

Personaleinsatz und die Versorgung mit Sanitätsmaterial im Verteidigungsfall geschaffen werden könne. Auch bestehe ohne dieses Gesetz keine Möglichkeit, die Besetzung von Notkrankenhäusern mit medizinischem Personal bereits im voraus zu planen. Nach über zehnjähriger Vorbereitung sei es an der Zeit, so Dr. Zur, daß man sich in Bonn zur Ratifizierung des Gesetzes entschließe. yn

HESSEN

Drei Millionen DM für Drogensucht-Behandlung

Für den Ausbau der Drogenstationen an den Psychiatrischen Krankenhäusern Hadamar und Merxhausen-Emstal des Landeswohlfahrtsverbandes hat das Sozialministerium mehr als drei Millionen DM aus Krankenhausbaumitteln bereitgestellt. Damit stehen insgesamt 120 Plätze für die Spezialbehandlung von Drogensüchtigen zur Verfügung. Sozialminister Armin Clauss versicherte, eine notwendige Erweiterung werde nicht an finanziellen Schwierigkeiten scheitern. Er forderte außerdem die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen auf, ihre Verhandlungen zur Klärung der Finanzierung von Suchtbehandlungen so schnell wie möglich abzuschließen.

Auch Justizminister Dr. Herbert Günther äußerte sich kürzlich über den sprunghaften Anstieg der Drogensucht: Von 1975 bis 1978 hätten die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz in Hessen um 100 Prozent zugenommen. Besondere Probleme entstehen dadurch auch in den Justizvollzugsanstalten: Nach Dr. Günther sind in Hessen 40 bis 50 Prozent aller in Haft befindlichen Frauen, 40 Prozent aller männlichen Untersuchungsgefangenen sowie 15 Prozent der Insassen von Jugendvollzugsanstalten drogenabhängig. WZ

Die „Nachsterblichkeit“ gründlich analysieren

Eine intensive Prüfung der Gründe für die Säuglingssterblichkeit und insbesondere für die sogenannte Nachsterblichkeit (vom 28. Lebensstag bis zum ersten Lebensjahr) hat die Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Landtagsfraktion, Ruth Beckmann, gefordert.

Sozialminister Armin Clauss hatte ihr auf eine parlamentarische Anfrage bestätigt, daß sich der Anteil der Nachsterblichkeit an der gesamten Säuglingssterblichkeit von 28 Prozent im Jahre 1973 auf 34 Prozent im Jahre 1977 erhöht hat. In Hessen allein stieg dieser Anteil sogar von 25 auf 37 Prozent. Die Gründe dafür liegen nach Ansicht des Sozialministers vorwiegend im sozialen und sozialmedizinischen Bereich, eingehende Untersuchungen darüber lägen jedoch nicht vor. RB

BADEN-WÜRTTEMBERG

Zum Familiendarlehen das Geburtsdarlehen

Das 1977 in Baden-Württemberg eingeführte Familiendarlehensprogramm ist nunmehr um Geburtsdarlehen bis zu einer Höhe von 8000 DM erweitert worden.

Das bisherige Familiendarlehen wird künftig als Hausratsdarlehen an alleinstehende Elternteile oder an Familien mit mindestens drei kindergeldberechtigenden Kindern gezahlt. Die Netto-Einkommengrenze beträgt bei Alleinstehenden etwa 1150 DM, bei Dreikinder-Familien etwa 2700 DM monatlich. Die Höhe des Hausratsdarlehens, das zweckgebunden ist, beträgt bis zu 5000 DM. Bei Geburten können Alleinstehende mit einem Monatseinkommen bis rund 1600 DM oder kinderlose Ehepaare mit einem solchen von etwa 2450 DM Geburtsdarlehen

bis zu 8000 DM beantragen, die zinsfrei sind und über sieben Jahre getilgt werden. Bei der Geburt eines Kindes ermäßigt sich die Darlehensschuld bei beiden Darlehen um je 1000 DM, mit der Geburt weiterer Kinder um jeweils 2000 DM. WZ

ASG-Programm „führt mit Sicherheit zu einer Kostensenkung“ – auf wessen Kosten?

Zur „Verdeutlichung“ der in Hamburg beschlossenen „Gesundheitspolitischen Leitsätze“ der SPD und des gesundheitspolitischen Programms der SPD Baden-Württemberg hat die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) dieses Bundeslandes eine sogenannte „Argumentationshilfe“ für die regionalen und örtlichen SPD-Verbände vorgelegt. Es geht also nicht um ein Programm, aber immerhin um „Vorschläge“, die einerseits „ausreichenden Schutz der Gesundheit“ und „bestmögliche Hilfe im Falle der Erkrankung“ bieten sollen, andererseits aber „mit Sicherheit zu einer Kostensenkung führen“.

Zu diesem Zweck will die ASG als erstes die sozialen und stofflichen Schädigungen des Menschen durch die Umwelt erforschen, darüber aufklären und diese Schäden reduzieren. Dies gehöre auch zur Vorsorge. Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen, heißt es weiter, sollten sich auf die Bereiche beschränken, in denen die Erfolge als gesichert gelten. Man müsse jedoch auch neue Modelle erproben, und zwar auch „Methoden zur Erfassung von psychosozialen Streß als krankmachender Faktor“. Hierfür wird ein speziell ausgebildeter Arzt vorgeschlagen, ein Präventivmediziner, der in Gemeindezentren, in Kliniken, im öffentlichen Gesundheitsdienst und auch am Arbeitsplatz tätig sein könne. ▷

Vorbeugung und Wiederherstellung sollen beim Hausarzt „gleichgewichtig“ mit der Heilung sein (das Kapitel trägt die bemerkenswerte Überschrift „Zurück zum Hausarzt“!). Notwendig sei allerdings „fachverbindende Zusammenarbeit“, zum Beispiel in Gruppenpraxen. Im übrigen will die ASG Baden-Württemberg Hausärzte „nur nach entsprechender Bedarfsplanung im Rahmen eines integrierten Versorgungssystems“ zulassen und die Gebührenordnung ändern: „ärztliche Leistungen“ sollen „angemessen“ honoriert werden, für technische Leistungen gäbe es aber nur noch „Vergütung der Selbstkosten“ (was immer darunter verstanden wird...).

Nach einem Katalog von gesundheits-, sozial- und auch arbeitspolitischen Maßnahmen, die der Rehabilitation dienen sollen, wendet sich die ASG dem Krankenhaus und seinen Aufgaben zu; es hat „diejenigen Kranken zu versorgen, deren Behandlung die besonderen Mittel des Krankenhauses erfordert“. Ob die sloganartige Überschrift „Der beste Arzt dort, wo er am nötigsten gebraucht wird“ wirklich auf Grund sorgfältiger Überlegungen gerade in diesen Abschnitt des Papiers geraten ist, wird nicht ganz ersichtlich.

Ganz deutlich sind dagegen Forderungen wie: die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung zu öffnen, durch „vorstationäre Diagnostik und nachstationäre klinische Betreuung durch das Krankenhaus“ die Liegezeiten zu verkürzen, teilstationäre Behandlung und gestufte Pflege einzuführen, die Hierarchie durch Mitbestimmung zu ersetzen und die Privatliquidation abzuschaffen. Das (von der Ärzteschaft empfohlene) Belegarztsystem, heißt es prompt, bringe „keine Kostenersparnis, sondern nur Kostenverlagerung“.

Das „gemeindenahе, integrierte System“, wie es der ASG vorschwebt, werde auch, so wird be-

hauptet, psychisch Kranke besser versorgen können, und in ein solches System seien auch die Gesundheitsämter einzubinden, übrigens mit gegenüber dem heutigen Zustand „gestärkten“ Kompetenzen: sie sollen sich zum Beispiel auf „Ausbildungsfragen der Ärzte und der sonstigen Heilberufe“ erstrecken.

Vor allem aber wird sich das „regionale, integrierte Gesundheitswesen“ der ASG-Zukunft auf „medizinische Gemeindezentren als kleinste Einheit medizinischer Versorgung“ stützen. Hier trifft sich – „nach Bedarfsanalyse und Planung mit Beteiligung der Verbände und Parteien“ – so gut wie alles: Nachbarschaftshilfe, kirchliche Einrichtungen, „Ärzte halten dort Sprechstunde“, Gesundheits-erziehung und -aufklärung, Zusammenarbeit mit Betriebsärzten, Sozialmedizinischer Dienst und – was immer das sein mag – „konstante Betreuungspersonen“. Um Ängste vor der Institution abzubauen, soll alles, auch bei unterschiedlichen Trägern, im Verbund zusammenarbeiten sowie das Element ehrenamtlicher Arbeit soweit wie möglich erhalten oder gar gestärkt werden...

Nach einem Abschnitt über „Arzneimittel mit Maß und Ziel“ enthält das Dokument noch Thesen über die Finanzierung. Im wesentlichen habe sich das bisherige Finanzierungssystem bewährt und solle beibehalten werden. Jede Selbstbeteiligung wird abgelehnt, weil sie den freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen behindere und weil sie „zwangsläufig zu einem Wegfall der Parität zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherung führen müßte“!

Daß, wer mehr zahlt, auch mehr Stimmen für sich fordern könnte, auf diese demokratische Möglichkeit ist die ASG Baden-Württemberg nicht gekommen – doch nicht etwa im Interesse der Arbeitgeber? gb

„Gruppenhospitationen haben sich bewährt“

Mit der üblichen Vermischung der Begriffe Weiter- und Fortbildung zitierte die DDR-Presse nach Abschluß des Jahreskongresses 1978 der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR in Dresden deren Direktor für Weiterbildung mit der Feststellung, die Einführung eines neuen Systems der „kontinuierlichen Fortbildung“ habe sich bewährt. Es handelt sich dabei um „Gruppenhospitationen“ in ausgewählten Kliniken in Großstädten. Insgesamt sollen im Laufe des Jahres 1978 mehr als 8000 Ärzte und Zahnärzte an „Weiterbildungsveranstaltungen“ teilgenommen haben.

Der viertägige Kongreß in Dresden mit etwa 1000 Teilnehmern hatte als Schwerpunktthema die Früherkennung von Krankheiten unter anderem des Nervensystems, des Herz-Kreislaufs und des Krebses. gb

400 neue Arztstellen in der ambulanten Versorgung

Nach dem Gesetz über den Volkswirtschaftsplan 1979, das diesmal nur auszugsweise im „Neuen Deutschland“ veröffentlicht wurde, sollen in diesem Jahr 405 „ambulante ärztliche Arbeitsplätze“ und 179 Arbeitsplätze für Zahnärzte neu geschaffen werden. Für den stationären Sektor werden in der Veröffentlichung keine Zahlenangaben gemacht; es heißt lediglich, daß die Investitionsmittel vorrangig auf die Rekonstruktion und Erweiterung bestehender Gesundheitseinrichtungen sowie auf den Neubau des ersten Bauabschnittes der Charité in Berlin zu konzentrieren seien. Ferner sollen 1320 zusätzliche Plätze in Einrichtungen für physisch und psychisch geschädigte Kinder und Jugendliche sowie etwa 352 000 Kuren bereitgestellt werden. gb