

Leitsätze und Direktiven für die deutschen Aerzte in ihrem Kampfe gegen die Krankenkassen.

Geschäftsausschuß des Aerztevereinsbundes sowie Aufsichtsrat, Beirat, Vorstand und Vertrauensmännerversammlung des Leipziger Verbandes haben am 7. XII. folgende Beschlüsse etc. gefaßt.

Leitsätze.

1. Der Kampf richtet sich gegen die Kassenvorstände und die Kassenverwaltungen, nicht gegen die Versicherten. Es liegt deshalb nicht im Interesse der Versicherten, in der von den Krankenkassenverbänden öffentlich angedrohten Weise gegen die Aerzte Partei zu ergreifen.
2. Je schärfer die Waffen sind, die wir gebrauchen, desto schneller wird der Kampf entschieden.
3. Eine Kampfvorschrift, die für alle Fälle paßt, läßt sich nicht geben, es muß dabei auf die örtlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden.
4. Beim Eintritt des Kampfzustandes ist zu unterscheiden, ob es sich um die ärztliche Behandlung von Versicherungsfällen handelt, in denen beim Inkrafttreten der RVO. die Leistungspflicht der Krankenkasse nach altem Recht noch fort dauert, oder ob die Leistungspflicht erst mit oder nach dem 1. Januar 1914 eintritt. (Artikel 30 des Einführungsgesetzes.)
5. Beim Eintreten des vertragslosen Zustandes ist zu unterscheiden ob:
 - a) die Anwendung des § 370 ausschließlich dazu dient, die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, die Kassenvorstände also nur ermächtigt werden und sich darauf beschränken, die Barent-

schädigung lediglich zur Bestreitung der Arzt- und Arzneikosten zu gewähren;

b) oder es sich die Versicherten gefallen lassen, daß im Erkrankungsfalle ihre Behandlung und Begutachtung in „einer Art von Poliklinik, die eigens zu diesem Zwecke errichtet wird, oder durch Kassenkontrolleure, Gemeinde- und Gutsvorsteher, Arbeitgeber, Hebammen, Schwestern und andere Personen von hinreichender Zuverlässigkeit und Sachkunde“ (Kurpfuscher) erfolgt, und

c) auswärtige Kassenärzte und sogenannte Vertrauensärzte herangezogen worden sind, und ob etwa für einzelne Teile des Kassenbezirkes die Kasse mit Aerzten einig geworden ist.

Direktiven.

1. Für den Fall, daß die Leistungspflicht der Krankenkasse nach altem Rechte fortbesteht, haben die Kranken unter allen Umständen den Anspruch auf direkte Bezahlung des Arztes durch die Krankenkasse. Die bisherigen Kassenärzte sollen deshalb ihre schon in Behandlung befindlichen Kranken, gleichgültig, ob arbeitsfähig oder nicht, weiter behandeln und ihnen Krankenscheine ausstellen, sofern nicht die Kranken selbst oder die Kasse auf die Behandlung verzichten und nicht andere Nothelfer vorhanden sind. Bei Fortführung der Behandlung ist diese zu berechnen nach den Mindestsätzen der staatlichen Gebührenordnung, Krankenschein mit 2 M. Bei der Behandlung haben sich die Aerzte im Interesse des Heilerfolges ausschließlich von den Erfordernissen des Krankheitsfalles und den subjektiven Beschwerden der Kranken, nicht von etwaigen Forderungen der Kassenverwaltungen leiten zu lassen.

2. Für alle Versicherungsfälle, die erst nach dem 1. Januar 1914 eintreten, gilt, sofern die Barentschädigung nur für die Bezahlung der ortsansässigen Aerzte verwendet wird und Behandlung und Begutachtung diesen allein und ausschließlich verbleibt, folgende Bestimmung:

A. Die kassenärztlichen Lokalorganisationen haben bekannt zu machen, daß die Aerzte verpflichtet sind, vom Tage des Eintretens des vertragslosen Zustandes ab die Behandlung und Begutachtung der Versicherten nur nach den ortsüblichen Sätzen der Privatpraxis (Besuch M, Beratung in der Sprechstunde M, Krankenscheine mindestens M 2.—) zu gewähren. Die Bekanntgabe hat zu erfolgen

1. durch Inserat in öffentlichen Blättern, wöchentlich zweimal,
2. durch briefliche Mitteilung an das Versicherungsamt und an die Krankenkassen,
3. durch Plakate in möglichst großer Schrift im Warte- und Sprechzimmer.

B. Mit der brieflichen Mitteilung (Direktive 2 A 2) ist gleichzeitig an das Versicherungsamt die Aufforderung zu richten, den Berechtigten nach § 119, letzterer Absatz, RVO. zu genehmigen, daß sie ihre Ansprüche aus dem § 370, soweit sie die ärztliche Behandlung betreffen, auf ihren Arzt übertragen. Der Brief ist etwa Mitte Dezember zu schreiben und Antwort bis etwa 26. oder 27. Dezember zu erbitten. Die Antwort ist zu veröffentlichen.

C. Für den Fall, daß das Versicherungsamt diese Genehmigung nach § 119 erteilt, ist in jedem Falle vor Eintritt in die Behandlung dem Versicherten ein Revers vorzulegen, durch den er die Abtretung seiner Ansprüche an den behandelnden Arzt und dessen Gebührenberechnung unterschriftlich anerkennt. Handelt es sich um einen erwerbsfähigen Kranken, so empfiehlt es sich, von ihm bei Eintritt in die Behandlung einen Betrag (2 M) hinterlegen zu lassen, der ihm zurück-erstattet wird, sobald er sich beim Arzt wieder einfindet, um die Beendigung der Behandlung feststellen zu lassen. In Fällen, die nur eine einmalige Behandlung erfordern, muß Barzahlung gegen Quittung verlangt werden. Hierauf ist in dem Wartezimmerplakat aufmerksam zu machen. Kassenpatienten, die ihre Zugehörigkeit zu einer Kasse nicht einwandfrei nachweisen können und denen deshalb der Revers nicht vorgelegt werden kann, muß unter allen Umständen ein nach Lage des Falles angemessener Vorschuß abverlangt werden. Sofort nach Beendigung der Behandlung ist Rechnung zu stellen (s. Direktive E).

D. Wenn das Versicherungsamt die Genehmigung nach § 119 ablehnt, so ist in allen Fällen bei der ersten Beratung ein der Art des Krankheitsfalles und dem voraussichtlichen Umfang der zu leistenden ärztlichen Behandlung entsprechender Vorschuß zu verlangen und darüber Quittung zu verabfolgen. Sofort nach Beendigung der Behandlung ist Rechnung zu stellen (s. 2 E).

E. Alle Rechnungen ohne Ausnahme gehen zunächst an die kassenärztliche Lokalorganisation und werden von dieser entweder an die Krankenkasse direkt (Direktive 1 und 2 C) oder dem Kranken (Direktive 1 D) übersandt. Im Falle 2 C ist der Revers beizufügen und außerdem in allen Fällen eine Angabe über empfangene Vorschüsse zu machen.

Die Kassenarztvereine stellen dem Behandelnden für die Bezahlung eine kurze Frist (nicht länger als eine Woche). Erfolgt bis dahin keine Zahlung, sind die Forderungen gerichtlich einzuziehen.

F. Auf dem Lande muß öffentlich bekannt gemacht werden, daß dem Arzte Fuhrwerk unentgeltlich zu stellen ist, weil die nach § 370 dem Versicherten zustehenden Beträge für die Kosten des Fuhrwerkes

nicht hinreichen. Dasselbe muß bei jeder Bestellung des Arztes dem Boten aufgegeben werden.

3. Wenn zum Zwecke der Bekämpfung der Aerzte Polikliniken oder sogenannte Beratungsanstalten eingerichtet, Vertrauensärzte ohne Zustimmung der ärztlichen Organisation angestellt und neue Aerzte zur Behandlung der Versicherten herangezogen werden oder die Kasse sich für einzelne Teile ihres Bezirkes oder ihrer Versicherten mit Aerzten versorgt hat, wenn die Behandlung und Begutachtung durch Kassenskontrolleure, Gemeinde- und Gutsvorsteher, Arbeitgeber, Hebammen, Schwestern und andere Personen oder durch niederes Heilpersonal einführt, so ist die Begutachtung und Behandlung der Kranken diesen Personen allein zu überlassen.

4. Es ist unabweisliche Pflicht der Lokalorganisationen, ihre Mitglieder zur strengen Durchführung dieser Direktiven anzuhalten und durch eine gerechte Verteilung der von ihnen einzuziehenden Honorare die Wirkung eines etwaigen Boykottes einzelner Aerzte auszugleichen.

5. Mit den Krankenhausärzten sowie den Leitern und Inhabern von Polikliniken ist eine Verständigung darüber herbeizuführen, in welcher Weise ein Mißbrauch ihrer Institute durch die Kassenvorstände zur Bekämpfung der Aerzte zu verhindern ist.