

Redaktion:  
Haedenkampstraße 5  
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41  
Telefon: (02 21) 40 04-1  
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d

Verlag und Anzeigenabteilung:  
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40  
5000 Köln 40 (Lövenich)  
Telefon: (0 22 34) 70 11-1  
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

# DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

## Negativliste – „Segelanweisung“ für den Kassenarzt

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Anwendung der verschwommenen Gesetzesvorschrift

Eckart Fiedler

In einer Erklärung haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Empfehlungen zur Anwendung der am 1. April 1983 in Kraft tretenden recht unklaren Bestimmungen für die sogenannte „Negativliste“ geeinigt (bekanntgemacht im vorliegenden Heft). Danach ergibt sich für den Kassenarzt die nebenstehend und auf den nachfolgenden Seiten dargestellte Richtschnur.

► Mund- und Rachentherapeutika – bei wenigen Ausnahmen –, Abführmittel sowie Arzneimittel gegen Reisekrankheit sind ab 1. April 1983 auf Privatrezept zu verordnen. Bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten (siehe Kasten auf der übernächsten rechten Seite), es sei denn, es handelt sich um bloße Befindlichkeitsstörungen, sind dagegen die medizinisch gebotenen Grippe-, Husten-, Schnupfen- und Schmerzmittel auch weiterhin auf Kassenrezept verordnungsfähig. Soweit es sich um Befindlichkeitsstörungen handelt, soll auf bewährte Hausmittel verwiesen werden.

Damit wird die neue Gesetzesregelung aus ihrer juristischen Verschwommenheit in die Realität der täglichen Praxis übertragen. Sicherheit für den Kassenarzt im Interesse des Versicherten – so lautete die Devise.

Der jetzigen Erklärung war ein monatelanges Tauziehen mit dem Gesetzgeber vorangegangen (im einzelnen in der vorigen Ausgabe des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTS dargestellt). Selten zuvor waren sich Krankenkassen, Ärzte, Apotheker und pharmazeutische Hersteller so einig: Die sogenannte Negativliste, seit 1977 in der Diskussion, ist auch im neuen Gesetzeskleid nicht akzeptabel. Sie sollte vom Tisch! Aber medizinischer Sachverstand war in Bonn nicht gefragt.

Da sich der Staat wieder einmal ungeniert aus den Geldtöpfen der Krankenkassen bedienen wollte, mußte die entstehende

## Negativliste / „Segelanweisung“ für den Kassenarzt

Finanzlücke bei der gesetzlichen Krankenversicherung wenigstens auf dem Papier geschlossen werden. Also verabschiedete man im Rahmen eines Refinanzierungskonzeptes eine mehr als zweifelhafte Gesetzesvorschrift, nach welcher ab 1. April dieses Jahres alle Sozialversicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, grippale Infekte, Reisekrankheit bzw. Mund- und Rachentherapeutika sowie Abführmittel selber bezahlen sollen. Zwar bleibt die ärztliche Verordnung als solche Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung, aber die Kosten für die auf dem Rezept stehenden vom Ausschluß betroffenen Arzneimittel werden von der Krankenkasse nicht mehr erstattet.

### **Gesetz läßt notwendige Klarheit vermissen!**

Natürlich bleibt es dem Gesetzgeber unbenommen, nachdem er jahrelang den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung mit teilweise recht fragwürdigen, ja mitunter krankenversicherungsfremden Leistungen ausgeweitet hat, nunmehr diesen Leistungskatalog wieder einzuengen. Nahezu jeder von uns wird mit Blick auf die schlechte wirtschaftliche Lage und die daraus resultierende notwendige Kostendämpfung auch im Gesundheitswesen eine medizinisch sinnvolle Beschneidung des Leistungsumfanges in der Krankenversicherung befürworten. Nur durfte und darf dabei ein Grundsatz durch den Gesetzgeber nicht verletzt werden, nämlich jener der klaren Aussage!

Während die nahezu komplette Herausnahme von Mund- und Rachentherapeutika sowie von Abführmitteln aus der Leistungspflicht der Krankenkassen medizinisch noch tolerabel und in der täglichen Praxis handhabbar erscheint, läßt der Ausschluß von Arzneimitteln gegen Erkältungskrankheiten und grippale Infekte – Arzneimittel, zu denen der Gesetz-

geber auch Schmerzmittel zählt – die wünschenswerte, ja notwendige Klarheit vermissen.

Jeder weiß, der weite Bereich der Erkältungskrankheiten ist medizinisch nicht eindeutig definiert. Hinter diesem Begriff verbirgt sich eine Vielzahl von Symptomen, angefangen bei leichtem Sekretionsfluß der Nase bis hin zu hohem Fieber mit Schüttelfrost als Zeichen einer beginnenden Lungenentzündung. Natürlich hat der Gesetzgeber bei seiner Entscheidung die Lungenentzündung nicht im Visier gehabt. Und so beeilten sich die verantwortlichen Politiker, bei Auftreten der ersten Auslegungsschwierigkeiten zu beteuern: Allein bei „Bagatellerkrankungen“, wie „leichten grippalen Infekten“ oder „Erkrankungen der Atemwege in der banalen Stufe“, solle der Patient die benötigten Arzneimittel selber bezahlen.

Damit wurde die Entscheidung für den Kassenarzt aber nicht leichter. Im Gegenteil, fast ist man geneigt zu behaupten, daß hier ein unerträglicher Konflikt in das Sprechzimmer des Arztes hineingetragen werden sollte, aus dem schwerwiegende Konsequenzen für das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zu erwachsen drohten. Der Kassenarzt stünde jedenfalls bei seiner Entscheidung, ob der Versicherte im Einzelfall zahlungspflichtig ist oder nicht, vor einem nahezu unlösbaren, ja unzumutbaren Dilemma. Denn wie sollte er einem Patienten klarmachen, daß gerade sein Husten eine „Bagatelle“ ist, er also das Arzneimittel aus eigener Tasche bezahlen muß, während sein Freund, der gleichfalls hustet, soeben mit einem Kassenrezept nach Hause gegangen ist?

Natürlich ist demjenigen Politiker beizupflichten, welcher der Erhaltung der Therapiefreiheit des Kassenarztes das Wort redet. Die absolute Offenheit der neuen Gesetzesregelung und die daraus resultierende Entscheidungsnot des Kassenarztes aber mit der Erhal-

tung der Therapiefreiheit zu begründen verfehlt den Kern der Sache völlig. Denn schließlich geht es nicht um die Frage, welches Medikament der Patient im Einzelfall erhält, sondern allein darum, ob er oder seine Krankenkasse zahlen muß.

Für viele Politiker mag die Verlagerung dieser Finanzentscheidung in das Sprechzimmer des Arztes ein bequemer Weg sein. Beschwer sich ein Patient, kann man schnell mit dem Finger auf den Arzt weisen und ihm den Schwarzen Peter zuschieben. Der weite Ermessensspielraum macht jedenfalls die Behauptung leicht, der Arzt und nicht der Gesetzgeber habe die falsche Entscheidung getroffen, letzterer habe doch nur die „Bagatelle“ im Auge gehabt. So geht es sicher nicht!

### **Gute Ratschläge: vor allem im Interesse der Kranken**

Was aber war zu tun? Nachdem der Gesetzgeber gegen allen ärztlichen Sachverstand entschieden hatte, mußte die Kassenärztliche Bundesvereinigung alles daran setzen, eine Klärung herbeizuführen, damit die Kassenärzte nicht dennoch zum Prügelknaben einer in diesem Fall mehr als zweifelhaften Gesetzgebung werden.

Ein Aufruf zum Boykott der Gesetzesvorschriften wäre zwar nach dem Geschmack so manchen Kassenarztes, aber dennoch wenig hilfreich gewesen. Die Gesetzesregelung wird am 1. April wirksam. Nicht Staatsverdrossenheit, sondern gute Ratschläge, vor allem im Interesse der Patienten, waren also gefordert.

So schreibt der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Prof. Dr. Hans-Joachim Sewering, in einem Rundschreiben an die bayerischen Kassenärzte völlig zu Recht: „Ich denke nicht daran, Ihnen, liebe Kollegin-

● Fortsetzung Seite 23

## Perspektiven nach der Bundestagswahl

# Mehr Selbstverwaltung – weniger Staat!

Die Ärzteschaft ist zur sachverständigen Kooperation in der Gesundheits- und Sozialpolitik bereit

Karsten Vilmar

Wahlen, insbesondere Bundestagswahlen, beeinflussen die künftige gesellschaftliche Entwicklung entscheidend. Sie sind auch Wegweiser und Markierungspunkte für die Arbeits- und Lebensbedingungen für jeden einzelnen. Sie stehen aber auch in engem Kontext zur allgemeinen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lage. So haben gerade die großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten mit einer auf rund 2,5 Millionen gestiegenen Arbeitslosenzahl auch Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialpolitik und damit auf die Arbeitsbedingungen der Ärzte sowohl in der Praxis als auch am Krankenhaus. Erinnert sei an den nunmehr eineinhalb Jahre währenden Honorarverzicht und an die unübersehbaren Finanzierungsschwierigkeiten im Krankenhaus. Die GOÄ-Bürokratisierung und viele andere dirigistische Interventionen haben die Ärzteschaft nicht in „rosige“ Stimmung versetzt.

Das Wahlergebnis stabilisiert die künftige Politik. Vor allen Dingen ist damit ein kräftezehrender, mehr als sechs Monate anhaltender Wahlkampf beendet worden, der lediglich hektischen Stillstand brachte. Nun endlich kann die Sacharbeit beginnen.

Nach dem „Übergangsprogramm“ zur Vorlage eines rech-

nerisch ausgeglichenen Bundeshaushaltes ist auch eine Wende in der Gesundheits- und Sozialpolitik nötig. Die Probleme sind nicht bereits mit der Wahl gelöst; die Kärner-Arbeit der Bewältigung beginnt erst jetzt.

Gerade die Ärzteschaft hat keinen Anlaß zu ebenso unbegründeter wie übertriebener Euphorie. Wie früher sind wir zur Kooperation bereit, und zwar mit der Bundesregierung ebenso wie auch mit der Opposition. Wie früher wollen wir unsere sachverständigen Argumente in die politische Diskussion einbringen, hoffen allerdings, daß sie jetzt eher berücksichtigt werden. Es wäre heute ebenso unfair wie früher, das ärztliche Engagement im Interesse des Gemeinwohls als bloße Interessenpolitik zur Sicherung ärztlicher Positionen abzutun.

### **Der „Verschiebebahnhof“ muß demontiert werden**

Wir hoffen, daß sich die Politik künftig mehr an Realitäten und menschlichen Verhaltensweisen als an Utopien orientieren wird. Für die ärztliche Argumentation ist deshalb keine Wende nötig. Unsere Argumente werden wir kontinuierlich fortführen. Sie beruhen auf Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft; sie

liegen zudem elementar in der täglichen ärztlichen Erfahrung begründet.

Zu der geforderten „geistigen“ Wende gehört in erster Linie, Schluß zu machen mit übersteigertem Anspruchs- und Versorgungsdenken, mit permanenter Vergesellschaftung der Pflichten zugunsten egozentrischer, oft parasitärer „Selbstverwirklichung“. Die ständige Beglückungspolitik muß ein Ende haben.

Der Verschiebebahnhof zwischen den Systemen der sozialen Sicherung muß demontiert werden; das ist geradezu Demontage zugunsten stabiler sozialer Sicherung. Die Krankenkassen müssen im Interesse ihrer Funktionsfähigkeit von sach- und systemfremden Leistungen befreit werden; das hat überhaupt nichts mit sozialer Demontage zu tun, wie oftmals behauptet wird. Die Sozialversicherungen dürfen nicht wie bisher als zweites Besteuerungssystem zur Sanierung der Staatsfinanzen mißbraucht werden.

Es muß Schluß sein mit der immer stärkeren Reglementierung aller Details und aller Lebensbereiche durch eine Gesetzgebungshektik, die nur darauf angelegt ist, noch vorhandene Freizonen der individuellen Lebensgestaltung einzuschnüren. Im Gegenteil muß wieder Vertrauen auf Beständigkeit staatlicher Regelungen in der sozialen Sicherung, vor allem auch in der Altersversorgung, geschaffen werden.

Jetzt müssen die Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit nachhaltig gestärkt werden, und es müssen für den einzelnen wie auch die gesellschaftlichen Gruppen wieder mehr Gestaltungsfreiräume erhalten oder neu geschaffen werden. Nur so können die individuellen Wün-

## Vilmar: Perspektiven nach der Bundestagswahl

sche und Bedürfnisse bestmöglich befriedigt werden.

Selbstverständlich ist es auch unser Anliegen, daß die Systeme der sozialen Sicherung künftig finanzierbar bleiben. Es geht nicht darum – und ich unterstreiche dies, weil mich in diesem Punkt manche bewußt mißverstehen wollen –, den Ärzten einfach mehr Einkommen zu sichern. Denn die dauerhafte Sicherung der Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme nimmt die Ärzteschaft sehr ernst.

### **Leistung darf nicht bestraft werden**

Wir fordern, daß unsere Vorschläge mehr als bisher im politischen Raum berücksichtigt werden. Wir fordern aber auch die Stärkung der Selbstverwaltung; sie muß wieder mehr in eigener Regie tätig werden können. Dem ist jedoch nicht mit ebenso vollmundigen wie halbherzigen Erklärungen gedient. Der Staat darf durch seine Gesetze nicht lediglich neue Schuldverlagerungsmechanismen in Gang setzen, die die Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen den Ärzten anlasten. Die „Negativliste“ ist ein solches unruhmlisches Beispiel. Die nicht ausschließliche atmosphärischen Störungen in der sozial- und gesundheitspolitischen Position werden aber auch durch Vokabeln wie etwa Bagatell- und Luxusmedizin gekennzeichnet, die angeblich von der Ärzteschaft bewirkt worden seien. Wir hoffen, daß auch hier endlich ein Umdenkungsprozeß erfolgt.

Vorrangig ist die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, ursprünglich von amtlicher Seite seinerzeit als „Jahrhundertgesetz“ gepriesen, ist gescheitert. Es führte zu großen Problemen und führt weiter

zu großen Problemen für Krankenhäuser ebenso wie für die dort Tätigen. Es bewirkt, daß Leistung bestraft und nicht mehr belohnt wird.

Derartige negative Zeiterscheidungen, übrigens auch in der Steuergesetzgebung festzustellen, sollten künftig vermieden werden. Wir Ärzte wollen, daß Leistung nicht bestraft, sondern vielmehr belohnt wird.

Es ist erwiesen, daß die Kostendämpfung bislang durch die Selbstverwaltung weit effizienter bewirkt worden ist als durch noch so dirigistische, auf alle Einzelteile und einzelne Bereiche abzielende staatliche Regelungen, die schließlich in eine staatliche Richtlinienmedizin einmünden müssen.

Es ist ein Irrglaube, daß alles schon allein deshalb besser werde, wenn nur der Staat es regelt. Das gilt auch für die Beeinflussung der Forschung durch den Staat oder durch halbstaatliche Institutionen und Instanzen. Die Pseudoforschung und die Förderung von solchen Modellversuchen, die letztendlich doch nur der Systemveränderung dienen sollen, müssen beendet werden. Wir fordern mehr Förderung von Forschung ohne wie auch immer verbrämte politische Vorgaben.

### **Die Persönlichkeitsrechte der Patienten wahren**

Überfällig und vordringlich zu regeln ist auch die Reform der ärztlichen Ausbildung. In der Medizin, aber auch in der Bildungspolitik überhaupt, muß man sich danach richten, welche Kapazitäten für eine sinnvolle Ausbildung zur Verfügung stehen. In der Medizin wird die Ausbildungskapazität begrenzt durch die Zahl der Patienten, die zur Realisierung der Ausbildung

benötigt werden. Die Ausbildung muß weiterhin auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Es darf keine „Entwissenschaftlichung“ und „Technikstürmerei“ einsetzen. Wir brauchen nämlich keine „medizin-technische Abrüstung“, denn ohne die Technik ist moderne Medizin nicht denkbar. Demnach leistet Technik an sich nichts, sondern immer bedient der Arzt die Technik, die stets nur Mittel zum Zweck bleibt.

Wir fordern die Wahrung der Persönlichkeitsrechte, auch der Persönlichkeitsrechte der Patienten, die nicht von vornherein dem Recht auf Freiheit der Forschung nachgeordnet werden dürfen. Wir werden uns deshalb gegen die Einführung ständig neuer Erfassungsregister und Meldepflichten wehren.

Wir werden uns unvermindert für eine möglichst gute, individuelle ärztliche Versorgung aller Patienten einsetzen. Berufliche Freiheit und Freiberuflichkeit sind dazu entscheidende Voraussetzungen.

Von ähnlicher Bedeutung dafür ist effiziente ärztliche, systematisch und lebenslang betriebene Fortbildung, damit die Ärzte sowohl über den neuesten Stand der Medizin informiert sind als auch darüber, was obsolet geworden ist, aber auch über das, was sich in der Vergangenheit bewährt hat. Das erfordert das ärztliche Ethos, aber auch die Verpflichtung des Arztes gegenüber den Patienten.

Dr. Karsten Vilmar  
Präsident der  
Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages  
Haedenkampstraße 5  
5000 Köln 41 (Lindenthal)

nen und Kollegen, zu einem pauschalen Gesetzesboykott zu raten. Wir müssen aber eine ärztlich verantwortbare Interpretation einer mangelhaften gesetzlichen Vorschrift finden, die uns nicht in Konflikt mit unserem ärztlichen Gewissen bringt.“

Genau dahin zielten die Intentionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Schwierige Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurden geführt, an denen die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, aber auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung beteiligt waren. Das erzielte Ergebnis, eine sogenannte Erste Erklärung zur Anwendung des neuen § 182 f RVO in der ambulanten kassen-/vertragsärztlichen Versorgung läßt zugegebenermaßen in manchen Punkten die wünschenswerte Klarheit missen; dennoch stellt die Erklärung für den Kassenarzt eine wesentliche Hilfe dar. Und wichtig ist: Die gefundene Auslegung der verschwommenen Gesetzesvorschrift wird gemeinsam mit den Krankenkassen getroffen. Dies gibt Sicherheit!

Schließlich läßt sich schon heute feststellen, daß die von der Gesetzesregelung erhoffte Einsparung von 500 Millionen DM bei den Krankenkassen keinesfalls erreicht wird. Bestenfalls werden es am Ende 100 bis 200 Millionen DM pro Jahr sein. Die Versuchung wird dann groß sein, die Schuld dafür den Ärzten in die Schuhe zu schieben.

Deshalb soll heute noch einmal daran erinnert werden: Krankenkassen wie Ärzte haben in allen Anhörungen und in vielen Schriftsätzen keinen Zweifel an der nach ihrer Meinung viel zu hoch eingeschätzten Einsparungssumme von 500 Millionen DM gelassen. Die vorgebrachten Bedenken, aber auch die unterbreiteten Ersatzvorschläge blieben im Gesetzgebungsverfahren

unbeachtet. Wenn morgen also eintritt, was deutlich vorhergesagt wurde, dann können dafür weder Ärzte noch Krankenkassen zur Rechenschaft gezogen werden.

### „Erste Erklärung“ eng an die Gesetzesbegründung angelehnt

Nun aber zum Inhalt der Erklärung:

In ihrer Auslegung des § 182 f RVO lehnen sich die Vertragspartner eng an die vom Gesetzgeber gegebene Begründung an. Dort heißt es: „Diese Ausgrenzung von im allgemeinen medizinisch nicht unbedingt notwendigen Leistungen aus der Leistungspflicht der Versicherungsgemeinschaft trägt zugleich dazu bei, das gesundheitspolitisch wichtige Ziel zu erreichen, einem gerade im Bereich von ‚Befindlichkeitsstörungen‘ auftretenden Arzneimittelverbrauch bedenklichen Ausmaßes entgegenzuwirken.“

► Diesen Standpunkt greifen die Vertragspartner auf, wenn sie feststellen, daß allein bei „Erkältungskrankheiten“ bzw. „grippalen Infekten“, die sich als „Befindlichkeitsstörungen“ darstellen, Arzneimittel nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen. Dabei wird der Begriff „Befindlichkeitsstörung“ auf diejenigen Fälle eingegrenzt, in denen eine dem Gebot der Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit folgende Arzneitherapie mit Hustenmitteln, Grippemitteln, Schnupfenmitteln oder auch Schmerzmitteln medizinisch gesehen sowieso entbehrlich ist oder aber durch die Anwendung probater Hausmittel entbehrlich wird. (Bei der Frage nach bewährten Hausmitteln kann beispielsweise auf Kamillendampfinhalationen, Schwitzen, Halswickel, heiße Fußbäder oder auch auf Mittel wie Zitronentee mit Honig verwiesen werden.)

Die Vertragspartner appellieren jedenfalls nachdrücklich an die Kassenärzte, diesem Gesichtspunkt

## „Negativliste“ – Auf einen Blick

1. Ab 1. April 1983 dürfen für Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben,

- lokal anzuwendende Mund- und Rachentherapeutika

(Ausnahmen: lokal anzuwendende Arzneimittel, die bei ulzerierenden Erkrankungen, nach operativen Eingriffen und bei Pilzerkrankungen im Mund-Rachenraum verordnet werden, sowie Verordnung von künstlichem Speichel)

- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit

nur noch auf Privatrezept verordnet werden.

2. Bei „Erkältungskrankheiten“ bzw. „grippalen Infekten“ mit ausgeprägter Symptomatik wie Kopfdruck, Fieber, Husten sind Grippe-, Husten-, Schnupfen- sowie Schmerzmittel auch weiterhin auf Kassenrezept verordnungsfähig.

Bei „Befindlichkeitsstörung“ Verweis auf bewährte Hausmittel!

Wunschverordnung bei banalem Schnupfen auf Privatrezept!

3. An sich ausgeschlossene Arzneimittel, die zur Vorbereitung oder im zeitlichen Anschluß an diagnostische(r) oder operative(r) Eingriffe benötigt werden, über Sprechstundenbedarf beziehen und dem Patienten aushändigen!

## Negativliste / „Segelanweisung“ für den Kassenarzt

verstärkt Rechnung zu tragen. Entbehrliche Arzneikosten sind zu vermeiden, um so auch die Aufwendungen der Krankenkassen für Arzneimittel in Grenzen zu halten. Bei einem wirklich banalen Schnupfen ist allenfalls ein gewünschtes Arzneimittel auf Privatrezept zu verordnen.

Mit dieser Auslegung folgen die Vertragspartner der Feststellung des parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesarbeitsministerium, Heinrich Franke, der den Zweck der „Negativliste“ darin sieht, „eine schärfere Trennlinie zu ziehen zwischen dem versicherungsbedürftigen Krankheitsrisiko und dem allgemeinen Lebensbedarf“.

► Liegt allerdings keine „Befindlichkeitsstörung“ vor, sind also die Symptome stärker ausgeprägt – der Patient klagt beispielsweise über Fieber, Kopfdruck, Gliederschmerzen oder Husten – bzw. ergibt sich für den Kassenarzt der Verdacht auf eine Komplikation, so können auch nach dem 1. April alle medizinisch indizierten Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet werden. Um es auf einen kurzen Nenner zu bringen: Bei Erkältungskrankheiten mit ausgeprägter Symptomatik sind die medizinisch gebotenen Arzneimittel nach wie vor auf Kassenrezept verordnungsfähig.

Anders sieht es bei der Verordnung von Mund- und Rachentherapeutika, Abführmitteln sowie Arzneimitteln gegen Reisekrankheit aus.

### Mund- und Rachentherapeutika: Ausschluß mit wenigen Ausnahmen

► Mund- und Rachentherapeutika sind nach übereinstimmender Auffassung der Vertragspartner ab dem 1. April nahezu ausnahmslos auf Privatrezept zu verordnen. Dies gilt natürlich nur für *lokal* anzuwendende Mund- und Rachentherapeutika, vornehmlich mit an-

tiphlogistischer, antiseptischer, anästhesierender, adstringierender oder abschwellender Wirkung.

► Der Ausschluß aus der Leistungspflicht gilt also nicht für *fungistisch* wirkende Arzneimittel oder auch nicht für künstlichen

### Im Zweifel für den Patienten

„Wenn ein Patient zu Ihnen kommt und tatsächlich nicht mehr als einen wirklich banalen Schnupfen angibt – dann können Sie ihm das Schnupfenmittel nur auf Privatrezept verordnen. Kommt aber ein Patient, und es zeigt sich, daß er Kopfschmerzen oder unguuten Kopfdruck (Nebenhöhlen!) oder Husten hat und vielleicht erhöhte Temperatur, dann ist er kein banaler Fall mehr. Alle Medikamente, die er benötigt, müssen dann auf Kassenrezept verordnet werden. Schreiben Sie das aber auch auf die Rückseite des Krankenscheins! Grundsatz Ihres Handels kann nur sein: Im Zweifel für den Patienten!“

(Aus einem Rundschreiben des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Prof. Dr. Hans Joachim Sewering, an die bayerischen Kassenärzte)

Speichel. Des weiteren bleibt die Verordnung lokal anzuwendender Mund- und Rachentherapeutika bei ulzerierenden Erkrankungen wie Angina Plaut-Vincenti, Stomatitis aphthosa sowie nach operativen Eingriffen, wie zum Beispiel zur Spülung nach Spaltung eines Speicheldrüsenabszesses, auf Kassenrezept zulässig. Dieses sind einzelne Ausnahmen bei schwerwiegenden Erkrankungen.

In der Regel ist also die Verordnung eines Mund- und Rachentherapeutikums auf Privatrezept vorzunehmen. Der Ausschluß aus der Leistungspflicht der Kassen gilt selbstverständlich für alle auf dem Markt befindlichen Arzneimittel dieser Art und beschränkt sich nicht nur auf diejenigen, die in bekannten Arzneimittelverzeichnissen unter dem Sammelbegriff „Mund- und Rachentherapeutika“ zusammengefaßt sind.

Der nahezu komplette Ausschluß von Mund- und Rachentherapeutika aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint medizinisch vertretbar. Bei bakteriellen Infektionen im Mund- und Rachenraum ist eine Lokalbehandlung mit Antibiotika therapeutisch unzureichend. Bei virusbedingten Infekten bleibt die Therapie symptomatischer Natur; sollte sie gewünscht sein, so muß der Patient die Arzneimittel selbst bezahlen. Um es aber noch einmal klar zu sagen: Der Ausschluß ist keine Entscheidung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, sondern des Gesetzgebers.

### Ausnahmsloser Ausschluß der Abführmittel

► Abführmittel sind ab 1. April ohne Ausnahme aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Abführmittel sind also in jedem Falle bei entsprechender Indikation auf Privatrezept zu verordnen.

Dies gilt natürlich wiederum für alle Abführmittel, die auf dem Markt erhältlich sind. Schon heute werden 60 Prozent der Abführmittel ohne Einschaltung des Arztes verkauft. Abführmittel sind, so Prof. Dr. Schönhöfer, die häufigst mißbrauchten Arzneimittel, da sie bei länger dauernder Anwendung infolge von Kaliumverlust und direkter Schädigung der Darm-schleimhaut zwangsläufig zur Ob-

Zur „Negativliste“**Erklärung im Wortlaut**

„Der Bundesverband der Ortskrankenkassen, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Verband der Angestellten-Krankenkassen eV, der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen eV, die Bundesknappschaft einerseits sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung andererseits geben angesichts der erheblichen Auslegungsschwierigkeiten des § 182 f, Abs. 2, RVO bzw. des § 16 a, Abs. 2, KVLG, wonach

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich bei diesen Krankheiten anzuwendender Schnupfenmittel, hustendämpfender und hustenlösender Mittel, Schmerzmittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit

aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. April 1983 ausgeschlossen sind, folgende erste Erklärung zur Anwendung dieser Vorschriften in der ambulanten kassen-/vertragsärztlichen Versorgung ab:

**Zu Abs. 2 Nr. 1**

Die Begriffe „Erkältungskrankheit“ bzw. „grippaler Infekt“ sind wissenschaftlich nicht eindeutig definiert. Im allgemeinen versteht man darunter Lokalinfectionen der oberen und mittleren Luftwe-

ge, die mit Fieber, Kopfschmerzen, Rhinitis, Pharyngitis, trockenem Husten, Conjunctivitis o. ä. einhergehen können. Dabei wird in Schweregrade nicht unterschieden.

Der Herausnahme der im Gesetz aufgeführten Arzneimittelgruppen in den genannten Anwendungsgebieten aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung soll in Anlehnung an die Begründung zum Gesetz der Tatbestand der „Befindlichkeitsstörung“ zugrunde liegen. Entsprechend dürfen bei „Erkältungskrankheiten“ bzw. „grippalen Infekten“, die sich als „Befindlichkeitsstörung“ darstellen, Arzneimittel nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. In diesen Fällen soll – wenn überhaupt – auf bewährte Hausmittel verwiesen werden. Die Vertragspartner appellieren an die Kassen-/Vertragsärzte, diesem Gesichtspunkt verstärkt Rechnung zu tragen. Sollte dennoch im Einzelfall die Verordnung eines Arzneimittels gewünscht werden, so ist diese auf Privatrezept vorzunehmen.

Bei stärker ausgeprägter Symptomatik sowie Verdacht auf Komplikationen handelt es sich nach Auffassung der Vertragspartner nicht mehr nur um eine „Befindlichkeitsstörung“.

**Zu Abs. 2 Nr. 2**

Mund- und Rachentherapeutika sind grundsätzlich\*) bei Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes aus der Leistungspflicht

\*) Von dem Ausschluß sind lokal anzuwendende Arzneimittel nicht betroffen, die bei ulcerierenden Erkrankungen, nach operativen Eingriffen und bei Pilzerkrankungen im Mund-Rachenraum verordnet werden. Dies gilt auch für die Verordnung von künstlichem Speichel.

der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Zur Linderung entsprechender Beschwerden sind lokal anzuwendende Mund- und Rachentherapeutika mit antiphlogistischer, antiseptischer, anästhesierender, adstringierender oder abschwellender Wirkung auf Privatrezept zu verordnen.

**Zu Abs. 2 Nr. 3**

Abführmittel sind aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Bei entsprechender Indikation ist die Verordnung eines Abführmittels nicht mehr auf Kassen-, sondern auf Privatrezept vorzunehmen.

**Zu Abs. 2 Nr. 4**

Arzneimittel gegen Reisekrankheiten sind aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Bei der Indikation Reisekrankheit sind die entsprechenden Arzneimittel nicht mehr auf Kassen-, sondern auf Privatrezept zu verordnen.

Die Vertragspartner werden die Auswirkungen der Vorschriften des § 182 f RVO/§ 16 a KVLG insbesondere im Hinblick auf die von ihnen erklärte Anwendung des Absatzes 2 auf die ambulante kassen-/vertragsärztliche Versorgung anhand der bis zum 31. 3. 1984 anfallenden Ergebnisse sorgfältig prüfen. Ihr Ziel wird es dabei auch sein, insbesondere diese Aussage für die Herausnahme der bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten anzuwendenden Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu präzisieren.“

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Siegburg, Bochum, Köln, 3. März 1983

stipation führen. Dennoch gibt es Erkrankungen, bei denen der Arzt auf die Verordnung eines Abführmittels nicht verzichten kann. Beispielhaft soll auf die Divertikulose oder die Hirschsprungsche Erkrankung hingewiesen werden, die die Anwendung von Laxantien erforderlich machen. Auch diese medizinisch begründete Verordnung eines Abführmittels muß auf Privat Rezept vorgenommen werden.

Allerdings werden die Krankenkassen prüfen, ob in Analogie zur bestehenden sozialen auch eine medizinische Härteregelung getroffen werden kann. Die betroffenen Versicherten könnten dann bei ihrer zuständigen Krankenkasse vorsprechen, um eine Kostenübernahme zu erreichen.

► Abführmittel, die im Zusammenhang mit diagnostischen Eingriffen oder ambulant durchgeführten Operationen benötigt werden, werden zukünftig über Sprechstundenbedarf beziehbar sein. So kann dem Patienten das Abführmittel zur Vorbereitung einer Röntgenkontrastdarstellung des Darmes vorher augehändigt werden. Über eine entsprechende *Sprechstundenbedarfs-Regelung* haben sich die Vertragspartner nach dem Gesetz zu einigen.

#### **Mittel gegen Reisekrankheit: Nur bei dieser Indikation nicht mehr auf Kassenrezept**

Schließlich noch eine Bemerkung zu den Arzneimitteln gegen Reisekrankheit: Die in Frage kommenden Arzneimittel sind vielfach auch noch bei anderen Indikationen wirksam. Allein aber bei der Indikation „Reisekrankheit“ sind sie nicht mehr auf Kassen-, sondern auf Privat Rezept zu verordnen. Selbstverständlich können Arzneimittel, auch wenn sich ihr Indikationsanspruch u. a. gegen Reisekrankheit richtet, bei Schwindelanfällen aufgrund organischer Erkrankungen nach wie vor auf Kassenrezept aufgeschrieben werden.

#### **Auswirkungen der Gesetzesanwendung werden sorgfältig geprüft**

Zum Schluß ihrer Erklärung betonen die Vertragspartner, daß sie die Auswirkungen der von ihnen empfohlenen Anwendung der neuen Gesetzesvorschrift sorgfältig prüfen werden, um gegebenenfalls ihre Aussagen zu einem späteren Zeitpunkt zu präzisieren.

Auch der Deutsche Bundestag hat wohl die Unsicherheit der neuen Gesetzesregelung erkannt und deshalb das Bundesarbeitsministerium verpflichtet, bis zum 31. Dezember 1984 einen Erfahrungsbericht vorzulegen.

Sollte sich zeigen, daß die zwischen den Vertragspartnern abgesprochenen Auslegungen immer noch zu unvermeidbaren Anwendungsschwierigkeiten in der täglichen Praxis führen, so wird sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit allem Nachdruck bei der neuen Bundesregierung für eine schnellere Änderung der verschwommenen Gesetzesvorschrift einsetzen. Schließlich ist die kassenärztliche Selbstverwaltung kein verlängerter Arm der Staatsgewalt! Als Schaltstelle zwischen dem Staat auf der einen Seite und den Ärzten und ihren Patienten auf der anderen Seite, hat sie – wie der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. H. W. Muschallik, letztes Jahr in Münster hervorhob – die nicht leichte Aufgabe, legislatorische und administrative Regelungen zu vermenschlichen. Dieses Bemühen findet aber dort seine Grenze, wo die für Patient und Arzt notwendige Sphäre des Vertrauens durch sinnlose Bürokratie und staatlichen Zwang überwuchert zu werden droht.

Dr. med. Eckart Fiedler  
Hauptgeschäftsführer der  
Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung  
Haedenkampstraße 3  
5000 Köln 41 (Lindenthal)

### **Weltgesundheitstag '83: Jeder für seine Gesundheit selbst verantwortlich**

„Gesundheit für alle – Aufgaben für jeden“ heißt das Motto, unter dem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dieses Jahr ihren Weltgesundheitstag am 7. April durchführen wird.

Die Eigenverantwortung gegenüber der Gesundheit soll betont werden. In der Bundesrepublik Deutschland werden gegenwärtig private und öffentliche Einrichtungen durch Veranstaltungen, Plakate, Broschüren und audiovisuelle Medien auf das Thema vorbereitet.

Am 7. April wird die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung dann zu einer Eröffnungsveranstaltung nach Bonn laden.

Referenten werden unter anderem der Sozial- und Arbeitsmediziner Professor Dr. Fliedner, die Gesundheitsexpertin und CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. Hanna Neumeister sowie ein Vertreter des Bundesfamilienministeriums sein. WZ

### **6000 Studienbewerber mehr als 1982**

Bei der Studienvergabe für das Sommersemester 1983 wird der Ansturm auf die Medizinerplätze noch stärker als im letzten Jahr sein. Das hat sich nach einer vorläufigen Auswertung der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen ergeben.

Für die rund 35 000 Bewerber um die Studienplätze Medizin und Zahnmedizin – das sind 6000 mehr als im letzten Jahr – werden nur 4900 Plätze zur Verfügung stehen. 1200 davon werden mit Hilfe des Tests vergeben.

Die Entscheidung über die Zulassung wird in diesen Tagen, Mitte März, getroffen. WZ