

## Krankenkassenbeiträge gesenkt: Aufschwung für die Wirtschaft?

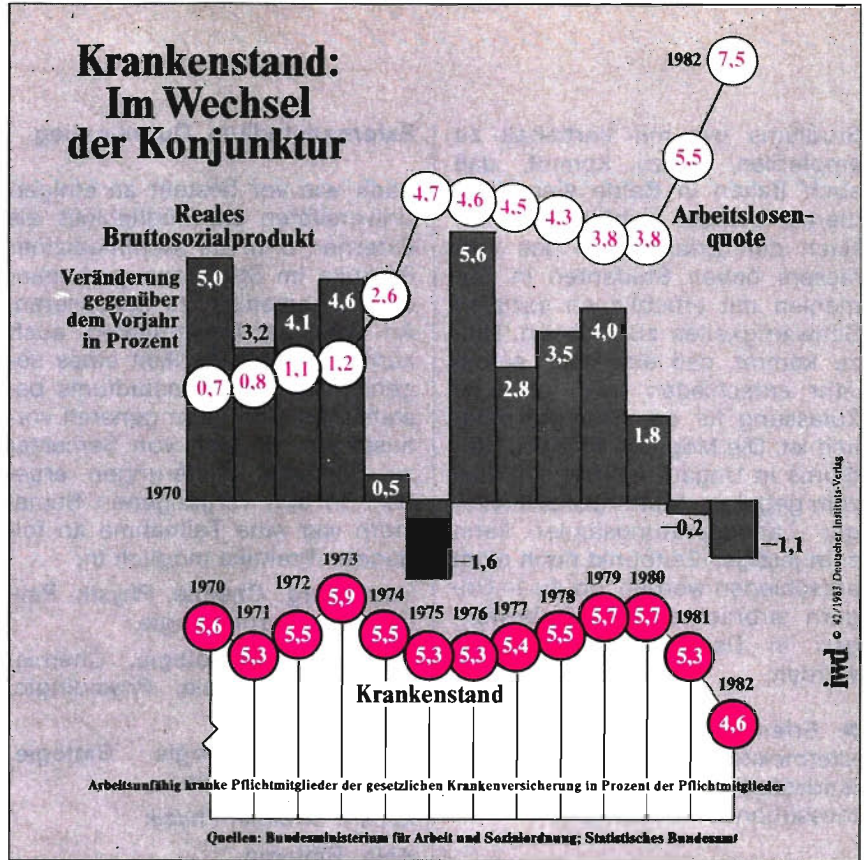
Insgesamt 411 gesetzliche Krankenkassen haben in den ersten acht Monaten des Jahres die Beitragssätze gesenkt. Davon begünstigt waren 32,2 Prozent aller Pflichtmitglieder mit einem Entgeltfortzahlungsanspruch bis zu sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

Am 1. September 1983 haben weitere 50 Krankenkassen die Beitragssätze ermäßigt. Und zum 1. Januar 1984 wollen noch einige größere Krankenkassen, in erster Linie die mitgliederstarken Ersatzkassen, ihre allgemeinen Beitragssätze zurücknehmen. Dies teilte der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Heinrich Franke (CDU), mit.

Im einzelnen sieht es an der Beitrags-„Front“ zur Zeit so aus:

Die Ortskrankenkassen lagen mit einem Durchschnittsbeitragssatz am 1. August 1983 in Höhe von 12,16 Prozent am höchsten, gefolgt von den Angestellten-Krankenkassen mit 11,90 Prozent.

Dann folgten die Bundesknappschaft mit 11,6, die Innungskrankenkassen mit 11,52, die Arbeiter-Ersatzkassen mit 11,23 Prozent und die Betriebskrankenkassen



liegen mit 10,55 Prozent am Ende der Skala (Tabelle unten).

Der durchschnittliche Beitragssatz sämtlicher Krankenkassen lag an dem genannten Stichtag bei 11,82 Prozent. Am 1. Januar 1983 lag der Satz noch bei 11,93 Prozent.

Das Bundesarbeitsministerium rechnet einen durchschnittlichen Beitragssatz für das Jahr 1983 von etwa 11,85 Prozent. Damit läge der Durchschnittsbeitrag um 0,15 Prozentpunkte unter dem vergleichbaren Satz des Jahres 1982.

	Beitragssatz in Prozent		
	1. 12. 1982	1. 1. 1983	1. 8. 1983
Ortskrankenkassen	12,39	12,30	12,16
Betriebskrankenkassen	10,91	10,81	10,55
Innungskrankenkassen	11,73	11,65	11,52
Bundesknappschaft	11,60	11,60	11,60
Arbeiter-Ersatzkassen	11,35	11,35	11,23
Angestellten-Krankenkassen	11,94	11,93	11,90
Sämtliche Krankenkassen	11,99	11,93	11,82

Die Schlußfolgerungen von Staatssekretär Franke: Die Kostendämpfungsbemühungen der Selbstverwaltung und des Staates „greifen“. Außerdem liege der Krankenstand heuer so niedrig wie nie zuvor in der Nachkriegsgeschichte der Bundesrepublik, nämlich bei 4,6 Prozent. In diese Prozentzahl ist allerdings nicht die Quote von durchschnittlich 0,7 Prozent der Pflichtversicherten eingerechnet, die sich in einem Heilverfahren befinden.

Allein durch die in diesem Jahr ermäßigten Beitragssätze werden die Krankenversicherten und die Arbeitgeber um insgesamt etwa eine Milliarde DM entlastet (Arbeitgeber und Versicherte profitieren je mit 500 Millionen DM davon).

Lapidarer Kommentar von Staatssekretär Franke (den Bundeswirtschaftsminister wird's freuen): „Ohne die Beitragssatzsenkungen wäre der Spielraum für zusätzliche Investitionen entsprechend geringer. Gleichzeitig steht den Arbeitnehmerhaushalten – nach Berücksichtigung einer

durchschnittlichen Sparquote von etwa 12 Prozent – durch die Beitragsatzsenkung ein Betrag von rund 450 Millionen DM für alternative Verwendungen zur Verfügung... Damit sind die Beitragsatzsenkungen der Krankenkassen sowohl von der Kosten- als auch von der Nachfrageseite her ein wichtiger Beitrag zur Wiederbelebung der Wirtschaft.“

Des Staatssekretärs Worte in Gottes Ohr, und: Hoffentlich beschert der Knick in der Beitragskurve den ersehnten wirtschaftlichen Aufschwung! HC

### Krankenstand – Was ist das?

Der amtliche Krankenstand wird vom Bundesarbeitsministerium jeweils zum Ersten eines Monats auf der Grundlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ermittelt, die den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung von den Ärzten zugeleitet werden. Die Kassen schließen die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen am Achten eines jeden Monats ab. Daher werden danach eingehende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht in der Statistik berücksichtigt. Ebenfalls fehlen in der amtlichen Statistik Erkrankungsfälle, bei denen der Arbeitgeber auf die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verzichtet hat.

Ferner erfaßt die Statistik auch nicht die Gruppe der arbeitsunfähig Erkrankten, die sich in einem Heilverfahren befinden, das von einem anderen Sozialversicherungsträger, z. B. der Rentenversicherung, bewilligt wurde. Dabei handelt es sich um durchschnittlich 0,7 Prozent der Pflichtversicherten. Diese Quote müßte dem „normalen“ Krankenstand hinzugerechnet werden. Über den amtlichen Krankenstand hinaus gibt die Repräsentativ-Statistik der Betriebskrankenkassen einen umfassenden Überblick über sämtliche in ihrem Bereich anfallenden, auch ärztlich nicht bescheinigten Arbeitsunfähigkeitsfälle. iwd

### Kostentransparenz oder Therapiekontrolle?

Baden-Württembergs Sozialminister Dietmar Schlee (CDU) zeigt Enttäuschung: Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Emmendingen wird sich an Schlees Modellversuch für eine Verbesserung der Kostentransparenz im Gesundheitswesen nicht beteiligen. Dies hat jetzt die Vertreterversammlung der AOK Emmendingen beschlossen – und wie man hört, scheiterte die Zustimmung zu dem Modellversuch an den Vertretern der Versicherten. Minister Schlee nach Bekanntwerden der Absage: „Wer abspringt, hat sich mit dem Argument auseinanderzusetzen, daß er etwas verbergen will.“ Im übrigen habe er Widerstand von anderen Beteiligten am Gesundheitswesen, nicht aber von den Versicherten erwartet. Vorerst ist es also nur noch die AOK Heilbronn, die Schlee bei seinem „Transparenzmodell“ unterstützen will.

Mitte März dieses Jahres hatte der Stuttgarter Gesundheitsminister sein Modell zur besseren Kostentransparenz im Gesundheitswesen vorgestellt. „Werden die Kosten von einem anonymen Versicherer, also der Krankenkasse, bezahlt, entfällt für Patient und Arzt, aber auch für alle anderen, die Gesundheitsleistungen anbieten, der Anreiz, die Kosten so niedrig wie möglich zu halten, insbesondere dann, wenn weder der Arzt noch der Patient wissen, wie teuer die Leistungen im Einzelfall sind.“ Mit diesem Satz umriß der CDU-Minister die Problematik und schätzte die Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Schlee: „Ein sozialpolitischer Sprengsatz“) zwischen 20 und 40 Prozent ein. Das Modell soll Möglichkeiten aufzeigen, wie durch eine bessere Durchsichtigkeit, verbunden mit mehr Information der Beteiligten, Kosten eingespart werden können. Nach Schlees Meinung sei es notwendig, die Beziehungen zwischen Krankenkasse, Arzt, Versi-

cherten und allen anderen „Anbietern“ aus der bisherigen Anonymität herauszunehmen, sichtbar und verständlich zu machen, und das unmittelbare Verhältnis zwischen Leistung und Preis herauszustellen. Dabei soll sich dieses Modell weder gegen die Versicherten noch gegen die Ärzte richten. Dies aber ist in der Vergangenheit bei verschiedenen Stellen in Frage gestellt worden.

So meldete sich als eine der ersten die Vertreterversammlung der bayerischen Kassenärzte, die heftig gegen die in Baden-Württemberg geplante Durchleuchtung von Arzt und Patient wetterten. Bayerns KV-Chef Professor Hans Joachim Sewering bezeichnete es als utopisch, wenn sich der baden-württembergische Sozialminister von einer solchen Maßnahme Kosteneinsparungen bis zu 40 Prozent für die Krankenversicherung verspreche.

Aber auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) brachte Bedenken an und nicht zuletzt die Datenschutzbeauftragte des Landes, die sich noch immer bedeckt hält, obwohl „keine grundsätzlichen Bedenken“ gegen das Modell bestünden. Es sei allerdings noch unklar, ob sich die „versichererbezogene Speicherung aller Leistungsbereiche tatsächlich dazu eigne, die gewünschten Erkenntnisse zu liefern.

Um diese „gewünschten Erkenntnisse“ ging es in der Vergangenheit auch, wenn in den betroffenen Kreisen über das „Schlee-Modell“ diskutiert wurde.

So soll sich das Stuttgarter Transparenz-Modell auf die ambulante ärztliche Behandlung, die Arzneimittelversorgung, die Arbeitsunfähigkeitsfälle und die Krankenhauspflege beziehen. In diesem Rahmen werden als Teilziele genannt:

▷ Feststellung unwirtschaftlicher „Doppelbehandlungen“, unwirtschaftlicher Überweisungs-