

Die Ärzteschaft ist entschieden gegen das Gesetz

... allerdings aus unterschiedlichen Gründen

Die Ärzteschaft, repräsentiert durch den Deutschen Ärztetag, erhebt grundlegende Einwände gegen das von der Bundesregierung vorgelegte Gesundheits-Reformgesetz. Der 91. Deutsche Ärztetag in Frankfurt, der mehr als einen Tag über die Strukturreform im Gesundheitswesen beriet, hat die Kritik an der Grundkonzeption des Gesetzes sowie an einer Fülle einzelner Vorschriften unmißverständlich formuliert.

Für die parlamentarischen Beratungen, die ja parallel in Bundestag und Bundesrat aufgenommen wurden, kommen die Beschlüsse des Ärztetages noch termingerecht, jedenfalls soweit darin Änderungsvorschläge zu einzelnen Paragraphen angesprochen sind. Auf eine Änderung des Gesetzeskonzeptes der Bundesregierung zu hoffen, wäre freilich illusionär. „Wir sind ein wenig spät dran“, räumte Dr. Jörg D. Hoppe ein, als der Ärztetag über die Strukturreform im Gesundheitswesen (Punkt II der Tagesordnung) beriet. Die politischen Entscheidungen seien schon weit vorgeschritten.

Referent zu dem Tagungsordnungspunkt war der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar. Vilmar hatte das Thema bereits bei der Eröffnungsveranstaltung des Ärztetages am 10. Mai in Anwesenheit des Bundesarbeitsministers und des hessischen Wissenschaftsministers in einem Referat behandelt. Es wird in diesem Heft dokumentiert.

Zu Beginn der Beratungen im Plenum des Deutschen Ärztetages griff Dr. Vilmar das Thema noch einmal auf. Er faßte die Einwände gegen den Regierungsentwurf zusammen und stellte dem Konzept der Bundesregierung seine Auffassung entgegen, die sich, wie sich aus der späteren Beschlußfassung ergibt, mit der des Deutschen Ärztetages deckt.

Mit der von der Regierungskoalition (und auch von der früheren sozialliberalen Koalition) zum Postulat erhobenen Beitragssatzstabilität setzten sich viele Diskussionsbeiträge kritisch-ablehnend auseinander. Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm hatte noch bei Eröffnung des Ärztetages das Postulat bekräftigt, unter anderem mit dem Argument, im Interesse des Arbeitsmarktes und der Konkurrenzfähigkeit der deutschen Wirtschaft dürften die Lohnnebenkosten nicht weiter steigen.

Das Phantom Lohnnebenkosten

Dr. Vilmar wies demgegenüber nach, daß die Ausgaben der Arbeitgeber für die Krankenversicherung nur einen geringfügigen Anteil der Lohnnebenkosten ausmachen und daß sich beispielsweise die von der Bundesregierung errechnete Beitragssatzminderung – als Folge des kostendämpfenden Reformgesetzes – auf die Lohnnebenkosten kaum

merkbar niederschlagen würde. Der Deutsche Ärztetag bestätigte in einem von Dr. Erwin Hirschmann eingebrachten Antrag ausdrücklich diese Argumentation und stellte fest, es sei „grotesk, in den Gesundheitskosten eine Bedrohung der wirtschaftlichen Konjunktur und Gefährdung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Industrie auf dem Weltmarkt zu sehen“.

Bei der Diskussion über den Bonner Gesetzentwurf, die von Vizepräsident Professor Dr. Gustav Osterwald mit Geschick und Geduld geleitet wurde, fielen zwei grundlegend voneinander abweichende Auffassungen auf. Da gab es die einen, die am Entwurf des Gesundheits-Reformgesetzes zwar kein gutes Haar ließen, andererseits aber die Gesetzesvorlage als gegeben hinnahmen und Kritik und Änderungswünsche gleichsam systemimmanent anbrachten. Da waren die anderen, die nicht nur Einzelheiten des Gesetzes oder auch das Gesetz insgesamt ablehnten, sondern von einer anderen politischen Basis aus eine gänzlich andere Richtung der Gesundheitspolitik vertraten. Von ihnen kamen plakative Vorwürfe, die auch aus der allgemeinen öffentlichen Diskussion bekannt sind: die Bundesregierung beabsichtige Umverteilung von unten nach oben, die Gewinne (gemeint waren in erster Linie die der pharmazeutischen Industrie) blieben und der kleine Mann müsse zuzahlen. Die Entwicklung einer Zweiklassenmedizin wurde heraufbeschworen. Während die Bundesregierung ein milliarden-schweres Rüstungsprogramm aufgelegt habe, würde zugleich „bei den Rollstühlen gespart“!

Die Kritiker kamen aus der an Zahl kleinen, aber ungemein rührigen oppositionellen Gruppierung, die auf den Ärztetagen schon seit einigen Jahren auftritt und zur Zeit etwa zehn Prozent der Delegierten mobilisieren kann – je nach Thema auch mehr; es handelt sich schließlich nicht um eine fest geschlossene und klar abgrenzbare Gruppe. Der Begriff der oppositionellen Gruppierung (oder „oppositionellen Listen“) stimmt indes nicht mehr so ganz, nachdem in Berlin jene Oppo-

sitionellen die Kammerpolitik bestimmen und den Präsidenten stellen.

Die Auffassungen der „Oppositionellen“ schlugen sich in zwei umfangreichen Anträgen nieder, in denen allgemein ein neues Denken und eine neue Berufsauffassung des Arztes sowie schließlich eine Neustrukturierung des Gesundheitswesens verfochten wurden. Von Neuem Denken, das ja allgemein umgeht, zeugte besonders ein Antrag des Berliner Kammerpräsidenten, Dr. Erich Huber, in dem eine Erweiterung des ärztlichen Denkens, „ein anthropologisches Konzept, das biologische, persönliche, psychosoziale und kulturelle Aspekte integriert“, gefordert wurde.

Huber möchte zudem, wie er vor dem Ärztetag erklärte, für die Ärzteschaft wieder die „Meinungsführerschaft“ in der Gesundheitspolitik zurückgewinnen. Er möchte die ärztliche Selbstverwaltung im Verein mit der Selbstverwaltung der Krankenkassen – beide sieht er als natürliche Verbündete an – mit einer Neuorganisation des Gesundheitswesens beauftragen. Ärzte und Kassen sollten auf Landesebene gemeinsam die medizinische Beratung bereitstellen, die für eine verlässliche ärztliche Berufsausübung notwendig sei. Sache jener neuen Selbstverwaltungsebene von Ärzteschaft und Kassen wären laut Huber zum Beispiel die Integration sozialer Dienste in Gesundheitszentren, der Aufbau vernetzter Arbeitsgemeinschaften, die Bildung von diagnostischen Schwerpunktpraxen durch Zusammenschluß qualifizierter Ärzte oder durch Vorgaben der Selbstverwaltungskörperschaften. Aufgabe der Selbstverwaltung sei ferner die „Arzneimittelverordnungsberatung“, seien regelmäßige Empfehlungen zur rationalen Arzneimitteltherapie einschließlich der Herausgabe einer Positivliste.

Delegierte aus Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Nordrhein – sie alle zu jener „Ärztetagsopposition“ gehörig – empfahlen in einem Antrag „die Schaffung einer Organisationsstruktur auf kommunaler Ebene zur Bestandsaufnahme, Zieldefinition und Planung von Präven-

tion, medizinischer Versorgung und Rehabilitation mit Beteiligung der Sozialversicherungsträger, der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, der Patientenvertreter sowie der kommunalen Gebietskörperschaften. Diese kommunale beziehungsweise regionale Gesundheitskonferenz regelt die Sicherstellung der kommunalen beziehungsweise regionalen Gesundheitsversorgung“. Nach Auffassung jener Delegierten sollen für die Kassenärzte pauschalierende Vergütungssysteme eingeführt werden. Für die ambulante Versorgung solle es alternativ Einrichtungen geben, „in denen in pluralistischer Trägerschaft stadtteilbezogen, fach- und berufsübergreifend, ambulante, medizinische, physiologische, pflegerische und soziale Versorgung stattfinden“. Die Arbeit kann, so hieß es in diesem Antrag weiter, „im Angestelltenverhältnis“ erfolgen. Im stationären Bereich sei das klassenlose Krankenhaus einzuführen. Die Leitung des Krankenhauses solle ein gewähltes Kollegialorgan, in dem Ärzte, Pflegepersonal und Patientenführer sind, übernehmen.

Kontroversen über das neue Denken

Über solche gesundheitspolitischen Auffassungen wurde stundenlang und zum Teil mit großer Erbitterung diskutiert. Die auffallendste Kontroverse spielte sich zwischen Huber und Dr. Klaus-Dieter Kossow (Niedersachsen) ab. Kossow lehnte eine Selbstverwaltungsebene, wie sie Huber definiert hatte, rigoros ab. Ihm reiche das Arzt/Patienten-Verhältnis, es bedürfe keiner „übergestülpten“ Instanz. Eine solche habe es in den Jahren 1933 bis 1945 gegeben. Der Ausdruck NS-Zeit fiel, was Huber und Gefolgsleute zu empörten Reaktionen veranlaßte. Die Emotionen konnten schließlich durch eine klärende Bemerkung Kossows, ihm stehe es fern, Huber NS-Gedankengut zu unterstellen, sondern er habe lediglich auf die Gefahren durch jene überge-

stülpte Ebene hinweisen wollen, gedämpft werden.

Die hier auszugsweise zitierten beiden Anträge wurden schließlich mit großer Mehrheit abgelehnt. Abgelehnt wurde allerdings auch ein gleichfalls ausführlicher Antrag, der eine genau gegensätzliche Position beschrieb, initiiert von Dr. Oswald Scheibe. Scheibe und mehrere Delegierte aus Nordrhein wandten sich darin in scharfen Worten gegen Blüms Gesetz. Die Antragsteller befürchteten, das Gesundheits-Reformgesetz werde letztlich zu Staatsdirigismus führen; sie sehen in ihm einen „Generalangriff auf die Freiheit des ärztlichen Berufes“ (Scheibe).

Der Deutsche Ärztetag nahm, verglichen mit diesen unterschiedlichen Positionen, schließlich eine mittlere Position ein; charakteristisch dafür war der vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegte Leitantrag, in dem eine kritische Auseinandersetzung mit dem Gesetz geleistet wird und Gegenvorschläge der Ärzteschaft vorgelegt werden, ohne dabei die Basis des bestehenden Gesundheitswesens und die Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zu verlassen. Dieser Leitantrag, der aus dem Plenum noch ergänzt und umformuliert wurde, wurde vom Deutschen Ärztetag mit großer Mehrheit beschlossen.

Die lebhafteste Debatte endete somit in relativer Einmütigkeit – entsprechend den Mehrheitsverhältnissen und nicht etwa, weil man zu einem Konsens oder wenigstens Kompromiß gefunden hätte. Die Sprecher der oppositionellen Gruppe blieben nämlich beharrlich bei ihren Vorwürfen, die Ständesvertretung unterstütze letztlich Blüm. Mit ihren Vorschlägen treffe sie gleichfalls die Schwachen; in diesem Sinne wurden von der „Opposition“ alle Vorschläge auf Selbstbeteiligung gedeutet; zarte Hinweise auf das Anspruchdenken von Versicherten oder die Ausnutzung der Solidargemeinschaft wurden zurückgewiesen. Aber auch auf der Gegenseite wurde an Unterstellungen nicht gespart: man möge doch den nächsten Zug nach Leipzig besteigen; die oppositionellen Vorstellungen stimmten mit denen der SPD und der Grünen zum Teil wortwörtlich überein. ▷

Humanitäres und soziales Engagement

Es fehlte freilich auch nicht an Versuchen, Gegensätze zu überbrücken, und an Appellen zur Geschlossenheit (denn nur so finde die Stimme der Ärzteschaft im politischen Tageskampf Gehör). Der Delegierte Rudolf Henke (Nordrhein) etwa (kein Oppositioneller in dem beschriebenen Sinn, sondern ein Vertreter des Marburger Bundes) riet zur Vorsicht in der Wortwahl und wies pauschale Vergleiche – DDR, NS-Zeit . . . – zurück. Die Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin, Dr. Rieke Alten, empfahl, statt das innerärztliche Gegeneinander zu pflegen, sich auf die Interessengegensätze der Ärzteschaft zur Bundesregierung zu konzentrieren. KBV-Vorstandsmitglied Dr. Otfried P. Schaefer anerkannte „das hohe Maß an humanitärem und sozialem Engagement bei den jungen Kollegen“. Mit Blick auf die „Opposition“ rief er dazu auf, keine „Ausgrenzungspolitik“ zu betreiben. Offener Meinungs-austausch und kontroverse Diskussion müsse sein, erklärte Dr. Vilmar, sie dürften aber nicht zur Polarisierung führen. Und an alle gewandt:

■ Die Ärzteschaft solle sich hüten vor Ideologie und Sektierertum. Sie müsse vielmehr aus ihrer ärztlichen Überzeugung, die aus der täglichen Arbeit am und mit dem Patienten resultiere, argumentieren. Bezogen auf das Gesetz, dem die Debatte galt, stellte Vilmar gleichsam augenzwinkernd fest: „Die Ärzteschaft ist geschlossen gegen dieses Gesetz – allerdings aus unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlicher Zielsetzung.“

Im Anschluß an die Generaldebatte über die Strukturreform wandten sich die Delegierten einzelnen Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes zu, ohne freilich das gesamte mehr als 300 Paragraphen starke Werk Paragraph für Paragraph diskutieren zu können.

Wie schon einige Tage zuvor die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (dazu Heft 20) wandte sich der Ärztetag



Jeden Abend nach Tagungsschluß: „Kritikkonferenz“ des Präsidenten und seiner Mitarbeiter aus der Geschäftsführung der Bundesärztekammer in einem Nebenraum der Alten Oper. Wie wurde der Tag in Frankfurt bewältigt und was steht morgen an?

gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Form der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie. Er lehnte auf Antrag von Dr. Dr. Franz-Josef Broicher (Nordrhein) die Einbeziehung des Krankenhauses als *Institution* ab. Ferner wandte er sich gegen die „Guillotine des Arbeitsministers“ (Dr. Erwin Hirschmann, NAV): Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte sollen in „dreiseitigen Verträgen“ die Einzelheiten von Prä/Post regeln. Falls es dazu nicht innerhalb von zwei Jahren kommt, erläßt der Bundesarbeitsminister – so sieht es der Regierungsentwurf vor – eine Rechtsverordnung.

Diese „Zeitbombe“ (Hirschmann) wies der Deutsche Ärztetag zurück. Ob mit oder ohne „Zeitbombe“ – die dreiseitigen Verträge waren unter den Delegierten umstritten. Die einen (wie zum Beispiel Dr. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Hessen) befürchteten, die Ärzteschaft werde dabei in der Minderheit sein; es werde nicht zur Einigkeit über Prä/Post-Verträge kommen. Dr. Jörg Hoppe (BÄK-Vorstand) hingegen war „ganz froh über die Vertragslösung“. Die Ärzte sollten sich etwas mehr zutrauen. Aus den Verträgen über Prä/Post lasse sich „etwas machen, was fortschrittlicher ist als bisher“.

In diesem Sinne beschloß auch der Ärztetag: Verträge ja, Guillotine nein. Man erhofft sich, den soge-

nannten Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – von einigen Delegierten wurde dessen Existenz kategorisch bestritten, andere äußerten sich da merklich vorsichtiger – zuschütten zu können, indem qualifizierte Krankenhausärzte auf Überweisungen in die ambulante Versorgung einbezogen und niedergelassene Gebietsärzte an der stationären Betreuung beteiligt werden.

Das „Reformgesetz“ im einzelnen

Der Ärztetag sprach sich dafür aus, Methoden der künstlichen Befruchtung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen (das Reformgesetz sieht Streichung vor). Der entsprechende Beschluß enthält einen Kompromiß. Dem Ärztetag hatten nämlich zwei Anträge vorgelegen, einer von Dr. Eduard Koschade (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände) und ein anderer von Dr. Hedda Heuser-Schreiber und Dr. Ute Otten (Deutscher Ärztinnenbund). Koschade wollte „auf den Unsinn hinweisen“, daß künstliche Befruchtung aus der Leistungspflicht ausgeschlossen, Schwangerschaftsabbruch aber eingeschlossen bleiben soll. Der Antrag der Ärztinnen enthält diesen Hinweis nicht, und auch bei der Be-

schlußfassung des Ärztetages fiel das Monitum in Sachen Schwangerschaftsabbruch, wohl um des lieben Friedens willen, unter den Tisch.

Nahezu einmütig lehnten die Delegierten die geplanten Vorschriften über eine umfassende elektronische Erfassung patientenorientierter Daten ab. Die Volkszählung sei im Vergleich dazu, meinte Professor Dr. Horst Bourmen (BÄK-Vorstand), ein harmloses Unternehmen gewesen. Dr. Otfried P. Schaefer befürchtete, daß „keiner mehr weiß, wohin seine Daten weitergegeben werden“. Umstritten war insbesondere die vorgesehene Stichprobe. Lediglich Professor Dr. Hans-Jürgen Brandt (Berlin) „teilt die Aufregung nicht“: Stichproben könnten doch voll anonymisiert werden. Bei aller Kritik an der Stichprobe (die der Gesetzentwurf zur Förderung der Abrechnungstransparenz vorsieht) – es gab auch das selbstkritische Bekenntnis, die Stichprobe verdanke man „den schwarzen Schafen in den eigenen Reihen“ (Bourmer), und dieses Problem müsse man selbst bereinigen.

Der Deutsche Ärztetag wünscht keine Einschränkungen bei der Wahl des Krankenhauses. Er lehnte auch die Vorschrift, vor großen Operationen eine Zweitmeinung einzuholen, ab. Die Delegierten, die hier einem Antrag von Dr. Rudolf Kaiser und anderen Ärzten aus Westfalen-Lippe folgten, störte es nicht, daß die Beschränkung bei der Wahl des Krankenhauses schon seit je geltendes Recht ist. Das hindert uns doch nicht, so BÄK-Vizepräsident Professor Dr. Gustav Osterwald in einer Zwischenbemerkung, jetzt eine Änderung zu fordern.

Der Vorsitzende des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages. Professor Dr. F. H. Kemper, wies bei der Gelegenheit auf einen wenig beachteten Nebeneffekt der geplanten „Krankenhausvergleichsliste“ hin: wenn die Patienten vorzugsweise preiswerte Krankenhäuser aufsuchten, träten in den Universitäten nur noch die ganz seltenen oder ganz schwierigen Krankheitsbilder auf. Das sei für die Ausbildung angehender Ärzte nicht förderlich. Professor Dr. Karl-Hans Bräutigam

(Baden-Württemberg) befürchtete, die teuren Häuser würden weniger frequentiert werden und somit noch teurer.

Gegensätzliche Meinungen zur Zweitmeinung: Professor Dr. Friedrich-Wilhelm Kolkmann (Baden-Württemberg) hielt sie, auf Erfahrungen in den USA verweisend, für eine wirksame Qualitätssicherungsmaßnahme. Sie habe in den USA zudem zu einem spürbaren Rückgang der Operationsfrequenz beigetragen. Professor Bräutigam war dagegen der Ansicht, in den Vereinigten Staaten werde deshalb die Zweitmeinung eingeholt, weil dort der einweisende Arzt zugleich der Operateur sei. Laut Professor Dr. Karl Heinz Schriefers (Rheinland-Pfalz) kann es bei komplizierten Fällen schwer sein, einen Zweit-Gutachter in erreichbarer Nähe zu finden. Von Dr. Ingrid Hasselblatt-Diedrich kam der Hinweis, die Zweitmeinung verwische die Verantwortung.

Geriatric – Kein Teilgebiet

Die Haltung des Ärztetages zu dem Vorhaben der Bundesregierung in Sachen „Absicherung der Pflege“ geht – neben dem Leitantrag: aus einer von Dr. Georg Martin (NAV) und Dr. Jörg Hoppe initiierten weiteren Beschlußfassung hervor: ersatzlose Streichung der betreffenden Passagen; man will eine von der gesetzlichen Krankenversicherung losgelöste Regelung. Die Delegierten sahen freilich durchaus, daß „dieses eigentliche Problem der Gesundheitspolitik“ (Dr. Huber) dringend gelöst werden muß. Wie überhaupt „das Problem der Alten“ eine größere Aufmerksamkeit seitens der Ärzteschaft verdiene. „Wir Ärzte haben da bisher nicht viel gemacht“, erklärte selbstkritisch der kritische Dr. Erhard Knauer (Nordrhein).

Die Ärztetagsdebatte ging damit über das Thema Gesundheits-Reformgesetz hinaus. Mehrere Delegierte schlugen vor, das Fach Geriatrie zu kreieren. Dr. Wolfdieter Bernhard (Nordrhein) forderte,

Lehrstühle für Geriatrie sowie geriatriche Abteilungen einzurichten. Andere wandten ein, das würde die Einführung des Gebietes oder Teilgebietes „Geriatrie“ in die Weiterbildungsordnung zur Folge haben. Professor Dr. Dr. h. c. Hans J. Sewering, der im Vorstand der Bundesärztekammer unter anderem Fragen der Weiterbildung behandelt, sprach sich gegen eine solche Spezialisierung aus: „Die Versorgung alter Menschen ist viel zu wichtig, als daß sie in das Korsett eines Gebietes oder Teilgebietes eingezwängt werden soll. Sie ist Aufgabe aller Ärzte und der normalen Krankenhausabteilungen.“ In diesem Sinne votierte schließlich auf Antrag von Dr. Axel Ekkernkamp und anderer Westfalen der Ärztetag. Ekkernkamp in einem Diskussionsbeitrag: „Den Geriater darf es nicht geben, hier handelt es sich um eine Aufgabe vieler Gebiete.“ Unabhängig davon setzte sich der Ärztetag in einem weiteren Beschluß, initiiert aus Kreisen des Marburger Bundes, für neue Formen einer medizinisch hochwertigen und humanen Versorgung alter Patienten ein.

Die meisten Beschlüsse zu Einzelfragen des Gesundheits-Reformgesetzes waren weniger von Diskussion umrankt als die vorstehend hervorgehobenen. Sie sprechen zudem für sich selbst. Daher sei auf die Dokumentation der Ärztetagsbeschlüsse in diesem Heft verwiesen.

Abgelehnt wurde ein Antrag von Dr. Regina Fuchs-Hammoser, in dem einer Positivliste für Arzneimittel gefordert wurde. Diese solle von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellt werden und dürfe nicht mehr als 2000 Medikamente umfassen. Der Delegierte Hermann Schulte-Sasse unterstützte diesen Antrag mit dem Hinweis, in Skandinavien gebe es das längst. Die meisten Delegierten, die sich zu Wort meldeten, hielten freilich nichts von Positivlisten. Dr. Klaus-Dieter Kossow („Ich bin gegen jede administrierte Form“) empfahl statt dessen die Fortbildung in Arzneimittelfragen; die befähigte jeden Arzt, sich seine persönliche Positivliste zusammenzustellen. Dr. Karl-Heinz Kimbel, der Geschäfts-

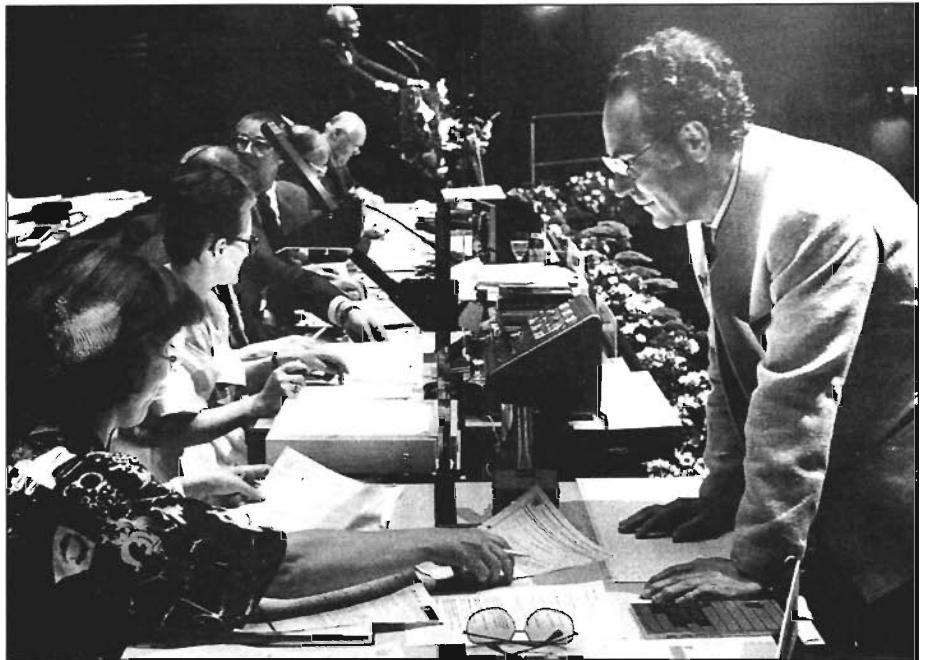
fürher der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, wies auf die von der Arzneimittelkommission herausgegebenen und im Deutschen Ärzte-Verlag erscheinenden „Arzneiverordnungen in der Praxis“ hin. Dieses Buch berücksichtigte 800 Arzneistoffe, es handele sich zwar nicht um eine förmliche Positivliste, könne aber auch im Sinne der Antragstellerin gewertet werden.

Transparenz – aber ohne Rechnungshof

Abgelehnt wurde schließlich auch ein Antrag, den Dr. Oswald Scheibe und andere Delegierte aus Nordrhein eingebracht hatten und in dem die Forderung des Präsidenten des Bundesrechnungshofes unterstützt wurde, die gesetzliche Krankenversicherung jährlich durch die Rechnungshöfe prüfen zu lassen. Dr. Erwin Hirschmann und Dr. Otfried Schaefer wiesen demgegenüber auf die bereits bestehende strenge (Rechts-)Aufsicht der Selbstverwaltungseinrichtungen der Kassen hin. Schaefer räumte allerdings ein, daß die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen überproportional gestiegen seien. Dr. Georg Martin befürchtete, wenn das beschlossen werde, „dann zahlen es die Kassen den Ärzten heim“, indem sie ihrerseits eine Überprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen fordern. Warum denn nicht, meinte der Bremer Schulze-Sasse, der zu der „Ärztetagsopposition“ zählt: „Wir sind doch immer für Transparenz“. Der Deutsche Ärztetag wollte die Transparenz aber offensichtlich soweit nicht treiben und sprach sich sowohl gegen die Überprüfung der Kassen wie der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Rechnungshöfe aus.

Der Antrag hatte übrigens eine merkwürdige Vorgeschichte. Ursprünglich war er von Professor Dr. Horst Bourmer eingebracht worden, der aber hatte ihn zurückgezogen. Dann hatten die Kolleginnen und Kollegen um Dr. Scheibe jenen Bourmer-Text aufgegriffen und ihrerseits eingebracht – fürs erste oder letzten Endes erfolglos.

NJ



Mit Akribie und Fleiß widmeten sich die 250 Delegierten des 91. Deutschen Ärztetages vom 10. bis zum 14. Mai 1988 einer Fülle von Problemfragen, die derzeit in der Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik anstehen. 360 Wortmeldungen wurden am Präsidiumstisch abgegeben, 170 Anträge gestellt. Der bürotechnische Aufwand zur Bewältigung einer solch umfangreichen parlamentarischen Arbeitstagung ist enorm: Von der Abgabe eines Schriftstücks (Bild oben) über das Schreibbüro mit modernen Textverarbeitungsmaschinen (Bild Mitte) bis zur kammereigenen Druckerei (Bild unten). 350 000 Blatt Papier waren zu bedrucken; denn neben den Delegierten des 91. Deutschen Ärztetages waren auch 97 eingeschriebene Journalisten mit allen Schriftstücken zu versorgen.

