

Erbe, Susanne

Article — Published Version

Mehr Mut bei der Gesundheitsreform!

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Susanne (2003) : Mehr Mut bei der Gesundheitsreform!, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 83, Iss. 8, pp. 488-

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/42151>

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.

Nachdem der erste Gesetzentwurf der Regierungskoalition zur Gesundheitsreform zurückgezogen wurde, haben sich Regierung und Opposition auf ein Eckpunktepapier geeinigt, das sowohl im Bundesrat als auch im Bundestag Chancen für eine Zustimmung hat. Schon der Gesetzentwurf enthielt nur vorsichtige Schritte in Richtung auf eine Reform, die geeignet wäre, die ineffizienten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen zu beseitigen. Das Eckpunktepapier fällt dahinter noch weit zurück: Mehr Wettbewerb ist nur sehr eingeschränkt vorgesehen. Zwar enthält es Reizworte wie Medizinische Versorgungszentren, integrierte Versorgung, Hausarztssystem und Teilöffnung der Krankenhäuser. Die Voraussetzungen, an die die Einführung solcher Neuerungen geknüpft sind, sind aber rigide, oder es fehlt schlicht der wirtschaftliche Anreiz, solche Systeme zu errichten. Das Monopol der kassenärztlichen Vereinigung wird kaum angekratzt, dies war immerhin im Gesetzentwurf noch vorgesehen.

Dennoch hofft Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, den durchschnittlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 14,3% bis 2007 auf gut 12% senken zu können. Dies gelingt in den Modellrechnungen vor allem deshalb, weil die Arbeitnehmer ab 2005 mit einer zusätzlichen Pflichtversicherung für Zahnersatz und ab 2007 mit einem Sonderbeitrag für das Krankengeld belastet werden. Tatsächlich sinkt der Beitragssatz so deutlich nur für die Arbeitgeber. Nach Berechnungen des Gesundheitsministeriums werden aber auch die Arbeitnehmer im Durchschnitt einen leichten Rückgang ihres Beitragssatzes erfahren. Bei genauerem Hinsehen stellt sich jedoch heraus, dass diese leichte Verbesserung durch Zuzahlungen



Susanne Erbe
**Mehr Mut bei der
Gesundheitsreform!**

und Leistungsausgrenzungen zum Teil sogar überkompensiert wird. Die Gesundheitspolitik geht in alt bewährter Manier den Weg der Flickschusterei: hier eine Zusatzversicherung, über deren Gestaltung man trefflich streiten kann, dort ein wenig zuzahlen. Das Ziel der Aktionen ist es, die Lohnnebenkosten zu senken. Keiner traut sich aber, den Arbeitgeberanteil einfach an die Arbeitnehmer auszuzahlen oder zu kappen. Dies wäre eine ehrlichere Lösung, sie hätte allerdings den Nachteil, den Druck auf Strukturveränderungen weiter zu senken.

Die schönen Modellrechnungen gehen im Übrigen davon aus, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen nicht steigen. Aber genau dies ist angesichts des erneuten Zurückweichens vor den Lobbyisten zu erwarten. Steigerungen, die durch angebotsinduzierte Mengenausweitungen und durch von intransparenten Strukturen verursachte Preissteigerungen zustande kommen, könnten vermieden werden, wenn die politischen Akteure mehr Mut zu wettbewerbswirksamen Maßnahmen hätten.

Anstatt sich gründlich mit den Effizienzproblemen zu befassen, wendet sich die Politik nun der Finanzierung des Gesundheitswe-

sens zu. Auch hier wäre eine Reform durchaus angebracht, da das derzeitige System zu ungewollten und zum Teil schwer durchschaubaren Verteilungswirkungen führt. Nun wird eine Diskussion über Kopfpauschalen versus Bürgerversicherung angezettelt, die bislang ebenfalls an der Oberfläche verharrt und suggeriert, dass die beiden Modelle sich als unversöhnliche Gegensätze gegenüberstehen. Das trifft nicht zu. So ist eine Kopfpremie durchaus mit einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bürger zu vereinbaren wie das Schweizer Beispiel zeigt. Und der Arbeitgeberanteil kann auch bei einer Bürgerversicherung ausgezahlt werden. Dies ist sogar bei dem vorgeschlagenen Modell, in dem alle Einkommensbestandteile bei der Beitragsberechnung einbezogen werden, vernünftig.

Im Kopfpauschalen-Modell wäre es allerdings einfacher, vorher mitversicherte Ehepartner zur Finanzierung der Krankenversicherung heranzuziehen, im Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen entfielen einkommensbezogene Kriterien und auch die Konjunkturabhängigkeit wäre geringer. Zumindest aus der Sicht des Finanzministers hat dieses Modell einen wichtigen Schönheitsfehler: Wenn die Bezieher unterer Einkommen nicht unzumutbar belastet werden sollen, müssen sie mit ca. 25 Mrd. Euro subventioniert werden. Dies wiederum erfordert unpopuläre Steuererhöhungen, Ausgabenkürzungen und/oder eine Anhebung des Staatsdefizits.

Rasche Fortschritte hin zu einer rationaleren Finanzierung des Gesundheitssystems sind somit ebenso wenig zu erwarten wie die Erhöhung der Kosteneffizienz. Vielmehr ist zu befürchten, dass sich weiterhin wohlorganisierte Interessengruppen auf Kosten der Patienten und Versicherten durchsetzen werden.