

Mayer, Otto G.

Article — Digitized Version

Gesundheitsreform - ein Schritt zurück?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Mayer, Otto G. (1996) : Gesundheitsreform - ein Schritt zurück?,
Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 76, Iss. 12, pp. 608-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137412>

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.

Die von der Regierung gewollte Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung vollzieht sich in Schritten, nachdem der Versuch, ein Gesamtpaket zu schnüren, am Bundesrat gescheitert ist. Nicht zustimmungspflichtige einzelne Gesetze sind die Folge. Es begann mit dem im September verabschiedeten Beitragsentlastungsgesetz, das die Kassen unter anderem verpflichtet, ihre Beiträge zum 1. 1. 1997 um 0,4 Prozentpunkte zu senken, Kuren einzuschränken und Maßnahmen der sogenannten Gesundheitsförderung nicht mehr aus dem Beitragsanteil der Arbeitgeber zu finanzieren.

Es folgte das „Erste Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, das im November den Bundestag passierte. Hierdurch sollen unter anderem die Kassen gezwungen werden, stärker selbst zu sparen, indem Beitragserhöhungen mit höheren Zuzahlungen der Patienten beim Arzneimittelkauf verbunden werden, der Versicherte aber gleichzeitig das Recht erhält, der Kasse bei Beitragserhöhungen sofort zu kündigen.

Das 2. Neuordnungsgesetz soll im Frühjahr 1997 verabschiedet werden. Gegen den massiven Widerstand der betroffenen Berufs- und Interessengruppen soll damit eine Reihe von Leistungen aus dem Pflichtkatalog und aus der häftigen Finanzierung durch Arbeitnehmer und -geber herausgenommen und den Kassen anheimgestellt werden, solche Leistungen zwar als sogenannte Gestaltungsleistungen anzubieten, hierfür dürfen sie aber ihre Beiträge nicht anheben. Angesichts der Finanzlage der Kassen dürfte dies eher auf eine Streichung solcher Leistungen hinauslaufen. Dieser Problemkreis soll daher noch einmal überdacht werden.

Soll ein summarisches Urteil über diese „Reformen“ abgegeben



Otto G. Mayer

Gesundheitsreform – ein Schritt zurück?

werden, läßt sich dies kaum besser machen als in den Worten einer Gruppe von Gesundheitsökonomern, die ihre Enttäuschung hierüber erst letzte Woche öffentlich äußerten: Diese Gesetze bringen nur begrenzte Erprobungsregelungen, wo großzügige Vertragsfreiheit erforderlich wäre; sie verhärten die bestehenden Kartellstrukturen auf seiten der Leistungsanbieter, wo doch Wettbewerb unter ihnen herrschen sollte; und sie stellen die Kassen unter ein Finanzierungsdiktat, wo der frei kalkulierte Beitragsatz seine wettbewerbliche Steuerungsfunktion erfüllen müßte.

Dies bedeutet zudem einen Rückschritt gegenüber dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, mit dem die Grundlagen für einen Wettbewerb der Kassen bei freier Wahl der Kassen durch die Versicherten gelegt wurde. Denn wie soll ein Wettbewerb der Kassen untereinander und um die Versicherten aussehen, wenn man ihnen den Preis (Beitragsatz) als Aktionsparameter nimmt, ihnen auf der Inputseite (Leistungsanbieter) keine Vertragsfreiheit zubilligt (z.B. in Gestalt von Individualverträgen mit Ärzten oder Ärztgruppen, mit Krankenhäusern usw.), Modellversuche der Kassen

von der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig macht (Innovationsbremse) und ihnen auf der Angebotsseite die Finanzierung bestimmter Leistungen über Beiträge verbietet?

Eine Beitragssatzstabilität für einen aus verschiedenen Gründen wachsenden Bereich wie den Gesundheitssektor ist auf Dauer - wie auch schon die Vergangenheit trotz weitreichender Einschnitte zeigt - eine Illusion. Wenn die Bürger vermehrt Gesundheitsleistungen nachfragen, dann hat dies - und hier ist Gesundheitsminister Seehofer zuzustimmen - seinen Preis. Doch hierzu müßten die Bürger auch ihre wirklichen Präferenzen offenlegen können.

Hieraus sind zumindest zwei Schlußfolgerungen zu ziehen: Erstens muß die Finanzierung der Gesundheitsausgaben neu gestaltet werden. Durch die gegenwärtige paritätische Finanzierung der Versicherungsbeiträge werden die Gesundheitsleistungen mit der Standortfrage verknüpft und der Faktor Arbeit zu Lasten der Beschäftigung verteuert. Mögliche Leistungsausweitungen im Gesundheitssektor (und damit Beschäftigung) fallen paradoxerweise der Verbesserung des Standortes zum Opfer. Würden die Arbeitgeberanteile „eingefroren“ oder gar abgeschafft, könnte die Höhe des Beitragssatzes dem Wettbewerb unter den Kassen überlassen werden.

Zweitens muß endlich normativ ein Leistungskatalog mit dem medizinisch unabdingbar Notwendigen festgelegt werden. Welche Leistungen darüber hinaus angeboten werden, richtet sich dann nach den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Versicherten. Das Argument „Zwei-Klassen-Medizin“ überzeugt nicht. Denn jede staatlicherseits vorgegebene andere Form einer „Rationierung“ wird diese Entwicklung auch nicht verhindern können.