

# Standesvertreter stellten vor 50 Jahren die Weichen

*Die damals beschlossenen Entscheidungen in der Gesundheitspolitik bescherten den Ärzten gute Jahre und bestimmen noch heute die gesundheitspolitische Landschaft.*

von Jürgen Brenn

**O**b freie Arztwahl, Vielfalt der Krankenkassenlandschaft, Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Einteilung in ambulante und stationäre Versorgung – viele Grundpfeiler, auf denen das heutige deutsche Gesundheitswesens ruht, sind vor rund 50 Jahren mit Hilfe der Vertreter der Ärzteschaft gesetzlich festgelegt worden. Die ärztlichen Standespolitiker verstanden es meisterlich, die ersten politischen Weichenstellungen für die Ärzteschaft positiv zu beeinflussen, so Dr. phil. Thomas Gerst, Historiker und Mitarbeiter der Redaktion des *Deutschen Ärzteblattes*, kürzlich bei einem Vortrag an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf.

## Zwischen materieller Not und politischer Abwehr

Der Zusammenbruch der öffentlichen Ordnung und die katastrophale Gesundheitslage der deutschen Bevölkerung begünstigte nach seiner Darstellung die Entscheidung der Besatzungsmächte, im Gesundheitswesen nach Ende des 2. Weltkrieges zunächst einmal keine großen Änderungen vorzunehmen. Die Ärzteschaft selbst hatte erhebliche interne Schwierigkeiten zu meistern. So galt es, die große Zahl von Vertriebenenärzten, Heimkehrer und notapprobierte Jungärzte in Lohn und Brot zu bringen.

Gleichzeitig mussten sich die Ärztekammern Bestrebungen der Alliierten erwehren, was deren Stellung als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder die geplante Re-

form der Sozialversicherung betraf. „Die Auseinandersetzung mit der von den Alliierten geplanten Reform der Sozialversicherung entwickelte sich zum beherrschenden Thema ärztlicher Standespolitik in den Jahren 1946/47“, so Gerst.

Ziel der Reform war es, eine einheitliche Versicherungsanstalt für Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung in jedem Land zu schaffen. Alle Arbeiter und Angestellten sollten in die Versicherung einen Einheitsbetrag von 20 Prozent des Lohns einzahlen, der je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen werden sollte. Sowohl in der französischen wie auch in der sowjetischen Zone waren bereits Anfang 1946 einheitliche Versicherungsträger geschaffen worden, sagte Gerst. Hingegen entwickelte sich in der britischen und amerikanischen Zone eine breite Diskussion um die Zukunft der Sozialversicherung. Privat- und Ersatzkassen wehrten sich gemeinsam mit der Ärzteschaft gegen das Vorhaben des Alliierten Kontrollrates, allerdings aus verschiedenen Motiven heraus. Während sich die Kranken-

kassen in ihrer Existenz bedroht sahen, befürchteten die Ärzte eine „Beeinträchtigung wirtschaftlicher Interessen“ und sahen „die Freiheit des ärztlichen Berufsstandes bedroht“, so Gerst. Dr. Karl Weiler, Präsident der bayerischen Landesärztekammer, malte die Zukunft damals in düsteren Farben: „Die Ärzte sind damit in der Tat aus einem freien wissenschaftlichen Beruf zu Angestellten der Sozialversicherung geworden. Die Ärzteschaft ist sozialisiert.“

## Ärztekammern machten Druck

Um ihren Argumenten in der Öffentlichkeit Nachdruck zu verleihen, beschlossen die Ärztekammern der amerikanischen Zone Mitte des Jahres 1946, das weitere Vorgehen mit den Vertretern der beiden anderen Westzonen abzustimmen. So organisierten die Kammern einen öffentlichkeitswirksamen sozialpolitischen Kongress, auf dem die organisierte Ärzteschaft ihre gemeinsame ablehnende Stellungnahme gegen das Reformvorhaben deutlich machte.

„Die Veranstaltung geriet ganz im Sinne der Veranstalter zu einer Manifestation gegen die Einheitsversicherung“, stellte Gerst fest. Der Protest zeigte Wirkung. Im November 1946 vertrat der US-Militärgouverneur Lucius D. Clay – noch intern – die Meinung, dass die Alliierten eine neue Sozialversicherungsordnung nicht über die Köpfe der Deutschen hinweg durchsetzen sollten. Dies wurde später zur offiziellen Haltung, auch unter dem Ein-



Dr. phil. Thomas Gerst, Historiker und Redakteur des „Deutschen Ärzteblattes“, beleuchtete kürzlich bei einem Vortrag an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf die Entstehung des Kassenarztrechts.

*Dr. phil. Thomas Gerst, Historiker und Redakteur des „Deutschen Ärzteblattes“, beleuchtete kürzlich bei einem Vortrag an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf die Entstehung des Kassenarztrechts.*

Foto: privat

druck des heraufziehenden Kalten Krieges.

Im März 1947 schufen Krankenkassen und die Ärzteschaft die „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung“ (GVG). Die GVG sollte als gemeinsame Plattform gegen die Einheitsversicherung dienen. Von den Ärztekammern Schleswig-Holstein und Niedersachsen nahmen an der Gründungsveranstaltung Dr. Karl Haedenkamp und Dr. Ludwig Sievers teil. Daneben konnten Dr. jur. h.c. Maximilian Sauerborn und Josef Eckert mit in die Arbeit eingebunden werden. Beide Männer waren ehemalige „unbequeme“ Mitarbeiter im Reichsarbeitsministerium. Sie gelangten in Schlüsselpositionen im bayerischen Arbeitsministerium und später in das Bundesarbeitsministerium. Beide waren auch bereits während der NS-Zeit entschiedene Gegner der Einheitsversicherungspläne. Besonders Sauerborn und Haedenkamp kannten sich bereits aus der Zeit vor 1933 gut, als sie das Kassenarztrecht mitgestaltet hatten. Diese persönlichen Beziehungen zwischen Ministerialmitarbeitern und Vertretern der Ärzteschaft sollten sich für die Ärzteschaft als sehr nützlich erweisen.

### **Kassenarztrecht**

Die Diskussion um das Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und den Krankenkassen regelte die Bundesregierung abschließend mit dem „Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen“ (Kassenarztrecht) im Jahre 1955. Das Kassenarztrecht legte den Grundstein für die sektorale Patientenversorgung, den Status der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und ihren Versorgungsauftrag im ambulanten Bereich sowie die freie Arztwahl.

Die Entwicklung des Gesetzes zeigt nach Auffassung von Gerst in „exemplarischer Weise sowohl den Umgang mit einem innerhalb der

organisierten Ärzteschaft umstrittenen Thema der Standespolitik als auch die Durchsetzung ärztlicher Standesinteressen im politischen Raum“.

Die Neuregelung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und den Niedergelassenen wurde notwendig, da die in der NS-Zeit geschaffene Ordnung keine Rechtsgrundlage mehr darstellte. Damit war das Verhältnis gesetzlich gesichert und die Ärztinnen und Ärzte waren in punkto Honorar auf freiwillige Zugeständnisse der Krankenkassen angewiesen.

### **Ärzte klar im Vorteil**

Die personelle Konstellation für ein Kassenarztrecht, das den Interessen der Ärztinnen und Ärzte Rechnung trägt, war nach der Wahl zum ersten deutschen Bundestag und der Regierungsbildung der bürgerlichen Parteien im Jahre 1949 denkbar gut. Maximilian Sauerborn wurde Staatssekretär und Josef Eckert Ministerialdirektor im Bundesarbeitsministerium. Dr. Ludwig Sievers war nun auch Vorstandsvorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen“, der späteren Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Karl Haedenkamp war Hauptgeschäftsführer der 1947 gegründeten „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“, aus der die Bundesärztekammer hervorging.

So hatten die Standesvertreter im Arbeitsministerium Ansprechpartner, bei denen sie mit ihren Vorstellungen über die Ausgestaltung des Kassenarztrechts offene Türen einrannten. Als Grundlage für eine gesetzliche Regelung nahm das Ministerium den von Sievers erarbeiteten Entwurf. In einem Arbeitsausschuss konnten Vertreter der Kassenärzte und der Krankenkassen ihre Vorstellungen in die Gesetzesvorlage einfließen lassen. Die Vertreter der Ärzteorganisationen gingen im Arbeitsministerium praktisch ein und aus und konnten ihre

Ideen auch unter Ausschluss der Krankenkassen einbringen. Der damalige Justitiar der beiden Ärzteorganisationen, Dr. jur. Arnold Hess, sagte über die Möglichkeiten der Ärzte, „daß nichts an dem Gesetzentwurf geschieht, ohne daß wir vorher gehört werden und dann immer die Gelegenheit haben, die Sache abzubiegen“. Erst Anfang 1952 rochen die Krankenkassen Lunte und gingen in die Offensive.

Allerdings war zu diesem Zeitpunkt die Grundaussrichtung des Gesetzentwurfes festgelegt: Ausschließlich die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten den ambulanten Versorgungsauftrag übernehmen. Damit waren die Krankenhausambulanzen ausgeschlossen und die Krankenkassen sollten keine Ambulatorien mehr einrichten können. Dazu kam die freie Arztwahl sowie die gesetzliche Zusicherung der freien Behandlungs- und Ordnungsweise der Kassenärzte. Sievers war stolz auf den Gesetzentwurf, denn den Ärzten sei gelungen, das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen so zu regeln, „daß der ursprüngliche Arbeitgeber auf sein Recht verzichtet hat, den Arzt als Arbeitnehmer anzustellen“, wie er Anfang 1952 feststellte.

### **DKG als Bremser**

Der Gesetzentwurf wurde allerdings nicht nur von den Krankenkassen attackiert. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wehrte sich gegen die Bestimmungen, die die Krankenhäuser von der ambulanten Versorgung ausschlossen, so Gerst. Die DKG fand im Bundesinnenministerium Unterstützung und konnte zunächst verhindern, dass der Entwurf vom Kabinett verabschiedet wurde. Auch ein Brief von Sievers an Bundeskanzler Konrad Adenauer konnte daran nichts ändern.

Nun gingen die ärztlichen Standesorganisationen ebenfalls in die Offensive. Die Bundesärztekammer hielt öffentlichkeitswirksam Ende November einen außerordentlichen

Deutschen Ärztetag in Bonn ab, „der sich ausschließlich mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf befassen und eine einmütige öffentliche Stellungnahme der ärztlichen Landesvertreter herbeiführen sollte“, erklärte Gerst. Schließlich einigten sich Ärzte und DKG auf einen gemeinsamen Änderungsvorschlag.

#### Ärztliche Abgeordnete leisteten erfolgreiche Arbeit

Gleichzeitig formierte sich massiver Widerstand auf Seiten der Krankenkassen, die sich zu „reinen Zahlstellen degradiert“ fühlten, so Gerst. An der Kritik der Kassenverbände scheiterten die Ausschussberatungen des Bundestages. Das Gesetz konnte nicht mehr vom ersten Bundestag verabschiedet, sondern musste nach der Wahl erneut eingebracht werden. In den Ausschüssen hatte die Landesvertreter

keinen direkten Einfluss mehr. „Die ärztlichen Bundestagsabgeordneten sorgten mit vereinten Kräften dafür, dass in den Beratungen der Bundestagsausschüsse nicht nur Veränderungen des Gesetzentwurfs zuungunsten der Kassenärzte unterblieben, sondern noch neue Bestimmungen eingebaut wurden, die den Forderungen der Landespolitik entsprachen“, stellte Gerst fest. Nicht zuletzt regelmäßige Abstimmungen mit Spitzenvertretern der Kammern und KVen gewährleisteten ein einheitliches Vorgehen der Abgeordneten in den Ausschussberatungen.

Auch setzten sich die Abgeordneten in ihren Fraktionen für eine einvernehmliche Haltung ein, so dass am 25. Mai 1955 eine überwältigende Mehrheit der Bundestagsabgeordneten für das Gesetz zum Kassenarztrecht stimmte.

Als Hauptgrund für den „bedeutenden berufspolitischen Er-

folg“ sieht Gerst vor allem die „enge Abstimmung der ärztlichen Landesführung mit dem Bundesarbeitsministerium“ und den aktiven, fraktionsübergreifenden Einsatz der ärztlichen Bundestagsabgeordneten. Das Kassenarztrecht „führt in der Folge zur Ausprägung eines Gesundheitssystems, das sich bis heute als resistent gegenüber allen Versuchen zur engeren Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich erwiesen hat“, so Gerst.

Das Gesetz ermöglichte den Kassenärzten von Ende der 50er Jahre bis zu den ersten Kostendämpfungsgesetzen Mitte der 70er Jahre, überdurchschnittlich hohe Einkommenssteigerungen zu erzielen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung wesentlich zu verbessern, die Attraktivität des Arztberufs zu steigern und gleichzeitig die ärztliche Arbeitslosigkeit gegen Null zu senken.

### Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)

Ärztchammer Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

#### Fortbildungsveranstaltung

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

#### „Schwindel, Synkopen, Kopfschmerz“

#### Differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte – gutachtliche Erfahrungen

<b>Datum:</b>	Mittwoch, 11. September 2002, 16.00 Uhr – 19.00 Uhr
<b>Ort:</b>	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln, Saal 5.01
<b>Begrüßung</b>	Dr. med. Peter Potthoff, Stellv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
<b>Einführung</b>	Dr. med. Klaus Uwe Josten, Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein
<b>Moderation</b>	Prof. Dr. med. Werner Kaufmann, Stellv. Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
<b>Beurteilung cerebraler Symptome</b>	
... aus der Sicht der Neurologie	Prof. Dr. med. Johannes Noth, Direktor der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen
... aus der Sicht der Kardiologie und Angiologie	Prof. Dr. med. Friedhelm Saborowski, Chefarzt der Medizinischen Klinik, Krankenhaus Holweide, Köln
... aus der Sicht der Endokrinologie	Prof. Dr. med. Wilhelm Krone, Direktor der Medizinischen Klinik II und Poliklinik der Universität zu Köln
... aus der Sicht der Neurochirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Bock, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Düsseldorf
Zur Diskussion aufgefordert	Dr. med. Heinrich Antz, 1. Vorsitzender der Kreisstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Dr. jur. Bolko Schreiber, Stellv. Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
<b>Schlusswort</b>	Prof. Dr. med. Kaufmann
<b>Hinweis</b>	Anmeldung nicht erforderlich
<b>Sonstiges</b>	AiP-anerkannt
<b>Zertifiziert</b>	4 Punkte
<b>Rückfragen unter</b>	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein Geschäftsführerin: Frau Dr. med. M. Levartz, Tersteegenstraße 31, 40474 Düsseldorf Tel.: (49) 0211 / 43 02-557, FAX: (49) 0211 / 43 02-558, E-Mail: IQN@aekno.de