

Zum dritten hindern aber auch die Planungsbehörden, da sie sich Vollabteilungen an Krankenhäusern nur unter Chefarzt-klinischen Systemen vorstellen können. Ein Krankenhausträger, der z. B. komplett auf Belegarztsystem umstellt, gerät somit in die Gefahr, nicht mehr als „vollwertiges“ Krankenhaus zu gelten.

Gewisse marktwirtschaftliche Prinzipien können die Leistung im stationären Bereich verbessern. Ich spreche bewußt nicht nur von den Kosten, die in der ganzen Diskussion viel zu sehr in den Vordergrund geschoben werden. Ich bin mir dabei durchaus bewußt, daß der Prozeß, marktwirtschaftliche Elemente in unser Gesundheitssystem zu bringen, langsam verlaufen muß. Die reine Lehre der Marktwirtschaft wird sich wohl kaum durchsetzen lassen. Auf der anderen Seite muß jeder überzeugte Marktwirtschaftler aber auch zugeben, daß die Bereiche der idealen Marktwirtschaft auch im übrigen Wirtschaftsleben und Staatsleben sehr dünn gesät sind.

Wir haben es ja faktisch überall mit Mischsystemen zu tun. Als Beispiel mag man die völlige Reglementierung des Transportwesens in Deutschland anführen.

Wenn man von marktwirtschaftlichen Aspekten spricht, so meint man hiermit insbesondere, daß die Steuerungsfunktion vieler kleiner Elemente in dem System letztlich besser ist als die großflächige durch übergeordnete Plener. Und von der Richtigkeit dieses Grundprinzips muß man überzeugt sein, wenn man die individuelle Freiheit für wertvoll hält und die Diktatur – auch eine Diktatur der Bedürfnisse – verabscheut.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Lutz Helmig  
Chirurg  
Klinik Oberwald  
Postfach 11 49  
6424 Grebenhain

## Gesundheit über Kabel

Im „Bürgerkanal“ von Ludwigshafen sind auch die Heilberufe dabei

Die Nutzung eines Kabels zur Übertragung eines Fernsehbildes bietet entscheidende Vorteile gegenüber der bisher genutzten Technologie. So ist nicht nur die Bildqualität besser, es können vor allen Dingen wesentlich mehr Programme angeboten werden, als es zur Zeit möglich ist. Durch regionale Programme und geschlossene Benutzergruppen lassen sich zielgruppenspezifische Sendekonzepte realisieren. Regionale beziehungsweise thematische Schwerpunkte können so viel differenzierter berücksichtigt werden als bisher.

### Kabelprojekt Ludwigshafen läuft bereits seit einem Jahr

Um das Kabelfernsehen zu erproben, wurde von den Bundesländern beschlossen, sogenannte Kabelpilotprojekte durchzuführen. Das Kabelpilotprojekt Ludwigshafen hat als erstes mit seinem Programm begonnen, und zwar im Januar 1984; es soll fünf Jahre laufen. Träger des Pilotprojektes ist die öffentlich-rechtliche Anstalt für Kabelkommunikation (AKK) in Ludwigshafen. Die AKK koordiniert den Versuch und garantiert, daß das Programm in seiner Gesamtheit ausgewogen ist.

Von der Sendezentrale der AKK gehen die neuen Fernseh- und Hörfunkprogramme direkt ins Ludwigshafener Kabelnetz. Für die Gemeinden und Städte der Vorderpfalz, die am Kabelpilotprojekt teilnehmen, werden sie über ein Glasfaserkabel zum Mannheimer Fernmeldeturm geleitet, von dort per Richtfunk an die jeweiligen Empfangsstationen gesendet und in die Kabelnetze vor Ort gespeist. Der größte Teil

des Netzes wird mit Kupfer-Koaxialkabeln errichtet; für Verbindungsstrecken will die Post die Glasfasertechnik einsetzen.

Zum 1. Januar 1984 war von den gesetzlich geforderten 30 000 Anschlüssen nur ein Bruchteil realisiert. Zur Zeit dürften knapp 5000 Anschlüsse existieren. Die Zuschauerzahlen waren folglich in den ersten Monaten geringer als geplant und sind auch heute noch bescheiden. Trotzdem ist die grundsätzliche Bedeutung des Projektes zu sehen, das heißt die Vorreiterfunktion auf Bundesebene, die auch die Bereiche der Gesundheitsberatung und -erziehung betrifft.

Drei Aspekte geben dem Kabelfernsehprojekt in Ludwigshafen eine besondere Bedeutung:

- ▶ Zum ersten Mal sind private Anbieter mit dabei.
- ▶ Der sogenannte offene Kanal gibt jedem Bürger die Möglichkeit, Beiträge zu senden.
- ▶ Über den Bürgerservice-Kanal können gesellschaftliche Gruppen, die nicht kommerzielle Interessen vertreten, Sendungen anbieten. Die für den Bereich Gesundheit relevanten Sendungen werden fast alle über diesen Kanal ausgestrahlt.

Im Rahmen des Bürgerservice-Kanals hat sich eine Arbeitsgemeinschaft „Bürgerservice-Gesundheit“ gebildet. Die Nutzungsge-nehmigung ist der Landeszentrale für Gesundheitserziehung Rheinland-Pfalz e. V. von der AKK erteilt worden. Die Landeszentrale setzt zusammen mit der Landesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigung

immer medizinisch notwendig. Hier sollte die Steuerungsfunktion ansetzen, und zwar die des Konkurrenten.

### 3. Konkurrentensteuerung oder „divide et impera“

Daß wir Autos preiswert repariert bekommen, liegt nicht an unserem Sachverstand als Endverbraucher, sondern an der Aufklärung durch viele Wettbewerber und deren gegenseitiger Marktüberwachung. Das läßt die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Ohne bestehende Gesetze zu verändern, spart der folgende Tip, den ich als Beispiel für ein marktwirtschaftliches Handeln anführen möchte, etwa 20 Prozent des medizinischen Bedarfs nach dem Jahr seiner Einführung.

Wie allseits bekannt, sehen Chefarztverträge zunehmend höhere Abgaben an das Krankenhaus vor, wobei sie meist in Prozentsätzen der Nebeneinnahmen festgelegt sind. Statt dieser Umsatzkoppelung schlage ich eine Koppelung an die medizinischen Sachkosten vor. Sinnvollerweise bezieht man in dieses Vertragssystem *alle* Chefärzte des Hauses ein. Haben die Chefärzte A, B und C zum Beispiel 1983 die Beträge  $a + b + c$  an das Krankenhaus abgeführt und lagen die Kosten des medizinischen Bedarfs 1983 bei X DM, so ändern sich die Abgaben a, b und c im Jahr 1984 in demselben Verhältnis, wie sich die Kosten des medizinischen Bedarfs in diesem Jahr verändert haben.

Die Chefärzte werden sich nach einer solchen Vertragsänderung intensiv mit der jährlichen Ausschreibung der medizinischen Bedarfsartikel und mit kostenträchtigen Bereichen beschäftigen. Der Anästhesist wird sich von seinen Kollegen fragen lassen müssen, ob er wirklich auf der Wachstation solche Unmengen von Blutersatzstoffen und Antibiotika nötig hat, und er wird den Chirurgen vielleicht zurückfragen, ob zehn Rektumaputationen pro

Jahr vielleicht zum Erreichen der landläufigen Komplikationsrate zu wenig sind. Zwei Fragen, bei denen sonst ein Verwaltungsleiter sofort auf kollegialen Granit und gebündelte medizinische Abwehrargumente stößt.

Das System kann man mit Erfolg auch auf die Personalkosten in den Funktionsbereichen ausdehnen. Beides haben wir an unserer Klinik verwirklicht. Man könnte einwenden, es würde in Zukunft möglicherweise am falschen Ende, sprich: am Patienten, gespart. Diese Angst ist unbegründet. Zum einen ist eine leistungsfähige Medizin nicht an die Verschwendung von Ressourcen gebunden, sondern eher an ihren gezielten Einsatz. Zum zweiten handeln Ärzte nach wie vor nicht ausschließlich als „homo oeconomicus“, sondern sie richten sich nach wie vor auch nach hippokratischen Wertsystemen. Schließlich könnten übertrieben ökonomische Aspekte in der Diskussion mit den Kollegen keinen Bestand haben.

Dieser Vorschlag führt in aller Regel zu einer Minderung der Abgaben der Chefärzte an das Krankenhaus. Ein Posten, auf den die Krankenkassen bei den Pflegesatz-Verhandlungen jeweils argwöhnisch, vielleicht auch neidbentont schielen. Hier sollte man aber weniger den Neid zum Sachwalter der Versicherten machen als vielmehr die Gesamtminderung von Kosten im Auge behalten, die ja in jedem Fall bei meinem Modell ein Mehrfaches des Gewinns der Ärzte ausmacht.

Eine weitergehende Spielart der Konkurrenten-Steuerung ist das *kooperative Belegarztsystem*. Die Einzelleistungsvergütung macht das ärztliche Handeln zumindest ansatzweise nachprüfbar, wovon die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ja in der letzten Zeit auch zunehmend Gebrauch machen. Belegärzte, die bei internen Fällen die ganze Flöte der hauseigenen Diagnostik durchspielen, dürften auch aus diesem Grunde

selten sein, falls sie es nicht schon aufgrund der Tatsache sind, daß sie überwiegend erfahrener als Krankenhausassistenten sind.

Verweilzeiten ohne medizinische Leistungserbringung sind für Belegärzte unökonomisch. Auf der anderen Seite führt der Konkurrenzdruck dazu, daß nicht Leistungen zu Lasten von Patienten auf Kraft erbracht werden. So sind Geburten nach „ÖTV-Rhythmus“ an belegärztlichen Häusern viel seltener als an großen öffentlichen Krankenhäusern, wie Perinatal-Studien zu entnehmen ist.

Würde man das kooperative Belegarztsystem mit Präsenz der Belegärzte am Krankenhaus nach dem Beispiel der Niederlande auf mehr Krankenhäuser übertragen, so hätte man eine medizinische Leistungssteigerung zumindest zum Nulltarif und ohne den überforderten Gesetzgeber zu bemühen. Hiergegen scheinen aber vielfache Hemmnisse vorzuliegen.

Unsere eigenen Standesvertretungen forcieren dieses Modell, das allein den ärztlichen Sachverstand in die Diskussion auch heute schon einbringen kann, offensichtlich nur verbal. Tatsächlich dürfte einer Verbreitung der Umstand entgegenstehen, daß die belegärztlichen Honorare aus stationärer Leistung aus demselben großen KV-Topf erbracht werden müssen, aus dem auch die ambulanten Leistungen bezahlt werden. Fairerweise sollte man die stationär erbrachten Leistungen von den Krankenkassen aus dem stationären Topf bezahlen lassen. Damit wäre vielleicht für unsere KV ein Argument gegeben, sich verstärkt um Belegärzte zu bemühen.

Des weiteren sind Hemmnisse von seiten der Krankenhausträger bekannt, die es lieber mit einem Chef als mit drei Belegärzten zu tun haben. Hier sollte man vielleicht reichlich Bildungsreisen nach Holland empfehlen. ▷

gen, dem Berufsverband der praktischen Ärzte, der Landesapothekerkammer (jeweils: Rheinland-Pfalz), dem Landesverband der pharmazeutischen Industrie und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen das Projekt um.

### Arbeitsgemeinschaft Bürgerservice Gesundheit gestaltet Programm

Bei dem Kontakt zur Bevölkerung kommen den Betriebskrankenkassen in der Arbeitsgemeinschaft insofern besondere Bedeutung zu, als sie im Großraum Ludwigshafen einschließlich der Familienangehörigen circa 40 Prozent der gesamten Bevölkerung versichern. Die Krankenkassen können somit durch begleitende Maßnahmen zu einer intensiven Einbindung der Versicherten beitragen, so daß langfristig eine Wechselwirkung zwischen Arzt-Patient und Krankenkasse entstehen kann. Zumal über die beteilig-

ten ärztlichen Körperschaften und Verbände, die (niedergelassene) Ärzteschaft aktiv einbezogen werden kann. Diese langfristigen Ziele setzen natürlich voraus, daß das Projekt Ludwigshafen wirklich aus den Kinderschuhen herauskommt.

Die Arbeitsgemeinschaft „Bürgerservice Gesundheit“ hat es sich zum Ziel gesetzt, nach einer Anlaufphase eine Stunde pro Woche Programm zu relevanten und aktuellen Gesundheitsthemen anzubieten. Daneben ist vorgesehen, in den Vormittagsstunden oder am frühen Nachmittag Themenblöcke anzubieten, zu Themen wie „Risikofaktor: Herz-Kreislauf“, „Karies- und Parodontoseprophylaxe“, „Gesundheit des Kleinkindes“.

Diese Themenblöcke sollen in bestimmten Zeitabständen wiederholt werden, um den kontinuierlichen Bedarf an Gesundheitsberatung gerecht zu werden. Langfristig soll dieses Konzept in Verbindung mit der einstündigen wöchentlichen Ausstrahlung der aktuellen Gesundheitsthemen einen Beitrag zum Arzt-Patienten-Krankenkassen-Verhältnis leisten.

Bei der Zusammenstellung des Programms werden neben Neuproduktionen auch bereits existierende Patientenfilme eingesetzt. In den Sendungen sollen folgende Sendetypen zur Umsetzung des Gesamtthemas herangezogen werden:

- ▶ Gesundheitsnachrichten
- ▶ Aktuelle Info-Ecke: neue Bücher, Faltsblätter, Informationsmaterialien werden vorgestellt
- ▶ Dokumentation
- ▶ Interviewserie: Interviews mit Medizinjournalisten zum Beispiel, die die Gesundheitsinformationen ganz wesentlich prägen
- ▶ aktuelle Berichterstattung.

Prof. Dr. Klaus Klein/SD

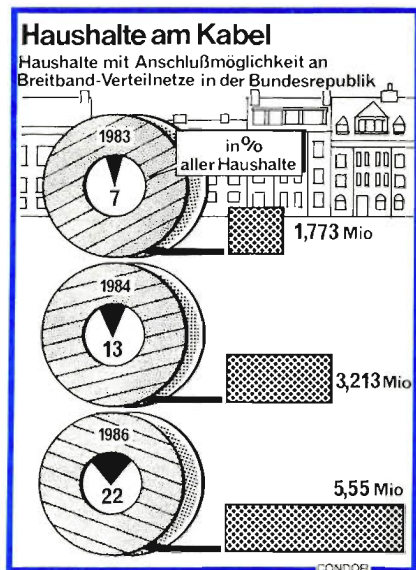
## Allgemeinmedizin: Eigenes Fach – oder „nur“ Primärversorgung?

Die Frage, ob die Allgemeinmedizin ein eigenes Fach ist, sollte längst bejaht sein, meinte Professor Siegfried Häußler zur Eröffnung des 10. Dekan-Symposiums der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin in München. Man könne also eine Standortbestimmung vornehmen, müsse aber ständig auch neue Entwicklungen berücksichtigen.

So behandelte man diesmal als zweites Thema die geplanten Änderungen der Approbations- und der Bundesärzteordnung, weil ja die vorgesehene zweijährige Praktikumsphase die Allgemeinmediziner besonders interessiert (hierzu mußte sich der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, der CDU-Abgeordnete Dr. Paul Hoffacker, viel Kritik anhören; dazu Heft 45/1984, Seite 3289, Editorial).

Andererseits sprach der Düsseldorfer Medizinsoziologe Professor Dr. Christian von Ferber in einem wichtigen Grundsatzreferat davon, daß die Allgemeinmedizin als Universitätsfach „immer noch an den grundsätzlichen Fragen zu scheitern droht“. Eine solche Skepsis gerade aus diesem Kreis mag überraschen. Aber die Gründe dafür wurden belegt, und sie sind gewichtig genug, um sie immer wieder zu überdenken.

Von Ferber erinnerte nämlich daran, daß gerade die medizinischen Fakultäten etwa in den letzten hundert Jahren eine große Zahl von medizinischen Disziplinen und sogar von scheinbaren Randfächern – Psychologie, Soziologie – an sich zu ziehen, sich einzuverleiben, zu institutionalisieren in der Lage waren. Nur mit der Allgemeinmedizin klappt das nicht



Ähnlich wie in Ludwigshafen ist es auch im übrigen Bundesgebiet: Fast 1,8 Millionen Haushalte hatten Ende 1983 die Möglichkeit, an Breitbandverteilnetze angeschlossen zu werden. Jedoch nur ein Drittel dieser Haushalte machte bisher im Bundesgebiet von diesem Angebot gebrauch. Bis Ende 1986 will die Deutsche Bundespost weitere 3,8 Millionen Haushalte anschließen, so daß dann 22 Prozent aller Haushalte die Möglichkeit hätten, Radio- und Fernsehprogramme über Kabel zu empfangen