

Redaktion:
Haedenkampstraße 5
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41
Telefon: (02 21) 40 04-1
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d
Verlag und Anzeigenabteilung:
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40
5000 Köln 40 (Lövenich)
Telefon: (0 22 34) 70 11-1
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Tischleindeckdich für die Polikliniken

Wird der Bundesrat rückfällig?

Die Einbeziehung der Universitätspolikliniken in die ambulante kassenärztliche Versorgung soll, nach verlässlichen Informationen, durch die Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Tatsache werden. Im vergangenen Jahr war ein solcher vom Bundesrat unternommener Versuch im Vermittlungsausschuß gescheitert. Sollte er diesmal gelingen, würde das ernste Folgen für das ganze System der ambulanten kassenärztlichen Versorgung haben.

„Es gibt für uns gerade auch im Zusammenhang mit den notwendigen Maßnahmen um Kostendämpfung im Gesundheitswesen keinen Grund und Anlaß, nicht an der bewährten Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch freipraktizierende Ärzte festzuhalten. Wir sind der Meinung, jedes andere System würde kostenmäßig unerhöht intensiver sein.“

Mit dieser klaren Aussage unterstrich der bayerische Arbeits- und Sozialminister Dr. Fritz Pirkel vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 12. Mai 1980 in Berlin die Stellung seiner Partei, der CSU, zu dem Versuch des Bundesrates, im Rahmen einer Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes letztlich freien Zugang zu den Polikliniken der Universitäten zu schaffen und die dort erbrachten Leistungen nicht mehr pauschal abzugelten, sondern nach den für Kassenärzte geltenden BMÄ-Sätzen zu vergüten.

Pirkel stand mit seiner Auffassung nicht alleine da. Sozialpolitiker aller im Bundestag vertretenen Parteien bekannten sich zum System der ambulanten Krankenversorgung durch freiberuflich tätige niedergelassene Ärzte. Der Berliner Gesundheitssenator Olaf Sund nannte dieses Bekenntnis sogar eine „pure Selbstverständlichkeit“.

Vorbehalte äußerte nur der Sozialminister von Rheinland-Pfalz, Dr. Georg Gölter, der allerdings auch versprach, sollte es zu einer Öffnung der Polikliniken kommen, so würde das in einer Form geschehen, „mit der die Kassenärztliche Vereinigung leben könnte“.

Lebhaften Beifall erhielt der sozialpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Hansheinrich Schmidt (Kempton), als er allen seinen Vorrednern den „guten Willen in der Sache“ bestätigte und der Hoffnung Ausdruck gab, „daß die Finanz- und Kultusminister, die hier die Feder geführt haben und im Bundesrat zu einem 11:0-Beschluß verholfen haben, sich nicht bewußt waren, daß hier . . ., wenn dieser Paragraph so den Vermittlungsausschuß passieren würde, die Axt zumindest an eine Wurzel des jetzigen Systems der ambulanten Versorgung gelegt wird“.

Poliklinikpläne der Bundesländer

Die Vertreterversammlung der KBV nahm damals eine Entschließung an, in der sie ihr Befremden bekundete, „daß der Bundesrat ohne Rücksicht auf die damit verbundenen Kosten eine Regelung beschlossen hat, die das System der ambulanten Versorgung tiefgreifend verändern kann und die Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung auf diesem Gebiet praktisch beseitigen würde“.

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen hatte allein für die Ortskrankenkassen eine jährliche Mehrbelastung von 120 Millionen DM durch die geplante Regelung errechnet. Der Versuch des Bundesrates, den Abschluß von Poliklinikverträgen neu zu regeln, ging dann mit dem ganzen „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ im Vermittlungsausschuß unter.

Das Recht unter das Diktat der leeren Kassen stellen?

Wer geglaubt hatte, die Gefahr sei damit gebannt, muß sich nunmehr eines Schlechteren belehren lassen. Nach glaubwürdigen Informationen werden in einer Arbeitsgruppe der Finanz-, Kultus- und Sozialministerien der Länder im Zusammenhang mit dem bevorstehenden neuerlichen Anlauf zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wiederum Vorstellungen zur Änderung des geltenden Kassenarztrechtliches über den Abschluß von Poliklinikverträgen entwickelt. Danach sollen der Zugang für Sozialversicherte zur poliklinischen Behandlung uneingeschränkt geöffnet und eine Honorierung der in Polikliniken erbrachten ärztlichen Leistungen zu denselben Honorarsätzen vorgeschrieben werden, wie sie die Kassenärzte in freier Praxis erhalten. Darüber hinaus sollen Poliklinikverträge künftig auch ohne Mitwirkung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einseitig durch die obersten Landesbehörden festgesetzt werden kön-

nen. An die Stelle bewährter Selbstverwaltung soll staatlicher Dirigismus treten.

Waren also die klaren Aussagen der Politiker fünf Monate vor der Bundestagswahl nur Lippenbekenntnisse?

Hat sich unter dem Druck der wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Einfluß der Finanzressorts derart verstärkt, daß man bereit ist, sachliche und rechtliche Bedenken beiseite zu schieben und zur Entlastung der Länderfinanzen einen wesentlichen Teil des Kassenarztrechtliches als Ballast über Bord zu werfen?

Wird das Recht unter das Diktat der leeren Kassen gestellt?

Betroffen sind aber nicht nur die Ärzte, sondern auch die Krankenkassen, die von der Mitwirkung am Abschluß der Poliklinikverträge ausgeschlossen werden sollen. Heute verhandeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden über die Höhe der Vergütung für die Behandlung von Versicherten in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen. Morgen wären die Krankenkassen am Vertragsabschluß nicht mehr beteiligt. Sie müßten die Mehrkosten einfach hinnehmen, wie sie von dritter Seite festgelegt werden. Sie hätten weder ein Mitspracherecht bei der Vertragsregelung, geschweige denn ein Rechtsmittel dagegen.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen würde in diesem wichtigen Bereich aufgehoben und durch die Entscheidungsgewalt von Instanzen ersetzt, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Zuständigkeit haben. Diese Verlagerung der Entscheidungskompetenz beträfe nicht nur die Kostenregelung. Auch die Entscheidung darüber, in welchem Umfang medizinische Einrichtungen der Hochschulen in die kassenärztliche Versorgung ein-

bezogen werden, wäre der Selbstverwaltung aus der Hand genommen. Es liegt nahe, daß finanzielle Erwägungen zugunsten der Hochschulen zukünftig mit Vorzug berücksichtigt werden würden.

Konkret bedeutet dies, daß neben der ambulanten Versorgung durch frei niedergelassene Kassenärzte ein zweites, konkurrierendes System der Untersuchung und Behandlung entstünde, nämlich in den Polikliniken. Dieses System könnte, da es vorrangig unter den Aspekten von Lehre und Forschung steht und andererseits dem für die Kassenärzte zwingenden Wirtschaftlichkeitsgebot nicht unterliegt, seine Leistungen pro Behandlungsfall unkontrolliert ausdehnen.

Den Krankenkassen bliebe gar nichts anderes übrig, als auch die über eine wirtschaftliche Behandlungsweise hinausgehenden poliklinischen Leistungen zu bezahlen, und zwar als Einzelleistungen nach den für Kassenärzte vereinbarten Vergütungssätzen.

Schutzwall gegen Ausufern der Kosten würde durchbrochen

Die besonderen Belange von Lehre und Forschung, die eine mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht zu vereinbarende Leistungsausweitung erfordern, waren aber gerade dafür ausschlaggebend, in den Poliklinikverträgen keine Einzelleistungs-, sondern eine Pauschalvergütung zu vereinbaren. Der errichtete Schutzwall gegen ein Ausufern der Kosten für Leistungen, die im Zusammenhang mit Lehre und Forschung stehen, würde bei Einräumung einer Einzelleistungsvergütung durchbrochen werden. Das von den Finanz- und Kultusbehörden der Länder immer wieder vorgebrachte Argument, die den Polikliniken gewährte Pauschalvergütung sei unzureichend, entbehrt der Überzeugungskraft, weil – von zwei oder drei Ländern abgesehen – die auf Grund der Verträge gezahlten

Fallpauschalen nur geringfügig unter den durchschnittlichen Fallwerten in der kassenärztlichen Versorgung liegen.

Zudem erfolgt die im Kassenarztrecht geregelte Inanspruchnahme der Polikliniken durch Sozialversicherte ausschließlich im Interesse der Universitätsausbildung, und zwar wie die übrige Hochschulbildung finanziell zu Lasten der Kultushaushalte und nicht etwa zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine finanzielle Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung für die unter dem Gesichtspunkt von Lehre und Forschung in den Polikliniken erbrachten Leistungen kann daher nur mit der Begründung einer Entlastung der Krankenversicherung von erforderlichen Behandlungskosten in der kassenärztlichen Versorgung gerechtfertigt sein.

Der weitere Hinweis der Länder, das Problem habe sich durch die wachsende Zahl jener schwierigen Fälle verhärtet, die mit Lehre und Forschung nichts zu tun haben und von den niedergelassenen Ärzten an die Polikliniken statt an niedergelassene Fachärzte überwiesen würden, kann wohl auch kein stichhaltiges Argument für eine solche tiefgreifende Systemänderung sein:

► Wo Schwierigkeiten auftauchen, sei es wegen der Höhe der Vergütungssätze, sei es wegen zweckfremder Inanspruchnahme, könnten sie mit Sicherheit in Gesprächen mit den Beteiligten gelöst werden, ohne „eine Flucht in staatlichen Dirigismus“, wie es der BdO seinerzeit formulierte. Das Zugeständnis einer Einzelleistungsvergütung würde jedoch, da die Polikliniken in der Bestimmung des Leistungsumfanges völlig frei sind, nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung mit Mehrkosten von hunderten Millionen belasten, sondern tief in die Struktur der ambulanten Versor-

● Fortsetzung auf Seite 542

Muschallik appelliert an die Bundesländer: Poliklinikpläne aufgeben!

Der Brief des KBV-Vorsitzenden an die Ministerpräsidenten

„Nach einer der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zugegangenen Information befaßt sich eine Arbeitsgruppe der zuständigen Landesministerien im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Regelung des Kassenarztrechts über den Abschluß von Poliklinikverträgen in § 368 n Abs. 3 RVO.

Bereits in der letzten Legislaturperiode war bei der zweiten Lesung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Bundesrat versucht worden, diese Vorschrift des Kassenarztrechts dahingehend zu ändern, daß der Zugang zu den Universitätspolikliniken uneingeschränkt geöffnet und den Polikliniken eine Vergütung in Höhe der für Kassenärzte geltenden Gebührensätze zugestanden werden sollte.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben schon damals ihre erheblichen Bedenken gegen eine derartige Reform des Kassenarztrechts vorgetragen.

Die weitere parlamentarische Behandlung dieses Vorhabens hat sich jedoch erübrigt, da die Gesetzesnovelle als solche gescheitert ist.

Wir bitten Sie, Ihren Einfluß dahingehend geltend zu machen, daß der erneute Versuch einer Novellierung des Kassenarztrechts in diesem Punkt abgebrochen und die bestehende Regelung über den Abschluß von Poliklinikverträgen beibehalten wird. Das geltende Recht bewirkt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit den Universitäten Verträge über die Vergütung für die Behandlung von Versicherten in Polikliniken abschließen, die den Polikliniken die Untersuchung und Be-

handlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleisten.

Diese Regelung ist sachgerecht, da sie unabhängig von der Notwendigkeit einer Einbeziehung von Polikliniken in die kassenärztliche Versorgung zur Sicherung einer bedarfsgerechten Krankenbehandlung das für die Durchführung von Lehre und Forschung notwendige Krankengut den Universitäten zur Verfügung stellt und einen Kostenausgleich für die Einsparungen garantiert, welche die Krankenversicherung dadurch hat, daß der Anspruchsberechtigte nicht in einer Einrichtung der kassenärztlichen Versorgung, sondern an einer Universitätspoliklinik behandelt wird.

Die im damaligen Gesetzgebungsverfahren und offensichtlich jetzt wieder diskutierten Vorschläge für eine Reform des § 368 n Abs. 3 RVO werden damit begründet, daß angeblich die Universitätspolikliniken über die Durchführung von Lehre und Forschung hinausgehende Versorgungsaufgaben in der kassenärztlichen Versorgung erbringen und die ihnen daraus entstehenden Kosten durch die vereinbarten Pauschalbeträge in keiner Weise gedeckt würden. Diese Argumentation geht von falschen Voraussetzungen aus. Sie läßt insbesondere unberücksichtigt, daß die Errichtung und der Betrieb von Polikliniken als Ausbildungsstätte für das Medizinstudium eine Aufgabe der Länder ist, die auch nicht teilweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden kann. Sie läßt darüber hinaus unberücksichtigt, daß die Universitätspolikliniken in ihrer Leistungserbringung wegen ihrer Aufgabenstellung für Lehre und Forschung nicht an das Wirtschaftlichkeitsgebot der Reichsversicherungsordnung gebunden sind. Das Ausmaß der in den Universitätspolikliniken durchgeführten Krankenbehandlung

geht daher weit über die als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete ärztliche Behandlung hinaus.

Nur so sind überhaupt die hohen Vergütungssätze zu erklären, welche die Kultus- und Finanzminister der Länder als die nach ihrer Auffassung sachgerechte Vergütung ansehen. Sie liegen in ihrer Höhe weit über den Durchschnittsfallwerten der in der kassenärztlichen Versorgung erbrachten Behandlungsfälle. Wie das Sozialgericht Frankfurt in einer Entscheidung zu Recht anerkannt hat, muß sich aber der den Universitäts-polikliniken zustehende Kostenausgleich ausschließlich an den Einsparungen orientieren, welche die Krankenversicherung dadurch hat, daß der Anspruchsberechtigte nicht in einer Einrichtung der kassenärztlichen Versorgung, sondern in einer Universitätspoliklinik behandelt wird.

Auf dieser Grundlage ist die Beibehaltung eines Pauschalbetrages als Vergütungsgrundlage in den Poliklinikverträgen allein sachgerecht.

Abgesehen von den aufgezeigten sachlichen Bedenken gegen eine Novellierung des § 368 n Abs. 3 RVO würde jedoch die ursprünglich vorgesehene und jetzt wieder diskutierte Änderung dieser Bestimmung das System der ärztlichen Versorgung, welches auf der Tätigkeit freiberuflich niedergelassener Kassenärzte aufbaut, ernsthaft gefährden und die Krankenversicherung mit zusätzlichen Kosten in beträchtlicher Höhe belasten.

Mit welcher Begründung kann von dem Kassenarzt noch die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verlangt werden, wenn medizinische Hochschuleinrichtungen zu den gleichen für ihn geltenden Vergütungssätzen ohne Bindung an das Wirtschaftlichkeitsgebot unter dem Gesichtspunkt von Lehre und Forschung ihr Leistungsangebot beliebig ausdehnen können?

Wie soll sich ein Facharzt unter diesen Umständen noch im Einzugsbereich einer derartigen medizinischen Hochschuleinrichtung niederlassen können?

Die Auswirkungen der vordergründig geringfügigen Änderung des Kassenarztrechts auf das System der kassenärztlichen Versorgung durch freiberufliche Kassenärzte wären, abgesehen von den zu erwartenden erheblichen Kostenbelastungen für die Krankenversicherung nicht absehbar.

Sie können langfristig dieses System, soweit es die ambulante fachärztliche Behandlung betrifft, in Frage stellen, ohne formal an den übrigen Vorschriften des Kassenarztrechts etwas zu ändern.

Eine solche Gesetzesänderung würde daher in direktem Widerspruch zu dem von allen politischen Parteien abgegebenen Bekenntnis für eine ambulante Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte stehen.

Soweit örtlich die für die Lehre und Forschung erforderliche Zahl von Behandlungsfällen in Polikliniken durch die bestehenden Verträge nicht erreicht wird oder die vereinbarte Vergütung auch unter dem Gesichtspunkt des genannten Kostenausgleichs nicht angemessen ist, sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gerne bereit, sich für entsprechende Vertragsänderungen einzusetzen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch bereit, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen dort Ermächtigungen für Polikliniken bzw. darin tätige Ärzte zur Erbringung bestimmter Leistungen auszusprechen, wo dies über die Poliklinikinanspruchnahme hinausgehend zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen werden sich jedoch mit allem Nachdruck dagegen wehren, daß das System der kassenärztlichen Versorgung und die Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Änderung des § 368 n Abs. 3 RVO gefährdet wird.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Dr. Muschallik

Poliklinikpläne

gung der Bevölkerung durch niedergelassene Kassenärzte eingreifen.

► Angesichts der Pläne der Bundesländer haben die Warnungen des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor der Vertreterversammlung am 12. Mai 1980 nichts an Aktualität verloren. „Wie soll denn“, so Muschallik damals unter dem lebhaften Beifall der anwesenden Delegierten und Politiker, „das bestehende System der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freipraktizierende Ärzte, dem gerade in letzter Zeit von Politikern aller Richtungen die Bewährung expressis verbis bescheinigt wurde, in Zukunft existieren können, wenn daneben ein von allen Bürgern mit Steuergeldern vorab subventioniertes System von Universitäts- und Lehrkrankenhausambulatorien aufgebaut werden soll, in dem unter dem Gesichtspunkt von Lehre und Forschung das medizinische Leistungsangebot unkontrolliert ausgedehnt werden kann?“

„Wie soll“ – so Muschallik weiter – „künftig auch nur halbwegs glaubwürdig die Notwendigkeit der Unterwerfung des Kassenarztes unter das Wirtschaftlichkeitsgebot der Reichsversicherungsordnung gerechtfertigt werden, wenn auch diese Ambulatorien Anspruch auf eine Einzelleistungsvergütung haben, sie jedoch nicht nur keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen, sondern wegen des Auftrages zu Lehre und Forschung frei von jeder Bindung sind?“

Tatsächlich würde sich ein solchermaßen mit handfesten Vorteilen bedachtes System von Universitäts- und Lehrkrankenhausambulatorien für den freipraktizierenden, das volle Berufsrisiko tragenden Kassenarzt zur unerträglichen „Konkurrenz“ auswachsen. Die geplante gesetzliche Änderung würde den bisher schwersten Eingriff in das Kassenarztrecht und in das System der ambulanten kas-

senärztlichen Versorgung darstellen.

Unmittelbar nach Bekanntwerden der in der Arbeitsgruppe der Länder entwickelten Vorstellungen hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen an alle Ministerpräsidenten bzw. Regierenden Bürgermeister einen eindringlichen Appell gerichtet, ihren Einfluß dahingehend geltend zu machen, daß der erneute Versuch einer Novellierung des Kassenarztrechts in diesem Punkt abgebrochen und die bestehende Regelung über den Abschluß von Poliklinikverträgen beibehalten wird. (Der Text des Schreibens von Dr. Muschallik ist auf den Seiten 541 und 542 nachzulesen).

Die Bundesländer müssen sich die eindringliche Frage gefallen lassen, wie ernst es den ihre Regierung bildenden und tragenden Parteien eigentlich mit dem Bekanntnis zu unserem von freiberuflich tätigen Ärzten getragenen System der ambulanten Versorgung und dessen Erhaltung ist.

Die Hoffnung bleibt, daß sich die Parteien auf ihre in Berlin vor der Vertreterversammlung abgegebenen Erklärungen besinnen. Einen Lichtblick gibt es dafür schon: Der FDP-Bundestagsabgeordnete Schmidt (Kempten) hat in den letzten Wochen erneut davor gewarnt, über den Bundesrat noch einmal eine solche Forderung erzwingen zu wollen. Sie muß besonders grotesk zu einem Zeitpunkt wirken, da die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen versucht, die Entwicklung der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit allen Kräften zu drosseln, um weitere Erhöhungen der Beitragssätze zu verhindern. Bei dieser Sachlage der gesetzlichen Krankenversicherung Hunderte-Millionen-Lasten aufbürden zu wollen, um sich eigenen finanziellen Verpflichtungen zu entziehen, wäre geradezu unverantwortlich.

Dr. med. Eckart Fiedler

Künstler-Sozialversicherung verfassungswidrig?

Der Entwurf eines sogenannten Künstlersozialversicherungsgesetzes („Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten“), der am 11. Februar in den Bundestagsausschüssen beraten wurde, gerät immer mehr in das Schußfeld der Kritik: Wegen der enormen Belastung des Bundesetats und der Etablierung einer neu zu schaffenden „Künstlersozialkasse“ wurden gravierende verfassungsrechtliche Bedenken laut. Nach dem Gesetzentwurf von SPD/FDP ist vorgesehen, daß künftig selbständige Künstler und Publizisten, soweit sie nicht schon anderweitig eine vergleichbare Alters- oder Krankenversicherung haben, in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung einbezogen werden sollen (vgl. DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 7/1981, Seite 261 ff.).

Der Verband der privaten Krankenversicherung, Köln, bezeichnet den Gesetzentwurf als „systemwidrig“ und als „zu kostenintensiv“. In der Tat würde die Künstlerpflichtversicherung allein im Startjahr den Bundeshaushalt mit mindestens 20 Millionen DM zusätzlich und ab 1982 mit mindestens 75 Millionen DM belasten. Hinzu kämen von Beginn an 150 Millionen DM Bundesdarlehen, um leistungsbereit zu sein. In den Jahren danach würde sich der Bundeszuschuß entsprechend der jährlich dynamisierten Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung weiter erhöhen. Weitere sechs Millionen DM gehen zu Lasten der Bundeskasse, um die neu zu schaffende Künstlersozialkasse aufzubauen. Einmal abgesehen davon, daß die neue Pflichtversicherung lediglich 15 000 bis maximal 30 000 Personen „begünstigen“ würde, schlägt der Verband vor, zumindest die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Versicherungs-

pflichtgrenze auch im neuen Gesetz vorzusehen. Überdies würde auch eine bloße Versicherungsberechtigung für diesen vielfach bereits anderweitig geschützten Personenkreis genügen.

Als „in jeder Hinsicht systemfremd“ bezeichnete die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. in Köln die geplante pauschale Künstlersozialabgabe, die von sämtlichen „Entgelten“ für künstlerische und publizistische Leistungen von Freiberuflern im Umlageverfahren erhoben werden soll. Der Beitrag des „Vermarkters“, so die Gesellschaft weiter, müsse jedoch individuell bemessen und erhoben werden, so daß der Bezug zur beitragspflichtigen künstlerischen oder publizistischen Leistung erhalten werde. Geprüft werden müsse weiterhin, wie die im Bereich der selbständigen Künstler und Publizisten bestehenden berufsständischen Versorgungswerke nachhaltig gefördert, ausgebaut oder gar neugegründet werden könnten, statt sie, wie vorgesehen, in die Neuregelung einzubeziehen. HC

In einem Satz

Kostendämpfungsgesetz – Noch vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause beabsichtigt die Bundesregierung, den fälligen Bericht über die Erfahrungen mit dem am 1. Juli 1977 in Kraft getretenen sogenannten „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“ (KVKG) vorzulegen, der auch die Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen im Verhältnis zur Entwicklung der Versicherteneinkommen darstellen soll. EB

Gesundheitsdienst-Berufsgenossenschaft – Die Zahl der Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg, hat sich in den vergangenen 20 Jahren von 633 170 auf 1 340 000 erhöht. EB