

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Arztdichte verbessert

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung durch in freier Praxis tätige Ärzte hat sich in Schleswig-Holstein zunehmend verbessert. Von 1971 bis 1975 stieg die Zahl der Kassenärzte um 131 (+ 7 Prozent), während die Bevölkerung nur um knapp 90 000 zunahm (+ 3,5 Prozent). Gleichzeitig ist das Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte durch die Nutzbarmachung von medizinischem und technischem Fortschritt größer geworden.

Dies erklärte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein anlässlich eines Besuches von 36 CDU-Gesundheitspolitikern unter Führung des Staatssekretärs im Kieler Sozialministerium, Prof. Dr. med. Fritz Beske. Auf einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt entfallen 1200 Einwohner; unter Berücksichtigung aller in Schleswig-Holstein berufstätigen Ärzte kommen nur 530 Einwohner auf einen Arzt, wurde erläuternd hinzugefügt.

Die Verbesserung der Arztdichte ist nach Auffassung der KV auf ihr umfangreiches Sicherstellungsprogramm zurückzuführen, das im Laufe der vergangenen drei Jahre entwickelt wurde und richtungweisend im Bundesgebiet sei.

Zur Frage der Kostenexpansion gab Prof. Beske zu bedenken, mit einer Kostendämpfung allein sei das Problem nicht zu bewältigen. Bei zu erwartenden Kosten im Bereich der Gesundheitssicherung im Jahre 1978 von 100 Milliarden DM würden nur 7,5 Milliarden DM eingespart werden können, wenn es zum Beispiel gelinge, die Kosten im ambulanten ärztlichen Bereich und auf dem Arzneimittelsektor um 20 Prozent und im Krankenhausbereich um 10 Prozent zu senken. Dies wäre kaum mehr als ein „Tropfen auf den heißen Stein“. Es müßten also andere Mittel und

Wege gefunden werden, um der Kostenflut Einhalt zu gebieten.

Nach der Ansprache hatten die CDU-Politiker Gelegenheit, das Rechenzentrum der KV in Bad Segeberg zu besichtigen. Die 1973 installierte Computeranlage zählt zu den modernsten und ausbaufähigsten im Bundesgebiet. Neben den Abrechnungsaufgaben, die früher im Vordergrund standen, wird der neue Großrechner heute auch vornehmlich für Aufgaben der Informatik, der Planung und der Entwicklung von Computer-Systemen für die Arztpraxis eingesetzt. yn

BADEN-WÜRTTEMBERG

„Ablenkungsmanöver“

Bei einer Diskussion mit dem Spitzenkandidaten der SPD für die Landtagswahlen, Dr. Erhard Eppeler, in Nürtingen haben Vertreter der Ärzteschaft die Versuche der Sozialdemokraten, den Arzt in den Mittelpunkt der Verantwortung für die sogenannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu stellen, als versuchtes „Ablenkungsmanöver vom Mißerfolg der Politiker“ bezeichnet.

Die SPD habe nie die wirklichen Ursachen für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen genannt. Dies seien nämlich beispielsweise die Verlagerung der defizitären Rentenversicherung in die Sozialversicherung hinein, das rapide Anwachsen der sogenannten Zivilisationskrankheiten (die in der Verantwortung des Bürgers selbst liegen) und die enorme Ausdehnung des Sozialbegriffs. Durch Maßnahmen des Gesetzgebers werde der Kostenanstieg weit mehr beschleunigt, als es die Ärzte selbst je erreichen könnten; 75 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen seien durch Gesetze festgelegt.

Weiter protestierten die ärztlichen Sprecher gegen Versuche, den Ärzten die Folgen von gesundheitli-

chem Fehlverhalten anzulasten. Aber es sei eben politisch wohl nicht opportun, „zu sagen, was wirklich ist, und zu tun, was wirklich sein muß“. PBW

BERLIN

„Narconon“: Drogenarzt völlig rehabilitiert

Das Disziplinarverfahren, das der Drogenbeauftragte des Senats, Dr. Hartmut Klemm, im vergangenen Jahr im Zusammenhang mit dem Verein „Narconon“ gegen sich selbst eingeleitet hatte (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 49/1975, Seite 3351), ist inzwischen eingestellt worden.

Dem Verein, der sich in Berlin und Schweden um Drogenabhängige bemüht, waren Ende 1975 öffentliche Mittel, darunter ein bereits bewilligter Lottozuschuß, nicht ausgezahlt worden, nachdem Amtsärzte und Sozialarbeiter Bedenken erhoben hatten. Diese Vorwürfe sind inzwischen geklärt worden; „Narconon“ darf in Berlin weiter Drogenabhängige betreuen und sie zur Behandlung nach Schweden schicken. Die Gesundheitsverwaltung hat bestätigt, daß die Bezirksämter für die von dem Verein behandelten Drogenabhängigen den üblichen Pflegesatz gewähren.

Unabhängig von dieser Angelegenheit läuft gegen den Geschäftsführer von „Narconon“ in Berlin ein Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf Betrug. zel

Neue Telefonnummer der Beratungsstelle für Vergiftungen

Die Berliner Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen ist ab sofort unter der Telefonnummer Berlin (0 30) 3 02 30 22 zu erreichen. Sie steht tags und nachts

Ärzten und anderen für die Beratung bei allen toxikologischen Fragen zur Verfügung. Im Jahre 1975 erteilte die Beratungsstelle über 10 000 telefonische Auskünfte, davon mehr als zwei Drittel für Anrufer aus den anderen Bundesländern. DÄ

HESSEN

Osswald setzt auf „Kosteneinblick“

Ministerpräsident Albert Osswald hat eine „neue Bewußtseinsbildung“ als Voraussetzung für eine umfassende Reform des Gesundheitswesens bezeichnet. Diese Bewußtseinsbildung könne nur dann erreicht werden, wenn der Patient einen Überblick darüber erhält, was seine Krankenkasse für ihn oder für seine Angehörigen im Falle einer Behandlung aufbringen muß.

In einer Verlautbarung der Staatskanzlei schlug Osswald vor, dafür ein „einfaches, unbürokratisches Verfahren“ zu entwickeln. Er könne sich vorstellen, daß die Krankenkassen ihren Mitgliedern für jedes Quartal, in dem sie Leistungen in Anspruch nehmen, eine Aufstellung der Arzt-, Arznei-, Untersuchungs- und Krankenhauskosten zustellen.

Auf eine ins einzelne gehende Aufgliederung könne man dabei verzichten.

Der hessische Ministerpräsident fügte hinzu, sein Vorschlag „richte sich keinesfalls gegen die Ärzte“ – er blieb allerdings auch den Beweis schuldig, daß eine solche Regelung wirklich zu „größerem Verständnis für die gestiegenen Sozialversicherungsbeiträge“ und zu einem „stärkeren Kostenbewußtsein“ führen könnte, ganz abgesehen von einer echten Kostensparnis, die ja größer sein müßte als die zusätzlich anfallenden Verwaltungskosten. gb

Bequeme Automatik: Leere Betten – höhere Pflegesätze

Die Krankenhausträger sind offenbar um Argumente nicht verlegen, um die von Zeit zu Zeit notwendig werdenden Pflegesatzerhöhungen der Öffentlichkeit plausibel zu machen. Die Pflegesätze in der allgemeinen Pflegeklasse sind mittlerweile auf die stattliche Höhe von 150 DM, in der Spitze – so in Hessen – bereits auf über 200 DM geklettert.

Für den Kostenanstieg des personalintensiven Krankenhauses (rund 75 Prozent der Gesamtkosten entfallen auf Personal) wurden bislang die Umstellung in der Krankenhausfinanzierung und der Pflegesatzregelung sowie der durch die Arbeitszeitverkürzung auf 40 Wochenstunden bedingte Anstieg des Personalbedarfs verantwortlich gemacht. Weitere Kostentreibsätze waren:

- ▷ der Anstieg der Tariflöhne allein 1974 um über 11 Prozent;
- ▷ die Anpassung der Besoldung an das allgemeine Einkommensniveau;
- ▷ die Anhebung der Überstundenvergütungen;
- ▷ die Vergütung des Bereitschaftsdienstes und
- ▷ der Ersatz der Ordensschwestern durch freie Schwestern, um nur einige Punkte zu nennen.

Auf einer Pressekonferenz der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Mitte Januar hatte Hauptgeschäftsführer Professor Dr. Hans-Werner Müller eine Reihe aktueller und zugleich das eigene Lager, die Krankenhausträger, schonender Argumente für die auch für das Jahr 1976 angekündigte Preiserhöhung der Krankenhäuser parat:

Aus Angst um den Arbeitsplatz lieben sich jetzt fünf Prozent weniger Patienten ins Krankenhaus einweisen oder würden die stationäre Be-

handlung hinausschieben, lautete die Begründung (die sowohl von der Barmer Ersatzkasse als auch von den Arbeitgebern als unhaltbar zurückgewiesen worden ist). Und eben diesen an sich sehr begrüßenswerten fünfprozentigen Patientenschwund wollen die Krankenhäuser durch eine ebenso hohe Anhebung der Pflegesätze wettmachen.

Da bemühen sich die Krankenkassen, Versicherungen, Ärzte und Patienten darum, die im internationalen Vergleich zu hohe Verweildauer von 17,6 Tagen (nur Akutkrankenhäuser) abzubauen; durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Krankenhäusern und vor allem durch die Ausschöpfung sämtlicher, in der Praxis relativ preiswert gebotenen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie das überaus teure Krankenhaus zu entlasten (fast ein Drittel aller Kassenausgaben verschlingen die Krankenhauskosten) – und dann sollen diese Erfolge durch eine fünfprozentige Verteuerung der Krankenhauspflegesätze wieder kompensiert werden?

Das wäre wirklich allzu einfach! Wenn den Krankenhäusern die „Kundschaft“ ausbleibt und finanzielle Einbußen drohen, können doch nicht einfach die ungedeckten Kosten auf die belegten Betten abgewälzt werden. Würden die Krankenkassen nachgeben und die Verluste decken, so wäre der Patient und Beitragszahler der Dumme. Er müßte dafür aufkommen, wenn das Krankenhaus auf halben Touren läuft und die hohen Fixkosten – aber auch Planungsfehler und Unwirtschaftlichkeit – die Hospitäler in die roten Zahlen bringen. Was das bedeutet, zeigt Professor Müllers Rechnung: Ein fünfprozentiger Belegungsrückgang verursacht in einem 500-Betten-Haus rund eine Million DM Mindereinnahmen pro Jahr; einem Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus gingen jährlich zwischen einer und bis zu 2,5 Millionen DM verloren. ▷