

Fortsetzung von Seite 2104

ten. Das jetzige Niveau im Versorgungsbereich für die Schwächsten werde noch sinken, wenn die vorhandenen Mittel in finanzieller und personeller Hinsicht auf weitere Bereiche verstreut werden. Die Kritik an der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik habe bei der Versorgung der chronisch und Schwerkranken angefangen, und daher sei die erste Aufgabe, sich dort um Verbesserungen zu bemühen. Der Blick auf die wahren Probleme werde verstellt, wenn man die Energien beispielsweise auf die ambulante Nachsorge statt auf die stationäre Versorgung konzentriere. 150 000 Patienten werden jährlich aus den psychiatrischen Anstalten entlassen; die Forderung nach lückenloser aktiver Nachsorge würde also bedeuten, daß man 150 000 Menschen nachgehen müßte. Tatsächlich bestehe nur bei einem kleinen Teil dieser Patienten ein tatsächliches Bedürfnis dafür. Es ist unmöglich, sagte Prof. Degkwitz, für alle alles zu tun, man müsse vielmehr hier und jetzt anfangen, wo es am dringendsten ist.

Diskussion verhindert . . .

An dieser Stelle sollten – wie eingangs erwähnt – die Delegierten des Deutschen Ärztetages in die Diskussion einbezogen werden; es hätte ausreichend Zeit für ein umfassendes und fruchtbares Gespräch zwischen den Experten auf dem Podium und den Delegierten zur Verfügung gestanden – doch die massive Störung der Versammlung durch die inzwischen in den Saal gekommenen Anhänger der „Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte“ ließ es nicht mehr zu einer Wortmeldung kommen. So schloß Dr. Christiani die Behandlung des Tagesordnungspunktes ab. Die Behandlung der zu diesem Thema vorliegenden Anträge mußte somit auch vertagt werden, und zwar bis zur Behandlung des Tagesordnungspunktes „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“, die erst nach Redaktionsschluß dieses Heftes erfolgte. bt

Vier-Punkte-Programm zur Sicherung der Qualität kassenärztlicher Versorgung

Dr. Hans Wolf Muschallik,
Erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Wortlaut des Referats
vor der Vertreterversammlung der KBV am 24. Juni 1974 in Berlin

Mein Bericht zur Lage, den ich traditionsgemäß in dieser Sitzung der Vertreterversammlung im Zusammenhang mit dem diesjährigen Deutschen Ärztetag vorlege, wird in einer Zeit erstattet, die wie nur wenige vorher geprägt ist von intensiven Bemühungen und Auseinandersetzungen um die ärztliche Versorgung im allgemeinen, um einige Teilaspekte wie zum Beispiel Rehabilitation mit ihren Bereichen Medizin, Beruf und Soziales, aber auch die ambulante kassenärztliche Versorgung im besonderen.

Es ist eine Tatsache, daß Systemkritiker nach wie vor die heutige Form ärztlicher Versorgung der Bevölkerung attackieren und von der Motivierung ärztlicher Handlungen bis zu Strukturfragen in Klinik und Praxis, der Ausbildung an den Hochschulen, dem Prüfungswesen, der Facharztweiterbildung, ja, bis zu den Leistungen der deutschen medizinischen Wissenschaft den Wert der Medizin in unserer Bundesrepublik in Frage zu stellen suchen. Die Bundesregierung ihrerseits versichert zwar immer wieder, daß sie nicht die Absicht habe, das bei uns in fast einem Jahrhundert gewachsene System der Krankenversorgung und -versicherung zu ändern; es müßte jedoch durch fortlaufende Verbesserung des Systems der ärztlichen Versorgung eine Anpassung an die Notwendigkeiten erfolgen.

Wenn man nun davon ausgeht, daß Gesundheitspolitik ein wesentlicher

Teil der Gesellschaftspolitik ist, und wenn uns die Erfahrung lehrt, daß schon scheinbar geringfügige Veränderungen nach Art der kleinen Schritte eine Weichenstellung im Grundsatz bedeuten können, dann wird es entscheidend auf die Definition der sogenannten Notwendigkeiten ankommen, wenn man Entwicklungen verhindern will, die unser freiheitliches System der ärztlichen Versorgung gefährden.

Dirigistische Tendenzen, welche letztlich eine Gefährdung des gesamten freiheitlichen Systems ärztlicher Versorgung bedeuten können, sind in den in der Diskussion befindlichen Landeskrankenhaus- und Landeshochschulgesetzen unübersehbar. Aber auch auf einer Vielzahl von Gebieten, die mit der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung und ihrer Sicherstellung direkt oder indirekt zu tun haben, werden zur Zeit Gesetzesentwürfe oder Initiativen vorbereitet und im einzelnen formuliert, und ihre mögliche Koordinierung wird vielleicht bereits hinter verschlossenen Türen erörtert. Auch wenn es sein mag, daß die Zeit, in der sich Thesen und Antithesen unversöhnlich gegenüberstanden, zu Ende geht und man sich um Synthesen bemüht, verdient dieses Stadium sowohl von allen Bürgern als potentiellen Patienten als auch von der Ärzteschaft die höchste Aufmerksamkeit.

Nur in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Politikern, mit den Krankenversicherungsträgern, aber

auch in enger Kommunikation mit der Presse, wird es uns Ärzten möglich sein, den Wert unserer Konzepte für eine funktionsgerechte Krankenbetreuung zu verdeutlichen, um damit, was ich immer wieder mit Nachdruck betonen möchte, ein System der Krankenversorgung zu erhalten, welches sowohl bezüglich der ärztlichen Betreuung als auch der sozialen Sicherung und der Organisation der gesundheitlichen Einrichtungen in der Welt bisher nicht besser zu finden ist.

Ich halte es auch für grundfalsch, die öffentliche Meinung nur als Ärgernis zu betrachten – auch wenn man sich gelegentlich über sie ärgert. Die öffentliche Meinung spielt beim Wandel des Menschen sowie beim Funktionswandel des Arztes und vor allem in einer Demokratie eine ganz entscheidende Rolle. Ein Verharren im diskussionsengen Raum unserer eigenen Berufswelt in akademischer Reservatio gilt nichts in der Auseinandersetzung um die öffentliche Meinung; sondern auch wir müssen uns rühren!

Der wirkliche Stand der kassenärztlichen Versorgung

Nun könnte man der Meinung sein, daß ich vor Ihnen oft und extensiv genug dargelegt hätte, wie der Status der kassenärztlichen Versorgung wirklich ist. Im Oktober 1973 haben wir der Öffentlichkeit in München eine ausführliche Dokumentation vorgelegt, um jedem an der Materie Interessierten Material für seine Überlegungen an die Hand zu geben.

Zwischenzeitlich geführte Besprechungen und Verhandlungen haben allerdings zu meinem Bedauern den Eindruck vermittelt, daß diese Dokumentation wie vieles andere offenbar in der heutigen Informationsflut untergegangen ist. Das ist besonders schade, weil gerade in der sozialpolitischen Diskussion nicht von Tatsachen ausgegangen wird, wenn man von der Notwendigkeit der „Anpassung“ der kassenärztlichen Versorgung an die

eingetretene Entwicklung spricht, sondern von Behauptungen, Hypothesen und Wunschvorstellungen. Deshalb möchte ich an den Anfang meines Berichtes quasi die Fortschreibung des Ergebnisses unserer damaligen Erhebungen stellen.

Als Zwischenbilanz läßt sich die Feststellung treffen, daß sich die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung mitwirkenden Ärzte weiterhin deutlich erhöht hat.

► Die Gesamtzahl der an der kassenärztlichen Versorgung mitwirkenden Ärzte erhöhte sich von rund 54 300 im Jahre 1972 auf 55 600 im Jahre 1973.

► Die Zahl der in freier Praxis tätigen zugelassenen Kassenärzte beziehungsweise Vertragsärzte stieg im gleichen Zeitraum von rund 47 500 auf 48 300.

► Damit ist allein im Jahr 1973 die Gesamtzahl der an der kassenärztlichen Versorgung mitwirkenden Ärzte um 2,4 Prozent und die Zahl der freipraktizierenden Kassenärzte um 1,6 Prozent gestiegen, während die Einwohnerzahl im gleichen Zeitraum nur um etwa 0,47 Prozent einschließlich der Gastarbeiter zugenommen hat.

In diesem Zusammenhang verdient es besondere Betonung, daß erstmals seit vielen Jahren ein leichtes Ansteigen der Zahl der Ärzte für Allgemeinmedizin festzustellen ist. Es ist uns offenbar – wenn auch regional unterschiedlich – gelungen, jüngere Ärzte für diese Sparte der Berufsausübung und die in ihr mögliche Befriedigung aus der beruflichen Tätigkeit zu interessieren. Wenn man diese Zahlen im Vergleich zur Vergangenheit wertet, ist, so meine ich, der Eindruck berechtigt, daß die von den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Sicherstellungsmaßnahmen durchzugreifen begonnen haben, obgleich zu regulierende Verteilungsprobleme sicher noch eine Zeitlang eine intensiv, aber auch behutsam zu lösende Aufgabe sein werden. Daß der positive Trend anhält, be-

stätigt die Entwicklung bei der Ausschreibung und auch Besetzung von vorrangigen Kassenarztsitzen in ländlichen Bereichen und Stadtrandgebieten. Von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen wurden von 1973 bis zum Mai dieses Jahres 544 vordringlich zu besetzende Kassenarztsitze angeboten, von denen 360 mit Hilfe der von den KVen gewährten umfangreichen wirtschaftlichen Unterstützungen besetzt werden konnten. Das heißt mit anderen Worten: 66 Prozent dieser Arztsitze in Engpaßgebieten sind aufgefüllt worden.

Daneben sind zur Zeit 51 Arzthäuser, vorwiegend in ländlichen Bereichen, in der Planung beziehungsweise bereits im Bau, mit denen nicht nur Arztpraxen und -wohnungen zur Verbesserung einer für die Bevölkerung wohnortnahen primärärztlichen Versorgung geschaffen werden, sondern mit denen auch in erheblichem Umfang mehr Ärzte unter einem Dach unter Einbeziehung fachärztlicher Versorgung mit gemeinsamer Nutzung moderner medizinischer Einrichtungen gefördert werden.

Allseitige Zusammenarbeit führt zu Erfolgen

Alle diese Bemühungen und Entwicklungen stellen natürlich einen permanenten Prozeß dar, der unter fortlaufender Prüfung der kassenärztlichen Strukturanalyse und ihrer Bedarfsdeckung, unter Berücksichtigung der Bevölkerungs- und Infrastruktur und im Zusammenwirken mit allen Beteiligten weiter verfolgt und komplettiert werden muß. Wenn es auch eine Binsenweisheit ist, so betone ich in diesem Zusammenhang, daß diese Maßnahmen in aller Regel von den Kassenärztlichen Vereinigungen im engen Zusammenwirken und im offenen Austausch der dazu erforderlichen Daten mit Krankenkassen, Kommunen und Landesplanungsämtern erfolgen.

Aus Zeitgründen beschränke ich mich auf diese wenigen Zahlenbei-

sple und weise alle an weiteren Details Interessierten auf die vorliegende blaue Ärztetagsdrucksache hin. Ich appelliere aber auch erneut an Bund, Länder und Gemeinden, stärker noch als bisher unsere Maßnahmen zu unterstützen, und ich hoffe zuversichtlich, daß der Gesetzgeber entsprechend der von der Sachverständigenkommission gegebenen Empfehlung das Seine dazu tun wird, um bei einer Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen der Beziehungen zwischen Kassenärzten und Krankenkasse die Grundzüge des derzeitigen Systems der ambulanten Versorgung, welches sich ständig bewährt, auch für die Zukunft beizubehalten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden ihre Bemühungen zu intensivieren haben, um eine enge organisatorische und praxisgerechte Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten überall dort zu fördern und zu unterstützen, wo durch sie die Qualität der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung für die Patienten verbessert werden kann.

► Formen der Zusammenarbeit, bei denen für die Patienten Nachteile entstehen, wie zum Beispiel durch Abschaffung oder Einschränkung des Hausbesuches oder durch längere Anreisewege, werden von uns im Gegensatz zu anderen, die eine Zentralisation mit Anmarschwegen von 20 bis 25 km befürworten, nicht befürwortet!

Sicherung der Qualität in der kassenärztlichen Versorgung

Bemerkenswerterweise hat die Kritik über die *quantitative* Seite der Versorgung in den letzten Wochen und Monaten abgenommen. Jetzt heißt es, daß wir grundsätzlich wohl eine ausreichende Zahl von Ärzten hätten, aber festgestellt werden müsse, daß bedauerlicherweise die *Qualität* der ärztlichen Versorgung in Ländern mit geringerer Arztdichte wesentlich besser sei als bei uns.

Bis heute sind mir allerdings das Land oder die Länder, in denen das so sein soll, nicht genannt worden. Abgesehen davon halte ich es für eine Voraussetzung einer erfolgversprechenden Diskussion hierüber, vorher den Maßstab dafür zu bestimmen, nach welchem die Qualität der ärztlichen Versorgung beurteilt werden soll. Für mich ist dabei neben der ärztlichen Qualifikation der Patient entscheidend und seine Möglichkeit, in Freiheit und Selbstbestimmung ambulante und stationäre ärztliche Versorgung und Behandlung möglichst ohne große Unbequemlichkeiten oder gar Hemmnisse in Anspruch nehmen zu können.

Damit komme ich zu dem Aspekt der qualitativen Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Auch hier haben wir uns nach Kräften bemüht, für ständige Verbesserungen zu sorgen. Als Pars pro toto weise ich auf die von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführte Qualitätssicherung für Laboruntersuchungen hin, die in allen Landesbereichen angelaufen ist und bei Sachkennern große Anerkennung gefunden hat.

Mir ist bekannt, daß die Beschlüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einführung der Qualitätssicherung bei einigen Kolleginnen und Kollegen Unmut und Mißfallen hervorgerufen haben. Ich bin mir auch darüber im klaren, daß es besonders für ein Labor mit relativ geringen Frequenzen eine zusätzliche Belastung für den Praxisinhaber bedeutet, die Qualitätssicherung durchzuführen.

Die Einführung dieser Maßnahmen und ihre Durchführung durch Kassenärzte war jedoch gesundheits- und sozialpolitisch notwendig, um dem ständigen unbewiesenen, weil unbeweisbaren, Gerede von der angeblich ungenügenden Qualität der kassenärztlichen Versorgung wirksam entgegenzutreten zu können. Relevante parlamentarische und außerparlamentarische Kreise haben

unser Bemühen auf diesem Gebiet ausdrücklich anerkannt und erklärt, daß das Thema ungenügender Qualität der kassenärztlichen Laboruntersuchungen damit wohl vom Tisch sei.

Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen und sollen weiter ausgebaut werden, und zwar mit Hilfe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In diesem Institut werden bereits wertvolle Vorarbeiten auf diesem Sektor geleistet; wir hoffen zuversichtlich, in relativ kurzer Zeit Arbeitsergebnisse vorlegen zu können, die – wissenschaftlich einwandfrei – für den einzelnen Kollegen eine wirkliche Hilfe bedeuten.

Sie werden sich alle daran erinnern, daß bei der Einführung der Früherkennungsuntersuchungen auf Krebs der Frau von einigen Kritikern behauptet wurde, daß die freie Praxis sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht gar nicht in der Lage sei, die zytologische Untersuchung von Gebärmutterabstrichen durchzuführen. Die Behauptung über die quantitativ unzureichenden Gegebenheiten der Praxis wurden sehr bald entkräftet, denn es stellte sich – für manche viel zu schnell – heraus, daß zum Beispiel die psychologisch so wichtige unverzügliche Mitteilung der Untersuchungsergebnisse in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung besser erfolgt als in manchen andersartigen Einrichtungen.

Wir haben es uns aber auch angelegen sein lassen, in Modellen eine Qualitätssicherung der zytologischen Untersuchungen zu erproben, um die generelle Einführung solcher Maßnahmen vorzubereiten. Ein im Bereich einer großen Kassenärztlichen Vereinigung jüngst durchgeführter Modellversuch, der rund 100 000 Präparate erfaßte und von anerkannten Kapazitäten auf diesem Bereich geleitet wurde, ergab dabei erfreulicherweise, daß in keinem einzigen Fall eine falsch negative oder falsch positive Aus-

sage aus dem Präparat abgeleitet worden war. Auch im Interesse unserer Bevölkerung ist dies eine beachtliche und das Vertrauen zum frei gewählten Arzt rechtfertigende Feststellung!

Was kann und sollte auf dem Gebiet der Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung in naher Zukunft noch weiter geschehen?

Ich möchte die Antwort in vier Schwerpunkten zusammenfassen:

- ❶ Sicherung der ärztlichen Fortbildung;
- ❷ Sicherung der Qualität der vor der Einweisung zur stationären Behandlung vorgenommenen diagnostischen Maßnahmen;
- ❸ Sicherung ausreichender offener Sprechstundenzeiten für die Bevölkerung auch bei Durchführung einer sogenannten Bestellpraxis;
- ❹ Sicherung einer verstärkten Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen.

Schwerpunkt ❶

Sicherung der ärztlichen Fortbildung

Zur Sicherung der ärztlichen Fortbildung wird der Präsident der Bundesärztekammer beim Deutschen Ärztetag die Gründung von Akademien für ärztliche Fortbildung durch jede Landesärztekammer anregen. Ich kann von dieser Stelle aus eine solche Anregung, die in ihrer Zielsetzung mit den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen eingehend und zustimmend beraten wurde, nicht nur sehr begrüßen, sondern ich bitte Sie auch, soweit Sie Delegierte des Deutschen Ärztetages sind, diese Anregung zu unterstützen.

Über die Arbeit solcher Akademien, die eine bundeseinheitliche Zusammenfassung haben sollten, habe ich die Vorstellung, daß es ihre Aufgabe sein müßte, für jede

Arztgruppe gesondert einen praxisbezogenen, praxisnahen Fragenkatalog nach dem Multiple-choice-Prinzip auszuarbeiten, der an die Ärzte versandt wird und nach Ausfüllung an die Bundesakademie zurückläuft.

Ein solches System, in dem der einzelne Arzt den Stand seiner Fortbildung selbst kontrollieren kann, scheint mir ein guter Beginn einer Sicherung der Qualität der ärztlichen Fortbildung zu sein, und kein Arzt sollte dies etwa als eine unnötige und daher abzulehnende Bevormundung empfinden, sondern als einen Ausdruck des Bemühens der ärztlichen Selbstverwaltungen ansehen, den in den Berufsordnungen aller Bundesländer enthaltenen Auftrag an den Arzt, sich ständig fortzubilden, in optimaler Weise zu erfüllen und auch gegenüber der Öffentlichkeit darzustellen.

An einer so gearteten Sicherung der ärztlichen Fortbildung werden sich, so hoffe ich zuversichtlich, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen ohne Ausnahme freiwillig, aber auch regelmäßig beteiligen, um der Bevölkerung durch die Tat vor Augen zu führen, daß unser derzeitiges System der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte gehandhabt wird, die in ihrem beruflichen Standard keinen Vergleich zu scheuen brauchen.

Schwerpunkt ❷

Qualitätssicherung in der prästationären Diagnostik

In der letzten Zeit wird die Qualität der einer Krankenhauseinweisung vorangegangenen diagnostischen Maßnahmen der freipraktizierenden Kassenärzte bemängelt oder in Zweifel gezogen. Man konnte hören und lesen, niedergelassene Ärzte hätten gegenüber Vertretern der Krankenkassen geäußert, ihnen sei es viel lieber, wenn die Entscheidung zur Krankenhauseinweisung dem Arzt dadurch erleichtert

würde, daß die prästationäre Diagnostik im Krankenhaus durchgeführt würde; das sei einerseits billiger, und andererseits sei das Krankenhaus dafür geeigneter. Dahingehend hat sich jedenfalls der Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Herr Kastner, in seinem Bericht vor der Vertreterversammlung seines Verbandes im Mai 1974 in München geäußert.

Dieser Bericht ist auch in seinen übrigen Teilen allen Kassenärzten, insbesondere aber allen in der kassenärztlichen Selbstverwaltung Tätigen, deshalb zur Lektüre zu empfehlen, weil er hochinteressante Ausführungen enthält, die schlaglichtartig beleuchten, wie sich der Bundesverband der Ortskrankenkassen die zukünftige Stellung des Kassenarztes, den zukünftigen Wirkungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung, aber zum Beispiel auch die zukünftige apparative Ausstattung der freien Praxis vorstellt.

Nachdem sich viele monatelang darüber ausgelassen haben, daß angeblich die Ausrüstung der freien ärztlichen Praxis ungenügend sei, und nachdem wir durch entsprechende Veröffentlichungen beweisen konnten, daß diese Behauptung unzutreffend war, muß es als Ironie wirken, wenn Herr Kastner nunmehr glaubt feststellen zu sollen, daß es pure volkswirtschaftliche Verschwendung sei, wenn neben den in Krankenhäusern notwendigen Kapazitäten auch bei den Kassenärzten immer neuere und modernere geschaffen würden, und sogar meint, daß dies als Beispiel für die Folge eines Monopols in die Lehrbücher der Volkswirtschaft eingehen könne!

► Ich bin im Gegensatz zu Herrn Kastner der Auffassung, daß unseren Patienten mit einer möglichst intensiven Diagnostik vor der Einweisung ins Krankenhaus erheblich mehr gedient ist als etwa mit der Verlagerung eines Teils der ärztlichen Betreuung in das Krankenhaus als Institution. ▷

Wer die rasante Entwicklung bei den Krankenhauskosten verfolgt, kann eigentlich aus volkswirtschaftlicher Sicht, die Herr Kastner als Leitstern für sich reklamiert, nur meine Auffassung bekräftigen, daß in der freien Praxis vor einer normalen Einweisung ins Krankenhaus, daß heißt abgesehen vom Notfall, alle diagnostischen Maßnahmen vorzunehmen sind, die zur Klärung des medizinischen Tatbestandes benötigt werden. Das habe ich bereits vor Jahren ausgeführt und damit die Mahnung an die Prüfungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden, nicht durch falsch verstandene Anwendung des Wirtschaftlichkeitsbegriffes in der freien Praxis mögliche und notwendige Leistungen zu behindern; ich unterstelle, daß es keinen Prüfungsausschuß mehr gibt, der anders verfährt.

Ich halte es seit eh und je für die Pflicht des Kassenarztes, vor einer Einweisung ins Krankenhaus alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchzuführen. Ich bin der Überzeugung, daß dies in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle geschehen ist und geschieht. Woran es offensichtlich hapert — das spreche ich hier ganz deutlich an — ist die kollegiale Mitteilung an den Krankenhausarzt über die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen und die Mitteilung über eingeleitete therapeutische Maßnahmen. Hier muß ganz offenbar vieles verbessert werden, und ich rufe alle Kassenärzte dazu auf, bei einer Einweisung ins Krankenhaus, soweit bisher nicht geschehen, in Zukunft alle bei der Diagnostik erhobenen Befunde und die eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen mitzuteilen. Damit wird eine Erleichterung der Urteilsfindung des Krankenhausarztes ebenso gefördert wie eine mögliche Abkürzung der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus.

Meine Bitte an die Krankenhausärzte andererseits geht dahin, bei der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus eine möglichst ebenso schnelle und ebenso aus-

führliche Unterrichtung des einweisenden Arztes zu gewährleisten. Ich weiß, daß das keineswegs allein oder überwiegend in die Hand unserer im Krankenhaus tätigen Kolleginnen und Kollegen gestellt ist; ich hoffe aber, daß Sie Ihren Einfluß beim Krankenhausmanagement in dieser Richtung geltend machen.

In einer solchen Intensivierung der Mitteilungen über Befunde und Maßnahmen sehe ich unter Einbeziehung der von uns eingeführten Qualitätssicherung bei Laborleistungen eine Möglichkeit zur Abkürzung des von Halbjahr zu Halbjahr rasant teurer werdenden Krankenhausaufenthaltes. Sie liegt im Interesse unserer Patienten und im Interesse der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen freier Praxis und Krankenhaus.

Mein Aufruf erfolgt, obwohl oder weil wir durch den Mund des Herrn Kastner die Auffassung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen kennen, daß bei der stationären Behandlung die Phase der Diagnostik nicht durch die Befundmitteilung des einweisenden Arztes ersetzt werden könne, weil die Krankenhausärzte, nach Ansicht des BdO zu Recht, der Ansicht seien, daß die von ihnen mit der Therapie zu übernehmende Verantwortung nur zu tragen wäre, wenn sie die Berechtigung zu eigener Diagnostik einschließt.

Die eigene Diagnostik unserer krankenhausesärztlichen Kollegen haben wir nie bestritten. Wir sind aber der Meinung, daß zum Beispiel unmittelbar vor der Krankenseinweisung durchgeführte Untersuchungen eines freipraktizierenden Arztes im Krankenhaus unmittelbar nach der Einweisung nur dann wiederholt werden sollten, wenn es zur Aktualisierung der medizinischen Aussagekraft notwendig ist.

Schwerpunkt ③ Sprechstundenzeiten

Mein dritter Vorschlag zur Sicherung der Qualität der ambulanten

ärztlichen Versorgung bezieht sich auf die ausreichende Anzahl von Sprechstunden des in freier Praxis tätigen Arztes für seine Patienten.

Über den Umfang dieser Sprechstundenzeiten wird in jüngster Zeit geklagt. Es wird behauptet, daß es Kassenärzte gäbe, welche am Montag- und Mittwochvormittag sowie Freitagnachmittag gar keine oder nur eingeschränkte Sprechstunden ausübten. Ich erkläre hier mit aller Deutlichkeit, daß ich eine solche Handlungsweise eines Kassenarztes für nicht mit seinen kassenärztlichen Pflichten vereinbar betrachte. Ich erkläre weiter, daß ich es, falls es solche Fälle geben sollte, für die Pflicht der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung halte, unverzüglich regulierend einzugreifen.

Mit der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit übernimmt der Kassenarzt die Pflicht zur vollen Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung: Er erwirbt das Recht der Behandlung der von den sozialen Krankenversicherungsträgern betreuten Personen sowie das Recht auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung. Wer das rechte Augenmaß für die Verteilung von Pflichten und Rechten nicht haben sollte, wird damit rechnen müssen, daß wir zur Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung durch innere eigene Selbstverwaltung dafür sorgen müssen, daß ein abgewogenes Verhältnis wiederhergestellt wird, damit sich bedauerliche Einzelercheinungen nicht zum Schaden des Ganzen auswirken können.

Natürlich weiß ich, daß angekündigte Sprechstundenzeiten und wirkliche Dauer der Sprechstunde sich erheblich voneinander unterscheiden und die wirkliche Sprechstundenzeit wesentlich länger ist als die auf dem Praxisschild ausgewiesene. Natürlich weiß ich auch, daß viele Kolleginnen und Kollegen — einer Forderung der öffentlichen Meinung folgend — dazu übergegangen sind, ihre Praxis in mehr oder minder großem

Umfang auf ein Vorbestellsystem umzustellen.

In mehreren meiner Berichte habe ich dargelegt, daß ich es in unserem System der ambulanten ärztlichen Betreuung für unabweislich halte, bei Einführung des Vorbestellsystems die „Praxis der offenen Tür“ beizubehalten, weil sonst das Vorbestellsystem für solche Patienten, die den Arzt ad hoc aufsuchen möchten, sich als ein kaum überwindbares Hindernis darstellt. Das halte ich für gesundheitspolitisch keineswegs wünschenswert und rufe deshalb dazu auf, den Rat und Hilfe suchenden Menschen im Rahmen der Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten ausreichende Sprechstundenzeiten in jedem Fall zur Verfügung zu stellen.

Der schon häufig gehörte Hinweis, daß man ja die Tätigkeit von Bereitschaftsdiensten entsprechend regeln könne, ist nach meiner Meinung kein Argument. Der Einsatz eines Bereitschaftsdienstes muß, wenn wir es mit der Verteidigung des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Patienten und seinem Arzt auch weiterhin ernst meinen, die Ausnahme bleiben, denn sonst werden wir unglaublich unwürdig.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bitte ich, in denjenigen Ausnahmefällen, in denen ausreichende Sprechstundenzeiten nicht zur Verfügung gestellt werden, in ärztlicher Selbstverwaltung für Abhilfe zu sorgen. Daß bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit für den Patienten, verkehrsmäßig zu diesen Zeiten auch zu dem Arzt hinkommen zu können, unter allen Umständen berücksichtigt werden muß, halte ich dabei für eine Selbstverständlichkeit.

Schwerpunkt ④ Früherkennungsuntersuchungen

Der vierte Punkt meines Programms für die Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung betrifft die Früherkennungs-

maßnahmen bei Frauen und Männern.

Lassen Sie mich ein Wort der Befriedigung darüber vorausschicken, daß die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Laufe des Jahres 1972 bei Frauen und Kindern erheblich zugenommen hat:

► Bei Kindern ist sie auf über 50 Prozent der Berechtigten gesteigert worden;

► bei Frauen hat sie sich um ein Drittel auf jetzt 27 Prozent der Berechtigten vergrößert.

Aber auch diese Verbesserung des Ergebnisses kann für uns kein Anlaß zur Zufriedenheit sein, sondern nur weiterer Ansporn, mit allen möglichen Mitteln permanent dafür zu werben, daß diejenigen, denen die Krankenversicherung Früherkennungsuntersuchungen einräumt, von ihnen auch Gebrauch machen. Das gilt ganz besonders für die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Männern, die von Anbeginn an nur bei etwas über zehn Prozent lag und bei diesem Prozentsatz stagniert.

Ich bin nach wie vor der Überzeugung, daß der wirksamste Weg zur Propagierung von Früherkennungsuntersuchungen die vertrauensvolle Beratung durch den behandelnden Arzt ist. Allen Kolleginnen und Kollegen wäre ich deshalb dankbar, wenn sie ihre Patienten auf die ihnen zustehenden Rechte auf dem Gebiete der Früherkennung immer wieder hinweisen würde, so wie es die Aktionsgemeinschaft mit ihren ersten Informationsblättern in einer, wie ich finde, guten Form getan hat.

Seit längerem wird von verschiedenen Seiten die Aufnahme von Früherkennungsuntersuchungen auf Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs in den gesetzlichen Früherkennungskatalog vorgeschlagen, ja, energisch gefordert. Die Sachverständigenkommission

für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung hat bekanntlich vorgeschlagen, entsprechende Modellversuche durchzuführen, nachdem die für notwendig angesehene Untersuchungsmethoden standardisiert sein würden, was bekanntlich noch nicht der Fall ist. Auf dem Gebiete einer allgemeinen aussagefähigen Früherkennungsuntersuchung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden also noch viele Modellversuche gemacht werden müssen.

Die Tatsache, daß etwa sechs Millionen Einwohner unserer Bundesrepublik an erhöhtem Blutdruck leiden, hat die diesjährige Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin veranlaßt, die Gründung einer Liga zur Bekämpfung von Bluthochdruckerkrankungen anzukündigen und zu fordern, daß die Vorsorge und Rehabilitation auf diesem Gebiet in Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen beschleunigt werde.

Blutdruckmessung bei jeder Früherkennungsuntersuchung

► Ich folge dieser Anregung und rufe heute alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, bei jeder Früherkennungsuntersuchung, die sie bei Frauen und Männern durchführen, vom vierten Quartal 1974 ab eine Blutdruckmessung am sitzenden Patienten vorzunehmen und das Ergebnis auf dem jeweiligen Vordruck zu dokumentieren.

Dies geschieht, weil ich glaube, daß wir auf diese Weise ein erstes, natürlich sehr grobes Filter für die Beurteilung des Herz-Kreislauf-Risikos schaffen können, ohne daß hierdurch zusätzlich Kosten entstehen. Dabei gehe ich von der Überzeugung aus, daß viele Frauen und Männer in dem für die Früherkennungsuntersuchungen bestimmten Alter, ohne es zu wissen, mit dem Risiko eines zu hohen Blutdrucks behaftet sind, das so erkannt und dessen Folgen vorgebeugt werden kann. Folgen Sie mir also bitte, wenn ich Sie aufrufe, die Blut-

druckkontrolle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auf Krebs von Frauen und Männern quasi als Standardleistung mit durchzuführen.

Wir leisten auch damit einen Beitrag zur Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung und gewinnen, so hoffe ich, aussagefähige Resultate, die weiteren Überlegungen zugrunde gelegt werden können.

Guter Start für die Arbeit des Zentralinstituts

Einen weiteren Beitrag zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Versorgung stellt die Arbeit des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen gegründeten Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland dar. Im vergangenen November hat dieses Zentralinstitut nach Zuerkennung der Rechtsfähigkeit seine Tätigkeit aufgenommen und neun Schwerpunkte festgelegt. Darunter befinden sich

- ▷ die Allgemeinmedizin,
- ▷ moderne Formen ärztlicher Zusammenarbeit,
- ▷ Struktur- und Bedarfsanalysen,
- ▷ Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen,
- ▷ Prävention,
- ▷ Rehabilitation, Diagnose- und Therapieunterstützung,
- ▷ elektronische Datenverarbeitung in der Medizin.

Es ist hier nicht der Platz, über die Arbeiten des Instituts eingehend zu berichten; dennoch möchte ich mit aller gebotenen Zurückhaltung einige Worte zu dem, wie ich meine, guten Start dieser unserer Einrichtung sagen.

Für das Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung in der Medizin

hat das Institut im April 1974 die Mitteilung erhalten, daß sein beim Bundesforschungsminister eingereicherter Antrag auf Förderung von Projekten des Einsatzes der EDV beim niedergelassenen Arzt positiv beschieden worden ist. Für die nächsten fünf Jahre erhält das Institut zu seinen Eigenleistungen beträchtliche Bundesmittel. Das Institut wird mit dem Land Berlin und mit dem Land Hessen im Rahmen des Forschungsprojekts DOMINIG eng zusammenarbeiten; ein Planungs- und Lenkungsausschuß hat inzwischen seine Beratungen aufgenommen und ein Arbeitsprogramm aufgestellt.

Bei der Prävention liegt das Schwergewicht auf der Auswertung von insgesamt rund acht Millionen Früherkennungsuntersuchungen aus dem Jahre 1972. Das Zentralinstitut bedient sich hierfür der Hilfe einer angesehenen Privatinstitution, die über entsprechende Erfahrung und Einrichtungen verfügt. Wichtige erste Schlußfolgerungen hofft das Zentralinstitut dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen für seine begonnenen Beratungen über die Notwendigkeit der Anpassung beziehungsweise Ergänzung oder Änderung seiner Früherkennungsrichtlinien vorlegen zu können.

Die Arbeiten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung werden unter maßgeblicher Mitarbeit der KV Hessen durchgeführt, die bereits seit längerem ein Modelllabor unterhält, in dem entsprechende Versuche angestellt werden.

Das Zentralinstitut hat alle vorliegenden Strukturanalysen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Bereiche aufgestellt und veröffentlicht haben, gesammelt und ist zur Zeit dabei, ein bundeseinheitliches Konzept zu erstellen, um so Planungsgrößen für zuverlässigere Bedarfsprognosen in der ärztlichen Versorgung zu gewinnen.

Auf dem Gebiet der modernen Praxisformen werden Erhebungen dar-

über vorangetrieben, welche Formen außerhalb Deutschlands existieren, wie sie funktionieren und welche Erfahrungen dabei gesammelt wurden, um so gegebenenfalls herauszufinden, welche Formen ärztlicher Zusammenarbeit geeignet sind, die Qualität der ärztlichen Versorgung in unserem Land zu verbessern.

Das Zentralinstitut befindet sich im letzten Stadium der Vorbereitung eines Feldversuches für den Einsatz von Mikrofilsichtgeräten als Informationshilfe für den niedergelassenen Arzt. Ziel des Versuches ist es, herauszufinden, ob mit Hilfe dieser Geräte bisher vom Arzt häufig verwandte Handbücher oder Lose-Blatt-Sammlungen ersetzt werden können durch für verschiedene Sachgebiete regelmäßig zur Verfügung gestellte Mikrofilme, die eine auf den jeweiligen neuesten Stand gebrachte Information vermitteln. Das ist zum Beispiel ad hoc denkbar für den Bereich der Arzneiverordnungen, aber auch für den Bereich des kassenärztlichen Abrechnungswesens, des Gebührenwesens und ähnliches. Der erste Feldversuch wird voraussichtlich im September dieses Jahres beginnen, und ich hoffe, daß ich Ihnen bei einer der Sitzungen in der zweiten Hälfte des nächsten Jahres darüber Genaueres berichten kann.

Auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin hat das Zentralinstitut die Förderung von Lehraufträgen für Allgemeinmedizin an deutschen Universitäten organisatorisch und finanziell vereinheitlicht; die Lehrbeauftragten haben sich erfreulicherweise verpflichtet, mit dem Zentralinstitut eng zusammenzuarbeiten und ihm regelmäßig Berichte über ihre Erfahrungen in der Lehrtätigkeit und über die Reaktion ihrer Studenten zur Verfügung zu stellen.

Das klingt alles so leicht und einfach, wenn es gesprochen oder geschrieben wird; dahinter steckt aber ein großes Maß an Arbeit, weil wir mit diesem Institut Neuland betreten haben. Ich halte es

deswegen für meine Pflicht, den Mitgliedern des Kuratoriums, den Mitgliedern des Vorstandes und denjenigen, die die Aufgaben des Instituts im Detail bearbeiten, meinen öffentlichen Dank für ihren Einsatz zu sagen.

Leistungsfähigkeit und Leistungswillen der Kassenärzteschaft

Das war die Bilanz, die ich in Verfolg meines Referates von München für die weitere Entwicklung und Verbesserung auf dem Gebiet der quantitativen und qualitativen Sicherung der kassenärztlichen Versorgung im abgelaufenen Jahr ziehen wollte. Diese Dokumentation beweist nach meiner festen Überzeugung nicht nur den Wert und die Anpassungsfähigkeit der derzeitigen gesetzlichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Ärzten in gemeinsamer Selbstverwaltung, sondern sie beweist auch die Leistungsfähigkeit und den Leistungswillen der deutschen Kassenärzte.

Sie beweist, mit welchem Ernst und welchem Verantwortungsbeußtsein die deutschen Kassenärzte bei allen diesen Überlegungen davon ausgegangen sind, den Menschen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen zu stellen und alle ihre Maßnahmen am Wohle des Patienten zu messen. Ein berühmtes Wort von Immanuel Kant sagt: „Die Notwendigkeit zu handeln reicht weiter als die Möglichkeit zu erkennen“. Das gilt für alle Politik, für alles Handeln der Menschen; auch für uns Kassenärzte reicht die Notwendigkeit zu handeln weiter als unsere Möglichkeit zu erkennen.

Dennoch bin ich mir darüber im klaren, daß es Personen und Gruppen gibt und immer geben wird, die nicht bereit sind und sein werden, diese Ergebnisse zur Kenntnis zu nehmen und entsprechend zu werten, weil sie ihnen nicht in ihre Zukunftspläne oder ihre ideologische Grundauffassung hineinpassen.

► Wer den Staat für das Maß aller Dinge hält; wer meint, daß die Übertragung einer Aufgabe an den Staat bereits die denkbar beste Lösung des Problems garantiere, den werden wir nie davon überzeugen können, daß Lösungen in Selbstverwaltung und Freiheit staatlichen Lösungen vorzuziehen sind!

In der letzten Zeit haben wir eine ganze Reihe von Ereignissen zu verzeichnen, die meine eingangs getroffene Feststellung begründen, daß es wohl selten eine Zeit in der jüngeren Vergangenheit gegeben hat, in der sich die Politik von so vielen Ausgangspunkten her mit der kassenärztlichen Versorgung beschäftigt.

Die Vielzahl der Vorgänge zwingt zur Abwägung der jeweiligen Bedeutung. So neige ich persönlich nicht dazu, zum Beispiel Beschlüsse von irgendwelchen Untergliederungen der SPD zu dramatisieren, in denen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens gefordert wird, oder Beschlüsse von Landesorganisationen der Gewerkschaften, in denen ein Gleiches geschieht.

Der sogenannte Marsch durch die Institutionen

Trotzdem kann man solche Kundmachungen nicht völlig unbeachtet lassen, denn sie dokumentieren den politischen Willen einer bestimmten Personengruppe: Wer an die Entwicklung an den deutschen Hochschulen in den letzten zehn Jahren denkt, weiß doch, daß der sogenannte Marsch durch die Institutionen gar nicht so sehr lange zu dauern braucht.

Wer Formulierungen wie: niemand werde die „Letztverantwortlichkeit des Staates“ auf unserem Gebiet leugnen können, im Licht solcher Geschehnisse auf ihre möglichen unterschiedlichen Aussagen und Willensinhalte prüft, wird mit mir sehr behutsam sein bei der Auslegung und Wertung von geschriebenen und gesprochenen Worten.

Zum Pirkl-Plan: „Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt stellen“

Bei den Ereignissen in der Politik auf dem Gebiete der kassenärztlichen Versorgung ist an erster Stelle die Initiative des Freistaates Bayern zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu nennen, die von dem bayerischen Sozialminister Pirkl in letzter Zeit mehrfach der Öffentlichkeit vorgebracht wurde. Bis zur Stunde ist nicht sicher abzusehen, wann und in welcher Form der Freistaat Bayern über den Bundesrat seine Initiative auch gesetzgeberisch vorträgt.

Soweit ich dem von der bayerischen Staatsregierung vorgelegten Thesenkatalog entnehmen kann, enthält er, unter Würdigung des Ergebnisses der Beratungen der Sachverständigenkommission beim Bundesarbeitsministerium, eine gesetzliche Untermauerung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits jetzt ergriffenen Maßnahmen. Er enthält aber weiter einen Bedarfsplan für Kassenarztsitze und als letzte Möglichkeit zur Erfüllung dieses Bedarfsplans die Zulassung von Ärzten nur im Rahmen dieses Plans – was nach meiner Deutung einer Sperrung von Zulassungen in arztverdichteten Gebieten entsprechen würde.

Es wird behauptet, die Pirkl-Initiative stehe im Zusammenhang mit der Ankündigung des Spitzenkandidaten der SPD für den bayerischen Wahlkampf, Dr. Vogel, eine straff geplante ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu einem der wichtigsten Punkte des bevorstehenden Wahlkampfes zu machen und hierbei auf diejenigen bayerischen Bezirke abheben zu wollen, in denen aus einer Vielzahl von strukturellen Gründen die Zahl dort praktizierender Ärzte geringer ist als in Ballungszentren, von München schon gar nicht zu reden.

Ob dies zutrifft oder nicht, lasse ich dahingestellt; für mich sind die Vorschläge von Minister Pirkl

sachlich zu debattieren, nicht etwa in der Hitze und Polemik wahlkämpferischer Auseinandersetzungen: Ein Wahlkampf ist am Wahltag mit der Entscheidung des Wählers beendet — die kassenärztliche Versorgung geht in jedem Falle weiter.

Nach Minister Pirkl's Vorstellungen ist die Begrenzung in der freien Wahl des Niederlassungsortes nur beabsichtigt zur Schließung der allerletzten Lücke im System, wenn alle Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen keinen Erfolg hatten. Es entspreche der Sozialgebundenheit des ärztlichen Berufs, wenn der Arzt seine Tätigkeit dort ausübe, wo sie, vom Patienten her gesehen, besonders benötigt würde. Anders gesprochen: Bei der Abwägung der Niederlassungsfreiheit des Arztes zu den berechtigten Belangen des Bürgers bezüglich der ambulanten ärztlichen Versorgung geht das Bedürfnis des Patienten nach ärztlicher Behandlung vor. Dem stimme ich grundsätzlich zu.

► Es ist nach wie vor meine Auffassung, daß für uns Ärzte die gesundheitlichen Bedürfnisse des Patienten im Mittelpunkt aller Betrachtungen und Überlegungen zu stehen haben. Die Sozialgebundenheit des Arztberufs sollte aber andererseits einem höchstmöglichen Maß an Freiheit Raum lassen.

Wo jedoch die Grenze zwischen sozialer Bindung und individueller Freiheit verläuft, darüber sind die Ansichten bekanntlich sehr unterschiedlich. Ja, es gibt sogar Auffassungen, welche Sozialgebundenheit und individuelle Freiheit für unvereinbar halten. Ich hingegen glaube an Regelungen in Freiheit und ihre Vorzüge gegenüber Regelungen durch Zwang. Und in dieser Hinsicht kann man über die Vorstellungen von Minister Pirkl im Detail unterschiedlicher Meinung sein. Man sollte jedenfalls alles vermeiden, was einen an einer Niederlassung in freier Praxis interessierten Arzt unzumutbar davon abhalten könnte, sein Vorhaben durchzuführen, denn sonst würde

die kassenärztliche Versorgung verschlechtert anstatt verbessert; die Zielvorstellung der gesetzgeberischen Initiative würde in ihr Gegenteil verkehrt.

Für Zwangsmaßnahmen besteht kein Anlaß

In meiner Zuversicht, daß Sozialbezogenheit und Freiheit miteinander vereinbare Begriffe sind, bestärken mich die Ergebnisse der Sicherstellungsmaßnahmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Natürlich kann ich nicht beweisen, daß diese weiter auszubauenden Maßnahmen für alle Zukunft die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ausreichender Weise garantieren. Es kann aber auch niemand, der für einen dirigistischen Einsatz von Ärzten bis hin zu einer Art „Dienstleistungsverpflichtung“ für die deutsche Krankenversicherung eintritt, auch nur den Anschein eines Beweises dafür vorbringen, daß die Durchführung seiner Vorstellungen besser zu einer ausreichenden Versorgung führen würde.

Bei dieser Sachlage, bei der alles dafür spricht, daß der von uns erfolgreich beschrittene Weg zur Sicherstellung einer ausreichenden und gleichmäßigen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung auch weiterhin den allseits angestrebten Zielen nahekommt, möchte ich davor warnen, mit dirigistischen Maßnahmen in diesen harmonischen Entwicklungsprozeß einzugreifen.

► Für Experimente mit Zwangsmaßnahmen, die ja in aller Regel irreversible Zustände schaffen, besteht nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse keine Veranlassung!

Demgegenüber sind die Erwartungen der Bundesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen an den Gesetzgeber, wie sie in den „Grundsätzen und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen“ zum Ausdruck kommen, auf einem anderen Boden angesiedelt.

Der weitgespannte Bogen von Änderungswünschen zum geltenden Kassenarztrecht, wie er sich in den „Maximen“ und „Forderungen“ der beiden genannten Bundesverbände widerspiegelt, wird auf Wunsch der Krankenkassen in dem gemeinsamen Ausschuß auf Grund der sogenannten „Essener Vereinbarung“ Gegenstand von Erörterungen sein. Diese Gespräche möchte ich fördern, ohne sie im einzelnen zu präjudizieren.

Im Grundsatz lassen Sie mich jedoch folgendes bemerken:

► Die Wiederholung von Versicherungen, daß man mit solchen Vorstellungen letztlich den Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen helfen, daß man so die Beibehaltung des geltenden Rechts sichern wolle und ähnliches, ist in ihrer Ernsthaftigkeit anzuzweifeln, wenn der Inhalt der Forderungen der Krankenkassen auf strukturelle Änderungen des Kassenarztrechts zielt.

Unverhüllt wird der seit Jahrzehnten überwundene alte „Herr-im-Hause“-Standpunkt deutlich gemacht, wonach sich dem Krankenversicherungsträger — als Letztverantwortlichem für die Leistungsgewährung — alles unterzuordnen habe. Folgerichtig wird die kassenärztliche Vereinigung ihres sachbezogenen Sicherstellungsauftrages entkleidet und allein zur Interessenvertretung der freipraktizierenden Kassenärzte geschrumpft mit der gleichzeitigen inhaltlichen Umdeutung des Begriffes der kassenärztlichen Versorgung als Summe aller Leistungen, die von Kassenärzten erbracht werden.

Damit wird einem von den Krankenkassen einzurichtenden parallelen Versorgungssystem mit Nichtkassenärzten und Institutionen aller Art das Tor geöffnet.

Klar ausgedrückt: Es soll neben der Versorgung durch freipraktizierende Kassenärzte zukünftig ein zweites System ambulanter Versorgung mit Leistungsträgern möglich sein, welche die Krankenkassen unmittelbar bestimmen können.

Wer fernerhin die Beseitigung der Rechtsstellung der Ersatzkassen, die bundeseinheitliche Abgeltung für ärztliche Leistungen, die Bindung der KVen an Honorarvereinbarungen auf vier Jahre und selbst Notdienstverpflichtungen von Ärzten noch als Anpassung des geltenden Rechts an die eingetretene Entwicklung auf der Basis der Grundsätze des Kassenarztrechts bezeichnet, der wird sich von mir sagen lassen müssen, daß wir dann nicht mehr auf dem gleichen Boden der Diskussion stehen.

Arbeitgebervorstellungen gegen Forderungen der Ortskrankenkassen

Im Herbst 1973 hat die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen in einer Broschüre „Gesundheitssicherung in Freiheit und Verantwortung“ der Öffentlichkeit vorgelegt. In dieser Druckschrift finden wir in bezug auf die kassenärztliche Versorgung der Zukunft Feststellungen und Wünsche, die weitgehend mit unseren eigenen Ansichten übereinstimmen.

Die Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger besteht bekanntlich zu 50 Prozent aus Vertretern der Arbeitgeber.

Die „Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen“ sind von den Gremien der Bundesverbände der Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen verabschiedet worden.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Vorstellung des BdO und des BdB mit den Vorstellungen der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände zur Gesundheitssicherung nicht in Einklang zu bringen sind.

Handelt es sich nun bei den Vorstellungen der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände nur um unverbindliche Aussagen, denen keine Wirkungskraft beizumessen ist, oder kann man in Tei-

len der sozialen Krankenversicherung nicht mehr von der Annahme ausgehen, daß die auf einer Einheitsliste ihres Verbandes gewählten Vertreter der Arbeitgeber diejenige Gesundheits- und Sozialpolitik durchzusetzen trachten, die ihr Verband beschlossen hat? Ich werde jede Gelegenheit benutzen, um diese für mich wichtige Frage zu klären.

Die soeben zu Ende gegangenen Sozialwahlen und ihr Ergebnis bei den Ersatzkassen sind für die KBV als Vertragspartner des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen im Hinblick auf unsere gemeinsamen Vorhaben zur Weiterentwicklung des Vertrages und der in ihm festgelegten Gebührenregelung von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus wirft das Ergebnis die Frage auf, ob sich nicht mancher mit der usurpierten Vertretungsberechtigung oder gar dem Alleinvertretungsanspruch der Versicherten in der deutschen sozialen Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung etwas übernommen hatte und ob nicht jetzt durch freie Wählergruppen ein schiefes Bild wieder geradegerückt wurde.

Das Rehabilitationsgesetz nutzen!

Die parlamentarische Behandlung des uns sehr berührenden sogenannten Rehabilitationsgesetzes ist nahezu abgeschlossen. Danach werden die Träger der Krankenversicherung Träger der Rehabilitation. Der ambulante medizinische Teil der Rehabilitation wird Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung.

Mit den Krankenkassen stehen wir bereits seit Monaten wegen der Durchführung der neuen gesetzlichen Bestimmungen mit der Einführung eines besonderen Verfahrens für häusliche Unfälle in Kontakt.

Auch die teilweise heiße Debatte um Meldepflicht und Melderecht

hat zum guten Ende einen meines Erachtens akzeptablen Abschluß dadurch gefunden, daß im Rahmen von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Versicherungsträger und Kassenärztliche Vereinigungen in Verträgen Regelungen darüber treffen sollen, in welchen Fällen der Arzt der Krankenkasse als derjenigen Stelle, die Rehabilitationsmaßnahmen einleitet und durchführt, Mitteilung über körperliche oder geistige Behinderungen von Personen machen soll.

Ich vertraue so viel auf den Sachverstand und das Einfühlungsvermögen des Bundesausschusses, daß es uns gelingen wird, dieser gesetzlichen Vorschrift den notwendigen Inhalt zu geben, der es dann den Vertragspartnern relativ leicht machen wird, zu den entsprechenden vertraglichen Abmachungen zu kommen. Ich habe das Vertrauen zu meinen Kolleginnen und Kollegen, daß sie die dann geltenden Bestimmungen in der für ihre Patienten optimalen Weise nutzen werden, um Leid zu verhindern und zu lindern.

Die parlamentarische Diskussion über eine weitere Gesetzesmaterie, die uns sehr nahe berührt hat, nämlich die gesetzliche Neuregelung des § 218 Strafgesetzbuch und der hierzu vorgesehenen flankierenden Maßnahmen, glaubten wir schon abgeschlossen. Die vor wenigen Tagen verkündete einstweilige Verfügung des Bundesverfassungsgerichts hat das Inkrafttreten der vom Bundestag mit der erforderlichen Mehrheit beschlossenen sogenannten Fristenlösung vorläufig verhindert, und kaum einer vermag im Augenblick vorauszusagen, wie die verfassungskonforme Regelung letztlich aussehen wird.

Entscheidend ist und bleibt für uns, daß der Gesetzgeber die Freiheit der Entscheidung jedes einzelnen Arztes garantiert hat, ob er es mit seinem Gewissen für vereinbar hält, einen Schwangerschaftsabbruch ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation vorzunehmen. Wir wer-

den diese Freiheit der Gewissensentscheidung auch in Zukunft bedingungslos zu verteidigen haben. Das Gesetz über flankierende Maßnahmen in der Krankenversicherung, das bekanntlich für die Kassenärzte wichtige Beratungsfunktionen, zum Beispiel für die Familienplanung, einführt, ist ebenfalls noch nicht in Kraft getreten, da der Bundesrat die erforderliche Zustimmung noch nicht erteilt hat. Man wird aber davon ausgehen können, daß die Beratung der Anspruchsberechtigten im Hinblick auf Familienplanung in jedem Fall in die kassenärztliche Versorgung mit einbezogen wird. Wir werden das in unseren Kräften Stehende zu tun haben, um auch dieser dann neu auf uns zukommenden Aufgabe gewachsen zu sein.

Die kassenärztliche Versorgung wird nicht unwesentlich auch durch die im Entwurf vorliegende Änderung der Approbationsordnung berührt werden. Damit soll das sogenannte Internatsjahr in Lehrkrankenhäusern während des klinischen Teils des Medizinstudiums auch eine poliklinische Tätigkeit umfassen. Es steht somit zu erwarten, daß eine Gleichstellung der Lehrkrankenhäuser mit Universitäts-Polikliniken im Kassenarztrecht die Folge sein wird.

Auf die erheblichen Bedenken, welche die Bundesärztekammer und freie ärztliche Verbände zu dieser Änderung der Approbationsordnung erhoben haben, möchte ich ausdrücklich hinweisen und darf dabei annehmen, daß dieser Punkt in die Beratungen auf dem diesjährigen Ärztetag eingeschlossen wird. Auf jeden Fall muß aber auch ich nachdrücklich vor dem Versuch warnen, durch diese Hintertür zur Einschaltung von Institutionen und Ambulatorien in die kassenärztliche Versorgung zu kommen.

Das Bemühen um Versächlichung verhöhnt

Auch die Publizistik hat sich mit der ambulanten ärztlichen Versor-

gung beschäftigt, einschließlich der Berufstätigkeit des einzelnen Kassenarztes.

Es gab aner kennenswerte Ansätze zu einer Versächlichung in der Berichterstattung und Kommentierung.

Es gab aber auch einen betrüblichen Rückfall in polemische Verzerrung: Im Dritten Programm der Fernsehstationen konnten Sie zu gebietlich verschiedenen Zeitpunkten die Sendung „Der Arzt und das Geld“ sehen.

Es hat wenig Sinn, mit Einzelzitate n aus dieser Sendung Emotionen zu wecken. Wir werden Sendungen solcher Autoren damit weder sachlicher gestalten noch verhindern können.

Die Sendung bot ein solches Maß an sachlich Unrichtigem wie zum Beispiel die Behauptungen, daß niemand die ärztliche Tätigkeit kontrolliere oder kontrollieren könne, und daß die Krankenkassen keine nachprüf baren Aufstellungen über die Leistungen des Arztes erhielten; die Sendung bot ein solches Maß an Diffamierung eines ganzen Berufsstandes wie zum Beispiel durch die Behauptung der Anschreibung nicht erbrachter Leistungen und deren Fingierung, also den Vorwurf des kontinuierlichen Betruges, daß es nicht lohnen würde, viele Worte darüber zu verlieren, wenn nicht diese Art gesundheits- und sozialpolitischer Brunnenvergiftung in den öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten einen so bedeutsamen Multiplikator fände.

Da es nach den bisherigen Erfahrungen kaum Aussicht auf Erfolg bietet, Ausstrahlungen dieser Art mit sachlichen Argumenten zu begegnen, bleibt der Ärzteschaft allein der Weg, mit den ihr zugänglichen Mitteln die Aufklärung der Bevölkerung über die wahren Gegebenheiten zu betreiben: Setzen wir dem Multiplikationsfaktor Fernsehen den Multiplikationsfaktor unserer Arztpraxen entgegen!

Ich habe die berechnete Hoffnung, daß nicht jede Fernsehsendung zu ärztlichen Problemen so unsachlich sein muß, wie es die im wesentlichen im Norden angesiedelten Zauberkünstler der Bildmontage bewerkstelligen.

Ich bitte Sie, meine Andeutungen nicht etwa zu verwechseln mit den fast tausendjährigen „Merseburger Zaubersprüchen“! Ich möchte auch meinen, daß denjenigen, die ich mit meiner Andeutung meine, mit Sicherheit nicht anzurechnen ist mit Sicherheit der Lacherfolg, den Herr Scholmer in der Sendung „pro und contra“ verbuchen konnte, als er den Vergleich der ambulanten ärztlichen Versorgung eines chinesischen und eines bundesdeutschen Dorfes mit einer positiven Bilanz zugunsten Maos abschloß!

Dennoch: eine ständige Verleumdungskanonade muß gesundheitspolitisch bedenklich stimmen.

► Wie soll man es einem Menschen verdenken, daß er seinen Arzt deshalb nicht zu Früherkennungsuntersuchungen aufsucht, weil ihm über die Flimmerkiste vor Augen geführt wurde, daß dieser Arzt, seine Ehefrau und seine Sprechstundenhilfe Betrüger, Manipulateure und Personen seien, denen es ausschließlich auf das Geld ankomme?

► Wer kann es einem Patienten übelnehmen, daß er seinen Arzt nicht rechtzeitig aufsucht, wenn am Tage vorher im Radio verbreitet wurde, Ausrüstungs-, Bildungsstand und Können des freipraktizierenden Kassenarztes seien auf einem solch niedrigen Niveau, daß es der Bevölkerung eigentlich nicht mehr zugemutet werden könne?

► Wer kann es einem jungen Arzt übelnehmen, wenn er nicht durch seinen Beitritt zur Gruppe der niedergelassenen Ärzte zu denjenigen gehören möchte, die sich ziemlich pausenlos in aller Öffentlichkeit beschimpfen lassen müssen?

Jeder einzelne kann und muß mithelfen

Ich habe erneut unsere erfolgreichen Bemühungen um die weitere Verbesserung der Sicherstellung einer gleichmäßigen kassenärztlichen Versorgung dargelegt.

Dabei habe ich zu den verschiedenen Aspekten, nämlich dem quantitativen Stand der Versorgung und ihrer Entwicklung im vergangenen Jahr sowie unserem Bemühen um eine ständige Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung, ebenso Stellung genommen wie zu derzeitigen politischen Aktivitäten, die die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Rechte und Pflichten der Kassenärzte betreffen.

Dabei hoffe ich klargemacht zu haben, daß wir jeden Tag vor weitreichende, die rechtliche und die berufliche Stellung des freipraktizierenden Arztes betreffende Fragen gestellt werden können.

Angesichts dieser Lage, bei der es darum geht, ob es uns gelingt, den ärztlichen Berufsstand als gleichberechtigten Partner der sozialen Krankenversicherung zu erhalten, gibt es anscheinend eine ganze Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die aus Resignation oder aus einer gewissen Selbstzufriedenheit heraus glauben, daß sie das alles nicht viel angeht.

► Dieser Zustand eines berufspolitischen Tiefschlafes ist außerordentlich gefährlich, ja, unter Umständen tödlich!

An jedem von uns liegt es, diejenigen, die glauben schlafen zu können, schnellstmöglich zu wecken.

An jedem von uns liegt es, meiner Bitte um aktives Mitwirken jedes Kassenarztes bei der Sicherung der Qualität der kassenärztlichen Versorgung zur Selbstverständlichkeit zu verhelfen. An jedem von uns liegt es, auch die eigene Tätig-

keit immer wieder dahin zu überprüfen, ob sie nicht weiter verbessert werden kann.

An jedem von uns liegt es aber auch, uns bekannten Politikern auf allen Ebenen bis hin zum Deutschen Bundestag klarzumachen, daß es nicht ohne schlechte Folgen für die zukünftige ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung bleiben kann, wenn zugelassen wird, daß ein ganzer Berufsstand von einer bestimmten Clique systematisch in aller Öffentlichkeit verunglimpft wird.

Die Wirkung der Eigentumsfeindlichkeit in den jüngsten Diskussionen mit der Verteufelung des sogenannten Profits, das heißt des Arbeitserfolges, kann nur negative Folgen auf die Motivation und die Risikobereitschaft des freipraktizierenden Arztes haben.

Verlieren wir die freien Berufe und den Mittelstand, dann werden gesellschaftspolitische Tendenzwenden folgen, deren Auswirkungen nach unseren bisherigen Kenntnissen nur negativ sein werden.

Zu den verbürgten Rechten und Freiheiten in diesem Land gehören das Recht auf Eigentum und die unternehmerische Freiheit ebenso wie das Recht auf die Autonomie der Berufsorganisationen.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang abschließend einen Leitgedanken meiner Ausführungen unterstreichen, indem ich die Äußerung eines Liberalen zitiere:

„Wenn es nicht gelingt, die Freiheit durch mehr Gleichheit und mehr Gerechtigkeit zu erhalten, wird die Freiheit eines Tages zugunsten der Utopie von der totalen Gleichheit verlorengehen.“

Dem habe ich nur hinzuzufügen, daß wir Ärzte auch im Interesse unserer Patienten alles tun müssen, daß wir von dieser totalen Gleichheit verschont bleiben.

Sonntag, 7. Juli

9.30 Offene Ohren für den Lärmschutz

– Aus der Reihe:
Lebensqualität – Konkrete Vorschläge für einen abstrakten Begriff
Hessischer Rundfunk,
1. Programm
Eberhard Nitschke

21.45 Ein normaler Alterstod –

Vom Sterben, das zu früh anfängt und zu abgeschlossen endet
Radio Bremen, 2. Programm
Bernt Richter

Montag, 8. Juli

19.30 Leben mit einem Sorgenkind

„Unser Walter“
Zweites Fernsehen
Heiner Michel

Eltern müssen zu ihrem Schmerz erfahren, daß ihr Kind „mongoloid“ ist. Nur mühsam verstehen sie, daß ihr Kind nie „normal“ werden wird, daß es keine Schule besuchen kann, daß es schwachsinig bleibt. Und Frau Zabel erwartet ihr zweites Kind. Mit dieser Sendung beginnt eine Spielserie von sieben Folgen über das Schicksal der Familie Zabel bis in die Gegenwart.

22.05 Nobelpreisträgertagung –

Bericht aus Lindau
Deutschlandfunk /
Kongreßbericht

Dienstag, 9. Juli

16.30 Herzbeschwerden –

Aus der Reihe: Mosaik –
Für die ältere Generation
Zweites Fernsehen

Die Beiträge der „Mosaik-Sendungen“ konzentrieren sich bewußt auf die Probleme des im sogenannten Ruhestand lebenden Menschen. Themen sind heute: Herzbeschwerden, Altenhilfe, Altenheim, die neuen Bestimmungen im Bundessozialhilfegesetz.

19.15 Die ersten 365 Tage im Leben eines Kindes –