

Henke, Klaus-Dirk; Adam, Hans

Article — Digitized Version

Beitragssatzdifferenzen: Abbau oder Ausbau?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Adam, Hans (1982) : Beitragssatzdifferenzen: Abbau oder Ausbau?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 62, Iss. 11, pp. 549-553

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135738>

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.

Beitragsatzdifferenzen: Abbau oder Ausbau?

Klaus-Dirk Henke, Hans Adam, Hannover

Die Beurteilung der Beitragsatzdifferenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist mitentscheidend für die zukünftige Entwicklung der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. Da Ausmaß und Ursachen der Unterschiede in den Beitragssätzen kontrovers diskutiert werden¹, dienen die folgenden Ausführungen einer Prüfung des Zusammenhangs zwischen medizinischer Versorgungsdichte, dem Umfang der Leistungsausgaben und der Höhe der Beitragssätze; zugleich soll die Diskussion ordnungspolitischer Alternativen zur bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung angeregt werden.

Nach den neuesten Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen wurden durch die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung 87,6 Mrd. DM oder 43,7 % aller im Jahre 1980 erfaßten privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben finanziert². Sollen diese Mittel auch in Zukunft nach den geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung aufgebracht werden, so hat die Finanzierung – neben geringfügigen Bundeszuschüssen – auch weiterhin über die Sozialabgaben zu erfolgen, die sich – von wenigen Ausnahmefällen abgesehen – zu gleichen Teilen aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen zusammensetzen.

Ob es sich bei der derzeitigen Finanzierungsregelung in der GKV um die Anwendung des Leistungsfähigkeits- oder um die Anwendung des Äquivalenzprinzips handelt, ist umstritten. Einerseits liegt bei einer alle Kassen übergreifenden Sichtweise das Äquivalenzprinzip zugrunde, da die gesetzlich bestimmten Leistungen, die nur geringfügig durch kassenspezifische Satzungsleistungen erweitert werden können, durch einkommensproportionale Sozialabgaben finanziert werden müssen. Andererseits wird seitens des Gesetzgebers eine Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit der Beitragszahler angestrebt, da die GKV sich nicht auf den versicherungstechnischen Risikoausgleich einer Individualversicherung beschränkt, sondern über die versicherungsimmanente Umverteilung hinaus einen Solidar- ausgleich vorsieht. Er schlägt sich u. a. darin nieder, daß

Familienangehörige von Mitgliedern der GKV ohne eigene Beitragszahlung mitversichert sind.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Finanzierungsregelungen und unter Berücksichtigung der beiden Finanzierungsprinzipien stellt sich die Frage nach der Berechtigung von Beitragsatzdifferenzen in der GKV, deren relatives und absolutes Ausmaß aus Tabelle 1 hervorgeht. Diese Unterschiede werden angesichts nahezu gleicher Leistungsansprüche und eng begrenzter Möglichkeiten zum Wechsel in eine billigere Kasse als Verstoß gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichheit angesehen, nach dem Ungleichbehandlungen bei Personen mit gleichem Einkommen als ungleich definiert werden.

Ursachen der Unterschiede

Bevor der in Tabelle 1 wiedergegebene Sachverhalt zur Begründung für gegenläufige sozialpolitische Interventionen herangezogen wird, ist eine Klärung der Ursachen von Beitragsatzdifferenzen unerlässlich. Damit einher geht die Frage, wieviel Personen überhaupt und gegebenenfalls in welcher Höhe von Beitragsatzdifferenzen betroffen werden.

Berechnungen läßt sich entnehmen, daß für 95 % der Pflichtversicherten mit Entgeltfortzahlungsanspruch die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Beitragssatz aller Kassen nicht über 3 % liegt. Bezogen auf den Arbeitnehmeranteil bedeutet dies bei einem Jahresversicherteneinkommen in Höhe der Bemessungs-

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 40, ist Inhaber des Lehrstuhls D für Volkswirtschaftslehre (Finanzwissenschaft) an der Universität Hannover. Dr. Hans Adam, 30, ist Wissenschaftlicher Assistent am genannten Lehrstuhl.

¹ Vgl. zu dieser Kontroverse Günter Ott: Das Problem der Beitragsatzunterschiede. Ursachen und Möglichkeiten einer Reform, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 62. Jg. (1982), H. 4, S. 165 ff.; Paul-Helmut Hu p p e r t z: Solidarprinzip und Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Replik, in: ebenda, H. 6, S. 292 ff.; Günter Ott: Nochmals: Zu den Beitragsatzunterschieden in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: ebenda, H. 8, S. 408 ff.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Ausgaben für Gesundheit, 1970-1980, Fachserie 12, Reihe S. 2, Stuttgart und Mainz, Oktober 1982, S. 10.

Tabelle 1
Beitragsatzunterschiede in der GKV für Pflicht-
versicherte mit Entgeltfortzahlungsanspruch nach
ausgewählten Kassenarten am 1. 1. 1982
 (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil)

Kassenarten	Beitragsatzunterschiede	Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Satz	Absolutes Ausmaß (monatlich) bei einem Jahresversicherten-einkommen in Höhe von	
			28 000,- DM	42 300,- DM ^a
alle Kassenarten		8,0 %	186,67 DM	282,- DM
Allg. Ortskrankenkassen		4,6 %	107,33 DM	162,15 DM
Betriebskrankenkassen		7,8 %	182,- DM	274,95 DM
Innungskrankenkassen		3,8 %	88,67 DM	133,95 DM
Ersatzkassen für Arbeiter		4,3 %	100,33 DM	151,58 DM
Ersatzkassen für Angestellte		1,1 %	25,67 DM	38,78 DM

^a Entspricht der Beitragsbemessungsgrenze am 1. 1. 1982.

grenze derzeit eine monatliche Belastung von 52,87 DM³.

Die Beitragsatzdifferenzen lassen sich auf eine Vielzahl von Ursachen⁴ zurückführen, von denen nach verbreiteter Ansicht

- die Risikostruktur der Mitglieder,
- das medizinische Versorgungsangebot sowie
- das versicherungspflichtige Entgelt (Grundlohn) im Vordergrund stehen⁵.

Kontrolliert man den Einfluß der Grundlohnhöhe, indem die Versicherten nach Grundlohnsummenklassen gruppiert werden, liegen die Unterschiede wesentlich niedriger als vor der Bereinigung. In einer Berechnung für das Jahr 1978 lag die maximale Differenz zwischen niedrigstem und höchstem Beitragsatz in den

- Ortskrankenkassen bei 3,59 (5,4),
- Betriebskrankenkassen bei 5,50 (6,5) und

³ Siehe im einzelnen K.-D. H e n k e : Beitragsatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus distributiver und allokativer Sicht; erscheint in den Schriften des Vereins für Socialpolitik.

⁴ Siehe im einzelnen z. B. U. G e i ß l e r : Die Ursachen der Beitragsatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO), Heft 5, Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragsatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1980, S. 29.

⁵ Der Beitragsatz ergibt sich als Quotient von Gesundheitsausgaben und Grundlohn.

Innungskrankenkassen bei 3,42 (5,9),

wobei die eingeklammerten Werte die unbereinigte Differenz in Beitragsatzpunkten für das gleiche Jahr zeigen⁶.

Äquivalenztheoretische Rechtfertigung?

Was die Erklärungsfaktoren „Risikostruktur“ und „Angebots- bzw. Versorgungsdichte“ anbelangt, so ist ein Streit darüber entbrannt, welche relative Bedeutung diesen Faktoren zukommt. Je stärker der Einfluß der Risikostruktur (Alter, Geschlecht, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen etc.) durchschlägt, desto eher ließe sich – ceteris paribus – ein Finanzausgleich zwischen den Kassenarten rechtfertigen. Dominiert jedoch die Versorgungsdichte, so kann der höhere Beitragsatz als („gerechter“) Preis für die bessere Versorgung angesehen werden, der im Rahmen einer „kostenmäßigen Äquivalenz“ keines Ausgleichs bedarf.

Zur empirischen Untermauerung der Auffassungen werden in der Diskussion einfache (und partielle) Korrelationskoeffizienten verwandt, wie sie Tabelle 2 entnommen werden können⁷. Während die Ergebnisse der ersten drei Studien eine überwiegend hochsignifikante positive Korrelation zwischen verschiedenen Angebotsgrößen und den entsprechenden Leistungsausgaben je Mitglied belegen, stützen Schätzergebnisse des Kölner Finanzwissenschaftlichen Forschungsinstituts (FiFo) nach Meinung von Huppertz eher seine Auffassung einer stark untergeordneten, wenn nicht gar fehlenden Bedeutung der regionalen Angebotsdichte für die Erklärung des Pro-Kopf-Leistungsvolumens und der regionalen Beitragsatzdifferenzen⁸. Neben dem hohen negativen Korrelationskoeffizienten (-0,70) zwischen der Allgemeinärztdichte und den Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen je Mitglied weisen mit Ausnahme der Bettendichte direkte Korrelationen zwischen den Anbietervariablen und dem Beitragsatz negative Werte auf, selbst dann, wenn zwischen der Angebotsdichte und den Ausgaben je Mitglied ein positiver statistischer Zusammenhang besteht. Soweit demnach eine unterproportionale Versorgungsdichte mit einem höheren Beitragsatz einhergeht, wird von Huppertz der äquivalenztheoretische Ansatz, was die Einschätzung der Bei-

⁶ Die bereinigten Werte sind entnommen aus K.-D. H e n k e : Beitragsatzunterschiede in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus distributiver und allokativer Sicht, a. a. O.; die unbereinigten Werte stammen aus Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen, Bonn, verschiedene Jahrgänge.

⁷ Insoweit bezieht sich die Analyse ausschließlich auf interregionale Effekte. Mögliche intraregionale Ursachen von Beitragsatzunterschieden werden in dieser Diskussion damit nicht erfaßt.

⁸ Vgl. P.-H. H u p p e r t z : Solidarprinzip und Beitragsätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Replik, a. a. O., S. 293; d e r s . : Wie ungleich ist die regionale Abgabelast im Gesundheitssystem?, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 9, 1982, S. 538 ff.

tragssatzdifferenzen betrifft, als widerlegt angesehen: „Die Bedeutung der regionalen Angebotsdichte für das Beitragssatzniveau wird also von anderen Faktoren klar in den Schatten gestellt“.⁹

⁹ Ebenda, S. 293.

¹⁰ Vgl. H. J a s c h k e, M. K o p s: 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 zu Köln, Sonderveröffentlichung Nr. 6, Köln 1981, und J. K l a a s: Die Risiko-Struktur der westfälisch-lippischen Ortskrankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 11, 1980, S. 393 ff.

¹¹ Während die ausgewiesenen Korrelationskoeffizienten auf der Basis von 27 AOK-Bezirken berechnet wurden, weist die Statistik der Ortskrankenkassen für das Untersuchungsjahr 1978 noch 29 Kassenbezirke aus (Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland 1978, Bonn, o. J.). Entweder sind daher in zwei Fällen (Lippe, Herford) jeweils zwei Kassenbezirke (Lemgo, Detmold sowie Herford, Bünde) zusammenzufassen oder aus der Analyse auszuschließen. Fehler stellen sich ein, wenn die beiden Kassenbezirke bei einigen Größen, wie etwa den Leistungsausgaben je Mitglied, unberücksichtigt bleiben, bei anderen Größen, wie etwa dem Anteil der Ortskrankenkassenmitglieder an der Wohnbevölkerung, in die Untersuchung einbezogen werden.

Diese Argumentation, die als Grundlage weitreichender Schlußfolgerungen hinsichtlich der Institutionalisierung eines Finanzausgleichs zwischen den Kassenarten dient, ist nicht ohne empirische und theoretische Probleme.

Empirische Probleme

Die Vermutung empirischer Probleme ergibt sich zum einen aus Mängeln der herangezogenen – für die GKV insgesamt nicht repräsentativen – Datenbasis¹⁰ für Westfalen-Lippe¹¹. Zum anderen ist auch der Wert des Korrelationskoeffizienten von $-0,70$ zwischen der Allgemeinärztdichte und den Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen je Mitglied auffällig.

Eine Neuberechnung führte zu den in Tabelle 2 ausgewiesenen Korrelationskoeffizienten. Mit Werten von $0,16$ bzw. $0,61$ für die Indikatoren der Ärztdichte bzw. des – auf dem 99 % – Signifikanzniveau statistisch ab-

Tabelle 2
Einfache Korrelationskoeffizienten zwischen regionaler Versorgungsdichte, Pro-Kopf-Leistungsausgaben und Beitragssatz

Datensatz	Studien/Autoren					Eigene Berechnung (V)	Eigene Berechnung (VI)		
	WidO (I)	Buttler, v. Leszczyński, Seiffen (II)	FiFo (III)	FiFo (IV)	Eigene Berechnung (V)				
Erhebungs-BRD gebiet und 1977-jahr	BRD 1978	Baden-Württemberg 1980	Westfalen Lippe 1978			siehe (IV)	siehe (III)		
Beobachtungseinheiten	Kassen-ärztl. Abrechnungsbezirke (N = 54)	Alle Kassen auf Bundesebene, deren Datenmaterial Korrelationsrechnungen zuließ	AOK-Bezirk u. Landkreise/kreisfreie Städte (N = 36)	AOK-Bezirk (N = 27)					
Korrelationskoeffizienten	Leistungen je Mitglied in BMA-Einfachsatzen	Leistungsausgaben je Mitglied OKK IKK	Ausgaben für Ärzte je Mitglied	Leistungs- ausgaben je Mitglied	Beitrags- satz bilanz- korrigiert	Leistungsausgaben je Mitglied	Beitragssatz tatsächlich	Beitragssatz tatsächlich	
Ärztdichte	0,65	0,61 0,58	0,48			0,16 (0,15)*	-0,24 (-0,26)*	0,45	
Allgemein-ärztdichte				-0,70	-0,43	-0,06 (-0,06)	(-0,37)	-0,39 (-0,41)	0,31
Facharzt- dichte		0,66 0,59		0,32	-0,10	0,32 (0,31)	(-0,12)	-0,10 (-0,11)	0,43
Facharzt- anteil	0,72		0,62			0,61 (0,59)	(0,19)	0,26 (0,25)	0,35
Zahnarzt- dichte				0,63	-0,26				
Betten- dichte		0,52 0,39		0,31	0,29	0,35 (0,31)	(0,29)	0,44 (0,42)	

* In Klammern: unbereinigte Werte für die AOK-Bezirke.

Quelle: Zusammengestellt nach G. B o r c h e r t: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Ärztdichte, Forschungsbericht 25 Gesundheitsforschung, Bonn 1980 (I); G. B u t t l e r, D. v o n L e s z c z y n s k i, A. S e i f f e n: Zur Differenzierung der Beitragssätze und Problematik von Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative und qualitative Analyse, Köln 1982 (II); F. B r e y e r: Bestimmungsgründe für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Eine ökonomische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberger Diskussionschrift Nr. 74, Alfred-Weber-Institut der Universität Heidelberg 1982 (III); H. J a s c h k e, M. K o p s: 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 zu Köln, Sonderveröffentlichung Nr. 6, Köln 1981 (IV); eigene Berechnung.

gesicherten – Facharztanteils erhält man damit wiederum den in den angeführten anderen Untersuchungen ebenfalls nachgewiesenen positiven Zusammenhang zwischen diesen Anbietervariablen und den Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen je AOK-Mitglied. Der Korrelationskoeffizient zwischen der Allgemeinärztdichte und den entsprechenden Leistungsausgaben je Mitglied bleibt zwar negativ, liegt nach dieser Schätzung aber nahe bei Null.

Auch der Hinweis auf den direkten negativen Zusammenhang zwischen regionalem medizinischen Versorgungsangebot und der Höhe des Beitragssatzes trägt als empirischer Beleg zumal für die untergeordnete Bedeutung der regionalen Angebotsdichte hinsichtlich der Beitragssatzunterschiede nicht. Zum einen tritt, wie die Neuberechnung der FiFo-Ergebnisse zeigt, je nach gewählter Angebotsvariablen ein Vorzeichenwechsel auf. Zum anderen sind mit Ausnahme der – nur einen Teilausschnitt der tatsächlichen medizinischen Versorgungssituation wiedergebenden – Allgemeinärztdichte alle Koeffizienten nicht signifikant. Darüber hinaus belegen durchgeführte Vergleichsrechnungen für Baden-

Württemberg¹² im Unterschied zu der Kölner Studie eine positive Korrelation zwischen Merkmalen der regionalen ambulanten ärztlichen Versorgung und dem tatsächlichen Beitragssatz. Selbst wenn unter Berücksichtigung des bilanzkorrigierten Beitragssatzes eine Verringerung dieser Korrelation eintreten würde, ist ein Vorzeichenwechsel nicht zu erwarten, zieht man die entsprechenden Korrelationskoeffizienten für die Datenbasis in Westfalen-Lippe zum Vergleich heran. Allerdings bleibt die Möglichkeit bestehen, daß auch diese Werte dann nicht signifikant sind¹³.

Theoretische Probleme

Theoretische Probleme entstehen dadurch, daß die von Huppertz getroffene Feststellung einer untergeordneten Bedeutung des medizinischen Versorgungsangebots gegenüber der Risikostruktur auf der Basis empirischer Korrelationen abgeleitet wird. Aussagen über Kausalabhängigkeiten setzen Relevanzvorstellungen voraus, die ihren Niederschlag in einem näher zu spezifizierenden Schätzmodell zur Erklärung der Beitragssatzunterschiede finden müßten. So ist etwa der hinreichend belegte, hier zentrale positive statistische Zusammenhang zwischen der Arztdichte und der Pro-Kopf-Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen nicht schon Beleg für einen bestehenden Anbieter-einfluß, sondern gerade erklärungsbedürftig. Vier Interpretationen könnten zur Begründung dieser empirischen Korrelation herangezogen werden:

- Eine Situation der „Überschußnachfrage“, deren Abbau als Folge einer steigenden Ärztdichte den beobachtbaren Effekt bewirkt.
- Bei zunehmender Ärztdichte fällt der „Zeitpreis“ eines Arztbesuches für den Patienten, was zu einer steigenden Pro-Kopf-Inanspruchnahme führt.
- Eine Steigerung der Pro-Kopf-Inanspruchnahme als Folge einer Qualitätsverbesserung der ärztlichen Leistungserbringung im Zuge einer steigenden Ärztdichte.
- Die Zunahme der Pro-Kopf-Inanspruchnahme aufgrund einer direkten Anbieterinduzierung der Nachfrage bei steigender Ärztdichte.

Selbst wenn man sich auf den letztgenannten Sachverhalt beschränkt, ist die Feststellung, daß das regionale medizinische Versorgungsniveau keinen Einfluß auf die Höhe der Gesundheitsausgaben aufweist, umstritten. Während in einer Studie für Baden-Württem-

¹² Die Verfasser danken F. Breyer, Heidelberg, für die Überlassung seiner Datenbasis.

¹³ Die Berechnung mit bilanzkorrigierten Beitragssätzen ist beabsichtigt und wird an anderer Stelle dokumentiert.

VDEW

Jahresstatistik 1981

DIN A 4, 524 Seiten, DM 319,-

In der Reihe der Jahrgangfolgen der VDEW-Jahresstatistik liegt der Band 1981 vor. Er bietet mit einer detaillierten Darstellung der Einzelangaben von 695 Elektrizitäts-Versorgungsunternehmen einen umfassenden Überblick über die öffentliche Elektrizitätserzeugung und -versorgung in der Bundesrepublik einschließlich Berlin (West).

Im tabellarischen Teil I **Leistung und Arbeit** ist der Firmenname des Unternehmens, der Sitz seiner Verwaltung und die Unternehmensform, die über die Kapitalbeteiligung Auskunft gibt, ausgewiesen.

Der Teil II **Betriebsmittel** enthält die einzelnen Kraftwerke der Unternehmen.

Die **Gesamtergebnisse** fassen die Einzelangaben der Unternehmen in übersichtlichen Tabellen und mehrfarbigen graphischen Darstellungen zusammen.

Zu beziehen durch den Buchhandel oder direkt bei



Verlags- und Wirtschaftsgesellschaft der Elektrizitätswerke mbH — VDEW
 Stresemannallee 23 · Telefon 63041
 6000 Frankfurt/Main 70

berg die Hypothese, daß die Ärztedichte die Pro-Kopf-Inanspruchnahme nicht beeinflußt, nicht verworfen werden kann¹⁴, wird dieser Sachverhalt auf der Grundlage einer bundesweiten Datenbasis für die kassenärztlichen Abrechnungsbezirke in einer anderen Untersuchung¹⁵ nicht bestätigt¹⁶.

Im Hinblick auf die Gesundheitspolitik ergeben sich vor dem Hintergrund der erforderlichen Relativierung von Umfang und Höhe der Beitragssatzdifferenzen sowie angesichts der empirischen und theoretischen Probleme im Rahmen der Korrelations- und Ursachenanalyse noch keine zwingenden Anweisungen für die Institutionalisierung und Ausgestaltung eines Finanzausgleichs.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Fragt man angesichts des Themas dennoch nach den ordnungspolitischen Alternativen, so gilt es, Reformbestrebungen sorgfältig danach zu unterscheiden, inwieweit Änderungen im Ordnungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen werden sollen. Für einen Abbau der (bereinigten) Beitragssatzdifferenzen wären kassenarteninterne (z. B. nach § 404 b, IIa RVO) und regionspezifische Regelungen denkbar. In diesem Zusammenhang sind auch die unterschiedlichen Sicherungsfunktionen der Kassenarten zu berücksichtigen. Die Ortskrankenkassen haben als einzige Krankenkassenart die Aufgabe, alle Pflicht- und freiwillig Versicherten aufzunehmen, die bei anderen Kassenarten nicht versichert werden können. Darüber hinaus können sich Ortskrankenkassen nicht auflösen und müssen als einzige Kassenart flächendeckend ihre Dienste anbieten¹⁷. Inwieweit diese Basis- und Auffangfunktion auf die Höhe der Beitragssätze durchschlägt und damit die Unterschiede zu den Beitragssätzen anderer Kassen erklärt, ist allerdings noch unbekannt. Wenn diese Sicherungsfunktion der Ortskrankenkassen als öffentliche Aufgabe angesehen wird, dann ließen sich aus ökonomischer Sicht staatliche Zuschüsse rechtfertigen.

Im Zusammenhang mit Ausmaß und Struktur von Beitragssatzdifferenzen stellt sich jedoch grundsätzlich die weitergehende Frage nach der allokativen und distributiven Effizienz des GKV-Systems. Aus allokativen Überlegungen müßten Beitragssatzunterschiede Zeichen einer nachfragegerechten und kostenminimalen Produktion von Gesundheitsleistungen sein. Diese Funktion erfüllen die Beitragssatzdifferenzen nicht. Aus distributiver Sicht führen die im derzeitigen System ebenfalls

auf tretenden einheitlichen Beitragssätze zu gegenläufigen Verteilungswirkungen, da die Bewohner schlecht versorgter Regionen die Mitglieder in medizinisch gut versorgten Gebieten subventionieren (z. B. im Falle der Ersatzkassen).

Zwei Alternativen

In einer derartigen – aus ökonomischer Sicht – unbefriedigenden Situation ergeben sich zwei Grundrichtungen für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung mit entsprechenden Folgen für das Ausmaß von Beitragssatzdifferenzen.

Die erste Alternative einer weiteren Fiskalisierung des Systems wäre gekennzeichnet durch einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich, staatliche Zuschüsse, eine Garantieträgerschaft des Bundes sowie institutionell durch Regionalkassen mit Bundesaufsicht oder eine Bundesanstalt für die gesetzlichen Krankenkassen. Diese Elemente könnten einzeln oder kombiniert zur Anwendung kommen.

Dem steht ein wettbewerbsorientierter Ansatz gegenüber, der durch folgende Merkmale skizziert werden könnte:

- mehr Kassenautonomie im Leistungs- und Beitragsrecht,
- Liberalisierung des Mitgliedschaftsrechts,
- Versicherungspflicht (ohne Kassenzwang) für eine dynamische Grundversorgung,
- Versicherungsmöglichkeiten für Zusatzleistungen durch risikoabhängige Beiträge.

In einem derartigen System, das am Status-quo gemessen „visionär“ erscheinen mag, wäre die Äquivalenz zwischen Leistung und Finanzierung gestärkt und im Bereich der individuellen Zusatzversorgung ein Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip konsequent. Beitragssatzdifferenzen wären im Rahmen der Zusatzversicherungen dann Ausdruck unterschiedlicher Präferenzen und unternehmerischer Leistungen der in Konkurrenz miteinander stehenden gesetzlichen und privaten Krankenkassen.

¹⁵ Vgl. H. A d a m : Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte. Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten (kassen-)ärztlichen Versorgung, Diss., Hannover 1982 (erscheint demnächst).

¹⁶ Wenn Fehlspezifikationen der jeweiligen Schätzmodelle auszuschließen sind, könnte insbesondere der Tatbestand einer Instabilität der „wahren“ Struktur zwischen den als relevant erachteten Variablen von Bedeutung sein. Dies wäre dann nicht ohne beträchtliche Konsequenzen für gesundheitspolitische Maßnahmen.

¹⁷ Vgl. W. H e i t z e r : Tragende Grundsätze im System der gegliederten Krankenversicherung, in: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Lebendige Krankenversicherung, Heft 8, Presseseminar Bad Neuenahr 1982, Bonn 1982, S. 46 f.

¹⁴ Vgl. F. B r e y e r : Bestimmungsgründe für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Eine ökonomische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberger Diskussionschrift Nr. 74, Alfred-Weber-Institut der Universität Heidelberg, 1982.