

Leber, Wulf-Dietrich; Wasem, Jürgen

Article — Digitized Version

## Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Leber, Wulf-Dietrich; Wasem, Jürgen (1989) : Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 69, Iss. 2, pp. 87-93

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136487>

**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.*

Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Wasem

## Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

*Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen<sup>1</sup> hat die mit der Struktur der Krankenkassenlandschaft verbundenen Probleme weitgehend unberührt gelassen und deren Lösung auf einen zweiten Reformschritt, die sogenannte Organisationsreform vertagt<sup>2</sup>. Welche Aufgaben muß diese Organisationsreform vorrangig lösen? Wie sind die heute bestehenden Beitragssatzdifferenzen zu bewerten, und welche Rolle soll der Wettbewerb zwischen den Kassen zukünftig spielen?*

Das zentrale Problem des gegliederten GKV-Systems sind angesichts zunehmenden Kassenwettbewerbs ungleiche Risikostrukturen zwischen den rund 1180 Krankenkassen. Diese werden als ursächlich dafür angesehen, daß teilweise extreme Beitragssatzunterschiede (zum 1. 1. 1988 zwischen 7,5 % und 16,0 %) bestehen. In dem vorliegenden Beitrag werden die Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dargestellt, ein Modell eines solchen Ausgleichs entwickelt und die Ergebnisse einer Simulationsrechnung für das Jahr 1986 vorgestellt<sup>3</sup>.

Die Simulationsrechnung soll hierbei Antwort auf folgende Fragen geben:

- Können die bestehenden Beitragssatzdifferenzen durch einen Risikostrukturausgleich vermindert werden?
- Welche Finanzvolumina müssen bei Durchführung des Risikostrukturausgleichs bewegt werden?

Zugleich soll gezeigt werden, daß ein Risikostrukturausgleich wesentlich zu unterscheiden ist von einem Ausgabenausgleich, wie etwa dem heutigen Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Es wird vorgeschlagen, den bestehenden KVdR-Finanzausgleich durch einen allgemeinen Risikostruktur-

ausgleich zu ersetzen. Die Simulationsrechnung soll daher zusätzlich klären:

- Wie stark wachsen die Beitragssatzunterschiede an, wenn der KVdR-Ausgleich entfällt?
- Kann der KVdR-Ausgleich durch einen allgemeinen Risikostrukturausgleich ersetzt werden, ohne daß die Beitragssatzdifferenzen steigen?

### Kassenwettbewerb und Beitragssätze

Die Diskussion über Beitragssatzunterschiede in der GKV ist nicht neu. Während diese allerdings in den 70er Jahren insbesondere unter verteilungspolitischen und verfassungsrechtlichen Aspekten problematisiert wurden, hat sich die Perspektive in jüngster Zeit verschoben: Da infolge des stetig zunehmenden Anteils der Angestellten an der Erwerbsbevölkerung inzwischen über 50 % der Versicherten über Wahlmöglichkeiten zu den Ersatzkassen verfügen<sup>4</sup> und von der kollektiven Wahlmöglichkeit zur Neugründung von Betriebskrankenkassen wieder verstärkt Gebrauch gemacht wird, wird nunmehr insbesondere die Wirkung von Beitragssatzunterschieden auf den Wettbewerb in der Krankenversicherung thematisiert<sup>5</sup>. Zudem wird in der gesundheits-

<sup>1</sup> Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477).

<sup>2</sup> Vgl. auch Regierungsentwurf zum Gesundheits-Reformgesetz, Begründung – Allgemeiner Teil, BR-Drucksache 200 88, S. 156.

<sup>3</sup> Für die Durchführung der umfangreichen Programmierarbeiten danken wir Herrn E. Wiersch.

<sup>4</sup> Vgl. Schätzungen bei R. P a q u e t : Umverteilung und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1987.

<sup>5</sup> Vgl. etwa Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung – Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988, Ziffer 212 ff.; Wissenschaftliche Arbeitsgruppe Krankenversicherung (Robert Bosch Stiftung): Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen 1988, S. 129 ff.

---

*Wulf-Dietrich Leber, 31, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Dr. Jürgen Wasem, 29, ist Mitarbeiter in der Abteilung „Krankenversicherung, Gesundheit“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Der Artikel gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder.*

ökonomischen Diskussion zunehmend ein Ausbau des Kassenwettbewerbs als Bestandteil einer umfassenden Wettbewerbskonzeption für das Gesundheitswesen gefordert<sup>6</sup>.

Preisunterschiede sind in einer Wettbewerbswirtschaft ein zentrales Allokationselement, so daß auch von Unterschieden im Krankenversicherungsbeitrag allokativ positiv zu beurteilende Wirkungen ausgehen könnten; dies gilt aber nur, wenn diese Unterschiede zugleich auch Ausdruck entweder unterschiedlicher Versorgungsqualität oder Resultat unterschiedlicher Effizienz des jeweiligen Kassenmanagements sind. Beides ist bei den gegenwärtig zu beobachtenden Beitragssatzunterschieden in der GKV nicht der Fall: Das Leistungsspektrum ist durch Gesetz weitgehend vereinheitlicht, und die Höhe des Beitragssatzes ist weitgehend durch die Versichertenstruktur bestimmt. Damit kommt es zu verzerrten Preissignalen und einem Wettbewerb, in dem nicht unbedingt die effizientesten Kassen Marktanteile gewinnen.

Die traditionelle, auf den Abbau von Beitragssatzunterschieden gerichtete Forderung war der Ausbau von Finanzausgleichen zwischen den Krankenkassen. Auch ein Finanzausgleich kann jedoch dem Wettbewerb entgegenstehen, wenn falsche Anreizstrukturen geschaffen werden. Solche unerwünschten Anreize entstehen etwa, wenn der Finanzausgleich als Ausgabenausgleich konzipiert ist und Mehrausgaben via Finanzausgleich auf alle anderen Kassen umgelegt werden. Da auch Einsparungen im allgemeinen Durchschnitt versickern, entfällt jeder Anreiz zur wirtschaftlichen Mittelverwendung. Gewinner in einem Wettbewerb mit Ausgabenausgleich ist der Ausgabenmaximierer.

Paradebeispiel für einen solchen Finanzausgleich mit ausgabentreibender Wirkung ist der 1977 eingeführte Belastungsausgleich in der Krankenversicherung der Rentner, über den inzwischen ca. 40 % der GKV-Ausgaben kassenübergreifend finanziert werden.

### **Konstruktionsfehler: KVdR-Ausgleich**

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 wurden zur Sanierung der gesetzlichen Rentenversicherung die von der Rentenversicherung für Rentner zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge um nahezu ein Drittel herabgesetzt<sup>7</sup>. Da die Beiträge für Rentner bereits zuvor geringer als die Leistungsausgaben für Rentner waren und die Krankenkassen höchst unterschiedliche Rentnerdichten aufwiesen, sollte durch einen Finanzausgleich eine gleichmäßige Verteilung der sich aus der Beitragskürzung für

Rentner ergebenden zusätzlichen Belastungen erreicht werden. Das „Defizit“, das sich nach Abzug der Beiträge der Rentner von den Leistungsausgaben für Rentner ergibt, wird seitdem so auf die Krankenkassen<sup>8</sup> umgelegt, daß die Erwerbstätigen aller Kassen einen gleichen Prozentsatz ihres beitragspflichtigen Einkommens als „Solidarbeitrag“ zur KVdR aufbringen. 1986 betrug dieser KVdR-Finanzierungsanteil 3,25 Beitragssatzpunkte, d. h. der Beitragssatz jeder Kasse enthält neben dem Anteil zur Deckung der Ausgaben ihrer erwerbstätigen Mitglieder (sogenannte allgemeine Krankenversicherung) 3,25 Beitragssatzpunkte zur Deckung des KVdR-Defizits.

Der KVdR-Ausgleich ist – sieht man von einigen wenigen Ausgaben, die nicht in den Ausgleich eingebracht werden dürfen, ab<sup>9</sup> – ein vollständiger Ausgabenausgleich. Während in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) expansive Leistungsgewährung durch eine Kasse zu höheren Beiträgen dieser Kasse führt, kann die Krankenkasse bei Rentnern Wettbewerb über expansive Leistungsgewährung oder großzügige Vertragsgestaltungen praktizieren, ohne dies selber finanzieren zu müssen. Berichte aus der Kassenpraxis zeigen, daß Kassenmanager diese Chance erkannt haben.

An den ausgabentreibenden Effekten des KVdR-Ausgleiches wird sich auch nichts Grundlegendes durch den ab 1991 vorgesehenen Eigenanteil der einzelnen Krankenkassen an den Leistungsaufwendungen ihrer Rentner ändern, der je nach Rentnerdichte zwischen 5 % und 30 % betragen soll<sup>10</sup>. Da zwischen 70 % und 95 % der Ausgaben weiter in den Ausgleich eingebracht werden können, bleiben die Anreize zur Ausgabenmaximierung erhalten.

Zur Beseitigung des ausgabentreibenden Wettbewerbs können drei unterschiedliche Wege beschränkt werden:

<sup>6</sup> Vgl. etwa P. Gitter, W. Oberender: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV. Baden-Baden 1987.

<sup>7</sup> § 385 Abs. 2 RVO in der Fassung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069).

<sup>8</sup> Die Bundesknappschaft nimmt erst seit 1984 an dem Ausgleich teil; die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind nicht an dem Ausgleichsverfahren beteiligt (§ 268 Abs. 2 SGB V); sie werden auch bei den folgenden Simulationsrechnungen nicht berücksichtigt.

<sup>9</sup> Vgl. § 269 Abs. 1 SGB V.

<sup>10</sup> § 269 Abs. 2 SGB V. Der Eigenanteil soll mit steigender Rentnerdichte sinken, um Belastungskumulationen zu vermeiden. Dadurch ist der Anreiz zur Unwirtschaftlichkeit gerade in den Kassen am größten, in denen die meisten Rentner versichert sind. Vgl. hierzu ausführlich: J. W. S e m : Einige Modellrechnungen zu den finanziellen Auswirkungen von Veränderungen im Belastungsausgleich in der Krankenversicherung der Rentner, in: Sozialer Fortschritt, 5/1988, S. 138 ff.

□ Die KVdR könnte zu einer von den übrigen Kassen losgelösten Einheitsversicherung, in der es keinen Wettbewerb mehr geben kann, umgestaltet werden – eine aus wettbewerbspolitischer Sicht sicherlich unbefriedigende Lösung.

□ Im KVdR-Ausgleich werden nur noch durchschnittliche Leistungsausgaben je Rentner ausgeglichen – dies verringert die Anreize zur Unwirtschaftlichkeit, benachteiligt aber Kassen mit – z. B. durch ein überdurchschnittliches Alter ihrer Rentner bedingten – hohen Leistungsausgaben je Rentner.

□ Die Sonderregelung für die Krankenversicherung der Rentner wird aufgehoben. Die Rentner werden den anderen Mitgliedern gleichgestellt, und auf die Renten würde statt des bundeseinheitlichen Beitragssatzes der jeweils kassenspezifische Beitragssatz angewandt<sup>11</sup>. Beitragssatzverzerrungen zwischen den Kassen aufgrund unterschiedlicher Rentneranteile oder anderer „Risikofaktoren“ werden in einem allgemeinen Risikostrukturausgleich beseitigt<sup>12</sup>.

Nur der dritte Ansatz löst sowohl die ausgabentreibenden Effekte des KVdR-Finanzausgleichs als auch die Verzerrungsprobleme in der allgemeinen Krankenversicherung. Die Ausgestaltung eines solchen allgemeinen Risikostrukturausgleichs bedarf der Untersuchung eines bisher in der GKV weitgehend tabuisierten Themas: risikoäquivalente Prämien.

**Fehlende Risikoäquivalenz**

In einer Krankenversicherung mit risikoäquivalenter Prämienkalkulation (wie etwa der privaten Krankenversicherung) werden die Prämien der leistungsberechtigten Personen so berechnet, daß grundsätzlich ein Entsprechungsverhältnis zwischen Beitrag und zu erwartender Leistung des Versicherers über die Laufzeit des Versicherungsverhältnisses besteht. Hierbei werden die Risikofaktoren wie z. B. Alter und Geschlecht des Versicherten durch Bildung entsprechender Tarifklassen in der Beitragsgestaltung berücksichtigt<sup>13</sup>. Unterschiedliche Versichertenbestände bei den Versicherungsunternehmen beeinträchtigen bei „vollkommener“ Beitragsberechnung nach dem Äquivalenzprinzip nicht den Wettbewerb zwischen den Unternehmen, Umverteilung über die zufallsverteilte zwischen Kranken und Gesunden hinaus findet nicht statt.

Der Beitrag eines Mitglieds der gesetzlichen Krankenversicherung weicht von einer solchen Kalkulation in mehrfacher Hinsicht ab, weil sich die Zahlungen nicht am Krankheitskostenrisiko der versicherten Personen, sondern an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientieren. Dadurch kommt es zu einer – politisch ge-

wollten – Umverteilung innerhalb der Kasse, aber auch zu Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen aufgrund unterschiedlicher Versichertenbestände. Insbesondere die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens (sogenannter Grundlohn), die Zahl der Mitversicherten sowie Alter und Geschlecht der Versicherten bestimmen die „Risikomischung“. Andere Faktoren wie Beruf oder Wohnort haben vermutlich ebenfalls einen Einfluß, sind aber derzeit kaum quantifizierbar und werden auch in der privaten Krankenversicherung kaum zur Bildung von Risikoklassen verwendet.

<sup>11</sup> Vgl. § 247 SGB V. Für Versorgungsbezüge wie z. B. Betriebsrenten (§ 229 SGB V), die seit dem Rentenanpassungsgesetz 1982 ebenfalls der Beitragspflicht unterliegen, ist schon in der gegenwärtigen Regelung eine Beitragserhebung mit kassenspezifischen Beitragssätzen angelegt. Zur verwaltungstechnischen Vereinfachung erfolgt die Zahlung allerdings mit den (halben) durchschnittlichen Sätzen des jeweiligen Landesverbandes (§ 248 SGB V).

<sup>12</sup> Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung – Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988, Ziffer 214.

<sup>13</sup> Vgl. zur Prämienkalkulation in der privaten Krankenversicherung ausführlich K. B o h n : Die Mathematik der deutschen privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 1980.

**Das Jahresregister des**

**WIRTSCHAFTSDIENST**

– Zeitschrift für Wirtschaftspolitik –

für den 68. Jahrgang 1988

liegt für unsere Leser bereit.

Auf Anforderung senden wir

es Ihnen gerne kostenlos zu.

**Einbanddecken**

können zum Preis von DM 15,-

bezogen werden durch:

**VERLAG WELTARCHIV GMBH**

Neuer Jungfernstieg 21

2000 Hamburg 36

Gleicht man die wesentlichen Risikofaktoren zwischen den Kassen aus, so würde die Einkommensumverteilung von der Kassenebene auf die GKV-Ebene gehoben und die Beitragssatzunterschiede auf Unterschiede im Leistungsniveau, auf nicht berücksichtigte Risikofaktoren und auf unterschiedliche Effizienz der Kassen zurückgeführt.

**Grundlohn- und Mitversichertenenausgleich**

Durch einen Grundlohnausgleich je Versicherten<sup>14</sup> wird der Einfluß der einkommensproportionalen Beiträge und der kostenlosen Mitversicherung von Familienangehörigen auf den Beitragssatz eliminiert. Für die einzelne Kasse k gilt nach Ausgleich derjenige Beitragssatz  $BS_k$ , der sich ergeben würde, wenn der Kasse für jeden Versicherten ein fiktiver, GKV-durchschnittlicher Grundlohn DGL zur Finanzierung der Ausgaben  $A_k$  ihrer Versicherten  $V_k$  zur Verfügung stehen würde:

$$(1) \quad BS_k = \frac{A_k}{V_k \cdot DGL}$$

Wegen der Bilanzgleichung für die einzelne Kasse (Ausgaben + Finanzausgleichsbetrag = Einnahmen) sowie der Bilanzgleichung für die Ausgleichszahlungen (Summe aller Zahlungen und Zuweisungen = Null) errechnet sich DGL als eine mit den Ausgaben gewichtete Grundlohnsumme GL je Versicherten:

$$(2) \quad DGL = \frac{\sum A_k \frac{GL_k}{V_k}}{\sum A_k}$$

Der Grundlohnausgleich je Versicherten ersetzt die gängige Berechnungsweise, bei der ein Grundlohnausgleich je Mitglied und ein zusätzlicher Ausgleich für Ausgaben der Mitversicherten durchgeführt wird. Dadurch werden die Schwierigkeiten vermieden, die der Ausgleich eines Risikofaktors „Mitversicherte“ nach sich ziehen würde<sup>15</sup>.

**Tabelle 1**  
**Standardisiertes Alters-Ausgaben-Profil der gesetzlichen Krankenkasse**

Altersgruppe	Männer	Frauen
- 14	1181,06	985,98
15 - 24	752,19	1068,00
25 - 34	1093,38	1731,39
35 - 44	1574,20	1834,42
45 - 54	2066,63	2263,84
55 - 64	3136,14	2960,98
65 - 74	4926,62	4562,58
75 +	5394,40	5792,83

Quelle: Eigene Berechnungen nach: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.): Leistungs- und Kostentransparenz – erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1987.

**Alters- und Geschlechtsstrukturausgleich**

Nach Grundlohnausgleich verbleiben Beitragssatzverzerrungen aufgrund systematisch abweichender Morbidität der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht. Im Morbiditätsausgleich werden die Abweichungen der spezifischen Alters- und Geschlechtsstruktur einer Kasse von der „Standard“-Risikostruktur quantifiziert und in Höhe der GKV-durchschnittlichen Ausgaben der Risikoklasse ausgeglichen. Das Finanzvolumen  $FV_k$  das die Kasse k im Ausgleich per saldo erhält bzw. zahlen muß, bestimmt sich als Summe der Abweichungen über alle Alters- und Geschlechtsgruppen<sup>16</sup>:

$$(3) \quad FV_k = \sum_g \sum_j A_{gj} \left( V_{gjk} - \frac{V_k}{V} V_{gj} \right)$$

Detaillierte Untersuchungen über die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben liegen für die GKV trotz der erheblichen Bedeutung für Wirtschaftlichkeitskontrolle und Prognose von Beitragssatzsteigerungen infolge demographischer Entwicklungen nicht vor. Es ist derzeit nicht bekannt, wieviel mehr ein 50jähriger im Vergleich zu einem 25jährigen GKV-Versicherten an Leistungen in Anspruch nimmt.

Für die Berechnungen wurde auf Alters-Ausgabenprofile einer Heilbronner Krankenkasse zurückgegriffen, die im Rahmen eines Transparenzprojektes in Baden-Württemberg im 4. Quartal 1984 erhoben wurden<sup>17</sup>.

Die Altersprofile der Heilbronner Kasse wurden durch Multiplikation der Ausgabensumme jeder Alters- und Geschlechtsgruppe mit einem einheitlichen Korrekturfaktor auf die GKV-Werte von 1986 hochgerechnet (vgl. Tabelle 1). Der Faktor wurde so gewählt, daß bei Verwendung der GKV-Versichertenzahlen alle Leistungsausgaben (Kontengruppe 4/5), Verwaltungskosten

<sup>14</sup> Versicherte (auch: Leistungsberechtigte) sind neben den Mitgliedern (§§ 5 und 8 SGB V) auch die familienversicherten Angehörigen (§ 10 SGB V).

<sup>15</sup> Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Mitversicherten (Ehepartner und Kinder) wäre ein undifferenzierter Ausgleich der Mitversichertenquote nicht adäquat und müßte durch Berücksichtigung anderer Faktoren als Duplikat des Morbiditätsausgleichs für Mitglieder ausgestellt werden; vgl. W. L e b e r: Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionstüchtigen Wettbewerb, in: Arbeit und Sozialpolitik, 10/1987, S. 266-272.

<sup>16</sup> Vgl. im einzelnen ebenda S. 268;  $A_{gj}$  sind die standardisierten Ausgaben für die Risikoklasse mit dem Geschlecht g und der Altersgruppe j.  $v_{gk}$  ist die Klassenbesetzung in der Kasse k.

<sup>17</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.): Leistungs- und Kostentransparenz – erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1987. Der Stichprobenumfang umfaßt 144216 Versicherte; über die Repräsentativität liegen keine Erkenntnisse vor. Die Kurven zeigen jedoch den auch aus der privaten Krankenversicherung bekannten Verlauf mit deutlichen höheren Ausgaben für Frauen im Alter zwischen 25 und 34 und einer vergleichsweise höheren Morbidität der Männer im Alter von zwischen 65 und 74.

(Kontengruppe 6) und sonstigen Ausgaben (Kontengruppe 7) erklärt werden<sup>18</sup>.

Grundlohn- und Morbiditätsausgleich wurden in den Simulationen vollständig durchgeführt. Dieses Vorgehen war aufgrund des drohenden datentechnischen Mehraufwandes geboten, ist aber nicht ganz korrekt, weil zu den GKV-Ausgaben auch einige wenige einkommensproportionale Leistungen gehören (z. B. Krankengeld), für die kein Grundlohn ausgleich durchgeführt werden dürfte. Auch satzungsmäßige Mehrleistungen der Kassen müßten vom Ausgleich ausgeschlossen bleiben. Für die hier relevante Fragestellung sind diese Ungenauigkeiten tolerabel.

### Rechnerische Beitragssätze

Langfristig muß der Beitragssatz jeder Kasse so festgesetzt werden, daß Einnahmen und Ausgaben zur Deckung gelangen. Da die Beitragssatzanpassungen jedoch diskretionär und bisweilen unter taktischen Erwägungen erfolgen, können sich in einer Rechnungsperiode Defizite und Überschüsse ergeben. Untersuchun-

<sup>18</sup> Die Einbeziehung der Verwaltungskosten in die Ausgabenprofile verstärkt die Ausgleichswirkung des Altersstrukturausgleiches, ist jedoch nicht zwingend. Das Vorgehen kann gerechtfertigt werden, wenn man annimmt, daß die Verwaltungskosten proportional zu den Leistungsaufwendungen und nicht proportional zur Versichertenzahl anfallen. Der Klarheit halber sei darauf hingewiesen, daß der Anreiz zur Einsparung von Verwaltungskosten unverändert bestehen bleibt.

<sup>19</sup> In allen Simulationsrechnungen wurde von einer Beibehaltung dieser Regelung ausgegangen.

gen zur Beitragssatzstruktur sollten deshalb nicht auf den statistisch ausgewiesenen, tatsächlich erhobenen Sätzen basieren, sondern auf rechnerischen Beitragssätzen, bei denen (ex post) Einnahmen und Ausgaben ausgeglichen worden wären.

Der rechnerische Beitragssatz der einzelnen Kasse bestimmt sich aus dem für alle Kassen gleichermaßen gültigen KVdR-Finanzierungsanteil und dem rechnerischen AKV-Beitragssatz. Dieser ergibt sich aus sämtlichen Ausgaben (ohne Rentnerausgaben) abzüglich der sonstigen Einnahmen und den Beiträgen von Studenten, für die kein kassenspezifischer Beitragssatz gilt, sondern ein je Semester neu festgelegter, für alle Kassen einheitlicher Betrag eingefordert wird<sup>19</sup>.

### AKV-Risikostrukturausgleich

Der mit den Mitgliedern gewichtete Variationskoeffizient<sup>20</sup> – der aussagefähigste Einzelindikator für Beitragssatzdifferenzen – beträgt für die rechnerischen Beitragssätze im Jahre 1986 8,33. Ein allgemeiner Risikostrukturausgleich mit Grundlohn ausgleich je Versicherten sowie einem Alters- und Geschlechtsstrukturausgleich vermindert die Beitragssatzvarianzen um ein Drittel und senkt den Variationskoeffizienten auf 6,62 (vgl. Tabelle 2). Der nivellierende Effekt besteht – außer bei den Innungskrankenkassen – innerhalb aller Kassenarten. Damit ist zugleich gezeigt, daß ein Teil der bestehenden Beitragssatzdifferenzen durch die Versichertenstruktur verursacht ist.

**Tabelle 2**  
**Risikostrukturausgleich in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV)**

	GKV gesamt <sup>1</sup>	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- kranken- kasse	Bundes- knapp- schaft	Ersatz- kassen Arbeiter	Ersatz- kassen Angestellte
Zahl der Kassen	1164	269	723	155	1	1	8	7
Versicherte AKV in Tsd.	41591	17438	5118	2611	64	630	816	14911
Variationskoeffizienten								
Status quo	8,33	7,49	10,36	6,40	–	–	11,01	3,97
Grundlohn-Ausgl.	8,10	6,77	9,25	11,42	–	–	8,11	5,21
Morbiditäts-Ausgl.	8,35	7,39	9,57	6,38	–	–	9,19	2,69
Risikostruktur-Ausgl.	6,62	5,97	7,82	9,59	–	–	4,32	3,81
Beitragssätze								
Status quo	12,14	12,67	10,66	12,31	12,11	12,38	11,24	12,12
Grundlohn-Ausgl.	12,14	12,30	11,29	10,83	15,44	11,92	11,36	12,48
Morbiditäts-Ausgl.	12,14	12,66	10,56	13,08	11,87	12,57	11,74	12,01
Risikostruktur-Ausgl.	12,14	12,30	11,19	11,62	15,13	12,11	11,89	12,37
Finanzvolumina eines allgemeinen Risikostrukturausgleichs (in Mill. DM)								
Zahlungen	-2117	-417	-729	-82	-50	–	-123	-716
Zuweisungen	2117	1592	181	291	–	30	24	–
Saldo	0	1175	-548	210	-50	30	-100	-716

<sup>1</sup> Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen.  
Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Ergebnisse des isoliert durchgeführten Grundlohn- bzw. Morbiditätsausgleichs bestätigen die Erfahrungen früherer Studien: Der Ausgleich eines einzelnen Risikofaktors führt in der Regel zu einer Ausweitung der Beitragssatzdifferenzen, weil die Risikofaktoren negativ korreliert sind<sup>21</sup>. So sind z. B. über das Alter des Mitgliedes beitragsatzsenkende höhere Grundlöhne mit einer beitragsatzsteigernden höheren Mitversichertenquote sowie erhöhter Morbidität verknüpft. Zudem sind auch regional hohe Grundlöhne mit hoher Morbidität korreliert. Daß der Grundlohn ausgleich je Versicherten zu einer geringfügigen Verminderung der Varianzen führt, widerspricht dieser Regel nicht. Im hier simulierten Grundlohn ausgleich je Versicherten (nicht je Mitglied) sind bereits zwei gegenläufige Faktoren – Grundlohn- und Mitversichertenquote – enthalten, die im isolierten Ausgleich zur Differenzenausweitung führen.

Die Veränderung der durchschnittlichen Beitragssätze nach Kassenarten zeigt erhöhte Beitragsbelastungen bei Ersatz- und Betriebskrankenkassen zugunsten der Orts- und Innungskrankenkassen. Die Steigerungen bei den Ersatzkassen sind vergleichsweise gering, worin sich ein Wandel der ehemaligen „gehobenen“ Angestelltenversicherung zu einer alle Schichten umfassenden Kassenart widerspiegelt.

Die Belastung der Betriebskrankenkassen mit durchschnittlich einem halben Beitragspunkt entspricht den Erwartungen: Unterstellt man den Unternehmen ein gewinnmaximierendes Verhalten, so werden Betriebskrankenkassen nur gegründet, wenn durch Risikoselektion ein Beitragssatzvorteil gegenüber der jeweiligen Ortskrankenkasse besteht. Da Betriebskrankenkassen auf Antrag des Arbeitgebers durch Beschluß der Vertreterversammlung auch wieder aufgelöst werden können, wenn dieser Vorteil nicht mehr gegeben ist, besteht ein systematischer Beitragssatzvorteil, der erstaunlicherweise auch dann noch existiert, wenn wesentliche versichertenseitige Faktoren ausgeglichen werden<sup>22</sup>.

Die Finanzvolumina zeigen, daß ein allgemeiner Risikostrukturausgleich nicht nur zwischen den Kassenarten zu Zahlungen führt, sondern auch innerhalb der Kassenarten erhebliche Mittel transferiert würden (vgl. Tabelle 2).

### „Urbeitragssätze“ ohne KVdR-Ausgleich

Die „Urbeitragssätze“, also die Beitragssätze der Kassen, die sich ergeben, wenn kein Finanzausgleich zwischen den Kassen bestehen würde, sind nicht bekannt und können nur mit stark vereinfachenden Annahmen rekonstruiert werden, weil die Grundlohnsumme

<sup>20</sup> Hier: Standardabweichung als Prozentsatz des Durchschnittswertes.

der Rentner (die Bruttorenten) nicht kassenspezifisch zuzuordnen ist. Die gesamte beitragspflichtige Rente aller KVdR-Mitglieder ist zwar bekannt, da das gegenwärtige Umlageverfahren jedoch keine Daten über die Kassenzugehörigkeit erforderlich macht, ist bei den mittelabführenden Stellen<sup>23</sup> die Kasse des Rentners nicht vermerkt. Bei der einzelnen Kasse wiederum ist nur die Mitgliedschaft der Rentner und nicht die Bemessungsgrundlage bekannt. Lediglich für die sogenannten Versorgungsbezüge der Rentner (1986: 24,9 Mrd. DM) sind die kassenspezifischen Werte bekannt.

Um überhaupt eine Vorstellung von den Urbeitragssätzen und damit von der differenzennivellierenden Wirkung des praktizierten KVdR-Ausgleichs zu bekommen, wurde angenommen, daß sich in den Kassen die Grundlohnsummen je Rentner wie die Grundlohnsummen je Erwerbstätigen verhalten. Diese grobe Vereinfachung für ca. ein Sechstel der Beitragsbemessungsgrundlage schränkt die Validität der Ergebnisse nicht unerheblich ein.

Die berechneten Urbeitragssätze haben eine erheblich größere Streubreite als die Beitragssätze im Status quo. Der Variationskoeffizient in der GKV insgesamt und in den einzelnen Kassenarten würde bei Abschaffung des KVdR-Ausgabenausgleichs mehr als verdoppelt (vgl. Tabelle 3). Der bestehende KVdR-Ausgleich hat also eine stark differenzennivellierende Wirkung, die aber angesichts der Tatsache, daß 40 % der GKV-Ausgaben einbezogen sind, nicht überrascht.

### GKV-Risikostrukturausgleich

Die Ausgleichswirkung eines allgemeinen Risikostrukturausgleichs – und damit der Einfluß der Versichertenstruktur auf den Beitragssatz – tritt nach Auflösung des KVdR-Ausgleichs noch wesentlich deutlicher zu Tage als in der allgemeinen Krankenversicherung: Sowohl durch einen isolierten Grundlohn ausgleich als auch durch den Alters- und Geschlechtsstrukturausgleich vermindern sich die Differenzen deutlich. Der kombinierte Ausgleich senkt den Variationskoeffizienten von 17,22 auf 8,49. Auch innerhalb aller Kassenarten bestätigt sich dieses Ergebnis (vgl. Tabelle 3).

Ein Vergleich der Beitragssatzstruktur bei allgemeinem Risikostrukturausgleich mit dem Status quo

<sup>21</sup> Vgl. P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops: Beitragsatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung; Forschungsbericht 52 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1980.

<sup>22</sup> Dies ist z. T. darauf zurückzuführen, daß die Verwaltungskosten der Betriebskrankenkassen vom Arbeitgeber getragen werden und nicht in den Beitragssatz eingehen.

<sup>23</sup> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten und Bundesknappschaft.

(KVdR-Ausgabenausgleich) ist nur bedingt möglich, weil die Belastung für die Rentner nicht konstant bleibt. Durch die Anwendung des kassenspezifischen Beitragssatzes ergibt sich eine Mehrbelastung von insgesamt 1,662 Mrd. DM<sup>24</sup>.

Unter diesem Vorbehalt betrachtet zeigt der Vergleich der Beitragssatzstruktur bei allgemeinem Risikostrukturausgleich und bei KVdR-Ausgabenausgleich nur unwesentlich abweichende Varianzen. Die beitragsatznivellierende Wirkung beider Ausgleichsmechanismen ist für das Jahr 1986 fast gleich stark. Der KVdR-Ausgleich könnte somit durch einen Risikostrukturausgleich ersetzt werden, ohne daß es zu einer nennenswerten Ausweitung der Beitragssatzdifferenzen kommt. Ob bei Berechnung mit einer verbesserten Datengrundlage (repräsentative Altersprofile; korrekte Zuordnung der Rentnergrundlohnsumme auf die einzelnen Kassen) der nivellierende Effekt des allgemeinen Risikoausgleichs weiter verstärkt wird, kann derzeit nicht entschieden werden. Inwieweit der Risikostrukturausgleich die für den Kassenwettbewerb bedeutsamen regionalen Bei-

tragssatzdifferenzen nivelliert, bedarf ebenfalls einer weiteren Untersuchung.

Eine undifferenzierte Fixierung auf das Ausmaß der Beitragssatzunterschiede könnte zu dem Schluß verleiten, der allgemeine Risikostrukturausgleich brächte keinen Fortschritt gegenüber der gegenwärtigen Regelung. Ein solches Urteil würde die ausgabentreibenden Anreize übersehen, die beim KVdR-Ausgleich bestehen, beim wettbewerbskompatiblen Risikostrukturausgleich jedoch beseitigt würden. Des weiteren sind nicht alle Beitragssatzdifferenzen gleich zu bewerten: Differenzen, die aus unterschiedlicher Effizienz des Kassenmanagements resultieren oder auf eine abweichende Versorgungsqualität zurückzuführen sind, haben im Wettbewerb eine Signalfunktion und sollten nicht via Ausgleich beseitigt werden. Differenzen hingegen, die auf der Versichertenstruktur beruhen, sollten eliminiert werden, damit bei der Kassenwahl die effizienten Kassen gewählt werden und die solidarische Umverteilung innerhalb der GVK nicht durch Risikoselektion unterlaufen wird. Dies gilt um so mehr, wenn künftig einmal die anachronistische Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten aufgehoben werden sollte und auch den Arbeitern das Recht zum Wechsel in eine Ersatzkasse gewährt wird.

<sup>24</sup> Auch im Rahmen der Gesundheitsreform ist eine Zusatzbelastung vorgesehen. Der Beitragssatz der Rentner, der für 1986 auf 11,8% und damit unterhalb des GKV-Durchschnittes festgesetzt war, soll ab 1989 dynamisch an die Beitragssatzentwicklung der allgemeinen Krankenversicherung angepaßt werden.

**Tabelle 3**  
**Risikostrukturausgleich unter Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner**

	GKV gesamt <sup>1</sup>	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	See- kranken- kasse	Bundes- knapp- schaft	Ersatz- kassen Arbeiter	Ersatz- kassen Angestellte
Zahl der Kassen	1164	269	723	155	1	1	8	7
Versicherte in Tsd.	53323	23584	6791	3003	83	1475	930	17457
Variationskoeffizienten								
Urbeitragsätze	17,22	11,55	20,97	12,94	-	-	22,47	8,76
Grundlohn-Ausgl.	13,61	10,07	16,53	17,24	-	-	15,63	9,27
Morbiditäts-Ausgl.	10,74	9,25	11,56	8,47	-	-	11,26	3,16
Risikostruktur-Ausgl.	8,49	7,71	9,22	9,19	-	-	3,29	3,23
Status quo	8,33	7,49	10,36	6,40	-	-	11,01	3,97
Beitragsätze								
Urbeitragsätze	12,08	13,40	10,40	11,26	10,82	17,31	9,80	11,04
Grundlohn-Ausgl.	12,08	12,72	11,34	9,72	14,90	15,80	10,15	11,75
Morbiditäts-Ausgl.	12,08	12,58	10,05	13,88	10,75	11,88	11,81	12,08
Risikostruktur-Ausgl.	12,08	11,92	10,99	11,88	14,76	10,81	12,26	12,81
Status quo	12,14	12,67	10,66	12,31	12,11	12,38	11,24	12,12
Finanzvolumina bei Auflösung des KVdR-Ausgleichs und allgemeinem Risikostrukturausgleich (in Mill. DM)								
Auflösung KVdR-Ausgleich	1662	-2120	484	370	21	-551	236	3221
Risikostruktur-Ausgl.	0	5832	-764	-278	-79	1535	-423	-5822
Saldo	1662	3712	-280	92	-58	984	-187	-2601

<sup>1</sup> Ohne landwirtschaftliche Krankenkassen.

Quelle: Eigene Berechnungen.