

Glück, Gebhard et al.

Article — Digitized Version

Regionalisierung der Sozialversicherung?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Glück, Gebhard et al. (1992) : Regionalisierung der Sozialversicherung?,
Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 72, Iss. 3, pp. 119-130

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136857>

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.

Regionalisierung der Sozialversicherung?

Die Arbeits- und Sozialminister der Bundesländer haben kürzlich den Beschluß gefaßt, den „Grundsatz der Länderzuständigkeit in der Sozialversicherung besser zur Geltung“ zu bringen. Welche Überlegungen liegen diesem Beschluß zugrunde? Welches wären die Konsequenzen?

Gebhard Glück

Mehr Föderalismus und mehr Solidarität in der Sozialversicherung

Mit der Wiederherstellung der staatlichen Einheit Deutschlands und der Wiedereinführung des föderativen Prinzips der Staatsorganisation auf dem Gebiet der früheren DDR haben Fragen nach Durchführung und Ausgestaltung des Föderalismus in der Bundesrepublik Deutschland neue Aktualität gewonnen. Auch der europäische Einigungsprozeß gebietet eine vertiefte Auseinandersetzung über die Thematik des Föderalismus. Unser Bekenntnis zum Föderalismus in Europa erscheint nur dann glaubhaft, wenn wir dieses Prinzip in der Bundesrepublik konsequent und vorbildlich verwirklichen.

Die staatlichen Strukturen für das zukünftige Europa werden jetzt und nicht erst in ferner Zukunft geschaffen. Die Verankerung der Grundsätze der Subsidiarität und damit des Föderalismus im Vertrag von Maasticht sind Wegweisung und Aufforderung zugleich, mit einem überzeugenden föderativen Vorbild eine Leitfunktion in Europa zu übernehmen.

Das Grundgesetz hat in Artikel 30 deutlich zum Ausdruck gebracht, daß es grundsätzlich Sache der Länder ist, die staatlichen Aufgaben zu erfüllen. Artikel 83 GG greift diese Zuordnung auf, indem er bestimmt, daß die Länder die Bundesgesetze grundsätzlich als eigene Angelegenheit ausführen.

Diese Aufgabenzuweisung gilt auch für die Sozialversicherung. Zwar beinhaltet Artikel 87 Abs. 2 GG eine Regelung, nach der Versicherungsträger bundesunmittelbar werden, wenn sich ihre Zuständigkeit über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt; am föderalistischen Organisationsprinzip der Aufgabenzuweisung an die Länder – auch für die Sozialversicherung – ändert dies jedoch nichts.

Tendenz zum Zentralismus

Obwohl auch in der Sozialversicherung die Länder zur Durchführung der Verwaltungsaufgaben berufen sind, gleitet diese immer mehr in die Bundeszuständigkeit über. Dafür

sind zwei Grundursachen maßgebend: Einmal bewirkt die restriktiv gefaßte Ausnahmeregelung des Artikels 87 Abs. 2 GG, daß beispielsweise eine Betriebskrankenkasse mit nur wenigen Versicherten in einem anderen Bundesland bundesunmittelbar wird und somit unter die Aufsicht des Bundes kommt. Zum anderen ist es aber vor allem die Unterscheidung Arbeiter/Angestellte, die in der Rentenversicherung und in der Krankenversicherung als Zuweisungsmodell fungiert und die verfassungsmäßige Grundwertung zugunsten der Verwaltungszuständigkeit der Länder immer weiter aushöhlt.

In der Rentenversicherung waren bis 1953 alle Versicherten – mit Ausnahme der Sonderversorgungssysteme – in den Landesversicherungsanstalten versichert. Als 1953 die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) aus Verbundenheit mit Berlin gegründet wurde, standen den circa 4 Mill. Angestellten über 12 Mill. Arbeiter gegenüber. Der Anteil

der BfA an der Gesamtzahl der rentenversicherten Personen hat sich mit der Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft immer weiter zu «Lasten der Arbeiterrentenversicherung vergrößert. Bis zum Ende dieses Jahrzehnts wird – bezogen auf die alten Länder – die Anzahl der Versicherten in der Arbeiterrentenversicherung auf rund 11 Mill. absinken, während sie in der Angestelltenversicherung auf rund 14 Mill. ansteigt. Dies macht deutlich, daß die in den Ländern geführte Rentenversicherung einem permanenten Auszehrungsprozeß unterworfen ist, und zwar zugunsten der sich immer weiter vergrößern den BfA in Berlin.

Abgesehen davon, daß die aufgezeigte Entwicklung mit der Grundwertung unserer Verfassung nicht mehr in Einklang steht, fordert sie auch aus anderen Gründen Kritik heraus. Die landesbezogenen Träger der Sozialversicherung sind Einrichtungen mit erheblichem Gewicht für die wirtschaftliche Struktur eines Landes. Auch stellt sich die Frage, aus welchem Grund in der gesetzlichen Rentenversicherung angesichts der exakt gleichen gesetzlichen Regelungen im Beitrags- und Leistungsrecht zwei organisatorisch getrennte Bereiche nebeneinander geführt werden sollen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich in den letzten Jahren die Gewichte in ähnlicher Weise wie in der Rentenversicherung zugunsten der Angestellten-Ersatzkassen verschoben, die bundeszentral organisiert sind. In den alten Ländern ist die Zahl der bei den Ersatzkassen Versicherten von 7,6 Mill. im Jahr 1970 auf circa 12,7 Mill. im Jahr 1990 angewachsen. Auch hier hat die Unterscheidung Arbeiter/Angestellte in Verbindung mit den unterschiedlichen Wahlrechten in der gesetzlichen Krankenversicherung eine entscheidende Rolle gespielt.

Auch in der Krankenversicherung ist zu beachten, daß neben der verfassungsmäßigen Aufgabenzuwei-

sung an die Länder den dezentralen Trägern der Krankenversicherung (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen) eine beachtliche regionalwirtschaftliche Bedeutung zufällt. In der Krankenversicherung kommt hinzu, daß die bundesweiten Ersatzkassen nicht wie die Verbände der übrigen Kassenarten auf allen Ebenen in die Gestaltung des Gesundheitswesens im Lande eingebunden sind. Getrennte Vertragsverhandlungen über Vergütungen mit unterschiedlichen Festsetzungen im ärztlichen und zahnärztlichen Vertragsrecht haben einen kostentreibenden Wettbewerb zur Folge.

Initiative der Arbeits- und Sozialminister

Die Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales aller 16 Länder der Bundesrepublik haben auf ihrer Tagung am 10./11. Oktober 1991 in Berlin die Entwicklung zu immer mehr Zentralismus in der Sozialversicherung kritisiert. Sie haben verlangt, daß der Grundsatz der Länderzuständigkeit stärker zur Geltung gebracht wird.

Insbesondere haben sie geltend gemacht, daß Artikel 87 Abs. 2 GG neu gefaßt werden müsse. Darüber hinaus wurde eine Arbeitsgruppe auf Ministerebene eingerichtet. Diese hat den Auftrag zu prüfen, welche Änderungen des Organisationsrechts erforderlich sind, um die dem Föderalismus entsprechenden Länderzuständigkeiten in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung herzustellen und zu wahren.

Die einberufene Arbeitsgruppe hat in ihrer ersten Sitzung am 6./7. Februar 1992 unter schriller Begleitmusik der „Zentralisten“ getagt. Vor allem wurde versucht, die Initiative für mehr Föderalismus in der Sozialversicherung mit dem Vorwurf einer angeblichen Entsolidarisierung zu überziehen.

Die Autoren
unseres
Zeitgesprächs:

Dr. Gebhard Glück, 61, ist Minister für Arbeit, Familie und Sozialordnung des Freistaates Bayern.

Walter Quartier, 63, ist Vorsitzender des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Stellvertreter Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten Gewerkschaft und Vorstandsmitglied des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger.

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

Jürgen Husmann, 52, Dipl.-Volkswirt, ist Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände in Köln.

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell, 57, ist Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht in München.

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 49, lehrt Volkswirtschaftslehre an der Universität Hannover, ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Die Beschlüsse der Arbeitsgruppe haben diesem durchsichtigen Vorhaben sogleich den Boden entzogen. So hat sie für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ausdrücklich klargestellt, „daß die bisherigen Grundsätze der Beitragsgestaltung, das Leistungs- und Anpassungsrecht sowie die Finanzgrundlagen und Finanzausgleiche überhaupt nicht zur Diskussion stehen“.

Die Beratungen in der Arbeitsgruppe brachten einen breiten Konsens dahingehend, daß es nicht hinnehmbar sei, wenn die Rentenversicherung über das antiquierte Vehikel Arbeiter/Angestellte langfristig in die Bundeszuständigkeit transferiert werde. Die Besprechungsteilnehmer ließen sich von der Erkenntnis leiten, daß sich die Unterscheidung Arbeiter/Angestellte sowohl in der Rechtsprechung als auch im Tarifrecht immer mehr einebnet und daß das europäische Recht diese Unterscheidung nicht kennt und nicht kennen wird. Breite Übereinstimmung bestand dahingehend, daß organisatorische Neuregelungen angestrebt werden sollten, mit denen eine Stär-

kung der länderbezogenen Rentenversicherung hergestellt werden kann.

Bezüglich mangelnder Solidarität in der Krankenversicherung ist die Arbeitsgruppe dem Vorwurf mit dem Hinweis begegnet, daß die unterschiedlichen Beitragssätze von heute 8% bis 16,5% der wirkliche Ausdruck eines bestehenden Solidaritätsdefizits sind. Sie forderte eine Stärkung des Föderalismus auch in der Krankenversicherung mit dem Ziel, mehr Solidarität und Wettbewerb als bisher zu erreichen. Für dringend geboten erachtet die Arbeitsgruppe die Herstellung gleicher Wettbewerbschancen zwischen den Krankenkassen.

Des weiteren hat die Arbeitsgruppe verlangt, daß mit der verfassungsrechtlich gebotenen Herbeiführung von mehr Wahlfreiheit Risikostrukturverwerfungen bei den Krankenkassen – einnahmenorientiert – ausgeglichen werden sollten. Ergänzend sei in diesem Zusammenhang angemerkt: Der einem ausgabenorientierten und damit kostentreibenden Finanzausgleich gleichkommende bundeseinheitli-

che Beitragssatz der Ersatzkassen hat nivellierende Wirkung und verdeckt Kostenursachen und Handlungsdefizite.

Solidarität ist dort angebracht, wo Beitragssatzunterschiede auf Faktoren beruhen, die regional nicht beeinflussbar sind. Bemerkenswert ist, daß auch und gerade solche Repräsentanten aus dem Krankenkassenbereich einen Verlust an Solidarität bei stärker föderalisierter Krankenversicherung beschwören, die in der bisherigen Diskussion um eine Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung sehr deutlich eine Position der „Abschottung“ privilegierter gegenüber benachteiligten Kassen vertreten haben.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Mehr Föderalismus in der Sozialversicherung wird nicht weniger, sondern mehr Solidarität mit sich bringen. Die bürgernahe Organisationsform mit Entscheidungskompetenz vor Ort ist der zentralistischen überlegen und verdient den Vorzug. Nur ein konsequent und glaubwürdig durchgeführter Föderalismus in der Bundesrepublik kann Leitbild für den Staatsaufbau in Europa sein.

Walter Quartier

Zerschlagung effizienter Verwaltungsstrukturen wäre ökonomisch widersinnig

Die Forderung nach einer Regionalisierung der bundesweit tätigen Sozialversicherungsträger wird mit verfassungspolitischen, ökonomischen und soziologisch orientierten Argumenten begründet. Keines der angeführten Argumente hält dabei einer näheren Überprüfung stand, es handelt sich also um eine rein politische, nicht aber inhaltlich

begründete Forderung. Ich möchte mich an dieser Stelle vor allem mit den ökonomischen Aspekten der Regionalisierungsdebatte beschäftigen und mich dabei auf den Bereich der Rentenversicherung konzentrieren.

Die These vom regionalen Kaufkraftentzug durch bundesweit tätige

Sozialversicherungsträger verkennt, daß die Rentenversicherung im Umlageverfahren finanziert wird. Wenn also aus einer Region Beiträge etwa an die BfA fließen, so werden zeitgleich auch Leistungen der BfA für Versicherte und Rentner in eben dieser Region erbracht. Natürlich wird sich dabei stets ein gewisser Saldo ergeben: In wirtschaftlich prosperie-

renden Regionen mit einer günstigen Beitragszahler/Rentner-Relation werden die Beitragszahlungen die empfangenen Leistungen übersteigen, während in wirtschaftsschwachen Regionen mit einer ungünstigen Beitragszahler/Rentner-Relation die empfangenen Leistungen höher sein werden als die regionalen Beiträge. Dies entspricht jedoch dem Grundsatz des Solidarausgleichs in der Sozialversicherung und wäre auch in einer regionalisierten Sozialversicherung unumgänglich, dort jedoch nur mit zusätzlichen Finanzausgleichsmechanismen zu realisieren.

Die Forderung nach einer regional verwalteten Anlage der Rentenversicherungsrücklagen – etwa nach dem Motto „Unser Geld soll im Lande bleiben“ – bedarf in dieser Zeitschrift eigentlich keiner weiteren Diskussion. Es ist unter Ökonomen wohl unstrittig, daß die Finanzmärkte heute international organisiert sind; von daher ist es natürlich abwegig zu glauben, Geld werde „im Lande gehalten“, wenn man es bei in der Region ansässigen Instituten anlegt. Dennoch soll nicht unerwähnt bleiben, daß die BfA von jeher darauf bedacht ist, die anzulegenden Finanzmittel entsprechend den Beitragsaufkommen in allen Bundesländern zu plazieren. Die Geldanlage erfolgt – um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden – bei mehr als 100 Kreditinstituten, und zwar ausschließlich nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Gerade dieses Gebot aber würde verletzt, wenn die Länder regionalpolitisch motivierten Einfluß auf die Finanzen der selbstverwalteten Rentenversicherungsträger nehmen würden.

Ebenso zweifelhaft sind die unterstellten Arbeitsmarkteffekte einer Regionalisierung der Sozialversicherung. Denn zum einen bieten die bundesweit tätigen Rentenversicherungsträger schon heute umfangreiche regionale Beschäftigungsmög-

lichkeiten. So ist zum Beispiel von den derzeit gut 20 000 Beschäftigten der BfA fast ein Viertel außerhalb der Berliner Hauptverwaltung angesiedelt. Es handelt sich dabei vor allem um die Mitarbeiter in den BfA-eigenen Kliniken und in den Außenstellen der BfA. Hinzu kommt, daß die BfA Rehabilitationsmaßnahmen in über 240 Vertragskliniken durchführen läßt. Auf diese Weise schafft bzw. sichert die BfA indirekt zahlreiche weitere Arbeitsplätze in allen alten und neuen Bundesländern.

Zum anderen sollte auf eine Gefahr hingewiesen werden, die sich ergibt, wenn man die Organisationsstruktur der Sozialversicherung zu Zwecken der regionalen Arbeitsmarktpolitik instrumentalisiert. Die Zahl der Beschäftigten in den zentralen Hauptverwaltungen der bundesweit tätigen Sozialversicherungen ist vergleichsweise gering; bei der BfA handelt es sich um nicht einmal 16 000 Mitarbeiter. Von einer Regionalisierung sind für die insgesamt 16 Bundesländer von daher nur relativ unbedeutende arbeitsmarktpolitische Effekte zu erwarten, es sei denn, man stockt den (regionalen) Personalbestand im Zuge der Regionalisierung kräftig auf. Dann aber wäre die Regionalisierung der Sozialversicherung mit erheblichen Wirtschaftlichkeitsverlusten verbunden!

Effizienzgesichtspunkte stärker beachten

Dies führt zu einem Aspekt, der in der gegenwärtigen Regionalisierungsdebatte leider viel zu wenig Beachtung findet: die Frage nach der Effizienz der gegenwärtigen Organisationsstruktur.

Was dabei die Frage der optimalen Betriebsgröße betrifft, so läßt sich aufgrund der Verwaltungskosten und Personalbestände eindeutig nachweisen, daß bei der Verwal-

tung der Rentenversicherung Größenvorteile bestehen. So kommen bei der BfA auf 1 Mill. Betreuungsfälle knapp 700 Mitarbeiter, bei den regionalen Trägern der Arbeiterrentenversicherung sind es dagegen im Durchschnitt etwa 1 000. Die Effizienz der BfA ist also unmittelbar nachweisbar.

Sie wird auch nicht mit einem geringeren Beratungs- und Serviceangebot für die Versicherten erkaufte. Denn aus der Sicht des Versicherten ist es doch irrelevant, wo die Hauptverwaltung eines Versicherungsträgers ihren Sitz hat. Entscheidend ist vielmehr, ob der Versicherte den zuständigen Träger wohnortnah erreichen kann, wenn er Beratung sucht oder beispielsweise Leistungen beantragen will. Um dies sicherzustellen, hat die BfA ein dichtes Netz von Beratungseinrichtungen aufgebaut; insgesamt mehr als 560 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet. Darüber hinaus gibt es noch annähernd 2 300 ehrenamtliche Versichertenälteste, die zur kompetenten Beratung der Versicherten bereitstehen. Damit ist gewährleistet, daß jedem Versicherten an seinem Wohnort oder wohnortnah Ansprechstellen der BfA zur Verfügung stehen.

Der Vorwurf, die BfA sei aufgrund ihrer Größe nicht mehr in der Lage, flexibel auf neue Anforderungen zu reagieren, ist im Zuge des deutschen Einigungsprozesses eindrucksvoll widerlegt worden. Ohne die Unterstützung durch die BfA wäre die Sicherstellung und Verbesserung der Rentenversorgung in den neuen Bundesländern in den Jahren 1990 und 1991 kaum möglich gewesen. Bezeichnenderweise ist gerade die BfA als großer, bundesweit tätiger Rentenversicherungsträger mit speziellen Aufgaben bei der Angleichung des Rentenrechts in Ost und West betraut worden (z. B. die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen auch für Arbeiter im Beitrittsge-

biet vom 1. 1. 1991 an, die vorläufige Durchführung der Zusatzversorgung im Jahr 1991 und die Überführung der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme in die Rentenversicherung zum 1. 1. 1992).

Dies alles spricht dafür, daß die gegenwärtige Struktur der Rentenversicherung – zumindest was die bundesweit tätigen Träger anbelangt – effizient ist. Eine Regionalisierung der Rentenversicherung ist deshalb

wegen der damit einhergehenden Effizienzverluste im Interesse von Beitragszahlern und Rentnern abzulehnen; sie wäre sowohl aus sozialpolitischer als auch aus ökonomischer Sicht widersinnig.

Karl Kaula

Regionalisierung: Weg zurück in die Vergangenheit

Die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister der Bundesländer hat den Beschluß gefaßt, durch Änderung des Artikels 87 Abs. 2 GG den „Grundsatz der Länderzuständigkeit in der Sozialversicherung besser zur Geltung“ zu bringen. Bundesunmittelbar sollen – mit Ausnahme der Einrichtungen des Bundes – zukünftig nur noch Sozialversicherungsträger sein, „deren Zuständigkeit sich auf alle Länder erstreckt, soweit durch einfaches Gesetz mit Zustimmung des Bundesrates die Bundesunmittelbarkeit bestimmt wird“.

Ziel der Länder-Sozialminister ist es, sich durch Regionalisierung der Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung umfassenden politischen Zugriff auf die Kernbereiche der sozialen Sicherung zu verschaffen. Die hinter dieser Beschlußfassung stehenden Interessenlagen sind unterschiedlich. In der Krankenversicherung wollen die wirtschaftsstarke süddeutschen Bundesländer offenkundig implizite Finanztransfers seitens der bundesweiten Krankenkassen in die nord-, west-, längerfristig aber vor allem in die ostdeutschen Länder verhindern. Verbleiben diese Beitragssätze dagegen in den Süd-Ländern, so ließe sich über geringere Beitragssätze und/oder verbesserte medizinische

Leistungsniveaus deren ohnehin gute Standortposition auch mit Blick auf den Europäischen Binnenmarkt 1993 weiter verbessern. Andererseits finden sich unter den Regionalisierungsbefürwortern ordnungspolitisch und ideologisch motivierte Systemveränderer, die über den Hebel Grundgesetzänderung und GKV-Organisationsreform die gesamte Krankenkassenlandschaft umkremeln und insbesondere die Ersatzkassen zerschlagen wollen.

Beiden Seiten spielen die Länder in die Hand, die sich unerfahren oder unwissend in dieses riskante sozialpolitische Abenteuer ziehen lassen. Gemein ist allen – mit Ausnahme Mecklenburg-Vorpommerns, das die erheblichen ökonomischen und sozialpolitischen Risiken einer Regionalisierung der sozialen Sicherung für die wirtschaftlich schwachen Länder erkannt hat – die Absicht, durch Überführung von Bundes- in Länderaufsicht politischen Einfluß auf die bundesweiten Krankenkassen zu nehmen. Die sich aus Versichertenbeiträgen, nicht aber aus Steuermitteln tragende gesetzliche Krankenversicherung soll – darauf deuten einschlägige Arbeitspapiere aus einzelnen Ministerien hin – vor allem zur Finanzierung gesundheitspolitischer Aufgaben der Länder herangezogen werden.

Für die Ersatzkassen würde die Zerschlagung ihrer bundesweiten Organisations- und Finanzstrukturen bedeuten:

- länderbezogen differenzierte Beitragssätze,
- vollständige Einbeziehung in ein vereinheitlichtes Vertragsrecht auf Länderebene sowie
- Einführung einer zusätzlichen verwaltungs- und kostenintensiven Organisationsebene in jedem Land mit (paritätischer?) Selbstverwaltung.

Die Nachteile einer umfassenden Regionalisierung der GKV für die Versicherten und Arbeitgeber in den finanzschwächeren Ländern sowie in den Stadtstaaten wären gravierend. Sollten die Vorstellungen der Länder-Sozialminister Realität werden, drohen ihnen zum Teil drastische Beitragserhöhungen und/oder Leistungskürzungen.

Steigende Beitragssatzunterschiede

Die von der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister eingesetzte Regionalisierungs-Arbeitsgruppe konstatiert, „die unterschiedlichen Beitragssätze von heute 8% bis 16,5% sind Ausdruck des gegenwärtig bestehenden Solidaritäts-

defizits“. Zur Beseitigung dieses Defizits fordert sie „eine Stärkung des Föderalismus auch in der Krankenversicherung mit dem Ziel, mehr Solidarität und mehr Wettbewerb als bisher zu erreichen“. Diese Forderung, so attraktiv sie vordergründig auch erscheinen mag, wird keinesfalls zur Verringerung der beklagten Beitragssatzspanne in der GKV beitragen. Denn größere Beitragssatzunterschiede sind eine systemimmanente Konsequenz einer regional zerstückelten Kassenlandschaft mit entsprechend insuffizienten Finanzstrukturen und mangelnder überregionaler Solidarität speziell bei den Ortskrankenkassen. Sozialpolitisch bedenkliche Beitragssatzspannen finden sich folglich auch ausschließlich bei den Regionalkassen. Die Angestellten-Krankenkassen weisen dagegen die mit Abstand geringsten Beitragssatzunterschiede aller Kassenarten auf; ihr durchschnittlicher Beitragssatz liegt eng am GKV-Durchschnitt.

Eine umfassende Regionalisierung der GKV-Beitragssätze würde, also ganz im Gegensatz zu den in sie gesetzten Erwartungen, die Beitragssatzspanne zwischen den Regionen erhöhen mit der Folge einer Verfestigung des bereits bestehenden Nord-Süd-Beitragssatzgefälles, weiter verschärft um eine Ost-West-Komponente, oder wie die „Süddeutsche Zeitung“ treffend formuliert, „... die Versicherten (werden) in Thüringen, Bremen und Sachsen zukünftig zugunsten der gut verdienenden Bürger in den starken Wirtschaftsregionen Bayern und Baden-Württemberg höhere Krankenkassenbeiträge zahlen müssen“. Daraus resultiert eine weitere Stärkung der Standortattraktivität der wirtschaftsstarken zu Lasten der wirtschaftsschwachen Regionen/Länder aufgrund geringerer Lohnnebenkosten bei einer potentiell besseren regionalen medizinischen Versorgung. Die von der Kon-

ferenz der Arbeits- und Sozialminister erstrebte Stärkung der Solidarität wird insoweit also ein Wunschtraum bleiben.

Aber auch die von der Konferenz proklamierte Verstärkung des Wettbewerbs wird nicht innerhalb der GKV stattfinden. Über unterschiedliche Beitragssätze und medizinische Versorgungsniveaus wird ebenfalls ein regionalwirtschaftlicher Konkurrenzkampf zwischen den Ländern entbrennen, quasi als weitere Facette im Subventionswettbewerb um die Ansiedlung attraktiver neuer Arbeitsplätze. Ob dieser Wettkampf allerdings im wohlverstandenen Interesse der kranken Bürger insbesondere in den finanzschwächeren Bundesländern und Stadtstaaten liegt, muß wohl ernsthaft bezweifelt werden.

Verfehlt Risikostrukturausgleich

Die von Teilen der Regionalisierungs-Arbeitsgruppe geforderte umfassende Kassenwahlfreiheit, gekoppelt an einen Risikostrukturausgleich, würde den in der GKV noch bestehenden Wettbewerb endgültig zum Erliegen bringen. Es entstünde – zumal auch das Vertragsrecht regional gleichgestellt werden soll – faktisch eine Einheitsversicherung in jedem Land. Die Gliederung wäre zerstört, Betriebs- und Innungskrankenkassen wären ihrer eigenständigen Identitäten beraubt oder würden aufgelöst.

Das im Zusammenhang mit umfassender Wahlfreiheit geforderte Instrument des Risikostrukturausgleichs begegnet erheblichen Bedenken. Zutreffend wird in einem Papier des Bundesarbeitsministeriums zur Regionalisierung angemerkt: „Für die Durchführung der Ausgleiche müßten objektivierbare und von allen akzeptierte Kriterien gefunden werden. Die entstehenden Leistungs- bzw. Beitragssatzgefälle

dürften nicht voll, sondern nur zu einem Teil ausgeglichen werden, damit Anreize zu wirtschaftlichem Handeln verbleiben ... Damit würde eine Regionalisierung der Sozialversicherung eine ganze Reihe komplizierter und verwaltungsaufwendiger Finanzausgleichsverfahren notwendig machen. Ihre Durchsetzung und laufende Anpassung müßten zu permanenten politischen Auseinandersetzungen führen. Da die einzurichtenden Finanzausgleiche keine volle Kompensation der entstehenden Ungleichgewichte leisten könnten, würden die wirtschaftlich benachteiligten Länder gleichwohl eine weitere Schwächung hinnehmen müssen.“

Auch wenn mit dem Risikostrukturausgleich – die finanzstarken Länder präferieren hier natürlich die regionale Variante – letztlich alle statistisch erfaßbaren Unterschiede innerhalb der Region nivelliert werden – den Kassen mithin keine Wettbewerbsparameter mehr zur Verfügung stehen –, so wird doch das politisch allgemein angestrebte Ziel der Reduzierung der Beitragssatzdifferenzen in der GKV klar verfehlt. Der Gesundheitsökonom Professor Pfaff stellt in einem Gutachten zu den Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auf die Beitragssatzunterschiede dazu fest: „Sowohl die beiden kassenartenübergreifenden Ausgleichsverfahren als auch der kassenartinterne regionale AKV-Risikostrukturausgleich führen bei der Analyse aller (Einzel-)Kassen weder zu einer nennenswerten Reduzierung der Beitragssatzvarianz noch zu einer Verminderung der Beitragssatzspannweite auf der Ebene regionaler Kassenartendurchschnitte (Landesverbände)... Der kassenartenübergreifende, bundesweite AKV-Risikostrukturausgleich bewirkt somit im Vergleich der Bundeswerte eine Ausweitung der (rechnerischen) Beitragssatzspanne von 1,44%-Punkten auf 2,55%-Punkte.“

Der durchschnittliche Beitragsatz der Angestellten-Krankenkassen bliebe nach Pfaff's Berechnungen – dies sei hier nur am Rande angemerkt – nahezu unverändert. Dies ist ein weiterer Beweis dafür, daß die Angestellten-Krankenkassen keine Risikoselektion betreiben.

Regionale Disparitäten

Gesundheitspolitisch bedenklich sind die Vorstellungen der Konferenz auch deshalb, weil sich das medizinische Leistungsangebot, primär in Abhängigkeit von der regionalen Finanzkraft, länderspezifisch auseinanderentwickeln wird. Diese Entwicklung dürfte sowohl für den Leistungsumfang als auch für das Leistungsniveau gelten. In den finanzstarken Ländern ist das Entstehen von (weiteren) Überkapazitäten, in den finanzschwachen Ländern da-

gegen eine (zumindest partielle) Unterversorgung zu befürchten. Beträchtliche bürokratische Probleme werden bei einer länderübergreifenden Leistungsanspruchnahme entstehen (Transferzahlungen); daraus wiederum droht eine Einengung der Wahlfreiheit der Versicherten, da man diese auf das regional verfügbare medizinische Leistungsangebot beschränken wird. Diese „Balkanisierung“ im Vertragsrecht wie in der Angebotssteuerung dürfte angesichts des Verfassungsauftrages zur Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse im gesamten Bundesgebiet schnell an unüberwindbare Verfassungsbarrieren stoßen, sie muß aber auch unter Effizienzaspekten als kontraproduktiv gewertet werden.

Halten wir fest: Die umfassende Regionalisierung der gesetzlichen

Krankenversicherung würde die Versicherten und Arbeitgeber in den finanzschwächeren Regionen und Ländern benachteiligen. Finanzielle wie auch strukturpolitische Gewinne aus der entstehenden sozialpolitischen Kleinstaaterei können allenfalls die finanzstarken Bundesländer mit der Folge einer weiteren Verstärkung der gesamtwirtschaftlichen Schiefelage im geeinten Deutschland erzielen. Ein sich regional auseinanderentwickelndes Leistungs- und Vertragsrecht steht nicht im Einklang mit dem Verfassungsauftrag zur Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse. Wenn die Sozialpolitiker also ihren Bürgern erhebliche Nachteile nicht zumuten wollen, kann man ihnen nur dringend anraten, beim Streben nach einer Stärkung des Föderalismus unser soziales Sicherungssystem auszuklammern.

Jürgen Husmann

Differenzierte Lösungen müssen angestrebt werden

Die Gliederung des deutschen Sozialversicherungssystems in die Funktionsbereiche Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung ist im Verlauf von mehr als 100 Jahren gewachsen. Gleiches gilt für die Untergliederungen innerhalb dieser vier Säulen, die sich vor allem nach personen-, branchen- und ortsbezogenen Merkmalen ausrichten. Diese Gliederung der Sozialversicherung hat sich nach nahezu einhelliger Meinung, trotz erkennbarer Mängel im Einzelfall, grundsätzlich bewährt. Einheitsversicherungen haben demgegenüber weder den Beweis für eine befriedigende Leistungsfähigkeit noch für eine günstigere Versorgung der Versicherten erbracht.

Zur Diskussion gestellt sind jetzt durch den Beschluß der 68. Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 10./11. Oktober 1991 die Struktur der Träger innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige und damit verbunden die Zuständigkeitsbereiche der staatlichen Aufsicht. Die 16 Bundesländer haben sich im Grundsatz für eine Regionalisierung der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung ausgesprochen. Durch eine Änderung des Artikels 87 Abs. 2 GG soll die Länderzuständigkeit in der Sozialversicherung besser zur Geltung gebracht werden, die sich nach ihrer Meinung zu Lasten der länderbezogenen Sozialversicherungsträger (unter anderem Allgemeine Ortskrankenkassen und Landesver-

sicherungsanstalten) und zugunsten der bundesunmittelbaren Träger (z. B. Ersatzkassen und Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) verschoben hat. Eine Rolle dürften aber auch die Entwicklungen in der Europäischen Gemeinschaft gespielt haben. Der Übergang von Kompetenzen auf die europäische Ebene hat kompensatorische Forderungen nach Stärkung der Regionen in den Mitgliedsländern ausgelöst. Ziel dieser Regionalisierung, so deren Befürworter, ist die Schaffung einer im Vergleich zum heutigen Zustand bürger- und ortsnäheren sowie transparenteren Sozialversicherung. Das Leistungs- und Beitragsrecht sollen jedoch weiterhin dem Prinzip der bundesweiten Einheitlichkeit Rechnung tragen.

Bundespolitisch orientierte Institutionen und Persönlichkeiten sehen in einer Regionalisierung der Sozialversicherung – wie erste Reaktionen zeigen – nicht nur keine Vorteile, sondern sogar schwerwiegende Nachteile für die Beteiligten. Hingewiesen wird insbesondere auf die Gefahr regional unterschiedlicher Beitragssätze und/oder Leistungsniveaus, die ihrerseits gravierende Verteilungswirkungen zur Folge hätten. Im Ergebnis würden die schon bestehenden Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle in der Wirtschaftskraft weiter vergrößert.

Zusätzliche, kaum lösbare Probleme einer Regionalisierung der Sozialversicherung werden in der Abgrenzung der Regionen, der Zerschlagung gewachsener Solidargemeinschaften, der Behandlung freiwilliger Zusammenschlüsse von Sozialversicherungsträgern und im Verwaltungskostenanstieg, dem kein entsprechender Zugewinn beim Gemeinwohlnutzen gegenübersteht, gesehen.

Die angeführten Argumente pro und contra einer Regionalisierung der Sozialversicherung müssen ernst genommen werden. Der föde-

ralistische Aufbau der Bundesrepublik ist ein wesentliches Element der Gewaltenteilung. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bund und Ländern erfordert adäquate Regelungen der Gesetzgebungs- und Verwaltungshoheit sowie des Finanzausgleichs. Auch für das soziale Sicherungssystem spielen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen von Bund und Ländern eine große Rolle. Welche negativen Konsequenzen sich aus Kompetenzungleichgewichten ergeben, hat z.B. die Blockadepolitik der Länder in Sachen Reform der Krankenhausfinanzierung gezeigt. Das Thema Regionalisierung ist jedoch nur ein Teilaspekt eines übergeordneten Zieles, das mit der Schaffung optimaler Organisationsstrukturen in der Sozialversicherung umschrieben werden kann.

Handlungsbedarf zur Überprüfung der Organisationsstrukturen ist aus unterschiedlichen Gründen gegeben. Im Gesundheitswesen sind es vor allem die galoppierenden Kosten und die Frage, ob die Beitragsstrukturen noch mit dem Gebot der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in Einklang zu bringen sind. Eine Organisationsreform erscheint

hier überfällig. Andere Stichworte sind die Veränderungen in den sozioökonomischen Strukturen, mit entsprechenden Rückwirkungen auf die Risikoverteilung zwischen den Versicherungen und auf die Aufwendungen der Arbeitnehmer und Betriebe. Wesentlich ist auch die Bedeutung der modernen Kommunikationstechnologien für die Gestaltung und Größe von Verwaltungseinheiten, und das heißt auch Selbstverwaltungseinheiten. Nach mehr als 40jähriger Organisationsgeschichte in eingefahrenen Gleisen ist eine Überprüfung durchaus angezeigt, aber ohne in Hektik zu verfallen und Bewährtes in Frage zu stellen.

Im Rahmen der Renten- und Krankenversicherung kommt es vor allem darauf an, rational abgegrenzte Versicherungsgemeinschaften und leistungsfähige Verwaltungseinheiten zu haben, die zugleich versicherten- und betriebsnah arbeiten. Die soziologischen Veränderungen in der Beschäftigtenstruktur in Richtung einer Angestelltengesellschaft und die damit einhergehenden Verschiebungen in den Versichertenbeständen, unter anderem zugunsten der bundesweit tätigen Ersatzkassen und

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Yoshihide Ishiyama

**INTERNATIONAL MONETARY REFORM
IN THE 1990s:
ISSUES AND PROSPECTS**

Großoktav,
52 Seiten, 1990
brosh. DM 53,-
ISBN 3-87895-405-0

Die Sasakawa Peace Foundation hat von 1988 bis 1990 ein Forschungsprogramm zur Reform des internationalen Währungssystems durchgeführt. Beteiligt waren das Institute for International Economics, Washington, D.C., das HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg und ein Komitee hochkarätiger japanischer Experten, dessen Generalsekretär der Verfasser dieses Buches ist. Die Studie setzt sich mit den wichtigsten währungspolitischen Problemen und Lösungsansätzen auseinander, die von der Gutachtergruppe diskutiert wurden.

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, lassen sich dabei als Faktum nicht ignorieren. Auf der anderen Seite ist jedoch auch festzuhalten, daß die Substanzverluste z.B. der Allgemeinen Ortskrankenkassen und Landesversicherungsanstalten zumindest bisher nur relativ, nicht aber absolut zu Buche schlagen.

Das Ziel optimaler Strukturen in der Sozialversicherung kann grundsätzlich über verschiedene Wege angestrebt werden, die es im einzelnen auszuloten gilt. Die Regionalisierung der Sozialversicherungsträger ist dabei nur eine von vielen möglichen Varianten. Alternative Denkmodelle sind Zusammenschlüsse einzelner Träger, die Errichtung örtlich kompetenter Ansprechstellen mit zentraler Verwaltung und die Gründung übergreifender Arbeitsgemeinschaften etc. So hat beispielsweise die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte allein im Beitrittsgebiet über 180 Auskunfts- und Beratungsstellen eingerichtet; das sind mehr Stellen dieser Art als alle Landesversicherungsanstalten dort zusammen haben. Angesichts der modernen Kommunikationsmöglichkeiten sehen optimale Organisationsstrukturen heute anders aus als in früheren Jahrzehnten.

Die nach Branchen gegliederte Unfallversicherung entspricht in ih-

rer heutigen Ausgestaltung den besonderen Erfordernissen der Prävention und Rehabilitation bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Im Arbeitsschutz hat sich der Dualismus von Ländern und Unfallversicherung grundsätzlich bewährt. Für die Forderung der Länder nach einer Ausdehnung der Kompetenzen der Gewerbeaufsicht fehlt eine sachliche Begründung; vielmehr wäre eine Erweiterung des Aufgabenbereichs der Berufsgenossenschaften sinnvoll. Hierfür sprechen sowohl die Erfolge dieser Sozialversicherungsträger bei der Beratung und Überprüfung der Betriebe als auch deren im Vergleich zur Gewerbeaufsicht umfangreicheres und speziell geschultes Personal.

Die regionalen arbeitsmarktpolitischen Interessen werden bereits heute durch die Länder- und Gemeindevertreter in den verschiedenen Selbstverwaltungsgremien der Bundesanstalt für Arbeit mitberücksichtigt, die im Gegensatz zur Renten-, Kranken- und Unfallversicherung drittelparitätisch – unter Beteiligung der Länder – besetzt sind.

Änderungen an den historisch gewachsenen Strukturen der Sozialversicherung bzw. der einzelnen Sozialversicherungszweige sollten nur dann in Angriff genommen werden, wenn hieraus Vorteile für die Versicherten und Betriebe zu erwarten

sind. Regionalisierung ist kein Ziel an sich. Notwendig ist daher eine eingehende Bestandsaufnahme der Sozialversicherungs-Organisation sowie eine vorurteilsfreie Diskussion über Änderungserfordernisse.

Im Mittelpunkt sollten folgende Beurteilungskriterien stehen:

- Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (unter anderem Verwaltungskosten),
- Effizienz der Versicherungsträger (unter anderem Versicherten- und Betriebsnähe),
- Beitrags- und Leistungsniveau (unter anderem Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse, Wahlfreiheit der Versicherten in der Krankenversicherung).

Die Bestandsaufnahme und Problemanalyse müßte von einer vom Deutschen Bundestag und Bundesrat eingesetzten Enquête-Kommission vorgenommen werden, der neben Repräsentanten der Sozialpartner und Gebietskörperschaften kompetente Vertreter der Wissenschaft angehören sollten. Die Enquête-Kommission sollte ausreichend Zeit für ihre Arbeit haben. Vorschnelle Entscheidungen und vorgefertigte Schablonen sind hier fehl am Platze. Beständigkeit und Kalkulierbarkeit sind Grundvoraussetzungen der Sozialversicherung.

Bernd von Maydell

Offene Fragen einer Regionalisierung

Zu den Dauerthemen der Sozialpolitik ist seit dem vorigen Jahr ein neues Thema hinzugekommen: die Forderung nach der Regionalisierung der Sozialversicherung.

Welche Ziele mit dieser Forderung verfolgt werden, welche Bereiche einbezogen werden sollen und in welchen Formen eine Regionalisierung erfolgen soll, ist – zumindest in

der öffentlichen Diskussion – bislang nicht genügend deutlich geworden. Damit mag zusammenhängen, daß Befürworter und Gegner einer Regionalisierung bislang noch nicht zu

einer fruchtbaren Kommunikation gefunden haben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann man daher noch keine Antworten erwarten; vielmehr muß es darum gehen, die zu diskutierenden Fragen zu präzisieren.

Organisationsprobleme

Auslöser für die Debatte ist die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern in Artikel 87 Abs. 2 GG, wonach diejenigen sozialen Versicherungsträger als bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt werden, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Diese Träger unterliegen dann der Aufsicht der Bundesbehörden. Unbestreitbar kann diese Regelung zu zufällig anmutenden Ergebnissen führen, wenn der Schwerpunkt eines Sozialversicherungsträgers eindeutig in einem Land liegt und die Aktivitäten in einem anderen Bundesland unbedeutend sind. Daß in diesem Fall eine überzeugendere Entwicklung möglich wäre, ist kaum zu bezweifeln.

Die Debatte um die Regionalisierung beschränkt sich jedoch nicht auf eine Veränderung des Artikels 87 Abs. 2 GG; sie erstreckt sich auch auf eine Reform der gegenwärtigen Organisationsstrukturen in der Sozialversicherung. Eine solche Reform hätte auch Auswirkungen auf die Aufsicht, die zentrale Fragestellung betrifft aber die Organisation als solche. Ansatzpunkt ist die Anknüpfung der gegenwärtigen Organisations-

strukturen in der Rentenversicherung und teilweise in der Krankenversicherung an die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten. Daß diese Anknüpfung in Anbetracht der Zunahme der Angestellten und der Verminderung der Zahl der Arbeiter nicht ohne Probleme ist, läßt sich kaum bestreiten.

Will man die vorhandenen Strukturen ändern, so genügt es jedoch nicht, Einheitsträger für Arbeiter und Angestellte zu schaffen; es sind zahlreiche weitere Probleme zu diskutieren, wie etwa die optimale Größe von Sozialversicherungsträgern, die Bürgernähe, das Funktionieren der Selbstverwaltung etc. Vor allem muß die Organisationsform den Zielen entsprechen, die mit der jeweiligen Sozialversicherungsinstitution angestrebt werden. So hat zum Beispiel die Bundesanstalt für Arbeit in erheblichem Maße arbeitsmarktpolitische Aufgaben zu erfüllen, deren Wahrnehmung durch eine Aufsplitterung der Organisation nicht gefährdet werden sollte. Das heißt nicht, daß nicht gerade bei der Bundesanstalt für Arbeit eine gewisse Dezentralisierung möglich und auch sinnvoll sein könnte.

In der Krankenversicherung ist darüber hinaus zu klären, wie das Nebeneinander von regionalen und überregionalen Kassen sowie der Kassenpluralismus insgesamt zu beurteilen ist. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber im Gesundheitsreformgesetz die Organisationsstruktur in der Krankenversicherung aus-

geklammert. Es wäre also eine nicht sachgerechte Vereinfachung, wenn die Frage der Regionalisierung nur oder auch nur primär unter dem Aspekt der Länder- und Bundeskompetenzen diskutiert werden würde.

Verteilungswirkungen

Diese Aussage wird noch gewichtiger, wenn man sich vergegenwärtigt, daß Organisationsänderungen auch Verteilungswirkungen haben können. Würde die Regionalisierung mit einer Verselbständigung auch im finanziellen Bereich verbunden, so würde dies – bei gesetzlich festgelegten Leistungen – zu einer Erhöhung der Beitragssätze in strukturschwachen Gebieten und einer entsprechenden Senkung in wirtschaftlich starken Regionen führen. Ob dieser Effekt gewollt wird oder ob nicht ein Solidaritätsausgleich wünschenswert erscheint, müßte politisch entschieden werden.

Man könnte nun sagen, daß hohe Beitragssätze, insbesondere der Krankenversicherung, auch durch eine gute Versorgungsstruktur bedingt sein können und daß es daher nur gerecht ist, wenn diejenigen, die diese Struktur in Anspruch nehmen, auch die – regional – entsprechend höheren Beiträge zahlen. Diese Argumentation setzt allerdings voraus, daß die Versicherten nicht flexibel sind, was die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen anbelangt. Außerdem bleiben bei dieser Betrachtung strukturbedingte Beitragssatz-

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

KONJUNKTUR VON MORGEN

Jahresbezugspreis
DM 135,-
ISSN 0023-3439

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

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

unterschiede regionaler Versicherungssträger außer Betracht.

Insoweit könnte man überlegen, ob es Sache der Sozialversicherung ist, im Rahmen der Beitragsgestaltung einen Solidarausgleich zwischen wirtschaftlich unterschiedlich starken Regionen vorzunehmen. Gleichzeitig muß man sich aber auch vergegenwärtigen, daß bereits die heute bestehenden Beitragssatzunterschiede in der Krankenversicherung als Ärgernis empfunden werden, dem ernsthafte Stimmen sogar verfassungsrechtliche Relevanz bescheinigen. Vor allem für die neuen Bundesländer könnte diese Entwicklung dazu führen, daß der Prozeß der Annäherung der Lebensverhältnisse zusätzlich erschwert würde.

Der Hinweis auf einen möglichen Finanzausgleich zwischen den Trä-

gern ist zwar erwägenswert. Hierdurch würde aber ein wichtiger Teil der Selbständigkeit, der durch die regionale Strukturierung geschaffen werden sollte, faktisch wieder beseitigt.

Auch in zahlreichen weiteren Fragen besteht hinsichtlich der Regionalisierungspläne Aufklärungs- und Diskussionsbedarf. Das beginnt bei der Frage, wie die Regionen abgegrenzt werden sollen; die schlichte Übernahme der Grenzen der Bundesländer wäre sicherlich zu schematisch. Zu diskutieren wäre auch, wie sich eine Regionalisierung in den weiteren europäischen Einigungsprozeß einfügen ließe. Geht man davon aus, daß die Regionalisierung die Stellung der Länder gegenüber dem Bund stärkt, so könnte dadurch eine durch den europäischen Prozeß bedingte Schwä-

chung der Länder kompensiert werden. Dabei bliebe dann allerdings unberücksichtigt, daß bislang mehr Bundes- als Länderkompetenzen auf die EG übergegangen sind; es könnte also zu einer potenzierten Schwächung des Bundes in dem Verhältnis EG – Bund – Länder kommen. Auch wäre zu überlegen, wie sich die Tendenz zur Schaffung von Euregionen in der EG (d.h. grenzüberschreitender Regionen) mit einer Regionalisierung verträgt, die an Teigliederungen des Nationalstaates Bundesrepublik, den Bundesländern, anknüpft.

Damit sind nur einige der Fragen formuliert, die im Zusammenhang mit den Regionalisierungsvorschlägen diskutiert werden müssen. Bislang sind notwendige Klärungen noch nicht erfolgt, so daß die Zeit für Entscheidungen nicht reif ist.

Klaus-Dirk Henke

Vorurteilsfreie Prüfung wünschenswert

Im Laufe der historischen Entwicklung sind neben die Gebietskörperschaften intermediäre Finanzgewalten getreten, denen quasi-staatliche Aufgaben zugewiesen worden sind. Die Träger der Sozialversicherung, deren Haushalte getrennt von den Haushalten des Bundes, der Länder und der Gemeinden geführt werden, übernehmen Aufgaben der Daseinsvorsorge. Für (Renten-)Einkommen der nicht mehr erwerbstätigen Bevölkerung muß ebenso gesorgt werden, wie Vorsorge zu treffen ist für den Fall des Eintritts bestimmter Risiken wie Arbeitslosigkeit, Unfall, Invalidität und Krankheit. Die Finanzierung dieser quasi-öffentlichen Aufgaben erfolgt in der Sozialversi-

cherung vom Bismarckschen Typ überwiegend über einkommensproportionale Beiträge bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht zählt die gesetzliche Sozialversicherung mit ihren Zweigen (Gesetzliche Krankenversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, Berufsgenossenschaften) partiell zu den Trägern der mittelbaren Staatsverwaltung (Artikel 87 Abs. 2 GG) und wird als Teil der öffentlichen Finanzwirtschaft und der

¹ Siehe z.B. F. Kirchhof: Finanzierung der Sozialversicherung, in: J. Isensee, P. Kirchhof (Hrsg.): Handbuch des Staatsrechts, Band IV, Heidelberg 1990, S. 395 ff.

Finanzverfassung des Grundgesetzes angesehen¹. Allerdings ist die Diskussion über die Neufassung des Artikels 87 Abs. 2 GG durch die Bundesratskommission Verfassungsreform zu trennen von der in der Öffentlichkeit im Vordergrund stehenden Auseinandersetzung über eine umfassende Neuorganisation der bundesunmittelbaren Körperschaften, die von einer Änderung des Artikels 87 Abs. 2 nicht berührt wird.

Die Finanzverfassung ist ein Teil der Staatsverfassung, das heißt, ihr kommt funktionale Bedeutung im Hinblick auf die Staatsziele zu. Ihre Ausgestaltung erscheint als eine Frage nach der Zweckmäßigkeit des

Staatsaufbaus. Ihr „föderativer Gehalt“ ergibt sich aus der Zentralität bzw. Dezentralität der Entscheidungskompetenzen. Es geht also um eine zweckmäßige Organisationsstruktur der einzelnen Sozialversicherungsträger und eine zielgerechte Ausgestaltung von Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrecht, die bisher weitgehend zentral geregelt wird.

Kriterien einer Organisationsreform

Erweitert man die aktuelle Diskussion um eine Reform der Finanzverfassung auf die Sozialversicherung, können die ökonomischen Kriterien für die Zuordnung von Aufgaben- und Einnahmekompetenzen auf dezentrale und zentrale Entscheidungsträger im föderativen System auch auf die Aufgaben, Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherung übertragen werden: Demgemäß ist zwischen Allokations-, Distributions- und Stabilisierungsfunktionen zu unterscheiden und zu prüfen, auf welcher Ebene die Zuständigkeiten liegen sollten, wenn eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung der Bevölkerung das Ziel ist. Das gilt sowohl übergreifend für die einzelnen Träger der Sozialversicherung als auch für ihre jeweilige interne Organisationsstruktur.

Die Grundidee eines föderativen Systems entspringt der Orientierung an den individuellen Präferenzen; die Wünsche der Bevölkerung unter Berücksichtigung ihrer Finanzierungsbereitschaft stehen im Vordergrund *allokativer Überlegungen*. Das Abwägen von Leistungen und Kosten soll durch eine eigenverantwortliche Finanzierung lokaler, regionaler und nationaler öffentlicher Güter erfolgen. Die fiskalische Äquivalenz soll sicherstellen, daß über Vorteilszufluß und Kostenanlastung simultan entschieden wird. Mehr regionale Eigenverantwortlichkeit muß in die-

sem Sinne als Voraussetzung für eine kostengünstige Wahrnehmung von öffentlichen Aufgaben angesehen werden.

Im Falle der *Distributionsaufgabe* geht es in regionaler Hinsicht um die horizontale Gerechtigkeit, das heißt um die Wahrung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Ruhestandsversorgung, Arbeitslosenunterstützung und soziale Krankenversicherung erfordern aus dieser Perspektive zentrale Vorgaben, um zu große Unterschiede von Leistungen und Beiträgen zu vermeiden. Eine solche Aussage schließt eine stärkere Regionalisierung allerdings nicht a priori aus, da – erstens – die allokativen Vorteile und die distributiven Nachteile zunächst ermittelt werden müssen und dann – zweitens – gegebenenfalls ein bundesweiter Nachteilsausgleich vorstellbar ist, um zu starke Unterschiede zwischen den Regionen abzubauen.

Aus *stabilisierungspolitischer Sicht* geht es um einen Vergleich der Wirkungen unterschiedlicher Organisationsformen der Sozialversicherung auf Konjunktur und Wachstum. In diesem Zusammenhang sind die jeweiligen budgetären Konsequenzen einer Organisationsreform einzubeziehen, die sich für Bundes- und Länderfinanzen ergeben.

Konsequenzen einer Regionalisierung

Neben den Wirkungen auf Allokation, Distribution und Stabilität geht es auch um Ziele, die mit den partikularen Interessen der Beteiligten in Zusammenhang gebracht werden können. Mit einer Regionalisierung verlagert sich der Problemlösungsdruck, zum Beispiel im Bereich der Krankenversorgung, auf die regionale Ebene und erleichtert so den Bundespolitikern unter Umständen ihre gesundheitspolitischen Aufgaben. Wichtig sind auch die fiskalischen Konsequenzen, die hier eine

ähnliche Rolle spielen wie im Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern. Geberländer stellen ihre Leistungen in Frage, Nehmerländer fürchten eine Entsolidarisierung. Jede Region rechnet sich ihre Vorteile aus und verhält sich entsprechend.

Im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung vollzieht sich derzeit eine interregionale Umverteilung aufgrund der Mischkalkulation in überregionalen Kassen (Bundeskknappschaft, zum Teil Betriebskrankenkassen, Ersatzkrankenkassen) und durch die kassenartenübergreifende Finanzierung im KVdR-Ausgleich. Diese Wirkungen lassen sich mit den regionalen Verschiebungen von Leistungsgewährung und Beitragsbelastung vergleichen, die sich aufgrund von Reformvorschlägen ergeben². Ähnliche differentielle Überlegungen lassen sich in den anderen Zweigen der Sozialversicherung anstellen.

Angesichts des gegenwärtigen Standes der Diskussion über diese spröde Materie ist es erforderlich, die Regionalisierung mit ihren Zielen und Konsequenzen auf den Prüfstand zu bringen und der Öffentlichkeit transparent zu machen. Die Anonymität des Gesamtsystems der sozialen Sicherung, die in vielen Bereichen unbekanntes Wünsche der Bevölkerung und die notorischen Finanzierungsengepässe legen eine vorurteilsfreie Prüfung einer stärkeren Regionalisierung der Sozialversicherung nahe. Ihren Ergebnissen ließe sich entnehmen, ob dieser Weg einer Neuorganisation der Sozialversicherungsträger zu einer bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Situation für die Bevölkerung führt.

² Siehe hierzu im einzelnen K.-D. Henke, W. Leber: GKV-interne Finanzströme zwischen den Bundesländern. Zur Lage Niedersachsens unter Berücksichtigung möglicher Reformen der Kassenstruktur, Hannover 1989.