

geben hätten, welche seit langem eine Einheitsversicherung wollen, ein Versorgungssystem mit einnahmenorientierter Ausgabenpolitik anstelle des immer noch bestehenden Versicherungsprinzips, eine umfassende Volksversorgung, eine Übergabe von Teilen des Sicherstellungsauftrages an nicht-ärztliche Heilberufe, eine weitere Einengung des Freien Berufes.

Die Diskussion des Lageberichts war lebhaft, aber in jeder Phase sachbezogen. Praktisch alles, was unter den verschiedensten Gesichtspunkten sachlich kritisch, lobend, mahnend, bestätigend und bekräftigend zu sagen war, wurde vorgetragen. Der Erste Vorsitzende, seine Vorstandskollegen, der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung standen den Delegierten Rede und Antwort.

Von den Kritikern, die in den Tagen und Wochen vor der Vertreterversammlung so heftig publiziert hatten, war keiner zu hören. Hier hätte einer Gelegenheit zur Auseinandersetzung mit einem Gremium von Sachkennern gehabt...

► Wer sich nun selbst sachverständig machen und die Agitation der Gegner einer besonnenen kassenärztlichen Realpolitik durchschauen möchte, der sollte sich unbedingt die Zeit nehmen zur Lektüre des eingehenden Lageberichts von Dr. Hans Wolf Muschallik (nebenstehend und auf den folgenden Seiten) sowie der anschließend minutiös referierten Diskussionsbemerkungen ebenso hervorragender Sachkenner aus allen Bereichen.

Dann wird der Leser selbst ein klares Bild davon gewinnen, um wases derzeit geht – für jeden einzelnen Kassenarzt in der Bundesrepublik Deutschland. Er wird dann auch verstehen, warum die (auf Seite 3 im Wortlaut wiedergegebene) Entschließung von den kassenärztlichen Delegierten der KBV-Vertreterversammlung  *einstimmig*  angenommen worden ist. DA

## Ich rufe dazu auf, die Möglichkeiten der Praxis in Diagnostik und Therapie voll auszuschöpfen!

Hans Wolf Muschallik

Mit dem Jahre 1980 endet die 6. Wahlperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Damit gehen vier Jahre zu Ende, die jedem von uns mit aller Schärfe vor Augen geführt haben, wie eng die soziale Krankenversicherung und mit ihr wir Kassenärzte in das politische, wirtschaftliche und soziale Geschehen eingebunden sind und wie stark dieses Geschehen auch durch Entwicklungen außerhalb unseres Landes mitbestimmt wird. Tun und Lassen eines alten persischen Mullahs oder eines polnischen Werftarbeiters können entscheidend dafür werden, wie wir morgen leben. Ob wir morgen noch leben. Die wirtschaftliche Dynamik hat sich erschöpft, der Friede ist zerbrechlich geworden. Dennoch, nichts wäre verhängnisvoller, als in Fatalismus zu verfallen, und auch wir müssen in unserem eigenen Bereich der Herausforderung dieser immer engeren Interdependenz mit Initiative und Verantwortung begegnen. Ich beschränke deshalb die Rückschau in meinem Bericht zur Lage auf wenige Schwerpunkte und betone stärker die Zukunftsüberlegungen.

Im März 1977 sind wir angetreten unter einem gerade durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) geänderten Kassenarztrecht. Nur wenige Monate später trat das Gesetz zur Strukturverbesserung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung, das KVKG, in Kraft. Nach zwanzig Jahren der Bewährung gleich zwei Eingriffe

in das Kassenarztrecht von 1955. Sie brachten einschneidende Veränderungen nicht nur für die Kassenärzte, sondern auch für die Patienten.

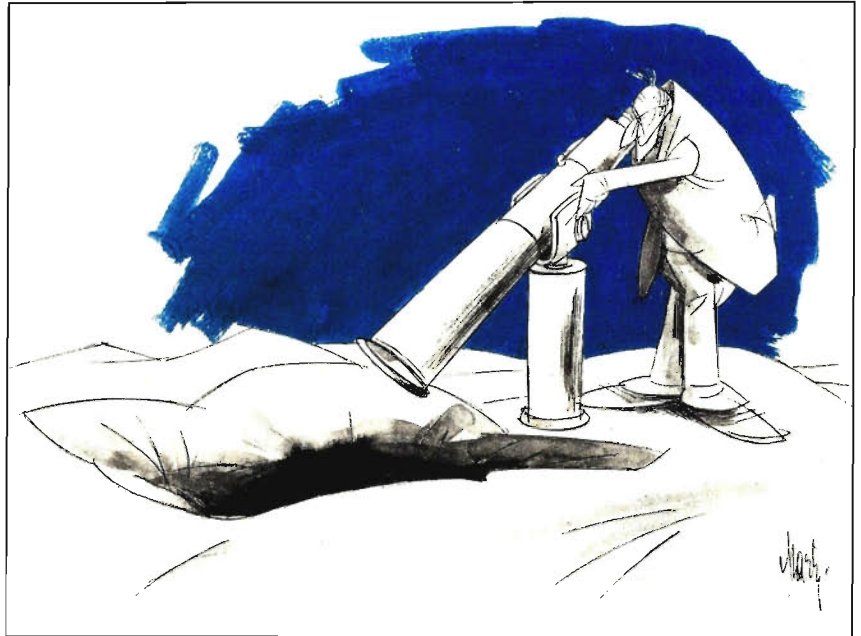
Gesetze sind selten zukunftsweisend. Oft bedeuten sie die Festschreibung bereits vollzogener, vielleicht sogar schon überholter Entwicklungen. Justitia ist oft nicht nur blind, sie hinkt auch. Ich erinnere nur daran, daß das KVWG uns die bürokratische Last einer auf Unterversorgung fußenden Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung aufzwang, als sich der Zeitpunkt einer Ärzteschwemme bereits voraussagen ließ. Nun, wie überflüssig und teilweise im Ansatz verfehlt diese Gesetze waren, brauche ich hier nicht noch einmal darzulegen.

Der Blick zurück im Zorn lohnt nicht. Wir Kassenärzte haben im Laufe der Geschichte der sozialen Krankenversicherung und besonders der leidvollen Erfahrungen mit der jüngsten Entwicklung des Kassenarztesrechtes gelernt, die politischen Gegebenheiten realistisch zu sehen. Maxime unseres Handelns war dabei, einen möglichst großen Freiraum für die individuelle Ausgestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewahren. Aus dieser Maxime werden wir auch künftig unsere Legitimation und unsere Kraft schöpfen, ungeachtet mancher Widerstände für die Weiterentwicklung eines freiheitlichen Systems der ambulanten kassenärztlichen Versorgung einzutreten.

Möglich war das allerdings nur durch eine Politik der Besonnenheit und des Augenmaßes, die nicht als willfährige Anpassung mißdeutet werden sollte. Wir haben sie führen können auf der Grundlage einer innerärztlichen Solidarität, in die ich auch die freien Verbände trotz gelegentlicher Meinungsverschiedenheiten ausdrücklich einbeziehe.

Mit dem KVVWG erfolgten erste Einbrüche in die Struktur des Kassenarztrechts, welche für den Fall, daß sie modellhaft aufgefaßt würden, zu einer völligen Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages führen könnten. Das gilt beispielhaft für den Vertragszwang mit psychiatrischen Landesanstalten und solchen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie für Einrichtungen zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch. Dort, wo staatlich finanzierte Institutionen in die ambulante Versorgung einbezogen werden, besteht die Gefahr für den freiberuflich tätigen Kassenarzt, kaum noch eine wirtschaftliche Existenzgrundlage zu finden. Die Erweiterung institutioneller ambulanter Krankenversorgung würde einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit den Boden auch dann allmählich entziehen, wenn an der freien Kassenpraxis formal festgehalten wird. Das Lippenbekenntnis zur Beibehaltung eines freiheitlichen Kassenarztrechts, das Politiker aller Parteien immer wieder ablegen, genügt also nicht. Es muß uns auch eine ausreichende berufliche und wirtschaftliche Grundlage gesichert bleiben. Ich betone dies besonders im Hinblick auf die nach wie vor vorhandenen Bestrebungen, die Universitäts-Polikliniken über den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang hinaus bei der ambulanten ärztlichen Versorgung der Sozialversicherten zu Kassenarzthonoraren zu öffnen.

Derartigen Tendenzen werden wir, das versichere ich Ihnen, wie bisher mit Entschiedenheit entgegenzutreten.



„Die wirtschaftliche Dynamik hat sich erschöpft...“

Kernstück des KVVWG sollte die Einführung einer Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung mit dem Ziele der Beseitigung einer angeblich bestehenden Unterversorgung sein. Die durch das Gesetz eingeführte Planungsbürokratie hat sich aber in den vier Jahren ihres Bestehens im wesentlichen in theoretischen Meßzahlen und einem beträchtlichen Sach- und Personalaufwand erschöpft. Das recht bescheidene Ergebnis dieser Planungsmaschinerie sind einheitliche Statistiken von den örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen bis zur Bundesebene, die eine Betrachtung und Bewertung des Ist-Standes der kassenärztlichen Versorgung erleichtern. Sie erhärten, was wir auch vorher schon wußten: Insgesamt sind genügend Ärzte aller Fachrichtungen vorhanden, die Versorgung ist flächendeckend gewährleistet.

Das darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, daß die bedarfsgerechte Zulassung in Stadt- und Landgebieten bei einigen Fachgruppen weiterhin eine wichtige Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt. Das setzt nicht

nur den Einsatz finanzieller Mittel voraus, sondern auch einen gut funktionierenden Niederlassungsservice, den wir durch begleitende Forschung und Ratgeber des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zu unterstützen bemüht sind.

Ein Niederlassungsservice wird um so wichtiger, je stärker die Zahl der niederlassungswilligen Ärzte anwächst; denn damit steigt in erster Linie die Gefahr, daß die in Großstädten bereits bestehende Überversorgung weiter zunimmt, ohne daß einer relativen Arztzahlverdünnung auf dem Lande wirksam entgegengetreten werden kann. Eine solche Entwicklung widerspräche nicht nur dem Interesse der Kassenärzte, sondern gefährdete auch eine gleichmäßige ärztliche Versorgung der Patienten.

► Alles in allem bestätigt der große administrative Aufwand für die Bedarfsplanung und das dürftige Ergebnis die Richtigkeit unserer Warnung, das freie Spiel der Selbstverwaltungskräfte eben nicht durch staatliche Normensetzung und Lenkungsmaßnahmen durch Dirigismus zu stören. ▷

**„KVKG“:  
Der bisher schwerste Angriff  
auf das System  
der Krankenversicherung**

Den bisher schwersten Angriff auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt brachte aber ein halbes Jahr später das KVKG mit dem Versuch, die natürliche Beziehung zwischen Leistungsumfang und Beitragshöhe aufzuheben und statt dessen eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik zu postulieren.

Dies, wie ich meine, im Gegensatz zu dem Grundsatz, daß die Beitragssätze der Krankenkassen sich nach den Ausgaben und den gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen zu richten haben, welcher aus der Reichsversicherungsordnung auch in das neue Sozialgesetzbuch übernommen worden ist.

Was die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich betrifft, so hätte es des KVKG nicht bedurft. Es war und ist nach meiner Überzeugung ein überflüssiges Gesetz. Der wirtschaftliche Aufschwung in der ersten Hälfte der 70er Jahre hatte selbstverständlich auch bei den Arzthonoraren hohe Zuwachsraten gebracht. Als sich dann um die Mitte des Dezenniums eine überproportionale Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen bemerkbar machte, setzten die Kassenärzte als erste und freiwillig ein Signal zur Kostendämpfung. Die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten vereinbarte dementsprechend Maßnahmen zur Kostendämpfung und erreichte damit ohne Minderung der Qualität der ärztlichen Versorgung schnell und unbürokratisch eine Drosselung der Ausgaben. Die Krankenkassen konnten aufgrund dieser Initiative nicht nur jahrelang ihre Beitragssätze stabil halten, sondern 1978 sogar senken. Für die Kassenärzte aber gab es in den Jahren 1976 und 1977 deutlich verringerte Zuwachsraten.

Der Gesetzgeber hat diese Leistungen der Selbstverwaltung und die Disziplin der Kassenärzte nicht honoriert, sondern durch Konzentration der Vertragsverhandlungen, Bindung der Vertragspartner an Empfehlungen der Konzertierten Aktion und Einführung eines Arzneimittelhöchstbetrages den Handlungsfreiraum der Selbstverwaltung erheblich eingeschränkt. Immerhin: Das System der Einzelleistungsvergütung konnte im Ersatzkassenbereich voll, im Bereich der RVO-Kassen weitgehend erhalten bleiben. Und schließlich haben wir auch erreicht, daß aus festen Obergrenzen sogenannte Orientierungsdaten wurden, die bei Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen sind.

Ich möchte in diesem Zusammenhang erwähnen, daß die Einführung eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den Gesetzgeber uns für 1978 zunächst zu einer Errechnung der ärztlichen Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale zwang mit der Folge, daß in der Konzertierten Aktion im März 1978 ein sehr ins Detail gehender Empfehlungsvorschlag unterbreitet werden mußte. Nach Ablauf des Kopfpauschalzeitraumes mußten wir dann wieder eine differenzierte und komplizierte Empfehlung vorbereiten, um zur Berechnung nach Einzelleistungen zurückkehren zu können. Es war also nicht etwa der Wunsch der KBV, den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder bis in die letzte mathematische Formel vorgeprägte Empfehlungen aufzunötigen.

Das Ergebnis der sehr schwierigen Honorarpolitik in diesen vier Jahren war eine Erhöhung des Gesamtumsatzes aus kassenärztlicher Tätigkeit um mehr als 30 Prozent. Die Zahl der Kassenärzte wuchs in diesem Zeitraum um gut 8 Prozent. Der Durchschnittsumsatz des einzelnen Arztes stieg um knapp 20 Prozent. Berücksichtigt man die Teuerungsrate von etwa 16 Prozent, kann man zu dem Ergebnis kommen, daß im statisti-

schen Durchschnitt das Realeinkommen der an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in etwa gehalten werden konnte.

Für 1980 läßt sich eine solche Feststellung nur mit Einschränkungen treffen. Die Ergebnisse des dritten und vierten Quartals liegen noch nicht vor, und Schätzungen besagen, daß für den RVO-Bereich im zweiten Halbjahr 1980 ein Absinken des Realeinkommens zu erwarten ist. Das steht im Zusammenhang mit der anderthalbjährigen Laufzeit der Honorarempfehlung vom März 1979 und der dabei infolge der unvorhergesehenen Ölkrise zu niedrig vereinbarten prozentualen Steigerung. Diese Honorarempfehlung war aber gleichsam der Preis, den die Ärzteseite für die Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen und für die Zustimmung der RVO-Kassen zu einem Berechnungsmodell ohne feste Obergrenze zahlen mußte.

Wenn es in den vergangenen vier Jahren gelungen ist, eine gute und nach wie vor qualitativ hochwertige ambulante kassenärztliche Versorgung zu erhalten und sowohl den Rechtsstatus als auch die wirtschaftliche Existenzfähigkeit des freipraktizierenden Kassenarztes zu sichern, so war dies letztlich nur auf dem bisher markierten Wege der ständigen Balance und der ständigen Verhandlungsbereitschaft der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen möglich. Dabei wurde sowohl im Verhältnis zu den RVO- als auch zu den Ersatzkassen der vorgegebene Rahmen im beiderseitigen Einverständnis so weit wie möglich gesteckt. Das hat vielfach die Kritik des Bundesarbeitsministers hervorgerufen. Noch während des Bundestagswahlkampfes kam es zur Androhung weiterer gesetzgeberischer Maßnahmen. In der Diskussion waren damals:

– Eine Umwandlung der Empfehlungskompetenz der Konzertier-



ten Aktion zur Verbindlichkeit mit der Folge, daß die Vertragspartner auf Landesebene davon nicht hätten abweichen dürfen;

– eine gesetzliche Bindung der Laufzeit der Verträge an den Empfehlungszeitraum der Konzertierten Aktion und

– die weitere Einbindung der Ersatzkassen in das Kassenarztrecht.

▷ Die Verwirklichung dieser Vorhaben würde die gegliederte Krankenversicherung beseitigen, die Selbstverwaltung zur Versichertenadministration denaturieren und den Weg in die allgemeine Staatsversorgung öffnen. Für mich steht außer Zweifel, daß dann auch das Ende der Freiheit von Patient und Arzt gekommen wäre.

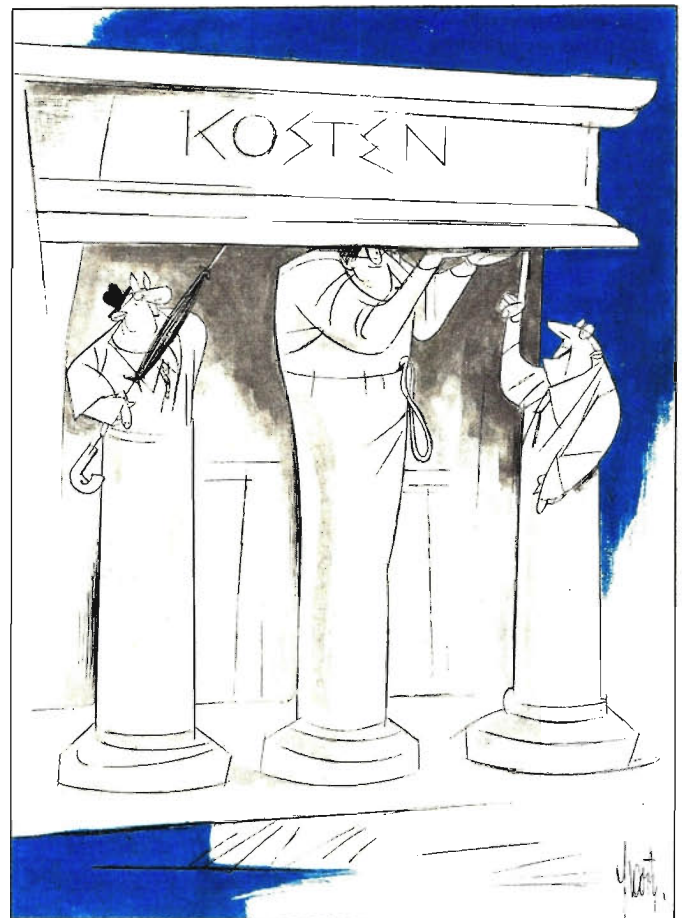
Der Ausgang der Bundestagswahl am 5. Oktober hat solche Pläne – jedenfalls vorläufig – auf Eis gelegt.

### Trend zur Einheitsversicherung nicht für alle Zeiten gebrochen

Schon wenige Tage nach der Wahl konnten wir politischen Verantwortungsträgern ersten Ranges unsere Besorgnis hinsichtlich solcher Pläne zur Änderung des Sozialversicherungs- und Kassenarztrechts vortragen und die Gegenargumente der Kassenärzteschaft darlegen. Dabei wurden folgende Bedenken und Erwartungen angesprochen:

① Mit der durch das KVKG geschaffenen und vielfach geschachtelten Empfehlungskompetenz allein für die Veränderung der Arzthonorare besteht die Gefahr, daß die bewährte Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen durch eine aus dem staatlichen Bereich fließende oder staatlich beeinflusste Willensbildung verdrängt wird. Der schon heute für die Kassenärztlichen Vereini-

Es wäre ein unhaltbarer Zustand, wenn die Kostendämpfung zur Lohndrückerei bei den Kassenärzten reduziert würde



gungen der Länder restriktive Empfehlungsablauf darf nicht zu dirigistischen Vollmachten für die Konzertierte Aktion verschärft werden. Damit würden Dienststellen und Organisationen in die Honorarverhandlungen bestimmend eingreifen können, die mit den Vertragspartnern, also den Vertretern der Versicherten und denen der Ärzteschaft, überhaupt nichts zu tun haben. Die Vertragsautonomie ist ein Rechtsgut, auf welches wir ebenso Anspruch haben wie etwa die IG Metall!

② Eine konsequente Anwendung des Prinzips der einkommensorientierten Ausgabenpolitik müßte sich auf die Dauer nachteilig für die sozialversicherten Patienten auswirken. Auf Krankenhauspflegesätze und die Preise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel haben die Krankenkassen wenig oder gar keinen Einfluß. Lediglich die Arzt-

honorare handeln sie unmittelbar aus. Es ist aber ein unhaltbarer Zustand, daß die Kostendämpfung zur Lohndrückerei bei den Kassenärzten reduziert wird. Das muß zur Beseitigung ärztlicher Freiheit in Diagnostik und Therapie führen, auch wenn man noch so laut das Gegenteil beteuert. Die Vertragsgestaltung muß dem medizinischen Fortschritt und dem Leistungsprinzip Rechnung tragen.

③ Allen Versuchen, die Ersatzkassen in immer stärker werdendem Umfang dem Kassenarztrecht einzugliedern, muß man entgegen treten. Die Koppelung der ärztlichen Tätigkeit für Ersatzkassenversicherte mit der für die RVO-Kassen und der Zwang zu einem einheitlichen Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen müssen Endpunkte, nicht aber Zwischenstufen einer Entwicklung sein, die zwangsläufig zur Aushöhlung der

KBV-Vertreterversammlung: Bericht zur Lage

gegliederten Krankenversicherung führt.

Das waren unsere Gegenargumente. – Nach dem Abschluß der Koalitionsverhandlungen zwischen SPD und F.D.P. sowie nach der Regierungserklärung des Bundeskanzlers und der Aussprache im Parlament ergibt sich für uns als Fazit:

▷ In der sozialen Krankenversicherung soll das Ziel der Kostendämpfung generell weiterverfolgt werden, eine Verschärfung des KVKG ist aber nicht vorgesehen.

▷ Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bleibt, was sie immer war: Beratungsgremium mit Empfehlungskompetenz.

▷ Um den Krankenhaussektor in die Kostendämpfung einzubeziehen, soll erneut – das wäre jetzt zum dritten Mal – eine Gesetzesinitiative erfolgen. Wir werden dabei beachten müssen, daß es nicht, wie beim letzten Versuch, durch Bestimmungen über die weitere Öffnung der Polikliniken für die ambulante kassenärztliche Versorgung zu mehr Krankenhausambulanzen kommt.

▷ Die Kosten für Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel sowie die Inanspruchnahme von Kuren sollen durch stärkere Zuzahlungen der Versicherten gedrosselt werden.

▷ Zu einem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich soll es nicht kommen. Wohl aber hat der Bundesarbeitsminister angekündigt, daß Wettbewerbsnachteile der Ortskrankenkassen aufgrund ihrer ungünstigeren Mitgliederstruktur durch Eingreifen des Staates dann beseitigt würden, wenn die Selbstverwaltung das nicht in einem Jahr selber schafft.

▷ Darüber hinaus ist uns ausdrücklich versichert worden, daß die berufsständischen Versorgungswerke im Rahmen der Rentenreform unangetastet bleiben.

Trotz dieser positiven Prognose werden wir die künftigen politischen Entwicklungen sehr auf-

merksam zu beobachten haben, denn Regierungserklärungen können keine Gewähr dafür bieten, daß der Gesetzgeber nicht doch im Laufe der Legislaturperiode weitergehende Vorhaben aufgreift oder Entwicklungen eintreten, die alle guten Vorsätze zur Bewahrung des Bewährten über den Haufen werfen. Wir sollten uns auch nicht der Illusion hingeben, daß nun der Trend zur Einheitsversicherung oder richtiger zur Schaffung einer umfassenden Volksversorgung für alle Zeiten gebrochen sei. Auf dem nächsten Bundeskongreß des Deutschen Gewerkschaftsbundes werden mit Sicherheit dahin zielende Anträge wieder auftauchen.

Es geht gewissen Kräften nach wie vor darum, das System der gegliederten Krankenversicherung durch eine Einheitsorganisation zu ersetzen und das Versicherungsprinzip, bei dem die Höhe der Beiträge vom Umfang der zu gewährenden Leistungen bestimmt wird, durch ein Versorgungssystem mit einnahmenorientierter Ausgabenpolitik zu ersetzen. Und es geht manchen Kräften darum, daß nach und nach Randgruppen aus nichtärztlichen Heilberufen Teile des Sicherstellungsauftrages übernehmen, und es geht letztlich darum, Angehörige eines Freien Berufes als anachronistisch hinzustellen und der großen Arbeitnehmergesellschaft zu assimilieren.

Die Selbstverwaltung der Kassenärzte wird sich daher nach wie vor dafür einsetzen müssen,

○ die Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte als eine der tragenden Säulen unseres Gesundheitswesens zu schützen,

○ die gegliederte Krankenversicherung zu verteidigen und

○ sich gegen eine wachsende Allmacht des Staates zu wehren, die angeblich zur Wahrung der sozialen Sicherheit benötigt wird.

Ich meine – erlauben Sie mir bitte diese ganz persönliche Einfügung –, daß derjenige, der heute die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Blick auf das Verhalten der Kassenärzteschaft anprangert, auch bereit sein sollte,

– eine unverkennbare staatliche Überversorgung zu überprüfen,

– Eigenverantwortung und Leistungsbereitschaft zu fördern und

– das Anspruchsdenken gegenüber dem Staat abzubauen. Wem nützt denn ein immer engeres, kaum noch bezahlbares Netz von öffentlichen Hilfen, in dem sich immer mehr Begünstigte verfangen, wenn am Ende Leistungswille, Einsatzfreude und Opferbereitschaft am Gepäckschalter des Staates abgegeben werden und wir alle eine allgemeine Volkswohlfahrt empfangen?

Lassen Sie mich nun nach dem auf unsere Probleme bezogenen politischen Lagebericht zu den Ergebnissen der Honorarverhandlungen kommen, die mit den Bundesverbänden der RVO-Krankenkassen wie mit den Ersatzkassen nach langwierigen Bemühungen erarbeitet wurden. Über diese Verhandlungen ist in den letzten Wochen viel orakelt worden. Nach Ablauf der Erklärungsfrist mit den Ersatzkassen und einer letzten Verhandlung mit den RVO-Kassen am Donnerstag dieser Woche (11. Dezember 1980) kann ich Ihnen zum neuen Ersatzkassenvertrag Endgültiges, für die RVO-Regelung dagegen auch heute nur Vorläufiges mitteilen.

Wir hatten die Gespräche mit beiden Vertragspartnern schon frühzeitig gesucht. Unser Bemühen, mit den RVO-Kassen zu einer Modifizierung der Honorarempfehlung von März 1979 zu kommen, führte zwar auf der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion zu der Ihnen bekannten Erklärung, im Laufe des Jahres 1980 die weitere Entwicklung noch einmal zu prüfen und gegebenenfalls in ei-

ner Bundesempfehlung entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Mehrere Gespräche im Sommer dieses Jahres mit den Bundesverbänden führten jedoch zu keinem greifbaren Ergebnis. So konzentrierten sich unsere Bemühungen am Ende darauf, den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der Kassenärzte in einer Anschluß-Honorarempfehlung mit kurzer Laufzeit Geltung zu verschaffen.

Mit den Ersatzkassen kam es, nachdem wir den laufenden Honorarvertrag zum 31. Dezember dieses Jahres gekündigt hatten, schon im Sommer zu Vorgesprächen für einen neuen Vertrag; offizielle Verhandlungen schlossen sich an. Der Vorstand der KBV war sich dabei der Tatsache bewußt, daß infolge einer sich bereits abzeichnenden Verschlechterung der Wirtschaftslage die Zeit gegen uns arbeiten würde. Unser festes Ziel war es daher, so schnell wie möglich – jedenfalls noch vor der Bundestagswahl – mit den Ersatzkassen zu einem Honorarvertrag für 1981 zu kommen.

Ganz anders war aber die Situation bei unseren Vertragspartnern. Nach dem Ergebnis der Sozialwahlen stand der Wechsel von Personen in den Organen des VdAK bevor. Es mußte daher verständlich erscheinen, wenn sich die kurz vor ihrem Ausscheiden befindlichen Amtsinhaber nicht mehr für bevollmächtigt hielten, Verträge zu schließen, welche ihre Nachfolger binden mußten. Lassen Sie mich bei dieser Gelegenheit aber hinzufügen, daß das gute partnerschaftliche Verhältnis zwischen Ärzten und Ersatzkassen durch diesen Wechsel nicht berührt worden ist und daß Herr Kaula als neuer Vorstandsvorsitzender des VdAK sich in den zwischen uns geführten Gesprächen als sachlicher und fairer Unterhändler erwiesen hat.

Wenn wir somit vor der Bundestagswahl noch nicht zu einem neuen Honorarvertrag gekommen sind, so erzielten wir doch in eini-



„... würde den Weg in die allgemeine Staatsversorgung öffnen...“

gen wichtigen Punkten volle Übereinstimmung. Mit Rücksicht auf die sprunghafte Veränderung der wirtschaftlichen Konjunktur wie aber auch den Umstand, daß die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die ihr vom Gesetzgeber zugedachte Funktion erfüllen kann, kamen wir überein, mit Wirkung zum 1. Januar 1981 einen Halbjahresvertrag zu schließen.

In der Zwischenzeit war das wirtschaftliche Klima für Honorarabschlüsse deutlich rauher geworden. Hierzu trugen die Prognosen der Sachverständigen und der Wirtschaftsinstitute erkennbar bei. Was die Regierungsparteien im Wahlkampf mit schönen Reden zugedeckt hatten, das wurde nunmehr Stück für Stück enthüllt, und die nackte Wahrheit, die da zum Vorschein kam, war nicht gerade verführerisch: Eine asthenische DM, ein 30-Milliarden-Loch in der Leistungs- und Handelsbilanz und wachsende Arbeitslosigkeit mit den folgenschweren Rückwirkungen auch auf die Beitragseinnahmen der Krankenkassen. Als einziger Lichtblick blieb die von den Sachverständigen vorhergesagte Preisberuhigung bei den Lebenshaltungskosten, bei denen man einen Anstieg für das kommende

Jahr von knapp vier Prozent erwartet. Allerdings darf auch heute die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, daß all diese Prognosen wieder mal einen Ölfleck bekommen. Andererseits hege ich auch begründete Zweifel, daß der Anstieg der Nettolohnsumme tatsächlich nur 3,5 Prozent betragen wird, wie im Jahresgutachten des Sachverständigenrates zu lesen ist.

Der Mut zur mageren Zukunft, der von uns gefordert wird, hat vielleicht den Bundesarbeitsminister veranlaßt, in der Herbstsitzung der Konzertierte Aktion die Krankenkassen noch einmal demonstrativ aufzufordern, die bereits beschlossenen Erhöhungen ihrer Beitragssätze noch einmal zu überdenken und nach Möglichkeit rückgängig zu machen. Wie wenig die harte Wirklichkeit solchen Mutproben entspricht, mußte der Bundesarbeitsminister erfahren, als wenig später ein heftiger Streit über die Frage des Personalbedarfs im Krankenhaus entbrannte. „Mehr Humanität im Krankenhaus bedeutet mehr Personal“, hieß es da. Die Fortsetzung der Gleichung, „mehr Personal bedeutet mehr Kosten“, blieb unausgesprochen. ▷



● Wir als Kassenärzte können jedenfalls feststellen: Die Erhöhung der Beitragssätze bei den Ersatzkassen und den meisten Ortskrankenkassen zum 1. Januar 1981 kann uns nicht angelastet werden. Darum darf der neue Kostenschub auch nicht zum Anlaß genommen werden, erneut in die Vertragshoheit der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen einzugreifen.

● Wenn heute nach zwei Jahren der Stabilität die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung wieder davonlaufen, sollten sich die Politiker fragen, was sie in der Krankenhausfinanzierungs-Gesetzgebung getan oder versäumt haben. Man kann auf die Dauer die nutzlosen Akutbettenberge nicht als von den Kassenärzten finanziertes medizinisches Naturschutzgebiet unterhalten.

Aber wie auch immer die Ausgaben der Kassen sich verteilen, wir konnten bei unseren Verhandlungen an der Frage der Beitragsbelastung für die Versicherten und für die Wirtschaft nicht vorbeigehen.

Was unsere eigene Situation betrifft, kann ich sagen, daß gerade unter Berücksichtigung der Abrechnungsergebnisse des dritten Quartals dieses Jahres die Erhaltung des Realeinkommens aus vertragsärztlicher Tätigkeit für 1980 gesichert sein dürfte.

Meine Ausführungen sollten erkennbar machen, wie außerordentlich schwierig es gewesen ist, eine Brücke zwischen den Interessen der in die roten Zahlen abgleitenden Krankenkassen und der zunehmend ernster werdenden wirtschaftlichen Lage der niedergelassenen Ärzte zu schlagen. Wenn wir mit den Ersatzkassen am Ende doch zu einem Honorarvertrag für die erste Jahreshälfte 1981 gekommen sind, dann ist das der Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft der Selbstverwaltung beider Seiten zu verdanken.

Die mit den Ersatzkassen getroffene Regelung sieht vor, daß die Gebührensätze der Ersatzkassen-Gebührenordnung mit Ausnahme der im Abschnitt M zusammengefaßten Laborleistungen linear um 4,5 Prozent erhöht werden. Für die Laborleistungen wurde eine Erhöhung um 3,5 Prozent vereinbart. Das ergibt in der Mischung einen rechnerischen Steigerungssatz von etwas mehr als 4,3 Prozent

Nicht berücksichtigt ist dabei die gleichfalls zum 1. Januar 1981 beschlossene und längst überfällige Regelung der Zuschläge für ambulant durchgeführte Operationen.

Nach wie vor stehen wir allerdings zur sogenannten Dernbacher Erklärung, wonach kostendämpfende Maßnahmen zu vereinbaren sind, wenn die Ausgaben je Ersatzkassen-Mitglied eine nicht vertretbare Steigerung erfahren. Ich möchte diese Aussagen vor Ihnen deutlich unterstreichen. Ich bin mir aber auch gewiß, daß dieser Vertragsabschluß gute Voraussetzungen dafür schaffen wird, den Vertragsärzten ihr Realeinkommen auch 1981 zu erhalten.

Sollten die Tarifabschlüsse in der Wirtschaft, sollten sich die Lebenshaltungskosten und andere volkswirtschaftliche Meßdaten anders entwickeln als erwartet, so kann und wird das im zweiten Halbjahr 1981 berücksichtigt werden.

Wir haben mit den Ersatzkassen vereinbart, die Verhandlungen über einen Anschluß-Honorarvertrag, der dann wieder ein Jahr gelten soll, erst dann aufzunehmen, wenn die Ergebnisse der Honorarregelung für das erste Halbjahr vorliegen. Dann wird zu prüfen sein, inwieweit die Entwicklung der Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen einerseits und die wirtschaftliche Lage der Vertragsärzte andererseits eine Verlängerung dieser Honorarregelung über den 30. Juni 1981 hinaus geboten erscheinen läßt.

Die Erwartung einer Grundlohnsummensteigerung von weniger als den diesjährigen 4,5 Prozent zeigt, wie eng der Verhandlungsspielraum im Jahre 1981 werden wird. Um so wichtiger ist darum das gemeinsame Bemühen der Vertragspartner um eine medizinisch hochwertige, intensiviertere ambulante ärztliche Versorgung, mit deren Hilfe Einsparungen in anderen Bereichen möglich werden.

### Die Krankenhäuser von Behandlungsfällen entlasten

Zu solchen Einsparungen soll auch der Beschluß des Bewertungsausschusses verhelfen, ambulant durchgeführte Operationen unter bestimmten Qualitätsmerkmalen durch Zuschläge zu fördern. Ab 1. Januar 1981 erhält jeder Vertrags- und Kassenarzt einen Kostenzuschlag, dessen Höhe sich nach der Schwere des Eingriffs richtet. Diese Zuschläge betragen 30,- DM, 65,- DM oder 100,- DM, wobei je nach der vertraglichen Punktwerthöhe bei den einzelnen Kassenarten Abweichungen auftreten können. Um Unstimmigkeiten darüber zu vermeiden, welche operativen Leistungen zuschlagsberechtigt sind, mußte der Bewertungsausschuß auf Drängen der Krankenkassen einen Katalog für jede der drei Zuschlagsgruppen aufstellen. Diese Kataloge, das sei hier zur Klarstellung betont, sind ausschließlich als Hilfen für die Abrechnung anzusehen. Keinesfalls dürfen sie als medizinische Leitlinie dafür mißverstanden werden, ob im Einzelfall eine operative Leistung ambulant durchführbar ist. Im Vorspann zu diesen Katalogen wird daher die Verpflichtung des Arztes betont, in jedem Fall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Zustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst, wozu auch die technischen und instrumentellen Möglichkeiten der Praxis gehören, ermöglichen.

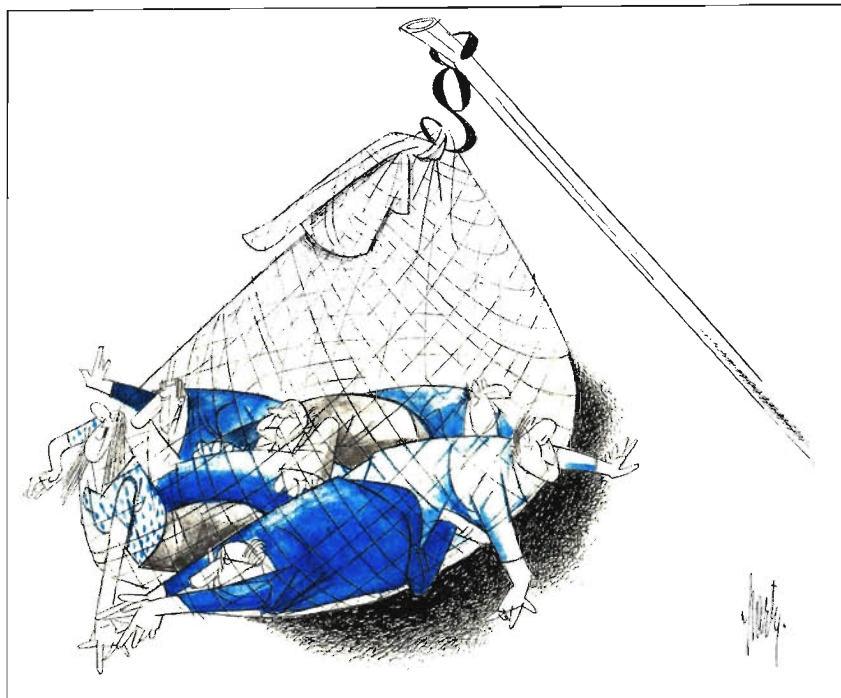
● Gerade auch unter Bezugnahme auf diesen Beschluß des Bewertungsausschusses rufe ich alle Kassen- und Vertragsärzte auf, die gegebenen und neu gebotenen Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie voll auszuschöpfen, um damit die Krankenhäuser von stationären Behandlungsfällen zu entlasten und zu einer Verkürzung der Verweildauer beizutragen.

● Allerdings sollte dieser mein Appell kein Anlaß dafür sein, das Gebot der Wirtschaftlichkeit zukünftig weniger sorgsam zu beachten, im Gegenteil. Nur eine umfassende, hochwertige und wirtschaftliche ambulante kassenärztliche Versorgung der Versicherten wird aus der Sicht des Patienten konkurrenzlos dastehen; nur sie wird zu einer erfolgreichen Dämpfung der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Wir haben, wie die Beschlußfassung im Bewertungsausschuß zeigt, in der Frage „ambulantes Operieren“ auch mit den RVO-Kassen Übereinstimmung erzielt. Alles in allem gestalteten sich jedoch die Gespräche hier wesentlich schwieriger, zumal wir bemüht waren, den Honorarnachholbedarf für das zweite Halbjahr 1980 auszugleichen.

Die mit den Bundesverbänden der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen für uns abschließend ausgehandelte Honorarempfehlung sieht vor, daß zum 1. Januar 1981 die Punktwerte um 4 Prozent und das Fallpauschale Labor um denselben Prozentsatz erhöht werden. Die Laufzeit der Verträge wird, wie bei den Ersatzkassen, auf ein halbes Jahr begrenzt. Die Vertragspartner gingen bei dieser Empfehlung davon aus, daß die Fallwertbegrenzung bestehen bleibt, allerdings von bisher 2 auf 2,3 Prozent erhöht wird.

Zu diesem, nach großem Einsatz zustande gebrachten Verhand-



„... ein immer engeres, kaum noch bezahlbares Netz von öffentlichen Hilfen, in dem sich immer mehr Begünstigte verfangen ...“

lungsergebnis liegt zwar die Zustimmung der Beschlußgremien aller RVO-Bundesverbände zur Zeit noch nicht vor. Ich gehe aber mit großer Zuversicht davon aus, daß diese in den nächsten Tagen erfolgen wird.

Die von mir genannten Zahlen könnten vielleicht den Eindruck erwecken, als ob dieses Ergebnis hinter dem des Vertrages mit den Ersatzkassen zurückbleibt. Das ist jedoch nicht der Fall, denn entscheidend ist, was an Honorar mehr erwartet werden kann bzw. an Gesamtvergütung mehr gezahlt werden muß. Da der Punktwert zum 1. Juli dieses Jahres um 1,5 Prozent angehoben wurde, erhöhen sich die Zahlungen der Krankenkassen im ersten Halbjahr 1981 gegenüber dem gleichen Zeitabschnitt 1980 noch um diesen Prozentsatz. Auf das ganze Jahr 1981 bezogen, erreicht die Steigerungsrate damit 4,68 Prozent. Auch hier ist zusätzlich die in das Verhandlungspaket einbezogene Zuschlagsregelung bei ambulant durchgeführten Operatio-

nen und die Anhebung der Fallwertgrenze zu berücksichtigen. Trotz der großen Schwierigkeiten, heute erfolgreiche Honorarverträge zustande zu bringen, hat es sich der Vorstand bei der Zustimmung zu diesem vorzeitig in die Öffentlichkeit gelangten und schon heftig kritisierten Verhandlungsergebnis nicht leicht gemacht und sorgfältig geprüft, ob unser Ziel der Erhaltung des Realinkommens im Jahr 1981 auch im RVO-Bereich damit erreicht werden kann. Letztlich gilt aber auch hier:

Entwickeln sich die Wirtschaftsdaten noch anders, als die heute vorliegenden Gutachten erkennen lassen, gibt die kurze Laufzeit der Verträge die Möglichkeit, dies im zweiten Halbjahr 1981 zu berücksichtigen.

Selbstverständlich kann man bei der Wertung der Verhandlungsergebnisse nur Aussagen für die Gesamtheit der Kassenärzte machen, nicht aber für die Entwicklung in der Einzelpraxis. ▷



● Wenn wir dafür eintreten, den für die Kassen kostengünstigeren ambulanten Bereich zu erweitern und zu fördern, muß selbstverständlich sichergestellt sein, daß unsere Patienten die Gewißheit haben können, nicht nur hohe medizinische Qualität und menschliche Zuwendung bei ihrem Arzt zu finden, sondern daß seine Hilfe für sie auch außerhalb der Sprechstunden erreichbar ist und sie nicht von einem Anrufbeantworter auf anderweitige Hilfe verwiesen werden.

Sofern die Übernahme von Leistungen in den ambulanten Bereich einen größeren technischen Aufwand bedingt, als ihn die Einzelpraxis aufgrund ihrer Untersuchungs- und Behandlungsfrequenzen wirtschaftlich aufbringen kann, sollten wir mit Nachdruck Überlegungen für neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit anstellen. Nur bei vermehrter und verbesserter Leistungsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte mit kostenbewußter Investition und rationeller Praxisführung werden wir auf die Dauer Einkommensverbesserungen erreichen können, ohne die finanzielle Stabilität der sozialen Krankenversicherung zu belasten.

### Primitiv-publizistische Dauerkost für unterschätzte Kollegen

Gestatten Sie mir als Abschluß meines Berichts über die Ergebnisse und Auswirkungen der Honorarverhandlungen einige persönliche Bemerkungen. Seit Wochen wurden diese Gespräche und Verhandlungen von vereinzelt Pressekommentaren begleitet, die mir und dem Vorstand bescheinigten, daß wir entweder gar nichts täten oder das Falsche oder das an sich Richtige, jedoch zum falschen Zeitpunkt. Daß die Kassen schon im Sommer bereit gewesen wären, großzügige Verträge mit uns zu schließen, was ich aber zu tun gescheut hätte, einmal, wie es hieß, um den unerhört

sensiblen Herrn Ehrenberg nicht zu erschrecken, dann wieder, weil ich ängstlich abwarten wolle, was in Bayern ausgehandelt wird, schließlich, weil ich überhaupt ein kleinmütiger Mensch sei.

Ich glaube, man unterschätzt die Intelligenz unserer Kollegen, wenn man ihnen eine derartige „Berichterstattung“ als geistige Dauerkost aufischt. Sehr viel ernster und – wie ich gestehen muß – mit Bedauern verfolge ich Kritik aus den eigenen Reihen, zumal wenn sie mit zweifelhaften Argumenten arbeitet. Ob man die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Sowjetunion vergleicht und ihr unterstellt, daß sie eine „Finnlandisierung“ der Länder-KVen betriebe, das ist eine Frage des politischen Geschmacks, über den man nicht streiten soll. Aber jeder hier in diesem Saale weiß, daß an unseren Verhandlungen nicht nur der gesamte KBV-Vorstand teilgenommen hat, sondern daß auch der Länderausschuß und darüber hinaus die Spitzen der ärztlichen Verbände laufend informiert und nicht vor vollendete Tatsachen gestellt worden sind. Jeder in diesem Saale weiß, daß wir uns nicht einem Diktat der Konzertierten Aktion beugen, sondern sie nur als das anerkennen, was sie nach dem Gesetz ist: ein Empfehlungs- und kein Entscheidungsgremium. Jeder hier weiß, daß die von uns betriebene Politik keine Politik einsamer Beschlüsse ist, die sich über die Autonomie der Länder-KVen hinwegsetzt, sondern daß sie von einer überwältigenden Mehrheit dieses Hauses und des Ländergremiums getragen wird. Wer in die Opposition votiert worden ist, der kann und soll seine Meinung weiter vertreten, aber sich nicht in einem schlecht begründeten stereotypen Nein erschöpfen und die hier gefaßten Beschlüsse nach dem Schiller-Wort werten: „Was ist Mehrheit? Die Mehrheit ist Unsinn! Verstand ist stets bei wen'gen nur gewesen.“ Als ob die „wenigen mit Verstand“ jeweils in der Opposition wären... Lassen Sie mich aber

kurz auch noch einen weiteren Kritiker erwähnen, der uns, noch ehe die Verhandlungen abgeschlossen waren, von den „großen Sorgen“ schrieb, die ihm die in den letzten Tagen erschienenen Berichte über vorgesehene Vergütungsregelungen für ärztliche Leistungen bereiteten. „Würden diese realisiert“, so schrieb er, „ergäben sich ab 1. Januar Erhöhungen der Gesamtvergütungen, die völlig außerhalb der zur Zeit erkennbaren gesamtwirtschaftlichen Daten des Jahres 1981 liegen.“ Es dürfe kein Spielraum für zusätzliche Mengenausweitungen ärztlicher Leistungen verbleiben. Die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen dürfe nicht gefährdet werden, die Belastung für Versicherte und Betriebe sich nicht weiter erhöhen. Mit freundlichen Grüßen, Herbert Ehrenberg.

Ich habe dem Herrn Minister mitgeteilt, daß ich seine Sorgen um die Beitragssatzentwicklung teile, daß ihr aber Gefahren nicht durch die Vergütungsregelungen für die Kassenärzte drohen. Deren Anteil an den Ausgaben der Krankenkassen ist in den letzten zehn Jahren von 22,9 auf 18,2 Prozent gesunken. Die neuen Beitragserhöhungen der Krankenkassen ab 1. Januar seien maßgeblich wieder durch den Krankenhaussektor ausgelöst worden. Ich erinnerte den Minister daran, daß sich auf der Herbstsitzung der Konzertierten Aktion beim Thema Humanität sehr schnell eine breite Mehrheit gefunden habe, die von Kostendämpfung im Krankenhaus wenig wissen wollte. „Im Gegenteil, von notwendiger Personalausweitung war die Rede. Ich frage Sie, sehr geehrter Herr Bundesminister, wie wirken Sie der laufenden und weiterhin ausufernden Kostenwelle im Krankenhaus entgegen? Haben Sie sich angesichts von Pflege-satzerhöhungen im zweistelligen Bereich auch an die dafür Verantwortlichen gewendet?“ Ich habe meine Antwort auch dem DGB, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der DAG geschickt.

### Ausblick am Ende einer Amtszeit der KBV-Gremien

Meine, unsere Amtszeit geht zu Ende. Anlaß nicht nur zu einem Rückblick, wie ich ihn in großen Umrisen zu geben versuchte, sondern auch für einen Ausblick.

Das Ergebnis der Bundestagswahl hat, wie ich eingangs ausführte, die akute Gefahr einer Verschärfung des Strukturänderungsgesetzes, das werbewirksam als Kostendämpfungsgesetz etikettiert worden ist, vorerst beseitigt. Für Pläne, über die man vor den Wahlen im Bundesarbeitsministerium laut nachgedacht und dafür gesorgt hatte, daß diese Gedanken in die Öffentlichkeit sickerten, für solche Pläne ist die Zeit jetzt nicht günstig. Tot und begraben aber sind sie meiner Meinung nach keineswegs. Koalitionspapier und Regierungserklärung sind, was den Bereich der Gesundheitspolitik betrifft, von einer Wortkargheit, die der politischen Exegetik viel Raum läßt. Im übrigen sind ja solche Papiere auch keine Ewigkeitsgeltung beanspruchenden Gesetzestafeln, sondern Absichtserklärungen, die unter dem Druck der bekannten Sachzwänge morgen zerplatzen können.

Solche Zwänge können vor allem in wirtschaftlicher Hinsicht auftreten. Wachsende Arbeitslosigkeit, rückläufige Steuereinnahmen, neue Defizit-Haushalte der Krankenkassen, Preissteigerungen und ein Heer von jungen Ärzten, die aus Hochschulen und Krankenhäusern in die freie Praxis geschoben werden, das alles kann sehr rasch Verhältnisse herbeiführen, deren Bewältigung die Kräfte der Selbstverwaltung überfordert und Rufe nach dem Staat laut werden läßt. Lassen Sie mich für solche möglichen Entwicklungen, deren Anfängen man wehren muß, ein Beispiel anführen.

Anders als bei den Ausgaben für die ambulante Versorgung scheint die Phase der Stabilität auf dem

Politische  
Papiere sind  
„keine Ewig-  
keitsgeltung  
beanspruchende  
Gesetzestafeln...“



Arzneimittelsektor für die Krankenkassen vorüber zu sein. Lagen im ersten Halbjahr 1980 die Zuwachsraten noch unter der von der Konzentrierten Aktion empfohlenen Steigerungsmarke von 5,9 Prozent, so änderte sich das im dritten Quartal alarmierend. Der Kostenschub war derart stark, daß, bezogen auf die ersten drei Quartale und das einzelne Mitglied, bei den Ortskrankenkassen eine Steigerung von 8,2 Prozent eintrat, bei den Betriebskrankenkassen um 8,8 Prozent, bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen um 9,9 Prozent, bei der Bundesknappschaft um 8,4 Prozent und bei den Angestellten-Ersatzkassen um 7,8 Prozent. Damit kündigen sich, selbst wenn man die Toleranzgrenze berücksichtigt und auf einen effektiven Zuwachs von 6,5 Prozent kommt, deutliche Überschreitungen des Arzneimittelhöchstbetrages an. Wo liegen die Gründe dafür?

Nach Aussagen des Vorsitzenden des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie wird die Preissteigerungsrate für Arzneimittel in diesem Jahr bei 5,4 Prozent liegen. Vorgesehen waren 4,5 Prozent. Die Zahl der verkauften Packungseinheiten ist allein im September um 13 Prozent in die Höhe geschneit. Nun kann zwar die Preissteigerungsrate uns Kassenärzten nicht angelastet werden. Hier verschiebt sich der Höchstbetrag automatisch um den entsprechenden Überschreitungsprozentsatz nach oben. Dennoch muß auch mit einer Überschreitung der bei der Festsetzung des Arzneimittelhöchstbetrages für 1980 zugrunde gelegten Verordnungsmenge gerechnet werden. Inwieweit hier die Handzettelaktion eine Rolle gespielt haben mag, mit der die um ihren Umsatz besorgten Apotheker versuchten, die Ärzte zu mehr Arzneiverordnungen zu ermuntern, will ich hier

nicht näher untersuchen. Ich möchte mich aber nachdrücklich gegen derartige Aktionen verwahren und die Kassenärzte vor den Folgen warnen. Regresse würden nicht gegen den Apotheker, sondern gegen den Kassenarzt angestrengt werden. Unser Rezeptblock soll dem Wohle des Patienten, nicht aber der Prosperität des Apothekers dienen!

Wie schon vor anderthalb Jahren fühlt sich der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Schutze der Kassenärzte verpflichtet, auf diesen besorgniserregenden Ausgabenanstieg im Arzneimittelbereich hinzuweisen und Sie alle zu bitten, die Verordnungsweise eigenverantwortlich zu prüfen.

Es ist zur Zeit noch keine Aussage darüber möglich, ob die von mir dargestellte Entwicklung ganz oder teilweise auf medizinisch nicht zu begründende und damit unter Umständen unwirtschaftliche Verordnungen zurückzuführen ist. Das werden wir erst nach den von den Krankenkassen bei einer Überschreitung vorzulegenden Daten wissen.

Neben unserer mit den Krankenkassen vereinbarten, wenn auch immer erst nachträglich möglichen Warnung bei drohender Überschreitung des Arzneimittel-Höchstbetrages sollten die Krankenkassen ihrerseits auf die Versicherer einwirken, unangemessene Verordnungswünsche an den Kassenarzt zu unterlassen und die sachgemäße Verordnung von Arzneimitteln vertrauensvoll dem Arzt zu überlassen. Die Versicherten sollten einsehen, daß nicht jeweils das teuerste und das von ihnen erwünschte zugleich auch das wirksamste Arzneimittel ist.

Die pharmazeutische Industrie möchte ich noch einmal dringend bitten, endlich unserem Wunsch nach objektiver Information nachzukommen, wie er in der gemeinsam getragenen Empfehlung der Konzierten Aktion vom Herbst

1979 zum Ausdruck gebracht wurde. Das betrifft vor allem die in der Arzneimittelwerbung teilweise festzustellende und medizinisch unhaltbare Ausweitung der Indikationsansprüche mancher Präparate. Eine ärgerliche Sache, die durch die gemütvoll Bezeichnung „Indikationslyrik“ nicht besser wird. Mit Bedauern stelle ich fest, daß wir trotz der seit einem Jahr geführten Gespräche bisher noch zu keinem greifbaren Ergebnis hinsichtlich einer Qualitätsnorm für solche Herstellerangaben gekommen sind.

### **Das Erreichte sollte auch in unseren Reihen Anerkennung finden**

Wenn ich meine Ausführungen auch am Ende dieser 6. Wahlperiode der Vertreterversammlung der KBV trotz mancher Bedenken und Vorbehalte dennoch mit Zuversicht schließe, dann nicht aus regierungsamtlich gewünschtem Mut zur Zukunft, sondern weil ich überzeugt bin, daß wir, wenn nicht wirklich höhere Gewalt uns der Steuerungsmöglichkeiten beraubt, das Unsere tun können, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung im Gleichgewicht zu halten und damit auch die rechtliche, wirtschaftliche und soziale Stellung des Kassenarztes. Meine Bitte geht an alle Kassenärzte, daran mitzuwirken! Der Gedanke des genossenschaftlichen Zusammenschlusses lebt von der Solidarität und von der Loyalität gegenüber der Einheit und Unteilbarkeit des Arztberufes. Wir haben noch nicht genügend zeitlichen Abstand, um das uns betreffende Geschehen der letzten vier Jahre einzuordnen und gültig zu bewerten. Aber gemessen an den Änderungen des Kassenarztrechts am Anfang dieser Periode, glaube ich doch, daß das, was wir in gemeinsamer Arbeit erreicht haben, auch in unseren eigenen Reihen Anerkennung finden sollte. Und ich darf hinzufügen, daß diese Arbeit nicht nur in einer den eigenen Interessen dienenden Be-

rufs- und Standespolitik Erfüllung suchte, sondern daß sie, auch wenn wir das nicht in großen Lettern plakatierten, dem Patienten diene.

Die Bewältigung der bisherigen Aufgaben und das Bestehen der damit verbundenen Bewährungsproben durch die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten so besonders schwierigen Jahren und vor allem auch die damit verbundene solidarische Haltung der deutschen Kassenärzte, ihre Einsatzbereitschaft und ihr Arbeitswille lassen für mich die berechtigte Schlußfolgerung zu: Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden auch weiterhin als eine positive Einrichtung unserer Gesellschaft für die Sicherstellung eines großen Teils unseres Gesundheitswesens und für dessen Fortentwicklung anerkannt werden. □

„Allen Damen und Herren Delegierten der Vertreterversammlung möchte ich für ihre in dieser Legislaturperiode geleistete Arbeit danken. Selbst innerärztlich und schon gar nicht in der Öffentlichkeit ist geläufig, welches ungewöhnliche Maß an Arbeit in diesem Bereich zumeist in aller Stille geleistet wurde. Danken möchte ich auch meinen Kollegen im Vorstand und darüber hinaus allen Mitarbeitern meines Hauses, denn ohne einen hochqualifizierten und leistungswilligen Beraterstab ist die Führung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht mehr denkbar. Der vorliegende Tätigkeitsbericht 1980 ist in diesem Sinne neben vielem, vielem anderen für mich Anlaß, meinen anerkennenden Dank der Hauptgeschäftsführung ganz besonders auszusprechen.“