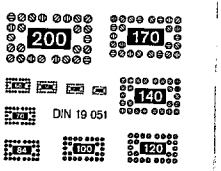

Jungsozialisten
in der SPD
28. Februar -
2. März 1975
Wiesbaden
Rhein-Main-Halle

Bundeskongreß '75

Gesundheits-politisches Programm der Jungsozialisten

C 98 - 04771

Gesundheitspolitische Forderungen

Gliederung:

Ziel sozialistischer Gesundheitspolitik S. 3

Demokratie in das Gesundheitswesen S. 3

Integriertes System medizinischer Versorgung S. 4

Öffentlicher Gesundheitsdienst S. 5

Vorsorge S. 6

Früherkennung S. 7

Ambulante Versorgung S. 7

Stationäre Versorgung S. 8

Rehabilitationsmedizin S. 9

Psychiatrie S. 10

Betriebsmedizinischer Dienst S. 11

Arzneimittelsektor S. 12

Kostenträger des Gesundheitssystems S. 13

Ausbildung im medizinischen Bereich S. 13

Ausbildung von Pharmazeuten S. 15

Ziel sozialistischer Gesundheitspolitik

Ziel einer sozialistischen Gesundheitspolitik ist die umfassende Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung für alle. Die Forderung nach körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden als existentiellem Grundrecht eines jeden Menschen darf nicht länger vorherrschenden Kapitalinteressen und dem Dünkel von ständischen Ärzte- und Apothekerorganisationen zum Opfer fallen. Die – aufgrund des erreichten wissenschaftlichen und technischen Standards in der Medizin – bestmögliche Versorgung der Bevölkerung muß unabhängig vom jeweiligen Einkommen durchgesetzt werden. Dies kann nur ein vergesellschaftetes und integriertes System medizinischer und sozialer Gesundheitsvorsorge leisten.

Strategie, Reformschritte und Aktionen müssen deshalb darauf gerichtet sein,

- Reformen durchzusetzen, die die bestehenden Benachteiligungen, vor allem der Arbeiter und Rentner, verringern und schließlich aufheben,
- die aufgezeigten Mißstände im bundesdeutschen Gesundheitssystem auf die Profitlogik des kapitalistischen Systems zurückzuführen, um die Reformen im Gesundheitsbereich in den Gesamtzusammenhang des Kampfes für den demokratischen Sozialismus zu stellen,
- die Notwendigkeit des gewerkschaftlichen Kampfes in diesem Sektor aufzuzeigen und die Mobilisierung der Bevölkerung auch dem Ziel der Unterstützung der SPD sowie der Organisierung in der Sozialdemokratie zu verbinden.

Entscheidendes Element einer sozialistischen Strategie im Gesundheitsbereich ist es, die vom derzeitigen schlechten Gesundheitssystem Betroffenen, also die Sozialversicherten und damit 90 Prozent der gesamten Bevölkerung, nicht zu Objekten von Veränderungen zu machen, sondern zu Trägern des gesellschaftlichen Fortschritts in der medizinischen Versorgung.

Dazu ist es notwendig, daß von den Arbeitnehmern und ihren Organisationen umfassende Mitbestimmungsrechte im Gesundheitssektor erkämpft werden.

Ziel muß ein Gesundheitssystem sein, in dem der umfassende Einfluß der Sozialversicherten auch institutionell abgesichert ist, in dem sie Träger der Entscheidungen sind.

Demokratie in das Gesundheitswesen

Antikapitalistische Strukturreformen im beschriebenen Sinne werden nur dann ihre Aufgabe zugunsten der Bevölkerung erfüllen, wenn sie nicht lediglich staatliche Einflußmöglichkeiten schaffen oder ausbauen, sondern mit einer umfassenden Demokratisierung des Gesundheitswesens einhergehen. So notwendig es ist, die staatliche Verantwortung auszuweiten, so notwendig ist auch eine **gesamt gesellschaftliche Kontrolle, die Mitwirkung und Mitentscheidung aller Betroffenen** und der Aus- und Aufbau von Selbstverwaltungssystemen der medizinischen Versorgung.
Diese Selbstverwaltung muß – innerhalb ihres jeweiligen Bereichs – Leistungs- und Entscheidungs-

C 98 - 04771

Friedrich-Ebert-Stiftung Bonn Bibliothek

befugnisse haben und in der Lage sein, innerhalb der gesetzlichen Normen Koordinations- und Organisationsfragen selbständig zu lösen. Sie muß auf Landes- und Bundesebene die Arbeit des Gesetzgebers aus der Sicht praktischer Erfahrung fortlaufend unterstützen, an der Ausarbeitung und Fortentwicklung von Berufsbildern und an der Bestimmung von Lerninhalten mitwirken.

Sozialversicherte und Gesetzgeber müssen die Möglichkeit und das Instrumentarium haben, die Entwicklung des Gesundheitswesens fortlaufend überprüfen zu können. Deshalb hat ein **„analytisches Institut"** die den Gesundheitsbereich insgesamt betreffenden krankmachenden Faktoren zu beobachten, Daten zu sammeln, ihre Ursachen im gesellschaftlichen Bereich zu analysieren sowie Vorschläge zur Beseitigung von Gesundheitsgefahren für Mensch und Umwelt zu unterbreiten und zu veröffentlichen.

Dieses von Kapitalinteressen unabhängige Institut ist dem Bundesgesundheitsamt anzugliedern und von Vertretern der Sozialversicherten zu überwachen. Zur Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gehört auch eine – der Tätigkeit und dem Verantwortungsbereich aller Beteiligten gerecht werdende – Mitbestimmung und Mitentscheidung am Arbeitsplatz. Für den Krankenhausbereich liegt im sogenannten **„Hanauer Modell" für ein klassenloses Krankenhaus ein** richtungsweisendes Beispiel vor, das in seinen Grundsätzen auch für die anderen Bereiche des Gesundheitswesens Geltung beanspruchen kann.

Integriertes System medizinischer Versorgung

Die Gesundheitssicherung der Bevölkerung kann künftig nur in einem integrierten Gesundheitssystem geleistet werden. **Integriertes System medizinischer Versorgung** bedeutet:

Bestmögliche medizinische Versorgung mit dem dafür geringstmöglichen personellen, baulichen und finanziellen Aufwand zu bewirken.

- Teilbereiche medizinischer Versorgung werden organisatorisch miteinander verbunden.
- Die in der medizinischen Versorgung Tätigen werden durch ein dichtes Kommunikationsnetz miteinander verbunden.
- Unter der Voraussetzung umfassenden Datenschutzes werden medizinische Informationen über jeden Bürger aus Teilbereichen in unmittelbar verwendbarer Form für andere oder weitere medizinische Maßnahmen abrufbar gehalten.
- Medizinische oder der medizinischen Versorgung zugehörige Leistungen werden in derjenigen Einrichtung und von demjenigen erbracht, der die Leistung bei gleicher Qualität am rationellsten erbringen kann. Entbehrliche Leistungen und Leistungswiederholungen werden so vermieden.
- Die erforderlichen technischen und organisatorischen Mittel und Einrichtungen werden in ihrer – nach dem jeweiligen Stand rationellsten Form bereitgehalten und angewandt.

Integrierte medizinische Versorgung bedeutet nicht, sinnvolle, historisch gewachsene Formen zu zerstören. Selbständige Berufe innerhalb des Gesundheitswesens haben weiterhin ihre Daseinsberechtigung, wenn sie qualitativ neuen Anforderungen genügen und Medizin wie Datentechnik in zeitgemäßem und entwicklungsfähigem Stand sinnvoll aufzunehmen in der Lage sind. Allerdings kann eine Monopolstellung, wie die der niedergelassenen Ärzteschaft, bezüglich der ambulanten Versorgung der Bevölkerung nicht hingenommen werden:

Das Kassenarztrecht bedarf einer dringenden Veränderung, um auch Kassen, Gemeinden und anderen öffentlichen Trägern die Möglichkeit zu geben, für eine bestmögliche ambulante Versorgung der Bevölkerung (wie Gemeinschaftspraxen und Ambulatorien) zu sorgen.

Soll eine bestmögliche Versorgung mit dem dafür geringstmöglichen Aufwand besorgt werden, so müssen neue Formen medizinischer Berufe und neue Formen medizinischer Berufsausübung geschaffen werden. Aufgaben, die bisher von Ärzten erfüllt wurden und die eine lange, intensive und teure Hochschulausbildung nicht erfordern, müssen anderen medizinischen Berufen verantwortlich übertragen werden. Eine geschlossene Zusammenarbeit neuer Formen ambulanter medizinischer Versorgung (fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, zentrale ambulante Einrichtungen u. a.) mit Sozialstationen (gesundheitliche Beratung, Krankenführung, Pflege, Sozialberatung u. a.) läßt teure ärztliche Arbeitskraft einsparen und damit für andere Aufgaben freisetzen.

Verflechtende Elemente eines integrierten Gesundheitswesens bilden ein **Zentrales Informationssystem (ZIS) und das medizinisch-technische Zentrum (MTZ).** Das medizinisch-technische Zentrum übernimmt für den gesamten lokalen Einzugsbereich alle Aufgaben der diagnostischen und apparativen Technik, die die Möglichkeiten der sog. „kleinen Labors" überschreiten. Im MTZ können die gestellten Aufgaben mit Geräten hochentwickelter Technologie rationell und zuverlässig mit strenger Qualitätskontrolle für alle Bereiche der medizinischen Versorgung erfüllt werden. Ebenso wie bisherige Laborärzte oder medizinisch-technische Angestellte greift auch das MTZ nicht in die ärztliche Diagnostik ein, sondern gibt dem Arzt ein besseres und ausreichendes Hilfsmittel für eine gründliche und differenzierte Diagnose an die Hand. Diagnostische Laboruntersuchungen entfallen so für den Arzt und sparen somit Arbeitszeit und Ärztehonorar.

Medizinisch-technische Zentren und Zentrales Informationssystem sind Mittel der Rationalisierung medizinischer Abläufe, mit denen Leistungswiederholungen vermieden werden können, weil jede Leistung allen anderen Gliederungen des Systems zur Verfügung steht. Durch die verflechtende Funktion von MTZ und ZIS werden die Kosten der medizinischen Versorgung und damit die Aufwendungen für die soziale Krankenversicherung durch folgende Faktoren gesenkt:

- Wiederholungen diagnostisch-technischer Leistungen werden vermieden;
- Verweildauer stationär Behandelter wird um die diagnostische Einleitungsphase und um die kompensatorische Nachsorge gekürzt.
- stationäre Diagnostik wird im Grenzfall dank intensiver ambulanter Diagnostik vermieden;
- rationelle und automatisierte Verfahren werden insbesondere im Rahmen der Früherkennung und Reihenuntersuchungen optimal genutzt.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Jede Reform im Gesundheitswesen – insbesondere eine Reform des öffentlichen Gesundheitswesens – muß zum Ziel haben, daß die Funktion eines Systems gesundheitlicher Sicherung nicht mehr wie bisher in erster Linie reparativ – sondern präventiv, also vorsorgend sein muß.

Entsprechend muß bei einer **Neugestaltung des Aufgabenbereichs im öffentlichen Gesundheitsdienst** neben den traditionellen Aufgaben (wie Gesundheitsaufsicht, Gutachterwesen oder Seuchenhygiene) der Vorsorge und Früherkennungsmedizin ein neuer, höherer Stellenwert eingeräumt werden. Eine umfassende Übernahme von früherkennungs- und vorsorgemedizinischen Leistungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst setzt allerdings eine entsprechende räumliche, apparativ-technische und besonders personelle Ausstattung voraus.

Es bedarf deshalb einer Neubestimmung der gesetzlich geregelten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der darin eingeschlossenen organisatorischen und strukturellen Veränderungen. Das zur Zeit in der Bundesrepublik bestehende Mischsystem von kommunalen und staatlichen Gesundheitsämtern ist zugunsten kommunaler Einrichtungen zu bereinigen, da nur so eine bestmögliche Anpassung an den regionalen Bedarf gesichert werden kann. Auf unterster kommunaler Ebene (Kreis- oder Stadtebene) sind entsprechende Gesundheitsfachverwaltungen einzurichten, die Großräume von 250 000–500 000 Einwohnern umfassen sollten. Im Rahmen von Gesundheits- und Sozialzentren oder -stationen sind Neben- und Außenstellen zu errichten.

Eine besondere Aufgabe kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Mitwirkung an allen staatlichen oder kommunalen Vorhaben zu, die von gesundheitspolitischer Bedeutung sind. Diese Mitwirkung muß bereits für die Planungsphase gesichert sein.

Hier gilt es, vor allem den öffentlichen Gesundheitsdienst als Kontrollinstrument mit entsprechender Kompetenz auszustatten, die es auch ermöglicht, bei drohenden Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung (z. B. Industrieansiedlung, Straßenbau, etc.) vorbeugend einzugreifen und gesundheitliche Schädigungen abzuwenden.

Auch das bisherige Aufgabengebiet muß für den öffentlichen Gesundheitsdienst uneingeschränkt erhalten bleiben (wie Vorsorge im Vorschul- und Schulalter im Rahmen der Jugendgesundheitspflege, die Behindertenfürsorge, Vorhaltung und Organisierung von Beratungsdiensten für die Bevölkerung im Rahmen der gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung, Wahrnehmung koordinierender und integrierender Funktionen in den verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung).

Bei der gesetzlichen Neuregelung des Facharztwesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst dadurch zu berücksichtigen, daß der Facharztstatus nach entsprechender Ausbildung für im öffentlichen Gesundheitsdienst tätige Ärzte erworben werden kann.

Weiter sind alle Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend den vorgeschlagenen Verbesserungen im Krankenhaus fest zu besolden. Durch die Gutachter-Einnahmen können die Gehälter insgesamt angehoben werden.

Die Gesundheitsämter als gesundheitliche Fachverwaltungen werden Hauptträger der neu übernommenen gesundheitlichen Leistungen im öffentlichen Gesundheitswesen. In ihrem Aufbau und ihrer Arbeitsweise müssen sich die neu gesteckten Aufgabenstellungen widerspiegeln und dadurch verwirklicht werden. Das mit Bundesmitteln unterstützte geplante Modell-Gesundheitsamt in Marburg an der Lahn kann ein erster Schritt auf dem Weg zu einem öffentlichen Gesundheitsdienst der Zukunft sein.

Nach diesem Modell soll ein Gesundheitsamt künftig folgenden Aufbau und folgende Aufgabenstellung haben:

Aufbau

- → zu betreuende Einwohnerzahl: 250 000–500 000
- → Außen- und Nebenstellen (Bürgernähe)
- → moderne technische Ausrüstung (Labor, EKG etc.), soweit kein regional zugeordnetes medizinisch-technisches Zentrum diese Leistungen abdecken kann
- → Stellenplan nach Bedarfsermittlung
- → Leitung durch einen Amtsfacharzt, der vor allem Koordinator

für die einzelnen Fachbereiche ist.

Struktur/Arbeitsprinzip

→ Gliederung in Fachbereiche mit selbständigen Abteilungen, die eigenverantwortlich tätig sind

→ kollegiale Zusammenarbeit der Fachbereiche und innerhalb der Fachbereiche

→ Gewährleistung intensiver Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung

→ Erledigung von Sonderaufgaben in Kommissionsarbeit gemeinsam mit anderen Behörden.

Grundlagen der Organisation

Sieben Fachbereiche mit Fachabteilungen und Untergliederungen:

1. Hauptabteilung
- Leitung
- Organisation, Koordination
- Fort- und Weiterbildung
- EDV, Dokumentation, Statistik, Gesundheitsbericht
- wissenschaftliche Auswertung
- Haushalts- und Rechnungswesen

2. Umwelthygiene
- allgemeine Hygiene (u. a. Raum- und Bauleitplanung, Lärmbekämpfung, Luftreinigung und so weiter)
- Lebensmittelhygiene
- Verkehr mit Giften und giftigem Pflanzenschutz
- Gewerbehygiene
- Verkehrshygiene
- Strahlenschutz

3. Seuchenhygiene
- Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (BSG)
- Geschlechtskrankenfürsorge
- Impfwesen

4. Sozialhygiene
- Familienplanung und Humangenetik
- Epidemiologie
- gesundheitliche Aufklärung
- Freizeit- und Gesundheitsprogramm
- Psychohygiene

5. Gesundheitsvorsorge und -fürsorge
- allgemeine Vorsorge und Früherkennung
- Altenfürsorge
- Schwangeren- und Mütterberatung
- Jugendärztlicher Dienst (mit u. a. Säuglingsberatung, Schulärztlichem Dienst, Schulpsychologischem Dienst u. a.)
- Behindertenfürsorge (mit u. a. Körperbehinderte und Gefährdete, chronisch Kranke, Süchtige, Beratungsstelle für Drogenabhängige)

6. Medizinalpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Berufe
- Apotheken, Drogerien etc.
- Krankenhäuser
- Rettungs- und Unfallwesen, Katastrophenschutz

7. Gutachtenabteilung (und Zentrallabor)

Vorsorge

Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung sind primär Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Da dieser bei seiner gegenwärtigen personellen und apparativen Ausstattung die entsprechenden Aufgaben nicht in vollem Umfang erfüllen kann, können sie vorübergehend an Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte delegiert werden. Voraussetzung ist allerdings die Änderung des § 368n RVO, der die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten allein zu den kassenärztlichen Leistungen zählt. Die eigenverantwortliche Einbeziehung von nichtärztlichem Personal in Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen ist zu gewährleisten.

Für den Bereich Vorsorge werden folgende Maßnahmen gefordert:

1. Aufklärung über Gestaltung des gesunden Lebens

Gesundheitspflege und Krankheitsvorbeugung als Lehrfach in sämtlichen Schulen

Aufklärung über die Wechselbeziehungen zwischen zentralen Lebens- und Umweltbereichen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit des einzelnen

Aufklärung und Beratung über Geschlechtskrankheiten, Alkohol- und Drogenmißbrauch und sexuelle Probleme

Nebenstellen der Gesundheitsämter müssen insbesondere dort eingerichtet werden, wo bei Planung und Ausgestaltung von Satellitenstädten das soziale Umfeld bezüglich Vorsorgeeinrichtungen weitgehend unberücksichtigt geblieben ist.

Ein breites Angebot an Erste-Hilfe-Kursen muß zur Hebung des Gesundheitsbewußtseins genutzt werden.

Abenteuerspielplätze, selbstverwaltete Jugendzentren und ähnliche Einrichtungen müssen auch unter dem Aspekt gefördert werden, daß sie frühzeitig Gelegenheit geben, Aggressionsbewältigung durch Solidarität in der Gruppe zu erlernen und damit der Entwicklung von Neurosen oder anderen psychischen Störungen entgegenzuarbeiten.

Der Kampf um Mitbestimmung und Selbstbestimmung bei der Gestaltung von Arbeitsplatz und Wohnung muß auch unter dem langfristigen Aspekt der Gesundheitsvorsorge vorangetrieben werden.

2. Gesundheitsschädliche Einflüsse als Folge kommerzieller Erwägungen müssen beseitigt werden

→ Überarbeitung des Nahrungsmittelschutzgesetzes zur Gewährleistung eines wirksamen Verbraucherschutzes

→ Verbot der Tabak- und Alkoholwerbung, Verpflichtung zur Deklarierung und Aufklärung über die Auswirkungen bedenklicher Inhaltsstoffe und ihrer Konzentration, wirkungsvoller Nichtraucherschutz durch Rauchverbote und Einrichtung besonderer Raucherstätten

→ Umweltschutzmaßnahmen müssen neben ihrer Bedeutung für die Aufrechterhaltung für die Aufrechterhalt-Gleichgewichts, bzw. seiner Wiederherstellung, auch unter dem Aspekt der Gesundheitssicherung durchgeführt werden.

3. Es ist eine gesetzliche allgemeine Pflichtvorsorgeuntersuchung zu verwirklichen, die alljährlich kostenlos durchgeführt wird

4. Alle Gesetzesvorhaben, die auch nur im weitesten Sinne gesundheitliche Auswirkungen haben, sind von der Zustimmung der mit Gesundheitspolitik befaßten parlamentarischen Gremien abhängig zu machen.

Früherkennung

Eine Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen ist unerläßlich. Hierbei sind vor allem folgende Neuerungen vorzunehmen:

- ☐ Aufnahme von apparativen Leistungen in den Katalog der Krebsfrüherkennung (Rekto-, Kolposkopie, Mammographie)
- ☐ Untersuchungen auf Zuckerkrankheiten
- ☐ Untersuchungen auf Herz- und Kreislaufkrankheiten
- ☐ Untersuchungen auf Glaukom (Grüner Star)
- ☐ Untersuchungen auf rheumatische Erkrankungen
- ☐ Einführung der Meldepflicht für Krebskrankheiten und Erstellung einer bundesweiten Krebsstatistik
- ☐ Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsleistungen durch gezielte Information der Bevölkerung
- ☐ Solange kein Zentrales Informationssystem besteht, soll jeder Bürger Inhaber eines Gesundheitspasses sein, in dem sämtliche Daten der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und der Krankheitsgeschichte des Patienten verschlüsselt einzutragen sind. Der Bürger bleibt immer in Besitz dieses Passes. Eintragungen werden nur von Ärzten vorgenommen. Nur diese haben den Schlüsselcode und das Recht, in den Gesundheitspaß Einsicht zu nehmen.
- ☐ Im Personalausweis ist die Blutgruppenzugehörigkeit des Inhabers einzutragen.

Bei allen Früherkennungsuntersuchungen muß eine Vereinheitlichung der heute noch – je nach Kasse – völlig unterschiedlichen Vergütungen erfolgen.

Ambulante Versorgung

Basis eines integrierten Gesundheitswesens bildet die ambulante Versorgung der Bevölkerung.

Diese ist sämtlichen Bürgern in gleicher Dichte und Qualität anzubieten, wozu Bedarfspläne erarbeitet werden müssen, für die die regionalen Selbstverwaltungen in Zusammenarbeit mit Kassen und Gemeinden verantwortlich sind. Grundlage solcher Pläne sind periodisch durchzuführende Krankheitshäufigkeitsuntersuchungen.

Die Berufsausübung ist genau wie im Krankenhausbereich auch für die ambulante Tätigkeit nur an den durch den Plan vorgeschriebenen Orten möglich. Ausnahmsweise können spezielle benötigte medizinische Tätigkeiten, die im Bedarfsplan nicht oder noch nicht berücksichtigt sind, ohne Planbestimmung ambulant ausgeübt werden.

Öffentliche Träger und Krankenkassen haben das Recht, in Übereinstimmung mit dem Bedarfsplan Einrichtungen zur ambulanten medizinischen Versorgung zu schaffen. Krankenhäuser können in Zusammenarbeit mit den medizinisch-technischen Zentren insbesondere im vor- und nachstationären Bereich ambulant behandeln. Die Reichsversicherungsordnung ist entsprechend zu ändern (§ 368n). Die Bedarfsplanung geht davon aus, daß ambulante Einrichtungen im Regelfall **fachübergreifende Gemeinschaftspraxen** darstellen, die die gegenseitige Vertretung des Personals bei Fortbildung, Urlaub o. ä. ermöglicht und eine qualifizierte und individuelle Behandlungskontinuität für den Patienten gewährleistet. Neben Allgemeinärzten sind die wichtigsten Fachrichtungen (innere Medizin, Kinderheilkunde, Orthopädie, Frauenheilkunde, Psychiatrie sowie ein einfaches Labor und eine Röntgeneinrichtung in der ambulanten Ein-

richtung zusammengefaßt Im ländlichen Raum können solchen ambulanten Einrichtungen wegen der Entfernung allgemeinärztlich versorgte Einzelpraxen zugeordnet werden. Den Krankenhäusern der Regelversorgung sollten lokal größere **ambulante Einrichtungen** zugeordnet werden, die auch die kleineren Fachgebiete enthalten. Diese Fachärzte können daneben in kleineren ambulanten Einrichtungen Zweigsprechstunden abhalten und die Krankenhäuser der Regelstufe beratend mitversorgen. Eine qualitativ hochwertige und gleichmäßig angebotene allgemeinmedizinische Versorgung muß gesichert sein. Allgemeinmedizin bedeutet: die Situation des Patienten in seinen sämtlichen Bezügen überschauen können, über das Wissen der gegebenen Möglichkeiten von Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Fürsorge verfügen, theoretische Grundlagen sämtlicher Fachrichtungen ohne belastendes Detailwissen beherrschen und Notfälle jeglicher Art erkennen und primär behandeln können.
Mit der Qualität einer solchen allgemeinmedizinischen Versorgung steht und fällt die des gesamten Gesundheitswesens. Allgemeinmediziner sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich als Koordinatoren in der Krankenversorgung bei der zu erwartenden weiteren Spezialisierung unentbehrlich und werden im ländlichen Bereich in Verbindung mit den medizinischen Zentren die Hauptarbeit zu leisten haben.

Alle in größerem Abstand zum nächsten Regelkrankenhaus liegende ambulante Einrichtungen unterhalten eine Notfallstation, in der die wichtigsten lebensrettenden Maßnahmen soweit durchgeführt werden können, daß der Transport ins nächste Krankenhaus gesichert ist.

Ambulante Einrichtungen haben die Versorgungspflicht gegenüber ihrem Einzugsgebiet und dort auch den Not- und Hausdienst zu gewährleisten.

Ambulante Einrichtungen arbeiten über das medizinisch-technische Zentrum (MTZ) und das Zentrale Informationssystem (ZIS) eng mit den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens zusammen. Ein besonders enger Kontakt muß zu den in ihrem Gebiet liegenden Sozialstationen bestehen.

Innerhalb der gesetzlichen Normen und der von den Selbstverwaltungsorganen festgesetzten Richtlinien arbeiten die einzelnen ambulanten Einrichtungen selbstverantwortlich. Bei der Regelung interner Organisationsfragen muß umfassende Mitbestimmung des gesamten Personals gesichert sein.

Die Möglichkeit der freien Arztwahl bleibt grundsätzlich aufrechterhalten. Es müssen aber Wege gefunden werden, um einen Mißbrauch auf Kosten der Versicherung (z. B. durch Mehrfachuntersuchungen) zu unterbinden. Ambulante Einrichtungen müssen außer in Notfällen die Möglichkeit haben, Patienten anderer Einzugsgebiete abzuweisen, wenn die Versorgung des eigenen Gebietes dadurch gefährdet würde.

Ärzte in den ambulanten Einrichtungen der öffentlichen Träger und der Kassen sind vorrangig fest anzustellen, da hiermit wirtschaftliche Interessen an der Behandlung ausgeschlossen werden können und Orts- wie Stellenwechsel leichter möglich sein wird.

Stationäre Versorgung

Auch bei der Planung von Krankenhäusern müssen **detaillierte Bedarfsberechnungen** zugrundegelegt werden, um für alle Bürger eine qualitativ gleich gute und gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten. Solche Bedarfsplanungen müssen auf differenzierten Krankenhausmorbiditätsstatistiken aufbauen. (Hierbei wird erforscht, welche stationär zu behandelnde Krankheiten wie häufig vorkommen und wie lange diese durchschnittlich welche Versorgungsstufe beanspruchen.)

Die Bedarfsplanung muß eine gleichmäßige Versorgung mit **Krankenhäusern der Regel- und Intensivstufe** sowie mit **Spezialkrankenhäusern** zum Ziele haben, wobei im Bereich von Ausbildungskliniken die Einrichtungen aller Art räumlich zusammengefaßt werden.

Öffentliche Subventionierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgt nur dann, wenn die vom Landes- und Bundesgesetzgeber gesetzten Normen voll erfüllt werden. Öffentliche Mittel sind vor allem dann zu verweigern, wenn das gesetzlich vorgeschriebene Leistungsangebot vom Krankenhausträger eigenmächtig eingeschränkt wird (z. B. Frage des Schwangerschaftsabbruchs).
Krankenhäuser der Regelstufe umfassen je ein Zentrum für nichtoperative, operative und psychische Medizin (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) und für Frührehabilitation mit gegenseitiger Konsultationspflicht. Die Zentren sind in überschaubare Abteilungen zu gliedern (30–40 Betten), die in Zusammenarbeit der dort Beschäftigten geführt werden; hierarchische Strukturen entfallen somit. Neben dieser horizontalen Gliederung werden die Krankenhäuser in eine Intensiv-, Akut-, Nachsorge- und Pflegephase vertikal gegliedert. Je nach Schwere und Art der Erkrankung werden diese Phasen von jedem Patienten durchlaufen, wobei in jeder Phase sich einzelne Abteilungen speziell der Kinder- und Altenheilkunde zuwenden müssen. Der Regelklinik ist das regionale medizinisch-technische Zentrum (MTZ) beigegliedert.

Kleinere Fachabteilungen werden schwerpunktmäßig in einzelnen Regelklinken eingerichtet.

Spezialkrankenhäuser und solche der Intensivstufe stellen hochspezialisierte Einrichtungen dar, deren Belegung in der Regel durch Überweisung aus der Regelstufe erfolgt.

Alle Krankenhäuser arbeiten in

Selbstverwaltung (vgl. „Hanauer Modell"), unter **qualifizierter Mitbestimmung aller im Krankenhaus Tätigen.** Auf dem Wege der Selbstverwaltung sind alle grundlegenden Entscheidungen zu treffen und organisatorische Rahmenbedingungen zu setzen, die insoweit den Krankenhausträger binden; die Selbstverwaltung ist dem Krankenhausträger deshalb rechenschaftspflichtig.

Als Schritt zur Selbstverwaltung ist kurzfristig die paritätische Mitbestimmung von Krankenhausträger und Personal im Krankenhaus einzuführen. Langfristig ist das Krankenhaus durch eine **Krankenhauskonferenz** zu leiten. Diese besteht aus gewählten Vertretern des medizinischen, technischen und Verwaltungspersonals sowie einem Patientenvertreter. Sie entscheidet über alle innerorganisatorische Fragen.

Grundlegende Entscheidungen bezüglich Investitionen, Personalgesamtheit und langfristigen Verträgen werden in einer erweiterten Krankenhauskonferenz getroffen, der Vertreter des Trägers, des regionalen Einzugbereichs und der Verwaltung zusätzlich angehören.

Alle Krankenhäuser sind klassenlos. Die Möglichkeit privater Abrechnung ärztlicher Leistungen entfällt. Alle im Krankenhaus Tätigen erhalten feste Gehälter.
Im Rahmen der Krankenhauskonferenz und der Abteilungen bekommen **Patientenvertreter,** die von der Sozialversicherung gestellt werden, Mitbestimmungsrechte im Hinblick auf das Krankenhausgeschehen.
Die Bedürfnisse der Patienten sind auch in der baulichen Ausstattung stärker zu berücksichtigen. Neben regelmäßig freien Besuchszeiten sind auf jeder Station Besuchszimmer einzurichten, in Kinderabteilungen sind Unterbringungsmöglichkeiten für Bezugspersonen zu schaffen, um die typischen Hospitalisierungserscheinungen bei Kindern zu vermeiden.

Rehabilitationsmedizin

I. Zur Planung der benötigten Rehabilitationseinrichtungen ist eine **Bedarfsanalyse** unbedingt erforderlich, die aufgrund eines **Meldegesetzes für alle Rehabilitationsfälle** vorgenommen werden soll.

Zur Erfassung der Rehabilitationsfälle sind entsprechende Fachkräfte den Sozial-, Arbeits- und Gesundheitsämtern neben einer eigentlichen Tätigkeit in Krankenhäusern anzugliedern.

Alle niedergelassenen Ärzte, Werksärzte sowie die im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen sollen die gesetzliche Verpflichtung haben, Rehabilitationsfälle zu melden.

Eine Kommission aus Medizinern, Soziologen, Psychologen und Rehabilitationsfachkräften hat ein **Einleitungsgutachten** zu erstellen und Vorschläge über die zu treffenden Maßnahmen bei Patienten zu machen, wenn Veränderungen im beruflichen, sozialen oder psychischen Bereich notwendig sind.

II. Für eine **Rehabilitationskette** muß mit rehabilitativen Maßnahmen zum frühest möglichen Zeitpunkt begonnen werden; bei infolge von Unfällen entstandenen Verletzungsfällen bereits im Akutkrankenhaus, bei allen anderen nach ihrer Meldung, wobei mit den Rehabilitationsmaßnahmen in der jeweils geeigneten Einrichtung begonnen wird.

Beispiel für eine Rehabilitationskette: Rehabilitationsabteilung im Akutkrankenhaus, von dort ins eigentliche Rehabilitationskrankenhaus, weiter ins Krankenhaus mit beruflicher Anpassung für einzelne Schadensarten, dann Berufsförderungswerke mit ausbildungsbegleitender Heilbehandlung, schließlich Beschäftigungswerkstätten bzw. entsprechende Industriebetriebe.

Eine dauernde Nachbehandlung bzw. Nachsorge der Patienten mit Kontrolle des Krankheitsverlaufes erfolgt in entsprechenden **Rehabilitationskliniken.**

Der akut erkrankte Patient, bei dem eine schwere, längere Erkrankung vorliegt, soll bereits im Akutkrankenhaus systematisch auf seine Wieder- oder Neueingliederung in die Gesellschaft vorbereitet werden. Hospitalisierungserscheinungen, die bei mehrwöchigen oder mehrmonatigen Krankenhausaufenthalten bisher regelmäßig auftreten, müssen verhindert werden.

Der Patient soll frühzeitig lernen, eine aktive, mitverantwortliche Haltung zum Heilungsprozeß zu gewinnen: **die Gesundheitserziehung des Patienten steht deshalb im Mittelpunkt.** So soll erreicht werden, daß der Patient als vollberechtigtes Mitglied in das Rehabilitationsteam eingegliedert ist **(Mitbestimmung des Patienten).**

Zur Erfüllung dieser Aufgaben reichen die üblichen Einrichtungen (wie Bäderabteilungen, Krankengymnastik etc.) nicht aus. Jedem **Akutkrankenhaus** ist deshalb eine **Abteilung für Rehabilitation** mit Psychologen, Psychotherapeuten, Beschäftigungs- und Sozialtherapeuten zuzuordnen. Diesen Abteilungen obliegen die Vorbereitungen und gegebenenfalls die Durchführung des Rehabilitationsprogramms im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

Die **Beschäftigungstherapie** ist der erste Schritt im Heilplan. Er bringt den Patienten dazu, normale, mit seiner persönlichen Arbeit nicht zusammenhängende Funktionen zu erlernen. Die anschließende **Arbeitstherapie** soll den Patienten zu den spezifischen Tätigkeiten hinführen, die er wieder oder neu erlernen soll. Parallel zu Beschäftigungs- und Arbeitstherapie werden Gespräche mit Psychologen und Sozialarbeitern geführt, wobei dem Patienten die Einsicht in seine Krankheit erleichtert und mit ihm die Möglichkeit zur Eingliederung erörtert wird.

Rehabilitationskrankenhäuser müssen regional im Rahmen einer bundesweiten Planung erstellt werden. Diese Krankenhäuser wenden Methoden der Rehabilitation an und nehmen Patienten auf, bei denen die Notwendigkeit einer beruflichen und/oder sozialen bzw. psychischen Veränderung notwendig ist. Sie sollen über sämtliche

Friedrich-Ebert-Stiftung Bonn Bibliothek

Methoden und Einrichtungen der Rehabilitation verfügen: operative, konservativ-kurative, physikalische und krankengymnastische Therapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Einzel- und Gruppentherapie, Berufsbildung im Rahmen der Bettschule (Grund-Mittel-Oberschule).

Akutkrankenhäuser sollen eingliederungsbedürftige Patienten so früh wie möglich dem Rehabilitationskrankenhaus zuführen.

Das Krankenhaus mit beruflicher Anpassung für einzelne Schadensarten ist in erster Linie ein auf Rehabilitationsmedizin ausgerichtetes Krankenhaus für spezifische Schadensarten, sekundär ein berufliches Rehabilitationszentrum zur Anpassung an die beruflichen Erfordernisse.

Berufsförderungswerke mit ausbildungsbegleitender Heilbehandlung und Rehabilitationsklinik zur vollen Berufsausbildung für Behinderte aller Behinderungsarten und aller Schweregrade der Behinderung sind getrennt nach Jugendlichen und Erwachsenen auf- und auszubauen. Dazu gehören auch die ausbildungsbegleitende Heilbehandlung (ambulant und stationär) sowie soziale und gesellschaftliche Eingliederungshilfen.

Behinderte, die durch Alter, persönliche Anpassungsschwierigkeiten, Verhaltensstörungen, Arbeitsentwöhnung und einfacher Begabungsstruktur eine kombinierte Beschäftigung und Bildung für ihre Eingliederung brauchen, benötigen **Beschäftigungswerkstätten**, die nicht unter 150 Plätze haben sollen. Dadurch sollen Dauerbeschäftigung mit Eingliederungscharakter zusammen mit allen Leistungen der sozialen Sicherung verbunden sein.

Diese Werkstätten sind gleichzeitig Anlernwerkstätten für geistig Behinderte und vermitteln darüber hinaus einfachere berufliche und schulische Bildungsinhalte im Sinne der Werkstufe einer Sonderschule. Die beschützenden Werkstätten herkömmlicher Art werden in dieser neuen Form aufgehen.

III. Zur wissenschaftlichen Erarbeitung eines effektiven und sinnvollen Rehabilitationskonzeptes ist es erforderlich, daß **Lehrstühle über Rehabilitationsmedizin** an den Hochschulen eingerichtet werden und Rehabilitationsmedizin Lehr- und Prüfungsfach wird.

Ziel der Forschung muß es sein, eine **Rehabilitationskette mit einheitlichen Methoden** bzw. die Schaffung eines Qualitätsstandards auf dem Gebiet der Rehabilitation zu erreichen, die für alle auf diesem Sektor arbeitenden Einrichtungen verbindlich sind.

Dieses Rehabilitationskonzept soll zunächst in Modelleinrichtungen erprobt werden.

IV. Da infolge der Entwicklung der Rehabilitationsmedizin auch neue Berufe sowohl auf therapeutischer Seite als auch auf Patientenseite entstehen, sind diese in das Ausbildungsangebot zu übernehmen und das Berufsbild mit dem Ausbildungsgang und den Prüfungen gesetzlich zu verankern.

V. Die im Rahmen der Rehabilitation stattfindende **berufliche Neuorientierung** erfordert die Entwicklung und den Einsatz neuester didaktischer Erkenntnisse.

VI. Um wirksame Maßnahmen einzuleiten und um Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund und Ländern sowie verschiedenen Trägerorganisationen zu vermeiden, muß das Rehabilitationsinstrumentarium in einem bundeseinheitlichen Programm entwickelt und institutionalisiert werden. Dieses **„Gemeinschaftswerk Rehabilitation"** ist verantwortlich für die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen. In ihr sind Kostenträger, Krankenhausträger sowie maßgebliche gesellschaftliche Organisationen und demokratische Verbände beteiligt.

Das Gemeinschaftswerk übernimmt die Kosten für die Durchführung der Rehabilitation. Der Rehabilitationsbedürftige hat gegenüber dem Gemeinschaftswerk einen gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation und deren Kostenübernahme.

Psychiatrie

Zu einer umfassenden Humanisierung der Psychiatrie sind grundlegende Veränderungen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung notwendig:

I. Beseitigung der gesellschaftlichen Diskriminierung

Ein Weg zur Beseitigung der gesellschaftlichen Diskriminierung psychisch Kranker ist das Prinzip der wohnortnahen Psychiatrie, die den Kranken so weit wie möglich in seinem persönlichen gewohnten Bereich läßt. Auf der anderen Seite muß die Bevölkerung stärker als bisher informiert, mit den Problemen der Kranken bekannt gemacht und in den Heilungsprozeß (z. B. als „Laientherapeut") mit einbezogen werden.

Selbstverständlich kann ein noch so emanzipatorisches System der Versorgung, eine noch so engagierte Öffentlichkeit allein keine grundsätzliche Verbesserung der Situation bewirken, solange nicht die krankmachenden Verhältnisse selbst, entfremdete Arbeit, schlechte Wohnbedingungen, ungenügende Ausbildung etc. beseitigt sind. **Der Kampf für eine bessere psychiatrische Versorgung muß deshalb immer auch ein Kampf um die grundlegende Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse sein.**

II. Eine Kette von Behandlungsmaßnahmen

Für die Versorgung der psychisch Kranken muß ein **System von einander ergänzenden ambulanten, halb- und vollstationären Einrichtungen zur Verfügung stehen.** Diese Einrichtungen sind gemeinsam wohnortnah in einem **„Sozialpsychiatrischen Dienst"** unterzubringen. Die Arbeit dieses Dienstes muß von dem üblichen Übermaß an bürokratischem Ballast (z. B. durch Neuregelung und Rationalisierung der behördlichen Zuständigkeiten) befreit sein.

Prinzipien aller Einrichtungen der therapeutischen Kette müssen sein:

- die therapeutische Gemeinschaft,
- die grundsätzliche Gleichberechtigung aller therapeutisch-tätigen Personen (auch des Pflegepersonals),
- die Möglichkeit der konstanten Betreuung der Patienten durch die einzelnen Stationen der therapeutischen Kette hindurch durch dieselbe Person oder denselben Personenkreis.

Zu den Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes gehört außer der Betreuung der Patienten auch die Vorsorge, die Öffentlichkeitsarbeit und die Ausbildung von Laientherapeuten.

Früherkennung, frühzeitige und lückenlose Behandlung psychisch Kranker, wie sie der sozialpsychiatrische Dienst zu leisten hat, gewährleisten eine größere Chance für Gesundung und Rehabilitation.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, daß bei einer entsprechenden Nachsorge ein großer Teil der Patienten früher entlassen und damit erfolgreicher rehabilitiert werden kann. Entsprechend wird sich der Schwerpunkt der Behandlung von der vollstationären auf die halbstationären und ambulanten Methoden verschieben.

Eine solche umfassende Veränderung der psychiatrischen Versorgung im Interesse der Bevölkerung muß folgende Maßnahmen beinhalten:

1. Die internationalen Richtlinien über die Anzahl der Behandlungsplätze müssen umgehend erfüllt werden.
2. Einrichtungen zur stationären psychiatrischen Versorgung sind an die allgemeinen Krankenhäuser anzuschließen, um dem Prinzip der wohnortnahen Psychiatrie zu entsprechen und die Diskriminierung der Kliniken und damit der Patienten abzubauen. Alle Krankenstationen sind organisatorisch dem sozialpsychiatrischen Dienst anzuschließen. Die psychiatrischen Landeskrankenhäuser sind auf Einheiten von maximal 400 Betten zu verkleinern und in ihrer inneren Struktur funktionsgerecht zu differenzieren. Neue Großkrankenhäuser dürfen ab sofort nicht mehr errichtet werden. An den Allgemeinkrankenhäusern (Regelstufe) sind umgehend psychiatrische Abteilungen zu schaffen.
3. Entsprechend der WHO-Empfehlung eines sozialpsychiatrischen Dienstes pro 250 000 Einwohner ist die entsprechende Anzahl solcher Dienste in der Bundesrepublik einzurichten. In ihnen sind alle Einrichtungen der Kette von Behandlungen bis auf die stationäre Versorgung untergebracht. Dazu gehören im einzelnen:

- Vorsorgeeinrichtungen wie Erziehungs-, Sexual-, Eheberatungen. Untersuchungsstellen für Vorsorgeuntersuchungen,
- Beratungsstellen für psychisch Kranke, Alkohol- und Drogenabhängige,
- Ambulatorien zur ambulanten Behandlung mit Folgeeinrichtungen die der Rehabilitation dienen. (Wohngruppen, therapeutische Betriebe, Werkstätten, Patientenclubs, Spiel- und Sportanlagen), Eigeninitiativen von Patienten sind hierbei zu unterstützen,
- Tages- und Nachtkliniken,
- Einrichtungen zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Ausbildung von Laientherapeuten.

Betriebsmedizinischer Dienst

Das im Oktober 1973 vom Bundestag verabschiedete „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit" wird von den Jungsozialisten grundsätzlich als ein erster Schritt zur Sicherung der betriebsmedizinischen Versorgung begrüßt. Zu einer optimalen Gesundheitssicherung am Arbeitsplatz bedarf das Gesetz jedoch einer Reihe von Ergänzungen:

1. Jeder Betrieb mit mehr als 2000 Beschäftigten muß verpflichtet werden, **hauptberufliche Werksärzte** zu beschäftigen und einen betriebsmedizinischen Dienst einzurichten, wozu neben dem Werksarzt auch das notwendige medizinische Assistenzpersonal gehört.
2. Alle Betriebe, die keinen eigenen betriebsmedizinischen Dienst haben, müssen sich an einem gemeinsamen, **überbetrieblichen betriebsmedizinischen Dienst** beteiligen. An der Leitung dieser Einrichtungen müssen Staat und Gewerkschaften maßgeblich beteiligt sein.
3. Das Aufgabengebiet der Werksärzte muß erweitert werden. Ihre Betätigung darf nicht länger auf Diagnose beschränkt bleiben. Er muß in dringenden Fällen auch kurative Tätigkeiten ausüben können, d. h. er muß zuständig sein für Vorsorge, Diagnostik (einschließlich Früherkennungsmaßnahmen) und bei besonderem Bedarf auch für die Therapie. Weiterhin ist die Überwachung des Produktionsablaufes im Hinblick auf physische und psychische Auswirkungen der Arbeitsplatzbedingungen auf den Arbeitnehmer Aufgabe des betriebsmedizinischen Dienstes.
4. **Der betriebsmedizinische Dienst darf seine Tätigkeit nicht in den Dienst der unternehmerischen Profitinteressen stellen. Deshalb soll der Rahmen für die Tätigkeit ausschließlich durch die staatliche Gewerbeaufsicht im Zusammenwirken mit dem jeweiligen Betriebsrat bestimmt werden dürfen.**
5. Im Rahmen des Medizinstudiums ist die Fachrichtung „Arbeitsmedizin" zu schaffen, deren Aufgabe die Ausbildung zu fachärztlichen Arbeitsmedizinern ist. Die Erforschung der Auswirkungen des Arbeitsablaufes auf die Gesundheit des Arbeitnehmers muß ausgeweitet und intensiviert werden.

6. Betriebsmedizinischer Dienst und sicherheitstechnischer Dienst bilden eine Einheit.

Weiter sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- ☐ Nachtarbeit ist auf die gesellschaftlich unbedingt notwendigen Arbeiten zu beschränken. Eine medizinische Überwachung von Nachtschichtarbeitern muß gewährleistet sein.
- ☐ Arbeitszeitbeschränkungen und -kontrollen müssen verschärft werden. (8,3 Prozent aller tötlichen Arbeitsunfälle geschehen nach einer Arbeitszeit von mehr als 12 Stunden!)
- ☐ Alle Arbeitsstoffe müssen vor Einführung in den Produktionsprozeß auf eventuelle gesundheitsschädigende Wirkungen untersucht werden. Die Genehmigung zur Verwendung der Stoffe ist vom Prüfergebnis abhängig zu machen.
- ☐ Das Anerkennungsverfahren bei Berufskrankheiten muß vereinfacht werden. Dies gilt besonders für die Entschädigung von Berufskrankheiten, die nicht zu den 47 anerkannten typischen Krankheiten gehören, aber ebenso auf die berufliche Arbeit zurückzuführen sind (wie etwa psychische Erkrankungen).

Arzneimittelsektor

Die Jungsozialisten streben die **Vergesellschaftung der pharmazeutischen Industrie** an. Vergesellschaftung ist die einzige Möglichkeit, Sicherheit für die Patienten (Verbraucher) zu schaffen und eine angemessene Preisgestaltung auf dem pharmazeutischen Sektor zu erreichen; denn sie beinhaltet eine gesamtgesellschaftliche Kontrolle aller Faktoren auf dem Pharmasektor. Durch Mitwirkung und Mitentscheidung aller Betroffenen kann endlich erreicht werden, daß die Anzahl an Arzneimittelspezialitäten auf die wirklich benötigte Zahl verringert und so dem Arzt ermöglicht wird, garantiert wirksame und unschädliche Mittel zur Therapie einzusetzen.

Die großen Profite zu Lasten der Bevölkerung fallen auf diese Weise weg und die Arznei..ittelpreise können auf die wirklichen Herstellerkosten gesenkt werden. Durch Aufhebung der privaten Verfügungsgewalt können Investitionen (z. B. für die Forschung geregelt und koordiniert werden.

Als wichtigen Schritt zur Verbesserung der katastrophalen Zustände auf dem Arzneimittelsektor begrüßen die Jungsozialisten grundsätzlich die von der Bundesregierung in Angriff genommene **Reform des Arzneimittelrechts.** Sie ist ein erster Schritt auf dem Wege zu einer bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung mit wirksamen und unbedenklichen Arzneimitteln.

In das neue Arzneimittelgesetz sind jedoch noch folgende Punkte mit aufzunehmen:

1. Das Prinzip der Gefährdungshaftung auch ohne **nachweisbares** Verschulden des Herstellers, das in Anbetracht der Tatsache besonders wichtig ist, daß das im Gesetzentwurf als „Zulassung" bezeichnete Verfahren lediglich eine Registrierung unter verschärften Bedingungen darstellt. Dies schmälert nicht den Fortschritt, den die Schaffung eines Arzneimittelfonds für die Rechtsstellung der Gefährdeten bringt.
2. Ein Zulassungsverfahren für die Durchführung klinischer Prüfungen. Erst wenn die Ergebnisse der tierexperimentellen Untersuchungen die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der neuen Präparate auch bei Anwendung am Menschen erwarten lassen, und wenn vom zu prüfenden Präparat ein wesentlicher therapeutischer Erfolg und Fortschritt zu erhoffen ist, darf die Genehmigung für den Beginn der klinischen Prüfung erteilt werden.
3. Zulassungsverfahren für die Sachverständigen der klinischen Prüfung sowie strafrechtliche Verantwortlichkeit aller Gutachter.
4. Verbot jeder Laienwerbung für apothekenpflichtige Arzneimittel.
5. Förderung der sogenannten Generics (Medikamente, die nach Ablauf der Patentschutzzeit für Originalarzneien von zumeist kleineren Firmen in gleicher Zusammensetzung und Wirksamkeit nachgemacht werden und die um fünfzig bis sechzig Prozent unter dem Preis des Originalarzneimittels liegen).

   Um eine notwendige Markttransparenz zu gewährleisten, müssen Generics in die „Rote Liste" mit aufgenommen werden.
6. Es muß ein Sachverständigengremium durch gesetzliche Regelung geschaffen werden, das für Preiskontrolle von Arzneimitteln zuständig ist. Dieses Gremium muß die Offenlegung der Kalkulationen von Pharmaindustrie, Großhandel und Apotheken fordern können. Die Ergebnisse müssen der Öffentlichkeit frei zugänglich gemacht werden. Im Sachverständigengremium müssen die Sozialversicherten, vertreten durch die Gesetzlichen Krankenversicherungskassen, zu mindestens 50 Prozent vertreten sein.

Zur Eindämmung der Kostenexplosion auf dem Arzneimittelsektor stellen die Jungsozialisten folgende **kurzfristige Forderungen** auf:

- ☐ Wegfall der bisherigen Zuschlagstaffel der Arzneitaxe. Statt dessen ein genereller Zuschlag von 40 Prozent für Apotheken.
- ☐ Die Krankenkassen erhalten das Recht, mit den Pharmaproduzenten über einzelne Arzneimittelpreise zu verhandeln.
- ☐ Die Hersteller von Arzneimitteln werden verpflichtet, beim Bundeskartellamt die Großhandelsabgabepreise anzumelden. Auf diese Weise wird eine Mißbrauchsaufsicht möglich.
- ☐ Für alle rezeptfreien Arzneimittel muß die Preisbildung frei sein.
- ☐ Die Einhaltung der Verschreibungspflicht ist stärker als bisher zu überwachen.

Kostenträger des Gesundheitssystems

Das derzeitige System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das durch eine Vielzahl von Kassen und Kassenarten geprägt ist, wird den Ansprüchen einer Solidargemeinschaft durch Risikoausgleich und Umverteilung nicht mehr gerecht. Die Abgrenzung der Kassenarten nach ständischen oder berufsorientierten Merkmalen steht im Widerspruch zu den grundlegenden gemeinsamen Interessen der lohn- und gehaltsabhängigen Bevölkerung an einer gesundheitlichen Gleichbehandlung. Darüber hinaus besteht zunehmend für viele Selbständige, Handwerker und Landwirte die Notwendigkeit und das Bedürfnis nach Sicherung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Vorteile von der aufgegliederten Gesetzlichen Krankenversicherung haben allein die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Pharmakonzerne, die ihre Honorar- und Preisforderungen so besser durchsetzen können.

Deshalb ist die Vielzahl der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung in eine bundesweite, einheitliche Krankenversicherung zu überführen, die regional unterteilt ist, durch ein enges Niederlassungsnetz dem Bedürfnis nach Bevölkerungsnähe entspricht und in deren Selbstverwaltungsorganen ausschließlich Arbeitnehmer-Vertreter bestimmen. Dabei erfolgt die Eingliederung der Kassen ohne Ausnahme.

Es ist eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht für alle festzulegen, wobei die Beitragsbemessungsgrenze als Instrument der Umverteilung einzusetzen ist.

Kurzfristig soll mit der Errichtung einer einheitlichen Krankenversicherung durch den **Zusammenschluß aller Allgemeinen Ortskrankenkassen** begonnen werden.

Die Versicherungspflicht umfaßt auch die Beschäftigten im öffentlichen Dienst. Das gegenwärtige Beihilfensystem ist ersatzlos zu streichen. Die durch die Beihilfe ermöglichte besondere Leistungsinanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen und Waren darf nicht länger ein staatlich gefördertes Privileg für Beamte sein, sondern muß der gesamten Bevölkerung in Form der Einheitsversicherung zur Verfügung stehen. Durch den **Wegfall der staatlichen Beihilfeleistungen** werden zusätzliche Verdienstmöglichkeiten an einer „Krankheit" entfallen sowie Steuern für den Gesundheitsbereich insgesamt nützlicher verwandt werden können.

Den einheitlichen, nach dem Einkommen gestaffelten Beitragssätzen in der Einheitsversicherung stehen ein einheitliches Leistungsangebot und eine einheitliche Honorierung medizinischer Leistungen gegenüber. Über medizinische Versorgung und über den Einsatz welcher Leistung wird nur noch nach Maßgabe der Art und Schwere einer Krankheit, nicht aber nach Kassenzugehörigkeit oder Geldbeutel entschieden.

Organisatorische Veränderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung können die Kostenexplosion in der Krankenversorgung nicht verhindern, sie aber teilweise abmildern (stärkere Verhandlungsmacht, Senkung der Verwaltungskosten etc.). Generelle Kostensenkungen in der Krankenversicherung können in erster Linie nur durch direkten Einfluß auf das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung, auf die Staffelung der Krankenhaussätze, auf die Arzthonorierung und die gesellschaftliche Kontrolle der pharmazeutischen Produktion und Verteilung erreicht werden. Dennoch wird eine Kostensteigerung gerade im stationären Versorgungsbereich wegen der eingeschränkten Möglichkeiten, die Arbeitsproduktivität steigern zu können, nicht ausgeschlossen sein.

Die Frage, wer für die Finanzierung im Gesundheitsbereich eintreten soll, ist dennoch nicht zwischen der Alternative Gesetzliche Krankenversicherung (d. h. Beitragserhöhungen) oder Staat (d. h. Steuererhöhungen) zu entscheiden. Vielmehr wird eine reale Verbesserung der Lebensbedingungen der Arbeitnehmer durch Mehrkosten der Gesundheitssicherung nur zu erreichen sein, wenn sie nicht erhöhte Sozialleistungen mit steigenden Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen selbst finanzieren müssen. **Der Kampf um Finanzierungsbeiträge und damit der Kampf um Haushaltsumverteilung und Steuerumverteilung zu Lasten der Konzernprofite und Großeinkommen ist Teil der gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzungen.**

Ausbildung im medizinischen Bereich

Die Jungsozialisten fordern die integrierte Ausbildung aller verantwortlich in Heil- und Pflegeberufen Tätigen in Gesamthochschulen.

Der sehr unterschiedliche Wissens- und Leistungsstand einzelner Heil- und Pflegeberufe hat in Teilbereichen inzwischen dazu geführt, daß sog. Hilfskräfte ein spezielleres und vertieftes Wissen haben müssen als etwa akademisch Ausgebildete. Dennoch fehlt weit-

gehend die entsprechende Anerkennung dieser verantwortungsvollen Tätigkeiten. **Die starre Trennung zwischen akademischer und nichtakademischer Ausbildung ist deshalb nicht länger zu verantworten.**

Voraussetzung einer integrierten Ausbildung ist die Neubestimmung der im Gesundheitsbereich notwendigen Berufe, ihrer Ausbildung und späteren Tätigkeitsbegrenzung. Deshalb muß zur Erarbeitung der unterschiedlichen Lernziele und Lehrinhalte das Institut für medizinische Prüfungsfragen (IMPF) unter Beteiligung aller Betroffenen ausgebaut werden. Seine Arbeitsergebnisse sind in Zusammenarbeit mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenhausträger, der Ärzte und des Pflegepersonals sowie von Bund, Ländern und Gemeinden fortwährend anhand der praktischen Erfahrungen zu überprüfen. Die Lehrinhalte müssen so angelegt sein, daß neben der Vermittlung des nötigen Sachwissens auch die Fähigkeit zu methodischem Denken und sicheren, schnellen Entscheidungen gefördert wird. Durch verstärkte prüfungsrelevante Einbeziehung sozialmedizinischer Fächer ist die medizinische Ausbildung über rein naturwissenschaftliche Erkenntnisse hinaus in den gesellschaftlichen Bezugsrahmen einzubetten. Die Lehrinhalte müssen in kleinen Bausteinen so angeboten werden, daß sie entsprechend der Notwendigkeit von allen Auszubildenden gemeinsam genutzt werden können, und damit eine horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Ausbildungsgänge möglich wird. Diese Ausbildungsgänge einzelner Heil- und Pflegeberufe müssen eine breit gefächerte, noch nicht Detailfragen berührende und von allen zu durchlaufende Grundphase beinhalten. Erst in der zweiten Ausbildungsphase beginnt die Differenzierung zu den einzelnen Berufen.

Die integrierte Ausbildung medizinischer Berufe schafft nach Verlassen der Gesamthochschule gleiche Startchancen für alle, ermöglicht in jeder Studienphase den Wechsel innerhalb der medizinischen Berufe und gewährleistet sowohl eine breite medizinische Allgemeinbildung in den ersten beiden Ausbildungsgängen als auch ein Sach- und Sozialwissen, das der späteren beruflichen Verantwortung gegenüber dem einzelnen und der Gesamtgesellschaft entspricht.

Denselben Kriterien wie die Ausbildung muß auch die Weiter- und Fortbildung der Heil- und Pflegeberufe unterworfen sein, deren verbindliche Inhalte ebenfalls vom Institut für medizinische Prüfungsfragen (IMPF) ausgearbeitet werden. Dazu ist sowohl eine Leistungsüberprüfung am Ende der praktischen, nachuniversitären Berufsweiterbildung als auch der Nachweis systematischer Fortbildung für alle medizinischen Berufe notwendig. Neben dem Auf- und Ausbau leistungsfähiger Fortbildungseinrichtungen nach einheitlichen Lehrplänen ist deshalb auch die auf fünf Jahre befristete Approbation oder Berufszulassung einzuführen.

Die staatlichen Ausbildungsstätten für medizinische Berufe sind so auszubauen, daß sie dem Gesundheitsbedarf entsprechen und die Arztausbildung nicht lediglich an vorhandenen Ausbildungskapazitäten ausgerichtet wird. Verbandseigene Standeshochschulen zur Arztausbildung widersprechen der staatlichen Aufgabe, umfassendste Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung zu gewährleisten, und sind deshalb nicht anzuerkennen.

Für den ärztlichen Bereich ist im dritten Studienteil eine direkt auf die spätere Berufsausübung bezogene, gezielte Ausbildung mit intensivierter praktischer Ausbildung einzurichten.

a) Ausbildung von Pflegekräften

Da zur Erlernung des Krankenpflegeberufes der Abschluß der Sekundarstufe I erforderlich ist, muß die Ausbildung in die Sekundarstufe II eingegliedert und zum sog. Abitur II führen. Das anschließende Grundstudium ist an einer medizinischen Gesamthochschule durchzuführen, die eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit sicherstellt und auch zum Abschluß für medizinisch-technische Assistenzberufe oder Ärzte führen kann.

Der zweite Studienabschnitt zur praktischen Ausbildung als Pflegekraft erfolgt nach diesem Grundstudium in einem besonders dafür geeigneten Lehrkrankenhaus, dem sich als dritter Studienabschnitt die (zwingende) Spezialisierung als Fachpfleger für einen bestimmten Bereich, z. B. Kinder, Psychiatrie, OP usw. anschließt.

Zum Pflichtnachweis medizinischer Fortbildung sind ein erweiterter Bildungsurlaub und entsprechende Fortbildungslehrgänge einzurichten.

Daraus folgen an **kurzfristigen Maßnahmen:**

- ☐ Das Berufsbildungsgesetz muß im Krankenpflegebereich angewendet werden.
- ☐ Die Ausbildung der Pflegekräfte muß nach bundeseinheitlichen Lehrplänen in anerkannten Zentralkrankenhäusern mit Schulstationen, die eine klinische Schulpflegekraft leitet, erfolgen.
- ☐ Die Krankenpflegeschulen müssen einen klinikabhängigen Leiter und staatlich anerkanntes Unterrichtspersonal haben.
- ☐ Eine Erhöhung der Stundenzahl der theoretischen Ausbildung auf 2000, ein bundeseinheitlicher Ausbildungsplan und Lehrpläne, die auch die gesellschaftlichen Bezüge berücksichtigen, müssen geschaffen werden (vgl. Detailentwurf der ÖTV für die künftige Ausbildung in der Krankenpflege).
- ☐ Die Unterrichts- und Einsatzpläne in der praktischen Ausbildung sind unter voller Mitbestimmung der Auszubildenden zu gestalten.
- ☐ Die Auszubildenden dürfen nicht auf den Stellenplan für Pflegekräfte angerechnet werden.
- ☐ Die Auszubildenden dürfen nicht länger als billige Arbeitskräfte zu Routinearbeiten herangezogen werden, sondern müssen unter fachlicher Anleitung ausgebildet werden. Solange keine Schulstationen existieren, muß diese Aufgabe einer examinierten Krankenpflegekraft sowie dem Stationsarzt auf den Stationen übertragen werden.
- ☐ Es muß ein gesetzlich abgesichertes Berufsbild der Krankenpflegekraft geschaffen werden.
- ☐ Der Anspruch auf gesonderten Bildungsurlaub ist für medizinische Fortbildung mit jährlich 4 Wochen festzusetzen. Entsprechende Fortbildungsinhalte an leistungsfähigen Bildungsstätten sind festzulegen und einzurichten.

b) Ausbildung im psychiatrischen Bereich

Für alle in der psychiatrischen Versorgung Tätigen ist eine einheitliche Ausbildung zu schaffen, die psychologisches Grundlagenwissen und psychotherapeutische Techniken vermittelt. Qualifizierte Therapieberufe wie klinische Psychologen sind dabei gleichberechtigt zu beteiligen und als Heilberufe anzuerkennen.

c) Ausbildung im sozialpflegerischen Bereich

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind in die medizinische Ausbildung insgesamt zu integrieren. Die pädagogischen, verwaltungstechnischen und medizinischen Grundlagenkenntnisse sind auf die spätere berufliche Praxis bezogen zu vermitteln. Um die umfangreichen sozialpflegerischen Aufgaben nicht zu einer Randgruppen-Verwaltung verkümmern zu lassen, sind die vorhandenen Fachschul- und Fachhochschulkapazitäten auszubauen und in eine künftige Gesundheits-Gesamthochschule einzugliedern.

Ausbildung von Pharmazeuten

Die Ausbildung von Apothekern ist den modernen Leistungserfordernissen anzupassen. Neben einem Studiengang für Krankenhaus- und Industrie-Pharmazeuten ist eine kürzere Ausbildung für Offizin-Apotheker (Apotheker in öffentlichen Apotheken) einzurichten, die der weitgehend nur noch Verteilungs- und Verkäuferaufgaben wahrnehmenden Tätigkeit entspricht, aber dennoch den Wechsel in einen anderen pharmazeutischen Bereich ohne Erschwernisse möglich macht.