

richts- und Schiedsamtverfahren – ist, worauf sich die Vertragspartner geeinigt haben.

Durch Akklamation ermächtigen die Teilnehmer des Arbeitskreises ihren Vorsitzenden, in der anschließenden Vollsitzung der Vertreterversammlung die Annahme der Thesen zum Kassenarztrecht vorzuschlagen. bt

### Arbeitskreis III

## **Überkapazitätsentwicklungen im Gesundheitswesen: Sprengsatz für das gesamte System**

Die Übersetzung der Kapazitäten im Gesundheitswesen, der dadurch ausgelöste Kostenschub und die Qualitätsverschlechterung können einen Sprengsatz für das gesamte gegliederte Sozialleistungssystem bilden, wenn nicht rechtzeitig einem finanziellen Umkippen entgegen gewirkt wird. In allen Teilbereichen der Krankenversorgung seien deshalb Steuerungsmechanismen und vorausschauende Regulative notwendig. Allerdings dürften sich diese nicht in einem technokratischen Planungsfetischismus erschöpfen.

Diese Thesen vertrat Professor Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, der Erste Vorsitzende der KV Niedersachsen, Nordholz, Referent des Arbeitskreises III („Kapazitätsentwicklungen im Gesundheitswesen“). Weinhold forderte eine objektive Ursachenanalyse, um einseitige Schuldzuweisungen und Exkulpationsversuche bei der Beurteilung des Kapazitätsproblems zu vermeiden. Eine dirigistische oder global gesteuerte Kosten- und Kapazitätsbegrenzung lehnt das unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Siegfried Borelli (München) erarbeitete Thesenpapier entschieden ab.

Die Ursachenanalyse: In einer hochzivilisierten Industriegesellschaft wächst der tertiäre Sektor (Dienstleistungsbereich), zu dem

auch das Gesundheitswesen gehört, besonders schnell. Das Gesundheitswesen ist trotz anhaltender Kostendämpfungsbemühungen personell enorm ausgeweitet worden, stellte Weinhold fest. Heute finden bereits mehr als eine Million Bundesbürger darin Beschäftigung.

Lag 1970 die Arztlzahl in der Bundesrepublik Deutschland bei rund 111 600 Ärzten (davon 99 440 = 89 Prozent berufstätig), so waren es Ende 1986 bereits rund 200 000. Dies bedeutet eine Steigerung von mehr als 75 Prozent innerhalb von 16 Jahren.

Für das Jahr 2000 werden rund 275 000 Ärzte prognostiziert, was einem Zuwachs von rund 42 Prozent entspricht. Dabei steigt die Zahl der berufsausübenden Ärzte voraussichtlich um 38 Prozent auf 222 360; dies sind rund 81 Prozent, gemessen an der Gesamtzahl aller Ärzte. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte dürfte bis zur Jahrtausendwende um rund 26 Prozent auf 85 000 steigen.

Weinhold konstatierte: Mit höherer Arztlzahl nimmt sowohl die Inanspruchnahme als auch die Leistungsintensität der kassenärztlichen Versorgung zu, zugleich werden aber auch die Zahl der Fälle der Einzelpraxis und das durchschnittliche Ärzthonorar abnehmen. Es gibt zwar eine höhere Punktzahl pro Fall über alle Fachgebiete – deutlich gestaffelt nach der Arztdichte. Dadurch wird aber – entgegen mancher anders lautender Behauptungen – kein Ausgleich im Einkommen der Ärzte erzielt.

Die durch die höhere Arztdichte ausgelöste verstärkte Konkurrenzsituation innerhalb der niedergelassenen Ärzte und im Verhältnis zum stationären Sektor dürfe aber nicht dazu führen, einen Verteilungskampf einseitig zu Lasten einer Gruppe von Leistungsträgern des Gesundheitswesens auszutragen, so eine weitere Feststellung des Arbeitskreises. Alle Anstrengungen müßten darauf hinauslaufen, die Finanzierungsfähigkeit des Systems auch bei wachsendem Nachwuchsdruck zu erhalten.

Die einseitige Koppelung der Kapazitätsentwicklung nach Maßgabe der von den Leistungsträgern des

Gesundheitswesens unbeeinflussbaren Grundlohnentwicklung könne aber nicht hingenommen werden. Man könne nicht ständig die Erhaltung eines hohen Standards der medizinischen Versorgung und eine uneingeschränkte Teilhabe am medizinischen Fortschritt verlangen und den Ärzten obendrein noch zumuten, daß sie die Fortschritte der Medizin aus einem konstanten oder stark gedrosselten Honorarvolumen finanzieren.

Weinholds Prognose: Die Wegstrecke bis zur Niederlassung als Kassenarzt wird künftig länger und beschwerlicher werden, und der Anreiz des freien Berufs wird nachlassen. Man dürfe sich allerdings nicht der Illusion hingeben, die Attraktivität des Arztberufes werde allein durch den Einbau von allen möglichen Hürden vor der Niederlassung schwinden.

Mit einer „sturen dirigistischen Kostendämpfung“ seien die Kapazitätsprobleme ebensowenig bewältigbar wie mit einer Freigabe des Ge-



Leiter und Referent des Arbeitskreises III (v. l.): die Professoren Siegfried Borelli und Ernst-Eberhard Weinhold

sundheitswesens für einen Kampf aller gegen alle. Es sei für die Steuerzahler und Sozialversicherten völlig unzumutbar, daß sie nicht nur teure Überkapazitäten im Gesundheitswesen finanzieren, sondern obendrein noch ein fehlproduziertes Akademikerproletariat über Wasser halten müssen. HC

# Grundsäulen der gesetzlichen Krankenversicherung: Sachleistungssystem • Solidarprinzip • Leistungsumfang\*)

## 1. Solidarprinzip, Sachleistungssystem, Versichertenstruktur in der GKV

Solidarprinzip und Sachleistungssystem sind die beiden tragenden Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie gewährleisten für die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung der Bundesrepublik den freien Zugang zu einer optimalen ärztlichen Versorgung, die sich an gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft orientiert.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung können die Gewißheit haben, Mitglieder einer Gemeinschaft zu sein, in der jeder entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit seinen Anteil zur Deckung der Lasten beiträgt. Dafür ist jedem, gleich ob jung oder alt, ledig oder mit Familie und Kindern, ein vollwertiger Krankheitsschutz garantiert.

Das Solidarprinzip wird durch eine ungünstige Entwicklung in der Altersschichtung zunehmend in Frage gestellt. Seit Jahren steigt das Defizit in der Krankenversicherung der Rentner an. Die Beitragssteigerungen der letzten zehn Jahre haben allein ihre Ursache in dieser überproportionalen Ausgabenentwicklung. Im Jahre 1986 mußten die Berufstätigen 26,7 Milliarden DM, das sind 58,2% der Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner, im Rahmen des Solidarausgleichs über ihren Bei-

trag finanzieren. Das waren 3,4 Prozentpunkte ihres Beitragssatzes.

Dennoch läßt sich die jetzige Belastung der in Arbeit stehenden Versicherten rechtfertigen, wenn sie gewiß sein können, später als alte Menschen und Rentner in gleicher Weise durch das Solidarprinzip geschützt zu werden, wenn sie Hilfe im Krankheitsfall benötigen. Es ist aber ein Erfordernis der Beitragsehrlichkeit, die Versicherten darüber zu unterrichten, wofür ihre Beiträge benötigt werden. Um eine Überforderung der Berufstätigen durch weitere alterslastbedingte Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden, entspräche es ebenfalls dem Solidarprinzip, wenigstens die Beiträge zur Rentnerkrankenversicherung laufend dem durchschnittlichen Beitrag der arbeitenden Versicherten anzugleichen.

Übereinstimmend mit der historisch gewachsenen und bewährten Gliederung der GKV vollzieht sich der Solidarausgleich innerhalb der einzelnen Krankenkasse. Durch den Wandel von einer Industrie- zu einer Dienstleistungsgesellschaft verschlechtert sich die Versichertenstruktur einzelner Krankenkassen mit der Folge einer überproportional steigenden Beitragslast. Um die Pluralität in der

GKV zu erhalten und einen bundesweiten Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen zu vermeiden, sollte jede Krankenkasse eine so ausgewogene Risikostruktur besitzen, daß sie den Solidarausgleich bei erträglicher Beitragsbelastung ihrer Mitglieder durchführen kann. Ein bundesweiter Finanzausgleich würde das dezentrale Versicherungssystem aushöhlen und insbesondere diejenigen Kassen, die kostenbewußt wirtschaften, um die Früchte ihres Bemühens bringen.

Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung hält für alle Versicherten, gleich ob in Arbeit stehend oder Rentner, den Weg zum Arzt offen und gibt ihnen die Sicherheit, daß ihnen ärztliche Hilfe ohne Sorge vor nicht übersehbarer finanzieller Belastung und ohne bürokratischen Aufwand zu jeder Zeit gewährleistet ist. Für den Arzt gewährleistet das Sachleistungssystem – unter Wahrung des Grundsatzes der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – die Freiheit und Sicherheit, seinen Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst versorgen zu können. Voraussetzung für die Lebensfähigkeit des Sachleistungssystems ist es allerdings, daß die an Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit orientierten Maßnahmen des Arztes, der über eine entsprechende Qualifikation und Erfahrung verfügt, auch von den Versicherten mitgetragen werden und vom Kassenarzt nicht die Erfüllung unberechtigter Wünsche verlangt wird. Das Kostenerstattungssystem oder eine Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen werden der unabdingbaren Forderung nach freiem Zugang zur ärztlichen Hilfe für die überwiegende Mehrzahl der Versicherten nicht in gleicher Weise gerecht.

Bei Arzneimitteln sollte die Verordnung zu Lasten der gesetzli-

\*) Arbeitskreis I der Vertreterversammlung der KBV am 11. Mai 1987 in Karlsruhe  
Vorsitz: Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering  
Referent: Dr. Eckart Fiedler

chen Krankenversicherung vom Nachweis der Wirksamkeit und Qualität abhängig gemacht werden. Eine Kostenbeteiligung der Versicherten darf ihren Einsatz nicht behindern, kann aber den sparsamen Umgang mit verordneten Medikamenten verbessern. Dies gilt auch für Heil- und Hilfsmittel. Kostenbeteiligungen sollten sich prozentual an den Preisen orientieren; insbesondere bei Hilfsmitteln sollten feste Zuschüsse eingeführt werden mit der Maßgabe, daß der Versicherte den überschießenden Betrag selbst zu entrichten hat.

## 2. Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung

Den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung müssen alle naturwissenschaftlich begründeten, erprobten und den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen-

den Methoden der Diagnostik und Therapie offenstehen. Es kann in der Humanmedizin weder den Begriff des Bagatellfalles noch der Luxusmedizin geben. Auch eine Aufteilung in „Grundversorgung“ und „Zusatzversorgung“ ist weder sinnvoll möglich noch vertretbar. Der Versicherte muß aber anerkennen, daß die Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Erhaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unverzichtbar sind.

Der Gesetzgeber muß hier eindeutige Grenzen ziehen und die gesetzliche Krankenversicherung vor Ausgaben schützen, die ihrer eigentlichen Aufgabe nicht entsprechen und damit ihre Erfüllung gefährden können.

Werden der gesetzlichen Krankenversicherung vom Staat Aufgaben übertragen, die gesundheitspolitisch wünschenswert sein mögen, aber nicht zu ihren eigentlichen Aufgaben gehören, so müssen diese Aufwendungen vom Staat voll erstattet werden. □

## Kassenärztliche Versorgung\*)

① Eine Strukturreform in der sozialen Krankenversicherung kann ihren Ansatzpunkt niemals im Kassenarztrecht haben! Das Kassenarztrecht ist und bleibt trotz seiner Einbindung in die RVO das für die Erbringung ärztlicher Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung funktional gestaltete Berufsrecht der Ärzte. Zu Recht ordnet das Bundesverfassungsgericht die Vorschriften des Kassenarztrechts daher den die Berufsausübung regelnden Normen nach Art. 12 GG zu.

② Änderungen des Kassenarztrechts, welches sich in Jahrzehnten nach den jeweiligen Gege-

benheiten des Mitgliedschafts- und Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung gebildet hat und vom Gesetzgeber im Gleichgewicht der Interessen von Patienten und Ärzten gehalten worden ist, sind nur dann angezeigt, wenn eine Veränderung der Struktur des Rechts der Krankenversicherung dies unabweislich erforderlich macht. So wären – beispielhaft – die auf das Sachleistungs-(Naturalleistungs-)System der gesetzlichen Krankenversicherung bezogenen

Normen des Kassenarztrechts aufzuheben, wenn diese Art der Leistungsgewährung einen völlig anderen Charakter (Kostenerstattung) erhalten würde. Bei Beibehaltung des Sachleistungssystems ist folgerichtig ein Eingriff in das Kassenarztrecht grundsätzlich nicht geboten. Normenänderungen *allein* im Kassenarztrecht müßten sich ihrem Wesen nach in berufsdirigistischen und primitiven Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen.

③ Es ist von dem Erfahrungssatz auszugehen, daß die in freiberuflicher Niederlassung tätigen Ärzte, welche öffentlich-rechtlich in das System sozialer Sicherung eingebunden und in Kassenärztlichen Vereinigungen genossenschaftsähnlich organisiert sind, sowohl für sich im einzelnen als in ihrer Gemeinsamkeit die vorrangigen und leistungsfähigsten Garantieträger für die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten sind.

④ Jeder Versuch, den in der besonderen Form der öffentlich-rechtlichen Zulassung freiberuflich tätigen Arzt durch einen vom jeweiligen Versicherungsträger auszuwählenden Vertragsarzt zu ersetzen, hat nichts mit einer Erweiterung marktwirtschaftlicher Elemente zu tun. Er muß im Gegenteil als Rückfall in Zeiten gewertet werden, in denen die ständigen Kämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen gerade ein modernes Kassenarztrecht jetziger Prägung provoziert haben, um den unverzichtbaren sozialen Frieden zu gewährleisten, welcher Voraussetzung für ein ungestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist. Aber auch eine Auflösung der Genossenschaft der Kassenärzte zugunsten individueller Dienstverträge mit den Krankenkassen bei Erhaltung oder gar Verstär-

\*) Arbeitskreis II  
Vorsitz: Dr. Rolf Thier  
Referent: Dr. Jürgen Bösche

kung des Kollektivs von Versicherten in Pflichtmitgliedschaft bei einem Organisationsgrad von 95 Prozent der Bevölkerung stünde in eklatantem Gegensatz zur Rechtsstaatlichkeit. Gleiches muß gelten, wenn den in freiberuflicher und damit ökonomischer Eigenständigkeit tätig bleibenden Kassenärzten aus öffentlichen Mitteln eingerichtete und unterhaltene Behandlungseinrichtungen konkurrierend gegenübergestellt würden. Die Grenze zu einem gerade noch erträglichen Maß des Wettbewerbs der öffentlichen Hand wäre verfassungsbedenklich überschritten.

5 Zur Sicherung einer patientengerechten, modernen und wirtschaftlich erträglichen medizinischen Versorgung gehört

- eine personal und sachlich qualitative Sicherung der kassenärztlichen Versorgung genauso wie eine

- angemessene Honorierung der Kassenärzte, ohne welche eine verantwortungsbewußte, individuelle, aber auch unabhängige ärztliche Behandlung des Patienten nicht denkbar ist.

6 Mit diesen Grundsätzen sind Vorschläge unvereinbar, welche darauf hinauslaufen, daß der Kassenarzt für sich und die Kassenärzteschaft in Gemeinschaft ihr persönliches materielles Wohlergehen damit verknüpfen müßten, veranlaßte Dritteleistungen nach Umfang und Preis billig – budgetorientiert – zu gestalten und im Widrigkeitsfall hierfür haftbar gemacht zu werden.

7 Die Kassenärzteschaft bekennt sich zum Gedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen bei der Gestaltung und Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, wobei die Unterschiede der jeweiligen Verantwortungsbereiche von Ärzten und Krankenkassen berücksichtigt werden müssen. Auf

jeden Fall ist am autonomen Recht der Honorarverteilung durch die Kassenärzte in eigener Verantwortung als letztem Fundament der kassenärztlichen Selbstverwaltung festzuhalten, da dieses Instrument hervorragend, wenn nicht allein geeignet ist, bei allen Formen der Errechnung der Gesamtvergütung das Optimum an leistungsgerechter Honorierung zu gewährleisten. Hierbei erwartet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, daß der neue EBM sowohl für die Errechnung der Gesamtvergütung als auch für deren Verteilung einen entscheidenden Schritt nach vorn

im Interessenausgleich zwischen Ärzten und Krankenkassen sowie innerhalb der Ärzteschaft selbst darstellen wird.

Damit darf auch die berechtigzte Zuversicht verknüpft werden, daß der Gesetzgeber am gegenwärtigen – offenen – Vertragssystem zwischen Ärzten und Krankenkassen, jede denkbare Vergütungsregelung vereinbaren zu dürfen, genauso festhält wie an der die regionalen und überregionalen Bedürfnisse voll berücksichtigenden Gliederung der vertragspartner-schaftlichen Kompetenzen auf Bundes- und Landesebene. □

## Kapazitätsentwicklungen im Gesundheitswesen\*)

Unser Gesundheitswesen bietet eine beispielhafte Synthese zwischen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und hoher sozialer Sicherheit. Dies muß durch die geplante Strukturreform auch für die Zukunft gesichert werden. Durch Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit von frühester Jugend bis ins hohe Alter trägt unser Gesundheitswesen maßgeblich zur Verbesserung der Lebensqualität des einzelnen und seiner Familie bei und fördert so auch die gesellschaftliche und wirtschaftliche Wohlfahrt. In Millionen von Fällen täglich Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitskraft, Einrichtung zahlreicher neuer Arbeitsplätze – weit über 300 000 seit 1970 –, jährlich

Investitionen in Milliardenhöhe sind nur einige Größen, die die Bedeutung des Gesundheitswesens als wichtiger Dienstleistungssektor und zugleich unentbehrlicher Wirtschaftsfaktor in unserer Gesellschaft belegen.

Dennoch geben die Kapazitätsentwicklungen im Gesundheitswesen und die damit verbundenen Wachstumsraten Anlaß zur Besorgnis. Sie gefährden mittlerweile die Qualität und die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere in einer auf dem Sachleistungssystem aufbauenden sozialen Krankenversicherung. Überkapazitäten erschweren ein Handeln und eine Inanspruchnahme nach den Geboten der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Daher müssen im Interesse der Sicherung der Qualität und Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung zu hohe Kapazitäten sowohl bei der Zahl der im Gesundheitswesen Tätigen als auch bei den Arzneimit-

---

\*) Arbeitskreis III  
Vorsitz: Professor Dr. Dr. Siegfried Borelli  
Referent: Professor Dr. Ernst Eberhard Weinhold

teln, den Heil- und Hilfsmitteln und der Zahl der Krankenhausbetten begrenzt oder sogar abgebaut werden. Folgende Maßnahmen sind vordringlich:

① Eine entsprechende Qualifikation, ergänzt durch praktische Berufserfahrung, ist für gezieltes ärztliches Handeln mit Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit unerlässlich. Eine zunehmende Zahl unzureichend ausgebildeter und nicht weitergebildeter Ärzte führt zu einer medizinisch nicht notwendigen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Studienkapazitäten an den medizinischen Hochschulen und Fakultäten müssen daher herabgesetzt werden, um zu einer Qualitätsverbesserung in der ärztlichen Ausbildung zu kommen. Darüber hinaus ist als Voraussetzung für die Zulassung als Kassenarzt zur Sicherung der Qualität der ambulanten Versorgung eine mindestens dreijährige ärztliche Berufserfahrung mit strukturierten Anforderungen erforderlich.

② Die ständig steigenden Ausgaben im teuersten Sektor, dem Krankenhaus, verlangen eine gezielte und auf das medizinisch Notwendige begrenzte Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. Voraussetzung dafür ist eine rechtzeitige und erschöpfende ambulante Diagnostik vor jeder Verordnung von Krankenhauspflege durch den Kassenarzt. Nur so können die Zahl der Krankenhauseinweisungen vermindert und die Liegezeiten verkürzt und Krankenhausbetten abgebaut werden. Insbesondere muß die Zahl der Akutbetten in den Krankenhäusern reduziert werden. Gleichzeitig ist es notwendig, die Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich auszuschöpfen. Die Existenz und der weitere Ausbau des kooperativen Belegarzt-

systems in der Grund- und Regelversorgung sollte mit allen Mitteln gefördert werden. Durch das Belegarztssystem wird die angestrebte Verzahnung zwischen Praxis und Krankenhaus erreicht. Außerdem ist die Verbesserung der Infrastruktur mit ambulanten Pflegediensten (Sozialstationen) geeignet, zur Entlastung der Krankenhäuser von Liegezeiten zur Nachsorge und Pflege beizutragen.

Eine vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie als institutionelle Krankenhausleistung werden abgelehnt.

Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten muß an die veränderte Arbeitsteilung in der Medizin und die Erfordernisse im Einzelfall angepaßt werden. Sie soll auf dieser Grundlage wie bisher über Beteiligungen oder Ermächtigungen erfolgen. Diese Formen der Leistungserbringung entsprechen am ehesten dem in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung vorrangig geltenden Prinzip der persönlichen Patientenversorgung. Auch dabei ist der medizinischen Arbeitsteilung Rechnung zu tragen. Ein schematischer Vergleich der Leistungsangebote von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten wird jedoch den Erfordernissen im Einzelfall nicht gerecht.

③ Wirtschaftliche Arzneitherapie setzt ausreichende Qualitätssicherung bei der Zulassung eines Arzneimittels, mehr Übersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes und stärkeres Interesse der sozialversicherten Patienten an preisgünstigen Arzneien voraus. Deshalb sind erforderlich

● höhere Anforderungen an Qualität und Wirksamkeit bei der Zulassung eines Arzneimittels durch das Bundesgesundheitsamt

und regelmäßige Qualitätskontrollen der im Handel befindlichen Arzneimittel durch neutrale Einrichtungen,

● regelmäßige Informationen über Neuzulassungen von Arzneimitteln mit Kommentierung des Preises und des Innovationswertes durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,

● mehr Übersichtlichkeit durch Konzentration des Arzneimittelangebotes innerhalb der Firmengruppen.

Entsprechendes gilt auch für den Heil- und Hilfsmittelbereich.

Angesichts stark steigender Zahlen in fast allen Gesundheitsberufen warnt die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor dem Trugschluß, im Gesundheitswesen könnte bei begrenzten Finanzmitteln eine unbegrenzte Zahl von selbständig Tätigen und unselbständig Beschäftigten Arbeit und Brot finden, ohne daß dadurch dessen Leistungs- und Innovationsfähigkeit auf Dauer zunichte gemacht würde.

Um illusionären Berufsaussichten entgegenzuwirken, müssen deshalb im Rahmen der Berufsberatungen der Arbeitsämter die Überfüllung der Gesundheitsberufe und deren negative Folgen klar gestellt werden.

Wo systemsprengende Kapazitätsentwicklungen sich abzeichnen, sind unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und wirtschaftspolitischer Ziele sowie unter entsprechender Rechtsgüterabwägung Maßnahmen dringlich, die geeignet sind, Qualität, Humanität und Finanzierbarkeit der Leistungen in der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung zu erhalten. □

## In der Diskussion: Zulassungsordnung, Vorbereitungszeit

Unbeschadet der Einsicht in die schwerwiegenden Konsequenzen, welche die anstehende Strukturreform im Gesundheitswesen für alle betroffenen Gruppen haben kann, artikuliert sich bei der Sitzung der Vertreterversammlung auch die Sorge einzelner Ärzte um die Wirkungen, die aus Detailregelungen resultieren oder resultieren können, zum Beispiel aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder aus der infolge des „Bedarfsplanungsverbesserungsgesetzes“ notwendigen Novellierung der Zulassungsordnung (*darüber wird noch eingehend zu berichten sein*).

Bei der Vertreterversammlung kamen schließlich auch Diskrepanzen zwischen der Berufspolitik des Verbandes der angestellten Ärzte (Marburger Bund) und der Kassenärztzeschaft zur Sprache. Sie sollen jetzt, wie Professor Häußler informierte, in einer gemeinsamen Kommission beraten werden.

Dr. Fiedler erläuterte die Notwendigkeit, die Geltungsdauer der derzeitigen Vorbereitungszeit so zu verlängern, wie der Beginn der AiP-Zeit verschoben worden ist. Mit einer entsprechenden Rechtsverordnung kann aber kein Enddatum für die Vorbereitungszeit gesetzt werden, die im Gesetz verankert ist.

Um der Diskussion ausreichend Zeit einzuräumen, war ins Auge gefaßt worden, den Tagesordnungspunkt „Beschlüßfassung über Richtlinien für Laboratoriumsuntersuchungen und bildgebende Verfahren gemäß Paragraph 25, Absatz 3 BMV“ auf die nächste Vertreterversammlung zu vertagen. Die Beratung und Verabschiedung steht nun am Samstag, dem 11. Juli, in Köln an.

Anstelle des kürzlich in den Vorstand der KBV gewählten Dr. Otfried P. Schaefer (Kassel) bestimmte die Vertreterversammlung bei zwei Enthaltungen Dr. Marian-tonius Hofmann (Berlin) als Mitglied der Haushaltskommission. EB

# Karlsruher Erklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen

Die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen trafen sich am 12. Mai 1987 in Karlsruhe zu einem sozialpolitischen Meinungsaustausch über aktuelle Fragen der Krankenversicherung, insbesondere auch unter dem Aspekt der anstehenden Strukturreform im Gesundheitswesen. Dabei wurden folgende Ergebnisse erzielt:

**1.** Das autonome Vertragsrecht der Ersatzkassen hat sich bewährt. Übereinstimmend stellen die Vertragspartner fest, daß von der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich keine beitragssteigernden Effekte ausgehen. Gleichzeitig wird durch eine umfassend überarbeitete Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) dem medizinischen Fortschritt voll Rechnung getragen. Auch zukünftig werden die Vertragspartner bemüht bleiben, den Versicherten der Ersatzkassen eine gute medizinische Betreuung bei vertretbarem finanziellen Aufwand zu bieten. Angesichts großer Herausforderungen wird dies aber zunehmend schwieriger werden. Um so wichtiger ist ein autonomes Vertragsrecht, welches die beste Gewähr für eine laufende unbürokratische Fortschreibung der Regelungen für die ambulante Versorgung zum Nutzen der Versicherten bietet. Fehlentwicklungen können mit einem autonomen Vertragsrecht schneller korrigiert werden. Dies hat sich in allen Honorarvereinbarungen zwischen KBV und VdAK immer wieder gezeigt. Der Grundsatz „Vertrag vor Gesetz“ muß nach Meinung der Vertragspartner uneingeschränkt weiter gelten. KBV und VdAK wenden sich daher mit Entschiedenheit gegen Einschränkungen ihres autonomen Vertragsrechts. Eine stärkere Einbindung der Ersatzkassen in das Kassenarztrecht lehnen sie deshalb nachdrücklich ab.

**2.** Die sich ändernde Versichertenstruktur mit ihrem wachsenden Anteil alter Menschen, verbunden mit einer im Alter erhöhten Krankheits-

häufigkeit, darf nicht zu einer Entsolidarisierung führen. Das Solidarprinzip ist eine der bewährten Grundsäulen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es muß erhalten bleiben. Allerdings darf es nicht zu einer Überforderung der Berufstätigen kommen. Leistungseinschränkungen für Ältere, wie sie in anderen europäischen Ländern praktiziert werden, sind zutiefst inhuman und kommen für die Vertragspartner nicht infrage. Um weitere durch die Leistungen für Rentner verursachte Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden, ist es zumindest erforderlich, den Beitragssatz für die Zahlungen der Rentenversicherung an die Krankenversicherung laufend an den durchschnittlichen Beitragssatz in der sozialen Krankenversicherung anzupassen.

**3.** Heil- und Hilfs- sowie Arzneimittel weisen in den letzten Jahren von allen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung die höchste Rate der Ausgabensteigerung auf. Bedingt durch die veränderte Altersstruktur, durch die zunehmende Umwelt- und Arbeitsweltbelastung, durch intensivierte Rehabilitationsbemühungen und -möglichkeiten sowie durch einen beachtlichen medizinischen wie auch technischen Fortschritt ist ein Teil dieser Ausgabenentwicklung unabdingbar. Durch eine stärkere Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes muß aber den übermäßigen Ausgabenentwicklungen in diesen beiden Leistungsbereichen entgegengewirkt werden. Dabei kommt es entscheidend auf eine Begrenzung des Angebots auf wirksame, qualitativ gute sowie preiswürdige Therapeutika an. Ge-