

blocks ein Manko des Konzeptes. Immerhin deuten die Verfasser an, daß die Neufassung des KHG möglicherweise nicht zu dem erhofften Rückgang der Ausgaben und zu einem Abbau von Überkapazitäten führen wird. Die Diskussion über die Krankenhausfinanzierung und die wissenschaftliche Untersuchung dieses Sektors seien daher fortzuführen.

### 10 Erweiterung des Umfanges der Herstellung von Arzneimitteln in Apotheken

Die Gesundheitspolitische Gesellschaft möchte die Einzelrezeptur wieder aufleben lassen.

### 11 Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Die Verfasser schlagen vor, die Entgeltfortzahlung auf 80 Prozent des vorherigen Bruttoarbeitsentgeltes zu begrenzen, die Arbeitsunfähigkeit auch innerhalb der Entgeltfortzahlungsfrist angemessen zu überprüfen und die Teil-Arbeitsunfähigkeit einzuführen.

*Angesprochen* ist hier der Bundesgesetzgeber.

### 12 Ausbau der Prävention und Stärkung der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit

Das ist der einzige Punkt des 12-Punkte-Programms, in dem das „Handlungskonzept“ nicht konkret wird, sondern lediglich einige allgemeingültige Erkenntnisse wiedergibt. Immerhin – es sei zu prüfen, wie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Anreize zu einer gesundheitsbewußteren Lebensführung geschaffen werden können.

Angesprochen ist diesmal nicht allein der Gesetzgeber; im „gesundheitspolitischen Handlungskonzept“ steht der Vermerk: Handlungsbedarf: alle Beteiligten. NJ

## Sozialausschüsse: Ärzte kontrollieren!

Die CDU-Sozialausschüsse wollen die „Anbieter von Gesundheitsleistungen“ – wie Ärzte und die Pharmaindustrie – stärker in die „dringend notwendige Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ einbinden. Dagegen lehnt die Arbeitnehmergruppierung der Union (Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft – CDA) weitere Direktbeteiligungen der Patienten an den Rechnungen der Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhäuser rigoros ab.

In einem Neuaufguß des bereits vor mehr als zwei Jahren veröffentlichten CDA-Programms „Gesundheitspolitik – am Menschen orientiert“ hat die CDU-Gliederung den Sparkatalog auf die aktuelle Situation zugespitzt. Der stellvertretende Vorsitzende der CDA, Peter Kudella, Bremen, umriß vor der Presse in Bonn das Positionspapier, das zum Teil Parallelen zu Schubladenentwürfen aufweist, die seit geraumer Zeit im Bundesarbeitsministerium lagern:

So soll nach Auffassung der CDA die Zahl der Arzneimittel von heute 70 000 Spezialitäten (dazu kommen unterschiedliche Packungsgrößen) auf 2000 beschränkt werden. Als erster Schritt soll eine Preisvergleichsliste eingeführt werden. Die Selbstverwaltungsgänge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen als Vertragspartner der Pharmaindustrie auftreten (ein Projekt, das allerdings nicht zuletzt wegen kartellrechtlicher Barrieren von den Direkt-Kontrahenten bereits ad acta gelegt worden ist). Ferner sollten die Packungsgrößen verringert, die Preisgestaltung der Hersteller kontrolliert, die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Produktinformationen beschränkt, die Zahl der Arzneimittelmuster um die Hälfte reduziert und „fragwürdigen Kombinationspräparaten“ durch gesetzliche Maßnahmen sowie durch Zulas-

sungsvereinbarungen der Kassen entgegengewirkt werden. Speziell für Ärzte soll ein Arzneimittel-Informationssystem geschaffen werden, aus dem „jederzeit ohne großen Aufwand Informationen über Preise, Bio-Verfügbarkeit und therapiegerechte Verordnungsweisen“ abzurufen sind.

Die Abrechnungen der Ärzte sollen stärker durch den Patienten kontrolliert werden. Wie zuvor schon die IG Metall fordert auch die CDA, daß der Patient jede ärztliche Behandlung quittieren solle. Darüber hinaus soll ihm eine allgemeinverständliche Aufstellung der ärztlichen Leistungen nach Beendigung der ärztlichen Versorgung ausgehändigt werden, die an den Kostenträger weitergeleitet werden soll. Ferner sollen die Ärzte verpflichtet werden, auf die Verschreibung teurer „Markenartikel“ zu verzichten, statt dessen sollen kostengünstigere und vergleichbare Medikamente zum Zuge kommen.

Die „kostentreibende Wirkung der Ärzteschwemme“ soll unterbunden werden, indem die Zahl der zugelassenen Kassenärzte drastisch begrenzt wird. Über geänderte Kapazitätsverordnungen müsse versucht werden, den Zugang zum Medizinstudium zu begrenzen. Der Selbstverwaltung der Krankenkassen soll zugestanden werden, übertersorgte Gebiete für die kassenärztliche Zulassung zu sperren. Die Kassen sollen ferner ermächtigt werden, Medikamente in der kassen- und vertragsärztlichen sowie in der stationären Versorgung zuzulassen.

Freizeitrisiken und Risiken der persönlichen Fehlverhalten sollen ausgegrenzt werden. Unverändert beibehalten werden soll das in der GKV seit 100 Jahren geltende Naturalleistungs- bzw. Sachleistungsprinzip. Ohne dies zu konkretisieren, sieht die CDA in einer Auflockerung dieses starren Leistungsprinzips eine Inkarnation eines „Zweiklassenrechts“. HC