

## Sang- und klanglos im Bundestag verabschiedet: das neue Kassenarztgesetz

Zustimmung des Bundesrates,  
aber mit Vorbehalten und Interpretationen



Dabei gehe ich davon aus, daß, trotz bestehender Einwände gegen Einzelvorschriften, mit den gefundenen Bestimmungen in einem neuen Kassenarztrecht die von uns postulierten ‚Essentials‘ grundsätzlich unangetastet bleiben und daß alle politischen Kräfte von Gewicht wie bisher auch zukünftig zu ihren Erklärungen stehen werden, daß die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freipraktizierende Ärzte erfolgen soll. Ich betone dies so nachdrücklich um klarzustellen, daß mit unserer Bereitschaft, die neu gefundenen Gesetzesbestimmungen mit Leben zu erfüllen, keinesfalls der Anfang der allgemeinen Einführung einer integrierten oder institutionalisierten ambulanten Behandlung verbunden sein kann und darf.



Dr. med. Hans Wolf Muschallik  
im DEUTSCHEN ÄRZTE-  
BLATT, Heft 41/1976

Von der Öffentlichkeit und den Medien kaum noch beachtet, von weiten Kreisen der Bevölkerung nach all dem Hin und Her zwischen Bundestag, Bundesrat und Vermittlungsausschuß wahrscheinlich kaum noch verstanden ist das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts von den beiden Häusern des Parlaments in ihren letzten Sitzungen der Legislaturperiode am 10. (Bundestag) und am 12. November (Bundesrat) endgültig verabschiedet worden.

Wenn man jetzt daran erinnert, daß die Bundesregierung ursprünglich vorhatte, in ihrem Entwurf zu diesem Gesetz auch die Aufbringung und Verteilung des Krankenversicherungsbeitrages für Rentner zwischen Renten- und Krankenversicherung neu zu regeln, so ersieht man schon daraus, wie sich in der langen Zeit der Beratungen und Diskussionen die Gewichte verschoben haben. Angesichts der großen und nur langfristig zu lösenden Probleme der Rentenversicherung wäre es sicher kaum möglich gewesen, eine gesetzliche Neuordnung dieses Komplexes während des Bundestagswahlkampfes oder gar so kurz vor Toresschluß der alten Legislaturperiode überhaupt abzuschließen. Und wäre es bei dem Junktim der beiden Komplexe in einem Entwurf geblieben, so wäre dieser wahrscheinlich insgesamt nicht mehr Gesetz geworden. So kann man jetzt die – allerdings theoretisch gewordene – Frage stellen, ob denn das Hauptziel des jetzt verabschiedeten Gesetzesteils, nämlich sozusagen die „Sicherung der Sicherstellung“ der kassenärztlichen Versorgung, nach Meinung der Parlamentarier überhaupt noch eine gesetzliche Neuregelung erfordert hätte, von den „Nebenzielen“ einzelner Gesetzesbestimmungen einmal abgesehen. ▷

Es kann keinen Zweifel daran geben, daß sich seit dem Beginn der öffentlichen Diskussion und der parlamentarischen Beratungen die Verhältnisse beachtlich gewandelt haben. Zum einen ist das Problem der Lücken im Netz der kassenärztlichen Versorgung in ländlichen und Stadtrandgebieten durch zunehmendes Interesse an der freien Praxis einigermaßen entschärft und weitgehend aus der öffentlichen Diskussion verdrängt worden; dies natürlich auch durch andere Themen wie etwa die Kostenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen und neuerdings die Finanzprobleme bei der Rentenversicherung.

Zum anderen hat sich die Situation tatsächlich wesentlich verbessert, unter anderem durch steigende Niederlassungszahlen und vor allem durch die Sicherstellungshilfen der Kassenärztlichen Vereinigungen selbst. Sie werden jetzt also im Gesetz festgeschrieben, nachdem die Kassenärzteschaft sie schon längst aus eigener Initiative und aus eigenen Mitteln in Angriff genommen hat. Eine Bestätigung dafür, daß diese Initiativen „greifen“, liegt darin, daß der ursprünglich einmal so umstrittene neue § 368 s der RVO in der Endfassung ersatzlos gestrichen worden ist. Er enthielt den sogenannten Rückfall des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen – das heißt die Ermächtigung der Krankenkassen, eigene Einrichtungen zu schaffen und eigene Verträge zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung abzuschließen – für den Fall, daß die Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern sollten. Nach Auffassung der Parlamentsmehrheiten besteht für diese „Ultima ratio“ keine Notwendigkeit; man stellt nunmehr ein Scheitern der Sicherstellungsbemühungen nicht mehr in Rechnung.

► Der Gesetzgeber bestätigt damit, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen sehr wohl in der Lage sind, bei Anwendungen der geeigneten Mittel – wie sie im neuen Gesetz festgeschrieben sind – ihrer Sicherstellungspflicht in vollem Umfang nachzukommen.

### Die wesentlichen Bestimmungen

Mit Mehrheit bzw. einstimmig haben also Bundestag und Bundesrat Mitte November dem Gesetz in der Form des Kompromisses zugestimmt, der in der Sitzung des Vermittlungsausschusses am 26. Juli 1976 zustande gekommen war (DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 33/1976, Seite 2102). Damit ist nunmehr folgendes niedergelegt:

► Die Bedarfspläne für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen „im Einvernehmen“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen aufzustellen, und zwar nach Maßgabe von Richtlinien, die der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten auszuarbeiten hat. Für die Bedarfspläne ist auch das Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden notwendig sowie die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung. Der Bedarfsplan muß veröffentlicht werden. Falls das „Einvernehmen“ zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustande kommen sollte, so kann einer der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen anrufen, der dann letzten Endes entscheidet.

► Es gibt keine Teilnahme der Lehrkrankenhäuser an der ambulanten Behandlung von Versicherten, wie sie der Gesetzentwurf des Bundestages vorgesehen hatte.

► Bei der Teilnahme von psychiatrischen Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung gilt der im Vermittlungsausschuß zustande gekommene „Kompromiß“: Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen mit psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbständiger, unter fachärztlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen Verträge über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Ver-

sorgung abschließen, wenn diese über die notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen. Bei den Krankenhäusern mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen ist jedoch Voraussetzung, daß der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen feststellt, daß ein solcher Vertrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erforderlich ist (sogenannte Bedürfnisprüfung).

► Der Rückfall des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen entfällt, wie bereits erläutert.

► Das neue Gesetz sieht vor, daß Zulassungsbeschränkungen eingeführt werden können, wenn eine ärztliche Unterversorgung bestimmter Gebiete besteht oder unmittelbar droht. Damit erhält der Bedarfsplan den Charakter eines mittel- und langfristigen Steuerungsinstruments.

► Leitende Krankenhausärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt sind bzw. werden, können in Zukunft von den Versicherten unmittelbar, also auch ohne Überweisung, in Anspruch genommen werden.

► Das neue Gesetz enthält schließlich Vorschriften über die Einfügung von Satzungsbestimmungen über Fortbildungsverpflichtungen der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit.

### Im Parlament: Keine Aussprache mehr

Bei der abschließenden Behandlung des Gesetzes in der nunmehr vom Vermittlungsausschuß stammenden Fassung fand im Bundestag überhaupt keine Aussprache mehr statt; sogar die vorgesehene Berichterstattung eines Mitgliedes des Vermittlungsausschusses (Helmut Becker, SPD) fiel aus, da der Abgeordnete im entscheidenden Zeitpunkt nicht im Plenarsaal war.

Im Bundesrat erstattete der Bayerische Staatsminister der Justiz, Dr. Karl Hillermeier (CSU), den Bericht des Vermittlungsausschusses, der sich im wesentlichen auf die Darstel-

lung der vorstehend bereits aufgeführten Einigungspunkte beschränkte.

Ihm folgte als einziger weiterer Sprecher der schleswig-holsteinische Sozialminister Karl-Eduard Claussen (CDU), der noch einmal eine Wertung vornahm, und zwar im wesentlichen unter dem Gesichtspunkt, ob das neue, „nicht voll befriedigende“ Gesetz die Grundlagen des Systems der ambulanten kassenärztlichen Versorgung mit seiner persönlichen Patient-Arzt-Beziehung aufrecht erhalte.

Claussen begrüßte, daß sich der Vermittlungsausschuß dem Kooperationsmodell des Bundesrates angeschlossen habe und das Problem der Sicherstellung einer gleichmäßigen und ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Wege des einvernehmlichen Zusammenwirkens von Ärzten und Krankenkassen lösen wolle. Die Möglichkeit der Errichtung von kasseneigenen Ambulatorien wäre nicht nur ein untaugliches Mittel gewesen, sagte Claussen, sondern hätte auch gegen tragende Prinzipien des Kassenarztrechts verstoßen.

Zum Thema der Zulassungsbeschränkungen bei Nichterfüllung des Bedarfsplanes müsse man abwarten, ob sich das jetzt vorgesehene Kriterium einer drohenden oder bereits eingetretenen Unterversorgung als hinreichend praktikabel erweisen werde.

► Der Einbeziehung der psychiatrischen Krankenhäuser in die ambulante Versorgung stimme die schleswig-holsteinische Landesregierung nur unter einer Voraussetzung zu: dies müsse eine Sonderregelung bleiben, die sich auf den psychiatrischen Bereich beschränkt. Seine Landesregierung erwarte, daß in Zukunft alle Versuche unterlassen werden, dem System der ambulanten kassenärztlichen Versorgung Schritt für Schritt seine auf der persönlichen Patient-Arzt-Beziehung beruhende Grundlage zu entziehen. Dem werde sie mit allen zu Gebote stehenden Mitteln entgegenreten.“

(In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, daß eine ähnliche „einmalige Sonderregelung“ auch bereits bei der Neufassung des § 218 StGB eingeführt worden ist.)

Weiter führte Claussen aus, im Zusammenhang mit dieser sogenannten Öffnung der psychiatrischen Krankenhäuser komme auf den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen – neben den sonstigen im Gesetz vorgesehenen Aufgaben – nun noch die weitere Aufgabe zu festzustellen, ob es zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erforderlich ist, daß Krankenhäuser mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen auch ambulante ärztliche Leistungen erbringen. Der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen müsse für diese schwierige Prüfung der Bedürfnisfrage den Landesausschüssen entsprechende Richtlinien an die Hand geben.

► Bei der Fortbildungspflicht der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit habe die schleswig-holsteinische Landesregierung Bedenken gehabt. Sie sieht in dieser Neuerung ausschließlich eine Bestimmung, die der Vermittlung besonderer Kenntnisse zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit dienen soll; keineswegs dürfe diese Bestimmung jedoch eine Grundlage für die Schaffung einer besonderen Form der ärztlichen Fortbildung sein.

Abschließend sagte Claussen, die Landesregierung werde sich allen Versuchen widersetzen, auf dem Umweg über die Gesetzgebung auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zu Lasten der Länder zu erweitern; die Bundeskompetenz ist nach dem Grundgesetz ausdrücklich auf die Zulassung zu den Heilberufen beschränkt.

Die lange Zeit der Beratungen und Diskussionen innerhalb und außerhalb des Parlaments gab der Ärzteschaft Gelegenheit, die verschiedenen Pläne und Vorstellungen eingehend zu diskutieren und ihre Mei-

nung dazu in besonnenen, gründlich durchdachten Stellungnahmen zu äußern. Nicht zuletzt bestand auch die Möglichkeit, durch Gespräche mit Politikern und Abgeordneten, durch Anhörungen in den parlamentarischen Gremien und durch Eingaben der ärztlichen Organisationen und ihrer Vertreter die Entwicklung mit zu beeinflussen.

### Das neue Gesetz „mit Leben erfüllen“

Zu erinnern ist insbesondere an die von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits im April 1975 beschlossenen „10 Thesen“ zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts, die auch vom 78. Deutschen Ärztetag 1975 in Hamburg ausführlich diskutiert und in einer Entschließung ausdrücklich unterstützt wurden (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 21/1975). In diesen 10 Thesen waren noch einmal die seit vielen Jahren von den Repräsentanten der deutschen Kassenärzte immer wieder vertretenen Grundsätze formuliert worden, deren Bewahrung stets als unverzichtbare Voraussetzung für eine Weiterentwicklung des Kassenarztrechts betrachtet wird. Auf einer anderen Ebene liegen einige einzelne Punkte der neuen Bestimmungen, denen die Kassenärzte nach wie vor ablehnend oder kritisch gegenüberstehen. Jedenfalls wird die Öffentlichkeit nunmehr zur Kenntnis nehmen können, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen als Träger des Sicherstellungsauftrages ihrer Pflicht folgen werden – wie es der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Hans Wolf Muschallik, noch im September 1976 formulierte –, daran mitzuarbeiten, daß die „neuen Bestimmungen mit Leben erfüllt“ werden und „das Beste aus dem neuen Gesetz gemacht“ wird: Das Beste für die Bevölkerung, die Anspruch hat auf ein modernes Gesundheitswesen; das Beste für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung; und das Beste für die Erhaltung eines freien Ärztestandes in einer freien Gesellschaft. gb/PM