

Molitor, Bruno

Article — Digitized Version

Zaghafter Einstieg in die Krankenversicherungsreform

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Molitor, Bruno (1969) : Zaghafter Einstieg in die Krankenversicherungsreform, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 49, Iss. 3, pp. 151-152

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/133949>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Zaghafter Einstieg in die Krankenversicherungsreform

Prof. Dr. Bruno Molitor, Würzburg

Eine Reform der Sozialen Krankenversicherung ist überfällig. Darüber besteht Einmütigkeit. Das Problem liegt jedoch in dem Wie. Leider haben sich die Politiker der Großen Koalition nicht zu einem umfassenden Konzept durchringen können. Immerhin sollen in dieser Legislaturperiode noch einige Teilschritte getan werden.

Lohnfortzahlung

Da ist zunächst die Lohnfortzahlung für Arbeiter während der ersten 6 Krankheitswochen. Die 65 % Krankengeld, die die Krankenkassen hier bisher noch zu zahlen haben, sollen jetzt von den beschäftigenden Unternehmen übernommen werden. Diese volle „arbeitsrechtliche“ Regelung ist in der Tat die einzig systemkonforme Lösung. Bisher ergibt sich die problematische Situation, daß die Sicherungseinrichtung bei wachsenden Einkommen (und damit Beiträgen) zwar von der Einnahmenseite her auf eine automatische Steigerung der medizinischen Dienste angelegt ist, diese Chance aber wieder dadurch beschnitten wird, daß die gleiche Dynamik die Kassenausgaben zum Ausgleich des krankheitsbedingten Verdienstaufalles nach oben treibt; denn das Krankengeld richtet sich nach der Höhe des jeweils letzten Arbeitsentgeltes. Die zentrale Funktion der Krankheitssparte liegt jedoch in den medizinischen Diensten, die dem Arbeitnehmer und seiner Familie zu leisten sind, und nicht darin, für den Versicherten den einkommenszahlenden Arbeitgeber zu ersetzen – den Arbeitgeber, der den erkrankten Beschäftigten ja möglichst bald wieder an seinem Arbeitsplatz haben möchte.

Darüber hinaus ist es soziologisch ein Anachronismus, den Arbeiter im Sicherungssystem anders zu behandeln als den Angestellten. Aber auch die Gleichheit der Wettbewerbsbedingungen zwischen den verschiedenen Kassentypen steht auf dem

Spiel. Die Krankengeldzahlung trifft einseitig die Ortskrankenkassen; die Angestelltenkassen sind von ihr schon seit 1931 entlastet. Und es handelt sich um einen gewichtigen Budgetposten: Eine Arbeitsunfähigkeit unterhalb der 6-Wochen-Dauer liegt in rd. 90 % aller Krankheitsfälle vor.

Natürlich bedeutet die Lohnfortzahlung eine Steigerung der Lohnnebenkosten bei den Unternehmen. Aber einmal stehen dem heute keine konjunkturellen Bedenken entgegen. Und zum anderen will die Mehrbelastung gewichtet sein. Gegen die Zahlung des Bruttolohnes für den erkrankten Arbeiter ist der bisherige Krankengeldzuschuß der Arbeitgeber ebenso aufzurechnen wie die Entlastung von einem Teil ihres Beitrages zur Krankenversicherung. Denn der Wegfall des Budgetpostens „Krankengeld“ läßt nicht nur weitere Beitragssteigerungen in der Krankenversicherung vermeiden, er erlaubt eine Senkung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge in der Größenordnung von 2 %. Hinzu kommt, daß an der Lohnfortzahlung der Fiskus via Entgang von Ertragsteuern beteiligt ist. Schließlich darf auch nicht die Wirkung der arbeitsrechtlichen Lösung auf die Lohnpolitik vernachlässigt werden: Sie engt die Bandbreite der sonst möglichen Lohnerhöhungen ein. Und das um so sicherer, wenn die Lohnfortzahlung, ähnlich der Unfallversicherung, im Wege einer Lohnsummenumlage erfolgt, um kleinere Unternehmen zu entlasten.

Das ist indessen nicht alles. Der Reformschritt hat günstige Nebenwirkungen an mehreren Stellen des Sicherungssystems. Die Arbeiterrentenversicherung kann mit Mehreinnahmen von jährlich 1 Mrd. DM rechnen, da der fortgezahlte Lohn im Unterschied zum früheren Krankengeld beitragspflichtig ist. Aus dem gleichen Grunde profitiert zu ihrem Teil auch die Krankheitssparte. Und die Ermäßigung der Abgaben für die Krankenkassen

bietet neben der Beitragssenkung in der Arbeitslosenversicherung die einzige Möglichkeit, um die Gesamtbelastung der Arbeitnehmerhaushalte durch die soziale Sicherung, so wie die Dinge in der Alterssparte nun einmal liegen, in vertretbaren Grenzen zu halten.

Beitragsrückerstattung

Einer zweiten Neuerung geht es um das Verhalten des Pflichtversicherten. Man will ihm einen Anreiz bieten, seiner Kasse unnötige Ausgaben zu ersparen und eine kurze Behandlung auch einmal selbst zu finanzieren. Dazu sollen die einzelnen Krankenscheine, die dem Versicherten pro Jahr zustehen, gleichsam den Charakter eines Wertpapiers erhalten, das bei Nichtbeanspruchung gegen bare Münze eingelöst werden kann. Das Ziel der Neuerung ist vernünftig, aber die Technik des Verfahrens stößt auf gesundheitspolitische Bedenken. Soli die Maßnahme tatsächlich eine Anreizwirkung haben, muß der Wert des Krankenscheines merklich hoch angesetzt sein. Aber gerade das kann die Kassenmitglieder leicht dazu verführen, den Arzt überhaupt nicht aufzusuchen und Krankheiten zu verschleppen. Daran dürfte auch die einmal im Jahr vorgesehene kostenlose Vorsorgeberatung wenig ändern.

Zweckmäßiger ist es, mit dem Anreiz einer *prozentualen* Beitragsrückerstattung zu arbeiten, wenn das Kassenmitglied die Versicherung während eines Jahres nur in Grenzen beansprucht, wie das ähnlich in der Privatversicherung geschieht. Denn dieses Verfahren hält den Weg zum Kassenarzt offen, bevor der Versicherte, der ja weder die Schwere der Krankheit noch ihre Behandlungskosten zu beurteilen vermag, eine Entscheidung trifft. Im übrigen kann dann auch an einer Krankenscheingebühr zu Behandlungsbeginn festgehalten werden. Und was die Rezeptgebühr betrifft, so dürfte es weniger auf ihre Erhöhung als auf eine Vorkehrung ankommen, die der Neigung zum Sortiment-Rezept entgegenwirkt: Es wäre für *jedes* Medikament ein gebührenpflichtiges Rezept zu verlangen.

Vertrauensärztlicher Dienst

Als dritter Reformschritt wird vorgeschlagen, den vertrauensärztlichen Dienst auch im „normalen“ Krankheitsfall zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einzuschalten, wenn der Arbeitnehmer dem Unternehmen noch nicht 2 Jahre angehört. Indessen, ein solche generelle Zweituntersuchung verursacht nicht nur erhebliche Mehrkosten. Es erscheint auch medizinisch-pädagogisch wenig vernünftig, in dieser Weise die gutachterliche Tätigkeit über die Arbeitsunfähigkeit von der Betreuungsfunktion des Kassenarztes zu trennen. Überdies würde erneut ein psychologischer Gra-

ben in der Behandlung von Kassen- und Privatpatienten aufgeworfen, was niemand wünschen kann.

Wenn tatsächlich Mißbräuche beim „Krankschreiben“ ins Gewicht fallen, ist es vollauf ausreichend, mit überbezirklichen Prüfungskommissionen zu arbeiten, die die Ärzte regelmäßig mit vergleichenden Informationen versorgen und den hartnäckigen Fällen einer überhöhten Krankenschreibhäufigkeit nachgehen, notfalls unter Androhung von Regreßzahlungen. Und an diesen Kommissionen könnten die lohnfortzahlenden Unternehmen beteiligt sein.

Beitragsgrenze für Angestellte

Schließlich fehlt in den Neuerungsvorschlägen nicht die nachgerade obligate Erhöhung der Beitragsgrenzen für Angestellte. Aber das muß so lange als eine Verlegenheitslösung angesehen werden, als man sich nicht endlich zu einer systemkonformen Entscheidung in drei Punkten versteht.

Wenn man mit Rücksicht auf die Geschäftschancen der privaten Versicherungswirtschaft an einer Begrenzung der Sozialversicherung festhalten will – und dafür sprechen gewichtige wettbewerbpolitische Gründe –, so stellt doch die unterschiedliche Behandlung von Arbeitern und Angestellten gleicher Einkommenshöhe eine Ungeheimtheit dar, die fallen muß.

Die doppelte Begrenzung nach der Pflichtmitgliedschaft und der Beitragsbemessung ist in nichts als der Tradition begründet. Technisch genügt eine der Grenzen vollauf. Entweder sind alle Arbeitnehmer pflichtversichert, aber nur bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe beitragspflichtig. Oder man beschränkt die Pflichtmitgliedschaft nach der Einkommenshöhe, aber läßt dann auch von diesem Einkommen in vollem Umfang Beiträge entrichten.

Für welche Alternative man sich entscheiden mag: ausschlaggebend ist, daß die Grenze „dynamisch“ gestaltet wird, d. h. sich mit den Bewegungen des Lohn- und Gehaltsniveaus automatisch verändert, um endlich von den ständigen politischen Eingriffen loszukommen und die Krankheitspartie auf eigene Füße zu stellen.

Indessen handelt es sich in allen aufgeführten Fällen um einen bescheidenen „Einstieg“ in die Reform der Krankenversicherung. Die wirklich harten Brocken harren noch der Neuregelung. Das gilt für das überkommene Honorierungsverfahren der Kassenärzte ebenso wie für das dornige Krankenhausproblem und die Pflegesätze. Und auch die Preisentwicklung bei den Medikamenten kann gesundheits- und sozialpolitisch auf die Dauer nicht einfach als ein Datum hingenommen werden.