

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Das Reformwerk steht!

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ihr Reformwerk vollbracht: Am 1. Oktober können nicht nur der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die daraus entwickelten Gebührenordnungen für den RVO- und Ersatzkassen-Bereich (BMÄ und E-GO), sondern gleichzeitig eine Reihe von Richtlinien für die künftige Leistungserbringung in der kassenärztlichen Versorgung in Kraft treten – Richtlinien, die auch für das Gelingen der Gebührenreform bedeutungsvoll sind: Laborrichtlinien (die im Vorfeld der Entscheidung als besonders problematisch dargestellt wurden) sowie Richtlinien für das Langzeit-EKG, außerdem Änderungen der Richtlinien für Röntgen-Apparate, Nuklearmedizin, Kernspintomographie und Ultraschalluntersuchungen. Die am 11. Juli 1987 in Köln von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefaßten Richtlinienbeschlüsse sind im Bekanntmachungsteil des vorliegenden Heftes dokumentiert.

Ab 1. Oktober: Neben den neuen Vertragsgebühren- ordnungen BMÄ und E-GO treten auch neue Richtlinien der KBV in Kraft

in der entscheidenden Sitzung heiß umstritten. Professor Häußler (ein Auszug aus seiner Ansprache steht auf „seite eins“): „Wollten wir versuchen, *alle* Forderungen auf *einen* Nenner zu bringen, wäre noch der kleinste gemeinsame Nenner so ungeheuer groß, daß das Ergebnis praktisch unbrauchbar sein würde. Keine Richtlinie, soviel man daran auch drehen mag, kann den Wünschen *aller* Gruppen vollkommen genügen.“

„Einstimmigkeit“ war also nicht zu erwarten. In einer rund vierstündigen Diskussion wurden noch einmal alle wesentlichen Fragen der kassenärztlichen Erbringung von Laborleistungen, vor allem auch einzelne Interessengegensätze bis ins letzte erörtert. Zum guten Schluß stimmten 56 Delegierte der Vertreterversammlung für die in vorausgegangenen Teilabstimmungen in einigen Punkten gegenüber der letzten Entwurfsfassung (vom 10. Juli) noch veränderten Laborrichtlinien, 16 stimmten dagegen, 8 enthielten sich der Stimme. Alles in allem: ein breiter Konsens (70 Prozent der Stimmen!), dem eine mindestens ebenso breite Akzeptanz im Kreise der betroffenen Kolleginnen und Kollegen sicher sein mußte.

Die neuen Laborrichtlinien der KBV ersetzen ab 1. Oktober die bisher von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen für den RVO-Bereich erlassenen Richtlinien (für den E-Kassen-Bereich waren KBV-Richtlinien seit langem in Kraft). Die neuen bundeseinheitlichen „Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung“ beziehen sich auf das Kapitel O und die entsprechenden Leistungen des Kapitels B der Vertragsgebührenordnungen BMÄ und E-GO. Sie definieren die Ziele der Untersuchungen und die

Daß die Delegierten von 70 000 Kassenärzten jetzt, in der Urlaubszeit, zusammenkommen mußten, war die Konsequenz der trotz ganztägiger Sitzung am 11. Mai in Karlsruhe nicht ganz erledigten Tagesordnung. Die Delegierten der KBV-Vertreterversammlung, vom Vertrauen der Kolleginnen und Kollegen aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen in diese Funktion berufen, waren fast ausnahmslos präsent. Solches Verantwortungsbewußtsein erkannte Professor Häußler bei der Sitzungseröffnung ausdrücklich an – gerade im Hinblick auf die von ihnen zu treffenden Entscheidungen von so außerordentlicher Bedeutung für die Erhaltung einer qualitätvollen kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung und für die Sicherung ihrer

Finanzierbarkeit. Der Inhalt des kassenärztlichen „Honorartopfes“ ist im letzten Jahr, darauf wies Häußler hin, zwar um rund 850 Millionen DM gewachsen. Die Zahl der abrechnenden Kassenärzte, die aus diesem Honorartopf leben müssen, ist aber im gleichen Zeitraum um 2,54 Prozent angestiegen. Professor Häußler: „Wir müssen also, wenn der Anteil des einzelnen Kassenarztes nicht unverantwortlich geschmälert werden soll, die Grundforderung nach einer wirtschaftlichen, qualitativ einwandfreien Leistung beherzigen. Richtlinien sollen diese Qualität sichern helfen, gleichzeitig einer überflüssigen Mengenentwicklung entgegenwirken.“

Mancher Teil vor allem der neuen bundeseinheitlichen *Laborrichtlinie*, die diesen Zielen dient, war in den letzten Monaten und nun auch

ärztlichen Aufgaben bei der Durchführung sowie die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen 1. im Eigenlabor, 2. im Auftragslabor, 3. in der Laborgemeinschaft (in der die speziellen Untersuchungen nach Abschnitt O III *nicht* durchgeführt werden dürfen). Des Weiteren werden die Organisationsformen festgeschrieben, insbesondere für die Laborgemeinschaft. Schließlich befassen sich die Richtlinien mit der jeweils erforderlichen Fachkunde und mit dem Genehmigungsverfahren; sie beschreiben die Einrichtung von Sachverständigen-Ausschüssen und enthalten abschlie-

ßend eine wichtige Übergangsregelung.

Nur einen Bruchteil der vorangegangenen Diskussionszeit erforderten letztlich Beratung und Verabschiedung der ebenfalls in monatelanger Arbeit entworfenen, von Vorstand und Länderausschuß bereits im Mai vorgelegten „Richtlinien für Langzeit-Elektrokardiographische Untersuchungen“ sowie der Änderungen der Richtlinien für Röntgen-Apparate und Nuklearmedizin, für Ultraschalluntersuchungen und Kernspintomographie, die jeweils gegen nur wenige Stimmen und/oder bei nur wenigen Enthaltungen beschlossen worden sind.

Gesetzliche Vorgaben für die KBV-Laborrichtlinien

Vor Eintritt in die Beratungen der KBV-Vertreterversammlung zu den Laborrichtlinien hatte sich Dr. Rainer Hess, Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, mit wettbewerbsrechtlichen Einwänden befaßt, die gegen kassenärztliche Beschränkungen bei der Bildung von Laborgemeinschaften erhoben worden waren. Verunsicherung war auf regionaler Ebene insbesondere durch Schreiben des Bundeskartellamtes, aber auch durch Äußerungen für das Wirtschaftsrecht zuständiger Ministerien und durch Anträge auf Erlass einstweiliger Anordnungen gegen KV-interne Laborrichtlinien ausgelöst worden.

Demgegenüber konstatierte Dr. Hess, wie dies das Bundeskartellamt selbst getan hat, daß es sich bei der kartellrechtlichen Einordnung von Laborleistungen als „handwerkliche Einrichtungen“ um eine rein kartellrechtliche Wertung der Leistungserbringung handelt. Eine andersartige berufsrechtliche oder kassenärztliche Qualifizierung der Erbringung von Laborleistungen ist dadurch keineswegs ausgeschlossen, soweit diese in den bundesgesetzlichen Vorschriften eine ausreichende Rechtsgrundlage findet.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, so Dr. Hess, daß für

das Kassenarztrecht nach wie vor Paragraph 368 n Abs. 8 Reichsversicherungsordnung gilt, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ermöglichen sollen, medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

Dr. Hess weiter:

■ Im Zusammenhang mit dem auf der Grundlage des Paragraphen 368 g Abs. 4 RVO beschlossenen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen ergibt sich daraus, daß der Kassenarzt Laborleistungen nur auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bzw. des BMÄ und der E-GO als ärztliche Leistungen abrechnen kann und daß als Voraussetzung für die Leistungsabrechnung der in Gemeinschaftslabors erbrachten Leistungen die Anforderungen des Paragraphen 368 n Abs. 8 RVO eingehalten werden müssen.

■ Ein beliebiger Fremdeinkauf von Laborparametern bei Laborunternehmen jedweder Art ist damit nach dem geltenden Kassenarztrecht

nicht zulässig. Die Leistungserbringung außerhalb der eigenen Praxis darf daher kassenarztrechtlich nur in Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte erfolgen und muß medizinischen Erfordernissen genügen.

Soweit also, folgerte Dr. Hess, die Kassenärztliche Bundesvereinigung „in Erfüllung des ihr nach Maßgabe des Bundesmantelvertrages erteilten Richtlinien-Auftrages die in § 368 n Abs. 8 RVO gestellten Anforderungen an die Beziehbarkeit von medizinisch-technischen Leistungen in Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte lediglich *inhaltlich präzisiert*, können daraus kartellrechtliche Folgerungen *nicht* gezogen werden. Dabei können sich entsprechende Regelungen auf die qualitativen Anforderungen an Laborgemeinschaften und auf die sich aus medizinischen Erfordernissen ergebende Einschränkung für die Erbringung von Laborleistungen in Laborgemeinschaften beziehen.“

Ohne im Rahmen der aktuellen Berichterstattung über die KBV-Vertreterversammlung auf alle von Dr. Rainer Hess erörterten juristischen Einzelfragen eingehen zu können, bleibt hier festzuhalten, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Zeit zwischen den Vertreterversammlungen am 11. Mai (in Karlsruhe) und am 11. Juli genutzt hat, den damals vorgelegten Entwurf sorgfältig daraufhin zu überprüfen, ob er bis ins letzte der kassenarztrechtlichen Vorgabe entspricht und damit keinen Anlaß zu kartellrechtlichen Verfahren geben kann. Ein Teil der in den letzten Wochen vorgenommenen Änderungen am Entwurf war auf diese Überprüfung zurückzuführen.

Auch die in der Endfassung getroffene Regelung der qualitativen Anforderungen an Laborgemeinschaften und die sich aus medizinischen Erfordernissen ergebenden Einschränkungen für die Erbringung von Laborleistungen in Laborgemeinschaften beziehen sich streng auf den gesetzlichen Auftrag, und die Grenzen zu kartellrechtlich relevanten Wettbewerbshandlungen werden nicht überschritten.

Kontroverse Diskussion, klares Ja der Mehrheit

An den zur Diskussion gestellten und zur Verabschiedung vorgeschlagenen Entwurf der Laborrichtlinien hatte der Vorstand der KBV noch am Vortage letzte Hand gelegt. Die Änderungen (gegenüber der Vorlage vom 10. Mai) erläuterte den Delegierten dieser Vertreterversammlung am 11. Juli der Leiter der Vertragsabteilung der KBV, Dr. med. Erhard Effer, der federführend bei der Erarbeitung der Richtlinien war. Insbesondere legte er noch einmal kurz und präzise die Grundsätze dar, die für die Gestaltung der Laborrichtlinien maßgebend waren:

□ Die Richtlinien in der vorliegenden Form sind notwendig, um das Kapitel O des EBM zu flankieren, zum einen, um eine hohe Qualität der Laborleistungen zu sichern, zum anderen, um einer ungerechtfertigten Mengenausweitung zu begegnen.

□ Zur Erinnerung: Die EBM-Reform ist unter anderem gekennzeichnet durch einen Ausgleich zwischen Laborteil und Grundleistungsteil; dabei wurde von Anfang an klar gesehen und entsprechend diskutiert, daß die Leistungen nach O I und O II in Laborgemeinschaften, hingegen die Leistungen nach O III in Laborgemeinschaften *nicht* zu erbringen sind.

□ Für die Leistungserbringung und ihre Abrechnungsfähigkeit sind zum Teil besondere Qualifikationen erforderlich, was in den Richtlinien entsprechend zu berücksichtigen war.

Für die Erörterung des Laborrichtlinien-Entwurfs durch die Vertreterversammlung schlug Professor Häußler folgenden Modus vivendi vor: Generaldiskussion; abschnittsweise Diskussion und abschnittsweise Abstimmung, dann Schlußabstimmung.

Schon der erste Redner, Dr. Gerhard Löwenstein, langjähriger Vorsitzender der KV Hessen und bis 1985 Vorstandsmitglied der KBV, arbeitete einen der Hauptdiskus-

sionspunkte heraus: Er sehe das Recht der Vertreterversammlung gefährdet, allein festzustellen, wie und von wem Laborleistungen zu erbringen sind; im Zusammenhang mit der EBM-Reform sei „in Abhängigkeit von den Kassen“ festgelegt worden, welche Leistungen in Laborgemeinschaften erbracht werden können und welche (eben O III) nicht; Veränderungen durch den mit den Kassen paritätisch besetzten und nur einstimmig beschlußfähigen Bewertungsausschuß seien schwerlich zu erzielen. Die KV Hessen erwarte daher von dieser Vertreterversammlung die in ihrer alleinigen Kompetenz liegende Entscheidung, sechs Leistungen aus O III auch in Gemeinschaftseinrichtungen erbringbar zu machen.

Er wurde in dieser Forderung von weiteren Delegierten unterstützt, auch von Dr. Otfried P. Schaefer, dem neuen Vorsitzenden der KV Hessen und KBV-Vorstandsmitglied, sowie von Dr. Nicklas, der bisher in Hessen geltende KV-Regelungen für die derzeit bereits Tätigen erhalten wissen wollte.

Damit war das Stichwort „Besitzstandswahrung“ gefallen. Weitere Diskussionsbeiträge, vor allem aus dem Bereich der KV Nordrhein, galten der Frage, ob Leistungen nach O III nicht nur im Eigen- bzw. im Auftragslabor, sondern von einem Arzt „unter Verwendung der Einrichtung in seiner Laborgemeinschaft bei persönlicher Erbringung“ abgerechnet werden dürften, beispielsweise (so Professor Dr. Bourmer:) dann, wenn er entsprechendes Gerät selbst in die Gemeinschaft eingebracht habe.

Ein anderer Änderungsantrag der KV Nordrhein zielte unter anderem darauf, daß Ärzte, die bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien berechtigt waren, Leistungen abzurechnen, die künftig einer zusätzlichen persönlichen Qualifikation bedürfen, diese Berechtigung (für die künftige Erbringung in eigener Praxis) behalten sollten.

Diese Anträge wurden schließlich ebenso *abgelehnt* wie der hessische Antrag auf Erweiterung des Spektrums aus ärztlichen Gemeinschaftseinrichtungen beziehbarer Leistungen.

Das Anliegen, die Richtlinienkompetenz der Vertreterversammlung zu wahren, wurde indes erfüllt. Dr. Eckart Fiedler, der Hauptgeschäftsführer der KBV, hatte schon

Jetzt EBM-Kurse wahrnehmen!

Informationsveranstaltungen und Schulungskurse zu den neuen Kassenärztlichen Gebührenordnungen werden in den nächsten Wochen von den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten. Einladungen an die Kassenärzte der jeweiligen KV-Bereiche gehen in diesen Tagen heraus.

● Die Kassenärztliche Bundesvereinigung appelliert dringend an alle Kassenärzte, diese Informationsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sowie die davon abgeleiteten neu gefaßten Gebührenordnungen für den RVO-Bereich (BMÄ) und den Ersatzkassen-Bereich (E-GO) unterscheiden sich *erheblich* von den bisherigen Abrechnungsmaßstäben, so daß jedem Kassenarzt tatsächlich nur eindringlich geraten werden kann, sich mit den Neuerungen vertraut zu machen.

● Auch die Bundesärztekammer offeriert für ihre beiden Herbstkongresse in Grado und in Meran Informationskurse unter qualifizierter Leitung. Sie finden jeweils in der ersten Kongreßwoche statt, so in Grado vom 24. bis zum 28. August und in Meran vom 31. August bis zum 4. September 1987.

DÄ

KBV weist Forderungen der Krankenhausgesellschaft zurück

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ein Positionspapier zur Strukturreform im Gesundheitswesen veröffentlicht (siehe auch unter „Nachrichten“ in diesem Heft), gegen das die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 10. Juli 1987 in der nachfolgend wiedergegebenen Pressemitteilung Stellung genommen hat:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihren zehn Positionen zur Strukturreform im Gesundheitswesen jede Strukturreform an der Krankenhausfinanzierung abgelehnt, statt dessen aber Eingriffe in das System der kassenärztlichen Versorgung gefordert, die auf entschiedene Ablehnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stoßen müssen.

Dies gilt insbesondere für die erneute Forderung nach Einführung einer vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung als Krankenhausleistung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht hierin keinen Beitrag zur Kostendämpfung, sondern im Gegenteil eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung der Krankenkassen für ambulante Behandlungseinrichtungen an Krankenhäusern. Die bestehenden Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte reichen völlig aus, um die medizinisch notwendige Diagnostik vor Krankenhauseinweisung sowie eine qualitativ gute Versorgung nach Krankenhausentlassung zu gewährleisten.

Die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Mitwirkung der Krankenhausträger in den Zulassungsausschüssen bei der Beteiligung von Krankenhausärzten ist sachlich nicht gerechtfertigt, weil die Zulassungsausschüsse über die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten entscheiden, dem Kran-

kenhausträger jedoch die stationäre Versorgung der Patienten obliegt. Den Krankenhausträgern bleibt das Ordnungsrecht im Krankenhaus voll erhalten, weil bereits nach geltendem Recht ihre Mitwirkung am Teilnahmeverfahren von Krankenhausärzten dadurch gewährleistet wird, daß sie gegenüber den Teilnahmestellen eine Erklärung darüber abzugeben haben, daß durch die Beteiligung eines Krankenhausarztes die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird. Die Ermächtigung von Krankenhausärzten fällt ohnehin nicht in die Kompetenz der Zulassungsinstanzen. Die Nicht-Kassenärzte sind durch einen Vertreter im Zulassungsausschuß präsent.

Die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach einer gesetzlichen Regelung für die Standortplanung bei medizinisch-technischen Großgeräten ist sachlich ebenfalls nicht gerechtfertigt, da der Gesetzgeber durch Ausschluß einer gesetzlichen Regelung für die Standortplanung von medizinisch-technischen Großgeräten der Selbstverwaltungsregelung ausdrücklich den Vorzug gegeben hat. An einer solchen Regelung hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Beteiligung bei der Erarbeitung der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mitgewirkt. Mit diesen Richtlinien sind vergleichbare Regelungen für Standortplanung, Koordination mit dem stationären Bereich und Sanktionen bei Mißachtung der Standortplanung geschaffen worden, so daß ein weiterer gesetzlicher Eingriff unbegründet ist. Die erneute Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach einer gesetzlichen Regelung muß als eine Mißachtung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gewertet werden.“ **KBV**

in der Diskussion darauf hingewiesen, daß dies bereits in der Entwurfsfassung der Übergangsregelung sichergestellt war: Die Vertreterversammlung habe zu überprüfen, ob und welche Leistungen künftig aus O III herausgenommen werden sollen.

Um das Verfahren für die Zukunft glasklar zu machen, hat die Vertreterversammlung für eine Formulierung in der Übergangsregelung gestimmt, wonach die Vertreterversammlung „auf Antrag einer KV über die Erbringbarkeit weiterer Analysen aus dem Kapitel O III BMA/E-GO in der Laborgemeinschaft“ entscheidet.

Ein in sich logisch geschlossenes Werk

Andere Schwerpunkte der Diskussion waren die Frage der „räumlichen Nähe“ von Labormitgliedschaften, die Erlaubnis zu Doppelmitgliedschaften in Laborgemeinschaften, die etwaige Gültigkeit von Qualifikationen aus der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern (so Dr. Martin), schließlich auch Präzisierungen von Einzelbestimmungen, wie beispielsweise jene: Proben, die das Mitglied in sein Gemeinschaftslabor übermittelt, müssen dort und dürfen nur dort bearbeitet werden (angenommen auf Antrag Dr. Hellmanns, KV Bayerns).

Einzelne Stimmen kritisierten das Gesamtwerk heftig (Dr. Schlosser, Rosenheim: „Abschied vom Praxislabor“), während andererseits Delegierte, die den Entwurf in Einzelbestimmungen abzuändern versuchten, ihn insgesamt begrüßten:

Dr. Löwenstein: „Ich finde die Richtlinien gut, bis auf einen Punkt“, s. o.); Dr. Blume (Niedersachsen): „Diese Richtlinien sind gut, relativ eindeutig“; Dr. Mohr (Nord-Württemberg): „Im ganzen gut...“; Dr. Gottschalk-Leistner (KV Westfalen-Lippe): „Eindeutige Abgrenzungen, begrüßenswert, auch wenn sie in der Zukunft überprüft und evtl. geändert werden müssen“; Dr. Piepgras (Schleswig-

Holstein): „Grundsätzlich gut, im wesentlichen zuzustimmen“; Prof. Dr. Weinhold (Niedersachsen): „Die Regelung ist etwas stringenter, als mancher sich das wünscht, aber sie soll auch in Zukunft tragen!“; Dr. Weisner (Schleswig-Holstein): „Jetzt genau *diese* Richtlinien“ (wenn es nach einem Jahr beweisbare Unzumutbarkeiten gebe, dann neuer Katalog).

Zwischendurch wurde ein Antrag auf Schließung der Rednerliste abgelehnt, so daß jeder Delegierte Gelegenheit hatte, Bedenken und Zustimmung im Einzelnen und im Ganzen vorzutragen, ehe Dr. Fiedler zum Schluß der Generaldebatte noch einmal zusammenfaßte: Die Laborrichtlinie ist ein in sich logisch geschlossenes Werk, das selbstverständlich auch in Beziehung steht zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab, bei dessen Erarbeitung man übereinstimmend davon ausging, daß der Abschnitt O II in etwa die Leistungen umfassen sollte, die aus ärztlichen Gemeinschaftseinrichtungen zu beziehen sind. Entsprechend stringenter getrennt: die persönliche Erbringung im Eigenlabor und die Beziehbarkeit aus der Gemeinschaftseinrichtung.

Endabstimmung: Zweidrittelmehrheit

Wechselnde Mehrheiten unterschieden über die einzelnen Änderungsanträge. Das Ergebnis der *Gesamt*abstimmung sei hier noch einmal festgehalten:

56 der abgegebenen Stimmen, das ist eine gute Zweidrittelmehrheit, bejahten die Laborrichtlinien in dem im Bekanntmachungsteil des vorliegenden Heftes dokumentierten Wortlaut (16 Stimmen dagegen, 8 Enthaltungen).

Der Erste Vorsitzende der Kassenzentralen Bundesvereinigung, Prof. Dr. Siegfried Häußler, dankte allen Mitarbeitern und allen an der Erarbeitung beteiligten Sachverständigen, insbesondere Dr. Erhard Effer, der sich stets exakt und korrekt im Namen und im Auftrag des Vorstandes dem nun vollendeten Richtlinienwerk gewidmet hat.

Kritik an einer gezielten Verunsicherung

Im Vorfeld einer Protestveranstaltung der „Arbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfälischer Ärzte“ am 4. Juli 1987 zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hatte, wie die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft informierte, der Hauptgeschäftsführer der Kassenzentralen Bundesvereinigung, Dr. med. Eckart Fiedler, den Organisatoren angeboten, zusammen mit dem Gebührenordnungsexperten der KBV, Dr. med. Manfred Moewes, nach Essen zu kommen, um sowohl in grundsätzlichen Ausführungen zum neuen EBM als auch zu Fragen der Kollegenschaft Stellung zu nehmen. Dies wurde von den Organisatoren mit dem Bemerkten abgelehnt, daß eine Information durch die KBV nicht erwünscht sei.

Dieses Verhalten der Organisatoren wie die falschen Aussagen im Einladungsschreiben als auch der Ablauf der Veranstaltung zeigen, wie die Pressestelle kommentiert, daß keine sachlich zutreffende Aufklärung der Kassenzentralen gewünscht wurde; vielmehr haben die Verantwortlichen die anwesenden Kassenzentralen verunsichert.

Die KBV hat daraufhin an alle Kassenzentralen den Appell gerichtet, sich durch Teilnahme an den offiziellen Informationsveranstaltungen ihrer Kassenzentralen Vereinigungen im August bzw. im September qualifiziert auf die neuen Gebührenordnungen vorzubereiten.

■ Durch die Reform des EBM geht der Kassenzentralen insgesamt keine Honorarmark verloren; im Gegenteil, auch in diesem Jahr erhöht sich die Honorarsumme um den Grundlohnzuwachs. Dies waren im letzten Jahr 849 Millionen DM.

■ Der neue EBM setzt zwar neue Akzente in der Honorarverteilung, er wird aber längst nicht die negativen Auswirkungen für einzelne Arztgruppen haben, wie die Schwarzseher glauben machen wollen. So werden die Honoraraufwertungen im Grundleistungskapitel

nicht nur den Hausärzten, sondern auch den Spezialisten zugute kommen. Jeder Kassenzentralen sollte sich daher, so rät die KBV, sorgfältig in die neue Gebührenordnung einlesen und anschließend zu den Informationsveranstaltungen seiner Kassenzentralen ärztlichen Vereinigungen kommen.

Zu der tiefgehenden Verunsicherung haben schließlich auch Presseberichte über die genannte Essener Veranstaltung beigetragen, bei der ein gut informiertes Mitglied der KBV-Vertreterversammlung, so Professor Häußler, die Unsicherheit der Kollegenschaft aus(ge)nutzt (hatte), um recht kurzsichtige und egoistische Interessen wahrzunehmen, und zwar auf Kosten des KBV-Vorstandes, was dieser nicht länger hinzunehmen beabsichtigt, wie Häußler bei der Eröffnung der KBV-Vertreterversammlung ankündigte.

Die Kollegen müssen ihren Sprechern vertrauen können

Professor Dr. Horst Bourmer bestätigte am Schluß der Sitzung, daß auf der fraglichen Veranstaltung in Essen „die Kollegen sehr polemisch angemacht“ wurden, daß tatsächlich eine „Nacht der langen Messer eingeläutet“ und die Abberufung der Vorstände von Kammer und KV gefordert worden sei. Er habe sich solcher Forderung keineswegs angeschlossen, sondern in diesem Zusammenhang lediglich aufgerufen: „Nehmen Sie teil am Leben Ihrer Körperschaft, dann können Sie auch Einfluß nehmen“, allerdings auch: „Sie haben die Körperschaft, die Sie verdienen“ – was zusammen mit der Erklärung einer Gegnerschaft „von vornherein“ gegen die EBM-Reform als heftige Kritik Professor Bourmers an der KBV verstanden und dargestellt worden ist.

Häußler erinnerte an unterschiedliches Abstimmungsverhalten

Bourmers, an widersprüchlichste Aussagen. Die dadurch verunsicherten Kollegen sähen die wirkliche Bedrohung nicht mehr: eine Strukturreform durch den Bundesgesetzgeber nämlich, was von der Ärzteschaft Geschlossenheit erfordere und von ihren Repräsentanten die Vermittlung von Vertrauen und Verlässlichkeit. Häußler: „Die Zukunft kann nur in einer Kooperation aller gesichert werden.“ In diesem Sinne wandte er sich gegen einen (verbandspolitischen) Zickzack-Kurs zwischen Loyalität hinter verschlossenen Türen und Konfrontation in der Öffentlichkeit.

Hierin wurde er von Professor Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, auch dieser ein engagiertes Mitglied des Hartmannbundes, unterstützt. Sein Wunsch: Die Gemeinsamkeit, die in gemeinsamen Sitzungen u. a. auch mit dem Vorstand des Hartmannbundes gefunden wurde, sollte auch in der Öffentlichkeit ihren Niederschlag finden!

Dr. Eckart Fiedler, wenige Tage nach der Sitzung der Vertreterversammlung von Pressevertretern nach diesen gemeinsamen Vorstandssitzungen befragt, wies insbesondere auf die gemeinsame Wertung des in freundschaftlicher Atmosphäre, sachlich und freimütig verlaufenen Gesprächs der Vorstände von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Hartmannbund am 8. August 1986 in Köln hin, bei dem beide Vorstände davon ausgingen, daß „angesichts der großen Probleme und Herausforderungen für die Ärzteschaft alle an der berufspolitischen Verantwortung beteiligten Organisationen verpflichtet seien, vertrauensvoll und konstruktiv zum Wohle der gesamten Ärzteschaft zusammenzuarbeiten.“ In der Sache wurde dabei u. a. folgendes Ergebnis erzielt: „Beide Vorstände unterstreichen die Notwendigkeit der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. In den grundsätzlichen Zielen stimmen sie dabei völlig überein“!

Dies mag den Hintergrund erhellen, vor dem Professor Häußler forderte: „Die Kollegen müssen wissen, daß sie sich auf ihre Vertreter verlassen können!“ roe

Alfred R. Sonnenfeld

Gentechnologie und Bio-Ethik –

Zur Position der katholischen Kirche

Nachdem die Enquête-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ des Deutschen Bundestages ihren Abschlußbericht vorgelegt hat (1), hat nun auch die katholische Kirche zu einigen aktuellen Fragen der Gentechnologie, Fortpflanzungstechnik und Forschung an Embryonen Stellung genommen. Eine Instruktion der vatikanischen Kongregation für die Glaubenslehre über „die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung“ (2) gibt darüber unmißverständlich Auskunft. In diesem Papier werden nicht nur moralische Orientierungsmarken für den einzelnen formuliert, sie sollen auch als Forderungen an den jeweiligen Gesetzgeber verstanden werden.

Für die katholische Kirche steht der Schutz des menschlichen Lebens „von seiner Empfängnis an“ im Mittelpunkt aller Bemühungen. Der Embryo müsse „als Person geachtet und im Maße des Möglichen wie jedes andere menschliche Wesen im Rahmen der medizinischen Betreuung auch in seiner Integrität verteidigt, versorgt und geheilt werden“, heißt es in der Instruktion der vatikanischen Kongregation für die Glaubenslehre vom 22. Februar 1987.

Bereits im Jahre 1982 äußerte sich Papst Johannes Paul II. durchaus positiv über die Forschung zur Vererbung:

„Ebenso muß daran erinnert werden, daß sich manche Erbkrankheiten durch den Fortschritt in biologischen Versuchen vermeiden lassen. Die Forschung der modernen Biologie gibt Anlaß zur Hoffnung, . . . daß die kleinsten und schwächsten menschlichen Wesen noch im Mutterleib oder unmittelbar nach der Geburt behandelt werden“ (3). Bei der Anwendung gentechnologischer Methoden stehen nach der

Lehre des Papstes zwei Fragen im Vordergrund:

- ① Wird bei solchen Versuchen die Menschenwürde respektiert?
- ② Dient das therapeutische Ziel ausschließlich der Heilung von Krankheiten?

Im Spannungsfeld gentechnischer Anwendungsmöglichkeiten einerseits und der Wahrung der Menschenwürde andererseits entstehen neue ethische Probleme, die gelöst werden müssen.

Der Zusammenhang von Grundlagenforschung und praktischer Anwendung zum Besseren ist nicht selbstverständlich. Je größer die technischen Möglichkeiten des ärztlichen Handelns, um so größer sind auch die Anforderungen, die an Gewissen und ethische Qualifikation des einzelnen gestellt werden. Die angewandte Technik muß sich mit dem Gewissen des einzelnen, der Verantwortungsinstanz der Person, verbinden, damit dem wahren Wohl des Menschen gedient werde.

„Eine Wissenschaft ohne Gewissen kann zu nichts anderem führen“, so die Instruktion, „als zum Untergang des Menschen“. Erlaubt