

die obligatorische Verpflichtung zur Beratung sowie die Verknüpfung mit einem „Lebensschutzgesetz“.

Nach dem derzeitigen Stand der Diskussion strebt die FDP für die gesamtdeutsche Zukunft eine Fristenlösung mit obligatorischer Beratung an, während die SPD eher die freiwillige Beratung wünscht. Doch noch wird in den Fraktionen und einer interfraktionellen Frauengruppe um Rita Süßmuth, Dr. Irmgard Adam-Schwaetzer (stellvertretende FDP-Vorsitzende), sowie Dr. Hertha Däubler-Gmelin (stellvertretende SPD-Vorsitzende), diskutiert.

● Sicher ist bis jetzt nur, daß es für eine Übergangszeit zweierlei Recht innerhalb eines Staatsgebiets geben wird. Die DDR wird ihre Fristenlösung beibehalten, die Bundesrepublik den § 218. Nach Ablauf der Übergangszeit – in der Diskussion sind Fristen von zwei bis fünf Jahren – soll dann ein gesamtdeutsches Parlament die Weichen für eine einheitliche Lösung gestellt haben.

Das Justizministerium in Bonn hatte zunächst vorgesehen, nicht – wie üblich bei verschiedenen Strafgesetzen innerhalb eines Staates – das Recht anzuwenden, das am „Tatort“ gilt. Statt dessen sollte der „Lebensmittelpunkt“ herangezogen werden. Konkret hätte das bedeutet: Frauen, die auf dem Gebiet der jetzigen Bundesrepublik leben, aber in der DDR eine Abtreibung vornehmen lassen, machen sich strafbar. Nach neuesten Informationen will das Justizministerium jetzt zum „Tatort“-Recht zurückkehren. Dann blieben die Frauen straffrei. Straffrei würden ohnehin alle Berlinerinnen bleiben, die eine Abtreibung innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen vornehmen ließen – zumindest, wenn es nach dem gemeinsamen Willen des West-Berliner Senats und des Ost-Berliner Magistrats ginge. Dann würde nämlich nach der deutschen Einigung in ganz Berlin einheitlich das Recht der ehemaligen DDR gelten.

● Bundesjustizminister Hans A. Engelhard (FDP) lehnt diese Pläne ab. Auch dem Senat dürfte bekannt sein, so Engelhard, daß für die strafrechtliche Regelung allein der Bund zuständig sei. th

## Gebührenordnung

# PKV und Blüm „Arm in Arm“

Mit fragwürdigen Argumenten versucht der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), sich bei der noch vor Jahresfrist für diese Legislaturperiode avisierten Vierten Novelle zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit dem Bundesarbeitsministerium zu solidarisieren. Wie zuvor bereits Bundesarbeits- und Sozialminister Dr. Norbert Blüm wirft der PKV-Verband der Bundesärztekammer vor, mit ihrem Konzept zur Novellierung der GOÄ „überzogene Honorarforderungen zu stellen, ohne auf die Finanzierung zu achten“. Die Bundesärztekammer sei nicht bereit, im Zuge der Weiterentwicklung der GOÄ (die seitens des Ministeriums auf 1991/92 vertagt wurde) „Kosteneinsparungen an die Versicherten weiterzugeben“. Dadurch werde nicht nur die Weiterentwicklung der GOÄ, sondern auch der medizinische Fortschritt gebremst, so der Vorwurf der Assekuranz.

Zugleich spricht sich der Verband der Privaten Krankenversicherung dagegen aus, die Privatgebührenordnung und das kassenärztliche Leistungsverzeichnis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu stark auseinanderdriften zu lassen. Auch würde eine zu starke Differenzierung der Leistungen die Transparenz erschweren und den Patienten kaum in die Lage versetzen, die Arzt-Rechnung zu verstehen. Mit einer solchen Argumentation macht sich die PKV Parolen der Gleichmacherei und Vereinheitlichung zu eigen, und zwar auf einem Gebiet, wo – jedenfalls nach ihrer eigenen Werbung – Leistungen eben nicht über einen Leisten geschlagen werden sollen.

Zudem: Bei den Argumenten der Privaten Krankenversicherung werden einseitig Argumente der Kostendämpfung, der Beitragssatzstabi-

lität und Kostenneutralität aktiviert – allesamt Glaubensbekenntnisse der Politik und der sozialen Krankenversicherung, von der sich die PKV sonst absetzt.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, hat frühzeitig in Verhandlungen mit dem Bundesarbeitsministerium und auch mit der Privaten Krankenversicherung klargelegt, daß die Ärzteschaft zwar auf eine lineare Anhebung des Punktwertes verzichten und damit zur Kostenneutralität beitragen will, aber Punktzahlanhebungen für einzelne Leistungen, die sich aus der Entwicklung neuer, teurerer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zwangsläufig ergeben, waren damit nicht ausgeschlossen. Und: Bei der GOÄ-Novellierung würde nur das nachvollzogen, was bei der EBM-Reform infolge der Umstrukturierung und mit einer höheren Bewertung von Grundleistungen bereits erfolgt ist. Solche leistungsspezifischen und damit nicht linearen Anhebungen von Punktzahlen erfordern sowohl der medizinische Fortschritt als auch die Anpassung eines zwölf Jahre alten, bisher unverändert gebliebenen Leistungsverzeichnisses an die moderne Medizin.

## Subventionierung der Selbstzahler . . .

Die vom Bundesarbeitsministerium und der Privaten Krankenversicherung ausgegebene Losung von der Beitragsatz- und Kostenneutralität und der Umverteilung wäre nichts anderes als eine Subventionierung der Selbst- und Privatzahler durch eine insgesamt abqualifizierte privatärztliche Behandlung. Die Privatversicherer verhalten sich unredlich, wenn sie einerseits in ihrer Werbung und in Bilanzpressekonferenzen auf die Qualität der Privatbehandlung und mit Stolz auf höhere Leistungszusagen hinweisen, andererseits durch eine verabsolutierte Kostendämpfung – ohne Berücksichtigung des qualitativ und quantitativ veränderten Leistungsspektrums der Medizin – dazu beitragen wollen, daß die Überschüsse noch mehr steigen als bisher schon. HC