

Ott, Günter

Article — Digitized Version

Nochmals: zu den Beitragssatzunterschieden in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Ott, Günter (1982) : Nochmals: zu den Beitragssatzunterschieden in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 62, Iss. 8, pp. 408-411

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135711>

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.

Nochmals: Zu den Beitragssatzunterschieden in der gesetzlichen Krankenversicherung

Günter Ott, Kiel

In der Aprilausgabe des WIRTSCHAFTSDIENST veröffentlichten wir einen Artikel von Günter Ott zur Problematik der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der Juniarausgabe eine Replik von Paul-Helmut Huppertz¹. Zu dieser Replik nimmt nochmals Günter Ott Stellung.

Bei der Diskussion über die Beitragssatzunterschiede in der GKV spielt die Frage nach den Ursachen die entscheidende Rolle für die Beurteilung des Finanzierungssystems und die daran anknüpfenden Reformüberlegungen. Dabei besteht grundsätzlich Einigkeit darüber, daß die auf die gegliederte Organisationsstruktur zurückzuführenden und damit weitgehend extern vorgegebenen Ursachen von den Mitgliedern der betroffenen Kassen nicht zu verantworten und damit nicht von ihnen allein zu tragen sind. Zu diesen ausgleichswürdigen Einflußfaktoren gehört die Mitgliederstruktur der Kasse, die je nach alters- und geschlechtsspezifischer Zusammensetzung und der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie über die kassenspezifische Grundlohnsumme die Beitragssatzhöhe mitbestimmt. Dagegen lassen sich Beitragssatzunterschiede dann rechtfertigen, wenn sie auf ein regional unterschiedliches medizinisches Leistungsangebot zurückzuführen sind und verschiedenen hohen Beitragsbelastungen auch ein entsprechendes Versorgungsniveau gegenübersteht. Dies gilt insbesondere auch in dem Maße, wie die Versicherten durch ihr spezifisches Leistungsanspruchsverhalten das Beitragssatzniveau mit zu vertreten haben.

Während die einzelnen Determinanten der Beitragssatzunterschiede sich seit langem argumentativ aufführen lassen, ist die Bestimmung ihrer spezifischen Einflüsse nicht möglich, da sie sich aufgrund der bestehenden Datenlage und vor allem wegen der vielfältigen In-

terdependenzen nicht befriedigend isolieren und quantifizieren lassen. Dies war die zusammenfassende Aussage in meinem ersten Beitrag – darin waren im übrigen auch die vorliegenden empirischen Ergebnisse eingeschlossen, so daß der Vorwurf von Huppertz bezüglich der Nichtberücksichtigung neuerer Forschungsergebnisse² in dieser pauschalen Form gegenstandslos ist.

In den Ergebnissen der bisherigen Ursachenforschung und der sich daran anschließenden Diskussion sieht Huppertz nun ein „hohe(s) Maß an Legendenbildung“ und „politische Dichtung“ enthalten und die „seriöse wissenschaftliche Analyse“³ zu kurz gekommen. Hierzu liefert er in seiner Replik selbst einen Beitrag. Inwieweit hierin diesem Anspruch gerecht werden kann, zeigt sich, wenn im folgenden auf die von Huppertz geübte Kritik eingegangen wird.

Bedeutung des Versorgungsniveaus

Im Gegensatz zur bestehenden Auffassung⁴, daß – neben der Mitgliederstruktur – auch das regionale medizinische Leistungsangebot von quantitativer Relevanz für die Beitragssatzunterschiede ist, gelangt Huppertz zu dem Ergebnis, daß „die Bedeutung der regionalen Angebotsdichte für das Beitragssatzniveau . . . von anderen Faktoren klar in den Schatten gestellt“⁵ wird und sieht die Angebotsstruktur als signifikanten Einflußfaktor der Beitragssatzunterschiede als „widerlegt“⁶ an. Dabei stützt er sich auf in der Tat erstmalige Berechnun-

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

¹ Günter Ott: Das Problem der Beitragssatzunterschiede. Ursachen und Möglichkeiten einer Reform, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 62. Jg. (1982), H. 4, S. 165 ff.; Paul-Helmut Huppertz: Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Replik, in: ebenda, H. 6, S. 292 ff.

² P.-H. Huppertz, a. a. O., S. 292.

³ Ebenda.

gen des direkten Zusammenhangs zwischen der Beitragssatzhöhe und der regionalen Angebotsdichte im Bezirk der 27 Ortskrankenkassen des Landesverbandes Westfalen-Lippe, die bezüglich der Arztdichte nichtsignifikante und sogar negative Korrelationskoeffizienten ausweisen (vgl. Tabelle). Vernachlässigt wurde der zwar ebenfalls nichtsignifikante, aber immerhin positive Korrelationskoeffizient für das stationäre Versorgungsmerkmal Bettendichte⁷. Bedenkt man dabei, daß der Krankenhausbereich fast ein Drittel des GKV-Leistungsvolumens ausmacht und die Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung übersteigt, dann wird die Relevanz gerade auch dieser Komponente für die Erklärung des Beitragssatzniveaus deutlich.

Bemerkenswerte Ergebnisse der von Huppertz herangezogenen Studie sind weiterhin die hohe negative Korrelation der Allgemeinarztdichte sowie der nur geringe statistische Zusammenhang der Facharztdichte mit den Leistungsausgaben. Sie harmonieren allerdings insoweit mit den für die Beitragssätze ermittelten Korrelationskoeffizienten, wie die Beitragshöhe über das Leistungsniveau zu erklären ist. Diese – auch statistisch allgemein belegbare – Beziehung zwischen Beitragssatz und Leistungsvolumen bildete bisher das Bindeglied für die Aussage, daß ein durch eine überdurchschnittliche Angebotsdichte bedingtes Ausgaben-niveau ceteris paribus auch zu einem entsprechend hohen Beitragssatz der Kassen führt⁸.

Abweichende Ergebnisse

Ein eindeutig positiver Zusammenhang zwischen der Angebotsdichte und der Ausgabenhöhe wird nun – im Gegensatz zu den von Huppertz angeführten Ergebnissen – von verschiedenen anderen empirischen Untersuchungen festgestellt. So kommt eine ebenfalls auf die westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen begrenzte Studie in einer Rangfolge-Korrelationsanalyse zu dem Ergebnis, daß es durchaus einen – wenn auch nicht durchgehenden – Zusammenhang zwischen der Arztdichte und dem Ausgabenvolumen in diesem Bezirk⁹ gibt und daß allgemein die Risikolage der Kassen – neben Ursachen, die in der Mitgliederstruktur begründet liegen – auch von der Angebotsdichte signifikant abhängt¹⁰.

⁴ Vgl. etwa 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, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, Bd. 5, Bonn 1980, S. 23 ff.

⁵ P.-H. Huppertz, a. a. O., S. 293.

⁶ Ebenda, S. 294.

Vergleich verschiedener Korrelationsrechnungen zwischen dem regionalen Versorgungsniveau, den Leistungsausgaben und der Beitragssatzhöhe

Indikatoren des regionalen Versorgungsniveaus	Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut Köln		Wissenschaftl. Institut der Ortskrankenkassen		Institut der deutschen Wirtschaft	
	–regionale Begrenzung–			–Ortskrankenkassen–		
	Leistungsausgaben					
	Beitrags-satz	Mit-glie-der ^a	Fami-lien-an-geh. ^a	je Versicherten ^b	je Mitglied ^c	
Arzt- bzw. Allgemein- arztdichte	- 0,43	- 0,70	- 0,29	0,65	0,61	
Facharzt- dichte	- 0,10	0,32	- 0,08	0,72	0,66	
Zahnarzt- dichte	- 0,26	0,63	0,24	-	-	
Betten- dichte	0,29	0,31	0,57	-	0,52	

^a Die Ausgaben beziehen sich jeweils auf die ärztliche, zahnärztliche bzw. stationäre Behandlung; ^b Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung; ^c bei der Bettendichte: Ausgaben für Krankenhausbehandlung.

Quellen: im Text.

Auf bundesweiter Ebene wurden in einer vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen durchgeführten Untersuchung eindeutig positive statistische Korrelationen zwischen dem ambulanten Leistungsumfang und der Arzt- und Facharztdichte ermittelt, nach denen der Umfang des Leistungsvolumens vor allen anderen betrachteten Variablen eindeutig von der medizinischen Angebotsstruktur determiniert wird¹¹. Zu ähnlichen Korrelationskoeffizienten, auch für den Bereich der stationären Versorgung, gelangt eine – erst seit wenigen Tagen verfügbare – vom Institut der deutschen Wirtschaft herausgegebene empirische Analyse¹² und bestätigt damit die bisher vorliegenden Ergebnisse (vgl. Tabelle). Würden nun auf dieser erweiterten Basis di-

⁷ Vgl. 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, S. 75 und 82 ff.

⁸ Vgl. etwa U. Geißler, a. a. O., S. 23.

⁹ Vgl. J. Kläas: Die Risikostruktur der westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, 62. Jg. (1980), S. 393 ff., hier S. 397.

¹⁰ Vgl. ebenda, S. 400.

¹¹ Vgl. G. Borchert: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte, Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, veröffentlicht als Forschungsbericht Nr. 25 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1979, S. 72 ff.

¹² Vgl. G. Buttler, D. v. Leszczynski, A. Seffen: Zur Differenzierung der Beitragssätze und Problematik von Finanzausgleichen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative und qualitative Analyse, Materialien des Instituts der deutschen Wirtschaft, 4, Köln 1982, S. 130 ff.

rekte Korrelationsrechnungen zwischen den Angebotsindikatoren und dem Beitragssatzniveau durchgeführt werden können, so ist zu erwarten, daß – sofern diese Zusammenhänge nicht durch Unterschiede der Grundlöhne verdeckt werden – sich auch hier positive und möglicherweise auch signifikante Beziehungen ergeben.

Signifikanter Einfluß

Obwohl der statistische Nachweis eines bundesweiten Einflusses des medizinischen Versorgungsniveaus auf die Beitragssatzstruktur gegenwärtig nur indirekt möglich ist und auch nicht quantifiziert werden kann, ist doch offensichtlich, daß man unter Berücksichtigung sämtlicher empirischer Ergebnisse nicht wie Huppertz zu einer gegenteiligen Aussage gelangen kann. Zur Klärung der empirischen Differenzen würde es zum einen etwa naheliegen, den Einfluß der regionalen Besonderheiten auf die Resultate zu überprüfen. Zum anderen sollte man jedoch bei der – zumal generalisierenden – Interpretation von Korrelationskoeffizienten vorsichtig sein, denn diese können ja bekanntlich für sich genommen einen Kausalzusammenhang weder beweisen noch widerlegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die absolut ohnehin geringe Stichprobe lediglich 2 % sämtlicher GKV-Kassen umfaßt. Man wird deshalb bei dem gegenwärtigen Stand der empirischen Forschung neben der Versichertenstruktur einschließlich der Grundlöhne auch dem Niveau des medizinischen Leistungsangebots einen signifikanten Einfluß auf die Beitragssatzhöhe und -struktur zugestehen müssen.

Dieser Tatbestand relativiert das Problem der Beitragssatzunterschiede und ist damit auch bei den Reformüberlegungen zu berücksichtigen. So muß man bei der Rechtfertigung derjenigen Finanzausgleichsmaßnahmen, die auf eine vollständige oder zumindest weitgehende Nivellierung der Beitragssätze abzielen, entsprechend vorsichtig sein. Denn diese lassen sich mit dem Hinweis auf organisationsbedingte und externe Einflußgrößen um so weniger legitimieren, je ausgeprägter der Zusammenhang zwischen dem medizinischen Versorgungsniveau und der Beitragssatzhöhe ist.

Ähnlich rigoros wie bei der Angebotsstruktur geht Huppertz bei dem Einflußfaktor Kassengröße und dem hier oft vermuteten unterschiedlichen Leistungsanspruchsverhalten der Versicherten vor, indem er auch diese Determinante aufgrund eines globalen nichtsignifikanten Korrelationskoeffizienten als widerlegt ansieht¹³. Daß hier kein durchgängiger Zusammenhang über sämtliche Kassen vorliegt, ist ebenso offensichtlich wie unbestritten. Nur ist aus einem solchen Korrelationsergebnis auch nicht die zwingende Folgerung möglich, daß überhaupt keine Kausalität besteht. Allerdings ist Huppertz zuzustimmen, wenn er diese Überlegungen in den spekulativen Bereich verweist. Denn ebenso wie die niedrigen Beitragssätze bei den kleinen Kassen nicht durch ausschließlich verhaltensunabhängige Faktoren erklärt werden können, ist auch die mit diesen Kassen in Zusammenhang gebrachte solidarische und kostenbewußte Leistungsanspruchnahme und ein dadurch bedingtes niedriges Beitragssatzniveau nur Vermutung, die ohnehin nur einen kleinen Bereich der Kassen betreffen kann.

Inwieweit darüber hinaus das Nachfrageverhalten der Versicherten für die Beitragssatzhöhe eine Rolle spielt, lassen sich ebenfalls nur Vermutungen anstellen bzw. lediglich sehr begrenzte empirische Ergebnisse anführen. Dies betrifft etwa das Nord-Süd-Gefälle der Beitragssätze bei den Betriebskrankenkassen, zu deren Erklärung auch auf landsmannschaftlich bedingte Mentalitätsunterschiede verwiesen wird¹⁴, oder das mit dem Ausbildungs- und Einkommensniveau einhergehende Gesundheitsbewußtsein und die damit verbundene steigende Leistungsanspruchnahme, die allerdings bisher statistisch nicht bestätigt werden konnte. Insgesamt lassen sich diese Determinanten damit nicht in einen systematischen Erklärungszusammenhang einbeziehen.

Schließlich fällt an der Replik von Huppertz auf, daß sachlich begründete Darstellungen zuweilen in ein Licht wertender Aussagen gerückt werden. So werden die differenzierenden Angaben über die von den verschie-

¹³ P.-H. Huppertz, a.a.O., S. 294.

¹⁴ Vgl. G. Buttler, D. v. Leszczynski, A. Seffen, a.a.O., S. 51 ff.

KONJUNKTUR

VON MORGEN

Der vierzehntäglich erscheinende Kurzbericht des HWWA - Institut für Wirtschaftsforschung - Hamburg über die Binnen- und Weltkonjunktur und die Rohstoffmärkte

ISSN 0023-3439

VERLAG WELTARCHIV GMBH - HAMBURG

den hohen Beitragssätzen betroffenen Mitglieder und das daraus folgende Ergebnis, daß nur ein relativ geringer Prozentsatz starken Belastungen unterliegt, bereits als Vernachlässigung von Minderheiten gedeutet¹⁵. Dabei geht es bei dieser Aufgliederung doch nur darum, zunächst die Tragweite des Problems zu erfassen und zudem die Grundlage für Reformüberlegungen zu schaffen. Ebenso wird die Relativierung unter dem lebenszeitbezogenen Aspekt so gewertet, als würden „die Beitragssatzdiskrepanzen nicht allzu negativ“¹⁶ beurteilt und sogleich auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Versicherten bezüglich eines Kassenwechsels hingewiesen.

Nun sind die begrenzten Wahlmöglichkeiten insbesondere der Arbeiter sowohl in kurzfristiger als auch langfristiger Sicht unbestritten und in meinem ersten Beitrag auch bereits kritisch dargestellt worden. Daneben verändert sich aber auch die Mitgliederstruktur der Kassen etwa hinsichtlich ihrer alters- und geschlechtsspezifischen Zusammensetzung sowie der Anzahl der mitversicherten Angehörigen. In welchem Maße sich nun auch solche Änderungen auf die Beitragssatzhöhe auswirken und welche zeitliche Entwicklung der absoluten und relativen Beitragssätze daraus folgt, ist ungeklärt, da bisher keine derartige dynamische Analyse vorliegt.

Marktwirtschaftliche Ansätze

Vorschläge zu einer stärkeren Selbstbeteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten werden zunehmend intensiver diskutiert. Die dazu vorgeschlagenen Modelle laufen dabei auf folgende Grundtypen bzw. deren Kombination hinaus¹⁷: eine proportionale Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten, einen Selbstbehalt in einer bestimmten Höhe pro Jahr, einen Fixbetrag pro Leistungseinheit oder eine Bonus-Malus-Tarifierung. Zu einem – geringen – Teil ist eine Selbstbeteiligung bereits im bestehenden System durch die Kostenbeteiligung beim Zahnersatz und bei den Arzneimitteln verwirklicht. Weitere Maßnahmen, wie die im Zusammenhang mit den jüngsten Haushaltsbeschlüssen geplante Beteiligung an den Krankenhauspflegekosten und Kuren, die Erhöhung der Rezeptgebühr sowie der Wegfall der Leistungspflicht für Bagatellarzneimittel, kommen vermutlich hinzu.

Abgesehen davon, wie effizient ein solches Konzept der Nachfragesteuerung sein wird und welchen Beitrag es – gegebenenfalls verbunden mit über die Angebotsseite wirkenden wettbewerbsfördernden Maßnahmen –

zu allgemeinen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen leisten kann, geht davon ein Einfluß auf die in der GKV bestehenden Umverteilungswirkungen sowie auf die Beitragssätze der Kassen aus. Während Huppertz die Wirkungen auf die Beitragssatzstruktur als „völlig unklar“¹⁸ ansieht, lassen sich doch folgende Effekte angeben: Zum einen vermindert sich insoweit, wie Krankenversicherungsaufwendungen aus der Leistungspflicht herausfallen, das Ausgabenvolumen der GKV und damit auch das Beitragssatzniveau. Vor allem aber reduziert sich in dem Maße, wie die Mitglieder an ihrem spezifischen Krankheitskostenrisiko selbst beteiligt sind, der Einfluß der in der Mitglieder- und Risikostruktur liegenden Ursachen auf die absoluten Beitragssatzunterschiede.

Unter diesem Aspekt sind die marktwirtschaftlich orientierten Ansätze in meinem ersten Beitrag angeführt – und nicht wie Huppertz behauptet¹⁹: von mir vorgeschlagen – worden. Dabei wurde aber gleichzeitig auf den im bestehenden System wirksamen sozialen Ausgleich verwiesen, durch den etwa die einkommensschwachen und/oder kinderreichen Familien zu Lasten der kinderlosen Alleinstehenden und Ehepaare sowie der höheren Einkommenschichten begünstigt werden, und von dem dann ein Teil entfiel. Daneben würden aber auch etwa denjenigen – zumeist besser Verdienenden – Versicherten geringere Vorteile zufließen, die trotz der Wahlmöglichkeit zur privaten Versicherung nur deshalb gesetzlich versichert sind, weil sie hier aus den Beiträgen der übrigen Versicherten alimentiert werden. Aus diesen Tatbeständen wurde das Fazit angedeutet, daß konsistente und zielgerichtete Verteilungswirkungen im System der GKV allein nicht zu realisieren, sondern nur unter Einschluß des Steuer-Transfer-Systems befriedigend zu lösen sind.

Man muß nun schon ausschließlich auf einen einzelnen Problembereich der GKV fixiert sein, um diese Feststellung als „utopische Perspektive“ zu qualifizieren, angesichts derer man nur noch „resignativ die Hände in den Schoß legen“ könne²⁰. Geht es doch darum, daß die Konzeption der GKV nicht nur in bezug auf die Kassenvielfalt und die daraus resultierenden Beitragssatzunterschiede, sondern darüber hinaus in vielerlei Hinsicht mit verteilungs- und sozialpolitischen Zielsetzungen nicht vereinbar ist.

¹⁷ Vgl. M. Graf von der Schulenburg: Die Arzthonorierung aus ökonomischer Sicht, Probleme der Steuerung des Nachfrager- und Anbieterverhaltens, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 11. Jg. (1982), S. 235 ff., hier S. 236.

¹⁸ P.-H. Huppertz, a. a. O., S. 295.

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Ebenda.

¹⁵ P.-H. Huppertz, a. a. O., S. 294.

¹⁶ Ebenda.