

Dominik Schirmer

Mythen, Ideologien und "Geheimoperationen" Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung

Wo wird das "Geschäft" gemacht, wie sieht der Markt aus?

Eckdaten zum Gesundheitswesen

Betrachtet man die Entwicklung in der medizinischen Versorgung, so stieg die Zahl der Ärzte im Vergleich zu 1970 um knapp 130 %. Die Anzahl der Zahnärzte hat sich im gleichen Zeitraum um 59 % erhöht. In der größten Gruppe des nichtärztlichen Personals – dem Pflegedienst im Krankenhaus – waren 1999 416.000 Frauen und Männer beschäftigt. Die Zahl der Krankenhäuser und zur Verfügung stehenden Betten ging ebenso wie die Verweildauer im Krankenhaus zurück. Konkret in Zahlen ausgedrückt kann man zusammenfassen, dass in den letzten zehn Jahren etwa 10 % aller Krankenhäuser geschlossen wurden, 15 % aller Krankenhausbetten abgebaut worden und die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten um etwa 20 % zurückgegangen ist. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Behandlungsfälle um ein Vielfaches zu und wurde das Personal um etwa 26.000 Stellen abgebaut. Kurz gesagt: Immer mehr Leistungen wurden von immer weniger Personal in immer kürzerer Zeit und bei weniger Betten und Krankenhäusern erbracht. ¹⁾

Die Ausgaben für Gesundheit betragen 1997 insgesamt 516,6 Mrd. DM. Davon wurden 62 % für medizinische Behandlung (ambulante und stationäre Behandlung einschließlich Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz) erforderlich. Die Krankheitsfolgeleistungen, im wesentlichen Rehabilitationsmaßnahmen, Entgeltfortzahlungen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, beanspruchten gut 24 % der Gesamtausgaben. ²⁾

Das Gesundheitswesen ist mit diesem Umsatzvolumen von über 500 Milliarden DM und einem Anteil von etwa 10 Prozent am BIP ein bedeutender Wirtschaftssektor. Mit mehr als vier Millionen Beschäftigten ist es nach der Automobilindustrie zweitgrößter Arbeitgeber. Die Krankenhäuser – mit über 1,1 Mio. Beschäftigten – zählten (!) im Zeitraum 1976/1994 zu den zwanzig Branchen mit dem höchsten Beschäftigungszuwachs.

Pflege

Es ist davon auszugehen, dass das Pflegewesen heute und morgen eines der bedeutendsten gesellschaftlichen Handlungsfelder ist. Nach Schätzungen werden pro Jahr in Deutschland nahezu 80 Milliarden DM mit steigender Tendenz allein für Personalkosten in der Pflege ausgegeben. Der Pflegemarkt umfasst etwa 25.000 zugelassene Einrichtungen, an die zur Zeit 21 Milliarden DM aus Mitteln der Pflegeversicherung fließen. Grob geschätzt sind es mehr als acht Millionen Menschen, das entspricht 10 Prozent der gesamten Bevölkerung, die als Leistungs-

empfänger (Pfleigestufe 0 bis 3) oder semiprofessionelle Leistungserbringer (Familienangehörige und sonstige Bezugspersonen im Umfeld der zu Pflegenden) von den Entwicklungen im Pflegewesen maßgeblich betroffen sind. ³⁾ Daneben werden mehr als 15 Millionen Patienten Jahr für Jahr in den 2.252 Krankenhäusern (1999) medizinisch und pflegerisch versorgt. Mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten und gut zwei Drittel der Krankenhauskosten entfallen dabei auf Patienten mit chronischen Krankheiten.



Dominik Schirmer beim 9. isw-forum

Etwa 1,1 Millionen Menschen sind hierzulande als *Pflegefachkräfte* beruflich mit der Erbringung von pflegerischen Dienstleistungen in ambulanten oder stationären Arbeitsfeldern beschäftigt. Der Anteil beschäftigter nichtdeutscher Pflegenden betrug 1995 etwa 7 Prozent. Zugleich werden etwa 118.000 Menschen an etwa 1.800 Ausbildungsstätten in einem Pflegeberuf ausgebildet. Davon ausgehend, dass ein Ausbildungsplatz in einem Krankenpflegeberuf den Kostenträger etwa 33.000 DM (Altenpflege: 23.500 DM) im Jahr kostet, beläuft sich die grob geschätzte Summe der gesamten Ausbildungskosten für etwa 120.000 Auszubildende der Pflegeberufe auf etwa 4 Milliarden DM pro Jahr. Diese gewaltige Summe wird derzeit zum größten Teil von den Krankenkassen-

sen aufgebracht, da die Ausbildung in den Pflegeberufen nicht in das übliche duale System der Berufsausbildung integriert ist. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass der Berufsverbleib ausgebildeter Pflegefachpersonen aufgrund der unbefriedigenden Arbeitsbedingungen nur bei etwa 5 bis 7 Jahren liegt.

Krankenhaus

Die Krankenhauslandschaft in der BRD verändert sich: Immer mehr Akutkliniken erhalten nicht nur eine private Rechtsform, sondern sie werden von ihren öffentlichen Trägern an private Gesellschaften verkauft. Von den allgemeinen Krankenhäusern hatten 1998 nur 419 (20 %) einen privaten Träger, wobei diese Häuser nur knapp 7 % der Betten vorhielten. Dies erscheint noch überschaubar, doch zeigt bereits der Vergleich mit älteren Zahlen die Dynamik: In den Jahren 1991 bis 1998 haben die privaten Häuser ihre Bettenkapazität um 50 Prozent gesteigert und die Zahl der Häuser hat um fast 25 Prozent zugenommen. Dies, obwohl die Zahl der Krankenhäuser und der Betten insgesamt rückläufig war! ⁴⁾

Diese Umstrukturierung ist politisch beabsichtigt, da sich die öffentliche Hand aus der Krankenhausfinanzierung zurückzieht und die "monistische" Finanzierung eingeführt werden soll. Es sind vor allem die fehlenden Finanzmittel für notwendige Investitionen, die die öffentlichen Träger zum Verkauf ihrer Häuser veranlassen.

Die privaten Träger, die in den Krankenhausbereich investieren, sind nicht mehr – wie in den vergangenen Zeiten – einzelne Ärzte oder Unternehmer, die ein Krankenhaus betreiben, vielmehr sind es inzwischen im Wesentlichen etwa 20 Klinikketten bzw. -konzerne, die sich auf dem Markt bewegen.

Zu den großen Unternehmen in der Akutversorgung gehören Sana, Asklepios, Helios, Paracelsus und die Rhön-Klinikum AG (RKA). Neu auf dem Krankenhausmarkt ist der Pharmakonzern Fresenius mit seiner Tochtergesellschaft "ProServe", die vor kurzem erst die Klinikgruppe Wittgenstein (WKA) mit etwa zwanzig Akut- und Rehakliniken aufgekauft hat. Fresenius hat sich als strategisches Unternehmensziel die Positionierung und Etablierung auf dem Krankenhausmarkt auf die Fahne geschrieben und wird, um dies zu erreichen, in den nächsten Jahren in diesem Sektor erhebliche Investitionen tätigen. Börsenanalysten beurteilen die wirtschaftliche Zukunft und Ertragskraft dieser Unternehmen durchweg positiv!

Die Konzerne streben in der Regel die Unabhängigkeit von einzelnen Kostenträgern oder gesundheitspolitischen Entwicklungen an. Dies gilt gerade auch für Investitionen: Staatliche Zuschüsse werden bei Baumaßnahmen und Sachinvestitionen nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen; die Konzerne bauen auf ihre eigene Finanzkraft, welche sich – wie im Falle der RKA – aus US-amerikanischen Pensionsfonds speist.

Dabei sind gerade die Investitionen in Neubauten eines der wichtigsten Merkmale z.B. der RKA: Die Kliniken werden rentabel geführt, weil die Häuser umgebaut oder ganz neu erstellt werden, um die Arbeitsweise zu optimieren und den Personaleinsatz möglichst gering zu halten. Die RKA rechnet mit 1,50 – 4 DM Erstinvestitionen pro 1 DM Umsatz pro Jahr für den Neubau oder ca. 300.000 DM für einen Arbeitsplatz.

Solche Investitionsmittel standen den öffentlichen Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten vielfach nicht zur Verfügung; ein wichtiger Grund dafür, dass immer mehr Kliniken zur Übernahme an investitionsbereite Konzerne angeboten werden.

Auch das vielfach benutzte, aber falsche, Argument, dass die privaten Klinikkonzerne nur im Reha-Bereich oder bei aussuchbarem Patientenkontext tätig wären, kann nicht gelten: So wird z.B. der Umsatz bei der RKA zu über 95 Prozent mit den Akutbetten – vor allem mit GKV-Versicherten – erwirtschaftet.

Fakt ist: Diese Entwicklung der "Verbetriebswirtschaftlichung" des Gesundheitswesens bzw. des Krankenhausssektors ist politisch – hier herrscht Konsens bei allen Bundestagsfraktionen (mit Ausnahme der PDS) und den wichtigsten gesellschaftlich dominierenden Gruppen – gewollt und beabsichtigt.

Welche Ideologie steht hinter diesem politischen Konzept?

Die Politik gibt der Beitragssatzstabilität allerhöchste Priorität. Sinnvoller wäre eine politische Entscheidung darüber gewesen, welche Gesundheitsleistungen in welcher Qualität den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung gestellt werden sollen, und daran hätten sich die Ausgaben zu orientieren.

Das sogenannte Globalbudget ist nichts anderes, als die Summe der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und Budgetsteigerungen sind an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden, also an die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen der Beschäftigten.

Das ist eine problematische Konstellation wenn man weiß, dass

- die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten (und damit der Hauptbeitragszahler der GKV) von 1990 – 1996 um 2,4 Millionen abgenommen hat;
- die Lohnquote von 1982 – 1997 um 8 % gesunken ist und
- der Anstieg der Grundlohnsumme je GKV-Mitglied seit 1990 von durchschnittlich 5 % auf 1,4 % in 1998 gesunken ist. Und das bei gleichzeitiger Massenarbeitslosigkeit und einem Sozialversicherungssystem, aus dem gerade die Besserverdienenden sich weiterhin – z.B. durch die Privatversicherung – herausziehen können.

Ver.di sieht hier mit vielen Wissenschaftlern und Gesundheitsexperten die Gefahr der Rationierung – also der Begrenzung – von Gesundheitsdienstleistungen, wenn man gleichzeitig betrachtet, dass

- wir eine zunehmend älter werdende Bevölkerung haben, die auch zunehmend "kränker" wird und einen entsprechenden Bedarf an medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen beanspruchen wird;
- eine rasante Entwicklung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts, der den Menschen ja zugute kommen soll, auch weiterhin stattfinden wird.

Die Bundesregierung hält an einem verfehlten Grundansatz für die Reform des Gesundheitswesens fest. Mit jährlichen Ausgabenbegrenzungen, die sich an der Entwicklung der Beitragseinnahmen der Kassen orientieren, sind die grundlegenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens weder kurz- noch längerfristig zu lösen.

Auch Beitragsstabilität wird damit auf Dauer nicht geschaffen. Eine Bemessung des vorgesehenen Globalbudgets an der Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird regelmäßig hinter der allgemeinen Preissteigerungsrate und den Einkommenserhöhungen zurückbleiben. Dies führt zu einer schleichenden Rationierung. Sinnvoller wäre eher ein am Bruttoinlandsprodukt (BIP) orientiertes Globalbudget.

Die GKV hat bekanntlich nicht nur ein Ausgabenproblem, sondern in erster Linie ein enormes Einnahmeproblem. Dieses ergibt sich aus den sinkenden Lohnquoten und aus der anhaltenden hohen Arbeitslosigkeit. Verschärfend wirkt, dass der Staat in den zurückliegenden Jahren erhebliche eigene Finanzierungsverpflichtungen auf die GKV abgewälzt hat, statt dafür Steuermittel einzusetzen (Entlastung der Arbeitslosen- und Rentenversicherung auf Kosten der GKV u.a.m.).

Weil es die Bundesregierung nicht wagt (oder will?), den gesellschaftlichen Reichtum zur Bewältigung elementarer Gemeinschaftsaufgaben gerechter zu verteilen, verringern sich auch die Spielräume für die Gesundheitspolitik. Der Konflikt, in den sich die Bundesregierung schon mit dem sogenannten "Vorschaltgesetz" für 1999 hineinmanövriert hat, hat sich fortgesetzt: Was hat Priorität im Gesundheitswesen – die Sicherung niedriger Lohnnebenkosten oder Erhalt und Verbesserung einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung für alle?

Dabei ist die Bundesregierung auf ein eingebildetes Problem fixiert. Sie will – und hier wäre ich bei einem "Mythos" – die sogenannten Lohnnebenkosten senken, um die Beschäftigung zu erweitern. Erstens gibt es keinerlei Beleg für die Hoffnung, mit sinkenden Lohnnebenkosten würde die Beschäftigung steigen. Zum zweiten sinken die sogenannten Lohnstückkosten, d.h. die Bruttoarbeitskosten (darin sind sämtliche Lohnnebenkosten enthalten bezogen auf die Wertschöpfung). Die sinkenden Lohnstückkosten zeigen sich auch in der hervorragenden Wettbewerbsfähigkeit und dem enorm hohen Außenhandelsüberschuss der Bundesrepublik. Wenn die Lohnstückkosten und die gesamtwirtschaftliche Lohnquote sinken, können die Lohnnebenkosten nicht zu hoch sein. Ohne steigende Sozialversicherungsbeiträge wären Lohnstückkosten und Lohnquote noch dramatischer gesunken, als das gegenwärtig der Fall ist. Das damit verbundene Ungleichgewicht von Produktion und Konsum wäre noch stärker angestiegen, darüber vermittelt hätte ein noch stärkeres Wachstum der Arbeitslosigkeit stattgefunden. Insgesamt wirkt die Politik der Bundesregierung krisenverschärfend, sie wird durch die Vergrößerung der Arbeitslosigkeit ihr beschäftigungspolitisches Ziel ins Gegenteil verkehren.

Es kann nicht Alleinzweck der Gesundheitspolitik sein – und schon gar nicht einer Gesundheitsreformpolitik –, lediglich eine Betrachtung der Kostenseite vorzunehmen. Zweck jedes gesundheitspolitischen Handelns sollte vielmehr sein, ein Gesundheitswesen weiterzuentwickeln, welches

1. die Entstehung von Krankheiten so weit wie möglich verhindert und
2. kranken Menschen die bestmöglichen Personal-, Sach- und Finanzmittel zur Verfügung stellt, um möglichst schnell zu gesunden bzw. möglichst gut mit ihren Krankheiten oder Behinderung zu leben.

Aus gewerkschaftspolitischer Sicht ist hier insbesondere die Frage nach einer "Verbreiterung" der Finanzbasis der GKV zu diskutieren. Aus paradigmatischen Gründen und aufgrund des populären politischen Mainstreams, scheidet hier eine Erhöhung der Beitragssätze von vornherein aus, da sie nicht durchzusetzen wäre. Anders verhält es sich bei der "Verbreiterung" der Finanzbasis allerdings dann, wenn man hier die Einbeziehung zusätzlicher Einkommensschichten betrachtet, die heute aufgrund der Höhe ihres Einkommens oder weil sie verbeamtet sind, nicht an der solidarischen Krankenversicherung teilnehmen.⁵⁾ Ganz zu schweigen davon, dass auch darüber nachgedacht werden könnte, andere Einkommensarten bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung verstärkt den Eindruck, dass Gesundheitspolitik auch für sie lediglich Teil einer wirtschaftsliberalen Gesamtstrategie ist. Die Grundsätze einer solidarischen Gesundheitssicherung werden so aber nicht gefestigt, sondern in Frage gestellt.

Notwendig ist eine Strukturreform, die das Gesundheitswesen tatsächlich effektiver gestaltet und die Gesundheitsinteressen aller Teile der Bevölkerung, insbesondere der schwächeren, im Auge hat. Eine in Teilbereichen sicher sinnvolle Rationalisierung im Gesundheitswesen ist nicht durch eine Verknappung der Mittel, sondern durch planvolles, zielgerichtetes Handeln zu erreichen. Daran fehlt es.

Womit ich zu einem weiteren Mythos kommen möchte, der im Februar diesen Jahres selbst einige aus der "Linken" aufschrecken ließ: Die "Geheimoperation" Gesundheitswesen.⁶⁾

Der "Stern" im Februar 2001: "Geheimoperation Gesundheitsreform: Wer mehr will, muss mehr zahlen". Geplant sei – so der Stern – ein abgespeckter Leistungskatalog in der GKV, Selbstbeteiligung für Risikosportarten und 20 Mark 'Eintrittsgebühr' beim Arzt. Laut Wirtschaftsminister Müller, so der Stern, solle dies eine 'Revolution' im Gesundheitswesen werden.

Pech nur für das Hamburger Bilderblatt: Die "Operation" war natürlich so "geheim", dass Ministerin Schmidt gleich alles dementierte. Ähnliches haben wir in diesem Zusammenhang auch beim sogenannten "Kanzleramtspapier", auf das ich noch eingehen werde, auch gehört.

Aber: Was war denn nun so geheim, dass selbst in linken Kreisen – zumindest kurzzeitig – helle Aufregung herrschte? Die angeblichen "Belege" sind doch seit Monaten, wenn nicht Jahren bekannt. Über die Beschränkung des Leistungskatalogs der GKV auf das "medizinisch Notwendige" hatten z.B. die Grünen in ihrem Parteirat schon im vergangenen Herbst philosophiert. Das Eintrittsgeld für den Doktor findet sich im Jahresgutachten 2000 des Sachverständigenrates und die Diskussion über Zuzahlungen für Fallschirmspringer, Drachenflieger und Snowboarder ist so alt wie das Ungeheuer von Loch Ness!

Allerdings gilt es daraus nicht den falschen Schluss zu ziehen, dass mit Ministerin Schmidt Ruhe an der "Gesundheitsfront" eingekehrt sei. Die Akzentverschiebung Fischer → Schmidt ist offensichtlich! Dies gilt nicht nur im Bereich der Gentechnik-Debatten, wo sich Schmidt am deutlichsten von Fischer absetzte, sondern auch in der klassischen Gesundheitspolitik.

Schmidt ging erst einmal auf die Suche nach dem Dialog mit den Lobbyverbänden im Gesundheitssystem. Dies erschien, nachdem sich Fischer mit der Ausgabenbudgetie-

rung und dem immer wiederkehrenden Appell, die Wirtschaftlichkeitsreserven im System zu mobilisieren, den Ärger von Ärzten und Pflegekräften auf sich zog, auch erforderlich. Diese "Suche nach dem Dialog" kommentierte Ex-Gesundheitsminister Seehofer damit, dass es schon ein politischer Treppenwitz' sei: Die Grünen Fischer musste zwei Jahre lang die von Rudolf Dreßler vorgezeichnete alte SPD-Politik betreiben und die SPD-Ministerin Fischer verabschiedet sich nun davon.

Insofern ist es Kennzeichen der Schmidt'schen Politik, dass sie eine Politik des "Allen wohl und niemand wehe" praktiziert. Den Ärzten hat sie den Kollektivregress für überzogene Arzneimittelbudgets erlassen, den Patienten will sie wieder "Vertrauen in das System" geben, den Rentnern die Beiträge auf Zins- und Mieteinnahmen erlassen, die Pharma-Lobby mit an einen großen "Runden Tisch" bitten und trotzdem die Krankenkassen nicht stärker belasten.

In der jüngsten Ausgabe des Ersatzkassen-Report wird dies folgendermaßen karikiert:

Man stelle sich vor:

Auf den deutschen Autobahnen gewinnen Raser die Oberhand. In der Öffentlichkeit wird die Zahl von Unfällen durch überhöhte Geschwindigkeit auf den Straßen beklagt. Die Bevölkerung fordert dringend Maßnahmen zur Steigerung der Sicherheit im Straßenverkehr.

DER VERKEHRSMINISTER, ganz neu im Amt, kommt schon vor seiner Amtseinführung zu der Erkenntnis, dass offensichtlich die bisherigen Maßnahmen zur Verkehrssicherung mit Richtgeschwindigkeiten und Geschwindigkeitsbegrenzungen nicht ausreichend beachtet werden. Der Minister beklagte "erhebliche Umsetzungsprobleme" bei den Gesetzen und vermisst die "Akzeptanz" der Regelungen bei den Rasern im Straßenverkehr.

Mit einem mutigen Rundumschlag sorgt der Verkehrsminister für folgende Maßnahmen:

- Alle Verkehrsschilder zur Richtgeschwindigkeit und Geschwindigkeitsbegrenzungen werden abgebaut.
- Aus den Kraftfahrzeugen werden alle Bremseinrichtungen abgebaut.
- Verkehrssünder, die ihre Bußgelder nicht bezahlt haben, kommen in den Genuss einer Generalamnestie.

Als innovative Maßnahme zur Verkehrsberuhigung werden Fahrer und Beifahrer von Kraftfahrzeugen gemeinsam verpflichtet, die Verantwortung für sicheres Fahren zu übernehmen. In einer "Zielvereinbarung" sollen sie sich vor Fahrtantritt auf verkehrssicheres Fahren verständigen.

Da es keine Geschwindigkeitsbegrenzungen mehr gibt, entfallen natürlich auch alle Bußgeldandrohungen. Die Polizei hat aber die Möglichkeit, verkehrssicheres Fahren mit einem Bonus zu belohnen.

Absurdes Theater in der Verkehrspolitik? Nein, Realität in der Gesundheitspolitik! Konkret beim Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) – ohne Airbag für die Kassen.

"Zu schnelles Fahren" bei der Arzneimittelverordnung (Ausgabenanstieg 1. Quartal 2001 bei den Ersatzkassen: + 13,5 Prozent) wird belohnt durch den Abbau wirksamer Steuerungsinstrumente. "Prinzip Hoffnung" heißt die Devise.

Quelle: Ersatzkassen-Report, Juli 2001

"Ruhe an der Gesundheitsfront" ist bzw. war die Devise! So kommentiert der CDU/CSU-Sozialexperte Karl-Josef Laumann: "Die Ministerin ist eine rheinische Frohnatur als Beruhigungspille. Sie muss endlich klar sagen was sie will."

Auf der Basis der bisherigen Gesundheitspolitik wird es bei einer neuerlichen Gesundheitsreform enorme Einschnitte für die Versicherten geben. Darüber herrscht weitestgehend Konsens unter allen sogenannten Gesundheitsexperten. Und das es diese "Reform" in der nächsten Legislaturperiode geben wird, ist bereits angekündigt. Doch wie diese "Geheimoperation" in der nächsten Legislaturperiode aussehen soll, wenn sie angesichts der jüngsten Dynamik im Bereich der Beitragssatzsteigerungen der GKV bis dahin überhaupt noch verzögerbar ist, das wollen weder Schmidt noch Schröder oder sonst wer in der SPD oder bei den Grünen vor dem Urnengang verraten.

Insofern ist es der Koalition äußerst unangenehm, dass Anfang Juli die Süddeutsche Zeitung ein "geheimes Kanzleramtspapier" mit der Überschrift: "Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform" veröffentlicht hat. Erst wurde die Existenz dieses Papiers dementiert, dann wurde es als "unautorisiertes Arbeitspapier" deklariert. Die Richtung ist aber klar: In einer Problembeschreibung werden die "bedrohlichen" Beitragssatzanstiege mit den üblichen Erklärungsmustern "Demographischer Wandel" und "Medizinischer Fortschritt" dargestellt.

Als "Problemlösung" gibt es nun drei Rezepte:

- Ein Wettbewerbsmodell mit mehreren Versicherungstarifen, jeweils mit komplettem Leistungsanspruch aber mit mehr oder weniger Wahlfreiheit ausgestattet. Der Arbeitgeber finanziert "paritätisch" nur in den niedrigsten Tarif.
- Ein Modell mit Grund- und Wahlleistungen.
- Die Einführung einer Kapitaldeckung für die Altersrückstellung in der GKV.

Die Vor- und Nachteile, fast möchte man sagen "Nebenwirkungen" der drei Modelle werden beschrieben und ebenfalls ein 'Kombinationspräparat' aus zwei oder gar drei Modellen als Medizin für unser Gesundheitswesen erwogen!

Das bedeutet das Ende für unser bisher in dieser Form bestehende solidarische Gesundheitssystem. Und wenn man in diesem Zusammenhang die Kommentierungen diverser SPD-Politiker, wie z.B. dem Gesundheitsminister Rheinland-Pfalz, Florian Gerstner, hört, werden wir nun systematisch darauf vorbereitet!

In diesem Sinne sollten wir darüber diskutieren, wie wir **das** (!) Wahlkampfthema 2002 "Gesundheit" nutzen können, um zu einer politischen Initiative, gar Offensive zu gelangen, welche für den Erhalt des solidarischen Gesundheitswesens eintritt.

Quellen

- 1) Quelle: Daten des Statistischen Bundesamtes und eigene Berechnungen.
- 2) Quelle: ebd.
- 3) Quelle: Robert Bosch Stiftung: Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000
- 4) Vgl. Gewerkschaft OTV (Hrsg.): Schwerpunktthema Rhön Klinikum AG. In: Infodienst Krankenhäuser 11 (April 2001), S. 5ff. und HPS Research (Hrsg.): Gesundheitsreport Juli 2001 "Ruhe vor dem Sturm". Büttelborn
- 5) Alleine die Anhebung der heutigen Pflichtversicherungsgrenze zur GKV auf die der gesetzlichen Rentenversicherung könnte dazu genutzt werden, die Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte abzusenken, ein klarer Vorteil für die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen und eine deutliche Entlastung der Lohnnebenkosten dieser Einkommensgruppen. Nebenbei bemerkt auch eine gewerkschaftliche Forderung.
- 6) Vgl. Karl Doemens: "Richtig nett" - Die neue Gesundheitsministerin. In: Dr. med. Mabuse 130 (März/April 2001), S. 21ff.