

KRANKENKASSEN

REFORM-GESETZ

Geld, Geld

(siehe Titelbild)

Das wichtigste sozialpolitische Gesetzgebungswerk der dritten Wahlperiode des Deutschen Bundestags auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit wird die Reform der sozialen Krankenversicherung sein.
(Konrad Adenauer in seiner Regierungserklärung am 29. Oktober 1957).

Als die Mai-Sonne des Jahres 1958 zu wärmen begann, machten sich vier Referenten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung mit Genehmigung ihres Ministers Theodor Blank nach Münstereifel auf, einem idyllischen Kneipp-Kurort in der Eifel, der im allgemeinen von abstrapazierten Managern, Neurotikern und älteren Damen besucht wird. Die Reise- und Aufenthaltskosten zahlte der Staat.

Blanks Referenten führen jedoch nicht etwa zur Kur. Sie wollten nicht wie die meisten Gäste, die den idyllischen Kneipp-Ort an der Erft aufsuchen, jeden Morgen mit nackten Füßen über taufrische Wiesen wandern, sondern dienstliche Arbeit verrichten. Ihre Gehirne sollten Funken sprühen — diese Weisung hatte ihnen Blanks Staatssekretär Dr. Wilhelm Claussen, 57, erteilt. Die Referenten sollten in der erholenden Landluft und in mönchischer Abgeschiedenheit zu Ideen inspiriert werden, die ihnen mit großer Wahrscheinlichkeit in den stickigen Amtsstuben des Bonner Arbeits- und Sozialministeriums — einer ehemaligen Kaserne — nicht eingefallen wären.

Das Quartett aus Theodor Blanks Sozialkaserne mietete standesgemäße Zimmer in der exklusiven Waldpension „Gut Giersberg“, einer jagdschloß-ähnlichen Waldvilla, in der auch Bundespräsident Theodor Heuss zuweilen besinnliche Stunden verbringt.

Wohlbehütet von dem Pensionsinhaber, Werner von Schnitzler, begannen die vier Referenten unter hohen Tannen und Eichen mit einem Elabarat, das sie neun Wochen lang beschäftigte. Als sich in den Tälern der Erft das wogende Getreide bereits gelb färbte, führen die Referenten wieder nach Bonn zurück. Sie lieferten ihre Klausurarbeit in drei Leitordnern bei dem Staatssekretär Wilhelm Claussen ab, von dem die Idee stammte, die sonst an ihre Amtsstuben gefesselten Ministerialbürokraten in die frische Waldluft zu verpflanzen.

Der Inhalt der Leitordner wurde offiziell als „Referenten-Entwurf zur Reform der sozialen Krankenversicherung“ deklariert; er gilt vorläufig als geheime Bundessache, denn Bundeskabinett und Bundesrat müssen noch über das Produkt von Münstereifel beraten, bevor der Entwurf als Regierungsvorlage im Bundestag eingebracht wird. Aber den Andeutungen, die Minister Blank und sein Staatssekretär austreuten, konnte man — als Essenz des Reformentwurfs — entnehmen, daß Kranksein für die Mitglieder aller sozialen Krankenkassen teuer werden soll.

Davon werden alle Beitragszahler folgender Pflichtkassen betroffen:

- ▷ der Allgemeinen Ortskrankenkassen (10,5 Millionen Mitglieder),
- ▷ der Landkrankenkassen (527 000 Berufstätige der Land- und Forstwirtschaft und des Wandergewerbes),
- ▷ der Innungskrankenkassen (660 000 Handwerker),
- ▷ der Betriebskrankenkassen (2,75 Millionen Arbeiter und Angestellte),
- ▷ der Seekrankenkasse (45 000 Seeleute),
- ▷ der Knappschafts-Krankenversicherung (684 000 Bergleute),
- ▷ der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen (3,145 Millionen Mitglieder).

Der Reformentwurf sieht in der Tat vor, daß die 18,3 Millionen Beitragszahler dieser Kassen und ihre mitversicherten

neue Parforce-Tour zu reiten; er werde sich mit der Krankenkassenreform noch unbeliebter machen als vor Jahren durch seinen Aufrüstungseifer. Doch Staatssekretär Claussen stärkte seinem Minister den Rücken; er dürfe weder auf die linken Flügelmänner der CDU noch auf die Standespolitiker der Ärzteschaft Rücksicht nehmen, die zu Dutzenden bei Blank und Claussen antichambrierten.

Sagt Claussen: „Man muß in der Sozialpolitik endlich den Mut zur Unpopularität haben. Die Krankenkassen sind selbst schwer krank, mit Hausmitteln können wir sie nicht mehr kurieren. Die Sozialpolitiker dürfen nicht länger so tun, als sei die Krankenversicherung eine Kuh, die auf Erden gemolken und im Himmel gefüttert wird.“

Solche Spruchweisheiten sind typisch für diesen Staatssekretär, der dem leicht nervösen Theodor Blank mit Vorbedacht attachiert wurde. Claussen, der wie Blank der christlichen Gewerkschaftsbewegung entstammt, qualifizierte sich für diesen Posten durch seine robuste Gesundheit, seine Kontaktfreudigkeit und seine Erfahrungen im sozialpolitischen Dienst.

Der Dr. phil. Claussen war früher einmal Dozent an der Evangelisch-Sozialen Schule in Spandau, die Gewerkschaftsfunktionäre und Betriebsräte drillte. Nach dem Krieg leitete Claussen die See-Berufsgenossenschaft in Hamburg, die Pflichtversicherung aller Seeleute. „Dort hat Claussen gezeigt, daß er eine kranke Versicherung gesund machen kann“, lobt der stellvertretende Vorsitzende der Berufsgenossenschaft, Gewerkschaftsfunktionär Henry Hildebrandt (den Claussen stets mit „Sir Henry“ anredet).

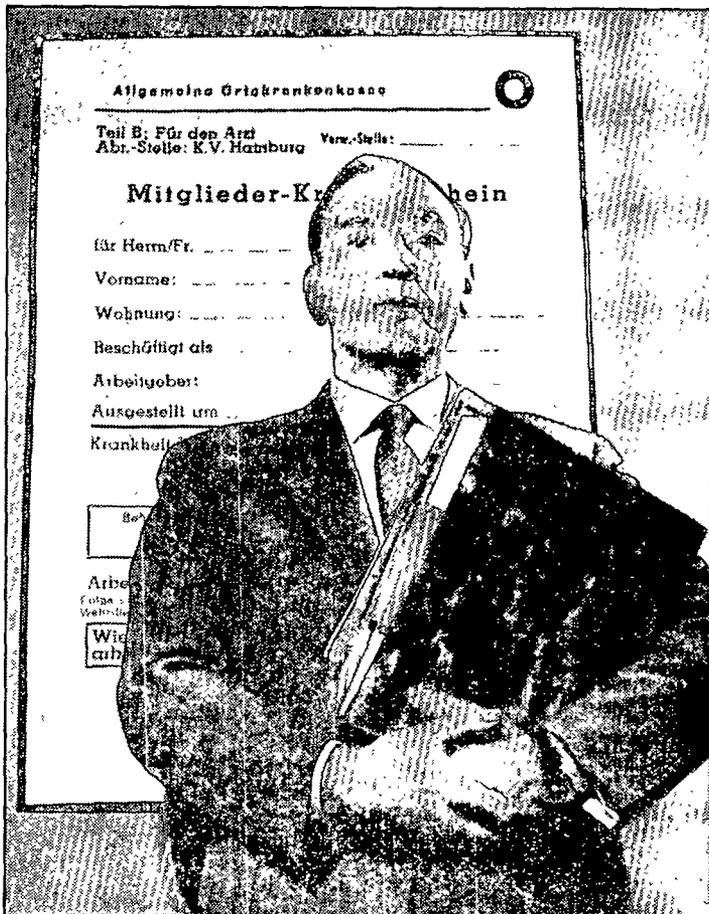
„Die See-Berufsgenossenschaft war nach dem Krieg leck geschlagen. Sie stand vor dem finanziellen Zusammenbruch, als Claussen das Steuer übernahm. Durch strenge Haushaltsführung und geschickte Kreditpolitik konnte Claussen das Wrack der Seeleuteversicherung reparieren, so daß die See-Berufsgenossenschaft heute eine der leistungsfähigsten berufsständischen Pflichtversicherungen ist.“

Aber es war nicht allein diese Bewährung im Krankenkassendienst, die Claussen für sein Amt im Sozialministerium prädestinierte. Er gilt als raffinierter Verhandlungstaktiker,

der die gewiegtesten Gewerkschaftsfunktionäre durch populäre Rhetorik matt setzt.

Aggressive Gesprächspartner pflegt er zunächst mit Aquavit zu beruhigen; danach schafft er mit plattdeutschen Spruchweisheiten volkstümliche Atmosphäre, wobei er gern betont, daß er keiner Partei angehört und seinen Spruch wiederholt: „Ich bin überzeugter Schleswig-Holsteiner und stamme aus Husum, dem größten Rindviehmarkt Europas. Von dort kamen bisher nur drei große Männer: Theodor Storm, Günther Bergmann (ehemaliger Staatssekretär im Bundesverkehrsministerium und heutiger Direktor beim Unilever-Konzern in Hamburg) und ich, der Staatssekretär Wilhelm Claussen.“

Der Husumer in Bonn würde sein Bonmot ernsthaft fundieren, wenn ihm sein Vorhaben gelänge, die kranken Krankenkassen zu heilen. Sagt Claussen: „Das System ist altersschwach geworden und



Reformer Claussen: „Die Kassen sind krank“

21 Millionen Familienangehörigen genauso wie die privatversicherten Bundesbürger im Krankheitsfall einen Teil der Arzt-, Krankenhaus- und Heilmittelkosten selbst bezahlen sollen, allerdings nur vom ersten bis zum 42. Krankheitstag.

„Damit will der Gesetzgeber“, kommentierte Staatssekretär Claussen, „endlich der Kassenaushöhlung durch solche Mitglieder steuern, die wegen jeder Bagatelle zum Arzt laufen und beispielsweise wegen einer Flasche Hustensaft den Verwaltungsapparat der Krankenkassen bemühen.“

Schon die spärlichen Andeutungen hatten eine alarmierende Wirkung. SPD-Opinion und Gewerkschaften sagten dem Gesetzeswerk schon jetzt den Kampf an. Aber auch mehrere Dutzend CDU-Parlamentarier vom linken Flügel der Christdemokraten wurden unruhig. Sie warnten ihren Parteifreund Theodor Blank, eine

bietet viele Angriffspunkte. Die Versicherten fühlen sich nicht angemessen behandelt. Die Ärzte klagen über die schlechte Honorierung und darüber, daß sie das eigentliche Risiko größerer Epidemien zu tragen haben. Die Sozialhygieniker sind kritisch eingestellt, weil zur Krankheitsverhütung nicht genug geleistet wird. Die Arbeitgeber stöhnen über die hohen Kosten und über Störungen des betriebswirtschaftlichen Ablaufs. Die Öffentlichkeit ist wegen verschiedener bekanntgewordener Mißgriffe erregt.“

Alle diese Beschwerden führt Claussen darauf zurück, „daß das System der Krankenversicherung so, wie es in seinen Grundzügen zu Beginn (1883) entwickelt wurde, unverändert geblieben ist. Man hat — um im Bilde zu sprechen — die Fundamente dieses für die Sozialgeschichte Deutschlands ungeheuer wichtigen Baues nicht angetastet, das Gebäude selbst aber erweitert, Verzierungen angebracht, auch wohl Stockwerke und ganze Trakte angebaut und dabei nicht bedacht, daß sich die Bewohner des Hauses verändert haben.

„Jetzt ist dieses Haus nicht mehr bewohnbar; denn die Versicherten von heute sind mit den Versicherten von damals nicht zu vergleichen. Es haben sich eben im Laufe der Jahre große soziologische Umwandlungen vollzogen.“

Ursprünglich war die soziale Krankenkasse als Arme-Leute-Versicherung nur für das Industrieproletariat bestimmt, dem man nicht zutraute, im Krankheitsfall selbst für sich sorgen zu können. Deshalb wurden die Industriearbeiter gesetzlich verpflichtet, bei den 1883 gegründeten Arbeiter-Krankenkassen Mitglied zu werden. Für den Beitrag müssen seither sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber zu gleichen Teilen aufkommen.

1885 waren bei den gesetzlichen Sozialkassen 4,924 Millionen Arbeiter pflichtversichert. Heute umfaßt die gesetzliche Krankenversicherung — einschließlich der mitversicherten Familienmitglieder — rund 40 Millionen Bundesbürger, also 80 Prozent der westdeutschen Bevölkerung (siehe Graphik Seite 47). Seit 1911 sind auch die Angestellten bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze, die mehrmals heraufgesetzt wurde und seit 1957 bei 660 Mark Monatsgehalt liegt, versicherungspflichtig.

So kam es, daß sich die ehemalige Arme-Leute-Versicherung immer mehr zu einer Versicherung der breiten Mittelschichten entwickelte. Nur 12,5 Prozent der westdeutschen Bundesbürger haben sich einer privaten Krankenversicherung angeschlossen. Fünf Prozent sind ohne Krankenversicherungsschutz, und 2,5 Prozent werden von der sozialen Fürsorge betreut.

Die Umwandlung der ehemaligen Arme-Leute-Kassen zu Krankenkassen für jedermann wurde noch dadurch begünstigt, daß die Kassen Hunderttausende von gutverdienenden Angestellten animierten, freiwillig weiter Mitglied der sozialen Krankenversicherung zu bleiben, obwohl ihr Einkommen über die Pflichtversicherungsgrenze hinausgewachsen ist. Diese Gruppe der freiwillig Weiterversicherten hat sich inzwischen so stark vergrößert, daß sie heute etwa 15 Prozent aller Mitglieder der sozialen Krankenkassen stellt.

Das Verlockende an der freiwilligen Mitgliedschaft ist nicht nur die Garantie, dadurch alte Versicherungsansprüche aufrechterhalten zu können, sondern auch der relativ niedrige Beitragssatz. Selbst wenn das freiwillige Mitglied monatlich 4000 Mark verdient, zahlt es für sich und seine ganze Familie nur den höchsten Pflichtbeitrag, der auf 660 Mark Monatsgehalt zugeschnitten ist. Wie die Ärztekammern



Beliebt und vielbegehrt...

ist MARTINI überall in der Welt wegen seiner anerkannt einmaligen Geschmackskomposition. Diese kommt betont zum Ausdruck, wenn Sie MARTINI pur genießen — bevorzugt auf Eiskwürfeln „On the Rocks“ nach angelsächsischer Art. Unentbehrlich ist MARTINI auch zum Mixen exquisiter Cocktails.

MARTINI zu jeder Gelegenheit



ROSSO · BIANCO · DRY · ROT

feststellten, nutzen sogar Fabrikdirektoren, Gutsbesitzer und hohe Verwaltungsfunktionäre diese Chance aus, sich billig zu versichern. Darüber erregte sich unlängst der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für das Gesundheitswesen, FDP-Abgeordneter Dr. Wolfgang Stammberger: „Es muß endlich aufgehört, daß — wie es vor kurzem passiert ist — der Oberbürgermeister einer westdeutschen Großstadt seinen Fahrer mit dem Krankenschein zum Arzt schickt, um sich ein Medikament holen zu lassen.“

Die Kassen wollen die freiwilligen Mitglieder aber nicht ausschließen, weil sie den Anteil der relativ guten Beitragszahler vergrößern, mit deren Hilfe es bis Mitte 1957 noch möglich war, die Einnahmen und Ausgaben der Kassen auszugleichen. Dieser versicherungsmathematische Balanceakt gelingt aber seit einiger Zeit vielen Kassen nicht mehr. Ihre Ausgaben wuchsen stärker als je zuvor.

Die Krankenziffer stieg so stark an, daß die Kassen im vergangenen Jahr doppelt soviel Krankenscheine abrechnen mußten wie 1934. Nur zum Teil ist die Krankenschein-Hausse darauf zurückzuführen, daß breite Volksschichten durch Kriegsnachwirkungen morbider geworden sind. Ein Katalog der Versicherungsgesellschaften über die Krankheitsursachen nennt als Hauptmotive:

- ▷ Die fortgeschrittenen Erkenntnisse der Medizin, die es ermöglichen, Alten und Siechen das Leben zu verlängern,
 - ▷ verschärftes Arbeitstempo,
 - ▷ unnatürliche Lebensweise (Bewegungsarmut, nervenaufpeitschende Zerstreuung, Genußgifte) und
 - ▷ die „Erotisierung“ als Ursache der Zunahme nervöser Störungen bei Jugendlichen.
- Weitere Gründe der Krankenschein-Hochflut sind nach einer Untersuchung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung
- ▷ „der Schwund selbstverantwortlichen Verhaltens im Falle leichter Erkrankung“ (etwa ein Drittel der Krankmeldungen bezieht sich auf kurzfristiges Unwohlsein) und
 - ▷ „die mißbräuchliche Inanspruchnahme der Versicherungsleistung.“

Für viele Kassenmitglieder ist die Anforderung des Krankenscheins zur Routine geworden. So hat man zum Beispiel in einem der größten Industriebetriebe Westberlins (etwa 5000 Arbeiter und Angestellte) festgestellt, daß zu Beginn jedes Quartals 5000 und mehr Krankenscheine angefordert werden, gleichgültig, ob sie benötigt werden oder nicht.

Dazu Staatssekretär Claussen: „Der Versicherte will — koste es, was es wolle — von seinem Beitrag etwas wiederhaben.“ Er verlange nicht nur das Notwendige, sondern äußere Sonderwünsche, die der unter starkem Konkurrenzdruck arbeitende Kassenarzt nur allzu leicht erfülle, um den Patienten nicht zu verlieren. Wenn der Patient kommandiert: „Heftpflaster und Schlaftabletten schreiben Sie mit auf“, zücke der Arzt schon den Rezeptblock.

Die Münchener Medizinische Wochenschrift mokierte sich unlängst über diesen Auswuchs der Ärztekonzurrenz:

Wer viel verordnet, spritzt und schmiert und jeden Flatus* ästimernt, das ist der Mann —, der macht das Rennen, den wird zum Hausarzt man ernennen

Weil viele Ärzte jeden Flatus ästimernten, stiegen nicht nur ihre Honorare, sondern auch die Arzneikosten. Sie erhöhten sich von 1951 bis 1957 je Kassenmitglied



um mehr als die Hälfte. Ähnlich stiegen auch die Krankenhaus-Behandlungskosten, weil immer mehr Kassenpatienten — meist aus Bequemlichkeit — die Krankenhauspflege der Hauspflege vorziehen.

In München hat man zum Beispiel festgestellt, daß die Krankenhäuser zunehmend von Kassenpatienten ausgenutzt werden, die in schlechten Wohnverhältnissen leben oder deren Angehörige berufstätig sind. Jeder zehnte Münchner nimmt einmal im Jahr gleich für mehrere Wochen ein Krankenhaus in Anspruch. Bis 1955 hielt sich der Durchschnittspatient in einem der größten Münchner Krankenhäuser etwa 21 Tage auf, heute bleibt er 38 Tage.

Die gesetzlichen Rücklagen der Versicherungsinstitute schrumpften deshalb wie die Fettpolster eines Pflichtversicherten bei schwerer Krankheit. Das konnte jedoch den Bundestag vor seiner Neuwahl nicht davon abhalten, im Juni 1957 ein haarscharf auf den Schlitz der Wahlurne gezieltes Gesetz zu verabschieden, das die Krankenkassen zu einem weiteren Aderlaß verurteilte: das „Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall“.

Es garantiert jedem durch Krankheit arbeitsunfähig gewordenen Arbeiter sechs Wochen lang 90 Prozent seines Netto-

Arbeitsentgelts; davon muß die Krankenkasse 65 bis 75 Prozent des Grundlohns zahlen (zuvor nur 50 Prozent), den Rest der Arbeitgeber. Die beiden ersten Krankheitstage gelten als Karenztage, das heißt, für sie bekommt der Arbeiter nur ein Lohnäquivalent, wenn er insgesamt mindestens vierzehn Tage krank ist.

Der Posten Krankengeld stand schon seit Jahrzehnten in den Kassen-Bilanzen mit rund 26 Prozent der Gesamtausgaben an erster Stelle*, von Juli bis November stiegen die Krankengeldausgaben jedoch bei vielen Kassen auf 50 bis 60 Prozent. Daran war sowohl das fehlkonstruierte neue Gesetz schuld, das den Arbeiter anreizte, es einmal auszuprobieren und leichte Krankheiten auf mindestens 14 Tage zu „verlängern“, als auch eine Grippewelle, die damals über Westdeutschland brandete.

Die meisten Sozialkassen büßten während der Grippemonte ihre letzten Reserven ein und gerieten in Schulden. „Es besteht Einmütigkeit darüber“, schrieb die Zeitschrift „Arbeit und Sozialpolitik“, „daß eine solche finanzielle Notlage der Krankenkassen nicht einmal in der Zeit der Notverordnungen in den dreißiger Jah-

* Die Ausgaben für Arzthonore betragen rund 20 Prozent, für Arzneien und Heilmittel 17 Prozent, für Krankenhauspflege 16 Prozent.



Krankenschlange vor Münchener AOK: Jeder zehnte ins Krankenhaus

* Flatus (lat.) = Blähung.

ren zu verzeichnen war. Die Krankenstände, die in normalen Zeiten vier bis fünf Prozent (der Mitgliedschaft) betragen, stiegen bis zu 20 Prozent der Mitglieder an.“ Inzwischen hat sich der Krankenstand wieder normalisiert, aber viele Kassen leiden noch unter jenem Aderlaß.

Schon vor dem Höhepunkt der Krise hatten sie versucht, ihr wachsendes Defizit durch Beitragserhöhungen auszugleichen. Während den Versicherten bis Ende 1956 nur fünf bis sechs Prozent ihres Grundlohns als Krankenkassenbeitrag vom Lohn oder Gehalt abgezogen wurden, müssen sie heute im Bundesdurchschnitt 8,53 Prozent hergeben*.

Dazu muß der gesetzlich versicherte Lohn- oder Gehaltsempfänger noch 14 Prozent seines Bruttoeinkommens an die Rentenversicherung, zwei Prozent an die Arbeitslosenversicherung, 2,4 Prozent an die Unfallversicherung und ein Prozent an die Familienausgleichskasse abführen, so daß ihm fast 30 Prozent seines Einkommens für soziale Zwecke abgezogen werden.

Die Kassen sicherten sich auf diese einfachste Art 5,5 Milliarden Mark Einnahmen (1953: 3,7 Milliarden Mark). Aber auch damit vermochten sie die Krise nicht zu überwinden. Sie waren gezwungen, bei den Gemeinden und Ländern Kredite aufzunehmen, um den drohenden Zusammenbruch zu verhindern. So erhielt zum Beispiel die Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg, die den Krankenhäusern ihres Bereichs 8,5 Millionen Mark schuldete, von der Hansestadt einen 15-Millionen-Mark-Kredit, der als verlorener Zuschuß anzusehen ist, denn Zins- und Rückzahlungsbedingungen wurden nicht vereinbart.

Zuviel Ärzte, zuwenig Privatpatienten

Die Kassenmisere wurde noch dadurch verschärft, daß just um dieselbe Zeit, als die Liquiditätskrise nicht mehr zu bremsen war, die Ärzteschaft in Aufruhr geriet. Seit Jahren überbieten sich die Sprecher der Kassenärzte mit Appellen an die Bundesregierung, die Kassenarzt-Honorierung grundlegend zu revidieren.

Die Opposition der Mediziner gegen die Kassen versteifte sich vor allem in Bayern, wo Ärzte und Zahnärzte einen gemeinsamen „Aktionsausschuß“ gründeten, dessen Vorsitzender, der Münchner Kassenarzt Dr. med. Walther Meider, in vielen bayrischen Großstädten den Ärztestand in Protestkundgebungen zum Kampf gegen das „überholte Kassensystem“ aufrief.

„Der Gesetzgeber“, so agitierte Meider, „verhelf den Kassen zu einer Monopolstellung und zwang die Ärzte — bei einer Mitgliedschaft von 80 Prozent der Bevölkerung in der sozialen Krankenversicherung — in die Abhängigkeit von der Kassenpraxis. Darum haben Bundesregierung und Länderregierungen die sittliche Pflicht, die Ausbeutung der Ärzte unter Ausnutzung dieser Abhängigkeit zu verhindern.“

„Keinesfalls geht es, Gesetze zu erlassen, deren finanzielle Durchführung zu Lasten der Ärzteschaft den Kassen überlassen wird. Dann muß eben der Gesetzgeber auch die Mittel dafür, notfalls in Form von Subventionen wie bei der Landwirtschaft, zur Verfügung stellen.“

Meider erzeugte Kampf Stimmung mit Parolen wie: „Vergessen wir nicht, Honorar kommt von honos — die Ehre — und bedeutet eigentlich Ehrensold. Wie tief ist aber die Wertschätzung unseres Standes gesunken, wenn man uns kaum mehr als die Hälfte der früheren Armensätze als angemessenes Honorar zumutet.“

Das waren dieselben Fanfaren, mit denen 58 Jahre zuvor der berühmteste

* 77 von insgesamt 399 Ortskrankenkassen kasieren neun Prozent und neun Kassen sogar bis zu 10,5 Prozent des Grundlohns; das sind bei 660 Mark Monatslohn rund 70 Mark.



Zur Pfeife gehört — Tabak von Oldenkott

Ja, alle Sorten dieses Traditionshauses für Pfeifentabak beziehen ihre vorzüglichen Eigenschaften schon aus der hohen Qualität vollreifer Hochgewächse überseeischer Provenienz. Fragen Sie darum nach Oldenkott. Jeder findet unter diesem Markennamen seinen Pfeifentabak. Die Natur selbst ist so variationsreich, daß Oldenkott immer wieder neue interessante Geschmackskonditionen findet, die Kenner genießen und bewundern.

Jetzt neben Kiepenkerl-Altgold in Vakuum-Dose für Sie drei neue Oldenkott-Spitzenleistungen:

- Drei Stern Navy Cut Mixture DM 2,50
- Tromp Holland Mild Mixture DM 3,—
- Oldenkott Tradition 1838 DM 4,—

Neu
die Vakuum-Dose!
Sie garantiert stets
fabrikfrischen Tabak

OLDENKOTT

das Traditionshaus für Pfeifentabak
seit über 100 Jahren

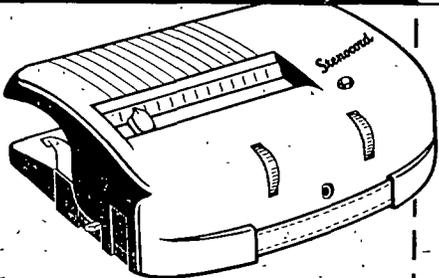


Stenocord bringt das Diktiergerät mit der unübertroffenen Einknopf-Fernbedienung!

Diese ausgereifte Konstruktion vereint praktische Vorteile:
Die Magnetton-Manschette mit der richtigen Diktierdauer,
immer wieder verwendbar,
knickbar, luftpostleicht –
sekundenschnelles Auffinden jeder Textstelle.
Stenocord senkt die Kosten,
erleichtert die Arbeit,
steigert die Leistung
und schafft mehr freie Zeit!

*Arbeiten mit Stenocord
macht wirklich Freude!*

Stenocord



Coupon einsenden – er bringt Vorteile!

An die STENOCORD GmbH,
Mülheim/Ruhr, Weseler Str. 64-66

Name: _____

Firma: _____

Anschrift: _____

S-21

medizinische Standesapostel, der Leipziger Kassenarzt Dr. Hermann Hartmann, seine Kollegen zum Kampf gegen die Kassen alarmiert hatte. Hartmann putschte im Jahre 1900 die Ärzte mit einem offenen Brief auf, in dem es hieß: „Bis jetzt haben wir nur immer auf die Standeswürde und Standesehre gepocht — ich sage Ihnen, Geld, Geld ist die Hauptsache. Verlangen wir für unsere entsagungsvolle Arbeit eine anständige Entlohnung, fort mit den Dienstmann-Taxen, dann werden die Standeswürde und Standesehre am besten gewahrt.“

Hartmann schlug vor, eine Organisation zu gründen, „in welche uns kein Staat und keine Aufsichtsbehörde hineinreden kann. Wir wollen für sämtliche Ärzte des ganzen Reiches eine große Kasse, nennen wir dieselbe eine Streikkasse, gründen ...

„Schon allein die Existenz eines solchen Fonds wird die Solidarität und den Corpsgeist ganz gewaltig steigern. Haben wir erst eine solche Kasse gegründet, wird auch mancher, dem das jetzt nicht vornehm genug erscheint, weil es nach Sozialismus riecht, zu uns kommen. Machen wir es also genauso wie die Arbeiterschaft... Ärzte aller deutscher Staaten, vereinigt Euch!“

Am 13. September 1900 rief Hartmann im Leipziger Vorortlokal Baarmann seine Ärztegewerkschaft ins Leben: den Langnamverein „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“, später kurz „Leipziger Verband“ oder „Hartmannbund“ genannt.

Der Hartmannbund zwang die Kassen, mit der Ärzteschaft allgemeinverbindliche Kollektivverträge abzuschließen und das Honorar nach Einzelleistung zu zahlen; das heißt, jeder Arzt stellte den Kassen jede einzelne Bemühung (zum Beispiel Erstuntersuchung oder Blutsenkung) in Rechnung. Sie wurde ihm dann nach den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung vergütet*, die 450 ärztliche Kunstgriffe in Mark und Pfennig bewertet.

Das Prinzip, jede Einzelleistung zu bewerten, wurde aufgegeben, als der Hartmannbund während der Wirtschaftskrise 1931 dafür eintrat, daß der Numerus clausus der Zulassungsordnung geändert werde. Bis dahin war jeweils ein Arzt für die Betreuung von 1000 Kassenmitgliedern zugelassen worden, ab 1931 wurde die Verhältniszahl auf 600 Mitglieder gesenkt, ab 1955 sogar auf 500 Mitglieder.

Dadurch verschärfte sich der Wettbewerb unter den Ärzten immer mehr. „Wir erleben seit 1945 eine Ärzte-Inflation ohnegleichen“, klagt der Nachkriegsvorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Friedrich Thieding, 65. „Im Dritten Reich war das Medizinstudium stärkstens gefördert worden, weil Hitler für den Krieg viele Wehrmachtärzte gebrauchte.“ Die abgerüsteten jungen Militärärzte stürzten sich nach dem Krieg auf das Zivilvolk. Im kaiserlichen Deutschland waren etwa 25 000 Ärzte in freier und Krankenkassenpraxis sowie in Krankenhäusern tätig, um für die Gesundheit von 67 Millionen Menschen zu sorgen. In der Bundesrepublik Deutschland bemühen sich zur Zeit etwa 70 000 Mediziner um 52 Millionen Bürger.

Die Kassen öffneten das Ventil der früher sehr strengen Zulassungsordnung, nachdem ihnen der Hartmannbund die unangenehmste Aufgabe — die Verteilung des Honorars an die Ärzte — abgenommen hatte. Die Ärztegewerkschaft gründete ab 1932/33 sogenannte Kassenärztliche

* Als Amtliche Gebührenordnung für die Behandlung von Sozialkassenmitgliedern, Rentnern und Fürsorge-Empfängern gilt noch heute die Preußische Gebührenordnung (Preugo) von 1896, die inzwischen mehrmals renoviert worden ist. Sie schreibt Mindest- und Höchstsätze vor.

Vereinigungen (KV), die sich als berufsständische Selbstverwaltungskörperschaften in den Zahlungs- und Verrechnungsverkehr einschalteten. Damit begann ein System, das sich sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten demoralisierend auswirkte

Die Kassen überweisen den regional gegliederten Kassenärztlichen Vereinigungen vierteljährlich eine sogenannte Gesamtvergütung. Der Kassenarzt reicht zwar seiner KV jedes Vierteljahr für jeden behandelten Kassenpatienten eine Rechnung ein, in der — wie vor Einführung des Pauschal-systems — alle Leistungen und Bemühungen nach den amtlichen Gebührensätzen aufgeführt sind; dieses Zahlenspiel dient dem KV-Buchhalter aber nur als Bewertungsmaßstab, denn der mit Gesamtvergütungen gespeiste Fonds der Kassenärztlichen Vereinigungen reichte, noch niemals dazu, die Rechnungen voll zu honorieren.

Dem Arzt werden — je nach der Bonität der rund 2000 rechtlich selbständigen



Ärztebund-Gründer Hartmann: „Machen wir es wie die Arbeiter!“

sozialen Krankenkassen — nur 45 bis 85 Prozent des Rechnungsbetrages vergütet. (Allein die Ersatzkassen der Angestellten und einige gut fundierte Betriebskrankenkassen zahlen den Ärzten die vollen Gebührensätze.)

Seit Jahren nörgeln die Ärzte über das absurde Honorarsystem, das ihnen das Morbiditätsrisiko auflastet: Je mehr Krankheiten auftreten, je länger sie dauern und je schwieriger sie zu behandeln sind, um so weniger Honorar bekommt der Arzt für den einzelnen Fall. Deshalb konnte der Münchner Ärzte-Rebell Dr. Meider unter dem Beifall Tausender agitieren:

„Es ist eigentlich eine Schande, daß man sein Hemd ausziehen muß, um zu zeigen, wie nackt man ist. Für eine Kropfoperation“; so exhibierte Meider das Ärztehonorar; „sind im Jahre 1896 nach der damaligen Armentaxe 32 Goldmark vergütet worden. Im 3. Quartal 1957 haben die Kas-

sen für dieselbe Leistung nur 28,32 Mark bezahlt. Bei einem Eingriff in die Schädel- oder Bauchhöhle wurden vor 62 Jahren 50 Goldmark gewährt, 1957 hingegen nur 47,20 Mark, obwohl die Kaufkraft der Mark im Vergleich zur Jahrhundertwende erheblich gesunken ist.“

Meider operierte auf den Kundgebungen der Ärzteschaft auch mit drastischen Vergleichen aus der Veterinärmedizin, um das Pauschal-system ad absurdum zu führen:

„Nach den für Tierärzte geltenden Mindestsätzen beträgt die Gebühr für eine einfache Beratung und eine einfache Untersuchung bei einem Großtier vier Mark, bei Hund oder Katze drei Mark und bei Geflügel oder Kaninchen eine Mark. Das derzeit gezahlte Honorar für dieselbe Leistung beim Menschen liegt (mit 2,28 Mark) zwischen den Mindestsätzen für die Untersuchung eines Hundes und eines Kaninchens.“ Die Vergütung des Arztes für eine Entbindung entspreche dem Preis für ein Paar ganz gewöhnliche Schuhsohlen.

Die Krankenkassen gaben sich große Mühe, die Glaubwürdigkeit der Meiderschen Argumente zu erschüttern. So erklärte zum Beispiel der

Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Wilhelm Strakeljahn, 60: „Die Ärzte drängen, ohne immer vernünftige Grenzen zu beachten, auf Honorar-Erhöhung. Im Ton und im Gehabe schwerer Lohnkämpfe wird es zum öffentlichen Skandal erklärt, daß die armen, verantwortungsbewußten Helfer der bedrückten Menschheit nicht einmal die Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung aus dem Jahre 1896, wenn nicht 1815 erhalten.

„Jedem Mechaniker, Schuster oder Kaminkehrer gehe es besser als den Ärzten. Was im Durchschnitt beim Zusammenzählen dieser angeblich skandalösen Honorare herauskommt und den durchschnittlich verdienenden Kassenarzt mit keinem Ministerialrat zu tauschen bewegen könnte, das wird schamhaft verschwiegen ...“

Nach einer detaillierten Einkommensrechnung, die ein anderer Krankenkassenspezialist, der Präsident des Düsseldorf Sozialgerichts, Dr. Horst Peters, aufstellte, „verbleiben dem Kassenarzt — nach Abzug der Praxisunkosten — im Schnitt jährlich 18 000 Mark oder aus der Gesamtpraxis 24 000 Mark brutto*; zieht man davon noch 25 Prozent als Steuern ab, so ergibt das ein Nettoeinkommen von 13 500 Mark aus der Sozialpraxis oder 18 000 Mark aus der Gesamtpraxis.

„Bringt man noch 23 Prozent des Einkommens für eine ausreichende, an das Einkommen angegliche Altersversicherung in Abzug“, kalkuliert Peters, „so ergibt das Beträge zum Verbrauch von jähr- 9400 Mark beziehungsweise von 12 500 Mark. Damit ist jedenfalls erwiesen“, fol-

* Diese Rechnung setzt voraus, daß jeder Arzt seine Kasseinnahmen durch Behandlung von Privatpatienten und medizinische Gutachter-tätigkeit um 25 Prozent steigern kann.

Die einzige
Uhr der Welt

mit

ACCROLOCK FEINREGULIERUNG

FORDERN SIE KOSTENLOS PROSPEKT
UND BEZUGSQUELLENNACHWEIS

durch

HORST KUNZEL & Co. REGENSBURG

Am Römling



Mod. „Waage“
DM 135,—

★ ORION ★

SWISS

HENRILINE

Mod. „Waage“ Edelstahl (Kalender)	DM 133,—
Mod. „Waage“ Goldplaque (Kalender)	DM 135,—
Mod. „Widder“ Edelstahl (Luxusausführung)	DM 140,—
Mod. „Widder“ Edelstahl (Automatic)	DM 155,—
Mod. „Krebs“ 14 kt. Gold/Stahl	DM 175,—

HOEHL



... ein großartiger
S&KT

gert der Sozialgerichtspräsident, „daß die Kassenärzte zur Zeit, wenn auch knapp, an vergleichbare Durchschnittseinkommen von im öffentlich-rechtlichen Raume tätigen Akademikern herankommen.“

Dieses Einkommen erreichen die Ärzte jedoch weniger durch medizinische Kunstgriffe als durch Kunstgriffe am Pauschal-system, das — wie Krankenkassenreformer Staatssekretär Claussen kürzlich dem Vorstand des Hartmannbundes vorhielt — „zur Unwahrhaftigkeit, ja sogar zum Schwindel durch Manipulationen mit Krankenscheinen reizt“. Nicht selten animieren Ärzte ihre Stammpatienten, Krankenscheine für die (gesunden) Ehefrauen, Kinder und im gleichen Haushalt lebenden Eltern zu besorgen; mit diesen Scheinen vermehren die Ärzte dann ihre Ansprüche gegenüber den Kassen.

Die Doktoren können ihre Einnahmen aber auch erhöhen, wenn sie — wie der Fachausdruck lautet — Polypragmasie betreiben, das heißt, möglichst viele ärztliche Leistungen produzieren und den Behandlungsaufwand steigern. Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Neuffer, schätzt, daß etwa 20 Prozent seiner Kollegen Krankenscheinjäger und Experten der Polypragmasie sind.

Durch die Entartung der Kassenpraxis wurde das alte berufliche Leitbild des Ärztestandes erheblich getrübt. „Das Leitbild des Arztberufes“, rühmt Professor Neuffer, „ist über 2000 Jahre alt und erstmals im hippokratischen Eid schriftlich niedergelegt.“ In dem Eid des Hippokrates (460 bis 377 vor Christus), des Begründers der ärztlichen Sittenlehre, heißt es:

„Mein ärztliches Handeln geschehe zum Heile der Kranken, so gut ich es kann und weiß. Bewahren will ich sie vor Schaden



Bonner Regierungsdirektor Schmatz
Jeder Arzt ...

und vor Torheit... Keinem Weibe will ich zum Zwecke der Fruchtabtreibung dienen. Hehr und rein möchte ich meine Lehre und Kunst bewahren.

„In welches Haus ich auch eingehe — ich will es zu Nutz und Frommen der Kranken betreten, frei von jedem bewußten Unrecht, frei auch — wie von jedem anderen Laster — von fleischlicher Lust aller Art... So wahr ich das alles erfülle, möge sich meine Kunst lebendig entfalten und meinen Ruf mehren alle Zeit. Ausgetilgt aber will ich sein, so ich meinem Eide untreu werde.“

Auch Ärztepräsident Neuffer muß zugeben, daß in letzter Zeit viele Ärzte den hippokratischen Eid gebrochen haben, und zwar nicht nur wegen ihrer Mitwirkung an jährlich rund 200 000 Fruchtabtreibungen, sondern auch durch die unerfreuliche Art, wie sie ihre Kassenpraxen versehen. „Wir haben eben den Eindruck“, so bekannte der bayrische Landesvorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Wolfram von Gugel, unlängst in einem Interview, „wegen der Art der Bezahlung gezwungen zu sein, einen krassen Ramschbetrieb zu machen.“

Über diesen Ramschbetrieb können auch moderne technische Einrichtungen nicht hinwegtäuschen. Die meisten Ärzte treiben Aufwandkonkurrenz, um als „moderner Betrieb“ noch mehr Kassenmitglieder anlocken zu können. Manche Kassenlöwen, die sich durch chromblitzende Apparaturen und einen populären Umgangston den Zulauf der Massen sicherten, zogen Großpraxen auf, durch die sie im Quartal rund 2500 Patienten schleusen. (Im Durchschnitt behandelt der Kassenarzt vierteljährlich 500 bis 700 Patienten.)

Barthaare stellen sich vor der Elektro-Rasur

pitre

mit dem »haar

Während die Minderheit der Ärzte, die nicht unter dem Zwang der Krankenversicherung arbeitet, sich dem Kranken zumindest während der ersten Beratung 20 bis 30 Minuten widmen kann, muß sich der gehetzte Kassenarzt auf durchschnittlich sechs Minuten beschränken. Die Kassenärzte glauben, nicht anders verfahren zu können, weil sie sonst nicht genug aus ihren Praxen herauswirtschaften.

Alle Kassenärzte sind „berufliche Spätentwickler“. Sie schlossen mit 25 bis 26 Jahren ihr Studium ab und verbrachten mehr als ein Dutzend Jahre in schlecht bezahlten Assistentenstellungen an Kliniken und Krankenhäusern. Vor dem 40. Lebensjahr wird kaum ein Arzt zur Kassenpraxis zugelassen. Wenn er seinen Patientenkreis gefunden hat, bleiben ihm noch 15 bis 20 Jahre, um für Alter und Familie zu sorgen. Deshalb opferte er das alte Berufsbild nur zu leicht dem „Ramschbetrieb“.

Wie es in der Praxis eines durchschnittlichen Kassenarztes zugeht, schildert der Hamburger Internist Professor Dr. Arthur Jores: „Im Laufe von drei bis vier Stunden am Vormittag müssen 50, 80, ja, 100 Patienten abgefertigt werden. Einige Patienten bekommen den Arzt gar nicht zu Gesicht. Sie gehen nur hin, um sich auf Bescheinigungen eine Unterschrift zu holen oder ein neues Rezept.“

„Die Rezepte werden von der Helferin ausgefertigt und dem Doktor jeweils in großen Bündeln zur Unterschrift vorgelegt, die er mit seinem Namenszug versieht. Eine Kontrolle übt er nicht aus: keine Zeit. Am Nachmittag stürzt der Arzt in seinen Wagen, und hat 20, 30, mitunter noch mehr Besuche zu erledigen.“

Wie oft der Doktor einen Patienten gesehen oder besucht hat, spielt für die



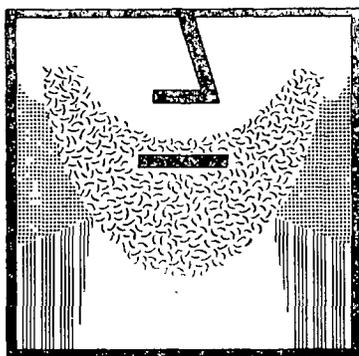
Ärzte-Präsident Neuffer
... ein Kassenarzt

Honorar-Abrechnung keine Rolle. Er kann aber seine Einkünfte auf jeden Fall verbessern, wenn er technische Sonderleistungen produziert, zum Beispiel eine Injektion verabfolgt oder eine Blutsenkung vornimmt (eine intravenöse Einspritzung bringt sechs Mark ein). Allerdings muß der Arzt geschickt vorgehen; wenn er wegen Polypragmasie auffällt, riskiert er eine Regressforderung der Krankenkasse.

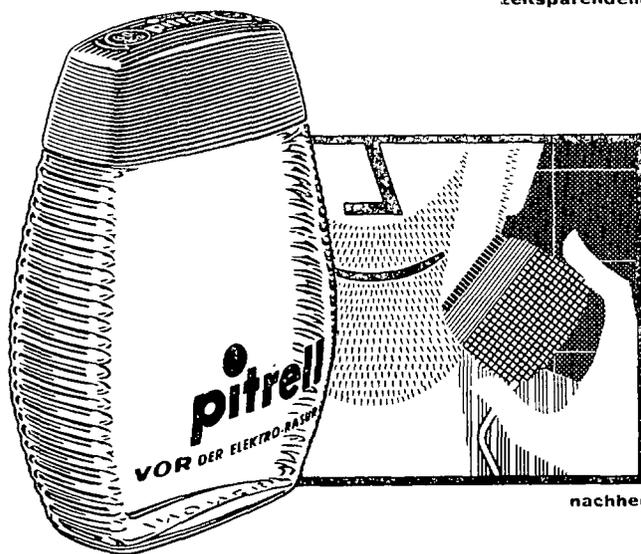
Als sich wegen einer solchen Regressforderung der bayrische Kassenarzt Dr. Planer das Leben nahm, hatten die Agitatoren der Ärzteopposition einen Blutzug ihres Kampfes gegen „den Systemzwang der Kassen“. Der in München gegründete „Aktionsausschuß der Ärzteschaft“, dem der Hartmannbund nicht energisch genug ist, organisierte neue Protestkundgebungen, zum Beispiel in Nürnberg, wo die Ärzte aus ganz Nordbayern in den Humboldtsälen zusammenströmten.

Da nicht alle Demonstranten in dem großen Versammlungssaal Platz fanden, bevölkerten die Ärzte auch noch die Treppen und Nebenräume und klatschten Beifall, als ihr Sprecher Walther Meider ihnen zurief: „Meine Herren, das Maß ist übertoll. Auf die längst überfällige Reform der Krankenkassen, die alles neu regeln soll, lassen wir uns nicht mehr vertragen. Wir wollen nicht verheimlichen, daß zahlreiche Stimmen laut werden, die notfalls nach einem ungesetzlichen Streik rufen, falls alle anderen Maßnahmen ohne Erfolg bleiben. Hilf dir selbst, so hilft dir Bonn.“

Kurz nachdem der Münchner Ärzte-Rebell Dr. Meider gen Bonn gedroht hatte, schickte der Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Wilhelm Claussen, den Regierungsdirektor Dr. Hans Schmatz und drei weitere



vorher



nachher

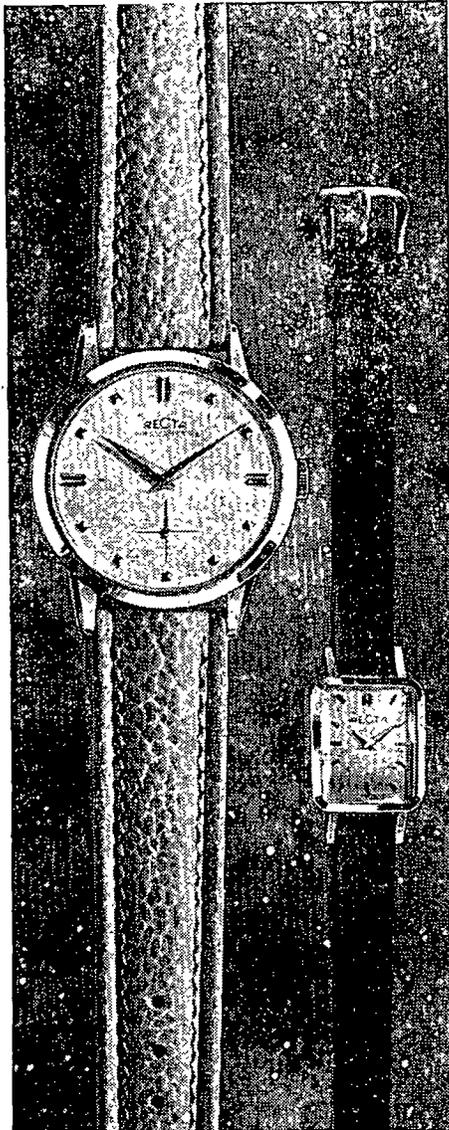


Moderne Flasche mit
zeitsparendem Steckverschluss

- pitrell** steigert die Leistung Ihres Elektro-Rasierers zu absolut glatter Rasur
- pitrell** bereitet blitzschnell Gesichtshaut und Barthaare auf die Elektro-Rasur vor
- pitrell** glättet, strafft und entfettet die Haut
- pitrell** stellt das Barthaar auf, macht es schnittfest und garantiert hautschonendes, gründliches Ausrasieren
- pitrell** Ab DM 2.75 in allen guten Fachgeschäften erhältlich

sträubenden« Wirkstoff

RECTA Grand Prix



Edelstahl, Chronometer,
Luxuszifferblatt DM 200.—

Gold 18 Kl. DM 291.—

Modelle stoss gesichert,
wasserdicht, antimagnetisch,
automatisch, mit Datum,
Gewinner zahlreicher
Serienpreise am Obser-
vatorium von Neuchâtel.

RECTA

eine erste Schweizer Uhren-Marke —
nur in ersten Fachgeschäften erhältlich

Referenten mit genauen Direktiven in die Klausur nach Münster eifel. Claussen war sich mit dem Verwaltungsjuristen Schmatz darüber klar, daß die alte soziale Krankenversicherung an der Wurzel saniert werden muß.

Die Leitidee der aus der Bismarckzeit stammenden Pflichtversicherung war der genossenschaftliche Ausgleich: Der wirtschaftlich Stärkere muß — durch höhere Beiträge — die Krankheitsrisiken des Schwächeren mittragen. Der Krebschaden dieser Zwangssolidarität offenbarte sich als Schwund des Selbstverantwortungsgefühls. Der Begriff „Versicherungsgemeinschaft“ wurde von immer mehr Versicherten, aber auch von vielen Ärzten ausgehöhlt und als überholtes Dogma der Dummheit empfunden.

Um der Entartung der Kassenpraxis entgegenzuwirken, entschloß sich das Bundesarbeitsministerium, das Dreiecksverhältnis Arzt-Patient-Kassen neu zu ordnen. Staatssekretär Claussen: „Der gesetzlich Versicherte soll sich nicht mehr hundertprozentig auf die (Zwangs-)Solidarität der großen Versicherungsgemeinschaft verlassen, sondern bei leichten Erkrankungen einen Teil der Kosten selbst übernehmen.“

Die Kostenbeteiligung soll voreilige Besuche beim Arzt, den Arznei mißbrauch und die leichtfertige Ausnutzung des Lohnfortzahlungsgesetzes eindämmen. Sie soll ferner durch Einsparen von Ausgaben bei leichten Erkrankungen zusätzliche Mittel für schwere Krankheiten und für die Gesundheitsvorsorge freimachen.

Nach diesen Grundsätzen entwarfen die Gesetz-Architekten des Bundesarbeitsministeriums in Münster eifel ihren Reformplan. Der sogenannte Referenten-Vorentwurf wurde dann noch im Ministerium etwas zurechtgestutzt und sollte zumindest solange geheim bleiben, bis er über das Bundeskabinett an den Bundesrat weitergereicht wird. Das wird Ende des Jahres der Fall sein; wenige Monate später soll der Gesetzentwurf dann im Bundestag eingebracht werden. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Friedrich Thieding, konnte sich aber die konzentrierte Fassung des Entwurfes beschaffen, die auf Minister Blanks Schreibtisch gelegen hatte. Ein Betriebsspion in Blanks Ministerium (Thieding: „Es war ein Bundestagsabgeordneter“) fertigte für Thieding eine Kopie an, so daß die Ärzteschaft die entscheidenden Paragraphen des geplanten Gesetzes viel früher zur Kenntnis nehmen konnte als dem Staatssekretär Claussen lieb war.

Als Thieding und Claussen einander im September auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes in Baden-Baden begegneten, frotzelte der Staatssekretär: „Wollen Sie mir nicht verraten, welchen Preis Sie für das Schriftstück bezahlt haben?“

Bis in die späte Nacht diskutierten beide im großen Bühnensaal des Baden-Badener Kurhauses, den der Bund der notleidenden Kassenärzte aus Repräsentationsgründen für seinen Gala-Abend gemietet hatte, über den ministeriellen Reformplan. Umtost von Jazz- und Walzerrhythmen und medizinischen Elegants, die sich mit ihren Damen auf der Tanzfläche drehten, stritten sich der Staatssekretär und der Kassenarzt-Präsident über die Berechtigung der entscheidenden Paragraphen. Gesetz-Architekt Schmatz saß daneben und schwieg.

Mehrmals schoß der Frankfurter Komiker Otto Höpfner, den der Hartmannbund zur Auflockerung des Gesellschaftsabends engagiert hatte, bestellte Giftpeile auf Claussen ab. Doch der Staatssekretär ließ sich nicht provozieren. Er verteidigte seinen Standpunkt bis morgens drei Uhr am Vorstandstisch des Hartmannbundes und ließ sich nichts von den im Reformentwurf paraphierten Modalitäten der geplanten Selbstbeteiligung abhandeln.



Kassenarzt-Führer Thieding
„Was aus Bonn kommt ...“

Danach sollen alle Kassenmitglieder in den ersten sechs Wochen einer Krankheit „für jede ärztliche Leistung“ (das heißt sowohl für die erste Untersuchung als auch für jede weitere in der ärztlichen Gebührenordnung aufgeführte Bemühung) eine nach ihrem Einkommen gestaffelte „Inanspruchnahme-Gebühr“ direkt an den Arzt zahlen:

- ▷ Versicherte mit Monatseinkommen bis zu 400 Mark und Familienväter mit mehr als einem Kind 75 Pfennig,
- ▷ Ledige und Verheiratete mit einem Kind, die monatlich mehr als 400 Mark verdienen, 1,50 Mark.



Kassen-Geschäftsführer Strakeljahn
... ist Massendenken“

Kommentiert Dr. Thieding: „Eine vierwöchige Krankheit kann 30 Einzelleistungen bedingen, das sind dann (bei einer Taxe von 1,50 Mark) 45 Mark Selbstbeteiligung.“

Diese Beträge, die der Arzt kassieren soll, werden ihm später vom Krankenkassenhonorar abgezogen. Das Honorar soll aber nicht mehr pauschal, sondern nach Einzelleistung bemessen werden. Als Bewertungsgrundlage soll nicht mehr die veraltete Amtliche Gebührenordnung (Preugo) dienen, die 450 ärztliche Leistungen aus der Perspektive der Kassenpraxis von 1896 bewertet, sondern eine neue Gebührenordnung, die allerdings nicht, wie es die Ärzte fordern, die Kunstgriffe einzeln aufführt, sondern sie in etwa 80 Leistungsgruppen zusammenfaßt.

Die Ärzte haben eine neue Gebührenordnung (Neugo) mit 1200 gebührenpflichtigen Positionen aufgestellt, die aber vom Bundesarbeitsministerium abgelehnt wird. Dazu Claussen: „Diese fortgesetzten Spezifizierungen ärztlicher Leistungen sind eine Verirrung ärztlichen Denkens, eine Materialisierung des Ungeistes in der Medizin.“

Sozialreformer Claussen will auch die Kassenpatienten, die ein Krankenhaus in Anspruch nehmen, finanziell belasten. Sie sollen sich mit etwa drei bis vier Mark täglich an den Pflegekosten beteiligen, „denn während des Krankenhausaufenthaltes machen sie doch alle häusliche Ersparnisse. Viele halten sich deshalb länger als notwendig im Krankenhaus auf“, behauptet Claussen. „Sie bleiben auf jeden Fall länger als die Privatpatienten, die schon wegen der hohen Pflegekosten daran interessiert sind, das Krankenhaus möglichst schnell wieder zu verlassen.“

„Krankfeiern“ wird schwieriger

Diese Art der Kostenbeteiligung soll nur für Krankheiten bis zu sechs Wochen gelten. Bei länger dauernden Krankheiten — das sind etwa zehn Prozent aller Fälle — übernimmt die Kasse wieder alle Kosten für Arzt und Krankenhaus, jedoch nicht für Arznei und Heilmittel.

Von der Apothekenrechnung soll der Patient in jedem Fall einen bestimmten Prozentsatz, jedoch höchstens drei Mark je Rezept, selbst zahlen. Auf einem Rezeptblatt darf der Arzt aber nur zwei Medikamente verordnen; falls der Patient weitere braucht, muß der Doktor abermals ein gebührenpflichtiges Rezept ausstellen. Damit soll „der unnötige und teilweise auch gesundheitsschädliche Arzneimittelverbrauch in Grenzen gehalten werden“.

Die Gesetz-Architekten wollen die Ausnutzung der Kassen auch noch mit anderen Mitteln bremsen, vor allem durch Korrekturen, am fehlkonstruierten Lohnfortzahlungsgesetz. Die Karenztage, für die nach der zur Zeit gültigen Regelung nur Krankengeld und Lohnausgleich gezahlt werden, wenn der Arbeiter mindestens 14 Tage krank ist, sollen zeitlich unbegrenzt für jede Krankheit gelten. Damit entfällt der Anreiz, Bagatell-Krankheiten auf mindestens 14 Tage zu verlängern.

Außerdem will Claussen auch alle anderen Anreize zum Krankfeiern beseitigen. So soll zum Beispiel das Krankengeld nicht mehr nach dem Bruttoverdienst der letzten vier Wochen vor der Krankheit berechnet werden. Diese Berechnungsart macht Krankfeiern nach Perioden hohen Verdienstes (Überstunden) besonders lukrativ, was vorwiegend die Bauarbeiter jeweils im Herbst ausnutzen.

Claussen will auch den ärztlichen Kontrolldienst reformieren. Zur Zeit treten die Vertrauensärzte — als Beamte der Landesversicherungsanstalten — erst in Aktion, wenn ein Kassenpatient auffallend oft und lange krank ist. Der Reformentwurf sieht vor, in jedem Kassenbezirk eine größere Gruppe Kontrollärzte zu etablieren und in einer neu zu gründenden Körperschaft des



*Ein Weinbrand von sehr typischer Eigenart,
hervorragend mild und „sauber“ und von einem begeisternd warmen
und zugleich brillanten Aroma. Wer zwischen „gut“ und
„exceptionell gut“ zu unterscheiden weiß, der Kenner, dem nur das Beste
genug ist, wird diesen, in seiner Art einmaligen, wirklich
edlen Weinbrand besonders hoch schätzen.*

TEXIER

Der klassische  *Weinbrand*

bisher versucht, ihre hohen Investitionskosten für die Anschaffung moderner Apparaturen auf die Pflegekosten abzuwälzen, wobei sie sich besonders an den Privatpatienten schadlos hielten. Aber auch den Sozialkassen wurden immer höhere Gebühren berechnet.

Mit diesen Einkünften konnten die Krankenanstalten bisher knapp 60 Prozent ihrer Ausgaben finanzieren, den Rest deckt die öffentliche Hand. Claussen: „Der Staat muß die Hauptlast übernehmen. Keine höhere Lehranstalt, kein Theater kann sich mit eigenen Einkünften selbst finanzieren. Sie sind auf die Zuschüsse der Gemeinden oder Länder angewiesen. Sind Krankenhäuser etwa weniger wichtig als Musentempel?“

Aber diesen Argumenten verschloß sich bisher Claussens höchster Vorgesetzter, Bundeskanzler Adenauer, der dem sogenannten Sozialkabinett* vorsitzt. An ihn, den ehemaligen Oberbürgermeister von Köln, hatten sich viele Stadtoberhäupter gewandt, als sie vernahmen, daß Claussen ihren Kammereien höhere Lasten aufbürden will.

Um den Wünschen der Ärzte entgegenzukommen, will Claussen die freiwillige Mitgliedschaft bei der sozialen Krankenversicherung auf mittlere Angestellte begrenzen, die nicht mehr als 15000 Mark jährlich verdienen. Wer ein höheres Einkommen hat, soll aus der für ihn so beitragsbilligen gesetzlichen Versicherung ausscheiden. Die Privatversicherungen haben

gebiete genügend Kassenärzte zur Verfügung stehen.

Obwohl sich die Gesetzentwerfer große Mühe gegeben hatten, bei der Neuordnung des Dreiecksverhältnisses Arzt-Patient-Kasse so zu verfahren, daß jeder Partner Vorteile und Nachteile in Kauf nehmen muß, ernteten der Staatssekretär und seine Gehilfen bisher nur grobe Proteste.

Die Gewerkschaften machten sich zum Sprecher der Versicherten und drohten, alle Tarife zu kündigen und neue Lohnerhöhungen zu fordern, wenn die geplante Selbstbeteiligung zum Gesetz erhoben werde. Claussen versuchte die Wogen der Entrüstung zu glätten: Die Selbstbeteiligung solle keine zusätzliche soziale Belastung sein, sondern nur „eine andere Form der Beitragszahlung“. Die Kassen würden sehr bald — wenn man seinen Vorschlägen folge — gesunden, so daß die zur Zeit überhöhten Beiträge abgebaut werden könnten. „Was der einzelne beim Arzt zahlt, braucht er dann weniger als Beitrag zu leisten. Das wird sich alles sehr schnell auspendeln.“

Nicht minder stürmisch als die Gewerkschaften reagierten die Ärzte auf die Klausurarbeit von Münstereifel. Sogar das schwäbische Temperament des behäbigen Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Hans Neuffers, geriet in Wallung: „Was aus dem Arbeitsministerium kommt“, schimpfte der Bundesärztesführer, „ist Einheitsdenken, Massendenken. Wir aber wer-

Weinkenner der ganzen Welt

schätzen seit über 150 Jahren

PATRIARCHE
den echten Burgunder

Dieser französische Klassewein zeichnet sich durch seine feine, milde Art und die würzige Blume besonders aus.



Die Mahlzeit wird zum

Festmahl mit Patriarche

sta



... so hilft dir Bonn: Ärzte-Demonstration

sich vor einigen Monaten bereit erklärt, diese Mitglieder — unter Anrechnung ihrer Versicherungsjahre bei der Sozialkasse — zu übernehmen; sie können sich also zu relativ günstigen Bedingungen privat versichern.

Ein weiteres Zugeständnis an die Ärzte: Grundsätzlich soll jeder Arzt unbeschränkt als Kassenarzt praktizieren dürfen (11 000 Ärzte sind zur Zeit nicht zugelassen). Allerdings müssen die Aspiranten sich weiterhin von einem Zulassungsausschuß vorschreiben lassen, wo sie praktizieren dürfen. Erst nach sieben Jahren dürfen sie sich an einem Ort ihrer Wahl niederlassen. Auf diese Weise soll erreicht werden, daß auch für die wenig geschätzten Land-

den uns niemals unter das kaudinische Joch* beugen.“

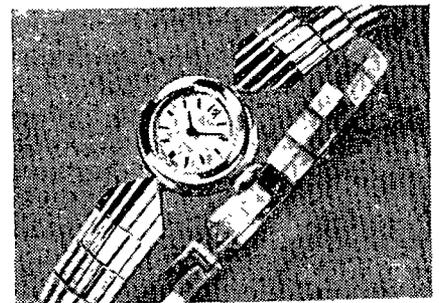
Viele Ärzte appellierten an Bundeskanzler Konrad Adenauer, die ganze Reform zu stoppen und alles beim alten zu lassen. Die geplante Art der Selbstbeteiligung werde einen Teil der Praxen lahmlegen und den Ärztestand völlig ruinieren. In dem Organ der Bundesärztekammer („Ärztliche Mitteilungen“) wurden diese eindeutig kommerziellen Bedenken mit medizinischen Argumenten verbrämt: Die Gesetzmacher von Münstereifel seien Ignoranten, denen „jede Kenntnis auf dem Gebiet der Volksgesundheit, ihres Schutzes und ihrer Pflege offensichtlich zu fehlen scheint ... Primi-

* Kaudinisches Joch = schmachvolle Demütigung. Das 321 v. Chr. von den Samniten besiegte römische Heer wurde bei den Kaudinischen Pässen (zwischen Capua und Benevent) durch ein aus Lanzen gebildetes Joch getrieben.



Ein weiteres Glanzstück aus der reichhaltigen Kollektion

Ref. 325, ein Modell seltener Eleganz mit einem Werk aus Meisterhand. Ein zeitloses Schmuckstück von bleibendem Wert. DM 1750.—



Ulysse Nardin hat sich der Präzision verschrieben. Die beschränkte Produktion garantiert Höchstleistungen an Qualität. Mit 3884 Observatoriumspreisen besitzt Ulysse Nardin mehr Präzisionsauszeichnungen als jede andere Uhrenfabrik der Welt. Ulysse-Nardin-Uhren sind Schweizer Spitzenklasse! Leisten auch Sie sich eine Ulysse Nardin!

Verkauf in führenden Fachgeschäften. Bezugsnachweis ULYSSE NARDIN Pforzheim Industriehaus



Have a GOOD RUM for your money!



LEMON HART JAMAICA RUM

gibt es in allen Ländern der Erde und auf allen 7 Meeren. Für Kenner ist er der Inbegriff guten, echten Jamaica-Rums.

Auf Jamaica aus bestem Zuckerrohr destilliert, erreicht er durch sorgsame Lagerung und Pflege höchste Vollendung.

Lemon Hart's Golden Jamaica Rum 73% Lemon Hart's Golden Jamaica Rum 42%
(reduziert, aber nicht verschnitten)

Alleinimport:

Epikür G. m. b. H., Koblenz an Rhein und Mosel



tiver kann man das Problem der Krankenversicherungs-Reform nicht sehen, als wenn man es unter dem Aspekt der Sanierung der Kassenfinanzen betrachtet. Und primitiver kann man diese Sanierung der Kassenfinanzen nicht betreiben, als wenn man auf dem Wege zum Arzt eine finanzielle Hürde aufbaut.“

Vor kurzem, so berichtete das Ärzteblatt, seien in Mainz sieben junge Männer unter rätselhaften Umständen gestorben. „Die Mordkommission der Mainzer Kriminalpolizei schaltete sich ein; es wurden Obduktionen ausgeführt. Das Ergebnis war erschreckend — nicht im kriminalistischen Sinne. Verbrechen lagen nicht vor. Erschreckend war das Ergebnis im menschlichen Sinne. Alle sieben jungen Männer waren einem plötzlichen Herztod erlegen.“

Und weiter dramatisierte das Ärzteblatt die Bedenken der protestierenden Kassenärzte: „Daß in der Bevölkerung latente Krankheitszustände in erheblichem Umfange vorhanden sind, haben die Vorsorgeuntersuchungen in Dachau und Krefeld mit beweiskräftigen Zahlen bewiesen. Unter den Untersuchten, die sich nach ihren eigenen Angaben subjektiv gesund fühlten, wurden im Mittel beider Untersuchungsreihen bei 42,5 Prozent der Untersuchten unempfundene und bis dahin unentdeckte echte Krankheitszustände aufgedeckt. Dabei hat es sich überwiegend um Krankheiten des Herzgefäßsystems gehandelt. Diese Feststellungen scheinen im Arbeitsministerium in Bonn nicht überall angekommen zu sein.“

Auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes in Baden-Baden hatte Claussen Gelegenheit, auch auf diese Vorwürfe der Kassenärzte zu antworten: „Man muß sich fragen, warum diese jungen Leute nicht zum Arzt gegangen sind, obwohl der Weg durch keine Kostenbeteiligung verbaut war. Wenn sie aber beim Arzt waren — die Erfahrung spricht dafür, daß mindestens der eine oder der andere vor seinem Tode einmal in ärztlicher Behandlung war —, dann erhebt sich die Frage, warum die Ärzte die Herzkrankheit nicht erkannt haben. Müßte man nicht zu dem Schluß kommen, daß die Unzulänglichkeit des ärztlichen Betriebes daran schuld war?“

„Wenn Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten Erfolg haben sollen, dann muß dem Arzt Zeit und Möglichkeit gegeben werden, sich diesen Untersuchungen mit der gebotenen Gründlichkeit zu widmen. Diese Zeit hat er heute bei der Überfüllung der Sprechzimmer nicht.“

Der Gesetzentwurf, kündigte Claussen an, verpflichte die Kassen zum Ausbau der Gesundheitsvorsorge. So sei zum Beispiel vorgesehen, daß alle Kassenmitglieder — besonders die gefährdeten Jahrgänge (40 bis 50 Jahre) — in periodischen Abständen auf Tuberkulose, Krebs und Herzgefäßkrankheiten untersucht werden. Für die Untersuchungskosten sollen die Kassen aufkommen.

Doch Claussen vermochte die opponierende Ärzteschaft mit diesen Zukunftsperspektiven nicht umzustimmen. Der Hartmannbund empfahl dem Staatssekretär eine andere Form der Selbstbeteiligung, deren Bremswirkung auf die Bagatell-Fälle nicht so radikal wäre. Er schlug vor, daß jeder Patient zehn Prozent des Arzthonorars (bis zu einer Höchstgrenze) selbst zahle. Danach würde ein Bagatell-Kranker, der zwei- bis dreimal zum Arzt geht, höchstens mit 1,50 Mark belastet, während er nach Claussens System 4,50 Mark bis 9 Mark in die Kasse des Arztes zahlen soll.

Das Inkasso der Inanspruchnahmegebühren lehnte die Ärzteschaft überhaupt ab. Wehrte sich Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Thieding: „Wir können doch keine Registrierkasse in der Praxis aufstellen. Sol-

Glanz und Wärme

geben einem Heim das gewisse Etwas, worauf die Hausfrau stolz ist, woran sich die Familie erfreut und wofür die Gäste dankbar sind. Beides bringt

FAKIR

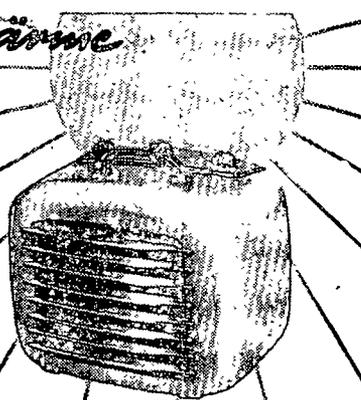
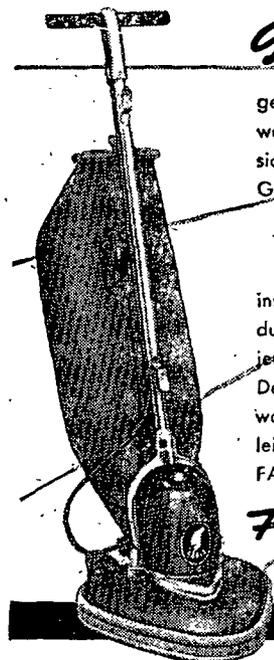
ins Haus. Der FAKIR-Schnellheizer 202 durchwärmt, entlüftet und temperiert jeden Raum vollautomatisch und im Nu. Der Elektroböhrer 3 SL spänt, saugt, wachst ein, bohrt und poliert. Schnell leicht und gründlich.

FAKIR-Geräte werden über den Elektrofachhandel geliefert, auch auf Raten.

Fakin-Elektrogeräte

Bitte fordern Sie von uns Farbprospekte

FAKIRWERK MÜHLACKER





Hartmannbund-Hauptversammlung*: Registrierkassen in der Arztpraxis?

len wir auch noch hinter den Patienten herlaufen, die uns die Gebühren schuldig bleiben? Wir sind doch keine Gerichtsvollzieher! Dieses System, das Staatssekretär Claussen vorschlägt, würde uns außer der zeitraubenden Schreibearbeit, die keine Vergütung bringt, auch noch hohe finanzielle Verluste aufbürden.“

Claussen wollte sich aber auf keinen Kompromiß einlassen. Er drohte den Ärzten in Baden-Baden: Wenn sie den Entwurf des Ministeriums ablehnten, bleibe ihnen keine andere Wahl, als sich völlig in das „kaudinische Joch“ der Krankenkassen zu begeben.

Der Staatssekretär versuchte die Ärzte mit einem Plan zu schrecken, den zwei prominente westdeutsche Sozialexperten im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden aufgestellt haben: der Senatspräsident am Bundessozialgericht Professor Dr. Walter Bogs und der Düsseldorfer Sozialgerichtspräsident Dr. Horst Peters, der dem ministeriellen Beirat für die Neuordnung der sozialen Leistungen angehört.

Peters hält es nach den Erfahrungen, die er vor Jahren als Krankenkassen-Direktor sammelte, für dringend geboten, die Kassenärzte wegen der vielen „Ordnungswidrigkeiten“ stärker unter Kontrolle zu nehmen, obschon er nicht jeden Arzt für „überwachungsbedürftig“ hält: „Der Arzt, der in einer Stadt darlegt, daß die von ihm festgestellten Fälle von Syphilis nur aus einem bestimmten Freudenhaus stammen können, meint als Ansteckungsverdächtige nicht alle Stadtbürger. So nehme auch ich nicht alle Ärzte in Bezug.“

Trotzdem sei es ratsam, allen Kassenärzten das Recht zu entziehen, „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und andere Bescheinigungen auszustellen, die Leistungen auslösen“. Dieses Recht soll einer neu zu schaffenden Gruppe von Kontrollärzten vorbehalten bleiben. Dazu Sozialrichter Peters: „Diese Zweitärzte müßten eine unabhängige amtliche Stelle bekleiden und

* Staatssekretär Claussen (l.), DP-Bundestagsabgeordnete Kainke (mit Hut), parlamentarischer Gesundheits-Schiedsrichter Stammberger (r.).



CH+CH

Etwas spleenig - - - ?

Auf den ersten Blick vielleicht. Aber wenn man mit ihm zu tun hat... welche Ruhe, welche Sicherheit! Das macht seine Pfeife. Und Orlik-Tabak! — Am Tabak erkennt man den Charakter des Rauchers. Orlik-Tabak schafft Sympathie. Strahlt ein Fluidum echter Männlichkeit, verlässlich, vertrauenerweckend. Ja, so ist Orlik-Tabak. Ein Hauch erregenden Abenteuers im nüchternen Alltag. Ein anregender Genuß für Männer, die im Leben bestimmen.



Eine kostenlose Probe für eine Pfeifenfüllung guten Orlik-Tabak erhalten Sie für diesen Coupon. Einsenden, oder schreiben an
Abt. A 6 Orlik-Tabak, Duisburg, Postfach

Name:

Ort:

Straße:

Etwas für Männer mit Tabakverstand.

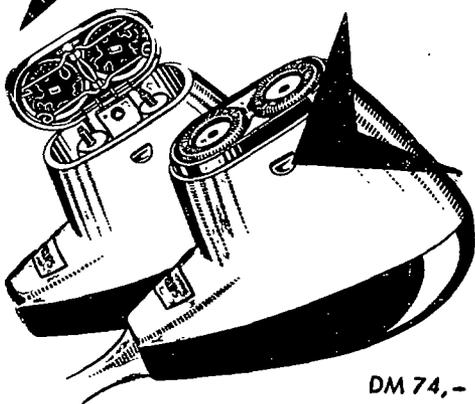




Ein Tip von Mann zu Mann!

Der neue Philips „120 S“! Seit Mai wird dieser Trockenrasierer erst verkauft. In wenigen Monaten sind 100 000 von dieser Type hergestellt und verkauft worden. Alle Erfahrungen, die Philips in 20 Jahren über das Elektro-Rasieren gesammelt hat, sind hierbei berücksichtigt. Die gegenseitig arbeitenden Schermesser, der hautstraffende Spanning, die Scherkopf-Automatic, die Steigerung der Tourenzahl, der Kombinationsscherkopf 120, sind die herausragenden Merkmale der Philips Konstruktion. Was Philips baut, ist immer gut. Elektro-Rasieren ist ein besonderes Hobby der Philips Techniker. Philips-Elektro-Rasierer sind daher besonders gut!

Die Scherkopf-Automatic



DM 74,-

PHILIPS

nicht der Ehrengerichtbarkeit der Ärztekammer unterstellt sein.“

Um den uralten Honorarstreit endgültig zu liquidieren, wollen die beiden Krankenversicherungs-Ideologen Bogs und Peters den Ärzten das ohnehin stark beschädigte Leitbild des freien Berufs völlig zunichte machen. Ähnlich wie in Holland soll auch der deutsche Kassenarzt Gehaltsempfänger der Krankenkassen werden. Jeder Beitragszahler soll sich bei einem ihm genehmen Arzt als „Stammpatient“ registrieren lassen, womit die Verpflichtung verbunden wäre, im Krankheitsfall nur diesen Arzt zu bemühen und ihm mindestens ein Jahr lang treu zu bleiben; erst danach soll ein Wechsel — durch Eintragung in die Liste eines anderen Arztes — möglich sein.

Für jeden Stammpatienten soll der Arzt ein sogenanntes Seelenpauschale erhalten (etwa 12 Mark pro Seele und Jahr). Der „verstaatlichte“ englische Arzt, der ebenfalls nach diesem Modell praktiziert, verdient im Durchschnitt — bei 2250 Patienten-Seelen — 25 000 Mark brutto jährlich. Durch diese Bezahlungsweise soll der Arzt angeregt werden, sich um die Gesunderhaltung seines Sprengels zu kümmern, da er vom Kranksein der Stammpatienten keinen Nutzen, sondern mehr Arbeit hat.

Dem Reformausschuß des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen gefiel dieser Vorschlag so gut, daß er Kundschafter ins seelenpauschalierte Holland entsandte, die dort ausgiebige Studien trieben und den Reformausschuß animierten, nicht auf hal-

bem Wege stehenzubleiben. Der Reformausschuß der Kassen propagierte denn auch gleich eine weitere Fortschrittsidee: die medizinische Gruppenpraxis.

Da in komplizierten Krankheitsfällen, so argumentierten die Reformtheoretiker der Kassen, die diagnostischen und therapeutischen Mittel des einfachen praktischen Arztes nicht ausreichen, sollten sich jeweils mehrere praktische und Fach-Ärzte zusammenschließen und eine Gemeinschaftspraxis, eine Art Miniatur-Poliklinik, einrichten. Das sei die rationellste Methode „zur Sicherung der Diagnose, einer gezielten Behandlung und Bekämpfung von Mißbräuchen“.

* Gemälde des niederländischen Meisters Jan Steen (1626 bis 1679).



Altes Hausarzt-Idol: Zeit für jede Pein*



Moderner Ramschbetrieb: „Halsschmerzen rechts heraus!“

Industriekurier

Diese Vorschläge verraten deutlich ihren ideologischen Ursprung. Ähnliche Thesen stehen in dem Gesundheitsplan der SPD, den der Deutsche Gewerkschaftsbund vor wenigen Tagen in modifizierter Form als eigenen Reformplan anpries. Der DGB will den Bundesbürgern eine Einheits-Krankenversicherung aufzwingen. Alle Arbeitnehmer — vom Kaminkehrer bis zum Fabrikdirektor — sollen Mitglied der Pflichtversicherung werden. Mit ihren höheren Beiträgen sollen die wohl-situier-ten Zwangsmitglieder die Löcher im Etat der Krankenkassen stopfen helfen. In der erweiterten Zwangssolidarität sehen die gewerkschaftlichen Sozialromantiker ein probates Mittel, ihrer programmatischen Forderung nach einer „zweiten Einkommensverteilung“ Geltung zu verschaffen. Endziel ist der staatlich dirigierte und kontrollierte Gesundheitsdienst.

Nachdrücklich warnte die „Zeitschrift für Versicherungswesen“ vor so exaltierten Plänen: „Durch die Rentenreform, das Lohnfortzahlungsgesetz und die jüngsten Beitragserhöhungen der Krankenkassen sind wir heute soweit, daß mehr als 40 Prozent von Lohn und Gehalt unverteilt werden. Arbeiter und Angestellte erhalten also, kraß gesprochen, für geleistete Arbeit *persönlich* immer weniger Geld. Wenn wir den gefährlichen Tendenzen zum totalen Versorgungsstaat nicht Einhalt gebieten, wird bald jeder die Hand in der Tasche des anderen haben. Die Entwicklung in sogenannten (westlich-)sozialistischen Ländern . . . zeigt eindeutig, daß der Staat nicht das Kindermädchen seiner Bürger sein darf.“

Den englischen Staat hat dieses Labour-Experiment in zehn Jahren rund 60 Milliarden Mark Zuschuß* gekostet, ohne daß es gelungen ist, das Krankenbehandlungsschema nennenswert zu verbessern. Auch die staatlich dirigierte englischen Ärzte haben — wie Englands Ärztenbünde klagen — durchschnittlich für jeden Patienten nur sechs Minuten Zeit, weil der kostenfreie staatliche Gesundheitsdienst Simulanten und Hypochonder erst recht zur Ausnutzung des Systems reizt.

Verglichen mit dem Plan der Kassen bietet der Reformentwurf des Ministeriums mehr Chancen, die soziale Krankenversicherung wirkungsvoll zu reformieren. Indes, auch dieser Reformentwurf hat eine sehr schwache Stelle: Niemand — auch kein Versicherungsmathematiker — kann verbindlich sagen, was die geplante Selbstbeteiligung einbringen wird. Das Ministerium rechnet damit, daß man den Versicherten jährlich 100 Millionen Mark Inanspruchnahmegebühren, die ihr Selbstverantwortungsgefühl stärken sollen, aus der Tasche ziehen könnte.

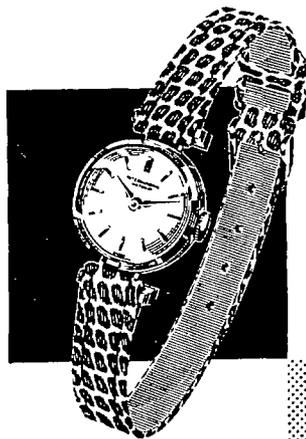
Diese Mehreinnahmen sind jedoch nur ein Teil einer unbekanntem Größe. Der entscheidende Effekt der Selbstbeteiligung soll deren Bremswirkung auf die Bagatellfälle sein. Wie stark dieser subjektive Faktor bei den Kassen zu Buch schlagen würde, läßt sich nur äußerst vage abschätzen.

30 Prozent aller Krankmeldungen bezogen sich im vergangenen Jahr auf leichte Erkrankungen. Man kann annehmen, daß dieses knappe Drittel „Bagatell-Kranker“ von den fünf Milliarden Mark, die Westdeutschlands soziale Krankenkassen im vergangenen Jahr ausgeben mußten, etwa 20 Prozent — also eine Milliarde Mark — in Anspruch nahm. Wenn es gelänge, die Bagatellfälle durch die Selbstbeteiligung um 60 Prozent zu verringern, könnten die Kassen jährlich etwa 600 Millionen Mark einsparen. Addiert man dazu 100 Millionen Mark Inanspruchnahmegebühren, so kommt man auf 700 Millionen Mark

* Zwei Drittel der Gesamtausgaben für den Gesundheitsdienst zahlt der Staat, für ein Drittel der Ausgaben müssen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam aufkommen

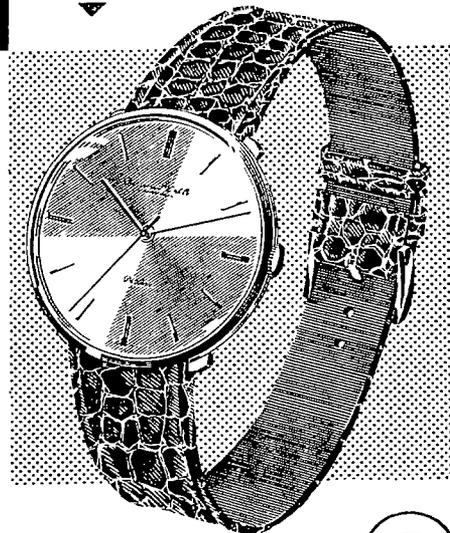
IWC

Schaffhausen ... für jene
die das Beste
suchen



Ref. 4025, 18 Kt. Gelbgold, Werk 17 Rubine, stossesichert und antimagnetisch, Zifferblatt mit Goldzahlen, Lederband DM 755.—

Ref. 1210 DE LUXE, extra-flach, 17 Rubine, stossesichert und antimagnetisch, Zifferblatt 18 Kt. Gold mit Goldzahlen und -zeigern, Croco-Lederband mit 18 Kt. Goldschnalle, echtledernes Luxusetui DM 1090.—



Zeitlos gültige Eleganz höchste technische Vollkommenheit

sind zwei Merkmale der IWC. Und wo eine Uhr von solch wahrhaft innerem Wert geschenkt wird, da gebührt ihr eine Präsentation, die ihre Exklusivität unterstreicht. Die abgebildeten Luxusmodelle lassen ahnen, welch edle Gabe sie bedeuten. Was dem Besitzer einer IWC ihr internationaler Ruf bedeutet, das sagt dem Fachmann mehr als die Bezeichnung «Chronometer», da jede IWC ohnehin eine über dem verlangten Durchschnitt stehende Präzisions-Reglage erreicht. Kein Wunder, rüstet die RAF ihre Piloten und Navigatoren schon seit Jahren mit IWC-Uhren aus.

Verkauf und Service nur durch die autorisierten IWC-Vertreter, erkennbar an diesem Schaufensterschild

Der IWC-Katalog wird Ihnen von der International Watch Co. Schaffhausen/Schweiz, auf Verlangen unverbindlich und kostenlos zugestellt



International Watch Co.

SCHAFFHAUSEN / SCHWEIZ

Bei jedem Wetter
Niederstädter
* für Feinschmecker
aus eigenem Kornfeinbrand nach einem besonderen Verfahren gewonnen

IKORNBRENNEREI NIEDERSTADT & LÜBBECKE/WESTF.

HOHL
V
... ein großartiger
SEKT

finanziellen Gesamteffekt der Selbstbeteiligung.

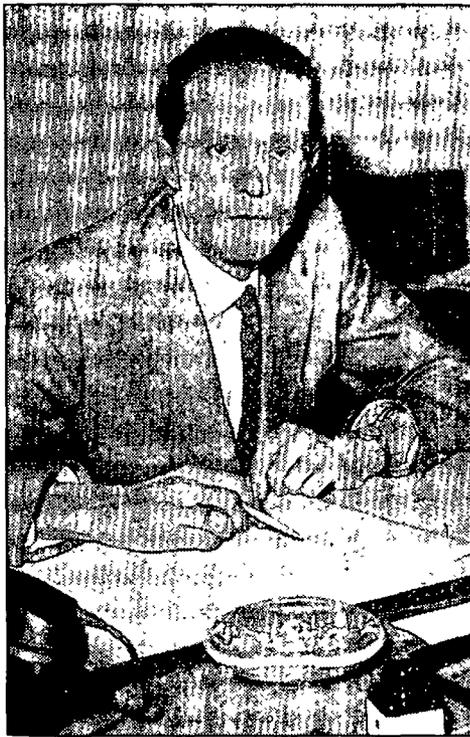
Nach dem Gesetzentwurf sollen aber auch die Kassen mehr als bisher leisten. Sie sollen mehr Geld für die Schwerkranken zur Verfügung stellen und Vorsichtsuntersuchungen finanzieren. Außerdem hat Claussen versprochen, daß die überhöhten Beiträge gesenkt werden sollen. Allein die bessere Betreuung der Schwerkranken würde jährlich etwa 200 Millionen Mark Mehraufwand erfordern; mindestens 150 Millionen Mark sind für Vorsichtsuntersuchungen zu veranschlagen. Danach blieben nur 350 Millionen Mark übrig, die kaum ausreichen würden, um die überhöhten Mitgliedsbeiträge auch nur um ein halbes Prozent zu senken.

Der ökonomische Effekt der Selbstbeteiligung ist also gering. Das hat man in Blanks Ministerium inzwischen eingesehen. „Wir wollen die Selbstbeteiligung auch gar nicht als Finanzierungsinstrument anwenden“, so ließ sich Staatssekretär Claussen jüngst vernehmen, „sie soll vielmehr ein Erziehungsinstrument sein, eine Barriere im Krankheitsstrom.“

Es ist sicher notwendig, die antiquierten Sozialkassen von ihren Systemfehlern zu befreien, aber die Erziehung der Mitglieder zur Selbstverantwortung reicht noch nicht aus, um den ökonomischen Unterbau der Kassen entscheidend zu verbessern. Auf das schwache Fundament drückt vor allem der Ausgabeposten „Krankengeldzahlungen“.

Prominente Sozialpraktiker, darunter der Düsseldorfer Sozialgerichtspräsident Dr. Horst Peters, der zu den wissenschaftlichen Beratern des Bundesarbeitsministeriums gehört, haben Claussen vorgeschlagen, die Krankenkassen nach einer Methode zu sanieren, die man während der Krankenkassenkrise 1929/30 erfolgreich anwandte. Damals wurden die Arbeitgeber durch Gesetz verpflichtet, den Angestellten im Krankheitsfall sechs Wochen lang das volle Gehalt weiterzuzahlen, so daß die Kassen seither für die Angestellten kein Krankengeld mehr aufzubringen brauchen. Es steht nur den Arbeitern zu, deren Interessenverbände, die Gewerkschaften, seit längerer Zeit nach einer Reform verlangen, die auch den Arbeitern für sechs Wochen den vollen Lohn garantiert. Für die Gewerkschaften ist diese Forderung eine Prestigefrage: Die Arbeiter sollen sich nicht mehr gegenüber den Angestellten zurückgesetzt fühlen.

Peters und andere Sozialexperten glauben, daß der Gesetzgeber und die Arbeitgeberverbände die sozialpolitische Angleichung der Arbeiter an die Angestellten nicht mehr lange aufhalten können. Sie sei eine natür-



Versicherungswissenschaftler Köhler
Probe mit kranken Arbeitern

liche Wachstumserscheinung der modernen Industriegesellschaft. Wenn man nun diese Angleichung mit der Krankenversicherungsreform synchronisierte, wären die Kassen vom finanziellen Alpdruck befreit.

Freilich würden dann die Arbeitgeber, die nach der jetzigen Regelung nur 25 bis 35 Prozent des Grundlohns zum Krankengeld hinzuzahlen, stärker belastet als bisher. Es gibt dafür aber eine Kompromißlösung, die der politisch neutrale Geschäftsführer der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung* in Köln, Dr. Helmuth Köhler, 44, zur Diskussion stellte; ihr stimmten inzwischen zahlreiche Sozialpraktiker und auch die Spitzenfunktionäre des Hartmannbundes zu.

Nach Köhlers Programm soll „der Arbeitgeber den vollen Lohn des Arbeiters für die erste Woche der Krankheit weiterzahlen. Der 8. und der 9. Tag der Krankheit werden als unbezahlte Karenztage eingesetzt, während die Krankenkasse vom 10. Tage an die Krankengeldzahlung aufnimmt. Die Einführung einer echten Lohn-

* Die Gesellschaft wird von den privaten und sozialen Versicherungsinstituten finanziert.

fortzahlung durch die Arbeitgeber für die erste Krankheitswoche würde für die Krankenversicherung die Ausgaben für Barleistungen um ein Drittel verringern“, also um etwa 340 Millionen Mark:

Dieser Betrag würde auf die Arbeitgeber „überwälzt“, die nach Ansicht des Köhler-Kreises einer sukzessiven sozialen Gleichschaltung der Arbeiter und Angestellten auf die Dauer doch nicht ausweichen könnten. Die moderne Industriegesellschaft habe das Selbstbewußtsein des Arbeiters gestärkt; er fühle sich aber noch „unterprivilegiert“ und werde nicht nachlassen, seine Gleichstellung mit den Angestellten zu fordern.

Die Anhänger dieser Idee glauben, daß sich der Arbeiter im Krankheitsfall wie ein Angestellter verhalten werde, „wenn eine Ausdehnung der echten Lohnfortzahlung auf sechs Wochen, das heißt die Gleichstellung mit dem Angestellten, in sichere Aussicht gestellt wird für den Fall, daß mit dem ersten Schritt der Lohnfortzahlung für sieben Tage kein Mißbrauch getrieben wird“.

Um schwachen Charakteren, die es sowohl unter den Arbeitern wie unter den Angestellten gebe, das „Krankfeiern“ zu erschweren, empfiehlt auch Köhler eine „angemessene Selbstbeteiligung“; das Konzept des Arbeitsministeriums lehnt er jedoch ab. Köhler schlägt vor, ein bewährtes Schweizer System nachzuahmen:

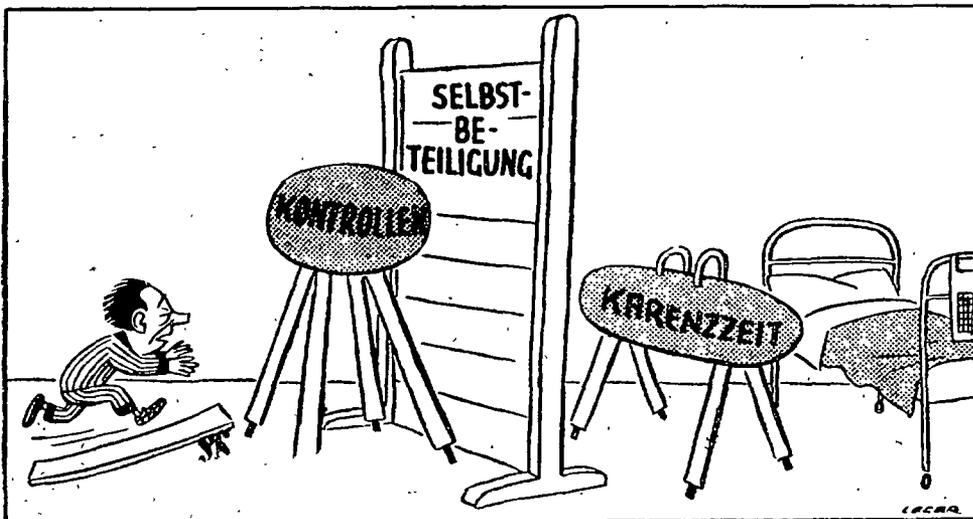
Jeder Pflichtversicherte soll in jedem Quartal die ersten entstehenden Kosten für Arzt und Heilmittel bis zu 15 Mark selbst decken. Erst nach Zahlung des Betrages erhält der Versicherte gegen Vorlage der quittierten Rechnungen einen Krankenschein von der Kasse, wenn es sich um eine längerdauernde Krankheit handelt; der Quartalsbetrag von 15 Mark stellt aber in jedem Falle seine eigene Beteiligung in einem Vierteljahr dar.

Doch Claussen will diesen Weg nicht gehen. Die von Köhler vorgeschlagene Form der Selbstbeteiligung sei „nicht fühlbar“ genug, und Konzessionen an die Gewerkschaftsforderung („Arbeiter und Angestellte sind gleichzustellen“) lehnt Claussen erst recht ab. Arbeitsminister Blank und sein Staatssekretär erachten den deutschen Arbeiter nicht als reif für eine soziale „Aufgradierung“, die man in den USA schon vor zwölf Jahren als Begleiterscheinung der „Zweiten industriellen Revolution“ anstandslos hinnahm.

Der deutsche Arbeiter, sagt Claussen, werde von Sozialromantikern und Gewerkschaften über Gebühr idealisiert; in Wirklichkeit gehöre der Arbeiter zur indifferenten, labilen Masse, die darauf spekuliere, jeden Vorteil auszunutzen. Claussen besteht darauf, diese Masse erst zur Selbstverantwortung zu erziehen.

Da Claussen damit rechnen muß, daß viele Bundestagsabgeordnete sein Erziehungswerk ablehnen werden, schickte er seine vier Reformgehilfen vor kurzem nochmals für vier Wochen in einen ozeanreichen Ideen-Brutkasten. Allerdings mieden die Referenten diesmal den Kneipp-Kurort Münstereifel, wo sie wegen ihrer ständigen Feierabend-Beschäftigung als „die vier Bridgespieler“ schon zu bekannt geworden sind. Sie domozilieren zur Zeit in einer kleinen Pension bei Neuwied und bemühen sich nun, eine Anzahl angemerakter Paragraphen des Gesetzentwurfs durch juristischen Feinschliff unanfechtbar zu machen.

Außerdem sollen sie schon jetzt, während der schweißtreibenden Abschlußarbeit, einen bundesdeutschen Einheitskrankenschein entwerfen, der die bisher unbekannte Rubrik „Selbstbeteiligung des Patienten“ enthält. Volkserzieher Claussen: „Ich lasse mich davon nicht abbringen.“



Bundesdeutscher Krankensport

Gewerkschaftspost