

Holler versprach eine Umformulierung im Sinne größerer Offenheit.

Eigenständigkeit der Ersatzkassen!

Ebenfalls als in keiner Weise konsensfähig wurde gegenüber dem BMA die mit der vorgesehenen Novellierung des § 525 c Abs. 2 RVO intendierte vollständige Einbindung der Ersatzkassen in die Bestimmungen des Kassenarztsrechts (§§ 368 f und 368 g RVO) bezeichnet. Damit würde ein wesentlicher Teil der gegliederten Krankenversicherung im Vertragsrecht aufgehoben, zumal auch die unterschiedlichen Abrechnungsbestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab durch Novellierung des § 368 g Abs. 4 RVO beseitigt werden sollen. Man ließ keinen Zweifel daran, daß hierin weitere entscheidende Schritte hin zu einer Einheitskrankenversicherung zu sehen wären, die mit der angeblich gewünschten Kostendämpfung nicht das geringste zu tun hätten. Vielmehr wäre dies lediglich der Einstieg in die für 1984 geplante sogenannte Struktur„reform“, allerdings nicht im Sinne einer Erweiterung und Stärkung der Selbstverwaltung, wie in der Begründung als Gesetzesmotiv vorgegeben, sondern zu deren weitgehender Beseitigung.

Einen weiteren Schwerpunkt der Diskussion bildeten die zahlreichen Änderungsvorschläge des Referentenentwurfs zum Arzneimittelbereich. Dabei bereitete die geplante Zuzahlung von 20 Prozent des Rezeptbetrages, jedoch höchstens 4 DM, bei drei Verordnungen pro Rezeptblatt noch die vergleichsweise geringsten Verständigungsschwierigkeiten. Allerdings wurde auf den damit verbundenen größeren Verwaltungsaufwand für den Kassenarzt hingewiesen.

▷ Im Zusammenhang mit der geplanten Bagatellarzneimittelliste, die der Bundesarbeitsminister als Rechtsverordnung erlassen will, machten die Ärztevertreter aus-

drücklich auf die Schwierigkeit aufmerksam, den Begriff „geringfügige Gesundheitsstörung“ klar zu definieren. Im übrigen könne die Entscheidung darüber, ob „aus medizinischen Gründen“ die Kosten eines Medikaments von der Krankenkasse im Einzelfall erstattet werden oder nicht, nicht dem Kassenarzt zugeschoben werden.

▷ Auf allgemeine Ablehnung stieß der Vorschlag, eine Positivliste zu erstellen. Selbst die Vertreter der Krankenkassen äußerten Bedenken. Abgelehnt wurde in diesem Zusammenhang auch die Gründung eines gemeinsamen Arzneimittelinstituts der Krankenkassen und der Kassenärzteschaft, das nach Auffassung der Ärzteseite nur unnötige Kosten verursachen würde.

Wie sich im Verlauf der Diskussion des weiteren zeigte, wären auch andere Gruppen, insbesondere Apotheker, Zahnärzte, Zahntechniker und Lieferanten von Hilfsmitteln, größten Belastungen ausgesetzt, falls der Entwurf in dieser Form unverändert Gesetzeskraft erlangen würde.

Besinnung tut not!

Nach der ersten Phase des „Augen zu und durch!“, in der mit dem Referentenentwurf des Arbeitsministeriums „kaum mehr als ein neuer“ – wengleich gefährlicher – „Flickenteppich“ herausgekommen ist, wie es kürzlich in einem Kommentar hieß, scheint nunmehr nach der Anhörung eine Besinnung eingetreten zu sein. Durch die klaren und unmißverständlichen Stellungnahmen der betroffenen Verbände und Organisationen sind erhebliche Zweifel an der Zweckmäßigkeit und dem Nutzen zahlreicher vorgeschlagener Gesetzesänderungen geweckt worden. Mit Umformulierungen ist zu rechnen. Bleibt zu wünschen, daß man im Hause Ehrenberg die Denkpause sinnvoll nutzt und den aus der Anhörung gewonnenen Einsichten Rechnung trägt. DÄ

Neue Lasten in Milliardenhöhe

Gesetzlicher Krankenversicherung droht Beitragserhöhung durch das „Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz“ (AFKG)

Während das Haus Ehrenberg einerseits versucht, tiefgreifende strukturelle Eingriffe in das System der gegliederten Krankenversicherung und in den Handlungsraum der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen der breiten Öffentlichkeit unter der Maske der Kostendämpfung plausibel zu machen, plant es andererseits, der gesetzlichen Krankenversicherung erneut große zusätzliche finanzielle Lasten aufzubürden. Damit wird einmal mehr deutlich, um was es in der Auseinandersetzung um das KVKG Nr. 2 in Wahrheit geht: Systemänderung in Richtung Einheitskrankenversicherung.

Mit dem Entwurf eines „Gesetzes zur Konsolidierung der Arbeitsförderung“ plant die Bundesregierung die Einführung der generellen Krankenversicherungspflicht für geringfügig Beschäftigte. Wer heute noch durch eine gelegentliche Beschäftigung ein paar Mark verdient, ohne dabei versicherungspflichtig zu werden, soll morgen den Mindestbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 48,38 DM monatlich leisten. Was im ersten Moment als erfreuliche Einnahmequelle für die gesetzliche Krankenversicherung erscheint – die Bundesregierung schätzt die Mehreinnahmen auf 250 Millionen DM im Jahr –, erweist sich bei näherem Hinsehen als ein Bumerang für die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. So befürchten allein die Innungskrankenkassen bei Gesetzwerdung dieses Vorschlages eine Beitragssatzanhebung zwischen 0,9 und 1,1 Prozentpunkten! Dabei wurde der erhebliche zusätzliche

Verwaltungsaufwand nicht einmal berücksichtigt.

Diese für die Kostendämpfungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung verhängnisvolle Entwicklung wäre durch folgende Auswirkungen des Gesetzesvorschlages bedingt:

▷ Durch die Pflichtversicherung erhalten Personen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung, die bisher der privaten Krankenversicherung angehörten (z. B. Selbständige oder ihre Familienangehörigen) oder für die die Träger der Sozialhilfe aufzukommen hatten (z. B. Nichtseßhafte). Sie wären für einen Mindestbeitrag von 48,38 DM monatlich krankenversichert und könnten alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen.

Nach den Ergebnissen im Jahre 1980 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied bei 2531 DM.

▷ Rentner, die geringfügige Einnahmen aus einer Beschäftigung erzielen, scheiden aus der Krankenversicherung der Rentner aus. Das hätte zum einen zur Folge, daß die Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner erheblich absinken, was zu einer Minderung des Finanzierungsanteils der Rentenversicherung führen würde. Zum anderen wäre für diesen Personenkreis, für den erfahrungsgemäß erhöhte Leistungsaufwendungen entstehen, der Finanzausgleich zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr durchzuführen.

▷ Der Personenkreis der Teilzeitbeschäftigten unterliegt einer außerordentlich starken Fluktuation. Der Verwaltungsaufwand in Krankenversicherung und Rentenversicherung wird deshalb durch eine Flut zu verarbeitender Daten entsprechend zunehmen. Dadurch wird es bei den Verwaltungskosten nicht zur Kostendämpfung, sondern zu erheblichen Kostensteigerungen kommen. DÄ

Kritik und Beifall: erhellend und enthüllend

Die Zeitungen zum Referentenentwurf aus dem Hause Ehrenberg

„Flickschusterei plus Ideologie“

„Was zu befürchten war, bestätigt sich nun: Bundesarbeitsminister Ehrenberg will die Finanzkrise dazu nutzen, den Wohlfahrtsstaat zu perfektionieren und ihm neue Finanzquellen zu erschließen. Er wird dabei von einer breiten Mehrheit der SPD-Bundestagsfraktion und von den Gewerkschaften politisch gedeckt. Anstatt das Leistungsangebot des Sozialstaats konsequent zu durchforsten, überflüssige Leistungen zu strei-



chen, Übertreibungen zurückzuschneiden und überall die Mitverantwortung des einzelnen Bürgers zu stärken, sollen die Systeme bürokratischer Kontrollen verschärft, die Selbstverwaltungen der staatlichen Reglementierung unterstellt, das Leistungsniveau mit administrativen Mitteln gesenkt und der Sozialversicherung neue Beitragseinnahmen verschafft werden. . .

Die ‚einnahmeorientierte Ausgabenpolitik‘ hat noch am ehesten in der Praxis der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte funktioniert; die Verbände der Kassenärzte und die Organisationen der Kassenärzte und der Krankenkassen haben kooperativ zusammengearbeitet. Doch gerade hier will Ehrenberg nun die gesetzlichen Reglementierungen verschärfen, was beweist, daß jeder Dirigismus seine Dynamik hat. Das fängt immer verhältnismäßig harmlos an. Bleiben dann die Erfolge aus, so gibt es die einfache Erklärung, daß der Dirigismus eben nicht weit genug getrieben worden sei. Daß er das

falsche Rezept sein könnte, darauf kommen die Erfinder bürokratischer Systeme nie. So fällt auch Ehrenberg heute nichts anderes ein, als sein bürokratisches Instrumentarium zu komplettieren. . .“

Walter Kannengießer

Das Versorgungsniveau wird gesenkt

„Wer will, kann in Herbert Ehrenbergs Kostendämpfungsprogramm alles finden. Da gibt es den richtigen, wenn auch zaghaften Schritt zur Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten. Da gibt es schwer durchschaubare Eingriffe in die Pharmapreisbindung und in die Vergütungsskala ärztlicher Leistungen. Bei Kuren und Brillen wird der ärgerlichste Wildwuchs übertriebener Inanspruchnahme von Leistungen zurückgestutzt. Und es gibt schließlich, bei der Wiedereinführung des strikten Überweisungsverfahrens bei den Ersatzkassen, den beherzten Rück-

Süddeutsche Zeitung

marsch in die Grenzen ärztlicher Wahlfreiheit während der fünfziger Jahre. . .

Es ist schwer vorstellbar, daß Ehrenberg nicht gesehen haben soll, welch eine Ungeheuerlichkeit er damit den Ersatzkassen zumutet. Wenn es zur Kontingentierung der Krankenscheine und damit zur Wiedereinführung des strikten Überweisungszwangs kommen sollte, werden den Ersatzkassen die freiwillig Versicherten in Scharen davonlaufen. Es wird eine ein-drucksvolle Abstimmung gegen eine weitere Kollektivierung zu be-