

**W**as jetzt der sächsische Innenminister Heinz Eggert mit Äußerungen über seinen persönlichen Fall – Mißbrauch der Psychiatrie unter dem früheren DDR-Regime, sogar Mißbrauch der Medizin – möglicherweise ausgelöst hat, war von allem Anfang der „Wende“ an zu erwarten: Es beginnt wieder die „Bewältigung“ einer unbequemen Vergangenheit, in der ganzen Gesellschaft und somit auch in der Ärzteschaft. Dabei sollte man sich Parallelen, aber auch Unterschiede zur NS-Vergangenheit, bewußt machen, bevor man sich erneut in politische Sümpfe begibt und darin steckenbleibt.

Groteskerweise ist ja die vor wenigen Jahren gerade in Gang gekommene „Aufarbeitung“ der NS-Vergangenheit der deutschen Ärzteschaft nur deswegen fast abrupt zu Ende gekommen, weil plötzlich das DDR-Regime zusammenbrach. Wäre das nicht geschehen, dann sähen heute noch ärztliche Verbandstagen und Ärztetage anders aus!

Es gibt drei wesentliche Unterschiede zum „letzten Mal“.

## Schuldige Ärzte

### Aufarbeitung der „Vergangenheit“

Erstens: Die SED betrieb keine planmäßigen Vernichtungskampagnen gegen Minderheiten. Im Gegenteil: Während der osteuropäischen „Säuberungsprozesse“ um 1950 war die SED bemerkenswert zurückhaltend.

Zweitens: Kritiker können „diesmal“ den Ärzten nicht den pauschalen Vorwurf machen, sich (angeblich) mehr als andere gesellschaftliche Gruppen hinter das Regime gestellt zu haben. Im Gegenteil: Als Freiberufler wurden die Ärzte und Zahnärzte von der SED von vornherein ins Abseits gedrängt, die SED konnte Freiberufler einfach nicht gebrauchen.

Drittens: Die Aktenlage ist anders. „Diesmal“ können wir uns nicht damit herausreden, daß irgendeine Besatzungsmacht Unterlagen unter Verschuß halte. Im Gegenteil: was

noch vorhanden ist, wird auch zu Tage kommen, früher oder später.

Und dann werden wir auch auf ähnliche Einzelfälle stoßen wie beim „letzten Mal“. Man wird Schuldige finden; aber man wird auch finden, daß es Ärzte gab, die aus persönlicher Überzeugung Anhänger des Regimes waren und gleichwohl vorbildliche ärztliche Tätigkeit verrichteten. Das gilt ebenso für ärztliche Mitglieder der NSDAP wie der SED oder der „Blockparteien“. Das kann auch für Ärzte gelten, die in Akten als „informelle“ oder „gesellschaftliche“ Mitarbeiter des Staatssicherheitsdienstes geführt wurden.

Persönliche Vergehen muß der Rechtsstaat ahnden (und dabei hilft „diesmal“ die bessere Aktenlage). Pauschalurteile werden genausowenig hilfreich sein, wie sie es nach 1945 von denjenigen waren, die die Verhältnisse gar nicht miterlebt hatten; oder viele Jahre später von denjenigen, die sie wegen der „Gnade der späten Geburt“ (H. Kohl) gar nicht miterleben konnten. Günter Burkart

**I**n der gesundheitspolitischen Diskussion gibt es Eckdaten, die von niemandem ernsthaft in Frage gestellt werden. Bei der Ursachenanalyse für den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung sind dies zum Beispiel die demographische Entwicklung, die einen immer höheren Anteil alter Menschen erwarten läßt, die Kosten für den medizinischen Fortschritt, ein Überangebot an niedergelassenen Ärzten. Unverändert gilt die Forderung, daß jeder Bürger Anspruch auf eine medizinische Versorgung nach dem letzten Stand der Wissenschaft hat. Einmütigkeit besteht auch darüber, daß Leistungen wirtschaftlich zu erbringen sind und daß das Gesundheitswesen finanzierbar bleiben muß.

Hier endet der Konsens. Verständlicherweise, denn der Streit beginnt nicht bei globalen Betrachtungsweisen und bloßen

## Gesundheitspolitik

### Wir brauchen ein Gesamtkonzept

unverbindlichen Forderungen, er entzündet sich vielmehr am Detail.

Solche Details gibt es nun viele und folglich auch viele Vorschläge, wie der Ausgabenanstieg in der Krankenversicherung zu begrenzen sei. Sie reichen von Bonus-Malus-Regelungen, Arztlizenzbegrenzung, Entlastung der Krankenversicherung von Fremdleistungen bis zu Kostenerstattung und der Abschmelzung des Leistungskataloges. Alle diese Vorschläge mögen für sich genommen richtig sein, sie haben ihren Wert. Was ihnen fehlt, ist der innere Zusammenhang, ist die Einord-

nung in ein gesundheitspolitisches Zielkonzept, ist die Orientierung an einer gesundheitspolitischen Grundkonzeption. Das jedoch ist es, was wir brauchen: Ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept, ein Konzept, das gesellschafts- und gesundheitspolitische Zielvorgaben enthält, das das gesamte Gesundheitswesen umfaßt und nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung und das den Bürger als selbständig und eigenverantwortlich denkendes Individuum einbezieht.

Ein solches Konzept wird Zustimmung und Ablehnung hervorrufen, im Ganzen und in seinen Teilen. Es wird vor allen Dingen auf Schwierigkeiten bei der politischen Umsetzung stoßen. Aber nur auf diesem Wege werden wir den Weg in die Zukunft finden. Es lohnt sich, an einem solchen Konzept zu arbeiten. Fritz Beske