

Bundestagsfraktion ein Entwurf zur Schaffung eines deutschen Rates für Krebshilfe, der die bisher auf diesem Gebiet bestehenden Aktivitäten koordinieren und im Wege von Staatsverträgen zwischen Bund und Ländern die Effizienz der Krebsbekämpfung erhöhen soll – ein sicher noch sehr sorgfältig zu beratendes Vorhaben! Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion startete weiterhin eine Initiative, die Prüfpflicht für medizinisch-technische Geräte gesetzlich zu regeln. Aufgrund interfraktioneller Vereinbarungen soll dies durch einen entsprechenden Pausus in dem sogenannten Maschinenschutzgesetz geschehen.

### ... Gesundheits-sicherstellungs-Gesetz

Zu begrüßen ist, daß sicher nicht zuletzt aufgrund wiederholter Initiativen des Deutschen Ärztetages ein Referentenentwurf für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz erarbeitet wurde. Dieser Entwurf erfordert natürlich noch eingehende weitere Beratungen, insbesondere auch deshalb, weil er sich bisher schwergewichtig auf den Spannungs- und Verteidigungsfall beschränkt. Nach Auffassung der Ärzteschaft sollten Regelungen aber auch für Katastrophenfälle anderer Art einbezogen werden, wie etwa durch Unfälle im Bereich der chemischen Industrie, durch Kernenergie, durch den Transport gefährlicher Stoffe oder durch Naturkatastrophen wie Überschwemmungen oder außergewöhnliche Schneefälle. Es gilt, den in der Bundesrepublik Deutschland im Bereich des Katastrophenschutzes im Vergleich zu anderen Ländern bestehenden erheblichen Rückstand an Vorbereitungen jeglicher Art so rasch wie möglich aufzuholen. Gerade die Ereignisse der letzten Monate sollten alle diejenigen überzeugen haben, die bislang die Notwendigkeit für solche Vorkehrungen bezweifeln oder für politisch nicht opportun hielten. Die Bundesärztekammer jedenfalls hat ihre Fortbildungsbemühungen

auf dem Gebiet der Katastrophenmedizin ebenso wie die Landesärztekammern bereits seit Jahren erheblich intensiviert, um die Effizienz von Hilfsmaßnahmen zu erhöhen. Es muß nunmehr auch die dafür unbedingt nötige Infrastruktur geschaffen werden. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer bemüht sich hier um dringend notwendige Koordination aller wissenschaftlichen Voraussetzungen.

Das Beispiel des Gesundheitssicherstellungsgesetzes zeigt in überzeugender Weise, daß es nicht genügt, Vorkehrungen und Entschließungen nur unter tagespolitischen Aspekten zu treffen. Es müssen vielmehr denkbare und oftmals sogar schon in Umrissen erkennbare Entwicklungen ebenso wie erst langfristig wirkende Einflüsse mit in die Überlegungen einbezogen werden. Das ist nur möglich, wenn nicht lediglich in Legislaturperioden bis zur nächsten Wiederwahl gedacht wird.

Erleichtert werden können diese Bemühungen ferner durch eine Informationspolitik, die nicht in erster Linie den tagesbezogenen Effekt zum Ziel hat und den Bürger dadurch verleiten kann, sein Urteil anhand von starken Worten und pseudoschlüssigen Argumenten zu bilden, was dann wiederum politische Aktivitäten auslösen und Gesetze hervorbringen kann, die sich schon nach kurzer Zeit als Mogelpackungen erweisen.

### Der ärztliche Sachverstand ist in der Politik gefordert

Die außerordentlich komplizierten Zusammenhänge erschweren natürlich die Urteilsbildung über Regelungen, die auch längerfristig Bestand haben. Die deutsche Ärzteschaft wird sich daher in der Gesundheits- und Sozialpolitik ebenso wie bei allen anderen Problemen, wo ihr Sachverstand gefordert ist, im Dialog mit allen in Parlamenten, Parteien und Regie-

rungen Verantwortlichen sowie mit anderen Organisationen und Institutionen in unserem Staat, nicht zuletzt aber auch mit der Öffentlichkeit für eine menschlichen Bedürfnissen und Verhaltensweisen entsprechende Gestaltung unserer Lebensbedingungen einsetzen. Sachliche Information ist eine notwendige Voraussetzung für sachliche Entscheidung. Da wir gute Gründe und überzeugende Argumente haben, ist Resignation nicht angebracht. Es wird uns gelingen, Partner für unsere Vorstellungen zu gewinnen, wenn wir uns nicht auf die Rolle des unbeteiligten Sachverständigen zurückziehen, sondern uns in Übereinstimmung mit der Verpflichtung, daß der Arzt der Gesundheit des einzelnen und des gesamten Volkes dient, politisch engagieren und uns alle zusammen mit Nachdruck um die Gestaltung unseres Gemeinwesens kümmern.

Es gilt, in der Gesundheits- und Sozialpolitik einen Scherbenhaufen zu vermeiden, wie wir ihn in der Bildungspolitik leider schon haben. Da eine solche Entwicklung nicht nur zu Lasten der beruflichen Freiheit und der Freiberuflichkeit der Ärzte, sondern vor allem zu Lasten von kranken Menschen ginge, die sich nicht wehren können und der Hilfe bedürfen, lohnt sich dafür unser aller Einsatz.

(● Über die Diskussion und die Entschließungen zum Tagesordnungspunkt I wird auf den nachfolgenden Seiten berichtet.)

Anschrift:  
Dr. med. Karsten Vilmar  
Bundesärztekammer  
Haedenkampstraße 1  
5000 Köln 41 (Lindenthal)

## Kleines Spektrum ärztlicher Gesundheitspolitik

Den stärksten Beifall erhielt Vilmar für seine zusammenfassende Bemerkung: es gelte, „in der Gesundheits- und Sozialpolitik einen Scherbenhaufen zu vermeiden, wie wir ihn in der Bildungspolitik leider schon haben“. Um eben jenen negativen Folgen der Bildungspolitik für die ärztliche Ausbildung zu begegnen – deshalb hatte ja der Ärztetag in diesem Jahr die künftige Ärzte-Ausbildung auf die Tagesordnung gesetzt (Referat und Bericht dazu ab Seite 1515). Und um seine Vorstellungen von einer Gesundheitspolitik ohne Scherbenhaufen zu verdeutlichen, darum hatte der Ärztetag schon im vorigen Jahr in Mannheim beschlossen, seine gesundheitspolitischen Auffassungen in einem neu formulierten Programm niederzuschreiben. Ein solches Programm liegt zwar schon seit dem 77. Deutschen Ärztetag (1974 in Berlin) vor, das „Blaue Papier“, doch die Delegierten des Mannheimer Ärztetages waren der Auffassung, eine Revision und Vervollständigung dieser Vorstellungen sei nötig.

### Das neue Programm kommt im nächsten Jahr

Jetzt, in Nürnberg, lag dem Ärztetag ein rund 100 Manuskriptseiten starkes Papier vor, eine erste noch unvollständige Fassung, über die in erster Lesung beraten wurde. Die zweite und voraussichtlich letzte Lesung soll dann im nächsten Jahr, wiederum in Berlin, stattfinden. Bis dahin wird dann auch ein Kernstück dieses neuen Programms vorliegen, das in diesem Jahr noch fehlte. Die Kapitel über die ambulante ärztliche Versorgung waren noch nicht geschrieben. Dr. Ernst-Eberhard Weinhold, der in dem kleinen Arbeitsausschuß, der das neue „Blaue Papier“ erarbeitet, die Kas-

senärztliche Bundesvereinigung vertritt, erläuterte den Delegierten weshalb: die KBV arbeite derzeit – unter Mithilfe von Sozialwissenschaftlern – an einem Strategiepapier; das Ergebnis dieser Arbeiten sollte abgewartet und der Abschnitt über die ambulante Versorgung im „Blauen Papier“ dann damit abgestimmt werden.

Die Diskussion um Vilmars Referat brachte sowohl Beiträge zu aktuellen Fragen (etwa einen Vorstoß von Dr. Horst Bourmer zur Einbindung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion) als auch einen Strauß voller Anregungen zum „Blauen Papier“: die reichten von Frau Dr. Hedda Heusers Kritik an einigen zu moralisierenden familienpolitischen Aussagen im Programmtext über eine Anregung, die Bundesärztekammer möge sich verstärkt Frauenfragen zuwenden (Dr. Karl-Friedrich Masuhr schlug ein Frauenreferat vor) bis zu verschiedenen Forderungen zum Belegarztwesen. Prof. Dr. Hans Goslar empfahl, der Bildungspolitik und vor allem der Oberstufenreform besser Rechnung zu tragen. Dr. Herbert Henne regte an, die Situation der alten Menschen eingehender zu behandeln (ein entsprechender Antrag von Dr. Jörg Veigel und Kollegen wurde an den Vorstand überwiesen). Dr. Hans Völling hielt ein Plädoyer für das kooperative Belegarztwesen (es erfülle die Forderung nach Bürgernähe); ähnlich ein Antrag von Dr. Dietrich von Abel und Kollegen, der an den Vorstand überwiesen wurde. Dr. Friedrich-Wilhelm Koch, der Vorsitzende des Ausschusses „Krankenhaus und Praxis“ der Bundesärztekammer, erläuterte auf diesem Ärztetag noch einmal die Grundzüge dieses, von der Bundesärztekammer favorisierten, modifizierten Belegarztwesens, das auch im kommenden „Blauen Papier“ selbstverständlich enthalten sein wird: Mehrere Ärzte garantieren gemeinsam für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung; es gibt keine fixe, einem bestimmten Arzt oder Gebiet zugewiesene Bet-

tenzahl. Allerdings – auch das wurde deutlich – dieses System gibt es in der Praxis bis heute nur ganz selten (Dr. Klaus Michael Hahn: „Es muß eigentlich erst noch geschaffen werden“).

Umstritten war eine Anregung von Dr. Klaus Reichel, Aussagen über eine Kostenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen. Dr. Erwin Hirschmann:



„Einzelberatung“ über einen Antrag: Dr. Ernst-Eberhard Weinhold (links) und Dr. Gerhard Löwenstein, die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen Niedersachsens und Hessens

bei Arzneimitteln sei das zwar denkbar, aber grundsätzlich sei eine Kostenbeteiligung nicht mit dem Grundsatz der Risikoverteilung in einer Solidargemeinschaft vereinbar.

Nicht unumstritten war auch eine Kritik an der Psychiatrie-Enquete und vor allem an der kürzlich dazu abgegebenen Stellungnahme der Bundesregierung, formuliert in einem Antrag von Dr. Hermann Günther, Dr. Gerhart Blum und Kollegen. Der Antrag wurde

82. Deutscher Ärztetag: Diskussion und Entschlüsse zu Punkt I



schließlich, ohne daß die Frage ausdiskutiert werden konnte, überwiesen.

Verabschiedet wurden dagegen einige weitere aktuelle Entschlüsse. Sie betrafen vorwiegend das Krankenhauswesen. Ein Antrag, eingebracht von Dr. Horst Bourmer und Kollegen, stellte fest, daß die Konzertierte Aktion auch für die Krankenhäuser zuständig sein müsse. Bourmer: er habe den Eindruck, daß sie sich rausstellen wollten; und Dr. Roos: es könne doch nicht zweierlei Recht geben, eins für den ambulanten und eins für den stationären Bereich. Der Ärztetag beschloß dazu:

**Konzertierte Aktion  
auch für die Krankenhäuser  
zuständig**

„Angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhausbereich, der strukturellen Verschiebung des Schwerpunktes der Ausgaben durch die gesetzliche Krankenversicherung auf die Krankenhauspflege mit einem Anteil von über 30%, der ständig steigenden Anforderungen an die freipraktizierende Ärzteschaft aufgrund von Änderungen gesetzlicher Vorschriften, der wachsenden Arztdichte in der Bundesrepublik Deutschland ist es notwendig, daß sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nach § 405 a der Reichsversicherungsordnung verstärkt mit dem Krankenhauswesen beschäftigt. Die Konzertierte Aktion muß auch für diesen Bereich Rahmensätze angeben, um die Kosten der Krankenhäuser in akzeptablen Grenzen zu halten. Dazu bedarf es keiner Gesetzesänderung in § 405 a RVO, da der Gesetzgeber keine abschließende Aufzählung von „Empfehlungen“ vorgenommen hat. „Empfehlungen“ für den Krankenhausbereich berühren nicht den Grundsatz der Kostendeckung, sondern verfolgen u. a. das Ziel der Ausgewogenheit der Verteilung von Bela-



Die Reihen der Delegierten bei der Plenarsitzung in der Nürnberger Meistersingerhalle: die Bremer, die Hessen, die Bayern

stungen und einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen.“

In einer weiteren EntschlieÙung, eingebracht von Dr. Klaus Michael Hahn und Kollegen, setzte sich der Ärztetag (wie schon im Vorjahr) für eine Änderung des die kleinen Krankenhäuser diskriminierenden § 371 RVO ein. Der Wortlaut:

### Existenzsicherung auch für kleinere Krankenhäuser – Änderung des § 371 RVO

□ „Der Deutsche Ärztetag appellierte noch einmal nachdrücklich an den Gesetzgeber, im Zuge der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den umstrittenen Paragraphen 371 RVO (Drucksache 8/2067) zu ändern. Die Existenz eines Krankenhauses darf nicht weiterhin davon abhängig sein, ob es im Krankenhausbedarfsplan der Länder aufgenommen ist oder nicht.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher, alle existierenden Krankenhäuser, bei denen eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhauspflege gegeben ist, in die Krankenhausbedarfspläne mit einzubeziehen, und vor allem bei Fortschreibungen zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie vom Staat finanziell gefördert werden oder nicht.“

#### Begründung:

„Die bisherige Handhabung des Paragraphen 371 RVO hat gezeigt, daß immerhin von 464 abgegebenen Bereiterklärungen 88 sofort abgelehnt und 242 befristet angenommen wurden. Das bedeutet innerhalb der nächsten Jahre die Schließung von etwa 350 Krankenhäusern. Bei der nachweislich kostengünstigeren Arbeitsweise dieser Häuser wäre dies ein wirtschaftlich nicht zu verantwortender Schritt in einer Zeit notwendiger Kostendämpfungsmaßnahmen.“

Dr. Detlef Kunze, Dr. Gerhard Wündisch, Prof. Dr. Dr. Dieter Adam und andere wiesen in einem weiteren „Krankenhaus-Antrag“ auf erhebliche Mängel im Pflegedienst hin – ein Thema, das über der lauten Diskussion um den „Bettenberg“ in der Öffentlichkeit fast übersehen wurde. Die Delegierten des Ärztetages hielten die Mängel ebenfalls für gravierend und beschlossen folgende Resolution:

### Verbesserung der Krankenpflegesituation in Kliniken, Akutkrankenhäusern und Pflegestationen in geriatrischen Einrichtungen

□ „Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege, Regionalverband Bayern e. V. hat aufgrund einer Analyse ermittelt, daß die derzeitige Krankenpflegesituation vor allen Dingen in Universitätskliniken, *erhebliche Mängel* aufweist und ein Bestreben nach mehr Humanität in der Krankenpflege unmöglich macht.

Die Forderungen des Berufsverbandes für Krankenpflege nach:

- ▷ einer verbesserten, patientenorientierten Stellenplanberechnung,
- ▷ einer Entlastung von berufofremder Arbeit,
- ▷ mehr Mitsprache der Pflegedienstleitungen in den Leitungsgremien und
- ▷ einer besseren kontinuierlichen Fortbildung

werden vom Deutschen Ärztetag mit Nachdruck unterstützt.

Die zuständigen Ministerien und Verwaltungsbehörden werden dringend gebeten, diese Forderungen zu überprüfen und schnellstmöglich zu verwirklichen, da andernfalls in weiten Bereichen von Universitätskliniken und Akutkrankenhäusern die Krankenversorgung ernsthaft gefährdet ist.“

### Verärgerung über das Bundesgesundheitsamt

Ein Nachspiel hatte schließlich die „Clofibrat-Affäre“; die Informationspolitik des BGA kam bei den Delegierten durchweg schlecht weg. Ganz bezeichnend war der nach längerer Diskussion gefaÙte Beschluß, die Kosten für die „Schnellinformation der Ärzte über Entscheidungen des Bundesgesundheitsamtes zu Arzneimittelfragen“ nicht zu übernehmen. Die Bundesärztekammer hatte sich an sich mit einer Übernahme („in seltenen Ausnahmefällen“; Prof. Kreienberg) schon abgefunden.

Doch das sei nicht Sache der Ärzte (und deren Kammern), sondern des Amtes oder des Bundesgesundheitsministeriums, meinten die Delegierten. Außerdem beauftragte der Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer, erneut Gespräche mit dem BGA zu führen, um eine Vereinfachung des Ausgabeverfahrens der Betäubungsmittelrezepte zu erreichen.

Die Diskussion um das BGA war im Grunde das einzige Thema, das in der Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt 1 einige Emotionen in Bewegung brachte – sieht man einmal von einem Vortrag ab, der mit den Sachberatern nicht unbedingt zu tun hatte: Dr. Ernst Proft erinnerte nämlich an die Rolle der gastgebenden Stadt Nürnberg während des „Dritten Reiches“ und an die Nürnberger Prozesse. Dr. Klaus-Dieter Kossow fühlte sich dadurch zu einem Exkurs in die anders geartete Kunst- und Wissenschaftsgeschichte der Stadt veranlaÙt, und Dr. Karsten Vilmar stellte in seinem Schlußwort schließlich fest, er sehe nicht ein, „daß wir den Einwohnern unablässig anlasten, daß sich hier ein kriminelles Regime dargestellt hat“. Ob wohl der Berliner Delegierte Dr. Proft im nächsten Jahr, wenn der Ärztetag in Berlin tagt, eine ähnliche Frage nach der – genauso unfreiwilligen – Rolle Berlins während jener trüben 12 Jahre stellen wird? NJ