

GRPG

Band 24 | Heft 2 | 2018

2 | 2018

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Zur Diskussion gestellt

**Einheitliche Vergütung im dualen
Krankenversicherungssystem?**

■ Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen?

**„EU-Vertiefung“, Subsidiaritätsgebot
und das deutsche soziale Gesundheits-
wesen 2018**

■ Mitteilungen der Gesellschaft

**1. GRPG im Dialog:
Perspektiven der Gesundheitspolitik –
zwischen Pflicht und Kür**

HERAUSGEBER

V. Ulrich
G. Marckmann,
J. Taupitz
E. Wille
S. Moser
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
M. Meyer
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

Günter Danner
Rainer Hess
Gregor Thüsing
Volker Ulrich
Eberhard Wille
Ferdinand Wollenschläger

Editorial

Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsparteien darauf verständigt, dass sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) reformiert werden müssen. Ziel sei ein modernes Vergütungssystem, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Eine wissenschaftliche Kommission soll bis Ende 2019 entsprechende Vorschläge vorlegen.

Das wird nicht einfach werden, wie ausgewiesene Experten in diesem Heft darlegen. Eine einheitliche Vergütung in unserem dualen Versicherungssystem würde auf vielerlei systemimmanente Hindernisse stoßen und der politischen Absicht so einer Zwei-Klassen-Medizin zu begegnen zuwiderlaufen, meinen die Autoren. Deren Argumente dürften in der weiteren Diskussion sicher noch eine gewichtige Rolle spielen.

Nicht minder interessant ist der Einfluss Europas auf unser subsidiär gestaltete Gesundheitswesen – ein Wert, den es zu erhalten gilt, so der Appell unseres Autors im zweiten Beitrag dieses Hefts.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Zur Diskussion gestellt

Einheitliche Vergütung im dualen
Krankenversicherungssystem?

*Rainer Hess | Gregor Thüsing | Volker Ulrich |
Eberhard Wille | Ferdinand Wollenschläger*

27

Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen?

„EU-Vertiefung“, Subsidiaritätsgebot und das deutsche
soziale Gesundheitswesen 2018

Günter Danner

39

Mitteilungen der Gesellschaft

1. GRPG im Dialog:

Perspektiven der Gesundheitspolitik –
zwischen Pflicht und Kür

44

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
der Medizin, Universität München
Lessingstraße 2, 80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivil-
prozessrecht, Internationales Privatrecht
und Rechtsvergleichung
Universität Mannheim
Schloss Mittelbau West
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille
Mitglied des Sachverständigenrates
Universität Mannheim, L7, 3–5,
68131 Mannheim

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser
Kederbacherstraße 42
81377 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Mitherausgeber

St. Allroggen
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
M. Meyer
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2016 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisl-
ste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout
und Produktion: creative vision, 44534
Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte
Warenzeichen werden nicht immer
besonders kenntlich gemacht. Aus
dem Fehlen eines solchen Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warennamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2018 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Rainer Hess | Gregor Thüsing | Volker Ulrich | Eberhard Wille | Ferdinand Wollenschläger

Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?

Zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO)

1. Einleitung

Amtliche Gebührenordnungen haben in Deutschland eine lange Tradition und finden sich als Abrechnungsgrundlage in vielen freien Berufen (u.a. für Steuerberater). Gebührenordnungen dienen dem Verbraucherschutz, da sie einen ungeordneten Preiswettbewerb verhindern. Zudem sorgen sie für Transparenz im Rahmen der Rechnungsstellung und schützen damit den Verbraucher vor Übervorteilung. Auch approbierte Ärzte dürfen ihr Honorar in der Regel nicht selbst kalkulieren, sondern sind nach dem ärztlichen Berufsrecht insbesondere im ambulanten privatmedizinischen Bereich an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden. Für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Abrechnungsgrundlage der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen.

Die unterschiedliche Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen je nach Versicherungsstatus wird häufig politisch kritisiert. So beklagen u.a. Befürworter einer sogenannten Bürgerversicherung („GKV für alle“), dass unterschiedliche Vergütungsregelungen vermeintlich problematische Anreize für Leistungserbringer setzen. Sie würden zu einer bevorzugten Behandlung von Privatversicherten führen. Vor allem kürzere Wartezeiten für Privatpatienten stehen dabei im Fokus. Zudem würden die unterschiedlichen Vergütungen in Struktur und Höhe zu einer medizinischen Unterversorgung

in ländlichen Regionen beitragen. Als Konsequenz wird häufig gefordert, die Gebührenordnung für Ärzte und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in eine einheitliche Gebührenordnung zu überführen.

2. Zur historischen Genese der dualen Gebührenordnung in Deutschland¹

Die duale Gebührenordnung in Deutschland hat sich historisch entwickelt. Bis Ende des 19. Jahrhunderts hat es in Deutschland keine Gebührenordnung zur Vergütung ärztlicher Leistungen gegeben. Allgemeine Gewerbeordnungen regulierten die Vergütungshöhe der freien Vereinbarung zwischen Arzt und Patient, wobei alle Patienten den Status eines Privatpatienten hatten. Auch die damals bereits bestehenden Systeme kollektiver Sicherung im Krankheitsfall hatten einen privatrechtlichen, oft genossenschaftlichen Status. Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Otto von Bismarck 1884 ist ein Wendepunkt: Erstmals wird für einen definierten Personenkreis (zunächst gewerbliche Arbeiter) eine verpflichtende, gesetzliche Krankenversicherung geschaffen. Von nun an wird zwischen „gesetzlich“ und „privat“ unterschieden. Spätestens mit der Einführung der GKV wird die freie Vergütungsvereinbarung zumindest zwischen Arzt und gesetz-

lich versichertem Patienten obsolet. Um für seine Leistungen bezahlt zu werden, muss sich der Arzt als „Kassenarzt“ anerkennen lassen. Die Krankenkassen erhalten ein Vertragsmonopol und bestimmen das Honorar der Ärzte in Einzelverträgen. Zudem wird das bisherige Kostenerstattungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das Sachleistungsprinzip ersetzt.

Zum 01.01.1897 setzt der Staat als alleinige Grundlage für die ärztliche Abrechnung die „Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (Preugo)“ in Kraft. Damit sollen alle Patienten vor Überforderung geschützt und den Ärzten ein auskömmliches Honorar garantiert werden. Trotz des einheitlichen Rahmenwerkes unterscheidet sich die ärztliche Rechnungsstellung im dualen Krankenversicherungssystem von Anfang an je nach Versicherungsstatus. In der Privatliquidation kann der Arzt sein Honorar in der Spanne der festgelegten Mindest- und Höchstsätze frei festsetzen, während Kassenpatienten lediglich die Mindestsätze in Rechnung gestellt werden dürfen. In der niedrigeren Vergütung durch die GKV lässt sich unschwer die Gestaltungsnorm einer sozialpolitischen Preisregulierung erkennen, die konsequent den Organisationsprinzipien eines Sozialversicherungssystems mit Pflichtmitgliedschaft, einkommensabhängigen Pflichtbeiträgen und Sachleistungsprinzip folgt. Bei der einheitlichen Gebührenordnung mit systemspezifischer Anwendung und Vergütungshöhe bleibt es nicht. Die

1 Quellen stehen beim Autor zur Verfügung.

Ärzteschaft sieht sich infolge der staatlichen Preisvorgaben durch die Preugo und ihrer Anwendung durch die gesetzlichen Krankenkassen in einem Verteilungskampf. Der Hartmannbund entwickelt daher die „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (Adgo)“, die 1928 in Kraft tritt. Auf dieser Basis können Ärzte (mit Einwilligung des Patienten) deutlich höhere Honorare vereinbaren. Die Adgo bildet im Jahr 1929 auch die Basis für die Ersatzkassen-Adgo („E-Adgo“, später „E-GO“), die ab diesem Zeitpunkt für alle Ersatzkassen-Versicherten gilt.

Um die andauernden Arbeitskämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen zu schlichten, verfügt der Staat im Jahr 1931, dass auf Landesebene Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zu bilden sind (1933 ist die Geburtsstunde der heutigen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)). Seitdem sind allein die KVen Verhandlungspartner und damit Gegengewicht der Krankenkassen. Zudem wird das bisherige System der Einzeldienstverträge durch das Kollektivvertragssystem ersetzt.

Parallel zu dieser Entwicklung rechnet der Arzt im privatärztlichen Bereich seine Leistungen gegenüber dem Patienten weiterhin auf Basis der Preugo ab, die 1965 durch die „Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ abgelöst wird. Im Unterschied zu den Ersatzkassen nutzen die Primärkassen nach wie vor die Preugo (und anfangs auch die neue GOÄ) als Grundlage ärztlicher Abrechnung. Allerdings werden in Abstimmung zwischen den Krankenkassenverbänden und der KBV zunehmend „analoge Bewertungen“ eingeführt. Da dies auf Dauer nicht praktikabel ist, vereinbaren Primärkassen und KBV im Jahr 1971 einen „Bewertungsmaßstab-Ärzte (BMÄ)“. Für rund 10 Jahre existieren damit parallel vier Abrechnungsgrundlagen für ärztliche Leistungen: Für Privatpatienten die GOÄ und die Adgo, für

Ersatzkassen-Versicherte die E-Adgo bzw. E-GO und für Primärkassen-Versicherte der BMÄ. Allen ist jedoch gemeinsam, dass jede ärztliche Leistung mit einem DM-Betrag bewertet wird.

Mit dem ersten Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz werden Kassenverbände und KBV verpflichtet, ab 1978 einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen als Bestandteil der Bundesmantelverträge einzuführen. Der EBM soll den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmen. Aufgrund der stark steigenden Ausgaben in der GKV koppelt das Sozialversicherungsrecht erstmalig die kassenärztliche Vergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen.

Politisch besteht bereits seit Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die Absicht, die unterschiedlichen Vergütungssysteme von Ersatzkassen und Primärkassen zu beseitigen. Der Gesetzgeber ermöglicht es den Ersatzkassen jedoch, auch nach 1978 ihre eigene Gebührenordnung (E-GO) mit relativ höheren Preisen beizubehalten.

1983 tritt die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Kraft und gleichzeitig wird die Adgo außer Kraft gesetzt. Seitdem gibt es nur noch eine Gebührenordnung, die die ärztliche Honorierung außerhalb des GKV-Systems regelt. Wie bereits bei Einführung der ersten GOÄ im Jahr 1965, wird erneut die E-GO als Grundlage übernommen, da bis dahin kein eigenständiges Leistungsverzeichnis entwickelt war. Damit besteht (nach der Preugo 1896–1964) für eine kurze Zeit ein weitgehend einheitliches Leistungsverzeichnis für alle Patienten mit allerdings ganz unterschiedlichen Vergütungskonsequenzen: Die GOÄ als verbindliche, staatliche Gebührentaxe, die E-GO als Vertragsgebührenordnung und der EBM/

BMÄ als für die Vertragsärzte verbindlicher Bewertungsmaßstab.

Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) führt ab 1989 den Grundsatz der Beitragsstabilität in der GKV ein, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) ab 1993 die Budgetierung der ärztlichen Vergütung. Beide Aspekte wirken bis in die heutige Zeit fort. Mit dem GSG wird zudem die ärztliche Vergütung für Ersatzkassen- und Primärkassen-Versicherte vereinheitlicht (Ende der E-GO). Seit 2009 gibt es eine morbiditätsorientierte Euro-Gebührenordnung, welche vor allem Pauschalvergütungen enthielt. Die letzte Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) geschieht durch das 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es hinsichtlich der Ausgestaltung durchaus Ähnlichkeiten zwischen GOÄ und EBM gibt (u.a. Leistungsdefinition, Gebührennummer). Dies ist der langen Tradition geschuldet, dass in Deutschland immer wieder Gebührenordnungen (oder Aspekte aus diesen) aus dem kassenärztlichen in den privatärztlichen Bereich und umgekehrt übernommen wurden. Diese wechselseitige Beeinflussung lässt sich auch als Korrektivfunktion in einem Systemwettbewerb verstehen. Trotz der Vereinheitlichung der Gebührenordnungen im jeweiligen Versicherungssystem ist es dennoch nicht zu einer Konvergenz der Vergütung in GKV und PKV gekommen.

Vielmehr folgt von Beginn an die Vergütungslogik der Systemlogik: Die gesetzliche Krankenversicherung unterliegt zwangsläufig Restriktionen im Leistungsangebot und im Vergütungssystem. Sie kann nicht alle Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung bedienen. Damit gehen „Sozialpreise“ für Kassenpatienten, Pauschalen und Budgetierungen einher. Untrennbar mit der ärztlichen Ver-

gütung in der GKV verbunden ist zudem das komplexe System der Honorarverteilung im Rahmen der Selbstverwaltung. Derartige Restriktionen bestehen in der PKV nicht. Die PKV gewährt in ihren Verträgen bis heute die nicht budgetierte Erstattung jeder ärztlichen Leistung – d.h. ohne Pauschalierung.

Der Unterschied zwischen der amtlichen Gebührentaxe als Grundlage sachgerechter Honorare in der Privatliquidation und dem Bewertungsmaßstab als Grundlage der ärztlichen Vergütung durch die GKV lässt sich nicht nivellieren, ohne wesentliche Systemunterschiede zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) zu beseitigen. In anderen Worten: Die Systemscheidung geht der Vergütungslogik zeitlich, logisch und systematisch voran.

3. Einheitliche Gebührenordnung unter gesundheitsökonomischen Aspekten²

3.1 Ziele und Ausgestaltung

Wer das duale Vergütungssystem durch eine einheitliche Gebührenordnung ersetzen will, zielt in der gesundheitspolitischen Debatte auf die Transformation des dualen Krankenversicherungssystems aus GKV und PKV in eine Bürgerversicherung nach dem Vorbild der GKV mit einkommensabhängigen Beiträgen. Mit Blick auf die in Abschnitt 2 skizzierte historische Entwicklung der Vergütungslogik in Abhängigkeit von der Systemlogik ist durchaus fraglich, ob eine einheitliche Gebührenordnung nicht zwingend mit einer Systemtransformation einhergehen muss. In jedem Fall lohnt es sich, die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung als isolierte Maßnahme auf der

Leistungsseite zu simulieren und unter gesundheitsökonomischen Aspekten zu bewerten.

Bei einer Darstellung und Würdigung der beiden derzeit bestehenden Gebührenordnungen gilt es, ihr jeweiliges Verhältnis zu den zugehörigen Leistungskatalogen mit in die Betrachtung einzubeziehen. Der EBM in der GKV basiert auf einer kollektiven Vereinbarung. Der Bewertungsausschuss, der sich aus drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt, beschließt den EBM. Auf die im SGB V festgeschriebenen medizinischen Leistungen haben alle Versicherten der GKV den gleichen rechtlichen Anspruch. Ausnahmen bilden lediglich die quantitativ relativ unbedeutenden Satzungsleistungen, mit denen sich die Krankenkassen hinsichtlich ihres Angebotes unterscheiden können.

Im Unterschied dazu korrespondiert in der PKV die GOÄ, die eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ist, mit einer sehr flexiblen Tariflandschaft, die den privat Versicherten eine Vielfalt von Versicherungstarifen bietet. Die Privatversicherten besitzen somit die Möglichkeit, sich ihren individuellen Leistungsumfang entsprechend ihrer Präferenzen zusammenzustellen. Der vereinbarte Tarif kann mehr, aber auch weniger Leistungen als der gesetzlich festgelegte Leistungskatalog der GKV umfassen. Zudem weisen EBM und GOÄ keine durchgängig einheitliche beziehungsweise gleiche Definition und Abgrenzung der Leistungen auf. Diese Unterschiede verdeutlichen bereits die Probleme, die systemspezifischen Abrechnungsgrundlagen in GKV und PKV zu einer einheitlichen Gebührenordnung zusammenzufassen.

Bei der GKV und der PKV handelt es sich insofern um solidarische Versicherungssysteme, als weitgehend gesunde Versicherte

die „Schadensfälle“ von relativ kranken Patienten finanziell mittragen. Beide Versicherungssysteme streben auch eine bestmögliche Leistungsqualität in Verbindung mit einer hohen Patientenzufriedenheit sowie eine effiziente Leistungserbringung an, setzen bei der Verwirklichung dieser Ziele aber unterschiedliche Schwerpunkte. Die PKV bietet neben einer höheren Flexibilität bei der Leistungsauswahl eine besonders niedrige Barriere beim Zugang zu neuen innovativen Leistungen, während bei der GKV die Wirtschaftlichkeit der Leistungen in Verbindung mit der Evidenz ihres (Zusatz-)Nutzens stärker im Vordergrund steht. Entsprechend setzt die GKV auch gezielt Instrumente zur Mengenbegrenzung ein.

Bei einer Wahl zwischen den beiden derzeitigen Gebührenordnungen dürfte der EBM im System der GKV mit rund 72,5 Mio. Versicherten gegenüber der GOÄ im System der PKV mit knapp 8,8 Mio. Versicherten – zumindest in den Augen der Befürworter einer einheitlichen Gebührenordnung – eindeutige Priorität haben. Bei der GOÄ als einheitlicher Gebührenordnung für beide Versicherungssysteme bestünde wegen deren Einzelleistungsvergütung die Gefahr einer erheblichen Mengenausweitung mit einem entsprechenden (zusätzlichen) Ausgabenwachstum. Im Sinne ihrer Zielsetzung schließt die einheitliche Gebührenordnung Preiszuschläge für gleiche beziehungsweise identische Leistungen aus, soweit diese den Leistungskatalog der GKV betreffen. Unklar bliebe dabei aber das Preissystem für Leistungen, die zum Beispiel im Rahmen von Zusatzversicherungen über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen. Die Preise für diese (Zusatz-)Leistungen könnten die Entscheidungen der niedergelassenen Ärzte bei ihrer Terminvergabe aber durchaus, zumindest in Grenzen, beeinflussen (siehe hierzu auch Abschnitt 3.3).

2 Quellen stehen bei den Autoren zur Verfügung.

3.2 Auswirkungen einer einheitlichen Gebührenordnung

Mit einer Einführung einer Bürgerversicherung, die unabhängig von verfassungsrechtlichen Problemen eine Übergangsphase von mindestens einer Generation benötigen würde, wäre zwingend auch die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung im ambulanten Bereich verbunden. Die heute geltenden Gebührenordnungen müssten von der Höhe der Vergütung, der Funktionalität und der Abrechnungsarithmetik vereinheitlicht werden.

(a) Mengensteuerung und Budgetierung

Beide Abrechnungssysteme weisen eine unterschiedliche monetäre Bewertung und in der Regel auch eine unterschiedliche Abgrenzung der Leistungen auf. Daher kann eine durchgeführte medizinische Behandlung je nach Versicherungsschutz des Patienten mit einer unterschiedlichen Vergütung einhergehen. Grundsätzlich erhalten die Leistungserbringer für die Behandlung von privat versicherten Patienten eine höhere Vergütung, die nicht budgetiert ist. Für die stationäre Regelleistung stellt sich die Situation anders dar, da bei den Krankenhäusern über die Vergütung mit Hilfe von Fallpauschalen weitgehend ein einheitlicher Preis vorliegt. Vergütungsunterschiede im Krankenhaus entstehen nur im Rahmen der ambulanten Behandlung und bei den Wahlleistungen.

Eine einheitliche Gebührenordnung in einem von der GKV dominierten beitragsfinanzierten Versicherungsmarkt ist letztlich nur vorstellbar, wenn die Systematik der GKV zum Tragen kommt, da nur hier die bislang in der GKV durchgeführte Mengensteuerung Fortbestand hätte. Ein reines Einzelleistungssystem ohne Mengenbegrenzung (und mit entsprechender Ausgabenausweitung) scheidet für die Befürworter einer Bürgerversiche-

rung eher aus. Der Regulierungsapparat des EBM mit Budgetierung, Mengenbegrenzungen, Quotierungen und Abstufungen würde dann auch in der PKV gelten.

Eine solche Neuordnung der Gebührenordnung wirft aber zahlreiche Fragen auf. Nicht nur nach der Gestaltung der Gebührenordnung, sondern auch nach ihrem Leistungsumfang oder nach der Gestaltung einer Konvergenzphase und möglicher Kompensationszahlungen insbesondere an die niedergelassenen Ärzte aufgrund des Wegfalls von Einkünften aus der GOÄ. Denn obwohl der Privatversichertenanteil in Deutschland bei nur 11 % liegt, lösen diese Versicherten 24 % der Praxisumsätze aus. Aktuelle empirische Arbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass sich der sogenannte Mehrumsatz von Privatversicherten im ambulanten ärztlichen Bereich für das Jahr 2015 auf bis zu 6 Mrd. Euro summiert. Für jeden niedergelassenen Arzt in Deutschland entspräche dies im Durchschnitt einem Mehrumsatz von bis zu 50.000 Euro im Jahr. Auf Basis der Daten des Jahres 2010 kommt eine andere Studie auf ein Kompensationsvolumen von über 4 Mrd. Euro (bei voller Kompensation) mit errechneten Zuschlagsfaktoren auf die bisherige ambulante Vergütungssumme in Höhe von 13 % bis 17 % für die Jahre 2010 bis 2030. Ohne Kompensation fehlt zudem die Basis der Finanzierung für Personal und Investitionen. Viele Praxen würden wirtschaftlichen Druck verspüren. Infolgedessen würde die Versorgungslandschaft weiter ausgedünnt und/oder die Versorgungsqualität sinkt.

(b) Markt für Zusatzversicherungen

Die Folge einer in einer einheitlichen Gebührenordnung inkludierten Mengensteuerung und Budgetierung nach Vorbild des EBM im GKV-System wäre ein sich schnell entwickelnder neuer Markt

für „Premiumpatienten“. Denn niemand kann der PKV oder den Ärzten [auch nicht der Gesetzgeber] verbieten, neue Zusatzangebote in den Markt zu bringen, die zum Beispiel einen Honorarzuschlag auf die einheitliche Vergütung nach sich ziehen würden. Teil dieses Zusatzangebotes könnte explizit oder implizit unter anderem auch eine kürzere Wartezeit sein. Eine derartige Entwicklung hat sich auch in der Schweiz und in den Niederlanden ergeben, nachdem dort ein einheitlicher Versicherungsmarkt vom Gesetzgeber initiiert wurde. Im Ergebnis führt der „neue“ Markt für Zusatzversicherungen auf dem Versicherungs- und Leistungsmarkt eine Leistungs- und Preisdifferenzierung *ex post* wieder ein, die vom Gesetz- und Verordnungsgeber durch die einheitliche Gebührenordnung gerade vermieden werden sollte.

(c) Honorarvolumen in der EGO

Die Preisunterschiede von GOÄ und EBM erklären den PKV-Mehrumsatz im ambulanten ärztlichen Leistungsbereich nur zum Teil. Darüber hinaus wirken in der GKV Mechanismen zur Mengensteuerung, die auf eine Ausgabenbegrenzung abzielen, die es in dieser Form in der PKV nicht gibt. Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von den KVen einer Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen. Eine Ausgaben- und Mengenbegrenzung ist die Folge. Bei der Plausibilitätsprüfung wird die ordnungsgemäße Abrechnung der ärztlichen Leistungen und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung der Vertragsärzte überprüft. Ärztliche Leistungen dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V). Die Regelleistungsvolumina in der GKV, die budgetierend wirken, tragen ebenfalls zur Ausgabenbegrenzung bei. Inzwischen ist es den regionalen KVen freige-

stellt, Regelleistungsvolumina anzuwenden oder andere Regelungen zu treffen. Das Regelleistungsvolumen ist ein ex ante festgelegter Teil der Praxiseinnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Das Regelleistungsvolumen erschwert eine übermäßige Leistungsausweitung, da erbrachte Leistungen nur bis zur vereinbarten Höhe mit einem festen EBM-Punktwert vergütet werden, wogegen ab einer Überschreitung der Punktwert abgestaffelt wird.

Bei Privatversicherten erfolgt die Steuerung der Leistungsausgaben allein über den privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Dort sind der Leistungsumfang, Erstattungshöchstgrenzen und vor allem Selbstbeteiligungen vereinbart. In der Gebührenordnung für Ärzte wird die Abrechenbarkeit von Leistungen durch Abrechnungsausschlüsse im Verhältnis zwischen einzelnen Leistungen reguliert. Mengenbegrenzungen existieren hingegen nicht.

Durch die Systemunterschiede können Versorgungsdifferenzen entstehen. Dies gilt auch für neue Behandlungsmethoden. Nicht in der GOÄ enthaltene ärztliche Leistungen kann der Arzt bei Privatpatienten analog mit einer gleichwertigen ärztlichen Leistung der GOÄ berechnen (§ 6 Abs. 2 GOÄ); darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur abweichenden Honorarvereinbarkeit. In der GKV dürfen neue Behandlungsmethoden im ambulanten Sektor dagegen erst dann verordnet werden, wenn eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt ist und dieser das Ergebnis für den Patienten als nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich einstuft. Im Ergebnis stehen neue Behandlungsmethoden in der GKV (im ambulanten Sektor) unter Erlaubnisvorbehalt. Dieser unterschiedliche Umgang der Vergütungssysteme im System der GKV und PKV mit Innovationen begründet sicherlich auch einen Teil des Mehrumsatzes bei den Privatversicherten.

Eine einheitliche Gebührenordnung nach Vorbild der GKV würde zu einem Wegbrechen der gesamten preis- und mengeninduzierten (ambulant) Mehrumsätze bei den ärztlichen Leistungserbringern führen. Alternativ käme es – falls Honorarkürzungen politisch nicht mehrheitsfähig sind - zu einer Mehrbelastung der Beitragszahler. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die (ambulant) Mehrumsätze der PKV-Versicherten mitfinanzieren. Der GKV-Beitragsatz würde sich um etwa 0,46 Prozentpunkte auf rund 16 % erhöhen.

3.3 Wartezeiten und einheitliche Gebührenordnung

Wartezeiten können den Zugang zu einer medizinischen Versorgung behindern und dadurch den Behandlungsprozess der betreffenden Patienten mit dem Risiko schlechterer gesundheitlicher Ergebnisse verzögern. Grundsätzlich erlauben Wartezeiten per se aber noch keine fundierten Aussagen über ihre medizinische Angemessenheit, denn es bleibt zunächst noch offen, ob es sich hierbei um einen akuten Behandlungsbedarf oder um eine gesundheitlich unbedenkliche und vertretbare Termingestaltung des betreffenden Arztes handelt. Diese Feststellung gilt unabhängig von den jeweiligen Terminwünschen der betreffenden Patienten. Gleichwohl besteht ein politisches Interesse dahingehend, die Unterschiede in den Wartezeiten im nationalen und internationalen Vergleich zu beleuchten, kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls Reformmaßnahmen abzuleiten.

Das deutsche Gesundheitssystem weist im internationalen Vergleich durchgängig die geringsten Wartezeiten auf Arzttermine auf. In Deutschland fanden laut Versichertenbefragung (2017) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesetzlich Versicherte zu 57 % innerhalb von drei Tagen einen Zugang zur ärztlichen

Versorgung. Bei Privatversicherten waren es 55 %. In diese Werte fließt allerdings auch ein, dass 14 % der GKV-Versicherten ohne Terminanfrage direkt in die Praxis gehen und offensichtlich Wartezeiten in der Praxis in Kauf nehmen. (Privatversicherte suchen Ärzte nur zu 6 % ohne Termin auf). Die Unterschiede in den Wartezeiten zwischen GKV- und PKV-Versicherten haben sich seit Beginn der KBV-Umfragen im Jahr 2008 verringert.

Die (Befragungs-)Ergebnisse zu den Wartezeiten auf Haus- und Facharzttermine in Deutschland und vor allem entsprechende internationale Vergleiche deuten darauf hin, dass die Bürger bzw. Patienten in Deutschland die Wartezeiten weit weniger problematisch sehen beziehungsweise als relevante Belastung empfinden, als es die politische Diskussion vermuten lässt. Trotzdem hat die Bundesregierung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz, um die Wartezeiten-Situation weiter zu verbessern, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen regionale Terminservicestellen installiert. Patienten mit einer als dringlich gekennzeichneten Überweisung sollen innerhalb von 4 Wochen einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermittelt bekommen. Die Inanspruchnahme dieser seit Anfang 2016 existierenden Servicestellen bewegt sich – im Verhältnis zu den rund 1 Mrd. Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr – auf einem relativ niedrigen Niveau.

Die Forderung nach einer einheitlichen Gebührenordnung soll die Wartezeitenproblematik weiter entschärfen. Schon rein rechnerisch kann das nicht gelingen. Rund 10 % Privatversicherte können die Wartezeiten der 90 % gesetzlich Versicherten substantiell nicht verkürzen. Darüber hinaus führt nicht das Nebeneinander von EBM und GOÄ, sondern die GKV-Budgetierung der ärztlichen

Vergütung zu Wartezeiten – insbesondere am Ende des Quartals. Dieses „Quartalsphänomen“ wird von wissenschaftlichen Studien gestützt. Ende 2017 haben Gesundheitsökonominnen auf Basis von Daten der Techniker Krankenkasse Zahlen vorlegen können, die zeigen, dass Ärzte immer am Ende eines Quartals weniger Patienten für einen Routine-Termin annehmen. Im Ergebnis würden auch im Fall einer einheitlichen Gebührenordnung quartalsbedingte Wartezeiten entstehen, sofern diese – analog zum EBM – in der Systemlogik der Mengensteuerung und Budgetierung funktioniert.

Insgesamt gesehen bieten die derzeitigen Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten unter Versorgungsaspekten keinen relevanten Anlass für eine einheitliche Gebührenordnung in GKV und PKV. Unabhängig davon gibt es auch im Rahmen des derzeitigen Systems, das heißt bei Fortbestehen der beiden Gebührenordnungen, Möglichkeiten, die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten zu verkürzen. So können zum Beispiel selektive Verträge zwischen den Krankenkassen und ausgewählten Ärzten bestimmte Wartezeiten bindend vorsehen. Bei ihrer hausarztzentrierten Versorgung und den darauf aufbauenden Facharztverträgen vereinbarte zum Beispiel die AOK Baden-Württemberg mit den teilnehmenden Ärzten eine Wartezeit von höchstens 14 Tagen. Zudem könnte eine Änderung der quartalsbezogenen Pauschalen von bestimmten fachärztlichen Leistungen die Wartezeiten verkürzen. Die derzeitige Honorierung setzt finanzielle Anreize, die einzelnen Leistungen einer bestimmten Pauschale nicht in einem Termin zu erbringen, sondern auf zwei Quartale zu verteilen. Schließlich könnte auch eine Reform der Bedarfsplanung zur Verkürzung der Wartezeiten beitragen. Die Bedarfsplanung sollte zielgerichtet,

bevölkerungsorientiert und sektorübergreifend ausgerichtet sein. Dabei ist das Morbiditätsniveau zu berücksichtigen.

3.4 Einheitliche Gebührenordnung und medizinische Versorgung auf dem Land

Unabhängig von der Finanzierung der jeweiligen Gesundheitssysteme besteht in fast allen europäischen Ländern im ambulanten Bereich eine ungleiche Verteilung der niedergelassenen Ärzte zwischen Ballungszentren und strukturschwachen ländlichen Regionen. Insofern steht auch die Gesundheitspolitik in Deutschland vor der Aufgabe, den Bürgern eine flächendeckende medizinische Versorgung auf einem gleich hohen Niveau zu gewährleisten. Eine einheitliche Gebührenordnung wäre Teil dieser Gesundheitspolitik. Sie soll – so die Idee – dazu beitragen, unterschiedliche (regionale) Vergütungen in Struktur und Höhe zu beseitigen, um Ärzten einen Anreiz zu geben, sich auch in strukturschwachen Regionen mit relativ wenig Privatpatienten niederzulassen. Bei gleichem Honorarvolumen insgesamt soll durch eine regionale Umverteilung der Honorare einer Landflucht der niedergelassenen Ärzte entgegengewirkt werden.

Diese Argumentation und These überschätzt die Bedeutung der Honorare für die Standortwahl niedergelassener Ärzte. Zunächst erzielen die Haus- und Fachärzte in strukturschwachen ländlichen Gebieten schon heute tendenziell nicht niedrigere, sondern häufig höhere Honorare als in Ballungsgebieten, wenn auch mit einem spürbar höheren Arbeitsinsatz. Darüber hinaus verfügen die KVen über die Möglichkeit, mit Hilfe von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V niedergelassene Ärzte in strukturschwachen Regionen finanziell zu unterstützen. Und schlussendlich spielt für die Niederlassungsentscheidungen der ambulant tätigen Ärzte, das zeigen Ergeb-

nisse zahlreicher wissenschaftlicher Studien, das Umfeld für die Familie, d.h. die Arbeitsmöglichkeiten für den Partner, die Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für die Kinder, die Verkehrsstruktur und die Freizeitangebote, die viel entscheidendere Rolle.

3.5 Einheitliche Gebührenordnung: Mehr Nach- als Vorteile für die Versicherten

Die GKV zeichnet sich im internationalen Vergleich der sozialen Krankenversicherungssysteme durch eine einmalige Kombination aus umfangreichem Leistungskatalog, unbegrenzter Wahlfreiheit zwischen Haus- und Fachärzten, geringen Wartezeiten der Patienten, moderaten Zuzahlungen und schnellem Zugang zu innovativen Behandlungsmöglichkeiten aus. Diese Vorzüge bei der Inanspruchnahme der gewünschten Gesundheitsleistungen erwachsen für die gesetzlich Versicherten auch aus der Dualität von GKV und PKV sowie den zugehörigen unterschiedlichen Gebührenordnungen.

Ein für die Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte einkommens- beziehungsweise aufkommensneutraler Übergang zu einer einheitlichen Gebührenordnung würde den Versicherten der GKV zunächst eine Erhöhung ihrer Betragesätze, aber nahezu keine Vorteile bei den Wartezeiten bringen. Nach einer Umfrage des Instituts für Demoskopie *Allensbach* bewerten 91 % der Privatversicherten und 86 % der gesetzlich Versicherten die Gesundheitsversorgung in Deutschland als „gut“ oder „sehr gut“. Mit ihrer eigenen medizinischen Versorgung äußerten 96 % der privat Versicherten und 85 % der gesetzlich Versicherten ihre Zufriedenheit. Diese äußerst positive Resonanz bei den Bürgern schließt nicht aus, dass das deutsche Gesundheitssystem noch zahlreiche Möglichkeiten,

insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren, für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung bietet. Zu den hierzu erforderlichen Reformen gehört eine einheitliche Gebührenordnung jedoch eindeutig nicht. Die Debatte um dieses Thema lenkt eher von den eigentlichen Problemen des deutschen Gesundheitswesens ab, beispielsweise die Bewältigung des demographischen Wandels in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt, die ärztliche Versorgung in der Fläche, der Mangel an Pflegekräften oder die Probleme an den Schnittstellen zwischen den Sektoren.

4. Verfassungs- und europarechtliche Hürden einer einheitlichen Gebührenordnung

Die – ökonomisch fragwürdige – Vereinheitlichung der kassen- und privatärztlichen Vergütungen stößt zudem auf hohe verfassungsrechtliche und europarechtliche Hürden. Die einheitliche Gebührenordnung wäre im Ergebnis ein in großen Teilen verfassungswidriges Unterfangen. In die Vertragsfreiheit der Versicherten und in die Berufsfreiheit der Ärzte sowie der Krankenversicherer würde eingegriffen werden, ohne dass ausreichende Rechtfertigungsgründe ersichtlich wären, die den Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) genügen würden. Mit der Vereinheitlichung der kassen- und privatärztlichen Vergütungen würde ein Mischsystem geschaffen, das auch unter Gleichheitsgesichtspunkten ebenso wie unter dem Aspekt der Systemstimmigkeit erhebliche Fragen aufwirft. Überdies ließe sich die Vereinheitlichung der Vergütungen ohne eine grundlegende Umgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bereich der GKV nicht realisieren.

4.1 Unvereinbarkeit mit der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) und der Vertragsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG)

a) Schwerwiegender Eingriff in die Berufsfreiheit und Vertragsfreiheit

Verfassungsrechtliche *lex regia* ist zunächst die in Art. 12 Abs. 1 GG verankerte Berufsfreiheit.³ Bereits die geltende GOÄ greift als Taxe für die ärztlichen Leistungen in die Berufsfreiheit ein. Sie lässt aber Raum für die ärztliche Berufsausübung, indem sie keinerlei Vorgaben zum Umfang der Menge der ärztlichen Leistungen macht. Sie ermöglicht darüber hinaus Analogabrechnungen innovativer Behandlungsformen. Sie lässt zudem Raum für die Vertragsfreiheit, indem sie die Möglichkeit von Individualvereinbarungen ausdrücklich zulässt. Mit der Geltung des EBM als einheitliche Gebührenordnung würde dieser Freiheitsraum auf das Angebot abschließend bestimmter Leistungen zu einem vorgegebenen Preis reduziert. Damit würde gleichzeitig einhergehen, Ärzten und Patienten das Angebot und die Inanspruchnahme anderer medizinischer Regelleistungen als die im EBM aufgeführten zu anderen als den insoweit geltenden Preisen zu verbieten. Denn anders ließe sich ein nicht regulierter Sektor neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht verhindern. Das stellt eine Freiheitsbeschränkung dar, die verfassungswidrig wäre.

Denn Eingriffe in die Berufsfreiheit bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, die dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen muss. Vergütungsregelungen müssen nach der Rechtsprechung als Berufsausübungsregeln ein legitimes Gemeinwohlziel verfolgen und zu des-

³ BVerfG (K), Beschl. v. 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02, NJW 2005, 1036 (1037); vgl. auch BVerfG, Beschl. v. 30.3.1993, E 88, 145 (159); Beschl. v. 15.12.1999, E 101, 331 (347).

sen Erreichung geeignet, erforderlich und angemessen sein.⁴ Entsprechend gilt dies auch für den damit korrespondierenden Eingriff in die Vertragsfreiheit der Patienten (Art. 2 Abs. 1 GG) und in das einen besonders hohen Rang einnehmende Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG).

b) Keine verfassungsgemäße Rechtfertigung

Als legitimes Ziel von Vergütungsordnungen hat das BVerfG bislang das Interesse der Marktgegenseite an erhöhter Transparenz anerkannt. Für die GOÄ hat das BVerfG u.a. festgestellt: „Die Gebührenregelung der GOÄ 1982 erhöht im Interesse der zahlungspflichtigen Patienten die Transparenz privatärztlicher Liquidationen. Sie dient damit einem vernünftigen Gemeinwohlgrund in geeigneter Weise. [...]“⁵ Daneben tritt das Ziel eines angemessenen Interessenausgleichs zwischen Ärzten und Patienten, wie es in § 11 BÄO ausdrücklich formuliert wird.⁶ Ziel ist damit letztlich auch der Patientenschutz, in einer Situation ohne Verhandlungsmacht übervorteilt zu werden.⁷ Freilich müssen diese Ziele verhältnismäßig verfolgt werden, also die geschaffene Gebührenordnung geeignet, erforderlich und angemessen zur Verfolgung von Transparenz, Interessenausgleich und Patientenschutz sein.

Nimmt man daran Maß, dann zeigt sich die fehlende verfassungsrechtliche Grundlage recht schnell: Dem Anspruch an Transparenz würde ein System mit einheitlicher Gebührenordnung nicht

⁴ BVerfG, Urt. v. 30.7.2008 – 1 BvR 3262/07 u.a., E 121, 317 (346).

⁵ BVerfG (K), Beschl. v. 19.4.1991 – 1 BvR 1301/89, NJW 1992, 737.

⁶ BVerfG, Beschl. v. 12.12.1984 – 1 BvR 1249/83 u.a., E 68, 319 (333); s. auch BVerfG, Beschl. v. 15.12.1999 – 1 BvR 1904/95 u.a., E 101, 331 (347 ff.).

⁷ Zum Patientenschutz als Verfassungsgut: KG, Beschl. v. 31.8.2007 – 5 W 253/07, NJW-RR 2008, 910.

gerecht. Im Gegenteil: bei Übertragung der Systemstrukturen des EBM mit zum Teil floatenden Preisen auf die privatärztliche Liquidation wären die Höhe der Vergütung und das Ausmaß des Interessenausgleichs zum Zeitpunkt des Abschlusses des Behandlungsvertrags unklarer gegenüber dem *Status quo*. Anders als bisher – und anders als ohne jede GOÄ – wüsste der Patient zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung nicht, welches Honorar fällig und welchen Teil einer Honorarvereinbarung der Versicherer gegebenenfalls nicht übernehmen würde. Diese Ungewissheit ist im Sachleistungssystem der GKV mit abweichenden Vergütungsstrukturen systembedingt. Das aber widerspricht grundlegenden Prinzipien sowohl des Vertrags- als auch des Versicherungsrechts.

c) Einheitliche Gebührenordnung vs. Vergütungs- und Leistungsvereinbarung

Die Zielsetzung, über eine einheitliche Vergütung Anreize zur unterschiedlichen Behandlung von GKV- und PKV-Patienten zu beseitigen, setzt voraus, dass eine gedachte einheitliche Gebührenordnung nach dem Muster des EBM sowohl hinsichtlich der Leistungen als auch der Vergütung keine Abweichung erlauben dürfen. Dass Ärzte und Patienten aber eine Möglichkeit haben müssen, unter bestimmten Voraussetzungen Vergütungen und auch Leistungen zu vereinbaren, ist verfassungsrechtlich notwendige Voraussetzung für eine Gebührenordnung. Insoweit kann auf fest gesicherte Rechtsprechung des BVerfG zurückgegriffen werden. Die Möglichkeit der privatautonomen Abweichung sichert die

Angemessenheit der gesetzlichen Vergütungsregelungen.⁸

Demgegenüber taugt auch die bloße Zielsetzung, eine Angleichung der kassenärztlichen Vergütung in der GKV und der Privatliquidation in der PKV zu erreichen, als Rechtfertigung nicht. Der plakative Vorwurf einer möglichen „Zwei-Klassen-Wartezeit“ kann dafür ebenfalls nicht genügen. Es wäre vielmehr umfassend darzulegen, dass durch die Angleichung der Vergütung die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert würde oder auch keine anderen gleich effektiven, aber weniger einschneidenden Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dieser Nachweis wird wohl kaum gelingen. Im Gegenteil: eine Verschlechterung der Versorgung ist zu befürchten, die für die einheitliche Vergütung angeführten Versorgungsziele werden – wie dargelegt – nicht erreicht. Es ist offensichtlich, dass eine solche Regelung das Entstehen eines Privatmarkts nicht verhindert.

Mit anderen Worten: Es verbliebe zur möglichen Rechtfertigung allein das Anliegen, vermeintliche Ungleichbehandlungen von privat und gesetzlich Versicherten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entgegenzuwirken, die aus Vergütungsunterschieden resultieren, wie etwa eine bevorzugte Terminvergabe oder vermeintliche Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit einem relativ hohen Anteil Privatversicherter. Hierfür wäre aber als offensichtlich milderer – und effektiverer – Mittel eine Regulierung der Qualitätsstandards für die GKV möglich, etwa

8 S. nur BVerfG (K), Beschl. v. 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02, NJW 2005, 1036. Hieran knüpft auch die Rspr. des BGH an: „Eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte belastet den Arzt auch nicht unverhältnismäßig. Ihm steht es frei, im Rahmen des § 2 GOÄ eine abweichende Vereinbarung mit den an seinen Leistungen Interessierten über die Gebührenhöhe zu treffen [Urt. v. 23.3.2006 – III ZR 223/05, NJW 2006, 1879 (1881)]. Aus verfassungsrechtlichen Gründen für geboten hält das KG, Beschl. v. 31.8.2007 – 5 W 253/07, NJW-RR 2008, 910 auch die Möglichkeit einer Gebührenunterschreitung.“

durch Vorgaben zur Terminvergabe, wie erfolgt, oder durch eine Anpassung des Zulassungsregimes (siehe überdies zur nur beschränkten Eignung oben 3.3. und 3.4.).

d) Keine Rechtfertigung durch die „Bürgerversicherung“

Bei all diesen Überlegungen ist es verfassungsrechtlich offensichtlich, dass für eine Angleichung der kassenärztlichen Vergütung in der GKV und der Privatliquidation in der PKV nicht auf die möglichen Fernziele einer wie auch immer konkret zu gestaltenden und in ihrer Verfassungskonformität zu beurteilenden Bürgerversicherung abgestellt werden kann. Die für die Einführung einer Bürgerversicherung vorgebrachten Argumente, eine umfassende Solidarbasis für dieselbe und einen einheitlichen Beitragsmaßstab zu sichern, gelten hier nicht, da der Gesetzgeber am dualen System festhält und gerade keine Bürgerversicherung schafft. Auch das Fernziel, eine solche einzuführen, vermag nicht von der Notwendigkeit, für die inmitten stehenden Maßnahmen tragfähige Rechtfertigungsgründe zu finden, zu entbinden. Für jede einzelne Maßnahme des Gesetzgebers muss eine eigene, in sich tragfähige Rechtfertigung gefunden werden. Bei dem politischen Kalkül, sich durch eine Angleichung der Gebührenordnungen schrittweise einer Bürgerversicherung zu nähern, sind demnach die Voraussetzungen für eine Einschränkung der Grundrechtsverbürgungen nicht gegeben.

4.2 Gleichheitsrechtliche Schranken und das Gebot des Systemstimmigkeit

Erstreckt man das GKV-Vergütungssystem auf PKV-Behandlungen, so ist aus gleichheitsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen, dass die von den Privatversicherter zu entrichtende Vergütung nach demselben Maßstab wie die von der GKV zu entrichtende Vergütung zu bemessen

wäre. Berücksichtigt man, dass das Vergütungsniveau in der GKV unter dem der PKV liegt, führt dies zu einer Reduktion des der Ärzteschaft insgesamt zufließenden Gesamthonorars, da die Erlöse aus der Behandlung von privat Voll- oder Zusatzversicherten zwangsläufig sinken. Möchte man das aktuelle Gesamthonorar erhalten, ist dies nur über eine Erhöhung der Vergütung durch die Gesetzliche Krankenversicherung möglich, die zu einer Kosten- und damit auch Beitragssteigerung in der GKV führt.

Man mag dies politisch hinnehmen, doch es verbleiben Ungleichbehandlungen, die der Rechtfertigung bedürften: Art. 3 Abs. 1 GG verbietet die Ungleichbehandlung ohne rechtfertigenden Grund. Der Privatversicherte würde nun für die gleiche Leistung nach anderen Kriterien und Maßstäben zahlen müssen, als der gesetzlich Versicherte. Warum? Und ebenso entscheidend ist: Das Grundgesetz verbietet nicht nur die ungerechtfertigte Ungleichbehandlung, sondern auch die ungerechtfertigte Gleichbehandlung, oder in den Worten des BVerfG: „*Der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) gebietet dem Gesetzgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln*“.⁹ Ein wesentliches Element des Gleichbehandlungsgebots des Art. 3 Abs. 1 GG ist die Konsistenz, Folgerichtigkeit und Systemstimmigkeit.¹⁰

GKV und PKV sind nun vom Wesen und den verfassungsrechtlichen Voraussetzungen her unbestritten ungleich: staatliche Sozialversicherung einerseits, grundrechtlich fundierte Privatversicherung andererseits. Das gilt auch für die daraus resultierende Bemessung der Prämien und

Beiträge – und eben auch für die Art und Höhe der Vergütung. Der EBM entspringt seinem Herkommen, seiner Funktion und seiner Bemessung nach nicht dem privatrechtlichen Behandlungsvertrag und nicht dem privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Mengensteuerung ist dem bipolaren Verhältnis des Behandlungsvertrags fremd. Der Behandlungsvertrag ist ein zweiseitiges Verhältnis, das den Austausch von Leistungen in ihrem Wert ohne den Blick auf mögliche Allokationseffekte im Gesundheitssystem insgesamt bestimmt. Durch eine diesem Verhältnis fremde Vergütungsbemessung würde das Austauschverhältnis nach ihm fremden Parametern bestimmt. Eine Rechtfertigung dafür fehlt, denn noch einmal: Der bloße Wille, eine Angleichung der Vergütung zur GKV zu erreichen, taugt als Rechtfertigung nicht, *stat pro ratione voluntas* ist keine verfassungsrechtliche Argumentation.

Wenn dem aber so ist, dann wird schnell klar, dass eine Angleichung der Vergütung in PKV und GKV nichts anderes ist als eine „halbe“ Bürgerversicherung auf der Leistungsseite, die die Beitragsseite ausspart. Ob und wie eine Bürgerversicherung möglich ist, ist umstritten. Für eine Chimäre zwischen PKV und GKV sind die verfassungsrechtlichen Bedenken aber sicherlich nicht geringer. Für eine Beschränkung der ärztlichen Leistung und der ärztlichen Vergütung außerhalb des Systems der Sozialversicherung auf das Niveau der Sozialversicherung fehlen tragfähige Gründe.

4.3 Institutionelle Grenzen: Keine Regelungsbefugnis der GKV-Selbstverwaltung für den PKV-Kontext¹¹

Der das deutsche Gesundheitssystem kennzeichnende Dualismus von GKV und PKV spiegelt sich nicht nur in einer

unterschiedlichen inhaltlichen Ausgestaltung der beiden Versicherungssysteme hinsichtlich Leistungsumfang und Vergütung, sondern auch in einem divergierenden institutionellen Rahmen für deren Bestimmung. Im GKV-System kommen nämlich den am Leistungsgeschehen beteiligten Vertragsärzten und Krankenversicherungen wesentliche Regelungsbefugnisse zu (gemeinsame Selbstverwaltung). Dies begrenzt aus verfassungsrechtlichen Gründen die Möglichkeit, eine einheitliche Gebührenordnung im bestehenden System einzuführen. Voraussetzung einer Erstreckung des EBM auf den PKV-Kontext wären vielmehr weitreichende, auf ihre gesundheitspolitische Sinnhaftigkeit freilich zu prüfende Eingriffe in das System der GKV-Selbstverwaltung, nämlich entweder eine Weitung der Legitimationsbasis oder eine Verstaatlichung.

Bereits innerhalb des Systems der GKV wird in Frage gestellt, ob sich gerade die in der Organisationsstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses liegende Abweichung „vom Erfordernis lückenloser personeller, durch Wahl- und Beststellungsakte vermittelter demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten“¹² verfassungsrechtlich rechtfertigen lässt. Das Bundesverfassungsgericht hat jüngst auf das „Vorbringen – durchaus gewichtiger – genereller und allgemeiner Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses als Institution“ verwiesen,¹³ diese Frage indes bislang offen gelassen.¹⁴

Wie auch immer man die Frage der hinreichenden demokratischen Legitimation

⁹ Jüngst z.B. BVerfG, Beschl. v. 23.5.2017 – 2 BvL 10/11, juris, Rn. 96 m.w.N.

¹⁰ Exemplarisch: BVerfG, Beschl. v. 10.10.2011 – 1 BvL 17/00, E 104, 74 (87). Im Überblick: F. Wollenschläger, in: Huber/Voßkuhle (Hrsg.), GG, 7. Aufl. 2018, Art. 3, Rn. 197 ff.

¹² Zu diesem grundsätzlichen Erfordernis nur BVerfG, Beschl. v. 6.5.2014 – 2 BvR 1139/12 u.a., NVwZ 2014, 1306 (1313).

¹³ BVerfG (K), Beschl. v. 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12, NJW 2016, 1505 (1507).

¹⁴ Siehe BVerfG, Beschl. v. 6.12.2005 – 1 BvR 347/98, E 115, 25 (47); (K), Beschl. v. 12.12.2012 – 1 BvR 69/09, NJW 2013, 1220 (1222).

¹¹ Umfassend hierzu jetzt F. Wollenschläger, NZS 2018, 385 (Teil 1) und Heft 11 (Teil 2).

der GKV-Selbstverwaltungsstrukturen beurteilt,¹⁵ so liegt für die hier interessierende Fragestellung eines auf der Hand: Eine Erstreckung der Regelungsbefugnisse der GKV-Selbstverwaltung auf den privatärztlichen Bereich ist unzulässig. Denn ein verfassungsrechtlich hinreichendes, auf den Selbstverwaltungsgedanken gestütztes Legitimationsniveau scheidet aus, wenn umfangreiche und grundrechtssensible Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich systemfremder, nicht an der Entscheidungsfindung beteiligter Dritter – hier: der privat versicherten Patienten, der privaten Krankenversicherungen und der Ärzteschaft jenseits des vertragsärztlichen Bereichs – eingeräumt werden. Auch der scheinbar einfache Umweg über eine Erstreckung des EBM auf den PKV-Kontext im Wege staatlicher Rechtsetzung scheidet aus, da das politische Ziel, eine einheitliche Gebührenordnung sicherzustellen, nur mittels einer dynamischen Verweisung erreichbar ist und eine solche, wie das Bundesverfassungsgericht (nicht nur) für das notarielle Gebührenrecht herausgearbeitet hat, verfassungswidrig ist: Nicht nur werden Gesetzgebungsbefugnisse entgegen der grundgesetzlichen Kompetenzordnung verlagert; vielmehr würde sich der Gesetz- respektive Verordnungsgeber in demokratisch, rechtsstaatlich und grundrechtlich bedenklicher Weise seiner Verantwortung für den Norminhalt entäußern, was die Übertragung von Normen aus einem anderen Kontext (hier:

GKV auf PKV) weiter verschärft.¹⁶ Eine statische Verweisung¹⁷ würde zur Realisierung des gesetzgeberischen Zieles demgegenüber nicht genügen, da eine solche keine Bindung pro futuro und damit keine Einheitlichkeit sicherstellt; eine nur politisch, nicht aber rechtsförmig festgelegte Angleichung würde erheblichen, fortlaufenden Anpassungsbedarf begründen und wäre als verkappte dynamische Verweisung auch legitimatorisch fragwürdig.

4.4 Europarechtliche Grenzen: Niederlassungsfreiheit

Das Vorhaben einer einheitlichen Gebührenordnung hat eine europarechtliche Dimension. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in der Vergangenheit deutlich gemacht, dass verbindliche Gebührenordnungen immer auch einen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit bedeuten, der der Rechtfertigung nach der Gebhard-Formel bedarf. Der EuGH fordert für den Eingriff in die Grundfreiheiten, dass *„nationale Maßnahmen, die die Ausübung der durch den Vertrag garantierten grundlegenden Freiheiten behindern oder weniger attraktiv machen können, vier Voraussetzungen erfüllen müssen: Sie müssen in nicht-diskriminierender Weise angewandt werden, sie müssen aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein,*

16 BVerfG, Beschl. v. 1.3.1978 – 1 BvR 786/70 u.a., E 47, 285 (313 ff.); ferner Urt. v. 14.6.1983 – 2 BvR 488/80, E 64, 208 (214 f.); Beschl. v. 25.2.1988 – 2 BvL 26/84, E 78, 32 (36); Beschl. v. 26.1.2007 – 2 BvR 2408/06, K 10, 227 (231); Beschl. v. 29.4.2010 – 2 BvR 871/04, K 17, 273 (285 f.). Freilich schließt die Rechtsprechung dynamische Verweisungen auch bei unterschiedlichen Gesetzgebern nicht kategorisch aus, so, anders als hier, keine rechtsstaatlichen, demokratischen und grundrechtlichen Gründe entgegenstehen, siehe BVerfG, Beschl. v. 1.3.1978, 1 BvR 786/70 u.a., E 47, 285 (312); Beschl. v. 23.3.1982 – 2 BvL 13/79, E 60, 135 (155); Beschl. v. 25.2.1988 – 2 BvL 26/84, E 78, 32 (36); Beschl. v. 26.1.2007 – 2 BvR 2408/06, K 10, 227 (231); Beschl. v. 29.4.2010 – 2 BvR 871/04, K 17, 273 (285 f.); BVerwG, Urt. v. 27.6.2013, E 147, 100 (115 ff.).

17 Zu deren Zulässigkeit BVerfG, Beschl. v. 1.3.1978 – 1 BvR 786/70 u.a., E 47, 285 (311 f.); Beschl. v. 25.2.1988 – 2 BvL 26/84, E 78, 32 (35 f.); Beschl. v. 26.1.2007 – 2 BvR 2408/06, K 10, 227 (231).

*sie müssen geeignet sein, die Verwirklichung des mit ihnen verfolgten Zieles zu gewährleisten, und sie dürfen nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist.*¹⁸

Was verfassungsrechtlich nicht als Rechtfertigung taugt, das dürfte auch europarechtlich nicht zur Rechtfertigung taugen und – wohl erst recht kennt doch der EuGH – ungeachtet des weiten Gestaltungspielraums der Mitgliedstaaten für ihr Gesundheitssystem im Allgemeinen (Art. 168 Abs. 7 AEUV) – nicht im gleichem Maße eine weite Einschätzungsprärogative des nationalen Gesetzgebers bei der Beurteilung der Geeignetheit und Erforderlichkeit der Zielerreichung an, wie es das BVerfG im Hinblick auf eine mögliche Grundrechtsverletzung anzuerkennen bereit ist. Das Konzept einer einheitlichen Gebührenordnung kann schon im Inland den Nachweis nicht erbringen, die angestrebten Versorgungsziele zu erreichen – ihm droht dann erst recht Schiffbruch in Luxemburg vor dem EuGH.

5 Zusammenfassung

Im Rahmen der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU, CSU und SPD hat die SPD eine einheitliche Gebührenordnung auf die politische Agenda gesetzt. Eine einheitliche Gebührenordnung sei – so die Begründung – ein geeignetes Instrument, um die „Zwei-Klassen-Medizin“, die „Zwei-Klassen-Wartezeiten“ oder die eingeschränkten Möglichkeiten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in strukturschwachen Regionen zu beseitigen beziehungsweise zu nivellieren. Das vorliegende Memorandum legt dar, warum die Vereinheitlichung der Vergütungsordnungen nicht nur ein in großen Teilen verfassungswidriges Unterfangen darstellt, sondern auch, warum die mit

18 EuGH, Rs. C-55/94, Slg. 1995, I-4165, Rn. 37 – Gebhard.

15 Siehe dazu *Hartmann/Haucap/Wollenschläger*, Vorschläge zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses: Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit stärken, in: Stiftung Münch (Hrsg.), Reformkommission Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 10 ff., abrufbar unter: <http://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2017/05/16.pdf> (26.1.2018).

einer einheitlichen Gebührenordnung verknüpften politischen Ziele kaum zu erreichen sind und eine einheitliche Gebührenordnung für die Versicherten bzw. für die Patienten mehr Nach- als Vorteile mit sich bringt. Die Ergebnisse im Überblick:

- Die historische Genese zeigt, dass sich Gebührenordnungen in Deutschland zwar stets im Korrektiv wechselseitig beeinflusst haben. Eine Konvergenz der Vergütungssystematik von GKV und PKV ist dabei aber nicht wahrzunehmen. Vielmehr folgt von Beginn an die Vergütungslogik der Systemlogik.
- Schon mit Blick auf die historische Entwicklung lässt sich die ärztliche Vergütung nicht nivellieren, ohne wesentliche Systemunterschiede zwischen GKV und PKV zu beseitigen. In anderen Worten: Die Systementscheidung geht der Vergütungslogik zeitlich, logisch und systematisch voran.
- Bei einer Wahl zwischen den beiden derzeitigen Gebührenordnungen dürfte der EBM im System der GKV mit rund 72,5 Mio. Versicherten gegenüber der GOÄ – zumindest in den Augen der Befürworter einer einheitlichen Gebührenordnung – Priorität haben. Im Fall der GOÄ als einheitliche Gebührenordnung hingegen bestünde wegen deren Einzelleistungsvergütung für die GKV die Gefahr einer erheblichen Mengenausweitung mit einem entsprechenden (zusätzlichen) Ausgabenwachstum.
- Eine einheitliche Gebührenordnung mit dem Regulierungsapparat des EBM (Budgetierung, Mengenbegrenzungen, Abstaffelungen etc.) wirft zahlreiche Fragen unter anderem nach Kompensationszahlungen für die Leistungserbringer auf. Ohne Kompensation würde die Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen. Die Versorgungslandschaft würde (weiter) ausgedünnt, die Versorgungsqualität entsprechend sinken.
- Alternativ käme es – falls Honorarkürzungen politisch nicht mehrheitsfähig sind – zu einer Mehrbelastung der Beitragszahler. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die (ambulant) Mehrumsätze der PKV-Versicherten tragen. Der Beitragssatz zur GKV würde sich um etwa 0,46 Prozentpunkte auf rund 16 % erhöhen.
- Die Folge einer in einer einheitlichen Gebührenordnung inkludierten Mengensteuerung und Budgetierung nach Vorbild des EBM im GKV-System wäre ein sich schnell entwickelnder neuer Markt für „Premiumpatienten“. Denn niemand kann der PKV oder Ärzten – auch nicht der Gesetzgeber – verbieten, neue Zusatzangebote auf den Markt zu bringen, die zum Beispiel einen Honorarzuschlag auf die einheitliche Vergütung nach sich ziehen würden. Teil dieses Zusatzangebotes könnte explizit oder implizit unter anderem auch eine kürzere Wartezeit sein. Diese Entwicklung hat sich auch in der Schweiz und in den Niederlanden ergeben, nachdem dort ein einheitlicher Versicherungsmarkt vom Gesetzgeber initiiert wurde.
- Das deutsche Gesundheitssystem weist im internationalen Vergleich durchgängig die geringsten Wartezeiten auf Arzttermine auf. Schon rein rechnerisch ist fragwürdig, was eine einheitliche Gebührenordnung verbessern könnte. Rund 10 % Privatversicherte können die Wartezeiten der 90 % gesetzlich Versicherten substantiell nicht verkürzen.
- Nicht das Nebeneinander von EBM und GOÄ, sondern die GKV-Budgetierung der ärztlichen Vergütung führt zu Wartezeiten – insbesondere am Ende des Quartals. Dieses „Quartalsphänomen“ wird von wissenschaftlichen Studien gestützt. Ende 2017 haben Gesundheitsökonominnen auf Basis von Daten der Techniker Krankenkasse Zahlen vorlegen können, die zeigen, dass Ärzte immer am Ende eines Quartals weniger Patienten für einen Routine-Termin annehmen. In der Konsequenz würden auch im Fall einer einheitlichen Gebührenordnung quartalsbedingte Wartezeiten entstehen, sofern diese – analog zum EBM – weiter mit Mengensteuerung und Budgetierung operiert.
- Die derzeitigen Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten bieten unter Versorgungsaspekten keinen relevanten Anlass für eine einheitliche Gebührenordnung. Auch bei Fortbestehen der beiden Gebührenordnungen gäbe es Möglichkeiten, die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten zu verkürzen. So könnten zum Beispiel selektive Verträge bestimmte Wartezeiten bindend vorsehen. Zudem könnte eine Änderung der quartalsbezogenen Pauschalen bestimmte fachärztlicher Leistungen die Wartezeiten verkürzen. Auch eine Reform der Bedarfsplanung könnte zur Verkürzung der Wartezeiten beitragen. Die Bedarfsplanung sollte zielgerichtet, bevölkerungsorientiert und sektorübergreifend ausgerichtet sein. Dabei ist das Morbiditätsniveau zu berücksichtigen.
- Die These, eine einheitliche Gebührenordnung würde Anreize schaffen, dass sich Ärzte stärker in strukturschwachen Regionen mit relativ wenig Privatpatienten niederlassen, überschätzt die Bedeutung der Honorare für die Standortwahl niedergelassener Ärzte. Für die Niederlassungsentscheidungen der ambulant tätigen Ärzte spielt, das zeigen Ergebnisse zahlreicher wissenschaftlicher Studien, das Umfeld für die Familie, Berufsalternativen für den Partner, Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für Kinder, Verkehrsstruktur und Freizeitangebote eine viel entscheidendere Rolle.
- Der gute „Zustand“ des deutschen Gesundheitssystems schließt nicht aus,

dass das Gesundheitssystem noch zahlreiche Möglichkeiten, insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren, für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung bietet. Zu den hierzu erforderlichen Reformen gehört eine einheitliche Gebührenordnung jedoch eindeutig nicht. Die Debatte um eine einheitliche Gebührenordnung lenkt eher von den eigentlichen Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten des deutschen Gesundheitswesens ab.

- Die Vereinheitlichung der kassen- und privatärztlichen Vergütungen wäre zudem aus rechtlicher Sicht ein verfassungswidriges und gegebenenfalls auch ein europarechtswidriges Unterfangen. In die Vertragsfreiheit der Versicherten und in die Berufsfreiheit der Ärzte sowie der Krankenversicherer würde eingegriffen werden, ohne dass ausreichende Rechtfertigungsgründe ersichtlich wären, die den Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts genügen würden.
- Mit der Vereinheitlichung der kassen- und privatärztlichen Vergütungen würde ein Mischsystem geschaffen,

das auch unter Gleichheitsgesichtspunkten ebenso wie unter dem Aspekt der Systemstimmigkeit erhebliche Fragen aufwürfe. Überdies ließe sich die Vereinheitlichung der Vergütungen ohne eine grundlegende Umgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bereich der GKV (Erweiterung der Legitimationsbasis oder Verstaatlichung) nicht realisieren.

Fazit: Die Forderung nach einer einheitlichen Gebührenordnung ohne Mengensteuerung und Budgetierung nach dem Vorbild der Einzelvergütung in der Gebührenordnung für Ärzte birgt für den Gesetz- und Verordnungsgeber das Risiko von Kosten- und Beitragssatzsteigerungen. Auch mit Blick auf die 40 %-Grenze, die die Sozialversicherungsbeiträge in der Summe nicht übersteigen sollte, schüfe eine derartige „Vereinheitlichungsrichtung“ eher Probleme als Probleme zu lösen. Mit Blick auf die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfte eine einheitliche Gebührenordnung sich vielmehr an den Mengen- und Preisregulierungen des GKV-Systems orientieren. Dies würde der

medizinischen Infrastruktur in der Folgezeit nicht nur erhebliche finanzielle Mittel entziehen, sondern auch einen ordnungspolitischen wie rechtlich fragwürdigen Systembruch bedeuten. Zugleich würde man dem „Ideal“ der Gleichheit nicht näher kommen: In der Folge würde sich schnell ein neuer Zusatzversicherungsmarkt etablieren, der all diejenigen Leistungs- und Preisdifferenzierungen erneut wiedereinführt, die vom Gesetz- und Verordnungsgeber durch die einheitliche Gebührenordnung gerade vermieden werden sollten.

Hinweise zu den Autoren

Dr. Rainer Hess,

Rechtsanwalt, verantwortet insbesondere Abschnitt 2.

Prof. Dr. Volker Ulrich,

Universität Bayreuth, und

Prof. Dr. Eberhard Wille,

Universität Mannheim, verantworten insbesondere Abschnitt 3.

Prof. Dr. Gregor Thüsing,

Universität Bonn, verantwortet insbesondere Abschnitt 4 (mit Ausnahme 4.3).

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger,

Universität Augsburg, verantwortet insbesondere Abschnitt 4.3.

Günter Danner¹

„EU-Vertiefung“, Subsidiaritätsgebot und das deutsche soziale Gesundheitswesen 2018

Vorbemerkung und Problemeinführung

Die EU durchlebt seit Jahren eine Phase existentieller Krisen. Dabei gerät das doch einst projekt- und visionssteuernde Modell einer epochalen Friedenssicherung sowohl inhaltlich als auch in der praktischen Problembeherrschung und nicht zuletzt bei der Vermittlung von selbsterhaltender Überzeugungsarbeit allmählich in ernste Bedrängnis. Zeitgleich und davon wie abgekoppelt, nehmen die Ansätze zur direkten und indirekten Vergemeinschaftung stark zu. Dies führt zu einer quantitativen Ausweitung einer indirekt vergemeinschaftungsbegünstigenden Gesetzgebungsaktivität in allen üblichen Stadien in auffälliger Korrelation zum Verlauf der Euro- und Schuldenkrise.

Die Vorgehensweise wurde und wird ablauftechnisch u.a. dadurch begünstigt, dass die seit 2011/2012 laufend weniger erwähnte Subsidiaritätsbindung seitens des betroffenen Nationalstaates, hier insbesondere seitens Deutschlands, kaum mehr aktiv und beharrlich eingeworben wird. Leitmotiv „Brüssels“ ist dabei weniger der „große Wurf“, etwa im Wege von Vertragsänderungen, für die ohnehin kaum Aussicht auf Mehrheiten bestünde, sondern die Erlangung von gegenwarts-

und zukunftsrelevanter Definitionsmacht. Gelänge dies vollumfänglich, wäre der Anschein einer fortbestehenden subsidiären Bestimmungshoheit zwar gewahrt, jedoch würden die Inhalte des somit geregelten Sachverhaltes weitgehend durch die Kommission (mit)bestimmt.

Flankiert werden diese Bemühungen durch mehr oder weniger konkrete Vergemeinschaftungsansätze, man denke an das Abschleifen von nationalen Strukturbesonderheiten (Freiberuflichkeit), die latente Mitgestaltungsmacht im Wege neuer Zusammensetzungen „kommitologischer“ Entscheidungsprozesse, das Streben nach Erschließung eigener Direktquellen oder die flankierende Institutionsbildung aus behaupteter sachlicher Notwendigkeit, wie bei der „europäischen Arbeitsbehörde“. Dies vollzieht sich vor einem Hintergrund wachsender Problematik rein subsidiärer Lösungen im Sozialstaat in sämtlichen überschuldeten Eurozonenstaaten. Sehr im Unterschied zu Deutschland ist dort die grundsätzliche Neigung vergleichsweise hoch, sich die kaum oder gar nicht mehr bezahlbaren Soziallasten „irgendwie“ quersubventionieren zu lassen.

Nach Jahren heftiger Kritik aus eben jenen Ländern, angeblich sei ja die „aufoktroierte“ Sparpolitik (Austerität) das eigentliche Übel, möchte Brüssel angesichts wachsender Ablehnung „Europas“ hier punkten. Eine zwar definitions- und inhaltsarme Verheißungspolitik, neuerdings ange-

reichert um nicht in einem Leistungskatalog fixierbare „wünschenswerte“ soziale Wohltaten sollen die EU-Ebene verstärkt als „Garant für eine bessere soziale Zukunft“ auch dort erscheinen lassen, wo der Nationalstaat mangels finanziellen Handlungsspielraumes zu versagen droht. Setzt sich diese Tendenz ungebremst fort, droht unserem System die schleichende oder auch plötzliche strukturelle Isolierung samt wachsendem Anpassungsdruck.

Sozialökonomische Umfeldbedingungen, Aspekte der Sozialstaatsstruktur und Vergemeinschaftungspolitik aus Brüssel

Deutschlands Sozialsystem steht mittlerweile strukturell weitgehend allein im EU Umfeld. Die Kernelemente, Selbstverwaltung statt Direktregie durch den Staat, ein Beitragssystem mit weitreichender Finanzautonomie der selbstverwalteten Kostenträger statt Abhängigkeit vom Steueraufkommen und der jeweils vorherrschenden politischen Verteilungspräferenz der amtierenden Regierung sowie vertragsgestützter Leistungseinkauf statt Anordnungswirtschaft benennen nur einige Punkte, an denen unser System vom EU-Mehrheitsmodell abweicht. Die seit Jahren feststellbare EU-Ernüchterung infolge der - trotz gegenteiliger Verlautbarungen bis an die Grenze der Glaubwür-

¹ Der Verfasser ist Stv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel und Persönlicher Referent und Berater des Vorstands der TK in Hamburg. Der Beitrag gibt seine Meinung wieder.

digkeitsschwelle – unbewältigten Schuldenkrise der öffentlichen Hand in der Eurozone ist verknüpft mit dem auch bei uns bestehenden Mehrheitswunsch, „das EU-Projekt“ nicht scheitern zu lassen.

Als Folge fehlt dem EU Projekt sachlich-fundierte, ja wohlwollende Kritik. Über Jahre wurde nahezu jede solche Herangehensweise aktiv vermieden. Nunmehr haben neue Parteien und Bewegungen von rechts oder links mit eher radikalen Ansätzen dieses Handlungsfeld weitgehend besetzt. Trotz eindeutiger Versäumnisse ist das EU-Modell keineswegs an allen kritikwürdigen Zuständen schuld. Ursache der Schuldenmisere sind im Finanzbereich eindeutig nationales Fehlverhalten und unverantwortliche Politik auf nationaler Ebene. Allerdings steht diese wohl in engem Zusammenhang mit der Instrumentalisierung der finanzwissenschaftlich eher als technischer Faktor zu bewertenden „gemeinsamen Währung“, des Euros, zur politisch geradezu ersetzenden Verbindungsclammer der Eurozone. Mithin verzichtete man 2010 ff darauf, die harten eigenen Solvenzregeln des Maastrichter Vertrages strikt anzuwenden und begnügte sich mit Anstrengungen zur Rettung des Euro-Außenwertes.

Seither folgten in Gestalt der zahllosen Rettungspakte, Stabilisationsmechanismen der Versuch, überschuldeten Eurostaaten das weitere Schuldenmachen auch marktfremd zu ermöglichen. Mithin wurde das Ziel „Schuldenabbau und Wiedererlangung des Marktzugangs“ ersetzt durch „Erhalt der Neuverschuldungsfähigkeit“, notfalls auch durch den Umweg der EZB, die bis heute behauptet, mit ihren milliardenschweren Ankaufsprogrammen die „Deflation“ zu bekämpfen.² Auch die

2 Aktuell hierzu: ntv online 22.01.2018 „EZB kauft immer mehr Südeuropa-Anleihen“. Siehe auch die EZB Darstellung „Wie funktioniert das Programm zum Ankauf von Vermögenswerten“ <https://www.ecb.europa.eu/explainers/tell-me-more/html/app.de.html>

strategische Politikdimension wendet sich nach vorn. Zeitgleich und als Reaktion auf wachsende Kritik am Istzustand in Brüssel wird die „Weiterentwicklung“ der Eurozone trotz beachtlicher ökonomischer, politischer und rechtlicher Hürden zumindest verbal angestrebt. Dies könnte darauf hindeuten, dass in der gegenwärtigen Vorgehensweise noch eine Vielzahl von Lösungsoptionen ruhen, die infolge fehlender Vergemeinschaftung oder Vertiefung noch nicht ausgeschöpft werden konnten.

Bei näherer Betrachtung wirkt der Vorrat an belastbaren Gemeinsamkeiten zwischen den EU-Mitgliedstaaten jedoch durchaus schmal. Die Verteilung von Geben und Empfängern befindet sich ebenso in einer Schieflage, wie das Vermögen, auf akute gemeinsame Reaktionszwänge sachgerecht und kurzfristig zu antworten. Schon diese verzögerte Reaktionskraft stellte das Superstaatskonstrukt der EU eigentlich infrage. Gerade aus deutscher Sicht wachsen hier jedoch offenbar Zweifel, nicht nur als Folge einer nunmehr politisch existenten, wenngleich inhaltlich sozialökonomisch oft eher kontur- und detailarmen Kritik aus dem neuen rechten Spektrum.

Subsidiarität im Sozial-schutz bewahren und nicht anti-europäisch sein – geht das?

Deutschland hat, im Unterschied zu anderen EU-Staaten, etwa Schweden, früher kaum eine konstruktive EU-Kritik ausgebildet. Auf den Spuren der dankbaren Suche nach politischer Reintegration hatte man in den 50er und 60er Jahren geradezu die Überzeugung gewonnen, nur als stets aktiv bekundender Pro-Europäer auch deutsch sein zu können. Die keineswegs im Kreise der EWG-Partner unumstrittene Wiedervereinigung bestätigte die deutsche

Politik in diesem Kurs. In praxi verhielt man sich durchaus oft anders: Deutschland galt früher nicht eben als Musterland bei der raschen Umsetzung von EU-Richtlinien. Mit Hinblick auf unser Sozialsystem war „Subsidiarität“ früher als Leitmotiv stets präsent. Erst mit der nicht ohne Panik ablaufenden „Eurorettung“ ab 2010 hat sich dies geändert. Bis heute hat es keine politische Bewertung der Sinnfälligkeit der marktfernen Rettungsmaßnahmen seit diesem Zeitpunkt gegeben.

In der medialen Darstellung fällt auf, dass man nachdrücklich bemüht ist, Erfolge der vergangenen Jahre auch dort festzustellen, wo finanzwissenschaftlich eigentlich - wie im Falle Griechenlands – keine Hoffnung mehr bestehen kann.³ Fakt ist, Griechenland hat rund 343 Mrd. Euro Staatsschulden. Binnen einer Minute baut Deutschland etwa 40.000 Euro Schulden ab und Griechenland über 20.000 Euro auf.⁴

Für Athen und Brüssel steht jedoch einiges auf dem Spiel: Das eigentlich „so niemals gewollte“ und dann doch beschlossene dritte Griechenland Hilfspaket läuft im August 2018 aus. Griechenland soll sich nunmehr wieder „am Markt“ refinanzieren können und braucht dazu sowohl vertrauensselige Gläubiger, als auch ausländische Direktinvestitionen. Insbesondere die Letztgenannten sind durchaus rar. Seit 2016 strebt die EZB ja danach, wieder griechische Staatstitel als „Sicherheit“ im Rahmen des Aufkaufprogramms zu erwerben. Das ist seit rund zwei Jahren im Gespräch und dürfte spätestens mit der

3 vgl. Tagesschau vom 23.04.2018 „Griechenland übertrifft Vorgaben“ und habe „einen Überschuss von gut sieben Mrd. Euro“ erzielt. (Gemeint ist hier der haushaltsstatistisch verwendete sogenannte Primärüberschuss unter Ausblendung sämtlicher Verbindlichkeitsdienste). Völlig anders in der Analyse Richard Fraunberger in FAZ vom 19.04.2018 „Das Elend der Griechen“ mit einer schonungslosen Detailbetrachtung zur Syriza-Misswirtschaft, neuer Korruptionsstränge und weitgehender medialer Irreführung zur ökonomischen Lage.

4 Vgl. Eurozone Debtclock smava; Eurozonen Echtzeit Schuldenuhr.

als „Erfolg“ darzustellenden Rückkehr des dann höher verschuldeten Griechenland an den Kreditmarkt Realität werden. Bei seiner Bewertung des Jahresberichtes 2016 der EZB gab es entsprechend widersprüchliche Einlassungen. Einmal wurde das „Verbot der monetären Staatsfinanzierung“ betont, jedoch zugleich gefordert, dass die EZB künftig auch griechische Papiere kaufen solle. Wohin die vielerorts angestimmte „Vertiefung der Eurozone“ vor diesem Hintergrund führen mag, ist unter dem Blickwinkel der Griechenlandpolitik pars pro toto auch für die Zukunft unseres sozialökonomischen Umfeldes relevant. Gerade wenn man begreift, dass „Griechenland“, wie problematisch die Lage dort auch sein mag, aus sich heraus keine Systemgefährdung für die deutsche Volkswirtschaft darstellen kann.

Dies sieht in Italien etwa ganz anders aus. Binnen 20 Minuten steigen dort die öffentlichen Verbindlichkeiten um rund 1,6 Millionen Euro. Ein weitgehend maroder Bankensektor mit „faulen“ Krediten im Umfang von rund 300 Mrd. Euro tritt ebenso hinzu, wie eine tiefgehende Verflechtung anderer Banken in die italienische Geldwirtschaft.⁵ Besonders Frankreich dürfte betroffen sein, das sich nach wie vor rascher neu verschuldet, als Italien.

Politikum „Vertiefung der Eurozone“ Substanz und Bedeutung für Sozialpolitik

Die insbesondere vom neuen französischen Präsidenten ins Spiel gebrachten Ansätze für eine „Vertiefung der Eurozone“ sind bei näherer Betrachtung eher durch symbolische Gesten, als durch inhaltliche Veränderungen bestimmt.

5 Anja Ettl und Holger Zschäpitz in „Die Welt-Online“ vom 18.01.2018 „Für Europas Banken stehen 950 Mrd. EUR auf der Kippe“.

Die Personifizierung des „gemeinsamen Eurozonen Finanzministers“ wird angesichts der bestehenden Rechtslage ohne Vertragsänderungen mit den sie begleitenden Problemen kaum zu konkreten Ansätzen führen. Politische Macht, etwa im Haushaltsrecht der nationalen Parlamente ist eben nicht so einfach zu vermehren wie der Kreis der repräsentativ in Brüssel Tätigen. Zudem bestünde aus deutscher Sicht die Gefahr, eines ungewollten Abgleitens in immer neue Haftungshorizonte. Eine offiziell eingestandene und gar politisch daheim zu begründende Haftungs- und Schuldenunion wäre derzeit nicht eben unproblematisch zu vermitteln. Angesichts des wachsenden Gefälles bei den individuell verfügbaren Versorgungs- und Sozialperspektiven zwischen den Mitgliedstaaten, dürfte der soziale Sektor davon sehr rasch erreicht werden. Gerade hierbei gibt es Probleme, auch wenn „Brüssel“ durchaus Chancen sehen mag.

Die für eine echte „Vertiefung“ der Eurozone – oder der EU insgesamt, dies bleibt meist schwammig – vermutlich unverzichtbare erhöhte Vergleichbarkeit existentieller sozialökonomischer Perspektiven der individuellen EU-Staatsbürger entwickeln sich derweilen rasant auseinander. Dies führt in den bestimmten Eurostaaten zu unterschiedlichen Formen des Niederganges der sozialfinanzierten Gesundheitsversorgung in Gegenwart und Zukunft. Die mit den verschiedenen Mechanismen der „Eurorettung“ verknüpften Sparauflagen zur Haushaltssanierung zeigen die Verschiedenartigkeit der innereuropäischen Wahrnehmung deutlich. Sie sind, etwa bei uns, zur politischen Begründung des kostspieligen Rettungsgeschehens unverzichtbar. Hingegen hat „EU-Brüssel“ selbst längst eine mehrschichtig nachweisbare Flucht nach vorn angetreten. Neben dem manifesten Wunsch nach vielen

neuen – darunter früher politisch kaum vorstellbaren – Vergemeinschaftungszielen werden mit großem Aufwand kompensatorische „Sozialbotschaften“ verbreitet. Gern sähe man sich als das Ideenzentrum für eine qualitative Kurskorrektur der Wertigkeit europäischer Sozialzustände. Immerhin nehmen die national ausgesendeten Botschaften zu, dass „Subsidiarität“ in vielen Mitgliedstaaten angesichts unbewältigter Schuldenprobleme, bis zur Grenze des partiellen Staatsversagens, kaum mehr als Wert an sich betrachtet wird. Neben eher für die Galerie konstruierten Projekten, etwa der definitionsarmen und kaum mit handfesten Zustands- oder Leistungsverbesserungen verknüpften Verheißung einer „europäischen Säule sozialer Rechte“, fällt eine technisch orientierte Kleinteiligkeit Brüsseler Aktivitäten auf. So soll „Normierung“, eventuell auch ärztlicher Tätigkeit ebenso für mehr Strukturidentität sorgen, wie eine neuerliche Inangriffnahme des deutschen Rechtsstatus der Freiberufler oder eine technisch-prozessual begründete engere Vernetzung strukturell stark unterschiedlicher Sozialsysteme im Gesundheitsbereich durch Vereinheitlichung oder zumindest Annäherung bislang eher systeminterner Datenflusskapazitäten. Neue Vereinheitlichungsansätze zeigen sich schließlich beispielsweise auch im Bereich „Health-Technology-Assessment“ (HTA), dessen derzeit in der Entwicklungsphase befindlicher Europäisierungsansatz zumindest aus unserer Sicht, die Gefahr erhöht, mit einer „EU-Lösung“ zwar mehr Brüssel im Geschäft zu haben, jedoch möglicherweise deutlich niedrigere Standards, als dies bislang der Fall ist. Zudem droht eine schleichende Entnationalisierung von administrativ-technischen Kontrollprozessen, auch durch die angedacht starke Rolle der EU-Kommission in der künftigen Praxis.

WIEVIEL EUROPA VERTRÄGT UNSER GESUNDHEITSWESEN?

Der einst, man denke 15–20 Jahre zurück, subsidiaritätsfixierte deutsche Nationalstaat zeigte sich dabei in den vergangenen Jahren in der Zwickmühle. Es galt, zwischen einem Erhalt des Euroaußenwertes und des heutigen EU-Modells und dem Risiko einer denkbaren Schwächung der Brüssel-Idee abzuwägen. Dabei ging man juristisch sehr weit, weiter jedenfalls, als es den Schöpfern der im Maastrichter Vertrag begründeten Währungsunion jemals eingefallen wäre. Subsidiarität war demzufolge jahrelang eher eine unbequeme Mahnung beim Abnicken zahlloser kosten- und verpflichtungstreibender Rettungspakete. Vermutlich wäre es ohne die emotionale Verschärfung des EU-Problems durch die Flüchtlings- und Migrationskrise kaum dazu gekommen, dass allmählich bei uns der Gedanke einer Bewahrung subsidiärer Gestaltungspotentiale und Systemmerkmale im Sozialschutz wieder an Tragfähigkeit gewinnt.

Dabei ist die Problematik eines freizügigen „Wegzeichnens“ nationaler Gestaltungs- und Strukturbesonderheiten im Sozialschutz in ihrer politischen Ambivalenz noch unvermindert aktuell. Positive Botschaften zu „Europa“, oft leider egal welcher inhaltlichen Qualität und sachlichen Trennschärfe, sind für viele Politikerinnen und Politiker, zumal der Regierungsparteien, geradezu eine Verpflichtung. Im jüngsten Koalitionsvertrag steht das Thema „Europa“ in sämtlichen semantischen Variationen quantitativ an erster Stelle. Auffälligerweise entsprach dies kaum so dem Wahlkampfgeschehen, wenn man von den, teilweise persönlich bedingten, Themenpräferenzen des eher tragischen SPD-Kanzlerkandidaten Martin Schulz einmal absieht.

Dies wurde und wird aktuell auch stark medial mit einer angeblich ausgemachten dominierenden EU-Präferenz des französischen Präsidenten Emmanuel

Macron verknüpft, der mal nach einem großen Zukunftsexposé auf „deutsche Antworten“ wartet, mal „unsere Hilfe“ dabei braucht, EU-Europa entscheidend „voran“ zu bringen. Welche Richtung Macron hier vorschwebt, welchen Grad an europarechtlich fundiertem Realismus seine Vorstellung überhaupt haben, und schließlich, ob sie nicht auch innenpolitisch – seine eigentliche Baustelle – und somit eher „französisch“ gedeutet werden können, steht dabei ziemlich im Hintergrund.

Faktisch sieht die Politik der „Groko“ dann eher reserviert aus, wenn es um Quantensprünge einer Überwindung bisheriger nationaler Zuständigkeitsgrenzen für europäische Politikformulierung ginge. Nicht anders bei Macron, dessen wesentlich nationalbewussterer Staat eine Preisgabe von Rechtssetzungskompetenz an Brüssel kaum politisch riskieren könnte. Wohin sich die EU denn überhaupt entwickeln soll ist ebenfalls weitgehend unklar. Das aus intranationalstaatlicher Kooperation unter partieller konsensgebundener Vertiefung gemeinsamer Zuständigkeiten langsam entstandene Modell bräuchte dringend eine Richtung. Offenbar, nimmt man die vermehrt EU-kritischen Wahlergebnisse in den Mitgliedstaaten einmal unvoreingenommen auf, wird an vielen Stellen dabei eine andere Richtung gewünscht, als eine Vertiefung dessen, was die Kommissionen Santer, Barroso und Juncker seit über zwei Jahrzehnte vorhalten.

Angesichts der sozialen Perspektivgefälle, der unvermindert unterschiedlichen Grade an Rechtsstaatlichkeit, eines massiven Kommunikationsproblems der grundlegenden EU-Werte an verschiedene Völker oder Bevölkerungsteile, wirkt das gegenwärtige Vertiefungsvorhaben geradezu in Teilen weltfremd. Die Schwächung ohnehin schwacher Personenkreise, sei es als direkte Folge

Brüsseler und nationaler Politik, sei es durch Ausblenden wachsender sozialer Probleme auf deren alltäglicher und praktischer Ebene, fernab der großen Reden, wurde durch die mit der Migrationsproblematik verknüpfte Wahrnehmung einer massiven Ressourcenkonkurrenz, etwa in Sozial- oder mehr noch in Fürsorgesystemen, verschärft.

Auch bei uns, im ökonomisch starken Deutschland mit einem beispielhaften sozialfinanzierten Gesundheitssystem, wachsen Armut und soziale Benachteiligung. Die Wahlreaktionen sind entsprechend: die Volksparteien verlieren an Zuspruch, Wählerwanderungen von ganz links nach ganz rechts offenbaren einen teilweisen Verlust bisheriger „Stammwähler“ für etablierte Parteien, auch bei noch bestehender „Schönwetterlage“. Schwankungen in der Leistungsfähigkeit der heimischen Sozialsysteme sind in vielen EU-Staaten ursächlich für Vertrauensverlust in Parteien, ja in die Demokratie schlechthin. Wer also soziale Perspektiven sichern, erhalten oder zukunftsfest machen möchte, sollte sich schon sicher sein, dass die dafür bemühten politischen Instrumente die faktischen komplizierten Gegebenheiten dieser Systeme hinreichend berücksichtigen. Strukturveränderungen im Sozialsystem sind als evolutionäre Anpassung an veränderte Grundgegebenheiten oft zwingend. Verbesserung der politischen Tagespräsentation, gar für die rasche Tagesschaunachricht als politischer Aktivitätsnachweis, taugen sie oft nicht. Wer jedoch sein Sozialsystem, auch und gerade im Sektor „Gesundheit“ mit seinen nahezu alltäglichen Systemkontakten, stärken möchte, kommt um den vorsichtigen Umgang mit bewährten Strukturen nicht herum.

Unser System hat zahlreiche besondere Strukturmerkmale, allen voran den relativ höheren Grad an Staatsferne, dargestellt durch eine lebendige Selbstverwal-

tung. Diese wirkt sowohl auf der Ebene der Versichertenvertreter/Sozialpartner in der Steuerung von Kostenträgern und Verbänden, als auch auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung etwa zwischen ärztlichen Leistungserbringern und Krankenkassen. Daraus quasi abgeleitet finden sich Besonderheiten, die unmittelbar auf die Stetigkeit der Versorgungsqualität ebenso einwirken, wie sie die Teilhabe des sozialversicherten Patienten an den wissenschaftlichen Durchbrüchen der Medizin sicherstellen. Eine im EU-Vergleich – und darüber hinaus – so nahezu unbekannt Wahlmöglichkeit sozialversicherter Patientinnen und Patienten, etwa bei der Arztwahl, unterscheidet uns in Deutschland etwa grundsätzlich von allen Staatsbürgerversorgungsmodellen der traditionell „hochsozialen“ skandinavischen Staaten.

Im Lichte der systemimmanent organisierten Refinanzierung des GKV-Systems tritt ein Faktor hinzu, der im EU-Umfeld heute sehr beachtlich ist: die Mittel des Systems sind bewirkt und vereinnahmt, bevor sie ausgegeben werden. Mithin findet keine durch indirekte Verschuldung – etwa beim eigenen Staat – ermöglichte Refinanzierung statt. Der Erhalt dieser Systembesonderheiten kollidiert seit einiger Zeit zunehmend mit neuen EU-Rechtssetzungsvorhaben sowie der schwammig formulierten Politik einer schrittweisen Vergemeinschaftung von bisher subsidiär, d.h. in nationaler politischer Gestaltungshoheit, verantworteten Politik. Hier durchaus Vergemeinschaftung zu bremsen und Subsidiarität zu stärken ist keineswegs anti-europäisch. Nur ein funktionierender nationaler Sozialstaat bei uns stärkt das Vertrauen der Menschen in ihre soziale Zukunft. Formen einer notgedrungenen und nicht offiziell erklärten schleichenden Strukturanpassung unterschiedlicher Sozialsysteme sind daher in

letzter Konsequenz eher dem Friedensprojekt Europa abträglich.

Subsidiarität und sozialrechtlicher Strukturertalt

Das Friedenswerk „Europa“ benötigt zur Wiedererlangung verlorengangener öffentlicher Sympathie funktionierende Sozialmodelle in verlässlicher Alltagsqualität. Weder verbreitete Schattenwirtschaft noch partielles Staatsversagen liefern dafür den geeigneten Hintergrund. Eine schleichende Anpassung nach unten wäre gerade bei uns in Deutschland für den EU-Gedanken fatal. Angesichts der Strukturunterschiede zwischen den EU-Sozialwelten sind hier Vergemeinschaftungstendenzen überaus gefährlich. Funktioniert ein Sozialsystem ökonomisch abgesichert und sozialrechtlich verlässlich, so leistet es einen wesentlichen Beitrag zur Demokratiestabilisierung. Im Umkehrschluss befördern existentiell gefährdete Sicherungssysteme den Vertrauensverlust in das politische System.

Soziale Gesundheitssysteme im Fokus der Politik – das Beispiel Österreich

Österreich bietet derzeit ein überraschendes Szenario innenpolitischer Machtpolitik. Der ressortzuständige Koalitionspartner FPÖ, vertreten u.a. durch die Sozialministerin Beate Hartinger-Klein, möchte nicht nur die Allgemeine Unfallversicherung als Säule abschaffen, sondern in der GKV gleich sowohl die Selbstverwaltung aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern ebenso abschaffen, wie die Beitragsfinanzierung. In erstaunlichem Unterschied zu den Systemzuständen in allen steuerfinanzierten EU-Modellen mit ihren endlosen Wartelisten und der mittlerweile

weitflächigen Mangelsteuerung, gilt den bekennenden Rechten Österreichs der qualitativ untadelige Ruf ihres bewährten Sozialmodells offenbar wenig.

Die Debatte ist bestimmt durch politische Einflusswünsche der FPÖ-Vertreter auf die Arbeits- und Wirtschaftskammern, wo sie eher ein Schattendasein fristen. Wäre da nicht die grundsätzlich EU-kritische Einstellung der FPÖ, so könnte man geradezu vermuten, dass Brüssel in seinem Bestreben nach Herbeiführung von verstärkten Strukturähnlichkeiten hier die Hand hätte führen können. Würde die österreichische Selbstverwaltung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern tatsächlich abgeschafft, so deutet keine Evidenz darauf hin, dass ein österreichisches steuerfinanziertes Staatsmodell auf Sicht anders fahren würde, als diejenigen, die in der EU schon heute so betrieben werden.

Für Verschiebebahnhöfe bei öffentlichen Ausgaben eröffnete sich ein neuer Horizont ebenso, wie für eine politisch kurzzeitwirksame Verknüpfung aus Versorgungsplanung und Wahltermin. Diese Erscheinungen sind aus allen EU-Staatsmodellen bekannt und würden sich, mutatis mutandis, in Österreich ebenso einstellen. Aus deutscher Sicht wäre diese Entwicklung schon deshalb gefährlich, weil sie uns systemarchitektonisch in der EU in völliger Vereinzelung zurückließe. Ob die neue „Groko“ hier langfristig den Willen aufbringt, dem dann steigenden Veränderungs- oder Anpassungsdruck zu widerstehen, wäre zu hoffen, jedoch nicht garantiert.

Fazit

Die Leistungsfähigkeit eines sozialfinanzierten Gesundheitssystems bemisst sich nicht sinnstiftend nach der Papierform zugänglicher Versorgungsformen bei 32 ausgewählten Krankheiten, die unbehandelt zum Tode führen würden, wie dies

Christopher Murray von der Universität des Staates Washington in Seattle im vergangenen Jahr versuchte. Seine Resultate sprechen für sich: Deutschland landete – hinter Andorra und Griechenland (sic!) – auf Platz zwanzig.⁶ Vielmehr gilt es, die real existierenden und alltäglich verfügbaren Versorgungsformen angereichert um die Mitgestaltungsmöglichkeiten der sozialversicherten Patienten und deren automatische Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt ebenso einzubeziehen, wie die tatsächliche Verfügbarkeit des sozialrechtlich Zugesagten. Dies ist in

6 Spiegel online Gesundheit vom 19.05.2017, „Deutschlands Gesundheitssystem landet auf Platz 20“

vielen EU-Staaten keineswegs gesichert. Unser deutsches System, wie auch dasjenige in Österreich, ist eine Strukturbesonderheit mit positiven Rückkoppelungen für den Kreis der von ihm geschützten Personen. Stabilisiert die nationale Politik nun ein gut funktionierendes Sozialmodell, so mehrt sie das Vertrauen von Millionen in die eigene Zukunft. Zusammen mit den zweifelsfrei ökonomisch positiven Aspekten „Europas“ als erweiterter Raum für Investitionen, Arbeit und Produktivität, bildet der Sozialschutz einen wichtigen Teil unserer gesellschaftlichen Zukunft. Ein Rundblick in der EU zeigt, dass unsere Systemstrukturen hier vorteilhafter sind, als diejenigen anderer.

Mithin sollte die eigene Politik bemüht sein, in subsidiärer Gestaltungshoheit die bewährten Strukturen zu erhalten und verstärkt die europarechtlich verbrieftete Subsidiarität in der Behandlung systemrelevanter wieder einzuwerben. Dies stabilisiert unser System und dient damit zweifelsfrei auch dem europäischen Gedanken.

Autor:

M.A. Ph.D. Günter Danner
Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung
Rue d' Arlon 50
B-1000 Brüssel

1. GRPG im Dialog: Perspektiven der Gesundheitspolitik – zwischen Pflicht und Kür

Wann: 4. Juli 2018, 18 bis 22 Uhr

Tagungsort: Microsoft Berlin, Atrium Unter den Linden 17, Eingang Charlottenstraße 46, 10117 Berlin

Gesundheitspolitik bewegt sich allzu oft auf eingetretenen Pfaden. Die Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert bedarf jedoch neuer Perspektiven. Jenseits der gesundheitspolitischen Ziele, die für die laufende Legislaturperiode im Koalitionsvertrag festgeschrieben sind, geht es darum, im Dialog mit Abgeordneten neue Sichtweisen und unverbrauchte Ideen in die Diskussion einzubringen.

Vor diesem Hintergrund hat die GRPG die gesundheitspolitischen Sprecher der Fraktionen des Deutschen Bundestages und Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages eingeladen. Nach den Eingangsstatements der Parlamentarier/innen möchten wir im Rahmen einer Podiumsdiskussion gemeinsam mit Ihnen das Titelthema beleuchten.

Statements und Diskussion mit den Parlamentarier/innen

- Christine Aschenberg-Dugnus, FDP
- N.N., SPD
- Karin Maag, CDU/CSU
- Kordula Schulz-Asche, Bündnis 90 / Die Grünen
- Harald Weinberg, Die Linke

Moderator: Gerhard Schulte Ministerialdirektor a.D., Präsidiumsmitglied der GRPG

Im Anschluss ist für die Teilnehmer ein gemeinsamer Imbiss vorbereitet.