

Sozialdemokratischer Pressedienst

Chefredakteur:
Helmut G. Schmidt
Hausallee 2-10, 5300 Bonn 12

Postfach: 120 408
Telefon: (0 22 21) 21 80 36/39
Telex: 08 88 848-48 pbbn d



Inhalt

Eugen Glombig MdB, Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion, erläutert die Ziele sozialdemokratischer Behinderten-Politik.

Seite 1-3

Jürgen Egert MdB, Obmann der SPD-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, warnt vor Überzogener Technik-Gläubigkeit im Arztberuf.

Seite 4/5

Horst Seefeld MdB/MdEP fordert die EG auf, ihr Licht nicht unter den Scheffel zu stellen.

Seite 6

Herausgeber und Verleger:
Sozialdemokratischer
Pressedienst GmbH
Godesberger Allee 106-112
5300 Bonn 2
Telefon: (0 22 21) 37 66 11

34. Jahrgang / 34

16. Februar 1979

Kein Stillstand in der Behinderten-Politik

SPD wird Lage der Behinderten und ihre Rehabilitation weiter verbessern

Von Eugen Glombig MdB
Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion

In der Sozialpolitik für Behinderte darf es weder Stillstand noch Stagnation geben. Darin stimmen Koalition und Opposition überein. Das hat die erfreulich sachliche Debatte im Deutschen Bundestag zur Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Opposition zur "Lage der Behinderten und Weiterentwicklung der Rehabilitation" bestätigt.

Wir haben seit 1969 kontinuierlich Fortschritte in der Sozialpolitik für Behinderte gemacht. 1969 hat mit der Regierungserklärung des ersten sozialdemokratischen Bundeskanzlers Willy Brandt - erstmals nach 20 Jahren Bundesrepublik - eine planmäßige und zielgerichtete Sozialpolitik für Behinderte begonnen. 1970 legte Walter Arendt das Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten vor. 1974 war das Jahr der Behinderten- und Rehabilitationsgesetzgebung.

- Die 3. Novelle zum Bundessozialhilfegesetz hat einen lückenlosen Anspruch auf Eingliederungshilfe geschaffen und die Kranken- und Rentenversicherung für Pflegepersonen ausgebaut.
- Das Schwerbehindertengesetz hat bevorzugte Arbeitsvermittlung und Einstellung, Kündigungsschutz und Zusatzurlaub für alle Schwerbehinderten eingeführt und den Grundsatz der Finalität zur Geltung gebracht.
- Das Rehabilitations-Angleichungsgesetz hat die Rehabilitation aus der Rolle eines Anhängsels der Sozialpolitik herausgeführt und den Versuch gemacht, unter grundsätzlicher Beibehaltung des gegliederten Systems der Rehabilitation dessen Nachteile soweit wie möglich zu beseitigen.

1972 habe ich auf einem Bundeskongress für Behinderte, den der VdK in Bad Godesberg veranstaltete, im Auftrage der SPD-Fraktion Leitsätze zur Lösung der Behindertenprobleme vorgetragen.

Im Rückblick darauf wird deutlich: Viel ist erreicht worden, ja sogar mehr als in so kurzer Zeit zu erhoffen war; manches aber muß noch vervollständigt werden, anderes ist immer noch unerledigt. Dies zeigt der folgende Vergleich:

1. Jeder Behinderte hat einen Rechtsanspruch auf alle notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation. Dies ist im Grundsatz erreicht, nicht zuletzt auch mit dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter von 1975.
2. Jeder Behinderte hat, unabhängig von der Ursache seiner Behinderung, gleiche Chancen zur Rehabilitation. Das Prinzip der Finalität hat sich in der Sozialpolitik für Behinderte - seit Beginn der sozialliberalen Koalition - weitgehend durchgesetzt und bewährt. Die Vorlage eines Gesetzes zur unentgeltlichen Beförderung schwerbehinderter sowie die Befreiung aller Schwerbehinderten von der Kraftfahrzeugsteuer, und zwar ohne Einkommensanrechnung, sind dazu aktuelle Beispiele.
3. Dem Behinderten stehen alle notwendigen Hilfen zur Verfügung, um ihm ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Dies gilt auch für die berufliche Eingliederung schwerbehinderter Jugendlicher. Das Berufsbildungsgesetz hat dazu den Durchbruch gebracht.
4. Die Rehabilitation hat nicht nur die medizinische und berufliche Rehabilitation des Behinderten zum Ziel, sondern auch seine soziale Eingliederung. Dies ist allerdings noch nicht überall lückenlos geregelt.
5. Um jedem Behinderten den Anspruch auf individuelle und ortsnahe Beratung zu sichern, ist ein hervorragender Anfang gemacht worden. Die Gesamtvereinbarung der Rehabilitationsträger über Auskunft und Beratung Behinderter ist seit Juli 1977 in Kraft.
6. Ein bedarfsgerechtes Angebot leistungsfähiger Rehabilitationseinrichtungen ist bei den Berufsförderungswerken verwirklicht. Für die Berufsbildungswerke wird dies in absehbarer Zeit geschehen. Unzureichend aber ist noch das Angebot an Werkstätten für Behinderte.
7. Mit dem Arbeitssicherheitsgesetz, der Arbeitsstättenverordnung, der Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe und anderes mehr, sind wichtige Regelungen zur Prävention getroffen worden. Daß darüber hinaus noch mehr getan werden muß, beweist der letzte Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung.

Die sozialliberale Sozialpolitik für Behinderte schneidet in diesem Vergleich mit den Forderungen und Perspektiven von 1972 hervorragend ab. Die unerledigten Aufgaben aber sind Ansporn zu fortgesetzten und verstärkten Bemühungen um soziale Fortschritte für Behinderte.

Unsere Ziele sind:

1. Mit der 4. Novelle zum Bundessozialhilfegesetz soll die Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG in das Rehabilitations-Angleichungsgesetz einbezogen und für Beamte ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation geschaffen werden, um die 1974 begonnene Angleichung des Rehabilitationsrechts zu vervollständigen.
2. Art und Umfang der Rehabilitationsleistungen müssen im Rehabilitations-Angleichungsgesetz für alle Rehabilitationsträger verbindlich geregelt werden. Dies ist gegenwärtig noch nicht der Fall. Darüber hinaus ist es höchste Zeit, daß das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung endlich von seiner Möglichkeit Gebrauch macht, anstelle fehlender Vereinbarungen der Rehabilitationsträger, die noch fehlenden materiellen Regelungen und Verfahrensregelungen durch Rechtsverordnung vorzunehmen.
3. Die Rehabilitationsgesetzgebung ist schrittweise fortzuentwickeln, zu vereinheitlichen und zu einem eigenen Buch Rehabilitation in Sozialgesetzbuch zusammenzufassen.

Auf dem Wege zu einem einheitlichen Behindertenrecht sind nicht gering zu achtende Teilerfolge erzielt worden. Eine ausreichende Koordinierung der Rehabilitationsleistungen und ihrer Durchführung aber scheitert bisher an der fehlenden Rechtsgrundlage. Das Rehabilitations-Angleichungsgesetz reicht dazu nicht aus.

4. Die Rehabilitationsstätten wie Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für Behinderte müssen in ihrer Aufgabenstellung gesetzlich definiert werden. Die rechtliche Stellung und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Behinderten in den Rehabilitationsstätten sind zu verbessern. Mit der 4. Novelle zum Bundessozialhilfegesetz sollte sichergestellt werden, daß das wirtschaftliche Ergebnis einer Werkstatt für Behinderte zuerst den Behinderten als Lohn für ihre Arbeitsleistung zugute kommt und nicht vorrangig zur Reduzierung der Pflegesatzleistung durch die überörtlichen Sozialhilfeträger genutzt wird.
5. In der 5. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz sollte geregelt werden, daß die Bundesanstalt für Arbeit für die individuelle Förderung aller Behinderten zuständig ist, die im Arbeitstrainingbereich einer Werkstatt für Behinderte entweder für eine allgemeine Arbeitnehmertätigkeit oder für eine Tätigkeit im Produktionsbereich der Werkstatt für Behinderte befähigt werden sollen.
6. Das Verfahren, nach dem Ärzte über Behinderte an die Krankenkassen Mitteilung machen sollen, muß weiter ausgebaut und effektiver gestaltet werden. Es funktioniert nicht. Außerdem gilt es gegenwärtig nur für ambulant behandelnde Ärzte. Es muß auf den stationären Bereich ausgedehnt werden. Ein effektives Mitteilungsverfahren ist unerlässlich, um im Einzelfall die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen nahtlos und umfassend einleiten zu können und um zugleich aus den eingegangenen Mitteilungen Schlußfolgerungen für die Behindertenstatistik und damit für die institutionelle Förderung von Rehabilitationseinrichtungen ziehen zu können.
7. Die qualitativ hochentwickelten Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung müssen über den Kreis der Arbeitsunfallverletzten hinaus weiteren Kreisen von Rehabilitanden geöffnet oder für diese erweitert werden. Diese Überlegungen müssen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung als Rehabilitationsträger angestellt werden.

Wir Sozialdemokraten werden - aufbauend auf unserer bisher erfolgreichen Sozialpolitik für Behinderte - unsere Arbeit zur weiteren Verbesserung der Lage der Behinderten und zur weiteren Ausgestaltung der Rehabilitation im Sinne dieser Ziele fortsetzen.

(-/16.2.1979/hl/hgs)

Arztberuf in der Zukunft

Technik kann Führungsaufgabe im patientengerechten Gesundheitswesen nicht ersetzen

Von Jürgen Egert MdB

Obmann der SPD-Bundestagsfraktion im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

In den letzten Jahren ist die Ausbildung der Mediziner wiederholt kritisch öffentlich diskutiert worden. Dies ist um so bemerkenswerter, als diese Ausbildung grundlegend reformiert worden ist. Mit dem Gesetz über die Bundesärzteordnung 1969 und der Approbationsordnung für Ärzte 1971 wurden einvernehmlich zwischen allen Bundestagsparteien zwei Schritte getan, um die zum Teil noch aus der Vorkriegszeit stammenden Ausbildungsbestimmungen für Mediziner abzulösen. Trotz dieser grundsätzlichen Neuordnung ist die Ausbildung der Ärzte mehr und mehr Gegenstand kontroverser Diskussionen. Um den Schwierigkeiten in der Ausbildung entgegenwirken zu können, sind die neuen Bestimmungen bereits mehrfach geändert worden; ein durchgreifender Erfolg war diesen Änderungen jedoch nicht beschieden.

Die Ziele, die damals zu einer Neuordnung führten, sind schwergewichtig: Stärkerer Praxisbezug der Ausbildung, Objektivität der Prüfungen und Bewältigung einer höheren Zahl an Medizinstudienabgängern.

Sowohl damals als heute verhinderte offenbar kurzfristig-aktuelles Problemdenken planvolle, durchgreifende Änderungen.

Das Bild vom Arzt und seinen Aufgaben ist seit Kriegsende einem entscheidenden Wandel unterworfen, dieser Prozeß dauert noch an. Diese Veränderungen haben die unmittelbar Beteiligten, Ärzte wie Politiker, kommentarlos hingenommen, akzeptiert ohne zu fragen, ob sie sinnvoll sind, und vor allem, ob sie dem Menschen, der Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit dienen. Man hat Fortschritt allein schon deshalb akzeptiert, weil er Fortschritt war. Man hat vernachlässigt zu prüfen, ob er dem Menschen und seiner Würde dient; man hat weder geprüft, ob mehr Humanität geschaffen wird, noch wurde die Entwicklung sozial bewertet. Anstatt Fortschritt an unseren Normen zu messen, hat man den medizinisch-technischen Fortschritt selbst zur Norm werden lassen.

für das Problem der Mediziner Ausbildung bedeutete dies: Die Ausbildung wurde verändert und neu geordnet, ohne daß vorher die Kardinalfrage gestellt, geschweige denn beantwortet wurde: Wie stellen wir uns den Arzt in der Zukunft vor, welche Anforderungen

haben wir an ihn und seine dem Menschen und dessen Gesundheit dienenden Fähigkeiten?

Öffentlichkeitswirksame Prediger für die Anwendung des technischen Fortschritts in der Medizin haben den Eindruck entstehen lassen, als sei Heilung oder Verhütung von Krankheiten ein überwiegend technisches Problem. Bedauerlicher, aber konsequenter Endpunkt in dieser Entwicklung ist schließlich die Erscheinung, daß die Anwendung medizinischer Technik vielfach an die Stelle der menschlich persönlichen Zuwendung des Arztes zu seinem Patienten getreten ist. Unsere Bürgerinnen und Bürger führer hierüber beredete Klage, die Medien berichten beinahe täglich davon. Dabei ist eines klar: Ohne die Möglichkeiten der modernen medizinischen Technik ist die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens nicht denkbar. Jedoch darf die Anwendung dieser Technik nicht an die Stelle des persönlichen Gesprächs treten. Sie muß, da wo erforderlich, daneben treten. Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, anzunehmen, die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens lasse sich überwiegend am schmalen Sektor der Hochleistungsmedizin messen. Gefragt ist gleichzeitig, was ein Gesundheitswesen wirklich leistet, wenn es um die Bekämpfung sogenannter "alltäglicher", weitverbreiteter Krankheiten geht.

Die Ursachen für diese Fehlentwicklungen sind sicherlich vielfältig. Erschreckend für den Chronisten ist, daß die Ärzteschaft nicht versucht hat, diese Entwicklung wirksam zu beeinflussen. Der einzelne, meist überlastete Arzt konnte dies selbstverständlich nicht, aber wo waren die Verbände und Körperschaften der Ärzte, die sich als Wahrer und Sicherer der Patienteninteressen verstehen? Was haben sie getan, dieser Entwicklung entgegenzutreten, auf sie aufmerksam zu machen? Sie sahen, wenn Politiker dieser Entwicklung mit zugegeben oftmals ungeeigneten Mitteln entgegenzuwirken suchten, ausschließlich die "Freiheit des Gesundheitswesens" bedroht. In der Tat, die Freiheit unseres Gesundheitswesens ist bedroht, aber nicht durch unvernünftige Politiker, sondern durch eine einseitige medizinisch-technisch ausgerichtete Entwicklung im Gesundheitswesen selbst.

Es muß in Zukunft deutlich werden, daß der Arzt eine zentrale Führungsaufgabe in einem patientengerechten Gesundheitswesen inne hat. Er muß lernen, diese Aufgabe wahrzunehmen und ihr gerecht zu werden. Er wird ihr nicht gerecht, wenn er etwa auch in Zukunft jede einzelne Leistung überwiegend selbst erbringt. Die wirksame Wahrnehmung von Führungsaufgaben erfordert vielmehr die strikte Anwendung der Prinzipien von Delegation und Kollegialität; Prinzipien, die in anderen Bereichen unserer Gesellschaft bereits unverzichtbar und selbstverständlich sind. Der Arzt der Zukunft wird lernen müssen, ein diagnostisch, therapeutisch, beratend oder pflegerisch tätiges Team zu leiten. Nur die strikte Anwendung des Delegationsprinzips verschafft dem Arzt die Zeit, die er für die persönliche Zuwendung zum Patienten benötigt. Dabei ist völlig unbestritten, daß bei allen Fragen von Diagnostik und Therapie der Arzt letztverantwortlich tätig bleibt. Er hat den medizinischen Gesamtüberblick, dafür muß (ist) er ausgebildet werden (worden).

(-/16.2.1979/ks/hgs)

+ + +

Die EG hilft mehr als man glaubt

Europäische Gemeinschaft darf ihr Licht nicht unter den Scheffel stellen

Von Horst Seefeld MdB/MdEP

Im Vorfeld der ersten Direktwahl des Europäischen Parlaments sind pessimistische Stimmen über die Höhe der Wahlbeteiligung zu hören. Es wird befürchtet, zahlreiche Bürger der neun EG-Staaten hätten kein klares Bild über die Notwendigkeit der Europäischen Gemeinschaft bzw. über die Leistungen, die von dieser Gemeinschaft bislang für sie persönlich erbracht worden sind. Deshalb würden sie auch nicht einsehen, weshalb die Wahl des Europäischen Parlaments überhaupt erforderlich sei.

In der Tat! Manche Vorgänge im EG-Europa sind kompliziert und über das Funktionieren der oft geschmähten Bürokratie herrscht weitgehend Unkenntnis. Man fragt sich draußen im Lande oft, was hat die Europäische Gemeinschaft überhaupt gebracht?

Dabei gibt es in vielfältiger Weise Unterstützungsmaßnahmen für besondere Projekte oder Regionen, die zum Wohle der dort lebenden Bürger mit beachtlichem Finanzaufwand von der Europäischen Gemeinschaft unterstützt werden. Leider weiß darüber oftmals außer den für die Durchführung zuständigen Beamten und lokalen Behördenvertretern kaum jemand Bescheid. Es fehlt - so meine ich - ein Hinweis auf die Europäische Gemeinschaft und somit darauf, daß eine solidarische Unterstützung aus den anderen acht Ländern für das betreffende Projekt erfolgt. Im Interesse einer besseren Beurteilung der Gemeinschaftspolitik könnte zum Beispiel das Aufstellen entsprechender Hinweistafeln hilfreich sein. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an das Schild auf Baustellen in den ersten Nachkriegsjahren mit der Aufschrift "Hier hilft der Marshallplan". Die Europäische Gemeinschaft hilft wirklich und an vielen Orten. Dies muß künftig mehr als bisher zum Ausdruck gebracht werden.

(-/16.2.1979/ks/hgs)

+ + +