

Kein Mutterschutz für Adoptiveltern

Das Mutterschutzgesetz gilt nicht für Adoptiveltern. Die Bundesregierung sieht auch keine Möglichkeit, im Rahmen der geplanten Neuregelung des Mutterschutzgesetzes (Einführung eines viermonatigen Mütterurlaubs im Anschluß an die achtwöchige Schonfrist nach der Entbindung) Adoptiveltern einzubeziehen. Auf eine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Frau Dr. Renate Lepsius (SPD) gab der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesarbeitsministeriums, Hermann Buschfort, dafür die folgende Erläuterung:

„Das Mutterschutzgesetz hat die Aufgabe, die im Arbeitsverhältnis stehende schwangere Frau und Wöchnerin zu schützen. Die Schutzfrist von in der Regel acht Wochen nach der Entbindung erhält sie, weil sie wegen der mit der Schwangerschaft und Entbindung zusammenhängenden körperlichen und psychischen Veränderungen einer besonderen Schonung bedarf. Diese Schonung soll mit den von der Bundesregierung vorgeschlagenen Änderungen des Mutterschutzgesetzes um weitere vier bis auf insgesamt sechs Monate nach der Entbindung ausgedehnt werden. Die für den Schutz der leiblichen Mutter entscheidenden Gründe liegen in der Person der Adoptiveltern nicht vor.“ F

Ärztliche Liquidationen bei Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse

Ärztliche Leistungen für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse werden nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert. Da diese Gebührenordnung aus dem Jahre 1965 stammt, ist das Leistungsverzeichnis nicht der Entwicklung in der Medizin angepaßt und daher unvollständig. Infolge dieser unbefriedigenden Situation sind Ärzte in der

Vergangenheit bei Liquidationen für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse von der GOÄ abgewichen und haben sich der Gebührenordnungsziffern bedient, die in dem Bewertungsmaßstab 78 bzw. in der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) enthalten sind, welche am 1. Juli 1978 in Kraft traten.

BMÄ und E-GO gelten jedoch nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen. Für die anderen Kostenträger und damit auch für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse

bleibt die GOÄ einschließlich der Analogon Bewertungen die gesetzliche Grundlage für die Liquidationen von Ärzten.

Auch für die Bemessung der Beihilfen nach den Beihilfevorschriften des Bundes sind GOÄ und Analoge Bewertungen maßgebend. Die Bundesärztekammer macht daher darauf aufmerksam, daß für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse weiter nachfolgende schon bisher bestehende Regelungen gelten:

Mitglieder der Gruppe A legen dem sie behandelnden Arzt den Krankenschein vor, mit dem die Abrechnung der ärztlichen Leistungen auf der Grundlage des mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf GOÄ-Basis abgeschlossenen Vertrages erfolgt.

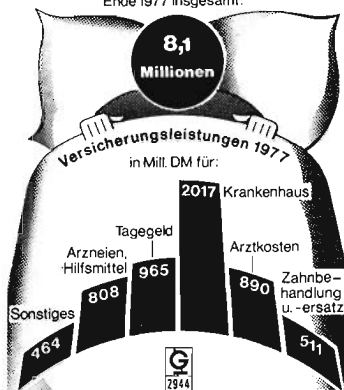
Mitglieder der Gruppe B sind Selbstzahler (Privatpatienten). Liquidationen sind auf die Patienten selbst auszustellen und werden von diesen beglichen. Die Mitglieder legen die Rechnungen den Bezirksstellen der Postbeamtenkrankenkasse vor und erhalten die ihnen zustehenden Kassenleistungen und Beihilfen. Grundlage für die in der Leistungsordnung geregelte Leistungsabgrenzung ist bei den ärztlichen Leistungen die seit 1965 geltende Gebührenordnung für Ärzte als einzige amtliche Gebührenordnung.

► Zur Zeit werden Gespräche hinsichtlich der Überarbeitung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte geführt. Es läßt sich jedoch noch nicht absehen, wann mit einer Anpassung dieser Gebührenordnung an die Entwicklung in der Medizin zu rechnen ist. Aus diesem Grunde ist es notwendig, daß alle Beteiligten die Übergangszeit bis zum Erlaß einer neuen amtlichen Gebührenordnung mit Verständnis und entsprechender Bereitschaft unter Beachtung der Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 überbrücken.

BÄK/uer

Bei Krankheit privat versichert

Personen mit privater Krankenversicherung
Ende 1977 insgesamt:



Ende 1977 (letzte verfügbare statistische Angaben) waren 8,1 Millionen Bundesbürger privat krankenversichert. Nach einschlägigen Schätzungen sind darunter etwa 3,4 Millionen, die als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Weitaus größter Ausgabenblock der privaten Krankenversicherung (PKV) sind die Erstattungsleistungen für den Krankenhausaufenthalt; sie lagen 1977 bei mehr als zwei Milliarden DM (zwei Drittel der Gesamtaufwendungen der Gesellschaften). An zweiter Stelle stand das Tagesgeld mit 965 Millionen DM, gefolgt von den Arztkosten und den Erstattungsleistungen für Arzneien und Hilfsmittel Globus/DÄ