

● Fortsetzung von Seite 3728

Wenn von dem großen Luftballon der Kritik an der Vereinbarung über das Unfallheilverfahren beim sachlichen Gespräch nur eine Kritik an verwendeten Worten übrigbleibt, von denen das eine ausschließlich der exakten juristischen Definition und Abgrenzung dient, dann allerdings frage ich mich, wozu dies alles gut gewesen sein soll. In Bonn und in manchen anderen Kreisen sind jedenfalls die innerärztlichen Spannungen bereits mit Schadenfreude vermerkt worden.

**BdO-Merkblatt:  
teils unwahr,  
teils böswillig tendenziös**

Bei den innerärztlichen Erörterungen, insbesondere bei denen zwischen Vertretern des BPA (Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin) und uns, ist immer wieder auf den Inhalt eines Merkblattes verwiesen worden, das der BdO in den meisten Bereichen über seine Krankenkassen an deren Mitglieder hat verteilen lassen.

► Ich kann heute auch hier vor Ihnen dieses Merkblatt nur als teils unwahr, teils böswillig tendenziös und sachentstellend bezeichnen und stehe nicht an zu erklären, daß ich in dieser Handlung des BdO eine schwere, wenn nicht gar unerträgliche Belastung unserer vom Gesetz geforderten Vertragspartnerschaft sehe. Selbst der Tag des Inkrafttretens des Unfallheilverfahrens ist in diesem Flugblatt des BdO falsch angegeben worden, was den Rückschluß darauf erlaubt, daß dieses Flugblatt bereits zu einem Zeitpunkt fertig war, als die Geschäftsführung des BdO, der offenbar die volle politische und sachliche Verantwortung für diese Aktion zufällt, noch mit uns über die endgültige Formulierung der Ergänzung zum Bundesmantelvertrag verhandelte. Als wir Andeutungen über die Möglichkeit einer entsprechenden Absicht des BdO erhielten, wurde uns gegenüber auf

Rückfrage nur von dem z. Z. stellvertretenden Geschäftsführer des Bundesverbandes von der Existenz eines Entwurfes gesprochen, und das zu einem Zeitpunkt, an dem bereits eine Druckauflage von mehreren Millionen versandfertig war.

Alles in allem ergibt sich das Bild eines Verhaltens, das — ich wiederhole es bewußt — eine schwere, wenn nicht unerträgliche Belastung der Vertragspartnerschaft darstellt.

▷ Von der Verantwortung hierfür können sich auch die Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in den Selbstverwaltungsorganen des BdO nicht durch die nachträgliche Aussage freihalten, daß sie angeblich von dem Inhalt dieses Flugblattes vor seiner Verteilung keine Kenntnis gehabt hatten. Wenn die Vorbereitung einer so brisanten politischen Maßnahme nicht zur Kompetenz der Selbstverwaltung der Bundesverbände gehören sollte, dann allerdings frage ich mich, wo denn dann eigentlich Kompetenz gegeben sein kann.

In dem Merkblatt wird durch die Wortwahl der Eindruck hervorgerufen, als sei es nutzlose Zeitverschwendung, wenn bei einem häuslichen Unfall auch mit geringfügigen Folgen ein anderer als der „Unfallarzt“ aufgesucht wird. Es wird der Eindruck erweckt, als könne der Hausarzt nur Erste Hilfe leisten. Diese Formulierungen sind so unrichtig und tendenziös, daß man darüber kein Wort zu verlieren brauchte, wenn sie nicht auch von ärztlichen Gruppen argumentatorisch — leider ohne vorherige Prüfung auf sachliche Richtigkeit — verwandt worden wären.

**Und wie funktioniert  
in Wahrheit  
das Unfallheilverfahren?**

► Ausdrücklich möchte ich feststellen, daß in keiner Weise daran gedacht war und ist, den Hausärzten, insbesondere den Ärzten für Allgemeinmedizin, etwa die Erstbehandlung von häuslichen Unfällen

zu entziehen, wenn sie sich nicht selbst und von vornherein dahin entscheiden, die Behandlung anderen Kollegen zu überlassen oder zu übertragen.

► Auch die Weiterbehandlung von Unfallfolgen ist jedem Kollegen unbenommen, abgesehen von der Vorstellungspflicht zur Begutachtung, wenn die Behandlungsbedürftigkeit länger als 18 Tage beträgt, wobei diese Zahl natürlich eine in Verhandlungen gefundene Kompromißzahl zwischen zwei ganz unterschiedlichen Ausgangspunkten auf Seiten der Unterhändler ist. Der „Unfallarzt“, der vielleicht besser hätte *Unfallbegutachtungsarzt* genannt werden sollen, ist kein Weiterbehandler *sui generis*, sondern soll in erster Linie gutachtlich tätig werden für die Beantwortung der Frage, ob je nach Art und Schwere der Verletzungen besondere unfallmedizinische Heilmaßnahmen oder Maßnahmen der Rehabilitation angezeigt erscheinen. Die Behandlung soll er nur in solchen Fällen übernehmen, in denen dies wegen der medizinischen Besonderheiten notwendig ist. Auf die Einhaltung des Maßes des Wirtschaftlichen und Notwendigen auf diesem Gebiete werden die KVen, über die bekanntlich die Leistungen der „Unfallärzte“ abgerechnet werden, mit allem Nachdruck natürlich zu dringen haben und dringen.

► Hier wurden also keine ärztlichen Arbeitsgebiete quasi im Sonderschlußverkauf verschleudert, und hier wird auch kein Tätigkeitsbereich des Arztes für Allgemeinmedizin ausgetrocknet!

In den Diskussionen der letzten Wochen ist manchmal fast so getan worden, als bestehe ein wesentlicher Teil der tagtäglichen Arbeit besonders des Arztes für Allgemeinmedizin im Einrichten von Radiusfrakturen, in der Wundtoilette größerer Verletzungen und im Anlegen großer komplizierter Verbände. Alle diejenigen, die bisher im ambulanten Bereich in der Unfallbehandlung tätig waren, möchte ich doch recht herzlich bitten, einmal

ihre letzten Quartalsabrechnungen Revue passieren zu lassen, um zu prüfen, ob tatsächlich diese Leistungen in einem so großen Umfang beim praktischen Arzt angefallen sind.

Man sollte sich auch daran erinnern, daß schon bei der Einführung des sogenannten D-Arzt-Verfahrens von namhaften Vertretern der unfallmedizinischen Wissenschaft, deren fachliche Kompetenz in keiner Weise bestritten werden kann, die Auffassung vertreten wurde, daß jeder mittlere und schwere Unfall schon im Anfangsstadium der Behandlung zur Begutachtung einem Unfallmediziner vorgestellt werden müsse, Aussagen, die in jüngster Zeit wiederholt wurden und die sich natürlich die Krankenversicherungsträger zu eigen gemacht haben.

Im Zusammenhang mit den Diskussionen um das Unfallheilverfahren ist mir die Forderung bekanntgeworden, solche vertraglichen Regelungen in Zukunft von einer vorherigen Befragung und Beschlußfassung der Vertreterversammlung abhängig zu machen. Ja, es wurde mir gegenüber sogar von manchen Kollegen die Meinung geäußert, die Kollegen erwarteten, eine solche Entscheidung müsse vom Deutschen Ärztetag gefällt werden.

Die Funktion des Räderwerks der KBV als oberstes Selbstverwaltungsorgan der KVen ist in einer sehr klaren Weise geregelt. Die Satzung schreibt vor, daß es eine Reihe von Zuständigkeiten der VV (Vertreterversammlung) gibt, darunter sogenannte Grundsatzentscheidungen, und daß der Abschluß von Verträgen und die Erledigung der laufenden Angelegenheiten dem Vorstand obliegt. Da die KBV keine persönlichen Mitglieder hat, sondern die 18 KVen ihre Mitgliedschaft bilden, besteht quasi als Katalysator zwischen KBV-Vorstand und den durch sie vertretenen KVen der sogenannte *Länderausschuß*, der zum Beispiel vor Abschluß von Verträgen kraft Satzung vom Vorstand gehört wer-



**Zwei Delegierte im Gespräch: Prof. Sewering, KV Bayern (Präsident der Bundesärztekammer – rechts), Dr. Bourmer, KV Nordrhein (Vizepräsident der Bundesärztekammer)**

den muß. Über die in der Satzung geregelte Kompetenz des Länderausschusses hinaus hat sich der Vorstand um eine möglichst enge Zusammenarbeit zwischen den durch ihre Vorsitzenden vertretenen KVen und der KBV bemüht. Wir erörtern gemeinsam alle Fragen, die die Arbeit der KBV und die Landes-KVen betreffen. Wir haben uns noch gerade gestern versichert, daß wir diese gemeinsamen Erörterungen noch viel intensiver gestalten wollen. Ich kann Ihnen auch an dieser Stelle schon erklären, daß wir den Versuch des letzten Jahres wieder aufnehmen wollen, mit Ihnen in Seminarveranstaltungen in Berlin diese Information und diesen intensiven Gedankenaustausch fortzuführen und weiter zu verbessern. Dieses Gremium, der Länderausschuß, hat das satzungsgemäße Recht, mit Mehrheit zu beschließen, daß ein Sachgegenstand der VV zur Entscheidung vorzulegen ist. Ich glaube, daß auf diese Weise die Kompetenz der Vertreterversammlung der KBV als Repräsentanz der KVen in der KBV in allen ihren Möglichkeiten voll gewahrt ist.

Lassen Sie mich aber doch, weil solche Gedanken immer einmal auftauchen, an einem Beispiel demonstrieren, wie sehr Sie die Handlungsfreiheit des Vorsitzenden der KBV, des Vorstandes, aber auch die des Länderausschusses sowie selbstverständlich die der Geschäftsführung bei der notwendigen politisch-parlamentarischen Arbeit einengen bzw. beseitigen würden, wenn die bisherige, wie ich meine, wirkungsvolle Aufgabenteilung geändert würde. Rufen Sie sich bitte die abschließende parlamentarische Behandlung des Gesetzes in die Erinnerung, mit dem die Früherkennungsmaßnahmen in den Leistungskatalog der Krankenversicherung einbezogen wurden.

Innerhalb weniger Stunden mußte ich damals, als Ihr Repräsentant gegenüber Bundesregierung und Bundesrat namens der KBV einige grundsätzliche, mündliche und darüber hinaus auch detaillierte schriftliche Erklärungen abgeben; nur dadurch gelang es, die angestrebte Herauslösung der Früherkennungsmaßnahmen aus der

kassenärztlichen Versorgung zu vereiteln. Ich glaube es wird Ihnen erinnerlich sein, daß dieser Vorgang damals als ein bedauerlicher Erfolg einer starken ärztlichen Selbstverwaltung dargestellt wurde.

Diese Handlungsfreiheit, die ich seinerzeit und bis heute aus Ihrer Zustimmung zu der jeweils in meinen Berichten zum Ausdruck gebrachten grundsätzlichen sozial- und berufspolitischen Linie abgeleitet habe, würde bei einer solchen Regelung in Zukunft auf Null schrumpfen, und ich meine, daß dies nicht im wohlverstandenen Interesse der durch Sie mittelbar vertretenen Kassenärzte liegen kann.

Sie wissen alle, wie sehr mir das Ansehen des Arztes für Allgemeinmedizin, seine Förderung und Anerkennung national und international am Herzen liegt, und daß ich mich bei jeder sich bietenden Gelegenheit für die öffentliche und uneingeschränkte Anerkennung seiner besonders schweren und aufopferungsvollen Arbeit, besonders als Landarzt, eingesetzt habe.

Aus dieser meiner Grundeinstellung verstehen Sie bitte meinen Appell an uns alle, die im Zusammenhang mit dem Unfallheilverfahren entstandenen innerärztlichen Querelen so rasch wie nur eben möglich auszuräumen!

Ich hoffe, daß hierzu auch das mit den Bundesverbänden der Betriebs- und Innungskassen und uns gemeinsam erarbeitete Merkblatt zu diesem Unfallheilverfahren beiträgt, mit dem alle Anspruchsberechtigten über den wirklichen Inhalt des Verfahrens aufgeklärt werden sollen und durch das der aufgezeigten tendenziösen Darstellung dieses Verfahrens durch den BdO wirksam begegnet werden soll. Seien Sie im übrigen versichert, daß wir nach Inkrafttreten dieses Unfallheilverfahrens am 1. Januar 1975 alle auftretenden echten Schwierigkeiten zum Anlaß weiterer Verhandlungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen nehmen werden, um das Ver-

fahren, vor allem auch im Interesse der Beteiligten, stetig den Erfordernissen der Praxis anzupassen.

In den letzten Wochen hat es in einem weiteren Bereich Unruhe in der Kollegenschaft gegeben, nämlich über die Arbeiten zu einer *Weiterentwicklung der Gebührenordnung* — speziell bezüglich der *Laborgebühren*. Fälschlicherweise ist davon gesprochen und auch schon geschrieben worden, daß höchst drastische Kürzungen der Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen unmittelbar bevorstehen. Ich vermag nicht zu beurteilen, ob solche Gerüchte auf die Kolportierung entsprechender Vorstellungen wiederum des BdO zurückgehen, nach denen die Gebührenwerte für Laborleistungen im Durchschnitt um 50 Prozent gesenkt werden sollen.

Tatsache ist, daß in Verfolg unserer Forderungen, die auch auf mehreren Deutschen Ärztetagen erhoben worden sind, seit langem eine Förderung arzt spezifischer Leistungen in der Gebührenbewertung von uns energisch angestrebt wird. Tatsache ist weiter, daß auf dieser Grundlage sowohl mit den RVO- wie mit den Ersatzkrankenkassen Verhandlungen über eine entsprechende Umstrukturierung geführt werden, die eine, beinahe möchte ich sagen, vernünftige Relation in der Bewertung technischer Leistungen zu spezifisch ärztlichen Grundleistungen zum Ziele haben. Im Bereiche der Ersatzkrankenkassen verlaufen diese Arbeiten über eine Umstrukturierung der E-Adgo im Geiste guter Partnerschaft. Das gemeinsame Ziel der Vertragspartner ist es dabei, eine im Interesse der ärztlichen Versorgung liegende Änderung der Gebühren für eine Reihe von Laboruntersuchungen zugunsten der arzt spezifischen Leistungen, wie z. B. der Besuche, durchzuführen. Hierbei sollen gleichzeitig die gebührenordnungsmäßigen Abrechnungsprobleme beseitigt werden, die bisher bei der Anwendung von Laborautomaten und für größere Laborgemeinschaften bestanden haben.

Sie werden es mir bitte nicht verübeln, wenn ich — da der Beratungsprozeß noch nicht abgeschlossen ist — keine Einzelheiten bekanntgebe. Dies vor allem in der Hoffnung, daß unsere Verhandlungen mit den Ersatzkrankenkassen so zum Abschluß gebracht werden können, daß die beabsichtigte Neuregelung zum 1. April 1975 in Kraft treten kann. Eines aber kann ich Ihnen versichern: die Vertreter der KBV werden sich wie in der Vergangenheit mit allen Kräften und, wie wir glauben, nicht ohne Erfolg, darum bemühen, zu einer ausgewogenen Lösung im Interesse einer fortschrittlichen Weiterentwicklung des ärztlichen Gebührenwesens zu kommen.

#### **Beispiele: Schweiz, Österreich**

Damit gelange ich zu dem nach meiner Meinung wohl wichtigsten Abschnitt meines Berichtes, den parlamentarischen Beratungen über eine Weiterentwicklung des Kassenarztes.

Die Krankenversicherung ist — manche von Ihnen werden es wissen — nicht nur bei uns Gegenstand politischer Initiativen und parlamentarischer Erörterungen. So steht in Österreich eine gesetzliche Neuregelung unmittelbar bevor oder ist bereits in Kraft getreten, nach der aus einem beim Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger bestehenden Fonds, dessen Finanzkraft um 100 Prozent erhöht werden soll, den Krankenkassen Aufwendungen für die Erstellung eigener Ambulatorien bis zur Höhe von 25 Prozent vorgestreckt bzw. ersetzt werden sollen. Hebelpunkt für die verstärkte Tätigkeit von Ambulatorien in der ambulanten Versorgung soll dabei die allgemeine Gesundenuntersuchung sein, die vor etwas über einem Jahr in das Leistungsrecht der österreichischen Sozialversicherung eingefügt wurde. Auch in Österreich sehen wir also — leider erfolgreiche! — Bemühungen, die Stellung des freipraktizierenden Arztes zu verschlechtern und seinen Tätigkeitsbereich auszuhöhlen.

Selbst in der Schweiz, von manchen von uns aus finanziellen und währungspolitischen Gründen noch immer für ein Paradies gehalten, herrscht auf dem Gebiet des Gesundheitswesens keineswegs Ruhe, im Gegenteil: eine sozialdemokratische Initiative, deren Ziel die Schaffung einer nationalen Volksversicherung ist, hat Ärzte und Krankenkassen gemeinsam auf den Plan gerufen, um beabsichtigte revolutionäre Entwicklungen in ruhigere evolutionäre Bahnen zu lenken.

Die konservativ liberale Grundeinstellung der Schweizer Eidgenossen hat sich jedoch auch diesmal durchgesetzt und sowohl eine vorgesehene Volksversicherung als auch eine Erhöhung der Beitragskosten zu ihrem bisherigen Krankenversicherungssystem mit einer unerwartet deutlichen Mehrheit abgelehnt.

#### Pläne zum Kassenarztrecht aus München und Stuttgart

In unserem Land treffen mehrere Initiativen zusammen, die alle einen politischen Ursprung haben. Da ist erstens die Initiative des Freistaates Bayern — auch „Pirkl-Plan“ genannt —, die in der Öffentlichkeit bekannt wurde, nachdem im bayerischen Landtag und im dortigen Wahlkampf von seiten der SPD und ihrer Repräsentanten angebliche Mängel in der ärztlichen Versorgung mehrfach polemisch ins Scheinwerferlicht gerückt worden waren, bis hin zu Wahlplakaten, auf denen eine Leerung der ärztlichen Wartezimmer als Ziel propagiert wurde. Gleichzeitig entwickelte sich ein heftiger Meinungsstreit zwischen den Kassenärzten und den Krankenkassen Bayerns über das Ergebnis von Strukturanalysen über den gegenwärtigen Stand der kassenärztlichen Versorgung. Ausführungen, die die bayerischen Krankenkassen und ihre Repräsentanten bei dieser Auseinandersetzung gemacht haben, lassen leider für die notwendigen objektiven Beratungen über einen möglichen Bedarfsplan nicht viel Gutes erhoffen.

Die übertriebenen, auf unrealistischer, ja teilweise sogar grotesk falscher Grundlage beruhenden Vorstellungen der bayerischen Krankenkassen lassen vielmehr befürchten, daß sie in dem Bedarfsplan letztlich nur ein Mittel sehen, um das verhaßte sogenannte „Monopol“ der Kassenärzte und die Stellung der KVen zu brechen und dafür ihren Herr-im-Haus-Standpunkt durchzusetzen.

Der Pirkl-Plan basiert auf einem im Einvernehmen zwischen KV und Krankenkassen aufzustellenden Bedarfsplan. Wird er in einem im Entwurf selbst nicht näher definierten Umfang nicht eingehalten, dann sollen neue Zulassungen nur für im Bedarfsplan ausgewiesene Kassenarztsitze möglich sein, wobei die Ärzte eine bestimmte Frist — zur Zeit wird von fünf Jahren gesprochen — an diesen Ort gebunden sein sollen. Können sich Ärzte und Krankenkassen über den Bedarfsplan nicht einigen, so trifft die Entscheidung der Landesauschuß der Ärzte und Krankenkassen, in dem drei Unparteiische mitwirken. Hauptmerkmal des Pirkl-Planes im Vergleich zu anderen Vorstellungen ist die Tatsache, daß hier der Bedarfsplan auch Maßstab der aktuellen Planung der regionalen Verteilung der Kassenärzte und damit alleiniges Kriterium für die Feststellung einer Unterversorgung ist.

Eine zweite Initiative stammt aus dem Gebiet des Bundeslandes Baden-Württemberg, wo insbesondere auf Drängen eines der SPD angehörenden Landtagsabgeordneten und Kollegen eine Stellungnahme der Landesregierung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in den verschiedenen Teilen des Landes bewirkt wurde. Auf der Grundlage dieses Berichtes wurden gesetzgeberische Initiativen entwickelt, die einen Bonus im Rahmen des Numerus clausus für solche Studenten anstreben, die sich zu einer späteren Tätigkeit in ländlichen Gebieten verpflichten. Zweitens wurde eine nach dem Enumerationsprinzip gestaltete Liste von Maßnahmen entworfen, die

von den KVen zum Zwecke der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ergriffen werden sollen oder müssen. Diese Liste ist nach unserer Kenntnis nichts weiter als die Aneinanderreihung der in der bekannten Empfehlung der KBV an die Landes-KVen aufgeführten verschiedenartigen Möglichkeiten zur Verbesserung der Sicherstellung. — Auch in den baden-württembergischen Vorstellungen spielt ein Bedarfsplan eine maßgebliche Rolle.

#### Der Gesetzentwurf der Bundesregierung

Als dritte für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens wohl entscheidende Initiative ist der Entwurf des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zu nennen, der bekanntlich nicht nur das Kassenarztrecht betrifft, sondern auch die Finanzierung des Beitrages zur Krankenversicherung der Rentner, das Problem eines Zahlungsausgleiches unter den Krankenversicherungsträgern sowie das Problem der Garantieverpflichtung der Gemeinden für Ortskrankenkassen regeln will.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung konnte sich bei der Aufstellung seiner Gesetzesinitiative, soweit sie die Weiterentwicklung des Kassenarztrechts betrifft, auf das einmütige Votum der Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung des Rechts der sozialen Krankenversicherung stützen. Kernstück dieser Empfehlung der Sachverständigenkommission ist die Aussage, daß sich die Grundsätze des Kassenarztrechts bewährt haben und es für die Zukunft nur einer Anpassung an eingetretene Entwicklungen bedürfe. Diese Empfehlung enthält darüber hinaus Vorschläge für die Ausschöpfung der Möglichkeiten des bestehenden Rechts, für die bessere Koordinierung von Sicherstellungsmaßnahmen und für eine Leitfunktion des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, ohne dabei die Grundsäulen des Kassenarztrechts in Frage zu stellen. ▷

Der Entwurf des Bundesarbeitsministers bringt als Neuerung ebenfalls einen Bedarfsplan, der jedoch im Gegensatz zur bayerischen Initiative als ein Instrument der mittel- und langfristigen Planung der Sicherstellung definiert ist und nicht unmittelbar als Meßlatte zur Beurteilung der aktuellen Sicherstellung dient. In diesem Entwurf wird den KVen die Aufgabe zugewiesen, den Bedarfsplan im Zusammenwirken mit den Krankenkassen aufzustellen und zu beschließen. Kommt ein Einvernehmen mit den Krankenkassen nicht zustande, so kann die KV wiederum abweichend von der Bayern-Initiative diesen Bedarfsplan selbst festsetzen.

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen kann Anregungen zur Änderung des Bedarfsplanes geben, über deren Berücksichtigung die KV zu entscheiden hat. Werden die Anregungen nicht aufgenommen, muß die KV Gründe dafür angeben.

#### **Instrument Zulassungssperre ist nicht erforderlich**

Die Kriterien, nach denen der Bedarfsplan aufzustellen ist, sollen — dies übrigens in allen drei Gesetzesinitiativen — vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt werden, um damit eine einheitliche Handhabung der überaus schwierigen Materie im ganzen Bundesgebiet zu gewährleisten. Die allgemeinen und grundsätzlichen Bestimmungen soll die Zulassungsordnung enthalten.

Es ergibt sich also mit dieser Gesetzesinitiative ein mehrstufiges Verfahren für das Werden des Bedarfsplans von den allgemeinen Vorschriften im Gesetz selbst über die grundsätzlichen Vorschriften in der Zulassungsordnung über die Richtlinien des Bundesausschusses mit den Kriterien für seine Aufstellung bis hin zur Aufstellung des Planes selbst durch die KVen im Zusammenwirken mit den Krankenkassen und gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Vorschlägen

des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Der Gesetzentwurf verpflichtet die KVen zu allen geeigneten finanziellen und organisatorischen Maßnahmen, um die Sicherstellung zu gewährleisten. Hinter dieser Formulierung ist vereinzelt etwa in der Richtung Böses vermutet worden, hier solle den Kassenärzten eine unzumutbare Belastung durch die Finanzierung dieser Sicherstellungsmaßnahmen zugemutet werden.

► Ich betone deshalb ausdrücklich, daß diese Verpflichtung der KVen im Gesetzentwurf unter Beachtung des besonderen Gesichtspunktes der Verhältnismäßigkeit der Mittel gesehen werden muß. Mir scheint eine solche allgemeine Bestimmung, bei der die Überlegungs- und Handlungsfreiheit jeder KV unter Berücksichtigung der besonderen Eigenart ihres Bereiches in keiner Weise eingeschränkt oder präformiert ist, besser jedenfalls als eine x Positionen enthaltende Liste von Maßnahmen, die Außenstehende nur dazu veranlassen könnte oder würde, quasi im Abhakverfahren festzustellen, was die KVen denn nun noch zu tun hätten.

Jede KV hat es nach dem Entwurf in der Hand, alle ihr geeignet erscheinenden Maßnahmen durchzuführen, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Das umfaßt auch eine Vorschrift, die die KVen ermächtigt, selbst der unmittelbaren ärztlichen Versorgung dienende Einrichtungen zu betreiben. Hierzu soll sie allerdings des Einverständnisses mit den Landesverbänden der Krankenkassen bedürfen. — Wenn trotz aller Maßnahmen der KVen einschließlich des Betriebs eigener Einrichtungen nach Auffassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche Unterversorgung in einem Bezirk droht oder eingetreten ist, kann nach der jetzigen Gesetzesinitiative der Landesausschuß der KV auferlegen, innerhalb einer bestimmten Frist die eingetretene Unterversorgung zu

beheben. Gelingt das der KV nicht, kann der Landesausschuß mit einer für die Zulassungsinstanzen verbindlichen Wirkung feststellen, daß Zulassungsbezirke oder Teile von ihnen für weitere Zulassungen solange gesperrt werden, bis die für die Behebung des eingetretenen Versorgungsmangels notwendige Besetzung von Kassenarztsitzen erfolgt ist.

► Lassen Sie mich an dieser Stelle ganz offen aussprechen, daß es nach meiner Überzeugung zu einer solchen Zulassungssperre deswegen nie kommen kann und wird, weil der gesetzlich vorgeschaltete Fächer von Maßnahmen der KVen so umfangreich wie intensiv einsetzbar ist, daß damit das Ziel der bedarfsgerechten ambulanten ärztlichen Versorgung so oder so stets zu erreichen sein wird. Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, daß in einem Fall, in dem alle solche Maßnahmen der KVen keinen Erfolg hatten und auch die als Ultima ratio vorgesehene Sperrung eines Zulassungsbezirks die gewünschte Wirkung nicht hat, es etwa den Krankenkassen bei einem Rückfall der Sicherstellung an sie gelingen könnte, durch eigene Einrichtungen die ärztliche Versorgung in solchen unterversorgten Gebieten zu verbessern. Die in der Reihenfolge vorgesehenen Maßnahmen der KVen, des Landesausschusses und der Krankenkassen zum Ausdruck kommenden Antworten auf die politische Fragestellung: „Und was passiert, wenn auch das nicht hilft?“ halte ich daher zwar für logisch und berechtigt, in ihren letzten Stufen aber nicht für realistisch; somit betrachte ich den vorgesehenen § 368 s im Regierungsentwurf als streichungsbedürftig.

Es ist unter Berufung auf die Begründung zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1960 von ärztlichen Verbänden auch gefordert worden, daß bei drohender oder eingetretener Unterversorgung zunächst den Krankenkassen die Möglichkeit zur Errichtung von eigenen Einrichtungen gegeben wer-



den müsse, bevor es zu einer Sperre des Zulassungsbezirks kommen dürfe.

► Die Verfechter dieser Ideen sind sich offenbar nicht darüber im klaren, daß in diesem Fall der Sicherstellungsauftrag schon in der zweiten Stufe des im Gesetzentwurf vorgesehenen Drei-Stufen-Planes an die Krankenkassen zurückfällt und daß doch wohl nicht damit gerechnet werden kann, daß er bei Festsetzung einer Zulassungssperre als dritte Stufe wieder auflebt. Das heißt: Da, wo einmal ein Kassenambulatorium errichtet ist, wird es wohl kaum noch Raum für eine freie Niederlassung geben.

Wie kann man sich denn — abgesehen von der rechtlichen Systematik — das Wiederaufleben des Sicherstellungsauftrages in einem Bezirk, in dem ein Kassenambulatorium errichtet ist, eigentlich vorstellen? Besteht nicht gerade bei einer solchen Lösung die Gefahr, daß durch übertriebene Anforderungen an den Bedarfsplan der Bildung von Kassenambulatorien *Vorschub* geleistet wird? Könnte es nicht sein, daß solche Gedanken aus ärztlichen Kreisen besonders denjenigen Musik in den Ohren sind, die aus ideologischen Gründen sowieso eine ambulante Versorgung in krankenkasseneigenen Einrichtungen — siehe Österreich — für erstrebenswert halten? Glaubt man wirklich, daß sich der jüngere bisher noch am Krankenhaus tätige Kollege bei Vorhandensein einer Eigeneinrichtung der Krankenkassen in einem Teil eines Zulassungsbezirks leichter zu einer Niederlassung in eben dieser Gegend entschließt als bei einer Sperre?

Dies alles glaube ich nicht; vielmehr bin ich der Überzeugung, daß auch unsere jüngeren Kollegen, die jetzt in Krankenanstalten tätig sind, das gleiche Gefühl für die Sozialbezogenheit der Ausübung unseres ärztlichen Berufes haben wie wir älteren Kollegen. Und ich kann nur vor solchen Experimenten in dieser Richtung mit großem Nachdruck warnen.



Als Ehrengäste herzlich begrüßt: Links Leitender Ministerialrat Dr. Heinz Matzke vom Bundesarbeitsministerium; neben ihm der Ehrenvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Friedrich Voges  
Fotos (4): Eifrig

Bereits in einem frühen Stadium der Erörterung habe ich erklärt, daß wir gegen die Aufstellung eines Bedarfsplanes solange nichts einzuwenden haben, als er sich an den sachlichen Gegebenheiten und Notwendigkeiten orientiert. In einem Unterausschuß der Sachverständigenkommission haben wir uns über zwei Jahre lang mit den Kriterien, die man für die Beurteilung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen aufstellen kann, beschäftigt und sind — gemeinsam mit den Krankenkassen — zu der Überzeugung gekommen, daß es ungewöhnlich schwierig ist und bleibt, hierzu für alle Gebiete passende gemeinsame Leitlinien zu finden.

Man kann natürlich auch einen Bedarfsplan wie ein „Wolkenkuckucksheim“ aufstellen. So sollen beispielsweise schon einige auf die Idee gekommen sein, die Entfernung vom Patienten zum Arzt als Leitmerkmal eines Bedarfsplanes zu machen. Wäre es nicht unreal, ja unsinnig, wenn in diesem Zusammenhang die Forderung aufgestellt wird, daß ein Patient die Möglichkeit haben müsse, viermal am Tag jeweils innerhalb einer halben Stunde eine Arztpraxis aufsuchen zu können? Wenn solche Überlegungen seitens der Krankenkassen tatsächlich angestellt werden sollten, wäre bedauerlicherweise — wie ich meine — schon heute klar

und eindeutig erwiesen, daß es einer Reihe von Vertretern der Krankenkassen bei den Beratungen über mögliche Kriterien für einen Bedarfsplan gar nicht darauf ankommt, eine möglichst gleichmäßige ärztliche Versorgung zu fördern, sondern auch hier wieder nur darauf, auch mit Hilfe solcher unrealen Kriterien das „Versagen“ der KVen bei der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung geradezu zu provozieren.

Im Lichte solcher Vorstellungen gewinnen politische Tendenzen besonderes Gewicht, die darauf hinauslaufen, bei der Wahl bzw. der Bestimmung der zukünftigen drei unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen den Einfluß des Staates dadurch zu stärken, daß im Falle der Nichteinigung zwischen Ärzten und Krankenkassen über diese drei Personen der Landesminister ohne jede Bindung an Vorschläge diese Unparteiischen bestellt. Mutatis mutandis würde dies auf die von Krankenkassen und Ärzten gemeinsam mißbilligte Regelung für den Reichtsausschuß der Ärzte und Krankenkassen Mitte der 20er Jahre hinauslaufen. Wenn man bei der Wertung solcher Tendenzen berücksichtigt, daß die gleichen Kreise eine Aufstellung des Bedarfsplanes im Einvernehmen zwischen Krankenkassen und KVen fordern und im Falle der Nichteinigung eben dieser Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen den Bedarfsplan festsetzen soll, dann erben sich eine Reihe von politischen Perspektiven, die uns zur allgrößten Wachsamkeit veranlassen müssen. Dies besonders auch deshalb, weil einflußreiche Politiker auf Landesebene auch schon gefordert haben, bei Nichteinigung von Ärzten und Krankenkassen über den Bedarfsplan die Entscheidung darüber doch gleich den zuständigen Landesbehörden zu übertragen.

► Ich habe mich immer mit Nachdruck dafür ausgesprochen, drohende oder eingetretene Schwie-

rigkeiten in der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit strukturellen marktwirtschaftlichen Mitteln zu bekämpfen, und habe meiner Überzeugung Ausdruck verliehen, daß diese marktwirtschaftlichen Mittel um ein Vielfaches wirksamer sind als etwa Staatsdirigismus und Planungsmaschinerie. Ich warne deshalb auch von dieser Stelle mit Nachdruck davor, durch gesetzliche Formulierungen die Verantwortung der kassenärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen durch dirigistische Eingriffsmöglichkeiten des Staates und seines Apparates auszuhöhlen.

Auch die Landesschiedsämter und das Bundesschiedsamt sollen zukünftig jeweils mit drei Unparteiischen besetzt werden, auf die sich die Vertragspartner einigen müssen. Kommt eine Einigung nicht zustande, dann soll wie beim Landesausschuß der zuständige Aufsichtsminister das Recht erhalten, diese Unparteiischen zu bestimmen ohne Bindung an Vorschläge der Parteien.

Ein so zusammengesetztes Schiedsamt würde im Unterschied zu dem Schiedsamt, wie wir es seit 1955 zu sehen gewohnt sind, wesentliche personelle Veränderungen aufzeigen und seine Entscheidungen gefährlich in die Nähe staatlicher Entscheidungen rücken. Diesem Gefährdungstatbestand für die Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Krankenkassen werden wir mit allen uns zur Verfügung stehenden rechtsstaatlichen Mitteln zu begegnen wissen.

#### **Diagnostische Möglichkeiten in der Praxis voll ausschöpfen**

Ein weiteres für uns überaus schwergewichtiges Problem stellen Tendenzen dar, die sich der besonderen Förderung durch das Bundesgesundheitsministerium erfreuen und die auf eine gesetzliche Festlegung der prästationären diagnostischen und der poststationären behandelnden Tätigkeit von Krankenhäusern als Institutionen in

der gesetzlichen Krankenversicherung hinauslaufen.

Über dieses Thema haben wir in der Vergangenheit so viel geschrieben und gesprochen, daß ich mir längere Ausführungen ersparen kann. Die KBV hat bekanntlich beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beantragt, neue Richtlinien für die Diagnostik vor Beginn der Krankenhauspflege zu erlassen; darüber wird in wenigen Tagen die Diskussion eröffnet werden. Dabei gehen wir von der Überzeugung aus, daß es für den Versicherten und die von ihm durch seinen Beitrag aufzubringenden Kosten nutzbringender ist, wenn notwendige diagnostische Untersuchungen, die ambulant durchgeführt werden können, im konsiliari-schen Zusammenwirken der heute im ambulanten Bereich gegebenen Möglichkeiten vor einer Krankenhauseinweisung durchgeführt und voll ausgeschöpft werden. Hiermit können nach meiner Überzeugung unnötige Krankenhauseinweisungen ebenso vermieden werden wie die nicht zur Aktualisierung des Krankheitsgeschehens notwendigen Doppeluntersuchungen im Krankenhaus. Eine prästationäre Diagnostik nach Krankenhauseinweisung und eine poststationäre Behandlung im Krankenhaus halten wir demgegenüber für kein taugliches Mittel, um die bereits heute für jeden Bürger fast schon unerschwinglichen Krankenhauskosten entscheidend zu senken.

In diesen Zusammenhang gehört die vielzitierte sogenannte Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Träger der sozialen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die KBV hat hierbei keineswegs tatenlos zugesehen, wie ihr vorgeworfen wurde. Auf Grund intensiver Verhandlungen konnte vielmehr erreicht werden, daß von den ursprünglich vorgesehenen fast zehn Vertragspartnern nur einer, nämlich mal wieder der BdO, diese Vereinbarung in ihrer Ursprungsform ratifiziert hat. Selbst die Deutsche Krankenhausgesell-

schaft als der andere Vertragspartner hat sich zur Zustimmung nur mit der Maßgabe entschlossen, daß sich durch *Modellversuche* der wirtschaftliche Nutzen einer solchen Tätigkeit der Krankenhäuser tatsächlich erweisen läßt. Hieran möge man die Aktivitäten der KBV ablesen, Aktivitäten, die übrigen in einem mit der Bundesärztekammer gemeinsam gebildeten Ausschuß fortgesetzt werden.

Von besonderer Bedeutung sind auch die Bestimmungen des Regierungsentwurfes, welche die Einrichtung von Polikliniken an sogenannten Lehrkrankenhäusern vorsehen. Diese Bestimmungen sind allerdings bisher im Sinn einer Folgeverordnung gebunden an eine vorhergehende Änderung der Approbationsordnung. Eine solche Änderung ist aber vor kurzem erst vertagt worden, weil der Gesetzgeber selbst die Voraussetzungen an den Lehrkrankenhäusern hierfür noch nicht als gegeben erachtet. Trotzdem wird insbesondere von seiten des Bundesgesundheitsministeriums, aber auch von manchem Landesminister darauf gedrängt, unabhängig von einer Änderung der Approbationsordnung allein über die RVO diese Polikliniken an Lehrkrankenhäusern einzurichten.

► Allzu deutlich, so meine ich, kann man hieran erkennen, daß es einigen Politikern gar nicht darauf ankommt, dem angehenden Arzt durch eine Tätigkeit in einer Poliklinik eines Lehrkrankenhauses die Möglichkeit zum Einblick in die Besonderheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung zu geben, sondern ausschließlich darauf, auch auf diesem Weg wiederum die institutionalisierte, anonyme ambulante ärztliche Behandlung in die RVO einzuführen.

Wir befinden uns erst am Anfang der parlamentarischen Beratungen über die vorliegenden Gesetzesentwürfe zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. Der Bundesrat wird im ersten Durchlauf am 19. Dezember über Anträge Beschluß fassen, von denen einige unserer Kenntnis nach in die von mir zitier-

te Richtung auf stärkere Einwirkungsmöglichkeiten des Staates hinauslaufen. Zwischentöne und Worte, die man zwischen den Zeilen lesen konnte, haben leider die Hoffnung in mir geringer werden lassen, daß es möglich sein würde, das Gesetz über die Weiterentwicklung des Kassenarztrechts im allgemeinen Interesse ganz oder zumindest weitgehend aus der Konfrontation zwischen Regierung und Opposition herauszuhalten. Ich bedaure diese Entwicklung, zumal in manchen Sachfragen der Eindruck entsteht, als würde mit umgekehrten politischen Fronten gefochten.

Damit besteht die Gefahr, daß der Gesetzesentwurf zum Objekt aller möglichen politischen Intentionen wird, wobei wir keineswegs darauf zählen können, daß diese Intentionen etwa alle oder mehrheitlich in unserem Sinn liegen werden. Ich darf noch einmal aufzählen: Eine Institutionalisierung der ambulanten ärztlichen Behandlung, die Schaffung zentralisierter Diagnostikeinrichtungen nach dem Muster der WSI-Studie, die Schaffung eines staatlichen Einheitstarifs für die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit, eine Dienstverpflichtung für Ärzte, die Schaffung von zwei Systemen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, von denen sich eines in der Hand der Krankenkassen befindet, bis hin zu einer Verstaatlichung etwa nach den Forderungen der IG Metall; das sind einige denkbare politische Stoßrichtungen.

Ob der jetzige Regierungsentwurf, der die Grundzüge des bisherigen freiheitlichen Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung im Interesse unserer Bürger ebenso erhält wie eine freie ärztliche Berufsausübung, ohne entscheidende negative Veränderungen die im Laufe des nächsten Jahres erst einsetzende parlamentarische Diskussion überstehen wird, das bleibt noch abzuwarten. Wir Ärzte sollten mit kühlem Kopf in realer Beurteilung des politisch Machbaren und mit Verantwortungsgefühl für das Ganze unsere Bereitschaft, an der Weiterentwicklung des Kassenarzt-

rechts mitzuwirken, immer wieder unter Betonung der Erhaltung der Grundsäulen des bisherigen Rechts unterstreichen. Die uneingeschränkte Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages, der Vertragsfreiheit und unserer besonderen kassenärztlichen Selbstverwaltung: das müssen für uns, wie ich meine, nach wie vor die Maximen unseres sozialpolitischen Handelns sein!

### Appell zur Gemeinsamkeit

Wenn ich das sage, gehen meine Gedanken zurück zum ersten Teil meines Berichts.

► Ich appelliere an Sie und durch Sie an alle ärztlichen Verbände und Gruppen, in der Verteidigung dieser Grundsätze der Ausübung freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der deutschen sozialen Krankenversicherung einig zu sein. Die Zeit eilt: es wäre für den gesamten ärztlichen Berufsstand, ja für unser Gesundheitswesen ein nicht wieder gutzumachender politischer Verlust, wenn die ärztlichen Organisationen und Gruppen die dringende Berechtigung meines Appells erst einsehen würden, wenn es zu spät ist.

► Nur gemeinsam werden wir es schaffen, die gesetzliche Weiterentwicklung des Kassenarztrechts so zu gestalten, daß unser System nicht zerstört wird.

► Nur gemeinsam werden wir es schaffen, daß mit allem Einsatz eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung so sichergestellt wird, daß kein Zwang und kein Staatsdirigismus zur Anwendung kommt.

► Nur gemeinsam werden wir nicht nur Gefahren von unserem Haus abwenden, sondern gleichzeitig auch die Basis für die nach uns kommende Arztgeneration sichern, damit auch sie in einer freiheitlichen Ordnung ambulanter ärztlicher Versorgung mit freier Arztwahl des Bürgers unter freipraktizierenden Ärzten in der Lage sein wird, der Gesundheit des einzelnen und unseres Volkes zu dienen!