

Ott, Günter

Article — Digitized Version

Das Problem der Beitragssatzunterschiede: Ursachen und Möglichkeiten einer Reform

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Ott, Günter (1982) : Das Problem der Beitragssatzunterschiede: Ursachen und Möglichkeiten einer Reform, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 62, Iss. 4, pp. 165-171

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135667>

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.

KRANKENKASSEN

Das Problem der Beitragssatzunterschiede Ursachen und Möglichkeiten einer Reform

Günter Ott, Kiel

In wohl keinem anderen System unserer sozialen Sicherung vollziehen sich so vielfältige Umverteilungsprozesse wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Viele davon sind den Betroffenen unbekannt. Zu den eher transparenten Verteilungswirkungen gehören die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Kassen. Die Beitragssätze reichen heute von 7 % bis über 15 %¹ und können damit – bei einem fast einheitlichen Leistungsanspruch – zu jährlichen Belastungsunterschieden von weit über 3000 DM führen. Dies stellt offensichtlich einen schwerwiegenden Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung gleicher sozialer Tatbestände dar.

Das heutige System der GKV beruht immer noch auf den Prinzipien und Grundstrukturen, die bei seiner Entstehung in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts maßgebend waren. So ist auch das Problem der Beitragssatzunterschiede auf die historisch gewachsene Vielfalt des Kassenwesens zurückzuführen. Zwar hat sich die Anzahl der Kassen von knapp 20 000 bei der Gründung der GKV auf heute etwa 1300 ständig reduziert, die Organisationsstruktur ist jedoch im wesentlichen erhalten geblieben.

Von ihrer Aufgabe im System her nehmen die Ortskrankenkassen (OKK) die Stellung von Primärkassen ein: Sie sind prinzipiell für die Krankenversicherung der Bevölkerung zuständig, wenn nicht die Versicherungspflicht in den Bereich von Sonderkassen fällt. Ihre Gründung ist vom Gesetzgeber zwingend vorgeschrieben, um ein lückenloses Netz von Gebietskrankenkassen zu garantieren. Zu den Sonderkassen zählen die Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Seekrankenkasse (SKK) sowie die Ersatzkassen für Arbeiter (EAR) und Angestellte (EAN). Maßgebend für die Versicherung in einer dieser Kassen ist entweder die

Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb oder Beruf bzw. die Stellung im Beruf. Wesentliches Merkmal der Sonderkassen ist, daß ihre Errichtung und Existenz auf dem Willen ihrer Mitglieder beruht und mithin auch ihre Auflösung möglich ist. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) und die Bundesknappschaft (BKN) stellen Sondersysteme dar, die u. a. mit erheblichen öffentlichen Mitteln subventioniert werden. Sie bleiben im folgenden außer Betracht.

Die einzelnen Kassen sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben stehen ihnen als Finanzierungsquelle die Beitragseinnahmen zur Verfügung, die sich nach dem beitragspflichtigen Entgelt (Grundlohn) ihrer Mitglieder und dem hierauf anzuwendenden Beitragssatz der Kasse bemessen. Dabei haben die Kassen die Beitragssätze so festzulegen, daß sich durch Multiplikation mit der Grundlohnsumme die zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben notwendigen Einnahmen ergeben.

Struktur der Beitragssätze

Ein differenziertes Bild der Beitragssatzunterschiede ergibt sich, wenn nicht mehr allein auf die extremen Beitragssätze, sondern auf die jeweils betroffenen Mitglieder abgestellt wird. So läßt bereits die gewogene mittlere Abweichung der einzelnen Beitragssätze von ihrem Durchschnittswert (11,8 %) mit 0,7 Beitragsprozent

Dr. Günter Ott, 35, Dipl.-Volkswirt, ist Hochschulassistent am Institut für Finanzwissenschaft der Christian-Albrechts-Universität Kiel.

Tabelle 1
Kassen der GKV nach Arten
und Mitgliederzahl
 (1. 7. 1981)

Kassenart	Anzahl der Kassen	Anzahl der Mitglieder	Durchschnittliche Mitgliederzahl
OKK	270	16 465 598	60 984
BKK	837	4 282 450	5 116
IKK	156	1 850 962	11 865
SKK	1	59 793	59 793
EAR	8	453 360	56 670
EAN	7	10 622 067	1 517 438
LKK	19	855 014	45 001
BKN	1	977 373	977 373
Gesamt	1 299	35 566 617	27 380

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, Heft 11/1981, S. 144; eigene Berechnungen.

punkten erkennen, daß für die meisten Mitglieder die Beitragssätze in einem weitaus engeren Intervall liegen, als dies auf den ersten Blick erscheint.

Tabelle 2 zeigt², daß für etwa drei Viertel der Mitglieder ein Beitragssatz gilt, der nicht mehr als einen Beitragsprozentpunkt vom durchschnittlichen Beitragssatz abweicht, und bei nur 5 % der Mitglieder liegt der Beitragssatz um mehr als zwei Punkte über bzw. unter dem Durchschnitt. Die belastungsmäßig günstigen Fälle betreffen dabei fast ausschließlich die – mitgliederschwachen – Betriebskrankenkassen, während die höheren Belastungssätze fast nur bei den Ortskrankenkassen auftreten.

Im Hinblick auf eine Rechtfertigung der Beitragssatzunterschiede sind ihre Ursachen zweckmäßigerweise zu unterscheiden in solche,

□ die auf die Prinzipien und institutionelle Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung zurückzuführen und daher vom Versicherten nicht zu vertreten sind,

¹ Sie enthalten den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil. Damit wird der verbreiteten Auffassung gefolgt, die den Arbeitgeberbeitrag als indirekten Lohnbestandteil wertet, so daß der volle Beitrag den Arbeitnehmern zuzurechnen ist.

² Die Abweichungen der Durchschnittsmittgliederzahlen im Vergleich zur Tabelle 1 ergeben sich daraus, daß nur die Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlung ausgewiesen werden. Eine Berücksichtigung auch der übrigen, insbesondere der freiwilligen Mitglieder würde die dargestellte Struktur allerdings nicht entscheidend verändern.

³ Vgl. G. Ott: Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine quantitative Analyse, Frankfurt a. M., Bern 1981.

⁴ Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts: Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle – Eine quantitative Untersuchung, in: Mitteilung der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, Bonn, Nr. 36, St. Augustin 1976, S. 13.

□ die aus der Differenz zwischen dem prinzipiell einheitlichen Leistungsanspruch und dem tatsächlichen Leistungsangebot bzw. der bewußten Leistungsanspruchnahme resultieren, bei denen die Versicherten also gewollt oder ungewollt auf mögliche Leistungen verzichten bzw. überdurchschnittliche Leistungen in Anspruch nehmen.

Unterschiede in der Versichertenstruktur

Zur ersten Ursachenkategorie gehören Unterschiede in der kassenspezifischen Versichertenstruktur: Alter, Geschlecht und Anzahl der ohne eigene Beiträge mitversicherten Familienangehörigen sind entscheidende Bestimmungsgründe für die Höhe der Leistungsausgaben. So sind etwa die durchschnittlichen Leistungen für einen 55 bis 65jährigen Versicherten viermal so hoch wie die für einen 15 bis 25jährigen, betragen die Ausgaben für die bis zu 45jährigen Frauen teilweise das Doppelte der Leistungen für die männlichen Versicherten dieser Altersgruppe und machen die Leistungen für einen 25 bis 35jährigen Familienvater mit zwei Kindern das Vierfache der Ausgaben für einen gleichaltrigen Alleinstehenden aus³.

Neben ihrer Bedeutung für die Höhe der Leistungsausgaben ist die Versichertenstruktur auch für die Einnahmenseite der Kassen relevant. Denn da die Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder nach ihrem Einkommen bemessen werden, haben Kassen mit einem hohen Durchschnittseinkommen ceteris paribus einen entsprechend geringeren Beitragssatz und vice versa. Ein Blick auf die kassenspezifische Einkommensstruktur zeigt, daß die Grundlöhne annähernd die gleiche Schwankungsbreite wie die Beitragssätze aufweisen, die extremen Abweichungen allerdings nur bei sehr wenigen, mitgliederschwachen Kassen auftreten⁴.

Außer diesen Bestimmungsgründen wirkt eine Reihe weiterer Faktoren auf die Risikostruktur und damit die Beitragssätze der Kassen. Sie sind quantitativ allerdings von untergeordneter Bedeutung, so z. B. die unterschiedliche Verteilung der sogenannten schlechten Risiken der Arbeitslosen, Behinderten, Rehabilitanden und Studenten auf die einzelnen Versichertengemeinschaften. Weiterhin werden die Berufsstruktur der Mitglieder und das damit verbundene Krankheitsrisiko eine Rolle spielen. Die Verwaltungskosten machen im Durchschnitt etwa 4,5 % sämtlicher Aufwendungen und damit rund 0,5 Beitragssatzpunkte aus. Sie führen in erster Linie bei den Betriebskrankenkassen zu relativen Kostenentlastungen, da hier der Arbeitgeber den größten Teil der Verwaltungsausgaben zu tragen hat. Gewisse beitragsatzrelevante Auswirkungen der Verwaltungskosten ergeben sich auch aus der Rentnerkran-

Tabelle 2
Mitglieder der GKV nach Beitragssatzklassen und Kassenarten^a
 (1. 7. 1981)

Beitragssatzklassen %	Durchschnittliche Mitgliederzahl der Kassen	OKK	BKK	IKK	SKK	EAR	EAN	Gesamt
7,0 – 7,7	224	–	0,01	–	–	–	–	0,01
7,8 – 8,7	720	–	0,17	–	–	–	–	0,17
8,8 – 9,7	2 515	–	2,38	0,02	–	0,01	–	2,41
9,8 – 10,7	5 479	3,14	3,95	0,98	0,16	0,91	1,36	10,50
10,8 – 11,7	12 288	15,07	4,93	3,71	–	0,02	0,54	24,27
11,8 – 12,7	42 424	17,14	1,50	2,09	–	0,50	26,98	48,21
12,8 – 13,7	21 610	11,17	0,42	0,35	–	0,12	–	12,04
13,8 – 14,7	18 654	1,91	0,01	–	–	–	–	1,92
14,8 – 15,0	42 983	0,47	–	–	–	–	–	0,47
Gesamt	14 447	48,87	13,38	7,15	0,16	1,56	28,88	100
Durchschnittlicher Beitragssatz		12,10	10,70	11,44	10,60	12,60	11,11	11,80

^a Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, Heft 11/1981, S. 140; eigene Berechnungen.

kenversicherung. Zwar ist mit dem 1977 institutionalisierten Belastungsausgleichsverfahren sichergestellt, daß der durch die Rentnerbeiträge nicht gedeckte Teil ihrer Leistungsausgaben von den übrigen Versicherten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit mit dem gleichen Prozentsatz ihrer beitragspflichtigen Einkommen getragen wird. In diesen Ausgleich sind allerdings nur die Leistungsausgaben, nicht aber die Verwaltungskosten einbezogen.

Leistungsangebot und -inanspruchnahme

Unterschiede im Leistungsangebot können einmal von den Kassen im Rahmen der sogenannten Mehrleistungen ausgehen. Der weitaus größte Teil der Leistungsausgaben sind Regelleistungen, deren Ausmaß und Dauer gesetzlich vorgeschrieben sind. Darüber hinaus kann die einzelne Kasse freiwillig zusätzliche Leistungen übernehmen oder Regelleistungen über das

gesetzliche Maß hinaus erhöhen. Dazu gehören etwa Maßnahmen zur Genesendenfürsorge, Vorbeugungskuren, erhöhtes Sterbe- und Mutterschaftsgeld. Durch den ständigen Ausbau der Pflichtleistungen, der vielfach frühere Mehrleistungen zu Regelleistungen erklärte, hat sich der Anteil der Mehrleistungen an den gesamten Leistungsausgaben ständig verringert und spielt gegenwärtig nur noch eine untergeordnete Rolle. Sie können deshalb lediglich einen sehr geringen Teil der Beitragssatzunterschiede erklären⁵.

Dagegen wird von dem regional unterschiedlich gestreuten Angebot an medizinischer Versorgung ein wesentlich größerer Effekt ausgehen. Als Angebotsindikatoren werden im allgemeinen die Arztdichte und die damit verbundene zunehmende Spezialisierung⁶, die Zahnarztdichte und die Quote der Krankenhausbetten herangezogen. So schwankte etwa im Jahre 1975 die Zahl der niedergelassenen Ärzte zwischen 6,2 auf 10 000 Einwohner im Raum Emden und 13,5 im Raum München⁷. Mit steigender Arztdichte ist im allgemeinen auch eine Ausweitung des Leistungsumfangs verbunden⁸, und mit wachsender Bettendichte nehmen die Einweisungshäufigkeiten, die mittlere Verweildauer⁹ und damit auch die Krankenhauskosten zu. Das Versorgungsniveau ist häufig um so höher, je größer der Wohlstand der Region ist¹⁰.

Eine unterschiedliche Leistungsanspruchnahme der Versicherten kann einmal in Abhängigkeit von der Kassengröße vermutet werden. So dürften bei den kleinen (Betriebs-)Krankenkassen die Überschaubarkeit,

⁵ Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a. a. O., S. 6.

⁶ Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte – eine empirische Untersuchung im Auftrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, November 1979, S. 63 ff.

⁷ Vgl. d a s s.: Kassenärztliche Bedarfsplanung, Bonn 1978, S. 47 ff.

⁸ Vgl. d a s s.: Untersuchung der Zusammenhänge..., a. a. O., S. 63 ff.

⁹ Vgl. Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Struktur und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg. Ein Beitrag zur Krankenversicherungsreform, Stuttgart 1969, S. 32 ff.

¹⁰ Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Kassenärztliche Bedarfsplanung, a. a. O., S. 50 ff.

Betriebsnähe und Berufszugehörigkeit positiv auf ein solidarisches Verhalten der Mitglieder wirken mit der Folge einer kostenbewußteren und rationelleren Leistungsanspruchnahme¹¹. Die niedrigen Beitragssätze der Betriebskrankenkassen, die durch die bisher angesprochenen Faktoren nicht hinreichend erklärt werden können, lassen für eine solche Begründung durchaus Raum. Mit zunehmender Größe der Versicherten-gemeinschaft wird allgemein der Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und der Belastung für die Gemeinschaft verlorengehen und an die Stelle des Solidarhandelns ein „Free-rider“-Verhalten treten¹², so daß hiervon eher entgegengesetzte Effekte auf die Beitragshöhe ausgehen werden. Eine andere Verhaltensweise der Versicherten in bezug auf die Leistungsanspruchnahme läßt sich in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe vermuten. Danach geht mit steigendem (Aus-)Bildungsniveau und damit im allgemeinen positiv korreliertem Einkommen auch ein wachsendes Informationsniveau und Gesundheitsbewußtsein einher, das zur vermehrten Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen führt. Global lassen sich diese Zusammenhänge

durch positive statistische Korrelationen zwischen dem Grundlohn und den Leistungsausgaben je Mitglied der GKV belegen¹³; allerdings kann nicht geklärt werden, inwieweit diese Ergebnisse letztlich auf die Versichererstruktur zurückzuführen sind¹⁴.

Ergebnisse

Nach der vorangegangenen Analyse lassen sich als quantitativ bedeutsame Bestimmungsgründe der Beitragssatzunterschiede angeben:

- die kassenspezifische Zusammensetzung der Versicherten nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie nach der Grundlohnsumme;

¹¹ Vgl. Deutsches Institut (Köln): Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung? Berichte des Deutschen Instituts zur Sozialpolitik, 2. Jg. (1968), Nr. 8, S. 20 f.

¹² Vgl. K.-D. Henke: Ursachen der Kostensteigerungen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 57. Jg. (1977), H. 4, S. 179 ff., hier S. 180.

¹³ Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a. a. O., S. 20.

¹⁴ Vgl. hierzu ausführlich G. Ott, a. a. O., S. 116.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Angela Nottelmann

DER HAUSHALT DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

- Probleme und Reformvorstellungen -

Die Finanzen der Europäischen Gemeinschaften haben in der Vergangenheit wiederholt zu Konflikten zwischen den Mitgliedstaaten geführt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zunächst, anhand einer problembezogenen Analyse des EG-Haushalts die Ursachen der derzeitigen Finanzierungsschwierigkeiten aufzuzeigen. Im Anschluß daran werden die bekanntesten Vorschläge zur kurz- bis mittelfristigen Behebung der Probleme bei der Verteilung der Finanzierungs-lasten auf die Mitgliedstaaten und der Erschöpfung der Haushaltsmittel der Gemeinschaft dargestellt und beurteilt.

Großoktav, 230 Seiten, 1982, Preis brosch. 39,-

ISBN 3-87895-217-1

VERLAG WELTARCHIV GMBH - HAMBURG

□ das regional unterschiedliche medizinische Versorgungsniveau sowie in Teilbereichen wohl auch ein unterschiedliches Leistungsanspruchsverhalten der Versicherten.

Diese Faktoren können sich bei den einzelnen Kassen kompensieren oder gegenseitig verstärken. So ist etwa ein hoher Anteil jüngerer und damit risikoarmer Mitglieder im allgemeinen mit einer relativ geringen und damit beitragsmindernden Grundlohnsumme verbunden oder besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der Grundlohnsumme und dem regionalen Nachfragebefriedigungspotential. Vor allem aufgrund dieser Interdependenzen lassen sich die einzelnen Ursachen kaum isolieren und nicht befriedigend quantifizieren, so daß auch das Ausmaß gerechtfertigter bzw. nicht vertretbarer Beitragssatzdifferenzierungen gegenwärtig nicht zu bestimmen ist. Schließlich sind die Ergebnisse durch den lebenszeitbezogenen Aspekt zu relativieren: So wie ein großer Teil der kurzfristig interpersonellen Umverteilungen in der GKV in einer langfristigen Betrachtung zu intertemporalen Einkommensumschichtungen wird, beeinflussen diese Zusammenhänge auch die Beitragsseite: Im Zeitablauf verändert sich zumeist die Versichertenstruktur der einzelnen Kassen und damit ihre relative Beitragssatzhöhe; zudem wird ein Teil der Mitglieder nicht stets ein und derselben Kasse angehören. Unter der lebenszeitbezogenen Sichtweise schwächen sich damit die gegenwärtig bestehenden Beitragssatzunterschiede ab.

Reformüberlegungen

Vorschläge für eine Reduzierung oder gar einen vollständigen Ausgleich der Beitragssatzunterschiede stehen stets vor einem Dilemma: Eine Anknüpfung an einzelne Bestimmungsgründe wird immer mit der Gefahr verbunden sein, die Wirkungen unzutreffend einzuschätzen; globale Maßnahmen, die sich ausschließlich an den bestehenden Beitragssatzdifferenzen orientieren, kurieren nur an Symptomen, erfassen aber nicht die Ursachen. Bei diesen Vorschlägen wird die GKV als umfassende Solidargemeinschaft aufgefaßt, die einen Ausgleich innerhalb ihres Versichertenkreises selbständig herbeizuführen hat. Damit ist klar, daß den hierdurch Begünstigten auch belastete Versicherte gegenüberstehen müssen. Dieser scheinbar triviale Zusammenhang dürfte sich allerdings bei der politischen Durchsetzung von entsprechenden Maßnahmen als

¹⁵ Vgl. W. Bogs u. a.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, Berlin 1966, S. 231.

¹⁶ Vgl. Ph. Herder-Dorneich: Gesundheitsökonomik, Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S. 124.

nicht unproblematisch erweisen. Reformvorstellungen, die auf eine Verstärkung der marktwirtschaftlichen Elemente abzielen, stehen stets in einem Spannungsverhältnis zu den traditionellen sozialpolitischen Prinzipien der GKV.

Verbesserung der Risikostruktur

Da die Beitragssatzhöhe der Kassen maßgeblich von der risikospezifischen Zusammensetzung ihrer Versicherten abhängt, kann von einer gleichmäßigeren Aufteilung der Versicherten eine Verbesserung der Risikostruktur erwartet werden. Dies ist einmal möglich durch eine Erhöhung der durchschnittlichen Mitgliederzahl je Kasse, zum anderen aber auch allein durch eine bessere Verteilung der Risiken. Extreme Beispiele hierfür sind die beiden größten Ersatzkassen für Angestellte, deren Beitragssätze praktisch dem Durchschnittssatz entsprechen. Diese Kassen sind darüber hinaus bundesweit organisiert, so daß sich auch die durch das regionale Versorgungsniveau bedingten Unterschiede ausgleichen.

Ein Zusammenhang zwischen der Versichertenanzahl und einem damit verbundenen besseren Risikoausgleich wird durch die bisherige Entwicklung der GKV nicht bestätigt: Obwohl in den Jahren seit 1949 sich die Kassenzahl von über 1800 auf 1300 reduzierte und die durchschnittliche Mitgliederzahl je Kasse um das Zweieinhalbfache erhöhte, veränderte sich sowohl die Schwankungsbreite als auch die Streuung der Beitragssätze kaum. Dieser Tatbestand deutet damit auf einen relativ großen Einfluß der regional unterschiedlichen Versorgungsniveaus und Grundlöhne hin.

Die Möglichkeit, durch einen Beitragssatzwettbewerb zwischen den Kassen eine gleichmäßigere Risikostruktur zu erreichen, ist im bestehenden System mit dem Wahlrecht der Versicherten zwischen den Ersatzkassen und den RVO-Kassen teilweise verwirklicht. Wie die bisherige Erfahrung allerdings zeigt, kommt dieser Konkurrenz nur eine geringe Bedeutung zu. Die Entscheidung für die eine oder andere Kasse wird häufig am Beginn des Erwerbslebens getroffen und danach kaum mehr korrigiert. Offenbar scheint zum einen „ein Gefühl der Treueverpflichtung und des Zuhause-seins in der angestammten Kasse wirksam zu sein – vielleicht auch bloß Gleichgültigkeit“¹⁵. Zum anderen dürften Effekte einer inversen Beitragskonkurrenz eine Rolle spielen¹⁶. Danach sehen die Versicherten den Leistungsumfang und die Beitragssatzhöhe häufig als proportionale Größen an und vermuten bei Kassen mit höherem Beitragssatz auch ein entsprechend hohes Leistungsniveau.

Eine Erweiterung des Wahlspielraums wäre bei der gegenwärtigen Organisationsstruktur der Kassen prak-

tisch auch nur für die Arbeiter möglich, denen wegen der begrenzten regionalen und/oder beruflichen Zuständigkeit der Ersatzkassen für Arbeiter häufig geringere oder gar keine Wahlmöglichkeiten zustehen. Eine Aufhebung des Kassenzwangs zwischen den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ist wegen ihrer unterschiedlichen Existenzgrundlagen sowie im Hinblick auf die Wahrung der Versichertennähe kaum möglich. Schließlich sind die im Falle einer Erweiterung des Wahlrechts stattfindenden Mitgliederbewegungen schwer abzuschätzen: Geht man davon aus, daß die Entscheidung über die Kassenzugehörigkeit überwiegend zu Beginn des Erwerbslebens getroffen wird, dann werden diese sogenannten guten Risiken in erster Linie den ohnehin beitragsatzgünstigen Kassen zuwachsen. Damit würden sich die Risikostrukturen der übrigen Kassen verschlechtern, so daß sich die Beitragssatzunterschiede noch verschärfen können.

Partieller Finanzausgleich

Eine weitere Reformüberlegung betrifft einen partiellen Finanzausgleich. Unter partiellen Finanzausgleichsmaßnahmen werden solche Verfahren verstanden, die im Rahmen des bestehenden Systems darauf abzielen, lediglich die extrem unerwünschten Effekte der Beitragssatzunterschiede abzubauen. Sie setzen damit zwar nicht gezielt an den eigentlichen Ursachen an, besitzen allerdings den Vorteil einer praktikablen Durchführung.

Als Problemgruppe mit stark überdurchschnittlichen Beitragsbelastungen haben sich die Mitglieder einer Reihe von Ortskrankenkassen herausgestellt. Für diese Versicherten bietet sich ein Ausgleichsverfahren an, das an den unterschiedlichen Status der GKV-Kassen anknüpft. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Ortskrankenkassen, die in ihrer Eigenschaft als Primärkassen Auffangbecken ohne qualitative Beschränkung sind, anders als die auf dem Willen ihrer Mitglieder beruhenden Sonderkassen, die negative Risikostruktur ihres Versichertenkreises nicht zu vertreten haben. Daraus kann die Forderung abgeleitet werden, zumindest die durch diese Risikokumulation bedingten Ausgabenspitzen im Rahmen eines Finanzausgleichs zwischen den Kassen zu finanzieren¹⁷. Dies gilt nicht für die übrigen Kassen, da sie sich auflösen können, wenn die zur Deckung der Ausgaben erforderlichen Einnahmen nicht aufgebracht werden können bzw. sollen. Die für diesen Ausgleich erforderlichen Mittel sind von den

Kassen mit den niedrigeren Beitragssätzen aufzubringen. Dies ist gewissermaßen als Preis dafür anzusehen, daß diese Versichertengemeinschaften eine günstige Risikostruktur aufweisen können.

Um ein solches Verfahren einerseits möglichst effizient zu gestalten, andererseits aber auch unerwünschte Nebenwirkungen zu begrenzen, dürfte sich die Beachtung der folgenden Grundsätze empfehlen: Mit zunehmendem Beitragssatz sollte eine wachsende Entlastung einhergehen, um vor allem die extrem hohen Beitragssätze wirksam zu erfassen. Die Beitragssätze sind allerdings nicht vollständig anzugleichen, um Anreize für eigene Anstrengungen zu belassen und den Leistungsangebotsunterschieden zumindest pauschal Rechnung zu tragen. Im Hinblick auf die Mittelaufbringung für den Finanzausgleich sind aus diesem Grunde übermäßige Belastungen für Kassen mit sehr niedrigen Beitragssätzen zu vermeiden. Dabei ist auch zu bedenken, daß diese Kassen im allgemeinen zugleich die mitgliederschwächsten sind, die auch bei höheren Ausgleichszahlungen nur ein geringes Volumen zum Finanzausgleich beitragen können. Zudem ist es im Sinne einer vorsichtigen Bewertung der Ursachen der Beitragssatzunterschiede erforderlich, die Belastungen der Versicherten so gering wie möglich – und damit zwangsläufig weit gestreut – zu halten. Bedenkt man, daß ein vollständiges „Hinuntersubventionieren“ sämtlicher überdurchschnittlicher Beitragssätze in der GKV auf den Durchschnittsbeitragssatz von 1978 nur etwa 2,4 % des gesamten GKV-Finanzvolumens ausmacht¹⁸, dann wird deutlich, daß bereits mit einer relativ geringen Ausgleichsmasse beachtliche Erfolge im Abbau der extrem hohen Beitragssätze zu erzielen sind und die Beitragssatzsteigerungen für die zu belastenden Kassen in engen Grenzen gehalten werden können.

Einheitsversicherung

Der wohl tiefste dirigistische Einschnitt in die Organisationsstruktur der Kassen wäre ihre Zusammenführung zu einem einzigen Krankenversicherungsträger mit einem bundeseinheitlichen Beitragssatz. Bei sonst unveränderten Versicherungsbedingungen sind die Beitragssatzunterschiede allerdings nur in einem solchen System vollständig zu eliminieren. Die gegen eine Einheitsversicherung und zugunsten des gegliederten Systems vorgebrachten Argumente einer eigenverantwortlichen Geschäftspolitik der Kassen, die zu Wettbe-

¹⁷ Vgl. etwa H. Köhrer: Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? Zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Versicherungszeitschrift, XXIV Jg. (1970), S. 185 ff., hier S. 189. Köhrer leitet hieraus allerdings die Verpflichtung staatlicher Zuschüsse ab.

¹⁸ Vgl. U. Geißler: Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1980, S. 35.

werb zwingt und – zumindest in bescheidenem Maße – Präferenzunterschieden Rechnung tragen kann, sowie der Beachtung der Versichertennähe vermögen unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu überzeugen. Die Kassen können auf der Beitragsseite weitgehend nur nachvollziehen, was von der Leistungsanspruchnahme vorgegeben wird, und eine versicherten-nahe Betreuung kann durch eine entsprechende Untergliederung zumindest ebensogut im Rahmen einer Einheitsversicherung erreicht werden. Zudem entfielen die regional und/oder nach Kassenarten unterschiedlichen Preisvereinbarungen zwischen den Kassen (verbänden) und den Anbietern ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen, wodurch die Verhandlungsposition der Versicherung gestärkt würde.

Wie die Struktur der Beitragssätze ausweist, würde ein bundeseinheitlicher Beitragssatz für den größten Teil der Mitglieder zwar keine wesentlichen Belastungsänderungen mit sich bringen, für etwa 2,5 % der GKV-Mitglieder würde sich die Belastung allerdings um immerhin 2 bis 5 Beitragssatzpunkte und damit bis über 2000 DM im Jahr erhöhen. Betroffen wären vor allem die Mitglieder der beitragsatzgünstigen Betriebskrankenkassen, während insbesondere Mitglieder der belastungsstarken Ortskrankenkassen begünstigt würden. Insoweit die niedrigen Beitragssätze der Kassen auf ein kostenbewußtes Leistungsanspruchnahmeverhalten und eine sparsame Wirtschaftsführung zurückzuführen sind, wäre ihre Eingliederung in eine Einheitsversicherung sicherlich negativ zu beurteilen und liefe auch den Bestrebungen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen zuwider. Fraglich ist zudem, ob sich solche Belastungserhöhungen bei dem bestehenden Anspruchsdenken überhaupt politisch durchsetzen ließen. Problematisch ist weiterhin das regional unterschiedlich gestreute Angebot an medizinischer Versorgung, so daß sich auch bei einem einheitlichen Beitragssatz Diskrepanzen zwischen der Beitragsleistung und der Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme ergeben. Dies ist gegenwärtig bereits in den bundesweit organisierten Ersatzkassen der Fall, bei denen die Versicherten in angebotsschwachen Regionen praktisch die höheren Leistungen für Versicherte in Regionen mit überdurchschnittlicher medizinischer Versorgung mitfinanzieren.

Kompliziert werden diese Zusammenhänge allerdings dadurch, daß ein höheres medizinisches Versorgungsniveau keineswegs immer einer besseren effektiven medizinischen Versorgung entsprechen muß, so daß höhere Beitragssätze durchaus zur Finanzierung einer Überversorgung dienen können. Zwar ist die Forderung nach einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung nicht an die Krankenver-

sicherung, sondern an die allgemeine Gesundheitspolitik zu richten, und dies kommt auch bereits im Krankenhausfinanzierungsgesetz und in der kassenärztlichen Bedarfsplanung zum Ausdruck. Geht man davon aus, daß sich eine vollständige Nivellierung dieser Unterschiede nie realisieren lassen wird und hält man die hierauf zurückzuführenden Beitragssatzdifferenzierungen für gerechtfertigt, dann erweist sich eine Einheitsversicherung auch aus diesem Grunde nicht als optimale Lösung.

Mehr Marktwirtschaft

Nicht primär auf eine Verminderung der Beitragssatzunterschiede, sondern auf Kosteneinsparungen und eine effizientere Nutzung der Ressourcen zielen Vorschläge ab, die – neben der Forderung nach mehr Wettbewerb auch für die übrigen am System beteiligten Gruppen (Ärzte, Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller und -handel) – den Versicherten die Aufwendungen für Gesundheitsleistungen nach dem Verursacherprinzip anlasten wollen. Damit wird der – bisher kaum verwirklichte – Äquivalenzgrundsatz in der GKV dominierend. Nach diesen Vorstellungen haben die Versicherten ihre Krankheitskosten bis zu einer bestimmten Höhe selbst zu tragen (Selbstbeteiligung). Die darüber hinausgehenden Kosten sind im Rahmen einer Pflichtversicherung abzudecken; durch diese Regelung kommt die soziale Komponente der Krankenversicherung zum Ausdruck. Weiterhin wird eine uneingeschränkte Wahlfreiheit bezüglich der Krankenkasse und der Tarife gefordert¹⁹. Insgesamt würde sich damit zwar eine erhebliche Verminderung des Beitragssatzproblems ergeben; unter Verteilungsgesichtspunkten ist jedoch zu beachten, daß im bestehenden System der GKV ein erheblicher sozialer Ausgleich zugunsten der Einkommenschwachen und großen Familien stattfindet, von dem bei einer stärkeren Realisierung des Äquivalenzprinzips ein großer Teil entfiel. Daneben vollziehen sich allerdings auch Umverteilungsprozesse, die mit sozialpolitischen Grundprinzipien nicht zu vereinbaren sind und deren Abbau durchaus anzustreben ist. Es stellt sich also die Frage, inwieweit eine generelle Verminderung der Umverteilungseffekte in der GKV – auch im Hinblick auf das System der gesamtstaatlichen Verteilungswirkungen – wünschbar ist. Die Frage deutet darauf hin, daß konsistente und zielgerichtete Verteilungswirkungen nur im Rahmen eines aufeinander abgestimmten Steuer-, Transfer- und Sozialversicherungs-Systems zu lösen sind.

¹⁹ Zu diesen Vorschlägen vgl. P. Oberender: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 31 (1980), Heft 2, S. 145 ff.

VERÖFFENTLICHUNGEN ÜBER AFRIKA

G. M. Erich Leistner

SÜDAFRIKA— HERAUSFORDERUNG AN DEN WESTEN

Großoktav, 144 Seiten, 1981, Preis brosch. DM 15,— ISBN 3-87895-201-5

G. M. Erich Leistner

SÜDAFRIKA— SCHWARZ UND WEISS IM WIRTSCHAFTSPROZESS

Großoktav, 112 Seiten, 1977, Preis brosch. DM 14,80 ISBN 3-87895-165-5

Heinz-Dietrich Ortlieb
Dieter Lösch (Hrsg.)

SÜDAFRIKA IM UMBRUCH?

Wandlungsprobleme einer vielrassigen Gesellschaft

Oktav, 393 Seiten, 1980, Preis brosch. DM 34,— ISBN 3-87895-190-6

Heinz-Dietrich Ortlieb
Arnt Spandau (Hrsg.)

SÜDAFRIKA — REVOLUTION ODER EVOLUTION?

Studien zur Lebenslage der Schwarzen

Oktav, 324 Seiten, 1977, Preis brosch. DM 14,80 ISBN 3-87895-151-5

Heinz-Dietrich Ortlieb
Jürgen Zwernemann (Hrsg.)

AFRIKA ZWISCHEN TRADITION UND FORTSCHRITT

Die Schicksalsfrage eines Kontinents

Großoktav, 120 Seiten, 1980, Preis brosch. DM 15,— ISBN 3-87895-198-1

Fritz E. Räder

AUFSTIEG ODER AUSBEUTUNG DER SCHWARZAFRIKANER?

Einkommens- und Verbrauchsstrukturen in Südafrika

Oktav, 88 Seiten, 1978, Preis brosch. DM 9,50 ISBN 3-87895-167-1

H.-H. Schumacher,
H.-D. Ortlieb (Hrsg.)

SOZIO-ÖKONOMISCHE ASPEKTE VON TROPENKRANKHEITEN IN AFRIKA

Großoktav, 145 Seiten, 1981, Preis brosch. DM 19,50 ISBN 3-87895-215-5

Arnt Spandau

LOHNPOLITIK IN SÜDAFRIKA - Die 70er Jahre

Oktav, 63 Seiten, 1979, Preis brosch. DM 10,50 ISBN 3-87895-188-4

Arnt Spandau

WIRTSCHAFTSBOYKOTT GEGEN SÜDAFRIKA

Großoktav, 140 Seiten, 1977, Preis brosch. DM 24,60 ISBN 0-7021-0861-8

VERLAG WELTARCHIV GMBH - HAMBURG