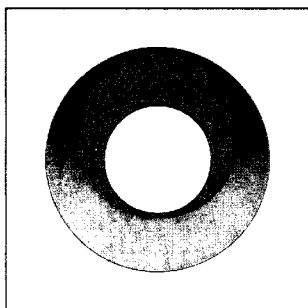


ZUKUNFT DES GESUNDHEITSWESENS IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN



GESPRÄCHSKREIS
ARBEIT UND SOZIALES
Nr. 5

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

Gesprächskreis Arbeit und Soziales
Nr. 5

**Zukunft
des Gesundheitswesens
in den
neuen Bundesländern**

Eine Tagung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 24. und 25. Oktober 1991 in Potsdam

Inhalt

Günther Schultze Vorwort	5
Günther Heyenn Zur Zukunft eines sozialverpflichteten Gesundheitswesens	7
Detlef Affeld Aufbau des Gesundheitswesens im Land Brandenburg	19
Hans-Egbert Schröder Sicherung der ambulanten Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in Sachsen	27
Barbara Naumann Pflegenotstand in den neuen Bundesländern	33
Beate Eggert Pflegenotstand in den alten Bundesländern	37
Autoren	43

ISBN 3-86077-047-0

Herausgegeben vom
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung
Godesberger Allee 149, 5300 Bonn 2
April 1992

Vorwort

Angesichts der Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitswesen, die auch durch die jüngsten Reformbemühungen nicht gestoppt werden konnten, sind Konzepte und Vorschläge zu einer umfassenden Neustrukturierung dringend erforderlich. Die Diskussion um die Umgestaltung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern darf nicht losgelöst von den Fragen einer allgemeinen Gesundheitsreform geführt werden. Es muß genau überprüft werden, welche Elemente und Verfahrensweisen des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern den Anforderungen an ein effektives, humanes und sozial verantwortliches Gesundheitswesen nicht genügen und welche sich bewährt haben und erhalten bleiben sollten. Vor allem die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung und die Gewährleistung eines ausreichenden Pflegestandards sind in diesem Zusammenhang wichtige Themenbereiche.

Mit diesen Fragen beschäftigten sich Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens während einer Fachkonferenz des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung im Oktober 1991 in Potsdam. Die dort gehaltenen Referate sind in dieser Broschüre wiedergegeben. Sie sollen sowohl über konkrete Probleme des Umwandlungsprozesses des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern informieren, als auch die Diskussionen über allgemeine Fragen der Reform des Gesundheitswesens anregen.

Mein Dank gilt allen Referentinnen und Referenten sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren sachkundige Diskussionsbeiträge eine tiefgehende Analyse der Problematik ermöglichten. Das Tagungssekretariat sowie die Erstellung der Broschüre lag in der Verantwortung von Frau Brigitte Juchems.

Bonn, April 1992

Günther Schultze

Günther Heyenn

Zur Zukunft eines sozialverpflichteten Gesundheitswesens

Die von dem in der letzten Wahlperiode noch für das Gesundheitswesen federführend zuständigen Norbert Blüm und gegen den erbitterten Widerstand von uns Sozialdemokraten durchgesetzte sogenannte Gesundheitsreform ist gescheitert. Das wird selbst von der jetzt dafür zuständigen Bundesministerin Frau Hasselfeldt offen eingeräumt. Nicht einmal das Ziel der Beitragsstabilität wurde erreicht. Ende 1991 droht den gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von 5 Milliarden DM. Und bereits für 1992 rechnet Frau Hasselfeldt mit Defiziten von "deutlich mehr als 10 Milliarden DM" und in der Folge davon ohne "einschneidende" Maßnahmen mit Beitragssatzsteigerungen von 0,5 Prozentpunkten pro Jahr. Allein diese dramatische Entwicklung bei den Ausgaben macht deutlich, daß es eben nicht nur eine Aufgabe in den neuen Bundesländern ist, das Gesundheitswesen neu zu ordnen. Wenn es überhaupt ein politisches Feld gibt bzw. gegeben hat, in dem die deutsche Einheit jenseits der Freude über die Überwindung der 40jährigen widernatürlichen Teilung nicht nur neue Aufgaben mit sich gebracht, sondern auch Chancen eröffnet hat, neue Wege auch im Westen zu gehen, dann war dies in der Gesundheitspolitik der Fall. Nur, wer sich blind nach der vermeintlichen Erkenntnis gerichtet hat, West = Gut und Ost = Schlecht, dem müssen solche Möglichkeiten und Chancen verborgen bleiben.

Nicht die in der Vergangenheit von der amtierenden Bundesregierung betriebene Vereinigungspolitik ist mein Thema, sondern die Zukunft eines sozialverpflichteten Gesundheitswesens in Gesamtdeutschland, weil es um zweierlei gehen muß: Einmal darum, das in den neuen Bundesländern vorhandene institutionalisierte und menschliche Know-how zum Umbau unseres Gesundheitswesens zu nutzen. Zum anderen darum, die strukturellen Mängel des in 40 Jahren gewachsenen und wenig geplanten Gesundheitswesens in den Altländern zu beseitigen. Diese Mängel zu überwinden, heißt:

- Beseitigung der Überkapazitäten,
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und der Pflegesätze,
- Neuordnung des Arzneimittelmarktes,
- Neuordnung der ärztlichen Honorierung,
- Beseitigung der Mangelversorgung in der Psychiatrie,
- Beseitigung der gravierenden Beitragssatzunterschiede von bis zu 8 Prozentpunkten zwischen den verschiedenen Krankenkassen,
- Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in der Krankenversicherung,
- Neuordnung des unübersichtlichen Krankenversicherungssystems mit über 1.200 Krankenkassen,
- neue Rechte für die Selbstverwaltung der Krankenkassen zur besseren Durchsetzung der Versicherteninteressen.

Vieles spricht dafür, daß die erforderliche Reform wegen ihrer Komplexität nur schrittweise zu lösen sein wird. Dies allerdings erfordert zu Beginn jenen strategischen Schritt herauszufinden, der die anderen Reformschritte gleichsam zwangsläufig nach sich zieht. Das Konzept der SPD unterscheidet sich grundsätzlich von dem, was die Koalition und der Arbeitsminister verwirklicht haben und am 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist. Uns geht es nicht um die Verwirklichung eher willkürlich vorgegebener Einsparpotentiale, sondern um die Schaffung sachgerechter Strukturen, die den Bedürfnissen der Menschen entsprechen. Ganz ohne Zweifel wird die Verwirklichung unseres Konzeptes aber nicht nur die Schaffung sachgerechter Strukturen bewirken, sondern auch Kosten senken und Ausgaben einsparen. Aber dies – ich wiederhole den Unterschied – ist nicht das Ergebnis willkürlicher Finanzvorgaben, sondern eines strukturellen Reformprozesses.

Als erstes muß die Krankenversicherung in ihrer Rolle gestärkt werden und zu einem echten, d.h. gleichgewichtigen Partner der Anbieter von Gesundheitsleistungen werden. Sie muß Einfluß auf die Kapazitäten im Gesundheitswesen erhalten. Sie soll zukünftig vertraglich so viele Einrichtungen, Praxen und Krankenhäuser verpflichten, wie dies zur Versorgung der Patienten erforderlich ist.

Nicht mehr und nicht weniger. Das bedeutet: die Krankenkassen kaufen zukünftig am Markt das ein, was sie benötigen; dies sollte auf regionaler Ebene geschehen. Jedem wird verständlich sein, daß dieses regionalisierte Einkaufsmodell im Arzneimittelbereich nicht funktionieren kann. Vielmehr wird man im Bundesrahmen vorgehen müssen, denn es ist nicht einzusehen, daß die Krankenversicherten in Garmisch-Partenkirchen andere Arzneimittel zu ihrer Versorgung zur Verfügung haben als die in Bremen. Wir wollen hierbei den Weg gehen, daß Krankenkasse, Kassenärzte und Apotheker zukünftig gemeinsam ein Arzneimittelinstitut für die kassenärztliche Versorgung gründen. Dieses Arzneimittelinstitut erhält den Auftrag, den gesamten mittlerweile unüberschaubaren Markt der vom Bundesgesundheitsamt zugelassenen Arzneimittel zu sichten und die Präparate auf ihre Eignung für die Verordnung zu untersuchen. Die Präparate, die einer solchen Untersuchung nicht standhalten, scheidern zukünftig aus der Versorgung aus. Das Arzneimittelinstitut unterbreitet den Krankenkassen auf diese Weise einen Vorschlag über die zukünftig verordnungsfähigen Präparate. Über diese Arzneimittel sollen nun Krankenkassen und pharmazeutische Industrie verhandeln, und zwar vor allem über den Arzneimittelpreis. Alle diejenigen Präparate, über die eine Preiseinigung zustande gekommen ist, werden in eine Positiv-Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen.

Die SPD hat nie ein Hehl aus der Ablehnung des sogenannten Festbetragskonzeptes gemacht. Ausschließlich die Preiswürdigkeit eines Präparates, nicht aber auch seine Qualität indirekt zum Kriterium für die Verordnungsfähigkeit auf Kassenrezept zu machen, ist nicht nur einseitig, es ist falsch. Ein vernünftiges Positiv-Listen-Konzept deckt den Gesamtmarkt ab, das Festbetragskonzept nur einen Teilmarkt. Letzteres öffnet sach- und therapiefremden Preiskompensationen der Hersteller Tür und Tor. Wir sind heute noch sicherer als vor zwei Jahren: Das Festbetragskonzept führt in die Irre. Es ist gesundheitspolitisch falsch, sozialpolitisch ungerecht und industriepolitisch verhängnisvoll.

Lassen Sie mich kurz ein paar Bemerkungen zum politisch zweifellos schwierigsten Themenkomplex einer Strukturreform machen. Sie betreffen die Organisation unseres Krankenversicherungssystems und des Krankenversicherungsrechtes. Dieses System soll sich am Grundsatz der Solidarität orientieren, in Wahrheit produziert es in erschreckend hohem Maße das exakte Gegenteil, nämlich Entsolidarisierung.

Die Schlüssel für die Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems müssen die in die Hand bekommen, um die es eigentlich geht. Das sind die Versicherten, und zwar als Beitragszahler und als potentielle Patienten. Den Versicherten den Schlüssel zur Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems in die Hand zu geben, heißt, sie selbst entscheiden lassen, wo sie krankenversichert sein wollen. Dies ist nach unserer Auffassung jener entscheidende Reformschritt von strategischer Bedeutung, der die anderen bewirkt.

Nun wird uns immer wieder von erschreckten Zeitgenossen entgegengehalten, das Ergebnis eines solchen Wahlprozesses durch die Versicherten sei nicht abschätzbar, liege im Ungewissen. Das ist zunächst einmal richtig, aber das haben Wahlen halt so an sich. Denn, wenn man das Ergebnis vorher kennen würde, bräuchte man sie nicht stattfinden zu lassen. Wer ein solches Modell innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung etablieren will, hat es in Einklang zu bringen mit den für die Erfüllung des Prinzips der Solidarität erforderlichen Voraussetzungen. Solidarität kann nicht gruppenbezogen definiert werden, sondern muß die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, die gesamte Versichertengemeinschaft umfassen. Sondersolidargemeinschaften, die ihre Vorteile zu Lasten der allgemeinen Solidargemeinschaft erwerben, sind mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Wir wollen daher, daß zukünftig alle Krankenkassen, ob Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen oder Ersatzkassen, Gleiche unter Gleichen werden. Dies bedeutet die völlige rechtliche Gleichstellung aller Krankenkassen. Dies bedeutet auch, daß es die Funktion der Basiskrankenkassen im bisherigen Verständnis zukünftig nicht mehr geben wird. Die Etablierung eines Wahlmodells in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge – und dies halte ich für das Einschneidendste –, daß zukünftig der Unterschied zwischen Wahl- und Pflichtkassen entfällt. Alle Krankenkassen werden Wahlkrankenkassen. Wir wollen die Wahlmöglichkeiten der Versicherten für die verschiedenen Kassenarten nicht beschränken, d.h. Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen öffnen. Allerdings, ein Wahlrecht hat ein Versicherter nur im Hinblick auf die in seiner Region ansässigen Krankenkassen. Die Wahl eines Dresdners in die Betriebskrankenkasse der Deutschen Bank in Düsseldorf ist nicht möglich. Aber, alle Dresdner können Mitglied in allen Dresdner Betriebskrankenkassen

werden. Hinzu tritt weiter, daß alle Krankenkassen die Mitglieder, die sie gewählt haben, auch aufnehmen müssen. Es besteht also Kontrahierungszwang. Ganz ohne Zweifel wird von dieser Maßnahme eine grundlegende Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems ausgehen. Der Versicherte steht nun in der Tat im Mittelpunkt des Geschehens, er gibt dem System durch seine Entscheidung Dynamik, er ist nicht mehr Objekt, sondern wird zum aktiv handelnden Subjekt. Der von unserem Wahlmodell ausgehende Prozeß wird sicherlich Wettbewerb unter den Kassen auslösen. Wettbewerb wiederum macht nur dann einen Sinn, wenn diejenigen, die an ihm teilnehmen, dies zu gleichen Bedingungen tun können. Ebenso wenig wie ein Hindernislauf zu einem sportlich gerechten Ergebnis führen kann, wenn einer der Läufer ständig mehr Hindernisse zu überwinden hat als die anderen, ebensowenig kann auch Wettbewerb zwischen den Krankenkassen unter den derzeit bestehenden Rahmenbedingungen zu einem sozial gerechten Ergebnis führen. Eine Voraussetzung will ich hinzufügen: Die ungleiche Verteilung der Lasten, die in der Vergangenheit durch ungleiches Recht zwischen den Krankenkassen heraufbeschworen worden ist, muß vorher beseitigt werden. Es kann nicht sein, daß die Ungerechtigkeiten der Vergangenheit zur Hypothek für die Zukunft werden.

Wettbewerb kann es also erst dann geben, wenn diese Ungerechtigkeiten ausgeräumt sind. Die Frage ist daher, wie räumt man sie vernünftig und sinnvoll aus. Diese Frage wiederum ist identisch mit der Frage nach der Form eines möglichen Risiko-, Belastungs- oder Finanzausgleiches unter den Krankenkassen. Das von uns favorisierte Modell heißt "kassenarteninterner Belastungsausgleich". Die in den Diskussionen vorgebrachten Vorschläge über regional wirksame Ausgleichsmodelle, wie immer sie auch ausgestaltet sein mochten, konnten uns nicht überzeugen. Ein Ausgleich muß interregional sein, d.h. er muß Finanzströme von leistungsstarken in leistungsschwache Regionen ermöglichen. Alles andere führt dazu, daß die leistungsschwachen Regionen in ihrer Situation verharren müssen. Stellen Sie sich bitte vor, was ein regionaler Finanzausgleich – wie immer er geartet sein mag – in einem vereinigten Deutschland z.B. für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bedeuten würde. Ein solcher Finanzausgleich würde die hohen Beitragssätze dort stabilisieren und zu einem dauerhaften Wettbewerbsnachteil gegenüber Bundesländern wie Baden-Württemberg oder Bayern führen. Dies kann wirklich kein Lösungsweg sein.

Wenn wir also bei einem interregionalen Finanzausgleich bleiben, so ist damit nicht die Frage beantwortet, ob er kassenartenübergreifend oder kassenartenintern ausgestaltet sein soll. Den Beschluß des Bundesparteitages und unsere Auffassung dazu kennen Sie, wir plädieren für einen kassenarteninternen Ausgleich. Ich will hier nicht über die politische Durchsetzungsfähigkeit anderer Regelungen philosophieren, denn dieses Problem besteht ohnehin bei jeder Reform, die ihren Namen wirklich verdient. Ich will darauf hinweisen, daß ein Wahlmodell mit einem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich systematisch nicht vereinbar ist. Beim Wahlmodell mit allgemeinem Wahlrecht für alle Versicherten erfolgt der Risikoausgleich durch entsprechende Finanztransfers zwischen den Kassen. Man kann nicht beides zugleich wollen, entweder man macht das Eine oder man macht das Andere. Eine Kombination bringt keinen Sinn. Bei dem einen Modell ist der Versicherte das aktiv handelnde Subjekt. Und dabei haben alle Versicherten – dies fordert der Grundsatz der Solidarität – gleiche Rechte, gleiche Pflichten und gleiche Chancen. Beim anderen Modell ist der Verband oder die Politik der aktive Teil. Sie entscheiden über den Risikoausgleich. Welchen Sinn soll eine Wahl haben, wenn diejenigen, die gewählt werden können, sich fast ähneln wie ein Ei dem anderen. Eine solche Wahl wäre überflüssig, in einem solchen Fall könnte man ein allgemeines gesetzliches Zuweisungsmodell propagieren. Ein Wahlmodell hat gleichsam zur Voraussetzung, daß ein Beitragsunterschied zwischen den zu wählenden Krankenkassen besteht. Es kommt darauf an, daß dieser Beitragsunterschied nicht so groß ist, daß er zu sozialer Ungerechtigkeit führt oder einen Wettbewerbsteilnehmer prinzipiell benachteiligt. Ich denke, die Ausgestaltung des Finanzausgleiches wird in zukünftigen Diskussionen sicherlich noch eine gewichtige Rolle spielen.

Ich weise aber noch einmal darauf hin, daß dies nicht die entscheidende Frage einer Organisationsreform ist. Die Mängel im bisherigen Gesundheitswesen zur Kenntnis zu nehmen, ist das eine. Die andere Frage, die zu Beginn einer Konzeption für ein sozial verpflichtetes Gesundheitswesen gestellt werden muß, ist, was dieses Gesundheitswesen vor allem zu leisten hat. Daß auch zukünftig jedem Kranken, unabhängig von dessen wirtschaftlicher Lage, eine Behandlung ermöglicht werden muß, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Standard entspricht, steht für Sozialdemokraten außer Frage. Ich möchte gerade hier in Potsdam darauf verweisen, daß beispielsweise die ambulante Versorgung verbessert und mit der stationären effektiver verzahnt werden muß. Ich sehe nämlich noch immer in den Polikliniken durchaus nichts, was mit

Notwendigkeit dem Untergang zugetrieben werden müßte, sondern im Gegenteil und zumindest vom Prinzip her Ansätze für den auch in Gesamtdeutschland zu unterstützenden Trend zu mehr Gruppenpraxen, Gemeinschaftspraxen und anderen, nicht nur ökonomisch sinnvollen Formen der Kooperation von niedergelassenen Ärzten.

Auf was ich noch näher eingehen möchte, ist das, was zwar in aller Munde ist, dessen Konsequenzen aber nicht immer überschaut werden. Ich spreche von der allseits geforderten, vorbeugenden und präventiven Gesundheitspolitik, die eben Krankheiten nicht bekämpft, sondern den Ursachen für das Krankwerden entgegentritt. Und, wer der Prävention das Wort redet, der darf den Mund nicht nur spitzen, der muß auch pfeifen! Und zu pfeifen heißt zwar auch, mit öffentlichen Informationskampagnen gegen verhaltensbedingte Krankheitsursachen wie falsche Ernährung, Bewegungsmangel und übermäßiger Alkohol- und Tabakkonsum vorzugehen. Zu pfeifen heißt aber vor allem, die Lebens- und Arbeitsbedingungen, die physischen und psychischen Krankmacher, zum Gegenstand der Gesundheitspolitik zu machen. Wenn man wirklich eine präventive Gesundheitspolitik will, dann muß sie zu einem eigenständigen, aktiven Motor für einen ökologischen und sozialen Umbau unserer Industriegesellschaft werden.

Mit diesem Einbetten der Gesundheitspolitik in einen – mir fällt keine andere und zugleich treffende Bezeichnung ein – gesamtgesellschaftlichen Rahmen und politische Reformstrategie multiplizieren sich natürlich die einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik entgegenstehenden Interessen. Denn, das Gesundheitswesen neu strukturieren zu wollen und wirklich präventive Gesundheitspolitik zu organisieren, setzt voraus, sich gegen gewachsene Interessen und Interessengruppen durchzusetzen.

Lassen Sie mich dazu einige Vorschläge und Forderungen aus dem Bereich dessen, was ich das Gesundheitswesen im engeren Sinne genannt habe, zur Diskussion stellen. Ich nenne als erstes unsere Forderung, den öffentlichen Gesundheitsdienst leistungsfähiger zu machen und um den Umweltbereich zu ergänzen. Nach sozialdemokratischer Auffassung gilt es, die kommunale Gesundheitspolitik aufzuwerten und in allen Bundesländern effiziente Gesundheits- und Umweltämter aufzubauen. Gerade in den neuen Bundesländern scheinen mir für diese notwendigen Aufgaben gute Vorausset-

zungen und viel Know-how vorhanden zu sein. Das Wissen und die Erfahrung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der vormaligen Kreishygieneinspektionen, der schulärztlichen Betreuung, der Lungenfürsorge, der Lebensmittelüberwachung und der Arbeitshygieneinspektionen zu nutzen anstatt sie durch Entlassungen zu vernichten, wäre eine sinnvolle Sozial- und Gesundheitspolitik. Anstatt arbeitslos und zum Nichtstun verurteilt zu werden, könnten diese Menschen zum Auf- und Ausbau eines öffentlichen Gesundheitsdienstes in ganz Deutschland sinnvoll und produktiv eingesetzt werden, z.B. im Rahmen eines Sofortprogrammes Umwelt und Gesundheit mit folgenden Schwerpunkten:

- Einbringung gesundheitlicher Vorschläge in die Gestaltung der Lebensräume,
- Abwehr der Gefahren für die menschliche Gesundheit aus Umweltbelastungen,
- Ermittlung, Bewertung sowie schrittweise Sanierung der umweltbelasteten Altlasten,
- Gewässer- und Trinkwasserschutz,
- Abbau der Asbest-, Dioxin-, PCB- und Schwermetallbelastung in Gebäuden, Böden und Grundwässern,
- Reduzierung der umweltbedingten Belastungen am Arbeitsplatz.

Mit dieser Erweiterung und dem Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen eines Sofortprogramms kann den ökologischen Herausforderungen begegnet und dem wachsenden Umweltbewußtsein Rechnung getragen werden.

Außerdem ist es notwendig, die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mediziner und der anderen Berufe im Gesundheitswesen neu zu regeln. Die Neuordnung der Ausbildung, der Ausbau der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit der einzelnen Ausbildungsgänge wie die Aufwertung und Stärkung der verschiedenen Berufsbilder im Gesundheitswesen müssen eigenständiger Bestandteil eines sozial verpflichteten Gesundheitswesens in den neuen und alten Bundesländern werden.

Ich möchte zum Schluß noch auf ein weiteres aktuelles Thema zu sprechen kommen, nämlich auf die Frage einer gesetzlichen Pflegeversicherung. Die so-

ziale Sicherung der Bürgerinnen und Bürger gegen das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ist eine der letzten großen Lücken in unserem Sozialsystem. Dies vernünftig und sachgerecht abzusichern, ist die sozialpolitische Aufgabe des gerade angebrochenen Jahrzehnts. Zumindest darin sind sich verbal alle politischen Parteien einig. Die derzeitige soziale Lage pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik ist unhaltbar und entspricht nicht unseren sozialstaatlichen Grundsätzen. Alle Fachleute, vor allem aber die Betroffenen, bestätigen dies. Ich will deshalb den Zeitrahmen für die Verwirklichung des Projektes "Pflegeversicherung" noch enger ziehen: Die Politik muß handeln, und zwar jetzt, in dieser Wahlperiode des Deutschen Bundestages, die in drei Jahren endet. Wir müssen mit der Gesetzgebungsarbeit unverzüglich beginnen, damit das Gesetz im nächsten Jahr im Gesetzblatt steht und am 1.1. oder 1.7.1993 in Kraft gesetzt werden kann. Schon das bedeutet eine große Anstrengung. Die Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, das jeden Menschen treffen kann. Bisher gab es gegen dieses Risiko keine Absicherung. Erst wenn das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen – und das war die Regel –, sprang die Sozialhilfe mit ihren Leistungen ein. Eine Quasi-Regelabsicherung Pflegebedürftiger über die Sozialhilfe ist aber aus systematischen Gründen fehlerhaft; denn die Sozialhilfe, die ja eine nachrangige Leistung ist, dient nicht der Bewältigung allgemeiner Lebensrisiken, sondern ist Hilfe in speziellen Lebenslagen. Hinzu kommt, daß die Träger der Sozialhilfe, vor allem Städte und Kreise, bei der Bewältigung der Pflegebedürftigkeitsproblematik finanziell weit überfordert sind. Vor allem aber muß man sich vorstellen, was dies für die Betroffenen bedeutet: Ein Leben lang gearbeitet, Beiträge gezahlt und trotzdem reicht es nicht. Man kommt da an, wo man als 12jähriger gestartet ist: bei einem Taschengeld. Dies ist unwürdig, dies ist mangelnder Respekt vor der Lebensleistung eines Menschen.

In einer langjährigen Diskussion – angestoßen von Herbert Wehner – hat die SPD die Frage geprüft, ob zur Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz oder eine beitragsfinanzierte Versicherungsregelung den geeigneteren Weg darstellt. Weil immer klar war, daß beide Vorschläge umfassend für alle Bürger ausgestaltet werden konnten, hat die SPD aus dieser Frage nie ein Dogma gemacht. Wichtig war ausschließlich, ob für die Betroffenen am Ende eine vernünftige, sozial gerechte Lösung gefunden wurde.

Die mit dem Prozeß der deutschen Einigung auf die öffentlichen Haushalte zukommenden finanziellen Belastungen haben die Konsequenz, daß bei dem notwendigen neuen Gesetzgebungsanlauf in Sachen Pflege der Weg des steuerfinanzierten Leistungsgesetzes praktisch ausgeschlossen werden kann. Nur der Weg über die Versicherung für alle ist übriggeblieben.

Diesen Weg haben wir auf dem Berliner Parteitag im Wahlprogramm zur Bundestagswahl im Dezember 1990 beschlossen und seither weiterentwickelt. Wir haben im Frühjahr 1991 Eckwerte zu einer Pflegeversicherung vorgestellt und bis zum Sommer 1991 gemeinsam mit unseren Ländern einen Gesetzentwurf erarbeitet. Seit dem 18.9.1991 liegt dieser Gesetzentwurf dem Bundestag und seit dem 27.9.1992 dem Bundesrat vor.

Die wichtigsten Punkte unseres Gesetzentwurfes sind:

1. Jeder kann pflegebedürftig werden. Eine Reform der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit muß deshalb Leistungen für alle Bürger, und zwar unabhängig von Ursache und Alter der Pflegebedürftigkeit sicherstellen. Wir brauchen deshalb eine Pflegeversicherung als Pflichtversicherung für alle Bürger, d.h. einschließlich Beamte und Selbständige.
2. Auch für Pflegebedürftige ist das Leben in vertrauter Umgebung und gemeinsam mit ihren Angehörigen in den meisten Fällen die beste Lösung. Deshalb wollen wir den Vorrang der häuslichen Pflege. Dazu wollen wir die Pflegekraft der Familien stärken. Häusliche Pflege kann aber Heimpflege nicht in jedem Einzelfall ersetzen. Eine Pflegeversicherung muß deshalb auch bei Aufenthalt in einem Pflegeheim die Pflegeleistungen voll übernehmen.
3. Wer zu einem Pflegefall wird, darf nicht länger zum Taschengeldempfänger der Sozialhilfe abgestempelt werden. Deshalb ist die weitgehende Herauslösung der Pflegekosten aus der Sozialhilfe erforderlich. An die Stelle der Sozialhilfe als Regelsicherungssystem bei Pflegebedürftigkeit soll zukünftig die Pflegeversicherung für alle treten.
4. Wer zum Pflegefall wird, darf nicht zum Objekt der Bevormundung werden. Jeder Pflegebedürftige muß selbst entscheiden können, welche Pflegeleistungen er von wem und in welcher Form in Anspruch nehmen will.

Deshalb sieht unser Leistungskatalog bei häuslicher Pflege ein Wahlrecht der Betroffenen zwischen einem nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelten Pflegegeld und einer häuslichen Pflegehilfe als Sachleistung vor. Das Pflegegeld soll je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit DM 500,- bis DM 1.500,- betragen. Es liegt damit deutlich über den heutigen vergleichbaren Sozialhilfeleistungen, die DM 325,- bis DM 883,- betragen.

Detlef Affeld

Aufbau des Gesundheitswesens im Land Brandenburg

Lassen Sie sich ganz bewußt und unvermittelt aus einer "unverdächtigen Quelle", nämlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), mit interessanten aktuellen Zahlen ins Thema einführen: Auswertungsstand ist der 15. Oktober 1991. Demnach gibt es in den Ostländern zu diesem Zeitpunkt noch 595 poliklinische Einrichtungen oder zugelassene Einrichtungen aus dem Gesamtspektrum dessen, was einmal poliklinisches Versorgungssystem hieß. Sie verteilen sich wie folgt: Mecklenburg-Vorpommern 60 Einrichtungen, Brandenburg 83, Sachsen-Anhalt 89, Thüringen 61, Sachsen 222 und Berlin 80. In diesen Einrichtungen sind noch insgesamt 3.280 Ärzte tätig; in Brandenburg sind es 357 Ärzte. Daraus ergibt sich für Brandenburg ein Schnitt von vier Ärzten pro noch arbeitender zugelassener Einrichtung. In Mecklenburg-Vorpommern sind es 5,5 Ärzte pro zugelassener Einrichtung. Für Berlin, das wird niemanden überraschen, liegt der Schnitt deutlich höher, nämlich bei 11,8. Ein großer Teil der z.Zt. noch arbeitenden poliklinischen Einrichtungen, nämlich insgesamt 222 (= 37 %) sind Ein-Mann-Betriebe, die alten Landambulatorien. Offensichtlich lohnt sich für die dort Arbeitenden eine Niederlassung nicht mehr. Es gibt demgegenüber 81 Einrichtungen, knapp 15 %, bei denen 6-10 Ärzte arbeiten. Um das andere Extrem einmal zu nennen, existieren auf dem Gesamtgebiet der neuen Länder 25 Einrichtungen (= 4 % der Gesamtzahl) mit über 20 beschäftigten Ärzten.

Eine zweite Entwicklung möchte ich etwas ironisch folgendermaßen kommentieren: Brandenburg hat aus der spezifischen Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die rote Laterne bei der Geschwindigkeit der Umstrukturierung von Polikliniken in freiberuflich arbeitende Praxen an Sachsen-Anhalt abgegeben. In Brandenburg hat sich die Niederlassungswelle abgeflacht. Aber auch in den anderen neuen Ländern hat der Drang in die Niederlassung offensichtlich deutlich nachgelassen. Vielleicht liegt es daran, daß ein gewisser (Über-)Sättigungsgrad erreicht ist.

Interessant ist auch eine Statistik über die ökonomische Situation derjenigen Ärzte, die sich bereits niedergelassen haben. Nach Angaben der KBV differieren die Abschlagszahlungen für niedergelassene Ärzte in den neuen Bundesländern der Höhe nach erheblich. Darin kommen sicher auch Arztdichte und Konkurrenz der Ärzte untereinander zum Ausdruck. Das Schlußlicht für die Abschlagszahlungen pro Arzt bildet Berlin mit DM 7.641,- pro Arzt. Die Spitzenposition haben die brandenburgischen Ärzte mit DM 11.460,- pro monatlichem Abschlag.

Auch vor diesem Zahlengerüst am Anfang sollten Sie die folgenden Bemerkungen sehen:

Die Sicherung der ambulanten Versorgung ist in Brandenburg, aber auch in den anderen neuen Bundesländern, politisch vor allem diskutiert worden unter der Überschrift: Umwandlung von Polikliniken in freie Praxen einerseits, neue Formen der gemeinschaftlichen Tätigkeit von Ärzten andererseits. In Brandenburg wurde diese Diskussion unter dem besonderen Stichwort "Gesundheitszentren" geführt.

Wie werden denn nun eigentlich die Polikliniken rückblickend bewertet? Eine aktuelle Befragung zeigt, daß trotz aller anderslautenden Kommentare das Grundgerüst poliklinischer Versorgung beim weitaus überwiegenden Teil der Bevölkerung nach wie vor Akzeptanz findet. Über 80 % der in der Repräsentativumfrage Befragten hat sich für die Aufrechterhaltung dieser Grundstrukturen ausgesprochen. Kritisiert wird die zentralistische Struktur der Polikliniken. Die Klagen vieler dort tätiger Ärzte über zu enge Entfaltungsspielräume, über hierarchische Vorgaben von Vorgesetzten usw. sind bekannt. Ein weiterer Kritikpunkt, der sicher nicht nur auf Polikliniken zutrifft, hier aber besonders negativ bewertet wurde, ist deren katastrophale räumliche, materielle und finanzielle Ausstattung. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in der DDR machten nur 50 % der vergleichbaren Ausgaben im alten Bundesgebiet aus; daran sieht man, wo eigentlich die Grundmalaise lag.

Positiv wird nach wie vor die folgende Tatsache gesehen, und das paßt gut in die gesamt bundesdeutsche Diskussion: Viele Polikliniken stellten für den Patienten ein Angebot dar und tun das teilweise jetzt noch, um medizinische und sozialfürsorgerische Leistungen aus unterschiedlichen Disziplinen unter einem

Dach zu erhalten. Medizinisch-ärztliche Leistungen und gesundheitlich-nichtärztliche Leistungen sowie betreuend-pflegerische Leistungen waren dort zu finden. Es war ein Leistungsverbund, wie ihn auch nur wenige westdeutsche Einrichtungen anbieten können.

Ich habe im Herbst letzten Jahres die Erfahrung gemacht, daß je nach Sichtweise eben der eine oder andere der vorgenannten positiven und negativen Punkte aus diesem Gesamtbündel von Aspekten zur poliklinischen ambulanten Versorgung einseitig herhalten mußte, um den jeweiligen Standort zu Polikliniken zu definieren. Brandenburg hat sich sehr frühzeitig (die SPD, die später die Regierung in Brandenburg übernommen hat, schon während des Wahlkampfes) dazu entschlossen, die poliklinische Versorgung nicht sang- und klanglos untergehen zu lassen. Sie sollte nicht dem freien Spiel der Kräfte, dem Druck derer, die ordnungspolitisch grundsätzlich anderes wollten, anheim fallen. Brandenburg ist das einzige der neuen Länder, in dem der häufig hochgelobten galoppierenden Umstrukturierung Widerstand und ein differenziertes eigenes Konzept entgegengesetzt wurde. Es wurde versucht, aus dem, was zerbrach und immer noch am zerbrechen ist, zumindest in Teilen soviel zu retten, wie zu retten ist. Das unterscheidet die brandenburgische Politik bei der Umwandlung der ambulanten Versorgung gegenüber der in anderen neuen Bundesländern. Das hat viel Kritik z.T. im Lande, aber mehr eigentlich in anderen Ländern und auf der Bundesebene herausgefordert. Mir liegt daran zu betonen, daß es dabei nicht darum ging, die Polikliniken, das poliklinische Versorgungssystem so, wie es war, um jeden Preis zu erhalten. Es ging darum, diese poliklinischen Strukturen, dort wo es sich anbot, dort, wo es möglich war, weiterzuentwickeln zu tragfähigen neuen Strukturen.

In aller Deutlichkeit: In Brandenburg ging es nicht um die sozialverträgliche Verlängerung eines Abwicklungs- oder Auslaufmodells. Gesundheitszentren sind für uns kein vorübergehend unabweisbares Übel, weil es Ärzte in Altersgruppen gibt, denen eine Niederlassung nicht mehr zumutbar wäre. Für die Brandenburger ist die strukturierte Umwandlung zu Gesundheitszentren keine Art von "Sozialplan". Ich weiß, daß in anderen Bundesländern und auch wohl in der KBV unter dem Gesichtspunkt "sozialverträglicher Übergang" andere Strukturen (Stichwort: Dauerassistent) angedacht oder toleriert wurden. Wir sehen in unserem Modell keine Verlegenheitslösung. Das "Brandenburger Modell" ist ein Perspektivmodell, das auch nach 1995 Bestand haben kann und

diesen Bestand haben wird, wenn es uns gelingt, entsprechende Einrichtungen zunächst zu erhalten.

Hauptziele bei der brandenburgischen Politik zur Sicherung und zur Umwandlung der ambulanten Versorgungsstrukturen waren zum einen die Aufrechterhaltung des Verbundes ärztlicher mit nicht-ärztlichen, von medizinischen und sozialen Leistungen über verschiedene Disziplinen hinweg; im Idealfall unter einem Dach. Dies muß auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß Brandenburg das mit Abstand am dünnsten besiedelte aller 16 Bundesländer ist, einen geringen Motorisierungsgrad aufweist und unzureichende öffentliche Nahverkehrssysteme hat. Medizinische Leistungen müssen leicht erreichbar sein. Uns haben in der Zwischenzeit viele Schreiben von Bürgern und Patienten erreicht, die insbesondere dieses Problem berühren. Wenn man an den Brandenburger Norden oder auch an große Kreise im Süden des Landes denkt, kann ein Arztbesuch mit Überweisungsnotwendigkeiten ohne Gesundheitszentren zu einem – etwas überspitzt formuliert – Wochenunternehmen werden.

In den Auseinandersetzungen mit Landesorganisationen wie auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird häufig in den Vordergrund gerückt, daß in Gesundheitszentren nach dem Brandenburger Modell auch angestellte Ärzte tätig sein können. Es gibt ganz ausdrücklich Wahlmöglichkeiten, bei der anfänglichen Grundsatzentscheidung wie auch im weiteren Verlauf der Tätigkeit.

Aber dies ist m.E. nicht der Kernpunkt. Im Vordergrund steht vielmehr der Erhalt des Leistungsverbundes. Unsere Politik wäre bereits dann als gescheitert anzusehen, wenn in drei oder in fünf Jahren die Zahl der angestellten Ärzte im Gesundheitswesen abnehmen würde. Umgekehrt ist es selbstverständlich auch kein Erfolgskriterium, wenn innerhalb des gleichen Zeitraums die Zahl der angestellten Ärzte steigen würde. Es geht uns darum, neben dem Status als Freiberufler Medizinern, und zwar nicht nur solchen über 50 Jahre, Wahlmöglichkeiten anzubieten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat diesem Brandenburger Modell notgedrungen (und auch nicht zur Freude der hiesigen KV!) ein Alternativmodell zur Seite gestellt. Beide "Alternativen" werden inzwischen in einem eher sachlichen Ton zwischen den Brandenburgern und der KBV diskutiert. Wir sind uns inzwischen einig, daß es letztendlich wirklich nur noch standespolitisch zu

begründende Nuancen zwischen dem sogenannten KBV-Alternativmodell und dem Brandenburger Modell gibt. Auch in dem KBV-Modell ist der beschäftigte Arzt bei einer Verwaltungsgesellschaft angestellt und dem niedergelassenen Arzt "zugestellt". Er unterstützt den freiberuflich tätigen Arzt in seiner Tätigkeit. Mir ist es in den letzten Wochen immer schwerer gefallen, den materiellen Unterschied der beiden Lösungen wahrzunehmen. Ich muß allerdings auch sagen, daß mir jede Information darüber fehlt, wo in den neuen Ländern dieses KBV-Modell schon einmal realisiert wurde. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird das Bundesgesundheitsministerium zum Aufbau, zur Förderung und zur Umsetzung des KBV-Alternativ-Modells eine Million DM zur Verfügung stellen. Ich werde auf diesen Gesichtspunkt unter dem Thema Wettbewerbsverzerrung später noch zurückkommen.

Ich möchte noch kurz auf den politischen Werdegang unseres "Modells" eingehen. Im November 1990 hat es eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung (damals noch als eingetragener Verein), den Kommunen und der Landesregierung in Brandenburg gegeben, in der wir uns gegenseitig unseren guten Willen bei der Realisierung dieses Modells als einer zusätzlichen Facette in der ambulanten Versorgung versichert haben. Gesundheitszentren sind zu keinem Zeitpunkt gedacht gewesen als flächendeckende Alternative des in der Niederlassung arbeitenden freiberuflichen Arztes. Es ist ein zusätzlicher Baustein, der hier in Brandenburg gut in die raum- und siedlungsstrukturellen Gegebenheiten paßt. Ich mußte mit Bedauern feststellen, wie in den darauffolgenden Monaten des ersten Quartals 1991 die Eigenständigkeit einiger an dieser Vereinbarung Beteiligter in dem Maße nachließ, wie Bundesverbände und Bundesgremien auf die Politik der hier tätigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften Einfluß genommen haben. Die damaligen gemeinsamen Absprachen sind bis heute zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt worden. Ich habe aber leider den Eindruck, daß die Zusammenarbeit zwischen dem Landesgesundheitsministerium und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg auf diesem Feld eher zu beschreiben ist als ein leicht gespanntes Nebeneinander und nicht mehr als ein interessantes und in Teilen auch risikobewußtes Miteinander.

In den letzten Monaten ist in den Vordergrund der Auseinandersetzungen zum Brandenburger Modell das Stichwort der "Wettbewerbsverzerrung" getreten. Ich glaube, auch hier ist es nützlich, die Fakten mit ein paar Stichworten

deutlich zu machen. Bis vor wenigen Tagen, jetzt durch einen einsamen Erlaß der Bundesregierung gestoppt, konnte jeder niederlassungswillige Arzt darauf bauen, einen zinsgünstigen Kredit zu bekommen. Es ist mir nicht bekannt, daß für irgendein Gesundheitszentrum oder für irgendeine Poliklinik, die weitermachen wollte, ähnlich günstige Zinsbedingungen gewährt wurden. Das Gegenteil ist der Fall. Es gibt noch vom Herbst 1990 ausdrückliche Hinweise und Richtlinien, wonach derartige Kredite an diesen Typ von Einrichtungen nicht zu geben sind. Das ist der eine Teil der Wettbewerbsverzerrung. Darüber hinaus sehen die Richtlinien für die Umsetzung des KBV-Alternativ-Modells ausdrücklich vor, daß die vermuteten Mindereinnahmen bei Beschäftigung eines Assistenzarztes bei einem niedergelassenen Arzt aus einem Fond der KV auszugleichen sind. Eine vergleichbare "Subventionierung" in Gesundheitszentren würde einen Sturm ordnungspolitischer Entrüstung auslösen. Außerdem hat es seitens der KBV/KV keine Bereitschaft gegeben, mit gleicher Intensität z.B. Polikliniken zu beraten, wie es bei niedergelassenen Ärzten oder niederlassungswilligen Ärzten geschehen ist. Die Polikliniken haben nur dann eine (besonders) intensive kompetente Beratung erfahren, wenn im Vorfeld klar war, wohin der Zug gehen soll: nämlich in Richtung Selbstauflösung. Beratungen zur Umstrukturierung von Polikliniken in Gesundheitszentren hat es trotz Vereinbarungen, so etwas gemeinsam machen zu wollen, meines Wissens von seiten der KV nicht gegeben. Die Beratungshilfen, die, wie schon erwähnt, vom Bundesgesundheitsministerium für das KBV-Modell in Aussicht gestellt wurden, sind für das Brandenburger Modell bisher nicht angeboten worden. All dies hat dazu geführt, daß Brandenburg mit erheblichem Aufwand sein eigenes Beratungssystem aufgebaut hat als unsere Antwort auf die tatsächlich feststellbare Wettbewerbsverzerrung. Eine weitere Antwort zur Verminderung der Wettbewerbsverzerrung im finanziellen Bereich sind die vielfach diskutierten, im Landeshaushalt enthaltenen 117 Mio DM. Sie werden im Moment eingesetzt zur Umstrukturierung von Polikliniken. Übrigens: Im Haushalt des Landes Sachsen-Anhalt ist der Betrag von 145 Mio DM für Investitionen in Polikliniken vorgesehen. Von diesem Betrag sollen 90 Mio DM für Renovierungsinvestitionen bereits abgeflossen sein. Wir fühlen uns daher in diesem Punkt inzwischen auch ordnungspolitisch nicht mehr als absolute Einzelgänger.

Es wird inzwischen von der KBV nicht mehr in Frage gestellt, daß bestimmte Teile der hiesigen ambulanten Versorgung nicht nur interessant sind, um im Osten erhalten zu bleiben, sondern einen Aspekt zur Anreicherung des defizitä-

ren Westsystems darstellen können. Ein Beispiel dafür ist die Behandlung chronisch Kranker. In Sachsen haben Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Landesregierung eine erste Vereinbarung zur Sicherung einer systematischen Diabetiker-Versorgung bereits abgeschlossen. Wir streben eine etwas erweiterte Lösung hier für Brandenburg in den laufenden Verhandlungen an. Ähnliches wollen wir in der flächendeckenden systematischen Versorgung und Nachsorge Krebskranker erreichen. In Nordrhein-Westfalen gibt es vergleichbare Vereinbarungen seit wenigen Jahren.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bei ihren gestrigen Gesprächen mit den Gesundheitsministern der Ost-Länder offen und ausdrücklich zu derartigen Aktivitäten hier aufgefordert und ihre Unterstützung zugesagt. In der Chroniker-Versorgung (erinnert sei zusätzlich nur an wiederholte Rheuma-Berichte der Bundesregierung) gibt es im alten Bundesgebiet seit Jahren viele Ideen, einige Modelle, noch mehr Diskussion, aber letztlich strukturell keine Fortschritte.

Es bleibt zu hoffen, daß positive Aspekte der ambulanten medizinischen Versorgung hier im Osten der Bundesrepublik nicht aus purer Borniertheit und als Opfer des West-Ost-Machtgefälles "übersehen" und "abgewickelt" werden. Es bleibt zu fordern, daß sie positive Anreize auch für einige festgefahrene Diskussionen im Westen liefern dürfen. "Daß nicht sein kann, was nicht sein darf", ist der mit Abstand schlechteste Wegweiser für den Meinungs- und Erfahrungsaustausch zwischen Ost und West – auch in der Gesundheitspolitik.

Hans-Egbert Schröder

Sicherung der ambulanten Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in Sachsen

Wenn wir heute die gewaltigen Umstrukturierungsprozesse würdigen wollen, die in den neuen Bundesländern im ambulanten Bereich in den vergangenen 1 1/2 Jahren stattgefunden haben, sollten noch einmal einige Fakten zur Situation in der ehemaligen DDR vorangestellt sein. Ich halte dieses Vorgehen schon deshalb für erforderlich, weil erst die Detailkenntnis den Beurteilenden in die Lage versetzt, ein gerechtes Urteil zu sprechen. Die Bewohner der neuen Bundesländer werden in zunehmendem Maße allergisch gegenüber Pauschalurteilen, die dieses Bemühen vermissen lassen.

Wie sah die ambulante Versorgungsstruktur in der ehemaligen DDR aus? Von den insgesamt rund 40.000 Ärzten (Stand 1989) waren etwa 21.000 im ambulanten Bereich tätig. Das entsprach einer rechnerischen Größe von einem Arzt je 800 Einwohnern. Mit dieser Zahl wären die Voraussetzungen für eine gute ambulante Versorgungsstruktur erfüllt gewesen, zumal eine flächendeckende Verteilung durch 1.613 staatliche Arztpraxen, 1.027 Ambulatorien, 2.000 Arztsanitätsstellen und 615 Polikliniken vorlag.

Warum hat es trotzdem berechtigte Kritik an dem ärztlichen Betreuungssystem gegeben? Der Grundfehler war – und darauf haben die Ärzte immer wieder hingewiesen – der fehlende Anreiz, mit dem Leistungen stimuliert werden konnten. Um es ganz verkürzt zu sagen, war ein Arzt, der 10 Patienten am Tag versorgte, materiell nicht schlechter gestellt als ein Arzt, der 100 Patienten betreute. Der Hausarztbeschluß vom 10.11.1988, der jedem Bürger die Wahl eines Arztes seines Vertrauens ermöglichen sollte, änderte an dieser Situation nichts, da wieder jegliche Stimulierung fehlte. Der Hausarztbeschluß war ein Schritt in die richtige Richtung, aber nur ein halber.

Vor diesem Hintergrund seien noch einige Bemerkungen zu dem Arzt-Patienten-Verhältnis erlaubt. In dem Jahresgutachten 1991 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen steht unverändert: "Eine dau-

erhafte Arzt–Patienten–Beziehung war in der Anonymität des Großbetriebes (gemeint sind Polikliniken und Ambulatorien) nicht gewährleistet." Dieses Pauschalurteil ist falsch. Auch in den großen Polikliniken und Ambulatorien gab es sehr stabile Arzt–Patienten–Beziehungen über Jahre bis Jahrzehnte hinweg, die aus dem Verantwortungsbewußtsein der Ärzte für ihre Patienten entstanden waren. Von diesen Ärzten gab es sehr viele. Ihnen und ihren Mitarbeitern muß auch heute noch unser Dank gelten, denn sie haben verhindert, daß es zu gravierenden Betreuungsdefiziten kam.

Die fachliche Qualifikation der Ärzte war gut, dafür sorgte die vorgeschriebene 5jährige Weiterbildung zum Facharzt. Defizite bestanden in hohem Maße auf dem apparativen Sektor, einschließlich der dafür notwendigen Ausbildung.

Vor diesem Hintergrund vollzog sich die grundlegende Umgestaltung des Gesundheitswesens mit der notwendigen Anpassung an das Gesundheitssystem der alten Bundesländer. Hier erfolgt die ambulante Versorgung ausschließlich durch niedergelassene Ärzte, überwiegend in Form der Einzelniederlassung.

In der ehemaligen DDR gab es dagegen insgesamt 417 Kassenärzte (Stand 1988). Anträge auf eigene Niederlassung wurden nur in Ausnahmefällen genehmigt, im allgemeinen durch Übernahme der elterlichen Praxis.

Mit der Wende waren die Voraussetzungen für eine grundlegende Umgestaltung der ambulanten Versorgung gegeben. Die Niederlassungszahlen stiegen sprunghaft an. Mitbestimmend für diesen Trend war die im Einigungsvertrag festgeschriebene Befristung der Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung für Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft bis 1995, der Niederlassungsstopp für Ärzte aus den alten Bundesländern bzw. aus den EG–Staaten lediglich für das Jahr 1991, das anfänglich ausgesprochen restriktive Verhalten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegenüber den Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft sowie das Verhalten der Kommunen, die häufig eine Niederlassung erzwungen haben.

Am einfachsten gestaltete sich die Niederlassung für diejenigen Ärzte, die in staatlichen Arztpraxen arbeiteten, da sie sowohl über Praxisräume, als auch über einen festen Patientenstamm verfügten. Für die Ambulanzen bzw. Polikliniken gingen wir davon aus, daß ihre Entflechtung größere Probleme bereiten würde.

Wir rechneten sogar damit, daß unter Umständen der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung gefährdet sei. Wir wissen heute, daß diese Befürchtung nicht zutreffend war. Das ist einzig und allein das Verdienst der Ärzte, die in die eigene Niederlassung gingen bzw. der noch in kommunaler Trägerschaft arbeitenden Einrichtungen. Es ist nicht das Verdienst der KBV, die mit ihren "Entscheidungshilfen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Neuorganisation bisheriger poliklinischer Einrichtungen in den fünf neuen Bundesländern und Berlin–Ost" (Deutscher Ärzte–Verlag Köln, 1991) erst zu einem Zeitpunkt aufwartete, als die wesentlichen Entscheidungen bereits getroffen waren. Es ist auch nicht das Verdienst der Kommunen, die den Umstrukturierungsprozeß häufig behinderten.

Wie sieht nun die konkrete Situation in Sachsen aus? Im Januar 1990 gab es nur 113 Kassenärzte, im April 1991 bereits 3.113 und mit Stand Oktober 1991 3.987 niedergelassene Ärzte. Die Verteilung auf die drei Regierungsbezirke beträgt 1.578 für Chemnitz, 1.461 für Dresden und 940 für Leipzig. Zusätzlich gibt es 979 ermächtigte Ärzte.

Die Verteilung auf die einzelnen Fachgebiete zeigt eine Überversorgung für Kinderärzte sowie problematische Zahlen für die Fachgebiete Gynäkologie, Geburtshilfe, Augenheilkunde und HNO. Eine Überversorgung liegt sicher auch für Allgemeinärzte/Praktische Ärzte und Internisten vor.

Mit dem Anstieg der Niederlassungszahlen korreliert der Rückgang der nach § 311 (2) SGB V zugelassenen Einrichtungen von 846 im April 1991 auf 250 im Oktober 1991. In Sachsen ist somit eine flächendeckende ambulante Versorgung gewährleistet. In den anderen vier neuen Bundesländern scheint die Entwicklung ähnlich zu verlaufen, sonst wäre nicht der Stopp für ERP–Kredite an Ärzte ab 14.10.1991 verfügt worden.

Zur Untersetzung der Feststellung erlaube ich mir noch einige Aussagen zur Situation in der Stadt Dresden. Vom Institut für Gesundheits– und Sozialforschung Berlin (IGES) war ermittelt worden, daß in Dresden auch vor der Umstrukturierung ein gleichmäßig verteiltes flächendeckendes ambulantes Versorgungssystem existierte. Dieses Netz ist durch die Niederlassungen noch dichter geworden, da sich einzelne größere Einrichtungen teilten. Die sieben großen Polikliniken haben sich in Ärztehäuser umgewandelt bzw. sind noch in der

Niederlassungsphase. Damit gibt es das Problem "Poliklinik" in Dresden nicht mehr. Das haben die Ärzte unter dem äußeren Druck selbst geklärt.

Etwas anders scheint die Entwicklung in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern bzw. in Sachsen-Anhalt zu sein. In diesen Bundesländern ist offenbar die Einzelniederlassung die Regel. Einzelniederlassungen werden aber unter den gegebenen wirtschaftlichen Zwängen teilweise schlechtere Zukunftsaussichten haben als Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Ärztehäuser. Neue Impulse für die ambulante medizinische Versorgung erwarte ich von dem "Brandenburger Modell".

Ich möchte abschließend die Situation im ambulanten Bereich, besonders für Sachsen, durch folgende Untersetzungen zusammenfassen:

1. Es ist eine beachtenswerte Leistung, daß die Ärzte in den neuen Bundesländern den Übergang in ein völlig anders strukturiertes ambulantes Versorgungssystem in so kurzer Zeit und mit so hoher Qualität erbracht haben.
2. Die medizinische Grundversorgung war in keiner Phase der Niederlassung in Frage gestellt.
3. Die Ausstattung der Praxen ist im Durchschnitt als sehr gut zu bezeichnen.
4. Eine ärztliche Überversorgung ist in verschiedenen Bereichen schon jetzt erkennbar.
5. Aus dem Zwang heraus sind verschiedene Standorte der Praxen schon jetzt gewählt.
6. Es liegt teilweise eine zu hohe Verschuldung vor.
7. Die Mieten sind vielfach wesentlich überhöht, die Mietoptionen häufig unzureichend.
8. Es gibt leider teilweise eine Entsolidarisierung unter den Ärzten.
9. In dem Bestreben, möglichst viele Patienten zu behandeln, werden die eigenen fachlichen Fähigkeiten teilweise überschätzt. Das gilt z.B. für die Behandlung von Diabetikern, Rheumatikern bzw. von Patienten mit haematologisch-onkologischen Erkrankungen. Aus diesem Grund wurden

umfassende Fortbildungsmöglichkeiten für den Erwerb der Qualifikation zur Betreuung dieser Problempatienten in Gang gesetzt.

10. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß es durch langwierige Verhandlungen mit der KVS und den Kassen zu einer "Vereinbarung über ambulante Schwerpunktbehandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen" gekommen ist. Dadurch ist es möglich, daß Schwerpunktambulanzen zur Behandlung dieser Problempatienten auch in kommunaler Trägerschaft vorerst weitergeführt werden können. In Abhängigkeit von der Stabilisierung des Kassenarztbereiches kann diese Betreuung in zunehmendem Maße als Schwerpunktbehandlung im niedergelassenen Bereich weitergeführt werden.
11. Die Ergebnisse der 1. Quartalsabrechnung zeigen, daß die Ärzte die Berechnung ihrer Leistungen seriös vornehmen. Honorareinbehalten durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsens waren in den meisten Fällen nicht gerechtfertigt.
12. Die Ärzte müssen noch stärker darauf achten, daß alle erbrachten Leistungen auch wirklich abgerechnet werden. Es besteht sonst die Gefahr, daß die niedrigeren Fallkosten Auswirkungen auf die Bemessung der durchschnittlichen Fallkosten für Gesamtdeutschland haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der Übergang auf das neue ambulante Versorgungssystem in Sachsen ohne größere Probleme verlief. In welchem Umfange sich Praxen nicht tragen werden, wird erst genauer in fünf Jahren zu ermitteln sein, wenn die progressiven Finanzbelastungen durch die Rückzahlung der Kredite beginnen. Nach vorsichtigen Schätzungen könnte es für etwa 10 % der Praxen aufgrund der vorliegenden Überversorgung und der zu tragenden Finanzlasten zu Problemen kommen.

Barbara Naumann

Pflegenotstand in den neuen Bundesländern

Bevor ich auf den Pflegenotstand in den neuen Bundesländern eingehe, möchte ich zunächst einige Bemerkungen zur sozialen Stellung der Frau in der ehemaligen DDR machen. Dies ist unbedingt notwendig, da fast 90 % der Beschäftigten im Pflegedienst Frauen sind und Männer nach wie vor eine Minderheit in dieser Berufsgruppe darstellen. Von seiten der Gesetzgebung in der ehemaligen DDR befand sich die Frau in einer relativ günstigen Position, eine rechtliche Gleichstellung war gegeben. Aber ich denke, daß sie damit in die Rolle eines Multifunktionärs gezwungen wurde. Für viele Frauen bedeuteten Beruf, Familie, Kindererziehung und gesellschaftliche Verpflichtungen, daß sie ständig in einem Zwiespalt lebten. Es war nicht möglich, all diesen Funktionen gerecht zu werden. Die eigene Motivation wurde durch gesellschaftliche Reglements ersetzt, so daß sich die Frau in ihrer Rolle mehr oder weniger diesen Zwängen stellen mußte, egal, ob es um Fragen der Kinderbetreuung ging oder gesellschaftliche Funktionen in Einklang zu bringen waren. Natürlich gab es staatlicherseits ein breitgefächertes Auffangnetz von sozialen Leistungen, ich denke z.B. an Kindertagesstätten, Kinderwochenkrippen oder andere Einrichtungen. Trotz dieser Hilfen konnte die Frau all ihren Aufgaben nicht gewachsen sein. Auf der anderen Seite war es jedoch notwendig, daß die Frau ihren Beitrag zum Familienunterhalt beisteuerte, um einen bestimmten Lebensstandard zu erreichen. Die Möglichkeiten, eine vollwertige Teilzeitbeschäftigung aufzunehmen, waren sehr begrenzt und wurden zusätzlich erschwert, weil sich diese Frauen Diskriminierungen ausgesetzt sahen. Die gesellschaftliche Norm war die Vollbeschäftigung.

Nun könnte durch meine Darstellung leicht der Eindruck erweckt werden, daß in den neuen Bundesländern doch mehr ein Drang der Frau hin zu "Kittelschürze und Kopftuch" gegeben wäre oder wünschenswert sei. Dies ist keinesfalls so; ich denke aber, daß durch die äußeren Zwänge in vielen Fällen eine gewisse Eigenmotivation unterdrückt wurde.

Verdeutlichen möchte ich dies an dem Beispiel "obligatorische Veranstaltungen": "Subotnik", was bedeutete, unbezahlte Arbeit im Betrieb an ei-

nem Sonnabend zu verrichten, wie z.B. Möbel streichen und Aufräumarbeiten in Gebäuden. Laub wurde z.B. im Gelände zusammengekehrt, aber es gab keine Möglichkeiten, entsprechende Behältnisse zur Verfügung zu stellen. Am Montag waren die Laubhaufen schon nicht mehr zu sehen und das Gelände war wieder gleichmäßig mit Laub bedeckt. Es erforderte oft eine große Überwindung nach einer ausgefüllten Arbeitswoche auch noch an einem Sonnabend, in der kostbaren Freizeit, zu arbeiten. An einem der nächsten Wochenenden war laut Dienstplan dann wieder Dienst angesagt. Anhand solcher Erlebnisse habe ich mir natürlich sehr oft Gedanken gemacht, welchen Sinn diese Aktionen überhaupt hatten.

Lassen Sie mich nun eine Brücke zu den Problemen im Pflegedienst schlagen. Der Pflegedienst ist über Jahre nicht reformiert worden. Eine effiziente Pflege unter besseren Arbeitsbedingungen konnte nicht verwirklicht werden. Anfang der 70er Jahre gab es noch einige Anzeichen für eine positive Entwicklung, ich erinnere z.B. an die Einführung von Pflegestufen. Außerdem gab es Bestrebungen, die Arbeit des Pflegeteams zu erleichtern und dadurch die Pflege auf ein höheres Niveau zu heben. Erste Bemühungen, den Pflegenotstand zu mildern, war z.B. die Errichtung von zentralen Spritzenaufbereitungen. Die Frage der Versorgung und Entsorgung wurde in dieser Zeit angegangen und es hat teilweise 20 Jahre gedauert und dauert heute noch an, die Voraussetzungen hierfür zu realisieren. Trotz einer Reduzierung der Arbeitszeit Anfang der 70er Jahre gab es keine Veränderungen des Personalschlüssels: Eine Schwester ist für fünf Patienten zuständig. Die Stellen, die laut Stellenplan für Reinigungskräfte vorgesehen waren, wurden zum Einstellen für mehr Schwestern verwendet, so daß Reinigungsarbeiten gänzlich dem Pflegedienst zufielen. Auch gegenwärtig nehmen Fremdarbeiten noch immer einen beträchtlichen Teil des Zeitvolumens des Pflegepersonals in Anspruch; d.h., die Schwester hat sich neben der Pflege um Arbeiten des Hol- und Bringdienstes zu kümmern, genauso um Arbeiten der Instandhaltung. Die patientengerechte Darreichung der Mahlzeiten erfordert häufig ein aufwendiges Anrichten durch die Schwester. Dies sind nur einige Beispiele, die verdeutlichen, daß eine individuelle Betreuung der Patienten durch die Schwestern erschwert ist. Oft zeigt der stationäre Ablauf eine hohe Konzentration von pflegerischen, diagnostischen und ärztlichen Arbeiten am Patienten in den Morgen- und Vormittagsstunden. Eine bessere Koordination zwischen diagnostischem Bereich, Funktionsbereich und dem ärztlichen Dienst würde zu einer größeren Effektivität führen. Ich sehe darin die Möglichkeit,

pflegerische Arbeiten besser zu verteilen und damit auch unnötige vom Patienten fernzuhalten. Positiv ist zu bewerten, daß es uns gelungen ist, einen erheblichen Teil der Fremdarbeiten heute durch Dienstleistungsbetriebe ausführen zu lassen. Nicht immer schlagen sich die so entstandenen "Zeitkapazitäten" auf die Verbesserung der Pflege nieder. Die Ursache dafür liegt u.a. in der mangelhaften Koordination mit dem ärztlichen Dienst.

Nach wie vor bestehen jedoch noch erhebliche Personalengpässe. Der Spätdienst ist teilweise mit der Hälfte des Personals des Frühdienstes besetzt, obwohl auch hier eine hohe Arbeitsintensität erforderlich ist. Bei der Erstellung des Personalschlüssels wird die Spezifik von Stationen nicht berücksichtigt. Als Grundlage dient nach wie vor die allgemeine Durchschnittsbettenauslastung. Ein weiterer Bereich ist die Ausbildungssituation. In der ehemaligen DDR gab es eigentlich relativ gute Voraussetzungen für die Ausbildung von Schwestern. Ausbildungsstationen verfügten prinzipiell über eine Lehrfachschwester, die für die Ausbildung verantwortlich war. Aufgrund der personellen Situation, die sich letztlich auf die Dienstplangestaltung niederschlug, wurden aber die Lehrfachschwestern wie auch die Auszubildenden selbst voll in den stationären Ablauf integriert. Hierin sehe ich ein großes Problem, weil psycho-soziale Aspekte beim Umgang des Auszubildenden mit dem Patienten vernachlässigt wurden. Dies ist auch heute noch ein Problem, da für die Ausbildung von Schwestern jetzt keine gesonderten Stellen mehr zur Verfügung stehen.

Eine Bewertung des Pflegenotstands in den neuen Bundesländern erfordert eine differenzierte Betrachtungsweise. Unterschiedliche territoriale, bauliche, personelle, technische und strukturelle Voraussetzungen ergeben auch unterschiedliche Ausgangspositionen. Es ist mir hier leider nicht möglich, auf diese Unterschiede einzugehen.

Aus dem Gesagten wird jedoch deutlich, daß die Pflege einer grundlegenden Reform bedarf. Ziel dieser Reform muß es sein, daß mehr Menschlichkeit, mehr Individualität möglich wird. Das Eingehen auf die Persönlichkeit des Patienten ist wichtig, um eine rein symptomatische Vorgehensweise zu vermeiden und statt dessen die wirklichen Krankheitsursachen bekämpfen zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der reformiert werden muß, ist das Vergütungssystem im Pflegedienst. Es motiviert heute keinesfalls die Mitarbeiter. Wenn nicht

bald eine Gleichstellung der Bezahlung mit den alten Bundesländern erfolgt, werden wir allein durch den sozialen Druck – Lebenspartner arbeitslos, höheres Sozialaufkommen für die Familie – mit einer Abwanderungswelle konfrontiert werden, und dies vorrangig in speziellen Fachbereichen. Außerdem können wir auch nicht mehr sicher sein, daß nur Schwestern mit einem relativ niedrigen Durchschnittsalter abwandern werden. Wir sehen uns heute schon vor der Tatsache, daß qualifiziertes Fachpersonal gar nicht mehr vorhanden ist. Außerdem sind viele Beschäftigte aufgrund ihrer angeblich unzureichenden Qualifikation in die niedrigsten Vergütungsstufen eingruppiert worden, die wiederum eine eigenverantwortliche Tätigkeit gar nicht zulassen. Damit möchte ich die Arbeit dieser Schwestern keinesfalls abwerten. Gerade bei ihnen ist eine sehr starke Identifikation mit dem Beruf vorhanden. Weiterhin halte ich es für unbedingt notwendig, die Angleichung der Arbeitszeit auf 38,5 Stunden/Woche vorzunehmen.

Zum Schluß möchte ich noch kurz die Frage aufwerfen, welche sozialen Voraussetzungen notwendig sind, die es Frauen ermöglichen, Berufs- und Hausarbeit miteinander zu vereinbaren. Große Schwierigkeiten sehe ich vor allem für alleinerziehende Mütter. Sie haben kaum eine Möglichkeit, in ihrem Beruf weiter tätig zu sein. Im stationären Bereich ist nur der Einsatz im Schichtdienst möglich, Einrichtungen für die Kinderbetreuung existieren aber nicht. Eine Tätigkeit im ambulanten Bereich ist auch nicht möglich. Welcher niedergelassene Arzt wird schon eine Schwester einstellen, die zu Hause ein Kind zu betreuen hat? Zur Zeit sichern Erziehungsurlaub und Erziehungsgeld bzw. unbezahlte Freistellung und Sozialhilfe die Existenz vieler Frauen ab. Möglichkeiten einer Weiterbeschäftigung im Pflegedienst eröffnen sich danach nicht. Es muß deshalb zur Aufgabe werden, den Pflegedienst attraktiv zu gestalten und auch Alleinerziehenden die Möglichkeit zu eröffnen, weiterzuarbeiten. Idealismus und Lukrativität des Berufsbildes müssen mit den Möglichkeiten der Frauen in Einklang gebracht werden.

Beate Eggert

Pflegenotstand in den alten Bundesländern

Es ist für eine "Wessi" nicht leicht, angesichts der schwerwiegenden Probleme in den neuen fünf Bundesländern, über Mißstände in den alten Bundesländern zu reden. Könnten doch viele Aspekte des "Pflegenotstands", die in den alten Bundesländern diskutiert werden, hier zu recht mit dem Satz bewertet werden: "Die haben Sorgen!" Diese Situation ist geeignet, Mißverständnisse zu produzieren, die ein "Zusammenwachsen", die ein "neues Zusammenleben" erheblich erschweren und die die Spaltung in der Einheit bedeuten könnte. Deshalb ist es gut, im Rahmen eines solchen Forums den Versuch zu machen, die Situation der Pflegenden und der zu Pflegenden zu beleuchten, und zwar in Ost und West. Dabei ist es zwingend, die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit ins Blickfeld zu nehmen!

Wenn wir unter "Pflegenotstand" ein Mißverhältnis begreifen zwischen den gesellschaftlich notwendigen Pflegeleistungen und den dafür verfügbaren qualifizierten Pflegepersonen, dann träfe diese Definition sicher für die alten wie für die neuen Bundesländer zu. Allerdings sind sowohl die Ursachen, als auch die notwendigen Strategien zur Beseitigung dieses Notstandes unterschiedlich. Ich bin allerdings auch davon überzeugt, daß der emanzipatorische Bewußtseinswandel in den Pflegeberufen ein gemeinsamer Aspekt des Pflegenotstands Ost wie West ist.

In den alten Bundesländern diskutieren die Mitglieder der Gewerkschaft ÖTV seit ca. 15 Jahren die Probleme im Bereich der Pflege, die heute ein beliebtes Thema für Politiker sind, die glauben, sich profilieren zu müssen. In der ÖTV sind auch unsere Mitgliederzahlen im Bereich des Gesundheitswesens insbesondere bei den Pflegeberufen in diesem Zeitraum erheblich gestiegen, übrigens wie in keinem anderen Organisationsbereich meiner Gewerkschaft.

Ich habe nicht vor, mich mit der Beschreibung der Ursachen des Pflegenotstandes und den daraus folgenden Auswirkungen für die Beschäftigten und die zu betreuenden Menschen zu begnügen! Vielmehr sind Forderungen zu formulieren und Handlungskonsequenzen endlich politisch einzuklagen.

Ich will einige Ursachenfelder für die heutige Situation benennen:

1. Seit 1969 wird die Personalausstattung in der Pflege nach Anhaltszahlen berechnet, die bereits Mitte der 70er Jahre ein völlig ungeeignetes Instrument waren, um die tatsächliche Arbeit in der Pflege zu quantifizieren und die sich daraus ergebende notwendige Zahl an Pflegepersonen zu finanzieren! Ich betone: zu finanzieren, denn zu diesem Zeitpunkt – 1977 bis 1983 zum Beispiel – gab es genügend junge Frauen und Männer, die diese Berufe der Pflege erlernen wollten, sie erlernt haben und die nach der Ausbildung ohne Arbeitsstelle dastanden. Schon damals litten die im Beruf Tätigen unter Arbeitsbedingungen, die eine Berufsausübung mit Verwirklichung qualitativer Ansprüche an die eigene Arbeit unmöglich machten.
2. Damit bin ich bei der Beschreibung des zweiten Ursachenfeldes: Arbeitsbedingungen. Mit der unzureichenden Personalausstattung ging eine rasante Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts einher. Der Behandlungsaufwand pro Patient erhöhte sich durch immer differenziertere diagnostische Methoden, in allen Fachdisziplinen der Medizin erschlossen sich neue therapeutische Möglichkeiten. Die Anzahl zum Beispiel der in den Krankenhäusern behandelten Patienten stieg rapide, gleichzeitig drängten die Kostenträger auf eine Senkung der Verweildauer des kranken Menschen im Krankenhaus. Mit sozialen Veränderungen in der Gesellschaft einher stieg die Anzahl der alten Menschen zum Beispiel, die in einem Alters- oder Pflegeheim untergebracht werden mußten. Für das Pflegepersonal vor allem hieß das steigende Arbeitsintensität: Verdichtung der Arbeit.

Die Betreuung des kranken Menschen wurde immer belastender, sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Pflege. Unsere Patienten wurden und werden immer älter, ihre Erkrankungen schwerwiegender. Mehrfacherkrankungen verkomplizieren heute ihre Betreuung.

Es ist körperlich nicht leicht, schwergewichtige Menschen mehrmals täglich zu heben, und psychisch schwer verkraftbar, die drängenden Fragen des Betroffenen nach der Lebensperspektive nicht positiv beantworten zu können. Es ist körperlich fast unerträglich, einem Krebspatienten bei der Ausscheidung helfen zu müssen, und psychisch mehr als deprimierend, den Unmut des Patienten zu spüren zu bekommen, weil dieser, verständlicherweise, mit

seinem Schicksal hadert. Hohe körperliche Belastungen mit Folgen für den Bewegungsapparat, Infektionsrisiken, vermehrte Entwicklung von allergischen Erkrankungen kennzeichnen die Situation. Anspannung, Konzentrations- und Reaktionsanforderungen haben körperliche Auswirkungen. Auch die ständige Konfrontation mit Leid und/oder Freude stellen Momente der Belastung dar, weil sie im beruflichen Alltag nicht aufgearbeitet werden können. Dieses knappe Aufzeigen der Arbeitsbedingungen leitet zum dritten Ursachenfeld für den Pflegenotstand West über.

3. Normalerweise stellt die Arbeitszeit den zeitlichen Rahmen dar, in dem zum Beispiel die vorgenannten Belastungen wirksam werden können. In den Pflegeberufen kommt etwas Entscheidendes hinzu: die Arbeitszeiten werden durch ihre Lage und vor allem dadurch, daß sie nicht geplant werden können, selber zum Belastungsfaktor!

Die "Rund-um-die-Uhr-Anforderung" machen sogenannte Normalarbeitszeiten fast unmöglich. Schicht und Wechselschicht, mit und ohne Nachtdienst, Wochenend- und Feiertagsdienste, Rufbereitschaftsdienste und Teildienste, all dies sind Arbeitszeitformen, die dafür verantwortlich sind, daß Pflegepersonen oft vom sozialen Leben ausgeschlossen bleiben. Die damit verbundene Einschränkung der Lebensqualität wird nicht mehr widerspruchslos hingenommen! Und das ist gut so!

Es ist auch der Abschied von einem typischen Frauenberuf, der sich vollzieht. Erfolgreich wurden Demut, Aufopferung, Geduld und Unterordnung geradezu als weibliche Tugenden hervorgehoben. Vordergründig zum Wohl des kranken und alten Menschen, in Wahrheit, um erfolgreich billige und willige Arbeitskräfte für eine schwere, belastende Arbeit zu haben. Ich gebe zu, die Verhältnisse haben sich geändert, jedoch das Wechselspiel zwischen tradierter Frauenrolle und Krankenpflege hat immer noch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung!

4. Lassen Sie mich zu einem vierten Ursachenfeld, das häufig als solches nicht gesehen und bewertet wird, etwas sagen: Während meiner langjährigen Tätigkeit als Unterrichtsschwester an einer Krankenpflegeschule habe ich eine wesentliche Erfahrung gemacht: die jungen Frauen und Männer starten mit hoher Motivation und Bereitschaft zum Engagement. Dies verlieren sie

bereits während des 1. Ausbildungsjahres. Sie erlernen in der Theorie Inhalte und Ansprüche, die in der Praxis nicht umgesetzt werden können. Die Tatsache, daß in den alten Bundesländern die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf zwischen fünf und sieben Jahren (einschließlich der dreijährigen Ausbildungszeit) liegt, zeigt wie groß die Enttäuschung in diesem Beruf sein muß! Der Pflegenotstand West ist eben auch die Not der Pflegenden, mit dieser Frustration fertig zu werden!

5. Sie werden sich wundern, daß eine Vertreterin der ÖTV als letztes Ursachenfeld für den Pflegenotstand West die Bezahlung nennt. In der Tat, mir sind die vorgenannten qualitativen Aspekte von großer Wichtigkeit! Die Bezahlung, die eine Berufsgruppe erhält, ist Ausdruck des Wertes, den die Gesellschaft dieser Arbeit einräumt, es sei denn, die in der Gewerkschaft Organisierten erkämpfen mehr! Ich stelle fest: der Gesellschaft in den alten Bundesländern war die Arbeit der Pflegenden bisher eben nicht mehr wert!

Jetzt haben sich die Pflegenden mit ihrer Gewerkschaft ÖTV auf den Weg gemacht. Die ersten Ergebnisse sind ja nicht gerade schlecht! Ich sage aber auch: das Ende der Fahnenstange ist noch lange nicht erreicht! Und dabei sei mir eine Anmerkung gestattet: Wir, die ÖTV, empfinden Politikerinnen und Politiker, die immer auf die Tarifvertragsparteien verweisen, als wenig hilfreich. Tarifvertragspartei ist ja nicht die ÖTV alleine, sondern unser Gegenüber als Arbeitgeber sind der Bund, die Länder und die Gemeinden. Wenn Frau Hasselfeldt als zuständige Ministerin für Gesundheit nicht müde wird, die Nöte der Pflegenden zu beklagen, dann kann ich ihr auf Anhieb mindestens drei Handlungsfelder nennen, auf denen sie ungehindert tätig werden kann, um die Situation der Schwestern und Pfleger wirksam zu verbessern!

Damit wäre ich wie eingangs erwähnt beim Aufzeigen der Forderungen:

1. Wir brauchen dringend ein zeitgerechtes Instrumentarium zur Personalbemessung, damit entsprechende Stellen durch die Kostenträger finanziert werden können! Es wird uns nichts nutzen, wenn wir Stellen finanzieren, die wir dann nicht besetzen können. Das zur Zeit stattfindende Kompetenzgerangel im Ministerium von Frau Hasselfeldt spricht nicht gerade für die Ernsthaftigkeit ihrer Absicht, den Pflegenden wirklich zu helfen.

2. Arbeitsbedingungen verbessern – lassen Sie mich schlagwortartig die Notwendigkeiten aufzeigen:

- Die inneren Strukturen der stationären Einrichtungen, besonders der Krankenhäuser bedürfen einer Reorganisation.
- Pflegepersonal muß von pflegefremden Tätigkeiten entlastet werden.
- Die Ausbildungssituation muß modernen Anforderungen gerecht werden.
- Fort- und Weiterbildung für Pflegepersonal ist Investition in die Zukunft, dabei können wir von den Strukturen der ehemaligen DDR eine Menge lernen.
- Die Arbeitsorganisation "Funktionspflege" muß zugunsten einer ganzheitlichen, nicht arbeitsteiligen Pflege abgelöst werden.
- Supervision wie sie für andere helfende Berufe üblich ist, muß auch für den Pflegedienst zur Selbstverständlichkeit werden.
- Körperliche Belastungen lassen sich durch bauliche und technische Hilfen reduzieren. Würden sich manche Landesregierungen nicht so schwer tun mit der Gewährung finanzieller Mittel für notwendige investive Maßnahmen, wäre schon eine Menge gewonnen.
- Vätern und Müttern, aber auch den Kindern müssen wir gesellschaftlich so gerecht werden, daß Eltern ohne schlechtes Gewissen familienergänzende Einrichtungen in Anspruch nehmen können!

3. Arbeitszeiten sind mit geänderter Personalbemessung auch attraktiver zu gestalten. Planbare Dienste, Belastungen auf viele Schultern verteilen, so einfach könnte das sein.

Die Zeit der Demut und Bescheidenheit von Schwestern und Pflegern ist sowohl im Westen, als auch, denke ich, im Osten vorbei.

Pflege kann, ja muß, die persönliche Begegnung mit dem hilfsbedürftigen Menschen sein. Sie soll Hilfeleistung für Menschen aller Altersstufen werden. Sollen sich positive Veränderungen durchsetzen, die sowohl die Lebens- und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, als auch die Pflegequalität entscheidend verbessern, müssen alle Faktoren aufgegriffen werden.

Das sind zunächst Forderungen vor allem an die Politik. Dreh- und Angelpunkt in der politischen Entscheidung ist das Geld. Besonders die gesetzlichen Krankenversicherungen, als wesentliche Kostenträger für die Leistungen der Pflegeberufe, sind an der Grenze dessen angelangt, was ihren Beitragszahlern zugemutet werden kann.

Wir brauchen von daher mutige politische Entscheidungen um das Geld, das im Gesundheitswesen aufgebracht wird, auch so verteilen zu können, daß ein ausreichendes Angebot an sozialen Dienstleistungen finanzierbar wird. Hierfür kann die von der SPD und auch den Gewerkschaften favorisierte Pflegeversicherung als solidarische Pflichtversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung eine große Hilfe darstellen.

Das sind aber auch Forderungen an die Tarifvertragsparteien, Gestaltungsspielräume zu nutzen. Wir in der Gewerkschaft ÖTV haben keinen Nachholbedarf beim Formulieren unserer Vorstellungen, vielmehr haben die Arbeitgeber Nachholbedarf, mit uns über diese notwendigen Verbesserungen zu verhandeln.

Das sind aber auch Forderungen an die Pflegepersonen selber. Auch sie müssen ihren eingeleiteten Bewußtseinswandel vorantreiben, sich engagieren und durch ihre Arbeit deutlich machen, wir wollen den qualitativen Anspruch an unsere eigene Arbeit kreativ einlösen!

Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

Detlef Affeld, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Brandenburg

Klaus-Detlef Dietz, Referent für Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion, Bonn

Beate Eggert, Stellv. Vorsitzende der ÖTV Rheinland-Pfalz, Mainz

Bernd Eiben, Abteilungssekretär in der Hauptabteilung Gesundheitswesen/Allgem. Gesundheitsversorgung der ÖTV, Stuttgart

Günther Heyenn, MdB, Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages

Dr. Ursula Mehrländer, Leiterin der Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Barbara Naumann, Personalratsvorsitzende im Oskar-Ziethen-Krankenhaus, Berlin

Wilhelm F. Schröder, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

Prof.Dr. Egbert Schröder, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, Landesverband Sachsen, Dresden

Günther Schultze, Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Forschungsinstitut, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn