



Etwa 500 Arzneimittelhersteller gibt es in der Bundesrepublik Deutschland. Unterschiedlich sind ihre Forschungsaktivitäten: Forschungsausgaben von mehreren hundert Millionen DM pro Jahr werden von 25 Unternehmen ausgewiesen. Diese erreichen einen Inlandsumsatzanteil in den öffentlichen Apotheken von etwa 36 Prozent. Dazu kommt eine weitere Gruppe von etwa 10 Unternehmen, die auf Spezialgebieten forschen und entwickeln. Diese Firmengruppierung wird in 1988 rund 3,9 Milliarden DM für Forschung und Entwicklung ausgeben; sie bestreiten rund 40 Prozent des gesamten inländischen Arzneimittelumsatzes und 90 Prozent des gesamten deutschen Arzneimittelexports von knapp 10 Milliarden DM pro Jahr. Die übrigen kleineren deutschen Arzneimittelhersteller geben in diesem Jahr etwa 100 Millionen DM für Forschung und Entwicklung aus.

Eine Lobby für Klein-Kliniken?

FURTWANGEN. Eine Initiative zur Gründung eines Interessenverbandes „Kleines Krankenhaus“ hat der in Furtwangen ansässige Chefarzt eines kleinen Krankenhauses, Dr. med. Rainer Mente, gestartet. Die Notwendigkeit sieht er in der zunehmenden Benachteiligung von versorgungsnotwendigen, wirtschaftlich arbeitenden und bedarfsgerechten kleineren Krankenhäusern (zumeist in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft).

Der Initiator verweist auf die Sektion „Small or Rural Hospitals“ der Amerikanischen Krankenhausgesellschaft (AHA), die die Anliegen der Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung vertritt.

Dr. Mente weist darauf hin, daß die kleineren Krankenhäuser in den meisten Pflegesatz-/Budget-Verhand-

lungen zu Zugeständnissen veranlaßt werden, mit der Folge, daß sie oftmals an den Rand des Defizits getrieben werden. Wenn die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung weiter „ausgedünnt“ würden, würde gerade die patientennahe Versorgung durch das heimatnahe Anstalts- und Belegkrankenhaus gefährdet werden. Die Kleinkliniken sehen sich von der öffentlichen Hand auch dadurch ungerecht behandelt, daß sie mit niedrigeren Pauschal- und Fördermitteln für Reparaturen und Neuananschaffungen auskommen müssen. In Baden-Württemberg beispielsweise sind pro Planbett 2370 DM in der Grundversorgung vorgesehen (auch wenn das Krankenhaus 20 Jahre alt ist), wohingegen ein relativ neues und modernes Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe immerhin mit 4260 DM pauschal rechnen kann. Durch das Auseinanderklaffen im Gerätestandard seien Qualitätsverluste zu befürchten. EB

Ausland

HMO in Zürich?

BERN. Nachdem Ende vergangenen Jahres der Versuch einer Reform der sozialen Krankenversicherung in einer Volksabstimmung verworfen wurde, hat die eidgenössische Regierung (Bundesrat) fünf wissenschaftliche Gutachten von sogenannten „Weisen“ eingeholt, um einen neuen Versuch zu starten. Das ist schon deshalb erforderlich, weil zwei Volksinitiativen „drohen“; der Bundesrat möchte dem zuvorkommen. Die fünf Gutachten stimmen nur in drei Punkten überein: Es wird mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen verlangt; die Krankenversicherung soll endlich in allen Kantonen einheitlich obligatorisch werden; und die Bundessubventionen sollen gezielter eingesetzt werden als nach dem bisherigen „Gießkannensystem“. Ob es nach diesen Vorarbeiten gelingt, eine Vorlage zusammenzubringen, die Aussicht hat, die Volksabstimmung zu überstehen, erscheint vielen Beobachtern fraglich: Die Schweizer seien, so wird gesagt, mit ihrem bestehenden Krankenversicherungssystem offenbar so zufrieden, daß sie seit Jahrzehnten fast jede Änderung niedergestimmt haben.

Voraussichtlich Ende nächsten Jahres soll jedoch in Zürich der Versuch gemacht werden, eine „Health Maintenance Organization“ (HMO) nach amerikanischem Muster einzurichten (man gibt sich nicht einmal die Mühe, dafür einen deutschen oder gar schwyzerdütschen Ausdruck zu finden). Gegen einen pauschalen Beitrag werden in diesem System die Versicherten von Ärzten einer größeren Gruppenpraxis betreut, die einen Vertrag mit dieser HMO haben und die ebenfalls pauschal bezahlt werden. Da diese Ärzte – ähnlich wie in den USA, aber anders als in der Bundesrepu-

blik Deutschland – auch Krankenhausbetten haben, läßt sich dieses System in Zürich nach Änderung einiger wenig bedeutsamer Vorschriften im Krankenversicherungsrecht tatsächlich auch verwirklichen. Träger des Experiments ist eine „Initiative für alternative Krankenversicherungsmodelle“, der zwölf Krankenkassen angehören. bt

Ein neues Vergütungssystem

DUBLIN. Irlands Allgemeinärzte haben ein neues System für diejenigen Patienten angenommen, die freie primärärztliche Versorgung erhalten – das sind etwa 30 Prozent der Bevölkerung. Bisher gab es eine vom Staat festgesetzte Einzelleistungvergütung. Der neue Vertrag setzt ein Kopfpauschale fest. Es liegt zwischen 13,50 und 60 Pfund pro Jahr (36,45 bis 63,60 DM), je nach Alter und Geschlecht des Patienten. Damit verbunden sind Altersversorgungszusagen, Krankengeld für Ärzte, Urlaubsgelder, das Recht auf Schwangerschaftsurlaub für Ärztinnen und Beihilfen für die Fortbildung. Alle diese Sondervergütungen gab es bisher nicht.

Die Großzügigkeit des Gesundheitsministeriums rührt daher, daß man sich Einsparungen vor allem bei den Arzneimitteln erhofft. Unter dem Einzelleistungssystem gab es pro Berechtigten 6,49 Arztbesuche im Jahr; in Großbritannien, wo es auch das Kopfpauschale gibt, sind es nur 4,4. Und jeder eingesparte Arztbesuch, so wird kalkuliert, erspart auch Verschreibungen. Die rund 1500 Allgemeinärzte sollen darüber hinaus aus der Staatskasse noch insgesamt drei Millionen Pfund (8,1 Millionen DM) jährlich für „Praxis-Unterstützung“ bekommen. Damit sollen Praxispersonal und Praxiseinrichtungen finanziert werden. bt