



Nicht leichtgemacht hat sich die KBV-Vertreterversammlung am 10. Dezember in Köln die Verabschiedung der neuen Radiologie-Richtlinien; der Entwurf wurde erst nach teils kontroverser Diskussion mit starker Mehrheit verabschiedet. Fotos: d-e-w

fang Dezember in Hamburg, bei dem der Konflikt zwischen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen mit besonderer Schärfe zutage trat, und dem Hinweis, es könne auch die Kassenärzte nicht unberührt lassen, wenn den Ortskrankenkassen die Gefahr drohe, zum Sammelbecken der sogenannten schlechten Risiken zu werden, ging Dr. Muschallik auf den hessischen Gesetzentwurf zur Standortbestimmung für medizinisch-technisches Großgerät ein.

Auch wenn wegen der hohen Anschaffungs- und Unterhaltskosten nur ein kleiner Kreis von Kassenärzten dadurch berührt werde, sei eine Investitionslenkung – und die werde mit dem hessischen Entwurf beabsichtigt – für einen freien Beruf unzumutbar. Er halte es für bedenklich, „die Anwendung von Großgeräten zu einem Privileg der Krankenhäuser machen zu wollen.“ Planung sei nötig, sollte aber für den stationären und den ambulanten Bereich getrennt erfolgen, bei gemeinsamer Nutzung, wo das wirtschaftlich geboten erscheine.

Das durchsichtige Schlagwort von der Transparenz

Zum Schluß seiner Ausführungen bedauerte Dr. Muschallik die wachsende Bürokratisierung. Unser hochentwickeltes und kom-

plexes Gesundheitswesen sei ohne entsprechende Verwaltungsarbeit nicht denkbar, die Belastung durch einen immer größer werdenden Paragraphenwald werde aber für den einzelnen Arzt wie für die Selbstverwaltung nachgerade unzumutbar. Es gebe eine Menge an Datenerhebung und Datenverarbeitung, die nur der Selbstbefriedigung von Statistikern diene. Hier müsse dringend mit einer Vereinfachung und Entbürokratisierung begonnen werden.

Zur Zeit scheine man eher das Gegenteil anzusteuern, erklärte Dr. Muschallik unter Hinweis auf die Herbstsitzung der Konzierten Aktion mit dem Thema „Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Was dazu in einer Vorlage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung aufgelistet werde, bekunde die Tendenz zur Herrschaft der Anwendung der Datentechnik über den Menschen.

► „Wenn zentrale Datenbanken zur allumfassenden Erhebung und zur Zusammenfassung und Kontrolle der kassenärztlichen Versorgungsleistungen ebenso wie zur Überwachung des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten eingerichtet werden,

► wenn künftig über jeden Versicherten ein Katalog von höchst

sensiblen Daten quasi als umfassender Krankheitssteckbrief abrufbereit liegt,

► dann ist es keine Utopie mehr, wenn man als Fazit einer solchen Entwicklung ein von der Geburt bis zum Tode registriertes und elektronisch überwacht gläsernes Individuum sieht.“

Der unberechenbare Nutzen ärztlicher Leistungen

Ebenfalls mit Blick auf die Konzierte Aktion (deren Sitzung nach Redaktionsschluß dieser Ausgabe stattfand) wandte sich Dr. Muschallik gegen die Tendenz, die Leistungen der Ärzte nur als Kosten zu verbuchen. Der Gesetzgeber hat die Berücksichtigung medizinischer Orientierungsdaten neben den wirtschaftlichen ausdrücklich gefordert, und es hieße den Sinn der Gesetzesbestimmung verleugnen, wollte man die medizinischen Daten beiseite schieben, weil sie nicht präzise zu definieren seien.

„Man kann den Wert durch ärztliche Behandlung rascher wiederhergestellter Arbeitsfähigkeit nicht quantifizieren, und es gibt keine Möglichkeit, den Geldwert von Lebensqualität, Schmerzbeilegung und Lebensverlängerung in Zahlen auszudrücken.“ Immerhin sprächen Morbiditäts-

Muschallik: Bericht zur Lage

und Mortalitätsstatistiken eine deutliche Sprache. Dr. Muschallik nannte den drastischen Rückgang der perinatalen Sterblichkeitsrate, die sinkende Krebsmortalität bei Frauen und Männern und die seit 1968 bei beiden Geschlechtern sinkende Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

▷ Solche Entwicklungen sollten die Ärzte hoffen lassen, „daß die politischen Kostendämpfer unsere Arbeit nicht mehr ausschließlich unter dem Blickwinkel der Ökonomik, sondern auch unter dem der Humanität ... betrachten.“

Müßiger Streit um den Quartalschein

In der anschließenden Diskussion ging es zunächst um den ab 1. Januar 1984 wieder quartalsgebundenen Krankenschein.

Als „unkorrekt und tendenziös“ wurde aus der Versammlung ein vom Berufsverband Deutscher Internisten und der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände herausgegebenes Wartezimmerplakat zur Krankenscheinabgabe bezeichnet. Unter dem Deckman-

tel der Information werde hier „Kampf um die Scheine“ betrieben.

Der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Eckart Fiedler, bestätigte zwar, daß mit der Änderung des § 188 RVO eine Verstärkung der hausärztlichen Versorgung bezweckt worden sei. Die Krankenkassen zeigten aber, wie eine Rundfrage ergeben habe, wenig Neigung für den quartalsgebundenen Schein und würden ihre Krankenscheinhefte weiter in der alten Form ohne Quartalsaufdruck ausgeben, nur mit dem Hinweis auf die neue Bestimmung. Man solle daher müßigen Streit gar nicht aufkommen lassen; im Hinblick auf die Gesamtlage sei vielmehr Solidarität geboten!

Gegen die Mehrheit: Professor Häußler

„Ich spreche gegen die Mehrheit“, bekannte Professor Dr. Siegfried Häußler, als er seine Bedenken gegen den neuen „Arzt im Praktikum“ vortrug. Er halte den Weg einer unstrukturierten Praxisphase für „schlicht falsch“. Eine Verbesserung der Ausbildung

ohne Blick auf das Produkt dieser Ausbildung sei unmöglich.

In einer kurzen Erwiderung ließ Dr. Muschallik noch einmal anklingen, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Weiterbildungspflicht weder gefordert noch abgelehnt habe. Eine endgültige Stellungnahme werde erst nach eingehenden Beratungen im Länderausschuß möglich sein. Zweifellos stelle aber die jetzt vorgesehene Regelung eine Verbesserung des gegenwärtigen Zustandes dar.

Seelenmassage gegen „Leistungsinflation“ im Labor

Erwartungsgemäß gab es eine längere Aussprache über die Laborproblematik. Die „Seelenmassage“ der KBV-Ermahnungen erreiche nur die Vernünftigen; die aber müßten unter allen Beschränkungen, die man den anderen auferlegen wolle, mitleiden. So müsse man in der einen oder anderen Region, trotz eigener Sparsamkeit, für die „Leistungsinflation“ in anderen Regionen mitbüßen. Der niedersächsische KV-Vorsitzende Dr. Ernst-Eberhard Weinhold befürwortete eindringlich die Zuordnung der Laborleistungen zu bestimmten Fachgebieten und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu lebhaften Diskussionen kam es auch über die Neufassung der Radiologie-Richtlinien, in denen eine „stringentere Reglementierung“ sichtbar werde, als sie der Gesetzgeber gefordert habe. Dr. Rainer Heß, Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, stellte demgegenüber klar, daß es hier nicht nur um „Gefahrenabwehr“ für Patient und Arzt gehe wie bei der Strahlenschutzverordnung des Bundes, sondern darüber hinaus um die Qualitätssicherung kassenärztlicher Versorgung. (Das DEUTSCHE ARZTEBLATT wird auf Einzelheiten der Neuregelung in einer der nächsten Ausgaben eingehen). EB



Gelassen nahm die Vertreterversammlung der KBV ein umstrittenes Wartezimmerplakat des Internistenverbandes und der „Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände“ zur Kenntnis. Dr. Fiedler dämpfte den müßigen „Streit um Quartalscheine“

Kostenpunkt Krankheit

in der Bundesrepublik Deutschland

insgesamt 210 Mrd DM

1981

davon:

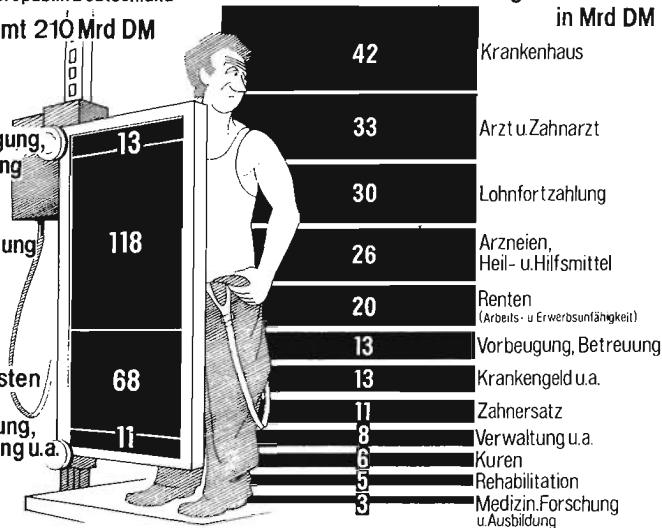
Vorbeugung,
Betreuung

Behandlung

Folgekosten

Verwaltung,
Forschung u.a.

Die Aufteilung im einzelnen
in Mrd DM

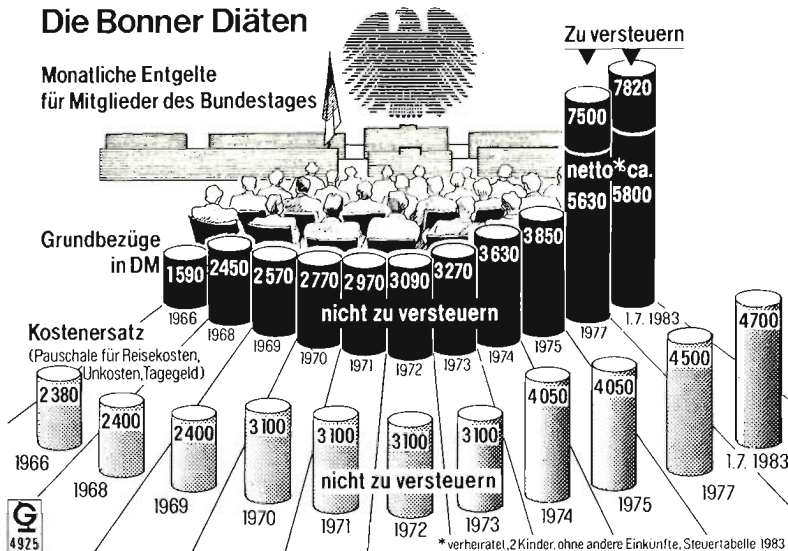


G
48172

Eine Rekordrechnung hat das Statistische Bundesamt aufgemacht: Danach betrug das gesamte Krankheitsbudget des Jahres 1981 stolze 210 Milliarden DM. Dies bedeutet: Im statistischen Durchschnitt entfielen im Jahr 1981 auf jeden Bundesbürger (Babys und Rentner eingerechnet) durchschnittlich 3400 DM für Vorbeugung, Behandlung und Krankheitsfolgeleistung (etwa Lohn- und Gehaltsfortzahlung). In dieser Summe sind die Ausgaben der Kranken- und Unfallversicherungen, der Rentenversicherung, des Staates, der Arbeitgeber und der privaten Haushalte zusammengefaßt. Erheblich zu Buche schlagen Lohnfortzahlungskosten, das Krankengeld, die Invaliditätsrenten: 1981 waren es insgesamt 68 Milliarden DM Globus/DÄ

Die Bonner Diäten

Monatliche Entgelte
für Mitglieder des Bundestages



Das Grundgesetz sichert den Mitgliedern des Deutschen Bundestages einen „Anspruch auf eine angemessene, ihre Unabhängigkeit sichernde Entschädigung.“ Im Jahr 1949 bekam ein MdB als Grundbetrag eine steuerfreie Aufwandsentschädigung von monatlich 600 DM, dazu 30 DM pro Sitzungstag und durchschnittlich 900 DM Kosten- und Reisekostensersatz (zum Teil nur gegen Nachweis). Später wurden diese Beträge pauschaliert und meist jährlich erhöht. 1977 wurde das System umgestellt. Seither müssen die Abgeordneten die Aufwandsentschädigung versteuern. Der nicht zu versteuernde Kostensersatz wurde in einer Pauschale zusammengefaßt. Es vergingen sechs Jahre, ohne daß die Diäten erhöht worden sind. 1983 beschlossen die Bundestagsabgeordneten eine Anhebung ihrer Bezüge Globus/DÄ

Wissenschaftliche Mitteilung

Zur Übertragung von Tierversuchen auf den Menschen

Der streßresistente Chirurg soll entwickelt werden. Entsprechende Forschungen – der Halothan- und der sogenannte CK-Test, die an Zuchtschweinen erprobt wurden – sind bereits weit fortgeschritten.

In Bayern wurden schon frühzeitig Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Chirurgen eingeleitet. Jetzt wird als weitere erfolgversprechende Maßnahme in einer Versuchsreihe der Halothan-test als Qualitätsprüfung durchgeführt.

Die Ergebnisse entsprachen den Erwartungen und liegen auf gleicher Höhe wie die Untersuchungen in anderen deutschen Bundesländern. Sie zeigten, daß es möglich ist, mit Hilfe des Halothan-tests die streßanfälligen Chirurgen herauszufinden, diese auszuscheiden und eine streßresistente Chirurgengeneration aufzubauen.

Nach dieser Versuchsphase war geplant, diesen Test ab 1. Februar dieses Jahres in noch größerem Umfang als bisher von der LÄK in Zusammenarbeit mit dem ChGD als Qualitätsprüfung der Mitglieder der LÄK durchzuführen. Da sich die Beschaffung der neu auf den Markt gekommenen Halothangeräte verzögerte und einige technische Mängel bei den neuen Geräten zu beheben waren, konnte mit dieser Prüfung im vorgesehenen Umfang erst Mitte April 1983 begonnen werden. Im Einsatz sind jetzt sechs Geräte, die ausschließlich von ChGD-Ärzten bedient werden.

In den zurückliegenden Monaten wurden in Bayern 1375 Chirurgen dem Halothan-test unterzogen. Aufgrund der Mitteilungen der für

Wissenschaftliche Mitteilung

den Einsatz der Halothantestgeräte Verantwortlichen laufen die Prüfungen auf vollen Touren und ohne Pannen.

Beim Halothantest werden Chirurgen mittels einer Maske durch höchstens vier Minuten langes Einatmen einer Mischung von Halothangas und Sauerstoff betäubt. Wenn die Chirurgen die Muskulatur völlig entspannen; spricht man von einer halothan-negativen Reaktion, das heißt, sie sind gegen Halothan nicht empfindlich, widerstandsfähig. Tritt bei der Narkose eine Muskelverkrampfung mit Erhöhung der Körperwärme auf, handelt es sich um eine halothan-positive Reaktion, das heißt, die Chirurgen sind gegen Halothan überempfindlich.

Neben dem Halothantest wird seit Mitte April 1983 auch der sogenannte CK-Test vom ChGD angeboten. Bei diesem Test wird den Chirurgen nach Behandlung mit Myostreß 24 Stunden später eine Blutprobe entnommen und die Menge des Enzyms Cratin-Kinase (= CK) festgestellt. Die Höhe des CK-Wertes im Blutserum gibt Aufschluß über die Straßenanfälligkeit der Chirurgen.

Der CK-Test wird vornehmlich ergänzend zum Halothan-Test durchgeführt, und zwar hauptsächlich dort, wo aufgrund der bisherigen Testergebnisse der Prozentsatz der halothanpositiven Chirurgen sehr hoch ist, und bei Jungchirurgen, die vorher nicht mit dem Halothantest geprüft worden waren. In den zurückliegenden Monaten wurden in Bayern 1966 Chirurgen dem CK-Test unterzogen.

Dr. med. Wolfgang Weise
8380 Landau/Isar

Der Verfasser wurde zu seiner Satire angeregt durch einen Artikel von Dr. L. Schmidt: „Halothantest läuft auf vollen Touren – Streßfreie Sauenlinien sind wichtigstes Ziel dieser Maßnahme“, erschienen im Bayerischen Landwirtschaftlichen Wochenblatt Nr. 35/1983

AUS DEN BUNDESLÄNDERN

BERLIN

**DRK übernimmt
Blutspendedienst**

Am 1. Oktober 1983 ist der Berliner Blutspendedienst vom Deutschen Roten Kreuz übernommen worden. Der Hauptsitz wird sich auf dem Gelände des Klinikums Steglitz befinden. Daneben wird vorläufig der bisherige Sitz des Berliner Blutspendedienstes in Berlin-Wedding als Außenstelle weitergeführt.

In einem im Juli unterzeichneten Vertrag mit dem Land Berlin hat sich das DRK verpflichtet,

▷ die Vollversorgung aller jetzigen und künftigen Krankenhäuser im Lande Berlin einschließlich der Universitätsklinik mit Blutkonserven, einschließlich der mit einer Transfusion verbundenen blutgruppenserologischen Laborun-

tersuchungen, sowie mit Frischblut sicherzustellen,

▷ künftig eine autarke Versorgung der Berliner Bevölkerung mit Blutkonserven unter Beibehaltung des (bisher bezahlten) Blutspenderstammes und durch unentgeltlich zur Verfügung stehende Spender zu erreichen und

▷ eine volle Betriebsbereitschaft einschließlich eines Nacht- und Wochenenddienstes mit der Möglichkeit einer Beratung der Krankenhäuser in fachlicher und organisatorischer Hinsicht zu gewährleisten.

Berlin braucht pro Jahr rund 100 000 Blutkonserven. Dieser Bedarf wurde bisher zu rund 55 Prozent von Berliner Spendern gedeckt, um die intensiv geworben werden soll. Die restlichen 45 Prozent bezog das Land Berlin über das Deutsche Rote Kreuz. JK

SCHLESWIG-HOLSTEIN

**KV: Rettungsdienst nicht
Aufgabe der Kassenärzte**

Niedergelassene Ärzte können und sollen nach Meinung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein nicht in den Rettungsdienst eingebunden werden. Diese Aufgaben könnten nur in der Intensivmedizin ausgebildete und tätige Ärzte übernehmen. Darüber hinaus seien die niedergelassenen Ärzte mit der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich Notfallbereitschaftsdienst ausgelastet, betonte der KV-Vorsitzende Dr. Guido Piepgras vor der Landespressekongferenz in Kiel.

Dr. Piepgras reagierte damit auf Äußerungen von Politikern, die gefordert hätten, die Notarztwagen auch mit niedergelassenen Ärzten zu besetzen. Die Forderungen seien offenbar vor dem Hintergrund der finanziell ange-

spannten Situation der Träger des Rettungsdienstes – der Landkreise und kreisfreien Städte – erhoben worden, meinte Piepgras. Dabei würden jedoch die unterschiedlichen Aufgabenstellungen des Rettungsdienstes einerseits und des ärztlichen Notfallbereitschaftsdienstes andererseits verkannt. Piepgras verwies auf das schleswig-holsteinische Rettungsdienstgesetz von 1975. Danach hätten die Kreise und kreisfreien Städte unter anderem die Aufgabe, „in eigener Verantwortung lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten jederzeit Erste Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu bringen“. Sie könnten dafür Gebühren erheben.

Wegen der unterschiedlichen Aufgabenbereiche ist nach Ansicht der KV der Rettungsdienst grundsätzlich vom ärztlichen Bereitschaftsdienst zu trennen. Beide Einrichtungen sollten sich aber ergänzen, sagte Piepgras. yn