

Jacobs, Klaus

Article — Digitized Version

Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher denn je

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Jacobs, Klaus (1991) : Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher denn je, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 71, Iss. 5, pp. 250-257

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136757>

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.

Klaus Jacobs

Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher denn je

Durch die Übertragung des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung auf die neuen Bundesländer ist die Beseitigung seiner Grundmängel vorerst verschoben worden. Ist eine Organisationsreform der GKV durch die deutsche Einheit weniger dringlich geworden?

Im Rahmen ihrer Mitte Januar 1991 getroffenen Koalitionsvereinbarungen haben sich die Bonner Regierungsparteien darauf geeinigt, in der neuen Legislaturperiode eine Reform der Organisations- und Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchzuführen. Dabei werden als Schwerpunkte der Reform explizit genannt: die „Erweiterung der Kassenwahlfreiheit unter Wahrung des gegliederten Systems“ sowie die „Reduzierung von strukturell bedingten Beitragssatzunterschieden bei Ablehnung eines kassenartenübergreifenden Finanzausgleichs“. Bereits im gegenwärtigen Stadium noch weitgehender Unbestimmtheit lassen diese Formulierungen erkennen, daß die angestrebte Reform diesen Namen am Ende kaum wirklich verdienen dürfte. Dies stimmt vor allem deshalb bedenklich, weil es damit in der Öffentlichkeit zwar fast unvermeidlich wieder einmal zu lautstarken Auseinandersetzungen, im Ergebnis aber nicht zur Beseitigung der wirklichen Grundmängel des bestehenden GKV-Systems kommen dürfte. Vor allem ist zu befürchten, daß im Gerangel um Gruppen- und Organisationsinteressen von Krankenkassen(verbänden) und politischen Parteien sowie darüber hinaus um vermeintliche Sonderinteressen einzelner (Alt-)Bundesländer wieder einmal diejenigen zu kurz kommen, in deren Namen zu sprechen alle Beteiligten stets für sich reklamieren: die Versicherten, und zwar gleichermaßen die in den alten wie in den neuen Bundesländern.

Angesichts der schwierigen Aufgaben, die es beim Aufbau des Krankenversicherungssystems in den neuen Bundesländern und in Ost-Berlin zu bewältigen gab und weiterhin gibt, ist die öffentliche Diskussion um die GKV-Organisationsreform zumindest im Verlauf des Jahres

1990 etwas ruhiger geworden. Spätestens ab Anfang 1992 aber, wenn die einjährige Übergangsphase mit einem einheitlichen Beitragssatz von 12,8% für alle Krankenkassen im Gebiet der ehemaligen DDR abgelaufen ist, wird sich der Reformbedarf als dringlicher denn je erweisen. Mit dieser Feststellung soll nicht nur auf den großen Zeitdruck verwiesen werden, den das genannte Datum für die Verabschiedung des Reformvorhabens setzt¹; vor allem würde die vollständige Integration der „Ost-GKV“ in eine deutschlandweite „Gesamt-GKV“ im bestehenden System zu neuerlichen Verwerfungen solchen Ausmaßes führen, daß der Glaube an die Problemlösungsfähigkeit von Reformschrittchen wie z.B. in der Koalitionsvereinbarung bereits heute als illusionäres Wunschdenken erscheinen muß.

Verfestigung der Systemstrukturen

Der zusätzliche Problemdruck, der durch die Schaffung einer ungeteilten GKV im vereinigten Deutschland entsteht, könnte die „Logik“ der bisherigen Organisationsdebatte ein gutes Stück umkehren. Mußte bislang stets die Frage gestellt werden, ob über marginale Änderungen hinausgehende Reformschritte überhaupt Realisierungschancen hätten – angesichts der Verbände-Allmacht fiel die Beantwortung dieser Frage gemeinhin eher negativ aus –, so wird es jetzt zunehmend darum gehen, ob marginale Änderungen überhaupt noch in der Lage sein werden, mit dem wachsenden Problemdruck fertig zu werden. Diese Erkenntnis hat sich bislang offenbar aber noch nicht überall durchgesetzt. So vertrat noch vor kurzem der CDU-Abgeordnete Horst Günther, neuerdings

Klaus Jacobs, 34, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.

¹ Eine deutliche Verlängerung des Zeitraums einheitlicher Beitragssätze in der ehemaligen DDR erscheint zudem wenig realistisch. Namentlich die Ersatzkassen für Angestellte bzw. ihr Dachverband, der VdAK, die sich bereits in der Frage der sofortigen Übernahme des gegliederten Kassensystems durchsetzen konnten, wollen möglichst schnell von der verordneten Einheitlichkeit der Beitragssätze wegkommen.

parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, die Ansicht, daß die Übertragung des gegliederten GKV-Systems auf das Gebiet der ehemaligen DDR die Strukturen des Systems verfestigt habe und eine grundlegende Organisationsreform in der nächsten Legislaturperiode wenig wahrscheinlich sei². Besonders fragwürdig erscheint in diesem Zusammenhang der Zusatz, daß es „für die Betroffenen auch kaum zumutbar (wäre), sich jetzt auf unser System umzustellen und gleichzeitig zu erfahren, das alles bedürfe der umgehenden, gründlichen Reformierung“³.

Genau aus diesem Grund wurde bereits im Frühjahr 1990 ausdrücklich davor gewarnt, ein bereits im Herkunftsland als reformbedürftig geltendes System unverändert auf die DDR zu übertragen⁴. Den Anspruch auf eine rasche Beseitigung der wesentlichen Systemmängel haben nunmehr nicht allein die rund 55 Millionen GKV-Versicherten in den alten Bundesländern, sondern auch die über 15 Millionen in den neuen Ländern. Vielleicht läßt sich die Übertragung der Zuständigkeit für die GKV auf das CSU-geführte Bundesgesundheitsministerium in dieser Hinsicht ja sogar als gewisses Hoffnungszeichen interpretieren. Immerhin wird im bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung – ganz anders als z.B. in der Äußerung Günthers – gerade infolge der deutschen Einheit eine gestiegene Dringlichkeit für die Organisationsreform gesehen⁵.

Freie Kassenwahl aller Versicherten

Im weiteren soll zunächst kurz dargestellt werden, warum die ins Auge gefaßten „Schwerpunkte der Reform“ bereits vor dem Hintergrund der bestehenden Mängel als unzureichend gelten müssen. Daran anschließend wird aufzuzeigen versucht, daß die vollständige Integration der „Ost-GKV“ die bereits vorhandenen „Schieflagen“ zusätzlich noch erheblich verschärfen dürfte und zu einer tiefgreifenden Störung in der gegenwärtig noch breiten Akzeptanz der GKV und damit unter Umständen sogar des gesamten Sozialversicherungssystems führen könnte. Anschließend werden in groben Strichen die zentralen Elemente eines Reformwerks skizziert, das diesen Namen – zumal aus der Sicht mündiger Versicherter – zu Recht trägt und für eine gerechte Verteilung der Finanzierungsbelastungen sowohl zwischen als auch innerhalb einzelner Krankenkassen und Regionen sorgt.

Der erste in den Koalitionsvereinbarungen genannte Reform-Schwerpunkt, die „Erweiterung der Kassenwahl-

rechte“, bezieht sich auf den seit langem kritisierten Sachverhalt, daß die Versicherten der GKV über höchst ungleiche individuelle und kollektive Möglichkeiten der Kassenwahl verfügen. Ungleiche Wahlrechte sind in einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung grundsätzlich problematisch und sicher auch verfassungsrechtlich nicht unbedenklich. Gerade auch den neuen Bundesbürgern dürfte schwer begreiflich zu machen sein, warum einzelnen von ihnen ganz bestimmte Krankenkassen zugewiesen werden, während anderen alternative Wahlmöglichkeiten offenstehen. Die Herstellung gleicher Wahlrechte muß insofern ein eigenständiges Ziel jeder GKV-Organisationsreform sein.

Allerdings wäre es ein erheblich verkürztes Verständnis der Kassenwahl-Problematik, diese auf die Frage der Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten zu reduzieren, also darauf, ob z.B. alle bestehenden Ersatzkassen grundsätzlich für Arbeiter und Angestellte geöffnet oder aber lediglich die bestehenden Arbeiter-Ersatzkassen allen Arbeitern zugänglich gemacht werden sollen. Beide Ansätze verkennen vollständig, daß die GKV schon lange den Charakter einer Volksversicherung hat, in der rund 90% der Bevölkerung versichert sind, von denen wiederum – und dies ist in diesem Kontext von besonderem Interesse – deutlich über die Hälfte weder Arbeiter noch Angestellte sind. Nur im Leistungsbereich Krankengeld – 1989 gerade knapp 7% aller GKV-Leistungsausgaben – besteht überhaupt noch ein direkter inhaltlicher Zusammenhang zwischen Leistungsbezug und Erwerbsleben. In allen anderen Leistungsbereichen – Krankenhauspflege, ambulante medizinische Versorgung durch Ärzte und Zahnärzte, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel usw. – aber geht es um die gesundheitliche Versorgung von Versicherten/Patienten, und zwar unabhängig davon, ob diese nun voll- oder teilzeitbeschäftigte Erwerbstätige, Arbeitslose, mitversicherte Kinder oder Ehepartner, Rentner oder „sonstige Menschen“ sind. Freie Kassenwahl, gerade auch zur unmittelbaren Legitimation der Kassenpolitik durch die Versicherten, darf nicht auf einzelne Personengruppen beschränkt bleiben – schon gar nicht, wenn diese nach Kriterien abgegrenzt werden, die mit den Inhalten der im Rahmen der Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsversorgung in einem kaum noch erkennbaren Zusammenhang stehen.

Warum eigentlich sollen nicht auch alle Rentner – in

² Vgl. H. Günther: Gesetzgebung im Bereich Gesundheit in der neuen Legislaturperiode, in: Die Ersatzkasse, 70. Jg. (1990), H. 12, S. 470.

³ Ebenda.

⁴ Vgl. K. Jacobs: Sinnvoller Kassenwettbewerb zur Gestaltung der gesundheitspolitischen Zukunft in Deutschland (Ost und West), in: Arbeit und Sozialpolitik, 44. Jg. (1990), H. 4, S. 120.

⁵ So Ministerialdirektor Vaitl im Dezember 1990 auf der Vertreterversammlung des AOK-Bundesverbandes, wobei er sich auch für einen kassenartenübergreifenden Ausgleich aussprach; vgl. Die Ortskrankenkasse, 73. Jg. (1991), H. 1, S. 7 f.

den alten Bundesländern immerhin fast 30% aller Kassenmitglieder – ihre Krankenkasse frei wählen können? Mit welchem Recht wird z.B. arbeitslos gewordenen Mitgliedern einer Betriebskrankenkasse zugemutet, weiter dieser Kasse angehören zu müssen, deren Geschäftsräume sich in der Regel auf dem Firmengelände befinden – vielleicht sogar Tür an Tür mit dem Personalbüro, in dem die Entlassungspapiere ausgestellt wurden? Und mit welcher Begründung wird es Ehepartnern, die mit der Ehe/Familie die gesellschaftspolitisch doch wohl am meisten geachtete und geschützte „Solidargemeinschaft“ bilden, verwehrt, Mitglieder derselben Krankenkasse zu sein – z.B. wenn der Ehemann Briefträger (und zwangsläufig Mitglied der Bundespost-Betriebskrankenkasse) und die Ehefrau Sekretärin (und z.B. Mitglied einer Ersatzkasse) ist? Es ist einer freiheitlichen Gesellschaft im ausgehenden 20. Jahrhundert unangemessen, eine endlich erkannte Diskriminierung lediglich partiell zu reduzieren, anstatt sie vollends aufzuheben⁶. Die Äußerung vieler Politiker, daß es keinen Bestandsschutz für einzelne Kassen oder Kassenarten geben dürfe, steht in der Frage der Wahlfreiheit auf dem Prüfstand. Eine spürbar erweiterte Wahlfreiheit und eine Bestandsgarantie des „gegebenen gegliederten Systems“ – so die Formulierung der Koalitionsvereinbarung – passen letztlich nicht zusammen. Wenn der Staat die Letztentscheidung über Gestalt und Ausprägung des Kassensystems behalten will, nimmt er die Einschränkung der Mitglieder- bzw. Versichertensoveränität bewußt in Kauf. Er wird dem Bürger gegenüber in jedem Fall gut begründen müssen, woraus er seine Legitimation für eine solche Entscheidung ableitet.

Der zweite von der Regierungskoalition ins Auge gefaßte Reformschwerpunkt betrifft die teilweise beträchti-

⁶ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich konsequenterweise auch für die freie Kassenwahl der „Mitversicherten“ über 18 Jahre ausgesprochen, u.a. auch um Frauen während der „Familienphase“ einen sonst unter Umständen erforderlichen Kassenwechsel zu ersparen; vgl. SVRKAiG: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990, Baden-Baden, Tz. 581.

chen Beitragsdifferenzen zwischen einzelnen Krankenkassen, die gewöhnlich im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion um Zielsetzung bzw. Ausgestaltung der GKV-Organisationsreform stehen. Für diese Diskussion ist kennzeichnend, daß aufgrund der bewußten oder unbewußten Vermischung ganz unterschiedlicher Aspekte zu meist heftig aneinander „vorbeigestritten“ wird, und zwar bereits beim Versuch, sich auf einen gemeinsamen Diskussionsgegenstand zu einigen – von einer Einigung auf bestimmte Diskussionsergebnisse ganz zu schweigen. Auch der in der Koalitionsvereinbarung enthaltene Hinweis auf die „strukturelle Bedingtheit“ der zu reduzierenden Beitragssatzdifferenzen ist im Sinne einer Operationalisierung wenig hilfreich, denn welcher Sachverhalt ist letztlich nicht in irgendeiner Weise „strukturell bedingt“?

Nicht jede Form von Beitragssatzunterschieden ist im Rahmen eines gegliederten Kassensystems grundsätzlich negativ zu bewerten. Vielmehr können unterschiedliche Beitragssätze – wie Preisdifferenzen innerhalb marktwirtschaftlicher Systeme generell – wichtige Signalfunktionen erfüllen – vorausgesetzt allerdings, sie sind unter unverzerrten Wettbewerbsbedingungen aller Marktteilnehmer zustande gekommen. Diese Voraussetzung ist im gegenwärtigen Kassenwettbewerb nicht gegeben. Hinsichtlich der „strukturell bedingten“ Beitragssatzunterschiede muß deshalb vor allem entschieden werden, welche Strukturkomponenten zu Beitragssatzdifferenzen führen, die als unerwünscht einzustufen sind, und welche nicht⁷. Dabei hat es sich als hilfreich erwiesen, die Beitragssatzdeterminanten danach zu unterscheiden, ob sie innerhalb oder außerhalb des tatsächlichen bzw. erwünschten Einflßbereichs der Krankenkassen liegen.

Für die Beitragssatzdeterminanten außerhalb des unmittelbaren Einflßbereichs der Kassen hat sich mittler-

⁷ Vgl. dazu aus verteilungs- bzw. allokatonspolitischer Sicht K. Jacobs: Bewertung der Beitragssatzdifferenzen der Krankenkassen, erscheint in: R. Brennecke (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation, Bd. I: Sozialmedizin, Berlin u.a.O. 1991.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

WELTKONJUNKTURDIENST

Jahresbezugspreis
DM 96,-
ISSN 0342-6335

Der Vierteljahresbericht, der von der Abteilung Weltkonjunktur des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

weile der Begriff der „Risikostrukturkomponenten“ eingebürgert. Hierzu zählen insbesondere die Grundlohnsumme jeder Kasse als die maßgebliche Determinante ihrer Einnahmensituation sowie Anzahl und Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten (einschließlich der Familienangehörigen) als wesentliche Bestimmungsgründe der Leistungsausgaben. Wenn es heißt, daß diese Beitragssatzdeterminanten außerhalb des tatsächlichen bzw. erwünschten Einflußbereichs der Krankenkassen liegen, so ist damit gemeint, daß die einzelnen Kassen sich zwar zumindest bei denjenigen Mitgliedern, die über individuelle Wahlrechte verfügen, aktiv um „günstige Risiken“ – vorzugsweise gutverdienende junge Männer ohne mitversicherte Familienangehörige – bemühen können (und dies gewiß auch tun), daß die Komponenten Grundlohn, Familienhilfe sowie Alters- und Geschlechtsstruktur für die GKV insgesamt aber unbeeinflussbar sind und ihre Umverteilung zwischen den Kassen ein volkswirtschaftlich sinnloses Nullsummenspiel bedeutet.

Schaffung unverzerrter Wettbewerbsbeziehungen

Eine zentrale Aufgabe der Organisationsreform muß deshalb – neben der Herstellung möglichst unbeschränkter Wahlfreiheit – darin liegen, dauerhaft unverzerrte Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen, indem unterschiedliche Belastungen durch die genannten unbeeinflussbaren Risikostrukturkomponenten ausgeglichen werden⁸. Damit muß es keineswegs zu einer „Einebnung“ der Beitragssätze kommen, weil andere, von den Kassen mehr oder weniger direkt beeinflussbare Beitragssatzdeterminanten gerade nicht ausgeglichen werden. Hierzu zählen in erster Linie das überwiegend regional bestimmte Angebot an Gesundheitsleistungen hinsichtlich Angebotsmengen und -preisen, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten sowie die Effizienz der internen Kassenorganisation. Auf diesen Feldern den Wettbewerb zwischen den Kassen zu fördern, liegt – ganz im Gegenteil zu dem skizzierten Wettbewerb um „günstige Risiken“ – im Gesamtinteresse der GKV und aller ihrer Versicherten⁹.

Deshalb kann die ausdrückliche Ablehnung kassenartenübergreifender Ausgleichs durch die Koalitionsparteien nur als vorschnelle Verbeugung vor den leicht erkennbaren Einzelinteressen einflußreicher Kassenver-

bände verstanden werden. Im Wettbewerbsinteresse, dem sich gerade die Vertreter der Regierungsparteien zumindest verbal stets verpflichtet fühlen, liegt eine solche Einschränkung jedenfalls nicht. Dies wird unmittelbar deutlich, wenn man sich vor Augen führt, daß mit jeder Erweiterung individueller Wahlrechte automatisch der Kreis derjenigen Personen größer wird, die aus Kassensicht unter dem Gesichtspunkt der aktiven Risikoselektion von Interesse sind. Diese Form des unerwünschten Kassenwettbewerbs um „günstige Risiken“ gilt es aber z.B. nicht zwischen der AOK Bad Tölz und der AOK Flensburg zu verhindern, sondern zwischen den Krankenkassen, die sich den Versicherten jeweils „vor Ort“ als Wahlalternativen präsentieren, und das sind in der Regel Kassen unterschiedlicher Kassenarten.

Entwicklung in den neuen Bundesländern

Die Aufgabe, die Lebensverhältnisse in den neuen Bundesländern möglichst rasch an das Niveau in den alten Ländern anzugleichen, stellt sich – wie in nahezu allen Bereichen des öffentlichen Lebens – auch für das Gesundheitswesen und seine Finanzierung. Grundsätzlich erfordert die zum Teil katastrophale Hinterlassenschaft der DDR auch von den Bürgern in den alten Bundesländern entsprechende Solidarbeiträge, wozu die erforderliche Bereitschaft auch durchaus vorhanden sein dürfte. Aufgabe der Politik muß es nun sein, für eine gerechte Verteilung der Finanzierungsbelastungen zu sorgen, auch um die allgemeine Freude über die Einheit nicht in zunehmenden Unmut umschlagen zu lassen. Die beabsichtigte deutliche Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge an die Bundesanstalt für Arbeit um 2,5 Prozentpunkte hat der Bundesregierung bereits den Vorwurf eingebracht, gegen das Gebot einer gerechten Verteilung der Solidarlasten zu verstoßen, indem die Konsequenzen der wirtschaftlichen Umstrukturierung in den neuen Ländern allein den Beitragszahlern (Arbeitnehmern und Arbeitgebern), nicht aber z.B. auch den Beamten oder Selbständigen aufgebürdet werden. Ähnliches könnte sich im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wiederholen, etwa wenn für die dringend erforderlichen Instandsetzungs- und Modernisierungsinvestitionen in den Krankenhäusern der neuen Länder allein die westdeutschen Beitragszahler, nicht aber alle Steuerzahler zur Kasse gebeten würden¹⁰. Darüber hinaus besteht sogar die Gefahr, daß lediglich bestimmte Teilgruppen der Beitragszahler

⁸ Ein weiterer Hauptgrund für Verzerrungen im bestehenden Kassenwettbewerb liegt im Nebeneinander unterschiedlich abgegrenzter Beitragssatzregionen; hierauf wird im Zusammenhang mit der Integration der neuen Bundesländer noch eingegangen.

⁹ Vgl. K. Jacobs, W. F. Schröder: Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 69. Jg. (1989), H. 4, S. 178-183.

¹⁰ Zumindest mißverständlich sind hierzu auch die jüngsten Äußerungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aufgenommen worden. Anlässlich der Mitte Februar 1991 erfolgten Übergabe des neuen Jahresgutachtens wurde in Presseberichten stets eine unmittelbare Verbindung zwischen der im Gutachten für erforderlich gehaltenen Sanierung der Krankenhäuser in geschätzter Höhe von rund 34 Mrd. DM und der vom Rat vorgeschlagenen Sonderabgabe der westdeutschen Beitragszahler hergestellt.

in Ost und West einen spürbaren Beitrag für die Überwindung der noch bestehenden Unterschiede im Gesundheitsbereich leisten müssen, während andere davon ausgenommen bleiben. Der hierin unter Umständen enthaltene soziale Zündstoff sollte nicht übersehen, sondern zum Anlaß für Maßnahmen einer rechtzeitigen Gegensteuerung genommen werden.

Über die Entwicklung der zentralen Beitragssatzdeterminanten in den neuen Bundesländern gibt es derzeit bestenfalls Mutmaßungen. Der zumindest bis Ende 1991 für alle Kassen einheitliche Beitragssatz von 12,8% ist nicht das (Ex-post-)Ergebnis einer Gegenüberstellung tatsächlich erfolgter oder zumindest erwarteter Leistungsausgaben für die Versicherten mit dem zur Verfügung stehenden Finanzierungspotential der Mitglieder, sondern eine (Ex-ante-)Vorgabe auf der Grundlage eines (zwölf Monate alten) Mittelwerts aus den alten Bundesländern. Die Hoffnung, die Ausgabenentwicklung längerfristig an die Grundlöhne zu koppeln, um die Beitragssätze stabil zu halten, stellt sich bereits im Frühjahr 1991 als kaum noch realistisch dar. Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür hat unlängst die Auseinandersetzung um die Arzneimittelpreise geliefert, in der es der Pharmaindustrie gelungen ist, den ursprünglich anvisierten „Einstiegswinkel“ von 45% der West-Preise auf Kosten der Krankenversicherung zu kippen. Allein in diesem Leistungsbereich rechnen die Krankenkassen inzwischen – gemessen an den erwarteten Beitragseinnahmen in den neuen Bundesländern – mit einem Defizit von rund 2,5 Mrd. DM. Vermutlich werden sich auch weitere Gruppen von Leistungserbringern an diesem Beispiel orientieren und auf ein rascheres Wachstum ihrer Einnahmen – und damit gleichzeitig der Kassenausgaben – drängen.

Ungewisse Ausgabenentwicklung

Ohnehin sind die Möglichkeiten zur Beeinflussung der Leistungsausgaben begrenzt, weil in vielen Leistungsbereichen bestenfalls Preisvereinbarungen, aber kaum Mengenvereinbarungen getroffen werden können. Ob bei den Polikliniken der Einfluß der Mengenkomponeute begrenzt werden kann, indem die Finanzierung über Fallpauschalen und nicht nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung erfolgt, bleibt abzuwarten. Im Interesse fairer Wettbewerbsbedingungen gegenüber den niedergelassenen Ärzten sollte es im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung allerdings möglichst schnell zu einheitlichen Finanzierungsmodalitäten kommen, weil es erst dann möglich ist, Wirtschaftlichkeitsvor- oder -nachteile der einen bzw. anderen Angebotsform nachzuweisen.

Wenn es insgesamt auch äußerst zweifelhaft erscheint, daß es gelingen kann, die Entwicklung der Lei-

stungsausgaben in den neuen Bundesländern am mittleren Grundlohnzuwachs zu orientieren, so wird man gleichwohl davon ausgehen können, daß das westliche Ausgabenniveau binnen Jahresfrist noch keineswegs erreicht sein wird, und zwar zum einen aufgrund der geringeren Personalkosten, die zumindest in einigen Leistungsbereichen einen nennenswerten Ausgabenbestandteil ausmachen, und zum anderen infolge eines noch geringeren Ausstattungsniveaus in bestimmten Versorgungsbereichen, etwa bei medizinisch-technischen Großgeräten¹¹.

Mindestens ebenso ungewiß wie die Ausgabenentwicklung stellt sich gegenwärtig die Grundlohnentwicklung als die andere zentrale Beitragssatzdeterminante dar, die sich darüber hinaus vollständig einer unmittelbaren Beeinflussung durch sozialpolitische Instanzen entzieht. Vor allem aber deuten die ersten Lohn- und Gehaltsabschlüsse in einzelnen Branchen darauf hin, daß es eine vergleichsweise einheitliche Grundlohnentwicklung kaum geben dürfte. Während in einzelnen Wirtschaftszweigen – z. B. in modernen Dienstleistungsbereichen wie dem Bank- oder Versicherungswesen – relativ schnell westliche Einkommensstandards erreicht zu werden scheinen, trifft dies vor allem auf die altindustriellen Bereiche keineswegs zu. Bei den gerade in diesen Bereichen zahlreichen Arbeitslosen, deren Zahl zudem noch weiter ansteigen dürfte, werden sich überdies auf absehbare Zeit keine Beitragszuwächse als Resultat einer positiven Grundlohndynamik einstellen.

Konsequenzen für die Neuländer

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dieser Grobskizze der voraussichtlichen Entwicklung der zentralen Beitragssatzdeterminanten für die GKV in den neuen Bundesländern und darüber hinaus? Die Beantwortung dieser Frage hängt neben dem tatsächlichen Eintreten der skizzierten Entwicklung maßgeblich von den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen ab, die ab 1992 gelten werden. Zur besseren Unterscheidbarkeit der dabei möglicherweise auftretenden intra- und interregionalen „Verwerfungen“ sollen nacheinander drei Szenarien betrachtet werden, die – zumindest gedanklich – eine stufenweise Eingliederung der „Ost-GKV“ in das „bewährte“ Krankenkassensystem der Alt-Bundesrepublik darstellen. Realistisch erscheint ein schrittweiser Übergang allerdings nicht. Wie bereits eingangs erwähnt, spricht gegenwärtig alles dafür, daß es ab 1992 in einem einzigen Schritt zu einer ungeteilten GKV im gesamten Deutschland kommt.

¹¹ Ähnliche Erwartungen äußert auch die Deutsche Bundesbank; vgl. Neuere Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, 43. Jg. (1991), Nr. 1, S. 34.

Zunächst sei angenommen, daß es auch nach 1991 einen einheitlichen, allerdings „echt“ kalkulierten und nicht mehr von außen vorgegebenen Beitragssatz im Gebiet der ehemaligen DDR geben wird. Sollte die Erwartung eines im Vergleich zu den Grundlöhnen insgesamt rascheren Anstiegs der Leistungsausgaben zutreffen, wäre der bestehende Beitragssatz von 12,8% vermutlich kaum zu halten. In diesem Fall käme es zu einer „klassischen“ Beitragssatzverwerfung zwischen den neuen und den alten Bundesländern aufgrund einer unterschiedlichen Ausprägung der Risikostrukturkomponenten, namentlich der Grundlöhne, wobei die GKV in den Altländern natürlich in Wirklichkeit kein homogenes Gebilde auf der Grundlage von Mittelwerten darstellt. Trotz eines im Vergleich zum Westen insgesamt geringeren Ausgabenniveaus läge der erforderliche Beitragssatz über dem dortigen Durchschnittswert, weil die von der GKV grundsätzlich unbeeinflussbaren beitragspflichtigen Entgelte der Mitglieder ein noch größeres Ost-West-Gefälle aufwiesen als die im GKV-Einflußbereich liegenden Leistungsausgaben. Die für die GKV konstitutive Solidaraufgabe, wonach es keine Benachteiligung der Mitglieder aufgrund geringerer ökonomischer Leistungsfähigkeit geben darf, würde ganz offensichtlich verletzt, weil einzig und allein das geringere Grundlohnniveau in den neuen Ländern für den dort gegenüber dem „Westmittel“ höheren Beitragssatz verantwortlich wäre, obwohl es infolge der geringeren Leistungsausgaben „eigentlich“ einen niedrigeren Beitragssatz geben müßte. Dabei sei nur am Rande auf die wirtschaftspolitische Problematik höherer Lohnnebenkosten im „Beinahe-Niedrigsteuergelände“ Ex-DDR hingewiesen.

Intraregionale Beitragssatzverwerfungen

Im zweiten Szenario soll zwar die Annahme eines weiterhin einheitlichen Beitragssatzes in den neuen Bundesländern aufgegeben, aber nach wie vor von getrennten Haushaltsführungen und entsprechend getrennten Beitragssätzen in den überregionalen Krankenkassen ausgegangen werden. Die im ersten Szenario konstatierte interregionale Schiefelage zwischen Ost und West aufgrund des beträchtlichen Grundlohngefälles würde insgesamt fortbestehen, wobei jedoch noch zusätzlich mit intraregionalen Beitragssatzverwerfungen bei den „Ost-Kassen“ gerechnet werden müßte. Dabei gibt es bei den Leistungsausgaben zunächst keinen Grund anzunehmen, daß es in den neuen Bundesländern zwischen den einzelnen Krankenkassen zu deutlichen Unterschieden kommt – ganz abgesehen vom jeweils erreichten Ausgabenniveau gegenüber den alten Ländern. Ob also die Leistungsausgaben schnell „Westniveau“ erreichen oder nicht, spielt in diesem Szenario für das Binnenverhältnis der „Ost-Kassen“ zunächst noch keine entscheidende

Rolle, weil alle in vergleichbarer Weise davon betroffen wären. Dies gilt aller Voraussicht nach aber nicht für die Einnahmenseite, weil sich die Entwicklung der Grundlöhne – siehe oben – sehr viel heterogener darzustellen scheint.

Zuverlässige Angaben über die Mitgliederverteilung in den neuen Bundesländern nach einzelnen Krankenkassen stehen derzeit noch nicht zur Verfügung, ganz zu schweigen von Informationen über die jeweiligen Grundlöhne. Dennoch erscheint die Vermutung plausibel, daß es keineswegs zu einer ausgewogenen Verteilung von relativ einkommensstarken bzw. -schwachen Mitgliedern zwischen den Kassen kommt, sondern daß sich die „guten Grundlohn-Risiken“ – „gut“ vor allem auch im Hinblick auf die weitere Grundlohndynamik – eher auf die Betriebskrankenkassen und die Ersatzkassen für Angestellte konzentrieren dürften¹². Der Grund hierfür liegt vor allem darin, daß die Ortskrankenkassen als Nachfolger der bisherigen Sozialversicherung (Sparte Krankenversicherung) grundsätzlich alle Mitglieder versichern, die keine explizite Entscheidung für eine andere Krankenkasse getroffen haben, und zwar weder eine individuelle Entscheidung zugunsten einer Ersatzkasse – sofern sie dies als Angestellte überhaupt können – noch eine kollektive Entscheidung zugunsten einer Betriebskrankenkasse – sofern die dafür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, wie z. B. eine betriebliche Mindestgröße von 450 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Insbesondere die zahlreichen Arbeitslosen dürften zum ganz überwiegenden Teil AOK-Mitglieder sein und zu einer entsprechend langsameren Grundlohnentwicklung bei dieser Kassenart beitragen. Sollte sich die Erwartung einer uneinheitlichen Grundlohnentwicklung bewahrheiten, käme es damit auch in den neuen Bundesländern sehr schnell zu „strukturell bedingten“ Beitragssatzunterschieden, wie sie in den alten Ländern gerade als ein Hauptgrund für die GKV-Organisationsreform gelten.

Ungerechte Verteilung der Solidarbeiträge

Den überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen der Ortskrankenkassen in den neuen Bundesländern allein mit kassenarteninternen „Hilfsmaßnahmen“ beikommen zu wollen, würde bereits daran scheitern, daß hierfür gar kein ausreichendes Hilfspotential zur Verfügung stünde: innerhalb der neuen Länder schon gar nicht, denn hier dürften alle zwölf AOK in mehr oder weniger ähnlicher Weise gegenüber ihren Konkurrenten ins Hintertreffen geraten, aber auch nicht in ausreichendem Maße in den

¹² Von den übrigen Kassenarten – z. B. Innungskrankenkassen und Bundesknappschaft – sei an dieser Stelle wegen ihrer vorerst geringen quantitativen Bedeutung abgesehen.

alten Ländern. Noch ehe z. B. eine relativ „wohlhabende“ West-Kasse, wie etwa die AOK Sindelfingen, zu spürbaren AOK-internen Finanzhilfen herangezogen werden könnte, dürfte allein schon die Gründung von Betriebskrankenkassen bei Mercedes oder IBM dazu führen, daß diese Kasse sehr bald selbst auf Hilfestellung im Wettbewerb angewiesen wäre. Vor allem aber wäre die „kassenarteninterne West-Ost-Solidarität“ inhaltlich äußerst fragwürdig.

Daß die finanziellen Aufbauhilfen im Gesundheitsbereich der neuen Länder überwiegend von den westlichen Beitrags- und nicht etwa von allen Steuerzahlern geleistet werden sollen, bedeutet bereits einen klaren Verstoß gegen das vielerorts aufgestellte Postulat einer gerechten Verteilung der „Kosten der deutschen Einheit“. Dieser wäre noch weitaus gravierender, wenn sogar nur noch ein bestimmter Teil der westlichen Beitragszahler zu einer aktiven Finanzhilfe für die neuen Länder herangezogen werden würde, und zwar ausgerechnet noch der Teil, der ohnehin schon durch überdurchschnittlich hohe Beitragssätze belastet ist. Jede Gründung einer weiteren Betriebskrankenkasse und jeder Wechsel eines „günstigen Versicherungsrisikos“ von einer AOK in Richtung Ersatzkasse würde diese Problematik weiter zuspitzen, und zwar unabhängig davon, ob dies in den neuen oder alten Bundesländern geschähe: Eine weitere Mitgliederselektion zuungunsten der Ortskrankenkassen in den neuen Ländern würde den Unterstützungsbedarf dieser Kassen erhöhen, während bei Mitgliederverschiebungen in den alten Ländern – wie etwa im skizzierten Fall der AOK Sindelfingen – der Kreis derjenigen weiter abnähme, die die entsprechenden Unterstützungsleistungen zu erbringen hätten. Westdeutsche Mitglieder von Krankenkassen, deren Kassenart im Osten entweder besonders erfolgreich – im Sinne einer positiven Mitgliederselektion – oder aber nur eingeschränkt bzw. überhaupt nicht auftritt, was allein der AOK grundsätzlich verwehrt ist, hätten dagegen keine Solidarbeiträge zugunsten der Versicherten in den neuen Bundesländern zu erbringen.

Die kritische Bewertung von West-Ost-Hilfen, die nicht in erster Linie auf der Grundlage der individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit der Bürger bzw. GKV-Mitglieder, sondern einer teilweise willkürlichen Mitgliederzuweisung zu bestimmten Krankenkassen erfolgen, gilt im Grundsatz auch für das dritte Zukunftsszenario, bei dem nicht nur unterstellt wird, daß der einheitliche Beitragssatz in den neuen Ländern aufgegeben wird, sondern daß es darüber hinaus auch keine getrennte Haushaltsfüh-

rung bzw. Beitragssatzkalkulation in den überregionalen Kassen mehr gibt. Danach würden z. B. die Barmer Ersatzkasse oder die DAK jeweils einen bundesweit und die AOK Berlin einen landesweit einheitlichen Beitragssatz erheben. Ob bzw. in welcher Richtung sich hinter den kasseneinheitlichen Beitragssätzen „interregionale Solidartransfers“ verbergen, läßt sich allerdings nicht ohne weiteres beantworten. In jedem Fall aber muß die von seiten der Ersatzkassen geäußerte Behauptung, durch bundesweit einheitliche Beitragssätze würde eine „umfassende Solidarität“ praktiziert¹³, zumindest in dieser pauschalen Form mit einem dicken Fragezeichen versehen werden¹⁴.

Kasseninterne Regionaltransfers

In der bisher auf die alten Bundesländer zugeschnittenen Debatte um die GKV-Organisationsreform wurde die im einheitlichen Beitragssatz der Ersatzkassen angeblich zum Ausdruck kommende Solidarität u.a. damit begründet, daß es in bestimmten Regionen – z. B. in Hamburg – eine regionsübergreifende medizinische Schwerpunktversorgung geben müsse, die aufgrund ihrer überregionalen Nutzung aber von allen Beitragszahlern gleichermaßen zu finanzieren sei¹⁵. Dieses ohnehin fragwürdige Solidaritäts-Verständnis, wonach die Mitglieder in den eher ländlich strukturierten Regionen diejenigen in den hochversorgten Ballungszentren subventionieren – und zwar völlig unabhängig davon, ob bzw. in welchem Ausmaß sie die dortige „Schwerpunktversorgung“ überhaupt selbst in Anspruch nehmen –, dürfte im Kontext der Einbeziehung der neuen Bundesländer aber wohl kaum gemeint sein, denn dann würden die „Solidarbeiträge“ aus den geringer versorgten neuen Bundesländern in die alten fließen und nicht umgekehrt.

In welche Richtung die kasseninternen Regionaltransfers aber wirklich fließen, wenn es überhaupt welche gibt, hängt letztlich davon ab, ob das Ost-West-Gefälle bei den Grundlöhnen der Ersatzkassenmitglieder größer ist als das Ausgabengefälle. Nur im ersten Fall, der für die GKV insgesamt als wahrscheinlich angenommen wurde, in-

¹³ Vgl. VdAK-Vorsitzender K. Kaula: Für ein soziales freiheitliches Gesundheitswesen im geeinten Deutschland, in: Die Ersatzkasse, 70. Jg. (1990), H. 10, S. 388.

¹⁴ Selbst bei einer einheitlichen Richtung der „Solidartransfers“ von West nach Ost würde im übrigen für die Ersatzkassen gelten, daß die westdeutschen Mitglieder der im Osten besonders aktiven Kassen einen höheren „Mehr-Beitragssatz“ zur Deckung der „Ost-Defizite“ entrichten müßten als die Mitglieder von absichtlich oder eher unfreiwillig weniger stark vertretenen Kassen. Dieser Sachverhalt, der z. B. ganz konkret höhere Beitragssatzsteigerungen bei der Barmer Ersatzkasse als bei der DAK bedeuten würde, dürfte der entscheidende Grund dafür gewesen sein, daß es in der Frage der Aufhebung der getrennten Haushaltsführung in Ost und West von seiten des VdAK zuletzt einen gewissen Rückzieher gegeben zu haben scheint, indem diese Forderung zunächst auf die Krankenversicherung der Rentner begrenzt wurde.

¹⁵ Vgl. z. B. E. Fiedler: Ersatzkassen im Spannungsfeld zwischen privater Krankenversicherung und RVO-Kassen, in: Die Ersatzkasse, 69. Jg. (1989), H. 7, S. 252.

folge der Mitgliederselektion aber keineswegs für jede Einzelkasse zutreffen muß, fände ein Transfer von West nach Ost statt, während es im zweiten Fall gerade umgekehrt wäre. Mit der angestrebten Angleichung der Lebensverhältnisse im Gesundheitsbereich aber hätten die kasseneinheitlichen Beitragssätze in beiden Fällen wenig zu tun, weil die Mitglieder in den neuen Bundesländern zwar jeweils denselben Preis (sprich: Beitragssatz) bezahlen, aber keineswegs dieselbe Leistung (sprich: Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung) erhalten würden.

Welche gleichermaßen sozial- wie wettbewerbspolitisch bedenklichen Auswirkungen das Nebeneinander regional und überregional kalkulierter Beitragssätze haben könnte, läßt sich besonders eindrucksvoll am Beispiel Berlins aufzeigen. Hier werden sich die Leistungsausgaben der Versicherten aus dem Ostteil der Stadt – allein schon aufgrund der vergleichsweise leichten Erreichbarkeit des vielfältigen und hochwertigen Leistungsangebots im Westteil – vermutlich besonders schnell an das Westniveau angleichen, während die Grundlöhne – u.a. infolge hoher Arbeitslosigkeit – noch länger einen deutlichen Rückstand aufweisen dürften. Selbst wenn in diesem Fall für die Berliner Krankenkassen keine ungleichgewichtige Grundlohnentwicklung infolge bestimmter Selektionsprozesse unter den Ostberliner GKV-Mitgliedern unterstellt wird, müßte der ohnehin bereits hohe Beitragssatz der AOK Berlin von derzeit 14,7% noch einmal spürbar angehoben werden, und zwar für ganz Berlin, während bei den Ersatzkassen die im Rahmen ihrer bundeseinheitlichen Beitragssätze bislang ohnehin schon nach West-Berlin geflossenen kasseninternen Regionaltransfers noch einmal entsprechend zunehmen würden, ohne daß damit jedoch sichtbare Auswirkungen für den Beitragssatz verbunden wären.

Überzeugende Gesamtlösung gefordert

Welche Schlußfolgerungen sollten nun aufgrund dieser Überlegungen für die beabsichtigte Organisationsreform der GKV gezogen werden? Zunächst gilt es festzuhalten, daß die Dringlichkeit dieser Reform durch die deutsche Vereinigung nicht etwa geringer, sondern noch bedeutend größer geworden ist. In den neuen Ländern muß voraussichtlich ab 1992 mit neuen Problemen gerechnet werden, die die in den alten Ländern ohnedies fortbestehenden „Schieflagen“ unter Umständen noch weiter verschärfen. Ohne gründliche Korrekturen ist das vermeintlich so „bewährte“ GKV-System nicht mehr in

der Lage, die ihm gestellten Aufgaben dauerhaft in einer von breitem gesellschaftlichen Konsens geprägten Weise zu erfüllen.

Ein Hauptproblem des Gesetzgebers besteht darin, daß wirklich einschneidende Reformen den heftigen Widerstand nahezu aller Kassenorganisationen hervorgerufen, die um ihre Privilegien oder gar ihren Bestand fürchten, während auf der anderen Seite entsprechender Beifall der an weitgehende Unmündigkeit gewöhnten Versicherten fast vollständig ausbleiben dürfte. Die Versuchung, es den Verbänden recht zu machen – und zwar möglichst allen –, ist deshalb verständlicherweise groß, doch bedeutet ein solcher Weg keine wirkliche Lösung, sondern bestenfalls einen zeitlichen Aufschub der bestehenden Probleme.

Das Reformkonzept, das gleichzeitig für eine gerechte Verteilung der GKV-Solidaraufgaben, dauerhaft unverzerrte Wettbewerbsbedingungen im gegliederten Kassensystem, verstärkte Anreize bei den Kassen zur gezielten Beeinflussung des Angebots an Gesundheitsleistungen, in jeder Hinsicht gleichgestellte Versicherte und – wie man jetzt hinzufügen kann bzw. muß – für den raschen Aufbau einer hochwertigen Gesundheitsversorgung in den neuen Ländern bei einer gerechten Verteilung der dafür erforderlichen Finanzierungslasten sorgt, wird mittlerweile u.a. vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dem DGB und zumindest Teilen der SPD vertreten; es lautet: freie Kassenwahl der Versicherten (und Kontrahierungszwang der Kassen), kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (aber nicht: Ausgaben- oder Beitragssatzausgleich!) sowie regionale Beitragssatzgestaltung aller Krankenkassen¹⁶.

Zum Teil umstritten war dabei zumindest bislang noch die Ebene des Risikostrukturausgleichs (regional oder bundesweit), doch dürfte spätestens seit der deutschen Vereinigung kein Zweifel mehr daran bestehen, daß GKV-Solidarität weder an den Grenzen von Kassen(arten) noch vor bestimmten Regionen oder Bundesländern Halt machen darf. Besonders wichtig erscheint überdies zu betonen, daß der bestehende ausgabentreibende Finanzausgleich bei der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) endlich aufgelöst und in einen allgemeinen Risikostrukturausgleich einbezogen werden sollte. Daß die KVdR in der öffentlichen Diskussion in der Regel nur am Rande behandelt wird, wird weder ihrer zudem weiter steigenden quantitativen Bedeutung gerecht noch dem Anspruch aller Versicherten auf gleichrangige Behandlung, und zwar nicht allein durch die Anbieter von Gesundheitsleistungen, sondern auch durch die Krankenkassen und nicht zuletzt den Gesetzgeber.

¹⁶ Vgl. zu Durchführung und Auswirkungen eines Risikostrukturausgleichs unterschiedlicher Modellvarianten am Beispiel Berlins K. Jacobs, P. Reschke: Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung. Empirische Untersuchungen zur Organisationsreform der GKV, Berlin 1991.