

Bonner Sparbeschlüsse

Seehofers Sparziel: 7,5 Milliarden DM

Nach Meinung von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer sollen die Sparvorschläge im Gesundheitswesen „schnellstmöglich“ auf den parlamentarischen Weg gebracht werden. Ob das Sparkonzept für die Krankenkassen, das eine Beitragssatzsenkung von 0,4 Prozentpunkten spätestens zum 1. Januar 1997 vorschreibt, losgelöst vom Gesamtpaket der Bundesregierung beraten wird, wollte Seehofer bei der Interpretation eines Argumentationspapiers für die Fraktionen nicht ausschließen. Bis zur vergangenen Woche ist in der Koalitionsrunde über Verfahrensfragen noch nicht gesprochen worden.

Trotz der Kritik seitens der Gewerkschaften und der Krankenkassenverbände an den beabsichtigten Sparmaßnahmen und den Kürzungsvorschlägen zur Entgeltfortzahlung drängt Seehofer darauf, daß die Sparbeschlüsse der Koalition parallel zu der ebenfalls bis zu Jahresbeginn 1997 geplanten dritten Stufe zur Gesundheitsstrukturreform zügig umgesetzt und Elemente daraus vorgezogen werden. Für den Gesundheitsminister ist das Konzept der SPD unter dem Motto „Zukunft sichern – Zusammenhalt stärken“ keine wirksame, die Krankenversicherung entlastende Alternative. Insgesamt peilt die Bonner Koalition durch die Sparbeschlüsse im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Einsparungen in Höhe von rund 7,5 Milliarden DM an. Mehreinnahmen und Ausgabenentlastungen der Krankenversicherung stehen allerdings auch Beitragseinnahmeherausfälle gegenüber. Die von der Koalition gewünschte Kürzung der Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit um 20 Prozent „beschert“ der Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung Einnahmeherausfälle in Höhe von rund 560 Millionen DM. Ein Drittel dieser Summe würde auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfallen. Dieses Minus hält Seehofer aber für zumutbar, da die Krankenkassen

Das Sofort-Sparprogramm der Bonner Regierungskoalition sieht allein für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Einsparungen in Höhe von 7,5 Milliarden DM vor. Insgesamt sollen die fünfzig Einzelmaßnahmen des Sparpaketes Einsparungen von bis zu 50 Milliarden DM „einfahren“. Das Spargesetz für die Krankenversicherung soll so ausgestaltet werden, daß es nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

gleichzeitig an anderer Stelle entlastet würden. Außerdem sei mit einer steigenden Beschäftigung zu rechnen, was höhere Einnahmen der Krankenkassen zur Folge hätte.

Seehofer spekuliert darüber, die Bestimmungen über den Stopp von Beitragssatzerhöhungen schon rückwirkend in Kraft zu setzen. Jedenfalls soll daran festgehalten werden, Beitragssatzerhöhungen bis zum Jahresende 1996 auszuschließen. Zum ersten Januar sollen dann die Beitragssätze aller Kassen um 0,4 Prozentpunkte gesenkt werden. Danach seien die Selbstverwaltungen der Krankenkassen gefordert, die Beitragssätze „in Schach und Proportion“ zu halten. Ohnedies will Seehofer Beitragssatzerhöhungen ab 1997 mit zusätzlichen Auflagen erschweren.

Entlastung bei Pflege

Die Koalition geht davon aus, daß in den Krankenhäusern ab Juli dieses Jahres als Folge der zweiten Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Pflegeleistungen) über drei Jahre hinweg jeweils 800 Millionen DM weniger Ausgaben anfallen werden. In dieser spekulativen Rechnung wird unterstellt, daß durch „Pflegefälle“ fehlbelegte Krankenhausbetten schlagartig frei werden und so die Krankenkassen entlastet, die Pflegekassen belastet werden. In den nächsten drei Jahren wird ein Entlastungs-

effekt von 2,4 Milliarden DM unterstellt.

Mit einer reinen „Geldbeschaffung“ von zusätzlich 700 Millionen DM zugunsten der GKV rechnet die Koalition infolge einer erhöhten Zuzahlung zu Arzneimitteln, und zwar um jeweils eine DM je Arzneimittelpackung. Ohnedies sei im „GKV-Weiterentwicklungsgesetz“ eine Dynamisierung geplant. Das Zuzahlungsvolumen im Bereich der Arzneimittel liege unter den vergleichbaren Zuzahlungsbeträgen im europäischen Ausland. Ohnedies profitierten 8,2 Millionen GKV-Versicherte (rund elf Prozent) von der unveränderten Härtefallregelung. So seien Bezieher niedriger Einkünfte (Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose) auch künftig von Zuzahlungen befreit; chronisch Kranke blieben vor „unzumutbaren finanziellen Belastungen“ weitgehend geschützt.

Durch Streichung des Kassenanteils für Brillenfassungen (bisher alle drei Jahre zwanzig DM) sollen weitere 300 Millionen DM „eingespielt“ werden. Das Ministerium unterstreicht die Notwendigkeit mit dem Hinweis: „Für eine Brille gibt ein Versicherter heute im Durchschnitt über 400 DM aus, demgegenüber betragen die 20 DM weniger als fünf Prozent des Brillenpreises.“

Durch Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz und Einschränkung der Leistungspflicht bei der Zahnbehandlung werden weitere 425 Millionen DM aktiviert. So ist geplant, den Zuschuß zum Zahnersatz für Versicherte, die 18 Jahre und jünger sind, völlig zu streichen (Ausnahmen: Mißbildung, Unfall). Über eine Klarstellung der Leistungspflicht soll „Wildwuchs“ im Bereich der zahnmedizinischen Behandlung entgegengewirkt werden. So dürften die Krankenkassen wie bisher zum Beispiel keine Implantate, keine Inlays sowie keine Funktionsdiagnostik finanzieren.

Auch die stationären medizinischen Rehabilitationskuren werden zurückgestutzt. Erhofftes Einsparvolumen: rund 860 Millionen DM. So

soll die Regelkurdauer von bisher vier auf künftig drei Wochen verkürzt werden, das Wiederholungsintervall von drei auf vier Jahre verlängert werden. Darüber hinaus sollen die Zuzahlungen bei Kuren von 12 auf 25 DM (West) und von 9 auf 20 DM (Ost) erhöht werden. Die krankenhaushähnliche Anschlußrehabilitation sowie die Mütterkuren sollen von der Erhöhung der Zuzahlung ausgenommen bleiben. Auch Teile des Urlaubs sollen auf die Kuren angerechnet werden.

Das Krankengeld soll um zehn Prozent gekürzt werden; erhofftes Einsparvolumen: rund 1,8 Millionen DM. Ziel ist es, eine maßvolle Abstufung zwischen Arbeitslohn und Lohnersatzleistungen zu bewirken („Lohnabstandsgebot“). Das Krankengeld beträgt bisher 80 Prozent des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, aber nicht mehr als das Nettoentgelt. Künftig soll es 70 Prozent des Bruttoentgelts, aber nicht mehr als 90 Prozent des Nettoentgelts betragen.

Auch Verwaltungskosten

Die sächlichen und persönlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen sollen ebenfalls begrenzt werden. Erhoffter Einspareffekt: 150 Millionen DM. Begründet wird dies damit, daß im Zusammenhang mit der Zusammenlegung von Geschäftstellen erhebliche Synergieeffekte von den Krankenkassen erzielt worden seien. Die erwarteten 150 Millionen DM seien beitragsmäßig lediglich 1,3 Prozent der Verwaltungskosten der Krankenkassen im Jahr 1995.

Einschnitte und Rücknahmen des Leistungsumfangs wird es auch bei der Gesundheitsförderung geben. Einspareffekt: 1,2 Milliarden DM. Begründet wird diese Maßnahme mit dem überdurchschnittlichen Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsförderung von 1992 bis 1995, und zwar von 0,6 Milliarden DM auf 1,3 Milliarden DM. Uneingeschränkt erhalten bleiben sollen Maßnahmen zur Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung, die zahnmedizinische Prophylaxe, der Gesundheits-Check-up und Schutzimpfungen. Dr. Harald Clade

Reform der ärztlichen Ausbildung

Studenten kritisieren Mehrbelastung

Die „Fachtagung Medizin“, die offizielle Vertretung der Medizinstudenten an den Universitäten und Hochschulen, ebenso wie der Medizinische Fakultätentag und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) haben den Diskussionsentwurf für eine 8. Novelle zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte aus dem Bundesgesundheitsministerium (vom Dezember 1995) als „nur schwer umsetzbar“ und als „Pseudo-Reformvorschläge“ abgelehnt. Dagegen ist der Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Seehofer-Reformkonzept „im Grundsatz“ einverstanden.

Der Medizinische Fakultätentag und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unterstellen, daß der Diskussionsentwurf nicht geeignet sei, die angestrebte hohe Verantwortung für die wissenschaftliche Medizin und eine praxisorientierte ärztliche Ausbildung auf wissenschaftlicher Basis zu bewerkstelligen und langfristig zu garantieren. Insbesondere sei das mit der Änderung der Approbationsordnung verbundene Junktim der auf Landesebene zu ändernden Kapazitätsverordnung nicht realisierbar, zumindest gebe es zeitliche Verwerfungen. Vor einer Reform des Medizinstudiums müßten die Auswirkungen auf die Kapazitätsverordnung berechnet und die notwendige Verringerung der Zahl der Studienplätze als „gerichtsbestandsfähig“ zugesichert werden.

Länder in der Pflicht

Überhaupt noch nicht absehbar sei es, so der Fakultätentag und die AWMF, ob die Bundesländer imstande seien, die erforderlichen erheblichen finanziellen, personellen und kapazitätsmäßigen Ressourcen bereitzustellen, um eine neue, mehr praxisbezogene Ausbildungsordnung für Humanmedizinstudenten umzusetzen. Wegen der anhaltenden staatlichen Ausgabendrosselung auch im Bereich der Hochschulmedizin und der geplanten Strukturreform im Gesundheitswesen seien die medizini-

schen Fakultäten nicht in der Lage, die erhöhten personellen und organisatorischen Vorkehrungen im Hinblick auf die noch für diese Legislaturperiode avisierte Reform zu treffen.

Nach Einschätzung der AWMF wird der intensiviertere Unterricht in studentischen Kleingruppen die personellen und räumlichen Möglichkeiten der Fakultäten und Hochschulen überfordern. Dies gelte sowohl für den ersten als auch für den zweiten Ausbildungsabschnitt des Studiums. Zudem sei in der Übergangsphase mit Mehrbelastungen durch den Unterricht in zwei verschiedenen Fassungen der ärztlichen Approbationsordnung zu rechnen. Daher sollten für die „Überlappungsphase“ besondere Erleichterungen eingeräumt werden.

Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften halten die geplante Aufteilung des Studiums in zwei Hauptabschnitte von jeweils zweieinhalb Jahren für ungünstig. Die AWMF will das Studium in zwei plus drei Jahre (vier plus sechs Semester) aufteilen, dies um so mehr, als die Approbationsordnung für Zahnärzte die Aufteilung des Zahnmedizinstudiums der jetzt gültigen ärztlichen Approbationsordnung angepaßt habe.

Zunächst müßten die rechtlichen, finanziellen, personellen und kapazitätsmäßigen Rahmenbedingungen geklärt werden, ehe eine so weitreichende und grundlegende Reform vorgenommen wird. Sowohl Hochschullehrer, Dozenten als auch medizinische Fakultäten und Hochschulen ebenso wie die nachrückende Studen-

tengeneration müßten Zeit haben, um sich auf die zu ändernden Studienbedingungen rechtzeitig einzustellen.

Alibi-Funktion?

Noch harscher fiel die Kritik der „Fachtagung Medizin“ zu den Diskussionsvorschlägen aus Bonn aus. Die Medizinstudenten unterstellen, daß der Reformansatz nur ein Alibi dafür liefern soll, um die Zulassungszahlen drastisch zu senken. Die Systemmängel würden nur notdürftig kaschiert, um ausschließlich ökonomische Vorgaben zu realisieren und einseitig Partei für die Interessen der etablierten Ärzteschaft zu ergreifen – statt diese dem Ziel einer inhaltlichen Neustrukturierung des Studiums unterzuordnen.

Die Studenten befürchten zusätzliche Erschwernisse infolge der erhöhten Ausbildungsintensität und Ausbildungsdichte, so daß sich ihre soziale Situation verschlechtern würde, um so mehr, als eine verlängerte Studiendauer zu erwarten sei. Dies betreffe die fächerübergreifende Vermittlung problemorientierter Inhalte, die Gestaltung des Studienalltags und die sich daraus ergebende soziale Situation der Studenten.

Allein die Tatsache, daß Seehofer die eineinhalb Jahre dauernde Pflichtphase als Ärztin/Arzt im Praktikum beibehalten wolle, spreche dafür, daß das Hauptziel der Reform, nämlich mehr Praxisbezug herzustellen und den vorklinischen mit dem klinischen Studienabschnitt zu verzahnen, nicht erreicht werden könne. Die Studenten kritisieren, daß künftig patientenorientierte Lehrveranstaltungen nicht den notwendigen Stellenwert innerhalb des Fächerkanons und der Lehrveranstaltungen erhalten sollen. Mehr Praxisbezug sei auch ohne dirigistische Kapazitätsverminderung zu

erreichen, zumal qualifizierte außeruniversitäre Einrichtungen konsequenter als bisher in den Ausbildungsbetrieb einbezogen werden könnten.

Bei aller Anerkennung, die Gestaltungsautonomie der medizinischen Fakultäten zu erweitern, sollten die Fakultäten allerdings nicht ermächtigt werden, patientenbezogene Lehrveranstaltungen gegen Vorlesungen auszutauschen – auch mit Hilfe von Verhältniszahlen. Die Gefahr bestehe darin, daß die Fakultäten dem ökonomischen Spareffekt den Vorzug vor



Foto: Sony Deutschland GmbH, Köln

Seit 1970 steht in dieser Legislaturperiode wieder eine grundlegende Reform des Medizinstudiums an. Die Aufnahme entstand in der Universitätsklinik Düsseldorf.

der patientenbezogenen Kleingruppen-Unterweisung geben könnten.

Als „unsachgemäß“ bezeichnet die Fachtagung Medizin die beabsichtigte Erhöhung der Pflichtstundenzahl auf jeweils 1820 in den ersten beiden Abschnitten des Studiums. Je nach Abgrenzung würde das bisher erforderliche Stundenvolumen verdoppelt, wenn nicht gar verdreifacht werden. Deshalb sei eine selbständige und eigenverantwortliche Planung und Durchführung des Studiums schon aus Zeitgründen nicht möglich. Auch sei das Ausbildungsziel, nämlich eine(n) zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung befähigte Ärztin/befähigten Arzt zu „produzieren“, nach dem Seehofer-Entwurf nicht möglich.

Die Studenten plädieren dafür, den Lern- und Prüfungspflichtstoff zu entrümpeln. Infolge der geplanten Zuordnung einzelner Fächer zu den einheitlichen Leistungsnachweisen beste-

he die Gefahr, daß die Spezialisierung der Medizin weiter zunimmt und sich auch in der Lehre verstärkt. Der Bonner Entwurf enthalte keine nachvollziehbaren Anhaltspunkte dafür, daß die jeweils zusammengefaßten Einzel-fächer „integrativ“ gelehrt werden.

Die Medizinstudenten sehen keine Notwendigkeit dafür, staatliche Pflichtprüfungen im ersten und zweiten Teil des Examens strikt vorzuschreiben. Vielmehr genüge eine abschließend bestandene und nicht weiter benotete Staatsprüfung, um die Kriterien einer bundeseinheitlichen Qualitätssicherung und eines einheitlichen Ausbildungsstandards zu erfüllen.

Die Zwischenprüfungen sollten nach Meinung der Studenten als universitäre Prüfungen durchgeführt werden. Diese sollten zu gleichen Teilen Grundlagen des Medizinstudiums, praktische Fertigkeiten und fächerübergreifendes Wissen des Aspiranten überprüfen. Die Abschlußprüfung sollte sich auf die Überprüfung von grundsätzlichem Wissen beschränken.

Würde die Zahl der mündlichen Prüfungsfächer in den ersten beiden Teilen der ärztlichen Prüfung erhöht, würde der Prüfungsaufwand unverhältnismäßig hoch. Dies hätte zur Folge, daß die Gesamtstudienzeit erheblich verlängert wird.

Die Fachtagung der Medizinstudenten befürwortet eine rigorose inhaltliche Umstrukturierung des Medizinstudiums und des Curriculums, so daß eine Lehr-Lern-Spirale entsteht. Nur studienbegleitende Prüfungen seien geeignet, das fächerübergreifende Wissen der Studenten zu überprüfen. Kritisiert wird auch die Zäsur nach fünf Semestern infolge der Verdichtung des Prüfungsstoffes im schriftlichen Prüfungsteil und durch die erhöhte Anzahl von Fächern im mündlichen Teil der Prüfung.

Die Studenten plädieren für eine Begrenzung der wöchentlichen Ausbildungszeit auf höchstens 38,5 Stunden, wobei die Teilnahme an Einsatzdiensten auf diese Zeit angerechnet werden müsse. Vermehrte zeitliche Freiräume müßten auch zur Vorbereitung auf die Abschlußprüfung eingeräumt werden. Das Praktische Jahr müsse mehr nach Mindeststandards ausgerichtet und ihre Gestaltung überwacht werden. Dr. Harald Clade