

# Handlungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Vorlage für die Vertreterversammlung der KBV am 9. September 1989\*)

## I. Bestandsaufnahme

Grundlage eines Handlungskonzepts ist die *Analyse der medizinischen, wirtschaftlichen, sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen*, denen die kassenärztliche Versorgung unterliegt. Dies schließt auch eine Bestandsaufnahme des bestehenden Systems der kassenärztlichen Versorgung ein.

### 1. Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung und Entwicklung der Morbidität

Das demographische Bild in der Bundesrepublik Deutschland ist durch rückläufige Geburtenziffern, sinkende Mortalitätsraten, zunehmende Alterung der Bevölkerung und höhere Lebenserwartung bestimmt. Die Lebenserwartung ist in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren um 3,5 Jahre bei Männern und 3,9 Jahre bei Frauen gestiegen. Der Anteil der über 75jährigen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich von 8,6 Prozent (1980) auf 10,1 Prozent (1985) erhöht und liegt heute bei 10,8 Prozent.

Die Folge dieser Entwicklung ist eine zunehmende altersbedingte Morbidität/Multimorbidität mit steigendem medizinischen Leistungsbedarf, zunehmender Inanspruchnahme der Krankenkassen und steigenden Belastungen der Beitragseinnahmen.

#### 1.1

So liegt der jährliche Zuwachs der Aufwendungen je Rentner gegenüber den Allgemeinversicherten seit Jahren signifikant über dem Grundlohsummenzuwachs. Die Folge: Der Teil der Ausgaben für Rentner, der von den Allgemeinversicherten zu tragen ist (Solidarbeitrag), mußte steigen. Im Jahre 1977 betrug dieser Anteil noch 35 Prozent, zehn Jahre später hat sich die Bela-

stung der Allgemeinversicherten aufgrund des Solidarbeitrages zur Krankenversicherung der Rentner fast verdoppelt. Dabei ist anhand der Ausgabenentwicklung der letzten zehn bis fünfzehn Jahre zu belegen, daß zwar auch im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung die Leistungsaufwendungen für Rentner deutlich gestiegen sind, hiervon aber insgesamt keine beitragssteigernden Wirkungen ausgegangen sind. Das heißt, im Gegensatz zu anderen Leistungsbereichen wurde in der ambulanten Versorgung der Mehrbedarf durch eine insgesamt wirtschaftliche Versorgung der Versicherten aufgefangen.

41,3 Prozent der Gesamtausgaben der GKV entfallen inzwischen auf Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (52,6 Mrd. DM). 60 Prozent davon (31,5 Mrd. DM) müssen von den Allgemeinversicherten aufgebracht werden. Jede dritte Beitragsmark fließt in die Finanzierung der Krankheitskosten der Rentner.

#### 1.2

Diese Entwicklung wird sich in Zukunft aufgrund der vorhersehbaren demographischen Veränderungen noch verschärfen. Bis ins Jahr 2000 wird mit einem weiteren Anwachsen des Altersberges um 2 Millionen gerechnet, bei ei-

nem gleichzeitigen Rückgang der Einwohnerzahl um 1,7 Millionen. Erschwerend dürften sich die Komponenten der höheren Lebenserwartung auswirken, gekoppelt mit einem höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen (Multimorbidität), und einer zunehmenden Zahl an Frühberentungen, in der Regel gekoppelt mit Rehabilitationsverfahren.

Es ist also nicht davon auszugehen, daß der Aufwand je Rentner auf dem heutigen Stand verharrt oder gar zurückgehen wird. Im Gegenteil wird aufgrund der absehbaren Entwicklung sowohl von der Menge her als auch „qualitativ“ weiterhin mit signifikant hohen Ausgaben zu rechnen sein.

#### 1.3

Aus ärztlicher Sicht ergeben sich daraus folgende *Schlußfolgerungen*:

● Auf die ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die GKV kommt ein medizinisch unabweisbarer Leistungsmehrbedarf zu, es sei denn, man wollte den Versicherten ab einer bestimmten Altersgrenze nur noch eine klar begrenzte medizinische Grundversorgung zugestehen.

● Die Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sind so weit ausgeschöpft, daß dieser medizinisch unabweisbare Mehrbedarf mit den für diesen Bereich verfügbaren Ressourcen auf Dauer nicht mehr gedeckt werden kann.

● Die allgemein geforderte Intensivierung der ärztlichen Versorgung älterer Menschen hat ihre Berechtigung darin, daß sie entscheidend dazu beitragen kann, Zeitpunkt und Zustand absoluter Hilflosigkeit und damit die Notwendigkeit kostenintensiver Pflege hinauszuschieben bzw. sogar zu verhindern. Damit wird den Grundsätzen einer humanen und wirtschaftlichen Krankenversorgung Rechnung getragen (§ 70 SGB V). Allerdings ist diese Forderung nur mit

\*) Wie vor der Vertreterversammlung am 1. Mai 1989 in Berlin angekündigt, hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer mehrtägigen Klausurtagung (7. bis 9. Juli 1989) über die Schwerpunkte eines Handlungskonzepts für die künftige Arbeit der KBV beraten und Vorschläge und Alternativen zur Erreichung der damit verbundenen Ziele erarbeitet. Diese sind mit den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder in der Sitzung des Länderausschusses am 12. August 1989 erörtert worden. Auf dieser Grundlage ist eine überarbeitete Fassung als Arbeitsunterlage für die Beratungen der Vertreterversammlung erstellt worden. Die Vorlage folgt in ihrem Aufbau der Gliederung des Diskussionspapiers „Überlegungen zu einem Handlungskonzept der KBV“ (Stand: 30. Mai 1989), welches den Ersten Vorsitzenden übermittelt wurde und zusammen mit einem Diskussionspapier der Vorstandsmitglieder Dres. Kossow und Weisner auch Grundlage der Beratungen im Vorstand war.

einer Erweiterung des für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Finanzvolumens zu realisieren.

## 2. Verbesserte Ergebnisse der medizinischen Versorgung und medizinischer Fortschritt

Wissenschaftliche und technische Entwicklung machen auch vor der Medizin nicht halt. *Neue Erkenntnisse, Verfahren und Geräte haben die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erheblich erweitert.* Die Entwicklung schreitet immer rascher voran.

Im Zuge dieses Prozesses wird die *moderne Medizin nicht nur komplizierter, sondern auch kostspieliger.* Letzteres auch deshalb, weil medizinischer Fortschritt wie jeder Fortschritt auch Bedürfnisse weckt.

### 2.1

Kritiker halten dem die *Frage des Nutzens* entgegen. Immer wieder ist in der aktuellen Diskussion die Behauptung zu hören, mit immer mehr Geld werde immer weniger Gesundheit produziert. Tatsächlich stehen den gestiegenen Ausgaben *belegbare verbesserte Ergebnisse der medizinischen Versorgung* gegenüber. Diese schlagen sich vor allem in der *Mortalitätsentwicklung* nieder: Die *perinatale Sterblichkeit ist deutlich zurückgegangen. Die Krebsmortalität ist belegbar gesunken. Die Sterbeziffern bei Herz-Kreislauf-Krankheiten gehen in fast allen Altersgruppen kontinuierlich zurück.* Insgesamt ist von einer *verbesserten Lebensqualität* bei steigender Lebenserwartung auszugehen. Diese Erfolge entziehen sich zwar einer ökonomisch-materiellen Wertung, sind aber in ihrer gesellschafts- und auch wirtschaftspolitischen Bedeutung nicht zu unterschätzen, von der humanen Bedeutung für den einzelnen Patienten ganz zu schweigen.

### 2.2

Die medizinische Entwicklung auf dem Sektor der Früherkennung und Frühbehandlung, aber auch der Rehabilitation hat die *Lebenschancen* von Geburt an oder durch Krankheit und Unfall *behinderter Menschen erheblich gesteigert.* Oft resultiert daraus allerdings eine *Dauerbehandlungsbedürftigkeit*, nicht selten auf Lebenszeit.

Veränderte Umwelt- und Arbeitsweltbedingungen lassen einen *Anstieg der Frühberentungen* erwarten. Von 1979 bis 1983, also in nur vier Jahren, stieg der Bestand an Rentnern unter 65 Jahren von 2,66 Millionen um 21 Prozent auf 3,22 Millionen an.

Dieser *Trend wird sich* in den nächsten Jahren noch *fortsetzen.* Nach den bisherigen Erfahrungen lösen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die mit ho-

hen und zumeist längerfristigen oder dauernden Leistungsaufwendungen verbunden sind, die Frühberentung aus. Darüber hinaus gehen ihr vielfach aufwendige rehabilitative Heilverfahren voraus.

Zwar belasten die *Aufwendungen für Frührentner* nicht mehr unmittelbar die allgemeine Krankenversicherung, andererseits entfällt aber im Falle der Frühberentung der *Beitrag des Aktivversicherten.* Die dann der Krankenversicherung der Rentner zuzurechnenden Leistungsaufwendungen setzen auf dem ohnehin schon zu 60 Prozent über den Solidar- ausgleich von den Allgemeinversicherten zu tragenden KVdR-Ausgabenanteil auf. So gesehen ist also das für den Frührentner ausgleichende „Defizit“ für die Allgemeinversicherung möglicherweise höher als vor seiner Berentung.

### 2.3

Eine *Zunahme von Behandlungsfällen* und damit ein deutlich erhöhter medizinischer Leistungsaufwand resultiert auch aus der *Vorverlegung von Diagnosezeitpunkten infolge verbesserter Diagnostik* (z. B. bevölkerungsweite Hypertonie-Kontrollprogramme), aus *Fortschritten in der medikamentösen Therapie* (Beta-Blocker) und der *operativen Behandlung* (z. B. Herzschrittmacher, koronare Bypass-Operationen, andere Gefäßplastiken) sowie aus den *verbesserten Möglichkeiten der Langzeitbehandlung* (z. B. Nachsorge bei Herzinfarkten, Schlaganfällen, Schrittmacherpatienten, onkologische Nachsorge, Betreuung von AIDS-Patienten).

*Erhöhte Sicherheit in Diagnostik und Therapie* durch den Einsatz neuer patientenschonender Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (z. B. bildgebende Verfahren) *erfordert neben höherer Qualifikation auch mehr Kosten.*

### 2.4

● *Zusammenfassend* ist festzustellen: Für die Beurteilung medizinischer Entwicklungen unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt verdienen nicht in erster Linie die modernen Spitzentechniken das besondere Interesse. Viel wichtiger sind Krankheiten und Krankheitsgruppen, die bei einer zunehmenden Zahl von Menschen zur Langzeitüberwachung und Dauerbehandlungsbedürftigkeit führen. Die Frage nach dem Nutzen ist aus ärztlicher Sicht immer vom Patienten her zu beantworten.

## 3. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen – Größenordnungen im Vergleich

Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht monokausal zu erklären. Für eine sachgerechte Bewertung ist eine quanti-

tative *Bestimmung der GKV-Ausgaben im Gesamtausgabensystem* unverzichtbar.

### 3.1

Das *Sozialbudget* der Bundesrepublik Deutschland, das die gesamtwirtschaftlichen Ausgaben und Einnahmen der sozialen Sicherung einander gegenüberstellt, hat heute einen Anteil von 31,5 Prozent am Brutto-Sozialprodukt. Auf den Sektor Gesundheit entfallen davon insgesamt rund 200 Milliarden DM. Das entspricht einem Anteil von 33,5 Prozent am Sozialbudget und etwa 10 Prozent des Brutto-Sozialprodukts.

Hieran sind die Leistungsausgaben der GKV mit 127,5 Milliarden DM im Jahre 1988 beteiligt. Das sind rund 21 Prozent des Sozialbudgets.

Diese 127,5 Milliarden DM Leistungsausgaben der GKV im Jahre 1988 verteilen sich auf die verschiedenen Leistungssektoren wie folgt:

Krankenhaus	40,7 Mrd. DM (32,0 Prozent)
Ärzte	21,7 Mrd. DM (17,0 Prozent)
Arzneien	20,5 Mrd. DM (16,1 Prozent)
Zahnersatz	9,2 Mrd. DM ( 7,2 Prozent)
Heil-/Hilfsmittel	8,7 Mrd. DM ( 6,8 Prozent)
Krankengeld	7,8 Mrd. DM ( 6,1 Prozent)
Zahnärzte	7,7 Mrd. DM ( 6,0 Prozent)
Sonst. Leistgn.	11,2 Mrd. DM ( 8,8 Prozent)

Innerhalb des Einnahmen-/Ausgabengefüges des Sozialbudgets machen die Umsatzanteile der abgerechneten kassenärztlichen Leistungen einen Anteil von 3,6 Prozent aus. Der Anteil an den Leistungsausgaben der GKV beträgt 17 Prozent.

Im Vergleich der Leistungsbereiche untereinander seit 1970 haben die Zuwachsraten der einzelnen Sektoren im Schnitt der ersten Hälfte der 70er Jahre dreimal so hoch gelegen wie im Zeitraum von 1975 bis 1980. Dabei haben die *Ausgaben für ambulante kassenärztliche Versorgung stets unterproportional* zugenommen.

Dieser Trend hat sich auch in der Folgezeit fortgesetzt. Seit 1976 liegen lediglich die Bereiche ambulante ärztliche Behandlung und zahnärztliche Versorgung einschließlich Zahnersatz unter der Grundlohnsummenentwicklung.

Demgegenüber liegen die *Ausgaben für Arzneimittel, stationäre Behandlung sowie Heil- und Hilfsmittel* deutlich, zum Teil sogar *überproportional*, über der Grundlohnentwicklung. Besonders rasant ist die Entwicklung bei den Heil- und Hilfsmitteln. Ihre Zuwachsrate ist mit 117 Prozent (1986) fast doppelt so hoch wie der Grundlohnzuwachs in dem Zeitraum seit 1976 (60,7 Prozent).

Das Krankenhaus liegt mit 79,2 Prozent zwar „nur“ um 18,5 Prozentpunkte über dem Grundlohnsummenzuwachs.

Aber mit rund einem Drittel Anteil an den Gesamtausgaben fällt dies besonders ins Gewicht. Ebenfalls über Grundlohn hat sich der Arzneimittelbereich entwickelt, der inzwischen über 16 Prozent aller Ausgaben der GKV erreicht hat.

### 3.2

Im Zuge dieser Entwicklung ist der Anteil der Ausgaben der GKV für die kassen-/vertragsärztliche Versorgung am Gesamtausgabenvolumen der GKV von 23 Prozent im Jahre 1970 auf mittlerweile 17 Prozent (1988) gesunken. Die in den letzten Jahren abgeschlossenen Vergütungsverträge haben aufgrund der Grundlohnsummenentwicklung zwar zu Gesamtvergütungszuwächsen geführt, die trotz steigender Arztlizenzen ein wesentliches Absinken des durchschnittlichen Realeinkommens der Ärzte verhindert haben. Das ändert aber nichts an der Tatsache, daß die kassenärztliche Versorgung seit Jahren mit rückläufiger Tendenz an den Ausgaben der GKV partizipiert.

### 3.3

*Zusammenfassend ist festzustellen:*

● Setzt sich dieser Trend fort, so wird auf Dauer die freie Praxis in ihrer Leistungs- und Innovationskraft, aber auch in ihrer Integrationsfähigkeit gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs existenzgefährdend geschwächt.

## 4. Arztlizenzen

Jahr für Jahr verlassen rund 11 000 approbierte Ärzte die Hochschulen und nehmen fast genauso viele Studenten das Medizinstudium auf. Einer tendenziell rückläufigen Bevölkerungszahl steht eine ständig steigende Zahl von Ärzten gegenüber. Dies vor dem Hintergrund überlasteter klinischer Kapazitäten und unzureichender Weiterbildungsmöglichkeiten.

Die Folgen sind mangelhafte Ausbildung des medizinischen Nachwuchses und verstärkter Zustrom nicht hinreichend qualifizierter junger Ärzte, die keine Weiterbildungsmöglichkeit finden, in die Niederlassung.

### 4.1

Die Prognosen sind seit langem bekannt: Die Schätzungen für das Jahr 2000 reichen von dann mindestens 190 000 bis maximal 270 000 berufstätigen Ärzten. Die amtliche Statistik der Bundesärztekammer und der KBV verzeichnet für Ende 1988 insgesamt 177 000 berufstätige Ärzte. Realistisch dürfte für das Jahr 2000 eine Erwartung von 257 000 berufstätigen Ärzten sein.

Für die kassenärztliche Versorgung hatte die KBV 1982 für das Jahr 1991 rund 77 000 Kassenärzte prognostiziert. Diese Vorhersage hat sich der Wirklichkeit bereits stark angenähert. Sie wird

möglicherweise sogar noch übertroffen. So war für 1986 ein Bestand von 66 000 Kassenärzten geschätzt. Die Schätzung bestätigte sich. Zwei Jahre später waren es schon 68 500. Die 1982 hochgerechnete Zahl von 77 000 Kassenärzten für 1991 dürfte also eher eine Untergrenze als eine Obergrenze darstellen.

Andere Untersuchungen rechnen für das Jahr 2000 sogar mit 110 000 Kassenärzten. Dies erscheint aus heutiger Sicht zu hoch gegriffen. Einen voraussichtlichen Netto-Zuwachs zwischen 3 und 4 Prozent in den nächsten zehn Jahren unterstellt, dürfte allerdings eine Größenordnung um 100 000 wahrscheinlich sein, und zwar auch bei einer Änderung der Kapazitätsverordnung, die sich erst nach einer Vorlaufzeit von ca. sieben Jahren spürbar auswirken würde.

### 4.2

Aus dieser Entwicklung erwächst in Verbindung mit der kritisch zu beurteilenden Aus- und Weiterbildungssituation eine ernste Bedrohung für eine qualitativ gute und wirtschaftliche ambulante kassenärztliche Versorgung. Unzureichende praktische Berufserfahrung wegen fehlender Weiterbildungsmöglichkeiten und mangelhafte Ausbildung wegen überfüllter medizinischer Fakultäten führen zwangsläufig zu einem empfindlichen Qualitätsverlust der ambulanten ärztlichen Versorgung. Daraus resultieren Kostenschübe, die nicht nur „mengenbedingt“ sind, sondern vor allem auch auf mangelnde Qualifikation und Qualität zurückzuführen sind.

Im Zuge einer solchen Entwicklung würde auf Dauer die Existenzgrundlage der Kassenpraxis insgesamt gefährdet. Aufgrund fehlender Investitionsmittel käme es zu einer Verarmung des ambulanten ärztlichen Leistungsspektrums.

Schon heute muß der einzelne Kassenarzt bei noch steigender Gesamtvergütung aufgrund der wachsenden Zahl an Ärzten mit Honorareinbußen rechnen. In einer Situation knapper verfügbarer finanzieller Mittel bei einer grundsätzlich auf Beitragssatzstabilität fixierten Politik werden langfristig mehr Ärzte weniger Investitionsmöglichkeiten haben. Damit aber wächst die Gefahr, daß die Kassenpraxis auf Dauer ihre Leistungsfähigkeit einbüßt und Leistungen, die an sich, medizinisch vertretbar und wirtschaftlich geboten, *ambulant* in der Praxis des niedergelassenen Arztes erbracht werden könnten, in den kostenintensiven Sektor Krankenhaus abwandern.

### 4.3

*Zusammenfassend ist festzustellen:*

● Der Verlust der Leistungsfähigkeit der freien Praxis würde nicht nur

einzelne Arztgruppen, sondern alle Ärzte treffen. Um so mehr muß man darum bemüht sein, das Arztlizenzenproblem nicht zu einem innerärztlichen Konflikt auszuwachsen zu lassen. Das gilt auch für die Krankenhausärzte, die ein Interesse daran haben müssen, die freie Praxis als eine ärztliche Alternative zur Krankenhaus-tätigkeit zu erhalten.

## 5. Beitragssituation der GKV

Die Beitragssituation der GKV ist durch die wirtschaftliche Situation, den Leistungsbedarf und die Ausgabenentwicklung, aber auch maßgeblich durch die Mitgliederzahl und -struktur bestimmt. Die Zahl der in der GKV Versicherten liegt heute bei rund 5,5 Millionen. Das sind rund 92 Prozent der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. *Nahezu allen Bevölkerungsschichten und -gruppen ist der Versicherungsschutz der GKV zugänglich.* Ihr Mitgliederkreis wurde allein in den letzten fünfzehn Jahren durch Veränderungen der Versicherungspflichtgrenzen, die Einbeziehung weiterer Bevölkerungs- und Berufsgruppen sowie Änderungen in Zahl und Struktur der Erwerbstätigen ständig ausgeweitet.

Im Zuge dieser Öffnung wurde die Versicherung auch auf Personen ausgedehnt, deren Beitragsbedingungen nicht versicherungsgerecht sind. Zum Teil handelt es sich um Personen, die gegen geringe Beitragszahlungen vollen Versicherungsschutz erhalten oder um Dauerkranke, die mit ihrem ständigen Bedarf an aufwendigen Leistungen einen nicht-versicherbaren Zustand in die Versicherung einbringen.

### 5.1

Gleichzeitig und im Zuge des Wandels von einer Arbeiter- zu einer Angestelltengesellschaft hat sich die Mitgliederstruktur und mit ihr die Risikostruktur der einzelnen Kassenarten grundlegend gewandelt. So ist seit Jahren ein nahezu unverändert hoher Mitgliederstrom zu den Ersatzkassen zu beobachten. Bei den Ortskrankenkassen hingegen mit ihrem zudem weitaus höheren Rentneranteil stagniert die Mitgliederbewegung seit etwa zehn Jahren beziehungsweise ist sogar rückläufig. Dieser auch auf die Beitragseinnahmen wirkende Stagnationsbeziehungsweise Schrumpfungsprozeß ist mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen auch bei den anderen Kassenarten zu beobachten.

### 5.2

Besondere Probleme werfen die Bereiche auf, in denen die GKV aus sozialpolitischen Gründen Umverteilungsaufgaben wahrzunehmen hat, die zum Teil erheblich auf den Solidarausgleich durch-

schlagen. Das betrifft vor allem die *Krankenversicherung der Rentner* und die *beitragsfrei versicherten Familienangehörigen*, aber auch Probleme wie Dauerarbeitslosigkeit, Schwarzarbeit (Schattenwirtschaft) und veränderte Tarifbedingungen.

## 6. Rahmenbedingungen des SGB V

Mit dem zum 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetz ist der Grundsatz der Beitragsatzstabilität gesetzlich festgeschrieben worden. Damit werden Beitragsanhebungen künftig an den Nachweis medizinisch notwendiger Leistungsbedarfssteigerung bei ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven gebunden. Aus ärztlicher Sicht kann dieser Grundsatz nur insoweit akzeptiert werden, als seine Anwendung nicht die zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlichen Mittel beschneidet. Die *Fragwürdigkeit der politisch geforderten Beitragsatzstabilität* erweist sich schon angesichts der *Belastungen, die aufgrund der demographischen Entwicklung, der ungebremsten Kapazitätsentwicklungen im Gesundheitswesen und neuer Aufgaben wie der Absicherung des Pflegerisikos* auf die Krankenkassen zukommen.

Andererseits sollte geprüft werden, ob und inwieweit die Bestimmung in dem oben beschriebenen Sinne zugunsten der *Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung* genutzt werden kann.

### 6.1

Für die *Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich* hat das Gesetz keine wirksamen Steuerungsinstrumentarien geschaffen. Auch von daher ist für die kommenden Jahre mit weiteren finanziellen Engpässen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu rechnen. Allerdings könnten hier seitens der Kassenärzteschaft verstärkt Bemühungen unternommen werden, das *Einweisungsverhalten der Kassenärzte* zu analysieren und, soweit erforderlich, auf eine *Ausnutzung der ambulanten Versorgung vor Krankenhauseinweisung* hinzuwirken. Das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte, wo dies möglich ist, in klarer Abgrenzung und gegenseitiger Anerkennung der Zuständigkeiten verbessert werden. Es wäre auch zu prüfen, ob der *ambulante Notfalldienst im Krankenhaus von niedergelassenen Kassenärzten* übernommen werden kann.

### 6.2

Auch bei der *Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln* muß geprüft werden, inwieweit durch eine Intensivierung

der ärztlichen Beratung Einsparungen erzielt werden können. Voraussetzung für eine entsprechende Intensivierung der ambulanten Versorgung ist eine Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen im *Vergütungssystem (III.1)*.

### 6.3

Den Kassenärzten wird mit dem neuen Gesetz eine Vielzahl reglementierender Vorschriften auferlegt, die im wesentlichen auf eine verschärfte Kontrolle hinauslaufen und ein *Übermaß an Bürokratie in die Arztpraxis* tragen, ohne daß hieraus ein Nutzen für eine bessere ärztliche Versorgung erkennbar ist.

### 6.4

Um so wichtiger erscheint es, die *verbliebenen Handlungsspielräume zur Erhaltung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit und im Interesse einer individuellen Patientenbetreuung zu nutzen*. Dazu gehört auch die Schaffung einer ausreichenden *Transparenz der ärztlichen Abrechnung*. Der weithin verbreitete falsche Eindruck, die Kassenärzteschaft sei gegen Transparenz, muß abgebaut werden.

## 7. Verhältnis Kassenärzte – Körperschaften

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme erscheint es notwendig, das Verhältnis zwischen den Kassenärzten und ihren Körperschaften selbstkritisch zu prüfen, mit dem Ziel, den *genossenschaftlichen Charakter der KV* als einer Einrichtung aller Kassenärzte wieder stärker ins Bewußtsein zu rücken. Dabei ist der zunehmenden Enttäuschung und Unzufriedenheit der Ärzte besondere Aufmerksamkeit zu schenken (enttäuschte Erwartungen, Status- und Monopolverluste, zunehmende Risikoübernahme).

## 8. Analyse des bestehenden Systems

Das System der ambulanten Versorgung hat sich als ausgesprochen *versichererfreundlich* bewährt. Es zeichnet sich durch ein *flexibles Leistungsangebot mit hohem medizinischen Standard* aus. Es wirkt für Ärzte und Mitarbeiter leistungsfördernd.

Gleichwohl sind *Korrekturen in Teilbereichen* angezeigt: Komplizierte und zum Teil unübersichtliche Strukturen machen das System politisch angreifbar (siehe zum Beispiel GRG-Diskussion). Die *Steuerungsmöglichkeiten zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung sind verbesserungswürdig*. Zwischen *Primärversorgung und Spezialisten sollte eine stärkere Arbeitsteilung erfolgen*. Bei zunehmendem *Konkurrenzdruck* wächst die

*Gefahr einer zunehmenden Gefälligkeitsmedizin*.

Bei der *Weiterentwicklung des EBM* und der Gebührenordnungen sollte dem *Grundsatz der einfachen und praxishnahen Anwendung* stärker Rechnung getragen werden.

*Zunehmende Kontrolle und Bürokratie in der Arztpraxis* belasten den Arzt und *erschweren die individuelle Zuwendung zum Patienten*.

## II. Berufspolitische Ziele

Vor diesem Hintergrund werden folgende Zielprioritäten zur Diskussion gestellt:

- ① eine auf Dauer angelegte Sicherung der *Freiberuflichkeit* des Kassenarztes, und zwar sowohl in der allgemein-ärztlichen als auch in der fachärztlichen Tätigkeit
- ② die Erhaltung des *Sicherstellungsauftrages* für die ambulante Versorgung
- ③ die *Stabilisierung und Weiterentwicklung* des bewährten Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung

### 3.1 wirtschaftlich

- ▶ durch Sicherung und Ausbau des Anteils der Ausgaben der GKV für die ambulante Versorgung
- ▶ durch Kostenreduzierung
- ▶ durch Erschließung zusätzlicher Ressourcen durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen (s. III.1)
- ▶ durch Einschränkung der Versicherungspflicht mit der Folge erweiterter Wahlmöglichkeiten für die Bevölkerung

### 3.2 organisatorisch

- ▶ durch eine stärkere strukturelle Gliederung der ambulanten Versorgungsstruktur (s. IV.4)
- ▶ durch Stärkung der innerärztlichen Zusammenarbeit
- ▶ durch Förderung bestehender bzw. Entwicklung neuer Kooperationsformen in der kassenärztlichen Versorgung
- ▶ durch zentrale Einrichtungen der KV
- ▶ durch Verbesserung der Zusammenarbeit, insbesondere der Kommunikation zwischen ambulantem Sektor und stationärem Sektor
- ▶ durch Stärkung der Zufriedenheit der Patienten und der Ärzte.

④ **Integration des medizinischen Fortschritts** in die Praxis des niedergelassenen Kassenarztes und gesicherter Einbau in die ärztliche Therapiefreiheit (Fachkundenachweise, Maßnahmen zur Qualitätssicherung)

### III. Instrumente

#### 1. Sicherung der Vergütungsstabilität und Entwicklung von Wachstumschancen

Angesichts der unter I.2 und I.3 aufgezeigten Entwicklungen muß nach Wegen gesucht werden, wie der *Anteil der ambulanten kassenärztlichen Versorgung am Gesamtausgabenvolumen der GKV* stabilisiert und mittel- bis langfristig erhöht werden kann. In diesem Zusammenhang wird die Möglichkeit zur Diskussion gestellt, durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen die wirtschaftliche Situation des ambulanten Sektors zu verbessern (I.6). Voraussetzung ist, daß dadurch die Versorgungsqualität nicht gefährdet, sondern gegebenenfalls sogar verbessert wird.

Der Vorschlag, Einsparungen, die nachweislich auf sparsames ärztliches Verhalten in anderen Leistungsbereichen, zum Beispiel bei der Arzneimittelverordnung, zurückzuführen sind, durch eine erhöhte Vergütung des Betroffenen zu honorieren, findet keine Zustimmung. Damit würde zwar ein Anreiz für ein kostengünstigeres Ordnungsverhalten gesetzt. Dieser Anreiz wäre jedoch mit dem Vorwurf des Honorarzuwachses zu Lasten der Patienten verbunden.

Stattdessen wird die Einführung von *Vergütungsregelungen* befürwortet, die den Zeitaufwand des Arztes für eine gezielte, auf sparsame Arznei- und Heilmitteltherapie gerichtete Betreuung vor allem chronisch kranker Patienten angemessen honorieren, wobei die Vergütung durch die Kassen nach Einzelleistung außerhalb von Begrenzungsregelungen der Gesamtvergütung erfolgen soll. Die Richtgrößen könnten zur Grundlage eines in diese Richtung zielenden *Beratungssystems* gemacht werden.

#### 2. Kostenreduzierung

Der Vorschlag durch *zentralen Einkauf von Sprechstundenbedarf* durch die KVen eine Kostenreduzierung zu erreichen, erscheint aus wettbewerbsrechtlichen Gründen problematisch. Die Kassenärzte sollten jedoch durch ihre KV bei der Selbstorganisation günstiger Ein-

kaufsmöglichkeiten (Einkaufsringe, -gemeinschaften der Kassenärzte) unterstützt werden. Die KVen sollen hierfür geeignete Empfehlungen erarbeiten.

#### 3. Entwicklungsmöglichkeiten zur gemeinschaftlichen Berufsausübung

Zum Zwecke der Praxiskostenreduzierung, der Sicherung von Versorgungsanteilen in der ambulanten Versorgung und der gemeinsamen Nutzung von Personal, Räumen und Apparaten ist die Bildung von *Gemeinschaftseinrichtungen* (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen) zu fördern. Unter Heranziehung repräsentativer Praxisstrukturanalysen (mit Aussagen über Qualität und Wirtschaftlichkeit) sollen neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit in der kassenärztlichen Versorgung auf ihre Brauchbarkeit und Zulässigkeit geprüft werden.

Dabei muß aber dem Gebot der *persönlichen Leistungserbringung* Rechnung getragen werden. Es bedarf einer klaren Definition der Leistungen, die persönlich, erforderlichenfalls auf dem Wege der Überweisung, zu erbringen sind. Die Zulässigkeit und die Grenzen einer gegenseitigen Vertretung müssen eindeutig festgelegt werden. Die KBV wird beauftragt, Richtlinien hierfür zu erarbeiten.

Eine *stärkere Konzentration der Medizintechnik* (in Form von Apparategemeinschaften) ist aus grundsätzlichen Erwägungen sowie aus Kostengründen notwendig. Dies darf allerdings eine zur bedarfsgerechten Versorgung notwendige Leistungserbringung in Einzelpraxen nicht gefährden. Die flächendeckende Versorgung muß erhalten bleiben. Es sind ausreichend lange Übergangsfristen einzuräumen, um eine evolutionäre Strukturveränderung zu gewährleisten.

#### 4. Stärkung der personellen Basis der Arztpraxis

Aus Gründen innerärztlicher Solidarität und im Interesse einer Integration des ärztlichen Nachwuchses ist eine verstärkte *Genehmigung zur Beschäftigung von Assistenten* in der Kassenpraxis sinnvoll. Dadurch soll vor allem die Möglichkeit der Weiterbildung in der Praxis ausgebaut und eine tragfähige Ausgangsbasis für eine eventuelle spätere Sozietätenbildung geschaffen werden.

Zur Wahrung der Grundsätze einer freiberuflichen kassenärztlichen Tätigkeit ist jedoch nach wie vor eine zeitliche und zahlenmäßige Begrenzung bei der

Genehmigung von Assistenten in der Kassenpraxis notwendig. Zur Prüfung der Tragfähigkeit einer angestrebten Sozietät erscheint eine Zeitspanne von zwei bis drei Jahren ausreichend.

#### 5. Stärkung der technischen Basis der Kassenarztpraxis

Zur Entwicklung neuer Nutzungsformen für medizinisch-technische Geräte siehe III.2 und III.3.

Der *Standort medizinisch-technischer Großgeräte in der ambulanten Kassenpraxis* ist gegenüber den verstärkten entgegengesetzten Bemühungen von Landesbehörden und Krankenhausträgern zu sichern.

Zum *Ausbau der EDV in der Arztpraxis* wird die EDV-Vorstandskommission Vorschläge erarbeiten.

#### 6. Eröffnung neuer Leistungsfelder

Angesichts der demographischen Entwicklung und sich wandelnder Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse ist zu prüfen, auf welchen Gebieten und in welchem Umfang ein Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf für das *Leistungsspektrum der kassenärztlichen Versorgung* besteht. Dies betrifft insbesondere *Aufgaben der Prävention und Rehabilitation, der geriatrischen Versorgung, der Betreuung chronisch Kranker, der ambulanten Pflege* (Besetzung des Feldes Pflege- und Schwerstpflegebedürftigkeit), der *Arzneimittelberatung*, aber auch die verstärkte *Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Berufen* (Sozialarbeiter, Psychologen) und *Selbsthilfegruppen* sowie eine insgesamt verbesserte Information der Ärzte über die entsprechende Infrastruktur. Zu prüfen ist ferner die Möglichkeit einer *Vereinbarung eines Berufskrankheitenverfahrens mit den Berufsge nossenschaften*.

#### 7. Entlastung von Regulierungsfolgen

*Richtlinien* resultieren zum Teil aus *gesetzlichen Vorschriften*, sind zum Teil aber auch *Folge fehlender staatlicher Qualitätsvorgaben*, zum Beispiel für die Zulassung medizinisch-technischer Geräte, oder *fehlender konkreter Fachkundanforderungen im Weiterbildungsrecht* der Kammern. Gleichwohl sollte der *Grundsatz* gelten: *so wenig Richtlinien wie möglich!*

Richtlinien müssen *gezielt auf erforderliche Fachkundenachweise oder Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Ap-*

parate-Anforderungen konzentriert und stärker an der Praxis orientiert werden. Den Kassenärzten muß der Sinn von Richtlinien stärker als bisher verdeutlicht werden. Das betrifft die *Schutzfunktion von Richtlinien* ebenso wie die Erläuterung der gesetzlichen Grundlagen und die Notwendigkeit einer *Sicherung der Qualität*. Der Kassenarzt muß wissen, daß *Selbstkontrolle besser ist als Fremdkontrolle*.

## IV. Schlüsselprobleme auf der Grundlage des SGB V

### 1. Ausbau der Prävention

siehe hierzu III.6. Im Hinblick auf den durch das GRG angestrebten Ausbau der Prävention muß das *Leistungsspektrum der kassenärztlichen Versorgung* ausgebaut werden. Mit den Krankenkassen sollten Verträge über Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V abgeschlossen werden.

### 2. Vergütungsfragen

Die Frage der künftigen Vergütung kassen-/vertragsärztlicher Leistungen betrifft drei Aspekte:

○ die Vergütung im Verhältnis zu den Krankenkassen,

○ die Gestaltungsspielräume der Honorarverteilung (inkl. der Nutzung zur Lösung von Strukturproblemen),

○ die Schaffung einer langfristigen Vergütungsstrategie.

#### 2.1

Entsprechend der bisherigen Zielrichtung ist die *Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung* als leistungsgerechter Vergütungsform freiberuflich ärztlicher Tätigkeit auf allen vertraglichen Ebenen – auch in stufenweiser Annäherung an dieses Ziel – zu betreiben; vor allem das Morbiditätsrisiko kann von den Kassenärzten nicht länger getragen und muß daher nach Abschluß der Erprobungsphase des EBM wieder von den Krankenkassen übernommen werden.

#### 2.2

Für das *Labor* (Kapitel O EBM) sind die Voraussetzungen einer Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung noch nicht gegeben. Es muß daher – jedenfalls zunächst – bei dem vereinbarten *Fallpauschale* verbleiben, wobei erwogen werden sollte, die Vergütung rationali-

sierungsfähiger Laborleistungen (Kapitel O II EBM) auch gegenüber dem behandelnden Arzt als Fallpauschale festzulegen mit der Maßgabe, daß der behandelnde Arzt die im Einzelfall erforderlichen Laborparameter in seiner Praxis erbringen oder von Gemeinschaftseinrichtungen der Kassenärzte beziehen kann (§ 105 Abs. 3 SGB V).

#### 2.3

Für *alle anderen Leistungen* sollte ein *Punktwert* mit den Krankenkassen vereinbart werden, wobei das Risiko einer unvermeidbaren Ausgabenentwicklung durch Vereinbarung von Fallpauschalen oder Fallwertzuwachsgrößen für Leistungsbereiche mit erkennbarer Mengenentwicklung aufgefangen werden kann. Werden aufgrund solcher Regelungen honorarbegrenzende Maßnahmen erforderlich, sollten sie nicht den vereinbarten Punktwert tangieren, sondern überproportionale Punktzahlenforderungen betreffen.

#### 2.4

*Langfristig* ist eine Strategie zu entwickeln, wie die medizinischen Komponenten des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität (Gewährleistung der medizinischen Versorgung auf dem im SGB V vorgeschriebenen Niveau, Stand der medizinischen Erkenntnis) ausgeschöpft werden können. In diesem Zusammenhang kommt der Verbesserung medizinischer Orientierungsdaten und Kostenstruktur-Analysen eine entscheidende Bedeutung zu. Auch der Einfluß der Arztzahlenentwicklung ist zu berücksichtigen. Die Bedarfsplanungsrichtlinien sollten zur besseren Verteilung der Ärzte stärker genutzt werden.

### 3. Problem der Entwicklung der Arztzahlen für die Kassenzulassung

Die Forderung der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gewährleistung einer ausreichenden Qualifikation des Allgemeinarztes im Zusammenhang mit der Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin („Fünf + Drei“-Regelung) wird bestätigt.

### 4. Strukturfragen

#### a. Hausärztliche und fachärztliche Versorgung

Nach § 73 Abs. 1 SGB V ist die kassenärztliche Versorgung hausärztlich und fachärztlich zu gliedern. Diese gesetzliche Vorgabe ist so zu gestalten, daß bei Aufrechterhaltung der freien Arztwahl *funktionale Arbeitsbereiche für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung* definiert werden. Eine *obligatorische*

*Vorschaltung der hausärztlichen Versorgung vor die fachärztliche Versorgung* (nach dem Vorbild des Primärarztmodells des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) *wird abgelehnt*.

Für die funktionale Gliederung der Arbeitsbereiche ist *folgende Regelung denkbar*:

● Definition typisch hausärztlicher Leistungen mit einer darauf zugeschnittenen Vergütungsregelung im EBM (zum Beispiel Erhebung des Gesamtstatus, Besuchstätigkeit, Dokumentation, Koordination der Inanspruchnahme anderer Ärzte durch Überweisung)

● Definition zusätzlicher hausärztlicher Leistungen, die einer durch Weiterbildung oder Fachkundenachweis zu erbringenden besonderen Qualifikation bedürfen

● Definition typisch fachärztlicher Leistungen

● Definition von Weiterbildungsgebieten, die wegen des hohen Spezialisierungsgrades und der fachlichen Ausrichtung nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (IV.6).

Ob und inwieweit in der Person eines Arztes hausärztliche und fachärztliche Funktionen miteinander verbunden werden können, ist zu prüfen. In jedem Fall bedürfte die Einführung einer solchen funktionalen Arbeitsteilung einer zehn- bis fünfzehnjährigen Übergangsregelung für bereits niedergelassene Ärzte, um Besitzstände zu wahren und Investitionsverluste auszuschließen.

#### b. Künftige Behandlung von Krankenhausarzttermächtigungen

Die *persönliche Ermächtigung* von Krankenhausärzten bei nachgewiesenem Bedarf für die ambulante Versorgung ist ein sinnvolles Instrument zur Sicherstellung der Versorgung und im Interesse der Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zur Begrenzung der prästationären Diagnostik und poststationären Krankenhausbehandlung beizubehalten.

Dies gilt insbesondere für die Ermächtigung zur Durchführung von Konsiliaruntersuchungen. In jedem Fall muß die Anforderung an die persönliche Leistungserbringung erfüllt sein. Die institutionelle Ermächtigung sollte wegen der nicht an die Person eines qualifizierten Arztes gebundenen Verantwortung für die Leistungserbringung die Ausnahme bleiben.

### c. Problem der Medizintechnik

Der weiteren Klärung bedürfen folgende Fragen:

▷ Welche Rolle nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig im Großgeräteausschuß ein?

▷ Können Verfahrensregelungen in die Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eingeführt werden, die die Eigenständigkeit der Großgeräteplanung für den ambulanten Versorgungsbereich so weit wie möglich gewährleisten?

▷ Wie kann die Großgerätenutzung für die ambulante Praxis auf Dauer gesichert werden (Zentralisierung? Zentralisierung mit Nutzungsoptionen für andere?)?

▷ Förderung von Apparategemeinschaften unter Einbeziehung von Laborärzten und Radiologen?

▷ Auflagen zur Gestattung einer Mitbenutzung durch andere Ärzte bei einer Standortgenehmigung?

▷ Bildung KV-eigener Einrichtungen für besonders aufwendige Großgeräte?

Im übrigen siehe III.5

### 5. Förderung des Abrechnungswesens mit EDV

Zur Abrechnungserleichterung und zur Verhütung von Mißbrauch sollten die Anstrengungen zur *Weiterentwicklung der Abrechnungs-Software* intensiviert werden.

Im übrigen siehe III.5

### 6. Folgerungen aus der Einführung der Krankenversichertenkarte

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte verbindet sich insbesondere das *Problem der unkontrollierten Mehrfach-Inanspruchnahme von Ärzten* durch die Versicherten. Deshalb sind *technische Möglichkeiten* der Einschränkung von Mehrfachinanspruchnahmen zu prüfen. Ferner ist die *Überweisungsproblematik* zu klären. Zu prüfen ist ferner die Einschränkung der Inanspruchnahme von Radiologen, Laborärzten, Nuklearmedizinern, Pathologen, Anästhesisten auf Überweisung durch andere Ärzte.

Aus dem Risiko der Mehrfach-Inanspruchnahme resultieren auch vergütungsmäßige Konsequenzen. Auch von daher muß das *Fallzahlrisiko* von den Krankenkassen übernommen werden.

Mit der Einführung der Versichertenkarte sind finanzielle Auswirkungen auch für die Ärzte zu erwarten (*Zusatzinvestitionen*). Der mit der Einführung

verbundene Umstrukturierungsaufwand muß von den Krankenkassen übernommen werden (zum Beispiel Kosten für Imprinter und erforderliche EDV-Umrüstung).

### 7. Verhältnis zum Krankenhaus

#### a. Problemkreis: vor- und nachstationäre Versorgung

Bei diesem Problemkreis stehen vor allem folgende Aspekte zur Diskussion:

▷ Die Verpflichtung zur Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung

▷ die Begrenzung der vorstationären Diagnostik auf bestimmte operative Leistungen

▷ die Entscheidung über die Durchführung einer vorstationären und nachstationären Versorgung durch Krankenhausfachärzte

▷ die Frage der Vergütung vor- und nachstationärer Versorgung (pauschaliert?)

▷ die individuelle Berechtigung zur Durchführung der vor- und nachstationären Versorgung durch Bedürfnisprüfung der Krankenkassen, KVen und Krankenhausärzterorganisationen.

#### b. Institutionelle Ermächtigungen

Eine institutionelle Ermächtigung sollte in der Regel nur dann ausgesprochen werden, wenn Bedarf besteht und keine persönliche Ermächtigung eines Krankenhausarztes möglich ist.

### 8. Qualitätssicherung

Das SGB V schreibt Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich vor. Vor diesem Hintergrund und gemäß dem Grundsatz „Selbstkontrolle ist besser als Fremdkontrolle“ sollten folgende Maßnahmen diskutiert werden:

▷ Einführung von Fachkundenachweisen, insbesondere für Leistungen, die nicht typischerweise in die hausärztliche Versorgung gerechnet werden können und die nicht zum zwingenden Inhalt der Weiterbildung in bestimmten Fachgebieten nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung gehören (Notwendigkeit der Vereinbarung mit den Krankenkassen).

▷ Ausbau von Maßnahmen der Qualitätssicherung, soweit Qualitätsstandards eindeutig festgelegt werden können.

▷ Vereinbarungen von Apparateanforderungen mit den Krankenkassen, wobei gleichzeitig die Kostentragung zu klären ist. □

## Erinnerung an Siegfried Häußler

Zu Beginn der Kölner Sitzung der KBV-Vertreterversammlung vom 9. September hatte der Vorsitzende der VV, Dr. med. Horst Kohne, des am 16. August 1989 verstorbenen Professors Dr. Siegfried Häußler gedacht. Dr. Kohne würdigte den „Mann der ersten Stunde in der Berufspolitik, der von Anfang an an herausragender Stelle gestanden hat“. Bei seinem Antritt zum Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sei eine seiner vornehmsten Eigenschaften zum Tragen gekommen: seine Bereitschaft zum Dienen. Dr. Kohne: „In einer schwierigen Situation der deutschen Kassenärzte folgte Professor Häußler dem Drängen der Vorsitzenden der Länder-KVen, diese Amtsperiode für vier Jahre zu übernehmen – ohne wenn und aber.“ Dies nötige Respekt und Ehrerbietung ab.

### Neuer Anfang mit Mut und Energie

Neben dem unter den Ehren Gästen anwesenden Vorsitzenden des „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“, Dr. Heinz Matzke; dem BMAuS-Regierungsdirektor Dr. Wanner; dem Geschäftsführer des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen, Udo Schulte-Mimberg, und dem Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Professor Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, galt ein Gruß des Vorsitzenden der Vertreterversammlung dem Ehrenvorsitzenden der KBV, Dr. Hans Wolf Muschallik. Dr. Kohne stellte dieser Sitzung der VV in Köln ein Zitat Muschalliks „als Grundtenor“ voran:

„Ein neuer Anfang im System der medizinischen Versorgung wird unvermeidlich sein. Hoffen und wünschen kann ich nur, daß sich dann, wie 1945, Persönlichkeiten finden, die Mut, Energie und Vision haben, um dieser Neuordnung jene menschliche Grundlage zu bewahren, ohne die ärztliche Tätigkeit für mich nicht denkbar ist.“ KR