

Gesundheitspolitik – patientenorientiert oder kostenzentriert

Dr. Karsten Vilmar,
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
bei der Eröffnungsveranstaltung am 19. Mai 1981 in Trier

Nach den vom 83. Deutschen Ärztetag 1980 in Berlin mit überzeugender Mehrheit verabschiedeten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ wird im freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat die in den Gesamtzusammenhang eingefügte Gesundheitspolitik

▷ *bestimmt* durch den Wert der Gesundheit als eines wesentlichen Elementes der persönlichen Existenz des Menschen,

▷ *begrenzt* durch den Vorrang des Grundrechtes des Menschen auf Schutz der freien Entfaltung seiner Persönlichkeit.

Im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft wird der Freiheit der Person Vorrang eingeräumt und festgestellt, daß jeder Mensch für die Gestaltung seines eigenen Lebens zunächst selbst verantwortlich ist. Der Staat oder die Versicherungsgemeinschaften, wie z. B. die gesetzlichen Krankenkassen, sollen daher im Rahmen einer abgestuften Verantwortung nach dem Subsidiaritätsprinzip nur dort tätig werden, wo die Möglichkeiten des einzelnen Menschen nicht ausreichen.

Wenn man an diesen Grundrechten und Grundsätzen eine Reihe von Regelungen und von Vorschlägen zur künftigen Gestaltung der Gesundheitspolitik und schließlich etliche Diskussionsbeiträge zum bisher Erreichten mißt, muß man feststellen, daß sie sich nicht immer in erster Linie am Nut-

zen für den einzelnen Menschen unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und Bedürfnisse orientieren. Sie beschäftigen sich vielmehr vor allem mit den enorm gestiegenen *Kosten*. Dabei wird nicht selten die sorgfältige Analyse aller Ursachen und Einflußfaktoren vergessen. Es wird kaum der beträchtlich erweiterte Leistungsumfang unseres hochentwickelten Gesundheitssystems erwähnt, und stillschweigend übergangen wird meist die nahezu ungebremste Anspruchsinflation und deren Ursachen.

Es ist natürlich nicht zu bestreiten, daß wir alle unser Augenmerk stärker als früher auf die Kostenentwicklung richten müssen. Das bezieht sich aber keineswegs nur und auch nicht immer vorrangig auf die Gesundheitspolitik, sondern auch besonders auf die Sozialpolitik und alle anderen Bereiche der Politik; es bestehen hier vielfältige Wechselbeziehungen, und Fehlentscheidungen oder falsche Beurteilungen von Entwicklungstendenzen in *einem* Bereich können nicht nur dort, sondern auch in allen anderen Gebieten folgenschwere Konsequenzen nach sich ziehen.

Die Auswirkungen der im Laufe des vergangenen Jahrzehnts getroffenen Entscheidungen, besonders in der Bildungspolitik, in der Sozialpolitik, aber auch in der Wirtschaftspolitik, oft in geradezu blinder Fortschritts- und Wachstumsgläubigkeit unter Verken- nung wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse, naturgegebener

Realitäten – zu denen auch die menschlichen Verhaltensweisen zu zählen sind –, in Verken- nung auch der langfristigen Finanzierungsmöglichkeiten oder *unmöglich-* keiten, machen den außerordentlich hohen Grad wechselseitiger Abhängigkeiten deutlich. Die Erfahrung zeigt aber auch, daß bei Entscheidungen nicht allein die augenblickliche Situation zu bedenken ist, sondern – weit mehr, als dies leider geschehen ist – die langfristigen Wirkungen und die sich daraus vielfältig ergebenden Veränderungen mit in die Überlegungen einbezogen werden müssen. Diese Langzeitperspektiven müssen dann auch in die Entscheidungen einfließen – und nicht so sehr das Kalkül des nächsten Wahltermines!

Dabei sind nicht nur leichter beurteilbare Wechselwirkungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder der Europäischen Gemeinschaft, zwischen sozialistischen und kapitalistischen Systemen und den unterschiedlichen Staatsformen zu berücksichtigen, sondern auch schwerer erkennbare Entwicklungen und Veränderungen im Wirtschaftsgefüge früher fernab gelegener Länder oder Änderungen in der Gesinnung oder in den Verhaltensweisen der Menschen, die unmittelbare Auswirkungen auf das Leben jeden einzelnen Bürgers in der Bundesrepublik haben können.

So beeinflussen zweifellos die auf dem Weltmarkt stark veränderten Rohstoff- und Energiepreise – wobei die These über die Erschöpfbarkeit der Bodenschätze unseres Planeten zugrunde liegt –, der Importdruck aus fernöstlichen Ländern aufgrund des dort erzielten und hier früher für unmöglich gehaltenen technischen und wissenschaftlichen Fortschrittes und schließlich auch eine unterschiedliche Einstellung der Menschen in den verschiedenen Teilen der Welt zu Arbeit, Leistung und Gemeinschaft in einem noch gar nicht ganz überschaubaren Ausmaß unser gesamtes Wirtschaftsleben.

Das hohe Zinsgefälle im Vergleich zu den USA und die neuerlich deutlich schwächere DM sind äußere Zeichen dafür. Diese Veränderungen können wir bei der Gestaltung unserer Gesundheits- und Sozialpolitik nicht außer acht lassen! Sie werden auch Höhenflüge ideologischer, realitätsferner Weltverbesserer mehr oder weniger abrupt beenden.

Deutlicher Ausdruck für das Ausmaß der Rezession ist das sinkende Brutto sozialprodukt. Konnte noch 1978 ein Anstieg von 3,6 v. H., 1979 sogar von 4,5 v. H. festgestellt werden, so ist 1980 ein Rückgang auf nur 1,8 v. H. Wachstum eingetreten, und für 1981 muß sogar mit einem Schwund, mit einem sogenannten *Minuswachstum* von 1,5 v. H. oder mehr gerechnet werden. Im gleichen Zeitraum hat sich die Inflationsrate von 2,7 v. H. auf jetzt etwa 6 v. H. mehr als verdoppelt.

Die stark erhöhten Rohölpreise, die Geldüberweisungen der Gastarbeiter in ihre Heimatländer und die Devisenausgaben, die allein 1980 für Auslands tourismus 37 Milliarden DM betrug, sind wesentliche Ursachen für das im vergangenen Jahr eingetretene Leistungsbilanzdefizit. Die Bundesrepublik Deutschland konnte noch 1978 einen Überschuß von 16 Milliarden DM erwirtschaften, sie mußte jedoch 1980 von allen Industrieländern der Welt mit genau 28,1 Milliarden DM das höchste Defizit hinnehmen, das – nur zum Vergleich der Größenordnungen – sogar 10 v. H. größer ist als der Gesamtaufwand der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung.

Dieses gewaltige Defizit konnte zwar aus den in besseren Zeiten angesammelten Reserven noch ohne Schwierigkeiten gedeckt werden; weitere Verluste werden jedoch durch den schon heute vorhersehbaren Abfluß von jährlich 30 Milliarden DM in den kommenden Jahren eintreten. So kann sich eigentlich jedermann leicht

ausrechnen, daß die Reserven, die Ende 1980 noch eine Höhe von 63,4 Milliarden DM hatten, in etwa zwei Jahren verbraucht sein werden, wenn die Entwicklung in dieser Form weitergeht – und es spricht leider bislang nichts für eine Änderung.

Zur Problembewältigung ist mehr Einsatz aller für das Gemeinwohl nötig

Diese Tatsachen werden in der Öffentlichkeit erstaunlich gelassen hingenommen. Der in langen Jahren nach dem totalen Zusammenbruch von 1945 von vielen Menschen unter Überwindung kaum noch vorstellbarer Schwierigkeiten und unter großen Mühen erarbeitete Wohlstand und das in unserem Staat seitdem erreichte Ausmaß der Freiheit wird als völlig normale, selbstverständliche, ja fast naturgegebene Grundvoraussetzung zum Leben betrachtet.

Von dieser Basis aus glaubt eine Reihe nicht nur jüngerer Menschen, mit geradezu missionarischem Eifer oder manchmal sogar unter Einsatz von Gewalt das Paradies auf Erden mit einem Leben ohne Arbeit, ohne Krankheit, gleichsam in permanenter Jugend und Glückseligkeit schaffen zu können. Um die vor uns allen liegenden Probleme zu bewältigen, ist wieder mehr Einsatz für das Gemeinwohl nötig. Unvereinbar ist damit jedoch eine nahezu vollständige Vergesellschaftung der Pflichten, um kleinen Minderheiten eine oft rein egozentrische, manchmal sogar parasitäre Selbstverwirklichung zu ermöglichen.

Es ist dringend nötig, die immer noch vorhandenen Energien und Kreativitäten – zu denen auch manche der heute fehlgeleiteten gehören – in erster Linie auf die Sicherung und Erhaltung des durch fleißige Arbeit Erreichten zu richten, wenn wir nicht abermals alles gefährden oder verlieren wollen.

Eine vielfach verharmlosende und mit wohlgefälligen Worten eher verschleierte als informierende Darstellung erschwert das Erkennen der uns alle betreffenden bedrohlichen Entwicklung. So wird nicht genügend deutlich gesagt, daß die Bundesrepublik Deutschland ungeheuerere Kredite aufnehmen muß, nur um den laufenden Tilgungs- und Zinsendienst für schon heute bestehende Schulden zu erfüllen. So steigt allein in diesem Jahr die Neuverschuldung der Bundesrepublik um sechs Milliarden DM auf dann insgesamt 34 Milliarden DM! Erhebliche Zahlungen werden vorwiegend für den konsumtiven und nicht für den investiven Bereich geleistet. Es wird vielmehr von einer „Rückführung der Ölmilliarden“ gesprochen, was dann wahrscheinlich durch eine kräftige Erhöhung unserer „Negativrücklagen“ ein dauerhaftes „Minuswachstum“ nachhaltig fördern wird.

Das alles kann nicht ohne Einfluß auf die Gesundheits- und Sozialpolitik bleiben; und es wird jeden einzelnen Menschen treffen, wenn etwa die Finanzierung unseres freiheitlichen Systems der sozialen Sicherung in Frage steht oder zusammenbrechen sollte, was es gemeinsam zu verhüten gilt. Denn es gibt auch von uns selbst, von allen Staatsbürgern zu verantwortende Regelungen und Verhaltensweisen in unserem eigenen Lande und nicht nur von uns beeinflussbare Entwicklungen in fernen Teilen der Welt. Dazu gehört z. B. der Versuch, durch ein immer weiter gespanntes und immer engmaschiger geknüpftes sogenanntes soziales Netz immer wieder die Belastungsfähigkeit der Wirtschaft zu prüfen, und das offenbar so lange, bis die Risse und Bruchstellen für jedermann sichtbar werden.

So haben sich die Prozentsätze der gesetzlichen Abgaben für Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung in den letzten 30 Jahren von 17,8 v. H. auf heute 33,5 v. H. vom Bruttoverdienst na-



Großes Interesse an den Ansprachen zur Eröffnung des 84. Deutschen Ärztetages; im Mittelpunkt der Veranstaltung: Das Übersichtsreferat Dr. Karsten Vilmars, das auf diesen Seiten veröffentlicht ist
Alle Fotos aus Trier: Bohnert-Neusch

hezu verdoppelt. Legt man die seitdem angestiegenen Verdienste einem Vergleich zugrunde, ist sogar eine Verzehnfachung der Beiträge für Sozialabgaben seit 1950 festzustellen. Wegen des Rückganges der Zahl der Erwerbstätigen und des gleichzeitigen Anstieges der Arbeitslosenzahl von 149 000 im Jahr 1970 – was einer Arbeitslosenquote von 0,7 v. H. entsprach – auf jetzt 1 146 500 – das ist eine Arbeitslosenquote von 4,9 v. H. –, denen heute ein Krankenbestand von rund 7 v. H. zugerechnet werden muß, sowie wegen der Zunahme der Zahl der Rentempfänger im Vergleich zur Zahl der Erwerbstätigen, aber auch wegen des auf gesetzlicher Basis stark ausgedehnten Leistungskataloges der Krankenkassen und des durch die Rechtsprechung erheblich erweiterten Krankheitsbegriffes reichten schon in früheren Jahren die Erhöhungen allein zur Deckung der Leistungszusagen

nicht mehr aus. Es wurden vielmehr immer weitere Bevölkerungskreise – zunächst als Beitragszahler zur Deckung der Lücken, auf die Dauer natürlich auch als Anspruchsberechtigte – in die Sozialversicherung einbezogen. Außerdem wurden die in früheren Jahren für schlechte Zeiten angesammelten Rücklagen schon in guten Jahren durch zusätzliche Leistungen nahezu vollständig verbraucht.

Erinnert sei nur beispielsweise an die hohen Aufwendungen der Bundesanstalt für Arbeit für Umschulungen und ähnliche Dinge, die am Anfang und in der Mitte der siebziger Jahre mit dem Argument begründet wurden, daß man auf diese Weise die Arbeitslosigkeit bekämpfen könne, bevor sie überhaupt erst entsteht. Aus heutiger Sicht erweist sich dies als eine völlig gescheiterte „Präventivmaßnahme“.

▷ Es ist daraus die Erkenntnis zu ziehen, daß übergroße und schließlich nahezu erdrückende staatliche Fürsorge nicht nur Eigeninitiative und Eigenverantwortung lähmt, sondern schließlich auch die individuelle Aktivität, wenn nicht gar die individuelle Persönlichkeit verkümmern läßt.

Trotz hoher Staatszuschüsse und wiederholter Umverteilungen zwischen den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung bestehen allein in der Arbeitslosenversicherung Finanzierungslücken in Höhe von rund vier Milliarden DM für das Jahr 1981. Die Rücklagen der Rentenversicherung sind bis auf die Höhe einer Monatszahlung „abgeschmolzen“; dennoch werden die Renten bis zum Jahre 1985 als sicher bezeichnet. Schon das muß in hohem Maße beunruhigen.

Es grenzt aber fast an ein Wunder, daß auch viele jüngere Menschen,

die erst im Jahre 2000 oder 2020 ihre Rente zu erwarten haben, angesichts derartig unsicherer Zukunftsaussichten noch immer allzu vertrauensvoll hohe Beiträge in diese gesetzliche Rentenversicherung einzahlen. Vertrauen sie trotz der vorliegenden ungünstigen Zahlen, trotz der bedrohlichen wirtschaftlichen Entwicklung und trotz des starken Geburtenrückganges und der daraus resultierenden zusätzlichen Verschlechterung der Relation zwischen der Zahl der Erwerbstätigen und der Zahl der noch nicht oder nicht mehr Erwerbstätigen tatsächlich darauf, daß die nachfolgende Generation den vielgepriesenen „Generationenvertrag“ auch tatsächlich einhalten kann oder will? Und was wird, wenn etwa die nachfolgende Generation andere Prioritäten setzen sollte, wie das ja schon häufig in der Geschichte geschehen ist?

Es ist gewiß nicht meine Absicht, mit der Darstellung der schwierigen gesamtwirtschaftlichen Lage die Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verniedlichen. Ich erlaube mir andererseits aber die Frage, ob nicht die wieder mit zunehmender Lautstärke in die Öffentlichkeit getragene Diskussion über Kostensteigerungen in der Krankenversicherung gerade von den anderen, weitaus größeren Problemen, ablenken soll?!

▷ Nach der Bundestagswahl vom 5. Oktober 1980, die nur scheinbar keine Veränderung brachte, wie sich allmählich immer deutlicher herausstellt, und angesichts der in der 9. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zur Lösung anstehenden Probleme könnten mit einem vordergründigen Hochspielen der Krankenversicherungsproblematik vielfältige Absichten verbunden sein. Denn gerade in dieser Legislaturperiode stehen Vorhaben an, durch die eine tiefgreifende Veränderung des Systems bewirkt werden könnte, wenn es denen, die schon seit langem auf grundsätzliche Veränderungen hinarbeiten, gelingen soll-

te, die dafür nötigen Mehrheiten zu mobilisieren oder aber bisherige Gegner von Systemveränderungen taktisch zu überspielen oder zu veranlassen, aus aktuell opportunistischen Gründen, die nur als überaus kurzfristig zu bezeichnen wären, derartige Eingriffe zu tolerieren.

Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ist in diesem Zusammenhang die folgende, schon im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 1. Juli 1977 verankerte Bestimmung von Bedeutung, in der es heißt: „Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesempfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkungen der Regelungen über die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Sie hat außerdem darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. Soweit sich aus dem Bericht die Notwendigkeit zu gesetzgeberischen Maßnahmen ergibt, soll die Bundesregierung einen Vorschlag machen.“

Es soll in keiner Weise unbilligen Kostensteigerungen das Wort geredet werden

Es wäre ebenso verfrüht wie fehl am Platze, heute öffentlich Spekulationen darüber anzustellen, wie dieser Bericht aussehen könnte und ob überhaupt neue Vorschläge gemacht werden müssen, es sei denn solche, um die durch das KVKG seinerzeit gegen den energischen Widerstand der Ärzteschaft über die Zustimmung des niedersächsischen Ministerpräsidenten Albrecht ermöglichten reglementierenden Bestimmungen überhaupt wieder zu beseitigen.

Die Erfahrung zeigt z. B., daß die Empfehlungen der Konzertierten Aktion nur dann zustande kommen konnten, wenn sie durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen entsprechend vorbereitet waren. Ein Beweis, daß es so weitgehender gesetzlicher Bestimmungen wirklich nicht bedurft hätte.

Es ist auch zu fragen, ob eine vorwiegend kostenzentrierte, nämlich einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, deren „oberste Philosophie“ wohl Beitragssatzstabilität ist, tatsächlich langfristig den individuellen Bedürfnissen kranker Menschen gerecht werden kann. Denn die Entwicklungen in der Medizin verlaufen ebensowenig wie Entwicklungen in anderen Bereichen stets parallel zur Entwicklung des Bruttosozialproduktes oder zum Grundlohnsummenanstieg.

Es soll in keiner Weise unbilligen Kostensteigerungen das Wort geredet werden. Ob mit diesem Grundsatz allerdings die Notwendigkeit einer Beitragssatzfixierung zu begründen ist, erscheint jedoch mehr als fraglich. Wer weiß denn eigentlich, ob der Bürger dies tatsächlich will, und wer kennt vor allem den Wunsch des einzelnen Menschen bezüglich der Prioritäten, die er für den Fall seiner Erkrankung setzen möchte, um so rasch und so vollständig wie möglich wieder gesund zu werden oder wenigstens Linderung seiner Leiden zu erfahren?

Wenn man bedenkt, daß der durchschnittliche 4-Personen-Arbeitnehmer-Haushalt von den monatlichen Verbrauchsausgaben im Jahre 1979 15,5 v. H. für Wohnung und 13,5 für das Auto ausgegeben hat und daß ferner die Ausgaben für alkoholische Getränke mit 31,3 Milliarden DM, für Tabakwaren mit 20,1 Milliarden DM und für Auslandstourismus mit 37 Milliarden DM die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von insgesamt 85,5 Milliarden DM im gleichen Jahre wesentlich über-

stiegen haben und man weiter weiß, daß eine EMNID-Umfrage in diesem Jahr ergeben hat, daß bei je 100 Befragten der Wunsch nach Gesundheit mit 63 v. H. an erster Stelle steht und der Wunsch nach mehr Schutz bei Krankheit mit 25 v. H. etwa das gleiche Gewicht hat wie der Wunsch nach mehr Urlaub, dann erscheint doch wohl die Frage berechtigt, ob in der Krankenversicherung ein Beitragssatz von jetzt durchschnittlich 11,7 v. H. tatsächlich gleichsam gottgewollt ist und auch dann eine Schallgrenze darstellen sollte, wenn durch die starre Begrenzung die Versorgung kranker Menschen beeinträchtigt oder sogar gefährdet werden könnte.

Schon seit Jahren muß man dagegen feststellen, daß die eifrigen Verfechter einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen diesen Grundsatz in ihrem eigenen Bereich offensichtlich weit weniger ernst nehmen. So reichten seit 1972 die Einnahmen des Bundes in keinem einzigen Jahr, um die Ausgaben zu decken. Auch im laufenden Jahr übersteigen die Ausgaben mit 231 Milliarden DM die Einnahmen um 33,5 Milliarden DM, und nach heutiger Kenntnis wird die Gesamtschuldenlast von Bund, Ländern und Gemeinden bis 1984 auf 570 Milliarden DM anwachsen. Das sind Größenordnungen, die sich kein Mensch mehr vorstellen kann. Anschaulicher wird dieser Schuldenberg, wenn man sich ausrechnet, daß damit auf jeden Bürger der Bundesrepublik Deutschland, Säuglinge und Greise eingeschlossen, heute bereits zirka 7500 DM Schulden entfallen, die sich bis 1984 auf fast 10 000 DM erhöhen sollen.

Vielleicht ist auch folgende Relation des Nachdenkens wert: Unter Zugrundelegung des Durchschnittsbeitrages muß ein 4-Personen-Haushalt 1981 höchstens 4633,20 DM in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen. Der gleiche Haushalt muß demgegenüber aber für Schulden öffent-

licher Hände in Höhe von rund 30 000 DM geradestehen; das ist fast das Siebenfache seines Krankenkassenbeitrages. Die laufend auch durch den Kaufkraftschwund der D-Mark erhöhten Steuern, die mit Sicherheit schon längst die Leistungsbereitschaft weiter Bevölkerungskreise gebrochen und damit schon längst die Grenze der Belastbarkeit überschritten haben, sind dabei noch nicht einmal berücksichtigt. Dringend erforderlich sind also vor allem *Schuldendämpfung* und *Steuerdämpfung*!

Der Staat selbst könnte so auch dazu beitragen, die Kostenentwicklung günstig zu beeinflussen, wenn er beispielsweise bei der Mineralölsteuer die notwendigen Konsequenzen zöge und nicht einfach die OPEC-Länder für die Preissteigerung verantwortlich machte, oder wenn er wenigstens auf die Hälfte der Mehrwertsteuer für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verzichtete, sollte etwa die Humanmedizin weniger wichtig sein als die Tiermedizin, sollten Medikamente, Heil- und Hilfsmittel eine soviel geringere Bedeutung haben als Lebensmittel oder auch pornographische Literatur? Um es noch einmal zu betonen: Es geht nicht darum, die Notwendigkeit der Bemühungen um Kostendämpfung in Frage zu stellen, doch muß das für alle Beteiligten gelten, also auch für die öffentlichen Hände und selbstverständlich auch für die Krankenhäuser.

Für den Bereich der stationären Versorgung steht in diesen Wochen und Monaten nach zweimaligem Scheitern in der vergangenen Legislaturperiode zum dritten Mal der Versuch einer Änderung des im Jahre 1972 als „Jahrhundertgesetz“ gefeierten Krankenhausfinanzierungsgesetzes an. Die Veränderung des Untertitels in „Krankenhauskostendämpfungsgesetz“ bezeichnet übrigens in treffender Weise den seither eingetretenen Sinneswandel.

Dieser erneute Versuch zur Einbeziehung der Krankenhäuser in die



Zwei rheinland-pfälzische „Landesväter“ im vertrauten Gespräch: Ministerpräsident Dr. Bernhard Vogel (r.) und Prof. Dr. Walter Kreienberg, Präsident der Landesärztekammer, bei der Eröffnungskundgebung, über die im nächsten Heft berichtet werden wird

Kostendämpfungsbemühungen wird grundsätzlich begrüßt. Gerade die Ärzteschaft drängt seit vielen Jahren auf die Realisierung der vom 75. Deutschen Ärztetag im Jahre 1972 in Westerland beschlossenen und auf dem 80. Deutschen Ärztetag im Jahre 1977 in Saarbrücken erneut bekräftigten und erweiterten „Vorschläge zur Reform der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes“, die auch im Krankenhaus für jeden Patienten die Möglichkeit einer individuellen Versorgung durch dafür qualifizierte Ärzte eröffnen und damit zu mehr Humanität beitragen, darüber hinaus aber auch eine wirtschaftlichere Arbeitsweise in den Krankenhäusern bewirken sollen. Das gleiche gilt für die Vorschläge zur Einführung des kooperativen Belegarztsystems. Alle Bemühungen um Kostendämpfung im Gesundheitswesen müssen nämlich erfolglos bleiben, wenn der mit rund 30 v. H. größte Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung dabei ausgeklammert bliebe, denn im Jahre 1980 sind das immerhin rund 25,3 Milliarden DM gewesen.

Durch eine Änderung des § 405 a RVO soll klargestellt werden, daß die „Konzertierte Aktion im Ge-

sundheitswesen“ künftig auch Empfehlungen zur Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege abgeben muß. Zweifellos besteht auf diesem Gebiet ein ordnungspolitisches Manko, weil viele der schon vor 1977 und seitdem auch ständig im Krankenhaus vorgenommenen Sparmaßnahmen wenig sachgerecht sind. Es ist außerdem politisch nicht mehr hinzunehmen, wenn die offiziellen Kostendämpfungsbemühungen auf Dauer nur auf andere Kostenbereiche, insbesondere auf die Kassenärzte beschränkt bleiben, obwohl schon nach dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 auch Vertreter der Krankenhausträger Mitglieder der „Konzertierten Aktion“ sind.

Trotz dieses und vielleicht auch manches anderen vernünftig erscheinenden Ansatzes besteht jedoch kein Anlaß, den Entwurf unkritisch zu bejubeln oder etwa zu glauben, es ginge „nur“ um das Krankenhaus. Es finden sich nämlich eine Reihe von Bestimmungen, die Auswirkungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens haben werden, abgesehen davon, daß über Veränderungen im Krankenhaus tiefgreifende Veränderungen unseres gesamten Gesundheitssystems erfolgen können. Das zeigt z. B. der in der vergangenen Legislaturperiode in letzter Minute über den Bundesrat gestartete Versuch, die Landesgesundheitsbehörden und die Kultusminister in die Lage zu versetzen, künftig einseitig zu bestimmen, in welchem Umfang Polikliniken an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung teilnehmen können, um dann die gleichen Einzelvergütungssätze zu erhalten wie Kassenärzte. Derartige Vorschriften finden sich zwar in dem jetzt vorgelegten Entwurf nicht, es ist aber zu befürchten, daß die Aktivitäten in dieser Richtung nicht erloschen sind.

Daß derartige Möglichkeiten tiefgreifende Veränderungen der gesamten Struktur der ambulanten

Versorgung nach sich ziehen müßten, liegt auf der Hand. Bundeswirtschaftsminister Lambsdorff erklärte deshalb auf dem diesjährigen Bundeskongreß der Freien Berufe zu Recht: „Wer – wie in der letzten Legislaturperiode die Mehrheit des Bundesrates – versucht, auch die Universitäts-polikliniken in die ambulante kassenärztliche Versorgung einzubeziehen, der legt die Axt an eine wesentliche Wurzel unseres jetzigen Systems.“

Die Forderungen der Ärzeschaft zum Krankenhaus- finanzierungsgesetz

▷ Es ist zu wünschen, daß diese klare Auffassung auch den größeren Koalitionspartner überzeugt und darüber hinaus inzwischen auch von denen geteilt wird, die sonst ebenfalls gegen Systemveränderungen eintreten, in diesem Fall aber wohl aus rein fiskalischen Gründen glaubten oder noch glauben, ihre Bedenken zurückstellen zu können. Erhöhte Aufmerksamkeit ist angebracht, denn die Beratungen laufen in diesen Tagen gerade an.

Aus Gründen der Aktualität seien deshalb auch die weiteren Forderungen der Ärzteschaft wiederholt, die im übrigen schon in ausführlicher Form bei einem kürzlich durchgeführten Hearing im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgetragen wurden und die inzwischen allen an den Beratungen beteiligten Ausschußmitgliedern des Deutschen Bundesrates zugegangen sind, der bereits am 5. Juni 1981 im Plenum seine endgültige Entscheidung treffen will.

Die Aufrechterhaltung des nach der KHG-Systematik vorgesehenen Kostendeckungsprinzips durch Investitionsmittel und Pflegeärzte erfordert ein wirklich wirkungsvolles Instrumentarium für die Begrenzung der Selbstkosten. Es bestehen Zweifel, ob im vorliegenden Entwurf die für eine wirt-

schaftliche Betriebsführung notwendigen Anreize gegeben werden oder ob man sich wiederum mehr auf dirigistisch-administrative Eingriffe verläßt, ohne Regeln der Marktwirtschaft wirksam werden zu lassen.

Es ist erforderlich, Art und Umfang der Leistungen im Krankenhaus mindestens in bestimmten Kategorien zu ermitteln, damit überhaupt beurteilt werden kann, welche Leistungen den Kosten gegenüberstehen. Das könnte künftig durch Aufgliederung des bislang voll pauschalierten Pflegesatzes möglich werden.

Es sollten daher entsprechend den wiederholten Forderungen der Ärzteschaft künftig die Kosten gesondert aufgeführt werden für

- ▷ Unterbringung und Verpflegung,
- ▷ ärztliche Leistungen,
- ▷ pflegerische Leistungen,
- ▷ Sachleistungen,
- ▷ Aufwand zur Vorhaltung für seltene Anforderungen.

Auf diese Weise könnten endlich auch die dringend benötigten aussagekräftigen Daten gewonnen werden, um sachgerechte Entscheidungen darüber treffen zu können, wo und wie welche Leistungen wirtschaftlich vernünftig zu erbringen sind. Nur so ist zu vermeiden, daß die betriebswirtschaftlichen Ziele von Krankenhausträgern und Krankenkassen weiterhin in ständigem Gegensatz stehen und dabei volkswirtschaftliche Notwendigkeiten geradezu zwangsläufig mißachtet werden – von den Interessen der Patienten ganz zu schweigen.

● Mit besonderem Nachdruck muß gefordert werden, die Einwirkungsmöglichkeiten für den ärztlichen Sachverstand bei der Bedarfs- und Investitionsplanung ebenso zu verbessern wie bei der

Festsetzung der Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Personaleinsatz. Dabei geht es nicht um eine vordergründige Vertretung von Gruppeninteressen, sondern vielmehr darum, patientenorientiert die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und ärztlichen Notwendigkeiten bei der Versorgung der Kranken zu berücksichtigen, was ja keineswegs in jedem Fall mit den Interessen der im Krankenhaus Tätigen deckungsgleich sein muß.

Es erscheint geradezu unverantwortlich, Grundsatzentscheidungen über Krankenhausbedarfsplanung und Investitionslenkung, über Aufgabenstellung von Krankenhäusern sowie über Wirtschaftlichkeit und Personalbesetzung den Kostenträgern und den administrativen Spitzen der Krankenhäuser allein zu überlassen.

Die Bemühungen um Kosteneinsparungen könnten allzuleicht die eigentliche und ursprüngliche Aufgabe von Krankenhäusern mehr oder weniger überlagern. Diese Aufgabe ist und bleibt, so banal es klingen mag, kranken Menschen zu helfen.

Es dürfte auch der Öffentlichkeit kaum einleuchten, ausgerechnet die Mitwirkung der Vertretung der Ärzte, die für die Beachtung medizinisch-wissenschaftlicher Grundsätze und Erkenntnisse bei der Versorgung der Patienten verantwortlich sind und dafür sogar ggf. vor Gericht zur Rechenschaft gezogen werden können, bei derartigen Grundsatzentscheidungen unzureichend zu regeln oder sie sogar auszuschließen.

● Bei allen Entscheidungen über die Krankenversorgung sind und bleiben Ärzte „wesentlich Beteiligte“, gleichgültig, ob sie im Krankenhaus, als Belegärzte im Krankenhaus und in freier Praxis oder als Kassenärzte tätig sind. Weder dem einzelnen Arzt noch der ärztlichen Selbstverwaltung kann und darf es gleichgültig sein, wie – trotz aller Bestrebungen zur

Dämpfung der Kosten – die Voraussetzungen für eine möglichst gute, individuelle Versorgung der Patienten aussehen; gleichviel, ob im Krankenhaus, in freier Praxis oder an anderen Stellen des Gesundheitswesens.

Wenn die künftige Gestaltung der Gesundheitspolitik nicht kostenzentriert an den Bedürfnissen der Patienten und den für ihre ärztliche Versorgung und pflegerische Betreuung erforderlichen Voraussetzungen *vorbeigeplant* werden und unser gewachsenes, hochentwickeltes freiheitliches System der sozialen Sicherung für Krankheit und Alter auch langfristig finanzierbar bleiben soll, muß im übrigen gefragt werden, ob der Weg der Planwirtschaft und der staatlichen Investitionslenkung jemals zur Lösung der keineswegs verkanteten Probleme im Gesundheitswesen führen kann oder ob nicht gerade dadurch eine Vergrößerung der Probleme und am Ende sogar eine sinnlose Veränderung des unserer freiheitlich-demokratischen Staatsform entsprechenden Systems bewirkt wird. Ist es ferner richtig, in Zukunft einen „gespaltenen Markt“ zu erhalten, auf dem im ambulanten Bereich *Leistungen vergütet*, im stationären Bereich aber *Kosten erstattet* werden, ohne zu wissen, ob Umfang und Struktur der dort erbrachten Leistungen diesen Kosten entsprechen?

Künftige Entscheidungen im Gesundheitswesen am Menschen orientieren!

Für den ambulanten Bereich gilt das in § 368 e RVO seit Jahrzehnten niedergelegte Wirtschaftsgebote. Danach hat „der Versicherte Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an

der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.“

Für den stationären Bereich wird in der allgemeinen Begründung zum jetzt vorgelegten Krankenhauskostendämpfungsgesetz zwar auch eine wirtschaftliche Versorgung als Ziel formuliert; es heißt dort: „Der vorliegende Entwurf ist auf das Ziel ausgerichtet, Aufwendungen der Sozialleistungsträger für Krankenhauspflege im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten. Zugleich soll er dazu beitragen, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern.“

Die Unterschiede sind nicht nur wegen der formalen Anordnung beträchtlich. Während nämlich im ambulanten Bereich der Versicherte nach der RVO Anspruch hat auf Versorgung nach den Regeln der ärztlichen Kunst, die nicht unwirtschaftlich sein darf, wird im Krankenhauskostendämpfungsgesetz vorrangig auf die Aufwendungen der Sozialleistungsträger abgestellt, die sich im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einkommensentwicklung der Beitragszahler halten soll. Erst in zweiter Linie wird gewissermaßen nachrangig erwähnt, daß dies Gesetz dazu beitragen soll, auch eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Kosten auf Dauer zu sichern.

Es ist nicht auszuschließen, daß sich hinter diesen unterschiedlichen Gewichtungungen grundsätzlich veränderte Einstellungen gegenüber dem Individuum, der Notwendigkeit und dem Umfang von Leistungen, aber auch gegenüber der

ärztlichen Kunst verbergen. Die für den ambulanten Bereich im KVKG seit 1977 in Kraft befindlichen Regelungen tragen offensichtlich schon die gleiche Handschrift.

► Wenn künftige Entscheidungen im Gesundheitswesen den einzelnen Menschen und seine angesichts von Krankheit, Leiden und Tod höchst unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse zum Mittelpunkt haben sollen, scheint es dringend geboten, zunächst klare Definitionen wenigstens der wichtigsten Begriffe „Leistungsfähigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ zu erarbeiten, auch in Kenntnis der Tatsache, daß sich vieles derartigen Definitionen entzieht. Nur so wird man aber die notwendigen Vergleiche anstellen und sachgerecht entscheiden können.

Darüber hinaus müssen aber Anstrengungen unternommen werden, um in Zukunft die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse berücksichtigen zu können. Es ist nicht mit sinnvollem ärztlichen Handeln vereinbar, der Bevölkerung die nach politischem Beschluß zur Bestimmung des Bedarfes festgesetzten Gesundheitsleistungen nur noch *zuzuteilen*. Es gilt vielmehr, entsprechende individuelle Gestaltungsräume zu erhalten oder wieder zu schaffen, für deren zweckmäßige Nutzung eine Stärkung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung nötig ist.

Selbstverständlich bietet sich dafür auch die Entwicklung und Erprobung von Selbstbeteiligungsmodellen an, wie sie der 83. Deutsche Ärztetag 1980 in seinen gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen vorgeschlagen hat.

Man ist immer wieder erstaunt, daß bei vielen an der gesundheitspolitischen Diskussion Beteiligten diese Möglichkeit und vor allem schon allein die Vokabel „Selbstbeteiligung“ auf heftigen Widerstand stößt, während längst entsprechende Regelungen unter anderem Namen mit großem Eifer

erörtert werden. So erteilte der Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg in seiner Rede beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie in Hamburg am 5. Mai 1981 der Selbstbeteiligung eine kräftige Absage, fuhr dann im gleichen Atemzuge jedoch fort: „Aber anstatt auf Selbstbeteiligung zu bauen, scheint es mir sinnvoller, die Ansprüche, die der Versicherte gegenüber der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung geltend machen kann, schärfer von dem Bedarf an Gesundheitsleistungen abzugrenzen, den der Versicherte in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten decken kann und sollte.“ Als bekanntestes Beispiel für eine derartige Möglichkeit erwähnte er sogleich den Vorschlag zur Herausnahme der sogenannten „Bagatellarzneimittel“ aus der Erstattungspflicht.

Anspruchsinflation belastet die Solidargemeinschaft über Gebühr

Man ist verblüfft: Was soll denn das wohl anderes sein als „Selbstbeteiligung“? Der Unterschied wird deutlich, wenn man sich überlegt, daß bei dieser Regelung nicht der Patient, sondern der Arzt die Entscheidung treffen soll, was im Einzelfall ein Bagatellarzneimittel ist. Der Interessenkonflikt wird also in das Sprechzimmer des Arztes verlagert. Minister Ehrenberg hat dann bei dem gleichen Anlaß weiter ausgeführt: „Wir werden deshalb die Ärzte mit ihrer Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung nicht allein lassen. Der Arzt ist der eigentliche Nachfrager in der gesetzlichen Krankenversicherung, er trifft mit seiner Verordnung alle Nachfrageentscheidungen.“

Wir wollen Zeit und Hilfsbereitschaft des Ministers nicht übermäßig strapazieren und können unsere Verantwortung für ärztliche Verordnungen auch gut allein tragen. Dann könnte der Minister vielleicht auch Zeit gewinnen, um

den Versicherten beizustehen und deren Verantwortungsbewußtsein zu stärken. Vielleicht gelingt ihm dann sogar eine *spürbare* Dämpfung der heute die Solidargemeinschaft unnötig belastenden Anspruchsinflation!

► Warum eigentlich, so fragt man sich, werden große Anstrengungen unternommen, um aus dem mündigen Bürger dann, wenn es ihm im Krankheitsfall um seine höchst individuellen Wünsche und Bedürfnisse und deren Finanzierung geht, einen entmündigten Patienten zu machen. Der angeblich gar nicht in der Lage ist, sachgerechte Entscheidungen zu treffen. Warum besteht aber diese Sorge offenbar nicht, wenn man den Patienten nach einer möglichst umfassenden Aufklärung durch den Arzt für durchaus fähig hält, über hochdifferenzierte medikamentöse oder operative Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden?

► Sind das nicht einfach Verantwortungsverlagerungsmechanismen, die überhaupt nicht zu einer Problemlösung führen können? Oder sollte es am Ende gar nicht um sachgerechte Problemlösungen, sondern um die Durchsetzung politischer Vorstellungen mit dem Ziel einer vollständigen Institutionalisierung des Gesundheitswesens gehen, in dem für eine individuelle Gestaltung kein Raum mehr ist?

Für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung gelten ähnliche Sorgen. Nach einem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes muß bis zum Jahre 1984 eine Angleichung der Altersversorgung von Mann und Frau erfolgen. Dies und die auch in diesem Zweig der sozialen Sicherung deutlich erkennbare Finanzmisere geben Anlaß zu Überlegungen, die weit über die Forderungen des Bundesverfassungsgerichtes hinausgehen und die in den beiden nächsten Jahren intensiver Beobachtung bedürfen. In diesem Zusammenhang wird die Krankenversicherung der

Rentner ebenfalls neu geordnet. Die Bestimmungen sollen zum 1. Januar 1983 in Kraft treten und sehen u. a. vor, daß der einzelne Rentner selbst beitragspflichtig wird; die bisherige pauschale Beitragszahlung durch die Rentenversicherung entfällt. Gleichzeitig soll aber nicht nur von der Rente, sondern auch von anderen Versorgungsbezügen Beitrag entrichtet werden, so zum Beispiel von Beamtenpensionen, Versorgungsbezügen der Parlamentarier und Minister, aber auch von Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung sowie von Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen der verschiedenen Berufsgruppen. Nach dem Entwurf sollen diese Einrichtungen den Beitrag jeweils direkt an die Krankenversicherung abführen, wogegen der Bundesrat eine Beitragszahlung durch den einzelnen Rentner wünscht.

Es ist sicher im Ansatz richtig, die Krankenversicherung der Rentner vernünftiger zu regeln. Denn wenn der Rente Lohnersatzfunktion beigegeben wird, kann davon wie vom Lohn auch ein Krankenversicherungsbeitrag gezahlt werden. Problematisch wird es aber, wenn auch Zahlungen in diese Regelungen einbezogen werden sollen, die völlig andere rechtliche Voraussetzungen haben, wie das zum Beispiel bei Beamtenpensionen oder berufsständischen Versorgungswerken der Fall ist. Der Bundesrat hat deshalb zu Recht die Bundesregierung aufgefordert, den Katalog der beim Krankenversicherungsbeitrag zu berücksichtigenden Einnahmen zu überprüfen.

Das ist auch deshalb dringend erforderlich, damit nicht über diese Neuregelung Lösungen präjudiziert werden, die bei der Neuordnung der Altersversorgung geradezu verheerende Auswirkungen haben müßten für alle diejenigen, die aus eigener Kraft und häufig über das sonst übliche Maß hinaus Vorsorge für ihr Alter getroffen und entsprechende Rücklagen im



Die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft wird in der Regel nur an drei Ärzte jährlich verliehen, und zwar für vorbildliche ärztliche Haltung, für hervorragende wissenschaftliche Leistungen und für erfolgreiche berufspolitische Arbeit, in diesem Jahr an (v. l.) Dr. Hubertus Werner (Mannheim), Prof. Dr. Heinz Kirchoff (Göttingen), Dr. Hermann Kerger (Frankfurt). Ausführlicheres in Heft 24

Wege des Kapitaldeckungsverfahrens oder wenigstens des Abschnittsdeckungsverfahrens geschaffen haben.

Es ist in höchstem Maße alarmierend, wenn man im Hinblick auf die anstehende Neuordnung noch nicht von Mitgliedern der Regierung, aber bereits in parlamentarischen Kreisen nicht einmal mehr hinter vorgehaltener Hand geäußerte Überlegungen hört, die auf eine Einbeziehung auch anderer Alters- und Hinterbliebenen-Versorgungseinrichtungen hinauslaufen, die nicht wie die Rentenversicherung nach dem Umlageverfahren arbeiten. Dabei werden sowohl betriebliche Altersversorgungen als auch Lebensversicherungen und berufsständische Versorgungswerke genannt.

- Panikstimmung scheint noch nicht am Platze, es muß aber doch mit aller Entschiedenheit schon heute gesagt werden: Hände weg von den Versorgungswerken!
- Die Versorgungswerke sind ebensowenig wie andere aus eige-

ner Kraft geschaffene Rücklagen dazu da, die in der gesetzlichen Rentenversicherung entstandenen Löcher zu stopfen, die ihre Ursachen in Handlungsweisen haben, die man bei jedem ordentlichen Kaufmann mit dem Begriff „Mißwirtschaft“ noch milde kennzeichnen würde.

In einer Vielzahl von Gesprächen mit Politikern aus allen Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Parteien sowie mit den zuständigen Ministern und Ministerialbeamten haben wir gemeinsam oder jedenfalls in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor und nach den Wahlen und auch seitdem wiederholt unseren Standpunkt zu den in diesem Referat behandelten Themen erläutert. Weitere Punkte, die hier nicht im einzelnen ausgeführt werden können, waren bei diesen Gesprächen Fragen

▷ des Arzneimittelgesetzes,

▷ des Gesundheitssicherstellungsgesetzes, ▷

▷ der Weiterentwicklung der Gesetzgebung auf dem Gebiet der Gesundheitsberufe,

▷ die Pläne für eine Pflegekostenversicherung,

▷ die Ausbildung zum Arzt und damit zusammenhängende Fragen, wie zum Beispiel die Kriterien für die Studienzulassung,

▷ die Problematik von Multiple-choice-Prüfungen,

▷ die Entwicklung der Arztzahlen und selbstverständlich auch

▷ die Novellierung der sowohl durch die medizinisch-wissenschaftliche Entwicklung als auch durch die ständig steigenden Preise überalterten Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus dem Jahre 1965.

Dazu versicherte mir Minister Ehrenberg in einem Gespräch vor wenigen Tagen, die Arbeiten daran seien so weit fortgeschritten, daß die Verabschiedung noch in diesem Jahr erwartet werden könne. Bei etlichen Regelungen, vor allem in den allgemeinen Bestimmungen, die für die Ärzteschaft grundsätzliche Bedeutung haben und auf die wir deshalb in vielen Gesprächen immer wieder hingewiesen haben, sollen – wie Minister Ehrenberg mir versicherte – auch künftig unsere Vorstellungen Berücksichtigung finden. Es muß zunächst aber der schriftliche Entwurf abgewartet werden, bevor dazu Näheres gesagt werden kann.

Während der Beratung des 84. Deutschen Ärztetages werden diese und vielleicht noch andere Themen, wie die Problematik von Sterbehilfe, Todeszeitfeststellung, Auswirkungen des neuen § 218 des Strafgesetzbuches, aber auch eine Reihe von „Modellversuchen“ und „Forschungsvorhaben“ anzusprechen oder näher zu erörtern sein, wobei man sich bei den letzten beiden Punkten nicht immer des Eindrucks erwehren

kann, daß damit eine schrittweise Systemveränderung eingeleitet werden soll.

Zunächst wird sich der 84. Deutsche Ärztetag aber ausführlich mit dem Thema „Die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Versorgung“ auseinandersetzen. Damit werden alle mit der allgemeinärztlichen Versorgung zusammenhängenden Probleme erstmals seit dem 65. Deutschen Ärztetag im Jahre 1962 in Norderney in einem gesonderten Haupttagesordnungspunkt behandelt. Der Bedeutung der Allgemeinmedizin entsprechend hatten sich selbstverständlich weitere Deutsche Ärztetage im Rahmen anderer Tagesordnungspunkte seitdem mit diesem Thema befaßt.

Meilensteine in der Entwicklung der Allgemeinmedizin

Ein Meilenstein für die Allgemeinmedizin waren die 1968 vom 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden eingeführte Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ und die Festlegung eines dazugehörigen Weiterbildungsganges in der Weiterbildungsordnung.

Durch den Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. Mai 1972 wurde es erforderlich, die Weiterbildung auf gesetzlicher Grundlage mindestens hinsichtlich der vom Bundesverfassungsgericht als „statusbildende Normen“ bezeichneten Tatbestände neu zu ordnen. Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichtes ist dafür der Landesgesetzgeber zuständig, da es sich nicht um Fragen der Berufswahl und somit nicht um den Akt staatlicher Berufszulassung nach der Ausbildung in Zuständigkeit des Bundes handelt. Diese nämlich endet mit der Erteilung der Approbation und der damit vom Staat erteilten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde am Menschen.

Bis in allen Bundesländern möglichst einheitliche gesetzliche Re-

gelungen trotz unterschiedlicher politischer Mehrheiten in den Landesparlamenten verabschiedet werden konnten, waren zeitraubende Verhandlungen nötig. Die ersten Gesetze wurden 1975 in Nordrhein-Westfalen und im Saarland verabschiedet. Der 79. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf beschloß 1976 sodann unverzüglich unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Grundlagen eine Musterweiterbildungsordnung, in der die Allgemeinmedizin mit einem dazugehörigen 4jährigen Weiterbildungsgang verankert blieb. Inzwischen sind in allen Bundesländern die neuen Gesetze und die neuen Weiterbildungsordnungen in Kraft getreten, zuletzt am 1. April 1980 in Niedersachsen. Damit bestehen erstmalig seit 1972 in allen Bundesländern und in Berlin wieder einheitliche Rechtsgrundlagen für die Weiterbildung in den einzelnen Gebieten des ärztlichen Berufes.

Viele der mit der Berufsausübung als Allgemeinarzt zusammenhängenden Fragen wurden in den letzten Jahren und zunehmend vor allem in den letzten Wochen und Monaten auch in der Öffentlichkeit zum Teil heftig diskutiert und leider nicht immer sachbezogen und emotionsfrei. Lautstärke und Engagement mögen bei vielen daher den Eindruck hervorgerufen haben, als sei eine Einigung oder wenigstens eine von einer überzeugenden Mehrheit getragene Lösung dieser Frage überhaupt nicht möglich.

Sicher mag auch der eine oder andere förmlich darauf warten, daß die Ärzteschaft sich über dieses Thema in so tiefen und unveröhnlichen Streit verwickelt, daß sie überhaupt nicht bemerkt, wie die Grundlagen der ärztlichen Berufsausübung in der Zwischenzeit durch politische Entscheidungen verändert werden, oder daß sogar wegen eines Streites innerhalb der Ärzteschaft die eine oder andere Gruppe Systemveränderungen gewollt oder ungewollt Vorschub leistet.

Es muß doch eigentlich bedenklich stimmen, wenn sich in diese Fragen zum Beispiel DGB-Gewerkschaften einmischen, zu deren erklärten Zielen u. a. gehören:

▷ Einrichtung von ambulanten Gesundheitszentren,

▷ Nivellierender Finanzausgleich innerhalb der Krankenversicherung mit der Folge der Schaffung einer Einheitskrankenkasse,

▷ sogenannte „Harmonisierung“ der Finanzgrundlagen für die Alterssicherung,

▷ Beseitigung angeblicher Privilegien bestimmter Personengruppen, zum Beispiel von Selbständigen und Freiberuflern, von denen behauptet wird, daß sie zu Lasten der Arbeitnehmer gehen,

▷ Schaffung von Gesundheitsregionalverwaltungen unter Beteiligung der Versicherten, aller Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Vertreter der Gebietskörperschaften in Drittel-Parität (was den ärztlichen Sachverstand in die Minderheitenrolle bloßer Interessenvertretung drängen würde und de facto zur Beseitigung der ärztlichen Selbstverwaltung führen muß).

So ist es in den erst im März 1981 zur Gesundheits- und Sozialpolitik gefaßten Beschlüssen des 4. außerordentlichen Bundeskongresses des DGB zu lesen.

... zversichtlich, daß die Gemeinsamkeiten bei den Ärzten weit überwiegen

● Die Ärzteschaft ist bestimmt gut beraten, wenn sie angesichts der Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik und der keineswegs beruhigenden gesamtpolitischen Lage klare Entscheidungen trifft. Ich bin zversichtlich, daß trotz mancher laut und erbittert um den besten Weg geführten Auseinandersetzung die Gemeinsamkeiten bei den Ärzten

noch immer weit überwiegen und daß sich vor allem die 250 Delegierten der Landesärztekammern auf diesem 84. Deutschen Ärztetag als gewählte Vertreter von über 164 000 Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Vorwurf machen lassen wollen, die Ärzte seien trotz ihres Sachverständnisses überhaupt nicht in der Lage, ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln, so daß dies durch Fachfremde geschehen müsse.

● Der Deutsche Ärztetag kann und darf sich nicht dem Vorwurf aussetzen, in entscheidenden Situationen die Zeichen der Zeit nicht erkannt und die Belange des Gesamtwohles aus den Augen verloren zu haben.

Der Deutsche Ärztetag ist wahrlich kein Akklamationsgremium

Selbstverständlich wird es im Zuge der Beratungen noch heiße Diskussionen geben. Das entspricht demokratischen Verfahren. Denn der Deutsche Ärztetag ist kein Akklamationsgremium, das irgendwelchen, hinter mehr oder weniger verschlossenen Türen erarbeiteten Papieren zuzustimmen hätte, ohne auch nur die Möglichkeit der Änderung oder sogar der Ablehnung zu haben. Im Gegenteil, jede Vorlage soll diskutiert, kann verändert, ergänzt oder zusammengestrichen werden, je nachdem, welche Argumente sich durchsetzen und in den Abstimmungen die notwendigen Mehrheiten finden.

Nach den Spielregeln der Demokratie erfolgt die Meinungsbildung durch Mehrheitsbeschluß. Einstimmigkeit ist dafür nicht erforderlich. Natürlich gibt es Prozesse der Wahrheitsfindung, die sich wie die medizinische Forschung und deren Ergebnisse der Entscheidungsmöglichkeit durch Mehrheitsbeschlüsse oder Meinungsumfragen entziehen. Natürlich kann man darüber philosophieren, ob die Mehrheit auch immer die

„richtige“ Meinung vertritt oder ob sie sogar „recht“ hat, doch das führt in der Politik nicht weiter. In unserem Staat haben wir uns in Kenntnis der schon von Platon beschriebenen verschiedenen grundsätzlich denkbaren Staatsformen für die Demokratie in der Form der parlamentarischen oder der repräsentativen Demokratie entschieden. Damit müssen sich auch demokratisch gewählte Organe der ärztlichen Körperschaften oder ihrer Zusammenschlüsse an diese in der Bundesrepublik Deutschland allgemein anerkannten Regeln halten.

Nur so kann und muß eine mit überzeugenden Mehrheiten zustande gekommene Willensbildung mit der notwendigen Überzeugungs- und Durchsetzungskraft vertreten werden. Nur so kann bei den in der Politik anstehenden Entscheidungen die Auffassung der Ärzte zum Tragen kommen.

● Der 84. Deutsche Ärztetag in Trier wird sich daher, ebenso wie Deutsche Ärztetage in den vergangenen Jahren, zu klaren Entscheidungen durchringen müssen, damit die auf demokratische Weise erarbeitete Willensbildung der Ärzteschaft dann nach außen gegenüber allen in unserem pluralistischen Staat dafür in Frage kommenden Organisationen und Institutionen, Gewerkschaften, Parteien, Regierungen und Parlamenten überzeugend dargestellt und von den gewählten Repräsentanten vertreten werden kann.

● Dies ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, daß auch künftig eine möglichst gute individuelle patientenorientierte ärztliche Versorgung mit möglichst vollständiger Verhütung von Krankheiten, einschließlich der notwendigen Prävention und Rehabilitation, gesichert bleibt, für die immer noch ein freiheitliches Gesundheitssystem mit Ärzten in beruflicher Freiheit und in Freiberuflichkeit die besten Voraussetzungen bietet. □