

Mit Einfühlungsvermögen und Verstand aufeinander zu

Punkt I und II der Tagesordnung:

Gesundheits- und Sozialpolitik im vereinten Deutschland und in Europa

Bericht zum Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern

Die Gesundheits- und Sozialpolitik im vereinten Deutschland und damit auch der Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den neuen Ländern – diese beiden Themenkomplexe standen zu Beginn im Mittelpunkt des 94. Deutschen Ärztetages. Zwar war an das „vereinte Deutschland“ im offiziellen Text des Tagesordnungspunktes noch „in Europa“ angehängt. Doch der europäische Aspekt ging mehr oder weniger in der näherliegenden Diskussion um das deutsche Gesundheitswesen unter.

Zum ersten Mal nach 60 Jahren nahmen wieder Delegierte aus ganz Deutschland teil, rechnete Prof. Dr. Walter Brandstädter, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, in seinem Referat zum Aufbau der Selbstverwaltung nach: Die gesamte ungeteilte deutsche Ärzteschaft sei zuletzt 1931 auf dem 50. Deutschen Ärztetag in Köln vertreten gewesen.

„Die Neuen“ aus Ostdeutschland ließen es zu Anfang eher ruhig angehen. Wer erwartet hatte, daß in erster Linie Delegierte aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Thüringen die Richtung der Diskussion und die Zahl der Anträge bestimmen würden, wurde enttäuscht. Westdeutsche Ärzte eröffneten die Debatte und lenkten sie damit zunächst in eine allgemein-gesundheitspolitische Richtung.

Diese hatte Prof. Dr. Walter Brandstädter mit seinem Referat nicht vorgegeben, im Gegenteil: Er vermied politische Schwarz-Weiß-Darstellungen und schilderte statt dessen sachbezogen, aber einfühlsam die Schwierigkeiten und nicht zuletzt Leistungen seiner Kolleginnen und Kollegen. In diesem Zusam-

menhang zitierte er den bayerischen Ministerpräsidenten, Dr. Max Streibl, der auf dem 93. Deutschen Ärztetag in Würzburg mit Blick auf die Ärzte der DDR gesagt hatte: „Was dort unter den früher gegebenen Voraussetzungen geleistet wurde, verdient unser aller Respekt.“ Und Brandstädter fügte selbst hinzu: „Wir sind leicht geneigt, dieses Zitat zu vergessen oder in seinem tiefen Gehalt nicht mehr ganz so scharf zu sehen.“

Vertan wurde im Anschluß an seine Rede ein wenig die Chance, konkrete Beschlüsse zu fassen, die ein deutliches Zeichen für viele Ärz-



Wie schwer es sei, zutiefst befriedigende Ergebnisse der Veränderungen in den fünf neuen Ländern nicht durch Kleingeschriebenes und Kleinkariertes im Alltag zu verzerren und zu verwässern – das beschrieb einfühlsam Prof. Dr. Walter Brandstädter, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

te und Ärztinnen in den neuen Ländern hätten sein können. Angenommen wurden über ein weitausholendes Thesenpapier des Vorstandes der Bundesärztekammer hinaus lediglich zwei weitere Anträge: Einer, in dem die Anrechnung erworbener Rentenanwartschaften aus Zusatzversorgungssystemen der früheren DDR verlangt wird, sowie ein zweiter, in dem weitere Tarifverhandlungen zur Anpassung der Gehälter der Beschäftigten im öffentlichen Dienst gefordert werden. Mehr lag zum Komplex „Neue Bundesländer“ nicht vor.

Ost und West mischte sich in der Debatte

Demonstriert wurde damit allerdings auch, daß es schon nicht mehr „die“ östlichen und „die“ westlichen Themen und damit Zuständigkeiten gibt – ein Stück echte Wiedervereinigung also. Zudem boten Tagesordnungspunkte wie „Weiterbildung“ oder „Paragraph 218“ später genügend Raum für Delegierte aller Landesärztekammern, sich zu Wort zu melden und sich für ihre speziellen Anträge einzusetzen.

Zu Wort meldete sich als erster Dr. Ellis E. Huber, Präsident der Ärztekammer Berlin und damit ein Vertreter der erst kürzlich geeinten Stadt. Doch sein erster Diskussionsbeitrag zum Stand der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland einte die Delegierten nicht, sondern löste vielmehr reichlich Widerspruch aus. Huber ging auf die aktuellen Schwierigkeiten in den neuen Bundesländern ein und betonte, daß das ostdeutsche Gesundheitssystem mit seinen spezifischen Elementen auch ein Spiegel für Mißstände im Westen sei. Die 90er Jahre sollten deshalb nach seiner Auffassung zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung in ganz Deutschland genutzt werden. In diesem Zusammenhang bezeichnete Huber das System der kassenärztlichen Versorgung als das eigentlich zentralistische, starre Zwangssystem in Deutschland – ein Vorwurf, dem Dr. Klaus-Dieter Kossov, Delegierter aus Niedersachsen, sogleich heftig widersprach.

Zwar stimme Hubers Darstellung in einigen Punkten; zwar könne man dem poliklinischen Prinzip zustimmen, verstanden als umfassendes Leistungsangebot unter einem Dach, mehr Patientenfreundlichkeit, weniger Bürokratie. Doch: „Ihre rotgrüne Ärztekammer Berlin können wir als Leitbild nicht akzeptieren“, kanzelte Kossow die Kritik und zugleich die Reformvorstellungen Hubers ab. Damit war die Diskussion im altbekannten, polarisierenden Stil eröffnet. Sie entzündete sich auch am Inhalt des allerersten Antrags, in dem der Vorstand der Bundesärztekammer seine Vorstellungen einer Gesundheits- und Sozialpolitik im vereinten Deutschland und in Europa dargelegt hatte.

Darin heißt es unter anderem: „Die Ärzteschaft in West- und Ostdeutschland lehnt es ab, daß bewährte und leistungsfähige Einrichtungen und Strukturen des Gesundheitswesens der alten Bundesrepublik im Zuge des deutsch-deutschen Einigungsprozesses aufs Spiel gesetzt werden sollen.“

Dennoch setzten einige Delegierte im Verlauf der Debatte auch andere Akzente: So mahnte der Präsident der Ärztekammer Hamburg, Dr. Rolf Bialas, sich nicht auf die bekannten alten Standpunkte zurückzuziehen. Man solle sich vielmehr reale Probleme ansehen. Im Zusammenhang mit der Diskussion um den Erhalt der Polikliniken beziehungsweise poliklinischer Strukturen äußerte er beispielsweise Verständnis für die unter den dort tätigen Ärzten geschätzte Kollegialität und den Austausch. Dieses sei aber auch Kassenärzten möglich. Ein Problem sei jedoch die ungleiche Investitionsförderung, die niedergelassene Ärzte gegenüber angestellten Poliklinikärzten benachteilige.

Allerdings war es zu diesem Zeitpunkt der Diskussion schon etwas schwierig, sie wieder auf jene Punkte zu lenken, die Prof. Dr. Walter Brandstädter in seinem Bericht zum Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern angesprochen hatte. Der Präsident der Ärztekammer schilderte zunächst knapp die Entstehung der jüngsten Ärztekammern, deren



Die Anträge hielten sich in Grenzen, diskutiert wurde allerdings ausführlich: Hier erläutert Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Delegierter der Ärztekammer Berlin, seine Auffassungen. Im Hintergrund: Wortmeldungen, projiziert auf eine Leinwand

Keimzelle meist noch illegale Ärztengruppen waren. Bis zum Juli 1990 etablierten sich dann alle Kammern, noch vor Erscheinen des offiziellen Kammerngesetzes der DDR. Frühzeitig hätten sich Paten aus den Altbundesländern gemeldet, die mit Rat, Tat und materieller Unterstützung geholfen hätten, erinnerte Brandstädter und fuhr fort: „Es war das erklärte Ziel, ein gut funktionierendes, leistungsstarkes Gesundheitssystem nach dem Vorbild unserer westlichen Bundesländer aufzubauen. Dazu gehört auch eine diesem entsprechende ärztliche Selbstverwaltung, wobei immer die Identität der Kolleginnen und Kollegen, die in den Neuländern gearbeitet haben, gewahrt bleiben sollte. Ein Identitätsverlust, als käme man aus dem Nichts, innerhalb kurzer Zeit ist unerträglich und kann die Gesamtversorgung beeinträchtigen.“

Kluft zwischen Anspruch und Leistung

Kennzeichnend für die Lage der Kammern ist nach Brandstädters Worten heute immer noch die große Diskrepanz zwischen den Anforderungen

und Erwartungen einerseits und dem aktuellen Leistungsvermögen andererseits. Derzeit wird nach geeignetem Personal für die Kammergeschäftsstellen gesucht. Wahlen, die die vorläufigen Amtsinhaber bestätigen, müssen durchgeführt werden. Arbeitsausschüsse sind zu besetzen, Weiterbildungsordnungen zu verabschieden – und vieles mehr. Bei aller Arbeit müsse jedoch darauf geachtet werden, so Brandstädter, daß keinesfalls die Qualität der medizinischen Versorgung unter der Geschwindigkeit der Niederlassungswelle leide.

An dieser Stelle sprach der Kammerpräsident auch die „persönliche Sphäre“ der Menschen an und sagte: „Bei dem außerordentlich raschen Wandel in der Struktur der Wirtschaft und im Gesundheitswesen besteht die Gefahr, daß die Ärzteschaft und der einzelne Arzt ihre Identität verlieren. Ich spreche nicht davon, daß man am Alten festhalten soll, aber ich spreche dagegen, daß man kritiklos alles andere übernimmt und 40 Jahre ärztlichen Alltags und der Persönlichkeitsentwicklung ignoriert.“ Brandstädter verwies darauf, daß die Ärzte in den neuen Bundesländern den Umgang mit

marktwirtschaftlichen Elementen nicht wie die der alten Bundesländer von Kindesbeinen an gelernt hätten. So bestehe leicht die Gefahr, daß Marktmaßstäbe zu schnell unkritisch in das Arzt-Patienten-Verhältnis hineingetragen würden.

Brandstädter appellierte immer wieder auch an Einfühlungsvermögen und Verständnis westdeutscher Ärzte – ein Punkt, der zumindest von einigen Delegierten, die den „oppositionellen Listen“ zugerechnet werden, in der nachfolgenden Diskussion aufgegriffen wurde. So regte der bayerische Delegierte Dr. Wulf Dietrich an, das westdeutsche Gesundheitssystem insgesamt nicht zu selbstgefällig zu sehen und sich zu fragen: „Was haben wir für Chancen, von unseren Kollegen im Osten zu lernen?“ Ähnlich argumentierte der Bremer Delegierte Hermann Schulte-Sasse, der vorschlug, nicht nur nach der Zahl der niedergelassenen Ärzte in den neuen Ländern zu fragen, sondern auch danach, wie ihre Arbeitsbedingungen seien und wie sich sie fühlten.

Gestritten wurde wie so häufig um die Frage gegenseitiger Kompetenz. Bekanntes Schema der Vorwürfe: Befürworter der freien Niederlassung kennen das Polikliniksystem gar nicht, Befürworter poliklinischer Strukturen haben keine Ahnung von den Vorzügen der Niederlassung und scheuen wirtschaftliche Risiken – eine Debatte, die mancher Delegierte zu beenden versuchte. So mahnte der Berliner Dr. Harald Lazar, er erwarte vom 94. Deutschen Ärztetag einen Ansatz zur positiven Synthese von kassenärztlicher Tätigkeit und Versorgungsstrukturen unter einem Dach. Auf ein flottes „Die Synthese wagen“ brachte auch Dr. Erwin Hirschmann, bayerischer Delegierter und Vorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte, Virchow-Bund seine ähnliche Auffassung. Die Diskussion erinnere ihn stellenweise an einen Stellvertreterkrieg, meinte er. Schließlich existierten Polikliniken meist doch gar nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form, sondern hätten sich bereits verändert. Zur Debatte stünden also in Wirklichkeit längst vorhandene Alternativen einzelärztlicher Tätigkeit,

sprich: Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften.

Nachdem ein paar solcher Stichworte gefallen waren, wurde auch die Diskussion wieder konkreter. Schließlich hatte schon Prof. Dr. Walter Brandstädter in seinem Vortrag auf zwei handfeste Probleme hingewiesen, die die jüngsten und die ältesten unter den Ärzten der ehemaligen DDR belasten: Die Fi-



nanzierung der Weiterbildung und die Altersversorgung. Dazu sagte er: „Es bedarf sicher einer hohen Einfühlbarkeit, um zu verstehen, was es für junge Ärzte bedeutet, denen von heute auf morgen das Recht zur Weiterbildung und die Pflicht zur Weiterbildung – die bisher bestanden – genommen werden und wenn sie auf sich gestellt sind und mit ihren Problemen gegebenenfalls auf der Straße stehen. Dieses darf dem Sinn des Einigungsvertrags entsprechend nicht passieren. Die durch die Bundesregierung in Aussicht gestellte Möglichkeit zur Vollendung der Weiterbildung über ein Darlehen, wenn kein bezahlter Arbeitsplatz vorhanden ist, darf nicht akzeptiert werden. Hier ist der verlorene Zuschuß zwingend.“ Obwohl schon seit Monaten diskutiert, ist dieser Punkt

immer noch ungeklärt. Die Bundesärztekammer – und mit der Annahme des entsprechenden Antrags auch der Deutsche Ärztetag – begrüßten zwar die Übergangsregelungen. Doch diese beinhalten derzeit nur, daß die Kosten der Weiterbildung für die in Krankenhäusern tätigen jungen Ärzte über die Pflegesätze finanziert werden, falls sie die zweite Hälfte der Weiterbildung ableisten. Detaillierte Regelungen für Ärzte in Polikliniken oder für Ärzte im Praktikum fehlen dagegen noch immer.

Unklar ist die Zukunft zumal für ältere Ärzte und Ärztinnen. „In einem Beruf, in dem die Berufserfahrung... wesentlicher Bestandteil der hervorragenden Leistung ist, kann die Entlassung oder die Arbeitslosigkeit, auch im Interesse unserer zu betreuenden Patienten, keine Lösung sein. Alternativen zur Tätigkeit in eigener Niederlassung müßten zum Beispiel in der Gemeinschaftspraxis oder als Angestellter unkompliziert und schnell entwickelt werden“, schlug hierzu Prof. Dr. Walter Brandstädter vor. Ein Punkt, den der Berliner Delegierte Prof. Dr. Harald Mau, Dekan der Charité, später in der Diskussion für oder gegen Polikliniken kurz aufgriff: Ob man Polikliniken gut fände oder nicht, aus Gründen der Existenzsicherung für Kollegen müsse man sie zunächst erhalten oder aber sanft verändern.

Erhaltung oder Veränderung – zwischen diese beiden Eckpunkte paßten auch die Aussagen, die Brandstädter zu dem Thema machte, daß er als „Beurteilung und Wertschätzung von Ärzten in ihrer Tätigkeit in der Vergangenheit“ bezeichnete. Er gab eher behutsame Denkanstöße und zeichnete die Schwierigkeiten nach, als daß er direkte Handlungsvorgaben lieferte. So sagte der Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt: „Nicht gelöst ist dieses Problem dadurch, daß sich Personen in den neuen Ländern ihrer Arbeit entziehen und eine Tätigkeit in den alten Ländern aufnehmen. Der Grundsatz, daß derjenige, der früher die DDR verlassen hat, a priori gut sein müßte und damit auch relativ schnell zum Beispiel Beamter auf Lebenszeit werden konnte, und an-

dererseits, daß Ärzte, die in der DDR geblieben sind, grundsätzlich ideologisch gekennzeichnet sind und daher jetzt auch Nachteile in Kauf nehmen müßten, . . . ist falsch.“

Richtig schien ihm dagegen die Anregung, „mit Herz, Verstand und Einfühlungsvermögen“ aufeinander zuzugehen. Und so beendete er seinen Vortrag mit den Worten: „Der

Vollzug der Einheit verläuft schmerzlich. Gerade als Ärzteschaft sollten wir darum ringen und beweisen, daß es auch ohne Schmerzen gehen kann. th

EntschlieBungen zu den Tagesordnungspunkten I und II

Gesundheits- und Sozialpolitik im vereinten Deutschland und in Europa – Erneuerung erfordert gemeinsame Anstrengungen

„I. Vereintes Deutschland

1. Eine zügige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in den fünf neuen Bundesländern und im östlichen Teil Berlins sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich hat für die deutsche Ärzteschaft weiterhin oberste Priorität. Trotz des Engagements und der Improvisationsgabe vieler Ärzte und Pflegekräfte sowie anderer im Gesundheitswesen Tätiger muß das gescheiterte sozialistische Gesundheitssystem der ehemaligen DDR grundlegend erneuert und sein Leistungsniveau so rasch wie möglich an den international anerkannt hohen Standard der alten Bundesländer angepaßt werden. Dabei erkennt der Deutsche Ärztetag an, daß in den neuen Bundesländern unter den gegebenen Bedingungen die Gesundheitsversorgung dort noch funktionieren konnte, wo durch enormen persönlichen Einsatz der dort tätigen Ärzte und Pflegekräfte den Strukturmängeln entgegengewirkt wurde.

Unabdingbare Voraussetzung für die Erneuerung sind nicht nur gemeinsame intensive Anstrengungen staatlicher und halbstaatlicher Einrichtungen, sondern auch der tatkräftige Einsatz und das Engagement der Selbstverwaltungskörperschaften und -organisationen wie auch die Mitarbeit jedes einzelnen. Die Ärzteschaft in West- und Ostdeutschland ist hierzu bereit, lehnt es jedoch ab, daß bewährte und leistungsfähige Einrichtungen und Strukturen des Gesundheitswesens der alten Bundesrepublik im Zuge des deutsch-deutschen Einigungsprozesses aufs Spiel gesetzt werden sollen.

2. Die bei diesem Erneuerungsprozeß zu bewältigende Fülle von Problemen

und Schwierigkeiten ist jedoch nicht eine Folge der Einigung, sondern vielmehr das Ergebnis Jahrzehnte währender sozialistischer Mißwirtschaft und der systematischen Ausplünderung aller Ressourcen in der ehemaligen DDR. Zentralistische Einheitsstrukturen haben dort und in anderen Ländern des früheren Ostblocks geradezu in den Staatsbankrott geführt. Der Zustand auch des Gesundheitswesens in der Ex-DDR hat beispielhaft vor Augen geführt, daß die Ideologie einer zentral gelenkten Plan- und Kommandowirtschaft gescheitert ist. Nicht nur für die Deutschen in Ost und West, sondern auch für die anderen Europäer und die gesamte Weltöffentlichkeit ist mit diesen Entwicklungen der Wettstreit der Systeme eindeutig entschieden. In einem gemeinsamen Staatsgebilde darf es daher auch keine gegensätzlichen oder Mischsysteme mehr geben.

3. Der Deutsche Ärztetag begrüßt den weiter voranschreitenden Aufbau der Selbstverwaltungsstrukturen im Gesundheitswesen der neuen Bundesländer nach westlichem Muster. Bereits abgeschlossen ist die Integration der in den neuen Bundesländern gegründeten ärztlichen Körperschaften in die bestehenden föderalistisch-pluralistischen Selbstverwaltungsstrukturen der jetzt erweiterten Bundesrepublik Deutschland. Gewählte Vertreter aus allen Ländern Deutschlands können nunmehr in diesem demokratischen Willensbildungsprozeß mitwirken. Hierdurch sind die Voraussetzungen dafür gegeben, daß sich die Politik bei der Erneuerung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern statt fachfremder Gremien des Sachverständigenrates der demokratisch gewählten Selbstverwaltungsgremien der Ärzteschaft bedienen kann. Oberstes Ziel aller Bemühungen und allen Handelns muß dabei die Herstellung von in allen Teilen Deutschlands vergleichbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen sein. Unter Wahrung der Belange der Allgemeinheit gilt es mithin, berufliche Unabhängigkeit, ärztliche Entscheidungsfreiheit und Freiberuflichkeit auf der Basis wirt-

schafflicher Sicherheit frei von staatlicher und administrativer Gängelung zu sichern und auszubauen. Ferner sind Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu fördern, um damit die Voraussetzungen für eine möglichst gute individuelle ärztliche und medizinische Versorgung aller Kranken und Hilfsbedürftigen nach dem jeweiligen Stand der Medizin und Medizintechnik zu schaffen.

4. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert auch bei derzeit noch unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und Tätigkeitsformen als Folge der Differenzierung und Spezialisierung in der Medizin eine verstärkte Kooperation der Ärzte in den verschiedenen Bereichen unseres Gesundheitswesens ebenso wie eine vermehrte Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen im Gesundheitswesen. Die Anwendung neuer, auf gesicherten Forschungsergebnissen beruhender Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie ebenso wie in Prävention und Rehabilitation setzt die Erarbeitung wissenschaftlich anerkannter Regeln voraus, die jedoch niemals die individuelle ärztliche Entscheidung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände und Erfordernisse eines jeden einzelnen Patienten ersetzen können. Auch in Anbetracht begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen müssen sich ärztliche Entscheidungen für oder gegen einzelne Maßnahmen lediglich vom medizinisch Sinnvollen und Notwendigen für den einzelnen Patienten leiten lassen – auch wenn dies im Widerspruch zu der globalen Betrachtung von Effizienz und Effektivität des medizinischen Leistungsgeschehens in der gesundheitspolitischen Diskussion stehen kann. Der Feststellung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, daß – langjährigen Forderungen der Ärzteschaft entsprechend – neben ökonomischen verstärkt medizinische Orientierungsdaten zu erarbeiten sind, ist daher gerade angesichts der in den neuen Bundesländern zur Lösung anstehenden Probleme voll