

## Freiheit und Selbstbestimmung auch im Gesundheitswesen der DDR

„1. Das AusmaÙ der Reformbedürftigkeit des Gesundheitswesens der DDR ist nach der Wende vom 9. November 1989 in erschreckender Weise zutage getreten. Vorrangiges Ziel einer Reform muÙ deshalb die baldige Verwirklichung einer möglichst guten, dem Stand der modernen Medizin entsprechenden Versorgung der Bevölkerung sein. Diese muÙ auf dem Recht der freien Arztwahl als einer grundlegenden Voraussetzung für eine autonome persönliche, auf Vertrauensbildung gegründete Arzt-Patienten-Beziehung beruhen.

Eine Reform darf sich deshalb nicht auf die finanzielle und materielle Absicherung von Erneuerungs- und Erweiterungsinvestitionen beschränken. Sie muÙ vor allem in der politisch-ideellen Dimension die verbürgte Selbstbestimmung des einzelnen Menschen und das freiheitliche Selbstverständnis des Arztberufes gewährleisten und der Anerkennung seines auf Ausbildung und Kompetenz sowie berufsethischen Regeln beruhenden Behandlungsauftrages dienen.

2. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt. Diese Rechte gelten unabhängig, in welcher Form der ärztliche Beruf ausgeübt wird – ob in eigener Praxis oder als angestellter und beamteter Arzt. Ideologische und politische Weisungshierarchien über Ministerien, Bezirke, Kreise und ähnliche Gremien zur Lenkung und Beeinflussung ärztlicher Berufsausübung sind damit nicht vereinbar.

3. Daraus resultiert die Anerkennung der Freiheit des ärztlichen Gewissens, der ärztlichen Therapiefreiheit, der ärztlichen Schweigepflicht, des medizinischen Datenschutzes und insbesondere die Berufsausübungsfreiheit des Arztes. Dies sind Eckpfeiler eines freiheitlichen Arztbildes. Sie müssen rechtlich verbürgt sein.

4. Das Berufsethos der Ärzte wird in Selbstverwaltung gesichert. Deshalb

muß eine Kammerorganisation auf öffentlich-rechtlicher Grundlage mit Pflichtmitgliedschaft der Ärzte geschaffen werden. Ebenso ist eine unabhängige Berufsgewerkschaft einzuführen.

5. Die ärztliche Selbstverwaltung muÙ den Freiraum der Selbstgestaltung garantieren und darf sich nicht in der Übertragung der Berufsaufsicht erschöpfen. Daher gehört dazu insbesondere

- in Einklang mit den Interessen der Allgemeinheit die Wahrung der beruflichen Belange der Gesamtheit der Kammerangehörigen,

- die Überwachung der Berufspflichten der Kammerangehörigen,

- für die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen Sorge zu tragen,

- auf ein gedeihliches Verhältnis der Kammerangehörigen untereinander hinzuwirken und bei Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen und auch zwischen ihnen und ihren Patienten zu vermitteln,

- zu Gesetz- und Versorgungsentwürfen Stellung zu nehmen,

- die ärztliche Weiterbildung zu ordnen und durchzuführen,

- die Gründung berufsständischer Versorgungswerke zu veranlassen.

6. Das Weiterbildungsrecht zur fachlichen Spezialisierung auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenbestimmungen hat in selbst verantworteter Gestaltung durch die Ärztekammern zu erfolgen. Nur so ist eine der Entwicklung der Medizin entsprechende Kompetenzbeschreibung und Bestimmung der Kenntnisvoraussetzungen ärztlicher Gebiete und Fachgebiete möglich.

7. Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung sollen sachbezogenen Fähigkeiten, Wissens- und Erfahrungserwerb vermitteln, ärztliche Haltung fördern und ethische Grundnormen wahren. Obligatorische Politisierungsinhalte, wie „marxistisch-leninistische Weiterbildung der Ärzte“, widersprechen dem hippokratischen Eid in der Form des Genfer Gelöbnisses des Weltärztebundes von 1948, in dem gefordert wird, daß bei der Ausübung der ärztlichen Pflichten kein Unterschied gemacht werden dürfe nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

8. Die Sicherung eines leistungsfähigen Ärztestandes hat in einer Versorgung

- bei Berufsuntüchtigkeit,
- im Falle eines vorzeitigen Todes,
- bei Erreichung der Altersgrenze ohne staatliche Zuschüsse und bei Deckung der Leistungen aus den Beiträgen und Vermögenserträgen durch ein Versorgungswerk mit Pflichtteilnahme die einem freien Beruf angemessene Grundlage.

9. Der Berufsfreiheit entspricht auch die freie Gründung ärztlicher Berufsverbände und medizinischer Fachgesellschaften.

10. Die freie Ausübung des Arztberufes in der Form der Niederlassung in eigener Praxis ist ein Grundrecht. Die Wahrnehmung dieses Rechts und sein Schutz haben in der Bundesrepublik zum Aufbau eines patientengerechten und leistungsfähigen Systems der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte geführt. Seiner Garantie dient die grundsätzliche funktionale Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten im ambulanten Bereich und Krankenhäusern im stationären Bereich. Diese funktionale Arbeitsteilung ist auch im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt und hat zu der durch das Kassenarztrecht geförderten Entwicklung leistungsfähiger niedergelassener Praxen in der ambulanten Versorgung geführt.

11. Die DDR hat eine andere Entwicklung aufzuweisen. Polikliniken, Ambulatorien und betriebsmedizinische Einrichtungen sind die dominierenden ambulanten Versorgungsformen. Die dauerhafte Bevorzugung staatlicher Einrichtungen mit gesicherter Refinanzierung gegenüber ärztlichen Praxen mit privatem Risiko ist daher eine Gefährdung freiheitlicher Strukturen. Der Ärztetag fordert die DDR-Regierung auf, bei allen notwendigen Übergangsregelungen, die es erfordern, vorhandene Versorgungsformen zunächst fortzuführen, nicht die Herausbildung eines Systems freiberuflich begründeter ambulanten Versorgung zu verhindern.

12. Der soziale Schutz für die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter in diesen Einrichtungen muÙ ein zu beachtendes Ziel bei Reformen sein. Bei der notwendigen Überführung der staatlichen Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung in der DDR in die freiheitliche Struktur kassenärztlicher Niederlassungen muÙ der soziale Schutz der Mitarbeiter dieser Einrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Diese Garantie muÙ insbesondere dann gelten, wenn Einrichtun-

gen des ambulanten oder stationären Gesundheitswesens aus öffentlicher Trägerschaft heraus privatisiert werden.

13. Auch das Krankenhauswesen ist reformbedürftig. Es ist notwendig, Krankenhäuser ihrer Aufgabe zur stationären Versorgung des Patienten entsprechend auf den modernen Stand der Medizin zu bringen. Neben baulichen, apparativen und personellen Veränderungen hält der Deutsche Ärztetag es für erforderlich, bei der Herausbildung einer modernen inneren Krankenhausstruktur auch die Stellung der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter den Aufgaben und Leistungen entsprechend anzuerkennen.

Alle Mitarbeiter im Krankenhaus müssen leistungsgerecht vergütet werden.

14. Therapiefreiheit des Arztes bedeutet das Recht zur sachgerechten Auswahl unter vorhandenen Therapiemöglichkeiten. Eine Vorauswahl durch staatliche Behörden hat in einem freiheitlichen System keinen Platz. Staatliche Regulierungen haben sich auf die Sicherung der Unbedenklichkeit und Wirksamkeit zu beschränken.

15. Unmittelbare staatliche Aufgaben im Gesundheitswesen müssen sich auf Funktionen eines öffentlichen Gesundheitsdienstes im klassischen Sinne beschränken, so z. B. Aufgaben der Seuchenbekämpfung, der Hygienesicherung, des Jugendgesundheitsdienstes sowie des gesundheitlichen Umweltschutzes. Vor allem in umweltmedizinisch relevanten Bereichen ist ärztlicher Sachverstand im Interesse einer ökologischen Absicherung der Wirtschaftsreform in der DDR zur Geltung zu bringen.

16. Innerhalb des bestehenden Systems des Betriebsgesundheitswesens (Betriebspolikliniken, Betriebsambulatorien) stellen die Betriebsärzte nicht nur in eingeschränktem Umfang eine spezifisch arbeitsmedizinische Betreuung vergleichbar den Anforderungen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz der Bundesrepublik sicher, sondern richten ihre Tätigkeit überwiegend auf die medizinische Betreuung der Beschäftigten des jeweiligen Betriebes und deren Angehörigen, teilweise sogar auch der umliegenden Wohnbevölkerung aus (kurative Tätigkeit). Entsprechend dem Aufbau eines leistungsfähigen Systems der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte muß schrittweise das derzeitige Betriebsgesundheitswesen zu einem System betriebsärztlicher

Dienste überführt werden, in dem die Betriebsärzte ihre Tätigkeit auf präventive Aufgaben im Hinblick auf Gesundheits- und Arbeitsschutz, Unfallverhütung sowie arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen ausrichten und konzentrieren müssen. Hierbei muß die Unabhängigkeit der Betriebsärzte von staatlichen oder betrieblichen Stellen gesichert sein.

17. Die Finanzierung des Gesundheitswesens muß durch Einführung eines beitragsfinanzierten, gegliederten Systems der sozialen Krankenversicherung ermöglicht werden. Neben der gesetzlichen Versicherungspflicht muß auch die Möglichkeit privater Daseinsvorsorge geboten werden.

18. Für den Ausbau der Krankenhäuser in der DDR zu einem bedarfsgerechten, leistungsfähigen und flächendeckenden System der stationären Versorgung bei Wahrung der pluralistischen Trägerschaft der Krankenhäuser kann langfristig nur ein duales Finanzierungssystem wie in der Bundesrepublik Deutschland in Frage kommen. Dies bedeutet eine Finanzierung der Investitionen durch die öffentliche Hand und eine Refinanzierung der Betriebs- und Benutzerkosten über Pflegesätze. Das setzt jedoch den Aufbau eines funktionierenden Krankenversicherungssystems voraus.

19. Den Ärzten muß die rechtliche Möglichkeit eingeräumt werden, in genossenschaftlichen Zusammenschlüssen („Kassenärztliche Vereinigungen“) autonom ihre Interessen gegenüber Versicherungsträgern wahrzunehmen und in Chancengleichheit die Bedingungen ihrer Berufsausübung im Krankenversicherungssystem und die Vergütung ihrer ärztlichen Leistung auszuhandeln. Den angestellten Ärzten muß auf der Grundlage eines Tarifvertragsgesetzes die Möglichkeit eingeräumt werden, leistungsgerechte Arbeitsbedingungen und Vergütungen auszuhandeln.

20. Reform des Gesundheitswesens bedeutet auch die Anerkennung der aus der individuellen Selbstbestimmung des einzelnen abzuleitenden Selbstverantwortung für die Gesundheit. Die Überbetonung gesellschaftlicher Verantwortung für alle Gesundheitsbelange des einzelnen steht im Gegensatz zu freiheitlichen Strukturen und privater Initiative. Die Selbstverantwortung des einzelnen für seine Gesundheit und die seiner Familie muß wieder stärker zur Geltung gebracht werden.“ □

## Deutscher Ärztetag als Ärztetag aller deutschen Ärzte

„Der 93. Deutsche Ärztetag begrüßt die politische Entwicklung in der DDR auf dem Weg zur Einheit Deutschlands.

Mit Freude und Hochachtung registrieren wir die vielfältigen Bemühungen um die Gründung von Ärzteverbänden und Ärztevereinigungen als Vorläufer von Ärztekammern in den wiedererstehenden Ländern der DDR.

Der 93. Deutsche Ärztetag hält die rasche Verabschiedung von Gesetzen für erforderlich, damit in der DDR öffentlich-rechtlich organisierte Ärztekammern auf der Basis der Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte errichtet werden können.

Der 93. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, daß der Vorstand der Bundesärztekammer die satzungsrechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen schafft, damit zum nächstmöglichen Zeitpunkt der Deutsche Ärztetag als Ärztetag aller deutschen Ärzte stattfinden kann.“ □

## Gesundheits- und tarifpolitische Forderungen zur deutschen Einigung

„Das Gesundheitswesen der DDR ist durch seit Jahrzehnten bestehende Mängel gekennzeichnet; sie waren lange vor dem November 1989 erkennbar. Die Vereinigung der beiden deutschen Staaten muß zur Beseitigung dieser Mängel führen. Die Bürger beider Staaten haben das gleiche Recht auf einen umfassenden, allen frei zugänglichen und solide finanzierten Gesundheitsschutz.

Zu allererst müssen Wirtschaft und Bevölkerung in die Lage versetzt werden, die Leistungen eines effizienten Gesundheitswesens zu bezahlen – dann kann die Entwicklung der Strukturen im DDR-Gesundheitswesen angegangen werden. Für eine gewisse Übergangszeit kann es also an einem eigenen Weg des DDR-Gesundheitswesens keinen Zweifel geben. Für diesen Übergang stellt der 93. Deutsche Ärztetag folgende Forderungen auf:

### Bestandsgarantie

Eine Bestandsgarantie muß zuerst die sozialen Rechte der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der DDR sichern. Wer viele Jahre im Angestelltenverhältnis gear-

beitet hat, muß – in Analogie zur Unkündbarkeitsgrenze des Bundes-Angestellten-tarifvertrages (BAT) (15 Jahre) – in seinen vertraglichen Rechten abgesichert werden. Diese Garantie muß insbesondere dann gelten, wenn Einrichtungen des ambulanten oder stationären Gesundheitswesens aus öffentlicher Trägerschaft heraus privatisiert werden.

Aber auch die Einrichtungen des Gesundheitswesens – seien es nun Krankenhäuser, Polikliniken oder Betriebseinrichtungen – bedürfen für die Übergangszeit einer Bestandsgarantie; das monistische Finanzierungssystem aus Staatsmitteln muß solange fortgesetzt werden, bis andere Finanzierungsformen nicht nur durchdacht oder gefordert, sondern auch geschaffen werden.

### **Krankenhauswesen**

Die pluralistische Trägerschaft der Krankenhäuser ist ebenso zu gewährleisten wie kollegiale Leitungsstrukturen. Im Sinne einer engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sollte den poliklinisch tätigen Ärzten, aber auch ihren niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre ambulanten Patienten gegebenenfalls auch stationär zu behandeln. Umgekehrt sollte auch qualifizierten Krankenhausärzten die Möglichkeit offenstehen, auf dem Wege der Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ihre Patienten ambulant zu behandeln.

### **Niederlassungsfreiheit**

Das Recht auf freie Niederlassung muß in der DDR wie in der Bundesrepublik gelten; der 93. Deutsche Ärztetag lehnt Niederlassungssperren ab. Für die Zeit der Angleichung der Rechtsstrukturen beider Staaten sollte jedoch eine Regelung ins Auge gefaßt werden, die Niederlassungen in der DDR nur für Einheimische vorsieht.

### **Tarifautonomie**

Funktionierende pluralistische Gewerkschaften sind eine der stärksten Garantien für eine rechtsstaatliche Ordnung; der 93. Deutsche Ärztetag fordert daher die unverzügliche und vollständige Abschaffung des Gewerkschaftsgesetzes der DDR vom 6. 3. 1990. Statt dessen müssen Tarifautonomie und Koalitionsfreiheit verfassungsrechtlich verankert werden. Das Prinzip der Einheitsgewerkschaft wird abgelehnt.

### **Tarifparteien und -verhandlungen**

Der 93. Deutsche Ärztetag fordert den unverzüglichen Aufbau von tariffähigen Organisationen der Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Dies ist Voraussetzung für Tarifverhandlungen, deren baldige Aufnahme ebenfalls gefordert wird. Der BAT sollte zur Vermeidung von Inkompatibilitäten als Verhandlungsgrundlage neuer Tarifverträge dienen.

### **Gegliederte Krankenversicherung**

Eine Krankenversicherungspflicht muß eingeführt werden; mit dem Aufbau konkurrenzfähiger und konkurrierender Krankenkassen muß unverzüglich begonnen werden; der 93. Deutsche Ärztetag lehnt eine Einheitsversicherung ab.

Eine partnerschaftliche Selbstverwaltung für die Krankenkassen muß aus den dann gegründeten Organisationen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern hervorgehen. Auch muß die Möglichkeit der privaten Krankenversicherung geschaffen werden.

### **Länder und Länderkompetenzen**

Die komplexen Fragen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung lassen sich nicht zentralistisch lösen. Das System einer gegliederten Verantwortung zwischen Bund, Ländern und Kommunen hat sich in der Bundesrepublik bewährt; es wird nach der Vereinigung auch in der DDR gelten. Daher ist die unverzügliche Schaffung von Länderstrukturen unbedingt erforderlich.

Die Verantwortung für die Strukturen im Gesundheitswesen sollte, wie in der Bundesrepublik, auf die Länder und Kommunen verteilt werden.

### **Ärztliche Selbstverwaltung**

Unverzüglich muß mit dem Aufbau einer funktionierenden Selbstverwaltung der Ärzteschaft unter Nutzung der von Ärzten in der Bundesrepublik gesammelten Erfahrungen begonnen werden. Hierzu gehört die Vorbereitung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Auch der Aufbau ärztlicher Versorgungswerke ist eine vorrangige Aufgabe ärztlicher Selbstverwaltung, die unmittelbar nach der Schaffung der Ärztekammern angegangen werden muß.

Rentenleistungen müssen auch nach der Vereinigung erhalten bleiben. Es gilt, vernünftige Rentenregelungen für die Ärzte in der DDR zu entwickeln, die ein katastrophales Auseinanderklaffen der Alters-

renten in West- und Ostdeutschland vermeiden helfen.

### **Transferleistungen**

In der Übergangsphase muß ein vielfältiger Transfer von Gesundheitsleistungen möglich sein:

– Kolleginnen und Kollegen aus der DDR müssen die umfassende und auch ökonomisch unterstützte Möglichkeit erhalten, sich in der Bundesrepublik weiter- und fortzubilden.

– Kolleginnen und Kollegen aus der Bundesrepublik muß die Möglichkeit eröffnet werden, für definierte Zeiträume für besondere Weiterbildungsaufgaben in der DDR zur Verfügung zu stehen.

– Patienten aus der DDR müssen Gesundheitsleistungen aus unserem System dann abfordern können, wenn diese Leistungen in der DDR nicht angeboten werden. Das Recht auf freie Arztwahl darf an der deutsch-deutschen Grenze nicht aufhören.“ □

## **Gedanken zur aktuellen Gesundheitspolitik**

„Die Gesundheitspolitik muß in den kommenden Jahren den Patienten und den Ärzten wieder den nötigen Freiraum für eine dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechende ärztliche Versorgung der Bevölkerung sichern. Gesundheitspolitik umfaßt auch die Sicherung der Lebensgrundlagen der Bevölkerung einschließlich einer gesunden Umwelt.

Der Deutsche Ärztetag verweist nochmals auf die ‚Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft‘ als nach wie vor gültiger Grundlage ihrer politischen Ziele. Darüber hinaus ist die gegenwärtige politische Entwicklung Anlaß zu ergänzenden Feststellungen.

1. Für das freiheitliche und plural gegliederte Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist zuletzt durch das Gesundheits-Reformgesetz zum 1. 1. 1989 eine neue Rechtsgrundlage geschaffen worden. Im Interesse vordergründiger, politisch motivierter ökonomischer Ziele – vor allem der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung – sind dabei nicht nur Änderungen beschlossen worden, die zu einer Kürzung von Leistungsansprüchen der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung geführt haben, sondern auch

strukturelle Veränderungen, die sowohl für die ärztliche Selbstverwaltung der Kassenärzteschaft als auch für die einzelnen Kassenärzte Einschränkungen ihrer Gestaltungs- und Berufsausübungsfreiheit bewirkt haben. Unmittelbare Regelungen für ärztliche Entscheidungen und ein im wesentlichen an ökonomischen Größen ausgerichtetes Prüfungswesen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit haben Bedingungen geschaffen, welche die freie ärztliche Berufsausübung im System der kassenärztlichen Versorgung belasten.

2. Die bisherigen Bemühungen der verschiedenen Beteiligten um die Anwendung der sie betreffenden Vorschriften haben ergeben, daß zahlreiche Gesetzesbestimmungen beträchtliche Anwendungsprobleme aufwerfen (z. B. Regelungen zu Festbeträgen, zu Richtgrößen, zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, zur Ermächtigung von Krankenhausärzten und Krankenhauseinrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung usw.). Auch das Fehlen von Übergangsbestimmungen hat für eine Vielzahl von Vorschriften erhebliche Rechtsunsicherheit ausgelöst. Unklare und in sich widersprüchliche Vorschriften haben nicht nur die Akzeptanz dieses Gesetzes bei den Beteiligten gefährdet, sondern auch zu rechtlichen Auseinandersetzungen und Verzögerung im Abschluß neuer Verträge geführt. Die Ärzteschaft trägt hierfür keine Verantwortung. Dennoch ist sie – ungeachtet ihrer nach wie vor kritischen Einstellung gegenüber diesem Gesetz und der Anwendbarkeit von Einzelvorschriften – bereit, an einer sachgerechten Anwendung der neuen Rechtsvorschriften mitzuwirken und die verbleibenden Handlungsspielräume zugunsten möglichst unbürokratischer patientenfreundlicher Regelungen auszuschöpfen. Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auf, diese Bemühungen der Selbstverwaltung nicht durch Androhung von Aufsichtsmaßnahmen, Druck auf den Abschluß von Verträgen und fachliche Bevormundung ihrer Entscheidungen zu behindern.

3. Dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann bei der Beurteilung des Gesundheits-Reformgesetzes nicht gefolgt werden, wenn er dieses Gesetz aufgrund der im Jahre 1989 eingetretenen Einsparungen als Erfolg der Sozialpolitik der Bundesregierung „feiert“. Die im wesentlichen auf eine konjunkturell bedingte Einnahmenentwicklung und einen

Rückgang drastischer Ausgabensteigerungen vor Inkrafttreten des Gesetzes zurückzuführenden, kurzfristig erzielten Einsparungen können nicht darüber hinwegtäuschen, daß langfristig das leistungsfähige Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland – vor allem unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und der sich durch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft weiter verbessernden Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung – mehr finanzielle Mittel benötigt, als durch die willkürliche Orientierung an den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und der Meßlatte der Grundlohsummenentwicklung zur Verfügung steht. Eine starre Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird letztlich die ebenfalls im Gesundheits-Reformgesetz verankerte Gewährleistungspflicht für eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung gefährden. Unter dem Deckel der Beitragssatzstabilität wird deren Qualität nicht gesichert werden können.

4. Zur exakten Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheits-Reformgesetzes sind vor allem längere Beobachtungszeiträume, exakte Analysen aller Einflußfaktoren und Erarbeitung valider Daten erforderlich. Die einseitige Orientierung des von den Systembedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung beherrschten Gesundheitswesens an ökonomischen Zielen stellt eine Gefahr für die notwendige Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinischen Erfordernisse und die Bedürfnisse der Patienten dar. Multimorbidität im Alter, Pflegebedürftigkeit, Prävention und Rehabilitation als besondere Leistungsbereiche sowie die Integration moderner Medizin und moderner Medizintechnik in das Gesundheitswesen zum Wohle der Bevölkerung lassen sich nicht in ökonomischen Kategorien darstellen. Auch die Leistungsdynamik infolge der anhaltenden raschen Weiterentwicklung der Medizin mit verbesserten Chancen für die Patienten ist damit nicht darstellbar und deshalb nicht erkennbar, es muß daher nach aussagefähigen Kriterien gesucht werden, um den Erfordernissen einer qualifizierten Versorgungsstruktur weiterhin gerecht zu werden. Eine langfristige Beibehaltung oder gar eine Steigerung des Qualitätsniveaus der Versorgung darf nicht gefährdet werden. Unser Gesundheitswesen muß nämlich auch auf hohem Niveau finanzierbar bleiben. Einen

tragfähigen Ausgleich zwischen den medizinischen Bedürfnissen und den ökonomischen Möglichkeiten bietet das im Gesundheits-Reformgesetz zur Philosophie erhobene Kostendämpfungsinstrument der Mittelverknappung durch Beitragssatzstabilität jedenfalls nicht.

5. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen muß deshalb die verbliebenen Freiräume im Interesse einer leistungsfähigen und patientengerechten Versorgung nutzen. Insbesondere ist darauf zu achten, daß die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte nicht weiter beeinträchtigt wird. Die Gesundheitspolitik muß die ärztliche Selbstverwaltung in ihren Gestaltungsaufgaben stärken – sowohl in den Ärztekammern als auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen und den diesen obliegenden Aufgabenbereichen.

6. Der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen vom Gesetzgeber keine neuen Belastungen aufgebürdet werden. Vorschläge, über die jetzt geregelten Maßnahmen hinaus eine allgemeine soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit als Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, sind deshalb abzulehnen. Eine allgemeine Pflegeversicherung ist nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dennoch erfordert die demographische Entwicklung immer dringender eine finanzielle Absicherung des Pflegefallrisikos. Ebenso werden die von der Politik beklagten ‚Fehl‘-Belegungen im Akutkrankenhausbereich solange unvermeidlich sein, bis eine pflegerische Infrastruktur geschaffen ist. Der Deutsche Ärztetag appelliert daher an die politisch Verantwortlichen, alle Bemühungen darauf auszurichten, die häuslichen Pflegekapazitäten zu stärken, die ambulanten pflegerischen Dienste auszubauen und auch im flankierenden stationären Bereich ausreichende Kapazitäten zu schaffen. Ein umfassendes Finanzierungskonzept ist unabdingbar. Für die dafür anfallende Verteilung der Kosten wird eine Dreiteilung vorgeschlagen in

– Investitionskosten, die aus Steuermitteln gedeckt werden müssen,

– Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die der Betroffene selbst zu tragen hätte,

– Kosten für ärztliche und medizinische Versorgung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden müßten.

7. Die von der Bundesregierung angekündigte Organisationsreform in der ge-



setzlichen Krankenversicherung hat derzeit keine Priorität. Abgewartet werden muß vor allem, welche Regelungen bei der geplanten Sozialunion mit der DDR vorgesehen sind. Ziel dabei muß die Erhaltung und Stärkung einer gegliederten Krankenversicherung bleiben; eine Vereinheitlichung durch die Einführung von Einheitskassen wird deshalb abgelehnt.

8. Der Deutsche Ärztetag hält politische Initiativen zur Sicherung der freiheitlichen Struktur des Gesundheitswesens für dringend erforderlich, vor allem auch im Hinblick auf die Neuordnung des Gesundheitswesens in der heutigen DDR, wo gerade die Folgen einer zentralistisch-dirigistischen, vorwiegend ideologisch motivierten Plan- und Kommandowirtschaft mit Institutionalisierung und Bürokratisierung in erschreckender Weise erkennbar geworden sind. Neue, möglicherweise überstürzte Gesetzesnovellierungen im Sinne eines ‚Kurierens an Symptomen‘ sind daher nicht zweckmäßig und abzulehnen.

9. Die bislang nur zögerlichen Ansätze zu einer Verbesserung der ärztlichen Ausbildung müssen erheblich verstärkt werden. Dabei ist die Ärzteschaft mit ihren Selbstverwaltungskörperschaften maßgeblich zu beteiligen. Qualitätssicherung der Ausbildung bedeutet zunächst, daß endlich eine vernünftige Relation zwischen Studierenden, Lehrenden und zur Ausbildung geeigneten und bereiten Patienten geschaffen werden muß. Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Absichten, die Zugangsbedingungen zum Medizinstudium stärker an diesen Kriterien auszurichten. Nur so kann der Staat die seit langem von ihm selbst in der Approbationsordnung formulierten Ausbildungsgänge tatsächlich vernünftig durchführen. Der Deutsche Ärztetag befindet sich in Übereinstimmung mit den maßgeblichen ärztlichen Organisationen in Europa, die eine – sogar an Bedarfskriterien orientierte – Numerus-clausus-Regelung für den Zugang zum Medizinstudium in allen Staaten der Europäischen Gemeinschaft seit langem fordern und teilweise schon durchgesetzt haben.

10. Die Entwicklung in der Europäischen Gemeinschaft, insbesondere zur Vollendung des Binnenmarktes ab 1993, führt in steigendem Maße zu Regelungsvorschlägen, die unmittelbar oder mittelbar auch die ärztliche Berufsausübung betreffen. Der Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung und Bundesländer auf,

im Rahmen ihrer Mitverantwortung und ihrer Mitwirkungsrechte in den Institutionen der Europäischen Gemeinschaft dazu beizutragen, daß die Berufsausübung der Ärzte auf der Grundlage der Prinzipien des Freien Berufs sowie der besonderen berufsethischen Verantwortung und Kompetenz nicht in undifferenzierten Einheitsregelungen über den freien Dienstleistungsverkehr mit Dienstleistungen des täglichen Lebens egalisiert wird. So lehnt der Deutsche Ärztetag entschieden das Vorhaben der EG-Kommission ab, die auf dem Verschuldensprinzip beruhende Haftung des Arztes in eine ‚Quasi-Gefährdungshaftung‘ abzuändern.

11. Der Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung und Länderregierungen sowie die Gesetzgeber in Bund und Länder auf, bei künftigen gesundheitspolitischen und gesetzgeberischen Maßnahmen stärker als bisher die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften auf Landesebene und ihre Zusammenschlüsse auf Bundesebene hinzuzuziehen. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren Sachverstand einzubringen – sie wird sich ihrer Mitverantwortung und ihrer Mitwirkung nicht versagen. Gemeinsames Ziel ist die Fortentwicklung unseres freiheitlichen Gesundheitswesens in allen Teilen Deutschlands und eine möglichst gute Versorgung aller Patienten in Europa. □

## **Prävention: Informationsdefizit überwinden**

„Über die im Rahmen der durch § 25 SGB V gegebenen Möglichkeiten der Prävention zur notwendigen Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung besteht in der Öffentlichkeit noch ein großes Informationsdefizit.

Die Krankenkassen werden deshalb aufgefordert, ihre Versicherten vermehrt auf die Möglichkeit hinzuweisen. Gleichzeitig ergeht an die ärztlichen Körperschaften ebenfalls die Aufforderung zu entsprechenden öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen.“ □

## **Konzept flächendeckender geriatrischer Versorgung im ambulanten Bereich**

„Die Delegierten des 93. Deutschen Ärztetages fordern den Vorstand der Bundesärztekammer auf, gemeinsam mit der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Zugrundelegung demographischer Daten und der heutigen Versorgungsstrukturen ein Konzept flächendeckender geriatrischer Versorgung im ambulanten kassenärztlichen Bereich zu erarbeiten und dem Deutschen Ärztetag vorzulegen.“

### **Begründung:**

Die rechtzeitige Erarbeitung eines solchen Konzeptes hat sowohl berufspolitisch als auch gesundheitspolitisch hohe Bedeutung. Mit einer umfassenden Verbesserung der Versorgung alter und kranker Menschen kann vor allem das Ziel erreicht werden, daß diese so lange wie möglich im vertrauten Umfeld leben können. Berufspolitisch muß sichergestellt werden, daß die Geriatrie nicht ein ähnliches Schicksal erleidet wie die primäre Prävention, die wegen des Desinteresses der überwiegenden Mehrheit der Ärzteschaft über § 20 Abs. 4 SGB V vom Gesetzgeber den Krankenkassen zugeordnet wurde. □

## **Verbesserung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen**

„Mit der Verankerung der primärpräventiv orientierten Gesundheitsuntersuchungen (Check up) in Verbindung mit den Früherkennungsmaßnahmen im Gesundheits-Reformgesetz (GRG) wurde vom Gesetzgeber eine seit vielen Jahren immer wieder formulierte Forderung der Ärzteschaft realisiert (§ 25 SGB V).

Für die gesetzlichen Krankenkassen werden im GRG (§ 20 SGB V) zahlreiche Möglichkeiten verankert, die Gesundheitsvorsorge im primärpräventiven Sinne zu intensivieren.

Der 93. Deutsche Ärztetag regt an, daß die Kassenärzteschaft künftig stärker und gezielter auf die Gesundheits- sowie Früherkennungsuntersuchungen hinweist. Plakate und Handzettel liefern die Basis für ein Informationsgespräch, in dem der Arzt Notwendigkeit und Chancen derartiger Maßnahmen erläutert. Gerade die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen durch die Patienten kann maßgeblich vom Arzt gefördert werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind aufgerufen, die Kassenärzte nicht aus den Kooperationsmöglichkeiten auszuklamern, die sich aufgrund der Bestimmungen des § 20 SGB V eröffnen.“ □