

Ärztinitiativen gegen die atomare Bedrohung gesprächsbereit

Für die „Ärztinitiativen gegen die atomare Bedrohung“ besteht nach wie vor Gesprächsbereitschaft gegenüber den ärztlichen Berufsvertretungen und auch den Hilfsorganisationen wie etwa dem Deutschen Roten Kreuz. Das hat einer der Verantwortlichen für den Dritten Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges, Dr. med. Thomas Schramm, München, dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, versichert.

Schramm bedauerte gegenüber Vilmar, daß die Einladung an die Bundesärztekammer zu dem 3. Kongreß im April 1983 zu kurzfristig erfolgt sei, und versicherte, daß es sich lediglich um eine organisatorische Panne gehandelt habe.

Dr. Schramm bezeichnete in einem Brief an Dr. Vilmar Vermutungen im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT (Heft 17, Editorial „Terminfalle“), zu den bisherigen Kongressen sei absichtlich so spät eingeladen worden, um der Bundesärztekammer dann um so leichter ihr Fehlen vorwerfen zu können, als „gegenstandslos“.

Der vierte Kongreß dieser Art soll, den Angaben von Schramm zufolge, am 17. und 18. März 1984 in Böblingen bei Stuttgart stattfinden. NJ

In einem Satz

Betriebskrankenkassen – 138 der rund 800 Betriebskrankenkassen haben seit Jahresbeginn ihre Beitragssätze gesenkt, so daß inzwischen der durchschnittliche Beitragssatz aller Betriebskrankenkassen von 10,91 Prozent im Dezember 1982 auf 10,68 Prozent im April 1983 gesunken ist. EB

HESSEN

Honorarzuschlag für die Betreuung von Tumorkranken

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat entsprechend der Bundesempfehlung vom 21. Januar 1983 nunmehr mit den Orts-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen die Verträge für das erste Halbjahr 1983 abgeschlossen und dabei als Neuerung einen Zuschlag für die onkologische Betreuung vereinbart. Die Verträge sehen vor, daß die Punktwerte bis zum 30. Juni 1983 und das Laborfallpauschale bis 31. Dezember 1984 unverändert beibehalten bleiben. Die Punktzahlen der rationalisierungsfähigen Laborleistungen werden um 30 Prozent gesenkt. Der freiwerdende

Stabilitätsabkommen war 1982 erfolgreich

Das Stabilitätsabkommen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit den Landesverbänden der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen vom Sommer 1981 hat sich 1982 positiv ausgewirkt: Die Entwicklung der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel verlief im Durchschnitt günstiger als im übrigen Bundesgebiet. Bei einer gemeinsamen Pressekonferenz erklärten der Erste Vorsitzende der KV Hessen, Dr. Gerhard Löwenstein, und der LdO-Geschäftsführer Friedrich Hunger übereinstimmend, die Strategie des „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ habe sich auch in Hessen bewährt; es habe sich erwiesen, daß gemeinsames, verantwortliches Handeln zu Einsparungen führen kann, ohne daß das Versorgungsniveau leidet.

Der Zweite KV-Vorsitzende, Dr. Karl Nicklas, hob vor allem die Ein-

Betrag dient zur Finanzierung der eingehenden Untersuchung mehrerer Organbereiche (Ziffer 65 b) mit jeweils 50 Punkten sowie für die Honorierung der Betreuung von Tumorkranken. Dazu heißt es in den Verträgen: „Für fortlaufende, umfassende onkologische und/oder hausärztliche Betreuung von Tumorkranken einschließlich Dokumentation und Führung des Nachsorgepasses werden je Behandlungsfall 40 DM gewährt“.

Die KV Hessen bedauert, daß sich der Landesverband der Betriebskrankenkassen der gesamten Vertragsvereinbarung als einziger nicht angeschlossen hat.

Die Vertragsverhandlungen mit ihm müssen deshalb als gescheitert angesehen werden, so daß das Schiedsamt zu entscheiden haben wird. WZ

sparungen bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln hervor, die den hessischen RVO-Kassen 1982 allein etwa 20 Millionen DM „eingebracht“ haben. Die „intensivierte“ ambulante Versorgung durch Kassenärzte kann man nach den vorgelegten Zahlen unter anderem an der innerhalb eines Jahres um ein Viertel gestiegenen Zahl der ambulanten Operationen ablesen. Gleichwohl lag der Ausgabenanstieg für ärztliche Behandlung niedriger als im Bundesdurchschnitt.

Dr. Nicklas erinnerte allerdings daran, daß diesen Erfolgen eine intensive Aufklärungsarbeit voranging. Nicht nur wurden die Patienten gemeinsam zu sparsamer Inanspruchnahme von Leistungen aufgefordert und über Ausgaben und Kosten aufgeklärt. Die KV und ihre Kreisstellen haben darüber hinaus zahlreiche Informationsveranstaltungen abgehalten und die Ärzte regelmäßig über ihre Arzneiverordnungen, über die Arzneimittelpreise, die Preise der Heil- und Hilfsmittel und die Krankenhauspflegesätze informiert. Auch

Krankenhausärzte wurden in diese Informationen einbezogen.

Die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung sind 1982 in Hessen stärker gestiegen, als es der achtprozentigen Erhöhung der Pflegesätze entsprochen hätte. Alle Beteiligten forderten eine genauere Untersuchung der Gründe dafür. Langfristig haben zwar die hessischen Allgemeinärzte ihre Einweisungsfrequenz je hundert ihrer Behandlungsfälle gesenkt; laut LdO-Geschäftsführer Hunger werden aber seit langem etwa 55 Prozent aller stationären Patienten durch niedergelassene, weitere sechs Prozent durch beteiligte oder ermächtigte Ärzte eingewiesen. Bei den Ausgabensteigerungen können also mehr Notfall- oder „Selbst“-Einweisungen eine Rolle spielen oder auch – wie KV-Geschäftsführer Dr. Hans-Peter Höhle herausstellte – Strukturverschiebungen im Krankenhausbereich: Wenn mehr Patienten als früher in größere, teurere Krankenhäuser gehen, erhöht dies die Ausgaben, ohne die Statistik zu ändern. gb

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kuren rückläufig

Mit Anträgen auf Heilbehandlung haben sich die Versicherten der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein im vergangenen Jahr erheblich zurückgehalten. Wie der LVA-Direktor mitteilte, wurden im Rehabilitationsbereich über 25 Prozent weniger Anträge als 1981 gestellt. Während 1981 noch über 15 000 Anträge auf Kuren gestellt worden waren, sank diese Zahl im vergangenen Jahr auf rund 11 000. Auch die Heilbehandlungen nahmen im Vergleich zum Vorjahr um rund 21 Prozent auf 11 300 ab. Mit der Sorge um den Arbeitsplatz allein sei die Trendwende nicht zu erklären, meinte Bluhm. Vielmehr kämen andere Faktoren hinzu, etwa das offenbar bessere Kostenbewußtsein der Versicherten. yn

Arzneimittel: Die „Ausgabenlast“ der Rentner-Krankenversicherung

Sonderanalyse des „GKV-Indexes“ durch das Institut der Ortskrankenkassen

Die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird durch die Arzneimittelausgaben je Mitglied mehr als 2,6mal so stark belastet als die allgemeine Krankenversicherung (AKV) durch den Arzneimittelbedarf der Aktivversicherten (und deren Familienmitglieder). Konkret: 260 DM je Mitglied der allgemeinen Krankenversicherung standen im Jahr 1981 rund 680 DM je Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner gegenüber. Rechnet man die Ausgaben in den beiden genannten Teilbereichen nicht auf die Zahl der Mitglieder um, sondern auf die Zahl der Anspruchsberechtigten, so erhöht sich die Differenz erheblich.

Die Struktur, Entwicklung und die möglichen Ursachenkomplexe der Arzneimittelausgaben der KVdR im Vergleich zur allgemeinen Krankenversicherung zeigt ein sechs Bände umfassendes Gutachten mit dem Titel „Analyse von Struktur und Entwicklung der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung der Rentner“ auf, das vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), Bonn-Bad Godesberg, vorgelegt worden ist. Dabei wurden zusätzlich zur Routineauswertung von Rezeptdaten im Rahmen des gemeinsamen von Krankenkassen, Kassenärzten und Apothekern erhobenen „GKV-Arzneimittelindex“ die Ausgaben speziell aufbereitet nach Alter des Anspruchsberechtigten, nach Indikationsgruppen sowie nach den Stärken, Darreichungsformen und Packungsgrößen der verordneten Arzneimittel. Die Ergebnisse sind hochgerechnete Werte auf der Basis nach Großregionen der Bundesrepublik geschichteter Stichproben aus

den Rezeptblättern der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem durchschnittlichen Auswahl-satz von 1,0 Promille.

Die zutage geförderten Ergebnisse und Rückschlüsse korrespondieren weitgehend mit einer unabhängig davon vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Frankfurt, zum Auftakt der Beratungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im März vorgelegten empirischen Studie über den Arzneimittelverbrauch älterer Menschen.

Die WIdO-Untersuchung kommt zu folgenden Ergebnissen: Mit 7,03 Milliarden DM stellen die Arzneimittelausgaben nach den Ausgaben für stationäre Behandlung (12,87 Milliarden DM) und noch vor denen der ambulanten Behandlung (5,70 Milliarden DM) den zweitgrößten Ausgabenposten in der KVdR dar. Der Ausgabenbeitrag entspricht einem Anteil von 51,6 Prozent an den gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einem Anteil von 21,5 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben der KVdR. Berücksichtigt man die unterschiedliche Zahl der mitversicherten Familienangehörigen von AKV und KVdR – auf 1000 AKV-Mitglieder kommen rund 850 Familienangehörige, auf 1000 KVdR-Mitglieder dagegen nur 250 –, so ergibt sich folgendes Verhältnis zwischen den potentiellen Inanspruchnehmern und realisierten Ausgabenanteilen: Auf 21,6 Prozent von der GKV betreuter Personen entfallen 51,6 Prozent aller Arzneimittelausgaben. Die Belastungsunterschiede zwischen allgemeiner und Rentnerkranken-