

Huppertz, Paul-Helmut

Article — Digitized Version

Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Replik

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Huppertz, Paul-Helmut (1982) : Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Replik, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 62, Iss. 6, pp. 292-295

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/135690>

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.

Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Replik

Paul-Helmut Huppertz, Köln

In der Aprilausgabe des WIRTSCHAFTSDIENST veröffentlichten wir einen Artikel von Günter Ott über das Problem der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu eine Replik von Paul-Helmut Huppertz.

Die öffentliche Diskussion um die aktuellen Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bietet dem Betrachter ein zuweilen erstaunliches Bild. Zu den besonderen Merkwürdigkeiten der Debatte gehört, daß das Thema der Beitragssatzunterschiede wie kaum ein anderes innerhalb der GKV aufs heftigste umstritten ist, der Kontroverse aber nur geringe publizistische Resonanz zuteil wird. Symptomatisch für dieses Phänomen ist ein neueres Gutachten des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung, das sich entsprechend dem weitgefaßten programmatischen Anspruch mit der „Leistungs- und Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung“ befaßt, die Problematik der Beitragssatzdifferenzen jedoch fast vollständig ausklammert¹.

Kennzeichnend für den Status quo der Diskussion ist freilich auch das hohe Maß an Legendenbildung, das sich um die Suche nach den Ursachen der bestehenden Beitragssatzdifferenzen rankt. Anstelle empirisch fundierter Aussagen wird häufig mit reinen Plausibilitätshypothesen operiert. Zuweilen werden auch Argumentationslinien durchgefochten, die schon einer sorgfältigen theoretischen Prüfung nicht standhalten. Kurz: Die politische Dichtung triumphiert über die seriöse wissenschaftliche Analyse.

Wenn es auch allzu polemisch und unfair wäre, den von Günter Ott kürzlich in dieser Zeitschrift veröffentlichten Aufsatz² in Gänze dergestalt zu qualifizieren, so muß doch kritisch angemerkt werden, wie wenig sich dieser Diskussionsbeitrag bei allem Anschein der Solidität und Sorgfalt im einzelnen an den in jüngerer Zeit erarbeiteten und ausführlich dokumentierten For-

schungsergebnissen orientiert. So spricht Ott z. B. auf der Suche nach den Bestimmungsfaktoren der Beitragssatzdiskrepanzen die in der Tat geringe Bedeutung der sogenannten Mehrleistungen an, stellt jedoch anschließend fest, daß „von dem regional unterschiedlich gestreuten Angebot an medizinischer Versorgung ein wesentlich größerer Effekt ausgehen“ werde³. Diese Hypothese steht, so plausibel sie auch klingen mag und so sehr sie auch von den GKV-internen Gegnern eines Finanzausgleichs zwischen den Kassen immer wieder als Rechtfertigung der Beitragssatzdifferenzen angeführt wird, auf mehr als tönernen Füßen:

□ Eine genaue Prüfung des Einflusses der regionalen Angebotsstruktur auf das Beitragssatzniveau stößt nämlich zunächst einmal auf erhebliche Probleme, die mit den Lücken des statistischen Materials im GKV-Bereich zusammenhängen. So enthalten die bundesweiten Datenbanken, die das Bundesarbeitsministerium aus den jährlichen Angaben der Krankenkassen speist, keinerlei Merkmale der regionalen Versorgungsstruktur. Zwar besteht die Möglichkeit, ergänzend zu den Kassenstatistiken Veröffentlichungen der statistischen Landesämter hinzuzuziehen, die in der Regel Daten über die regionale Arzt- und Krankenhausbettendichte speichern. Deren Verwertbarkeit scheidet jedoch schon daran, daß die Abgrenzungen der Kassenbezirke in den meisten Fällen nicht mit denen übereinstimmen, die die statistischen Landesämter benutzen⁴.

¹ F. Beske, T. Zaleski: Gesetzliche Krankenversicherung – Analysen, Probleme, Lösungsansätze, Kiel 1981.

² G. Ott: Das Problem der Beitragssatzunterschiede – Ursachen und Möglichkeiten einer Reform, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 62. Jg. (1982), H. 4, S. 165 ff.

³ Ebenda, S. 167.

⁴ Ähnliches gilt für die Grenzen der Abrechnungsbezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Bereichsabgrenzungen der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung.

Dr. Paul-Helmut Huppertz, 36, ist wissenschaftlicher Assistent am Seminar für Finanzwissenschaft der Universität zu Köln.

□ Somit konnten bislang bundesweit nur die Korrelationen zwischen Ausgabenhöhe und Beitragssatz auf der einen⁵ oder zwischen Leistungsniveau und regionaler Angebotsstruktur auf der anderen Seite⁶ ermittelt werden. *Direkte* Zusammenhänge zwischen Beitragssatzdifferenzen und regionaler Angebotsstruktur sind – mit räumlich begrenztem Geltungsanspruch – erstmals in diesem Jahr in einem Spezialgutachten des Kölner Finanzwissenschaftlichen Forschungsinstituts errechnet worden (vgl. Tabelle 1): Hiernach weisen alle direkten Korrelationskoeffizienten zwischen Angebotsdichte und Beitragssatz *negative* Werte auf, selbst dann, wenn – wie bei der Facharztquote und vor allem bei dem Zahnarztanteil – eine positive Beziehung zwischen Angebotsdichte und Ausgabeniveau zu verzeichnen ist. Innerhalb des räumlichen Zuständigkeitsbereichs des Ortskrankenkassen-Landesverbandes Westfalen-Lippe sind demnach also die Beitragssätze in Regionen mit unterproportionaler Versorgungsdichte in der Regel nicht *niedriger*, wie nach Otts Behauptung zu erwarten, sondern *höher* als in Räumen mit günstigerer Angebotsstruktur. Die Bedeutung der regionalen Angebotsdichte für das Beitragssatzniveau wird also von anderen Faktoren klar in den Schatten gestellt.

Dominanz der Mitgliederstruktur

Ein ähnlicher Legendencharakter kommt auch der Vorstellung zu, die Größe der jeweiligen Krankenkasse besitze einen signifikanten Einfluß auf die Höhe des Beitragssatzes. Zu einer derartigen – im übrigen gleichfalls weit verbreiteten – Auffassung kann man ebenso wie Ott leicht durch die Tatsache verleitet werden, daß die untersten Ränge im Beitragssatzgefüge ausschließlich durch kleinere Betriebskrankenkassen besetzt sind. Die Argumentation Otts gerät freilich in einen reichlich spekulativen Bereich, wenn man den Mitgliedern kleinerer Kassen aufgrund von „Überschaubarkeit, Betriebsnähe und Berufszugehörigkeit“ pauschal ein solidarisches Verhalten und den Versicherten größerer Trägereinheiten ebenso undifferenziert eine „Free-rider“-Attitüde unterstellt⁷.

Tatsächlich spielen bei den Kassen mit besonders niedrigem sowie bei denen mit exorbitant hohem Beitragssatzniveau andere, verhaltensunabhängige Faktoren eine gewichtige Rolle. Zumindest stellt jedoch der

⁵ Siehe W. Appelt, T. Kreifelts: Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle, Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, Mitteilungen Nr. 36, Birlingshoven 1976, und P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops: Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten des Finanzwissenschaftlichen Forschungsinstituts an der Universität Köln, veröffentlicht als Forschungsbericht Nr. 52 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMAS), Bonn 1981.

Tabelle 1

Korrelationen zwischen regionaler Versorgungsdichte, Leistungsausgaben und Beitragssatzniveau im Münsterland

(Datenbasis von 1978)

	Mitglieder- ausgaben	Beitrags- satz
Allgemeinarztdichte	-0,7	-0,43
Facharztdichte	0,32	-0,10
Zahnarztdichte	0,63	-0,26

Quelle: H. Jaschke, M. Kops: Die Ursachen der überdurchschnittlich hohen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen im Münsterland und die Möglichkeiten einer Beitragssatzverringerung mit Hilfe von Finanzausgleichsverfahren, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität Köln, Sonderveröffentlichung Nr. 6, Köln 1981.

Tabelle 2

Korrelationen zwischen ausgewählten Kassenstrukturmerkmalen und Beitragssatzniveau

(Datenbasis von 1978)

	einfache Korrelation	partielle Korrelation ¹
Grundlohn	-0,37	-0,85
Familienangehörigenausgaben	0,17	0,59
Pflichtausgaben	0,38	0,84
freiwillige Leistungen	0,01	0,23

¹ Bei Konstantsetzung der Leistungsausgaben bzw. des Grundlohn-niveaus.

Quelle: P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops, aa.O.

Schluß von ein paar „Ausreißerkassen“ auf die gesamte GKV eine ebenso unzulässige wie trügerische Generalisierung dar: Eine empirische Analyse des bundesweiten Zusammenhangs zwischen Kassengröße und Beitragssatz weist die völlige Bedeutungslosigkeit des „Einflußfaktors“ Kassengröße aus: Die Werte der Korrelationskoeffizienten liegen, sowohl was die Gesamtmitgliederzahl als auch was die Anzahl der Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung (ohne Rentner) angeht, mit 0,10 bzw. 0,08 weit unterhalb des Bereichs, der einen signifikanten Zusammenhang anzeigt⁸. Mit anderen Worten: Die Kassengröße kann – von einzelnen Sonderfällen abgesehen – aus dem Kreis der potentiellen Determinanten des Beitragssatzniveaus eliminiert werden.

Stellt man nun die Frage, welche Einflußgrößen des Beitragssatzniveaus denn anstelle der genannten, oft

⁶ Siehe G. Borchert: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte, Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, publiziert als Forschungsbericht Nr. 25 des BMAS, Bonn 1979.

⁷ G. Ott, aa.O., S. 167 f.

⁸ Vgl. P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops, aa.O., S. 112.

auch aus (verbands)politischen Gründen propagierten Faktoren eine bedeutsamere Rolle spielen, so mag die Antwort auf den ersten Blick eher weitere Verwirrung stiften als Klärung herbeiführen. Eine Aussage kann allerdings als empirisch abgesichert gelten: Es ist der Komplex der Mitglieder- und Risikostruktur, dem die absolute Dominanz beim Zustandekommen des kassen-spezifischen Beitragssatzniveaus zufällt. Für *einzelne* Strukturkomponenten, wie z. B. den Grundlohn, die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen usw., gilt diese Feststellung wegen der vielfältigen, meist gegenläufigen Einflußrichtungen nur mit großen Einschränkungen (vgl. Tabelle 2): Eine einfache Korrelationsanalyse weist für alle Strukturmerkmale Werte aus, die unterhalb der Signifikanzschwelle liegen. Hält man jedoch in einer *partiellen* Korrelationsanalyse die jeweils entgegengesetzt wirkenden Faktoren konstant, wird der spezifische Einfluß der Merkmale sichtbar und erreicht im Falle des Grundlohniveaus, aber auch bei dem sogenannten „Familienfaktor“ eine durchaus beachtliche Höhe. Bemerkenswert ist im übrigen auch die große Bedeutung der den Versicherungsträgern gesetzlich vorgegebenen Aufgaben in Relation zu den kassenintern variierbaren freiwilligen Leistungen.

Daß sich die Mitgliederstruktur als vorherrschender Ursachenkomplex der Beitragssatzunterschiede erweist und daß dieser Zusammenhang für die Determinanten Angebotsstruktur und Kassengröße widerlegt wurde, hat unmittelbare Implikationen für die Legitimation des Krankenversicherungssystems. Entspräche nämlich einer besseren Versorgungsstruktur ein höherer Beitragssatz oder ließe sich ein niedriges Beitragssatzniveau auf ein für kleinere Kassen typischerweise verhaltenes Anspruchsdenken der Versicherten zurückführen, dann würde sich das bestehende Beitragssatzgefüge sehr viel leichter mit dem Solidarprinzip als tragender Säule einer sozialen Krankenversicherung vereinbaren lassen. Umgekehrt erhöht die Dominanz eines weitgehend extern vorgegebenen Determinantenspektrums zweifelsohne die gesellschaftliche Akzeptanzschwelle größerer Beitragssatzschwankungen.

Benachteiligte Gruppen

Freilich lassen sich noch andere Argumentationselemente einfügen, die für die normative Einschätzung der Beitragssatzunterschiede durchaus von Bedeutung sein können. So führt Ott z. B., nachdem er auf die horrende Spanne von 8 Prozentpunkten zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Beitragssatz einer Krankenkasse in der GKV hingewiesen hat, einschränkend an, „daß für die meisten Mitglieder die Beitragssätze in einem weitaus engeren Intervall liegen, als dies auf den

ersten Blick erscheint“⁹. Nun mag man die gesellschaftspolitische Bedeutung der Beitragssatzunterschiede durchaus in Abhängigkeit von der Zahl der durch sie Benachteiligten sehen. Die Verletzung des Solidarprinzips – sieht man sie durch die Beitragssatzdifferenzen als gegeben an – kann allerdings wohl kaum von der Frage abhängig gemacht werden, ob denn auch die Mehrheit der GKV-Mitglieder zu den Betroffenen gehört.

Im Gegenteil: Die Erfüllung der Solidaritätsnorm durch institutionalisierte Organisationsformen ist nur dann gegeben, wenn auch die schutzwürdigen Interessen von Minderheiten angemessene Berücksichtigung finden. Dies gilt vor allem dann, wenn es sich um eine ohnehin schon anderweitig strukturell benachteiligte Gruppe handelt. Es sammeln sich nämlich in den Ortskrankenkassen, die heute schon fast ein Monopol auf die obersten Ränge im Beitragssatzgefüge besitzen und auch im Durchschnitt – sieht man von dem Sonderfall der Bundesknappschaft einmal ab – inzwischen hinsichtlich der Beitragssatzhöhe unangefochten die „Spitzenposition“ aller Kassenarten eingenommen haben, vor allem diejenigen Beitragszahler, deren Optionsmöglichkeiten aufgrund ihrer Einkommenshöhe und sozialen Stellung am stärksten eingeengt sind: Arbeitnehmer, deren Status als „Arbeiter“ – mit Ausnahme weniger Facharbeitergruppen – im Gegensatz zu den Angestellten den Wechsel in eine beitrags- (und image-)günstigere Ersatzkasse blockiert und die darüber hinaus auch bei einem Lohnniveau jenseits der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte nicht völlig aus der GKV austreten können.

Ein weiteres Argument dafür, die Beitragssatzdiskrepanzen nicht allzu negativ zu beurteilen, sieht Ott unter einer *intertemporalen* Betrachtungsweise. Er stellt zunächst richtig fest, daß sich die Versichertenstruktur der einzelnen Kassen und damit ihre relative Beitragssatzhöhe im Zeitablauf verändert und zudem ein Teil der Mitglieder nicht stets ein und derselben Kasse angehört, folgert jedoch daraus: „Unter der lebensbezogenen Sichtweise schwächen sich damit die gegenwärtig bestehenden Beitragssatzunterschiede ab“¹⁰. Auch hier wird die unter dem Solidaraspekt relevante Tatsache übersehen, daß die Möglichkeit, zeitweise bestehende Mehrbelastungen intertemporal durch einen Kassenwechsel auszugleichen, bei eingeschränkter Mobilität und spezifischer Berufsstellung nur äußerst selektiv besteht: Wer als Arbeiter nicht zu der Gruppe der in eine Arbeiterersatzkasse Abwanderungsberechtigten zählt und es in seinem Arbeitsleben nicht zum An-

⁹ G. Ott, a.a.O., S. 166.

¹⁰ Ebenda, S. 169.

gestellten bringt, der besitzt, gehört er einer RVO-Kasse mit ungünstiger Mitgliederstruktur an, kaum eine Chance, innerhalb seines Arbeitslebens der relativen Mehrbelastung durch seinen Versicherungsträger jemals zu entgehen.

Während also das Minderheitenargument und die temporäre Längsschnittbetrachtung die Legitimationsproblematik der Beitragssatzdifferenzen kaum berühren, stellt sich für die Frage nach der Vereinbarkeit voneinander abweichender Abgabelasten mit den Anforderungen einer solidarischen Finanzierungsstruktur ein anderes, sehr viel bedeutsameres, aber von Ott nur am Rande angesprochenes Problem, nämlich das der organisatorischen Referenzgröße des Solidarprinzips. Begrenzt man die Solidarhaftung der GKV-Mitglieder auf den Rahmen jeder Einzelkasse, so erledigt sich das Legitimationsproblem der Beitragssatzdifferenzen von selbst. Stellt hingegen die Region, die Kassenart oder gar die gesamte GKV den Bezugsraum der Solidarität dar, dann wird die Problematik der Beitragssatzabweichung innerhalb der jeweils abgesteckten Bezugsgröße deutlich.

Suche nach Alternativen

Nun besteht kein Zweifel daran, daß das Solidarprinzip gegenüber dem Krankheitsrisiko in seiner historischen Wurzel eindeutig auf die *Gruppensolidarität* der Arbeitnehmer innerhalb einer überschaubaren, homogenen Solidargemeinschaft gerichtet, also einzelkassenbezogen ist¹¹. Es läßt sich jedoch ebensowenig bestreiten, daß der ursprüngliche enge kollektive Solidarzusammenhang im Verlauf der über hundertjährigen Geschichte des Krankenkassenwesens durch die ständige Ausweitung des Mitgliederkreises als Folge einer sich durchsetzenden Sozialstaatlichkeit starken Erosionen ausgesetzt worden ist. Betrachtet man z. B. die heterogenen Mitgliederstrukturen der heutigen Großkassen, dann wird offenkundig, daß das Solidarprinzip, wie es zur Zeit bei jeder Gelegenheit und mit Verve für die GKV reklamiert wird, mit der ursprünglichen Einzelkassenbezogenheit nur noch rudimentäre Gemeinsamkeiten aufweist und im Grunde – wenn überhaupt – nur noch kassenübergreifend verstanden werden kann¹². Von daher stellt sich das Problem der Beitragssatzdifferenzen in voller Schärfe. Da sich alle Relativierungsversuche letztlich als unhaltbar erwiesen haben, gilt es, nach anderen Wegen einer solidarischen Finanzierungsstruktur der GKV Ausschau zu halten.

¹¹ Siehe dazu M. Rodenstein: Arbeiterselbsthilfe, Arbeiterselbstverwaltung und staatliche Krankenversicherungspolitik in Deutschland, in: T. Guldemann, M. Rodenstein, F. Stille: Sozialpolitik als soziale Kontrolle, Frankfurt am Main 1978, S. 115 ff.

Die Suche nach Alternativen gestaltet sich freilich bei Ott zuweilen recht sonderbar. Dies gilt vor allem – nach der Prüfung der Möglichkeiten einer Angleichung der Risikostrukturen durch Erweiterung des GKV-internen Wahlspielraums, eines partiellen Finanzausgleichs sowie der organisatorischen Zusammenfassung aller Träger zu einer Einheitsversicherung – für die abschließend unter dem Motto „Mehr Marktwirtschaft“ vorgeschlagene Strategie, die Versicherten stärker als bisher mit den Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen direkt zu belasten¹³. Nun mag man über den Kostendämpfungseffekt einer stärkeren Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten durchaus streiten können. Welche Wirkungen sich hieraus auf das bestehende Beitragssatzgefüge ergeben, bleibt jedoch völlig unklar: Hier sind – je nach der spezifischen Ursachenstruktur – prinzipiell sowohl diskrepanzvermindernde als auch Effekte möglich, die die Beitragssatzabweichungen steigern.

Völlig unbestritten dürfte freilich sein, daß eine Stärkung der individuellen Kosten-Nutzen-Äquivalenz in der GKV überhaupt nichts mit dem von Ott in diesem Zusammenhang angeführten „Verursacherprinzip“ zu tun hat. Verursacht denn der Erkrankte sein Leiden generell selbst, so daß er nach dieser Finanzierungsregel für die Kosten seiner Kuration und Rehabilitation individuell aufzukommen hätte? Oder ist der Entstehungsprozeß von Krankheit nicht in der Regel ein sehr vielschichtiger Vorgang, an dem neben dem durchaus möglichen persönlichen (Fehl-)Verhalten des Betroffenen auch, wenn nicht gar vorherrschend, natürliche und sozio-ökonomische Faktoren eine Rolle spielen¹⁴?

Freilich täte man Ott unrecht, würde man ihm unterstellen, verursachungstheoretisch verbrämt, eine „stärkere Realisierung des Äquivalenzprinzips“ auf Kosten einer Einschränkung des Solidarprinzips propagieren zu wollen. Allerdings flüchtet sich Ott letztendlich in die – in ihrer Trivialität kaum zu überbietende – Feststellung, daß „konsistente und zielgerichtete Verteilungswirkungen nur im Rahmen eines aufeinander abgestimmten Steuer-, Transfer- und Sozialversicherungs-Systems zu lösen sind“¹⁵. Damit, daß Wissenschaftler angesichts dieser utopischen Perspektive resignativ die Hände in den Schoß legen, ist der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Problemen nicht geholfen.

¹² Siehe hierzu im einzelnen P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops, a.a.O., S. 168 ff.

¹³ G. Ott, a.a.O., S. 171.

¹⁴ Vgl. hierzu P.-H. Huppertz: Das Verursacherprinzip als Finanzierungsregel im Gesundheitswesen?, in: WSI-Mitteilungen 10/1979, S. 577.

¹⁵ G. Ott, a.a.O., S. 171.