

Allerdings kann die Kassenärztliche Vereinigung auch Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen (etwa der Psychotherapie) erbringen, die Zuordnung ausschließlich zur fachärztlichen Versorgung gestatten.

Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie (Radiologische Diagnostik) können, so postuliert das KBV-Konzept, nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Das gleiche gilt für ermächtigte Ärzte.

Das Leistungsspektrum der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte soll sich nach den weiterbildungsrechtlichen Vorschriften sowie der Erfüllung jeweils vorgegebener Qualifikationsanforderungen richten. Zur fachärztlichen Versorgung gehört nicht eine *regelmäßige Hausbesuchstätigkeit*. (Allerdings gibt es auch Ausnahmen, etwa, wenn der Urologe „seinen“ Patienten nach einem urologischen Eingriff zu Hause besucht und ärztlich versorgt).

Überweisungen unter Ärzten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, sind prinzipiell auf die Ergänzung der gebietsbezogenen Diagnostik und Therapie des überweisenden Arztes zu beschränken.

## Medizinischer Dienst

# Weder Spitzeldienst noch Superkontrolle

Rundherum positiv schätzt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung den neugeschaffenen „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern“ ein. Mit derzeit 225 eigenen Ärzten und externen Mitarbeitern, die sich auf 114 Haupt- und Nebenstellen verteilen, sei die Nachfolge-Organisation des Vertrauensärztlichen Dienstes weder eine Superkontrollbehörde noch ein Spitzeldienst der Krankenkassen. Vielmehr gewährleiste er auf Landesebene eine wohnortnahe Aufgabenerfüllung.

Der überweisende Arzt soll sicherstellen, daß Befundmitteilungen, -berichte und Arztbriefe auch dem Hausarzt zur Kenntnis gebracht werden.

Falls im Rahmen der fachärztlichen Versorgung eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist, soll der Facharzt an einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt überweisen.

## Übergangsregelungen notwendig

● Ein so umfassendes perspektivisches Strukturmodell bedarf großzügiger Übergangsregelungen nach Inkrafttreten der Neuregelung. Die KBV schlägt dazu einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren vor – ein Zeitraum, der ausreichen dürfte, um „Besitzstände“ zu wahren und die bereits im Studium befindlichen Aspiranten zu orientieren.

Da das geltende Weiterbildungsrecht durch das KBV-Strukturkonzept mittelbar berührt wird, resultiert daraus gegebenenfalls auch Handlungsbedarf zur Überarbeitung und Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung, vor allem im Fach „Innere Medizin“. Ein Gespräch auch über diese Frage hat die KBV mit der Bundesärztekammer aufgenommen. Dr. Harald Clade

von Kuren und für ungewöhnlich aufwendige Leistungen, wie sie beispielsweise in der Kieferorthopädie und bei der künstlichen Befruchtung anfallen. Doch auch bei Pflegesatzverhandlungen, beim Prüfgeschäft und bei der Beurteilung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden steht der Medizinische Dienst zur Verfügung.

In der neugegründeten, als sachgerecht und zeitgemäß eingestuften Organisation, die in Bayern am 1. November 1989 ihren Dienst aufnahm und jetzt in Würzburg der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, sieht das Staatsministerium „ein Stück Umsetzungsrealität der Gesundheitsreform, mit der die Krankenkassen in Bayern auch ihre gemeinsame Handlungsfähigkeit bewiesen haben“.

Mit diesem Hinweis wird nachdrücklich das Novum hervorgehoben, daß die Kosten des landesweit organisierten Dienstes, entsprechend ihrem Mitgliederanteil, von allen Kassenarten Bayerns gemeinsam getragen werden.

## Flankierendes Element zur Strukturreform

Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung sieht im neuen Medizinischen Dienst ein „flankierendes Element“, das an entscheidender Stelle dazu beiträgt, daß die Ziele der Gesundheitsreform erreicht werden können. Zur Stabilität der Beitragssätze und zu möglichen Beitragssenkungen habe er bereits erkennbar beigetragen. Vor diesem Hintergrund sah sich das Ministerium sogar dazu animiert, eine Klinge für den Bonner Bundesgesundheitsminister zu schlagen: Wenn die kritischen Stimmen zum GRG jetzt sehr viel leiser geworden seien, so habe dies seinen guten Grund: „Es hätte keine realistische Alternative gegeben.“

Schließlich fiel auch noch ein Extrabonbon für die Versicherten ab: Sie brauchten nicht zu befürchten, nun in größerem Ausmaß als bisher untersucht zu werden – oft genüge völlig eine Prüfung anhand der Akten. KG