



DIN 19 051



Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes

3767



Vorwort

Mit diesem Programm legt der DGB seine gesundheitspolitischen Vorstellungen der Öffentlichkeit vor. Sie beruhen auf den entsprechenden Zielsetzungen der Satzungen des DGB und seiner Gewerkschaften, des DGB-Grundsatzprogramms und der Kongreß- und Gewerkschaftstagsbeschlüsse. Der DGB verfolgt damit die Absicht, bei der notwendigen Reform des Gesundheitswesens stärker als bisher die Interessen der Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in den Vordergrund zu rücken. Eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Forderungen ist es schließlich, allen Bürgern dieses Staates gleiche Gesundheitschancen zu vermitteln.

Im Vordergrund des Programms steht die sachgerechte, konsequenter als bisher an modernen gesundheitspolitischen Leitlinien orientierte Reform des Gesundheitssystems, deren Ziel vorrangig die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung zur Gesundheitssicherung ist. Dabei ist das Programm nicht gegen die Ärzteschaft gerichtet, ohne deren Mitwirkung eine Verbesserung der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik ohnehin nicht möglich ist. Der DGB dankt vielmehr der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (NAV), dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V., dem Berufsverband der praktischen Ärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Krankenhausinstitut sowie dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie für aufschlußreiche Gespräche, die der Erarbeitung des Programms vorausgingen. Auch die Beteiligung des DGB an den Beratungen der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung brachte wertvolle Anregungen.

Der DGB dankt aber vor allem den Autoren der WWI-Studie „Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland — Analyse und Vorschläge zur Reform“, die mit ihrer Ausarbeitung — zusammen mit den danach einsetzenden Diskussionen — die Grundlage für dieses Programm schufen, auch wenn nicht sämtliche Schlußfolgerungen der Studie übernommen wurden. Auch die für das Gesundheitswesen zuständige Gewerkschaft ÖTV hat bereits zu Einzelproblemen wie z. B. zur Krankenhausversorgung, zur Krankenpflegeausbildung, zur Versorgung seelisch Kranker ausführlich Stellung genommen. Sie wird weitere Einzelprobleme aufgreifen und behandeln.

Die nachfolgenden Kapitel sind nicht als umfassendes, sämtliche Teile des Gesundheitswesens einbeziehendes Programm zu verstehen. Vielmehr war es Absicht, für die weitere Entwicklung Schwerpunkte zu setzen und jene Bereiche anzusprechen, in denen bereits jetzt nach Ansicht des DGB Änderungen erforderlich und möglich sind. Verschiedene Problemkreise mußten ausgeklammert werden. Dies gilt z. B. für Fragen des Umweltschutzes und ihres Zusammenhanges mit der Gesundheitspolitik, zu denen der DGB später Stellung nehmen wird. Weiterhin wird zur Zeit an einem Programm zur Ver-



A78 3767

besserung der Lebenssituation alter Menschen gearbeitet, so daß diese Fragen hier ebenfalls ausgeklammert werden konnten. Darüber hinaus hat der DGB die Absicht, zu einem späteren Zeitpunkt ein Programm zur Bekämpfung der Frühinvalidität vorzulegen, daß vor allem die Aussagen in den Bereichen „Vorsorge“, „Früherkennung“ und „Rehabilitation“ weiter vertiefen wird. Dabei werden auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, die hier ebenfalls ausgeklammert wurden, behandelt.

Der DGB fordert alle im Gesundheitsbereich Verantwortlichen — insbesondere die Ärzteschaft — auf, nach Kenntnis seines Programms den begonnenen Dialog fortzusetzen oder neu zu beginnen. Auch die in freier Praxis tätigen Ärzte, die sich durch kritische Äußerungen der WWI-Studie getroffen fühlten, können die anerkannten Vorzüge ihres Systems nur dann bewahren, wenn sie den Anforderungen unserer Industriegesellschaft genügen.

Alle Beteiligten sind aufgefordert, ihren Beitrag für ein modernes Gesundheitswesen zu leisten. Einen bedeutsamen Teil seines Beitrags hierzu leistet der DGB mit diesem Programm.

Düsseldorf, im Mai 1972



Heinz O. Vetter
(Vorsitzender)



Gerd Muhr
(stellv. Vorsitzender)

Inhalt

	Seite
I. Zur Einleitung	5
II. Ausbau von Vorsorge und Früherkennung	6
III. Rehabilitation	9
IV. Ärztliche Versorgung in der freien Praxis	11
V. Medizinische Versorgung im Krankenhaus	17
VI. Sozialärztlicher Dienst	21
VII. Öffentlicher Gesundheitsdienst	23
VIII. Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin	23
IX. Arzneimittel	25
X. Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinberufe	27
XI. Wissenschaft und Forschung	28
XII. Modernisierung des Systems der sozialen Krankenversicherung und der ärztlichen Versorgung	28
XIII. Änderungen im Versicherungsrecht der sozialen Krankenversicherung	31

Zur Einleitung

Die Gesundheit wird in immer stärkerem Umfang durch die Belastungen der modernen Industrielwelt beeinträchtigt. Ziel gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik ist deshalb, Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß alle Bürger in gleichem Umfang — vor allem ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse — Chancen besitzen, die Gesundheit zu erhalten bzw. im Krankheitsfalle soweit wie möglich wiederherzustellen. Dies dient sowohl dem gesellschaftlichen als auch dem individuellen Nutzen. Durch den ökonomischen Ertrag gesundheitspolitischer Maßnahmen wird auch das Wirtschaftswachstum positiv beeinflußt. Gerade weil die Gesundheit neben der Bildung eine der wichtigsten Voraussetzungen zur freien Persönlichkeitsentfaltung und zur Verbesserung des sozialen Status darstellt, müssen die Chancen zu ihrer Erhaltung und Wiederherstellung durch einen Ausbau der Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation entsprechend dem jeweiligen Erkenntnisstand der Wissenschaft für jeden Bürger gleichmäßig gewährleistet sein. Auch mit Hilfe der Gesundheitspolitik muß versucht werden, soziale Strukturen so zu verändern, daß unterprivilegierte Schichten gleiche Möglichkeiten in der Gesellschaft erhalten.

Zur Verwirklichung dieser Ziele hat die Gesellschaft die Aufgabe, dem einzelnen soweit wie möglich Hilfen zur Verfügung zu stellen. Die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit bleibt davon unberührt — er muß im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten selbstverantwortlich zu ihrer Erhaltung bzw. Wiederherstellung beitragen.

Das in der Bundesrepublik vorhandene Gesundheitssystem hat zur Realisierung dieser Forderungen einen wichtigen Beitrag geleistet. Nun kommt es aber darauf an, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß auch in den nächsten Jahrzehnten die Erkenntnisse von Medizinwissenschaft und -technik in die Praxis der Medizin umgesetzt werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, kann von den Grundbedingungen des jetzigen Systems

- einer auf der Basis des Solidaritätsprinzips beruhenden sozialen Krankenversicherung
- der Sicherstellung einer modernen Anforderungen genügenden ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf der Grundlage des Sachleistungssystems mit Hilfe freipraktizierender Ärzte und Zahnärzte
- der Selbstverwaltungs- und Tarifhoheit des Systems ausgegangen werden. Diese Bedingungen müssen aber den steigenden Anforderungen der Gesellschaft angepaßt werden.

Um verstärkt Elemente einer rationalen und modernen Gesundheitspolitik zur Geltung zu bringen, kommt es nach Ansicht des DGB vor allem darauf an,

- den Integrationsgrad der verschiedenen Bereiche (freie Praxis, Krankenhaus, öffentlicher Gesundheitsdienst) zu erhöhen;
- die Planung im Gesundheitswesen auszubauen und Entwicklungsprozesse bewußter im Hinblick auf weitere Rationalisierungsbestrebungen zu gestalten;

- das System für Versicherte und Patienten transparenter zu machen;
- eine verstärkte Orientierung am Finalitätsprinzip durchzusetzen;
- die soziale Krankenversicherung in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben in der Gesundheitssicherung voll wahrzunehmen;
- die Effizienz des Systems durch verstärkte Forschungsarbeit und stärkeres Experimentieren mit verschiedenen Modellvorschlägen zu überprüfen und zu verbessern;
- aus der Erkenntnis Konsequenzen zu ziehen, daß Gesundheit und Krankheit auch vom Verhalten des einzelnen selbst beeinflußt werden;
- die Bedeutung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen durch die Übertragung neuer und den Ausbau vorhandener Aufgaben zu stärken und dabei vor allem den versicherten Arbeitnehmern und Patienten bei der Weiterentwicklung der Medizinstrukturen mehr Rechte einzuräumen.

II.

Ausbau von Vorsorge und Früherkennung

Dem Ausbau von Vorsorge und Früherkennung kommt bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine bedeutende Rolle zu. Die Ausdehnung der bereits gesetzlich eingeführten Früherkennungsuntersuchungen auf weitere Krankheiten und die Einführung von Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung stellen für die Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zentrale Voraussetzungen dar. Dabei geht es dem DGB nicht vorrangig um den unbestreitbaren ökonomischen Nutzen dieser Maßnahmen, sondern vielmehr um ihren humanen und sozialen Kern, welcher in der längeren Erhaltung der Gesundheit und damit in einem zufriedeneren Leben liegt.

Der DGB versteht unter **Früherkennung** die systematische Erfassung bestimmter (meist chronischer) Zustände in einem Stadium, in dem sie dem Betroffenen noch nicht erkennbar sind bzw. ihre Erscheinungen noch nicht beachtet werden. Dagegen geht es bei der bisher kaum praktizierten **Gesundheitsvorsorge** um die Bemühungen zur Verhütung von Gesundheitsstörungen durch Beeinflussung der Lebensweise, durch die Entwicklung eines gesundheitsbewußten Verhaltens bzw. die Aufdeckung und Ausschaltung von Risikofaktoren. Es ist dringend notwendig, über die Früherkennung hinaus, die im Grunde nur die frühzeitige Heilung bereits eingetretener Schäden ermöglicht, durch Vorsorge das Entstehen von Schäden zu verhüten.

Die Zivilisationskrankheiten werden in erheblichem Umfang von den Lebens- und Arbeitsbedingungen der heutigen Industriewelt verursacht. Dem einzelnen fehlt allzu oft die Einsicht, aber auch die Möglichkeit, diesen negativen Einflüssen durch gesundheitsgerechtes Verhalten zu begegnen. Neben der Beseitigung gesundheitsgefährdender Umweltbedingungen setzt deshalb nach Meinung des DGB der Grundsatz der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme angebotener Maßnahmen bzw. der Umstellung des Lebensverhaltens

ausreichende Aufklärung und geeignete, das Gesundheitsverhalten motivierende Modelle voraus.

Mit obrigkeitlichen Methoden nach dem Prinzip „eine öffentliche Einrichtung bietet Leistungen an, daher soll jeder Bürger sich dankbar der Inanspruchnahme befehligen“, ist es nicht getan. Aus- und inländische Erfahrungen weisen deutlich auf den Zusammenhang zwischen Beteiligung an angebotenen Maßnahmen und Art der Information und Aufklärung hin. Attraktive Gestaltung und Werbung sind deshalb — ebenso wie bei der Früherkennung — besonders wichtig. Die Aufklärungsaktionen der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu verstärken und von allen Kassenarten gemeinschaftlich durchzuführen.

Im einzelnen fordert der DGB:

1. Zur Vorsorge:

Neben allgemeinen Maßnahmen der Vorsorge (s. Ziff. 4) sind Maßnahmen der sozialen Krankenversicherung erforderlich, um Personen mit gesundheitsgefährdenden (risikoträchtigen) Körperzuständen bzw. um Personen, die bestimmten Risikofaktoren ausgesetzt sind, aufzufinden.

Anschließen müssen sich Beratung, Aufklärung und sonstige Maßnahmen, damit bereits der noch Gesunde dafür gewonnen wird, seine Lebensweise entsprechend einzurichten.

Risikoträchtige Körperzustände, die noch keine Krankheit darstellen, aber eine statistisch größere Erkrankungswahrscheinlichkeit anzeigen, sind beispielsweise zu hoher Blutdruck, erhöhter Cholesterin-Spiegel des Blutes, Glukosetoleranzminderung und Fettleibigkeit. Unter **Risikofaktoren** werden auf den Körper einwirkende Größen, wie z. B. starkes Rauchen, überhöhter Alkoholgenuß, Bewegungsmangel, Fehlernährung, übermäßige Lärmbelastung, verstanden. Liegen derartige risikoträchtige Körperzustände und Risikofaktoren beim einzelnen vor, so erhöht sich für ihn die Wahrscheinlichkeit bestimmter Erkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt, Diabetes, Hypertonie, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen sowie bestimmte Arten von Krebs. Der DGB verlangt deshalb die Einführung standardisierter diagnostischer Leistungen in periodischen Abständen, mit denen bestimmte risikoträchtige Körperzustände und Risikofaktoren erfaßt werden können; dabei muß es sich um gezielte Maßnahmen handeln.

Für die auf Befunderhebung und diagnostische Auswertung folgenden Maßnahmen (wie z. B. Ernährungsberatung, Gruppenunterricht) müssen geeignete Einrichtungen entwickelt werden (z. B. Gruppen- und Gemeinschaftspraxen angegliederte Beratungen durch speziell ausgebildete Personen, Gesundheitszentren in den Städten — z. B. Modell der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge —, Beratungsdienste bei den Krankenkassen). Dabei wird den nichtärztlichen Mitarbeitern (z. B. Sozialarbeitern, Ernährungsberatern) eine große Bedeutung zukommen, schon um die knappe Arbeitszeit der Ärzte rationell zu nutzen. Verstärkt fortgesetzt werden sollten die Bemühungen der Krankenversicherungsträger, die Versicherten systematisch mit Informationsmaterial im Hinblick auf gesunde Lebensweise, Ernährung usw. zu versorgen.

Mit Hilfe solcher Modelle und Maßnahmen könnten auch Lücken bei den Vorsorgemaßnahmen im Vorschulalter, insbesondere durch die Beratung der Mütter hinsichtlich einer gesunden Lebensführung der Kinder sowie bei der Vorsorgeberatung alter Menschen geschlossen werden. Die Rüstigkeitsberatung, besonders die rechtzeitige Vorbereitung auf das Alter in allgemeiner sowie in einer auf die Einzelperson abgestellten Form wäre in solche Modelle zu integrieren. Zur Bewältigung dieser wichtigen gesundheitspolitischen Aufgabe müssen auch die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger herangezogen werden.

2. Zur Früherkennung:

Parallel zu diesen Maßnahmen muß der Ausbau der Früherkennung vorangetrieben werden. Der DGB fordert Bundesregierung, Ärzteschaft und Krankenkassenversicherung auf, schnellstmöglich die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß weitere gezielte Früherkennungsuntersuchungen — vor allem zur Bekämpfung der modernen Zivilisationskrankheiten wie Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen — in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Dazu bedarf es technisch anspruchsvoller — standardisierter — Programme, deren Durchführung in engem Zusammenhang mit den Rationalisierungserfordernissen in der Medizin (vergl. Abschnitt V 1) steht. Nach Auffassung des DGB können Früherkennungsprogramme mit z. T. vollautomatisch arbeitenden Einrichtungen gegen bestimmte Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie Stoffwechselerkrankungen bereits jetzt realisiert werden. Außerdem müssen zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern zwecks weitestgehender Vermeidung von Kieferanomalien und zur Beratung der Eltern eingeführt werden.

Der DGB fordert die Selbstverwaltung der Krankenversicherung auf, in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zur Weiterentwicklung der Früherkennung Modelle zu entwickeln, die nach ihrer Bewährung bei der Gesetzgebung berücksichtigt werden können, wie dies auch schon bei der Krebsfrüherkennung der Fall war.

3. Zur Durchführung der Maßnahmen:

An den vom DGB geforderten Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung sollen alle dafür qualifizierten Ärzte und Einrichtungen beteiligt werden. Dem DGB kommt es nicht darauf an, durch einzelne Modellvorschläge (wie z. B. Medizinisch-technisches Zentrum = MTZ) andere Organisationsformen der Früherkennung auszuschließen, sondern er verspricht sich von der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Einrichtungen eine optimale Erfüllung der Ansprüche der Versicherten. Dabei werden Wirtschaftlichkeitserwägungen darauf hinauslaufen, technisch aufwendigere Programme mit Computer-Auswertung in dafür geeigneten zentralen Einrichtungen (z. B. MTZ) vorzunehmen.

4. Zu allgemeinen Vorsorgemaßnahmen:

Die von der Industriegesellschaft produzierten Ursachen von Erkrankungen, vor allem die krankmachenden Bedingungen der Umwelt, müssen verstärkt

erforscht und soweit wie möglich bekämpft werden. Dabei sind die zahlreichen Wirkungen so zentraler Lebensbereiche wie Wohnen, Ernährung, Arbeit, Bildung und Ausbildung, Verkehr usw. auf Gesundheit und Krankheit einzubeziehen. Gesundheitsschädigende Einflüsse als Folge vorwiegend kommerzieller Erwägungen (z. B. Werbung für gesundheitsschädigende Produkte) müssen kontrolliert und beschränkt werden. Dies gilt vor allem für die Nahrungs- und Genußmittelwerbung, die nicht einseitig von den Interessen wirtschaftlicher Machtgruppen bestimmt sein darf.

Es ist nach Meinung des DGB widersprüchlich, einerseits mangelnde Selbstverantwortung für die Gesundheit zu beklagen, andererseits mit steuerlicher Begünstigung Konsumanreize auch für gesundheitsschädigende Produkte zu schaffen bzw. in jenen Lebensabschnitten, in denen Verhalten und Motivation noch beeinflußt werden können, völlig auf entsprechende Maßnahmen zu verzichten.

Durch planmäßige Aufklärung ist deshalb die Bevölkerung mit allen Möglichkeiten der Gestaltung eines gesunden Lebens und der Vorbeugung gegen Krankheiten sowie mit den Grundgedanken des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung vertraut zu machen. In allen Schulen ist diese Aufklärung zu vertiefen. Gesundheitspflege und Krankheitsvorbeugung sind in die Lehrpläne der Schulen aufzunehmen.

Die soziale Krankenversicherung muß intensiver als bisher, ähnlich wie die Berufsgenossenschaften bei der Unfallbekämpfung, auf konkrete, die Gesundheit gefährdende Lebensbedingungen hinweisen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

III.

Rehabilitation

Behinderte Menschen müssen die Chance erhalten, rechtzeitig, optimal und andauernd in die Gesellschaft, in Arbeit und Beruf eingegliedert bzw. wieder eingegliedert zu werden oder zu bleiben. Um diese Forderung zu erfüllen, muß die frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen durch rechtzeitige Erfassung der Rehabilitanden verbessert werden. Vor allem durch eine verstärkte Mitarbeit der Ärzteschaft und eine bessere Zusammenarbeit der Versicherungsträger bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen kann dieses Ziel erreicht werden. Der DGB begrüßt deshalb die entsprechenden Bemühungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und fordert alle Beteiligten auf, intensiver als bisher an dieser Aufgabe mitzuwirken.

Ein dichtes Netz von Auskunfts- und Beratungsstellen für Rehabilitation muß jedem Rehabilitanden frühzeitig Aufklärung und Beratung über die verschiedenen Rehabilitationsmöglichkeiten geben können. Um Mängel und Lücken im Rehabilitationssystem zu beseitigen, muß auch die Krankenversicherung durch eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen Träger von Rehabilitationsmaßnahmen werden. Bisher ist nicht sichergestellt, daß Versicherte, deren Behinderung nicht Folge einer speziellen Schädigung (Arbeitsunfall,

Kriegsleiden) ist, bei notwendiger Rehabilitation befriedigt versorgt werden. Besonders bei Kindern mit angeborenen Leiden und bei jugendlichen Behinderten — hier fließen die Grenzen zwischen medizinischer, sozialer und vorberuflicher Rehabilitation besonders stark ineinander — bleiben die notwendigen Leistungen oft außerhalb des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung, so daß die Eltern auf die in der Regel unterschiedlichen Initiativen der Sozialhilfeträger angewiesen sind.

Die einschränkende Festlegung der Behandlungsaufgabe im Rahmen der Krankenversicherung („ausreichend“, „zweckmäßig“, „notwendig“) muß — auch zur Intensivierung der Rehabilitation — durch die Verpflichtung ersetzt werden, die Therapie bis zum bestmöglichen Behandlungserfolg zu führen. Hierfür ist der Krankenversicherung ein erweiterter Gestaltungsspielraum einzuräumen. Aber auch die Trennung zwischen kurativer Medizin und medizinischer Rehabilitation ist möglichst bald zu überwinden. Aus einer solchen Neuorientierung der sozialen Krankenversicherung ergibt sich die Notwendigkeit verschiedener Leistungsverbesserungen. Gefordert wird vom DGB

- volle Kostenübernahme bei allen Heil- und Hilfsmitteln
- Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege und Hauspflege mit zeitlich unbegrenzter Leistungsgewährung
- Ausbau der stationären rehabilitativen Maßnahmen nach dem Vorbild der Rentenversicherung
- Übernahme von Leistungen wie z.B. Sport- und Bewegungstherapie, Gruppen- und Beschäftigungstherapie, Belastungsproben und Arbeitstherapie, die in der Regel den Abschluß der medizinischen Phase der Rehabilitation bilden.

Zu verbessern ist weiterhin die individuelle Betreuung und Beratung der längerfristig Kranken durch Sachbearbeiter für Rehabilitation. Krankenversicherung, Ärzteschaft und Sozialärztlicher Dienst sollten, wie in einigen Bereichen bereits geschehen, neue Modelle der Zusammenarbeit entwickeln, um im Rahmen eines Gesamtheilungsplanes (beginnend mit Übungsbehandlungen bzw. funktioneller Rehabilitation schon im Krankenhaus über die evtl. Verlegung in ein Rehabilitationskrankenhaus oder andere Rehabilitationsmaßnahmen und eine rehabilitative Betreuung in der freien Praxis) für eine bestmögliche Wiederherstellung zu sorgen.

Auch im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger müssen die Patienten neben der rein medizinischen Behandlung systematischer darüber aufgeklärt und beraten werden, wie sie mit ihrer Krankheit bzw. ihrer Behinderung leben und wie sie zweckmäßig Vorbeugungsmaßnahmen gegen die Weiterentwicklung bestehender oder gegen drohende Behinderungen treffen können.

Der DGB fordert einen umfassenden Rehabilitationsbericht, der im Rahmen der Selbstverwaltung des Rehabilitationssystems durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erstellt werden sollte. Dieser Bericht muß ausgehen von einer Bestandsaufnahme der individuellen und institutionellen Maßnahmen, die vorhandenen Mängel und Lücken, besonders bei der Erfas-

sung bisher noch ungeschützter Personenkreise, aufzeigen sowie Vorschläge zur Reform unterbreiten.

Die Einstellung der Gesellschaft zu den Behinderten ist so zu gestalten, daß Vorurteile abgebaut und den behinderten Mitbürgern ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt wird. Insbesondere bauliche Hindernisse, vor allem an öffentlichen Einrichtungen, die der notwendigen Integration im Wege stehen, sind zu beseitigen.

Bei allen Neubauten sind die Bedürfnisse der Behinderten stärker zu berücksichtigen. Der Abbau von Vorurteilen und die volle Integration der Behinderten in die Gesellschaft sind wesentliche Voraussetzungen auch für den Erfolg der materiellen Hilfen.

IV.

Ärztliche Versorgung in der freien Praxis

1. Veränderung der Strukturen

a) *Gemeinschaftliche Praxisausübung*

Die rasche Entwicklung von Medizinwissenschaft und -technik führt zu Möglichkeiten, die in der Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes nicht mehr sinnvoll genutzt werden können. Zusammen mit dem gestiegenen gesundheitlichen Sicherungsbedürfnis einschließlich des Einbaus von Vorsorge und Früherkennung in die ärztliche Versorgung erzwingt der medizinisch-technische Fortschritt deshalb neue Organisationsformen, die eine intensive Kooperation und Kommunikation zwischen Ärzten verschiedener Disziplinen und Einrichtungen erlauben. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die eine wesentlich bessere Ausstattung und auch einen rentableren Einsatz der Apparaturen und des medizinisch-technischen Personals gestattet, muß wegen ihrer vielen Vorteile für Arzt und Patient mehr als bisher zur Form der ärztlichen Versorgung in der Zukunft werden.

Der DGB wehrt sich gegen eine Entwicklung, die dazu führt, daß moderne Methoden — insbesondere im Bereich der diagnostischen Technik — nicht für den von der sozialen Krankenversicherung erfaßten Personenkreis nutzbar gemacht werden, sondern einkommensstarken Schichten vorbehalten bleiben. Er orientiert seine Vorstellungen an dem Leitbild einer optimalen diagnostischen und therapeutischen Versorgung beim frei gewählten Arzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Der DGB stellt aber gleichzeitig unmißverständlich fest, daß die Grundstruktur des derzeitigen Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung (freie Praxis) nur dann Bestand haben kann, wenn sie durch eine konsequente Weiterentwicklung entsprechend modernen gesundheitspolitischen Konzeptionen in der Zukunft in der Lage ist, die von Wissenschaft und Technik entwickelten Möglichkeiten im Interesse des Patienten voll auszuschöpfen.

b) *Moderne Organisationsformen der Diagnostik*

Die Anwendung der modernen Technik in der ärztlichen Praxis, welche auch dem niedergelassenen Arzt die Möglichkeit einräumt, mit einem dem Kran-

kenhaus ähnlichen medizinisch-technischen Standard zu arbeiten, muß zu Spezialeinrichtungen führen, die hochentwickelte medizinisch-technische Geräte und diagnostische Einrichtungen auf der Basis des neuesten Forschungsstandes verwenden und rationell nutzen können. Der DGB schlägt deshalb als ein Modell zur Realisierung des medizinisch-technischen Fortschritts auch in der Arztpraxis Medizinisch-Technische Zentren (MTZ) vor, die mit rationellen Methoden Befunde erheben und dem behandelnden Arzt für Diagnose und Therapie zur Verfügung stellen. Diagnose und Therapie bleiben damit weiterhin in einer Hand. Der dagegen von der Ärzteschaft verschiedentlich zu hörende Widerspruch ist dem DGB nicht verständlich, da ja auch die Ärzteschaft selbst z. Zt. bereits — zum Beispiel durch die Bildung von Apparategemeinschaften und durch Labor- und Röntgenärzte — kapitalintensive Einrichtungen aus der ärztlichen Praxis ausgliedert. Damit wird die Konsequenz aus der Tatsache gezogen, daß die Anschaffungskosten hierfür sehr hoch sind und nur bei voller Kapazitätsauslastung die durchschnittlichen Kosten je Untersuchung gering gehalten werden können. Nicht nur im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit, sondern auch im Hinblick auf die Qualität und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse bringen solche Einrichtungen Vorteile.

Die MTZ sollten Krankenhäusern angegliedert bzw. in deren unmittelbarer Nähe mit einer Verbindung zum Krankenhaus errichtet werden. Durch die Inanspruchnahme sowohl durch das Krankenhaus als auch durch niedergelassene Ärzte wird ein wichtiger Beitrag zur Integration von freier Praxis und Krankenhaus geleistet. Der von der freipraktizierenden Ärzteschaft beklagte Konflikt zwischen Krankenhaus und freier Praxis im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung kann teilweise dadurch behoben werden, daß beide Arztgruppen sich gemeinsamer diagnostisch-technischer Einrichtungen bedienen. Die Basisdiagnostik kann damit auch in freier Praxis auf breiterer Grundlage betrieben werden. Die Abspaltung medizinisch-technischer Einrichtungen von der ärztlichen Behandlung, die im hochspezialisierten Krankenhaus (Zentrallabor, zentrale Röntgenstation usw.) bereits selbstverständlich ist, wird damit auch in der freien Praxis verwirklicht. Von Vorteil ist, daß solche Zentren gleichzeitig dem Ausbau von Vorsorge und Früherkennung dienen können.

Das MTZ sollte als Gemeinschaftseinrichtung der wichtigsten Benutzer, nämlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertretung der Kassenärzte und von den Krankenhäusern, errichtet werden. Da es sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung um eine Einrichtung im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung handelt, scheint dies die zweckmäßigste Lösung. Die Krankenkassen müssen bei Planung und Errichtung der MTZ mitwirken. Andere Zweige des Gesundheitswesens sollten das MTZ selbstverständlich mitbenutzen können.

Damit können neue technische Mittel in die Hand der niedergelassenen Ärzte gegeben und sinnvoll genutzt werden. Gerade weil es sich um ein Modell handelt, heißt dies nicht, daß andere mögliche Organisationsformen ausgeschlossen sind. Dort, wo Apparategemeinschaften bzw. Ärztehäuser oder Laborarztpraxen gleichwertige Funktionen erfüllen bzw. die Ärzteschaft

selbst vergleichbare Einrichtungen schafft, können diese die Funktion des MTZ übernehmen. Dieser Strukturwandel, der sich nicht von heute auf morgen vollzieht, muß in einen engen Zusammenhang mit der Planung des Krankenhauswesens gebracht werden.

Der DGB geht allerdings davon aus, daß insbesondere bei der Planung der medizinischen Versorgung für neue Versorgungsregionen (wie z. B. Trabantenstädte) Medizinisch-technische Zentren oder ähnliche Einrichtungen realisiert werden, die dann sowohl für Krankenhäuser als auch für die freie Praxis zur Verfügung stehen müssen.

Mit dem vom DGB vorgeschlagenen MTZ wird nicht die Herabsetzung ärztlicher Einkommen, sondern die Optimierung ärztlicher Leistungen angestrebt. Es schafft die Voraussetzungen für die wünschenswerte Umstrukturierung der ärztlichen Gebührenordnung, welche bisher die eigentliche geistige Leistung des Arztes gegenüber den rein technischen Vorrichtungen unterbewertet. In einem späteren Stadium — bei einer Bewährung des MTZ — werden daher bestimmte Untersuchungen, falls sie in anderen Einrichtungen oder in der eigenen Praxis vorgenommen werden, nur mit jenem Betrag honoriert werden können, der im Falle der Benutzung des MTZ aufzuwenden wäre.

c) Langfristiges Modell

Langfristig ist nach Auffassung des DGB eine Struktur der ambulanten Versorgung mit Ärzten in Einzel-, Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen sowie Ärztehäusern erforderlich, welche sich rationaler Einrichtungen, wie MTZ o. ä. Organisationsformen, bedienen. Wenn auf der einen Seite die Fortschritte von Wissenschaft und Technik zu immer neuen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie führen, die gleichzeitig immer größere Ansprüche an die technische Ausstattung der Praxis stellen und auf der anderen Seite — wegen der Veränderung der Krankheitsbilder — die intensive Kommunikation mit dem Patienten immer wichtiger wird, erscheint die Ausgliederung technischer Funktionen aus der ärztlichen Praxis und die damit verbundene Hinwendung auf die eigentliche geistige Leistung als sinnvoller Weg.

2. Ärztliche Tätigkeit

Die Klagen vieler Ärzte über ungerechtfertigte Einengungen ihrer ärztlichen Tätigkeit durch die einschränkende Festlegung der Behandlungsaufgabe in der RVO sind häufig begründet — zumal diese Mängel oft durch eine allzu schematische Prüfpraxis verstärkt werden.

Der „Regreßdruck“ mit seinen negativen Folgen für die ärztliche Versorgung tritt auch dann in Erscheinung, wenn es nicht zu Kürzungen kommt. Eine „Verschreibungsnevellierung aus Regreßangst“ ist tatsächlich nicht auszuschließen. Zusammen mit der strukturellen Verzerrung in der Gebührenordnung, die zwecks angemessener Einkommenserzielung vielfach zu Wiederbestellungen im Zusammenhang mit einer überhöhten Frequenz technischer Vorrichtungen führt, liegt hier eine der Ursachen für überfüllte Wartezimmer und zu kurze Untersuchungszeiten. Die noch nicht in allen Bereichen konsequent angewandten Möglichkeiten der Praxisrationalisierung zur Verkürzung der Warte-

zeiten verstärken diesen Effekt. Diesem Ursachenbündel, das eine ungenügende Struktursteuerung bewirkt, kann nur durch adäquate Maßnahmen begegnet werden.

Mit einer Beseitigung dieser Mängel und einer verstärkten Hinwendung zu modernen Kooperationsformen werden optimale Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit geschaffen. Der DGB appelliert an die Ärzteschaft, die bereits in einigen Bereichen angewandten Möglichkeiten der Rationalisierung des Praxisablaufs (Bestellpraxis, Nummernsystem usw.) zur Vermeidung unnötiger Wartezeiten systematisch auf alle Ärzte auszudehnen.

Im einzelnen verlangt der DGB zur Verbesserung und Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung:

- a) Die Charakterisierung der Behandlungsaufgaben muß neu gefaßt werden. Die Neuformulierung der entsprechenden Vorschriften muß sicherstellen, daß dem Versicherten die Behandlung zukommt, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst den bestmöglichen Heilerfolg verspricht. Die notwendige Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise bleibt davon unberührt. Eine Überprüfung der ärztlichen Behandlung darf sich im übrigen nicht nur auf die Wirtschaftlichkeit beschränken, sondern muß auch sicherstellen, daß dem Patienten eine den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlung zukommt. Diese Klarstellungen sind schon deshalb erforderlich, weil die soziale Krankenversicherung mit den bisherigen restriktiven Vorschriften und Praktiken in einem Mißkredit gebracht wird, der ihrem tatsächlichen Leistungsniveau widerspricht.
- b) Die Einführung eines **Leistungskomplexhonorares** wird — zunächst als Modell — vorgeschlagen. Mit dem Leistungskomplexhonorar werden die zur Behandlung bestimmter Erkrankungen erforderlichen Leistungen — soweit möglich — zu Leistungskomplexen zusammengefaßt; die Honorare werden dann nach diesen Leistungskomplexen differenziert. Dabei handelt es sich um eine neue Form der Einzelleistungsvergütung, die den Nachteil einer allzuweiten Aufsplitterung der einzelnen ärztlichen Leistungen vermeidet und damit verhindert, daß die technischen Leistungen gegenüber den geistigen Leistungen überbewertet werden. Ziel dieser Leistungskomplexhonorierung ist nicht die Verringerung des Honorarvolumens der freipraktizierenden Ärzte, es geht ausschließlich um den damit beabsichtigten größeren therapeutischen Nutzen.
- c) Vom DGB wird als Mangel empfunden, daß der Arzt für die gleiche Leistung je nach Krankenkasse ein unterschiedliches Honorar erhält. Da sich daraus oft die subjektive Auffassung ableitet, mit höherem Honorar sei auch eine bessere Behandlung verbunden, sollten die Unterschiede — auch wenn ihnen objektiv eine derartige Bedeutung kaum zukommt — abgebaut werden. Insgesamt sollte nach Auffassung des DGB das Honorarsystem so gestaltet werden, daß die Struktur der Gebührenordnung bundeseinheitlich in einem Beirat beratend festgelegt und weiterentwickelt wird. Diesem Beirat sollen Vertreter der Kassen, der Ärzte sowie der Wissenschaft angehören.

Auf der Basis dieser Vorschläge erläßt die Bundesregierung wie bisher die Gebührenordnung. Die Punktwerte der einzelnen Leistungs^hkomplexe bzw. Einzelleistungen müßten von der Selbstverwaltung der Kassen und der Ärzteschaft auf Bundesebene ausgehandelt werden. Mit diesem Vorschlag bleibt die Tarifhoheit des Systems, also der Selbstverwaltung von Ärzteschaft und Krankenkassen, erhalten. Sie wird lediglich auf zentrale Einrichtungen verlagert.

3. Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Die ärztliche Versorgung ist nach Auffassung des DGB bei den sich zur Zeit abzeichnenden Tendenzen in verschiedenen Land- und Stadtrandgebieten in wenigen Jahren nicht mehr sichergestellt. Die vorhandenen — zum Teil nicht unerheblichen — Mängel bei der Verteilung der Arztstühle werden sich, falls nicht konsequenter als bisher Steuerungsmaßnahmen erfolgen, bedrohlich verstärken.

Es kommt deshalb darauf an, Mittel und Wege zu finden, um den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag wirksamer als bisher zu erfüllen. Neben den jetzt schon angewandten Methoden ist es angezeigt, deutlicher als bisher auf die Möglichkeit von Zulassungssteuerungen — u. a. durch Sperren — hinzuweisen, deren Wirkungen auch über Ländergrenzen hinweg sicherzustellen sind. Darüber hinaus ist die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur vorausschauenden Planung im Rahmen der Regional- und Landesplanung gesetzlich zu verankern. Notstände sollen damit frühzeitig erkannt und behoben werden.

Krankenkassen und Gewerkschaften müssen bei dieser Planung als Vertreter der Versicherten und Patienten beteiligt werden. Entsprechend zusammen-gesetzte Ausschüsse treffen die Feststellungen, aus denen sich bestimmte Rechtsfolgen — wie z. B. Zulassungssperren — ergeben. Dabei müssen auf Bundesebene weitgehend einheitliche Maßstäbe und Kriterien für die Beurteilung der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und für die Anwendung bestimmter Maßnahmen geschaffen werden. Darüber hinaus ist die gesetzliche Klarstellung erforderlich, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen überbetriebliche Einrichtungen (wie z. B. Apparategemeinschaften, MTZ, Ärztehäuser) schaffen und in eigener Regie oder zusammen mit anderen Einrichtungen betreiben können.

Soweit dies zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlich ist, sind auch die Krankenhäuser an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu beteiligen. Auch die Gemeinden müssen verstärkt Initiativen zur Ansiedlung niederlassungsbereiter Ärzte entwickeln. Außerdem sollte in der Zulassungsordnung die Einrichtung von Zweigsprechstunden und — soweit erforderlich — beleg-ärztliche Tätigkeit von Fachärzten positiv angesprochen werden; das gleiche muß für die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten gelten. Negativen Klischees, wie sie in der Öffentlichkeit unberechtigterweise von der landärztlichen Tätigkeit und der Allgemeinmedizin gezeichnet werden, muß durch verstärkte Aufklärung begegnet werden. Darüber hinaus muß bei der Ausbildung (Beseitigung des „numerus clausus“, Lehrstühle für Allgemein-

medizin) und der Weiterbildung verstärkt den Bedürfnissen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Rechnung getragen werden (vgl. auch Abschn. XI). Durch eine Änderung der Zulassungsordnung muß auch gesichert werden, daß im Rahmen der sozialen Krankenversicherung Zulassungen lediglich für bestimmte Kassenarten (z. B. Ersatzkassen) nicht mehr möglich sind. Weiterhin müssen alle niedergelassenen Ärzte sämtlichen Patienten zur Verfügung stehen, weil nur dadurch das Prinzip der freien Arztwahl seinen Sinn behält.

4. Erhaltung des Sachleistungsprinzips

Nach Auffassung des DGB muß in der sozialen Krankenversicherung künftig ausschließlich das Sachleistungsprinzip gelten. Dem stehen Übergangsregelungen für die Personen, die jetzt im Wege der Kostenerstattung ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können, nicht entgegen.

Das Kostenerstattungssystem verleitet dazu, die Finanzkraft des einzelnen Sozialversicherten zum Maßstab für die Qualität der ärztlichen Versorgung werden zu lassen. Damit wird der Arzt in einen Konflikt zwischen wirtschaftlichen Interessen und ärztlicher Ethik gedrängt. So stellt z. B. die Werbung der privaten Krankenversicherung auf die qualitativ unterschiedliche medizinische Versorgung ab. Außerdem sind die Aufwendungen der Krankenkassen im Rahmen der Kostenerstattung aus verschiedenen Gründen (z. B. höhere Verwaltungskosten, Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung) höher als beim Sachleistungssystem.

Lediglich das Sachleistungssystem gewährleistet jene Ordnungs- und Steuerungsfunktionen, die zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung unbedingt notwendig sind. Die Struktursteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die beim Kostenerstattungssystem überflüssig werden, bereitet bereits heute Probleme. Es sind keine privatwirtschaftlichen Steuerungskräfte erkennbar, um überall eine gleichmäßige und qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung sicherzustellen. Zudem besteht die Gefahr, daß der medizinische Fortschritt nur mit erheblichen Verzögerungen breiten Bevölkerungsgruppen zugute kommt. Nach Auffassung des DGB ermöglicht allein das Sachleistungssystem innerhalb der kassenärztlichen Versorgung eine schnelle und kontrollierbare Durchsetzung des medizinischen Fortschritts in der ärztlichen Praxis. Da die Kostenerstattung in der Bundesrepublik notwendig auf der kassenärztlichen Versorgung aufbaut, also die Krankenscheinversorgung der Mehrheit der Bevölkerung voraussetzt, geht sie eindeutig zu Lasten derjenigen, die sich im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und damit auf Krankenschein behandeln lassen.

5. Notfallversorgung – Ärztlicher Notdienst

Die Notfallversorgung ist als öffentliche Aufgabe durch eine Koordinierung der Maßnahmen freipraktizierender Ärzte, kommunaler und freigemeinnütziger Hilfsdienste und der Krankenhäuser zu gewährleisten. Bundeseinheitliche Regelungen müssen die notwendigen Maßnahmen einschließlich der Erstversorgung am Unfallort, des Transports und des dazu erforderlichen Personals über Ländergrenzen hinweg sicherstellen.

Der ärztliche Notdienst im Rahmen der ambulanten Versorgung muß so gestaltet werden, daß im Notfall auch außerhalb der allgemein üblichen Sprechstundenzeiten jederzeit im erforderlichen Umfang Ärzte zur Verfügung stehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche die ärztliche Versorgung sicherzustellen haben, müssen durch die Organisation von Bereitschafts- und Notdiensten auch die notärztliche Versorgung gewährleisten.

Bürokratische Hemmnisse, wie bei der Installierung notwendiger Funksprechgeräte und der Zuteilung der erforderlichen Frequenzen, bei Parkproblemen für Ärzte im Einsatz usw., müssen im Interesse einer optimalen ärztlichen Versorgung überwunden werden.

Erforderlich sind — sowohl für die öffentliche Notfallversorgung als auch für die ärztlichen Notdienste — bundeseinheitliche Notrufnummern, die münzfrei gewählt werden können.

Auch zur Sicherstellung der ärztlichen Notdienste kommt es trotz der erforderlichen Fortentwicklung und Spezialisierung ärztlichen Wissens darauf an, jedem Arzt bei der Weiter- und Fortbildung ausreichende Kenntnisse über die Bedürfnisse der Allgemeinmedizin und der Notfallmedizin zu vermitteln.

V.

Medizinische Versorgung im Krankenhaus

Das Krankenhauswesen muß den Ansprüchen an eine moderne stationäre Versorgung gerecht werden, die dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Da ein Drittel der Krankenhäuser in der Bundesrepublik überaltert ist und ein erheblicher Teil der Anstalten über weniger als 150 Betten verfügt (obwohl heute erst ein Allgemeinkrankenhaus von 300 bis 400 Betten an als optimal leistungsfähig anzusehen ist), liegt die Bundesrepublik mit einer Vielzahl von Krankenhäusern unter dem Standard vergleichbarer Industrienationen. Eine ausreichende Krankenhausplanung fand bisher nicht statt. Die fehlende Bereitschaft zur Kooperation und das Prestigedenken von Krankenhausträgern führten darüber hinaus zur Unwirtschaftlichkeit.

Die funktionale Differenzierung im Krankenhauswesen ist unzureichend. Die mangelnde Funktionstrennung und die mangelnde Koordination zwischen Allgemeinkrankenhäusern, Anstalten für chronisch Kranke, Rehabilitations- und Spezialkrankenhäusern führen zu Fehlbelegungen und damit ebenfalls zu einem unwirtschaftlichen Einsatz der Mittel. Auch innerhalb der einzelnen Krankenhäuser fehlt eine ausreichende funktionale Differenzierung. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen zur Rehabilitation an Allgemeinkrankenhäusern. Besonders depressive Zustände herrschen im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung.

Die starre Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung wirkt sich nachteilig aus. Es entsteht eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit, eine längere

Verweildauer, eine mangelnde Ausnutzung von Diagnostikeinrichtungen sowie ein nicht immer befriedigend funktionierender Informationsaustausch.

Auch die inneren Strukturen der Krankenhäuser sind reformbedürftig. Es ist zweifelhaft, ob alle Voraussetzungen dafür geschaffen wurden, daß die medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung für alle Patienten gleich ist und sich nur nach Art und Schwere der Krankheit und nicht nach dem Geldbeutel richtet. Das Liquidationsrecht der Chefärzte bei Privatpatienten führt dazu, daß ein bestimmter Kreis von Ärzten sich bevorzugt der Behandlung bestimmter Patienten zuwendet. Die hierarchischen Strukturen in den Krankenhäusern sind ebenso überholt wie die großen Einkommensdifferenzierungen zwischen Chefärzten und nachgeordneten Ärzten. Die Mitbestimmung der Mitarbeiter im Krankenhaus ist nur unzureichend verwirklicht.

Die Sicherstellung eines bedarfsgerecht gegliederten, leistungsfähigen Krankenhaussystems ist eine öffentliche Pflichtaufgabe. Die von der öffentlichen Hand zur Verfügung zu stellenden Mittel müssen dem Investitionsbedarf einschließlich der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten entsprechen; die Pflegesätze der Benutzer müssen zur Deckung der übrigen Leistungen der Krankenhäuser bei wirtschaftlicher Betriebsführung ausreichen.

Im einzelnen fordert der DGB:

1. Bessere Integration zwischen Krankenhaus und freier Praxis:

- a) Zur Verbesserung der Integration zwischen Krankenhaus und freier Praxis ist es erforderlich, den Krankenhäusern zu gestatten, an den ihnen überwiesenen Patienten auch ambulant ärztliche Verrichtungen vorzunehmen. Vor allem die nachstationäre Behandlung aufgrund objektiver Kriterien erscheint geeignet, zur Verkürzung der Verweildauer beizutragen. Dieses Ziel kann erreicht werden, wenn den Krankenhäusern gestattet wird, für eine bestimmte Zeit nach der Entlassung Patienten ambulant zu behandeln.
- b) Medizinisch-technische Einrichtungen — wie z. B. das MTZ — (vgl. Abschnitt V) sollten sowohl dem Krankenhaus als auch der freien Praxis zur Verfügung stehen.

2. Funktionale Differenzierung

Gefordert wird eine zweckmäßige funktionale Differenzierung sowohl innerhalb des Krankenhauswesens als auch innerhalb einzelner Krankenhäuser, damit in den hochtechnisierten und kapitalintensiven Einrichtungen lediglich solche Patienten behandelt werden, die ihrer auch bedürfen.

Für Rehabilitanden müssen an Allgemeinkrankenhäusern besondere Einrichtungen — auch zur ambulanten Nachbehandlung — zur Verfügung stehen. Außerdem sind in Allgemeinkrankenhäusern spezielle Abteilungen (Nachsorgeabteilungen) erforderlich, in die Patienten in der Rekonvaleszenzzeit verlegt werden können, sobald die kostenintensive Ausstattung nicht mehr benötigt wird, ärztliche und pflegerische Behandlung aber noch notwendig sind.

3. Krankenhausplanung

Eine umfassende Krankenhausplanung stellt detaillierte Anforderungen in qualitativer und funktionaler Hinsicht an die einzelnen Landeskrankenhauspläne. An der Krankenhausplanung müssen Vertreter der Kassen, der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Gewerkschaften beteiligt werden. Durch Landeskrankengesetze muß sichergestellt werden, daß auf der Basis einer Bestands- und Bedarfsaufnahme des Krankenhauswesens öffentlich-rechtliche Trägerverbände die Planung unter Beachtung bundeseinheitlicher Planungsprinzipien für abgegrenzte Versorgungsregionen von ausreichender Größe durchführen.

Dabei ist davon auszugehen, daß in jeder Krankenhausversorgungsregion ein nach der Leistungsfähigkeit dreifach abgestuftes Netz von Krankenhäusern vorhanden sein muß. Im allgemeinen sollen folgende Maßstäbe gelten:

Erste Versorgungsstufe (Regelversorgung)

Diese Krankenhäuser müssen mindestens die Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie — Geburtshilfe, Pädiatrie, Anästhesie und Röntgenologie (Diagnostik) sowie eine Einheit für Intensivmedizin und psychiatrische Dienste umfassen.

Zweite Versorgungsstufe (Zentralversorgung)

Es sind Krankenhäuser zu schaffen, die mindestens mit den Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie — Geburtshilfe, Pädiatrie, Geriatrie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren, Ophthalmologie, Psychiatrie, Neurologie, Urologie, Orthopädie, Anästhesie und Röntgenologie (Diagnostik und Therapie) sowie einer Einheit für Intensivmedizin auszustatten sind.

Dritte Versorgungsstufe (Maximalversorgung)

Für diese Versorgungsstufe sind Krankenhäuser zu errichten, die alle medizinischen Fachrichtungen umfassen, so daß sämtliche Einrichtungen moderner Diagnostik und Therapie mit den dafür erforderlichen Intensivpflegestationen verfügbar sind.

Krankenhäuser der Regelversorgung sollten mindestens 350, der Zentralversorgung mindestens 700 und der Maximalversorgung mindestens 1000 Betten besitzen.

Die Krankenhausplanung muß sich auch auf die Rationalisierung und Koordination anderer als medizinischer Aufgaben, so vor allem die Wirtschaftsfunktionen, erstrecken. Zentralküchen, zentrale Wäschereien, Werkstätten usw. sind ebenso wie Zentrallaboratorien und Zentralapotheken rationeller zu führen als Einzeleinrichtungen. Auch die Einführung der elektronischen Datenverarbeitung muß sich in einem Verbundsystem vollziehen, wobei die für bestimmte Regionen vorgesehenen medizinischen Datenbanken auch bei Krankenhäusern errichtet werden können.

Die Krankenhausplanung hat in engem Kontakt mit der im Rahmen der Landesplanung notwendigen Planung der übrigen sozialen Infrastruktureinrichtungen zu erfolgen.

4. Krankenhausfinanzierung

Zur Finanzierung eines optimal leistungsfähigen Krankenhauswesens müssen den Krankenhäusern ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Der DGB begrüßt die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz beabsichtigte Aufteilung der Kosten, wodurch die öffentliche Hand zur Zahlung der Vorhalte- und die Benutzer zur Zahlung der Benutzerkosten verpflichtet werden. Nur durch diese Aufteilung kann mit Hilfe des „goldenen Zügels“ über die Investitionsfinanzierung die Krankenhausplanung realisiert werden. Bei der Vorhaltung von Krankenhäusern handelt es sich um eine öffentliche Aufgabe, ähnlich dem Verkehrs- oder Schulwesen.

Die Investitionsfinanzierung, d.h. die Finanzierung der Erst- und Ersatzinvestitionen einschließlich der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, muß aus Mitteln des Bundes, der Länder und der Gemeinden erfolgen und darf nur für Objekte gewährt werden, die in Krankenhausplänen vorgesehen sind. Die Finanzierungsgrundsätze sollten unabhängig von konjunktureller, partei- oder anderen interessenpolitischen Erwägungen festgelegt werden. Übernimmt eine Versorgungsregion Aufgaben einer anderen Region, so hat ein Kostenausgleich stattzufinden.

Die Benutzerkosten müssen der Kostenentwicklung wirtschaftlich geführter Krankenhäuser Rechnung tragen und als Steuerungsmechanismus zur Regulierung der Verweildauer dienen. Sie sollten in Diagnose- und Therapiekosten sowie „Hotelkosten“ unterteilt werden. Dabei sind weitestgehend Pauschalsätze festzulegen. Um die Krankenhausverweildauer zu senken, sollten die Benutzerkosten eine spezifische, jeweils diagnostisch-therapeutisch begründete Gruppennormdauer abdecken. Wird diese Dauer überschritten, setzt ein Degressionsprung ein, es sei denn, der Arzt gibt für die Überschreitung der Zeitspanne eine diagnoseändernde oder -ergänzende Begründung an. Die Gruppennormen müssen von einem Sachverständigenrat erarbeitet und allgemein verbindlich eingeführt sowie laufend im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt überprüft werden.

5. Reform der inneren Strukturen

Jeder Kranke muß im Krankenhaus gleiche Chancen besitzen, optimal versorgt zu werden. Die herkömmliche Trennung zwischen Privatstationen und der allgemeinen Pflegeklasse ist zu beseitigen. Die Betten für Selbstzahler müssen in die Gesamtheit der Krankenhausstationen integriert werden. Die Privatliquidation der leitenden Ärzte ist bei einer gleichzeitigen Reform der Gehaltsstrukturen aller angestellten Ärzte im Krankenhaus abzubauen. Von der medizinischen Versorgung unabhängige Leistungen sollten gegen entsprechenden Kostenaufschlag befriedigt werden können. Ein erster Schritt zur Reform im Sinne der Vorstellungen des DGB ist deshalb die Entkopplung von Sonderwünschen (wie z. B. Telefon, Einzelzimmer) mit der Privatliquidation der leitenden Ärzte.

Solange für den leitenden Arzt ein Liquidationsrecht besteht, müssen die übrigen Mitarbeiter an den Privateinnahmen angemessen beteiligt werden.

Die hierarchischen Strukturen der Krankenhäuser müssen auf der Basis des von der Gewerkschaft ÖTV erarbeiteten Mitbestimmungsmodells gewandelt werden. Mittels des Abbaus überholter Autoritätsstrukturen und der Schaffung besserer Arbeitsbedingungen (z. B. ausreichende Stellenpläne, Schichtdienst, Personalwohnungen außerhalb des Krankenhausbereichs), der Rationalisierung der Pflegearbeiten und einer angemessenen Entlohnung muß versucht werden, den Mangel an Pflege- und anderem medizinischem Personal in den Krankenhäusern zu beheben.

6. Psychiatrische Versorgung

Der Zustand der stationären psychiatrischen Versorgung entspricht nicht den Erfordernissen der psychiatrischen Medizin. Möglichkeiten der Rehabilitation sind vielfach nicht vorhanden. Die psychiatrische Medizin hat aus vielen Gründen, nicht zuletzt wegen katastrophaler Unterbringungsmöglichkeiten, noch weitgehend bewahrenden Charakter, der soziale Status der meisten Patienten wird gefährdet, die Isolierung von den übrigen Lebensbereichen wirkt sich nachteilig aus. Diskriminierende Vorurteile führen zu einer Tabuierung.

Um die Diskriminierung zu beseitigen, kommt es darauf an, die psychiatrischen Krankenhäuser stärker in das allgemeine Krankenhaussystem zu integrieren. Sie sind in die Landeskrankenhausplanung einzubeziehen. Langfristig muß durch geeignete Maßnahmen auf eine Veränderung von Bewußtsein und Haltung der Bevölkerung gegenüber den psychisch Kranken hingewirkt werden.

Dazu gehört auch, daß die psychiatrischen Anstalten durch höhere Pflegekräfte in die Lage versetzt werden, das Arzt-Patient-Verhältnis sowie das Pflegepersonen-Patient-Verhältnis wenigstens auf den gleichen Stand wie in den übrigen Krankenhäusern zu bringen. Für die Übergangszeit sind die bisherigen Großanstalten in Funktionsbereiche aufzugliedern. Mit dem Abbau der Großanstalten muß ein Aufbau psychiatrischer Abteilungen an allen Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung erfolgen. An psychiatrischen Anstalten müssen Rehabilitationsabteilungen eingerichtet werden. Um Isolierungen zu vermeiden, sind psychiatrische Anstalten in stadtnahen Gebieten zu errichten.

Die Befriedigung des gerade hier ins Gewicht fallenden Personalbedarfs (z. B. an Pflegern, Sozialarbeitern und Beschäftigungstherapeuten) muß sichergestellt werden. Eine sinnvolle Integration der in freier Praxis tätigen Psychiater mit den Psychiatern und Psychotherapeuten an Krankenhäusern ist anzustreben.

VI.

Sozialärztlicher Dienst

Die Neuorientierung des Vertrauensärztlichen Dienstes durch das Lohnfortzahlungsgesetz muß konsequent in Richtung eines gemeinsamen und unabhängigen Sozialärztlichen Dienstes weiterverfolgt werden.

In der Regel sind die Untersuchungs- und Begutachtungsstellen der verschiedenen Leistungsträger nebeneinander tätig. Sie sind einerseits häufig personell und apparativ nicht ausreichend ausgestattet, während die Kapazität der vorhandenen Einrichtungen andererseits nicht voll ausgelastet wird. Trotz vieler unbesetzter Stellen im sozialärztlichen Bereich müssen vielfach mehrere Ärzte Begutachtungen über die gleichen Krankheitszustände anstellen, was zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann. Schließlich entstehen dadurch auch überflüssige Wege und Wartezeiten für die Patienten und die Zeit von der Antragstellung zur Leistungsgewährung verlängert sich.

Die Rationalisierung medizinisch-technischer Einrichtungen und die Entwicklung von Labor- und Röntgentechnik lassen es wegen der ökonomisch und medizinisch-wissenschaftlich notwendigen Kapazitäten nicht mehr zu, daß die verschiedenen Sozialleistungszweige getrennte Einrichtungen benutzen. Der Zwang zu einer gemeinsamen Diagnostik setzt sich fort in der Notwendigkeit der gemeinsamen Dokumentation der Ergebnisse. Auch die sozialmedizinische Forschung der Sozialversicherung sowie die Aus- und Fortbildung der in den Gutachterdiensten Beschäftigten kann sinnvoll nur gemeinsam erfolgen. Um dem in absehbarer Zeit verstärkelt auftretenden Mangel an Ärzten in den medizinischen Gutachterdiensten zu begegnen, kommt es vordringlich darauf an, durch eine Zusammenfassung die Spezialisierung und die Teamarbeit zu fördern.

Die Funktionsfähigkeit der sozialmedizinischen Gutachterdienste ist bereits in absehbarer Zeit wegen der personellen Entwicklung — vor allem der Überalterung der jetzt beschäftigten Ärzte bei nur ungenügendem Nachwuchs — gefährdet. Der Sozialärztliche Dienst bietet die Chance, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, denn die Bereitschaft der Ärzte, in solchen Einrichtungen zu arbeiten, hängt sowohl von befriedigenden Arbeitsbedingungen, dem Ansehen dieser Dienste als auch von einer Vergütung entsprechend der qualifizierten Tätigkeit ab.

Der DGB fordert deshalb, den Sozialärztlichen Dienst als gemeinsame Einrichtung der beteiligten Sozialversicherungsträger — zunächst der Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung — in der Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zu errichten. Die Selbstverwaltungsorgane (Vertreterversammlung und Vorstand) werden von der Selbstverwaltung der beteiligten Träger bestellt. Der DGB hält es für zweckmäßig, an der Mitarbeit in den Selbstverwaltungsorganen auch Vertreter der Ärzteschaft zu beteiligen.

Die Finanzierung des Sozialärztlichen Dienstes wird von den beteiligten Sozialversicherungsträgern übernommen. Diese sind verpflichtet, ihre medizinischen Gutachten beim Sozialärztlichen Dienst einzuholen. Das Ergebnis der Begutachtungen ist den Verwaltungsentscheidungen zugrunde zu legen. Bei Zweifeln an der Richtigkeit der ärztlichen Begutachtung besitzen sowohl die Versicherten als auch die Versicherungsträger das Recht, eine erneute Begutachtung herbeizuführen.

Dem Sozialärztlichen Dienst kommt neben der Begutachtung insbesondere auch eine Leitfunktion in allen Fragen der Rehabilitation zu.

VII.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich in Zukunft neben den bisherigen traditionellen Aufgabenbereichen (wie z. B. vertrauensärztliche Tätigkeit für öffentliche Ämter, Überwachung der Medizinalpersonen und des Verkehrs mit Arzneimitteln und Giften, Lebensmittel usw.) verstärkt der Aufgabe zuzuwenden, den Schutz der Gesundheit vor den zunehmenden Umweltgefahren sicherzustellen. Fragen der Reinhaltung der Luft und des Wassers, des Schutzes vor Lärm und gesundheitsschädlichen und hygienisch nicht einwandfreien Lebensmitteln, Kosmetika, Arzneimittel usw. sind ebenso bedeutsam wie die Probleme einer gesundheitsförderlichen Raumordnung, Stadtplanung, des Wohnungsbaus usw. Ökologische Notwendigkeiten müssen hier vor ökonomischen Maßstäben rangieren.

Neben dieser Aufgabe ist vor allem die Jugendgesundheitspflege — insbesondere der schulärztliche Dienst — auszubauen. Dazu muß der öffentliche Gesundheitsdienst personell und apparativ in die Lage versetzt werden, die ihm bisher bereits übertragenen sowie die auf ihn zukommenden Aufgaben zu erfüllen. Der z. Z. zum Teil unzureichende Zustand des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist auch auf die mangelnde Attraktivität in finanzieller Hinsicht zurückzuführen. Hier sind — sollen in naher Zukunft keine katastrophalen Zustände eintreten — schon bald Abhilfemaßnahmen erforderlich.

Der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt seine Funktion in erster Linie durch Maßnahmen im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung (z. B. Hygiene) sowie auf bestimmte Personengruppen (z. B. schulärztliche Untersuchungen). Im Bereich der Individualmedizin hat er nur dann Aufgaben, wenn andere Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. freie Praxis) die ihnen zugewiesenen Aufgaben nicht ausreichend sicherstellen.

VIII.

Arbeitsicherheit und Arbeitsmedizin

Auch für die Erhaltung der Gesundheit im Betrieb und am Arbeitsplatz gilt der Grundsatz „Vorbeugen ist besser als Heilen“. Die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Beratung und Betreuung der arbeitenden Menschen ist deshalb für ihre Gesunderhaltung von besonderer Bedeutung. Die körperlichen und seelischen Belastungen am Arbeitsplatz bestimmen heute in weitem Maße das gesundheitliche Schicksal vieler Arbeitnehmer. Deshalb sind Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Arbeitsbedingungen an den Menschen anzupassen. Zur Verwirklichung dieser Forderung sind in Betrieben und Verwaltungen Arbeitsmediziner und Sicherheitstechniker in ausreichender Zahl einzusetzen.

Jahr für Jahr ereignen sich in der Bundesrepublik nahezu drei Millionen Arbeits- und Wegeunfälle. Die Zahl von über 6000 tödlichen Arbeitsunfällen jährlich ist erschreckend hoch. Trotz erfreulicher Erfolge im betrieblichen Arbeitsschutz, insbesondere in einer Anzahl von Mitbestimmungsbetrieben der Eisen- und

Stahlindustrie und des Bergbaus, ist der Stand der Arbeitssicherheit in vielen Betrieben immer noch unbefriedigend.

Eine spürbare Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung der Arbeitnehmer in Betrieben und Verwaltungen kann nur auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften erreicht werden. Der Regierungsentwurf eines Gesetzes für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit bietet nach Auffassung des DGB die Möglichkeit, den gesundheitspolitischen Notstand in der arbeitsmedizinischen Betreuung zu beseitigen.

Der DGB fordert alle Verantwortlichen auf, die vielfach festzustellende Lethargie gegenüber dem Arbeitsunfallgeschehen durch eine gezielte, modernen Erkenntnissen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes entsprechende Unfallverhütungskonzeption zu überwinden.

Im einzelnen verlangt der DGB:

1. von den Arbeitgebern:

- a) Intensiven und ständigen Einsatz für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz;
- b) Erarbeitung und Verwirklichung eines Konzepts geeigneter betrieblicher Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitssicherheit, insbesondere auch durch Einrichtung einer betrieblichen Arbeitsschutzorganisation;
- c) Berücksichtigung des Arbeitsschutzes bei allen betrieblichen Vorgängen und Planungen;
- d) Offenlegung der Unfallhäufigkeit und -schwere;
- e) Sachliche und offene Zusammenarbeit beim betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz mit den Arbeitnehmern und ihren Betriebsräten.

2. vom Gesetzgeber:

- a) Den weiteren Ausbau einer praxisnahen Arbeits- und Gesundheitsschutz-Gesetzgebung. Unabhängig von der Betriebsgröße muß in jedem Betrieb die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Beratung und Betreuung sichergestellt sein. In Klein- und Mittelbetrieben müssen die Unternehmer durch die Inanspruchnahme überbetrieblicher Einrichtungen zur Erfüllung dieser Aufgabe verpflichtet werden.
- b) Stärkere Förderung von Forschung und Lehre durch Überwindung unterschiedlicher Kompetenzen und Bereitstellung entsprechender Finanzmittel.
- c) Weiterentwicklung der staatlichen Gewerbeaufsichtsbehörden zu einer modernen Einrichtung mit Überwachungs- und Beratungsfunktionen zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen.
- d) Kritische Durchleuchtung und Offenlegung der Daten und Ursachen unterschiedlicher Erfolge der Betriebe im Arbeits- und Gesundheitsschutz.
- e) Erarbeitung und unverzügliche Verwirklichung von Aus- und Weiterbildungsmodellen für Personen mit besonderem Einfluß auf die Arbeitssicherheit unter maßgeblicher Beteiligung der neuen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung.

Arzneimittel

Die Situation im Arzneimittelbereich ist — vor allem im Hinblick auf die gesetzlich noch nicht ausreichend geregelte Arzneimittelsicherheit und Arzneimittelwirksamkeit, die fehlende Transparenz des Angebots für den behandelnden Arzt und den Schutz der Nachfrager vor überhöhten Preisen — unbefriedigend. Dabei wird nicht verkannt, daß die Beteiligten, auch die pharmazeutische Industrie selbst, nicht unerhebliche Anstrengungen unternehmen, um die Mängel zu beseitigen (z. B. bei der Umstellung der Werbung auf sachliche Information, bei der Verbesserung der Transparenz für den behandelnden Arzt durch eine Neuordnung der „Roten Liste“). Der DGB begrüßt diese nach seiner Auffassung vor allem unter dem Druck der öffentlichen Meinung zustandegekommene Entwicklung und fordert die Beteiligten auf, weiterhin ernsthafte Schritte zur Verbesserung der Situation zu unternehmen.

Diese Initiativen können allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Zersplitterung der Nachfrageseite in Verbraucher, verordnende Ärzte und Krankenkassen als Kostenträger das Funktionieren des Marktes erheblich erschwert. Der Verdacht, daß die Verbraucher bzw. die Kostenträger überhöhte Preise zahlen, kann nicht ausgeräumt werden. Den Ärzten fehlen z. Z. ausreichende Möglichkeiten der Information über Indikation, Preise und Qualitätsvergleiche. Die hohe Zahl des Angebots an Arzneimitteln und die jährlich hinzutretende Vielzahl von neuen Medikamenten — teilweise ohne neuen therapeutischen Nutzen — erschwert dem Arzt die Übersicht und verteuert das System, da auch diese Mittel mit einem verstärkten Werbeaufwand abgesetzt werden müssen. Die Aufwendungen der Firmen für Verkaufsförderung liegen über den Aufwendungen für die Forschung.

Da der Staat die Verantwortung für die Ordnung des Arzneimittelwesens trägt, verlangt der DGB, daß bei der nun anstehenden Novellierung des Arzneimittelrechts konsequent die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit zur Vermeidung von gefährlichen Nebenwirkungen angestrebt und der Nachweis der Wirksamkeit vor der Zulassung verlangt wird. Bereits von dieser Novellierung wird eine Eindämmung der Flut jährlich neu auf den Markt kommender Präparate erwartet.

Das Bundesgesundheitsamt muß personell in die Lage versetzt werden, die Prüfung der für die Registrierung notwendigen Unterlagen — vor allem im Hinblick auf Wirksamkeit und Arzneimittelsicherheit — sachgemäß und rasch vorzunehmen. Die Prüfkosten sind von den Herstellern zu tragen.

Da die Hersteller die Großhandelsabgabepreise weitgehend vorschreiben und im Zusammenhang mit der staatlichen Arzneitaxe den Apothekenabgabepreis fixieren, existiert indirekt eine Preisbindung der zweiten Hand, ohne daß eine wettbewerbsrechtliche Genehmigung vorliegt. Die marktwirtschaftliche Steuerung ist aber im Bereich der Gesundheitsgüter ohnehin problematisch, sie wird z. B. bei der ärztlichen Versorgung weitgehend durch Gruppenverhand-

lungen im Rahmen von Selbstverwaltungssystemen ersetzt. Freier Wettbewerb würde im Arzneimittelbereich auf unterschiedliche Preise für das gleiche Produkt in verschiedenen Apotheken hinauslaufen. Aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen bestehen hiergegen jedoch Bedenken.

Der DGB schlägt zur Bewältigung dieser Probleme und zur Verbesserung der Transparenz für die Ärzte im Hinblick auf Preiswürdigkeit und Qualität eine Kommission als Selbstverwaltungseinrichtung der Beteiligten vor, in der die Interessengegensätze in institutioneller Form ausgetragen werden. Die Herausnahme der Preisregelungen für Arzneimittel aus dem Kartellrecht ließe sich dann rechtfertigen. Träger dieser Selbstverwaltungseinrichtung sollten Ärzteschaft, Vertreter der Versicherten in den Krankenkassen und pharmazeutische Industrie sein. Vertreter der Apotheker müssen bei den sie betreffenden Fragen ebenfalls beteiligt werden.

Diese Beteiligten sind nach Auffassung des DGB durchaus in der Lage, strittige Probleme selbst zu lösen. Im Rahmen dieser Selbstverwaltung erscheint es vor allem zulässig, die Frage der Einengung des Marktes durch eine Beschränkung des Marktzuganges ohne Einschränkung der Forschung und der Verordnungsfreiheit des Arztes zu regeln. Die vom DGB gewünschte Verbesserung der Stellung der sozialen Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt kann durch die Realisierung dieses Vorschlages erreicht werden.

Grundsatz für die Tätigkeit dieser Kommission muß das Ziel einer optimalen Arzneimittelversorgung sein; die Forschung der pharmazeutischen Industrie und die Freiheit von Verordnung und Therapie des behandelnden Arztes bleiben davon unberührt.

Preisgestaltung, Wirksamkeit und Qualität der Arzneimittel sind eng miteinander verbunden. Aufgabe der vom DGB vorgeschlagenen Kommission sollte deshalb die Untersuchung der Arzneimittel im Hinblick auf Preiswürdigkeit, Qualität und Wirksamkeit sowie die Information der Beteiligten über die Ergebnisse sein. Ärzteschaft und Krankenkassen könnten bei entsprechender Weiterentwicklung und Vervollkommnung der „Roten Liste“ (Angabe von Zusammensetzungen, Anwendungsgebieten, Gegenindikationen, Dosierungen, Packungsgrößen und Preisen), die dann in der Verantwortung jener Kommission erstellt werden sollte, ausreichend informiert werden. Vordringlich ist auch die Verwendung einheitlicher Packungsgrößen, um den Ärzten die Verordnung von Großpackungen für die Langzeitbehandlung bestimmter Krankheiten und für Preisvergleiche zwischen verschiedenen Präparaten zu erleichtern.

Die vorgeschlagene Kommission muß Informationsrechte gegenüber den Herstellern besitzen (bis hin zur Offenlegung der Kalkulationen) und muß bei unbefriedigenden Informationen Präparate aus der „Roten Liste“ entfernen können. Der jeweilige Hersteller ist bei allen ihn betreffenden Fragen anzuhören.

Zur Vorbereitung der Kommissionsentscheidungen ist ein wissenschaftlicher Beirat zu bilden, dem Vertreter aus den Bereichen der Medizin, der Pharmazie, der Ökonomie und der Rechtswissenschaft angehören.

Die allgemeine Werbung der pharmazeutischen Industrie muß sich zukünftig auf die sachliche Information über die Angaben der „Roten Liste“ konzentrieren.

Geprüft werden sollte, inwieweit zukünftig Präparate des gewöhnlichen Bedarfs (z. B. Kopfschmerz-, Schlafmittel) von den Kassen nur noch dann übernommen werden, wenn aus medizinischen Gründen eine Verordnung angezeigt ist.

X.

Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinberufe

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Arztes muß der Entwicklung der Medizin und den gewandelten Ansprüchen an die ärztliche Tätigkeit — vor allem dem Wandel der Krankheitsbilder — Rechnung tragen. Das gleiche gilt für die übrigen Berufe der Medizin. Die Ausbildung der Ärzte muß vor allem hinsichtlich der Präventiv-, der Arbeits- und der Sozialmedizin verstärkt werden. Außerdem müssen Fragen der Teamarbeit, der inner- und interdisziplinären Kooperation und der Medizinsoziologie stärker an den Universitäten gelehrt werden, damit der Gedanke der Kooperation und der gemeinschaftlichen ärztlichen Tätigkeit bereits in der Ausbildung ausreichend vermittelt wird. Auch hat die Ausbildung besonders die Bedürfnisse der Allgemeinmedizin zu berücksichtigen.

Angesichts des raschen Fortschritts der Medizinwissenschaft müssen qualitativ hochstehende Fortbildungskurse die Ärzte in die Lage versetzen, neue Erkenntnisse und technische Verfahren möglichst schnell in die Praxis umzusetzen und zugunsten der Patienten anzuwenden. Der DGB anerkennt die bisher geleistete vielfältige Fortbildungsarbeit und schlägt vor, den Besuch bestimmter Fortbildungseinrichtungen zukünftig auch für den Patienten entweder auf dem Praxisschild oder durch besonderen Aushang im Wartezimmer erkennbar zu machen. Außerdem sollten nach Auffassung des DGB die Ärztekammern als die für die Einhaltung der Berufsordnung zuständigen Institutionen die Möglichkeit besitzen, von Zeit zu Zeit nach dem Prinzip der Zufallsauswahl den Wissensstand der Ärzte zu erfragen. Durch diesen Anreiz zur Fortbildung — wobei dem Arzt die Methode der Fortbildung (Besuch von Kongressen, Wochenendlehrgängen, Fortbildung durch Lektüre, auf audiovisuelle Weise usw.) freigestellt bleibt —, wäre für den Patienten eine erhöhte Gewähr vorhanden, daß sein Arzt von den in breitem Umfang angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch macht.

Weiterhin fordert der DGB die ärztliche Selbstverwaltung in Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen auf, objektive Testmethoden zu entwickeln, um jedem Arzt die Kontrolle seines Wissenstandes zu ermöglichen.

Um den steigenden Bedarf ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen künftig zu befriedigen und eine ausreichende ärztliche und zahnärztliche Versorgung sicherzustellen, ist der „numerus clausus“ für die Bereiche der Medizin und Zahnmedizin durch eine Erhöhung der Studienplätze abzubauen. Bis zur

Erreichung dieses Zieles müssen die Auswahlkriterien so verbessert werden, daß geeigneten Bewerbern das Medizinstudium ermöglicht wird.

In Zukunft kommt den neben den Ärzten — aber in enger Zusammenarbeit mit ihnen — tätigen Berufen im Gesundheitswesen größere Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur für die Krankenpflege, sondern vor allem für die Sozialberufe im Gesundheitswesen, welche im Rahmen der Gesundheitserziehung und -beratung wichtige Einsichten vermitteln müssen, für die medizinisch-technischen Berufe sowie andere Spezialberufe der medizinischen Versorgung. Die Ausbildung zu diesen Berufen muß intensiviert werden. Die dafür erforderlichen Einrichtungen sind zu schaffen. Bundeseinheitliche Richtlinien müssen einheitliche Ausbildungsziele und -inhalte festlegen.

XI.

Wissenschaft und Forschung

Eine bessere Gesundheitsicherung setzt neben der Erforschung der bisherigen traditionellen klinischen Krankheitsbilder eine verstärkte Aufhellung der Wechselwirkungen zwischen heutigen Lebensumständen und Gesundheit und Krankheit voraus. Die Ziele medizinischer Forschung müssen deshalb in Zukunft stärker auf das Krankheitsspektrum in der Allgemeinpraxis sowie auf die psychosozialen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit abgestellt werden. Die Forschung auf den Gebieten der Vorsorge und Früherkennung, der Gesundheitsökonomie, der Epidemiologie, der Sozialmedizin und der Medizinsoziologie und über Fragen der Arbeitspsychologie und der Arbeitsmedizin sowie über Zusammenhänge von Umweltfaktoren und Krankheit ist verstärkt zu fördern. Außerdem ist die weitere Erforschung der Motivationen für gesundheitsbewußtes und gesundheitswidriges Verhalten sowie der Möglichkeiten, durch Bildungsmaßnahmen und Beratungen gesundheitserhaltende Verhaltensweisen zu fördern, dringend notwendig.

XII.

Modernisierung des Systems der sozialen Krankenversicherung und der ärztlichen Versorgung

1. Soziale Krankenversicherung

a) Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung

Die Ausrüstung der sozialen Krankenversicherung für die Übernahme der Aufgabe „Gesundheitsicherung“ muß verbessert werden. Die anfallenden und für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik wichtigen Informationen werden noch nicht systematisch erfaßt. Sozialmedizinische und epidemiologische Forschung sind ebenfalls auf Daten aus dem Bereich der Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen. Die Umorientierung hin zur Betreuung auch der „noch Gesunden“ erfordert eine

Individualisierung der Maßnahmen (z. B. Information über Rechte zur Inanspruchnahme von Vorsorge und Früherkennung). All diese Aufgaben können nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung in der Krankenversicherung verwirklicht werden.

Die soziale Krankenversicherung muß in das Datenübermittlungssystem, das im Rahmen der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit aufgebaut wird, integriert werden. Auch die Partner der sozialen Krankenversicherung, z. B. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, müssen — soweit erforderlich — in den Datenverbund einbezogen werden. Der Aufbau der elektronischen Datenverarbeitung in der sozialen Krankenversicherung ist in erster Linie eine Aufgabe der Selbstverwaltungsorgane. Die Selbstverwaltung von Krankenversicherung und Ärzteschaft wird daher vom DGB aufgefordert, diese Aufgabe zügig in Angriff zu nehmen, um die in der EDV liegenden Vorteile zur Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung zu nutzen.

Zu diesen Vorteilen zählen nach Auffassung des DGB:

- bessere Möglichkeiten zur Ermittlung von Risikofaktoren, insbesondere bei bestimmten Personengruppen;
- im Zusammenhang damit die Vorbereitung gezielter Früherkennungsuntersuchungen auch für bestimmte Zielgruppen;
- bessere organisatorische Durchführung von Vorsorge und Früherkennung einschließlich individueller Benachrichtigung;
- Dokumentation der Ergebnisse von Früherkennungsuntersuchungen;
- Nutzung der Daten für die Forschung im Gesundheitswesen, besonders im Bereich der Sozialmedizin und Epidemiologie;
- Datenaustausch zwischen den Trägern der Sozialversicherung einschließlich ihrer ärztlichen Dienste (Sozialärztlicher Dienst);
- rationelle Erledigung von massenhaft auftretenden Verwaltungsabläufen.

Die Anwendung der EDV in der Krankenversicherung ermöglicht die Ausgabe eines **Versichertenalausweises** für Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige sowie eine entsprechende **Versicherungsnummer**, die mit der der Rentenversicherung identisch sein muß. Der Versichertenausweis muß als Berechtigungsschein den Krankenschein ersetzen. Dessen wichtigste Funktionen, nämlich der Nachweis des Leistungsanspruches sowie die Abrechnungsfunktion für Arzt und Zahnarzt, können mit Hilfe des Versichertenalausweises ebenfalls erfüllt werden. Erhebliche Einsparungen an Verwaltungskosten sind möglich. Weiterhin wird es mit Hilfe der EDV möglich sein, die Transparenz des Leistungsgeschehens so zu steigern, daß den Versicherten die Leistungen der sozialen Krankenversicherung, die in Anspruch genommen wurden, mitgeteilt werden können.

b) Institut für Forschung und Lehre

Die auf die soziale Krankenversicherung mit der Umorientierung zur Gesundheitsicherung zukommenden Probleme bedürfen weiterer wissenschaftlicher Klärung. Nach Auffassung des DGB benötigt die soziale Krankenversiche-

rung dazu eine eigene Einrichtung für Forschung und wissenschaftliche Analysen, die der Selbstverwaltung und der Verwaltung die notwendige Aufklärung über die verschiedenen Probleme vermittelt.

Während andere Institutionen (z. B. pharmazeutische Industrie, Krankenhausgesellschaft, Bundesanstalt für Arbeit) entsprechende Einrichtungen besitzen, verfügt die Krankenversicherung, die am dringendsten Aufklärung über sozialwirtschaftliche und medizinische Probleme zur Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik benötigt, über keine eigene Forschungseinrichtung.

Neben der Forschung muß auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der Sozialversicherung Beschäftigten intensiviert werden. Hierbei ist dem Funktionswandel der Krankenversicherung Rechnung zu tragen. Ausbildungssysteme und -inhalte müssen den von der Gesellschaft an die Krankenversicherung gestellten Ansprüchen genügen.

Der DGB fordert deshalb die Errichtung eines Instituts für Forschung und Lehre der sozialen Krankenversicherung, das als Grundstock für eine entsprechende Einrichtung der gesamten Sozialversicherung dienen könnte. Aufgabe des Instituts muß sein, Konzeptionen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der Krankenversicherung Beschäftigten zu entwickeln, Seminare, Kolloquien usw. durchzuführen, Selbstverwaltung und Verwaltung wissenschaftlich zu beraten sowie eigene Untersuchungen anzustellen. Das Institut sollte als Anstalt des öffentlichen Rechts von den beteiligten Krankenversicherungsverbänden einschließlich der Ersatzkassen errichtet und finanziert werden.

c) Dachverband der sozialen Krankenversicherung

Fragen der Forschung und Ausbildung, der integrierten Datenverarbeitung und andere Probleme, wie Gemeinschaftsaktionen zur Erreichung einer stärkeren Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, zwingen zu einer besseren institutionellen Zusammenarbeit innerhalb der sozialen Krankenversicherung. Ein Dachverband, ähnlich dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, würde der sozialen Krankenversicherung auf der Basis ihrer gegliederten Struktur verstärkt die Möglichkeit gemeinsamer Aktionen eröffnen und ihre Position gegenüber anderen Interessengruppen (z. B. Ärzteschaft, Apotheken, Krankenhäusern) verbessern.

2. Verstärkte Integration im System der Gesundheitssicherung

Der Ausbau des Gesundheitswesens zu einem System der Gesundheitssicherung setzt eine bessere Integration der Bereiche freie Praxis, Krankenhaus und Öffentlicher Gesundheitsdienst — bei Wahrung ihrer Eigenständigkeit — voraus. Das vom DGB geforderte integrierte Gesundheitssystem muß sicherstellen, daß jeder Patient entsprechend Art und Schwere seiner Krankheit der jeweils erforderlichen Versorgungseinrichtung zugeführt wird. Der Datenverarbeitung kommt hierbei eine besondere Rolle zu, denn mit ihrer Hilfe besteht die Möglichkeit, die durch größere Spezialisierung und Vernetzung auseinanderstrebenden Teilbereiche der Medizin wieder zu einem einheitlichen Ganzen zusammenzufassen.

Es ist ein auf die Bedürfnisse der Krankenversicherung, der Ärzteschaft, der Wissenschaft und der Gesundheitspolitik abgestelltes Informationssystem zu verwirklichen, in dem die persönlichen, sozialen und medizinischen Daten gespeichert werden. Dabei ist ein für alle medizinischen Einrichtungen in der Bundesrepublik einheitliches Dokumentations- und Informationssystem zu entwickeln. Von zentralen Datenverarbeitungsanlagen können dann vom Arzt die benötigten Daten (Diagnosehilfen, z. B. Vorerkrankungen, frühere Behandlungen, Ergebnisse der letzten Früherkennungsuntersuchungen, Literaturhinweise) abgerufen werden. Ein Datenschutzgesetz muß sicherstellen, daß die hier gesammelten Daten nicht mißbräuchlich verwendet werden. Das auch auf der Schweigepflicht beruhende persönliche Vertrauensverhältnis zum freigewählten Arzt darf nicht durch mißbräuchliche Benutzung von Datenbanken unterlaufen werden. Medizinische Daten dürfen ausschließlich von dazu berechtigten Ärzten — im Einverständnis mit den Patienten — abgerufen werden.

Vordringlich zu verbessern ist der Informationsaustausch — vor allem zwischen freier Praxis und Krankenhaus — u. a. auch zur Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen bzw. zur Verminderung der Krankenhaushäufigkeit. Das vom DGB vorgeschlagene MTZ, dessen Einrichtungen sich sowohl Krankenhausärzte als auch freipraktizierende Ärzte bedienen, fördert diese Entwicklung. Die Kommunikation zwischen den Ärzten über die diagnostischen Möglichkeiten in freier Praxis muß verbessert werden. Ein Teil der dem Krankenhaus überwiesenen Patienten könnte dadurch im Rahmen der ambulanten Behandlung versorgt werden, teure Überkapazitäten im Krankenhaus würden eingespart.

XIII.

Änderungen im Versicherungsrecht der sozialen Krankenversicherung

Auch im Leistungs- und Versicherungsrecht der sozialen Krankenversicherung sind Änderungen erforderlich. Der DGB fordert:

1. Ausdehnung des Personenkreises

Durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte und die Einführung einer Pflichtversicherung für Studenten ist der durch die soziale Krankenversicherung gesicherte Personenkreis auszudehnen. Abgesehen davon, daß die studentischen Versicherungseinrichtungen nur einen ungenügenden Versicherungsschutz bieten und die Situation von Hochschule zu Hochschule unterschiedlich ist, kann nicht eingesehen werden, daß im Hinblick auf die Krankenversicherung Personen in theoretischer Berufsausbildung anders als Personen in überwiegend praktischer Berufsausbildung behandelt werden.

2. Beseitigung der Krankenscheinprämie und der Arzneimittelkosten-Selbstbeteiligung

Die Prämie für nicht in Anspruch genommene Krankenscheine ist ebenso wie die Arzneimittelkosten-Selbstbeteiligung zu beseitigen. Wie die Erfahrungsberichte der Versicherungsträger bzw. der Apotheken ausweisen, haben sich die im Zusammenhang mit dem Lohnfortzahlungsgesetz vorgenommenen Änderungen mit der Absicht einer verstärkten Selbstbeteiligung der Patienten nicht bewährt.

Durch die Krankenscheinprämie konnte — wie nicht anders zu erwarten — keine Entlastung der Krankenversicherung von den Kosten für ärztliche Behandlung erzielt werden. Der mit der Auszahlung der Krankenscheinprämie verbundene Verwaltungsaufwand ist nicht vertretbar. Außerdem sieht der DGB einen krassen Widerspruch darin, einerseits Versicherte mit einer Prämie zu belohnen, wenn sie nicht zum Arzt gehen, andererseits aber alle Versicherten aufzufordern, regelmäßig den Arzt zum Zwecke der Früherkennung von Krankheiten in Anspruch zu nehmen.

3. Ausbau der kassenzahnärztlichen Versorgung

Der DGB verlangt den Ausbau der kassenzahnärztlichen Versorgung. Kieferorthopädie und Zahnersatz müssen als Sachleistung gewährt werden. Die bisherigen Regelungen haben sich nicht bewährt. Abgesehen von mitunter nicht unerheblichen Zuzahlungen der Versicherten führt die Situation bei der Versorgung mit Zahnersatz dazu, daß die Patienten — soweit sie nur die prothetischen Grundleistungen in Anspruch nehmen — nicht mit einem optimalen, medizinisch-funktionell ausreichenden Zahnersatz versorgt werden. Kieferanomalien sind nach Auffassung des DGB — von kosmetischen Fällen abgesehen — Krankheiten, ihre Behandlung hat, wie bei anderen Krankheiten auch, im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung zu erfolgen.