

Kinder-Rehabilitation: So früh wie möglich und nach außen geöffnet

Mit der Frühförderung behinderter Kinder und gemeindenaher Behindertenarbeit befaßt sich der „Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte“ in zwei neu erschienenen Schriften.

In den „Empfehlungen zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ warnt der pädagogische Beirat des Verbandes unter anderem davor, „Eltern auf eine Rolle als Therapeuten ihres Kindes, als funktionierende Teile eines Frühförderapparates zu reduzieren“; vielmehr sollten auch die spezifisch elterlichen Probleme selbst, die im Umgang mit dem behinderten Kind auftauchen, Gegenstand der institutionellen Hilfeleistung sein.

Medizinal-Direktor Dr. Rutz, Hannover, ist der Meinung, daß „mit den Bemühungen um eine medizinische, schulische und berufliche Rehabilitation ... die soziale Rehabilitation nicht Schritt gehalten“ habe. „Vielmehr müsse befürchtet werden, daß die fachlich hochqualifizierten Bemühungen in den Sondereinrichtungen offenbar die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die soziale Rehabilitation eher behindern als fördern“. Demnach ergibt sich ein weites Betätigungsfeld für eine „gemeindenahere Behindertenarbeit“.

Eine umfassende Analyse steuert Hans-Herbert Dreiske, Hauptreferent des Bundesverbandes, dazu bei. Sowohl der „Behindertenkoordinator“ auf Gemeindeebene als auch die direkte Mitwirkung behinderter Menschen an Verwaltungsentscheidungen werden von ihm einer kritischen Würdigung unterzogen. Auch zeigt Dreiske Wege für die Zusammenarbeit von Behinderten- und Nichtbehinderteneinrichtungen auf, damit den

Behinderten mehr Kontaktmöglichkeiten erwachsen und das System durchlässiger wird. Und in diesem Punkt sind sich im übrigen alle einig, die sich in diesem Beitrag anläßlich eines Seminars der Spastiker-Organisation zu Wort melden:

Es gelte vor allem die Ab- und Aussonderung behinderter Kinder zu vermeiden. Neugründungen von Club- und Freizeitgruppen nur für Behinderte seien ebenso wie überregionale Freizeit- und Kulturzentren abzulehnen, statt dessen stelle man sich verschiedene offene Freizeitangebote mit besseren Begegnungsmöglichkeiten sowie Bürger- bzw. Jugendhäuser in den verschiedenen Stadtteilen vor —, dazu gehöre auch der Grundsatz „so viele Sondereinrichtungen wie nötig, aber so wenige wie möglich“.

Haupttodesursache: Kreislaufkrankheiten

In der Bundesrepublik Deutschland starben 1980 rund 714 100 Personen (gegenüber 1979 Zunahme um ca. 2400). Dies geht aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden, hervor.

359 500 Personen (50,3 Prozent) starben an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Ihr Anteil erhöhte sich gegenüber 1979 um 0,5 Prozentpunkte.

Dann folgen die Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen einschließlich der lymphatischen und blutbildenden Organe mit rund 156 700 Personen (21,9 Prozent). 5,5 Prozent der Sterbefälle waren auf Krankheiten der Atmungsorgane und 5,2 Prozent auf Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen.

Eine „unnatürliche Todesursache“, wie Verletzungen und Vergiftungen, wurde in 5,9 Prozent aller Fälle festgestellt. EB

SCHLESWIG-HOLSTEIN

2,4 Prozent mehr Kassenarztpraxen

Die Zahl der Kassenarztpraxen im nördlichen Bundesland hat sich 1980 um 2,4 Prozent auf 2444 erhöht (145 Praxen wurden aufgegeben, dafür 202 neu eröffnet). Die Zahl der in einem Halbjahr bei den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Behandlungsfälle wuchs gleichzeitig nur um 2,3 Prozent auf 3,1 Millionen. yn

BERLIN

Drei „Alternative“ sind Gesundheitsstadträte

Als letzter der Berliner Bezirke hat jetzt auch Tiergarten einen neuen Bezirksstadtrat für Gesundheitswesen bekommen: Auf Vorschlag der vorschlagsberechtigten Alternativen Liste (AL) wurde der Arzt Dr. Christoph Trautner gewählt. Damit wird in drei der zwölf Bezirke der geteilten Stadt das Gesundheitsressort von Vertretern der AL verwaltet. Alle drei Vertreter der AL sind Ärzte; die übrigen Gesundheitsstadträte (fünf von der SPD, vier von der CDU) haben andere Berufe. JK

BADEN-WÜRTTEMBERG

Psychiatriemodell ohne klare Finanzierung

In Baden-Württemberg wird im Frühjahr das bis 1985 geplante Psychiatrie-Modellprogramm des Landes in ausgesuchten Regionen anlaufen. Dies kündigte Sozial- und Gesundheitsminister Dietmar Schlee in einer aktuellen Debatte im Landtag in Stuttgart an.

In den Stadt- und Landkreisen Heilbronn, Calw, Sigmaringen, Konstanz, Göppingen und Rhein-Neckar sollen in den kommenden Jahren Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Wohngrup-

pen, Tages- und Nachtkliniken, Patientenklubs und Werkstätten für die außerstationäre Versorgung und Hilfe psychisch Behinderter angeboten, ausgebaut und gefördert werden. Unter der wissenschaftlichen Begleitung des „Zentralinstituts für Seelische Gesundheit“ in Mannheim soll dieser Versuch Aufschlüsse über die psychiatrische Versorgung außerhalb der Kliniken bringen. Minister Schlee gab sich zuversichtlich, daß die Verhandlungen mit den Kostenträgern der sozialen Dienste auch Regelungen für die Finanzierung der außerstationären Angebote nach Abschluß der Versuchsphase im Jahre 1985 finden.

Die FDP-Abgeordnete Ingrid Walz sorgte sich, daß wegen der angespannten Haushaltslage die geringen Mittel ausschließlich in die Modellregionen fließen und so anderswo nicht minder dringende Aufgaben im Bereich der psychiatrischen Versorgung vernachlässigt werden. dr

RHEINLAND-PFALZ

Sozialminister: In jede Abteilung einen künftigen Allgemeinarzt

Unter Hinweis auf die bestehende Relation zwischen Allgemein- oder praktischen Ärzten und Gebietsärzten anderer Fachrichtungen hat Sozialminister Rudi Geil in einem Schreiben die Krankenhausträger und Ärztlichen Leiter der Fachabteilungen der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz gebeten, mehr Assistentenstellen für die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung zu stellen. Grundsätzlich, meint der Minister, sollte jede Abteilung wenigstens eine Stelle mit einem künftigen Allgemeinarzt besetzen. Die damit verbundene größere Fluktuation der Assistenzärzte könnte durch die Erfahrungen aus anderen Gebieten ausgeglichen werden, in denen der angehende Allgemeinarzt bereits tätig war. WZ

Krankenhaus-Kostendämpfung: Verbände bekräftigen festgefügte Positionen

Das Tauziehen um den „richtigen“ Weg zu einer abgerundeten, sozial gerechten und wirksamen finanziellen Globalsteuerung im Gesundheitswesen hält unvermindert an: Bei dem Sachverständigen-Anhörungsverfahren am 30. September für die Novellierung des erst 1972 in Kraft getretenen sogenannten Krankenhausfinanzierungsgesetzes („Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz“, Bundestags-Drucksache 9/570) prallten die längst öffentlich artikulierten, zum Teil sehr kontroversen, festgefügtten Meinungen der insgesamt 19 von der Krankenhausfinanzierungsneuregelung hauptsächlich betroffenen Organisationen und Verbände unvermindert aufeinander. Trotz der unterschiedlichen Schwerpunkte und „Glaubensrichtungen“ der Sachverständigengruppen und der unterschiedlichen Nuancen in der Detailinterpretation kristallisierte sich am Ende dennoch eine klare Meinungs-Trennlinie heraus, je nach dem Standort des Verbandsprechers. Auf der einen Seite schworen sich die verschärften Widersacher einer stärkeren Reglementierung und Einbindung in die Konzertierte Aktion – nämlich die Krankenhausträger, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und der beiden Kirchen – auf eine gemeinsame Linie ein; im anderen Lager gruppierten sich die Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie die Sozialpartner – und dazwischen das facettenreiche Meinungsspektrum der Spitzenorganisationen der Ärzteschaft und der Verbände der Krankenhausberufe und -gewerkschaften.

► Um den Grundtenor nach fünf-stündigem Disput und sachlichem

Dialog mit den Abgeordneten im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung vorwegzunehmen: Mit dem Regierungsentwurf eines „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes“ (KKG) war eigentlich niemand so recht zufrieden. Auch das Frage-Antwort-Spiel der Abgeordneten ließ nur stellenweise aufblitzen, ob und wie sich die Parteien im Deutschen Bundestag zum Regierungsentwurf stellen werden und in einem Kraftakt das Ehrenbergsche Paragraphenwerk rechtzeitig zum 1. Januar kommenden Jahres über die Hürden bringen wollen.

Nicht überraschen konnte es, daß die Krankenhausträger und die kommunalen Spitzenverbände wie bisher rigoros ablehnten, die Krankenhäuser (GKV-Ausgabenanteil rund 30 Prozent) künftig ebenfalls den globalen Jahresempfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu unterwerfen. Nach Lesart der Krankenhausträger kämpfen die Krankenhäuser bereits jetzt mit dem Rücken an der Wand: Sie hätten Einsparungen aus eigener Initiative erreicht, und die Rationalisierungsreserven seien bis auf winzige Reste vollends ausgeschöpft. Zudem wies der Sprecher der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf die nicht zu bestreitende Tatsache hin, daß rund 70 Prozent der laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser „fremdbestimmt“ seien, das heißt von den Tarifvertragsparteien von außen festgelegt würden. Auch der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (Chefarztverband) befürchtet, daß bei einer Verschärfung des § 405 a

Reichsversicherungsordnung (RVO) die geltende Rechtslage wesentlich mit der Folge verändert werden würde, daß viele Krankenhäuser schon bald Konkurs an-