

Geschäftsführender Vorstand: D. SCHEWE, Min.-Dir. a. D., Vorsitzender — Dr. E. STANDFEST, Deutscher Gewerkschaftsbund, Stellvertreter — Prof. Dr. D. ZÖLLNER, Min.-Dir. a. D., Stellvertreter — Dipl.-Pol. H. EICHNER, Verwaltungsakademie des Hauptverbandes der gewerbl. Berufsgenossenschaften — Dipl.-Kaufm. A. SEFFEN, Institut der deutschen Wirtschaft. — Erweiterter Vorstand: D. AFFELD, Min.-Rat, Arbeitsministerium Nordrhein.-Westf. — K. H. BRAUER MdL, Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen der SPD — Dr. W. DETTLING, Min.-Dir., Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit — H. A. HÖRSKEN, Geschäftsführer der Sozialausschüsse der Christl.-Demokratischen Arbeitnehmerschaft — Dr. H. O. MESSEDT, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände — Dr. P. ROSENBERG, Min.-Dirig., Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung — Prof. Dr. F. RULAND, Stellv. Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger — A. SCHMIDT, Deutscher Gewerkschaftsbund — W. STEINJAN, Min.-Dirig. a. D. — Prof. Dr. M. WINGEN, Präsident des Stat. Landesamtes Baden-Württemberg — Dr. J. DOEHRING, Ehrenvorsitzender — H. LÜNENDONK, Ehrenmitglied

Arzt und Sozialstaat*

Von Prof. Dr. Hans F. Zacher, München

I. Das Thema

Arzt und Sozialstaat¹. Ist das nicht ein Thema voller Harmonie? Der Arzt als Helfer der Menschheit. Der Sozialstaat als Helfer seiner Bürger. Und nun beide zusammen. Ist das nicht die große Koalition der Wohltaten?

Aber haben Sie, als Sie dieses Thema gelesen haben, wirklich diese Assoziation gehabt? Haben Sie nicht vielmehr an die Lasten und Ärgernisse gedacht, die der Sozialstaat für viele Ärzte bedeutet? An den Alltagskram von Abrechnungen. An die vielen Vorschriften, die in die ärztliche Praxis hineinregieren. An die Politik, der der Sozialstaat zu teuer geworden ist, und die, was fehlt, zu Lasten der Ärzte sparen will. Haben Sie nicht an den Sozialstaat gedacht, dem eine öffentliche Meinung mehr Mitleid mit den jungen Ärzten ansinnt, welche die Universitäten verlassen, als mit den alten, die sich zwar ihre Praxen aufgebaut haben und die nun doch mit den Nachrückenden teilen sollen? Haben die Niedergelassenen unter Ihnen nicht daran gedacht, wie sehr sich das Arbeitsrecht dieses Sozialstaats um Ihre Mitarbeiter kümmert, und wie selten die Sonne des Sozialstaates auf die Selbständigen scheint?

Aber wenn nun nicht Sie mich eingeladen hätten, vor Ihnen über „Arzt und Sozialstaat“ zu sprechen, sondern etwa eine Gewerkschaft, dann würden die Zuhörer etwas ganz anderes erwarten. Sie würden nicht erwarten, daß ich den Sozialstaat in Frage stelle. Sie würden vor allem erwarten, daß ich die Ärzte in Frage stelle. Daß ich sage, wieviel sicherer als der Erfolg der Ärzte ihr Anspruch auf Honorar ist. Wie die Ärzte es sind, die den Sozialstaat unbezahlbar machen. Daß es notwendig ist, die Ärzte an die Kandare zu nehmen, jedenfalls die selbständigen Ärzte. Aber eines sollte bleiben, daß die Ärzte helfen: durch Behandlung, durch Verordnung, durch Atteste, durch Gutachten. Leisten und Leistungen verschaffen — das ist ja ihr sozialstaatlicher Auftrag, das muß bleiben.

Wie bizarr die Vor-Urteile auseinandergehen, die sich mit diesem Thema verbinden, könnte noch an manch anderem fiktivem Auditorium exemplifiziert werden. Wenn ich nur an meine eigene Zunft denke, die Juristen, so würde der Privatrechtler etwas darüber erwarten, wie das Risiko der Krankheit und ihrer ärztlichen Behandlung auf den Patienten und den Arzt und seine Versicherung verteilt werden soll. Der Arbeitsrechtler hätte weit gestreute Assoziationen: von den Fällen, in denen der Arzt über die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers entscheidet, bis zum betriebsärztlichen Dienst. Der Verwaltungsrechtler müßte an die vielen Vorschriften und Einrichtungen denken, die den ärztlichen Beruf regulieren: Ärztekammern und kassenärztliche Vereinigungen, Berufsgerichte, Approbationsordnungen, Niederlassungsrecht, Berufsordnungen, Gesamtver-

träge, Richtlinien usw.². Der Sozialrechtler würde hinzufügen, welche vielfältige Rolle die Ärzte in der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, in der Versorgung und in der Sozialhilfe als Leistungserbringer und Leistungsvermittler, als Gutachter, als Honorarempfänger, als Kontrolleure und Kontrollierte und als Verhandlungspartner spielen³. Wenn er sehr genau ist, fällt ihm auch die soziale Sicherung der Ärzte selbst ein: Sozialversicherung und berufsständische Versorgung auf der einen, Privatversicherung und einfache Vermögensbildung auf der anderen Seite. Der Verfassungsrechtler würde zynisch mit goldenen Worten über das unbekannte Wesen Sozialstaat und realistisch mit der drängenden Frage rechnen, wieviel Regulierung des Zugangs zur kassenärztlichen Versorgung das Grundrecht der Berufsfreiheit zuläßt⁴. Der Strafrechtler endlich würde etwas verstört fragen, was für Einwilligung und Fahrlässigkeit, für Sterbehilfe und unterlassene Hilfeleistung und all seinen länglich diskutierten Themen nun noch das Kriterium „sozial“ bedeuten könne.

Ich will die Beispiele nicht vermehren. Und sie genügen auch, um darzutun, was sie dartun sollen: daß dieses Thema „Arzt und Sozialstaat“ ein Thema der Aspekte und der Widersprüche und also ein Thema der Standorte ist. Für mich ist es providentiell, daß ich dieses Thema gerade hier in den Bergen zu erörtern habe. Denn wer immer auf den Zusammenhang von „Arzt und Sozialstaat“ schaut, hat allenfalls das, was man einen Panoramablick nennt. Er sieht das Ensemble nur, wie es sich von seinem Platz aus darstellt. Vom nächsten Berg aus sieht alles anders aus. Steht er tief, sieht er vielleicht nur den Talgrund und ein paar dräuende Berge. Ist das Wetter schlecht, sieht er vielleicht gar nichts mehr und weiß nur, daß er naß ist.

Deshalb möchte ich Sie einladen, mit mir ein wenig über diese Landschaft hinwegzufliegen. Nicht weil ich

* Mit Anmerkungen versehener Text eines Vortrages, den der Verfasser im Rahmen des 18. Colloquiums der „Bad-Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V.“ am 22. Juni 1985 gehalten hat.

¹ Zu diesem Thema hat sich immer wieder Horst Baier geäußert. Siehe statt anderer Hinweise: Medizin im Sozialstaat, 1978.

² Siehe etwa M. Arnold u. a., Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl. 1984.

³ Seltsam genug: eine umfassende Darstellung dieser vielfältigen Funktionen fehlt.

⁴ Hans-Jürgen Papier, Zulassungsbeschränkungen für Ärzte aus verfassungsrechtlicher Sicht, Versicherungs-wirtschaft 1985, S. 952 ff. — Siehe im übrigen zu der zu dieser Frage anrollenden Gutachtenswelle „Ärzt-schwemme und PKV. Kapitulation vor dem Markt?“ Ersatzkassenreport Nr. 2/1985, S. 5.

meine, ich könnte Ihnen dann den großen Plan zeigen, der alles verstehen läßt und in Harmonie auflöst. Ich kann Sie nur bitten, mit mir zu sehen, wie gestaltreich und verworren diese Landschaft ist, wie alle Täler ihre zwei Seiten haben und die Berge noch mehr.

II. Was ist der „Sozialstaat“

Reden wir zunächst vom Sozialstaat⁵. Der Sozialstaat ist keine Erfindung der sozialliberalen Koalition. Er ist keine Erfindung jener Nachkriegsverfassungen, die den Staat zum ersten Mal „Sozialstaat“ genannt haben. Er ist kein Erbe der Revolution von 1918/19. Auch Bismarcks Sozialgesetzgebung war nicht mehr als eine Station auf seinem Wege. Dieser Weg aber begann, als im Verlauf der Neuzeit die räumliche und ständische Mobilität der Menschen zunahm und am Horizont der politischen Ideen die Gleichheit aller, die Menschenanzahl tragen, sichtbar wurde. Das 18. Jahrhundert bringt zugleich *Ahnungen der Demokratie und der sozialen Verantwortung des Gemeinwesens für die Armen*. Die gnadenlose Alternative zwischen dem Einschluß in Stand, Haus und Hof und dem Ausschluß aus Stand, Haus und Hof, die bis dahin selbstverständlich gewesen war, war — schon weil die Massen der Ausgeschlossenen immer größer wurden — unerträglich geworden. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wird die Verantwortung der Gemeinden für die Armen Gesetz. Die Grenzen des Einschlusses in die Lebensmöglichkeiten der Gesellschaft werden weiter gesteckt⁶.

Die grundstürzenden politischen Veränderungen um 1800 setzen die *Entwicklung zur Demokratie und zum Sozialstaat* auf neue Weise frei. Auf dem Wege zur Demokratie weitet sich der Einschluß in die Herrschaft, auf dem Wege zum Sozialstaat der Einschluß in die Teilhabe an den Gütern der Gesellschaft. Der Zusammenhang zwischen beidem ist offensichtlich und bis heute eine wesentliche Determinante der Entwicklung⁷. Die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse des 19. Jahrhunderts bringen es aber mit sich, daß die Arbeiterklasse nun — noch vor den Armen — zum zentralen Thema der Sozialpolitik wird.

Mit dem *ersten Weltkrieg* und der ihm folgenden *Revolution* verliert die Gesellschaft dann an Struktur, wird sie zugleich labiler und dynamischer. Der Staat, der nun erstmals allein nach den Gesetzen der allgemeinen und gleichen Wahl und der Parteiendemokratie wirkt, wird zudem sozialpolitisch sensibler. Und so differenziert sich nun die *Klientel des Sozialstaates*. Er tritt heraus aus der Konzentration auf Arme und Arbeiter, Kleinbauern, Siedler, Pächter, Mieter, Familien, Mütter, Kinder, Jugendliche, Kriegsoffer usw. — immer neue Konstellationen schütteln sich zu immer neuen Bildern des Kaleidoskops der sozialen Nachteile und ihrer sozialstaatlichen Kompensation⁸.

Sowohl die *Katastrophe um 1945*, welche die Gesellschaft auf nie erlebte Weise durchrüttelte, als auch das *Wirtschaftswunder danach*, das dieser Gesellschaft nie erlebte ökonomische Möglichkeiten eröffnete, ließen den *Sozialstaat selbstverständlich und allgemein* werden⁹. Er löste sich endgültig von der Konzentration auf die Armut und eine eindeutig unterprivilegierte Klasse, wie sie die Arbeiter des 19. Jahrhunderts gebildet hatten. *Fast jede „Besser-Schlechter-Relation“* zwischen Gruppen, Lebenssituationen, Regionen, Sachbereichen usw. konnte nun zu einer *Aufgabe des Sozialstaates* werden¹⁰. Dieser Prozeß der Artikulation sozialer „Besser-Schlechter-Relationen“ kann von der sozialstaatlichen Realisation aber nie eingeholt werden. Je mehr solcher Relationen sozialstaatlich wahrgenommen werden, desto mehr entstehen neue — und das um so mehr, je mehr sich dieser Sozialstaat nun als Vermittler von Chancengleichheit und Wohlstandsteilhabe versteht¹¹.

Diese Ausweitung und zugleich Ausdifferenzierung des Sozialstaates folgt nicht nur eigenen Sachgesetzmäßigkeiten. Sie entspricht auch seinem *politischen Rahmen*: der Demokratie. In der egalitären parlamentari-

schen Demokratie müssen die Parteien um die Macht konkurrieren, indem sie möglichst vielen Gruppen immer neu den Eindruck der Berücksichtigung vermitteln. Der demokratische Mechanismus ist somit seiner Natur nach darauf angelegt, das Potential möglicher „Besser-Schlechter-Relationen“, die gruppenhaft wahrnehmbare Kompensationen und also Vorteile legitimieren können, auszuschöpfen¹².

Dabei kommt es zu Ungleichgewichten in der Sache. Gruppen können ihre Bedeutung für die Erlangung oder Erhaltung der Macht nutzen, um ihre Interessen als „sozialer“ geltend zu machen, als dies der Sache entspricht. Auf diese Weise kann vor allem der „Grenzwähler“, der Mittelwähler, der potentiell alle Parteien wählt und potentiell von allen Parteien gefürchtet und umworben wird, den Sozialstaat auf sich hin orientieren. Der Sozialstaat wandert so von „unten“ zur Mitte. Und von der Mitte blickt er immer interessierter nach „oben“¹³.

Letztlich ist so der *Sozialstaat die Plattform eines unablässigen und undurchsichtigen Verteilungskampfes* — eines zweiten, politischen und institutionellen Verteilungskampfes neben dem marktwirtschaftlichen¹⁴. Und diese Offenheit steht in einem fast tragisch zu nennenden Gegensatz dazu, daß seine *eigentliche Zielsetzung richtig*, ja unvermeidlich ist. *Die sozialen Nöte existieren, und die Verpflichtung des Gemeinwesens, ihnen durch Garantie des Existenzminimums, durch Vorkehrungen der sozialen Sicherheit und durch Vermittlung gleicher Lebenschancen zu begegnen* — jene

⁵ Siehe zum folgenden Hans F. Zacher, Chancen und Grenzen des Sozialstaats. Rolle und Lage des Rechts, in: Peter Koslowski u. a. (Hg.), Chancen und Grenzen des Sozialstaats, 1983, S. 66 ff.; ders., Sozialstaat und Recht. Grundlagen — Entwicklungen — Krise, Vierteljahresschrift für Sozialrecht Bd. 11 (1983), S. 119 ff.; ders., Der Wohlfahrtsstaat auf dem Prüfstand. Was kann Politik noch leisten? in: Der Wohlfahrtsstaat auf dem Prüfstand. Ein Cappenberger Gespräch, 1983, S. 30 ff.

⁶ Siehe zu diesen Anfängen etwa Karl Ott Scherner, Das Recht der Armen und Bettler im Ancien Régime, Zeitschrift für Rechtsgeschichte, Germanistische Abteilung, Bd. 96 (1979), S. 55 ff.; Christoph Sachße und Florian Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland: Vom späten Mittelalter bis zum 1. Weltkrieg, 1980.

⁷ Siehe dazu etwa Hans F. Zacher, Sozialpolitik und Verfassung im ersten Jahrzehnt der Bundesrepublik Deutschland, 1980, S. 315 ff.

⁸ Siehe dazu etwa Heinz Lampert, Sozialpolitik, 1980, S. 137 ff., insbes. S. 141 ff.

⁹ Zu dieser Phase etwa Hans F. Zacher, Sozialpolitik, Verfassung und Sozialrecht im Nachkriegsdeutschland, in: Klaus Schenke und Winfried Schmähl (Hg.), Alterssicherung als Aufgabe für Wissenschaft und Politik, Helmut Meinhold zum 65. Geburtstag, 1980, S. 123 ff.

¹⁰ Siehe etwa Niklas Luhmann, Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, 1981, insbes. S. 8 ff.

¹¹ Zu diesem Wandel s. etwa Lampert a.a.O. (Anm. 8), S. 166 ff. Zur Auflösung des Sozialstaatsprinzips in Richtung auf einen „zukunftsorientierten Rechtsbegriff“ zur Steuerung eines sozialen „Versöhnungsprozesses“, s. Ernst Benda, Die rechts- und sozialstaatliche Ordnung des Grundgesetzes, in: Ernst Benda, Werner Maihofer, Hans Jochen Vogel (Hg.), Handbuch des Verfassungsrechts 1983, S. 471 ff., (518 ff., 522 ff.).

¹² Siehe Hans F. Zacher, Das Sozialrecht im Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft, Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Bd. 7 (1979), S. 154 ff.; ders., Der Sozialstaat als Prozeß, Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 134 (1978), S. 16 ff.

¹³ Siehe dazu Hans F. Zacher, Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise, Sozialer Fortschritt, 33. Jg. (1984), S. 1 ff. (S. 5).

¹⁴ Siehe etwa Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1975/76 TZ 360.

Verpflichtung also, die den Sozialstaat ausmacht — ist *unbestreitbar*¹⁵.

III. Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld des Sozialstaates

Zu den großen Problemen in diesem Spannungsfeld gehören Gesundheit¹⁶ und Krankheit¹⁷. Gesundheit ist ebenso Element sozialer Normalität wie Voraussetzung der vollen sozialen Entfaltung. Krankheit ist eine Bedrohung der sozialen Normalität, ist Subnormalität oder doch Gefahr der Subnormalität. Und sie ist das auf sehr vielsinnige Weise. Sie ist das zunächst direkt, weil Krankheit den Menschen elend macht. Aber mehr noch engagiert sich der Sozialstaat immer in den ökonomischen Problemen¹⁸. Und auch da bedeutet Krankheit reichlich viel. Behandlung und Pflege kosten Geld. Krankheit bedroht die Arbeitskraft und damit das Einkommen. Endlich kann Pflege die Arbeitskraft derer binden, die dem Kranken Unterhalt leisten, und auch so Einkommen gefährden. Gesundheit und Krankheit sind also zwei Seiten eines Phänomens, das im Zentrum des sozialstaatlichen Interesses stehen muß. Aber damit sind die Gewißheiten auch fast schon am Ende. Wie mehrnt man Gesundheit? Wie verschafft man Teilhabe an Gesundheit? Um wessen Gesundheit muß sich der Sozialstaat kümmern? Doch ist „Gesundheit“ ohnedies nur der Name für die Schönwetterseite des Phänomens. Häßlicher sind — in jeder Hinsicht — die Probleme der Krankheit. Gewiß ist Krankheit eine soziale Gefahr ersten Ranges. Aber heißt das, daß Behandlung und Pflege ganz allgemein eine Verantwortung des Sozialstaates sein sollen oder müssen? Hängt das nicht von der Leistungsfähigkeit der Betroffenen und von Art und Ausmaß ihrer Betroffenheit ab? Andererseits erhebt sich die Frage: sind Grenzen noch sinnvoll, wo die Infrastrukturen so teuer sind, daß das, was auf den einzelnen an Behandlungs- und Pflegeaufwand entfällt, doch nur von den wenigsten der Betroffenen wirklich getragen werden könnte? Vor diesem Hintergrund weitet sich die Nachfrage nach sozialer Sicherung für den Fall der Krankheit, entsteht die Idee des nationalen Gesundheitsdienstes¹⁹. Aber da ist auch noch das andere Problem: Krankheit gefährdet Einkommen; und der Sozialstaat hat es durch Sozialeinkommen zu kompensieren. Damit wird die Krankheit zu einem Tatbestand, der den Zugang zu Sozialeinkommen öffnet. Krankheit tritt damit in ein ganz neues Spannungsfeld der Interessen und der Versuchungen²⁰.

IV. Der Arzt: Faktor des Sozialstaats und sozialökonomische Existenz

Ich muß es bei diesen wenigen Stichworten zu der im Kern so sicheren, in Maß und Weise so unsicheren Verstrickung des Sozialstaats in Gesundheit und Krankheit bewenden lassen. Es ist Zeit, vom Arzt zu reden.

Gehen wir dabei aus von folgender *elementarer Polarität*: Der Arzt ist *erstens* die *zentrale Figur, um Gesundheit zu vermitteln und Krankheit zu behandeln*. Von ihm hängen Gestalt und Realität des Sozialstaats entscheidend ab. Er hat *zweitens* aber auch *selber seine sozialökonomische Existenz*. Er will selber vor der Subnormalität geschützt sein. Er will selber an der sozialen Normalität teilhaben. Er will selber erfahren, daß diese soziale Normalität in unserem Sozialstaat nach oben offen ist. Dabei möchte er auch noch spüren, daß er die zentralen Güter Gesundheit, Heilung und Linderung verwaltet, daß er die Grenzübergänge zu Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Minderung der Erwerbsfähigkeit usw. kontrolliert. Er will sonst hängen sozialökonomische Rangstellen doch davon ab, was das, was man der Gesellschaft bietet, ihr wert ist.

V. Der Arzt als Sozialstaats-Bürger

Bleiben wir zunächst noch bei der zweiten Seite: der sozialökonomischen Existenz des Arztes. Da ist doch so

unendlich mehr Vielfalt gerade in den Kategorien des Sozialstaates, als dies gemeinhin gesehen wird²¹.

Fangen wir mit dem wohl *weitesten möglichen Ausgriff* an. „Arzt“ im weitesten Sinne sind ja nicht nur die Ärzte, die ihren Beruf ausüben. „Arzt“ sind auch *die, die ihren Beruf nicht ausüben*: wegen Alters oder Invalidität; die Frauen, die sich in die Familien zurückgezogen haben; oder auch die Jungen, die keinen ärztlichen Arbeitsplatz finden²². Für sie bedeutet das Stichwort „Sozialstaat“ etwas ganz anderes — und je Situation sehr Unterschiedliches — als für den aktiven Arzt.

Verengen wir den Blick nun auf die *Aktiven*. Auch hier ist die sozialökonomische Realität überreich differenziert: zwischen denen, die behandeln und *allen denen, die verwalten, beaufsichtigen, organisieren, forschen, begutachten, beraten, produzieren, handeln, werben, in den Medien oder für sie arbeiten usw.*²³ Deren sozialökonomische Wege gehen weit auseinander. Und die Relation zwischen ihrer sozialökonomischen Exi-

¹⁵ Siehe z. B. die Verhandlungen des 55. Deutschen Juristentages zum Thema „Möglichkeiten der Fortentwicklung des Rechts der sozialen Sicherheit zwischen Anpassungszwang und Besitzstandsschutz“ (Gutachter Meinhard Heinze; Referent Michael Stolleis), Sitzungsbericht N zum 55. Deutschen Juristentag, 1984.

¹⁶ Siehe Ottfried Seewald, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, insbes. S. 143 ff., 247 ff.

¹⁷ Die Hilfe im Falle der Krankheit gehört seit den Anfängen des Sozialstaats zu seinen zentralen Anliegen. Gleichwohl fehlt eine umfassende Darstellung alles dessen, was der Sozialstaat in diesem Sinne bewirkt. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ja nur ein Kernstück der Lösungen, mitnichten aber das Ganze. Schon die soziale Sicherung für den Fall der Krankheit umfaßt zahlreiche andere Systeme (Unfallversicherung, Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung, Beamtenrechtliche Beihilfe, Heilbehandlung im Falle beamtenrechtlicher Dienstunfälle, Heilfürsorge für Soldaten, Soziales Entschädigungsrecht, Sozialhilfe usw.). In analoger Funktion finden wir die Privatversicherung. In komplementärer Funktion finden wir die Lohn- und Gehaltsfortzahlung des Arbeits- und des öffentlichen Dienstrechts. Dazu kommen aber noch alle Vorkehrungen, die getroffen werden, um Hilfe im Krankheitsfall bereitzuhalten (Arztrecht, sonstiges Recht der Heilberufe und der medizinischen Sachleistungen; Krankenhauswesen; öffentliches Gesundheitswesen usw.). Einen gewissen Eindruck des Gesamtkomplexes vermittelt die Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage der Abgeordneten Kroll, Schlüter usw. betreffend „Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“, Deutscher Bundestag Drucks. 10/1080.

¹⁸ Siehe etwa Hans F. Zacher, Sozialrecht und soziale Marktwirtschaft, in: Wolfgang Gitter, Werner Thieme, Hans F. Zacher (Hg.), Im Dienste des Sozialrechts, Festschrift für Georg Wannagat, 1981, S. 715 ff. (759 ff.).

¹⁹ Zum Ganzen s. auch Theodor Tomandl (Hg.), Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge, 1972.

²⁰ Siehe etwa Hans F. Zacher, Sozialrecht und soziale Marktwirtschaft (Anm. 18), S. 748 ff.

²¹ Siehe dazu und zum folgenden etwa M. Arnold u. a. (Anm. 2), S. 75 ff.; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grunddaten zur Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1984, Tabellen A 1 ff.; Antwort der Bundesregierung usw. (Anm. 17), S. 44 ff., 115.

²² Zu Studienzahlen und Beschäftigungsprognose siehe — neben der bereits erwähnten Drucks. der Bundesregierung (Anm. 17), S. 48/49 — insbes. P. Lubecki, Arztszahlentwicklung und ärztliche Aus- und Weiterbildung, Die Ortskrankenkasse 67. Jg. (1985), S. 367/368.

²³ Eine ebenso umfassende wie differenzierende Darstellung dieser verschiedenen Funktionen und Gruppen scheint es nicht zu geben. Am differenziertesten: Antwort der Bundesregierung usw. (Anm. 17), S. 126 ff.

stanz auf der einen Seite und dem, was das, was sie tun, für Gesundheit und Krankheit bedeutet, auf der anderen Seite, mögen, um das mindeste zu sagen, auf einem breiten Spektrum aufzutragen sein. Ebenso weit gestreut ist, was sie für den Sozialstaat tun und was der Sozialstaat für sie tut.

Verengen wir den Blick nun endlich auf die *behandelnd aktiven Ärzte*. Und sehen wir hier erneut, wie unmöglich es ist, einfach vom „Arzt“ zu sprechen. Schauen wir auf den Gegensatz zwischen dem angestellten Arzt und dem niedergelassenen Arzt. Der *angestellte Arzt* ist zunächst einmal Arbeitnehmer. Er hat als solcher die Sorge des Sozialstaates auf seiner Seite. Aber auch seine sozialökonomische Bandbreite ist schmaler. Der *niedergelassene Arzt* lebt zwar weitgehend vom Sozialstaat, der die Leistung des Arztes den Bürgern als soziale Sicherung verschafft und sie dem Arzt vergütet. Aber er tut dies im „freien Beruf“. Die sozialökonomischen Resultate, die sich daraus ergeben, können extrem unterschiedlich sein. Und dabei begegnet ihm der Sozialstaat noch einmal. Er teilt ja nicht nur zu. Er nimmt auch wieder weg. In einem aber hat der niedergelassene Arzt den Sozialstaat klar zum Gegner. Seine Praxis ist eines jener kleinen oder mittleren Unternehmen, welche die arbeits-, sozial- und steuerrechtlichen Auflagen des Sozialstaats besonders hart treffen²⁴.

Wir können es aber nicht bei der simplen Gegenüberstellung von angestelltem und niedergelassenem Arzt bewenden lassen. Dazu gibt es zu *viele Varianten des sozialökonomischen Typus* Arzt. Da verbinden Chefärzte weithin die Sicherheit der einen Seite mit den Spielräumen der anderen. Da gibt es die gewaltigen Gefälle zwischen Gebietsärzten²⁵ und Allgemeinärzten, zwischen den verschiedenen Gebietsärzten, zwischen den Ärzten in der Stadt und denen auf dem Land, zwischen den Ärzten, die von der Krankenversicherung leben, und denen deren Einkünfte mehr auch von Unfallversicherungsträgern, von beihilfeberechtigten Beamten, von Privatpatienten usw. kommen. „Sozialstaat und Arzt“ — welche Vielfalt allein unter diesem Aspekt²⁶.

Aber verändern wir den Blick auf die Landschaft der sozialökonomischen Situation der Ärzte noch einmal. Wir haben die Gruppen bisher entwicklungsgleich nebeneinandergestellt. Wechseln wir zu einer *diachronen, verlaufsorientierten Betrachtung*. Stellen wir die Frage, welche beruflichen Stationen der Arzt typischerweise durchläuft — vom Assistenzarzt zum Oberarzt und zum Chefarzt, vom Assistenzarzt zum niedergelassenen Arzt, vom Arzt zum Gebietsarzt — und wie sich über diese sozialen Biographien hin Spielräume und Risiken verändern. In diesen Zäsuren der sozialen Biographien der Ärzte liegt ein wichtiger Grund für die Schwierigkeiten des Ärztestandes, mit sich, mit der Gesellschaft und mit dem Sozialstaat zurechtzukommen. Das jeweilige „Davor“ ist mit maximalen Erwartungen auf das „Danach“ hin orientiert. Und diese tragen zu den sozialökonomischen Spannungen von Ärzten mit ihrer Umwelt nicht weniger bei als im „Danach“ dann ihr Vergleich mit noch besser verdienenden Ärzten und dem Vergleich mit den Bestverdienenden der Gesellschaft.

Im Augenblick treten wir gerade in eine ganz neue Phase dieser Problematik. Die nachdrängenden Jungärzte werden weitaus mehr zu Konkurrenten der niedergelassenen Ärzte als der angestellten Ärzte. Eine Gesellschaft, die sich primär als Arbeitnehmerschaft versteht, und die den Sozialstaat weithin in den Dienst dieses Konzepts genommen hat, kennt, wo es um abhängige Arbeit geht, nur die Alternative zwischen Arbeit und Arbeitslosigkeit. Dort aber, wo es um selbständige Existenz geht, denkt sie ans Teilen²⁷. Ich will mit diesen Bemerkungen nicht einseitig Partei ergreifen. Ich will vielmehr gegen die Einseitigkeit Partei ergreifen, welche die öffentliche Diskussion in dieser Frage gegenwärtig zu beherrschen scheint. Einmal mehr jedenfalls: „Sozialstaat und Arzt“ — Vielfalt der Aspekte.

VI. Der Arzt als Leistungsfaktor des Sozialstaats

Wenden wir uns nun aber dem Arzt als dem zentralen Faktor zu, der realisiert, was der Sozialstaat verspricht: Sorge für die Gesundheit und Hilfe bei Krankheit. *Zwei Ausgangspunkte* drängen sich scheinbar selbstverständlich auf. *Der eine*: die *Leistung des Arztes ergibt sich „natürlich“ aus der Sache* — aus dem, was Gesundheit und Krankheit erfordern. Und die *Leistung hat ihren Preis* — einen Preis, den „natürlich“ der zu zahlen hat, der sie braucht. *Der andere Ausgangspunkt*: Weil das den, der die Leistung braucht, weithin unverhältnismäßig belastet, ja allzu oft von der Leistung ausschließen würde, darum *nimmt ihm der Sozialstaat auf vielfältig differenzierte Weise den Preis ab*, um diesen Preis auf eine Versicherungsgemeinschaft oder eine andere Allgemeinheit umzulegen²⁸.

Damit sind wir bei dem *Gegensatz zwischen der „natürlichen“ Leistung und ihrem „natürlichen“ Preis auf der einen Seite und der sozialstaatlich vermittelten Leistung und ihrem sozialstaatlich bestimmten Preis auf der anderen*. Daß man den Konflikt auf diese einfache Formel bringen kann, wirkt fast beruhigend. In Wahrheit aber befinden wir uns damit im Auge des Taifuns.

Die Schrecken dieses Themas beginnen schon damit, daß es die „natürliche“, *aus der „Natur der Sache“ definierte Leistung so nicht gibt*. Denken Sie an die alte Frage, ob Grund, Art und Umfang der ärztlichen Leistung durch die *salus aegrotis* oder die *voluntas aegrotis* bestimmt werden. Der bloßen Bestimmung durch das Belieben von Angebot und Nachfrage stehen zwar die objektiven Kriterien der Krankheit und der ärztlichen Kunst entgegen. Und doch wird das Leistungsgeschehen mitnichten allein durch diese objektiven Gegebenheiten und Normen bestimmt. Wir wissen, wie sehr die Nachfrage die Leistungen auch subjektiv bestimmt. Und wir wissen, daß das Angebot die Leistungen auch subjektiv bestimmt²⁹ — bis hin zu dem Gesetz, daß jeder Arzt mehr — *ceteris paribus* — mehr ärztliche Leistung bedeutet³⁰. Und wann das Angebot

²⁴ Siehe etwa Susanne Tiemann, *Das Recht in der Arztpraxis*, 1984, S. 301 ff.

²⁵ Siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Grunddaten* usw. (Anm. 21), Tabellen D 1 ff.

²⁶ In den allgemeinen Darlegungen zur Entwicklung des Ärzteneinkommens gehen diese Unterschiede freilich zumeist unter. Siehe außer Anm. 25 etwa Klaus Hofmann, *Die aktuellen Vertragsverhandlungen zwischen der Ärzte- und Zahnärzteschaft und den Krankenkassen — Zur Einkommenssituation von Ärzten und Zahnärzten*, *Soziale Sicherheit* 32. Jg. (1983), S. 134 ff.; Walter Wittig, *Zur Einkommensentwicklung bei Ärzten und Zahnärzten*, *Die Ortskrankenkasse* 67. Jg. (1985), S. 453 ff.

²⁷ Interessant ist dazu etwa, wie die Prognosen über die Entwicklung der Ärztezahlen davon ausgehen, daß die „Überproduktion“ von Ärzten nicht von der Gruppe der angestellten Ärzte, sondern von der Gruppe der niedergelassenen Ärzte aufgenommen wird. Die Antwort der Bundesregierung usw. (Anm. 17) S. 49. Siehe zum Meinungsstand etwa auch Günther Neubauer, *Ärzteschwemme — Sprengsatz oder Reformchance für das Gesundheitswesen?* *Sozialer Fortschritt* 34. Jg. (1985), S. 97 ff. Zur Nähe von Sozialstaat und Arbeitnehmerschaft s. Zacher, *Der gebeutelte Sozialstaat* usw. (Anm. 13), S. 7.

²⁸ Zur Natur dieses Vorganges s. Hans F. Zacher, *Zur Anatomie des Sozialrechts, Die Sozialgerichtsbarkeit* 29. Jg. (1982), S. 329 ff.

²⁹ Siehe zu dieser Eigenart der Bestimmung der Leistungen durch Angebot und Nachfrage etwa Peter Zweifel, *Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens*, 1982, S. 1 ff.

³⁰ Siehe etwa Brian Abel-Smith, *L'Efficacité économique dans la prestation des soins de santé*, in: *Vers une plus grande efficacité des soins de santé*, *Association internationale de la sécurité sociale, Études et recherches* no. 9, 1983, S. 1 ff. (S. 9); *International*

Sache und Nachfrage dominiert, wann die Nachfrage Sache und Angebot dominiert, wann endlich die Sache Angebot und Nachfrage dominiert, hängt jeweils von Arzt, Patient, Krankheit und vielen anderen Umständen ab³¹.

Die Schrecken dieses Themas beginnen ebenso damit, daß es den „natürlichen“ Preis der ärztlichen Leistung nicht gibt. Es gibt ihn jedenfalls nicht in dem Sinne, daß Angebot und Nachfrage ihn so bestimmen würden, daß das Gemeinwesen ihn so einfach gelten lassen könnte, wie es sonst die Preise gelten lassen kann, welche Angebot und Nachfrage hervorbringen. Dazu können die Dringlichkeit der Nachfrage, die Leistungsfähigkeit der Nachfrager, die Kosten der Leistung und die Bereitschaft des kompetenten Anbieters zu weit auseinander gehen. Immer gab es hier Versuche, wenigstens das Mißverhältnis zwischen der Dringlichkeit der ärztlichen Leistung, ihren Kosten und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit dessen, der sie bezahlen soll, zu mindern: sei es durch Taxen, sei es durch die Pflicht zur Hilfeleistung im Notfall, sei es durch eine Segmentierung der Heilpersonen in billigere und teurere, sei es durch Siechenhäuser, sei es durch die Bestellung besonderer Armenärzte, sei es durch die Übernahme der Kosten auf die Armenfürsorge und endlich auf die Kassen³².

Jede „Vergesellschaftung“ des Preises für die ärztliche Leistung aber — von der gesetzlichen Krankenversicherung bis zur Privatversicherung, von der Sozialhilfe bis zur Heilfürsorge der Bundeswehr, um nur einige Beispiele zu nennen — verändert auch die Leistung. Zumeist weitet sie die Leistungsmöglichkeiten aus. Das objektiv „Richtige“ wird dann von den Beteiligten wie von der Allgemeinheit entsprechend den neuen Möglichkeiten neu — in der Richtung von „besser“ und „mehr“ — interpretiert. Zugleich aber verändern sich die subjektiven Verhaltensweisen. Der einzelne, der den Preis nicht mehr bezahlt, kann mehr und bessere Leistungen nachfragen. Und der Arzt kann ihm mehr und Besseres anbieten, ohne seinen Widerstand auszulösen. Diese Rückwirkung der Vergesellschaftung der Preise auf die Bestimmung der Leistung vollzieht sich je nach dem System der Vergesellschaftung und dem System der Preisabstimmung auf sehr unterschiedliche Weise. Der angestellte Arzt im nationalen Gesundheitsdienst widersteht der Nachfrage des Patienten, die ihm nur Arbeit macht, aber nicht mehr Entgelt bringt. Ein Versicherungssystem dagegen, in dem der Versicherte nur den Beitrag, nicht aber den Preis der Leistung spürt, die er veranlaßt oder doch bekommt, der Arzt aber leistungsbezogen vergütet wird, legt fast alle Kontrollen gegen das Wachsen gleichermaßen von Angebot und Nachfrage nieder³³. Ungezählte Varianten sind hier denkbar. Jedenfalls: jede Technik der Vergesellschaftung und der Bestimmung des Preises für die ärztliche Leistung wirkt auf die Entwicklung dieser Leistungen auf jeweils spezifische Weise zurück. Und die Entwicklung der Leistungen wiederum äußert sich in der Summe und in der Verteilung der Preise³⁴. Am Ende erscheint alles Leisten den Systemen ausgeliefert, in denen die Preise sich bilden und in denen sie verteilt werden. Zugleich aber wird der Verdacht der Manipulation allgegenwärtig³⁵. Zwar bleibt selbstverständlich, daß es im Kern um Gesundheit und Krankheit geht und daß, was der Arzt dafür leistet, seinen Preis hat und haben muß. Aber was geleistet wird und was gezahlt wird, erscheint immer weniger von der Natur der Sache und immer mehr von dem mehr oder minder zweckhaften Verhalten der Beteiligten und von den Systemen gesteuert, in denen diese handeln, ihren Nutzen suchen und finden und ihren Schaden mindern oder vermeiden³⁶.

Wir haben gesehen, daß der Gedanke eines „natürlichen“ Maßes der Leistung, das sich aus Anlaß und Möglichkeiten ergibt, a priori Zweifeln unterliegt. Aber selbst wenn diese Zweifel nicht berechtigt wären: spätestens im Verlaufe dieser Vergesellschaftung des Preises verlöre sich die „Natürlichkeit“ dieses Maßes hinter

sekundären Bestimmungsgründen der Nachfrage wie des Angebots. Damit aber wird es notwendig, die Leistung selbst zu „normalisieren“³⁷. Das klassische Beispiel ist die Reichsversicherungsordnung mit dem zentralen Satz, die Krankenpflege müsse „ausreichend und zweckmäßig“ sein, dürfe jedoch „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“³⁸. Mit einem solchen Satz allein aber ist es nicht getan. Intervention produziert Intervention. Und so versuchen Gesamtverträge, Richtlinien und dergleichen mehr — je nach dem System, in dem die Leistung vorgehalten und vergütet wird, — das „Normale“ immer genauer zu bestimmen³⁹. Die Leistung wird verrechtlicht⁴⁰. Und mit jedem Patienten

Labour Office, Into the twenty-first century: The development of social security, 1984, S. 9. Siehe auch „Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/ Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte, Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Gesundheitsforschung Heft 25, 1980, S. 108; Hans Adams, Ambulante ärztliche Leistungen und Arztdichte, 1983, insbes. S. 182. Gegen die Arztdichte als Faktor der Nachfragesteigerung freilich Hans Adams und Holger Mühlenkamp, Einflußgrößen der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, Universität Hannover, Institut für Volkswirtschaftslehre, Serie C Nr. 70, 1984, S. 22.

³¹ Walter Krämer, Gesundheitspolitik als Nullsummenspiel, Sozialer Fortschritt 31. Jg. (1982), S. 69 ff.

³² Siehe etwa die Hinweise bei Claudia Huerkamp, Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: Hans-Ulrich Wehler (Hg.), Professionalisierung in historischer Perspektive, Geschichte und Gesellschaft 6. Jg. (1980) Heft 3, S. 349 ff.

³³ Siehe zur Beitragsseite etwa Joachim Müller, Die Merklichkeit der Abgaben zur gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Sozialer Fortschritt 32. Jg. (1983), S. 282 ff. Zur Wirkung der Entgeltformen s. etwa Theo Thiemeyer, Artikel „Gesundheitswesen I: Gesundheitspolitik“ HdWW Bd. 3, 1981, S. 576 ff. (585).

³⁴ Siehe dazu etwa Friedrich Wilhelm Schwartz, Bewertungsmaßstab als Instrument der Kostensteuerung? Sozialer Fortschritt 34. Jg. (1985), S. 43 ff. und seine zahlreichen Nachweise.

³⁵ Zum Nenner der „Patientenzufriedenheit“ als gemeinsame Basis für Arzt und Versicherten s. Franz Josef Oldiges, zit. in: Sozialpolitische Umschau, Die Ortskrankenkasse 67. Jg. (1985), S. 534 ff. (535 f.).

³⁶ Siehe dazu auch Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht über die Erfahrungen mit den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht sowie über Zuzahlungen bei Krankenhauspflge und Kuren, Deutscher Bundestag Drucks. 10/2661.

³⁷ Siehe dazu Hans F. Zacher, Krankenkassen oder nationaler Gesundheitsdienst? 1980, S. 30 ff. Siehe auch schon Elisabeth Liefmann-Keil, Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, 1961, S. 191 f.

³⁸ § 182 Abs. 2 RVO.

³⁹ Schon das Recht der Krankenversicherung der RVO selbst beläßt es nicht bei den drei Vokabeln „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „notwendig“. Sie fügt die Maßstäbe „wirtschaftlich“, „bedarfsgerecht“, des „Standes der Wissenschaft“, der „Wissenschaft und Technik“ und der „ärztlichen Kunst“ sowie schließlich der „Gleichmäßigkeit“ hinzu. Siehe die Zusammenstellung bei Zacher, Krankenkassen oder nationaler Gesundheitsdienst? (Anm. 37), S. 30. Zu den Mantelverträgen und Richtlinien s. §§ 368 g, 368 h, 368 p RVO. — S. aber schon den ganz anderen Leistungsmaßstab der Unfallversicherung, wo die Heilbehandlung „mit allen geeigneten Mitteln“ zu leisten ist (§ 556 RVO).

⁴⁰ Siehe Hans F. Zacher, Verrechtlichung im Bereich des Sozialrechts, in: Friedrich Kübler (Hg.), Verrechtlichung von Wirtschaft, Arbeit und sozialer Solidarität, 1984, S. 11 ff.

kann das Regelwerk — nicht nur der Vergütung, der Abrechnung usw., sondern der Behandlung selbst — wechseln. Ob Kassenpatient, Unfallversicherungspatient⁴¹, Beamter⁴², reiner Privatpatient⁴³ usw. — alles das kann einen Unterschied auch in den rechtlichen Grenzen ärztlicher Leistung machen. Sieht der Arzt sich ohnedies schon von den Schranken des Rechts — des Haftungsrechts, des Strafrechts, des Berufsrechts usw. — umstellt⁴⁴, so geschieht mit der Regulierung der Leistung, die der Sozialstaat durch ihn anbietet und an ihn bezahlt, nicht nur ein quantitatives, sondern auch ein qualitatives Mehr: *aus dem behandelnden Arzt wird ein — auch — rechtsanwendender Arzt.*

Halten wir hier einen Augenblick inne, um einen kurzen Blick auf die *Geschichte* zu werfen. Es ist eigentümlich, daß diese Entwicklung nicht nur mit dem Sozialstaat einhergegangen ist, sondern parallel auch mit dem Fortschritt der Medizin und der Formierung des ärztlichen Berufsstandes. In Deutschland entstehen eine wirkungsvolle Medizin, ein ärztlicher Berufsstand im modernen Sinn und die Sozialversicherung nebeneinander im zweiten und dritten Drittel des 19. Jahrhunderts⁴⁵. Was war hier Ursache, was Wirkung? Die Sache hat sich als Ganzes entwickelt, wie sie ist — komplex. Und selbst die jüngere und jüngste Vergangenheit ist übervoll der Beispiele, wie medizinischer Fortschritt, soziale Sicherung und ärztlicher Berufsstand einander unablässig und unausscheidbar wechselseitig bedingt haben⁴⁶. Irgendein Ruf „zurück zur (vorsozialstaatlichen) Natur“ wäre somit ungeschichtlich. Ja man muß vermuten, daß er nicht nur politisch unrealistisch wäre, sondern auch der Sache nicht gerecht würde. An der *gesellschaftlichen, politischen Verantwortung für das ärztliche Leistungsgeschehen und seine Preise ist offenbar um so weniger vorbeizukommen, je mehr Medizin leisten kann und je teurer ihre Leistungen werden*⁴⁷.

Mit welchen Zielen aber soll von dieser Verantwortung Gebrauch gemacht werden? Was das ärztliche Leistungsgeschehen anlangt, ist dieses Ziel abstrakt noch recht einfach zu formulieren. Die Systeme, in denen ärztliche Leistungen gewährleistet und vergütet werden, sollen so angelegt werden, daß das Leistungsgeschehen der Rechtfertigung des Anlasses entspricht, nur einer verständigen Nachfrage folgt und einem sachgerechten Angebot. Was die *Preise* anlangt, haben wir ein einfach wahrzunehmendes *relatives* Ziel. Die Systeme, nach denen die Preise gebildet und verteilt werden, sollen nicht von jenem Ziel eines verständigen, sachgerechten Leistungsgeschehens ablenken. Aber wie können wir das *Preisziel in der Sache selbst* formulieren? Hier stehen wir vor der Hoffnungslosigkeit, vor der wir immer stehen, wenn der Preis sich nicht aus dem Markt ergibt. Und diese Hoffnungslosigkeit wird um so fataler, je mehr und je vitalere Interessen daran hängen. Und dies ist beim Preis für die ärztliche Leistung extrem. Preise ergeben sich — auf dem Markt und sonstwo — weit weniger aus der Sache als aus den Strukturen, in denen sie gebildet werden. Daß diese Strukturen hinsichtlich der Preise für ärztliche Leistungen gegenwärtig nicht richtig angelegt sind und arbeiten, ist eine breite Überzeugung — auch wenn die Richtungen der Kritik recht unterschiedliche sind. Und in der Tat sind der Ärgernisse genug. Doch wo sind bessere Strukturen in Sicht⁴⁸?

VII. Der Arzt im Gesamtfeld sozialstaatlicher Leistungen

Wir haben bisher isoliert auf die ärztliche Leistung und ihren Preis geblickt. Die sozialstaatliche Sorge für Gesundheit und gegen Krankheit umfaßt aber ein viel *breiteres Spektrum von Leistungen*: Vom Krankenhaus bis zur Arznei, vom Verbandsmittel bis zur Brille, von der Kur bis zur Heilmassage usw. Das stellt den Arzt — seine Leistungen wie den Preis dafür — in einen ganz neuen Zusammenhang. Betrachten wir das Feld, das durch die vier Fragen abgesteckt ist: Was soll für die Gesundheit getan werden? Was soll gegen Krankheit getan werden? Was kostet die Gesundheit? Was

kostet die Krankheit? So sind die *ärztlichen Leistungen und die Preise dafür nur Elemente unter vielen anderen Leistungen und Preisen, die auf diesem Feld ihren Platz haben müssen*⁴⁹. Die Rivalitäten zwischen ihnen und die Notwendigkeiten, sie zu entscheiden, sind offensichtlich. Und immer beobachten wir die gleiche Polarität, die wir schon beim Arzt festgestellt haben: da ist auf der einen Seite der Wert der Leistung und auf der anderen die sozialökonomische Existenz dessen, der sie erbringt. Die Zusammenhänge sind vielleicht klarer bei dem, der wie der Arzt eine personale Leistung erbringt: beim Gesundheitshandwerker, bei den niederen Heilberufen usw. Und sie sind differenzierter, wo industrielle und kommerzielle Vorgänge dominieren, wie bei der pharmazeutischen Industrie. Aber das einzige, was aus dieser Beobachtung fürs Erste zu folgern ist, ist, daß die Zusammenhänge immer komplizierter, die Entscheidungen aber immer schwieriger werden.

Zuweilen ist der Arzt auch eingebunden in ein „Leistungs paket“, wie das vor allem im Krankenhaus der Fall ist⁵⁰. Und auch hier zeigt sich bei genauerem Zu-

⁴¹ S. nochmals Anm 39 a. E.

⁴² Hier ist wieder zu unterscheiden, ob es sich um eine „normale“ Krankenbehandlung handelt. In diesem Falle üben die Beihilfegrundsätze, welche die Erstattung der Aufwendungen des Beamten regeln und auch begrenzen, eine indirekte Wirkung auf das Arzt-Patient-Verhältnis und die Leistungsgestaltung aus. Anderes gilt für die Heilbehandlung bei Dienstunfällen (s. dazu Hans F. Zacher. Die Versorgung der Beamten, Richter und Soldaten. 1984. S. 64, 69).

⁴³ Hier wirken einerseits die Grundsätze des Privatrechts, andererseits die jeweiligen Versicherungsbedingungen eventueller Privatversicherungen zusammen zu einer — vom Recht her — maximal individuellen Leistungsgestaltung.

⁴⁴ Siehe Franx Xaver Kaufmann (Hg.) *Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen*, 1984.

⁴⁵ Siehe nochmals Claudia Huerkamp, a.a.O. (Anm. 32); Gerhard A. Ritter, *Sozialversicherung in Deutschland und England, Entstehung und Grundzüge im Vergleich*, 1983, S. 62 ff., insbes. S. 65 ff.

⁴⁶ Beispiele ließen sich in Fülle aus der Entwicklung der Gebietsbezeichnungen, der Regelung und Praxis der Zulassung zur (Beteiligung und Ermächtigung an der) kassenärztlichen Versorgung, der Entwicklung der Vergütungsmaßstäbe, aus der Entwicklung der Richtlinien für die kassenärztliche Versorgung usw. entnehmen. Andererseits ist auch die Problematik der Krankenhausplanung und -finanzierung sowie der Einbeziehung der Krankenhäuser in die kassenärztliche Versorgung wesentlich durch die Interdependenz medizinischer und (im weiteren Sinne) sozialer Entwicklungen bedingt. Exemplarisch: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge (Hg.), *Krankheit, Medizin, Soziale Sicherung im Wandel*, 1970.

⁴⁷ Siehe etwa Liefmann-Keil, a.a.O. (Anm. 37); Thiemeyer, a.a.O. (Anm. 33); Klaus-Dirk Henke. Artikel „Gesundheitswesen II: Öffentliche Ausgaben“ HdWW Bd. 3, 1981, S. 591 ff.; Bericht der Bundesregierung (Anm. 17).

⁴⁸ Die Diskussion hat allerdings in jüngster Zeit erfreulich an Qualität und Vielfalt gewonnen. Aus jüngster Zeit hier etwa Peter Paffrath, *Ordnungspolitische Alternativen der Gesundheitspolitik, Die Ortskrankenkasse* 67. Jg. (1985), S. 369 ff.; Christian von Ferber u. a. (Hg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*, 1985. Zur internationalen Diskussion s. auch noch einmal „Vers une grande efficacité des soins de santé“ (Anm. 30).

⁴⁹ Siehe Bericht der Bundesregierung usw. (Anm. 17).

⁵⁰ Siehe etwa „Soziale Sicherung und medizinische Dienste, Ärztliche Versorgung und Krankenhauswesen“, Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes Bd. VIII, 1971; Gerhard Lüke und Heinz Walendy, *Zum Liquidationsrecht der leitenden Krankenhausärzte*, Juristenzeitung 32. Jg. (1977), S. 657 ff., Hermann-Josef Bunte, *Gedanken zum Krankenhausvertrag — de lege lata — de lege ferenda*, Juristenzeitung 37. Jg. (1982), S. 279 ff.

sehen wieder eine Vielfalt der Konstellationen, wie sie etwa mit den Stichworten Chefarzt, nachgeordneter Arzt, Belegarzt, beteiligter Arzt, ermächtigter Arzt, Unfallarzt usw. benannt werden⁵¹.

Scheinen hier die ärztlichen Leistungen und ihre Preise hoffnungslos im chaotischen Spannungsfeld aller Leistungen und ihrer Preise, aller Leistungserbringer und ihrer sozialökonomischen Existenzen unterzugehen. So sehen wir auf einmal, daß in diesem Hexenkessel eine Strömung herrscht. Der Arzt ist es nämlich, der dieses gesamte Leistungsgeschehen dominiert. Er überweist in das Krankenhaus. Er nimmt in das Krankenhaus auf und behält darin. Er verordnet Arzneien, Therapien, Kuren, Heilmittel, Hilfsmittel usw. Doch nicht genug damit. Zuweilen auch beschäftigt er — mehr oder minder legitim — anderes Leistungspersonal (wie Optiker, Orthopäden, Heilgymnasten, Masseur usw.). Zuweilen nimmt er auch — mehr oder (wie ich glaube) minder legitim — selbst am Handel mit Heil- und Hilfsmitteln (wie etwa mit orthopädischem Schuhwerk, mit Kontaktlinsen usw.) teil. Ich brauche Ihnen die Vielzahl dieser Erscheinungen nicht weiter vor Augen zu führen. Gewiß ist: Wie kein anderer steuert der Arzt die Leistungen für die Gesundheit und gegen die Krankheit⁵². Obwohl selbst Element in jenem Gesamtfeld gesundheits- und krankheitsbezogener Leistungen und Preise ist der Arzt doch sein wirksamster Arrangeur. Aber was heißt da „der Arzt“? Es sind „die Ärzte“! Es ist jeder einzelne Arzt. So steuern Ärzte je ihr sozialökonomisches Umfeld — andere Ärzte mit eingeschlossen. Die Summe der Ursachen und Wirkungen bleibt undurchschaubar.

Gleichwohl bleibt auch richtig, daß der Arzt das Leistungsgeschehen für die Gesundheit und gegen die Krankheit dominiert. Weit über seine eigene Leistung hinaus ist er zentrale Figur im Leistungsgeschehen um Gesundheit und Krankheit und damit auch eine zentrale Figur für die Erfüllung der darauf gerichteten sozialstaatlichen Versprechen und für die Verteilung der dafür vom Sozialstaat zu zahlenden Preise. Damit aber stehen wir einmal mehr am Anfang einer neuen Strukturlinie. Diese zentrale Position für sozialstaatliches Leisten und Zahlen hat der Arzt nicht nur in Bezug auf die Medizin und ihr Umfeld. Er hat diese zentrale Position weit darüber hinaus. Er entscheidet über Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit⁵³, oft schon über die Eignung für einen Beruf⁵⁴. Er hat das wichtigste Wort mitzureden, wenn es um Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, um Minderung der Erwerbsfähigkeit, um Rehabilitation oder Rente usw. geht⁵⁵. Da sozialer Schutz zwischen den Bürgern (wie im Arbeitsrecht) und die sozialen Leistungen des Gemeinwesens (wie der Sozialversicherung, der Versorgung usw.) nur allzu oft und weithin unerlässlich an Behandlungsvorgänge oder an Krankheitszustände anknüpfen, deren einzig kompetenter Beurteiler der Arzt ist, wird der Arzt weiterhin zum Schiedsrichter im Sozialstaat. Demgegenüber üben die Personalabteilungen der Arbeitgeber ebenso wie die Sozialverwaltungen, die Arbeitsgerichte, die Sozialgerichte — um die wichtigsten Beispiele zu nennen — oft nur noch eine Vollzugsfunktion aus.

Versuchen wir hier, noch einmal den Zusammenhang zu sehen. Der Arzt kommt in das sozialstaatliche Leistungsgeschehen zunächst wegen seiner eigentlichen medizinischen Funktion als Behandler und Heiler. Dafür wird er bezahlt. Aber seine Funktion greift weiter aus. Er verschafft andere medizinische Leistungen, andere medizinverwandte Leistungen, Schutz gegenüber dem Arbeitgeber, arbeitsrechtliche Ansprüche, endlich Sozialleistungen, disponiert über soziale Befindlichkeiten und Rollen. Und wie er dies tut, ist nun aber nicht ohne Einfluß auf die Nachfrage nach seinen Leistungen. Und wie er dies tut, ist also auch nicht ohne Einfluß auf die Preise, die für ihn gezahlt werden. Der Arzt wirkt somit in einer Gesamtheit von Funktionen, die voller Widersprüche und Spannungen und also auch Belastungen steckt: für ihn selbst, für seine Patienten

und für die Systeme, in denen er wirkt. Und über die Erfüllung des verrechtlichten ärztlichen Leistungsgebots des Sozialstaates selbst hinaus wird er auch dabei zum Rechtsanwender.

Was liegt näher, als zu versuchen, diese Widersprüche aufzulösen. „Gewaltenteilung“ zu schaffen, die Funktionen des Behandlers von den Funktionen des Leistungsvermittlers, des Gutachters usw. zu trennen⁵⁶? Aber ist es wirklich sinnvoll, über die sozialen Konsequenzen einer Behandlung, die sozialen Konsequenzen eines Krankheitszustandes usw. jemand entscheiden zu lassen, der nicht durch die Behandlung damit vertraut ist? Es gehört zum kleinen Erkenntnistheoretischen Einmaleins, daß jede Erkenntnis von Objekt, Subjekt und Situation abhängt. Der nicht behandelnde Arzt, der etwa gutachtet oder kontrolliert, ist nicht nur ein anderes Subjekt. Er ist auch in einer anderen Situation. Die Differenz der Erkenntnisse ist dann Programm. Und wer sollte recht haben? Der Unbeteiligte, dessen Urteil durch keine Verstrickung getrübt ist, dessen Urteil aber auch ohne die Imponderabilien der Vertrautheit, der konkreten Erfahrung und der individuellen Verantwortung erwächst, oder der Behandler, der sehr vertraut, im Fall erfahren, für seinen Patienten verantwortlich ist, der aber doch auf recht komplexe Weise auch Partei ist? Natürlich muß es eine Aussonderung von Funktionen geben, wie wir sie bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle⁵⁷, im vertrauensärztlichen Dienst⁵⁸, bei gerichtlich bestellten Gutachtern⁵⁹ usw. erleben. Aber läßt sich das zum Prinzip erheben? Läßt sich denn in dem sozialstaatlichen Geflecht von Leistungen überhaupt noch behandeln, ohne auch zu verschaffen, zu vermitteln? Läßt sich noch medizinisch helfen, ohne auch sozial zu helfen? Doch wenn sich die Funktionen nicht trennen lassen: dann bleibt die Verfremdung der eigentlichen ärztlichen Funktion durch die leistungsverschaffende, sozial entscheidende Wirksamkeit des Arztes. Dann bleibt sein alltäglicher Konflikt der Loyalitäten. Dann bleibt auch der Verdacht, daß die eine Funktion die andere zum Schaden der Sache beeinträchtigen kann.

VIII. Schlußbemerkungen

Unser Flug ist zu Ende. Natürlich haben wir nicht alles gesehen. Und doch haben wir auch schon viel zu viel gesehen. Wir haben eine Landschaft sehen wollen

⁵¹ Siehe M. Arnold u. a., a.a.O. (Anm. 2), S. 81 ff., 171 ff.

⁵² Siehe etwa Kurt Simon, Preis der Gesundheit, 1979, S. 137 ff.; Theo Thiemeyer, Auswirkungen der ärztlichen Tätigkeit auf die Gemeinschaft, in: „Arzt und Gesellschaft“, Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsvorstandes, Bd. XV, o. J. (1977), S. 107 ff. Siehe auch Hans F. Zacher, Die Geschichte der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Bernhard Külpe und Wolfgang Stützel (Hg.), Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag, 1973, S. 201 ff. (insbes. S. 227).

⁵³ Siehe z. B. §§ 182 Abs. 3, 368 Abs. 2 S. 1 RVO.

⁵⁴ Gemeint ist die nicht selten erforderliche ärztliche Untersuchung als Voraussetzung für die Einstellung in ein Arbeits- oder öffentliches Dienstverhältnis.

⁵⁵ Siehe dazu etwa die zahlreichen Beiträge zur Rolle der Sachverständigen im Sozialrecht in: Klaus Brückner u. Gerhard Dalichau (Hg.), Beiträge zum Sozialrecht, Festgabe für Hans Grüner, 1982.

⁵⁶ Siehe dazu Hans F. Zacher, Die Geschichte der Arzneimittelversorgung usw. (Anm. 52), S. 227.

⁵⁷ Siehe aus jüngster Zeit etwa Wolfgang Noftz, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, Die Ortskrankenkasse 67, Jg. (1985), S. 156 ff.

⁵⁸ Siehe dazu etwa H. Silomon, Arbeitsunfähigkeit: ihr Ausmaß und Trend — Die Organisation ihrer Kontrolle und deren Ergebnis, Das öffentliche Gesundheitswesen 45, Jg. (1983), S. 374 ff.

⁵⁹ Siehe noch einmal Anm. 55.

und haben in Abgründe geblickt. Wie soll in all dem eine sinnvolle, effiziente, befriedigende und befriedende Ordnung gefunden werden können? Davon zu sprechen, wäre mehr als noch ein Vortrag. Sicher ist

eines: Wir werden die notwendigen neuen Ordnungen nicht finden, wenn sie jeder nur von seinem Panoramablick aus sucht. Das gilt für alle, mitnichten nur für die Ärzte.