

Thomae, Dieter; Pfaff, Martin; Balzer, Detlef; Kaula, Karl; Henke, Klaus-Dirk

Article — Digitized Version

Die Finanzierung der ostdeutschen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Thomae, Dieter; Pfaff, Martin; Balzer, Detlef; Kaula, Karl; Henke, Klaus-Dirk (1991) : Die Finanzierung der ostdeutschen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 71, Iss. 7, pp. 331-341

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136773>

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.

Die Finanzierung der ostdeutschen Krankenversicherung

Droht bereits in diesem Jahr, wie von manchen erwartet, ein „Milliardenloch“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung Ostdeutschlands? Wie könnte solch ein Defizit gegebenenfalls finanziert werden?

Dieter Thomaе

Eine Ausweitung kassenartenübergreifender Finanzausgleiche ist strikt abzulehnen

Mit dem Einigungsvertrag zwischen der Bundesrepublik und der DDR haben beide Vertragsparteien beschlossen, die in den alten Bundesländern bewährte gegliederte Krankenversicherung mit ihren tragenden Grundprinzipien umgehend auch in den fünf neuen Ländern einzuführen. Seit Jahresbeginn gibt es daher in den neuen Bundesländern den Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowie innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen.

Die ersten Monate dieses Jahres haben gezeigt, daß diese Grundentscheidung für Pluralismus und Wettbewerb richtig war. Ich möchte dies betonen, weil es im vergangenen Jahr bekanntlich Vorstellungen gab, in den neuen Ländern zunächst eine Einheitsversicherung zu errichten. Ich bin davon überzeugt, daß der

große Einsatz, das aufopferungsvolle Engagement, das viele Mitarbeiter westdeutscher Krankenkassen und ihrer Verbände im Osten gezeigt haben, mit einer Einheitsversicherung nicht zu erreichen gewesen wäre.

In den neuen Ländern ist das westdeutsche Krankenversicherungsrecht allerdings nicht schematisch von einem auf den anderen Tag übernommen worden. Wo erforderlich, sind vielmehr Übergangsregelungen vorgesehen. Dies gilt auch für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenversicherung soll im Beitragsgebiet bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse zwischen Ost und West getrennt finanziert werden. Finanzausgleiche zwischen westdeutschen und ostdeutschen Krankenkassen sind daher

nicht zulässig. Auch dürfen bundesweit tätige Krankenkassen Beitragseinnahmen aus dem Westen nicht zur Finanzierung ihrer Leistungen im Osten einsetzen. Der Gesetzgeber ging hierbei davon aus, daß die unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnisse zwischen Ost und West mit ihren Folgen für die Beitragseinnahmen der Krankenkassen auf die Teilung Deutschlands zurückzuführen sind. Teilungsbedingte Lasten sollten aber nicht den Beitragszahlern aufgebürdet werden.

Ungewisse Finanzlage

In diesem Jahr ist für alle Krankenkassen in den neuen Bundesländern ein einheitlicher Beitragssatz von 12,8% vorgeschrieben. Denn der Gesetzgeber wollte die Einführung des gegliederten Systems nicht bereits – z.B. für die Arbeitgeber

beim Beitragseinzug – zu Beginn mit Beitragssatzunterschieden komplizieren. Der Beitragssatz von 12,8% soll stabil gehalten werden. Die Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern sind daran auszurichten. Ordnungspolitisch halte ich die sich daraus ergebenden „Einigungsvertragsabschlüsse“ bei den Vergütungen nach wie vor nicht für unproblematisch. Insbesondere erschweren sie Investitionen der niedergelassenen Ärzte und der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, da die Investitionen zum westdeutschen Preisniveau getätigt werden müssen. Wegen der Finanzlage der ostdeutschen Krankenkassen gibt es gegenwärtig hierzu noch keine Alternative. Das Lohnniveau in Ostdeutschland ist allerdings stärker gestiegen als noch bei Abschluß des Einigungsvertrages vermutet. Die Honorare und Vergütungen müssen zügig daran angepaßt werden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es noch zu früh abzuschätzen, wie sich die finanzielle Lage der Krankenkassen in den fünf neuen Ländern in diesem Jahr entwickeln wird. Bisher ist das von manchen prophezeite „Milliardenloch“ ausgeblieben; allerdings sind in einigen Bereichen bislang erst Abschlagszahlungen geleistet worden. Es ist daher nicht auszuschließen, daß zumindest einige Krankenkassen in Ostdeutschland in diesem Jahr mit einem Defizit abschließen werden und unter Umständen Betriebsmitteldarlehen aufnehmen müssen.

Kassenarteninterner Finanzausgleich

Solange die finanzielle Lage der Krankenversicherung in Ostdeutschland noch unsicher ist, halte ich Rückforderungen des Finanzministers aus der Anschubfinanzierung für wenig zweckmäßig.

Verschiedentlich wird vorgeschlagen, ein eventuelles Defizit bei den

ostdeutschen Krankenkassen kassenartenübergreifend auszugleichen. Wir Freien Demokraten lehnen eine Ausweitung kassenartenübergreifender Finanzausgleiche strikt

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Dr. Dieter Thomae, 51, Mitglied der FDP-Bundestagsfraktion, ist Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit und war Mitglied der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Prof. Dr. Martin Pfaff, 52, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion und Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre an der Universität Augsburg, war Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Dr. Detlef Balzer, 62, ist Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen in Bonn.

Karl Kaula, 63, ist Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen in Siegburg.

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 48, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Finanzwissenschaft an der Universität Hannover, stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

ab. Dies gilt nicht nur für die bevorstehende Organisationsreform der GKV, sondern auch für Regelungen für die neuen Bundesländer. Kassenartenübergreifende Finanzausgleiche widersprechen dem Subsidiaritätsgedanken. Außerdem führen sie zu Unwirtschaftlichkeit und ebnen den Weg zur Einheitsversicherung – nicht zufällig sprechen sich diejenigen für einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich eines eventuellen Defizits der GKV in den neuen Ländern aus, die dort zunächst eine Einheitsversicherung einführen wollten.

Auch Gedankenspielen, temporär die Beitragsbemessungsgrenze in Ostdeutschland heraufzusetzen, erteilen wir eine klare Absage. Die Versicherungspflicht und Beitragsbemessungsgrenze ziehen seit nunmehr mehr als zwanzig Jahren eine Friedensgrenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. An dieser Grenze sollte nicht aus kurzfristigen strategischen Überlegungen gerüttelt werden.

In erster Linie sollte vielmehr die jeweilige Krankenkasse selber ab 1992 ein eventuelles Defizit auch aus dem Vorjahr ausgleichen. Ich spreche mich daher dafür aus, wie im Übergangsrecht vorgesehen, ab 1992 auf einen einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen in Ostdeutschland zu verzichten. Zur Abmilderung von eventuellen Spitzen in den Beitragssatzunterschieden können die Verbände der Krankenkassen kassenarteninterne Finanzausgleiche durchführen. Hierbei muß allerdings – entsprechend den Regeln des Sozialgesetzbuches (SGB) V – sichergestellt sein, daß durch die Finanzausgleiche keine unwirtschaftlichen Strukturen, kein ineffizientes Management finanziert werden.

Wenn die Angleichung des Lohn- und Gehaltsniveaus im Osten an die

westdeutschen Verdienste weiterhin so zügig voranschreitet wie in den vergangenen zwölf Monaten, wird in absehbarer Zeit auch die Aufhebung des getrennten Finanzierungssystems möglich sein. Bundesweit tä-

tige Krankenkassen könnten dann einen einheitlichen Beitragssatz für ihre west- wie ostdeutschen Versicherten erheben. Auch könnten dann die Bundesverbände der Krankenkassen finanzielle Hilfen bei Not-

lagen einzelner Kassen, wie sie seit dem Gesundheitsreformgesetz zulässig sind und unter Umständen bei einer Organisationsreform weiterentwickelt werden müssen, „grenzüberschreitend“ finanzieren.

Martin Pfaff

Lösungsansätze für eine ausgewogene und solide Finanzierung

Ende des Jahres 1991 läuft der im Einigungsvertrag festgelegte kassenartenübergreifende einheitliche Beitragssatz von 12,8% für die Krankenversicherung im Osten Deutschlands aus. Es stellt sich die Frage, wie sich die Beitragssätze danach entwickeln könnten. Hierzu sind zum einen Überlegungen hinsichtlich der Beitragseinnahmen vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und arbeitsmarktlichen Situation anzustellen, zum anderen müssen die ausgabenseitigen Determinanten untersucht werden. Daß Diskrepanzen zu erwarten sind, läßt sich schon daran ermesen, daß im ersten Quartal 1991 die Leistungsausgaben je Mitglied um 8,4% angestiegen sind, während die Einnahmen lediglich um 3,3% angewachsen sind.

Unsichere Einnahmenentwicklung

Hinsichtlich der Einnahmenseite sind vor allem zwei Determinanten hervorzuheben:

- die zukünftige Beschäftigungssituation und
- die zukünftige Lohn- und Gehaltsentwicklung.

Die Zahl der Beschäftigten in den neuen Bundesländern hat in den

letzten Monaten ständig abgenommen. Immerhin werden aber mehr neue Arbeitsplätze vor allem in Kleinbetrieben geschaffen, die als weit weniger gefährdet gelten als die alten Großbetriebe. Die Zahl der Neugründungen überstieg die Zahl der Abmeldungen um mehr als 250000. Sektoral betrachtet dürften Arbeitsplatzverlusten in der Landwirtschaft und Industrie Arbeitsplatzzugewinne im Dienstleistungsbereich gegenüberstehen. Zwar ist eine erhebliche Zahl von Personen als Pendler in den alten Bundesländern beschäftigt; da die daraus resultierenden Beitragseinnahmen aber nicht den „Ost-Kassen“ zufließen, sind unter den gegenwärtigen Gegebenheiten keine positiven Wirkungen für die Finanzlage dieser Kassen zu erwarten.

Zur Lohn- und Gehaltsentwicklung: Im Zeitraum Mai 1989 – Mai 1990 sind die Bruttolöhne und -gehälter aus abhängiger Beschäftigung um 10,3% gestiegen¹. Das im Mai 1990 erreichte Niveau entsprach etwa einem Drittel des Niveaus in den alten Bundesländern. Auch unter Berücksichtigung einer weiteren Steigerung des Lohnniveaus in den neuen Bundesländern um 20% für

das zweite Halbjahr 1990 erreicht das Ostniveau noch nicht 50% des Westniveaus.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schätzt die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den neuen Bundesländern für das Jahr 1991 auf 18 bis 22 Mrd. DM². Was den Zeitraum nach 1991 anbelangt, so dürfte zwar weiterhin mit erheblichen Lohn- bzw. Gehaltssteigerungen der Beschäftigten zu rechnen sein; inwieweit sich dies allerdings auf die Beitragseinnahmen auswirkt, hängt von der zukünftigen Lage auf dem Arbeitsmarkt ab. Hierzu können aber gegenwärtig kaum stichhaltige Prognosen abgegeben werden, wenngleich auf längere Sicht zu hoffen ist, daß sich die Beschäftigungssituation verbessert.

Ausgabenseitige Determinanten

Eine Konstanz in der Beitragssatzentwicklung ist nur dann zu erwarten, wenn sich Einnahmen und Ausgaben im Gleichschritt bewegen. Die Ausgabenentwicklung hängt entscheidend von der Preis- und Mengenentwicklung ab. Erstere wird vor allem von den Vertragsabschlüssen

¹ Vgl. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 1991, S. 52.

² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahrestgutachten 1991, S. 285.

(z.B. Pflegesatzverhandlungen) bzw. von den Vergütungsregelungen (z.B. Punktwert) beeinflusst. Wichtige Determinanten der Mengenentwicklung sind zum einen die Entwicklung der demographischen Strukturen und der Morbiditätsstruktur in den neuen Bundesländern; zum anderen sind hier aber auch anbieterinduzierte Komponenten zu beachten.

Was die Preisentwicklung anbelangt, so dürfte aufgrund des hohen Nachholbedarfs und des daher hohen Finanzbedarfs sowohl seitens der stationären Seite als auch im ambulanten Bereich (viele Neugründungen) ein Druck auf relativ hohe Abschlüsse bestehen bleiben, wie er schon 1990/91 zu beobachten war. Weder in den Pflegesatzverhandlungen noch bezüglich der vereinbarten Punktwerte wurde ein Niveau von 45% des „West-Wertes“ festgelegt, was der Einnahmensituation entsprochen hätte.

Eben aufgrund dieses finanziellen Drucks, der auf den Einrichtungen zur medizinischen Versorgung lastet, dürfte auch kaum damit zu rechnen sein, daß der anbieterseitige Spielraum zur Mengenausdehnung nicht ausgenutzt wird. Wird dieser Spielraum genutzt – etwa in Form einer Ausdehnung der Verweildauer im Krankenhaus, einer Ausweitung von Wiedereinbestellungen oder Überweisungen an Kollegen im ambulanz-ärztlichen Bereich, so wäre – selbst bei einer angenommenen Konstanz der demographischen und Morbiditätsstrukturen – mit Ausgabensteigerungen über den reinen Preisanstieg hinaus zu rechnen.

Hinsichtlich der Ausgabenentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt führt die derzeitige gesetzliche Regelung dazu, daß zwar ein fixer Teil des zu erwartenden Defizites von den Herstellern, Großhandel und Apotheken getragen wird, die Risiken eines – wie Modellrechnungen

des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) anschaulich belegen – unter Umständen weitaus höheren Defizites jedoch den Kassen aufgebürdet werden.

Stellt man nun abschließend Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einander gegenüber, so ist einnahmeseitig zumindest kurzfristig keine erhebliche Verbesserung der Lage zu erwarten: Zwar dürfte sich die zu erwartende deutliche Anhebung der Löhne positiv bemerkbar machen, durch den hohen – und eventuell noch weiter wachsenden – Anteil nicht oder nur geringfügig Beschäftigter wird dieser einnahmensteigernde Effekt aber wieder teilweise aufgehoben. Auf der Ausgabenseite hingegen sind keine solchen bremsenden Effekte zu erwarten, so daß eher mit einem weiten Auseinanderfallen von Einnahmen und Ausgaben zu rechnen sein dürfte.

Diese Entwicklungen führen bereits 1991 zu einer erheblichen Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV-Kassen in den fünf neuen Ländern. Die im Einigungsvertrag festgelegte Regelung (in dem dem SGB V hinzuzufügenden § 313), wonach die Krankenkassen in Ostdeutschland zur Finanzierung ihrer Ausgaben nur Einnahmen verwenden dürfen, die aus der Versicherung in den neuen Ländern entstehen, kann nicht eingehalten werden.

Lösungsansätze

Mittel- und langfristig ist nach Lösungsansätzen zu suchen, die eine sozial ausgewogene und ökonomisch solide Finanzierung des Gesundheitssystems in den neuen Ländern ermöglichen. Diverse Lösungsansätze bieten sich an:

□ Der derzeit für alle GKV-Versicherten der neuen Länder geltende Beitragssatz von 12,8% wird auch 1992 beibehalten³. Alle Diskrepan-

zen zwischen Einnahmen und Ausgaben werden – auch über die derzeitigen Anschubfinanzierungen hinaus – über Steuermittel finanziert. Dieser Lösungsansatz impliziert im wesentlichen eine Unterstützung der ostdeutschen GKV-Versicherten durch die westdeutschen Steuerzahler (also sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte). Kritisch zu hinterfragen ist bei einem solchen Ansatz insbesondere, inwieweit eine solche „pauschale Finanzierungsgarantie“ ausgabentreibende Effekte zeitigen kann (vgl. z.B. die Auswirkungen des bestehenden KVdR-Ausgleichs). Zudem ist sehr fraglich, ob sich weitere Steuererhöhungen – wie sie zur Umsetzung dieses Finanzierungsmodells notwendig sind – politisch durchsetzen lassen.

□ Die Pflicht- und Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 2250 DM in den neuen Ländern wird – entsprechend dem dort steigenden Lohnniveau – jeweils weiter angehoben. Dies ist sicherlich ein sinnvoller Beitrag zu finanzieller Unterstützung der ostdeutschen GKV-Kassen, kann aber angesichts der zu erwartenden hohen Defizite alleine noch zu keiner Konsolidierung der finanziellen Situation der GKV-Kassen in den neuen Ländern führen.

□ Die Beitragssätze in den fünf neuen Ländern werden ab 1992 auf ein Niveau angehoben, das den Kassen ermöglicht, ihre Ausgaben zu decken. Grundsätzlich bestehen hier zwei Ausgestaltungsmöglichkeiten: Entweder erhöhen alle Kassen ihren Beitragssatz im gleichen Maße, so daß erneut ein einheitlicher ostdeutscher Beitragssatz gilt, oder die Kassen kalkulieren – wie in Westdeutschland – ihre Beitragssätze in-

³ Der Beitragssatz von 12,8% wurde anhand des westdeutschen Durchschnitts festgelegt. Strenggenommen müßte der Beitragssatz in den neuen Ländern – dieser Logik folgend – nunmehr auf den derzeitigen westdeutschen Durchschnittswert von 12,3% gesenkt werden.

dividuell; es entsteht dann also auch in den fünf neuen Ländern ein Beitragssatzspektrum. In jedem Fall würde der durchschnittliche GKV-Beitragssatz in den neuen Ländern im Jahr 1992 bei mindestens 13,4% liegen⁴. Als Folge dieses Lösungsweges würden demnach in jedem Fall von den in Ostdeutschland niedrigeren Löhnen und Gehältern höhere Sozialbeitragssätze einbehalten als von den hohen westdeutschen Einkommen; der „soziale Sprengstoff“ dieses Lösungsweges ist demnach erheblich.

□ Das für die ostdeutschen Kassen auch für 1992 zu erwartende Defizit wird durch GKV-interne Finanzausgleiche finanziert. Auch hier sind verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar. So kann z.B. der KVdR-Ausgleich deutschlandweit (bisher nur zwischen den westdeutschen Kassen) eingeführt werden, was angesichts des zu erwartenden Defizits der ostdeutschen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu erheblichen West-Ost-Transfers führen würde⁵. Allerdings wird dieser

KVdR-Ausgabenausgleich bereits in seiner derzeitigen Form kritisiert, da er durch seine pauschale Ausgabenfinanzierung zu ausgabentreibenden Verhaltensweisen der Krankenkassen führt.

Als weitere Lösungsalternative bietet sich an, den bereits für die westdeutschen Krankenkassen diskutierten Ausgleich der Risikostrukturen deutschlandweit auszugestalten. Im Rahmen eines solchen Risikostrukturausgleiches werden Einnahmen- und Ausgabenunterschiede, die nur auf eine unterschiedliche Zusammensetzung des Mitgliederkollektivs zurückzuführen sind (z.B. auf unterschiedliche Einkommen, Mitversichertenstrukturen sowie auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten), ausgeglichen (Kassen, deren Beitragssätze z.B. nur aufgrund hoher Verwaltungskosten über dem Durchschnitt liegen, profitieren von einem solchen Ausgleich nicht). Soll ein Risikostrukturausgleich dazu beitragen, die endgültige Einführung des gegliederten GKV-Systems in den neuen Ländern (mit frei zu gestalten den Beitragssätzen ab 1992) sozial tragbar zu gestalten, so muß er vor allem dahin ausgerichtet sein, die zu erwartenden höheren Beitragssätze in den neuen Ländern zu senken so-

wie gleiche Startchancen für alle Kassenarten im Wettbewerb um die Versicherten zu schaffen. Angesichts der geringen Grundlöhne und der sehr unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Kassenarten in den neuen Bundesländern kommt in diesem Zusammenhang einem kassenartenübergreifenden, deutschlandweiten Grundlohnausgleich neben den anderen Ausgleichsfaktoren eine besondere Bedeutung zu.

Zusammenfassend ist also festzustellen, daß zumindest kurzfristig keine Annäherung von Ausgaben- und Einnahmenentwicklung bei den Krankenversicherungen in den neuen Ländern zu erwarten ist.

Alle Lösungsansätze zur Deckung des Defizites beinhalten letztlich eine Umverteilung von den alten zu den neuen Bundesländern, will man nicht die Versicherten in den neuen Ländern durch zusätzliche Sozialabgaben ungebührlich belasten. Will man beides nicht, müssen Ansätze gefunden werden, die geeignet sind, die Kostenentwicklung in Ostdeutschland schon am Ort ihrer Entstehung – also bei den Anbietern – zu bremsen. Hierfür muß der Gesetzgeber den Kassen wirksamere Steuerungsinstrumente in die Hand geben, als dies bisher der Fall ist.

⁴ Erste Berechnungen ergeben für 1992 einen Beitragssatz von 14,9%, sofern das Defizit 1991 nachzufinanzieren und die Liquiditätshilfe an den Bund zurückzahlen ist.

⁵ Der VdAK schätzt diese Transfers auf ca. 1 Mrd. DM für 1991.

Detlef Balzer

Ein Defizit aus laufendem Geschäft darf nicht entstehen

Die Herstellung von wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Verhältnissen wie in Westdeutschland ist im Einigungsvertrag als Leitbild der Vereinigung der ehemals beiden deutschen Staaten festgeschrieben. So sollen auch im Gesundheitswesen am Ende des Vereinigungsprozesses die Strukturen

und Verhältnisse in allen Bundesländern dem westdeutschen Muster angeglichen sein.

In Westdeutschland werden Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch die Selbstverwaltung der Krankenkas-

sen und der Leistungserbringer geregelt. Die Leistungen werden als Sachleistungen erbracht. Einige Ansätze zur Budgetierung sind vorhanden, weitere sind im Gesetz angelegt. Leistungsziel ist die möglichst vollwertige medizinische Versorgung zu stabilen Beitragssätzen.

Die westdeutsche Krankenversicherung ist gegliedert nach ganz unterschiedlichen, in sich nicht immer kompatiblen Kriterien. Die Kassenarten und Kassen stehen in einem scharfen Wettbewerb untereinander um Versicherte und um Versichertenkollektive. Die Kombination von Gliederung und Wettbewerb könnte nach der Philosophie der Marktwirtschaft ein höchst rationales System erzeugen. Das System ist denn auch hochproduktiv, seine Tendenzen zur Leistungsvermehrung bis zur Überversorgung und zur Kostensteigerung ohne erkennbare Grenze sind aber noch nicht beherrschbar. Es ist deshalb weiterhin reformbedürftig und auf die Dauer so nicht zu erhalten. Gleichwohl hat vor weiteren Reformen die Herstellung gleicher Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland auch im Gesundheitswesen Vorrang.

Die Gesundheitswesen Ost und West wurden nicht sofort mit der staatlichen Vereinigung vollständig zusammengeführt. Eine Übergangszeit wurde jedoch nicht deshalb zwischengeschaltet, um erst in Westdeutschland – etwa durch eine Reform der Krankenkassenorganisation – geordnetere Verhältnisse zu schaffen. Die ostdeutschen Zwischenregelungen sollen vielmehr neben dem Neuaufbau der nötigen Organisation den Menschen dort den Übergang in ein ihnen völlig fremdes System des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung erleichtern und dabei die Versorgung von Anfang an aufrechterhalten.

Gewaltige Veränderungen

In der Tat sind die Veränderungen im Gesundheitswesen der ostdeutschen Bundesländer gewaltig. Dabei wäre es ein Fehler, die Unvollkommenheiten im ostdeutschen Gesundheitswesen allein seiner spezifischen Organisation anzulasten. **Parteiherrschaft, Schlendrian, Will-**

kür, Versorgungsmängel herrschten überall in der ehemaligen DDR, wie sollte das Gesundheitswesen davon verschont geblieben sein.

Polikliniken, Ambulatorien, staatliche Einzelpraxen und Apotheken versorgten die Bevölkerung mit allen gesundheitlichen Leistungen und Gütern, finanziert aus einem allgemeinen Finanztopf, aus dem der Staatshaushalt, die Wirtschaft, die Partei, die Gewerkschaft und auch die Sozialversicherung ihren Bedarf decken konnten. Das Gesundheitswesen kannte, bei aller materiellen Knappheit, keine hemmenden Finanzprobleme. Es fehlte aber durchgreifend an Transparenz und an betriebswirtschaftlicher Führung und Gestaltung, wie sie in einer Marktwirtschaft mit verteilter Verantwortung und klaren Rechtsverhältnissen unabdingbar sind.

In diesem negativen Rahmen hat das Gesundheitswesen immer noch relativ befriedigend funktioniert. Die Betreuung konnte intensiv und fachlich differenziert „unter einem Dach“ vonstatten gehen, die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung warf keine Probleme auf. Das Risiko der Überbehandlung war geringer als bei dem westdeutschen System. In westlicher Umgebung, in privatwirtschaftlichen Rechtsformen und ohne ideologische Verbrämung könnte auch ein mit einigen dieser Elemente organisiertes Gesundheitswesen eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Jedoch zeigte sich von Anfang an, daß eine sachgerechte Kombination bestehender und neuer Versorgungsformen in den ostdeutschen Bundesländern auch durch ideologische Einseitigkeiten auf der westlichen Seite erschwert war. Entsprechend radikaler ist der Bruch und entsprechend unsicherer die Prognose der aufzuwendenden Mittel.

Die Unterhändler des Einigungs-

vertrages mußten Übergangsprobleme berücksichtigen. Das Gesundheitswesen sollte, wie in Westdeutschland, von der Krankenversicherung finanziert werden. Dazu mußte die Krankenversicherung erst aufgebaut, das Gesundheitswesen für eine solche Finanzierung erst bereit gemacht werden. Für diese sehr komplexen Vorgänge war nur die kurze Zeitspanne zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember 1990 vorgesehen. In dieser Zeit wurde in einer beispiellosen Aktion neben allen anderen Krankenkassen die AOK als die Basis des gegliederten Krankenversicherungssystems so weit aufgebaut, daß sie erste Funktionen ausfüllen, vor allem das Gesundheitswesen finanzieren konnte. Gleichzeitig wurde die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten organisatorisch vorbereitet. Und schließlich mußten schon erste vertragliche Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung für die bestehenden Polikliniken und für die neu niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte ausgehandelt und Abschlagszahlungen geregelt werden. Vielfach ist, soweit vertragliche Vereinbarungen noch nicht bestanden, mit Abschlägen an Krankenhäuser oder Kassenärztliche Vereinigungen der Weiterbetrieb der Gesundheitsversorgung finanziert worden, ohne daß schon eine hinreichende Rechtsgrundlage vorhanden war. Für die AOK kam es in erster Linie darauf an, daß die Versorgung weiterlief, so daß die Bevölkerung den Übergang von dem einen in das andere System nicht als negativ erlebte. So konnte denn auch erreicht werden, daß von der Finanzierungsseite her die Versorgung in keinem Augenblick unterbrochen wurde.

Die Väter des Einigungsvertrages haben sich davor gehütet, der Bevölkerung von Anfang an unterschiedliche Beitragssätze zuzumuten. Der Beitragssatz wurde vielmehr zunächst für alle Krankenkassen auf

den damaligen westdeutschen Durchschnitt, 12,8%, festgeschrieben. Gleichzeitig wurde bestimmt, daß Leistungsausgaben in den ostdeutschen Ländern nicht mit Beiträgen der westdeutschen Krankenversicherung finanziert werden dürfen. Auch bundesweite Kassen und die AOK Berlin müssen getrennte Rechnung für Ost- und Westdeutschland führen. Ungeachtet dessen haben die westdeutschen Krankenkassen, mit finanzieller Beteiligung der Bundesregierung, erhebliche finanzielle und sachliche Mittel, vor allem aber sehr weitgehende personelle Unterstützung für den Aufbau der Krankenkassen in den ostdeutschen Ländern aufgewendet.

Die getrennte Verrechnung Ost-West soll erst beendet sein, wenn die Lebensverhältnisse, insbesondere die Höhe der Arbeitsentgelte, sich im Osten und Westen angeglichen haben. Das kann schon 1994 erreicht werden. Bis dahin sollte, anders als im Einigungsvertrag bestimmt, auch der Beitragssatz in Ostdeutschland für alle Kassen gleich sein. Verständnis für unterschiedliche Beitragssätze ist vorher von der versicherten Bevölkerung nicht zu erwarten. Auch die Krankenversicherung der Rentner kann noch nicht über das ganze Bundesgebiet ausgeglichen werden, weil dann wahrscheinlich die ostdeutsche Krankenversicherung die westdeutsche subventioniert.

Beschränkter Haushaltsausgleich

Die Einnahmen der Krankenkassen werden sich erst im Laufe des Jahres stabilisieren. Viele Betriebe kamen mit Berechnung und Zahlung der neuen Sozialversicherungsbeiträge erst nach längerer Einübung zurecht. Auch auf der Ausgabenseite herrscht noch Unsicherheit. Ob die gezahlten Abschläge an die Leistungserbringer ausreichen, ist noch nicht sicher. Rechnungen von Krankenhäusern, Apotheken und ande-

ren kommen unregelmäßig und verzögert. Deshalb ist eine erste Prognose, ob es im laufenden Jahr ein Defizit geben wird, für den normalen Zahlungsverkehr frühestens möglich, wenn das erste Halbjahr abgerechnet ist; das wird im September der Fall sein. Die Diskussion über die Abdeckung von Defiziten beruht heute noch auf Spekulationen.

Voraussichtlich werden jedoch die einzelnen ostdeutschen Krankenkassen unterschiedliche Rechnungsergebnisse ausweisen. Deshalb muß ein auf die Übergangszeit in Ostdeutschland beschränkter Haushaltsausgleich zwischen allen Krankenkassen vorgesehen werden. Damit wird gleichzeitig ausgeglichen, daß die Vergütung für Leistungen in der Anfangszeit noch ohne Prüfung der Mitgliedschaft bei der angesprochenen Krankenkasse angewiesen werden mußte. Dies läßt sich nicht mehr bis in die Einzelfälle hinein nachvollziehen und korrigieren, so daß ein pauschalierter Ausgleich ohnehin geboten ist.

Besonderes Defizit

Für ein besonderes Defizit läßt sich dagegen die Ursache schon heute präzise benennen und begründen: Die Bundesregierung hat den neuen Krankenkassen 1,7 Mrd. DM als Liquiditätshilfe für den Anfang zur Verfügung gestellt. Dies waren Beiträge aus den Dezember-Löhnen, die erst im Januar fällig und von den neuen Krankenkassen in gleicher Höhe auftragsweise eingezogen wurden. Gleichzeitig besteht jedoch Grund zu der Annahme, daß der Bund diesen Betrag für sich beanspruchen will. Wenn diese Mittel zurückgezahlt werden müssen, dann entsteht 1991 von vornherein ein Defizit in dieser Höhe. Die Krankenkassen können keinesfalls eine volle Monatseinnahme einsparen. Hätten sie das tun sollen, wäre der gesetzliche „Eingliederungsvertragsabschlag“ auf die von den ostdeut-

schen Krankenkassen gezahlten Vergütungen und Honorare mit anfangs 55% zu niedrig gewesen. 63% wäre dann der richtige Ansatz.

Von den 1,7 Mrd. DM sind bis zu 600 Mill. DM den Krankenkassen als Teil-Abdeckung eines Arzneimittel-Defizits zugesagt. Weil aber ab 1. 4. 1991 der Einigungsvertragsabschlag für Arzneimittel von 55 auf 22% gesenkt wurde, kann dieser Betrag nicht mehr auf die Liquidität für Januar angerechnet werden. Der Bund hat es deshalb hinsichtlich der vollen 1,7 Mrd. DM selbst in der Hand, ob die Krankenversicherung Ost 1991 ein Defizit ausweisen muß oder nicht. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich die Folgerung, daß der Bund das so begründete Defizit abdecken muß, um ein nicht einholbares Defizit in der Krankenversicherung zu verhindern.

Anders wäre es mit einem Defizit aus dem laufenden Geschäft. Der festgeschriebene Krankenversicherungsbeitrag, verbunden mit der Verpflichtung aus dem Einigungsvertrag, ihre vertraglichen Regelungen so einzurichten, daß die Einnahmen aus diesem Beitragssatz die laufenden Ausgaben decken, binden die ostdeutschen Krankenkassen. Vertragliche Vereinbarungen, die die Begrenzung der Mittel nicht berücksichtigen, widersprechen dem Einigungsvertrag und können deshalb im Grunde auch keine Verbindlichkeit erlangen. Gleichwohl wird die Krankenversicherung schon aus Gründen der Rechtssicherheit ihre den Leistungserbringern gegebenen Zusagen erfüllen müssen. Wenn dazu die festgesetzten Beiträge nicht ausreichen, muß darauf in der nachfolgenden Vertragsperiode mit einer entsprechenden Begrenzung der Ausgaben reagiert werden. Ein abzudeckendes Defizit kann nach dieser Rechtslage im laufenden Geschäft der ostdeutschen Krankenversicherung nicht entstehen.

Karl Kaula

Für einen deutschlandweiten kassenarteninternen Finanzausgleich

Am 3. Oktober 1990 hat Deutschland seine staatliche Einheit wiedererlangt. Die Voraussetzungen zur schnellstmöglichen Herstellung der sozialen Einheit wurden mit der Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion zum 1. Juli 1990 und vor allem mit dem Einigungsvertrag zum 3. Oktober 1990 geschaffen. Grundpfeiler des Sozialstaates Deutschland sind die sozialen Sicherungssysteme mit der gegliederten sozialen Krankenversicherung als maßgebendem Gestaltungsfaktor im Gesundheitswesen. Zur Verwirklichung auch der sozialen Einheit Deutschlands legte der Einigungsvertrag daher trotz verschiedener Widerstände im Vorfeld die Einführung der gegliederten sozialen Krankenversicherung in den fünf neuen Bundesländern zum 1. Januar 1991 fest. Der Einigungsvertrag schreibt darüber hinaus bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse eine getrennte Haushalts- und Rechnungsführung für die neuen Bundesländer fest und gibt einen einheitlichen Kassen-Beitragssatz von 12,8% bis zum 31. 12. 1991 vor.

Die getrennte Haushaltsführung, der einheitliche Beitragssatz sowie die weitere Vorgabe des Einigungsvertrages, die Ausgaben Ost ausschließlich aus dem dortigen Beitragsaufkommen zu finanzieren, haben die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum Jahreswechsel 1990/91 angesichts des geringen ostdeutschen Lohn- und Gehaltsniveaus mit äußerst schwierigen Rahmenbedingungen bei der Gestaltung und der Finanzierung der medizinischen Versorgungsstrukturen konfrontiert. Angesichts dieser Restriktionen ergab sich die zwingende Notwendigkeit eines niedrigeren Vergütungsniveaus in den Ver-

trägen der GKV mit den Leistungserbringern in den neuen Bundesländern. Hierfür legte der Einigungsvertrag einen „Einstiegswinkel“ von 45% der westdeutschen Honorare fest. Die allgemeine Umsetzung des 45%-Einstiegswinkels wurde angesichts von Preisen, Mieten und Zinsen, die bereits damals teilweise West-Niveau erreichten, ganz erheblich erschwert.

Dank des festen gemeinsamen Willens aller Beteiligten, die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in den neuen Bundesländern schnellstmöglich an das hohe Niveau der alten Bundesländer heranzuführen, ist es dann aber in weiten Bereichen gelungen, zu Vertragsabschlüssen zu kommen, die den Vorgaben des Einigungsvertrages entsprachen und dabei gleichzeitig Signale setzten und Anreize boten für die im Einigungsvertrag ausdrücklich angestrebten Ziele der Trägervielfalt und der Freiberuflichkeit in der gesundheitlichen Versorgung.

Unterschiedliche Leistungsstrukturen

So entsprach der für die niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern von Januar bis einschließlich Juni 1991 vereinbarte Punktwert von 6,1 Pfennig etwa 60% des durchschnittlichen West-Punktwertes; angesichts der unterschiedlichen Leistungsstrukturen konnten die Vertragspartner jedoch davon ausgehen, daß mit diesem Abschluß die 45%-Vorgabe in etwa eingehalten werden können. Mit Wirkung zum 1. 7. 1991 wurden die Punktwerte auf 7,0 Pfennig erhöht.

Mit den Polikliniken und Ambula-

torien wurden unter Berücksichtigung des 45%-Einstiegswinkels Fallpauschalen vereinbart, die diesen – wirtschaftliche Leistungserbringung vorausgesetzt – eine finanzielle Existenzgrundlage sicherten, so daß diese Einrichtungen eine faire Chance erhalten haben für die erforderlichen Umstrukturierungen, sei es in Gruppenpraxen, in ärztliche Betriebsgesellschaften oder in Praxisgemeinschaften.

Für die zahnärztliche Versorgung konnten Punktwerte vertraglich vereinbart werden, die gewährleisten, daß die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern den Westwert von 9% der Beitragseinnahmen nicht überschreiten werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung hat für das erste Halbjahr 1991 zur Sicherstellung der Liquidität an die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte sowie die Polikliniken und Ambulatorien vorläufige Abschlagszahlungen geleistet. Diese Zahlungen werden im Laufe des Jahres mit den sich aus der Leistungserbringung ergebenden endgültigen Honorarforderungen verrechnet. Die mit der Mehrzahl der ostdeutschen Krankenhäuser abgeschlossenen Pflegesätze belaufen sich im Schnitt auf 51 bis 55% der vergleichbaren West-Pflegesätze. Diese Werte steigen auf circa 60%, wenn ab Mitte des Jahres die Gehälter der in den öffentlichen Krankenhäusern Beschäftigten auf 60% der vergleichbaren West-Tarife angehoben werden.

Für Arzneimittel war im Einigungsvertrag zunächst ein Abschlag für die GKV von 55% auf die Herstellerabgabepreise vorgeschrieben worden. Dieser Abschlag wurde dann allerdings auf massiven Druck

der Pharmaindustrie – die selbst vor einem vorübergehenden Lieferboykott in den neuen Bundesländern nicht zurückscheute – auf 22% abgesenkt. Gekoppelt wurde der auf diese Weise mehr als halbierte Rabatt an die Gesetzliche Krankenversicherung Ost mit einem Ausgleichsmodell, das eine Teilübernahme des jetzt zwangsläufigen GKV-Defizits im Arzneimittelbereich auf Pharmaindustrie, Großhandel und Apotheken vorsieht.

Zu erwartendes Defizit

Auf der Grundlage der geschilderten Vertragsabschlüsse und der zu erwartenden Leistungsanspruchnahme schätzen die Ersatzkassen für 1991 Gesamtausgaben für die GKV Ost von circa 24 Mrd. DM. Die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Jahresgutachten prognostizierte Ausgabenhöhe von 20 Mrd. DM erscheint dagegen zu optimistisch. Der Rat hat insbesondere die Ausgabenentwicklung im Krankenhaus, für Arzneimittel und für sonstige Leistungen zu gering veranschlagt und offensichtlich die von der GKV Ost zu erbringenden neuen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt. Die Ersatzkassen kalkulieren für die genannten Bereiche einen Mehraufwand von circa 4 Mrd. DM.

Auf der Einnahmeseite zeigt sich erfreulicherweise, daß sich das Einkommensniveau in den neuen Bundesländern schneller an das der alten annähert als noch vor wenigen Monaten angenommen wurde. Beim Beitragseinzug dagegen sind nach sehr schleppendem Beginn inzwischen zwar Verbesserungen eingetreten; er verläuft aber absolut noch nicht zur Zufriedenheit der GKV. Anhand der bisher vorliegenden Zahlen gehen wir so von einem Beitragsaufkommen Ost von 22 Mrd. DM aus.

Daraus folgt ein zu erwartendes Defizit von ungefähr 2 Mrd. DM mit

der Konsequenz, daß die nach dem Einigungsvertrag von den Kassen Ost ab 1. 1. 1992 frei festzusetzenden Beitragssätze deutlich angehoben werden müßten. Die Notwendigkeit zur Beitragssatzanhebung bestände natürlich auch bei einem vom Gesetzgeber über den 31. 12. 1991 hinaus festgeschriebenen einheitlichen Ost-Beitragssatz, so daß auch dann nach wie vor politischer Handlungsbedarf bestände, wenn das Defizit in den Folgejahren nicht zu einer Lawine anwachsen soll.

Für die Ersatzkassen wäre eine solche Entwicklung angesichts der Wiederherstellung der staatlichen Einheit Deutschlands und des daraus folgenden Auftrags zur schnellstmöglichen Verwirklichung auch der sozialen Einheit nicht akzeptabel. Es ist daher dringend geboten, sowohl mit kurzfristig wirkenden als auch mit langfristig angelegten, strukturell wirksamen Maßnahmen die Finanzierung der GKV in den neuen Bundesländern zu sozial verträglichen Beitragssätzen sicherzustellen, dabei andererseits aber auch zu verhindern, daß bei den ostdeutschen Vertragspartnern Begehrlichkeiten geweckt werden, die wiederum sozialpolitisch unverträgliche Beitragsbelastungen nach sich ziehen müßten.

Zur Verbesserung der Liquiditätssituation der Kassen in den neuen Ländern haben die Spitzenverbände der GKV sich bei der Politik nachhaltig dafür eingesetzt, daß die den Kassen aus den Dezember-Beiträgen der ostdeutschen Sozialversicherung zugeflossene Liquiditätshilfe in eine endgültige Anschubfinanzierung umgewandelt wird. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat dieses Anliegen in ihrer Entschließung zur finanziellen Entwicklung in der GKV vom 6. Juni 1991 unterstützt. Bei der Liquiditätshilfe handelt es sich nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand um einen Betrag von 1,7 Mrd. DM, von dem allerdings

noch 600 Mill. DM zur finanziellen Unterstützung der Pharmaindustrie abfließen werden, so daß den ostdeutschen Kassen bei Realisierung dieses Vorschlages eine Summe von ungefähr 1,1 Mrd. DM zur Defizitminderung verbliebe.

Die Ersatzkassen haben darüber hinaus als dauerhaft wirkende Maßnahme bereits im Februar des Jahres vorgeschlagen, die Beitragsbemessungsgrenze Ost stärker dem West-Niveau anzunähern. Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag inzwischen aufgegriffen und die Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Bundesländern ab 1. 7. 1991 von 2250 DM auf 2550 DM angehoben. Die Ersatzkassen begrüßen diese Anhebung. Sie ist allerdings zu gering ausgefallen. Angesichts der Dynamik in der ostdeutschen Einkommensentwicklung wäre eine weitergehende Erhöhung zu vertreten gewesen. Dabei könnte durchaus vorübergehend die Beitragsbemessungsgrenze der GKV von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt werden, um der Rentenversicherung zusätzliche Belastungen zu ersparen.

Die durch den Einigungsvertrag bis zur Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse Ost an West vorgeschriebene getrennte Haushaltsführung in der GKV widerspricht dem Grundverständnis der Ersatzkassen von einer länderübergreifenden deutschlandweiten Solidarität in ihrer Kassenart, wie sie in den alten Bundesländern bereits seit Jahrzehnten wirksam praktiziert wird. Die Ersatzkassen haben daher im Vorfeld der Verhandlungen um den Einigungsvertrag erklärt, daß sie möglichst umgehend mit deutschlandweit einheitlichen Beitragssätzen grenzüberschreitende Solidarität üben wollen. Der von verschiedener Seite vorgetragene Behauptung, die Aufgabe der getrennten Haushaltsführung würde zu erheblichen-

Verwerfungen in der GKV in den neuen Bundesländern führen, vermögen wir nicht zu folgen. Es lassen sich zur Zeit keine Anhaltspunkte dafür finden, daß einzelne Kassenarten in den neuen Bundesländern von den Auswirkungen der strukturellen Anpassungsprobleme nennenswert stärker als andere Kassenarten betroffen sein werden. So erwarten die Angestellten-Ersatzkassen beispielsweise insbesondere vom Auslaufen der „Warteschleifenregelung“ im öffentlichen Dienst ab Juli des Jahres einen erheblichen Anstieg des Arbeitslosenanteils an ihrer Mitgliedschaft. Bei Aufgabe der getrennten Haushaltsführung wird es zwar zu regionalen Beitragssatzdifferenzen auch in Ostdeutschland kommen. Diese werden sich jedoch in sozialverträglichem Rahmen hal-

ten lassen, wenn die Zuweisungskassen zur regionenübergreifenden Solidarität in ihrer Kassenart bereit sind und das Instrumentarium des kassenarteninternen Finanzausgleichs konsequent anwenden.

Wir müßten allerdings akzeptieren, wenn die Politik den GKV-Mitgliedern in den alten Bundesländern keinen Solidarbeitrag für die Versicherten in den neuen Bundesländern auferlegen will.

Die Ersatzkassen haben daher vorgeschlagen, die getrennte Haushaltsführung zumindest für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) insoweit aufzuheben, daß der KVdR-Finanzausgleich bereits im laufenden Jahr im gesamten Bundesgebiet einheitlich durchgeführt wird. Bei Realisierung dieses Vorschlages würde die Krankenversi-

cherung Ost um annähernd 1 Mrd. DM entlastet und damit das voraussichtliche Defizit entscheidend verringert. Den von den westdeutschen Beitragszahlern aufzubringenden Solidarbeitrag zugunsten der Krankenversicherung in den neuen Bundesländern halten wir für sozialpolitisch vertretbar, zumal dadurch die Beitragssätze in den alten Bundesländern angesichts der derzeitigen Finanzsituation wohl nicht angehoben werden müßten. Den Arbeitgebern und Arbeitnehmern in den neuen Bundesländern brächte die Realisierung dieses Vorschlages dagegen eine spürbare finanzielle Entlastung. Die Politik sollte deshalb diesen Vorschlag im Sinne der Verwirklichung einer deutschlandweiten Solidarität in der sozialen Krankenversicherung ernsthaft prüfen.

Klaus-Dirk Henke

Guter Start, alte Probleme

Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung im Jahre 1990 und 1991 ist durch die Vorbereitung und den Vollzug der deutschen Einheit bestimmt. Eine vierzigjährige kommunistische Diktatur und ein zentralverwaltungswirtschaftliches System mußten abgeschafft und durch eine soziale Marktwirtschaft ersetzt werden. Der Einigungsvertrag, in dem die Voraussetzungen für den Beitritt der neuen Bundesländer geschaffen wurden, legte die Ziele und Bestimmungen im einzelnen fest, die für den Umbau, Aufbau und Ausbau der Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung verbindlich sind. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V gilt am Ende des Übergangs- und Ausgleichsprozesses uneingeschränkt in allen Ländern.

Der Umbau der medizinischen Versorgung, der ohne historisches Beispiel ist, kann als nahezu vollzogen betrachtet werden und gilt schon jetzt als wegweisende Entwicklung für andere vormals sozialistische Länder. Ungarn, Polen, Tschechoslowakei, UdSSR und Rumänien suchen nicht nur finanzielle Unterstützung, sondern vor allem technische Hilfe bei der gewünschten Dezentralisierung ihrer Versorgungs- und Versicherungsstrukturen im Gesundheitswesen. Der Systemwechsel wurde durch die Existenz der sozialen Selbstverwaltung wesentlich begünstigt und beschleunigt. Die Träger der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie die Organisationen der Leistungsanbieter haben hervorragende Arbeit geleistet und die vormals durch staatliche Planung

und zentrale Finanzierung gekennzeichnete Gesundheitsversorgung dezentralisiert und das gegliederte System weitgehend übertragen.

Auf mittlere Sicht ist nunmehr der Aufbau einer besseren Infrastruktur in der ambulanten und stationären Versorgung erforderlich. Gleichzeitig muß das Versorgungsniveau an das der alten Bundesländer herangeführt werden. Neben den Betriebskosten und den Transferzahlungen sind dazu vor allem Investitionsmittel aufzubringen. Im stationären Sektor erfolgt die Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln, also überwiegend aus dem Steueraufkommen. In welchem Zeitraum die erforderliche Bausanierung geleistet werden kann, ist schwer prognostizierbar, da entsprechende Pla-

nungen, Baukapazitäten und Finanzmittel verfügbar sein müssen.

Die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) läßt sich derzeit nicht eindeutig beurteilen. Erst nach der Abrechnung des 2. Quartals ergeben sich neue Aufschlüsse. Selbst aus einer guten Liquiditätssituation ließe sich nicht auf die Haushaltslage schließen. Verzögerungen in der Abrechnung der Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Sektoren können plötzlich zu einem erheblichen Mittelabfluß führen.

Mit großer Wahrscheinlichkeit wird die Haushaltslage im Jahre 1991 bei den verschiedenen Kassenarten unterschiedlich ausfallen. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (Löhne, Gehälter, Renten) und die der Risikostrukturen (Alter, mitversicherte Familienangehörige, Geschlecht) verläuft uneinheitlich und führt möglicherweise zu Überschüssen bei einigen Kassenarten und zu Defiziten bei anderen. Eine solche hypothetische Situation kann zu unterschiedlichen Reaktionen führen. Dem Ruf nach einem Ausgleich aus öffentlichen Deckungsmitteln, also überwiegend aus dem Steueraufkommen, wird das Odium einer Subventionierung anhaften. Sollten sich die Defizite bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen ergeben, ist eine öffentliche Unterstützung solange gerechtfertigt, wie sie Versicherungsfunktionen wahrnehmen, die andere Kassenarten nicht ausüben.

Scheiden Mittel der öffentlichen Hand zur Finanzierung von Defiziten bei den laufenden Gesundheitsausgaben aus oder reichen nicht aus, gibt es verschiedene Wege des Defizitausgleichs, die hier nur skizziert werden können. Eine wesentliche Unterteilung dieser Wege kann danach erfolgen, ob zusätzliche Mittel im Sinne höherer Beitragssätze mit steigenden Beitragsbemessungsgrenzen aufgebracht werden oder ob

lediglich ein Transfer zwischen den beiden Wirtschaftsräumen, für die derzeit noch eine getrennte Abrechnung erfolgt, vorgesehen ist.

Ein Mitteltransfer von „West“ nach „Ost“ kann unterschiedlich erfolgen: kassenartenspezifisch und kassenartenübergreifend. Ein kassenartenspezifischer Finanzausgleich wird dann in den Vordergrund rücken, wenn mögliche Defizite nur bei einzelnen Kassenarten auftreten. Dann hätte die Kassenart „West“ an die Kassenart „Ost“ Transfers zu leisten. Soll dieser Transfer bei gegebenem Beitragssatz „West“ erfolgen, müssen jedoch Leistungen gekürzt bzw. Honorare, Kostenerstattungen und Entgelte im Westen gesenkt werden. Nur so ließe sich Beitragssatzstabilität weiterhin erreichen und gleichzeitig der gewünschte Ausgleich der Grenznutzen der Gesundheitsleistungen in allen Bundesländern herbeiführen. Dieser Weg wird nicht einfach sein, obwohl er zu einer solidarischen Finanzierung führen würde.

In diese Richtung weisen auch andere Formen des Finanzausgleichs, z.B. ein sogenannter kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich, wie er im politischen Raum diskutiert wird. Ein solcher Risikostrukturausgleich könnte sich auf den Wirtschaftsraum Ost, auf den Wirtschaftsraum West und auf alle Bundesländer gleichzeitig beziehen. Er ist von seiner Konzeption her anregend, eignet sich jedoch noch nicht als unmittelbar einsetzbares Instrument des Finanzausgleichs. Zu viele Fragen sind noch ungeklärt, Regionsabgrenzung, Normierung der Ausgaben und andere Optionen eines kostengünstigen und bedarfsgerechten Krankenversicherungsschutzes nicht hinreichend ausgeleuchtet, z.B. eine mögliche Abwendung von der einkommensproportionalen Finanzierung der Beiträge.

Trifft diese Einschätzung zu, ist zu überlegen, ob die im Jahre 1992 zu

erwartende Beitragssatzdifferenzierung in der GKV Ost, die den Druck auf eine Organisationsreform wachsen läßt, nicht hinausgeschoben werden sollte. Die gewonnene Zeit gäbe den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung die erforderliche Zeit, den notwendigen Finanzausgleich vorzubereiten oder das Problem der Beitragssatzdifferenzen und den Wunsch nach mehr Wahl- und Wechselmöglichkeiten zu relativieren.

Erschwert wird die geschilderte Situation dann, wenn die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos „unter dem Dach“ der GKV vorgenommen wird und dadurch die ohnehin schon starken Tendenzen zur Einheitskasse erheblich zunehmen. Der Druck auf die Organisationsreform des gegliederten Systems der Krankenkassen wird sich verstärken. Diesem Druck könnte man entgegengehen, wenn die finanzielle Sicherung des Pflegerisikos auf der Grundlage des Gesetzentwurfes von Baden-Württemberg erfolgte. Diese Alternative stellt eine Innovation dar und brächte mehr Systemkonkurrenz in die verkrusteten Strukturen des Vertragsgeschäfts zwischen Kassen und Leistungsanbietern. Vor allem aber würde auf diesem Wege eine Antwort auf die demographischen Herausforderungen durch kapitalbildende Maßnahmen gefunden.

Zusammenfassend zeigt sich, daß mit dem Umbau, Aufbau und Ausbau der Krankenversorgung in den neuen Bundesländern die alten Probleme unseres Krankenversicherungssystems wieder zu Tage treten. Der Hinweis darauf, daß Delegationen aus aller Welt nach Deutschland kommen, um durch das Studium unseres Versorgungssystems Anregungen zu bekommen, enthebt uns nicht von der Pflicht, die finanzielle Sicherung im Krankheitsfall an die vielfältigen Herausforderungen anzupassen.