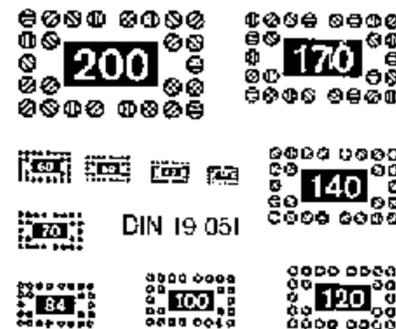


Programm der DAG zur Krankenversicherung

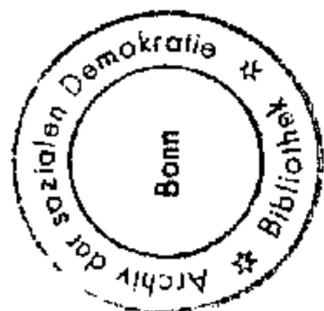


DAG

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-GEWERKSCHAFT
— BUNDESVORSTAND —



Programm der DAG zur Krankenversicherung



DEUTSCHE ANGESTELLTEN-GEWERSCHAFT
Bundesvorstand — Ressort Sozialpolitik
2000 HAMBURG 36, DAG-HOCHHAUS
März 1983

B 94-20

Inhaltsverzeichnis	Seite
Gegliederte Krankenversicherung — Selbstverwaltung	9
Grundsätze der Krankenversicherung	9
Struktur der Krankenversicherung	14
Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung	18
Vorwendung der Mittel in der Krankenversicherung	20
Schutz der Gesundheit — Sicherung bei Krankheit	24
Ausbau der Vorsorge	24
Präventive Maßnahmen der Krankenversicherung	25
Früherkennung	26
Ärztliche und Zahnärztliche Behandlung	27
— Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung	27
— System der Honorierung	31
Betriebsärzte — Arbeitsmedizin	32
Ärztliche Gutachterdienste in der Sozialversicherung	34
Arzneimittel	35
Heil- und Hilfsmittel, Brillen	37
— Heilmittel	37
— Hilfsmittel	37
— Brillen und andere Sehhilfen	38
Zahnersatz	39
Krankengeld	39
Zuschuß zum Krankengeld bei schrittweiser Wiedereingliederung in das Berufsleben	40
Häusliche Krankenpflege	41
Stationäre Behandlung in Krankenhäusern	42
— Krankenhausplanung, Sicherstellung der stationären Behandlung	44
— Krankenhausfinanzierung / Rechnungslegung	47
— Krankenhauspflege	49
— Innere Krankenhausstruktur	51

Vorwort

Vor zehn Jahren, im März des Jahres 1973, legte die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft der Öffentlichkeit ein „Memorandum zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor. Viele Denkanstöße der DAG wurden aufgegriffen und vom Gesetzgeber und, soweit möglich, von der Selbstverwaltung der Krankenversicherung umgesetzt. Wenn auch manche der seinerzeit erhobenen Forderungen noch immer nicht verwirklicht worden sind, so ist es doch an der Zeit, dieses Memorandum durch ein „Programm der DAG zur Krankenversicherung“ fortzuschreiben.

Galt es vor 10 Jahren, die ersten zögernden Schritte der Krankenversicherung auf dem Wege zu einer Einrichtung der Gesundheitssicherung abzustützen und voranzutreiben, so stehen heute — nach Jahren der Kostenexplosionen und mehr oder weniger mißglückten Kostendämpfungen — Fragen der Qualität der Leistungen und ihrer Finanzierung im Vordergrund der Überlegungen. Da jedoch dieser Problembereich auf der politischen Ebene mit Fragen der Struktur des Systems der sozialen Krankenversicherung verknüpft wird, sieht die DAG in dem Komplex „Gegliedertes System — Wettbewerb der Träger — Wahlrecht der Versicherten“ einen weiteren Schwerpunkt ihres Programmes.

Das Programm der DAG zur Krankenversicherung erhebt nicht den Anspruch, ein umfassendes gesundheitspolitisches Programm zu sein. Ausgehend von der Tatsache, daß sich das gegliederte System der sozialen Krankenversicherung bewährt hat, begrenzt es sich im wesentlichen auf heute allgemein die Öffentlichkeit bewegende Fragen.

Das Programm der DAG zur Krankenversicherung fußt auf den Grundsatzbeschlüssen der Bundeskonferenz der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft zur Sicherung und zum Ausbau der gegliederten Sozial-

versicherung und zur Erweiterung und Stärkung der Rechte der Selbstverwaltung. Es grenzt die Aufgaben der Krankenversicherung von denen der Gesellschaft und denen anderer Sozialleistungsträger ab und definiert damit den Standort der Krankenversicherung.

Allen, die uns bei der Formulierung des Programmes beratend unterstützt haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Deutsche Angestellten-Gewerkschaft

Hermann Brandt
Vorsitzender

Walter Quartier
Stellvertr. Vorsitzender

Gegliederte Krankenversicherung — Selbstverwaltung

Grundsätze für die Krankenversicherung

Die Träger der sozialen Krankenversicherung sind als Selbstverwaltungskörperschaften verfaßt. Sie sind sowohl dem Versicherungsprinzip als auch dem Gebot der Solidarität verpflichtet. Der Grundgedanke der Sozialversicherung, die Versichertengemeinschaften als autonome Selbsthilfe-Körperschaften einzurichten und sie durch Beiträge zu finanzieren, hat seinen guten Sinn: Die Gestaltung der sozialen Sicherung wird in einem wesentlichen Bereich dem unmittelbaren Willen der Betroffenen unterworfen und fiskalpolitischen Überlegungen entzogen. Die staatliche Sozialpolitik hat sich auf Rahmensezung durch den Gesetzgeber und Aufsicht durch die Staatsverwaltung zu beschränken. Im Sinne des grundgesetzlichen Sozialstaatsgebots sind die Selbstverwaltungskörperschaften der sozialen Krankenversicherung als Träger der mittelbaren Staatsverwaltung dazu verpflichtet, Gebote der verfassungsmäßigen Ordnung einzuhalten.

*Grundgedanke:
Selbsthilfe-
Körperschaften*

Die Notwendigkeit der Solidarität bedarf, zumal sie als Pflicht zur Solidarität konstruiert ist, ständiger Überprüfung. Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet bewußte und gewollte Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, in der das Risiko des einzelnen von allen mitgetragen wird. Dieses Verständnis setzt die Bereitschaft voraus, in einem für den einzelnen kalkulierbaren Rahmen finanzielle Opfer für die Gemeinschaft zu erbringen. Dem steht die Erwartung gegenüber, im Bedarfsfalle selbst von der Risikogemeinschaft geschützt zu werden.

Solidarität

Die Bereitschaft, sich solidarisch zu verhalten, nimmt ab, wenn sich eine offensichtliche Diskrepanz zwischen den geleisteten Beiträgen und den bei Eintritt des Risikos zu erwartenden Leistungen aufbaut. Auch ist der Gedanke der Solidarität nur dann lebensfähig, wenn solidarisch erbrachte Leistungen auf der Verantwortung des einzelnen und seiner eigenen Vorsorge aufbauen. In diesem Sinne ist die Solidargemeinschaft subsidiär.

Eigenverantwortung

Für die Versicherungspflicht und Beitragsbemessung sowie für das Problem der Übertragung von staatlich veranlaßten

Grundsätze

sozialpolitischen Maßnahmen auf die Krankenversicherung ergeben sich daraus wichtige Schlußfolgerungen:

- Jeder Angestellte und jeder Arbeiter muß — unabhängig von der Höhe seines Einkommens — gegen das Risiko der Krankheit versichert sein (Pflicht zur Versicherung). Der Schutz der Familie setzt eine (Mit-)Versicherung der Ehegatten, Kinder und sonstiger Familienangehörigen ohne eigene Einkünfte voraus.
- Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung ist so festzusetzen, daß auch der höchste Beitrag immer noch ein Äquivalent zu den zu erwartenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt.
- Das Selbstverständnis einer Versichertengemeinschaft, die Abhängigkeit von Beitrag und Leistung, darf nicht durch eine Fehlinterpretation des Subsidiaritätsgebotes, durch die Einführung von Fürsorgeelementen und Bedürftigkeitsprüfungen, ausgehöhlt werden. Damit würde die Krankenversicherung zu einem — zwangsläufig unzulänglichen — Instrument der Umverteilung umfunktioniert; eine Aufgabe, die dem Staat über die Steuergesetzgebung obliegt und für die die Systeme der sozialen Sicherung nicht mißbraucht werden dürfen.
- Die Mittel für die Krankenversicherung müssen durch Beiträge, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern je zur Hälfte zu zahlen sind, aufgebracht werden. Für Bezieher von Lohnersatzleistungen sind die Beiträge vom Leistungsträger zu erbringen. Für Versichertengruppen, die als Nichtarbeitnehmer ¹⁾ der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, sind besondere, einkommensabhängige, ausgabendeckende Beiträge zu erheben.
- Die Aufgaben der Krankenkassen als Träger der sozialen Krankenversicherung sind gegenüber den Aufgaben des Staates, gegenüber den Aufgaben anderer Sozialleistungsträger und gegenüber der Eigenverantwortlichkeit des Versicherten abzugrenzen.
- Aufgaben des Staates und Aufgaben anderer Sozialleistungsträger dürfen den Trägern der Krankenversicherung

1) beispielsweise Studenten, weiterversicherte Selbständige

nung nur gegen Erstattung der gesamten Aufwendungen durch Gesetz oder Vereinbarung übertragen werden.

Der Verpflichtung, sich gegen Krankheit zu versichern, ist nach Auffassung der DAG für alle Angestellten und Arbeiter bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze durch eine allgemeine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entsprechen. Soweit diese Einkommensgrenze überschritten wird, kann die Pflicht zur Versicherung durch eine Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch privatvertragliche Formen der Risikoabdeckung erfüllt werden. Durch die kostenlose Mitversicherung der Familienangehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung übernimmt die Versichertengemeinschaft den Schutz der Familie des Versicherten gegen das Risiko Krankheit.

Pflicht zur Versicherung

Die Pflicht zur Versicherung entspricht unter anderem dem Ziel, kommunale oder staatliche Sozialleistungsträger nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit Aufwendungen zu belasten, die innerhalb von Solidargemeinschaften erbracht werden können, und soll damit staatliche und kommunale Haushalte vor unkalkulierbaren Risiken bewahren. Entsprechend darf der Staat keine eigenen Aufgaben und Aufgaben anderer Sozialleistungsträger ohne Ersatz der Aufwendungen auf die Krankenversicherung übertragen. Dann auch das Krankheitsrisiko muß für den einzelnen und für die Versichertengemeinschaft kalkulierbar sein.

Die unterschiedlichen Beitragsformen — solidarische, einkommensbezogene Beitragsbemessung einerseits und individuelle, risikobezogene Beitragsbemessung andererseits — schließen allerdings eine Rückkehr von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung aus. Das gilt auch, wenn besondere Lebensumstände wie beispielsweise Arbeitslosigkeit und Rentenbezug eintreten.

Gesetzliche und private Krankenversicherung

Es gibt zur Zeit keinen Anlaß zur Veränderung der gegenwärtigen dynamischen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze. ²⁾ Es gibt aus der Sicht der DAG auch keinen Grund, die bestehenden Grenzen nicht auch für Arbeiter gelten zu lassen.

Grenzen für Versicherungspflicht und Beitragsbemessung

2) Nach § 165 Absatz 1 Ziffer 2 der Reichsversicherungsordnung liegt die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte bei 75 v.H. der 10r Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Über die Grundlohnbestimmung des § 180 Absatz 1 RVO gilt die Versicherungspflichtgrenze nach § 385 RVO als Beitragsbemessungsgrenze für alle Versicherten.

Beitrag und Leistung/ Verursacherprinzip Der Zusammenhang von Beitrag und Leistung darf nicht zerstört werden. Deshalb sind auch für Versichertengruppen, die, ohne Arbeitnehmer zu sein, aus besonderen sozialen Erwägungen in den Personenkreis der sozialen Krankenversicherung einbezogen wurden oder werden, ausgabendeckende Beiträge vom Gesetzgeber sicherzustellen³⁾.

Eine Kostenaufteilung nach dem Verursacherprinzip ist derzeit nicht durchgängig verwirklicht⁴⁾. Das Solidaritätsprinzip wird dadurch überstrapaziert. Wer Sozialpolitik betreibt, ohne diese Arbeits- und Aufgabenteilung zu beachten, bringt die soziale Krankenversicherung in eine Legitimationskrise.

Zeitliche Umverteilung Die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nach der Leistungsfähigkeit des Versicherten — gemessen am Einkommen — entspricht in einer gewissen Weise dem Risikoverlauf im Leben. Insbesondere aber garantiert ein einkommensabhängiger Beitrag durch die Einbeziehung des Schutzes der Familie in die Leistungen der Krankenversicherung einen Belastungsausgleich über den zeitlichen Verlauf des Versichertenlebens.

Eigenverantwortung, nicht Selbstbeteiligung/ abgestufte Kostenübernahme Die Legitimation der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch in dem Maße gefährdet, wie deren Einrichtungen als "Selbstbedienungsladen" denunziert oder gar empfunden werden. Die Eigenvorsorge der Versicherten ist deshalb zu unterstützen. Stärkung der Eigenverantwortlichkeit ist jedoch nicht identisch mit der generellen Einführung einer Selbstbeteiligung. Sie erfordert vielmehr ein abgestuftes System der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für derzeitige und künftige Leistungsbereiche. Dieses System muß folgende Elemente enthalten:

Kernbereich der Sicherung bei Krankheit: keine Selbstbeteiligung ● Bei Krankheit, die zu ambulanter ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung oder Krankenhauspflege führt, muß die Krankenkasse die vollen Kosten übernehmen. Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung müssen dem Standard medizinisch gesicherter Kenntnisse entsprechen und dem Gebot der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Die DAG lehnt eine Selbstbe-

3) Als negatives Beispiel sei die Sozialversicherung Behinderteter in geschützten Einrichtungen erwähnt.

4) Nach dem Verursacherprinzip wäre beispielsweise die Mutterschaftshilfe als Bestandteil der Familienpolitik aus dem Etat des Familienministers zu finanzieren, Arbeitskrankungen sind der Unfallversicherung zuzuordnen (siehe auch Seite 21)

teilung der Versicherten in diesem Kernbereich der Absicherung gegen das Risiko Krankheit ab. Entsprechend muß das Krankengeld das durch Arbeitsunfähigkeit entgangene Entgelt ersetzen.

- Bei Leistungen, die überwiegend der Linderung von Krankheitsbeschwerden oder der Vermeidung von Krankheitsfolgen dienen, wird Art und Umfang der Leistung und die Höhe der Kostenübernahme ausschließlich durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt. *Leistungsgestaltung durch Selbstverwaltung*
- Zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge kann die Krankenkasse materielle Anreize schaffen, wenn für den Versicherten Kosten entstehen. Dies kann durch Kostenbeteiligung oder Zuschüsse geschehen⁵⁾. *Hilfe zur Eigenvorsorge*
- Bei geringfügigen Befindensstörungen besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Der behandelnde Arzt darf in solchen Fällen Leistungen, die über die diagnostische Tätigkeit hinausgehen, nicht zu Lasten der Krankenkasse veranlassen. *Keine Krankheit/ keine Leistung*

Die Form der Leistungsdarbietung durch die Krankenkassen muß flexibel gestaltet sein, um den Versicherten die Möglichkeit zu geben, einzelne Leistungen nach ihren individuellen Wünschen gegen Zuzahlung an den Leistungserbringer "aufzustocken". *Leistungsrahmen*

Darüber hinaus ist der Selbstverwaltung die Möglichkeit einzuräumen, ein erhöhtes Krankengeld gegen einen kostendeckenden Zusatzbeitrag allgemein vorzusehen. Dieses Angebot führt dazu, daß der Versicherte angeregt wird, sich der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu entziehen, weil er dadurch im Rahmen der Versichertengemeinschaft seinen vollen Einkommensausfall abdecken kann, ohne die Versichertengemeinschaft zusätzlich zu belasten.

Bestehende Formen von Eigenhalten der Versicherten sollten nur dann beibehalten und ausgebaut werden, wenn ihnen unter dem Gesichtspunkt der möglichen Eigenverantwortlichkeit des Versicherten eine Steuerungswirkung tatsächlich zukommt.

5) Beispiele: Zuschüsse zu Vorsorgekuren, Beteiligung an den Kosten gesundheitlich orientierter Kurse, Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Abgrenzung Der hohe Leistungsstandard der sozialen Krankenversicherung, der die Ansprüche der Versicherten fast durchweg auf einem maximalen Niveau erfüllt, hat dazu geführt, daß heute im Erkrankungsfall nicht nur die besonderen Aufwendungen aus Anlaß der Erkrankungen, sondern auch Ausgabenteile der allgemeinen Lebensführung zu Lasten der Solidargemeinschaft bestritten werden. Die Ausweitung des Krankheitsbegriffs hat diese Tendenz begünstigt und verstärkt. Es wird dann eine Entscheidung über die Abgrenzung dieser beiden Ausgabenbereiche fällig ⁹⁾.

Die soziale Krankenversicherung steht vor der Frage, als subsidiäre Einrichtung für den einzelnen zur Verfügung zu stehen und damit mit der gegebenen Finanzausstattung auch auf Dauer finanzierbar zu bleiben oder aber alle im Zusammenhang mit Krankheit oder Gesundheit stehenden Bedürfnisse auf maximalem Niveau abzudecken und damit in eine weitere, ungebremste Ausgabenexpansion hineinzugeraten.

Struktur der Krankenversicherung

Gegliedertes System Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist als gegliedertes System gestaltet. Dies ergibt sich keinesfalls allein aus der historischen Entwicklung. Vielmehr beruht diese Gliederung auf einer tiefen Einsicht in die Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit eines sozialen Sicherungssystems. Die eindeutige Zurechnung von Leistung und Gegenleistung innerhalb einer durch die tatsächlichen Lebensumstände vergleichbaren Risikogemeinschaft ermöglicht eine klare Kalkulation, läßt Ursachen von Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen und macht den Solidausgleich für die Betroffenen, die sich ja zu einem erheblichen Teil nicht freiwillig versichert haben, einsichtig. Erreicht wird ein hoher Grad an Zustimmung durch die Versicherten.

Die Gliederung ist trotzdem immer wieder zum Gegenstand kritischer Auseinandersetzungen gemacht worden. Dabei sind modellhaft ideologisch-dogmatische Alternativen aufgezeigt worden. Der Beweis für eine "bessere" Lösung ist jedoch nicht erbracht worden. Theoretische Ableitungen

⁹⁾ Beispiele: Wärmflasche, Blutdruckmeßgerät, orthopädische Schuhe; Anrechnung "normaler" Schuhe

überzeugen nicht und werden, soweit verwirklicht, von den Betroffenen auch nicht akzeptiert. Vorbilder des Auslandes beweisen das.

Grundsätzliche Änderungen in unserem gegliederten Krankenversicherungssystem sind nicht angezeigt; werden doch dem deutschen Krankenversicherungssystem beeindruckende Geschlossenheit, hoher Leistungsstandard und weitgehend unbürokratische Arbeitsweise bescheinigt.

Es ist jedoch nicht zu verkennen, daß vielfältige Eingriffe des Gesetzgebers in den letzten Jahren, die mehr am Gedanken der Versorgung als am Gedanken der Versicherung orientiert waren, der Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung geschadet haben: Die Finanzierbarkeit der Krankenversicherung und damit ihr Leistungsniveau ist in Frage gestellt; die Aufgabenwahrnehmung wurde mehr und mehr bürokratisiert, und dem Versicherten geht der Sinn für den solidarischen Charakter seiner Krankenversicherung mehr und mehr verloren.

Versorgung statt Versicherung?

Zu dieser Entwicklung hat auch das Leitbild des Gesetzgebers von einer zentralgesteuerten Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung wesentlich beigetragen. Die DAG fordert die an der Gesetzgebung beteiligten Parteien auf, künftig von einem gegliederten System der Krankenversicherung auszugehen, das sich auf den Wettbewerb zugunsten der Versicherten stützt. Nur so wird dem Grundgedanken der Selbstverwaltung, dem in einer pluralistischen Gesellschaftsordnung auch ein hoher Eigenwert zukommt, entsprochen.

Die Behauptung, die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse auch durch die Gesetzgebung zur Krankenversicherung herzustellen, sei ein Verfassungsauftrag, ist falsch: Die Sozialstaatsgarantie gebietet nicht Gleichheit der Ergebnisse, sondern Gleichheit der Chancen ⁷⁾.

Verfassungsauftrag
Einheitlichkeit der
Lebensverhältnisse

⁷⁾ Bei dem Verfassungspostulat der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse (Artikel 72 und 106 Grundgesetz) handelt es sich nicht um einen Verfassungsauftrag des Sozialstaatsgebots, sondern um einen rein verfahrenstechnischen Hinweis im Zusammenhang mit der konkurrierenden Gesetzgebung von Bund und Ländern (die Gesetzgebungshoheit der Länder geht auf den Bund über, wenn durch Ländergesetze die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse nicht mehr gewahrt ist), und zum anderen um einen Grundsatz bei der Bemessung des Anteils von Bund und Ländern an der Umsatzsteuer.

Vielfalt verfassungskonform Der Gesetzgeber hat keinen Vereinheitlichungsauftrag, vielmehr hat er die unterschiedlichen Regelungen, die sich aus originären Befugnissen vieler Selbstverwaltungsorgane zwangsläufig ergeben, als verfassungskonform zu akzeptieren.

Wahlmöglichkeiten Es entspricht demokratischen Grundsätzen, dem Staatsbürger auch innerhalb der Versicherungspflicht in der sozialen Krankenversicherung Wahlmöglichkeiten und damit zugleich wirkliche Alternativen zu bieten. Als Alternative zu den sogenannten Pflichtkassen erfüllen die Ersatzkassen eine wesentliche Aufgabe im Rahmen eines Wettbewerbsystems. Als Wahlmöglichkeit für den einzelnen Versicherten erfüllen sie das Bedürfnis des einzelnen, sich zwischen verschiedenen Krankenkassen entscheiden zu können.

Wettbewerbsvoraussetzung: Gleiche Rahmenbedingungen Wirksamer Wettbewerb setzt voraus, daß für die beteiligten Krankenkassen gleiche Rahmenbedingungen bestehen. Eine solche Gleichheit aller Kassen muß bei Beachtung der strukturellen Unterschiede der einzelnen Kassenarten insbesondere hinsichtlich der Art und Weise des Zuganges der Mitglieder hergestellt werden.

Wirksamer Wettbewerb zugunsten der Versicherten ist nur möglich, wenn jeder Versicherte die Wahl zwischen mehreren Trägern der Krankenversicherung hat. Deswegen fordert die DAG die Ausweitung der bestehenden Wahlrechte durch folgende Maßnahmen:

- Den Arbeiterersatzkassen muß eine Änderung ihrer satzungsmäßigen Personenkreise in der Weise zugestanden werden, daß auch alle gewerblichen Arbeitnehmer die Wahl zwischen mehreren Krankenkassen haben. Die Möglichkeit von Neugründungen von Arbeiterersatzkassen sollte dabei nicht ausgeschlossen werden.
- Die Versicherten, die einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse kraft Gesetzes angehören, können als Alternative neben einer Ersatzkassenmitgliedschaft auch die Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse ihres Wohn- oder Beschäftigungsortes wählen.
- Für die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen ist ein Initiativrecht der Angestellten und Arbeiter vorzusehen.

Individuelles Wahlrecht für Angestellte Nur für Angestellte ist die Wahlfreiheit derzeit durchgehend als individuelles Wahlrecht realisiert. Die gegenwärtige Ver-

teilung der versicherten Angestellten auf die einzelnen Kassen ist insoweit das Ergebnis eines fruchtbaren, funktionierenden Wettbewerbs. Denn im Gegensatz zu den anderen Kassenarten gibt es keine gesetzliche Zuführung von Mitgliedern zu den Ersatzkassen, und die Entscheidung der Versicherten zugunsten einer Ersatzkasse erfolgte in der Vergangenheit auch bei höherer (durchschnittlicher) Beitragsbelastung⁸⁾.

Für Arbeiter hingegen besteht ein individuelles Wahlrecht weitgehend nur theoretisch. Das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse⁹⁾ kann nur dann ausgeübt werden, wenn der betreffende Arbeiter zum satzungsmäßigen Personenkreis einer der Arbeiterersatzkassen gehört. Die Arbeiterersatzkassen aber sind im Vergleich zu den Angestelltenkrankenkassen in Bezug auf den persönlichen und räumlichen Geltungsbereich sehr stark eingeschränkt.

Durch die Möglichkeit, Betriebs- und Innungskrankenkassen zu errichten, ist ferner ein durch ein Kollektiv auszuübendes Wahlrecht gegeben, das allerdings nur einmalig ausgeübt werden kann, derzeit eine Initiative von Arbeitgeberseite voraussetzt und darüber hinaus verschiedenen gesetzlichen Einschränkungen unterliegt. Das Initiativrecht der Arbeitgeber muß durch ein Initiativrecht der Arbeiter und Angestellten ergänzt werden.

Die vorgeschlagene Neuregelung würde das bestehende System in seinen Grundzügen unberührt lassen und nur punktuelle Änderungen der Zuständigkeitsvorschriften erfordern. Ein durchgehendes individuelles Wahlrecht in der sozialen Krankenversicherung würde die Kassen aller Kassenarten einem leistungs- und effizienzfördernden Wettbewerb in gleicher Weise aussetzen. Beitragshöhe, Service und Leistungsniveau würden die Wahl des Versicherten maßgeblich bestimmen.

Die Unterscheidung von Pflichtkrankenkassen und Wahlkrankenkassen als Unterscheidungsmerkmal von Kassenarten schlechthin würde entfallen. Lediglich im Moment der

8) Durchschnittliche allgemeine Beitragssätze:
Angestellten-Krankenkassen 1970: 9,07%, 1974: 9,81%, 1978: 11,82%, 1982: 11,94%
Ortskrankenkassen 1970: 8,16%, 1974: 9,35%, 1978: 11,51%, 1982: 12,36%

9) § 517 RVO: "Versicherungspflichtige Mitglieder einer Ersatzkasse haben das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse."

Wahlentscheidung würde sich aus der Sicht des Versicherten eine zuständige Krankenkasse und mindestens eine Wahl-Krankenkasse ergeben.

Besondere Risikogruppen Soweit der Gesetzgeber die Versicherung von Sondergruppen vorsieht, sind Zuständigkeitsregelungen zu formulieren, die den Zugang zu allen Kassenarten ermöglichen. Bereits die geltenden Zuständigkeitsvorschriften für solche besonderen Risikogruppen sind offen angelegt; wegen genereller Mobilitätshemmnisse im Mitgliedschaftsrecht erfüllen sie ihren Zweck jedoch nur unzureichend. Die Auffang- und Basisfunktion einer bestimmten Kassenart wird nach den Vorstellungen dieses Programmes entbehrlich.

Beitragseinzug Die vorgeschlagene Neuregelung würde zwangsläufig eine Gleichstellung aller Kassenarten beim Beitragseinzugsverfahren für Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zur Folge haben.

Zusammenarbeit der Träger Bei der Aufgabenerfüllung sollen die Krankenkassen sowie die anderen Sozialleistungsträger auf den verschiedenen Ebenen zusammenarbeiten. Aus der Art und der Schwierigkeit der Aufgabe und aus dem Willen, zu Gemeinsamkeiten zu gelangen, wird sich die angemessene Form der Kooperation und die erforderliche Verbindlichkeit der Koordination ergeben.

Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung

Einkommensabhängiger Beitrag Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erheben Beiträge zur Finanzierung ihrer Aufgaben, die je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom versicherten Arbeitnehmer zu tragen sind¹⁰⁾. An der ausschließlich vom Einkommen des Versicherten abhängigen Beitragsfinanzierung ist festzuhalten. Der unbedingt zu bewahrende Versicherungscharakter der gesetzlichen Krankenversicherung läßt es nicht zu, andere Beitragsbemessungsformen einzuführen. Die DAG lehnt einen an der Wertschöpfung des Unternehmens orientierten Beitrag zur Aufbringung des Arbeitgeberanteils an der Krankenversicherung ab.

10) Der Arbeitgeberanteil bei Privatversicherten beträgt ebenfalls die Hälfte der Versicherungsprämie, höchstens jedoch die Hälfte des durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrages.

Kostendeckende Zusatzbeiträge zu Lasten des Versicherten für ein Zusatzkrankengeld für Versicherte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sollten bei allen Kassenarten ermöglicht werden.

Zusatzbeitrag

Ebenso berührt die Forderung der DAG, nach der die Arbeitgeber zu verpflichten sind, stets die Hälfte des tatsächlichen Krankenversicherungsbeitrages zu übernehmen, die derzeit bereits durch Gesetz gegebene Möglichkeit nicht, die Beitragsanteile des Arbeitgebers nach einem höheren Beitragssatz zu bemessen, sofern dies nach dem Erwerbszweig und der Berufsart der Versicherten durch besondere Gesundheitsgefährdungen angezeigt ist¹¹⁾. Im Hinblick auf die Zunahme arbeitsbedingter Erkrankungen¹²⁾ fordert die DAG die Selbstverwaltungsmitglieder auf, bis zu einer sachgerechten Ausweitung des Leistungskataloges der gesetzlichen Unfallversicherung¹³⁾ von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen und dem Verursacherprinzip dadurch stärker Rechnung zu tragen.

Beitragsanteil des Arbeitgebers

Für Versichertengruppen, die nicht originär, d. h. als Arbeitnehmer, zum Personenkreis der sozialen Krankenversicherung gehören, jedoch aus sozialpolitischen Überlegungen vom Gesetzgeber in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen wurden, müssen, soweit die Versicherten dazu nicht in der Lage sind, ausgabendeckende Beiträge vom Staat, als Veranlasser dieser Versicherung, übernommen werden. Von der Gruppe der Weiterversicherten (zum Beispiel Selbständige, die zuvor als Arbeitnehmer versichert waren) sind einkommensabhängige, ausgabendeckende Beiträge zu erheben.

Ausgabendeckende Beiträge für Sondergruppen

Überträgt der Gesetzgeber der Krankenversicherung Leistungen aus seinem Aufgabenbereich oder aus dem Aufgabenbereich anderer Sozialleistungsträger, sind entsprechend dem Verursacherprinzip den Krankenkassen die Ausgaben einschließlich der Verwaltungskosten in voller Höhe zu erstatten. Das gilt insbesondere für die familien- und so-

Ausgabenerstattung bei Fremdleistungen

11) § 384 AVO eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, durch Satzung die Höhe der Beiträge nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abzustufen und eine höhere Bemessung der Beitragssätze des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zuzulassen, soweit die Erkrankungsgefahr dort erheblich höher ist.

12) Beispielsweise verursacht durch Tätigkeiten in Schichtbetrieben oder in Warmbetrieben der Eisen- und Stahlindustrie.

13) Vergleiche auch Abschnitt "Betriebsärzte — Arbeitsmedizin" Seite 32 folgende.

zialpolitisch dringend gebotenen Leistungen wie die Mutterchaftshilfe und die "sonstigen Hilfen" (flankierende Maßnahmen zu § 218 des Strafgesetzbuches), deren Sicherstellung aus Zweckmäßigkeitsgründen der sozialen Krankenversicherung überlassen bleiben muß.

Finanzausgleich Ein gesetzlich erzwungener Finanzausgleich in der sozialen Krankenversicherung wird von der DAG grundsätzlich abgelehnt. Die gegenwärtigen gesetzlichen Möglichkeiten zum Ausgleich von unterschiedlichen Belastungen und zu weitergehenden Finanzausgleichen auf der Landesverbandsebene einer Kassenart sind vom Grundsatz her ausreichend ¹⁴⁾. Entsprechendes gilt für die Ersatzkassen ¹⁵⁾. Wahlrecht und Wettbewerb machen Zwangsvorschriften für einen Finanzausgleich überflüssig.

Verwendung der Mittel in der Krankenversicherung

**Relation
Aufwand/Leistung** Die Ausgaben für die gesundheitliche Sicherung haben in der Bundesrepublik Deutschland, insbesondere soweit sie durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden, ein außerordentlich hohes Niveau erreicht. Die DAG hat erhebliche Zweifel, ob diese Aufwendungen noch in einem vernünftigen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Sie richtet an alle Beteiligten — die Versicherten und die Selbstverwaltungen ihrer Krankenkassen, die Kassenärzte und die Erbringer der von ihnen verordneten Leistungen — die Forderung, dem Wirtschaftlichkeitsgedanken vermehrt Rechnung zu tragen.

**Einnahmeorientierte
Ausgabenpolitik** Eine weitere Belastung der Volkswirtschaft, die sich im wesentlichen in höheren Beiträgen zur Krankenversicherung widerspiegelt, ist nur vertretbar, wenn damit Effizienzverbesserungen einhergehen, die in der Krankenversicherung

14) Gemäß § 414 b Absatz 2 RVO kann die Satzung der Landesverbände eine Umlage der Mitgliedskassen vorsehen, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken. Nach Absatz 2 a des gleichen Paragraphen können die Satzungen der Landesverbände auch einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller beteiligten Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet. Der Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen, ohne die Leistungen für die Rentner, zur Summe der Grundlöhne im abgelaufenen Geschäftsjahr. Erstattungen, Mehrleistungen sowie die Ausgaben für Zahnersatz bleiben unberücksichtigt.

15) Nach § 509 RVO können die Ersatzkassen ebenfalls miteinander eine Umlage vereinbaren.

oder aber in anderen Bereichen zu einer spürbaren Entlastung führen ¹⁶⁾. Dies ist nach Auffassung der DAG in den letzten Jahren trotz einer im Vergleich zur Einnahmementwicklung überproportionalen Steigerung der Ausgaben nicht der Fall gewesen. Bei einem nahezu gleichbleibenden Leistungsgrad des Gesundheitswesens sind Ausgabensteigerungen, die das Maß der Beitragsmehreinnahmen durch die normalen Einkommenszuwächse der Versicherten (Grundlohnsteigerung) überschreiten und somit Beitragsatzanhebungen auslösen, nicht zu vertreten. Und ausschließlich unter diesem Gesichtspunkt kann eine Forderung nach einer "einnahmeorientierten Ausgabenpolitik" in der Krankenversicherung erhoben werden. Verfehlt ist es jedoch, diese "Einnahmeorientierung" auf einzelne der Leistungsbereiche der Krankenversicherung zu beziehen. Damit werden nicht nur bereits heute überholte Strukturen festgeschrieben, sondern auch Fehlentwicklungen auf Dauer stabilisiert und zum Beispiel eine Ausdehnung der präventiven Maßnahmen, die zu Einsparungen in der kurativen Medizin führen dürften, verhindert.

Aus der Forderung nach Ausdehnung präventiver Maßnahmen darf nicht geschlossen werden, daß die Krankenversicherung Träger aller gesundheitspolitischen Aufgaben sei.

Verursacherprinzip

Der gesetzliche Auftrag der Krankenversicherung zur Heilung oder Linderung von Krankheit durch zweckmäßige und ausreichende Maßnahmen sollte nicht durch neue Begriffe von "Gesundheit" so ausgedehnt werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung in alle Lebensbereiche eingreift ¹⁷⁾. Im Gegenteil, es muß überlegt werden, wie die Krankenversicherung von Aufgaben entlastet werden kann, die nach dem Verursacherprinzip anderen Trägern zuzuordnen sind. Eine derartige Entlastung hätte nahezu zwangsläufig zur Folge, daß in den zuständigen Bereichen dann vermehrt vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Folgekosten ergriffen würden. Das schließt jedoch nicht aus, daß die Krankenkassen als Versicherer auch Schadensverhütung betreiben.

16) Beispiele: Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und damit von Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber oder Vermeidung einer vorzeitigen Verrentung.

17) Die Definition von "Gesundheit" durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO): "Ein Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein des Fehlen von Krankheiten und Gebrechen" kann nicht der Maßstab für den Leistungskatalog der Krankenversicherung sein.

Mengenzuwachs Die Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden sowohl von der Preis- als auch von der Mengenkompente bestimmt. Hierbei ist der Mengenzuwachs bei relativ konstanter Versichertenzahl besonders bedenklich, weil er — im Gegensatz zur Preisentwicklung, die von den Vertragspartnern unmittelbar bestimmt wird ¹⁸⁾ — relativ ungezügelt verläuft. Das gilt sowohl für den Bereich der ärztlichen Behandlung als auch für die durch Ärzte bewirkten Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Ein vermehrtes Angebot läßt die Versicherten Wünsche an die Ärzte herantragen, die das Maß des Notwendigen zur Erzielung des Heilerfolges überschreiten und unwirtschaftlich sind ¹⁹⁾. Der behandelnde Arzt steht in der Gefahr, diesen Wünschen entgegen den gesetzlichen Bestimmungen nachzukommen. Weil er sich in einer Wettbewerbssituation mit anderen Ärzten sieht, ist es möglicherweise aus seiner Sicht eine "wirtschaftliche Notwendigkeit". Gestärkt wird der Arzt in seiner Haltung von Veröffentlichungen und Auskünften, in denen ausreichende und zweckmäßige Krankenpflege nicht von notwendigen oder unwirtschaftlichen Leistungen abgegrenzt wird.

Mengenbegrenzung Vermehrte Aufklärung von Versicherten und Ärzten über die Wirtschaftlichkeit von Leistungen ist Voraussetzung für eine wirksame Mengenbegrenzung. Darüber hinaus sollte diesem Problem auch durch Beschränkungen des Zugriffes von Leistungserbringern im Gesundheitsbereich auf die Kassen der Krankenversicherung begegnet werden. Hierbei ist in erster Linie an die Minderung ihrer Zahl, aber auch an die Ausgrenzung von Leistungen bei geringfügigen Befindensstörungen und von Leistungen, die dem Bedarf des täglichen Lebens zuzurechnen sind, aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung zu denken.

18) oder nach den Vorstellungen der DAG bestimmt werden müßte

19) Vergleiche auch § 182 (2) RVO: "Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten."

Die Leistungen der Krankenversicherung müssen ausreichend und zweckmäßig sein. Sie werden, abgesehen von Lohnersatzleistungen, als Sachleistungen oder als Zuschuß ²⁰⁾ gewährt. Eine Kostenerstattung ist dann vorzusehen, wenn die Krankenkasse die vorgesehene Leistung nicht durch Verträge als Sachleistung sicherstellt oder der Versicherte eine privatärztliche Behandlung wünscht. Sollten auf Wunsch des Versicherten in Anspruch genommene Leistungen das Maß des Notwendigen und Wirtschaftlichen überschreiten, sind ihm nur die Ausgaben zu erstatten, die unter Anlegung eines strengen Maßstabes von der Krankenkasse dann aufzubringen wären, wenn es sich um eine vertraglich sichergestellte Leistung handeln würde.

*Sachleistung, Zuschuß,
Kostenerstattung*

20) Siehe auch die grundsätzlichen Ausführungen auf Seite 7 und folgende.

Schutz der Gesundheit — Sicherung bei Krankheit

Ausbau der Vorsorge

Umwelt Gute Gesundheit ist nicht nur ein Glücksfall. Sowohl individuelles Verhalten als auch vielfältige Umwelteinflüsse wirken auf die Gesundheitssituation des Menschen ein. In beiden Bereichen haben Maßnahmen anzusetzen, die helfen, dem Wunschbild nach einem umfassenden Wohlbefinden der Menschen näher zu kommen.

Gesetzgeber und Verwaltungen von Bund, Ländern und Kommunen haben im Rahmen ihrer Kompetenzen gesundheitsschädigende Einflüsse der Umwelt soweit wie irgend möglich abzubauen. Die Einwirkungsbereiche gehen hier von Fragen der Umweltverschmutzung, des Wohnens, des Straßenverkehrs bis hin zu Fragen der Freizeitnutzung.

Arbeitsschutz Die Gesundheitsgefährdung in der Arbeitswelt ist durch besseren Arbeitsschutz entscheidend zu vermindern. Hier kommt der Selbstverwaltung in der Unfallversicherung eine maßgebliche Aufgabe zu. Sie muß allerdings die Möglichkeit erhalten, sowohl über Normensetzung als auch über Aufklärung und Beratung wesentlichen Einfluß auf die Gestaltung der Arbeitswelt nehmen zu können.

Auch die Humanisierung der Arbeitswelt ist ein wesentlicher Teil der gesundheitlichen Vorsorge. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Betriebs- und Personalräte als auch der Vertrauensmänner der Schwerbehinderten müssen in dieser Hinsicht gestärkt werden. Tarifvertragliche Regelungen in diesem Bereich sollten von allen Seiten gefördert werden. Arbeitnehmer müssen bei eintretender Minderung ihrer Leistungsfähigkeit einen Rechtsanspruch erhalten, auf Arbeitsplätze versetzt zu werden, die sie — entsprechend den Erkenntnissen der Arbeitsmedizin — auszufüllen vermögen.

**"Gesundheit"
ein allgemeiner
Bildungsauftrag** Den gesundheitlichen Gefahren, die aus dem individuellen Verhalten des einzelnen hervorgehen, ist durch eine umfangreiche Aufklärungs- und Beratungstätigkeit zu begegnen. Im wesentlichen sind hier Elternhaus, Kindergarten und Schule gefordert. Fragen der Hygiene, der Ernährung und der Suchtgefahren und eines gesundheitsbewußten Umganges mit sich selbst sind ein allgemeiner Bildungsauftrag, der sich nicht an die Krankenkasse richten kann. Diese

Solidargemeinschaften haben allerdings den Auftrag, Bildungsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge zu fördern und zu unterstützen. Einzelheiten sollte die Satzung regeln.

Präventive Maßnahmen der Krankenversicherung

Individuelle Gesundheitsprobleme und Gefährdungsfaktoren entziehen sich größtenteils einer allgemeinen Aufklärung. Es bleibt zu prüfen, ob die Krankenkassen ihren Versicherten eine qualifizierte Gesundheitsberatung, verbunden mit einer Statusuntersuchung durch einen Arzt, anbieten können. Die DAG begrüßt, daß sich Ersatzkassen zu einem Modellversuch entschieden haben²¹⁾. Sollte sich die ärztliche Gesundheitsberatung im Modell bewähren, wird die DAG ihre Mitglieder in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung auffordern, ärztliche Gesundheitsberatungen als Leistung ihrer Krankenkasse satzungsmäßig vorzusehen. Berechtigte Versichertenkreise und Umfang der Beratung sollten sich aus der spezifischen Zusammensetzung des Versichertenkreises der jeweiligen Versicherungsträger ergeben.

Gesundheitsbewußte und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen sind durch Maßnahmen der Krankenkassen im Rahmen des Satzungsrechtes zu fördern und zu unterstützen. Hierzu gehört auch die Unterstützung bei der Mitarbeit des Versicherten in Selbsthilfegruppen und vergleichbaren Einrichtungen, soweit gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse für die Wirksamkeit der Maßnahmen vorliegen.

Als präventive Maßnahme sind auch stationäre Kuren bei Frühstadien einer Krankheit als satzungsmäßige Leistung der Krankenversicherung vorzusehen. Abzugrenzen hiervon sind die Heilverfahren der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die das Ziel haben, eine drohende Erwerbsunfähigkeit abzuwenden. Das präventive Kurangebot der Krankenkassen wird sich insoweit in erster Linie an den Kreis der mitversicherten Familienangehörigen und an die nicht mehr erwerbstätigen Versicherten richten. Soweit es gilt, eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, die nicht mit einer andauernden Erwerbsunfähigkeit gleichgesetzt werden kann, abzuwenden oder zu verkürzen, richtet es sich

²¹⁾ Ein Modellversuch in drei Regionen des Bundesgebietes sieht für 30 bis 50-jährige Versicherte eine Statusuntersuchung und ein Beratungsgespräch von 30 Minuten durch entsprechend fortgebildete Ärzte vor.

auch an die Versicherten selbst. Die Anforderungen, die an die Qualität und an die Wirtschaftlichkeit dieser Maßnahmen gestellt werden, sind so zu gestalten, daß sich der heutzutage bei Kuren sehr leichtfertig geäußerte Verdacht, es handele sich um einen von der Krankenkasse finanzierten Urlaub, von vornherein ausgeschlossen wird.

Durch die Loslösung des Versicherten aus seinem Alltag bieten stationäre Kuren der Krankenversicherung — aber auch Heilverfahren der Rentenversicherung — besondere Chancen für die freiwillige Eingewöhnung in gesundheitsbewußte Verhaltensweisen.

Kinder- und Jugendkuren kommen sowohl unter dem Aspekt der Vorsorge als auch der Frühbehandlung eine besondere Bedeutung zu. Bei Kuren für Kleinkinder sollten Aufnahmemöglichkeiten für eine Bezugsperson des Kindes gegeben sein.

Die Leistungsverpflichtungen anderer Träger der sozialen Sicherung sind als vorrangig anzusehen, das gilt in erster Linie für Maßnahmen der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation. Hier muß durch Änderung des Leistungsrechts dem Präventionsgedanken wieder vermehrt Rechnung getragen werden²²⁾. Die Anforderungen an Qualität und Inhalt der Maßnahmen müssen für alle Träger in gleichem Umfang gelten.

Schutzimpfungen Zu den schadensverhütenden, bezuschußbaren Maßnahmen der Krankenversicherung gehören auch Schutzimpfungen (soweit sie nicht zur Abwehr besonderer Gefahren für die Gesamtbevölkerung dienen²³⁾ oder für private Reisen erforderlich werden), insbesondere gegen Grippeerkrankungen, Tetanus und Röteln.

Früherkennung

Sicherstellung Die bisherigen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind ein begrüßenswerter Beginn auf dem Wege zu einer umfassenden Gesundheitssicherung. Wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, gilt es jedoch, sowohl in der Bereit-

22) Mit dem Wegfall von Heilverfahren zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zum 1.1.1982 durch das 2. Haushaltsstrukturgesetz ist der Rentenversicherung das wesentliche Instrument der Vorsorge genommen worden. Die Rentenversicherung kann Heilverfahren derzeit nur gewähren, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Siehe auch §§ 13 AVG u. 1236 RVO

23) Schutzimpfungen nach dem Bundesseuchengesetz bei übertragbaren Krankheiten in bösartiger Form.

schaft zur Untersuchung als auch in ihrer Sicherstellung zu einem befriedigenderen Ergebnis zu kommen.

Das Instrument der Früherkennungsuntersuchung sollte nach wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen weiter ausgebaut werden. Hier ist an die Herz-Kreislauf- und die Stoffwechselerkrankungen zu denken. Einzeluntersuchungsprogramme sind zu koordinieren und alle geeigneten Einrichtungen bei den Früherkennungsmaßnahmen zu beteiligen. Eine Kombination von Früherkennungsuntersuchungen und präventiven Maßnahmen ist — insbesondere hinsichtlich von Nebenbefunden — denkbar. Wie bei der Prävention sind berechnete Versichertenkreise und Umfang der Maßnahmen nach der Zusammensetzung des Versichertenkreises durch die Selbstverwaltung des Trägers zu bestimmen.

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Für die gesundheitliche Versorgung, sei es die Früherkennung, die Gesundheitsberatung oder die kurative Medizin, soll nach Auffassung der DAG auch weiterhin der niedergelassene Arzt beziehungsweise Zahnarzt der Ansprechpartner des Versicherten sein.

Die vielfältigen Ursachen von Erkrankungen im somatischen, sozialen und psychischen Bereich erfordern für Diagnostik und Therapie ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das setzt einerseits eine Wahlmöglichkeit des Versicherten zwischen verschiedenen Ärzten, aber andererseits auch eine relativ enge Bindung an den Arzt seines Vertrauens, den Hausarzt, voraus.

Entsprechende persönliche Beziehungen können nur zu einem bestimmten Arzt aufgebaut werden. Wahlmöglichkeiten sind nur gegeben, wenn mehr als ein Arzt auch erreichbar ist. Die DAG lehnt die Konzentration ambulanter ärztlicher Dienstleistungen in medizinisch-technischen Zentren mit angestellten Ärzten ab.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung

Das geltende Kassenarztrecht überträgt die gemeinsame Verantwortung von Ärzten und Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten im wesentlichen den kassenärztlichen Vereinigungen. Sie haben quasi das gesetzliche Monopol für die ambulante ärztliche Versor-

gung der Versicherten der Krankenkassen. Entsprechendes gilt für die ambulante zahnärztliche Versorgung und die kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Zur Vereinfachung wird im folgenden nur die ambulante ärztliche Versorgung angesprochen; die dort getroffenen Feststellungen lassen sich auf die ambulante zahnärztliche Versorgung übertragen.

Unbegrenzter Zugang Der Zugang von Ärzten zur kassenärztlichen Versorgung ist aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zur Zeit nicht begrenzt. Angesichts einer hohen Zahl von Ärzten in der Aus- und Weiterbildung und eines relativ hohen Sozialprestiges des niedergelassenen Arztes ist zu erwarten, daß bei konstanter Zahl der Versicherten die Zahl der ambulant im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung tätigen Ärzte weiter ansteigt. Das ist in der Vergangenheit bereits geschehen. Der Leistungsumfang ist dadurch gestiegen und hat zu Mehrausgaben der Krankenversicherung geführt. Es wird wissenschaftlich bezweifelt, daß damit Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Versicherten erreicht wurden.

Mengenzuwachs Gefördert wird diese Entwicklung durch die Therapiefreiheit des Arztes. Diese im Grunde wesentliche Voraussetzung für ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ermöglicht es dem einzelnen Arzt, seine Dienstleistungen, bezogen auf den einzelnen Fall, mengenmäßig selbst festzulegen. Der zusätzliche Nutzen von vermehrten ärztlichen Einrichtungen ist jedoch gering.

**Trennung
Niederlassung/
Kassenzulassung** Eine Begrenzung der Gesamtausgaben "Deckelprinzip" und auch Leistungskomplexhonorare gefährden die Therapiefreiheit des Arztes. Eine pauschale Begrenzung des Zuwachses der Gesamtvergütungen könnte bei unverändertem Verteilungsmaßstab auch dazu führen, daß der einzelne Arzt zum Ausgleich für Einkommensverluste oder aber zu seiner Einkommenserhöhung mehr Leistungen als bisher erbringt, verbunden mit der Gefahr eines relativ oberflächlichen ärztlichen Handelns. Die DAG sieht den besten Ansatz zur Vermeidung einer ineffektiven Mengenausweitung ärztlicher Dienstleistungen zu Lasten der Krankenkassen darin, daß geeignete Ärzte von den Krankenkassen durch Vertrag zur Erbringung von Leistungen der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung für ihre Versicherten berechtigt und verpflichtet werden. Das gegenwärtige Zulassungsprinzip für Ärzte und Zahnärzte hat in Verbindung mit der Therapiefreiheit eine Art Alimentation geschaffen, der

vergleichbare Pflichten allerdings nicht gegenüber stehen. Die Fortsetzung dieses Verfahrens gefährdet den Kassenarzt in seiner Freiberuflichkeit und setzt auch die Therapiefreiheit Gefahren aus, da das gegenwärtige Zulassungsverfahren bei steigenden Arztzahlen dirigistische Regelungen geradezu provoziert.

Die DAG setzt sich im Interesse des Versicherten entschieden für die freiberufliche Tätigkeit des Arztes und die Therapiefreiheit ein. Das wird dadurch garantiert, daß die Krankenkassen ihre Vertragspartner unter den niedergelassenen Ärzten bei Wahrung der Chancengleichheit aller Interessenten in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung der Ärzte bestimmen können. Hierbei sind kollektive Vertragsformen denkbar. Die vertraglichen Beziehungen der Ersatzkassen für die ambulante ärztliche Versorgung können in wesentlichen Punkten als Modell dienen.

Nur mit einer Zulassung dieser Art wird eine Steuerung des Angebots ärztlicher Leistungen möglich. Die Verteilung von Allgemeinärzten und Fachärzten könnte dann so gestaltet werden, daß eine qualifizierte und umfassende Krankenbehandlung im ambulanten Bereich garantiert wird, ohne daß die Wahlmöglichkeit des Versicherten und die Therapiefreiheit des Arztes eingeschränkt werden.

Die Vorschläge der DAG engen das Grundrecht der freien Berufswahl nicht ein: Mit der Ausbildung zu einem Beruf wird keinem das Anrecht auf einen Arbeitsplatz in diesem Beruf garantiert. Dem approbierten Arzt sind neben der Niederlassung vielfältige Berufsausübungsmöglichkeiten gegeben, wie im Krankenhaus und in vergleichbaren Spezialeinrichtungen, in den arbeitsmedizinischen Diensten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und im Sanitätswesen.

Ihren Vorschlägen steht auch die Kooperation von Ärzten zum Zwecke einer gemeinsamen vollen Nutzung kostspieliger medizinischer Technik nicht entgegen. Es wäre unwirtschaftlich, alle Praxen niedergelassener Ärzte apparativ nach dem neuesten Stand der Technik ausstatten zu wollen. Deswegen können Apparat- und Praxisgemeinschaften sinnvoll sein; Diagnose und Therapie dürfen jedoch nicht getrennt werden.

Die überörtliche, langfristige Planung der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird sich auch der apparativen Infrastruktur widmen müssen. Dabei sind vor-

Vertragsarzt

*Verteilung
Hausarzt/Facharzt*

Kein "Berufsverbot"

Praxis-Gemeinschaften

Apparative Infrastruktur

handene Kapazitäten anderer ärztlicher Dienste und der Krankenhäuser einzubeziehen. Die Investitionen müssen sich auch an der Kosten-Nutzen-Relation orientieren, nicht nur am medizinisch Wünschenswerten. Das gilt für den ambulanten Bereich ebenso wie für den stationären, insbesondere beim Einsatz von Großgeräten. Stets sollte die Nutzung vorhandener Einrichtungen Vorrang genießen.

Hausarzt/Facharzt Die ambulante ärztliche Versorgung ist derzeit durch ein deutliches Überangebot fachärztlicher Leistungen gekennzeichnet. Das Rückgrat der ärztlichen ambulanten Versorgung aber muß der als Hausarzt tätige Arzt für Allgemeinmedizin sein, da dem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient mehr Bedeutung zukommt, um die psychosomatischen Ursachen der Krankheitserscheinungen erkennen zu können.
Zur Stärkung des Hausarztprinzips sollte der Zugang zum Facharzt ²⁴⁾ im Regelfall nur durch Überweisung erfolgen. Ausgenommen hiervon sind die Facharztgruppen, die Bestandteil der primärärztlichen Versorgung sind, wie Kinder-, Augen- und Frauenärzte.

Weiterbildung Die Ursachen der Fehlentwicklung sind vielschichtig. Sie liegen nicht zuletzt im Weiterbildungssystem, das im wesentlichen vom Krankenhaus und seiner Struktur bestimmt wird. Das Krankenhaus kann aufgrund seiner Gegebenheiten im Zweifel nur zum Spezialisten weiterbilden. Die ambulante Versorgung erfordert dagegen in sehr viel höherer Zahl Ärzte mit einer umfassenden, fachübergreifenden Berufserfahrung.
Es ist deswegen nach Auffassung der DAG erforderlich, Weiterbildungsmöglichkeiten auch im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zu schaffen. Die Aufnahme einer Tätigkeit als Vertragsarzt der Krankenkassen sollte voraussetzen, daß ein Teil der Weiterbildung in der ambulanten ärztlichen Versorgung erfolgte. Jeder Vertragsarzt ist zu verpflichten, Weiterbildungsmöglichkeiten in seiner Praxis zu eröffnen.

24) Nach den ärztlichen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern "Gebietsarzt".

System der Honorierung

Die DAG geht davon aus, daß sich das Honorarsystem nach Einzelleistungen im Grunde bewährt hat. Ein gutes Honorierungssystem muß dem differenzierten Krankheitsgeschehen gerecht werden und die Gewähr für eine humane und fachlich qualifizierte ärztliche Behandlung des Versicherten geben. Der in einigen Bereichen überdifferenzierte Katalog ärztlicher Leistungen ist zu straffen.

Einzelleistungshonorar

Bei der Festsetzung der Honorare im Rahmen eines Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen ist die Steuerungsfunktion dieses Vertragswerkes zu beachten. Umstrukturierungen müssen dazu führen, daß die eigentliche (geistige) ärztliche Leistung gegenüber den technischen Leistungen, die im wesentlichen durch Dritte verrichtet werden, einen höheren Stellenwert erreicht. Damit wird der Gefahr begegnet, daß bei der fortschreitenden Technisierung der Medizin das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigt wird.

*Struktur/
Bewertungsmaßstab*

Mögliche Rationalisierungserfolge in der Medizintechnik sind über eine laufende Anpassung der Bewertungskriterien des Vertragswerkes an die Krankenkassen weiterzugeben.

Die vertraglichen Honorarsätze im Einzelleistungsbereich sind in der Vergangenheit im Vergleich zur Entwicklung der Versicherteneinkommen nicht überdurchschnittlich angehoben worden. Die höheren Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung resultieren nahezu ausschließlich aus Mehrleistungen, und zwar weniger aus mehr Krankheitsfällen als aus der Steigerung der Kosten pro Fall ²⁵⁾.

Fallkosten

Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitskontrolle ist durch Differenzierung der Prüfkriterien festzustellen, inwieweit die Erhöhung der Fallkosten auf den Fortschritt der Medizin zurückzuführen ist und damit dem Versicherten zugute kommt oder ob sie sich aus nicht notwendigen oder unwirtschaftlichen Maßnahmen herleitet.

*Wirtschaftlichkeits-
kontrolle*

Vertragsärzte und Krankenversicherung tragen für die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung eine gemeinsame Verantwortung. Gemeinsam sollte auch das Prüfverfahren

25) Dies ist im wesentlichen zurückzuführen auf den, durch die steigende Zahl der Kassonärzte, entstehenden Konkurrenzdruck der Ärzte untereinander (Siehe auch die Ausführungen auf den Seiten 22 und 28)

zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit weiterentwickelt und durchgeführt werden.

Die derzeitige Praxis der Prüfverfahren, die allein auf die Frage abstellt, in welcher Relation die Arbeit und die Verordnungsweise eines Arztes zu der seiner Fachgruppe steht, ist unzureichend. Art und Umfang des Prüfverfahrens müssen so angelegt sein, daß nicht nur statistische Auffälligkeiten berücksichtigt werden, sondern auch für die normale ärztliche Tätigkeit die Möglichkeit einer Nachprüfung besteht. Dabei sind auch die Besonderheiten des Patientenkreises und der Praxisleistung zu berücksichtigen. Ein so modifiziertes Prüfverfahren darf nicht auf die vom Arzt selbst bewirkten Leistungen begrenzt sein; es muß die gesamte Verordnungstätigkeit des Arztes und dessen Auswirkungen einbeziehen. Das bedeutet, daß neben den ärztlichen Leistungen auch die Verordnung von Arzneimitteln, Brillen, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmitteln, die veranlaßten Überweisungen zu Ärzten anderer Fachgruppen, die Krankenhauseinweisungen und die Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit dem Prüfauftrag unterliegen.

Betriebsärzte — Arbeitsmedizin

Berufsbedingte Erkrankungen Die Abgrenzung der Aufgaben von Krankenversicherung und Unfallversicherung muß bei arbeitsplatz- oder berufsbedingten Erkrankungen neu festgeschrieben werden, um — dem Verursacherprinzip entsprechend — eine Kostenverlagerung zu erreichen, die einerseits dem Versicherungsrisiko der Krankenversicherung gerecht wird und andererseits auch zu einer gezielten Vorsorge im Arbeitsleben führt. Das bisherige Verständnis von Berufskrankheiten wird der Erfassung von arbeitsplatz- oder berufsbedingten Erkrankungen nicht gerecht.

Abgrenzung zur Unfallversicherung Soweit Erkrankungen arbeitsplatz- oder berufsbedingt sind, sind sie der gesetzlichen Unfallversicherung zuzuordnen, unabhängig davon, ob diese Erkrankungen in den Katalog der Berufskrankheiten aufgenommen worden sind. Darüber hinaus ist der Katalog der Berufskrankheiten entsprechend dieser Vorstellungen zu erweitern.

Ausbau der Arbeitsmedizin Eine derartige Umorientierung erfordert auch eine Umorientierung der Medizin in Aus- und Weiterbildung: Die Arbeitsmedizin bedarf in Forschung und Lehre einer verstärkten Förderung. Jeder approbierte Arzt muß in die Probleme der Arbeitswelt eingeführt sein.

Die Forderungen der DAG bedingen auch den vermehrten Einsatz von Arbeitsmedizinern im Betrieb als Betriebsärzte und im technischen Aufsichtsdienst der Träger der Unfallversicherung.

Der Betriebsarzt hat keine kurativen Aufgaben. Er muß unabhängig vom Arbeitgeber sein und sich als Vertrauensperson des Arbeitnehmers verstehen. Er hat alle gesundheitlich relevanten Aspekte der Tätigkeit — insbesondere die Ausstattung und Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung, die Dauer und Verteilung der Arbeitszeit — unter Würdigung der persönlichen Umstände des Betroffenen in die Beratung des Arbeitnehmers und in seine Empfehlung gegenüber dem Arbeitgeber sowie dem Betriebs- oder Personalrat einzubeziehen.

Der Betriebsarzt ist nicht Kontrollorgan des Arbeitgebers, sondern wird weisungsunabhängig nach ausschließlich ärztlichen Gesichtspunkten tätig. Wichtig ist der Kontakt des Hausarztes des Arbeitnehmers zum Betriebsarzt, damit die betrieblichen Belastungen in Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden können.

Eingangsuntersuchungen haben sich ausschließlich auf die Eignung für den vorgesehenen Arbeitsplatz zu beziehen, wobei schwerpunktmäßig darauf geachtet werden soll, welche Ausstattung den Arbeitsplatz für den jeweils Betroffenen geeignet macht.

Da eine wirkungsvolle betriebsärztliche Tätigkeit eine enge vertrauensvolle Zusammenarbeit des Arztes mit dem Betriebsrat/Personalrat voraussetzt, ist bei der Bestellung des Betriebsarztes Einvernehmen zwischen der Betriebsleitung und der Mitarbeitervertretung herzustellen.

Die Einsatzzeiten für Betriebsärzte sind den betrieblichen Bedürfnissen besser anzupassen. Soweit die Einsatzzeiten die Einstellung eines Betriebsarztes nicht zulassen, ist die betriebsärztliche Betreuung durch überbetriebliche Dienste sicherzustellen. Entsprechendes kann auch zwischen Betriebsrat/Personalrat und Arbeitgeber vereinbart werden. Eine Beauftragung von niedergelassenen, kurativ tätigen Ärzten mit der Wahrnehmung betriebsärztlicher Tätigkeiten kann nur eine Übergangslösung sein.

Aufgaben der Betriebsärzte

Eingangsuntersuchungen

Zusammenarbeit mit Betriebs- und Personalräten

Einsatzzeiten Überbetriebliche Dienste

Ärztliche Gutachterdienste in der Sozialversicherung

Innerhalb unseres gegliederten Sozialleistungssystems unterhalten die verschiedenen Zweige und Träger eigene ärztliche Dienste, die medizinische Beurteilungen nach den gesetzlichen Vorschriften für den jeweiligen Leistungsträger vornehmen. Die unterschiedliche Beurteilung der Betroffenen nach den für den zuständigen Träger geltenden Rechtsvorschriften führt zu Doppel- oder Dreifachuntersuchungen und Begutachtungen von Ärzten gleicher Fachgebiete mit möglicherweise gegenläufigen (Rechts-)Folgen, die nicht im Interesse der Versicherten (Betroffenen) liegen und auch nicht im Sinne der Träger wirken.

Vertragliche Basis Die DAG fordert, es den Trägern der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, gegebenenfalls auch der Unfallversicherung, zu ermöglichen, neu zu konzipierende "Sozialärztliche Gutachterdienste" auf vertraglicher Basis zu gestalten, deren Gutachten für alle Leistungsträger verbindlich sind.

unabhängige Gutachter Die DAG geht dabei davon aus, daß — entsprechend dem bewährten Beispiel des Gutachterdienstes der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte — die Aufgaben weitestgehend unabhängigen ärztlichen Gutachtern überlassen werden, die im Einzelfall aufgrund von Werkverträgen tätig werden. Damit wäre ein flächendeckendes, versichertennahes Angebot nach dem jeweiligen Bedarf in allen ärztlichen Fachrichtungen kostengünstig sicherzustellen. Neue, verwaltungsaufwendige Körperschaften werden vermieden, auf bereits bestehende Einrichtungen kann zurückgegriffen werden.

Auswertung Den Spitzenverbänden der Träger der Sozialversicherung bleibt es überlassen, über Rahmenrichtlinien für eine systematische Sammlung und wissenschaftliche Auswertung der Befunde zu sorgen und den sozialärztlichen Gutachterdiensten Forschungsaufgaben im arbeits- und sozialmedizinischen Bereich zu übertragen. Der Schutz der persönlichen Daten des Versicherten ist voll zu gewährleisten.

Begutachtung, Beratungsgremium Bei den Tätigkeiten für die Krankenversicherung dürfte neben der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit auch die Begutachtung von Krankenhausliegezeiten eine wesentliche Aufgabe werden. Als Berater des Versicherten und des behandelnden Arztes in Praxis und Krankenhaus soll der ärztli-

che Gutachter auch Hilfestellung für die rechtzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen geben. Der "Sozialärztliche Gutachterdienst" soll den Versicherten wie auch den behandelnden Ärzten in Praxis und Krankenhaus als Beratungsgremium zur Verfügung stehen.

Arzneimittel

Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland ist gekennzeichnet durch ein großes Angebot von Arzneimitteln. Ein praktikables Hilfsmittel, das insbesondere dem Arzt einen Überblick über die Zusammensetzung, die Wirksamkeit, die biologische Verfügbarkeit und die Preis-Mengen-Relation von Arzneimitteln gibt, besteht zur Zeit nicht. Zudem muß festgestellt werden, daß ein unzureichendes Arzneimittelrecht dazu geführt hat, daß weder die Wirksamkeit der zugelassenen oder registrierten Arzneimittel garantiert ist, noch, daß mögliche Nebenwirkungen in hinreichender Weise deutlich gemacht werden. *Arzneimittelmarkt*

Die DAG fordert deswegen zunächst eine Verschärfung der Bestimmungen hinsichtlich der Wirksamkeitskontrolle und der Arzneimittelsicherheit. Die Gebrauchsinformationen (Beipackzettel) müssen auf Anwendungsbereiche, Dosierung, Nebenwirkungen und mögliche Gefahren und die Verfallszeit in einer auch dem medizinischen Laien verständlichen Form hinweisen. *Wirksamkeit und Sicherheit*

Die DAG geht davon aus, daß der "Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen" die bereits im geltenden Recht vorgesehenen Transparenzlisten zügig erstellt. In diesem Zusammenhang ist die pharmazeutische Industrie anzuhalten, nur Packungsgrößen anzubieten, die therapiegerecht sind. Bei entsprechend geeigneten Darreichungsformen ist die Abgabe von Teilmengen zu ermöglichen. Aufmerksam ist zu verfolgen, ob mit der Veränderung der Packungsgrößen oder aber mit der Einführung neuer Präparate, die sich in ihrer Wirksamkeit von eingeführten Präparaten nur geringfügig unterscheiden, keine verdeckten Preiserhöhungen verbunden sind. *Transparenzlisten, Packungsgrößen*

Die Regelungskompetenz über die Ausgrenzung derjenigen Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, muß vom Ge- *Bagatellarzneimittel*

setzgeber in die Hände der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten zurückgegeben werden. Eine Abgrenzung nach Anwendungsgebieten macht eine praktikable Handhabung einer "Bagatelliste" möglich. Die Entscheidung, ob Krankheit oder geringfügige Befindensstörung, obliegt dem behandelnden Arzt. Sie ist ihm möglich und auch zuzumuten.

Positivlisten Langfristig muß der Selbstverwaltung der Krankenkassen die rechtliche Möglichkeit eröffnet werden, in Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten eine Zulassungsliste für Arzneimittel in der ärztlichen Versorgung zu erarbeiten, deren Kriterien neben der Wirksamkeit die unterschiedlich gebotenen Darreichungsformen, die Bioverfügbarkeit und der Preis des Arzneimittels, bezogen auf die mittlere Tagesdosis, sind.

Arzneimittelhöchstbetrag Ein Arzneimittelhöchstbetrag im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung hätte nur dann Wirkung, wenn bei Überschreitung des Höchstbetrages sofortige Sanktionen erfolgen. Eine derartige Regelung aber ist mit Nachteilen für die Versicherten verbunden, da unter dem Druck von Sanktionen möglicherweise auch die Verordnung erforderlicher Arzneimittel unterbleibt. Soweit sich die Überschreitung des Höchstbetrages auf Preissteigerungen zurückführen läßt, dürften Sanktionen ohnehin unzulässig sein. Die DAG lehnt deswegen einen Arzneimittelhöchstbetrag als untaugliches Steuerungsinstrument ab.

Verordnungsgebühr Ob eine Verordnungsgebühr zukünftig noch erforderlich sein wird, muß von den Erfahrungen mit der Ausgrenzung von Arzneimitteln bei geringfügigen Befindensstörungen ("Bagatellarzneimittel") abhängig gemacht werden. Falls diese Neuregelung nicht zu einer hinreichenden Steuerung des Arzneimittel-"Konsums" führt, sollte die Verordnungsgebühr als Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Kinder sind von der Verordnungsgebühr zu befreien; für Dauermedikamentierung sind Härteregeleungen geboten.

Heil- und Hilfsmittel, Brillen

Heilmittel

Durch Richtlinien der Krankenkassen, die im Benehmen mit den Vertragsärzten zu erstellen sind, ist zu gewährleisten, daß Heilmittel nach dem Gesichtspunkt der therapeutischen Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit von medizinisch nicht notwendigen Dienstleistungen abgegrenzt werden. Erst auf diese Weise wird dem verordnenden Arzt eine Auswahl unter den therapiegerechten Heilmitteln ermöglicht. Die Richtlinie muß so gefaßt sein, daß sie dem Arzt Hinweise für die Wirtschaftlichkeit alternativer Verordnungen gibt. Sie muß den behandelnden Arzt zu einer behutsamen Verordnungsweise in Bezug auf die verordneten Mengen anhalten.

Heilmittel-Richtlinien

Der Umfang der Inanspruchnahme von Heilmitteln ist auch abhängig von der Zahl der Erbringer in diesem Bereich gesundheitlicher Leistungen. Je größer Ihre Zahl, desto mehr ist die Einhaltung des Gebotes der wirtschaftlichen Verordnungsweise gefährdet: An den verordnenden Arzt werden, nicht zuletzt auf Anraten der Leistungserbringer, die vom Versicherten als Sachverständige angesehen werden müssen, vermehrt Wünsche herangetragen. Die DAG tritt deswegen für gesetzliche Regelungen ein, die es den Krankenkassen ermöglichen, über Verträge für eine bedarfsgerechte Zulassung qualifizierter Leistungserbringer zu sorgen.

Zulassung der Anbieter

Art und Umfang der Kostenübernahme regelt die Satzung; eine gesetzliche Verordnungsgebühr wird dadurch entbehrlich.

Kostenübernahme

Hilfsmittel

Das Angebot von Hilfsmitteln ist durch einen beachtlichen und wünschenswerten technischen Fortschritt ausgeweitet worden. Die Rechtsprechung hat diesen Trend nachvollzogen, in Einzelfällen allerdings auch in kostentreibender Weise forciert. Die angebotenen Hilfsmittel sind häufig so ausgelegt, daß medizinisch notwendige Funktionserfordernisse und der allgemeine Bedarf des täglichen Lebens ineinander übergehen. Der verordnende Arzt kann deswegen seiner Verpflichtung zu wirtschaftlicher Verordnungsweise häufig nicht nachkommen. Aufgabe der Ärzte und der Krankenkassen

Hilfsmittel-Richtlinien

sen ist es, gemeinsam medizinisch notwendige Leistungsstandards festzulegen, damit Sonderwünsche, die therapeutisch nicht geboten sind, ausgegrenzt werden können.

Hilfsmittelverzeichnis Darüber hinaus muß für den verordnenden Arzt eine Hilfsmittelliste geschaffen werden, die ihm alle erforderlichen Daten über Anwendungsbereich, Zweckmäßigkeit, Qualität und Preis liefert. Diese Liste sollte in Zusammenarbeit aller betroffenen Sozialleistungsträger erarbeitet werden. Für Hilfsmittel, die zu Lasten der Krankenversicherung oder anderer Sozialleistungsträger verordnet werden können, sollte beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Prüfstelle errichtet werden.

Kostenübernahme Art und Umfang der Kostenübernahme wird durch Satzungsrecht geregelt.

Brillen und andere Sehhilfen

Abgrenzung In diesem Bereich ist der Bedarf der Versicherten über die medizinische Notwendigkeit hinaus von der Entwicklung der Mode nicht unbeeinträchtigt. Die Abgrenzung von Bedarf des täglichen Alltags und medizinischer Notwendigkeit ist schwierig. Besondere Probleme zeigen sich in der Ersatzbeschaffung bei Brillen. Die Abgrenzung zwischen dem Erfordernis einer Brille oder von Kontaktlinsen und anderen Sehhilfen ist hingegen derzeit hinreichend durch Verträge und Richtlinien geregelt.

Zuschußregelung Nach Auffassung der DAG scheint es angesichts der großen Modeabhängigkeit bei der Ersatzbeschaffung von Brillen zweckmäßig zu sein, hier eine Zuschußregelung vorzusehen. Der in der Satzung festzulegende Zuschuß sollte in etwa den Kosten für eine funktionsgerechte Sehhilfe entsprechen. Zeitliche Einschränkungen und Genehmigung durch die Krankenkassen sind nicht angezeigt, da eine Ersatzbeschaffung aus vielfältigen Gründen erforderlich sein kann und eine Kontrolle dieser Gründe durch die Kasse oder den verordnenden Arzt weder diesem noch dem Versicherten zugemutet werden kann.

Zahnersatz

Der Zahnersatz ist als eine satzungsrechtliche Leistung der Krankenkasse zu konzipieren. Ob und in welchem Umfang die Kosten für Zahnersatz übernommen werden, muß der Selbstverwaltung obliegen. *Satzungsrechtliche Leistung*

Ein Großteil der gegenwärtig von den Krankenkassen und den Versicherten jeweils anteilig getragenen Aufwendungen für Zahnersatz geht auf eine maximale Versorgung und auf eine Verwendung kostspieligster Materialien zurück, die dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit nicht mehr gerecht wird²⁶⁾. Eine zahnmedizinisch sinnvolle und notwendige Versorgung ist nach Auffassung der DAG auch durch einen geringeren Aufwand zu erreichen. Die Vertragspartner sind deshalb gehalten, Leistungsstandards zu entwickeln, die eine zahnmedizinische Versorgung von hoher Qualität positiv definieren. Kostenaufwendige Techniken, die zahnmedizinisch im Vergleich zu kostengünstigeren Verfahren keine nennenswerten Vorteile bieten, sollen dadurch vermieden werden. Soweit aus zahnmedizinischer Sicht vertretbar, sind die bisher verwendeten Goldlegierungen durch preiswertere Legierungen zu ersetzen. Der Weg, den die Vertragspartner auf diesem Gebiet bereits eingeschlagen haben, ist fortzusetzen. *Leistungsstandards*

Die zahntechnischen Leistungen sind in einem bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis zu erfassen, das die zahntechnischen Einrichtungen auf eine möglichst geringe Anzahl von Positionen begrenzt. Mehraufwendungen, die dadurch entstehen, daß der Versicherte nicht im Leistungsverzeichnis erfaßte Leistungen erbringen läßt, müssen von ihm allein getragen werden (satzungsrechtliche Mehrleistungen sind jedoch denkbar). *Leistungsverzeichnis, Mehrleistungen*

Krankengeld

Durch die Zahlung von Krankengeld soll ein voller Ersatz des durch die Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit entfallenen (Netto-)Arbeitsentgeltes erreicht werden. Die gegenwärtige Regelung ist für Versicherte, deren Verdienst die jeweils maßgebende Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, unzu- *Gehaltersatz/ Wahlleistung Zusatzkrankengeld*

²⁶⁾ Der hohe Selbstbehalt des Versicherten hat die Ausgabenentwicklung der Kassen nicht gebremst. Für diesen Leistungsbereich ist erwiesen, daß die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument untauglich ist.

reichend. Deshalb fordert die DAG, allen Kassen die satzungsrechtliche Möglichkeit einzuräumen, gegen einen zusätzlichen, kostendeckenden Beitrag ein Zusatzkrankengeld zu gewähren. Krankengeld und Zusatzkrankengeld dürfen zusammen das zuvor erzielte Netto-Arbeitsentgelt nicht überschreiten.

Karenztage Die DAG lehnt die Einführung von Karenztagen im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit ab. Karenztage würden das rechtzeitige und damit kurzfristige Auskurieren von zunächst leichten Erkrankungen verhindern und gäben keinen Anreiz, die Arbeitsunfähigkeit bei schwereren Krankheiten zu verkürzen. Die von den Arbeitgebern bei der Lohn- und Gehaltsfortzahlung erhofften Einsparungen dürften nicht eintreten. Im Gegenteil, es wären Mehrausgaben, auch bei der Krankenversicherung, zu befürchten.

Beitrag an Rentenversicherung Die DAG fordert, daß für die gesamte Zeit des Bezuges von Krankengeld Beiträge von der Krankenkasse an den Rentenversicherungsträger gezahlt werden. Dadurch wird eine Besserstellung der Versicherten erreicht, die bei Beginn einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit die Voraussetzung für die Gewährung einer entsprechenden Rente noch nicht erfüllen.

Entsprechend dem Verursacherprinzip wird damit die Rentenversicherung von Beitragsminderereinnahmen durch das ihr nicht zuzuordnende Risiko Krankheit entlastet.

Zuschuß zum Krankengeld bei schrittweiser Wiedereingliederung in das Berufsleben

Arbeitsunfähigkeit Die DAG hält an dem Grundsatz fest, daß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Falle der Krankheit nicht teilbar ist: Arbeitsfähig ist nur, wer für die vor der Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder voll einsatzfähig ist.

Schrittweise Wiedereingliederung Aus therapeutischen Gründen ist es allerdings häufig angezeigt, einem nach diesem Grundsatz Arbeitsunfähigen nach Abklingen der akuten Beschwerden durch schrittweise sich steigende Arbeitsbelastung wieder in das Berufsleben einzugliedern.

Die DAG fordert daher folgende Regelung:

- Krankengeldanspruch besteht auch während einer therapeutisch erforderlichen Arbeitstätigkeit eines Arbeitsunfähigen gegen Entgelt.

- Das erzielte Entgelt ist ein Zuschuß besonderer Art zum Krankengeld, der den Anspruch auf das Krankengeld in dem Maße mindert, wie Krankengeld und (Netto-)Zuschuß zusammen das bisherige Netto-Arbeitsentgelt überschreiten.

- Eine aus medizinisch-therapeutischen Gründen erforderliche Teilzeitbeschäftigung muß auch bei einem anderen Arbeitgeber oder in einer Rehabilitationseinrichtung unter den o.a. Voraussetzungen möglich sein.

- Die Teilzeitbeschäftigung aus therapeutischen Gründen bedarf der Zustimmung des Versicherten, des Arbeitgebers und des behandelnden Arztes.

- Die Teilzeitbeschäftigung aus therapeutischen Gründen ist nicht eine Leistung der Krankenversicherung im Sinne von Belastungserprobung und Arbeitstherapie ²⁷⁾.

Derzeit von vielen Kassen als satzungsrechtliche Mehrleistungen gewährte Geldleistungen (Genesendengeld oder Teilkrankengeld) können nur als Hilfslösung angesehen werden. Sie beruhen nicht eindeutig auf dem Tatbestand der Arbeitsunfähigkeit und können somit zu sozialversicherungsrechtlichen Nachteilen führen ²⁸⁾.

Teilkrankengeld, Genesendengeld

Häusliche Krankenpflege

Das Verbleiben eines Erkrankten in seiner häuslichen, gewohnten Umgebung anstelle eines Krankenhausaufenthaltes ist nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern insbesondere aus humanen Gründen verstärkt anzustreben. Es ist Aufgabe der Krankenkasse, sicherzustellen, daß häusliche Krankenpflege in vermehrtem Umfang angeboten werden kann. Hierzu sollten sie sich in erster Linie der bereits bestehenden, von karitativen Organisationen und der öffentlichen Hand getragenen Einrichtungen bedienen.

Vielfalt der Träger

Besteht bei Trägerorganisationen keine Bereitschaft zur Trägerschaft oder sind vertragliche Regelungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, nicht erreichbar,

²⁷⁾ § 182 d RVO

²⁸⁾ Zum Beispiel Minderung von Arbeitslosengeld, Krankengeld nach Kündigung oder Konkurs, Konkursausfallgeld, geringes Übergangsgeld bei Arbeitsunfall während der Eingliederungsphase, Kürzung der Rentenanspruch.

sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, über die Anstellung von nichtärztlichem medizinischem Fachpersonal ²⁹⁾ derartige Einrichtungen allein oder gemeinschaftlich zu tragen.

Einzelabrechnung Soweit die Einrichtungen von der öffentlichen Hand oder von karitativen Organisationen getragen werden, sind die erbrachten Leistungen einzeln mit dem Benutzer oder seinem Sozialleistungsträger abzurechnen. Umfang und Preis der Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und möglicherweise weiteren Sozialleistungsträgern einerseits und den Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege andererseits vertraglich ausgehandelt. Voraussetzung für vertragliche Regelungen ist, daß der Träger der Einrichtung nicht-ärztliches medizinisches Fachpersonal bereithält. Der Gesetzgeber sollte sich nach Auffassung der DAG auf Rahmenbestimmungen begrenzen.

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern

Keine Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen Die Ausgaben der Krankenversicherung für die stationäre Behandlung der Versicherten in Krankenhäusern haben sich im Laufe des letzten Jahrzehnts zur größten Ausgabenposition in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz läßt einen wirksamen Einfluß der Krankenversicherung auf die Preise der Krankenhausleistungen nicht zu. Die ebenfalls nur begrenzten Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen auf die Menge der Krankenhausleistungen — wie durch vertragliche Regelungen mit den niedergelassenen Ärzten über die Einweisung — führen aufgrund des Finanzierungssystems zu höheren Preisen und somit zu vergleichsweise unveränderten Ausgaben.

Datenmangel Mangels einer Definition eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhauses, mangels auf das Krankenhaus bezogener Parameter, mangels hinreichender Daten über die Effizienz der Ausgaben der Krankenversicherung für die stationäre Behandlung im Krankenhaus kann zudem nicht gesagt werden, inwieweit sich die steigenden Ausgaben in einer entsprechend verbesserten Situation des Patienten niederschlagen. Die derzeit über das Krankenhauswesen vorliegenden Daten lassen eher den Schluß zu, daß die Ausgabensteigerungen für die Krankenhausbehandlung mit

²⁹⁾ Die Rechtsgrundlage ist durch § 105 a RVO vom Grundgesetz her gegeben.

dem notwendigen Einsatz neuer und relativ teurer medizinischer Techniken keineswegs hinreichend zu erklären sind. Auch die Einkommenssteigerungen der Beschäftigten im Krankenhaus können den überproportionalen Anstieg der Kosten nicht ausgelöst haben. Die Gründe für die hohen Ausgabensteigerungen für die Krankenhausversorgung sind nach Auffassung der DAG in

- der derzeitigen Krankenhausplanung,
 - dem derzeitigen Finanzierungssystem und
 - den derzeitigen Krankenhausstrukturen
- zu sehen.

Der sinkende Ausnutzungsgrad der Akut-Krankenhäuser in der Bundesrepublik, verbunden mit einer im internationalen Vergleich relativ hohen Einweisungshäufigkeit und überdurchschnittlichen Liegezeiten, machen einen erheblichen Bettenüberschuß in den Akut-Krankenhäusern in der Bundesrepublik deutlich.

Bettenüberschuß

Diese Überkapazitäten sind abzubauen. Der Anspruch des Versicherten auf eine angemessene, ihm zumutbare Unterbringung im Krankenhaus darf dadurch nicht eingeschränkt werden.

Das mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Jahre 1972 eingeführte Finanzierungssystem hat die Erwartungen, die auch die DAG seinerzeit in das Gesetz setzte, nicht erfüllt. Das System, nach dem die Vorhaltekosten der Krankenhäuser (Investitionskosten) von der öffentlichen Hand getragen und die laufenden Kosten des Krankenhausbetriebes (Benutzerkosten) über pauschalierte Pflegesätze den Nutzern oder ihren Sozialversicherungsträgern in Rechnung gestellt werden, wirft mehr und mehr Zweifel auf: Die Relation von Vorhaltekosten zu Benutzerkosten ist in einem erheblichem Umfang politisch gestaltbar. Lassen die öffentlichen Haushalte Ersatz-, Instandhaltungs- oder auch Rationalisierungsinvestitionen nicht zu, erhöhen sich die Benutzerkosten, denn damit steigen "die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses", die entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen den kostendeckenden Pflegesätzen zugrunde gelegt werden. Die Relation von durch die öffentliche Hand finanzierten Vorhaltekosten zu den durch die Pflegesätze finanzierten Benutzerkosten ³⁰⁾ hat sich von 3,2 zu 9,4 Mrd. DM im Jahre 1973 auf 3,7 zu 27,0 Mrd. im Jahre 1980 verschoben.

Duale Finanzierung nicht bewährt

³⁰⁾ Nur Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Selbstzahlen/Private Krankenversicherung

Planungskompetenz ohne Finanzverantwortung Geht man davon aus, daß die Benutzerkosten ein ungleich höheres Gewicht haben als die Investitionskosten, so stellt sich die Frage, ob die gesetzlich vorgegebene Planungskompetenz der Länder noch zu vertreten ist. Die gesetzlichen Bestimmungen, wonach nur die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses zur Grundlage der Pflegesätze gemacht werden können, sind unzureichend, da Mehrkosten aus Fehlplanungen und aus Struktur­mängeln auch durch sparsames Wirtschaften nicht aufgefangen werden. Das heutige Finanzierungssystem zwingt die Krankenversicherung, alle Folgen von Fehlplanungen und Strukturfehlern zu akzeptieren.

Krankenhausplanung,

Sicherstellung der stationären Behandlung

"Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten"³¹⁾, bedarf es einer systematischen Planung, die sicherstellt, daß sich die Versorgung im Krankenhaus an der ständigen Entwicklung der Medizin orientiert, ohne daß die Kosten hierfür sozial zumutbare und volkswirtschaftlich vertretbare Größenordnungen überschreiten.

Mehr Verantwortung für Krankenversicherung Die DAG leitet aus der derzeitigen Situation folgende Forderung ab:

- Die Planungskompetenz im Krankenhausbereich muß auf die Krankenversicherung und die Krankenhausgesellschaft übertragen werden. Das ermöglicht, das Prinzip der dualen Finanzierung aufzugeben und das Krankenhaus ausschließlich durch die Patienten bzw. ihre Versicherungsträger finanzieren zu lassen. Zur Vermeidung einer abrupten Steigerung der Ausgaben der Versicherungsträger sind die Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand schrittweise in einem Zeitraum von sieben Jahren abzubauen.
- Krankenkassen und Krankenhäuser regeln ihre Beziehungen zueinander ausschließlich auf vertraglicher Grundlage. Das gilt insbesondere für das Leistungsangebot und die Abgeltung der Leistungen. Vom Prinzip der Selbstkostendeckung ist abzugehen: Es leistet unwirtschaftlichen Verhaltensweisen Vorschub.

31) Zitat § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Die Krankenhausplanung muß nach bundeseinheitlichen Kriterien sowohl regional als auch überregional erfolgen. Die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die gesetzliche Kompetenz erhalten, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Grundsätze der Krankenhausplanung

- verbindliche Planungsgrundsätze zu erarbeiten und
- Grundsätze für die Abgeltung der Krankenhausleistungen festzulegen.

Diese Grundsätze sind in enger Zusammenarbeit mit Vertretern des Bundes und der Länder, der Ärzteschaft, der Gewerkschaften, die für die Vertretung der Interessen der im Krankenhaus Beschäftigten wesentliche Bedeutung haben, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der Spitzenorganisation der Sozialpartner zu erarbeiten³²⁾.

Die Krankenhausplanung muß von einem hohen Nutzungsgrad des Krankenhauses ausgehen und insbesondere die Morbidität der Bevölkerung, speziell die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen, und die erforderliche Verweildauer einbeziehen, sowie die Bevölkerungsdichte und Bevölkerungsentwicklung der Region berücksichtigen. Dafür sollten methodisch einheitliche und aussagefähige Statistiken entwickelt werden. Die regionale Erschließung (Verkehrsverbindungen, Strukturfragen) ist ebenfalls einzubeziehen. Eine länderübergreifende Koordination ist zwingend erforderlich.

Die Krankenhausplanung auf Landesebene sollte regional erfolgen. Die Krankenhausbedarfspläne werden von den Verbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Ausschuß des Verbandes der Privaten Krankenversicherung im Lande und der Krankenhausgesellschaft, im Benehmen mit dem Land, sowie in enger Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden des Landes und den Gewerkschaften, die für die Interessenvertretung der im Krankenhaus Beschäftigten von Bedeutung sind, erstellt und der Entwicklung angepaßt. Die Krankenhauspläne der Länderebene und deren Fortschreibungen müssen vor der endgültigen Aufstellung mit den Plänen der benachbar-

Krankenhausplanung auf Landesebene

32) Dieses Gremium ersetzt nicht nur den heutigen, beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bestehenden, Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherheit der Krankenhäuser (§ 7 Absatz 1 KHG), den diesem Ausschuß zur Seite stehenden Beirat (§ 7 Absatz 4 KHG) und das Gremium, das gemäß § 19 KHG Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser erarbeiten soll, sondern erhält auch Kompetenzen, die bisher dem Staat als Verordnungsgeber vorbehalten waren (Bundespflegesatzverordnung).

ten Bundesländer abgestimmt werden. In strittigen Fällen tritt das oben genannte Bundesgremium als Schiedsstelle auf.

Katastrophenschutz Das Recht der öffentlichen Hand, aus übergeordneten Gründen (zum Beispiel Katastrophenschutz) die Vorhaltung zusätzlicher Krankenhausbetten vorzusehen, bleibt durch die Neuregelung der Krankenhausplanung unberührt. Die öffentliche Hand hat jedoch für derartige Betten die gesamten Kosten, einschließlich der Kosten des laufenden Unterhalts, zu übernehmen.

Versorgungsstufen Ein gegliedertes System verschiedener Krankenhausstufen mit unterschiedlicher medizinischer Aufgabenstellung und gesicherter Zusammenarbeit ist erforderlich. Größe der Krankenhäuser und Anzahl der Fachrichtungen ergeben sich aus den jeweiligen regionalen Bedingungen. Es sind zu unterscheiden:

- kleine Krankenhäuser (Krankenhäuser der sogenannten Regel- oder Basisversorgung),
- mittlere Krankenhäuser (Krankenhäuser der Regional- oder der Zentralversorgung),
- Großkrankenhäuser (Schwerpunktkrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Maximalversorgung).

Das kleinere Krankenhaus (der Regelversorgung) sollte im Regelfall mindestens die stationäre Versorgung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde sowie Anästhesie sicherstellen. Für die in kleinen Krankenhäusern nicht hauptamtlich vertretenen Fachrichtungen sind, soweit erforderlich, Arbeitsmöglichkeiten für niedergelassene Fachärzte als Belegärzte zu schaffen.

Mittlere Krankenhäuser (der Regionalversorgung) müssen jeweils entsprechend den regionalen Bedingungen ein umfangreiches Angebot medizinischer Fachrichtungen bieten, während im Großkrankenhaus (Krankenhaus der maximalen Versorgung) durch möglichst alle Fachrichtungen allen Anforderungen an Diagnostik und Therapie Rechnung getragen werden muß.

Die Universitätskliniken sind, genau wie Sonderkrankenhäuser oder Spezialabteilungen, in denen nur ein oder zwei Fachrichtungen vertreten sind, in die Krankenhausplanung einzubeziehen.

Trägerschaft Die Trägerschaft der einzelnen Krankenhäuser bleibt von diesen Forderungen unberührt. Es gibt keinen Anlaß, von

der Vielfalt der Träger, die sich bewährt hat, abzugehen. Die Krankenhäuser sollen jedoch unabhängig vom jeweiligen Träger als eigene Rechtsperson errichtet werden.

Zur Entlastung und zur rationellen Ausnutzung der Akut-Krankenhäuser sind, gegebenenfalls in Verbindung mit diesen Krankenhäusern, vermehrt Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und der Nachsorge zu schaffen. Das von der Selbstverwaltung der Renten- und der Krankenversicherung initiierte Verfahren der Anschlußheilbehandlungen ist weiter zu fördern und auszubauen. Im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung ist ein verstärkter Ausbau der Einrichtungen anzustreben, die die häusliche Krankenpflege sicherstellen, um das Krankenhaus zu entlasten³³⁾.

Die öffentliche Hand bleibt aufgefordert, vermehrt Einrichtungen der Pflege zu initiieren, damit das Akut-Krankenhaus von Pflegefällen, die auch schon nach heutigem Recht nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, entlastet werden können³⁴⁾. Soweit Akutkrankenhäuser geschlossen werden müssen, ist ihre Umrüstung in Pflegeheime in Erwägung zu ziehen.

Krankenhausfinanzierung / Rechnungslegung

Die Kostenrechnung im Krankenhaus muß ausnahmslos nach kaufmännischen Grundsätzen erfolgen. Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie ein Erläuterungsbericht sind von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer oder einer sonstigen unabhängigen Prüfungsinstanz zu testieren. Ein differenzierter, allgemein gültiger Kontenplan ist erforderlich. Die Rechnungsergebnisse der Krankenhäuser müssen bundesweit ausgewertet und im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen dargestellt werden, um Vergleiche zu ermöglichen. Die bisherigen Daten (wie die Anhaltzahlen) sind unzureichend; es müssen in differenzierter Weise Wirtschaftlichkeitskennziffern aus den Ergebnissen der Rechnungslegung ermittelt und den erbrachten Leistungen des Krankenhauses gegenübergestellt werden. Hierzu ist eine Leistungsstatistik, aber auch eine Erfassung der Diagnosen zwingend erforderlich.

³³⁾ Siehe auch Seite 41

³⁴⁾ § 184 RVO: Krankenhauspflege wird zeitlich unbegrenzt gewährt, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

*Rehabilitation,
Nachsorge,
häusliche
Krankenpflege*

*Pflegeeinrichtungen
Pflegeheime*

*Kaufmännische
Grundsätze / Kosten-
und Leistungsvergleiche*

Pflegesatz-Verhandlungen Die Leistungen des Krankenhauses und ihre Abgeltung sollen durch Verhandlungen zwischen dem Krankenhaus und den wesentlich betroffenen Leistungsträgern, also in erster Linie den Krankenkassen und ihren Verbänden einschließlich der privaten Krankenversicherung³⁵⁾, auf der Grundlage der Krankenhausplanung festgelegt werden. Verhandlungsgrundlage sind die Gesamtkosten, wobei jeglicher Aufwand, der nicht mit der Betriebsführung des Krankenhauses in engem Zusammenhang steht, auszuschließen ist.

Laufzeit der Vereinbarungen Bei der Festlegung der Abgeltungen der Leistungen ist die Empfehlung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die Laufzeiten der vertraglichen Vereinbarungen sollten im Regelfall ein Jahr betragen.

Gewinne und Verluste Dem Krankenhaus muß eine gewisse wirtschaftliche Entscheidungsfähigkeit zur Erzielung und Verwendung von begrenzten Gewinnen nach den Grundsätzen der Gemeinnützigkeit ermöglicht werden. Damit können auch Verluste, die durch rechtzeitige Kündigung der Verträge nicht zu vermeiden sind, abgefangen werden.

Schiedsstelle Soweit sich die Vertragspartner über den Umfang der Leistungen und deren Abgeltung nicht einigen können, ist eine Schiedsstelle anzurufen, die sich aus Vertretern der Krankenhausträger und der Verbände der Krankenkassen paritätisch zusammensetzt. Ein unabhängiger Vorsitzender ist von dem jeweiligen Bundesland im Benehmen mit den Beteiligten zu benennen.

Differenzierte Abgeltung der Leistung Eine differenzierte Bemessung und getrennte Berechnung der Abgeltungen nach Art und Umfang der erbrachten Leistungen wie operative Eingriffe, besondere technische Vorrichtungen, Pflege sowie Unterbringung und Verpflegung, ist zwingend geboten. Unterschiedliche Regelungen für Intensivpflege, Akutpflege und Nachsorge sind denkbar, ebenso wie eine abteilungsspezifisch ausgehandelte Abgeltung der Leistungen. Die DAG schlägt Modellversuche für Regelungen vor, die den unterschiedlichen Verlaufsförmungen von Krankheiten und den verschiedenen Leistungsintensitäten entsprechen.

³⁵⁾ Soweit andere Leistungsträger, wie Unfallversicherung, Sozialhilfe, nicht unwesentlich als Kostenträger betroffen sind, sind sie an den Verhandlungen zu beteiligen.

Zuschläge für Wahlleistungen, die keine Kernleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind, müssen kostengerecht ermittelt und vertraglich festgelegt werden. Das gilt auch für Abschläge, wenn nicht alle Leistungen vom Krankenhaus erbracht werden. Abrechnungen müssen getrennt für Regel- und Wahlleistungen vorgenommen werden. Soweit für gesondert zu berechnende ärztliche Leistungen Einrichtungen oder Personal des Krankenhauses in Anspruch genommen werden, hat der liquidierende Arzt dem Krankenhaus die hierfür anfallenden Kosten voll zu erstatten.

Die Bereinigung der Strukturängel und Planungsfehler im Krankenhausbereich und der daraus resultierende allgemeine Abbau der Bettenzahlen kann nur langfristig ausgabenkürzend wirken. Für eine Übergangszeit von sieben Jahren schlägt die DAG deswegen eine Subventionierung der Krankenhauskosten durch die öffentliche Hand mit jährlich sinkenden Beträgen vor. Dabei ist im ersten Jahr von einem Gesamtvolumen der Förderung auszugehen, das mindestens dem Volumen der Vorhaltekosten des Jahres vor der Gesetzesänderung entspricht.

Kommt es auf der Grundlage von Krankenhausbedarfsplänen zu Schließungen von Krankenhäusern oder zu Stilllegungen einzelner Stationen oder Abteilungen, fordert die DAG Finanzhilfen zur Umschulung und Fortbildung der Mitarbeiter zur Vermeidung unbilliger Härten; Mittel hierfür stehen aus den Förderungsmitteln für die Übergangszeit der Finanzierungsneuregelung zur Verfügung.

Krankenhauspflege

Art und Schwere der Erkrankung bestimmen die Behandlung des Patienten durch Ärzte aller notwendigen Fachrichtungen sowie seine Unterbringung.

Um sicherzustellen, daß Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, unverzüglich in einem Krankenhaus aufgenommen werden, sind zentrale Bettennachweise einzurichten.

Die einzelnen Fachabteilungen des Krankenhauses sind so zu gliedern, daß neben der Intensivpflege und der "normalen" Krankenhauspflege für bettlägerige Patienten auch Nachsorgestationen, also Einrichtungen mit geringerem



Pflegebedarf für aufstehfähige Patienten geschaffen werden. Damit wird das Fachpersonal von "Service"-Aufgaben entlastet. Die ärztliche Betreuung sollte möglichst weitgehend in einer Hand bleiben.

Verweildauer Der Arzt hat bei Einweisung die Versorgungsstufen der regionalen Krankenhäuser und eventuelle Spezialeinrichtungen zu berücksichtigen. Die Genehmigung der Krankenhauspflege durch die Krankenkassen ist vertraglich nach Indikationen anhand eines Verweildauerstandards zeitlich zu begrenzen. Bei Überschreitung der vorgegebenen Verweildauer und bei Aufnahme oder Wiederaufnahme durch das Krankenhaus ohne förmliche Einweisung eines Vertragsarztes ist das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse begründungspflichtig. In Zweifelsfällen ist der sozial-ärztliche Gutachterdienst einzuschalten.

Wahlleistungen Zusätzlicher Unterbringungskomfort und persönliche Wahl eines Arztes sind, und zwar unabhängig voneinander, zu ermöglichen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten hat der Patient zu tragen. Die Berücksichtigung individueller Wünsche darf die Versorgung anderer Patienten jedoch nicht beeinträchtigen.

Patientengerechtes Krankenhaus Die Arbeitsabläufe im Krankenhaus sollen sich den natürlichen Lebensabläufen der Patienten angleichen (beispielsweise kein Wecken um 5.00 Uhr). Die tägliche Besuchszeit sollte, wenn medizinisch vertretbar, eine Selbstverständlichkeit sein; Krankenhausbesuche müssen auch Berufstätigen möglich sein. Zur patientengerechten Versorgung gehört menschliche Zuwendung, die durch eine Aufwertung der Grundpflege erreicht wird. Kinderstationen oder -krankenhäuser sind so einzurichten, daß für einen Elternteil oder eine andere Bezugsperson des erkrankten (Klein-)Kindes die Möglichkeit besteht, mit untergebracht zu werden.

Rehabilitation Die Aufgaben des Krankenhauses dürfen sich nicht auf die kurative Medizin beschränken, sie müssen durch Rehabilitationsmedizin komplettiert werden ³⁶⁾. Unter anderem ist auch der Unterricht am Krankenbett für Kinder mit längerer Verweildauer (ohne zusätzliche Kosten für den Patienten

³⁶⁾ *Therapeutische Kette*

bzw. den Kostenträger) durch das Krankenhaus in Zusammenarbeit mit der zuständigen Schulbehörde zu gewährleisten ³⁷⁾.

Innere Krankenhausstruktur

Die bestmögliche Diagnostik und Therapie wird angesichts der fortschreitenden Erkenntnisse in den einzelnen medizinischen Fachgebieten und der Ausweitung der medizinischen Technik nur durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Beschäftigungsgruppen des Krankenhauses im Team zu erreichen sein.

Der erfolgreichen Zusammenarbeit stehen auch heute noch autoritäre Strukturen entgegen. Diese gilt es abzubauen, um eine auf fachlicher Qualifikation beruhende gedeihliche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Das Personal ist in den seiner Ausbildung entsprechenden Funktionen einzusetzen. Ärzte und nichtärztliches Medizinalpersonal sind soweit als möglich von Verwaltungsaufgaben zu entlasten.

Die differenzierte Leistungsanforderung und die besonderen Arbeitsabläufe im Krankenhaus erfordern ein krankenhausspezifisches Management sowie eine klare Trennung von Richtlinienkompetenz des Trägers und Detailkompetenz des Managements.

Die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche des Managements sowie der Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen, medizinisch-technischen Bereich sowie im Verwaltungs- und Wirtschaftsbereich sind eindeutig festzulegen.

Wegen der komplizierten Sachabläufe und der wechselseitigen Abhängigkeiten sind zur wirkungsvollen Einschaltung des Sachverständigen Konferenzen zu bilden, deren Zusammensetzung sich aus den jeweiligen Verantwortlichkeiten ergibt. Die ärztliche Verantwortung gegenüber dem Patienten trägt der behandelnde und dafür qualifizierte Arzt.

Eine optimale Versorgung im Krankenhaus erfordert nicht so sehr eine quantitative, sondern vielmehr eine qualitative Verbesserung der Personalstruktur in den Krankenhäusern, zum Beispiel auch durch ärztliche Kollegialsysteme und Teamarbeit.

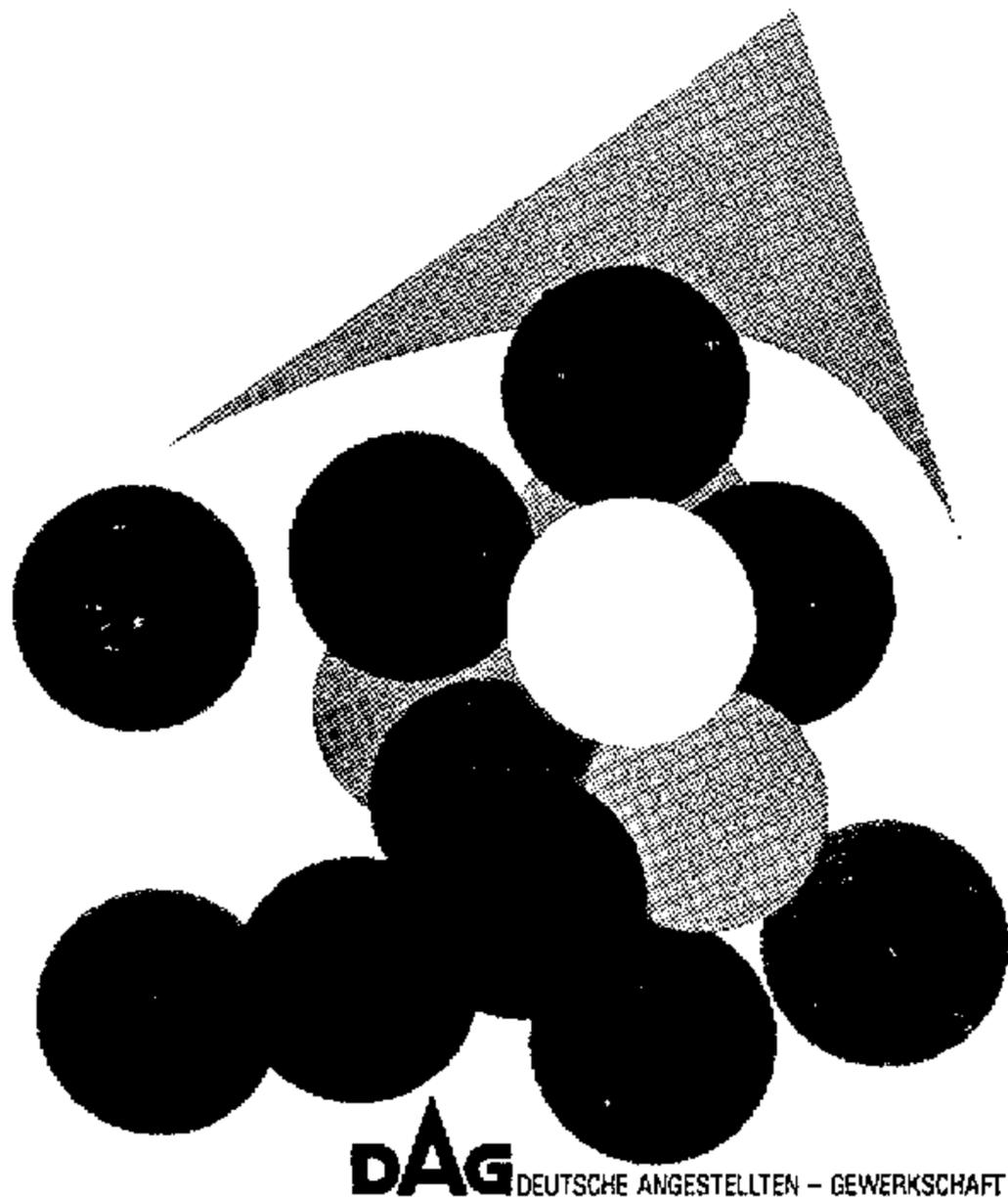
³⁷⁾ *Hinsichtlich der Rehabilitationsmedizin sollte die Zusammenarbeit des Akut-Krankenhauses mit Spezialkliniken verstärkt werden, wie durch Ausbau der "Anschlußverfahren" - siehe auch Seite 46*

Zusammenarbeit im Krankenhaus

Krankenhaus-Management

Personalstruktur

Angestellte
Gesellschaft
der **ZUKUNFT**



DAG **Leistung hat Vorfahrt**
Wer viel leistet hat Erfolge. Die DAG ist erfolgreich. Sie ist die leistungsbejahende gewerkschaftliche Spitzenorganisation in unserem Lande. Ihr Wort hat Gewicht. Sie wird anerkannt und geht unbeirrt ihren Weg.

die gewerkschaftliche Alternative

Deutsche Angestellten-Gewerkschaft