

Diskussion zum GRG

Am 16. Dezember 1988, so wird allgemein erwartet, wird der Bundesrat das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) im zweiten Durchgang verabschieden, so daß es am 1. Januar 1989 in Kraft treten wird.

Vorweg gesagt: Für den einzelnen Arzt wird sich *an diesem 1. Januar 1989 als Folge des GRG noch nichts ändern!* Dr. Rainer Hess, der Hauptgeschäftsführer der KBV, erläuterte dies: Überleitungsverträge mit den Vertragspartnern auf der Kassenseite stellen sicher, daß der Bundesmantelvertrag mit den RVO-Kassen und der Arzt/Ersatzkassen-Vertrag weitergelten, ebenso die Vordrucke und Bescheinigungen wie bisher. Auch das neue Prüfsystem tritt nicht bereits im ersten Quartal in Kraft. Die Kassen- und Vertragsärzte, die bisher beteiligten und die ermächtigten Krankenhausärzte werden *rechtzeitig* vom jeweiligen Inkrafttreten der Neuerungen unterrichtet werden. Kein Kassenarzt braucht also mit etwas „Neuem“ zu rechnen, bevor er im Detail informiert worden ist.

Einige dieser Details wurden in der Diskussion kritisch angesprochen: der „Medizinische Dienst“, der kein *ärztlicher* Dienst mehr sein wird, die „Versuchung“, die *ärztliche* Arzneiverordnung aus der Hand zu geben, oder „prä/post“-Einweisungen ins Krankenhaus zu forcieren.

Alles in allem aber: mit diesem Gesetz wird schwer zu leben sein, wie der Delegierte Dr. Klaus-Dieter Kossow (Niedersachsen) bilanzierte. Den Kollegen sollte klar sein, was die Kassenärztliche Bundesvereinigung erreicht hat, wie viele Passagen der ministeriellen Entwürfe *nicht* ins beschlossene Gesetz kamen, wie vieles *verbessert* werden konnte! Dennoch: Das GRG sei ein größeres Problem als der EBM. Das Gesetz richte sich mit eindeutigen Knebelungsregelungen und ausgeklügelten Herrschaftstechniken gegen den Arzt und gegen den *ärztlichen* Auftrag. EB

Die Konzeption des „Diskussions- und Referenten-Entwurfs zur Rentenreform 1992“ aus dem Bundesarbeitsministerium ist von der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV), Köln, begrüßt worden (vgl. „Umriss der Rentenreform“, im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT, Heft 47/1988). Insbesondere unterstützt die ABV, der 45 selbständige Altersversorgungswerke der Freien Berufe angehören, die Absicht, die Finanzierungs- und Leistungsmechanik der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) an die veränderten demographischen und wirtschaftlichen

Versorgungswerke
verteidigen
„statuiertes
Befreiungsrecht“

Verhältnisse anzupassen. Zielkonform sei es, den Bundeszuschuß anzuheben und ihn künftig nach Maßgabe der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter sowie der Beitragssätze in der Rentenversicherung zu dynamisieren. Allerdings wäre es notwendig, den Bundeszuschuß auf 20 Prozent des Rentenzahlvolumens zu erhöhen (heute rund 17 Prozent). Nur dadurch könne erreicht werden, daß die Belastungen auf Rentner, Beitrags- und Steuerzahler gleichmäßig verteilt werden (vgl. Klaus Dehler, „Damm gegen die Flut der Nivellierung“, in DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 48/1988).

Für die ABV ist es „problematisch“, daß die Anerkennung von Kindererziehungszeiten ab 1992 aus Mitteln der Rentenversicherung und nicht mehr aus dem Bundeshaushalt finanziert werden solle. Dies bedeute einen „ordnungspolitischen Systembruch“. Zielkonform sei auch die Beibehaltung des Prinzips der Lohn- und Beitragsbezogenheit der Rente, mithin die Erhaltung der „Lohnersatzfunktion“ von Renten-

leistungen. Für weitergehende Forderungen an die Adresse der Versorgungswerke sei kein Raum, da die Mitglieder der Einrichtungen über ihre Steuerpflicht ohnedies einen bedeutsamen Solidarbeitrag leisteten und die GRV indirekt über den Staatszuschuß subventionierten.

Die ABV begrüßt die Klarstellung, daß auch Bezieher einer Altersrente eines Versorgungswerks in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei sind. Sie erkennt auch an, daß die seit 1957 im Angestelltenversicherungsgesetz statuierte Befreiungsmöglichkeit für angestellte Ärzte, die gesetzlich verpflichtet seien, ihrem Versorgungswerk anzugehören, nicht angetastet werde.

Die ABV beruft sich auf den vom Bundessozialgericht bekräftigten Grundsatz der „Versicherungskontinuität“. Danach dürfe es auch künftig nicht einen „unfruchtbaren“ Wechsel zwischen den Versorgungssystemen Gesetzliche Rentenversicherung und berufsständische Versorgung geben. Die Befreiung müsse deshalb *personenbezogen* bleiben. Oder aber es solle festgelegt werden, daß die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Versicherung dann erhalten bleibt, wenn sich das „berufsfremd“ tätige Mitglied eines Altersversorgungswerks gegenüber diesem verpflichtet, auch aus der „berufsfremden“ Tätigkeit einkommensbezogene Beiträge an das Versorgungswerk zu zahlen. Gerade Freiberufler müßten im Laufe ihrer beruflichen Karriere oftmals vorübergehend „berufsfremd“ tätig werden (z. B. weil Aus- und Weiterbildungsstellen fehlen), so daß die aufgebaute „Versorgungs-Legende“ dadurch nicht unterbrochen werden dürfe.

Die Arbeitsgemeinschaft der Versorgungseinrichtungen plädiert schließlich dafür, es bei der bisherigen steuerlichen Behandlung der Versorgungswerke zu belassen. Danach ist eine Steuerbefreiung dann als gegeben anzusehen, wenn die Satzung nicht höhere Beiträge als das 12- bis maximal 15fache des doppelten Höchstbeitrages wie zur Angestellten-Versicherung zuläßt. HC