

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

## Berufspolitik beim Grado-Kongreß

# Klarer Himmel und rote Fahne

### Notfallmedizin für alle Ärzte

Die Ärzteschaft muß sich nach Auffassung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, mehr als bisher um das Rettungswesen kümmern. Notfallmedizin sei eine originäre ärztliche Aufgabe, betonte Vilmar auf dem 17. Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Grado. Jeder Arzt solle ausreichende Kenntnisse der lebensrettenden Sofortmaßnahmen erwerben und durch regelmäßige Fortbildung auf dem neuesten Stand halten. Die Hilfe in lebensbedrohlichen Fällen sei nicht allein Sache weniger Spezialisten, Organisationen und von Rettungsanitätern. Gerade auch niedergelassene Ärzte sollten sich um die Notfallrettung besonders kümmern. Vilmar: „In der Bevölkerung darf nicht der Eindruck entstehen, bei lebensbedrohlichen Fällen müsse die Feuerwehr alarmiert werden, und nur wenn es nicht so schlimm sei, könne man auf den Hausarzt warten.“ PdÄ

Weitere Themen des Berufspolitischen Kolloquiums des Grado-Kongresses behandelt der nebenstehende Bericht.

Die Ärzte sollten sich nicht gegenseitig das Leben schwer machen; innerärztlicher Zwist schade dem kollegialen Zusammenleben, dem Miteinander-Auskommen von jung und alt, und nütze allenfalls den Gegnern. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, kam auf dem Berufspolitischen Kolloquium des 17. Internationalen Seminarkongresses in Grado, am 31. August, gleich mehrfach mit dieser ernststen Mahnung. Er nannte vor allem zwei Anlässe:

- ① Die Diskussion über die Katastrophenmedizin.
  - ▶ Vilmar appellierte an die Kollegen, „pfeleglich miteinander umzugehen“ und sich nicht, bei mancher Gegensätzlichkeit in der Sache, gegenseitig mit Vorwürfen und Verdächtigungen zu überhäufen.
- ② Die Arztzahlenentwicklung, einhergehend mit stagnierender Konjunktur.
  - ▶ Vilmar: „Wir müssen uns in der Ärzteschaft davor hüten, Verteilungskämpfe auszufechten.“

Dr. Vilmar setzte sich nachdrücklich für die Integration der jüngeren Ärztegeneration ein. „Wir müssen alles in Bewegung setzen“, erklärte er, „um den jungen Kollegen Berufsmöglichkeiten zu eröffnen.“ Vielleicht werde künftig nicht jeder den gewünschten Berufszweig ergreifen können, aber der Versuch, den jungen Ärzten, soweit es geht, überhaupt eine Berufsausübung zu ermöglichen, müsse, auch wenn es Anstrengungen koste, gemacht werden. Andernfalls entstünde ein „revolutionäres Potential“, das von anderer Seite genutzt werden könne, um das gesamte System der ärztlichen Versorgung zu kippen.

Sollen die niedergelassenen Ärzte denn im Interesse des heranrückenden Nachwuchses mit 65 aufhören, ja droht die Gefahr, daß ihnen danach die Kassenzulassung entzogen würde? Ein Teilnehmer des Kolloquiums wurde konkret, und diese Frage taucht ja immer häufiger auf Ärzteveranstaltungen auf. Nun,

Aktuelle Berufspolitik

Empfehlungen dieser Art – etwa des Ärztetages, der das Problem im Mai dieses Jahres sehr kontrovers diskutierte – gibt es nicht. Beschlüsse, die Kassenzulassung mit 65 zu entziehen (sie bedürften des Gesetzgebers), gibt es erst recht nicht.

Vilmar wies in Grado freilich auf Überlegungen bei den Kassen hin, die Zahl der Kassenarztsitze auf den Status quo festzuschreiben. Damit verbunden wäre letzten Endes auch eine Altersgrenze für niedergelassene Kassenärzte. Doch, so versicherte Vilmar, das seien bisher nur vage Erklärungen, freilich: „Man soll nicht so leichtfertig sein zu meinen, so etwas könnte nicht irgendwann kommen.“

Weshalb, so lautete eine andere Frage zum Thema Integration des Nachwuchses, sträube sich der Marburger Bund gegen eine Praxisphase vor der Niederlassung.

Er sträube sich gar nicht, lautete die Erklärung, der MB dränge lediglich darauf, daß genügend Praxis vor der Approbation vermittelt werde. Der Staat trage hier die Verantwortung; diese Auffassung habe auch der Deutsche Ärztetag vertreten.

Der Marburger Bund sträube sich auch nicht, wie Vilmar erläuterte, gegen eine Weiterbildung zum Allgemeinarzt, wohl aber gegen eine allgemeine Pflichtweiterbildung. Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder habe soeben im Zusammenhang mit den geplanten Allgemeinarzt-Richtlinien der EG-Kommission geprüft, ob eine Weiterbildung als Zulassungsvoraussetzung nach deutschem Recht möglich sei. Sie sei zu folgendem Ergebnis gekommen: Nach derzeitiger Rechtslage nicht, es müßte sonst das Grundgesetz geändert werden. Dafür gebe es aber keine Chance. Außerdem führe eine derart vorgeschriebene Weiterbildung zur Aufsplitterung des Arztberufes, und das sei gesundheitspolitisch unerwünscht.

So die leitenden Medizinalbeamten und die Erläuterungen von Vilmar. Bei einem Teil des Teilnehmerkreises in Grado war Enttäuschung unverkennbar. Fakten sind Fakten, Meinung ist Meinung, und manchmal gehen beide nicht zusammen, auch dies eine Erkenntnis aus dem Berufspolitischen Kolloquium.

**Katastrophenmedizin:  
Kontrahenten  
zum Frieden gemahnt**

Katastrophenmedizin, seit Monaten ein heikles Thema, jetzt zu Beginn des Herbstes – werde er heiß oder nicht – erst recht. Vilmar mahnte die Kontrahenten zum Frieden.

Er wandte sich – das an die Adresse der Ärzte in der „Friedensbewegung“ – gegen die Unterstellung, Fortbildung in Katastrophenmedizin bedeute Kriegsvorbereitung. Die Ärzteschaft sei selbstverständlich gegen Kriege, seien sie konventionell oder atomar. Sie müsse aber immer Hilfe leisten, wo und solange das eben noch möglich sei; dazu müsse sie sich entsprechend fortbilden.

Bei Einsatz von Massenvernichtungsmitteln – das an die Adresse der Politiker – sei ärztliche Hilfe freilich nur noch begrenzt, ja eventuell überhaupt nicht mehr möglich. Vilmar wörtlich: „Kein Politiker sollte glauben, ärztliche Kunst könne die schrecklichen Folgen solcher politischen Fehlentscheidungen heilen.“

Aber hier geht die Gesundheitspolitik in die „allgemeine Politik“ über. Sie ist nicht unsere Sache, bleiben wir daher bei der Gesundheitspolitik. Die Dauerbrenner brennen noch: Negativliste, Selbstbeteiligungen, Gebührenordnung, Ärzteversorgung oder, um ein Spezialthema zu nennen, die (angeblichen) Selbsteinweisungen der Krankenhäuser als Folge der kassenärztlichen Politik des „Soviel-ambulant-wie-möglich“.

Einige Stichworte aus dem Berufspolitischen Kolloquium in Grado:

● **GOÄ.** Die Vorwürfe hinsichtlich eines hemmungslosen Gebrauches der Abdingung konnten bisher nicht belegt werden. Die private Krankenversicherung kommt vielmehr, freilich aufgrund nicht völlig repräsentativer Stichproben, sogar zu einem erstaunlich guten Ergebnis. Danach wird ambulant zu etwa zwei Prozent, stationär zu etwa 10 Prozent abgedungen, fast immer nur deshalb, um die Begründungsschwelle zu überschreiten, nicht aber, um möglichst viel herauszuholen. Vilmar teilte mit, daß sich die Bundesärztekammer künftig an den Stichprobenanalysen der PKV beteiligt, um mögliche Fehlentwicklungen schnell entdecken zu können.

● **Selbsteinweisungen.** Auch dazu gibt es viele Vorwürfe, aber offenbar nur wenige handfeste Belege. Dr. Kurt Stordeur von der bayerischen Landesärztekammer erinnerte an Vorwürfe der Krankenhausträger, Kassenärzte würden Patienten ohne förmliche Einweisung ins Krankenhaus schicken. Solche Patienten-Aufnahmen nähmen sich dann wie Selbsteinweisungen aus. Ein Angebot der Ärzteschaft, solche Fälle zu überprüfen, hätten die Krankenhausträger in Bayern bisher nicht angenommen, bedauerte Stordeur. Umgekehrt seien von Kassenseite die „Selbsteinweisungen“ moniert und dabei merkwürdigerweise auch Belegärzte eingeschlossen worden. Man habe gelegentlich den Eindruck, resümierte Stordeur, mit dem Vorwurf der Selbsteinweisung sollten einzelne Ärztegruppen gegeneinander ausgespielt werden.

● **Ärzteversorgung.** Auch in Grado wurde nach der Zukunft der berufsständischen Altersversorgung gefragt. Dr. Vilmar wies auf die Versicherungen von Bundesarbeitsminister Dr. Blüm hin, die Versorgungswerke nicht in die anstehende Rentenreform einzube-

ziehen. Es gebe keinen Anlaß, an der Glaubwürdigkeit des Bundesarbeitsministers zu zweifeln. Vilmar riet daher, die Zusicherung Blüms als Tatsache zu nehmen. Freilich – „ohne darüber einzuschlafen“, denn von der SPD zum Beispiel sei erneut die „Harmonisierung“ der sozialen Sicherungssysteme gefordert worden. So zuletzt von Frau Anke Fuchs. Sie habe auch sonst die SPD-Haltung dankenswert klar dargestellt, etwa mit der Forderung nach Einkommensnivellierung oder nach einer Strukturreform des Gesundheitswesens mit dem Ziel, die „Übermacht der Anbieter“ zu beseitigen. „Es ist zu wünschen“, erklärte Vilmar, „daß Frau Fuchs solche Überlegungen noch lange in der Opposition äußern kann.“

● **Negativliste, Selbstbeteiligungen.** Einstweilen wird an alledem nichts geändert. Die Bundesregierung wird den Erfahrungsbericht – zwei Jahre nach Einführung der Maßnahme – abwarten. Das gilt übrigens auch für die GOÄ. So unbeliebt einzelne bisherige Maßnahmen auch sein mögen, der Bundesregierung ist zugutezuhalten, daß sie Erfahrungen sammeln will, ehe sie ändert. So die Argumentation von Dr. Vilmar in Grado. Das Abwarten sei dem hektischen Gebaren vergangener Jahre bei weitem vorzuziehen, erklärte Vilmar.

Mit anderen Worten: Manchmal kann es besser sein, daß eine Regierung eher nichts als Falsches tut. Um vor Überraschungen sicher zu sein, wird man freilich auf neue, sich erst andeutende Entwicklungen besonders sorgfältig achten müssen. Anlaß dazu gibt es; siehe die ungelösten Probleme der sozialen Rentenversicherung.

Dr. Vilmar kam in Grado mit einem bildhaften Vergleich: Das Berufspolitische Kolloquium fand bei klarem Wetter unter freiem Himmel statt; dennoch war am Strand in Erwartung eines Sturmtiefs die rote Fahne hochgezogen. So kann es auch in der Politik gehen. NJ

## Reform der Krankenhausstruktur: Pläneschmiede stoßen auf Kritik

Pläne und Modelle zur Revision des geltenden Krankenhaus-Finanzierungs- und -planungssystems haben seit einigen Monaten wieder Hochkonjunktur. Eine 15köpfige Enquête-Kommission, von Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm eingesetzt, begann mit Verve, um die ihr aufgetragene Vordenkerarbeit und das schwierige Brainstorming zügig, bis Jahresfrist, zu erledigen.

Zwar „durften“ die Vertreter der Länder und die 32 am Krankenhauswesen Hauptbeteiligten zum Auftakt der Beratungen dem federführenden Bundesarbeitsministerium ihre Wünsche und Vorstellungen andeuten, doch sind sie allesamt – entgegen den ursprünglichen Ankündigungen – wegen angeblicher arbeits- und beratungstechnischer Zwänge aus der reformpolitisch vorprägenden Arbeit der kleinen Beratergruppe gesperrt worden.

Dies hat offenbar die Krankenhaus-Lobby ebenso wie die anderen Hauptbeteiligten, die Ärzteverbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Deutschen Städtetag u. a., ebenso wie gesundheitsökonomisch ausgewiesene Wissenschaftler befließigt, eigene „Denkmodelle“ und „Reformalternativen“ zahlreich zu offerieren. Eines fällt indes auf: Das Pendel ist eher zu liberalen, marktwirtschaftlich orientierten ordnungspolitischen Konzepten als zu zentralverwaltungswirtschaftlichen Lösungsansätzen ausgeschlagen. Viel neues Ideengut ist aber kaum in Sichtweite. Alte Pläne zur Reform des Krankenhausfinanzierungssystems werden wieder ausgegraben, so insbesondere der vor mehr als 15 Jahren entwickelte Plan, die Krankenhausgesellschaften der Länder in Körperschaften öffentlichen Rechts um-

zuwandeln, um so für politisches Gleichgewicht und austarierte Machtverhältnisse auf dem Krankenhausmarkt zu sorgen. Gleichzeitig sollten die Krankenhausärzte sich in Krankenkassenärztlichen Vereinigungen zusammenschließen, um Kollektivverträge als Quasi-Freiberufler abzuschließen.

### Regelungen analog zum ambulanten Sektor?

Weil sich der genossenschaftliche Zusammenschluß in Körperschaften öffentlichen Rechts im ambulanten Sektor – wenn auch mit Abstrichen – bewährt hat, stößt die körperschaftliche Reformlösung zuweilen auch im Lager der Ärzteschaft weitgehend auf Zuspruch. Insbesondere der Marburger Bund (MB) sieht in der Verkörperschaftung die Chance, auch die Klinikärzte eines Tages in den Stand der Freiberufler erheben zu können. Die These: Spezielle, neu zu gründende Krankenkassenärztliche Vereinigungen (KHKVen) könnten das Geschäft des Feilschens mit den Krankenkassenverbänden und den Klinikträgerverbänden auf regionaler und Landesebene besorgen. Im Zuge der Krankenhausfinanzierungsneuregelung könnte so für eine kostentransparentere, leistungsbezogene Bezahlung des gesamten Leistungsspektrums der Hospitaler gesorgt werden. Dabei könnten die Krankenhausleistungen insgesamt in einem Spezialhospitaltarif vergütungsmäßig erfaßt und den Krankenkassen berechnet werden. Oder nur die medizinischen Leistungen könnten in einer neu zu kreierenden Krankenhausgebührenordnung (KH-GO) erfaßt und einzeln abgerechnet werden. So jedenfalls die Diktion und Wunschvorstellung des Mar-