten Entscheidung über die Zulässigkeit von sogenannten Sonderabgaben mit aller wünschenswerten Deutlichkeit hervorgehoben, daß öffentliche Aufgaben und Anliegen grundsätzlich zu Lasten der Allgemeinheit, das heißt aus allgemeinen Steuermitteln, finanziert werden müssen. Nur ausnahmsweise darf eine bestimmte Aufgabe durch die Erhebung von Sonderabgaben dann einer einzelnen Gruppe, also als Sonderlast, angelastet werden, wenn dafür ein spezifischer Zurechnungsgrund im Sinne eines besonderen Verantwortlichkeitszusammenhangs gegeben ist. Und das gleiche gilt dann notwendig auch für das Sparen bei öffentlichen Aufgaben, das ja nichts anderes ist als die Umkehrung der Erhebung von Abgaben.

Wenn ich jemandem die leistungsadäquate, angemessene Vergütung für seine Tätigkeit vorenthalte, dann belaste ich ihn genauso mit einem besonderen Opfer, als wenn ich einseitig zu seinen Lasten eine Sonderabgabe erheben wollte; das geht plus minus null auf. Auch für die öffentlichen Kassen ergibt sich hier per Saldo kein Unterschied.

Dann aber folgt, wie ich meine, zwangsläufig: Sonderlasten dürfen auch durch einseitig zugemutete Entgeltverzicht oder Minderfestsetzungen von Entgelten nicht weitergehend auferlegt werden als auch die Erhebung von korrespondierenden Sonderabgaben zulässig wäre.

Diese, wie mir scheint, notwendigen Folgerungen aus dem Grundsatz der staatsbürgerlichen Lastengleichheit gelten unvermindert auch dann, wenn im Gewande einer Regelung der Berufsausübung – und die meisten Vorschriften, mit denen wir es zu tun haben, sind solche Regelungen der Berufsausübung gemäß Artikel 12 GG – Vorschriften über eine Entgeltbemessung getroffen wer-

den. Durch eine solche Regelung darf etwa ebensowenig wie durch eine Enteignungsmaßnahme nach Artikel 14 Absatz 3 GG, in die Verteilungsrelation eingegriffen und dürfen Lasten einseitig umverteilt werden.

Daraus folgt dann aber konkret: Die Befugnis des Gesetzgebers im Rahmen von Artikel 12 GG, Vorschriften über Entgeltbemessungen für ärztliche Leistungen zu treffen, gibt ihm keine legitime Handhabe für den Versuch, die ins Ungleichgewicht geratenen Sozialfinanzen einseitig zu Lasten der einen oder anderen am Gesundheitswesen Beteiligten zu sanieren.

Die Probleme, die es gibt, kulminieren – das liegt an der Knappheit der öffentlichen Finanzen als Leitmotiv der heutigen Gesetzgebung überhaupt – bei den Vorschriften des Kassenarztrechts über die Bemessung der ärztlichen Vergütung, und deshalb möchte ich an der Stelle noch etwas stehenbleiben.

Der Gesetzgeber hat sich in dieser zentralen Frage ursprünglich ja zurückgehalten, nach den Bestimmungen in § 368g RVO ist die kassenärztliche Versorgung durch die Gesamtverträge so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist, und daß die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Es handelt sich bei diesem Kriterium der Angemessenheit rechtstechnisch um einen sogenannten unbestimmten Rechtsbegriff. Sein konkreter Inhalt ist freilich begrenzt; im wesentlichen geht er nicht über eine Leerformel hinaus, bei der man darauf vertraut, daß die Beteiligten durch den Mechanismus der Gesamtverträge eine im Augenblick adäquate und allen Belangen gerecht werdende Lösung selbst finden werden. Denke ich mir den Mechanismus der Gesamtverträge hinweg, dann würde die gesetzliche Zentrierung auf ein Merkmal wie das der Angemessenheit der Vergütung wohl höchst problematisch werden. Es muß auf der anderen Seite aber auch problematisch werden, wenn der Gesetzgeber einseitig in diesen Mechanismus der Gesamtvertrags-

bildung eingreift, dabei die Gewichte verschiebt und Lösungen findet, die wesentlich von dem abweichen, was die Beteiligten selbst im Wege freier Vereinbarung als angemessen und sachgerecht entschieden hätten.

Es besteht nun seit langem aber eine starke Tendenz, die Frage der Angemessenheit mehr oder minder als Politikum zu behandeln. Wer den Verlauf auch der Gesamtvertragsverhandlungen und der Schiedsamtsverhandlungen verfolgt hat, der weiß, daß die Politisierung der Vergütungsbemessung stark vorangeschritten ist. Im Prinzip aber kann der Standpunkt, daß es sich hier um ein Politikum handelt, nicht akzeptiert werden. Wäre er richtig, dann müßten sich zwangsläufig weittragende Konsequenzen für die Bemessung der ärztlichen Vergütung ergeben; nicht zuletzt natürlich im Zusammenhang mit all den vielen Bestrebungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Handelt es sich bei der Vergütung um ein Politikum, dann wird sie auch politisch manipulierbar, und dann verlieren wir die Basis, ob hier überhaupt eine gerechte und der jeweiligen Situation adäquate Lösung noch gefunden werden kann. In einer Zeit leerer Kassen würde das zwangsläufig.

Hieraus resultiert eine besondere Gefahr für die Ärzte und Zahnärzte, die angesichts eines Versichertenbestandes von rund 95% heute in aller Regel auf die Behandlung von Kassenpatienten angewiesen sind. Die übrigen großen Ausgabeblocke der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ohnedies weitgehend zementiert und deshalb sehr viel weniger manipulierbar, so daß der Druck zur Kosteneinsparung in erster Linie bei den freiberuflichen Honoraren der Ärzte und Zahnärzte durchschlägt. Die Vergütungsregelung für die freiberuflichen Leistungen gerät dabei nur allzu leicht in Gefahr, zur Manövriermasse der Kostendämpfung zu werden, wobei alle Beteiligten – das steht ganz außer Frage – durchaus legitime Belange verfolgen. Es geht ja nicht so, daß hier einseitig Interessen nur einer Seite durchgesetzt werden sollen. Auch die Träger der Gesetzlichen Kranken-

versicherung stehen ja unter dem Zwang der leeren Kassen und müssen eine Lösung suchen, die zu einem finanziell ausgeglichenen, auch für sie tragbaren Ergebnis führt. Der Fehler liegt also nicht bei einem der Beteiligten, sondern der Fehler liegt in dem Regelungssystem, das, je nach Sachlage, zu derartigen Konsequenzen führen kann.

Eine solche Sicht der Dinge, die letztlich die Vergütungsbemessung als Politikum werten würde, kann indessen aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht richtig sein. Der Gesetzgeber war bei der Angemessenheitsregelung des § 368g RVO ja selbst nicht frei, sondern er mußte verfassungsrechtlichen Anforderungen Rechnung tragen. Die Tätigkeit der Kassenärzte ist durch das Grundrecht der Berufsfreiheit und, soweit dabei auch der vermögensrechtliche Aspekt in Frage steht, unter anderem durch die Eigentumsgarantie geschützt, und daraus ergeben sich zwangsläufige verfassungsrechtliche Folgerungen für die Frage der Vergütung, die die Kassenärzte für ihre Leistungen beanspruchen können.

Wenn der Gesetzgeber daran ginge, die ärztliche Versorgung für die Kassenpatienten innerhalb eines öffentlich-rechtlichen Regelungssystems umfassend zu ordnen, dann müßte er im Hinblick auf den Grundrechtsschutz der beteiligten Ärzte auch Sorge dafür tragen, daß ihnen für die von ihnen innerhalb des Systems zu erbringenden Leistungen eine äquivalente Vergütung zusteht. Er dürfte die Vergütungsbemessung unter keinen Umständen als bloßes Politikum dem künftigen Spiel der politischen Kräfte der jeweiligen politischen Konstellation überlassen. Unter diesen Umständen muß davon ausgegangen werden, daß die Angemessenheit der Vergütung nach geltendem Recht eben kein bloßes Politikum sein soll, sondern daß den Beteiligten unmittelbar von Gesetzes wegen ein ihrer Leistung materiell entsprechender Vergütungsanspruch zugebilligt wird, der nicht zur politischen Disposition steht.

In besonderem Maße hatte der Gesetzgeber auch aus verfassungsrechtlichen Gründen um des Grundrechts der Berufsfreiheit willen dabei Bedacht darauf zu nehmen, daß die in Frage stehenden Leistungen unter den spezifischen Bedingungen einer freiberuflichen Tätigkeit erbracht werden müssen. Und Freiberuflichkeit ist ihrem Wesen nach nun einmal etwas entscheidend anderes als die fachlich vergleichbare Tätigkeit etwa innerhalb des öffentlichen Dienstes. Und dabei fällt ins Gewicht nicht nur die Qualifikation der Beteiligten, die in langer und kostspieliger Ausbildung erworben ist (insofern wäre es mit dem öffentlichen Dienst noch vergleichbar), sondern auch die Tätigkeit unter vollem persönlichen und unternehmerischen Risiko bei gleichzeitigem erheblichem Kapitaleinsatz für die Praxis, die Notwendigkeit einer angemessenen Altersvorsorge, die sich ja vor allem beim Fehlen einer hinreichend kollektiven Sicherung zwangsläufig ergibt und nicht zuletzt die besondere berufliche Verantwortung, die ebenfalls abgegolten werden muß.

Auf der anderen Seite wird ja bekanntlich vielfach als ein das Honorar mindernder Umstand darauf hingewiesen, daß der Arzt durch die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung in ein System einbezogen werde, das die dauernde wirtschaftlich gesicherte ärztliche Tätigkeit in einem Maße ermögliche, wie es ohne die Gesetzliche Krankenversicherung nicht der Fall wäre. Dadurch würde dem einzelnen Arzt zugleich die Sicherheit und Leichtigkeit des Einzugs seiner Vergütung gewährleistet, und das müsse man sich eben durch einen gewissen Abzug am Vergütungsniveau anrechnen lassen.

Dieser Hinweis enthält in der Tat, das sei gar nicht bestritten, einen berechtigten Kern. Man wird wohl davon ausgehen können, daß ohne die Existenz eines umfassenden öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungssystems für die breite Masse der Bevölkerung das Volumen der ärztlichen und zahnärztlichen Inanspruchnahme, zumal im Hinblick auf die besonders kostspieligen

Leistungen, die nicht unbedingt lebensnotwendig sind – im Augenblick Stichwort: Zahnersatz – erheblich reduziert wäre.

Gleichwohl aber darf dieser Gesichtspunkt auf der anderen Seite auch nicht zu Lasten des Arztes überbewertet werden. Der Wert der von ihm erbrachten Leistung ist nun einmal unabhängig vom Vergütungssystem. Wenn ein größerer Leistungsumfang nachgefragt wird, aus welchen Gründen auch immer, mag er auch zum Teil durch das bestehende Sozialversicherungssystem provoziert worden sein, dann kann man dem Arzt das Recht auf eine entsprechend höhere Vergütung nicht bestreiten. Und außerdem wird man wohl davon auszugehen haben, daß bei hypothetischem Fehlen einer gesetzlichen Pflichtversicherung unter den heutigen wirtschaftlichen Gegebenheiten ein entsprechendes Maß an privatem Krankenversicherungsschutz bestünde.

Im übrigen ist auch der gängige Hinweis, der Arzt könne sich ja durch entsprechende Liquidation bei den relativ wenigen Privatpatienten schadlos halten, auf recht tönernen Füßen angesiedelt. Ich versage mir, obwohl das Stichwort ja immer wieder einmal in die Debatte kommt, weiter dazu Stellung zu nehmen. Nicht zuletzt nachdem auch die Privatpatientenliquidation sich inzwischen ja stärkeren Reglementierungen ausgesetzt sieht. Zur Angemessenheit der ärztlichen Vergütung in § 368g gehört auch, daß die Schere zwischen Kassenhonorar einerseits und Privathonorar für vergleichbare Leistungen andererseits nicht zu weit auseinanderklafft. Aber nun nicht in der Weise, daß man sagt, wir können die Kassenhonorare ganz niedrig halten und die Privathonorare mögen sich von oben angleichen, sondern man wird das den Regelungen entsprechende Privathonorar doch wohl als den Normalfall eines als adäquat angesehenen Vergütungssystems anzusehen haben und muß dann eben sehen, daß schon aus Gründen der Gleichbehandlung die Relation zum Kassenhonorar nicht allzuweit auseinanderklafft.

Unter allen Umständen aber muß, ehe das Stichwort „Angemessenheit der Vergütungen“ unter verfassungsrechtlichem Aspekt abgeschlossen werden kann, noch darauf Bezug genommen werden, daß ja das Kassenarztrecht nicht eine zweiseitige Beziehung zwischen dem Kassenarzt und dem öffentlichen Versicherungsträger darstellt, bei dem unter rein öffentlich-rechtlichen Gesichtspunkten Regelungen getroffen werden könnten, sondern wir haben es mit einer vielseitigen Beziehung zu tun: Patienten und Kassenarzt; Kassenärztliche Vereinigung – Gesetzliche Krankenversicherung; ein Kräfteparallelogramm. Und innerhalb dieser vierpoligen Beziehung soll die Pflichtenbindung der Kassenärzte, insbesondere ihre Sorgfaltspflicht, und ihre vollbürgerliche rechtliche Haftung gegenüber dem Patienten und die volle Einstandspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen ja nicht angetastet werden. Regelungsbestrebungen der letzten Jahre setzen allein an den beiden anderen Polen an, nämlich bei der Beziehung des Kassenarztes zur Gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich der dort eingreifenden Höhe der Vergütungsregelungen. Und hier greift das eigentliche Dilemma: Jemanden, dem ich seine vollen gesetzlichen Pflichten belasse – und ich würde meinen: dem ich sie belassen muß –, den kann ich nicht auf der anderen Seite einer Regelung in der Vergütungsfrage unterwerfen, die auf die sonst bestehenden gesetzlichen Bindungen keine Rücksichten mehr nimmt.

Die Vergütungsregelung, die man seit 1977 dem KVKG von der Entwicklung der ärztlichen Leistungen abzukoppeln versucht hat, steht mit ihr in einem solchen zwangsläufigen Sachzusammenhang, daß ich aus verfassungsrechtlichen Gründen hier keine Zäsur vornehmen darf. Es wird sorgfältig, wie mir scheint, zu prüfen sein, ob die Implikationen, die hier bestehen, wirklich voll in das derzeit geltende Regelungssystem einbezogen worden sind. Nach den Aussagen des Bundesverfassungsgerichts, die uns bisher zu dieser Frage vorliegen,

wird man einige Zweifel anmelden können, ob man die Implikationen soweit wirklich voll gesehen hat. Das letzte Wort kann hier sicher noch nicht gesprochen sein.

Im einzelnen kann ich auf die sehr zahlreichen hier auftretenden Detailfragen natürlich nicht mehr eingehen. Ich weise aber noch einmal auf die bereits zuvor gewonnene Einsicht hin, daß es verfassungsrechtlich jedenfalls nicht zulässig wäre, die Lasten, die sich aus der Finanzknappheit der gesetzlichen Versicherungsträger nun einmal ergeben, einseitig auf die Schultern nur einer Gruppe, hier speziell der Leistungsträger, abzuwälzen.

Schließlich, zeitlich ebenfalls sehr verkürzt, noch ein paar Bemerkungen zu dem derzeit zur Entscheidung anstehenden verfassungsgerichtlichen Verfahren wegen verschiedener Bestimmungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes vom Dezember 1981. Man scheut sich immer, die Bezeichnungen dieser Gesetze – es sind ja ohnehin schon Abkürzungen – auszusprechen, aber es führt uns kein Weg daran vorbei.

Artikel 5 Ziffer 6 der Übergangsvorschriften dieses Gesetzes sieht bekanntlich vor, daß die am 1. September 1981 vereinbarten Vergütungen für zahntechnische Leistungen nach dem Auslaufen der jeweiligen vertraglichen Regelungen für 12 Monate um 5 von 100 vermindert werden und auf diesem verminderten Satz eingefroren werden, und zwar auch insoweit, als diese zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten zu erbringen sind. Und nach § 368g Absatz 5a Satz 1 der Neufassung der RVO ist die Vergütung für die von Zahnärzten erbrachten zahntechnischen Leistungen in die Gesamtverträge einzubeziehen, die dabei auszuwerfenden Höchstpreise müssen die von den Zahntechnikern abgerechneten Preise unterschreiten. Beide Regelungen sind einem ganzen Bündel von verfassungsrechtlichen Einwendungen ausgesetzt, die nach meiner Überzeugung im Ergebnis durchgreifen; auch wenn ich das hier

nur noch mit wenigen Sätzen andeuten kann. Das pauschale Einfrieren einer Vergütungsregelung, unabhängig von der tatsächlichen Entwicklung der Bemessungsfaktoren, vor allem der Selbstkosten des Zahnarztes, muß schon per se Bedenken begegnen. Der Gesetzgeber verliert dabei die Kontrolle über die zeitbezogene Angemessenheit der Vergütungen. Wenn er es für notwendig und gerechtfertigt hält, für bestimmte Zeiträume Begrenzungen vorzusehen, dann muß er dafür auch inhaltliche Verantwortung übernehmen und kann nicht pauschal an Dinge anknüpfen, die er im einzelnen gar nicht überblickt; etwa den Stand der verschiedenen Vergütungsregelungen per 1. September 1981. Zudem, das steht damit in Zusammenhang, ergeben sich hier ja wesentliche räumliche und zeitliche Verzerrungen; die Regelung wirkt völlig unterschiedlich auf die einzelnen Vertragsräume, je nach Vertragslage in den verschiedenen Regionen, je nach der Frage, wann zuletzt vor dem 1. September ein Gesamtvertrag abgeschlossen worden ist, in welcher Höhe usw.

Vor Artikel 3 Absatz 1, dem Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes, ist eine derartige gleichheitswidrige Regelung, wie mir scheint, nicht durch entsprechend gewichtige Gründe zu rechtfertigen. Der Gesetzgeber hat allerdings die bestehenden Verträge zunächst auslaufen lassen. Er hat sich offenbar gescheut, und verfassungsrechtlich mit Recht gescheut, in die bestehenden vertraglichen Verhältnisse während der Laufzeit der Verträge einzugreifen; also sofort etwa per Stichtag 1. Januar 1982 die Honorare um 5% zu kappen. Hätte er das versucht, dann wäre er an dem Vorwurf einer mit Artikel 14 GG unvereinbaren entschädigungslosen Enteignung wohl nicht vorbeigekommen. Insofern hat der Gesetzgeber diese Klippe umschifft, aber es muß aus rechtsstaatlichen Gründen als unzulässig angesehen werden, daß an die früher erfolgten Vertragsabschlüsse nunmehr Wirkungen angeknüpft werden, mit denen die Beteiligten nicht haben rechnen können. Als man vor dem

1. September 1981 die betreffenden Gesamtverträge schloß, wußte niemand, was als Konsequenz anknüpfen würde. Unter Umständen hat die eine oder andere KZV sich bewußt auf eine zurückhaltende, entgegenkommende Regelung eingelassen, die man im Augenblick als tolerabel ansehen konnte, weil man ja wußte, ab Stichtag kurz nach dem 1. September 1981 haben wir wieder die neue Dispositionsbefugnis. Und nun wird dieser Regelung, indem man sie längerfristig festschreibt, und sogar noch den vereinbarten Satz kürzt, die Grundlage entzogen, die Angemessenheit, auf deren Basis sich die Beteiligten verständigt haben – möglicherweise unter bewußter Inkaufnahme von Opfern auf der einen oder anderen Seite. Diese Angemessenheit ist nicht mehr gewahrt, wenn einmal die Vertragsdauer gestreckt wird und zum anderen das Vergütungsniveau noch einmal einseitig gesenkt wird.

Der Vertrauensschutz, der eine Respektierung einmal auf rechtlicher Basis geschlossener Verträge nach allen Richtungen hin erfordert, ist hier, wie mir scheint, gröblich mißachtet.

Auch die als Dauerregelung vorgesehene Honorarminde- rung zu Lasten der Zahnärzte im Vergleich zu den Zahntechnikern läßt sich verfassungsrechtlich nicht rechtfertigen. Es handelt sich nun einmal in beiden Fällen um das Entgelt für sachlich vergleichbare und zumindest gleichwertige Leistungen. Nur unter der Voraussetzung ist ja hier die Vergleichbarkeit überhaupt gegeben.

Artikel 3 Absatz 1 GG gibt keine Möglichkeit, den einen Leistungsanbieter prinzipiell schlechter zu stellen als den anderen. Die Kostenvergleiche, auf die der Gesetzgeber sich stützt, sind – jedenfalls nach Auffassung von Sachkundigen – zumindest problematisch. Aber selbst wenn sie zuträfen, könnten sie die Benachteiligung der Zahnärzte nicht legitimieren, denn Orientierungsmaßstab für die geregelte Vergütung ist die Erbringung bestimmter Leistungen, nicht der individuelle Aufwand.

Derjenige, sowohl Zahnarzt wie Zahntechniker, der besonders rationell arbeitet, bekommt keine geringere Vergütung und der umgekehrt etwas überdurchschnittlich aufwendig Arbeitende bekommt deshalb keine höhere Vergütung, denn bezahlt wird nicht der Aufwand, sondern die Leistung. Dann muß aber gleiche Leistung auch gleich honoriert werden.

Diesen Maßstab durchbricht der Gesetzgeber sachwidrig und damit, wie mir scheint, unter Verstoß gegen den Gleichheitssatz, wenn er einen Einzelpunkt herausgreift und aus einseitigen Gründen der Kostendämpfung auf vermeintliche Unterschiede in der Kostenstruktur der Beteiligten zurückgreifen will.

Ich komme nun zum Schluß, nicht mit dem Gefühl, ein Problem wirklich bewältigt zu haben, sondern allenfalls einige Thesen angerissen zu haben, an die sich eigentlich eine Pandora-Büchse von Detailproblemen und Folgefragen anschließen muß. Wenn irgendwo der Teufel im Detail steckt, dann ganz gewiß bei der verfassungsrechtlichen Beurteilung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb: jeder Versuch, in einer halben Stunde hier einen großen Wurf starten zu wollen, wäre vermutlich vergeblich.

Ich danke Ihnen aber sehr für die Aufmerksamkeit, mit der sie dem Versuch eines „kleinen Entwurfs“ gefolgt sind.

Sozialökonomische Aspekte zur Weiterentwicklung der GKV

Prof. Dr. Frank E. Münnich

Seminar für theoretische und angewandte Sozialökonomik der Universität München

Die Kostendämpfungspolitik und die Bemühungen um eine Strukturreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben die Wende bisher gut überstanden. Die Negativliste, die neue GOÄ und weitere Verschiebebahnhöfe sind die vorliegenden Beweise. Über Struktur-reformen wird offensichtlich nachgedacht, im Krankenhausbereich sogar mit sachverständiger Unterstützung.

Neu ist freilich, daß sich erstmals auch die Betroffenen in erstaunlich großer Zahl zu Worte melden, und das mit teilweise durchaus unkonventionellen Ideen. Zwei bedeutende Bundesverbände der Krankenkassen haben die Initiative ergriffen, um Vorschläge zur Struktur-reform in die Diskussion einzubringen. Zwei freie Verbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, haben Vorstellungen vorgelegt, die von den eingefahrenen Pfaden im Grundsätzlichen wie in Einzelheiten durchaus abweichen. Früher schon hatte das Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung einen recht detaillierten Vorschlag unterbreitet. Darüber hinaus liegen eine Vielzahl von Stellungnahmen und Vorschlägen einzelner Personen aus Wissenschaft und Praxis sowie Meinungsäußerungen von Politikern vor, und dem Vernehmen nach wird an einigen Stellen an neuen Konzeptionen gearbeitet. Man darf gespannt sein, ob das Sachverständigen-

gremium des BMA zur Reform des KHG hierzu zählen wird.

Diese Vielzahl von Bemühungen und Aktivitäten ist nur allzu verständlich und berechtigt. Doch ist es weniger die Entwicklung der Ausgaben, die zu Reaktionen zwingt, auch wenn sie den Kassen direkt auf den Nägeln brennt und den Politikern aus weniger akzeptablen Gründen Sorgen bereitet. Es sind vielmehr die offensichtlichen Regelungsdefizite, die immanenten Anreize zur Unwirtschaftlichkeit sowie das Fehlen jeglicher Wahlfreiheit für die Versicherten, die dringend einer Bereinigung bedürfen. Doch auch vom Interessenstandpunkt einzelner beteiligter Gruppen her werden Strukturanpassungen gefordert – nicht zuletzt im Hinblick auf bevorstehende Entwicklungen wie die drohende Ärzteschwemme und die Überalterung der Bevölkerung.

Ich kann im folgenden nur einige grundlegende Entwicklungstendenzen aufzeigen und nicht auf Details eingehen. Dies ist sicherlich sehr bedauerlich, denn der Teufel steckt auch hier im Detail. Ich werde mich dabei auf ordnungspolitische Überlegungen beschränken. Man kann Ordnungspolitik jedoch nicht losgelöst von gesellschaftspolitischen Wertvorstellungen konzipieren, so daß ich meine normativen Prämissen offenbaren sollte. Es geht um Selbstbestimmung und Subsidiarität, um Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Dies läßt sich nach allen Erfahrungen mit konkreten Volkswirtschaften nur in einer auf dezentraler Selbstregelung basierenden Ordnung verwirklichen.

Man muß jedoch befürchten, daß die zu ergreifenden Maßnahmen in konsequenter Fortführung der bisherigen Politik nicht in diese Richtung zielen. Einem „Bonn-Mot“ zufolge besteht der wesentliche Unterschied zwischen sozialistischer und konservativer Gesellschaftspolitik darin, daß die erstere zur Verstaatlichung, die letztere dagegen zur Zentralisierung neige. So müssen wir denn befürchten, daß der öffentlich-

rechtliche Körperschaftscharakter der GKV nicht nur erhalten bleibt, sondern noch weiter gestärkt und ausgebaut wird.

Schon werden im Zuge der KHG-Reform alte Pläne wieder ausgegraben, die Krankenhausgesellschaften in Körperschaften des öffentlichen Rechts umzuwandeln. Sollte dies Wirklichkeit werden, so ist der Tag nicht mehr fern, an dem dieselbe Forderung auch für den Bundesverband der pharmazeutischen Industrie erhoben werden wird. Schließlich könnten alle wirtschaftlich bedeutsamen Leistungserbringer in das öffentliche System eingebunden sein, denn raus will offenbar noch niemand, auch die wettbewerbsfreudigen Ersatzkassen offenbar nicht.

Für die körperschaftliche Lösung werden vor allem zwei Argumente vorgebracht. Sie soll erstens der Herstellung gleicher Machtverhältnisse auf beiden Marktseiten dienen. Wenn schon, so die Logik dieses Arguments, eine Marktseite – ich lasse offen, ob es sich überhaupt noch um Märkte in der ursprünglichen Bedeutung des Wortes handelt – durch einen höheren Konzentrationsgrad gekennzeichnet ist, der sich ohne politischen Aufwand nicht mehr senken läßt, etwa, weil mächtige Organisationen zerschlagen werden müßten, so sei es vernünftig, gleiche Machtverhältnisse durch politische Konzentrierung der schwächeren Marktseite herbeizuführen. Es ist dies die Theorie der „countervailing powers“, die von dem amerikanischen sozialistischen Ökonomen, Politiker und Diplomaten *John Galbraith* entwickelt worden ist.

Er hat dabei aber völlig übersehen, daß sich bei solchen zweiseitigen Monopolen – denn darum handelt es sich marktmorphologisch bei solchen Strukturen – sehr schnell eine Situation ergibt, bei der beide Marktseiten, statt sich zu bekämpfen, miteinander kolludieren, um, wie *Adam Smith* es vor mehr als zweihundert Jahren formulierte, gegen das Gemeinwohl zu konspirieren. In moderner Terminologie: um eine für beide vorteilhafte Po-

litik zu Lasten Dritter oder des mehr oder weniger vermeintlichen Gemeinwohls zu verwirklichen.

Zweitens erwartet man von der körperschaftlichen Lösung eine Durchsetzung der von den Verbandsorganen ausgehandelten Vereinbarungen gegenüber den Mitgliedern. An die zu schaffenden Körperschaften für den Krankensektor wird vor allem die Erwartung geknüpft, daß sie für eine wirksame Bedarfsplanung dienlich seien, insbesondere den im politischen Raum wohl nicht zu realisierenden Abbau von Kapazitäten möglich machen würden. Auf dem Sektor der Arzneimittel verspricht man sich wohl eine Durchsetzung von Preisappellen, die gegenwärtig nur vorübergehende Wirksamkeit zeigen.

In der Tat: Körperschaften öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft haben eine ganz andere Position gegenüber ihren Mitgliedern als die Vorstände privatwirtschaftlich organisierter Vereine oder Verbände. Durch Gesetz geschaffen und mit gesetzlichen Rechten ausgestattet, vermögen ihre Vorstände, allen legalen Bemühungen Wirksamkeit zu verschaffen, ohne mit Abwahl oder dem Austritt widerborstiger Mitglieder rechnen zu müssen.

Wettbewerb zwischen den Mitgliedern findet allenfalls in den strikt regulierten Grenzen, die die Gesetze und die Satzungen ziehen, statt. Körperschaften sind daher ein wirksames Mittel zur Ausschaltung des Wettbewerbs; man sollte dies nie vergessen.

Die körperschaftliche Lösung hat weitere eindeutige Nachteile. Körperschaften sind in viel stärkerem Maße als private Verbände der staatlichen Einflußnahme ausgesetzt. Daß sich die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen dem bislang haben weitgehend entziehen können, um auch als Interessenvertretung der Kassenärzte zu fungieren, liegt an ihrer historisch erwiesenen Machtposition ebenso wie an der spezifischen Konstruktion in der RVO. Doch dies kann sich ändern, und wir sind auf dem besten Wege da-

zu. Ein erster Schritt ist der Versuchsballon „Konzertierte Aktion“ der vorletzten Bundesregierung.

Noch hat die Konzertierte Aktion nur empfehlenden Charakter. Sie soll auch keineswegs in ihrer gegenwärtigen politischen Bedeutung überschätzt werden. Noch haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sie gut im Griff. Doch wissen wir alle, daß politische Maßnahmen eine inhärente Tendenz zur Selbstverstärkung besitzen. Sind sie erfolgreich – was selten genug passiert –, so ist dies Bestätigung und Ansporn zugleich. Sind sie es nicht, so lautet der unvermeidliche Schluß, man habe zu wenig getan und mehr Staat bringe den ersehnten Effekt. Es ist meines Erachtens unausweichlich, und dies wird durch alle historischen Erfahrungen mit Behörden bestätigt, daß die Konzertierte Aktion im Laufe der Zeit und schön peu à peu immer mehr Kompetenzen erhält und zugleich das Tor sein wird, durch das sich die direkte Mitentscheidung des BMA in die GKV einschleichen kann. Dazu bedarf es nicht einmal eines Regierungswechsels – eine Möglichkeit, mit der man in Demokratien immer rechnen muß. Jede Regierung, welcher Couleur auch immer, die die politische Verantwortung für die Lösung wichtiger aktueller Probleme auf sich genommen hat, muß die Instrumente zu ihrer Bewältigung erhalten und wird sie sich dort nehmen, wo sie sie findet. Ich kann daher die fröhliche Naivität nur bewundern, mit der wichtige Reformkonzepte, die sich die Stärkung der Selbstverwaltung auf das Papier geschrieben haben, an der bewährten Konzertierten Aktion festhalten wollen.

Demgegenüber sollte die Weiterentwicklung der GKV erstens auf Dezentralisierung ausgerichtet sein. In der politischen Debatte wird dies durch die Forderung nach Stärkung der Selbstverwaltung zum Ausdruck gebracht. Man sollte freilich dieser Formulierung gegenüber vorsichtig sein. Zuweilen kann man sich nämlich des Eindrucks nicht erwehren, daß darunter zwar eine Verlagerung gegenwärtig beim Staate liegender Kompetenzen

an die Selbstverwaltungsorgane verstanden wird – was an sich wünschenswert ist –, aber innerhalb der GKV selbst zentralistische Lösungen angestrebt werden.

Damit ist im Endeffekt aber nichts gewonnen. Auf die Gefahr des unmittelbaren Regierungseinflusses habe ich schon hingewiesen. Es kommt noch eines hinzu. Solange die GKV eine subsidiär verstandene Hilfseinrichtung bestimmter sozialer Gruppen war, mochte eine solche Lösung angehen. Was diese untereinander vereinbaren und anstellen, sollte die Allgemeinheit nur in besonderen Fällen interessieren, etwa, wenn wesentliche Persönlichkeitsrechte dadurch verletzt würden. Seitdem die GKV freilich den quantitativen Rang einer Fast-Volksversicherung erlangt hat, sieht die Sache anders aus. Es würden nämlich legislative Kompetenzen an Gruppenorgane übertragen, und dies für einen der wichtigsten Versorgungsbereiche unserer Volkswirtschaft, ohne daß diese eine hinreichende demokratische Legitimation aufwiesen – jedenfalls eine wesentlich geringere aufweisen als der gegenwärtige Kompetenzträger Parlament. Angesichts der außerordentlich indirekten Beteiligung der Mitglieder, deren mitversicherte Angehörige einschließlich der sonstigen Gruppen ja überhaupt nicht repräsentiert sind, habe ich gegen die Übertragung weitreichender Gestaltungsrechte an irgendwelche undurchschaubar operierenden Bundesausschüsse erhebliche verfassungspolitische Bedenken.

In analoger Weise muß zweitens die nicht mehr nur von universitären Gesundheitsökonomen allein erhobene Forderung nach mehr Wettbewerb sorgfältig auf gewisse Fallstricke überprüft werden. So haben sich die Ersatzkassen prinzipiell zum Wettbewerb als einem tragenden Ordnungselement bekannt. Ich begrüße dies außerordentlich. So allerdings, wie sie sich den Preiswettbewerb auf dem Pharmamarkt vorstellen, geht es nicht. Wenn ein gemeinsames Gremium aller Kassen mit jedem Hersteller einzeln um die Aufnahme seiner Produkte in die Positivliste verhandelt und dabei um die Preise

feilscht, ist damit ein klassisches Nachfragemonopol geschaffen. Hier herrscht dann kein fairer Wettbewerb mehr, sondern monopolistische Ausbeutung, denn Wettbewerb ist immer eine zweiseitige Angelegenheit. Er dient der Zerstörung einseitiger Marktmachtpositionen, und nicht deren Errichtung. Gleiches Gewicht beider Markseiten ist eine wichtige Voraussetzung für funktionierenden Wettbewerb.

Drittens sollten die bislang ganz im Vordergrund stehenden drei administrativen Steuerungsinstrumente der Mengenplanung, der Preiskontrollen und der Budgetierung durch den Selbstregelungsmechanismus wirtschaftlicher Anreize ersetzt werden. Dadurch wird zum einen eine größere Wirksamkeit erzielt. Keine andere organisatorische Festlegung ist so erfolgreich wie die Übereinstimmung individueller Motivation mit gesellschaftlicher Wünschbarkeit. Zum anderen bewies der österreichische Nobelpreisträger *Hayek* die Überlegenheit eines von Betroffenen gestarteten und durchgeführten Suchprozesses nach neuen Problemlösungsmöglichkeiten. Wichtig ist daher auch die Öffnung der gesetzlichen Vorschriften für unterschiedliche Lösungen. Wichtiger noch als der Wettbewerb um günstigere Kontrakte – das ist die klassische Form des Wettbewerbs – ist der Wettbewerb um neue Ideen.

Aus diesen Zielvorstellungen können eine Reihe von Vorschlägen abgeleitet werden, die ohne grundlegende Rechtsveränderung realisierbar sind. Ich will nur auf eine wichtige Maßnahme hinweisen: die rechtliche Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten, insbesondere im Hinblick auf die ihnen eingeräumten Wahlmöglichkeiten. Entweder sollte eine für alle einheitliche Versicherungspflichtgrenze und damit auch Beitragsbemessungsgrenze eingeführt werden. Dazu gehörte dann auch, daß sich die Ersatzkassen den Arbeitern öffneten oder – noch besser –, daß das Neugründungsverbot aufgehoben würde, so daß beliebig neue Kassen gegründet werden könnten. Oder man müßte eine generelle Ver-

sicherungspflicht einführen, die dann freilich auf ökonomisch bedeutende Risiken zu beschränken wäre, wenn man nicht in eine staatliche Kollektivversorgung abrutschen will. Dies impliziert freilich eine ganz grundlegende Umgestaltung sowohl des Beitrags- als auch des Leistungsrechts. Damit ist man allerdings nicht mehr bei den kurzfristigen und marginalen Änderungen.

Längerfristig gültige Überlegungen sollten zugleich grundsätzlicher sein. Ein grundlegendes Problem ist, wie man der sozialen Verantwortung gerecht wird, also für die Bezieher sehr niedriger Einkommen einen von ihrer Leistungsfähigkeit unabhängigen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherstellt. Hierbei ist die gegenwärtige Regelung, der einkommensabhängige Beitrag bei kostenloser Leistungsanspruchnahme, keineswegs die einzige Möglichkeit. Man könnte die Beiträge sehr wohl nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip gestalten, sofern man nur entsprechende Unterstützungszahlungen für die Bedürftigen aus dem Staatshaushalt entrichtet. Eine Möglichkeit hierfür wäre der als negative Einkommensteuer bekanntgewordene Vorschlag des amerikanischen Nobelpreisträgers *Milton Friedman*. Er sieht vor, daß es einen für negative wie positive Einkommen durchgehenden Steuertarif gibt, der oberhalb einer kritischen Schwelle positive, unterhalb dieser kritischen Schwelle aber negative Steuern, das sind staatliche Zuschüsse ergibt. Diese Lösung hat den Vorzug der Neutralität: welche Leistungen auch immer bezuschußt werden sollen wird nicht gesondert ausgewiesen, und der Empfänger ist in der Verausgabung völlig frei. Eine andere Möglichkeit besteht in zweckgebundenen Zahlungen in Analogie zum Wohngeld.

Langfristige Lösungen machen auch ein Nachdenken über die Leistungsseite erforderlich. Sie ist durch Gesetz und Standesrecht, aber auch durch einen zähen, unausgesprochenen Verteilungskampf strukturell zementiert. Ich erinnere nur an die Auseinandersetzungen

über die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Versorgung. Mir scheint, daß die Struktur der Organisation des Angebots sine ira et studio und ohne ideologische Voreingenommenheiten durchdacht werden muß. Gerade dann, wenn sich die Interessen hart im Raume stoßen, ist ein Vertrauen auf das freie Spiel der Kräfte ein wichtiges soziales Regulativ. Statt tradierte Positionen unter Zuhilfenahme des Gesetzgebers mittels Regulierungen zu verteidigen, sollte man die Entwicklung effizienter Versorgungsformen der Experimentierlust und der Risikobereitschaft derjenigen überlassen, die zum Wagnis des Neuen bereit sind. Mein Vorschlag zu diesem Sektor lautet also Deregulierung.

Auch die Beziehungen zwischen Versicherern, Versicherten und Leistungserbringern müssen neu durchdacht werden. Zwei Alternativen bieten sich an, die ich als das Tarifvertragsmodell und als das Basisaktorenmodell bezeichnen möchte. Sie sind als idealtypische Denkmodelle zu verstehen, deren Umsetzung in Realität sicherlich Modifikationen und Kompromisse erforderlich macht. Man sollte unvoreingenommen an sie herangehen und sich ihren Absichten nicht dadurch verschließen, daß man vor allem anderen an die politische Realisierbarkeit denkt. Wer so vorgeht, denunziert von vornherein alle Versuche einer Wende. Ein solches Vorurteil ist aber auch, obgleich sehr beliebt, im Prinzip völlig ahistorisch. Alle wesentlichen Änderungen der Geschichte erschienen ante factum als nicht realisierbare Hirngespinnste, während sie im Nachhinein von denselben Leuten zu Selbstverständlichkeiten erklärt wurden. Denken Sie bitte daran, wie sich die Selbstbeteiligung innerhalb weniger Jahre von einem allseitigen Tabu zu einer diskussionswürdigen Idee gemausert hat.

Das Tarifvertragsmodell knüpft an der Idee an, daß, wenn schon Verbände sein müssen, diese freie Verbände, also beispielsweise bürgerlich-rechtliche Vereine, sein sollten. Dieses Modell ist seit Jahrzehnten auf dem Arbeitsmarkt verwirklicht. Dort haben die als Tarifver-

tragsparteien bezeichneten Vertreter beider Marktseiten über alle Zeiten hinweg und gegen alle unsittlichen Angebote der Regierung ihre Unabhängigkeit vom Staat behaupten können und dabei, wenngleich nicht immer zur Zufriedenheit aller, ihre Fähigkeit zur Lösung von Konflikten, zur Entwicklung neuer Kooperationsformen im Betrieb und zu gesellschaftlich verantwortlichem Handeln bewiesen. Es nimmt wunder, daß dieses Modell, das den Vertretern in der Selbstverwaltung nicht völlig unbekannt gewesen sein dürfte, niemals zur Diskussion stand und daß statt dessen das körperschaftliche Modell avancierte, das in Notzeiten für einen ganz akuten Bedarf als Notbehelf eingeführt worden war und wesentlich besser in eine korporativ-syndikalistische Wirtschaftsgesinnung paßt als ausgerechnet in die marktwirtschaftliche Euphorie der fünfziger Jahre.

Nach diesem Modell wären alle Krankenkassen Unternehmungen nach bürgerlichem Recht oder Handelsrecht, ohne Mitgliedschaftsprivilegien, aber auch ohne staatliche Aufsicht oder Bevormundung. Als Unternehmungen wären sie auch in wesentlichen Aktivitäten dem Kartellrecht unterworfen. Die jetzt als Körperschaften konstituierten Verbände der Ärzte und Kassen wären privatrechtlich organisierte Vereine, Verbände oder Gesellschaften, ebenfalls ohne das Privileg der Zwangsmitgliedschaft.

Ein Rahmengesetz würde – ganz in Analogie zum Tarifvertragsgesetz – die möglichen Inhalte der ansonsten frei auszuhandelnden Vereinbarungen zwischen diesen Verbänden sowie deren Gültigkeit gegenüber den Verbandsmitgliedern festlegen. Darüber hinaus müßte darin wohl geregelt sein, unter welchen Bedingungen ein Verein „versicherungsvertragsfähig“ wäre. Dabei ist eine offene Lösung anzustreben. Die Möglichkeit zur Gründung von Konkurrenzverbänden ist erforderlich, um zu verhindern, daß sich die existierenden Verbände zu Kartellen der etablierten Mitglieder gegen die Nachkommen oder Außenseiter entwickeln können. Inwie-

weit diese Verbände dann auch noch kaufmännische Funktionen wie Geldverteilen übernehmen, hätte keine prinzipielle Bedeutung und sollte den Verbänden überlassen bleiben. In diesem Modell gibt es keine vorgegebene Einheitlichkeit der Verträge – ebensowenig wie im Tarifgeschehen.

Das Basisaktorenmodell unterscheidet sich vom Tarifvertragsmodell durch den Wegfall des Vertragsgesetzes. Die Kontrahenten der Verträge über die medizinische Versorgung wären demzufolge die Basisaktoren selbst: die Kassen, Zahnärzte, Ärzte, Krankenhäuser, pharmazeutischen Unternehmungen, Labors, Zahntechniker usw. Natürlich könnten auch hier Verbände verhandelnd auftreten, doch wäre ihr Durchsetzungspotential durch die freiwillige Kooperation der Mitglieder beschränkt. Auch hier würde es eine Reihe von Regulierungen geben, die insbesondere den Zugang für den Patienten zum Versorgungsbereich sicherstellen und eine bestimmte Mindestversorgung garantieren. Ansonsten aber wären die Basisaktoren frei, untereinander ganz unterschiedliche Verträge zu schließen.

Auch wenn man dies alles für zu revolutionär und zu utopisch, und, noch viel schlimmer, für ein typisches Elfenbeinturmprodukt hält, sollte man sich doch eines vor Augen halten: Die meisten der in den letzten Dekaden in der Bundesrepublik Deutschland verabschiedeten Gesetze, namentlich auch Sozialgesetze, haben sich dadurch ausgezeichnet, daß sie „Jahrhundertgesetze“ waren, von wahren Experten erdacht, mit dem demokratischen Öl einer politischen Mehrheit gesalbt, häufig durch die Zustimmung der jeweiligen politischen Opposition geadelt – und sofort wieder novelliert und nach einer Dekade zerrissen. Wir haben eine Tradition darin, für eherne Zeiten zu planen: mal sind es tausend Jahre, mal nur hundert.

Ich meine, es wäre an der Zeit für eine wirkliche Wende: weg von der allein selig machenden Lösung der Fachleute, Experten und Politiker. Vertrauen wir doch auch ein-

mal denjenigen, die an der Basis und in den „Gräben an der Front“ die tägliche Arbeit machen: unseren Krankenhausverwaltern und -trägern, unseren Zahnärzten und ihren Verbänden, den vielen Organisationen der Ärzte, den Geschäftsführern unserer Kassen und ihren Repräsentanten und den vielen anderen Produzenten, aber auch unseren Versicherten und Patienten, daß sie, vernünftige Spielregeln und Rahmengesetze vorausgesetzt, selbst untereinander ausmachen können, was vernünftig, wirksam und wirtschaftlich ist. Benutzen wir doch einmal als offene Gesellschaft ihren Sachverstand, um neue Wege zu finden. Vertrauen wir uns ihnen an und nicht immer nur unseren selbsternannten politischen Führern und sachverständigen Experten (einschließlich der Gesundheitsökonomien), um unser Gesundheitswesen so leistungsfähig und effizient zu gestalten, daß wir nicht nur die Möglichkeiten der Gegenwart, sondern auch die Chancen der Zukunft finanzieren können.

Weiterentwicklung von GKV und
Kassenarztrecht aus der Sicht der
Krankenversicherung, der Heilberufe
und der Politik

Statements

Prof. Dr. Dieter Blumenwitz

Institut für Völkerrecht, Europarecht und
Internationales Wirtschaftsrecht der Universität
Würzburg

Einführung

Wir müssen uns nun im letzten Teil der Veranstaltung – den Statements und der sich anschließenden Diskussion – aus Gründen der weit fortgeschrittenen Zeit kurzfassen.

Ich verzichte auf eine eingehende Stellungnahme zu den hier angesprochenen kontroversen Fragen um so lieber, als damit zugleich möglichen Befangenheitsanträgen in den nächsten Schiedsamtverfahren die Grundlage entzogen wird – und auch prozessual umstrittene Schiedsamtverfahren sind ja bekanntlich ein Teil dieser neueren Entwicklung im Recht der Sozialen Krankenversicherung!

Aber lassen Sie mich ganz kurz unseres Geburtstagskinds gedenken:

Die Soziale Krankenversicherung – heute im allgemeinen als Gesetzliche Krankenversicherung bezeichnet, um sie gegenüber der Privaten Krankenversicherung abzugrenzen – feiert heute ihren 100. Geburtstag. Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 war der 1. Teil der Sozialversicherungsgesetzgebung Bismarcks, durch die das Deutsche Reich als erstes Land der Welt eine umfassende Sozialversicherung schuf – auch das ist, meine Damen und Herren, ein Umstand, der Gewicht hat, wenn es heute in

der Diskussion um Kontinuität und Wandel im Selbstverständnis der Deutschen darum geht, ob der Staat Bismarcks „zerbrochen“ ist oder uns in staatstragenden Elementen noch weiter bestimmt.

Es lohnt sich schon, hier einen Blick über die Grenzen zu werfen. Bis in die dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts hinein hatte kein anderes Land eine der deutschen Gesetzgebung gleichwertige Krankenversicherung aufzuweisen. England hatte 1911 eine Krankenzwangsversicherung eingeführt, die auf die niedrigsten Einkommenschichten beschränkt war und als Versicherer ausschließlich private Krankenkassen kannte. So waren auch die Krankenversicherungs-Systeme der Schweiz (Anfänge seit 1911), Frankreichs (1930), Schwedens (1935), Hollands (1930), Belgiens (1945) bis in die jüngste Zeit auf dem Grundsatz der freiwilligen Versicherung bei Gegenseitigkeitsvereinen (*mutualités*) aufgebaut. Erst mit der Verkündung der Leitsätze zur „Sozialen Sicherheit“ durch *Roosevelt* auf der Internationalen Arbeitskonferenz 1944 in Philadelphia setzte eine neue Phase ein, die eine Belebung des sozialen Gedankens brachte. In Großbritannien wurde 1948 durch die Labour Party der „Health Service“ eingeführt, eine umfassende Krankenversicherung mittels Versicherungsbeiträgen und hohen Staatszuschüssen. Frankreich und Italien besitzen eine alle unselbständig Berufstätigen umfassende obligatorische Krankenversicherung, die in Italien eine besondere Verwaltung (*Istituto Nazionale Assicurazione Malattie, I.N.A.M.*) hat, während sie in Frankreich in das Gesamtsozialversicherungssystem der „*Sécurité Sociale*“ unter gegenseitigem Finanzausgleich aller Sozialversicherungszweige und mit Staatszuschüssen eingebaut ist. Schweden und Holland haben unter Belassung der freiwirtschaftlich entwickelten Krankenkassenträger die obligatorische Krankenversicherung eingeführt, während die Schweiz und Belgien einen beschränkten Versicherungszwang bei frei gebildeten Krankenkassen kennen.

Im Deutschen Reich wurden nach mehrfachen Änderungen und Ergänzungen die Gesetze zur Krankenversicherung, zur Unfallversicherung und zur Altersversicherung aufeinander abgestimmt und in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911 zusammengefaßt, die noch heute nach unzähligen Änderungen in Gültigkeit ist und sich – mit ihren ganze Alphabete durchlaufenden Zusatzparagrafen – wie ein bunter Fleckerlteppich vor uns ausbreitet. In Abwandlung einer Erkenntnis *Otto Meyers* ist man geneigt zu sagen: „Verfassungen vergehen, aber die Reichsversicherungsordnung bleibt bestehen“. Mit dem Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz zählt sie zu den ältesten noch gültigen öffentlich-rechtlichen Gesetzen des Bundesrechts.

Der Erste Weltkrieg und die folgenden Wirtschaftskrisen vermochten die Krankenversicherung, die als Umlageversicherung auf Deckungskapital nicht angewiesen war, nicht nachhaltig zu erschüttern. Der Nationalsozialismus hat mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 und mit Verordnungen in den Jahren 1939 bis 1943 eine grundlegende Neuordnung anzubahnen versucht; sie blieb jedoch in den Anfängen stecken und wirkte sich lediglich in einer erheblichen Ausweitung der Leistungen aus (z. B. Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Gewährung ärztlicher Behandlung – „Aussteuerung“ –, Einbeziehung der Sozialrentner in die Krankenversicherung). Die Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. März 1945 wirkte sich infolge des Kriegsendes nur noch in der britischen Besatzungszone aus.

Als Folge der Aufteilung Deutschlands in Besatzungszonen kam es trotz des grundsätzlich geltenden Rechts der RVO zu einer erheblichen Aufsplitterung des Sozialversicherungsrechts. In der SBZ und in Berlin wurde die Versicherungspflicht auf alle unselbständig Erwerbstätigen ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe ausge-

dehnt. In der französischen Besatzungszone wurden die Land-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen aufgelöst. Die britische Militärverwaltung beschränkte sich darauf, einen einheitlichen Beitragssatz festzusetzen, und auf ein Verbot jeder Art von Mehrleistungen gegenüber den gesetzlichen Mindestleistungen. Die amerikanische Besatzungsbehörde nahm keine Eingriffe vor.

Mit dem Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz vom 17. Juni 1949 nahm die neue deutsche Sozialversicherungsgesetzgebung zunächst des Wirtschaftsrats des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, später der Bundesrepublik, ihren Anfang. Die Selbstverwaltung, die der Nationalsozialismus abgeschafft hatte, wurde mit Gesetz vom 22. 2. 1951 wieder eingeführt.

Trotz dieser für das öffentliche Recht erstaunlichen Kontinuität über fast ein Jahrhundert hinweg ist die Soziale bzw. Gesetzliche Krankenversicherung und insbesondere das Kassenarztrecht in dem vergangenen Jahrzehnt einem nachhaltigen Wandlungsprozeß unterworfen gewesen. Die Anfang der 70er Jahre einsetzende Expansion des Leistungs- und Vertragssystems der Sozialen Krankenversicherung führte zu einem Anwachsen des Volumens kassenärztlicher Leistungen und der Ausgaben der Krankenkassen. Diese durch sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers, durch Verträge und Richtlinien, aber auch durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte und durch Schiedssprüche angeregte Entwicklung führte in den letzten Jahren an die Grenze der finanziellen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Solidarsystems der Krankenversicherungen. Neue gesetzgeberische Eingriffe, die auf die Kostendämpfung im Gesundheitswesen abzielten und zum Teil auch in Strukturelemente des überkommenen Kassenarztrrechtes eingreifen mußten, schienen geboten.

Vom Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz über das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz bis hin zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz und den Haushaltsbegleit-

gesetzten 1983 spannt sich heute der Bogen gesetzlicher Um- und Neugestaltung des Kassenarztrechts. Die Auswirkungen dieser Neuregelung sowohl auf das Verhältnis der Systeme sozialer Sicherung als auch auf den Versorgungsanspruch des Versicherten, die Rechtsstellung des Kassenarztes, die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten und die Gliederung der Sozialen Krankenversicherung soll Gegenstand unserer heutigen Diskussionsrunde sein.

Ich glaube, meine Damen und Herren, wenn wir die historische Dimension der Gesetzlichen Krankenversicherung heute bedenken – und dieses Geburtstagskind soll ja im Mittelpunkt unserer Veranstaltung stehen –, werden Sie mir zustimmen, wenn ich als ersten den Vertreter der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Herrn *Glombig*, bitte, sein Statement abzugeben.

Eugen Glombig, MdB, SPD

Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages

Für Ihre Einladung, als Vertreter der Sozialdemokratischen Bundestagsfraktion an diesem Symposium zum 100jährigen Bestehen der Gesetzlichen Krankenversicherung teilzunehmen, möchte ich mich herzlich bedanken und Ihnen die Grüße meiner Fraktion übermitteln. Es ist eine gute Sache, daß das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, eine Stiftung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, die Initiative zu dieser Veranstaltung ergriffen hat.

Die Zahnärzte – dies gilt im übrigen auch für Ärzte – haben allen Anlaß, jenes 15. Juni 1883 zu gedenken, an dem die Gesetzliche Krankenversicherung aus der Taufe ge-

hoben und damit ein Teil dessen erfüllt wurde, was in der sogenannten Kaiserlichen Botschaft vom November 1881 in Aussicht gestellt worden war. Denn Zahnärzte und Ärzte – diese Behauptung möchte ich wagen – sind mit der Institution der Gesetzlichen Krankenversicherung mindestens ebenso gut gefahren wie die Versicherten.

Ich möchte aber keine Rückschau halten, sondern einige Zukunftsaufgaben skizzieren, die wir nach sozialdemokratischer Auffassung gemeinsam anzupacken und zu lösen haben. Sie werden nicht allen meinen Thesen zustimmen. Sie möglichst präzise zu äußern, dient aber der Klarheit des Profils und der Position und stellt die Voraussetzung für einen fruchtbaren Meinungs austausch dar.

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland ist leistungsfähig, aber seine ständig wachsenden Kosten führen zu der Gefahr, daß es unbezahlbar wird. Es geht darum, die Milliardenbeträge der beitragszahlenden Arbeitnehmer so effektiv wie möglich einzusetzen. Denn die Arbeitnehmer wollen eine effiziente und soziale Gesundheitspolitik, die ihnen uneingeschränkt zugute kommt und die finanzierbar bleibt.

Die noch von der sozialliberalen Koalition beschlossenen Maßnahmen waren Schritte in die richtige Richtung. Um die bisher durch die Kostendämpfungspolitik erzielten Erfolge dauerhaft zu sichern und finanzielle Reserven des Gesundheitswesens durch Rationalisierung und wirtschaftlicheres Verhalten freizusetzen, bedarf es einer Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Strukturreform muß nach sozialdemokratischer Auffassung folgendes umfassen:

1. In der Krankenversicherung geht es darum, die Wettbewerbsnachteile einzelner Kassen oder Kassenarten zu beseitigen. Es müssen deshalb ungerechtfertigte Unterschiede im Beitrags-, Leistungs- und Mit-

gliedschaftsrecht beseitigt werden. Sozialdemokraten fordern bei Aufrechterhalten des gegliederten Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich gleiches Recht für alle Kassen. Denn nur so kann das gegliederte System auf Dauer gesichert werden. Wir Sozialdemokraten treten dafür ein, bei der Kodifizierung des Sozialrechts im Sozialgesetzbuch alsbald das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Sinne anzugehen. Dabei ist ein angemessener Ausgleich der Interessen der Beteiligten anzustreben.

2. Im Krankenhauswesen geht es darum, ein funktionierendes System der Selbstverwaltung zu schaffen, ähnlich wie es in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung mit dem Kassenarztrecht eingeführt worden ist. Sozialdemokraten fordern Gleichgewicht und Partnerschaft zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.
3. Am Arzneimittelmarkt geht es um die Herstellung von Marktgleichgewicht zwischen Leistungserbringern (pharmazeutische Unternehmen) und Beauftragten der Leistungsnachfrager (Krankenkassen) durch Preisverhandlungen für Arzneimittel, die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung verordnet werden. Sozialdemokraten fordern die Stärkung der Nachfrageseite am Arzneimittelmarkt, der Krankenkassen, als Vertreter der Belange der Nachfrager.
4. Bei der ambulanten Versorgung wollen wir Sozialdemokraten an der Freiberuflichkeit der Ärzte und Zahnärzte festhalten. Wir wollen versuchen, zu einer Vergütungsform zu kommen, von der keine Anreize zur Mengenausweitung ausgehen. Zu prüfen ist dabei, ob es nicht zu vernünftigen Ergebnissen für Ärzte, Zahnärzte und Patienten führen könnte, wenn die Einzelleistungsvergütung bei bestimmten Krankheiten und Krankheitsverläufen durch eine Leistungskomplexvergütung ergänzt wird. Sozialdemokraten fordern eine gerechte, gleichzeitig jedoch wirtschaft-

liche Vergütung für die notwendigen ärztlichen Leistungen.

Wir sollten darüber hinaus gemeinsam überlegen, wie durch gesetzgeberische und standespolitische Maßnahmen Kooperationsformen zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und anderen Berufen des Gesundheitswesens gefördert werden könnten.

Die SPD hält entschieden am Sachleistungsprinzip fest: Alle notwendigen medizinischen Leistungen müssen von der Krankenversicherung uneingeschränkt und direkt zur Verfügung gestellt werden. Die SPD lehnt jede Systemveränderung in der Krankenversicherung ab, die durch Einführung der sogenannten „Selbstbeteiligung“ das Solidarprinzip ganz oder teilweise dadurch ersetzen will, daß sie Gesundheitskosten denen aufbürdet, die sie „verursachen“. Wir wenden uns also gegen die Forderung zum Beispiel des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, das Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine wie auch immer definierte Grundversorgung zu beschränken und bei dem, was über diese Grundversorgung hinausgeht, auf eine Koppelung von Kostenerstattung und Direktbeteiligung des Versicherten abzustellen. Dies würde bedeuten, typische Elemente der Privaten in die Gesetzliche Krankenversicherung einzuführen.

Die Ablehnung der direkten Kostenbeteiligung in der Sozialen Krankenversicherung ist für Sozialdemokraten eine grundsätzliche Position:

- Das Wort Selbstbeteiligung erweckt falsche Eindrücke. Die Beitragszahler finanzieren ohnehin alle Leistungen des Gesundheitswesens über ihre Beiträge selbst.
- Selbstbeteiligung bedeutet praktisch soviel wie eine Beitragserhöhung, allerdings nicht für alle Versicherten, sondern ausgerechnet nur für die Kranken.
- Selbstbeteiligung bedeutet Umverteilung: beitrags-

finanzierte Krankheitskosten tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam, über Selbstbeteiligung finanzierte Leistungen tragen nur die kranken Arbeitnehmer.

- Selbstbeteiligung bedeutet Ungerechtigkeit, weil sie das mit der Beitragszahlung erworbene Recht auf Absicherung im Krankheitsfall suspendiert und von einer neuen finanziellen Vorleistung abhängig macht.
- Selbstbeteiligung bedeutet Verschiebung der Verantwortung, weil sie die Prüfung der Frage, ob eine Leistung der Sozialen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden muß, durch eine einseitig finanzielle Hürde von dem dazu gesetzlich beauftragten Arzt de facto auf den Patienten verlagert.

Die direkte Kostenbeteiligung untergräbt das Sachleistungsprinzip und das Solidarprinzip. Das Solidarprinzip kommt in der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jüngeren und Älteren, zwischen Einkommensschwächeren und Einkommensstärkeren sowie zwischen Beitragszahlern mit und ohne Familienangehörigen zum Tragen. Daran darf nicht gerüttelt werden.

Ulf Fink, CDU

Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, Berlin

Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung zu Ihrem Symposium, die mir die Gelegenheit gibt, zu einigen aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Fragen Stellung zu nehmen.

Vor etwa 100 Jahren – und dies ist eine Anspielung auf das Thema dieses Symposiums: 100 Jahre Krankenver-

sicherung –, in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts, ehe die großen Entdeckungen von *Virchow*, *Koch*, *Semmelweis* und anderen Eingang in die praktische Medizin gefunden hatten, war Krankheit meist ein Ereignis von wenigen Wochen, das entweder mit der Heilung des Patienten oder aber mit dessen Tod endete.

Unser vordringliches Problem heute ist aber nicht mehr nur die Verhinderung des Todes durch Krankheit, sondern die Frage, inwieweit eine dauerhafte Heilung erreicht werden kann. „An die Stelle des Todes, so kann man übertrieben sagen, ist die Invalidität getreten, das Siechtum“ (*Preller*, 1970). Unser Problem sind weniger die Infektionskrankheiten als vielmehr sogenannte „Abnutzungs- oder Aufbrauchskrankheiten“, d. h. Krankheiten, die in einem längeren Prozeß zu einem allmählichen Absinken der psychophysischen Leistungsfähigkeit führen. Das heißt: Der medizinische Fortschritt hat zu einer Veränderung des dominanten Krankheitstypus geführt. Bei Krankheiten sowie bei ihrer Behandlung müssen wir uns in der heutigen Zeit auf eine längere Dauer einstellen.

In den letzten 100 Jahren hat die Gesundheitsversorgung und -betreuung der Bevölkerung bei uns ein beeindruckendes Ausmaß erreicht. Ein Blick über die Grenzen zeigt, daß wir eines der effektivsten und freiheitlichsten Gesundheitssysteme der Welt besitzen.

Doch bei genauerem Hinsehen zeigt sich: Der Kampf gegen soziales Elend, gegen physisches und psychisches Leid ist keineswegs zu Ende. Wir stehen vor ungelösten Problemen, die in der zunehmenden Institutionalisierung von Sterben und Tod, Betreuung und Pflege ihren Ausdruck finden: menschliche Zuwendung im Rhythmus geregelter Arbeitszeit nach Tarifverträgen. Das Konzept stößt an seine inhaltlichen Grenzen. Die neuen sozialen Probleme ließen sich selbst dann nicht durch höhere Ausgaben lösen, wenn es die Haushaltssituation langfristig erlauben würde. Das bedeutet, wir sind gegenwärtig nicht nur an die finanziellen Grenzen höherer

Wachstumsraten gestoßen, sondern auch an die Grenzen der Möglichkeiten, Schwierigkeiten durch Draufsatteln und immer höhere Ausgaben zu lösen. Bloßes Wachstumsdenken muß ersetzt werden durch qualitative Zielsetzungen.

Das „magische Dreieck“ der kassenärztlichen Versorgung setzt sich zusammen aus der Entscheidungsfreiheit des Arztes, der Finanzlage der Kassen und der Einsicht der Versicherten in die Kosten der ärztlichen Inanspruchnahme (vgl. dazu *Preller*, 1970).

Eine optimale Verbindung dieser drei Faktoren ist sicher schwierig. Doch es ist unsere Überzeugung, daß Prinzipien, wie sie die CDU in ihrem Gesundheitspolitischen Programm (vom 4. 9. 78) formuliert hat und wie sie auch in der Regierungserklärung vom Mai dieses Jahres nachlesbar sind, den Weg zu einer solchen Optimierung weisen können.

Ich möchte hier auf vier Grundsätze eingehen:

1. Für grundlegend und unverzichtbar halten wir die Beibehaltung des Systems der gegliederten Krankenversicherung mit Pflichtkassen und Ersatzkassen in der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der Privaten Krankenversicherung andererseits. Dieses System ist flexibel und kann sich den unterschiedlichen Bedürfnissen der jeweiligen Versicherungsgemeinschaft anpassen. Eine Einheitsversicherung wird von der CDU entschieden abgelehnt. Die Gesetzliche Krankenversicherung (deren 100jährigen Geburtstag wir ja heute feiern) ist ein Kernstück unseres Systems sozialer Sicherung, ein Kernstück, das sich bewährt hat. Die Private Krankenversicherung hat ihre Berechtigung daneben; sie ist eine sinnvolle Einrichtung sowohl im Rahmen des Vollversicherungsschutzes als auch als Versicherung für Ergänzungsleistungen. Wir lehnen die Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Gesetzliche Krankenversicherung ab.

2. Ein wichtiger Grundsatz unserer Gesundheitspolitik lautet: Vorrang für die Selbstverwaltung; weniger Staat und eine stärkere Betonung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Priorität der Selbstverwaltung vor staatlichem Handeln muß im Lichte des allgemeinen Grundsatzes gesehen werden: „Soviel Freiheit wie möglich, soviel Staat wie nötig“.

Das Prinzip der Subsidiarität, das der kleineren Gemeinschaft den Vorrang bei der Regelung von Problemen einräumt und den Staat zunächst zur Zurückhaltung verpflichtet, bedeutet aber nicht Enthaltensamkeit des Staates. Der Staat ist vielmehr aufgerufen, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Selbstverwaltung die ihr vom Staat überlassenen Freiräume auch nutzen kann. Dies setzt Klarheit in den gesundheitspolitischen Zielsetzungen und ein berechenbares und verstetigtes staatliches Handeln voraus. Die Neuordnung der Finanzbeziehungen der Sozialleistungsträger untereinander ist eine Aufgabe, die uns gegenwärtig stark beschäftigt. An dieser Stelle möchte ich auch meinen Dank an Sie, meine verehrten Damen und Herren, richten, an die Kassenzahnärzte, die einen wesentlichen Beitrag zur Kostenbegrenzung geleistet haben. Dieses Beispiel der Kassenzahnärzte, die bis Mitte 1983 auf eine Honorarerhöhung verzichtet haben, sollte Schule machen und konkretes Modell sein gerade auch für solche Gruppen, die im allgemeinen gerne von Solidarität reden.

3. Ein dritter Grundsatz unserer Gesundheitspolitik wird deutlich im Prinzip: Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig.

Wir haben eine eklatante Bevorzugung des stationären Bereichs. Die Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung steht der Realisierung des Subsidiaritätsgedankens entgegen, sie ist ein klassisches Beispiel

für eine Privilegierung des institutionellen Bereichs durch die Finanzierung der öffentlichen Hand.

Weist ein Arzt einen Patienten in ein Krankenhaus ein, so muß die Krankenkasse täglich etwa 250 DM für ihn aufbringen. Eine Betreuung zu Hause, in der eigenen Wohnung inklusive ärztlicher Betreuung, Heilmittel, Pflege und Versorgung erfordert aber nicht einmal die Hälfte dieses Betrages.

Die ambulante Versorgung – soweit sie medizinisch vertretbar ist – hat für mich aber nicht nur aus ökonomischen Gründen Vorrang vor der stationären Versorgung, sondern vor allem auch aus humanitären Gründen: Gerade im Krankheitsfall kann ein Verbleib in der gewohnten Umgebung therapeutische Wirkung haben und Trost und Hilfe sein.

Um die finanzielle Privilegierung des stationären Bereichs stufenweise abzubauen und die ambulante Versorgung – die subsidiäre Hilfe in ihrer eigentlichen Bedeutung ist – zu fördern, habe ich mich intensiv dafür eingesetzt, daß die Reichsversicherungsordnung eine Ergänzung erfahren hat: Neben der häuslichen Krankenpflege wird jetzt zumindest auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Betreuung bezuschußt, wenn dadurch die Krankenhauspflege nicht mehr erforderlich ist. Als unerträglich empfand ich die Vorstellung, daß im Krankenhaus die kleinste Handreichung finanziert wird, während die häusliche Krankenpflege mit ständigen Abrechnungsschwierigkeiten bei Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Betreuung zu kämpfen hat.

Durch die Umsetzung des Mottos „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ konnten im letzten Jahr in Berlin rund 1000 Krankenhausbetten zurückgenommen werden. Durch Aus- und Aufbau von 48 über Berlin verteilte Sozialstationen konnte eine flächendeckende häusliche Krankenpflege geschaffen werden. So ließ sich die stationäre Versor-

gung wirkungsvoll ergänzen oder auch ganz ersetzen.

Derzeit wird eine mögliche Selbstbeteiligung des Patienten von 5 DM pro Tag bei Krankenhausunterbringung heftig diskutiert. Dieses Thema hat beträchtliche Erregung verursacht und starke Emotionen hervorgerufen, die mir übertrieben erscheinen und auch sachlich nicht einleuchten. Ein Beitrag von 5 DM am Tag wird als etwas Schreckliches, sozial Unträgliches hingestellt – und das angesichts der Tatsache, die klaglos hingenommen wird, daß die Selbstbeteiligung im Falle von Pflegebedürftigkeit bei Heimunterbringung bei 3000 bis 3500 DM liegen kann. Ist Unkenntnis dieser gesetzlichen Regelung der Grund oder der Umstand, daß Pflegebedürftige keine Lobby haben?

4. Die Stärkung der Eigenverantwortung des einzelnen für seine Gesundheit ist ein vierter Grundsatz unserer Gesundheitspolitik.

Jeder Mensch hat selbst Verantwortung für seine Gesundheit. Gesundheitliches Fehlverhalten macht einen großen Teil des medizinischen Fortschritts zunichte; man denke nur an das Problem der Übergewichtigkeit, den sogenannten „Selbstmord mit Messer und Gabel“.

Staatliches Handeln soll helfen, die Übernahme von Eigenverantwortung zu fördern. Wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik heute ist es, die Menschen zu gesundheitsbewußtem Verhalten hinzuführen durch systematische gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung. Gesundheitspolitik muß in erster Linie eine Politik zur Früherkennung und besonders zur Verhütung von Krankheit werden, denn Vorsorgen ist besser als Heilen.

Die Stärkung des Präventionsgedankens kann insbesondere in der zahnmedizinischen Versorgung zu einer

Neuorientierung führen. Internationale Untersuchungen über den Mundgesundheitszustand der Bevölkerung zeigen: In der Bundesrepublik dominiert die Spätversorgung der Zähne, der Zahnersatz. Die weitgehende Vernachlässigung der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Bundesrepublik zeigt sich auch daran, daß es bisher nur zwei Lehrstühle für präventive Zahnmedizin gibt. Eine Verzerrung der Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen, die zahnprothetische Arbeiten gegenüber zahnerhaltenden Maßnahmen stark überbewertet und zahnprophylaktische fast nicht vergütet, mag eine wichtige Ursache sein. Hier ist der Staat zum Handeln und zur Schwerpunktsetzung aufgerufen. Gerade Ihnen als Zahnärzte sind diese präventiven Überlegungen, ich nenne nur die Stichworte Zahngesundheit und Kariesprophylaxe, sehr vertraut. In Berlin versuchen wir zu zeigen, daß Maßnahmen der Gesundheitserziehung und -aufklärung am einzelnen Menschen orientiert sein soll. Am Beispiel zur Primärprävention von Karies möchte ich das nun verdeutlichen und zeigen, daß hier medizinische und pädagogische Maßnahmen sinnvoll koordiniert werden müssen.

Entsprechend den in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege ist auch in Berlin eine derartige Arbeitsgemeinschaft vorbereitet und am 27. und 28. Mai im Rahmen des Fortbildungskongresses für Ärzte und Zahnärzte der Öffentlichkeit vorgestellt worden.

Ziel ist es, daß Eltern, Erzieher, Zahnärzte usw. zusammenwirken, um Primärprävention der Karies und der Parodontalerkrankungen zu betreiben. Vorrangig sind hierbei:

- systematische Mundpflege,
- Ernährungslenkung,
- Fluoridierung.

Das tägliche Zähneputzen muß für alle Kinder eine

Selbstverständlichkeit werden. Dazu gehört das Einüben der richtigen Technik. Zahnärzte und Zahnärztliche Dienste mit ihren Zahnarzhelferinnen haben bereits mit Erfolg begonnen, mit Kita-Gruppen und ihren Erzieherinnen in den Räumen der Zahnärztlichen Dienste das richtige Zähneputzen zu üben. In einzelnen Bezirken sind auch bereits Schulklassen in dieses Zahnputzprogramm einbezogen worden. Regelmäßiges Wiederholen dieser Putzübungen muß gewährleistet sein. Dabei ist es erforderlich, daß auch die niedergelassenen Zahnärzte einbezogen werden. Bei den Besuchen in den Einrichtungen der Zahnärztlichen Dienste in den Praxen sollen die Kinder gleichzeitig spielerisch mit den Einrichtungen einer Zahnarztpraxis vertraut gemacht werden, so daß bei einer eventuellen, doch wichtigen Kinderbehandlung diese ohne Angst erfolgen kann.

Dieter J. Cronenberg, MdB, FDP
Stellv. Fraktionsvorsitzender der FDP

Einen Beitrag über die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Kassenarztrechts zu bringen, ist für einen Politiker schwer, aber auch reizvoll.

Schwer, weil sich die sozialpolitische Diskussion in der letzten Zeit fast nur um ein Thema, nämlich die Kostendämpfung drehte. Reizvoll aber auch, weil ich hiermit die Gelegenheit habe, Ihnen einige Zukunftsvisionen vorzustellen, die es uns in absehbarer Zeit möglich machen, von dem Generalthema „Kostendämpfung“ vielleicht etwas wegzukommen, um Strukturfragen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung diskutieren zu können.

Lassen Sie mich zunächst aber noch etwas beim Nervus rerum bleiben: Ich bin der Auffassung, daß wir uns in der Vergangenheit des Instruments der Selbstbeteiligung noch nicht in ausreichendem Maße bedient haben. Zweifellos sind hierbei Steuerungselemente für das Inanspruchnahmeverhalten, aber auch für das Leistungsverhalten denkbar, die uns zukünftig – mittelfristig – in eine Situation bringen sollten, wo sich Beitragssatzanhebungen und -senkungen gegeneinander aufheben. Damit will ich der Selbstbeteiligung als rein fiskalischer Maßnahme keinesfalls ihre Wirkung absprechen. Zum Beispiel ist die Zuzahlung von 5 DM in den ersten vierzehn Tagen eines Krankenhausaufenthaltes nicht mit großen Steuerungswirkungen verbunden, denn wer geht schon freiwillig ins Krankenhaus?

Ich könnte mir jedoch vorstellen, daß im Bereich der Ausgrenzung bestimmter ärztlicher oder zahnärztlicher Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und der verstärkten bzw. konzentrierten Selbstbeteiligung noch Reserven liegen. Beispielhaft sei hier auf die rückläufige Entwicklung beim Zahnersatz aufmerksam gemacht.

Die Selbstbeteiligung darf jedoch nicht einen solchen Umfang annehmen, daß eine Auflösung der Solidargemeinschaft zu befürchten wäre. Die notwendige Ausgleichswirkung der Gesetzlichen Krankenversicherung von jung zu alt, gesund zu krank und Besserverdienenden zu Weniger-gut-Verdienenden muß auch in Zukunft bestehenbleiben, um allen Bevölkerungsschichten die mittlerweile sehr aufwendig gewordene Diagnostik zuteil werden zu lassen und spezielle Risiken auffangen zu können.

Der zweite wichtige Punkt, auf den ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, ist die Wettbewerbssituation der Krankenkassen untereinander. Zwar wird heute schon in einem gewissen Umfang, häufig mit bedenklichen Methoden, um Mitglieder geworben, jedoch findet diese Konkurrenz zur Zeit gewisse rechtliche

Schranken. Meines Erachtens sollte für einen Versicherten die freie Wahl der Krankenkasse nur dann eingeschränkt werden, wenn dies unvermeidbar ist.

Gleiche Wettbewerbschancen unter allen Krankenkassen und Kassenarten erfordern selbstverständlich eine Neugestaltung des Leistungsrechts, denn es muß den Kostenträgern auch die Möglichkeit gegeben werden, echte Alternativen anzubieten. So halte ich es für denkbar und auch für wünschbar, daß der Leistungskatalog der §§ 179 ff. der Reichsversicherungsordnung überprüft und ein gesetzlicher Mindestrahmen festgelegt wird. Darüber hinaus sollte es dann Sache jeder einzelnen Selbstverwaltung bleiben, auf dem Gebiet des Leistungsrechts und damit auch der Beitragssätze ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen.

Zusammenfassend erhoffe ich mir von diesen beiden Vorschlägen eine Erweiterung des Selbstbeteiligungsinstrumentariums, wodurch neue Handlungsspielräume für den Versicherten eröffnet werden, und eine Erweiterung des Wettbewerbsrahmens, wodurch neue Handlungsspielräume für die Selbstverwaltung geöffnet werden, und Anstöße zu bewußtem, ökonomischem Verhalten sowohl bei den Versicherten als auch bei den Krankenkassen. Der Wettbewerb kann und soll sich also auf den Leistungs- und Beitragsbereich erstrecken.

Lassen Sie mich auch zum Kassenarztrecht bzw. Kassenzahnarztrecht einige Bemerkungen machen:

Dieser Bereich hat im Laufe der vergangenen Jahrzehnte eine rasante Entwicklung mitgemacht.

Während bis 1931/32 das Kassenarztrecht sich noch im § 368 RVO auf den Passus „das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen regelt sich durch Vertrag“ beschränkte, sowie einigen weiteren Regelungen zur Frage der Verhältniszahl und des Zusammenwirkens von Ärzten und Krankenkassen im damaligen Reichsausschuß, ist mit dem sogenannten Vierecksverhältnis zwischen Arzt – Kassenärztlicher Vereinigung – Krankenkasse – Patient ein kompliziertes Rechtsverhältnis entstanden,

das aber immerhin mehr als 50 Jahre Bestand hat und sich in seinen wesentlichen Grundzügen auch heute noch bewährt.

Zu den Essentials dieses Bereiches zähle ich zum einen die Selbstverwaltung der eigenen Angelegenheiten der Ärzte und Zahnärzte in den dafür gewählten Gremien, aber auch die gemeinsame Selbstverwaltung mit den Krankenkassen.

Gerade aus liberaler Sicht ist dies ein wesentliches demokratisches Element in dem so wichtigen Bereich der gesundheitlichen Versorgung des überwiegenden Teils der Bevölkerung.

Ausfluß der gemeinsamen Selbstverwaltung und für mich unbedingt erhaltenswert ist die Vertragsfreiheit.

Diese Vertragsverhandlungen ersetzen nicht nur bis zu einem gewissen Grade die Marktmechanismen, die wir sonst im Gesundheitswesen vermissen. Vielmehr ist hiermit auch die Garantie gegeben, daß sich der Staat der Eingriffe in diesen Bereich enthält; jedenfalls so lange die Selbstverwaltung funktioniert, was man jedoch angesichts der jüngsten Vertragsabschlüsse zwischen Kassenzahnärzten und Ersatzkassen nicht bezweifeln sollte.

Ich halte es daher auch in der Zukunft für außerordentlich wichtig, daß die Verhandlungen um die konkrete Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens – in welcher Hinsicht auch immer – in Verträgen zwischen den Beteiligten und nicht durch staatliche Eingriffe erfolgen.

Der nächste wichtige Punkt ist meines Erachtens die freie Arztwahl.

Ich sehe im Moment kein auf Freiwilligkeit aufgebautes System, das ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis garantiert – und damit erst die Voraussetzungen für ein funktionierendes Gesundheitswesen schafft –, und uns dieses Institut ersetzbar machte. Hierzu gehört auch die Niederlassungsfreiheit, natürlich mit allen

Chancen und Risiken, deren sich auch Ärzte zukünftig bewußt sein sollten.

Nun wird allerdings gerade in Zeiten erhöhter Zuwächse im ambulanten ärztlichen Bereich die Forderung nach Zulassungsbeschränkungen immer wieder laut. Eine differenzierte Stellungnahme ist hier sicherlich angebracht. Bildung ist zwar ein Wert an sich, jedoch glaube ich nicht, daß wir es uns auf Dauer volkswirtschaftlich leisten können, den Teil der akademischen Berufe in die Arbeitslosigkeit zu entlassen, dessen Tätigkeit so eng mit der Gesundheit der Bevölkerung verbunden ist. Insofern setze ich mich als liberaler Politiker dafür ein, daß möglichst vielen Ärzten und Zahnärzten die Chance zur Ausübung ihres Berufes gegeben wird. Dies darf natürlich nicht zu Lasten der Qualität der ärztlichen Versorgung gehen, und selbstverständlich dürfen auch nicht die Möglichkeiten der Krankenkassen überfordert werden.

Hier wird der schmale Pfad, auf dem wir uns bewegen, verdeutlicht. Ich könnte mir jedoch vorstellen, daß in Zukunft das Kassenarzt- und Kassenzahnarztrecht eine Modifizierung dahingehend erfährt, daß der Selbstverwaltung zusätzliche Kompetenzen zur Regelung dieser Frage eingeräumt werden.

Dies bitte ich zunächst einmal als eine Anregung zu verstehen. Die angeschnittenen Punkte sind so komplex, daß sie einer vertiefenden Erörterung zwischen allen Beteiligten wert sind. Nicht nur, weil es hier um einen volkswirtschaftlich relevanten Bereich geht, sondern auch, weil jeder Politiker gut beraten ist, sich des Sachverstandes derjenigen zu bedienen, die täglich in diesem Bereich arbeiten.

Dr. Kurt Falthäuser, MdB, CSU
Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU

Der Anlaß unseres heutigen Zusammenseins ist das 100jährige Bestehen des ersten großen Sozialinstituts. Vor über 100 Jahren, im Jahre 1882, war in der Begründung des „Gesetzentwurfes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ folgender Satz zu finden:

„Es erscheint ratsam, die Gewährung freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei zu einem notwendigen Bestandteil der zu gewährenden Krankenunterstützung zu machen, da hierdurch bei der Mehrzahl der versicherten Personen dem Bedürfnis abgeholfen wird, welches andernfalls keine oder nur eine höchst ungenügende Befriedigung findet.“

Die damals zuständige Kommission erläuterte in einem Bericht, „daß die Förderung der Leistung von Arzt und Arznei in natura ganz unerläßlich sei, die Arbeiter sparten nur zu oft um des Geldes willen Arzt und Arznei zum eigenen Schaden“.

Diese damalige Begründung war in den Anfängen der Gesetzlichen Krankenversicherung sicherlich völlig gerechtfertigt, als die Versicherung sich auf den Teil der Bevölkerung, der besonders staatlichen Schutzes bedurfte, beschränkte. Schließlich erfaßte die Gesetzliche Krankenversicherung in ihren Anfängen nur etwa 15% der Bevölkerung. Heute sind etwa 90% in der GKV versichert. Damals war sie hauptsächlich eine Krankengeldversicherung, Sachleistungen wurden im Gegensatz zu heute nur in beschränktem Umfang gewährt.

Nun läßt sich der allgemeine Lebensstandard heute mit dem vor 100 Jahren nicht mehr vergleichen. Die Real-einkommen der Versicherten sind beträchtlich gestiegen. Es gibt für alle unselbständig Beschäftigten die volle Entgeltfortzahlung für die Dauer von mindestens sechs Wochen, während früher Arbeiter nur ein Krankengeld bezogen in Höhe von 50% des Grundlohnes. Die

gesetzliche Mitversicherung der Familienangehörigen ohne Zusatzbeitrag ist erst 1930 eingeführt worden, während davor die Familienangehörigen mit oder ohne Zusatzbeitrag nur statutarisch mitversichert waren. Viele Versicherte sind heute aufgrund der völlig veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen sehr wirtschaftlich zur stärkeren Eigenvorsorge fähig. Es soll in diesem Zusammenhang an ein Wort von *Theodor Blanck* erinnert werden, der gesagt hat: „Was wir brauchen ist eine Sozialpolitik, die den freien mündigen Menschen unserer Tage unter den ökonomischen Bedingungen respektiert, die ihm heute zur Verfügung stehen.“

Wenn wir heute und hier über Gesundheitsstrukturen und eine Politik reden, wie die Strukturen zur Regelung der gesundheitlichen Versorgung verbessert werden könnten, so sollten wir uns an diese Worte *Blancks* erinnern. Natürlich ist eine derartige ausschließliche Diskussion – gerichtet auf die Struktur – auch und notwendigerweise vor allem eine Diskussion um Geld und Kosten. Wir sind aber auch in einer Situation, in der wir Gesundheitspolitik nicht nur als Strukturpolitik, sondern auch nach der Frage der Qualität der Ergebnisse beurteilen müssen. Wir dürfen also nicht nur die Qualität der Struktur, sondern auch die Qualität der tatsächlich daraus schließenden Ergebnisse für den Pflegebedürftigen, für den Kranken sehen.

1. Wenn wir eine qualitative Neuorientierung der Gesundheitspolitik fordern, so meinen wir eben nicht nur ein Weggehen von der Diskussion der Kosten, der Gesundheitskostenpolitik, sondern auch eine gewisse Gewichtsverlagerung hin zu dem: Was ist tatsächlich, was kommt dabei heraus? Was kommt an, was ist an qualitativer Verbesserung im Bereich der Gesundheitspolitik zu erreichen? Und dieser Gedanke muß auf allen Ebenen – wie wir meinen – verstärkt eingreifen.

2. Wir meinen, daß die Strukturdiskussion in verstärktem Maße durch die Selbstverwaltung selbst zu regeln ist und auch zu diskutieren und fortzuentwickeln ist.

Hier setzen wir vor allem auf dezentrale Organisation. Ich glaube nicht, daß wir mit der Konzertierten Aktion, so wie sie gegenwärtig stattfindet, dauerhaft glücklich sein können. Dies war eine Idee, historisch bedingt, wie Sie ja wissen. Ich bin persönlich etwas unglücklich, daß jetzt schon kurz nach den Wahlen die erste Konzertierte Aktion stattfand. Man konnte gar nicht richtig Luft holen, hatte keine Zeit nachzudenken, was könnten wir dem eigentlich an neuen Akzenten geben. So ist es doch wieder eine Zentrale zur Weitergabe von Zahlen, die vom Ministerium herausgefunden oder vorgegeben wurden.

Ich glaube, daß man wieder zurückkommen muß auf dezentrale Strukturen. In diesem Punkt stimme ich mit Herrn *Münnich* überein. Bis wir aber wieder dahin kommen, sollten wir wenigstens versuchen, das sogenannte partnerschaftliche Element in dieser Konzertierten Aktion wieder zu verstärken. Wenn etwa der Vorsitz kreisen würde, von diesem zu jenem Partner, so könnte auch ein gewisser Ideenwettbewerb eintreten, ein Wettbewerb der jeweiligen Vorsitzenden in dieser Konzertierten Aktion um Impulse und Vorschläge im Verlauf einer Konzertierten Aktion. Ein paar Anregungen dazu also nur; die Konzertierte Aktion, solange sie besteht, ist auch im Detail sicherlich verbesserbar.

Bei der Selbstverwaltung muß selbstverständlich auch der Krankenhausbereich mit einbezogen werden. Hier gibt es etliche Bereiche, die sich sträuben, die das nicht wollen; aber es müssen gleichberechtigte Partner auch im Krankenhausbereich her, und hierzu sind geeignete Institutionen zu schaffen. Die Partner müssen auch in ihrer Konsistenz dauerhaft sein. Ob das im Rahmen einer Körperschaft geschieht oder anders, ist ein Frage, die noch diskutiert werden muß.

3. Das Sachleistungsprinzip, Herr Kollege *Glombig*, wird durch die Direktbeteiligung mit Sicherheit nicht unterhöhlt. Ich sehe da keinerlei Anlaß. Wir stehen nach wie vor zum Sachleistungsprinzip. 100 Jahre Tradition

lassen sich nicht einfach wegwischen. Das ist ja auch erfolgreich gewesen. Die Union orientiert sich vielmehr bei allen Strukturreformüberlegungen an mehr Eigenverantwortung des Bürgers und Patienten. Zur Weckung der Eigenverantwortung sind die Instrumente der Direktbeteiligung, systematisch und wissenschaftlich gesichert, auszubauen.

Diese Direktbeteiligung in allen Gesundheitsbereichen ist unbürokratisch zu gestalten und in der Größenordnung so auszubauen, daß großzügige soziale Befreiungen möglich sind. Die Direktbeteiligungen sind nicht ein Instrument zur zusätzlichen Belastung der Patienten und Kassenzahler, sondern ein Steuerungsinstrument zur Mentalitätsänderung. Der dynamische Steuerungseffekt der Direktbeteiligung schafft für den einzelnen Patienten die Chance, durch Senkung seiner Pflichtbeiträge neue Freiräume für moderne Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Mit den Direktbeteiligungen durchbrechen wir die Rationalitätenfalle (*Herder-Dorneich*). Wenn wir die Frage stellen, wie können wir diesen *Circulus vitiosus* unterbrechen, nämlich den Ehrgeiz des einzelnen, wieder herauszuholen, was er hineinbezahlt hat, so kommen wir immer wieder auf die direkte Beteiligung, wie wir es nennen, und nicht Selbstbeteiligung, zurück. Alternativen sind zur Zeit in Diskussion. Aber diese Alternativen scheinen uns gewisse Krücken zu haben. Etwa die Segmentierung des Leistungsangebots. Ich glaube, daß die Segmentierung des Leistungsangebots gerade in der Humanmedizin außerordentlich schwierig ist. Es wäre sicherlich glücklicher gewesen, wenn der Freie Verband in seinem Grundsatzprogramm von Frankfurt nicht die Segmentierung allgemein in Grundsatzversorgung und Zusatzversorgung gefordert hätte, sondern bestenfalls für seinen zahnärztlichen Bereich. Da ist es offenbar machbar oder leichter machbar. Generell auch im humanmedizinischen Bereich ist es sicherlich sehr schwierig. Da wird man immer zu einem Konflikt kom-

men zwischen medizinischem Fortschritt und medizinischem Sachverstand und Kasse. Und dies sollte man vermeiden. Wir halten die Negativliste für einen Versuch der Segmentierung. Wir sehen in der Praxis gegenwärtig, wo wir damit hinkommen, daß es nicht viel fruchtet und daß es ungeheure Streitigkeiten in der Praxis gibt. Man sollte das nicht unbedingt ausdehnen.

Daß die Direktbeteiligung durchaus eine steuernde Wirkung hat, können wir im Bereich der zahnärztlichen Versorgung musterbeispielhaft beobachten: wir haben beim Zahnersatz seit Jahren eine direkte Kostenbeteiligung der Patienten, die zwar 1982 geändert wurde, aber im Ergebnis etwa 20% der anfallenden Gesamtkosten unmittelbar dem Patienten auflastet. Nun hatte während zwei Jahren, nämlich 1980 und 1981, in Bayern die AOK Lindau, eine Stadt mit den bis dahin geltenden 20% Selbstbeteiligung, die Selbstbeteiligung der Patienten um 10% auf 30% erhöht. Dies hatte eindeutige und inzwischen wissenschaftlich untersuchte Wirkungen. Ich habe mir das mit großer Aufmerksamkeit in dem Gutachten von Professor *Knappe* nachgelesen. Bei der AOK Lindau gingen nach der Erhöhung der Selbstbeteiligung sowohl die Fallzahlen als auch die Ausgaben signifikant und unwiderlegbar zurück, und besonders elastisch reagierte auf die Erhöhung der Beteiligung sogar das Arzthonorar. Die durchschnittlichen Ausgaben bei der AOK Lindau entsprachen vor der Maßnahme denen des ganzen KZV-Bereichs. Nach der Maßnahme ergaben sich deutlich niedrigere Vergleichswerte. Nachzulesen ist auch, daß es der AOK Lindau durch die Erhöhung der prozentualen Selbstbeteiligung beim Zahnersatz gelungen zu sein scheint, sich von der allgemeinen Entwicklung der AOKen Bayerns abzukoppeln.

Das Ergebnis für den Politiker ist also: Die Selbstbeteiligung beim Zahnersatz funktioniert und hat dynamische Steuerungswirkung.

Dies muß uns ermutigen und gleichzeitig auffordern, in anderen Bereichen bisherige Tabus abzubauen und mit

Phantasie die Möglichkeiten weiterer Selbstbeteiligungen zu überprüfen.

4. Zur Eigenverantwortung gehört natürlich auch die Verstärkung der Vorsorge und der Prophylaxe. Auch hier gibt es ja gerade im Bereich der zahnärztlichen Versorgung Möglichkeiten, besonders konkret anzupacken und auch den Nachweis zu führen, daß Prophylaxe wirkt. Die Zahnersatzsituation in der Schweiz kann als Beispiel dienen. Ich glaube, auch hier sollten wir massiv vorangehen in der Vorsorge. Das ist auch eine Aufgabe der Krankenversicherung in der Zukunft.

5. Ich würde als letzten Punkt, in dem ich etwas besorgt bin, dann noch eine Zukunftsperspektive sehen. Wir hatten ja 1982 eine relativ gute Situation in der Krankenversicherung. Eine relativ gute Situation, die Krankenkassen haben ihre Beiträge zurückgenommen. Dies wäre und dies ist vielleicht noch der Zeitpunkt, wo man ansetzen könnte und sagen könnte: Wie können wir jetzt die Reformfähigkeit dieser Krankenversicherung für Neuaufgaben weiterentwickeln?

Beispiel: Wie können wir die Pflegesatzversicherung in die Krankenversicherung hereinnehmen?

Ich halte es persönlich – das ist noch nicht ausdiskutiert, wir sind erst am Anfang der Diskussion – für einen gravierenden Fehler, wenn wir das dringende Problem des Pflegesatzes dadurch lösen wollten, indem wir eine eigene Pflegesatzversicherung schaffen. Angesichts der hohen Belastung durch Steuern, angesichts der hohen Belastung durch die verschiedenen Abgaben, die ja auch ständig eine Dynamik nach oben haben, ein neues Element mit Eigendynamik danebenzusetzen, würde ich nicht mehr für vertretbar halten. Man muß vielmehr schauen, wo und wie groß die Reformfähigkeit der Krankenversicherung ist. Wie kann die Krankenversicherung Platz schaffen, um neue Aufgaben aufzunehmen und nicht nur alte Aufgaben durch entsprechende Rechtsprechung quantitativ auszudehnen? Neue Aufgaben hereinnehmen, dafür aber alte Aufgaben, die in ihrer

Quantität nicht mehr angemessen sind, reduzieren, unter anderem auch durch die Lenkungsfunktion der Direktbeteiligung.

Dr. Detlef Balzer

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R.

Ich freue mich, daß die Zahnärzteschaft der Bundesrepublik Deutschland an diesem Tage der deutschen Sozialen Krankenversicherung so deutlich ihre Referenz erweist.

Heute vormittag hat der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Grußworte an die Festversammlung zum einhundertjährigen Bestehen der Gesetzlichen Krankenversicherung gerichtet.

Heute nachmittag veranstaltet das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung ein Symposium zu eben diesem Jubiläum.

Verehrte Damen, meine Herren, wenn ich es recht verstehe, stellt sich die Zahnärzteschaft heute nachmittag mit großem Ernst der Frage, wo sie auf ihrem Wege in den Bahnen des Rechts der Sozialen Krankenversicherung, wo sie als Kassenzahnärzteschaft angekommen ist – und wo sie dieser Weg hinführen wird und hinführen soll.

Die Zahnärzteschaft gibt damit nach meinem Dafürhalten zu erkennen, daß die Geschichte der Sozialen Krankenversicherung eben auch die Geschichte der Kassenzahnärzteschaft selbst ist.

Diese Referenz ist es, die mich freut und die auch der geschichtlichen Wahrheit entspricht.

Denn verehrte Damen, meine Herren, ohne das solide

Fundament der Ortskrankenkassen, der übrigen Reichsversicherungskassen und – auf deren Grundlage – aller anderen Arten der gegliederten Krankenkassen wäre eine so wohlausgebaute medizinische und gerade auch zahnmedizinische Versorgung, wie wir sie heute haben, wohl nur schwerlich vorzustellen.

Solidarische Finanzierung, Sachleistungsprinzip und Anspruch auf ärztliche Versorgung waren unzweifelhaft die Stufen, auf denen auch die Zahnheilkunde zu ihrem heutigen Entwicklungsstand hat emporsteigen können.

Wir sind daher mit gutem Grund in Partnerschaft bemüht, daß unsere Verbindungen noch besser werden und daß nicht etwa ein „Ende der Ausbaustrecke“ erreicht wird – sei es, weil alles zu teuer geworden ist, sei es, weil manche plötzlich glauben, alle „Regeln der Straßen- und Brückenbaukunst“ müßten über den Haufen geworfen werden.

Verehrte Damen, meine Herren, Geschichtsbetrachtung alleine mag zwar erklären, wie und warum sich eine gute Partnerschaft zwischen uns Ortskrankenkassen und Ihnen, den Zahnärztinnen und Zahnärzten und Ihren Repräsentanten, entfaltet hat.

Wenn wir diese Partnerschaft aber sichern und vertiefen wollen, dann müssen wir uns gemeinsam vor allem den Zukunftfragen der Sozialen Krankenversicherung und ihrer Partner zuwenden.

Verehrte Damen, meine Herren, gestatten Sie mir, daß ich die Herausforderung des heutigen Jahrestages annehme und Wegmarken aufzeige, die für die Soziale Krankenversicherung und ihre Partner bis zum Ende des Jahrtausends und wohl darüber hinaus gelten.

Unser gemeinsamer weiterer Weg wird vor allem dadurch bestimmt sein, daß es für die soziale Sicherung politisch und wirtschaftlich immer seltener „Ortsdurchfahrten“ und dafür immer häufiger „Umleitungen“ geben wird. Der gemeinsame Weg wird komplizierter, das Verirrungsrisiko wird größer.

Gemeint ist damit, daß wir die Fragen der Krankenversicherung, ihrer Mittelbeschaffung und ihrer Leistungsgewährung zunehmend weniger aus der Sicht nur der einen oder anderen Gruppe oder Gruppierung des Gesundheitswesens oder auch der Sozialsicherung insgesamt beantworten können. Dies wird besonders bedeutungsvoll angesichts der breiten politischen Übereinstimmung, daß das Gesamtkostenvolumen im Gesundheitswesen eine Obergrenze erreicht hat. Es genügt vor allem auch nicht mehr, daß wir diese Dinge nur aus der Sicht der Bundesrepublik Deutschland angehen.

Wir müssen vielmehr davon ausgehen, daß auch und gerade unsere Sozialpolitik und unser Sozialsicherungssystem Teile der internationalen Wechselbeziehungen geworden sind.

So ist zu bedenken, daß viele Länder der Dritten Welt derzeit ihre Industrialisierungsphase durchlaufen, Systeme der sozialen Sicherung auch gegen Krankheit entwickeln und damit Sozialpolitik weltweit wird.

Zu bedenken ist aber auch, verehrte Damen, meine Herren, daß im vergangenen Jahrzehnt bis zu 10 Millionen Arbeitskräfte aus weniger industrialisierten Ländern in den Industrieländern beschäftigt waren und daß es nach 1990 wegen der dann wieder einsetzenden Verknappung der Arbeitskräfte in einigen Industrieländern zu einem erneuten Höhepunkt in der Beschäftigung von Arbeitskräften aus anderen Ländern kommen kann.

Ein international gewordener Arbeitsmarkt, bei dem auch Beitragsaufkommen und Leistungsgewährungen der sozialen Sicherung über die nationalen Grenzen her- und hinfließen, macht auch die Soziale Krankenversicherung zu einem weltweiten Vorgang.

Vor einem Jahrhundert wurde die Gesetzliche Krankenversicherung im Herzen Europas entwickelt, um die sozialen Aufgaben der Industrialisierung des Deutschen Reiches zu lösen.

Heute sind die sozialen Aufgaben der Industrialisierung weltweit gestellt, und wir Ortskrankenkassen stellen

mit Genugtuung fest, daß unsere Prinzipien bereits heute dazu beitragen, die soziale Sicherung bei Krankheit im Rahmen des internationalen Arbeitsmarktes zu gewährleisten.

Gerade aus der Sicht weltweit gewordener Sozialpolitik und weltweit gewordener Sozialer Krankenversicherung betonen wir unsere Grundthese zur weiteren Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung:

„Das historisch gewachsene Ordnungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung trägt zu sozialer Gerechtigkeit und sozialem Frieden bei und ist damit zugleich wesentliche Grundlage des freiheitlichen Gesundheitswesens in unserer freien Gesellschaft. Eine prinzipielle Änderung dieses Ordnungssystems bringt keinen qualitativen Fortschritt.“

Wir Ortskrankenkassen nehmen die Feststellung der Wirtschaftswissenschaftler sehr ernst, daß sich im zurückliegenden Jahrzehnt ein weltweites, aufeinander bezogenes Niveau der Arbeitnehmereinkommen herausgebildet hat, dem sich keine einzelne Volkswirtschaft auf Dauer entziehen kann.

Zu den Komponenten dieses Arbeitnehmereinkommens gehören in modernen Volkswirtschaften auch gleichmäßige öffentliche Dienstleistungen insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Daher trägt in unserer Volkswirtschaft das Sachleistungsprinzip der Sozialen Krankenversicherung dazu bei, daß das Arbeitnehmereinkommen real nicht absinkt.

Im weltweiten Wirtschaftszusammenhang trägt das Sachleistungsprinzip der Sozialen Krankenversicherung dazu bei, daß Ansprüche an die Versorgung mit öffentlichen Dienstleistungen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung über unsere nichtdeutschen Arbeitnehmer auch in andere Volkswirtschaften „exportiert“ werden und sich dadurch die Stellung unserer Volkswirtschaft international verbessert.

Gleichzeitig stellt das Sachleistungsprinzip in der Sozia-

len Krankenversicherung sicher, daß ein Teil der Arbeitnehmereinkommen ausschließlich für medizinische Zwecke verausgabt wird.

Umgekehrt macht es das Sachleistungsprinzip der Sozialen Krankenversicherung aber auch erforderlich, daß die Preise und Honorare der Leistungserbringer im Gesundheitswesen so zurückhaltend vereinbart werden, daß es nicht durch Beitragssteigerungen der Krankenversicherung zu übermäßigen Erhöhungen der Nominal-einkommen der Arbeitnehmer in unserer Volkswirtschaft und damit zu internationalen Wettbewerbsverschlechterungen kommt.

In diesem Zusammenhang ist die Frage nach der medizinischen Angebotskapazität zu stellen.

Wir akzeptieren, daß nach geltendem Recht die Kassenzulassung von Ärzten und Zahnärzten frei ist.

Wir bejahen dies auch, weil es die freiheitliche Lösung ist.

Wir sind andererseits überzeugt, daß Überkapazitäten und die von ihnen induzierte Leistung, nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden können.

Bei den Zahnärzten ist es noch nicht das Problem, aber bei der Kassenärzteschaft ist es vorauszusehen.

Eine Herausforderung an eine gemeinsame Selbstverwaltung ist nicht im Beharren auf bisherige Denkmuster, sondern nur durch neue sozialpolitische Ideen zu lösen.

Keine „Ortsdurchfahrt“, sondern „Umleitung“, die ein großes Maß an Übereinstimmung in der Zielsetzung erfordert.

Es sind solche Gesamterfordernisse, die wir Ortskrankenkassen und unsere Partner beachten müssen, wenn wir in das nächste Jahrhundert gemeinsamer Geschichte eintreten, und wenn wir die Zukunft erfolgreich bestehen wollen.

Nicht eine Strukturreform der GKV, sondern die zeitgemäße Weiterentwicklung und die gemeinsame Herstellung von Regelkreisen zur Steuerung im Gleichgewicht

ist das zukunftssträchtige Konzept. Andere Sicherungsformen sind denkbar, aber keine ist so freiheitlich.

Jeder einzelne Schritt bedarf dabei stets der sorgfältigen Abwägung, ob er nur momentane Vorteile für die eine oder andere Gruppe oder Gruppierung bringt oder ob er die gemeinsame Grundlage aller Beteiligten sichert und verbessert.

Verehrte Damen, meine Herren, Sie wissen, daß wir Ortskrankenkassen derzeit mit Ihnen in schwierigen Verhandlungen stehen.

Seien Sie dessen versichert, daß unsere Position auch in diesen Verhandlungen von der Verantwortung geprägt ist, die wir als Basiskassen für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung und damit auch für deren Partner zu tragen haben.

Verehrte Damen, meine Herren, sehen Sie in uns Ortskrankenkassen über den Verhandlungstag hinaus vor allem einen Partner, der in wachsendem Maße internationale Verantwortung trägt und der mit Ihnen an der Erhaltung eines freiheitlichen Gesundheitswesens mit einer gegliederten Krankenversicherung auf der Basis starker und funktionsfähiger Ortskrankenkassen arbeitet.

Karl Kaula

Vorsitzender des Verbandes der
Angestellten-Krankenkassen e.V.

Zunächst eine Vorbemerkung, gerichtet an Herrn Prof. *Münnich*: Wenn Sie das, was wir anstreben – eine Positivliste für Arzneimittel, die ggf. auch frei ausgehandelt wird – als monopolistisch ansehen, dann muß ich Sie fragen, wie Sie denn das gegenwärtige Verhältnis von Krankenversicherung und Pharma-Industrie bezeich-

nen wollen. Wir sind doch heute diejenigen, denen die Preise und die Abnahmemengen diktiert werden. Wir sind doch heute die Ausgebeuteten. Hier wollen wir einmal klare Verhältnisse haben.

Nun zur Frage der Kostendämpfung. In all den Bereichen, in denen wir freie Verhandlungen führen, haben wir Kostendämpfung mit Erfolg betreiben können. So ist es im Kassenarztrecht, und mit der KZBV sind wir da noch erfolgreicher gewesen als mit der KBV. Ähnliche Verhältnisse – Vertragsbeziehungen auf der Ebene der Selbstverwaltung – wollen wir auch für den Krankenhausbereich und die Pharma-Industrie herstellen. Bei freier Vertragsgestaltung werden wir in der Lage sein, die Kosten besser in den Griff zu bekommen.

Das Kassenarztrecht weist aber nach unserer Auffassung noch eine Lücke auf. Es gibt keinen Vertragsmodus zur Bewältigung der zunehmenden Zahl von Ärzten. Die Konsequenz aus der Tatsache, daß Ärzte ohne weiteres zugelassen werden, ist, daß wir in Zukunft nicht mehr in der Lage sein werden, Einzelhonorierungen vorzunehmen. Herr Prof. *Friauf* hat darauf hingewiesen, daß aus der freiberuflichen Tätigkeit des Arztes ein Anspruch auf Vergütung der erbrachten Einzelleistung besteht, und zwar ohne Rücksicht auf die Kassenlage in der Krankenversicherung. Diesen Anspruch werden wir aber nicht befriedigen können, wenn die Zahl der Ärzte so zunimmt, wie wir es absehen können. Ich teile die Auffassung von Herrn Dr. *Balzer*, daß die Situation bei den Zahnärzten heute noch nicht so problematisch ist wie bei den Ärzten. Aber mit einer Zeitverschiebung wird sich dort eine ähnliche Entwicklung ergeben.

Ich kenne ein Beispiel aus einem Nachbarland: Dort war in einem Ort zunächst ein Arzt für die Bevölkerung tätig, dann ließ sich ein zweiter Arzt nieder. Innerhalb von fünf Jahren war das Honorarvolumen bei diesen beiden Ärzten auf insgesamt 220% – ausgehend von dem ursprünglichen Honorarvolumen des alteingesessenen Arztes – angestiegen, während die Bevölkerung um 16% zunahm.

Der eingesessene Arzt steigerte sein Honorarvolumen in fünf Jahren von 100 auf 110, der zugezogene Arzt erreichte in den fünf Jahren ebenfalls ein Honorarvolumen von 110.

Das ist ungefähr die Beobachtung, die wir auch mit der Mengenentwicklung machen. Bei einem Rückgang der Fälle wird der einzelne Fall teurer. Wenn wir diese Entwicklung in den Griff bekommen, haben wir auch die Ausgabenentwicklung im Griff. Wir Angestellten-Ersatzkassen sind der Auffassung, daß es möglich ist, diese Entwicklung zu steuern, wenn wir eine Begrenzung bei der Zulassung der Ärzte vornehmen können. Kriegen wir diese Möglichkeit nicht, kann es nur noch eine pauschalierte Honorierung der ärztlichen Leistung geben. Und ein Pauschalhonorar, meine Damen und Herren, verschlechtert die ärztliche Versorgung. Es führt dazu, daß die Einzelleistung des Arztes entweder maximiert oder minimiert wird, je nachdem, welches Verteilungssystem von der jeweiligen KV oder KZV angewandt wird. Ausmaß und Qualität der Behandlung werden dann immer weniger von Art und Schwere der Erkrankung abhängen, sondern immer mehr von medizinfremden Gesichtspunkten. Es ist nicht auszuschließen, daß die Vertragspartner sich genötigt sehen, mit Regeln und Standards einzugreifen. In die Beziehung zwischen Patient und Arzt reichen dann immer mehr sach- und fachfremde Aspekte hinein.

Der Arzt wird mehr oder weniger lautlos in den Status eines Beamten überführt, er muß gegenüber den Patienten als Vollstrecker des Systems auftreten, von Freiberuflichkeit kann dann keine Rede mehr sein. Der noch so gute Wille, die Unabhängigkeit der Medizin zu wahren und den Freiraum für die Arzt-Patienten-Beziehung zu sichern, wird es nicht verhindern können, daß die Beziehung zwischen Arzt und Patienten leidet. Wenn der Arzt dem Patienten als Vertreter des Gesundheitssystems entgegentritt, haben wir ähnliche Verhältnisse wie bei staatlich reglementierten Ambulatorien oder wie beim

staatlichen Gesundheitsdienst. Das „Vertrauensverhältnis“ zwischen Arzt und Patient wird dasselbe sein, wie wir es leider heute bei den Betriebsärzten haben. Befragungen sagen eindeutig: Keine 10% der Arbeitnehmer haben Vertrauen zum Betriebsarzt.

Wir müssen uns heute die Frage stellen, inwieweit wir im Rahmen der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten eine Begrenzung der Zulassung von Ärzten und Zahnärzten erreichen können.

Gerade im Hinblick auf die Erhaltung der Freiberuflichkeit muß nach meiner Einschätzung eine dosiert eingesetzte Zulassungssperre als das verfassungsrechtlich „mildere“ Mittel gegenüber einer Pauschalierung der Ausgaben für ärztliche Behandlung angesehen werden. Nur wer den Arzt von vornherein in einer „Amtsfunktion“ – sozusagen in Wahrnehmung einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe – und weniger als freiberuflich Tätigen sieht, wird vielleicht die Einführung einer Gesamtvergütung für verfassungsrechtlich harmloser halten als ein Verfahren zur Zulassungsbeschränkung. Dieser Sicht fehlt dann aber der Blick für einen ganz wichtigen und verteidigungswürdigen Aspekt unserer gesundheitlichen Versorgung: die Privatheit der Arzt-Patienten-Beziehung.

Wir wollen die Zulassung nicht in eigener Regie betreiben. Auf den zahnärztlichen und ärztlichen Sachverstand wollen wir nicht verzichten. Es soll Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung – Ärzteschaft und Krankenkassen – sein, den Bedarf festzustellen und die entsprechende Zahl von Ärzten für die kassenärztliche Versorgung zuzulassen. Die Kompetenz für ein gemeinsam nach Vertragsgrundsätzen zu handhabendes Zulassungsverfahren muß allerdings der Gesetzgeber erst schaffen.

Wir stellen uns ein Verfahren vor, bei dem – je nach der Versorgungslage in der Region, wobei der „Bedarf“ nicht als absolute, sondern als anpassungsfähige Größe zu sehen ist – differenzierte Bedarfswerte für Allgemeinärzte

und Fachärzte nach flexibel zu handhabenden Bemessungskriterien entwickelt werden.

Das Kassenarzturteil von 1960 darf dabei nicht länger als Schutzschild gegen eine vernünftige und sachgerechte Lösung hochgehalten werden.

Es sollte als das gesehen werden, was es schon immer darstellte: Eine auf die Zeitumstände bezogene Auslegung des grundgesetzlichen Rechts auf freie Berufsausübung.

Das Urteil war auf die damalige Situation bezogen. Die Urteilsbegründung läßt meines Erachtens für die heutige Situation mehr Ansatzpunkte für die Schaffung eines modernen Zulassungsinstrumentariums erkennen als dagegen.

Das Bundesverfassungsgericht hat seinerzeit sehr viel Mühe darauf verwendet, zu prüfen und herauszuarbeiten, ob die damals 4 771 nicht zugelassenen Ärzte in freier Praxis zu einer finanziellen Bedrohung für die Krankenkassen werden könnten. Erst das Ergebnis, daß die damalige Konstellation – 4 771 nicht zugelassene Ärzte von insgesamt 41 700 frei praktizierenden Ärzten (12%) – nicht zu einer Bedrohung für die Krankenkassen führe, brachte das Gericht zu dem Ergebnis, daß „diese Gründe eine Aufrechterhaltung der Zulassungsbeschränkung (nicht) erfordern“. Hier bietet sich schon der Umkehrschluß an: Hätten die zulassungswilligen, aber nicht zugelassenen Ärzte zu einer finanziellen Gefahr für die Krankenversicherung geführt, wäre eine Zulassungsbeschränkung wohl als zulässig erkannt worden.

Damals hatte das Gericht über die einmalige Zunahme von höchstens etwa 4 700 Ärzten zu entscheiden, heute strömen bald genausoviel Ärzte alljährlich in die kassenärztliche Versorgung hinein.

Die Zahl der Ärzte in freier Praxis hat sich seit 1960 etwa verdoppelt bei ungefähr gleichbleibender Bevölkerungszahl. Rund 37 000 Kassenärzte im Jahr 1960 und 85 000 im Jahr 1985.

Die Beitragssätze sind von damals 6,4% auf heute rund 12% angestiegen.

Damals – als das Urteil gesprochen wurde – stand die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen für ärztliche Behandlung gewissermaßen unter dem Schutz der Gesamtvergütung, heute haben wir durchgehend die Einzelhonorierung, die das Morbiditätsrisiko den Krankenkassen aufbürdet.

Der Gesamtvergütung (Pauschalhonorierung) will ich auf keinen Fall das Wort reden, das dazu Erforderliche habe ich bereits gesagt. Aber es ist doch interessant, daß sich das Bundesverfassungsgericht unter dem Eindruck der damals vorherrschenden Pauschalhonorierung ausdrücklich die Frage vorlegte, ob die Zulassung von weiteren viereinhalbtausend Ärzten zu einer Minderung des Besitzstandes bei den bereits zugelassenen Ärzten führen würde. Mit anderen Worten: Wenn die Abschmelzung ärztlicher Einkommen durch eine wachsende Zahl von Ärzten gravierende Formen annimmt, stellt sich die rechtliche Problematik nicht mehr allein aus der Sicht der zulassungswilligen, sondern genauso dringlich aus der Sicht der schon zugelassenen Ärzte; es entsteht dann eine Besitzstandsfrage. Man fand damals, daß die Einbuße beim Nettoeinkommen, zumal unter Einrechnung der Einnahmen aus der Privatpraxis, bei der damals anstehenden Ärztezunahme durchaus verkraftbar sei. Bei einem weit größeren und vor allem stetigen Zustrom von zulassungswilligen Ärzten müßte man nach dieser Betrachtungsweise vielleicht zum gegenteiligen Ergebnis kommen, nämlich: pro Zulassungsbeschränkung.

Das Gericht sagt denn auch über die Folgen einer exorbitanten Ärztevermehrung – und dies wohl gemerkt unter dem Eindruck der damals vorherrschenden Pauschalhonorierung –: „Die wirtschaftliche Notlage der Kassenärzte würde schließlich einen so starken politischen Druck erzeugen, daß die Vergütungen für die Kassenärzte und damit die Krankenkassenbeiträge erhöht werden

müßten.“ Dieses Argument läßt schon damals erkennen, daß auch der Deckel auf die Arztausgaben das Kostenproblem nicht auf Dauer und nicht mit Sicherheit löst.

Bemerkenswert ist übrigens, was die damalige Bundesregierung (1959/1960) für die Aufrechterhaltung von Zulassungsbeschränkungen geltend gemacht hat: Die Folge einer unbegrenzten Zulassung wäre „ein scharfer Konkurrenzkampf der Ärzte, ein Absinken der Berufsmoral, ein Ansteigen der Vielgeschäftigkeit, eine größere Bereitwilligkeit zur Verschreibung von Medikamenten und zur Krankschreibung“.

Wer dies alles liest und sich vor Augen führt, daß sich die finanziellen Verhältnisse seit 1960 grundlegend geändert haben – ich erinnere noch einmal daran: die Beitragssätze damals 6,4% und heute knapp 12% –, der kommt nicht umhin, den vom Gericht betont und wiederholt vorgetragenen Gedanken ganz ernst zu nehmen, daß nämlich eine „objektive Zulassungsvoraussetzung in Gestalt einer Bedürfnisklausel“ durchaus „gerechtfertigt (sei), wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert wird, die anders nicht geschützt werden können“.

Ich meine, daß solche „wichtigen Interessen der Allgemeinheit“ heute gegeben sind. Einmal durch die von allen Beteiligten vertretene Zielsetzung, der zunehmenden Beitragsbelastung unserer Versicherten eine Grenze zu setzen. Zum anderen muß es im öffentlichen Interesse liegen, Versorgungsdefizite in anderen ärztlichen Tätigkeitsfeldern zu beseitigen. Das Berufsfeld des Arztes hat sich gegenüber der damaligen Situation so weit ausdifferenziert, daß man die Unterversorgung in den nicht freiberuflich organisierten Bereichen ärztlicher Tätigkeit – von den Betriebsärzten bis zum öffentlichen Gesundheitsdienst – bei gleichzeitiger Überbesetzung im Bereich der frei praktizierenden Ärzte kaum noch hinnehmen kann.

Der letzte Gesichtspunkt ist auch insofern bedeutsam,

als mit der Problematik des Kassenarzturteils in erster Linie die Berufsausübung und nicht die Berufswahl angesprochen ist. Die Wahl des Arztberufes ist ja auch garantiert, wenn andere ärztliche Tätigkeitsfelder gewählt werden. Für Eingriffe in die Ausübung des Berufes bestehen aber bekanntlich weit weniger enge verfassungsrechtliche Schranken.

Es muß auch daran erinnert werden, daß das Grundgesetz zwar den Zugang zum Arztberuf garantiert, aber es kennt nicht den Beruf des freiberuflichen Kassenarztes (so stellt es auch das Kassenarzturteil fest). Der Arbeitsmarkt für Ärzte ist in den letzten 20 Jahren wesentlich breiter geworden. Ob das Arztstudium mit Einbahnstraßencharakter zur Niederlassung in freier Praxis führt, wie es im Kassenarzturteil noch anklingt, muß heute bezweifelt werden. Es wäre geradezu verfehlt, anzunehmen, das Kassenarzturteil würde das Bestreben nach Freiberuflichkeit mit garantiertem Einkommen aus einer Kassenpraxis schützen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts darf daher nach meiner Auffassung kein Tabu der gesundheitspolitischen Diskussion bleiben. Das wäre weder rechtlich noch politisch gerechtfertigt. Ich möchte Herrn Prof. *Friauf* als ausgewiesenen Fachmann einmal bitten, auch aus seiner Sicht auf das Kassenarzturteil einzugehen.

Dr. Eckart Fiedler

Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Heute morgen war ich in der Veranstaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen aus Anlaß des 100jährigen

Bestehens der Gesetzlichen Krankenversicherung von 14 Rednern der elfte. Heute nachmittag bin ich von 13 Rednern der letzte. Sie können sich also vorstellen, daß ich schon eine Vielzahl von Argumenten gehört habe, und dies vor allem aus juristischem Munde. Während des Festvortrags von Herrn Professor *Stolleis* vom Fachbereich Rechtswissenschaft der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt, kam mir der Chronist in den Sinn, der da geschrieben hat: „Die Griechen sollen deshalb ein so glückliches und heiteres Volk gewesen sein, weil sie keine Juristen kannten.“ Ärzte kannte man dagegen schon damals, und sie waren hoch geachtet. Fast möchte ich sagen, welch eine glückliche Zeit!

Ein Zweites möchte ich zu der Veranstaltung von heute morgen nachtragen: In den Glückwünschen zu dem 100jährigen Krankenkassenjubiläum wurde von allen Gratulanten die Hoffnung auf ein weiteres 100jähriges Bestehen unserer Gesetzlichen Krankenversicherung zum Ausdruck gebracht. Der Zuhörer mußte daraus folgern, daß derzeit niemand, auch keine ernstzunehmende politische Kraft daran denkt, an den Grundlagen unserer Krankenversicherung zu rütteln. Also können wir davon ausgehen, daß es vorerst in dem bestehenden Rahmen weitergeht.

Diese Erkenntnis veranlaßt mich, auch heute nachmittag noch einmal darauf hinzuweisen, daß die hinter uns liegenden 100 Jahre für die Kassenärzte teilweise sehr schwierig waren. Der 15. Juni 1883, der Tag also, an dem das Krankenversicherungsgesetz durch den Reichstag beschlossen wurde, war für die Ärzte kein Freudentag. Es bedurfte eines 50 Jahre währenden harten Kampfes, um für eine organisierte Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen die gleichberechtigte Position zu erringen, die für die Kassenärzte- und Kassenzahnärzteschaft heute selbstverständlich ist. Diese 50 Jahre harter Auseinandersetzung sollte kein Arzt vergessen. Die damalige Dienstherrstellung der Krankenkassen war für die Ärzteschaft eine harte Bürde, die es abzuschüt-

teln galt; ein Vorhaben, das erst dann gelang, als sich die Ärzte genossenschaftlich organisierten.

Die Erinnerung an die damaligen Zustände veranlassen mich heute zu einem eindringlichen Plädoyer für die Grundlagen unseres Kassenarztrechts, wie sie in der von Herrn Dr. *Tiemann* zitierten *Brüningschen* Notverordnung und in der Verordnung zur kassenärztlichen Versorgung vom Januar 1932 niedergelegt sind. Zu den Essentials des Kassenarztrechts — Vertragsabschluß durch die Kassenärztliche Vereinigung als Genossenschaft der Kassenärzte, Sicherstellungsauftrag für die ambulante kassenärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung, Verteilung der Gesamtvergütung nach einem von den Ärzten zu beschließenden Honorarverteilungsmaßstab sowie kassenärztliche Selbstverwaltung — bekenne ich mich voll. Zu dem System, zu welchem ich mich bekenne, gehört aber auch das Sachleistungsprinzip. Allerdings schließt das Sachleistungsprinzip die Möglichkeit der Zuzahlung bei gewissen Leistungen nicht aus. Zuzahlung in diesem Sinne hat es in unserer Gesetzlichen Krankenversicherung immer gegeben. Insoweit war auch eine gewisse Selbstbeteiligung seit jeher üblich. Ein Kostenerstattungssystem lehne ich dagegen ab.

Erlauben Sie mir noch eine kurze Bemerkung zur Frage der Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. In den hinter uns liegenden 10 Jahren mußten wir eine Entwicklung feststellen, die zu einer immer stärkeren Zentralisierung geführt hat. Diese Zentralisierung widerspricht den Grundvorstellungen des Kassenarztrechts. Von daher möchte ich manchem meiner Vorredner zustimmen, die in dieser Zentralisierung eine gefährliche Entwicklung sehen, weil sie zu einem Funktionsverlust der gemeinsamen Selbstverwaltung geführt hat. Dieser Funktionsverlust muß wieder rückgängig gemacht werden. Dazu gehört beispielsweise die Aufhebung solcher Regelungen, die unter dem vordergründigen Postulat der Kostendämpfung der Selbstverwaltung lediglich

mehr Bürokratie und den Ärzten mehr Reglementierung beschert haben.

Gegen derartige Eingriffe werden wir uns auch in Zukunft mit aller Entschiedenheit zur Wehr setzen, damit nicht der Eindruck entsteht, unsere Selbstverwaltung sei lediglich ein verlängerter Arm der Staatsgewalt. Außerdem lehnen wir es ab, unliebsame Entscheidungen, um deren Durchsetzung sich der Staat drückt, unseren Mitgliedern als ein Mehr an Selbstverwaltung zu verkaufen.

Als Genossenschaften der Kassenzahnärzte und der Kassenärzte haben wir in erster Linie die Interessen unserer Mitglieder zu vertreten. Diese Interessenwahrung wird uns derzeit wegen der überhandnehmenden bürokratischen Regelungen sehr schwer gemacht. Deshalb müssen wir die immer weiter ausufernde Bürokratie eindämmen, ja sie nach Möglichkeit zurückschrauben.

Meine Damen und Herren, ich hätte zu dem, was meine Herren Vorredner gesagt haben, noch viel anzumerken. Lassen Sie mich aber wegen der fortgeschrittenen Zeit nur noch eines anfügen: Zu den Grundsätzen des Kassenarztrechts von 1955 habe ich mich bekannt. Was uns derzeit fehlt, ist eine stärker medizinisch ausgerichtete Argumentation, in der die ärztliche Sicht der Dinge mehr zum Tragen kommt. Dabei können Juristen uns wenig helfen. Ich bitte, aus dieser Aussage wie aber auch aus meinem Eingangszitat keine Abneigung meinerseits gegen Juristen herleiten zu wollen. Aber ich glaube, daß wir derzeit daran leiden, daß die Probleme unseres Gesundheitswesens zu sehr aus juristischer bzw. betriebs- und volkswirtschaftlicher Sicht und zu wenig aus medizinisch-ärztlicher Sicht diskutiert werden. Dies gilt es für die Zukunft zu revidieren.

Diskussion

Prof. Blumenwitz

Wir haben jetzt nur noch wenige Minuten. Ich glaube, wir sollten die verbleibende Zeit dazu nutzen, daß wir den Referenten jeweils ein paar Minuten für ein kurzes Schlußwort einräumen.

Prof. Friauf

Vielleicht nur zwei Sätze. Ich stimme Herrn *Kaula* zu in dem Punkt, daß in der Tat zwischen der Anbieterseite, die sich unbegrenzt ausdehnen kann, und der systemimmanenten Begrenzung der knappen Mittel ein unlösbares Dilemma entstehen muß, wenn aus Gründen, die nicht steuerbar sind, tatsächlich das Angebot einfach wächst. Ich glaube in der Tat, daß jede Leistung, wenn sie vom Staat angeboten wird, auch die Nachfrage verstärkt – das gilt für die Medizin sicherlich anders als beispielsweise für die Juristerei, die sich selbst auch Arbeit verschafft, wenn nur ein hinreichendes Angebot da ist. Nachdem aber unsere Bildungsexplosion einmal die Weichen gestellt hat, wird es ausgesprochen schwerfallen, auf systemkonformen Wegen hier wieder zu steuern.

Kaula

Bei der Durchsicht der Urteilsgründe des Bundesverfassungsgerichts zur Frage der Arztzulassung bin ich zu der Schlußfolgerung gekommen, daß die gesamte Ein-

schätzung der Situation völlig falsch war, die Prognose, die also das Bundesverfassungsgericht in den Urteilsgründen gestellt hat, was die Entwicklung anbetrifft, völlig daneben liegt. Die Entwicklung ist eine ganz, ganz andere geworden. Die Verhältnisse von 1960 bis heute sind überhaupt nicht mehr vergleichbar.

Muß deshalb dieses Urteil noch heute so ernst genommen werden von seiten des Gesetzgebers, wie beispielsweise in den Jahren 1960 bis 1965? Nach meiner Auffassung ist die Situation heute völlig anders. Alle Einschätzungen wirtschaftlicher Art in der Zulassung, in der Auswirkung, sind nicht eingetreten. Alle Einschätzungen des Bundesverfassungsgerichts sind nicht eingetreten. Es ist eine völlig falsche Beurteilung der Situation für die kommende Entwicklung erfolgt.

Eine ganz konkrete Frage, Herr Prof. *Friauf*. Steht nach Ihrer Einschätzung das Kassenarzturteil einer neuen Regelung des Zulassungsverfahrens entgegen, oder hätte der Gesetzgeber die Möglichkeit, ein sinnvolles Verfahren für die Zulassung zu entwickeln?

Prof. Blumenwitz

Einen Moment noch, Herr Dr. *Faltlhauser* möchte dazu eine kurze Bemerkung machen. Dann können Sie ja auf beide zusammen antworten.

Dr. Faltlhauser

Auf der Gegenbank ist in sehr starkem Maße jetzt die Zahl der Ärzte mit ins Gespräch gekommen. Das ist im Grunde ja eine quantitative Fragestellung, die mit der Struktur zunächst nichts zu tun hat. Die Gefahr besteht nur, daß bestehende vernünftige oder weniger vernünftige

tige Strukturen durch diesen quantitativen Effekt nicht mehr funktionsfähig gehalten werden.

Ich darf jedoch sagen, Sie sind in einer relativ einfachen Position. Sie sprechen aus der Kassensicht oder aus der Ärztesicht, und aus dieser läßt sich relativ leicht ein Urteil bilden, wenn auch sehr fachkundig.

Die Politik nun, ich weiß nicht, wieweit ich für meine Kollegen dabei spreche, hat natürlich hier ein übergreifendes und weitergehendes Interesse und Aufgabenfeld. Es ist ohne Zweifel so, daß man systemimmanent innerhalb des Gesundheitsbereiches und dem Kostenblock, den die Gesundheit verursacht, sagen kann: Mehr Ärzte werden in dem Maße, wie sie auf uns zurollen, eine schlechtere Qualität bringen, werden höhere Kosten bringen — durch die entsprechende Angebotsausdehnungsmöglichkeit.

Hieraus jetzt Schlußfolgerungen für die Politik in irgendeiner Weise ziehen zu wollen durch, was weiß ich, was es da alles so gibt: durch Kapazitätsverordnungen oder sonst irgend etwas oder durch die Kassen, durch die Macht der Kassen, die Möglichkeiten der Kassen? Es müßte gleichzeitig mit beachtet und mit bewertet werden — das ist unsere Schwierigkeit —, daß wir gegenwärtig heute im Jahre 1983 und auch in den nächsten Jahren ein Problem der Zugangsbedingungen unserer Jugend in unsere ökonomische Welt haben. Sie haben Probleme als Lehrlinge, sie haben Probleme auch als Juristen; Zulassungsmöglichkeiten für Juristen wurden ja gerade in den letzten Wochen radikal abgelehnt, und gesagt, es kommt ja überhaupt nicht in Frage, Numerus clausus wird es dort nicht geben und in anderen Bereichen auch nicht.

Ist es also aufgrund des geschlossenen Systems des Gesundheitswesens zu gerechtfertigen, aus völlig richtigen Überlegungen zum Gesundheitswesen, hier die Türen zuzumachen? Das ist ein von der grundsätzlichen Wertung her außergewöhnliches Problem, das die Politik hat, das Sie nicht haben.

Dr. Balzer

Dazu nur eine kleine Anmerkung: Der Vergleich zwischen dem Juristenstand und dem Ärztestand ist sehr hilfreich. Der Jurist studiert sein Fach und muß nachher einen finden, der ihm seine individuelle Leistung bezahlt, und zwar einen, der das auch selbst bezahlt. Das heißt, der Jurist kann sich als Anwalt niederlassen. Wenn er keine Fälle oder keine Klienten findet, dann hat er nichts im Hintergrund, mal vom Rechtsschutz der privaten Rechtsschutzversicherung abgesehen. Er hat im Hintergrund kein System, kein großes System, das ihm einen Markt und eine prompte Bezahlung seiner Gebühren garantiert.

Im Juristenstand gibt es also eine ökonomische Steuerung. Und es gibt heute schon den Grenzanwalt, dessen Niederlassung sich wirtschaftlich nicht mehr trägt und der deshalb irgendwo anders seine Beschäftigung suchen muß. Vor einem Zustand, daß es diesen Grenzarzt, diesen ökonomischen Grenzarzt gibt, weil das Geld nicht mehr für alle reicht, vor diesem Zustand, davor will ich das deutsche Gesundheitswesen gerne bewahrt wissen.

Prof. Friauf

Zu der Frage, ob das verfassungsgerichtliche Urteil von 1960 den Gesetzgeber an heute für notwendig gehaltenen Regelungen hindert, möchte ich sagen: eindeutig nein. Einmal stehen wir heute vor der tatsächlichen Situation, die das Bundesverfassungsgericht nicht gekannt hat und nicht hat kennen können, und im übrigen sind eine Vielzahl der Gesichtspunkte in der Entscheidung von 1960 mehr oder minder sogenannte obiter dicta, also Bemerkungen, die das Bundesverfassungsgericht irgendwie in die Argumentation hat einfließen

lassen, ohne sie wirklich im einzelnen analysiert zu haben.

Das gilt im übrigen auch für den Punkt, auf den Sie hinweisen, nämlich die Bezugnahme auf das Gesamtvergütungssystem. Insofern glaube ich, steht der Gesetzgeber durchaus auf einem Grund, auf dem er das Notwendige regeln kann. Selbstverständlich unter Beachtung des Grundrechts der Berufsfreiheit, das ja in seinem bisher geltenden Verständnis Zulassungsbeschränkungen nur äußerst restriktiv gestattet, sie auf der anderen Seite aber doch prinzipiell für möglich hält. Ich würde durchaus meinen, daß etwa auch schon im Ausgangspunkt das berühmte Apothekenurteil des Bundesverfassungsgerichts, mit dem alles begonnen hat, heute möglicherweise anders ausfallen würde. Die Verantwortung für die Konsequenzen muß schließlich auch übernommen werden.

Und das bringt natürlich auch die Konsequenzen des Bildungssystems. Wir haben ein Bildungssystem seit 15 Jahren angeleiert, in dem akademisches Potential geschaffen wird, ohne Rücksicht auf Bedarf und ohne Rücksicht auf spätere berufliche Möglichkeiten. Im Ausgangspunkt eine idealistische und in vieler Hinsicht durchaus auch beifallwürdige Haltung, nur: Wo bleibt die Verantwortung für die Konsequenzen? Darüber läßt sich hier nicht diskutieren. Um am Punkt unseres heutigen Themas zu bleiben: allein das System der kassenärztlichen Versorgung kann die Konsequenzen jedenfalls nicht auffangen. Es ist schlechterdings unmöglich zu sagen, nachdem eine beliebige Anzahl von Medizinstudenten hier auf die Bahn gesetzt worden sind, muß für alle Ewigkeiten das System die Verantwortung dafür übernehmen, daß die auch eine tragfähige Existenzgrundlage finden. Ich glaube, das geht nicht.

Dr. Balzer

Das Überangebot an Leistungen, das also sowohl im ärztlichen Bereich denkbar oder vorhanden ist wie im Bereich der frei anwaltlichen Tätigkeit ist deswegen nicht mit normalen Marktmechanismen zu vergleichen, weil es ja Gebührenordnungen gibt. Auch beim Anwalt. Normaler Fall wäre ja, wenn ein Überangebot von Leistungen oder Produkten da ist, ist der Preisverfall mit der Pleite die Folge.

Dies ist deswegen nicht der Fall, weil Gebührenkataloge da sind. Und das ist das volkswirtschaftlich so Bedenkliche. Es führt dazu, daß Überbetreuung anschließt, das heißt also das Klammern am Klienten. Und natürlich hat das volkswirtschaftlich insgesamt auch negative Auswirkungen. Die mangelnde Vergleichsfreudigkeit des von Ihnen eben zitierten Anwalt-Taxichauffeurs ist natürlich insgesamt weder für die Rechtsfindung noch für die Gesamtsituation der Gesellschaft besonders erstrebenswert. Da liegt der Punkt, und insofern ist eine gewisse Vergleichbarkeit trotz der unterschiedlichen Finanzierungsmethoden nicht zu leugnen.

Dr. Fiedler

Ich habe den Wunsch, zu den Aussagen der Herren Dr. *Balzer* und *Kaula* etwas anzumerken. Die Aussage „mehr Ärzte bedeutet mehr Leistungen und somit mehr Kosten für die Krankenversicherung“ ist so wohl nicht richtig bzw. muß interpretiert werden. Wenn Sie sich die Arztzahlenentwicklung der letzten Jahre vor Augen führen, dann beruht der Zuwachs allein auf einem Mehr an Fachärzten. Diese Entwicklung ist Ausdruck der zunehmenden Spezialisierung und damit des Fortschritts in der Medizin. Überlegen Sie bitte, was heute in der Medizin geleistet wird und was vor 10 oder 15 Jahren noch

nicht möglich war. Einige eklatante Beispiele hat Herr Professor *Stolleis* in seinem Vortrag aufgeführt. Daß eine zunehmende Spezialisierung sich nicht gerade kostensparend, sondern eher kostenfördernd auswirkt, dürfte klar sein. Von daher stellt sich für mich die Frage, wenn man ausschließlich an Kostendämpfung denkt, bis zu welchem Punkt man den medizinischen Fortschritt den Versicherten zugute kommen lassen will. Die Antwort auf diese Frage müssen in erster Linie Sie, meine Herren von der Krankenversicherung, geben.

Kaula

Der Fortschritt steht nicht in einer gesunden Relation zu der zugelassenen Zahl der neu zugelassenen Spezialisten.

Prof. Münnich

Ich wollte Stellung nehmen zu drei Punkten, mit denen ich angesprochen war und einen selbst noch hinzufügen, über den ich auch gesprochen hatte, aber auf den ich nicht angesprochen worden bin. Zum ersten, Herr *Cronenberg*, Sie haben mich mißverstanden mit meinen Anregungen. Ich meine nicht, daß Sie jetzt den Sachverstand auf verbalem Wege in den politischen Prozeß einbringen sollten. Das geschieht. Ich meinte vielmehr, daß man den Menschen an der Basis die Möglichkeit von Gesetzes wegen schaffen sollte, selbst neue Wege zu finden, also Gesetze öffnen und nicht noch striktere Regelungen finden, die allgemeinverbindlich sind. Ich meine, daß der gesellschaftliche Suchprozeß eben nicht auf den Bahnen der Experten allein laufen kann, sondern daß diejenigen, die das Geschäft von Tag zu Tag machen, die

besten Sachverständigen sind, und die sollte man – bei aller Widersprüchlichkeit, die unter ihnen herrscht – mal ausprobieren lassen, welche der Widersprüche sich lösen lassen, wo bessere Lösungen liegen und was halt überholt ist.

Der zweite Punkt, Herr *Glombig*, ich meine schon, daß Ihr programmatischer Anspruch, daß Sie ganz gegen irgendeine Form der Beteiligung des Patienten über den allgemeinen Solidarbeitrag hinaus kämpfen, schon von der von Ihnen mitgetragenen Regierung durchbrochen worden ist. Ich kann in dem Wort „Ausgrenzung“ nur eine Camouflage für direkte Selbstbeteiligung sehen. Auch die Negativliste – da ist die alte wie die neue Regierung betroffen – bringt ganz eindeutig eine Belastung eines Patienten mit Kosten, die durch seine Gesundheitsbedürfnisse veranlaßt werden. Ich kann nur nochmals sagen: Mir wäre lieber, die Versicherten und Patienten bestimmen zu lassen, wofür sie zu zahlen bereit sind, und nicht diese Entscheidung qua System einheitlich für alle zu treffen.

Der dritte Punkt, Herr *Kaula*, ich stimme Ihnen völlig zu, daß die gegenwärtige Situation zwischen Pharmaindustrie und Kassen keineswegs dem Gesichtspunkt eines ausgeglichenen Wettbewerbs mit gleichgewichtigen Seiten entspricht. Zweifellos bietet die Preisverordnung den Anbietern eine einseitige Möglichkeit, über den Industrieabgabepreis den Endpreis zu bestimmen. Sie haben zu schlucken, wie die Pharmaindustrie die Preise setzt und wie von den Ärzten die Mengen determiniert werden. Ich stimme Ihnen völlig zu, das ist keine wettbewerbliche gleichberechtigte Situation. Ich bin auch der Meinung, daß Preisverhandlungen sehr wohl zulässig sein müssen. Da muß man allerdings fragen, wo werden sie geführt? Werden sie auf ihrer Spitzenebene geführt, einheitlich für alle, oder werden sie im Wettbewerb gleichberechtigter Marktseiten zwischen den einzelnen Kassen – keine Kassenzulassung, ganz genau, darauf läuft es hinaus – und einzelnen pharmazeuti-

schen Unternehmen geführt. Ich habe mich dagegen gewandt, daß man eine Situation, in der von den Kassen eine einheitliche zentrale Stelle geschaffen wird, die dann mit allen Firmen einzeln verhandelt, als eine wettbewerbliche Situation kennzeichnet. Diese Situation heißt nun einmal bei ökonomischen Analysen ein Nachfragemonopol. Ich möchte, daß man nicht eine Einseitigkeit durch eine gegenteilige Einseitigkeit ersetzt. Daß Sie ein Interesse daran haben müssen, diesen Markt zu verändern, das sehe ich auch. Und auch vom Standpunkt der abstrakten Wirtschaftswissenschaften ist der Anspruch berechtigt.

Dann das letzte: Zu der Frage des Überangebots, die nicht nur auf den Ärztestand zukommt, sondern im Krankenhausbereich schon Wirklichkeit sein soll. Ich will gar nicht groß Stellung nehmen, weil auch eine Reihe von sozialetischen Argumenten anklagen. Ich möchte nur auf eines hinweisen: Auf allen Märkten von allen Gesellschaften der Welt – auch in ganz primitiven Gesellschaften – gibt es ein Grundprinzip: das Überangebot ist zum Fluch des Anbieters und zum Nutzen des Nachfragers. Da frage ich mich, was ist mit unserer GKV? Sie ist offenbar die einzige Institution, die es geschafft hat, dies Gesetz umzukehren, derart, daß das Überangebot zum Fluch des Nachfragers und zu Gunsten des Anbieters ausschlagen soll? Was haben wir falsch gemacht, daß wir diese tolle historische Leistung schaffen und so aus dem normalen Kausalzusammenhang heraustreten?

Glombig

Ich möchte das hier nicht unnötig verlängern. Wir könnten zum Beispiel zur sogenannten Kostenbeteiligung oder Selbstbeteiligung, wie immer Sie es nennen wollen, noch einen Abend und fünf Programme machen. Dies ist

wirklich ein sehr interessantes Thema. Aber ich glaube, daß die Begriffe hier total durcheinanderpurzeln. Und da sollten wir uns doch auch ein klein wenig an die Historie erinnern in der Gesetzlichen Krankenversicherung, und auch an das System. Ich finde, daß diejenigen, die uns jetzt zum Beispiel deswegen immer verteufeln, weil wir das System überwinden wollten, daß also mit dieser Forderung nun wirklich versucht wird, das System vom Grunde her zu überwinden. Und nun will ich mal sagen: Leistungskatalog. Aber das wollen Sie ja auch. Nicht wahr. Das ist ja richtig. Deswegen müssen wir hier auch aufpassen. Die Frage, ob eine Leistung im Leistungskatalog enthalten ist, ist eine Sache. Ob Bagatellarzneimittel gewährt werden für bestimmte Krankheiten, das ist eine Frage des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist keine Frage der Kostenbeteiligung. Wie ein Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aussieht, hat bisher der Gesetzgeber bestimmt. Und ich finde, das sollte er auch weiterhin tun. Und da hat es in der Vergangenheit mehr Zunahmen als Abnahmen gegeben. Nun hat es also hier eine Abnahme gegeben. Nun wird dagegen protestiert, mit dem Argument, daß das ja eine volle Kostenbeteiligung wäre. 100% für diese Bagatellarzneimittel. So kann man das natürlich auch polemisch darstellen. Aber dem ist so nicht.

Und dann gibt es Gebühren, z. B. die Krankenscheingebühr haben wir Jahre, Jahrzehnte gehabt in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die könnten wir auch heute wieder einführen. Dies wäre ein ganz anderer Sachverhalt. Und Gebühren für Arzneimittelverordnungen haben wir immer gehabt, in den verschiedensten Variationen. Sie sind meistens nach oben gegangen. Man hat sie aber auch zum Teil nach unten abgesenkt im Laufe der Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist ein anderer Sachverhalt, als die Kostenbeteiligung, die ich meine, nämlich bei der ärztlichen Behandlung und bei der Krankenhausbehandlung. Es gibt eine

Ausnahme: das ist die des Zahnersatzes, aber auch dieses ist eine historische Entwicklung. Auch da haben wir immer einen gewissen Anteil – früher übrigens einen größeren Anteil – von seiten des Versicherten beim Zahnersatz gehabt, ebenso zum Beispiel bei den orthopädischen Heil- und Hilfsmitteln. Hier hat sich eine gewaltige Wandlung ergeben, die, meine ich, auch sozialpolitisch notwendig war.

Dies ist ein Thema, über das man wirklich vertieft noch einmal reden müßte, weil dies Alles-über-einen-Kamm-scheren zu einer falschen Betrachtungsweise in der Debatte über die sogenannte Kostenbeteiligung führen würde.

Dr. Zedelmaier:

Herr *Glombig*, es war, glaube ich, gut, daß Sie das gesagt haben. Aber vielleicht sollte es für uns alle, auch für Sie, doch ein Grund sein, einmal darüber nachzudenken, ob wir nicht tatsächlich ganz ernsthaft, und zwar schon sehr schnell über die Frage der Direktbeteiligung sprechen sollten.

Ich kann mich erinnern, daß von Ihrer Seite gesagt wurde: Selbstbeteiligung ist für uns kein Thema. Und dann ist das doch ein Widerspruch.

Ich meine, wenn ich Ihre Schlußworte werte, dann sind Sie durchaus dazu bereit, mit uns nachzudenken, was ist denn überhaupt Selbstbeteiligung, was meinen denn die anderen, wenn sie von Selbstbeteiligung sprechen, was meine ich selbst, wenn ich von Selbstbeteiligung spreche. Das ist bis jetzt nicht ausreichend geschehen, und darum denke ich, ist dies einmal notwendig, bevor es von der einen Seite unbedingt verlangt und von der anderen Seite unbedingt abgelehnt wird.

Dr. Falthäuser

Für die Diskussion, Herr Kollege *Glombig*, in der Zukunft: Ich habe den Eindruck, daß doch ein bißchen ein Taschenspielertrick dabei ist. Es ist gewissermaßen Selbstentschuldigung, wenn man das eine einteilt, ganz brav und systematisch in Gebühren, und das andere ist dann die Selbstbeteiligung.

Was den Ökonomen interessiert, ist das, was weh tut, was er direkt spürt: den Geldbeutel. Und er muß so und so bezahlen. Wie das errechnet ist, ob das durch eine prozentuale Beteiligung geschieht, wenn sie in der gleichen Größenordnung bleibt, oder ein fester Betrag ist, ist eine andere Frage. Ich frage mich – im Grunde müssen Sie ja die Frage selbst stellen – Sie haben jetzt einen neuen Antrag zur Rücknahme der Selbstbeteiligung im Krankenhaus gestellt. Und da wollen Sie weg von dieser Art der Selbstbeteiligung. Es ist aber ein fester Betrag von 5 DM. Warum nennen sie denn das nicht Gebühr? Hier nennen Sie es nicht Gebühr, und das wollen Sie plötzlich zurücknehmen. Aber in anderen Bereichen, zum Beispiel beim Ladentisch, beim Apotheker, da duldet man es seit vielen Jahren, weil man sagt: Na ja, es ist halt eine Gebühr.

Ich persönlich würde also schon meinen, daß Sie Ihre grundsätzliche Haltung zur Selbstbeteiligung noch einmal überprüfen müßten, und wir sollten uns fragen – insofern gebe ich Herrn Prof. *Münnich* recht –, inwieweit wir auf halbem Wege stehen bleiben können.

Ich glaube, wir können es nicht: Wir sollten in der Ausgestaltung etwas konsequenter sein, mit den prozentualen Beteiligungen etwa. Und zweitens, wir müssen natürlich auch an den ambulanten Bereich mit heran, sonst haben wir wirklich ein Erklärungsdefizit, daß wir gerade im größten Bereich und da, wo vielleicht auch Steuerungsmechanismen unmittelbar nachweisbar sind, in der Direktbeteiligung, nichts machen. Es ist eine Aufgabe dieser Legislaturperiode, das zu diskutieren.

Prof. Blumenwitz

Da keine weiteren Wortmeldungen vorliegen, möchte ich jetzt zum Schluß der Veranstaltung kommen. Ich bedanke mich sehr herzlich – insbesondere auch für die zeitlichen Selbstbeschränkungen von seiten der Politiker und Krankenkassenvertreter, die es doch noch möglich gemacht haben, daß wir unser Programm zum Abschluß bringen konnten. Ich glaube, wir haben einen sehr interessanten Nachmittag verlebt. Ich möchte dafür allen Mitgestaltern, allen Referenten und den Teilnehmern des Symposions ganz herzlichen Dank sagen.