

Neue Bonner Politik ... und aktuelle Probleme der Kassenärzteschaft

Schwerpunkte aus den Referaten
von Hans Wolf Muschallik und Norbert Blüm

Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm, der an den Anfang seiner Ausführungen – ausdrücklich öffentlich – Dank und Anerkennung für die Honorarpolitik der Kassenärzte gestellt hatte, einen Dank dafür, daß sich die Kassenärzte der von ihm propagierten sozialpolitischen Atempause angeschlossen haben, bekannte sich zu sozialpolitischen Prinzipien in ihrer besten Tradition: als *Hilfe zur Selbsthilfe*, zu einer „emanzipatorischen Sozialpolitik“, die – wie er es formulierte – „zum aufrechten Gang befähigt“. Aufschlußreich waren in diesem Zusammenhang seine Absage etwa an allumfassende staatliche „Betreuungsansprüche“ und sein Bekenntnis zur Selbstverantwortung. Schließlich war auch erhellend, was er über den früheren Meinungsstreit in der christlich-sozialen Politik sagte: Erst Zustände-Reform oder erst Gesinnungs-Reform? Blüm: „Zustände und Bewußtsein müssen geändert werden!“

Was er damit meint, schien im Verlauf seines Referats immer wieder auf: Er will „Strukturen“, vor allem in der Finanzierung der verschiedenen Sozialversicherungszweige, verbessern, aber er will gleichzeitig das Verantwortungsbeußtsein aller Beteiligten für das Funktionieren der entsprechenden Einrichtungen stärken. Dabei nimmt er die Ärzte nicht aus, im Gegenteil, er schreibt ihnen eine strategische Rolle bei der Bildung eines „neuen Bewußtseins“ zu.

Bei großer Übereinstimmung im Grundsätzlichen wurden aber auch unterschiedliche Standpunkte in Einzelfragen von beiden Referenten klar herausgearbeitet.

So hatte Muschallik in seinem Kurzreferat darauf hingewiesen, daß in der langen Geschichte unserer Krankenversicherung immer die Politiker und niemals die Ärzte bestimmt haben, was Krankheit ist. Muschallik: „Wenn heute, sei es aus rein wirtschaftlichen Überlegungen oder aus programmatischen Gründen, der Krankheitsbegriff wieder enger gefaßt wird, wenn einiges an Leistungen der Solidargemeinschaft abgenommen und wieder dem einzelnen überantwortet wird, sind wir als Kassenärzte verpflichtet, solche politischen Entscheidungen zu respektieren. Wir werden das auch loyal zu tun trachten, solange nicht die Grenzen unseres ärztlichen Gewissens verletzt oder das Erfordernis einer klaren und eindeutigen Gesetzesaussage mißachtet werden.“ Dazu weiter:

Leistungsausgrenzungen à la „Bagatellerkrankung“ sind abzulehnen

„Die sogenannte Negativliste ist das jüngste Beispiel einer gesetzlichen Regelung, die diese Klarheit vermissen läßt. Die Entscheidung darüber, ob zum Beispiel eine Erkältung eine Bagatellerkrankung, eine Befindlichkeitsstörung darstellt oder ob sie der Beginn einer schwereren Erkrankung ist, läßt sich auch vom erfahrenen Arzt meist nicht schon bei den ersten, oft vieldeutigen Symptomen feststellen. Damit käme in seine Entscheidungsentscheidung ein Moment der Willkür, das geeignet wäre, das notwendige Vertrauen zwischen Patient und Arzt zu belasten. Gerade weil schon von einer Negativliste Nr. 2 und 3 gemunkelt

wird, gerade weil dieser Bereich nicht den Charakter eines Krimis in Serie bekommen darf, spreche ich diese Dinge hier noch einmal in aller Deutlichkeit an. Leistungsausgrenzungen auf der Grundlage von ‚Bagatellerkrankung‘ oder ‚geringfügiger Gesundheitsstörung‘ bewegen sich auf medizinisch so unsicherem Boden, daß wir sie aus ärztlicher Sicht entschieden ablehnen.“

Blüm, der die von Muschallik gepflegte direkte und offene Art des Meinungsaustausches ausdrücklich würdigte, bekannte sich indes zur Negativliste: „Ich stehe zu dem Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen. Auch dies betrachte ich nicht als ein Patentrezept, das es ja offenbar so wenig in der Medizin gibt wie in der Politik. Aber ich halte es für ein pädagogisches Lehrmittel, Aufmerksamkeit für die Notwendigkeit zu wecken, daß die Krankenversicherung nicht für alles zuständig sein kann.“

Es ist ein Teil der Bewußtseinsänderung, auf die Blüm abzielt, nämlich: bewußt zu machen, „daß das Leben nicht nur aus Risiken besteht, die man solidarisch in den großen Sozialversicherungen abdecken könnte“.

Blüm: „Zu dieser notwendigen Umstellung, die im Kopf beginnt und mit Hilfe des Geldbeutels aufgelöst wird, müssen auch die Ärzte beitragen. Wir können sie nicht aus der Last der Beweisführung und des Argumentierens, auch des Gespräches mit den Patienten, befreien.“ Nur mit totalem Reglement ließen sich alle Unklarheiten in der Negativliste beseitigen, aber dieser Preis sei zu hoch, ihm und doch auch den Ärzten.

In der Diskussion, die sich im Verlauf des Vormittags an die Referate anschloß, wurden dem Bundesarbeitsminister noch einmal Argumente gegen die Methode der gesetzlichen Negativliste vorgehalten:

KBV-Vertreterversammlung

Prof. Dr. Siegfried Häußler (Stuttgart) erinnerte daran, daß der frühere Arbeitsminister Theodor Blank vor mehr als zwei Jahrzehnten mit einer Krankenversicherungsreform gescheitert ist, weil seine *Methoden* falsch waren. Besser als ein Ausschluß sogenannter Bagatellarzneimittel sei eine prozentuale Selbstbeteiligung bei allen Arzneimitteln, selbstverständlich mit Obergrenze und sozialen Ausnahmeregelungen. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Achim-Uesen) unterstrich den Vorschlag prozentualer Kostenbeteiligung und wies den Minister noch einmal darauf hin, daß sogenannte Bagatellarzneimittel in der Allgemeinpraxis sehr schwer auszugrenzen sind: „Nicht nur die Ärzte müssen die Regelung nachvollziehen können, sondern vor allem auch die Patienten.“ Und Dr. Karl Nicklas (Frankfurt/Main) betonte, daß das Gespräch, das der Arzt mit dem Kranken führt, der Arzt-Patient-Begegnung dienen soll und nicht der Diskussion solcher mißlicher Umstände, wie sie durch die sogenannte Negativliste geschaffen wurden.

Es bleibt abzuwarten, ob die ebenso sachliche wie deutliche Kritik eine vorbeugende Wirkung wenigstens für zu erwartende weitere „Negativlisten“ entfaltet...

Das Fortsetzungsdrama „Honorarverzicht“ muß jetzt ein Ende haben!

Auf das wirtschaftlich Wesentliche war Dr. Muschallik schon bei der Begrüßung der Ehrengäste – unter ihnen Dr. Irmgard Adam-Schwaetzer, die Generalsekretärin der F.D.P., und Dr. med. Karl Becker als Repräsentant der CDU – zugesteuert: „Auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten darf sich nach unserer Auffassung Gesundheitspolitik nicht in Kostendämpfungsbemühungen erschöpfen; denn medizinischer Fortschritt läßt sich auf Dauer auch in der Kassenarztpraxis nicht kostenneutral realisieren.“



Dr. Hans Wolf Muschallik dankt Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm, der in seinem Referat und in der sich anschließenden lebhaften Diskussion mit Mitgliedern der Vertreterversammlung klar Stellung bezogen hatte zu vielen die Kassenärzteschaft bedrückenden Fragen (manche aber auch weiter offen ließ)

In seinem Referat selbst sprach Muschallik das nun „seit zwei Jahren laufende Fortsetzungsdrama“ Honorarverzicht konkret an:

„Es ist kein Widerspruch zu unseren Bemühungen um Kostendämpfung, und es ist schon gar nicht die Unfähigkeit, zwischen unseren materiellen Interessen und dem christlichen Abendland zu differenzieren, wenn ich unverblümt der Erwartung Ausdruck gebe, daß nach zweijährigem freiwilligen Verzicht auf Anpassung unserer Honorare dieses Moratorium jetzt ein Ende haben muß. Die Kassenärzte müssen nun wieder die Möglichkeit erhalten, Mittel für moderne Praxisinvestitionen und zur Aufrechterhaltung der personalen Dienste zu erarbeiten.“

Eine der Säulen unserer Freiberuflichkeit ist die Vertragsfreiheit. Ihre Anerkennung schließt aus, daß man uns ‚Lohnleitlinien‘ vorschreibt, ob das nun eine Regierung tut, eine Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen oder wer auch immer. Die Honorarverhandlungen sind Angelegenheit der Selbstverwaltung der Kassenärzte und ihrer Vertragspartner, der Krankenkassen. Diese gemeinsa-

me und gleichberechtigte Selbstverwaltung kann am ehesten gestärkt werden, wenn sie vom politischen Gängelband befreit wird und man den reglementierenden Gesetzesdruck von ihr nimmt, dem sie in den letzten Jahren in zunehmendem Maße ausgesetzt war.“

Eine konkrete Antwort auf die Honorarfrage erfolgte nicht. Hingegen unterstrich der Minister sein Verständnis vom Vorrang der Selbstverwaltung. Dr. Blüm: „Wenn Subsidiarität ein Kennzeichen und wenn Entstaatlichung ein Ziel unserer Sozialpolitik sind, dann muß die Trennungslinie zwischen Staat und Sozialversicherung deutlicher erkennbar sein. Es kann der Sozialversicherung gar nichts Besseres passieren, als daß sie von der Hektik eines Gesetzgebers abgehängt wird, dem ständig was Neues einfällt! Ich sehe in der Selbstverwaltung die Erfüllung des Subsidiaritätsprinzips.“

Und Blüm weiter: „Selbstverwaltung ist flexibler, als es ein Gesetzgeber sein kann. Ein Gesetzgeber steht immer unter großen Prestigebedürfnissen, ganz besonders kurz vor Wahlen. Selbstverwal-

KBV-Vertreterversammlung

tung kann näher an der Praxis sein, der Gesetzgeber steht immer im Zwang, unter großen Verallgemeinerungen zu arbeiten, von Kiel bis Konstanz alles über den Kamm der Gleichheit zu scheren.“

Der erfahrene Sozialpraktiker Norbert Blüm sieht in der Selbstverwaltung vor allem auch einen im Gesetzgebungsverfahren so nicht vorhandenen Integrationsfaktor, und zwar den Integrationsfaktor Kompromiß.

Der Arbeitsminister baute auf diese wohlklingende Argumentation allerdings auch seine Abwehr der Vermutungen auf, die geplanten Änderungen bei der Finanzierung einzelner Versicherungsweige würden zu einer Wiedereröffnung des deklaratorisch stillgelegten „Verschiebebahnhoofs“ führen. Dr. Muschallik hatte in seinem Referat diese Gefahr angesprochen:

„Wir haben in den letzten Jahren oft und vernehmlich – und auch hier war unsere Selbstverwaltung ohne Einfluß – die Politik des finanziellen ‚Verschiebebahnhoofs‘ beklagt. Gewaltige Summen wurden da zwischen haushaltsrechtlich getrennten Zweigen der Sozialversicherung hin- und hergeschoben, zur Entlastung des Bundeshaushalts und letztlich zur Belastung der Versicherten. Der neue Bundesarbeitsminister hat diesen Betrieb mit veränderter Zugfolge und Richtung zu unserem Bedauern vorerst weitergeführt, sicherlich der Not gehorchend, nicht dem eignen Triebe. Äußerungen von ihm geben mir indes die Zuversicht, daß wir künftig keinen Anlaß für eine solche Kritik mehr haben dürften. Hoffnung und Zweifel liegen aber nahe beisammen.“

Mich beschleicht Sorge, wenn ich an die von der neuen Bundesregierung geplante Neuordnung der Mischfinanzierung im Krankenhauswesen denke. Dabei geht es nicht nur um den Abbau der Mischfinanzierung von Bund und Ländern beim Krankenhausneu-

bau, sondern auch um die Beseitigung der Trennung von Investitions- und Pflegekosten. Die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft fordert dies schon seit geraumer Zeit. Nach ihrer Auffassung sollten die gesamten Kosten der Krankenhäuser über den Pflegesatz gedeckt werden . . .

► Die Überbürdung der Investitionskosten auf die Krankenkassen

Minister Blüm zum Stichwort „Selbstbeteiligung“

„Auch an dieses Stichwort und diese Aufgabe gehe ich ohne jede Befangenheit und ohne Ideologie heran. Zunächst muß man einmal festhalten, daß die ganze Krankenversicherung auf Selbstbeteiligung basiert. Sie wird nicht vom lieben Gott finanziert, sondern aus den Beiträgen der Versicherten. Wenn Selbstbeteiligung einen weitergehenden Sinn haben soll, dann muß sie mit Steuerungseffekten verbunden, auf das Verhalten der Menschen gerichtet sein. Ich will keine Selbstbeteiligung, die lediglich die Finanzmittel erhöht; dann könnten wir auch gleich die Beiträge erhöhen.“

sen in Form alle Kosten deckender Pflegesätze würde einen gewaltigen Kostenschub in der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken und neue Beitragssatzerhöhungen zur Folge haben. Der ohnehin teuerste Sektor würde für unsere gesetzliche Krankenversicherung noch teurer werden. Die Folgen würden sich aber nicht nur in einer Erhöhung der Beitragssätze bemerkbar machen, sie würden auch die Glaubwürdigkeit der Politik der Kostendämpfung insgesamt erschüttern.

Wer gibt uns denn die Gewähr, daß der ambulante Bereich nicht wieder dazu erhalten soll, die von Bund und Ländern abgeschüttelte Last der Krankenhausfinanzierung mit auf seine Schultern zu nehmen? Hier könnte ein neuer Verschiebebahnhof entstehen, dessen Umschlagskapazität noch größer ist als die des alten.“

► Die kassenärztliche Selbstverwaltung ist zwar entschlossen – wie Muschallik betonte –, die bewährte Strategie des „soviel ambulant wie möglich“ fortzusetzen, aber: „Wir sind ganz entschieden gegen eine Kostendämpfung als Solo-Nummer der Kassenärzte!“

Was weiteren Anlaß zur Besorgnis in Sachen „Verschiebebahnhof“ bietet, wurde von Minister Blüm nicht bestritten. So wird die Verlagerung der Tuberkulose-Heilfürsorge von der Rentenversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung geplant, was die Krankenkassen jährlich 300 Millionen DM zusätzlich kosten dürfte. Vom Krankengeld sollen schließlich nicht nur Beiträge an die Rentenversicherung, sondern neuerdings auch an die Bundesanstalt für Arbeit geleistet werden; auch das Mutterschaftsgeld soll beitragspflichtig werden. Schließlich wird die Einbeziehung der Krankenversicherung der Knappschaftsrentner in den allgemeinen Belastungsausgleich der Krankenversicherung der Rentner erwogen.

Allein die letztere Maßnahme würde bei den übrigen Krankenversicherungsträgern mit minus 800 Millionen DM zu Buche schlagen. Addiert man alles, so würde aus den geplanten Maßnahmen eine Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung resultieren, die die Zwei-Milliarden-DM-Grenze überschreitet, wie auch Dr. Eckart Fiedler unterstrich.

Muschalliks Appell an den Minister, sich dafür einzusetzen, daß die neue Kostenverschiebung nicht geschieht, blieb ohne rechten Widerhall. Der Bundesarbeits-

KBV-Vertreterversammlung

minister verteidigte vielmehr die geplanten Maßnahmen nicht nur mit dem Hinweis, daß der Mehrbelastung der Krankenkassen auch Mehreinnahmen gegenüberstünden, sondern auch ganz prinzipiell. Er wird versuchen, den Grundsatz durchzusetzen, daß Lohnersatzleistungen behandelt werden wie Lohn: „So hoch sie sind, so hoch werden sie mit Beiträgen belastet.“ Das habe mit dem bisherigen „Verschiebebahnhof“ nichts zu tun. Vielmehr gehe es darum, die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern in Ordnung zu bringen: „Bevor wir die Sozialversicherung vom Staat her abgrenzen, müssen wir erst einmal die Sozialversicherungen untereinander auf verlässliche Füße stellen.“

Auch zur Krankenhausfinanzierung vertrat Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm einen teilweise anderen Standpunkt als Muschallik: „Ich glaube, daß wir das Mischsystem Bund – Länder in der Finanzierung überprüfen müssen, denn ich sehe in finanziellen Mischsystemen auch die Gefahr einer Verantwortungsverwischung. Ich glaube, wir müssen Kompetenz und Konsequenz wieder unter ein Dach bringen. Wer die Kompetenz hat, der muß auch die Konsequenzen seiner Entscheidungen tragen.“

Das zielte eindeutig auf die verfassungsgemäß zuständigen Bundesländer. Aber Blüm ging noch weiter: „Wir sollten auch das jetzige duale System überprüfen, das spaltet zwischen Investitions- und Betriebskosten.“ Letztere gehen bekanntlich voll in die von den Kassen zu zahlenden Pflegesätze ein, während die Investitionen der öffentlichen Hand obliegen.

Dr. Eckart Fiedler mahnte in der Diskussion, dieses duale Finanzierungssystem der stationären Versorgung beizubehalten und sich nicht der bisherigen Investitionspflichten der öffentlichen Hand zu entledigen. Vielmehr gelte es, das „Selbstkostendeckungsprinzip“



Blick in das Plenum der KBV-Vertreterversammlung, die am 9. Mai in der Stadthalle Kassel aktuelle Probleme der kassenärztlichen Versorgung erörterte und richtungweisende Entschlüsse verabschiedete (im folgenden veröffentlicht)

als Wurzel des Übels, nämlich der überproportionalen Kostensteigerung im Krankenhaus, zu beseitigen. Wenn aber die öffentliche Hand sich ihrer Investitionspflicht künftig entziehe, dann handele es sich bei dieser tiefgreifenden Änderung des Finanzierungssystems mit Verlagerung der Kosten allein auf die Krankenversicherung doch um einen echten „Verschiebebahnhof“.

Prof. Dr. Hans J. Sewering (München) ging in der Diskussion auf den rhetorischen Unterschied zwischen dem bisherigen „Verschiebebahnhof“ und der „Entflechtung“ ein, wie sie der Minister bei der Finanzierung der einzelnen Sozialversicherungszweige anvisiert, und kritisierte, daß der Krankenversicherung dabei ziemlich viel „zugeflochten“ wird.

Welchen Kosten-Nutzen hat und welchen Zwecken dient „Transparenz“?

Sewering stellte zudem die Frage, was es kosten würde, etwa die im Programmpapier der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft bereits vor der Regierungsübernahme im September 1982 vorformulierte „Transparenz“ zu

finanzieren, und welchen Nutzen sie haben würde, zumal heute vom Kostenbewußtsein des Patienten nicht mehr viel die Rede ist, sondern nur noch von der Kontrolle des Arztes. Blüm hätte sich besser einmal bei den Repräsentanten der Krankenkassen in Bayern erkundigt, was diese beispielsweise von der jetzt in Baden-Württemberg geplanten Aufwärmung des in Bayern längst ad acta gelegten Lindauer Transparenzprojekts halten, nämlich nichts mehr, nachdem sich herausgestellt hat, wie wenig Nutzen es bei unverantwortbar hohen Kosten bringt.

Blüm gestand seine Gesprächsbereitschaft über die Wege verbesserter Transparenz zu. Außerdem sei auch dies eher eine Aufgabe der Selbstverwaltung, die den Spielraum des Machbaren erproben könne.

Für Blüm ist schon die Konzertierte Aktion in erster Linie auch eine Einrichtung der Transparenz und nicht der Reglementierung. Zu einem System, das an die Selbstverantwortung appelliere, gehöre auch eine größere Transparenz; das Interesse der Beitragszahler wie der Öffentlichkeit sei berechtigt, den Fluß des Hundert-Milliarden-Finanzstroms der Kranken-

KBV-Vertreterversammlung

versicherung zu verfolgen. Selbstverständlich müsse bei dieser Transparenzaufgabe der notwendige Datenschutz gewahrt werden. Er sehe auch ein, daß das seit Jahrtausenden bestehende Tabu der Arzt-Patient-Beziehung unangestastet bleiben müsse.

Für Muschallik ist die Forderung nach Transparenz an sich kein Schreckgespenst. Im Gegenteil, die Möglichkeit lückenloser Nachprüfung unter Beachtung der rechtsstaatlichen Grundsätze unseres Landes könnte, so Muschallik, „uns vielleicht zukünftig davor bewahren, daß man die Kassenärzteschaft durch Publizierung falscher, weit überhöhter Zahlen über angebliche Einkommen in Mißkredit zu bringen sucht, wie das von bestimmter Seite noch in der Frühjahrssitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen versucht worden ist. Der Anspruch auf Transparenz endet jedenfalls dort, wo die Bewahrung des Arztgeheimnisses und der Schutz persönlicher Daten des Patienten ihre Offenlegung verbieten.“

Verlängerte Vorbereitungszeit ist wichtig zur Erhaltung der Qualität

Die Kassenärzteschaft spricht selbstverständlich dem Staat und der Politik nicht etwa deren Ordnungsbefugnisse ab. Die kassenärztliche Selbstverwaltung muß ja bei einigen Problemen, deren Regelung außerhalb ihrer Kompetenz liegt, selbst nach dem Staat rufen. Das gilt vor allem im Hinblick auf die Gefahren, die sich aus der anhaltenden Überproduktion an jungen Ärzten, denen es an ausreichender ärztlicher Ausbildung mangelt, für die soziale Krankenversicherung ergeben.

Muschallik in diesem Zusammenhang: „Die Einführung einer verlängerten Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit, über die zur Zeit abschließende Beratungen im Gange sind, begrüße

ich ausdrücklich. Die verlängerte Vorbereitungszeit kann selbstverständlich nur eine Interimslösung darstellen. Sie bürdet den Kassenärzten zusätzliche Lasten auf, ohne das Kernproblem zu lösen.

Wenn wir dennoch an diesem Interim mitgewirkt haben, dann deshalb, weil damit immerhin ein Schritt in Richtung auf die Erhaltung der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung getan wird, welche Grundpfeiler unseres Wirkens sein und bleiben muß. Diese Qualität wird durch die überhohe Zahl von Studienanfängern in der Medizin und die damit verbundenen Mängel in der praktischen Ausbildung gefährdet. Die vorrangige Lösung des Problems muß daher in einer deutlich stärker praxisbezogenen Ausbildung liegen, die wiederum nur möglich ist, wenn der Zugang zum Medizinstudium gedrosselt wird.“

► Aus der Vormittagssitzung der KBV-Vertreterversammlung und dem Dialog mit dem Bundesarbeitsminister sei an dieser Stelle noch ein Teilthema hervorgehoben: der sogenannte „Rezeptskandal“. Muschallik bekannte offen, „daß – und wie könnte es bei nahezu 60 000 Kassenärzten anders sein – nicht jeder Arztkittel porentief rein ist. Gerade in jüngster Zeit ist ein betrügerisches Verhalten einiger Ärzte bei Arzneiverordnungen und durch Abrechnung nicht erbrachter Leistungen aufgedeckt und angeprangert worden. Im Interesse der weit überwiegenden Mehrheit der Ärzte, die täglich ihren Dienst anständig und aufopfernd leisten, erkläre ich deshalb in aller Öffentlichkeit: Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese kleine Gruppe sogenannter Kollegen zur Rechenschaft ziehen und ohne Ansehen der Person unnachsichtlich aus ihren Reihen entfernen.“

Die Antwort des Ministers war sehr geeignet, dem Vorwurf kollektiven Mißbrauches entgegenzuwirken. Keine Frage, Mißbrauch von Solidareinrichtungen ist eine Form

von Diebstahl, nicht nur eine Verletzung der Solidarität. Aber – wie der Minister betonte – man muß sich einer vereinfachten öffentlichen Diskussion in die Quere stellen, die aus Ausnahmen auf die Regel schließt. Einzelnen Mißbrauch, Fehlverhalten, wird es immer geben; Blüm: „Aber nur ein Polizeistaat maßt sich an, jeden Mißbrauch ausradieren zu können.“

Die Ärzteschaft wird in Sachen Versorgungswerke nicht locker lassen!

Über den „Garten der Krankenversicherung“ hinausschauend, machte der Minister auch einige Bemerkungen zur Rentenversicherung, deren Probleme „im Konsens“ zu lösen, er während der nächsten Monate seine ganze Kraft widmen werde. Daraus ergab sich selbstverständlich die auch prompt (von Dr. Klaus Dehler, Nürnberg) aufgeworfene Frage, wer alles in diesen Konsens einbezogen werden solle – etwa auch die Opposition, deren von Eugen Glombig, MdB, vertretene „Harmonisierungs“vorstellungen auch auf die Einbeziehung berufsständischer Versorgungswerke in die Rentennivellierung abzielten?

Wer ganz mißtrauisch bleiben will, kann konstatieren, daß „letzte Klarheit“ in der Antwort auf diese Frage nicht formuliert wurde. Die Bundesregierung hat eine „Harmonisierungskommission“ eingesetzt, deren Vorschläge Dr. Blüm geduldig abwarten will. Er glaubt, daß „Harmonisierung“ notwendig ist; aber er will in einer Neuordnung weder den Beamtenstatus unterlaufen noch die Lebensversicherung tangiert wissen.

Die Ärzteschaft wird jedenfalls auch in dieser Frage nicht locker lassen. Sie kann dabei gewiß auf das Schlußwort des Ministers bauen: „Sie werden in mir nicht in jedem Falle einen bequemen, aber immer einen Offenen-Dialog-Partner finden.“ DÄ