

Die Ärzte wollen ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen neu formulieren

Präsidium bereitete den 83. Deutschen Ärztetag vor Debatte über die Reform der ärztlichen Ausbildung

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages umfaßt rund 80 ärztliche Repräsentanten; sie vertreten 25 bedeutende ärztliche Organisationen und Verbände, dazu die Sanitätsinspektion der Bundeswehr und die Abteilung Humanmedizin des Bundesgesundheitsministeriums. In diesem Jahr wurde neu aufgenommen der Bundesverband Deutscher Belegärzte. Das Präsidium dient der Vorbereitung und der Durchführung der Deutschen Ärztetage; außerdem hat es sich im Laufe der Jahre zu einem anerkannten innerärztlichen Aussprache- und Koordinationsgremium entwickelt.

Der 83. Deutsche Ärztetag wird am 13. Mai 1980 im Berliner Kongreßzentrum mit einer Öffentlichen Veranstaltung eingeleitet, die – vor allem auch angesichts der Bundestagswahlen im nächsten Jahr – deutliche politische Züge tragen wird. Schwerpunkt der Plenarberatungen des Ärztetages wird die Weiterentwicklung der „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“ sein. Dazu wird Bundesärztekammer-Präsident Dr. Karsten Vilmar referieren.

Zuletzt hatte der 77. Deutsche Ärztetag 1974, ebenfalls in Berlin, solche Vorstellungen, die unter dem Schlagworttitel „Blaues Papier“ bekannt wurden, verabschiedet. Bereits der Deutsche Ärztetag 1978 in Mannheim war der Meinung, dieses Papier solle überarbeitet werden. Seit Mannheim hat sich mit der Vorbereitung einer solchen Neufassung ein Ausschuß unter Vorsitz von Vilmar befaßt, einen Zwischenbericht über die Arbeiten hatte Vilmar in diesem Jahr auf dem Ärztetag in Nürnberg gegeben. Bei der Neufassung des „Blauen Papiers“ werden die Interessen des Patienten noch deutlicher als schon bisher herausgestellt werden.

Die übrigen Tagesordnungspunkte des Ärztetages 1980 treten demgegenüber zurück. Es wird beraten über eine von der Kammer Nordrhein erneut beantragte Satzungsänderung, durch die sichergestellt werden soll, daß der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages immer mit einer absoluten Stimmenmehrheit gewählt wird. Außerdem soll beim nächsten Ärztetag wiederum über eine Ergänzung der Weiterbildungsordnung beraten werden. Zur Debatte steht die Einführung einer Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“. Dazu kommen die üblichen Regularien: vom „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“ bis zu den Finanzen. Im Rahmen des „Tätigkeitsberichtes“ dürften wieder eine Fülle unterschiedlichster Beiträge aus dem Gesamtspektrum der Gesundheits- und Berufspolitik zu erwarten sein – ein Umstand, der schon mehr-

fach bei den Verantwortlichen den Wunsch geweckt hat, die Antragsflut in irgendeiner Weise zu kanalisieren. Der Wunsch besteht weiterhin, wie soeben auf der Präsidiumssitzung deutlich wurde; er wird jedoch noch nicht beim nächsten Ärztetag in eine Änderung der Geschäftsordnung münden.

Über den Ablauf und über die Themen des 83. Deutschen Ärztetages in Berlin hat sich am 1. Dezember 1980 das „Präsidium des Deutschen Ärztetages“ aufgrund einer Vorlage des Bundesärztekammervorstandes verständigt. Bei dieser schon traditionsreichen Sitzung gegen Jahresende in Köln gab es diesmal außerdem eine längere Debatte über ein heißes berufspolitisches Thema: Die Ausbildung zum Arzt – ein Thema, das schon den letzten Ärztetag in Nürnberg heftig bewegt hatte. Die Nachwehen von Nürnberg waren jetzt in Köln zu spüren. Gleich zu Beginn der Präsidiumssitzung ging Vilmar auf die Ausbildungsbeschlüsse des Deutschen Ärztetages und die Diskussion, die sich vor allem innerärztlich daran angeschlossen hat, ein.

Unmittelbarer Anlaß für die neu belebte Ausbildungsdebatte ist der Bericht der „Kleinen Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung“ beim Bundesgesundheitsministerium (Näheres dazu in Heft 46/1979). Die „Kleine Kommission“ hat folgende Modifikation des Medizinstudiums vorgeschlagen: Auf das bisherige Studium von sechs Jahren soll eine praktische Zeit als „Arztpraktikant“ aufgesetzt werden; daneben soll das bisher schon laufende sogenannte praktische Jahr (am Ende des sechsjährigen Medizinstudiums) leicht umstrukturiert werden. Soweit der Kommissionsvorschlag in ganz groben Zügen. Er enthält darüber hinaus eine Fülle weiterer Vorschläge für die inhaltliche Gestaltung des Studiums und des Prüfungswesens. Die mittlerweile beginnenden Auseinandersetzungen über das Ergebnis der „Kleinen Kommission“

richten sich jedoch fast ausschließlich auf die „Grobstruktur“ des Studiums, die Studienjahre und die praktische Zeit. So auch auf der Sitzung des Präsidiums.

Vilmar beklagt erneut die hohen Studienanfängerzahlen

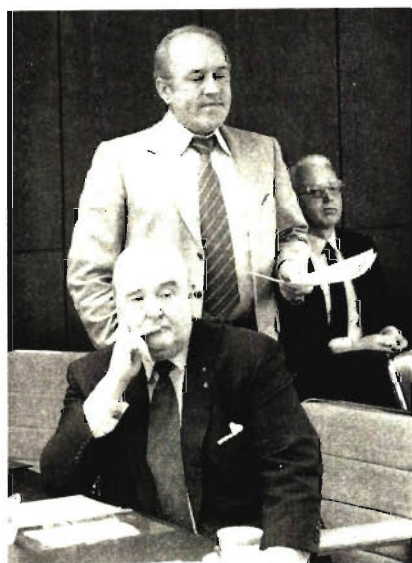
Vilmar wies gegenüber allzu optimistischen Bewertungen des Kommissionsergebnisses auf die entscheidende Prämisse hin, unter der die Kommission angetreten ist: man verzichtete nämlich darauf, die zu hohe Zahl an Medizinstudenten zu problematisieren, nachdem das Ministerium eine Reduzierung der Studentenzahl aus bildungspolitischen und rechtlichen Gründen für nicht möglich erklärte. Stimmen aus der Ärzteschaft bezweifeln allerdings die Berechtigung einer solchen Festlegung. Und weiter: Im Hintergrund aller Beratungen stand die Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom Herbst 1978, eine zweijährige Vorbereitungszeit für die Kassenpraxis zu prüfen. Eine solche Maßnahme ist als Übergangslösung bis zu einer Studienreform gedacht. Alle Reformüberlegungen stehen daher unter einem gewissen Zeitdruck; der verlangt nach Lösungen, die in überschaubarer Zeit realisierbar sind, und verhindert eine völlige Umstrukturierung des Studiums.

Nach Bekanntwerden der Ergebnisse der „Kleinen Kommission“ setzte innerärztlich eine Diskussion darüber ein, ob und wieweit das Ergebnis der „Kleinen Kommission“ mit den Beschlüssen des Ärztetages von Nürnberg vereinbar ist. Der Referent in Nürnberg jedenfalls, Dr. Jörg Dietrich Hoppe, hatte es (siehe Heft 46/1979) als voll kompatibel, wenn auch mit Schönheitsfehlern behaftet, bezeichnet. Auf der Präsidiumssitzung wies Dr. Horst Bourmer hingegen auf die Vorschläge des Hartmannbundes (die auch die der Bundesvereinigung der Deut-

schen Ärzteverbände seien) hin. Diese wiederum decken sich mit dem schon in Nürnberg vorgebrachten sogenannten Verbändevorschlag (Heft 26/1979). Nach Bourmers Auffassung haben die Verbände mit ihrem Vorschlag, wie sich jetzt am Papier der „Kleinen Kommission“ zeige, näher an der politischen Realität gelegen. Bourmer sprach des weiteren Frustrationen an, die sich unter Vertretern der Allgemeinärzte nach Nürnberg gezeigt haben. Bourmer: Die Ärztetagsbeschlüsse seien zwar nicht gegen die Allgemeinärzte gerichtet gewesen, aber die Diskussion darüber sei doch so gelaufen, daß bei diesen durchaus ein solcher Eindruck entstehen konnte. Und daß der entstanden ist, das zeigte sich dann auch auf der Präsidiumssitzung, als Dr. Jürg Blümel die Nürnberger Beschlüsse beklagte und unverblümt erklärte, niemand dürfe sich wundern, wenn man seitens der Allgemeinärzte bei politischen Gruppierungen um jenes Verständnis werbe, das man innerärztlich nicht gefunden habe. In ähnlicher Weise hatte sich schon Professor Siegfried Häußler nach dem Ärztetag und kurz vor der Veröffentlichung des Berichtes der „Kleinen Kommission“ im politischen Bonn geäußert.

Manchem Leser – so er nicht gerade zu den Insidern gehört – mögen die aufgekommenen Differenzen um die Ausbildung, das Beharren auf dem einen oder anderen Modell verwirrend erscheinen. Was unterschied denn den „Verbändevorschlag“ von Nürnberg von den tatsächlichen Beschlüssen des Ärztetages, fühlen sich die Allgemeinärzte zu Recht im Stich gelassen, was haben bei alledem denn nun wieder Häußlers Aktivitäten zu suchen, und – verflixt nochmal – welcher Zusammenhang besteht nun wieder zwischen Ausbildung zum Arzt, Weiterbildung zum Allgemeinarzt und Zulassung zum Kassenarzt?

Tatsächlich ist die Nach-Nürnberg-Debatte, die sich jetzt vor



Eine lebhafte Diskussion um ärztliche Ausbildung und Vorbereitungszeit für die Kassenpraxis beherrschte die Sitzung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages am 1. Dezember in Köln, über die auf diesen Seiten berichtet wird. Die Bilder zeigen einen Blick in den Sitzungssaal (während einer Abstimmung) und Diskussionsteilnehmer: Dr. Bourmer und – stehend – Dr. Bösche (Bild links; daneben rechts Dr. Hess), Dr. Hoppe (Bild rechts; neben ihm Sanitätsinspekteur Prof. Dr. Rebentisch), Dr. Blümel (Bild unten links; vor ihm Dr. Brost, links neben ihm BPA-Geschäftsführer Dr. Adam), Dr. Roos (Bild unten rechts; im Gespräch mit Dr. Maiwald, links)



Novellierung der Gebührenordnung

Im Rahmen eines Lageberichtes unterrichtete Bundesärztekammer-Präsident Dr. Karsten Vilmar das Präsidium des Deutschen Ärztetages detailliert über den Stand der Arbeiten zur Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung aufgrund des Gespräches zwischen Minister Dr. Herbert Ehrenberg und Ministerialdirektor Albert Holler einerseits und Dr. Karsten Vilmar, Dr. Gustav Osterwald und Prof. J. F. Volrad Deneke andererseits.

Dr. Vilmar erinnerte vor dem Präsidium daran, daß die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung als Absichtserklärung in der Regierungserklärung bereits enthalten sei. Damals war Stand der Diskussion das Bestreben, eine Einheitsgebührenordnung einzuführen, die nach dem Willen der zuständigen Länderkonferenz unabdingbar gemacht werden sollte. Die jetzigen Beratungen gehen davon aus, daß die Abdingbarkeit bei vorheriger schriftlicher Vereinbarung erhalten bleibt. Für die rein ärztlichen Leistungen sind Multiplikatoren in der Erörterung, deren Höhe über dem von der CDU/CSU-Opposition ins Gespräch gebrachten Faktor liegen.

Man geht in den Gesprächen davon aus, daß die Novellierung keinen Preisschub auslösen dürfe und daß dementsprechend das Volumen der derzeitigen Honorierung nach der Amtlichen Gebührenordnung gleichbleiben sollte. Eine Novellierung noch in dieser Legislaturperiode ist nur möglich, wenn die Bewertungsstruktur für die Amtliche Gebührenordnung übernommen wird, wie sie sich freivertraglich zwischen Krankenkassen und Kassenärzten entwickelt hat. Dabei kann berücksichtigt werden, daß der größte Teil der privatärztlichen Honorare von Ärzten

erarbeitet wird, die gleichzeitig Kassenärzte sind und insoweit die Bewertungsstruktur der vertraglichen Regelungen kennen. In Einleitung und Legenden muß jedoch die Besonderheit der Amtlichen Gebührenordnung gegenüber vertraglichen Vereinbarungen berücksichtigt werden.

Strittig ist, ob bei der Bemessung Einkommen und Vermögen des Patienten als zu berücksichtigende Größenordnung genannt werden sollen; hierzu liegt die Meinung des Ministeriums noch nicht fest, zumal eine Begrenzung der Vielfachsätze für Rentner seitens des Ministeriums diskutiert wird, was dem Fortfall der Einkommensklausel widersprechen würde und auch im Hinblick auf höherverdienende Rentner problematisch ist. Seitens der Zahnärzteschaft ist die Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Gegebenheiten als Bemessungsgröße ins Gespräch gebracht worden; nach Ansicht der Ärzte kann dies keinesfalls das Kriterium „Einkommen und Vermögen“ ersetzen, sondern nur als zusätzliches Kriterium gelten, das sachlich gerechtfertigt erscheint, weil im Interesse der ärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen und Stadtrandgebieten Investitionen vorgehalten werden müssen, die höhere Kosten verursachen als in Praxen, in denen derartige Investitionen wirtschaftlich ausgelastet werden können.

Dr. Vilmar berichtete, daß anstelle eines einheitlichen Multiplikators zur Zeit geprüft wird, ob neben Einfachsätzen oder Pauschalierungen zur Erstattung von Kosten, die mit der ärztlichen Leistung selbst nichts zu tun haben (zum Beispiel Wegegebühren), eine Strukturierung von Mehrfach-sätzen auch in Modellrechnungen erwogen werden kann. Danach könnten die rein ärztlichen Leistungen eventuell mit dem bis zu fünf- oder sechsfachen Satz, die weit überwie-

gend technischen Leistungen mit dem anderthalb- bis zweifachen Satz und die gemischt technisch-ärztlichen Leistungen mit dem drei- bis vierfachen Satz als Obergrenze versehen werden. Dies ist jedoch auch abhängig davon, in welcher Höhe der Einfachsatz festgesetzt wird, der voraussichtlich „etwas unterhalb“ (mindestens also 80 Prozent) des derzeitigen durchschnittlichen Punktwertes bei den vertraglichen Regelungen angesiedelt werden könnte. Hier gilt das Gesetz: Je höher der Einfachsatz angesiedelt wird, desto niedriger wird die Stufung der Multiplikatoren.

Für die Rechnungslegung und deren Kontrolle wird mehr Transparenz erstrebt. Die ärztlichen Verhandlungspartner haben deutlich gemacht, daß sie so viel Transparenz als möglich befürworten, soweit dies verwaltungstechnisch möglich ist und nicht zu betriebswirtschaftlichen Verteuerungen führt. Nach Ansicht der Ärzte sollte die Kontrolle bei den Ärztekammern liegen; im Ministerium stellt man sich unabhängige Stellen nach Art der Schlichtungs- und Gutachterstellen vor.

Die Dynamisierung der Amtlichen Gebührenordnung soll künftig dadurch gesichert sein, daß etwa im Turnus von zwei Jahren eine Überprüfung durch eine beim Arbeitsministerium angesiedelte Kleine Kommission erfolgt, deren Vorsitz ein unabhängiger Nationalökonom führen könnte, während außer den Ärzten auch die in dieser Sache besonders interessierten Privatversicherungen, Berufsgenossenschaften und Beihilfenzahlungsverpflichteten (Öffentliche Hand) wie gegebenenfalls die gesetzlichen Krankenkassen wegen der Einflüsse auf die Vertragsgebühren vertreten sein könnten.

Nach der derzeitigen Zeitplanung erstrebt das Ministerium die Novellierung für etwa Ende März 1980. medintern

dem Präsidium in Kürzestform widerspiegelte, nur Eingeweihten noch voll verständlich. Versuchen wir auch für den „normalen Leser“ einen Überblick:

Zahl der Approbationen übersteigt Anzahl der Planstellen

Ausgangspunkt der Diskussion ist der Umstand, daß die derzeit geltende Approbationsordnung (die das Medizinstudium rechtlich regelt) auf eine Studienanfängerzahl von etwa vier- bis fünftausend zugeschnitten ist; da derzeit aber mit einer Studienanfängerzahl von etwa zwölftausend zu rechnen ist, ist das AO-Ausbildungskonzept mit hin nicht durchführbar, denn dieses stellt auf eine Ausbildung in kleinen Gruppen und am Krankenbett ab.

Weiter: Im Juli 1980 wird „dank“ des Europarechts die Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit, die ohnehin schon reduziert ist und jetzt bei 6 Monaten liegt, ganz entfallen. Dritter Aspekt: In den Krankenhäusern sind etwa sechstausend Stellen für frisch approbierte Ärzte vorhanden, aus den Studienanfängerzahlen ist aber zu schließen, daß die Zahl der Approbationen in den nächsten Jahren um einige tausend über diesem Planstellenstand liegen wird.

Bringen wir die drei Aspekte zusammen: Wenn es einige tausend frisch approbierte Ärzte gibt, die auf den derzeitigen Planstellen nicht unterkommen können, dann werden sie sich nach anderen ärztlichen Betätigungsfeldern umsehen müssen. Es ist nicht auszuschließen, daß sich jene jungen Ärzte, der Not gehorchend, unmittelbar nach dem Studium niederlassen werden – nicht einmal mehr aufgehalten durch die sechsmo- natige kassenärztliche Vorbereitungszeit. Da aber das Studium derzeit nicht genügend praktische Befähigung vermitteln kann, würde sich ein Run auf die Kassenpra-



Die Präsidiumssitzung findet traditionsgemäß gegen Jahresende im Hause der Bundesärztekammer in der Kölner Haedenkampstraße statt. Auf dem Bild oben: Dr. Karsten Vilmar, Bremen, bei seinem Lagebericht; neben ihm (rechts) Vizepräsident Dr. Helmuth Klotz, Darmstadt, und (links) Prof. J. F. Volrad Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Bilder Mitte und unten: die Vertreter der ärztlichen Organisationen und Verbände

Präsidium des Deutschen Ärztetages

xis negativ auf die Qualität der ärztlichen Versorgung auswirken.

Die politischen Bemühungen gehen also dahin, ein Minimum an praktischer Qualifizierung vor der Niederlassung zu sichern. Dazu gibt es zwei Wege: einmal die Einführung einer ausreichenden Vorbereitungszeit. Die Konzertierte Aktion hat sich für zwei Jahre ausgesprochen, und Ehrenberg will in Brüssel in dieser Richtung eine Ausnahmegenehmigung erwirken.

Reform der Ausbildung: Viele unterschiedliche Modellvorschläge

Die Alternative ist ein Medizinstudium, das ausreichend Praxis vermittelt; da lag der Auftrag der „Kleinen Kommission“ und die Absicht des Deutschen Ärztetages in Nürnberg. Das Ergebnis der „Kleinen Kommission“ ist bekannt: siehe oben. Das Ergebnis des Ärztetages sei noch einmal rekapituliert: Vorgeschlagen hatte die Bundesärztekammer zunächst ein Modell, wonach auf ein pro-

pädeutisches Jahr (Krankenpflege-Praktikum) ein theoretisches Studium von fünf Jahren folgen sollte. Daran sollte sich ein dreijähriger praktischer Ausbildungsabschnitt anschließen. Erst danach sollten Staatsexamen und Approbation liegen. Der „Verbändevorschlag“ sah auf den ersten Blick ganz ähnlich aus: ebenfalls ein Jahr Pflegepraktikum und fünf Jahre Medizinstudium, dann aber gleich das Staatsexamen, im Anschluß daran drei Assistentenjahre unter einer eingeschränkten Approbation. Durchgesetzt haben sich in Nürnberg weder das reine Bundesärztekammer-Modell noch der „Verbändevorschlag“. Das Ärztetagsmodell ist ein Kompromiß: kein Pflegepraktikum, fünfjähriges theoretisches Studium, erweitert um eine zweijährige praktische Zeit.

Der Unterschied zum „Verbändevorschlag“ liegt darin, daß beim Ärztetagsmodell auch die praktische Zeit voll in die Ausbildung integriert ist, weil erst nach jenen zwei Jahren Staatsexamen und Approbation folgen sollen.

Wie aber ist der immer noch mit einigem Aufwand an Engagement vertretene Häußler-Vorschlag hier einzuordnen? Häußler wollte es in Nürnberg bei dem bisher schon eingeführten Medizinstudium von sechs Jahren belassen; danach sah auch er eine Zeit von drei Jahren vor. Aber Häußlers „drei Jahre“ sollten im Unterschied zum Bundesärztekammer-Modell und im Unterschied auch zum Verbände-Modell mit einer Pflichtweiterbildung gefüllt werden, nach Häußlers Vorstellungen in erster Linie mit einer Pflichtweiterbildung zum Allgemeinarzt. Denn Häußler wollte die Weiterbildung zum Allgemeinarzt auf just drei Jahre reduzieren und damit in jener Pflichtweiterbildungszeit unterbringen.

Der Leser mag nun selbst entscheiden, welches Modell am ehesten zu den Empfehlungen der „Kleinen Kommission“ paßt. Die Kommission hat sich selbst lediglich gegen die Pflichtweiterbildung gewandt, ansonsten aber nicht ausdrücklich deklariert, wem sie ihre Weisheiten entlehnt hat.

In jedem Fall, Änderungen in der Ausbildung werden Jahre brauchen, ehe sie eingeführt werden, und noch längere Zeit wird es dauern, ehe die derart praktisch befähigten Ärzte einer neuen Generation von den Hochschulen entlassen werden. Vor Mitte der 80er Jahre ist damit gewiß nicht zu rechnen.

Hier setzen nun alle Überlegungen für eine Vorbereitungszeit für die Kassenpraxis ein; diese sind durch die Empfehlungen der „Kleinen Kommission“ keineswegs überflüssig geworden.

Es ist kein Geheimnis, daß etliche Medizinstudenten und jüngere Ärzte hinsichtlich der Vorbereitungszeit argwöhnen, den Verfechtern gehe es nicht allein um die Qualität der Versorgung, sondern insgeheim darum, eine Hürde für die Zulassung zum Kassenarzt aufzubauen. Vor diesem Hinter-



Foto: (10): d-e-w

In Zeiten der (weiblichen) Emanzipation wie heute bürgert es sich allenthalben ein, sorgsam auszuführen, ob das weibliche Element auch angemessen repräsentiert ist. Unter den Verbandsvertretern auf der Präsidiumssitzung war diesmal nur eine Dame auszumachen: Frau Sanitätsrat Dr. Müller vom – natürlich! – Ärztinnenbund

grund ist auch eine Pressemeldung zu verstehen, die der Marburger Bund kurz nach dem letzten Treffen der Konzertierten Aktion herausgegeben hat und in der die Vorbereitungszeit als „Zulassungssperre“ interpretiert wurde.

„Vorbereitungszeit ja – Zulassungssperre nein!“

Diese Pressemitteilung, vom Justitiar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen W. Bösche, auf der Präsidiumssitzung angeführt, sorgte für einige Unruhe unter den Teilnehmern. Tatsächlich können die Äußerungen, die in der Konzertierten Aktion zu der Vorbereitungszeit gefallen sind, keineswegs im Sinne von „Zulassungssperre“ gewertet werden. Das ergaben übereinstimmend Aussagen mehrerer Präsidiumsmitglieder, die auch an der Konzertierten Aktion beteiligt sind.

Dr. Kaspar Roos ergänzte: Wenn jemand aus dieser – von ihm für notwendig erachteten – Vorbereitungszeit eine Zulassungssperre machen wolle, so sei er der erste, der sich dagegen wenden werde.

In der Hinsicht hat Roos immerhin Erfahrung, war er doch vor Jahren Vorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte gewesen, ehe sich dieser zum Verband der niedergelassenen Ärzte mauserte. Roos faßte das, was gewollt ist, in die Kurzformel: „Zulassungssperre nein, Vorbereitungszeit ja.“

Auch Dr. Helmuth Klotz sprach in diesem Sinne. Er wandte sich gegen Befürchtungen, mit den zwei Jahren werde ein Flaschenhals geschaffen. Klotz wie auch Roos versicherten, daß die ärztlichen Organisationen und Verbände festen Willens seien, die jungen Kollegen, denen eine Vorbereitungszeit ins Haus stehe, unterzubringen. Roos: „Auch in der freien Praxis.“ NJ

Innungskrankenkassen: Höhere Subvention bei Abtreibung nötig

Die gesetzlichen Krankenkassen geben in diesem Jahr voraussichtlich rund 200 Millionen DM für von ihren Versicherten verlangte Sterilisationen und für legale Schwangerschaftsabbrüche aus. Der Finanzausschuß des Bundes deckt aber lediglich rund 27,5 Prozent (55 Millionen DM) dieser Aufwendungen. Diese Zahlen nahm der Bundesverband der Innungskrankenkassen (BdI), Köln, zum Anlaß, an die Bundesregierung zu appellieren, den Bundeszuschuß zu erhöhen. Dies sei um so vorranglicher, als der Gesetzgeber den Krankenkassen seit 1976 diese „nicht kassenspezifischen Aufgaben“ (so der BdI) übertrug und sich seinerzeit bereit erklärte, bis 1981 Zuschüsse zu leisten. 1979 beträgt dieser 55 Millionen DM, sinkt aber 1980 auf 20 Millionen DM, um 1981 wieder auf 35 Millionen zu steigen. EB

Bonn befürwortet Finanzausgleich

Um die „großen Spannweiten“ der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen, sollte der „Solidaritätsausgleich“ zwischen den Kassenarten verstärkt werden. Dies betonte der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hermann Buschfort, in der Fragestunde des Deutschen Bundestages auf Anfrage des SPD-Abgeordneten Kurt Vogelsang, Bielefeld. Nach Angaben des Regierungssprechers betragen die Beitragssätze bei den Ortskrankenkassen zwischen 9,2 und 13,9 Prozent, bei den Betriebskrankenkassen zwischen sieben und 13,8 Prozent, bei den Innungskrankenkassen zwischen 9,2 und 13 Prozent. Bei den Arbeiter-Ersatzkassen liegt die Spanne zwischen 9,5 und 12,4 und bei den Angestellten-Krankenkassen zwischen 10 und 11,4 Prozent.

Buschfort meinte, diese Spannen könnten kaum mit den unterschiedlichen Risiken begründet werden. Soweit unterschiedliche Beitragssätze aus einer ungleichen Risikostruktur der Kassen resultieren, sollte geprüft werden, wie die Belastungen „gerechter“ verteilt werden könnten. Zunächst sollten jedoch die gegebenen Ausgleichsmöglichkeiten genutzt werden, die der sozialen Selbstverwaltung gegeben seien. EB

Hilferuf für kambodschanische Flüchtlinge

Kinderärzte, Schwestern, Pfleger aus der Bundesrepublik werden zur Hilfe in grenznahen Lagern Thailands zu Kambodscha aufgerufen, wo mehr als 200 000 Khmer-Flüchtlinge hilflos, krank und unterernährt sind dringend brauchen. Reisekosten und Unterbringung trägt das Komitee „Ein Schiff für Vietnam/Ärzte für Kambodscha“. Aufenthalt und Einsatz dauern je nach Möglichkeit zwischen drei und acht Wochen. Aus dem Bericht der ersten Teams nach der Heimkehr: „Die Ärzte, Schwestern und Pfleger des Komitees arbeiten unter extremen Bedingungen, in Dreck, unter Schweiß und mit vielen Fliegen auf den Behandlungstischen. Jeder der freiwilligen Helfer muß sich darauf gefaßt machen, in ständigem Einsatz wochentags wie sonntags diese Flüchtlinge zu behandeln. Hauptleidtragende des Flüchtlingselends sind die vielen Khmer-Kinder, die in der Regel radikal unterernährt und von allen möglichen Mangel-Krankheiten befallen sind...“

► Weitere Informationen für interessierte Ärzte, Schwestern und Pfleger: Dr. Rupert Neudeck, Kupferstraße 7, 5210 Troisdorf, Telefon 0 22 41/4 60 20. – Geldspenden zur Finanzierung der Einsätze werden erbeten. Stichwort: Ein Schiff für Vietnam/Ärzte für Kambodscha, Stadtparkasse Köln, Konto 16 102 220. DÄ