

## KURZBERICHTE

cherten in den Krankenkassen systematischer und gegebenenfalls unter Einsatz von vorhandenen EDV-Systemen vorgenommen werden könne. Zum anderen wird festgestellt, daß die Krankenkassen grundsätzlich zum Vertrauensarzt unabhängig davon vorladen sollten, ob ein Krankengeldanspruch oder ein Entgeltfortzahlungsanspruch des Betroffenen besteht oder nicht. Auch bei Inanspruchnahme stationärer Krankenleistungen sollte der VÄD in sinnvoller und stärkerer Weise als bisher eingesetzt werden. „Begutachtungshilfen“ seien von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Essen, bereits entwickelt worden.

2. Das kassenärztliche Vertragsrecht sollte nach den Wünschen der „Sozialpartner“ im Hinblick darauf überprüft werden, inwieweit die ärztlichen Mitteilungen an die Krankenkassen und den VÄD in einzelnen Behandlungs- und Betreuungsfällen (?) um sämtliche wesentlichen Informationen ergänzt werden können.

3. Um die Qualität der Begutachtungen sicherzustellen, sollten die Richtlinien umreißen, welche wesentlichen Fragestellungen und Informationen dem VÄD zur Verfügung gestellt werden können.

4. Die Krankenkassenspitzenverbände sollten auch die Anforderungen an Inhalt und Form des vertrauensärztlichen Gutachtens im einzelnen festlegen. Die Gutachten sollten Grundlage für Verwaltungsentscheidungen der Kassen bilden und justitiabel werden.

5. Doppeluntersuchungen sollten möglichst ausgeschaltet werden. Sofern abgestimmte Gutachteninhalte innerhalb der GKV und im Verhältnis zur anderen Versicherungszweige benötigt werden, sollten die Anforderungen des § 96 des Sozialgesetzbuches X (SGB X) berücksichtigt und entsprechende Vereinbarungen getroffen werden.

6. Um die Qualität und Informationsdichte ebenso wie die Kooperation aller Beteiligten zu fördern, soll ein aussagefähiges Berichtswesen über Beratung und Begutachtung durch den VÄD geschaffen werden. Dadurch versprechen sich die „Sozialpartner“ vor allem eine zusätzliche Qualitätssicherung und eine Beseitigung der vielen Mängel und Ungewißheiten über die „tatsächliche Wirksamkeit des Vertrauensärztlichen Dienstes“.

Darüber hinaus wird empfohlen, auch die Rentenversicherungen als Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes an den Erörterungen zu beteiligen. HC

### **Kostendämpfung trifft private Kuranstalten hart**

Den Krankenanstalten in privater Trägerschaft werde vielfach Parität und Chancengleichheit immer noch verwehrt, obwohl diese Kliniken „dank ihrer Struktur, ihrer sparsamen und rationellen Wirtschaftsführung“ einen entscheidenden Beitrag zur Kostendämpfung leisteten, stellte der Bundesverband der Deutschen Privatkrankeanstalten e. V. fest. Der Verband hatte seinen Sitz unlängst von München nach Bonn verlegt und sich aus diesem Anlaß in einer Pressekonferenz vorgestellt. Die Kostendämpfungsgesetze seien, so hieß es, weitgehend zu Lasten der privaten Träger abgewickelt worden. Vor allem die Kurkrankeanstalten seien im Jahre 1982 besonders großen Belastungen ausgesetzt gewesen: „Im Verlauf des Jahres zeigte sich ein katastrophaler Rückgang der Kuranträge, der zu erheblichen Unterbelegungen vor allem im Bereich der privaten Trägerschaft geführt hat.“ Die Rehabilitationseinrichtungen in privater Trägerschaft, die weit über 70 Prozent aller Kurmaßnahmen im Bundesgebiet durchführten, hätten „einseitig die Lasten der Kostendämpfungsbestrebungen zu tragen“. EB

## FORUM

### **Weiterhin „Sonderstellung“ für Tuberkulose?**

Referentenentwurf  
des Bundesarbeitsministeriums

Nach der Sommerpause wird sich das Parlament mit dem Bundeshaushalt für das Jahr 1984 und mit den entsprechenden Begleitgesetzen befassen. Hierunter sollen auch Maßnahmen fallen, die zu einer langfristigen Stabilisierung der derzeit kritischen Lage in der Rentenversicherung führen sollen. Der hierzu vorgelegte Referentenentwurf des Bundesarbeitsministeriums mit Vorschriften zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung und zur Änderung sozialrechtlicher Vorschriften bringt auch erhebliche Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung mit sich, wie im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT verschiedentlich dargelegt. Zu den vorgesehenen Maßnahmen gehört auch die Verlagerung der Tbc-Heilbehandlungsmaßnahmen von der Rentenversicherung zur Krankenversicherung.

In der Gruppe der Infektionskrankheiten hat die Lungentuberkulose bisher eine Ausnahmestellung einnehmen müssen. Per Gesetz wurde seinerzeit festgelegt, daß diese Infektionskrankheit nicht auf normalen Infektionsabteilungen der Krankenhäuser – und somit nicht zu Lasten der Krankenkassen – behandelt werden durfte. Die Rentenversicherungsträger wurden verpflichtet, gesonderte stationäre Einrichtungen – die sogenannten Tuberkulose-Heilstätten – zu unterhalten, um die noch vor 30 Jahren große Menge der Tuberkulosekranken stationär behandeln zu können. Aus damaliger Sicht muß man Verständnis für die Sonderstellung der Lungentuberkulose haben, weil im wesentlichen die

Behandlung darin bestand, Liegekuren und sonstige roborierende Maßnahmen durchzuführen. Im Vordergrund stand die Isolierung der Patienten aus seuchenhygienischen Gründen.

Seit Einführung der Tuberkulostatika und deren Weiterentwicklung ist die Lungentuberkulose heute zu einer Infektionskrankheit geworden, die mit Medikamenten hervorragend behandelt und ausgeheilt werden kann (angemerkt sei, daß heute die vielen viralen Infektionskrankheiten ein weitaus größeres Problem darstellen). Dank der medizinischen Entwicklung auf dem Sektor der Tuberkulostatika werden heute nur noch 20 000 bis 25 000 behandlungsbedürftige aktive Tuberkulosen pro Jahr gemeldet. Somit ist es absolut gerechtfertigt, daß bei dieser niedrigen Erkrankungsquote und der sehr guten Behandlungsmöglichkeit die Lungentuberkulose heute keiner Sonderstellung mehr bedarf.

Die Herausnahme der Tbc-Heilbehandlungsmaßnahmen aus dem Bereich der Rentenversicherung hat der Bundesverband der Pneumologen seit langem gefordert. Der Hauptgrund hierfür war, daß es durch die in der Reichsversicherungsordnung gesetzlich fixierte stationäre Tbc-Behandlung zu einer strukturellen Fehlentwicklung in der Pneumologie gekommen ist.

Die Rentenversicherungsträger haben seit Jahren der rückläufigen Entwicklung der Tbc-Erkrankungen dadurch Rechnung getragen, daß sie die in den Tbc-Häusern frei gewordenen Betten kontinuierlich durch Betten für andere Indikationen ersetzt haben. Nur wenige dieser „Tuberkulosehäuser“ wurden schrittweise in Lungenfachkliniken umgewandelt. Dies liegt zum Teil daran, daß die meisten Tuberkulosesanatorien in landschaftlich schönen, aber von den dichtbesiedelten Regionen weit entfernten Gegenden gelegen waren. Dort eine Regelversorgung

für pneumologische Erkrankungen vornehmen zu sollen haben mit Recht die Rentenversicherungsträger als wenig sinnvoll ansehen müssen. Hierdurch ist es zu einem „Massensterben“ dieser Einrichtungen gekommen, ohne daß es bei der deutlichen Zunahme der unspezifischen Atemwegserkrankungen – wie chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, Allergosen, Bronchialkarzinom usw. – zu Neugründungen von Abteilungen oder Kliniken in Ballungsgebieten gekommen ist.

Die stationären Behandlungstage von reinen Atemwegserkrankungen ohne Nebendiagnosen lagen in den Jahren 1979 bis 1981 durchschnittlich bei 6 Prozent sämtlicher stationärer Behandlungstage. Diese Mitteilung stammt vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der neben dem Bundesverband der Ortskrankenkassen als einziger über derartig genaues statistisches Material verfügt.) Deswegen fordert auch der Bundesverband der Pneumologen, daß wenigsten 25 000 Betten (das entspricht 5 Prozent der gesamten Bettenzahl in den Krankenhäusern) für die Pneumologie zur Verfügung gestellt werden

sollten. Derzeit haben wir nur ca. 11 000 Betten für das gesamte Bundesgebiet! Hieran läßt sich un schwer erkennen, daß es bei der Gleichsetzung „Pneumologie = Tuberkulose“ zu einer erheblichen stationären Unterversorgung in diesem Bereich gekommen ist.

Obwohl der Bundesverband der Pneumologen die geplante Änderung der Kostenträgerschaft auch für die stationäre Behandlung der Tuberkulose zu Lasten der Krankenkassen begrüßt, weil hierdurch endlich eine medizinisch sinnvolle Gleichbehandlung der Tuberkulose mit anderen Infektionskrankheiten erreicht wird, muß der Bundesverband der Pneumologen sich jedoch energisch gegen den neu einzuführenden § 1236 a aussprechen. Hierin heißt es „Bei Erkrankung an Tuberkulose werden medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nicht erbracht“. Hierdurch wird erreicht, daß die Tuberkulose nun wiederum eine Sonderstellung einnehmen soll, jedoch im Sinne der Verschlechterung:

Beispielsweise müßten Patienten, die sich nach einer mehrmonatigen konservativen Therapie der Lungen-Tbc einer Thoraxoperation unterziehen müssen, im Anschluß daran eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme haben. Dies wäre nach dem § 1236 a nun nicht mehr möglich. Hierdurch wird eindeutig eine Ungleichstellung der Tuberkulose zu anderen Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreicht. Unabhängig hiervon könnte diese Sonderregelung den Gesetzgeber nach Bedarf dazu anregen, im Rehabilitationsbereich weitere Eingriffe vorzunehmen. Wenn er es jedoch ernst meint mit der gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation, dann sollte der Gesetzgeber Abstand nehmen von derartigen Sonderregelungen.

Dr. med. Dietrich Rohde  
Bundesverband der Pneumologen  
Schloßstraße 22  
4330 Mülheim/Ruhr

#### DR. FLEISS' BLÜTENLESE

##### **Das Parteibuch bringt es an den Tag**

*Heutzutage gibt es noch lebende Fossilien. Das Parteibuch in der Brusttasche macht es möglich.*



##### **Gemein**

*„Ich habe sehr häufig gefunden, daß gemeine Leute, die nicht rauchten an Orten, wo das Rauchen gewöhnlich ist, immer sehr gute und tätige Menschen waren.“*

Lichtenberg (1742–1799)