

Felkner, Christian; Stein, Peter

Article — Digitized Version

Ausgestaltung einer Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Felkner, Christian; Stein, Peter (1992) : Ausgestaltung einer Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 72, Iss. 3, pp. 159-168

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136864>

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.

Christian Felkner, Peter Stein

Ausgestaltung einer Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung steht trotz des unübersehbaren Handlungsbedarfs weiterhin aus. Welche Reformoptionen sind zweckmäßig? Ist ein Risikostrukturausgleich notwendig, und wie ist dieser gegebenenfalls auszugestalten?

Die bisherigen Kostendämpfungsgesetze in den Jahren zwischen 1977 und 1982 haben zwar zu einer zeitweiligen Ausgabendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beigetragen. Diesen vorübergehenden Atempausen folgten jedoch zum Teil erhebliche Beitragssatzsteigerungen. Auch nach der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG), das zum 1. 1. 1989 in Kraft trat, zeigt die aktuelle Finanzentwicklung in der GKV, daß sich der zunächst deutlich gebremste Ausgabenanstieg mittlerweile wieder besorgniserregend beschleunigt hat. Ein bedeutsames und ebenfalls seit längerem bekanntes, aber immer noch ungelöstes Problem ist dabei die unterschiedliche Betroffenheit der Kassen durch die Beitragssatzentwicklung. Die Beitragssatzunterschiede innerhalb der GKV werden als ungerecht empfunden, da die unterschiedlich hohen Beitragssätze für Versicherungsleistungen größtenteils nicht durch adäquate Unterschiede in der Struktur der Leistungsangebote zustande kommen und es gleichzeitig einem Teil der Versicherten nach geltendem Mitgliedschaftsrecht nicht möglich ist, den ungünstigeren Konditionen auszuweichen.

Es ist der erklärte Wille der Bundesregierung, die im GRG zunächst ausgesparte Organisationsreform noch in dieser Legislaturperiode einzuleiten und dabei eine Verringerung ungerechtfertigter Beitragssatzunterschiede sowie eine schrittweise Erweiterung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten herbeizuführen.

Christian Felkner, 28, Dipl.-oec., hat am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik der Universität Augsburg im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung ein Forschungsprojekt zur Entwicklung der Beitragssatzstruktur in der GKV betreut; Peter Stein, 31, Dipl.-oec., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik der Universität Augsburg.

Eine Zuordnung von Rechten und Pflichten auf die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems erfolgt auf der Basis vorher festgelegter Normen, die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht im Detail dargestellt werden sollen. Als zentrale – in ihrer Relevanz und Interpretation nicht immer unumstrittene – Konstruktionsmerkmale seien jedoch das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip hervorgehoben¹.

Bestimmte Lebenslagen, wie etwa das Eintreten des Einkommens- und Kostenrisikos im Krankheitsfall, sind für den einzelnen nur zu bewältigen, wenn diese Probleme innerhalb einer Schicksalsgemeinschaft gleichermaßen Betroffener gelöst werden. Innerhalb einer derartigen Schicksals- bzw. Solidargemeinschaft sind Gemeinschaft und Individuum in ihrem Verhalten wechselseitig voneinander abhängig, da der einzelne der Unterstützung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft bedarf und die Solidargemeinschaft als solche nur dann funktionieren kann, wenn der Bedürftige verantwortungsbewußt mit den Leistungsansprüchen umgeht. Das Solidaritätsprinzip beinhaltet die sich aus dieser Situation ergebende beidseitige soziale Verantwortung.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) wird das mit Krankheit verbundene Einkommens- und Kostenrisiko des einzelnen gemäß dem Äquivalenzprinzip mit individuellen, risikoorientierten Beiträgen versichert. Im Gegensatz dazu werden auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips in der als Sozialversicherung gestalteten GKV neben der versicherungstechnischen Risikostreuung im Wege der krankheitsrisikobezogenen Umverteilung zusätzlich verteilungspolitische Ziele berück-

¹ Vgl. zur Interpretation des Solidaritätsprinzips und des Subsidiaritätsprinzips grundlegend O. v. Nell-Breuning: Baugesetze der Gesellschaft, Freiburg/Breisgau 1968; sowie zusammenfassend H. Lamper t: Lehrbuch der Sozialpolitik, 2. Aufl., Berlin u. a. 1991, S. 412 f.

sichtig². Dieser Solidarausgleich innerhalb der GKV richtet sich in erster Linie auf:

- die Beitragsbemessung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen,
- die solidarische Übernahme der Kosten und Einkommensausfälle im Krankheitsfall durch die *gesamte* Solidargemeinschaft und
- den dadurch induzierten interpersonellen und intergenerativen Ausgleich.

Der Solidarausgleich beinhaltet somit nicht nur eine Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, sondern insbesondere zwischen jungen, tendenziell gesünderen und älteren, oftmals multimorbiden Versicherten sowie zwischen Versicherten ohne Familienmitversicherte und Erwerbstätigen mit beitragsfrei Mitversicherten. Allen Versicherten soll dadurch ein in etwa gleiches medizinisches Versorgungsniveau unabhängig von der sozialen Stellung zugute kommen, wobei die Kosten durch einkommensproportionale, vom individuellen Krankheitsrisiko unabhängige Beiträge aller Versicherungsmitglieder getragen werden. Der Umfang der dadurch bewirkten Umverteilung in der GKV kann daran verdeutlicht werden, daß allein die Leistungen der erwerbstätigen Versicherten an die Rentner im Zuge des Ausgleichs mit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sowie an die mitversicherten Familienangehörigen bereits 1987 gut

die Hälfte des gesamten Finanzvolumens der GKV ausmachen³.

Eine weitere für die Gestaltung der GKV maßgebliche Norm ist das Subsidiaritätsprinzip, wonach die einzelnen Akteure eines Politikbereiches die Möglichkeit haben sollen, eigenverantwortlich und frei von Fremdbestimmung ihre Angelegenheiten zu regeln, während gleichzeitig übergeordnete soziale Organisationseinheiten, wie z.B. Versichertenkollektive oder staatliche Einrichtungen, hilfreiche Unterstützung anbieten, falls die Individuen oder untergeordnete soziale Organisationseinheiten mit der Bewältigung einer Problemlage überfordert sind.

Auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips könnte die Forderung erhoben werden, daß auch schon die Beserverdienenden unterhalb der Versicherungspflichtgrenze die Möglichkeit haben sollten, sich in der PKV zu versichern, da sie aufgrund ihrer Einkommenssituation dazu in der Lage wären. Tatsächlich wird auch in der öffentlichen Diskussion das Subsidiaritätsprinzip gerne als Argumentationsstrategie benutzt, um die Forderung nach einer Ausgliederung von relativ gut verdienenden Versicherten aus den Solidargemeinschaften der GKV zu legi-

² Vgl. H. Lampert: Wettbewerbsintensivierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Solidarausgleich, in: Sozialer Fortschritt, 36. Jg. (1987), H. 3, S. 55 f.

³ Vgl. ebenda.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Georg Koopmann

**AUSSENWIRTSCHAFT UND
AUSSENWIRTSCHAFTSPOLITIK DER USA**

Die Handels- und Leistungsbilanzdefizite haben in den USA zusätzlichen protektionistischen Druck erzeugt. Für einige Branchen bilden verstärkte Protektionsbestrebungen einen willkommenen Vorwand, um von strukturellen Problemen und mangelnder internationaler Wettbewerbsfähigkeit abzulenken. Welchen Kurs werden die USA künftig in der Außenwirtschaftspolitik steuern? Gibt es Konstanten in der bisherigen amerikanischen Politik, an denen man sich orientieren kann? Mit dem Scheitern der Brüsseler GATT-Konferenz im Dezember 1990 an der Agrarfrage und dem ungewissen Fortgang der Verhandlungen in der – maßgeblich von den USA initiierten – Uruguay-Runde gewinnen diese Fragen auch für die Europäer neue Bedeutung.

Großbuktav,
105 Seiten, 1991,
brosch. DM 49,-
ISBN 3-87895-414-X

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

timieren. Dabei wird jedoch nur allzu gerne übersehen, daß die freiheitsverbürgende Funktion des Subsidiaritätsprinzips durch die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für sozial Schwächere erkaufte werden muß, da jene sozialen Organisationseinheiten (hier: Solidargemeinschaften) am Leben erhalten werden müssen, die solchen Versicherten eine Stütze sind, die aufgrund ihres Einkommens bzw. ihres Krankheitsrisikos nicht in der Lage wären, eine Privatversicherung zu bezahlen. Für die GKV bedeutet dies, daß die Einbindung relativ gut verdienender Personengruppen erforderlich ist, um die Funktionsfähigkeit der Solidargemeinschaften zu gewährleisten und um hierdurch eine soziale Sicherung im Krankheitsfall für alle Gesellschaftsmitglieder sicherzustellen, ohne daß – wie beispielsweise in den USA – die Sozialhilfe herangezogen werden muß. In diesem Sinne stellt der gegenwärtig realisierte Rahmen der Versicherungspflicht in der GKV eine Alternative zu einem staatlichen Versorgungs- und Fürsorgesystem dar, das sich ordnungs- und prozeßpolitisch als weniger leistungsfähig erweisen würde.

Entwicklung der Beitragssatzstruktur

Die sich in den letzten 20 Jahren verschärfende Diskussion über nicht gerechtfertigte Beitragssatzunterschiede soll an dieser Stelle nicht erneut aufgerollt werden. Als Beleg für den gegebenen Handlungsbedarf genügt im Grunde genommen die Darstellung der bisherigen Entwicklung der Beitragssatzstruktur: Aus einem Vergleich der Kassenbeitragssätze für Pflichtmitglieder mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall in den Jahren 1970, 1980 und 1990 geht nicht nur hervor, daß das Niveau der durchschnittlichen Beitragssätze in der GKV von 8,2% über 11,4% auf mehr als 12,4% stieg, sondern auch, daß der Anteil der von überdurchschnittlichen Beitragssätzen betroffenen Mitglieder erheblich angestiegen ist. Wenn man eine Abweichung von 1,5 Beitragssatzpunkten vom durchschnittlichen Beitragssatz als Grenzwert akzeptiert, dann ist feststellbar, daß 1970 die noch relativ geringe Zahl von 9612 GKV-Mitgliedern (0,55% aller GKV-Pflichtmitglieder) einen überdurchschnittlichen Beitragssatz an ihre Kasse abführen mußte. Im Jahre 1980 war diese Zahl auf 715684 (3,8%) angestiegen. Zum 1. Juli 1990 schließlich waren 1906834 der GKV-Pflichtmitglieder (10,1%) von einem überdurchschnittlich hohen Beitragssatz betroffen. Allein von 1980 bis 1990 ist der Anteil von besonders belasteten Versicherten somit um das 2,7fache angestiegen. Diese Dynamik bedarf wohl kaum eines weiteren Kommentars.

Betrachtet man die gegenwärtige Spannweite der Beitragssätze von 8% bis 16% und bezieht diese auf die im Jahr 1992 geltende Beitragsbemessungsgrenze in der

GKV von 61 200 DM, dann treten im Extremfall Beitragsunterschiede von bis zu 4896 DM jährlich auf, ohne daß diese vollständig durch entsprechende Leistungsunterschiede gerechtfertigt wären. Die Qualität dieser Ungleichbehandlung wird deutlich, wenn man die sich aus der Beitragssatzstruktur ergebende Situation auf ein fiktives Steuersystem überträgt, bei dem dann der Grenzsteuersatz der Einkommensteuer nach der Region und der Stellung im Beruf differenziert wäre. Die hier ange deuteten Systembrüche bedürfen einer Gegensteuerung, wenn man verhindern möchte, daß die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung innerhalb des Gesundheitssystems zunehmend in Frage gestellt wird.

Aus ordnungspolitischer Sicht kann es allerdings wohl kaum als erstrebenswert gelten, in der GKV generell eine Nivellierung der Beitragssatzstruktur herbeizuführen, da sich in den Beitragssätzen bzw. den „Preisen“ der Kassen möglicherweise auch unterschiedliche Leistungspotentiale widerspiegeln. Als problematisch werden gemeinhin lediglich solche Beitragssatzunterschiede bewertet, die keinerlei Unterschiede in der Preis-Leistungsrelation widerspiegeln und daher als nicht gerechtfertigt erscheinen; unter diesen Umständen werden gleiche Leistungsansprüche ungleich bezahlt. Im Gegensatz zu der Situation auf anderen Märkten haben dabei aufgrund des geltenden Mitgliedschaftsrechts nicht alle Nachfrager bzw. Versicherungsmitglieder die Möglichkeit, deutlich ungünstigeren Preisen ausweichen zu können. Eine Aufhebung dieses diskriminierenden Mitgliedschaftsrechts wäre aber nur dann möglich, wenn vorher durch einen Abbau der ungerechtfertigt erscheinenden und damit wettbewerbspolitisch kontraproduktiven Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen Startgerechtigkeit hergestellt werden würde. Um eine wirksame Reformpolitik betreiben zu können und um die Legitimität einzelner Reformoptionen auf der Grundlage ihrer Wirkung beurteilen zu können, ist es erforderlich, sich die Entstehungsbedingungen von Beitragssatzunterschieden zu vergegenwärtigen, damit ausschließlich und gleichzeitig möglichst vollständig die Ursachen von *ungerechtfertigt erscheinenden* Beitragssatzunterschieden identifiziert und zum Gegenstand der Reformbemühungen gemacht werden können.

Die Beitragssätze sind in der GKV gemäß § 220 SGB V so zu bemessen, daß die aus ihnen resultierenden Beitragseinnahmen zur Deckung der Gesamtausgaben innerhalb eines Haushaltsjahres ausreichen. Eine Ausnahmesituation bestand für die im Prozeß der Überleitung befindliche GKV-Ost. Ihr Beitragssatz war bis 1. 1. 1992 auf 12,8% fixiert, und ihre Einnahmesituation war 1991 durch die zurückzahlende Liquiditätshilfe des Bundes in Höhe von 1,8 Mrd. DM sowie durch Friktionen bei der

Implementation des Abrechnungsverfahrens und die daraus resultierenden Zahlungsaufschübe geprägt. Im folgenden soll jedoch von der Situation der GKV-West ausgegangen werden, deren Ordnungsrahmen vollständig auf die GKV in den neuen Bundesländern übertragen wird.

Determinanten der Beitragssatzstruktur

In der GKV-West wird der Beitragssatz vornehmlich durch das Versichertenrisiko bestimmt. Anders als in der Privatversicherung ist in der Sozialversicherung dieses Versichertenrisiko nicht nur durch die ausgabenseitige Komponente (Kosten- bzw. Versicherungsrisiko) determiniert, sondern es tritt aufgrund der einkommensproportionalen Beitragsbemessung eine einnahmeseitige Komponente (Einnahme- bzw. Beitragsrisiko) hinzu. Das Versichertenrisiko, das sich aus der Summe bzw. dem Saldo beider Risikokomponenten ergibt, wird in der nach dem Solidaritätsprinzip ausgestalteten Sozialversicherung nicht explizit für einzelne Versichertengruppen oder Kassen ausgewiesen. Neben diesen sozialversicherungsspezifischen und damit aufgabenbezogenen Vorgängen wird die Haushaltslage einer einzelnen Kasse weiterhin auch durch Verwaltungskosten, Einstellungen und Entnahmen von Rücklagen sowie durch Transfers im Rahmen bestehender Finanzausgleiche beeinflusst. Der als Ausgabenausgleich gestaltete Finanzausgleich innerhalb der KVdR bewirkt dabei für die Einzelkasse eine Neutralisierung des Versicherungsrisikos, das von der Teilpopulation der Rentner ausgeht. Weiterhin sind gemäß §§ 265 ff. SGB V Finanzausgleiche innerhalb einer Kassenart vorgesehen, die jedoch nur unter selten eintretenden außerordentlichen Umständen durchgeführt werden und daher im folgenden vernachlässigt werden sollen. Da auch die Einstellungen und Auflösungen von Rücklagen für das Finanzierungspotential in einer längerfristigen Betrachtung von untergeordneter Bedeutung sind, kommen Beitragssatzunterschiede hauptsächlich dadurch zustande, daß die Einnahmen- und Kostenrisiken einschließlich der Verwaltungskosten über die Kassen hinweg ungleich verteilt sind⁴. Von Interesse ist daher die Frage, um welche einnahmen- und ausgabenverursachenden Faktoren bzw. „Beitragssatzdeterminanten“ es sich dabei im einzelnen handelt und vor allem, welches relative Gewicht ihnen jeweils zukommt.

Im Zusammenhang mit der diesem Artikel zugrundeliegenden Themenstellung kann nicht unerwähnt bleiben,

⁴ Die genannten Einnahme- und Kostenrisiken vermögen gemeinsam circa drei Viertel der Beitragssatzunterschiede zu erklären; vgl. ausführlicher Ch. Felkner, P. Stein, U. Stutzmüller: Die Entwicklung der Beitragssatzstruktur und ihrer Bestimmungsgründe in der GKV, Gerlingen 1990, S. 147 ff.

daß sich die Forschung im Bereich des Gesundheitssystems aufgrund der mit der Datenbeschaffung verbundenen Hindernisse als ein schwieriger und nicht immer erfolgreicher Hürdenlauf gestaltet. Zwar werden empirisch angelegte Beitragssatzstruktur-Analysen größeren Stils, die sich um eine Erklärung und Quantifizierung einzelner Determinanten der Beitragsstruktur bemühen, seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre durchgeführt. Die Forschung in diesem Bereich muß wegen der bereits seit langem und kontinuierlich bemängelten, jedoch noch immer schlechten Verfügbarkeit von teilweise rudimentären Informationsgrundlagen⁵ auch heute noch als un abgeschlossen gelten. In einer resignativ pointierten Formulierung ließe sich wohl auch konstatieren, daß die erstrangige Aufgabe einer Organisationsreform im Gesundheitssystem eigentlich darin läge, Voraussetzungen zu schaffen, unter denen jene Informationsgrundlagen der Forschung zugänglich sind, die zur Erarbeitung von umfassenden und detaillierten Reformvorschlägen und deren Wirkungsanalyse erforderlich wären. Dies gilt um so mehr, wenn – unabhängig von datenschutzrechtlich begründbaren Einwänden – einzelne Interessengruppen, wegen einer möglichen Gefährdung ihrer Besitzstände, an der Verbesserung öffentlicher Informationspotentiale nicht interessiert sind.

Versichertenstruktur und Inanspruchnahme

Da die Wahrscheinlichkeit krank zu werden und damit auch das Versicherungsrisiko zwischen unterschiedlichen, nach sozio-demographischen Merkmalen abgrenzbaren Bevölkerungsgruppen streut und diese Bevölkerungsgruppen über die Einzelkassen hinweg ungleich verteilt sind, hängt es von der Zusammensetzung der Versichertenpopulation einer Kasse ab, mit welcher Häufigkeit und Intensität kostenverursachende Leistungsfälle auftreten. Des weiteren hängt aber auch die Höhe des für die Erhebung der Beiträge maßgeblichen durchschnittlichen Erwerbseinkommens („Grundlohn“) der Versichertenpopulation von deren Struktur ab. Als relevante Versichertenstrukturmerkmale werden in der Literatur genannt:

⁵ Vgl. hierzu unter anderem P.-H. Huppertz, H. Jaschke, M. Kops: Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung, Forschungsbericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981, S. 25 ff.; H. Jaschke, M. Kops: Eine empirische Untersuchung der Kassenbeitragssatzdeterminanten und daraus abzuleitende Folgerungen für eine aktive Beitragssatzgestaltung der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg 1982, S. 58 ff.; Ch. Felkner, P. Stein, U. Stutzmüller, a. a. O., S. 105 ff. und 207 ff.; W.-D. Leber: GKV-Länder-Finanzausgleich, in: Sozialer Fortschritt, 39. Jg. (1990), H.8, S. 187; K. Jacobs, P. Reschke: Risikostrukturanalyse in der Krankenversicherung, Berlin 1991, S. 105 ff.; M. Pfaff, D. Wassener: Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen auf Finanzströme und Beitragssätze, Stadtbergen 1991, S. 71 ff.

Rangordnungen von Risikostrukturkomponenten der Ortskrankenkassen

Jahr	Grundlohn-niveau	Altersstruktur	Frauenanteil	Pflicht-versicherten-anteil	Arbeitslosen-anteil
1975	0	(+)2	(-)1	(+)3	0
1976	0	(+)1	(-)3	(+)2	0
1977	0	(+)1	(-)2	(+)4	(+)3
1978	(-)4	(+)1	(-)1	(+)5	(+)3
1979	(-)1	(+)4	(-)3	(+)5	(+)2
1980	(-)1	(+)4	(-)3	(-)5	(+)2
1981	(-)1	(+)4	(-)2	0	(+)3
1982	(-)1	(+)3	(-)2	(-)5	(+)3
1983	(-)1	(+)4	(-)3	0	(+)2
1984	(-)1	(+)4	(-)3	0	(+)2

Quelle: Ch. Felkner, P. Stein, U. Stutzmüller: Die Entwicklung der Beitragssatzstruktur und ihrer Bestimmungsgründe in der GKV, Gerlingen 1990, S. 268 ff.

- die durchschnittliche Anzahl der Mitversicherten – d.h. Versicherte pro Beitragszahler,
- die Geschlechtsstruktur,
- die Altersstruktur,
- der Anteil der Pflichtversicherten,
- der Anteil der Arbeitslosen sowie
- der Anteil von – gemeinhin als „Problem“-Gruppen bezeichneten – gesundheitlich besonders beeinträchtigten Teilpopulationen; zu diesen beeinträchtigten Gruppen zählen insbesondere Behinderte und Rehabilitanden.

Zu beachten ist, daß der Einfluß, den ein einzelnes Versichertenstrukturmerkmal auf den Beitragssatz ausübt, zum einen davon abhängt, in welchem Maße das mit dem Merkmal verbundene Versichertenrisiko positiv oder negativ vom Durchschnitt abweicht, und zum anderen davon, wie ausgeprägt die Ungleichverteilung des Versichertenstrukturmerkmals zwischen den Kassen ist: Ein besonderes Versichertenrisiko, das über die Einzelkassen hinweg nicht wesentlich ungleich verteilt ist, führt demzufolge ebensowenig zu Beitragssatzunterschieden wie ein Versichertenstrukturmerkmal, das zwar sehr ungleich verteilt ist, jedoch gleichzeitig mit keinem wesentlichen Versichertenrisiko verbunden ist. Beide Faktoren, Intensität und Ungleichverteilung des Versichertenrisikos, können sich demzufolge in ihren Auswirkungen auf die Beitragssatzstruktur kompensieren oder verstärken.

Hinsichtlich der Bedeutung einzelner Versichertenstrukturmerkmale für die Höhe des Beitragssatzes ist des weiteren festzuhalten, daß diese Determinanten sich gleichzeitig auf das Grundlohniveau und auf das Ausgabenniveau auswirken. Dabei kann im Einzelfall ein kompensatorischer Zusammenhang bestehen, wenn bei-

spielsweise überdurchschnittlichen Ausgaben auch ein überdurchschnittlicher Grundlohn gegenübersteht, oder es können sich auch beide Wirkungszusammenhänge gegenseitig verstärken. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß das Grundlohniveau selbst bzw. die Höhe der geleisteten Beiträge auch das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten beeinflusst. Das Grundlohniveau steht somit nicht nur unmittelbar über die Einnahmen mit der Beitragssatzhöhe in Zusammenhang, sondern auch mittelbar über die Auswirkungen des Grundlohniveaus auf das Ausgabenniveau.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Datenlage müssen sich die der Öffentlichkeit zugänglichen empirischen Studien über die Bedeutung einzelner Versichertenstrukturmerkmale auf Partialanalysen beschränken, die einen abgegrenzten Versichertenkreis betrachten. Bei der Durchführung genauerer Untersuchungen über den Einfluß einzelner Beitragssatzdeterminanten ist man gezwungen, sich aus pragmatischen Gründen bei der empirischen Modellbildung an den verfügbaren Daten zu orientieren, auch wenn einem dies aus wissenschaftstheoretischer Sicht widerstreben mag. Bei der Modellbildung hat man dabei in der Regel die Wahl zwischen regional angelegten Designs, deren Verallgemeinerungsfähigkeit allerdings eingeschränkt ist, und kassenartenbezogenen überregionalen Designs, deren Verallgemeinerungsfähigkeit jedoch ebenfalls eingeschränkt ist. Die Verfasser haben sich in einer – von ihnen Ende der achtziger Jahre durchgeführten und den folgenden Ausführungen zugrunde liegenden – Risikostrukturanalyse für ein überregionales Design entschieden, wobei allerdings lediglich die Ortskrankenkassen in der Lage und erfreulicherweise bereit waren, bundesweit ihre regional disaggregierten Rechnungsergebnisse über einen Zeitraum von zehn Jahren bereitzustellen⁶.

Signifikante Risikostrukturkomponenten

Das Datenmaterial wurde in einer als Pfadmodell angelegten Regressionsanalyse ausgewertet. Zur übersichtlicheren Darstellung sind in der Tabelle lediglich die Rangordnungen jener operationalisierbaren Risikostrukturkomponenten aufgeführt, für die ein deutlicher und signifikanter Einfluß nachgewiesen werden konnte. Die Einflußstärke einer Variablen nimmt hierbei mit steigender Rangordnungszahl von 1 bis 5 ab, wobei eine im betreffenden Jahr nicht signifikante Variable mit „0“ gekennzeichnet ist. Das Vorzeichen deutet an, ob von dem jeweiligen Merkmal ein beitragsatzerhöhender (+) oder beitragsatzsenkender (-) Effekt ausgeht.

⁶ Vgl. Ch. Felkner, P. Stein, U. Stutzmüller, a. a. O.

Es ist deutlich erkennbar, daß ab 1979 Beitragssatzunterschiede vor allem durch die *Grundlöhne* verursacht wurden. Dies deutet auf eine stetige Zunahme der Einkommensunterschiede zwischen den Versichertenpopulationen der einzelnen Kassen in der Vergangenheit hin. In diesem Umstand spiegelt sich der Sachverhalt wider, daß die im Wettbewerb zwischen den Kassen benachteiligten Ortskrankenkassen besser verdienende Mitgliederkreise – die relativ häufig auch über ein Kassenwahlrecht verfügen – nicht halten können.

Obgleich der *Altersstruktur* in den Jahren 1976 bis 1978 eine erstrangige Bedeutung zukommt, spielt sie ab 1979 nur noch eine untergeordnete Rolle. Dieser Sachverhalt ist nach unseren Erkenntnissen⁷ darauf zurückzuführen, daß einerseits zwar die altersstrukturbedingten Ausgaben zugenommen haben, andererseits aber dieser Entwicklung überproportional höhere Einnahmen aufgrund entsprechender altersbedingter Einkommenszuwächse innerhalb der Teilpopulation der älteren Erwerbstätigen gegenüberstehen.

Ebenso wie für die Altersstruktur wurde auch für den Anteil *weiblicher Versicherter* über den gesamten Untersuchungszeitraum ein signifikant beitragsatzsenkender Einfluß nachgewiesen. Dieser kommt dadurch zustande, daß die weiblichen Versicherten weniger Mitversicherte in die Versichertengemeinschaft mit einbringen. Auch wenn man diesen Zusammenhang herausfiltert, ist ein – allerdings entgegengerichteter – signifikanter Einfluß des Anteils weiblicher Versicherter nachweisbar, da weibliche Versicherte im Durchschnitt geringere Grundlöhne und damit ein schlechteres Einnahmerisiko in die Versichertengemeinschaften einbringen.

Während der Anteil der *pflichtversicherten Mitglieder* für die Beitragssatzstruktur der Ortskrankenkassen nahezu bedeutungslos ist, geht vom *Arbeitslosenanteil* eine deutlich beitragsatzdifferenzierende Wirkung aus. Eine detaillierte Analyse einzelner Komponenten dieser Strukturbeziehung zeigt, daß die Streuung der Arbeitslosenanteile innerhalb der Versichertenpopulationen ab 1980 deutlich zugenommen hat. Die Zyklizität dieser Risikostrukturkomponente legt auch die Vermutung nahe, daß das Anwachsen des Anteils der Langzeitarbeitslosen im Gefolge drastischer Zuwächse der Arbeitslosenquoten mit besonderen Einnahme- und Ausgaberrisiken verbunden ist; dieses Ergebnis dürfte nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der zu erwartenden Haushaltslage der GKV-Ost von besonderem Interesse sein.

Eine gesonderte Analyse der Bedeutung von *Behinderten und Rehabilitanden* als gesundheitlich benachteiligte Versichertengruppe wurde nicht durchgeführt. Die Besonderheit, die mit dieser Versichertengruppe verbun-

den ist, liegt auch weniger in ihrer quantitativen Repräsentanz innerhalb der GKV als vielmehr darin, daß nach dem gegenwärtig geltenden Mitgliedschaftsrecht hauptsächlich die Ortskrankenkassen aufgrund ihrer subsidiär-generellen Zuständigkeit gemäß § 173 SGB V und der sich daraus ergebenden „Auffangfunktion“ dieses Versichertenrisiko tragen müssen; im Rahmen einer Organisationsreform wäre diese Regelung sicherlich zu überprüfen.

Institutionelle Determinanten

Bei freier Kassenwahl würden sich längerfristig sowohl Versicherte mit günstigen Risiken, als auch Versicherte mit ungünstigen Risiken auf alle Kassenarten weitgehend gleich verteilen. Das *geltende Mitgliedschaftsrecht* führt jedoch zu einer systematischen Risikoselektion. „Ungünstige“ Versichertenrisiken werden per Gesetz bestimmten Kassen zugeordnet, die infolge höherer Beitragssätze von jenen GKV-Mitgliedern gemieden werden, die über das Privileg der Wahlfreiheit verfügen und oftmals gleichzeitig Träger „günstiger“ Versichertenrisiken sind; mithin hat die Risikoselektion eine sich selbst verstärkende Wirkung. Die wichtigste institutionelle Ursache für das Zustandekommen einer Ungleichverteilung von Versichertenstrukturmerkmalen und den daraus resultierenden Unterschieden in den kassenspezifischen Risikostrukturen innerhalb der GKV ist daher der in den §§ 173 ff. SGB V normierte Mechanismus der Mitgliederstruktur-bildung⁸. Die gegenwärtige Ungleichverteilung von Versichertenrisiken kann demzufolge auf institutioneller Ebene durch die gesetzliche Regelung von Wahlrechten der GKV-Versicherten erklärt werden. Ein hervorstechendes Merkmal ist dabei die Zwangsmitgliedschaft von Arbeitern mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in der zuständigen Pflichtkasse⁹, also einer Betriebs-, Innungs- oder Ortskrankenkasse.

Regionalspezifische Determinanten

Neben den Eigenschaften der Versichertenstruktur einer Kasse sind auch regionale Besonderheiten, die eine Kasse in ihrem Zuständigkeitsbereich vorfindet, von Bedeutung. Hierbei geht es vor allem um folgende Aspekte:

Das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten: Es wäre zu überprüfen, inwieweit regionalspezifische Unterschiede in den Anforderungen der Versicherten an die

⁷ Vgl. ebenda, S. 157 f.

⁸ Vgl. zusammenfassend Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages: Endbericht, Bd. 1, 1990, S. 359 ff.

⁹ Mit Ausnahme des allerdings sehr kleinen Berufsgruppenklientels der Arbeitersatzkassen; die Arbeitersatzkassen hatten 1990 einen Mitgliederanteil von 1,8%.

Qualität und Quantität der Versorgung mit medizinischen Gütern und Dienstleistungen bestehen.

□ Das Leistungsverhalten der Leistungsanbieter: Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor besteht eine quantitative Differenzierung des Angebotes an medizinischen Leistungsträgern in Gestalt eines Stadt-Land-Gefälles. Dies kann zur Folge haben, daß vor allem in den Ballungsgebieten im ambulanten Sektor durch den verstärkten Wettbewerb um den Patienten eher ein expansives Leistungsverhalten der Leistungsanbieter zustande kommt. Gleichzeitig werden auch im stationären Sektor die Entscheidungsträger geneigt sein, zur Kapazitätsauslastung „ihrer“ Krankenhäuser beizutragen. Die Ärzte haben sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor gute Chancen zur Durchsetzung ihrer Interessen, da sie im medizinischen Entscheidungsbereich über ein Kompetenzmonopol verfügen.

□ Der Einfluß regionalpolitischer Rahmenbedingungen: Eine qualitative Differenzierung des Leistungsangebotes kommt dadurch zustande, daß vor allem in den Krankenhäusern der Großstädte und Ballungsgebiete medizinische Spezialeinrichtungen bereitgestellt werden, deren besondere Vorhaltekosten sich auf das Niveau der Pflegesätze in den betroffenen Regionen auswirken. Da die Krankenhausbedarfsplanung Ländersache ist, kann auch eine von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Planungspolitik zum Tragen kommen; dies gilt derzeit vermutlich hauptsächlich in West-Ost-Richtung.

□ Der Einfluß von Umweltfaktoren: Die spezifischen Lebens- und Umweltbedingungen der Versicherten in einer Region führen eine regionalspezifische Differenzierung der Morbidität herbei.

Hinsichtlich der Ausgestaltung einer Organisationsreform ist die Frage von Interesse, welche der genannten regionalspezifischen Beitragssatzdeterminanten ausgleichsbedürftig sind, bzw. ob überhaupt ein interregionaler Ausgleich von Beitragssatzunterschieden angestrebt werden sollte – eine politische Entscheidung, die von den zugrunde gelegten Wertmaßstäben abhängt.

Über die Ausgleichsbedürftigkeit regionaler Strukturunterschiede¹⁰ ließe sich am ehesten dann ein Konsens herstellen, wenn sie durch die Anforderungen der Versicherten an das Leistungsangebot verursacht werden. Derartig verursachte Leistungsunterschiede wären nachfrageinduziert; eine Ausgleichsbedürftigkeit liegt unter

diesen Umständen nicht vor, da hier lediglich unterschiedliche Entgelte für unterschiedliche Leistungen verlangt werden.

Demgegenüber sind nach unserer Auffassung Beitragssatzunterschiede ausgleichsbedürftig, wenn sie durch das Wettbewerbsverhalten der Leistungsanbieter verursacht werden, da der Patient das Angebotsverhalten des behandelnden Arztes nur begrenzt beeinflussen kann. In welchem Maße die Versicherten aus einem expansiven Angebotsverhalten der Ärzte Nutzen ziehen und damit Gegenleistungen für höhere Beitragssätze erhalten, muß offen bleiben, da eine Differenzierung zwischen objektivem und medizinisch nicht notwendigem subjektivem Bedarf vermutlich nur von dem behandelnden Arzt selber durchgeführt werden kann und unter diesen Umständen eine gesundheitspolitische Diskussion über eine derartige Differenzierung müßig wäre. Erschwert wird die Lagebeurteilung ferner dadurch, daß kaum abzugrenzen ist, ob regionalspezifische Unterschiede im Nachfrageverhalten auf unterschiedliche Anforderungen der Versicherten zurückzuführen sind oder auf Umwelteinflüsse, für deren Auswirkungen auf die Gesundheit und die Leistungsanspruchnahme wohl kaum die Geschädigten allein verantwortlich gemacht werden können.

Als problematisch erweist sich auch die Frage nach der Ausgleichsbedürftigkeit von regionalen Ausgabenunterschieden, die insbesondere im Krankenhausbereich durch die qualitative Differenzierung der Ausstattung der Leistungsanbieter verursacht werden. Einerseits steht den höheren Preisen auch ein besseres Angebot gegenüber; dies spricht gegen eine Ausgleichsbedürftigkeit. Andererseits kann der Versicherte sich nicht aussuchen, welches Angebot er vor Ort vorfindet und zwangsläufig bezahlen muß.

Eine interregionale Ausgleichsbedürftigkeit von Ausgaben, die durch Strukturunterschiede im regionalen Angebot induziert werden, ließe sich sicherlich dann feststellen, wenn das hochwertige und damit auch teure Angebot in den Ballungszentren zwar von den ortsansässigen Versicherten bezahlt, gleichzeitig aber auch von den im Umland Ansässigen genutzt wird. In einer von Jacobs/Reschke speziell für die Stadt Berlin (West) durchgeführten Untersuchung zeichnet sich jedoch ab, daß diese „Versorgungsfunktion“ der Ballungsgebiete in der öffentlichen Diskussion eher überbewertet wird¹¹.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Frage nach der Ausgleichsbedürftigkeit interregionaler Beitragssatzunterschiede umstritten bleiben wird, da man hinsichtlich der Ausgleichsbedürftigkeit regionalspezifischer Beitragssatzdeterminanten unterschiedlicher Auf-

¹⁰ Vgl. P.-H. Huppertz: Wie ungleich ist die regionale Abgabenglast im Gesundheitswesen?, in: Zeitschrift für Sozialreform, 28. Jg. (1982), H. 9, S. 529 ff.

¹¹ Vgl. K. Jacobs, P. Reschke, a. a. O., S. 85 ff.

fassung sein kann. Aber selbst dann, wenn hinsichtlich der Ausgleichsbedürftigkeit der regionalspezifischen Determinanten ein politischer Konsens hergestellt werden könnte, wäre die weitere Diskussion schwierig, da auf der Grundlage vorliegender Daten nicht eindeutig überprüft werden kann, welches Gewicht den jeweiligen Determinanten im einzelnen zukommt; insbesondere das Problem der Nachfrage- oder Angebotsinduziertheit interregionaler Beitragssatzunterschiede bleibt vorläufig ungelöst¹².

Risikostrukturausgleich

Ein Risikostrukturausgleich in der GKV soll die Funktionsfähigkeit und Ordnungskonformität des Gesundheitssystems verbessern. Es soll in den weiteren Ausführungen davon ausgegangen werden, daß der Erreichungsgrad dieser Ziele durch folgende Instrumentalziele verbessert werden kann:

- Sicherung des langfristigen Bestandes einer selbstverwalteten, nach funktionalen Erfordernissen gegliederten und auch weiterhin nach dem Solidaritätsprinzip und dem Subsidiaritätsprinzip ausgestalteten GKV;
- Vermeidung ungerechtfertigter Beitragssatzunterschiede;
- Verwirklichung von Startgerechtigkeit für alle Einzelkassen als notwendige Vorbedingung für die Abschaffung eines diskriminierenden Kassenwahlrechtes;
- Ausgestaltung des institutionellen Rahmens der GKV in der Form, daß die Funktionsfähigkeit maßgeblicher Teilmärkte des Gesundheitssystems verbessert wird. Dies kann geschehen durch eine wettbewerbspolitisch zweckmäßige Gestaltung¹³ der Marktstruktur und der Marktverfassung von jenen Teilmärkten, auf denen die Krankenkassen als Anbieter oder Nachfrager agieren, sowie mit Hilfe einer verbesserten Systemrationalität durch die Umsetzung des finanzpolitischen Grundsatzes der Kongruenz von gleichzeitiger Verantwortung für die Ausgabenentstehung und von Verantwortung für die Ausgabenfinanzierung.

Ausgleichsformen, die dem genannten finanzpolitischen Grundsatz der Kongruenz nicht gerecht werden, sind z.B. einfache Beitragssatzausgleiche oder auch

Ausgabenausgleiche. Dadurch würden Einnahmen- bzw. Ausgabenunterschiede unmittelbar nivelliert; die Ineffizienz einzelner Kassen könnte auf die am Ausgleich beteiligten Kassen umgelegt werden. Als Negativbeispiel für einen derartigen – also fehlgeratenen – Ausgabenausgleich muß der allgemein als unwirtschaftlich angesehene KVdR-Ausgleich gelten. Es ist daher naheliegend, im Rahmen einer Organisationsreform der GKV den KVdR-Ausgleich durch ein anderes Modell abzulösen, zumal aufgrund der demographischen Entwicklung der KVdR-Anteil und damit das Gewicht dieses Fehlsteuerungspotentials beständig zunimmt.

Eine Möglichkeit, dem Kongruenzproblem entgegenzuwirken, bieten sogenannte Risikostrukturausgleiche¹⁴, da sie nicht an den Ausgabe- bzw. Einnahmepositionen der einzelnen Kasse ansetzen, sondern an den Risiken, die für die Versichertenpopulation aller involvierten Kassen gelten. Ausgabenausweitungen aufgrund kostentreibender Geschäftspolitik können dann nicht überwältigt werden; die Ausschöpfung von Möglichkeiten wirtschaftlicher Betriebsführung und der Ausgabensteuerung wirkt sich unmittelbar positiv auf die Haushaltslage der Einzelkasse aus.

Dem politischen Entscheidungsträger bieten sich zur Konstruktion eines Risikostrukturausgleichs folgende Parameter:

- als Ausgleichsgegenstände das Einnahmerisiko sowie maßgebliche Bestandteile des Ausgabenrisikos;
- hinsichtlich der kassenbezogenen Reichweite die Gestaltung als kassenarteninterner oder kassenartenübergreifender Ausgleich;
- hinsichtlich der räumlichen Reichweite die Gestaltung als bundesweiter interregionaler oder als intraregionaler Ausgleich auf Länder- oder Bezirksebene sowie
- die Frage nach einer zeitlichen Befristung.

Bezüglich der Berücksichtigung einnahmenbezogener und ausgabenbezogener Ausgleichselemente ist festzustellen, daß nur ein weitgehend vollständiger Risikostrukturausgleich, der sämtliche Risiken erfaßt, überhaupt seine Funktion erfüllen kann; diese Frage ist offenbar auch kein grundlegendes Problem innerhalb der derzeitigen politischen Diskussion. Im Gegensatz dazu sind

¹² Vgl. F. Breyer: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, Berlin u. a. 1984, S. 113 ff.

¹³ Vgl. ausführlicher H. Lampert: Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem und Aufgabenbereich der Gesundheitsökonomik, in: Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 3, Gerlingen 1982, S. 267 ff.; H. Lampert: Wettbewerbsintensivierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Solidarausgleich, a. a. O., S. 54 ff.; D. Cassel: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1987.

¹⁴ Zur konkreten Konstruktion von Risikostrukturausgleichen vgl. W. Leber: Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionsfähigen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 41. Jg. (1987), H. 10, S. 266 ff.; P. Hühne, J. Hofmann: Wettbewerb erfordert Finanzausgleich – aber nicht jeder Finanzausgleich fördert Wettbewerb, in: Arbeit und Sozialpolitik, 42. Jg. (1988), H. 2, S. 58 ff.; W. Leber, J. Wasmann: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 69. Jg. (1989), H. 2, S. 87 ff.

vor allem die Aspekte der kassenbezogenen und der regionalen Reichweite gegenwärtig Gegenstand einer Auseinandersetzung, die von seiten der Kassenverbände teilweise mit großer Leidenschaft geführt wird; es geht insbesondere bei diesen Fragen um die spezifischen Besitzstände der einzelnen Kassenarten. Je nachdem, ob ein Kassenverband unter dem Status quo eher begünstigt oder benachteiligt ist, kann eine unterschiedliche Grundhaltung zur Thematik des Risikostrukturausgleichs und dessen Ausgestaltung erwartet werden; dies läßt sich bereits anhand der Informationspolitik der Kassenverbände belegen.

Über die gegenwärtige Struktur der Verteilung von Beitragssätzen nach Kassenarten gibt das Schaubild Auskunft. Es zeigt, welche Anteile der Mitglieder der Kassenarten jeweils in welchen Beitragssatzbereichen versichert werden.

Es fällt auf, daß vor allem ein hoher Anteil der in Betriebskrankenkassen und Arbeitersatzkassen versicherten Mitglieder von unterdurchschnittlichen Beitragssätzen profitieren, während die Ortskrankenkassen ihre Mitglieder ganz überwiegend zu – und zum Teil deutlich – überdurchschnittlichen Beitragssätzen versichern müssen. Es ist offensichtlich, daß die Wettbewerbschancen zwischen diesen Kassen ungleich verteilt sind.

Ein Risikostrukturausgleich, der lediglich kassenartenintern durchgeführt würde, wäre nicht in der Lage, jene Voraussetzungen zu schaffen, die für die Einführung von Wahlfreiheit bzw. Nachfragesouveränität und somit für einen besser funktionierenden Kassenwettbewerb

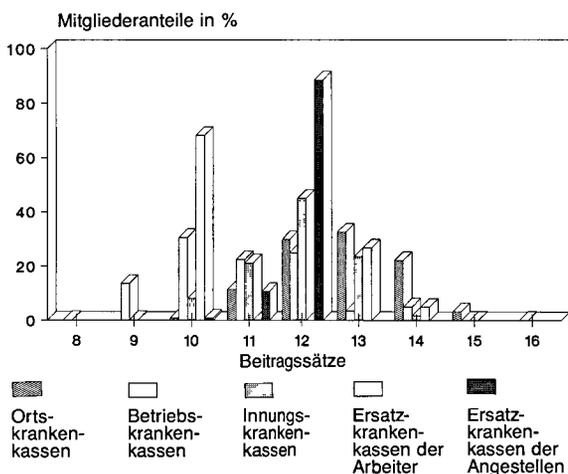
notwendig wären, da die gegenwärtigen Wettbewerbsverzerrungen *zwischen* den Kassenarten auftreten. Eine Verbesserung der Verfassung des Krankenkassenmarktes durch die Einführung von Wettbewerbsparametern in Form einer stärkeren Leistungsdifferenzierung der Kassen wäre nur dann möglich, wenn die unterschiedlichen Leistungsangebote der verschiedenen Kassenarten sich auch entsprechend in den Beitragssätzen niederschlagen könnten; durch die Einführung eines lediglich kassenartenintern gestalteten Risikostrukturausgleichs beraubt man sich erneut im Bereich des Krankenkassenmarktes dieses wettbewerbspolitischen Gestaltungspotentials.

Regionale Gestaltungsformen

Wenn man davon ausgeht, daß aus den oben genannten Gründen ein Risikostrukturausgleich kassenartenübergreifend gestaltet werden sollte, geht es bei der Frage nach der regionalen Reichweite¹⁵ eines Risikostrukturausgleichs auch darum, ob die bisher überregional organisierten Kassen „regionalisiert“ werden sollten oder ob die bisher regional tätigen Kassen stärker bundesweit zusammengeführt – also „zentralisiert“ – werden sollten. Die regionale Abgrenzung eines Risikostrukturausgleichs greift demzufolge unmittelbar in den Organisationsrahmen der einen oder anderen Kassenart ein. Von einer Regionalisierung wären die Ersatzkassen und einzelne Betriebskrankenkassen betroffen, während eine Zentralisierung hauptsächlich in die interne Struktur der Ortskrankenkassen eingreifen würde. Es ist daher auch nicht weiter verwunderlich, wenn von seiten der Kassenverbände sehr unterschiedliche Positionen hinsichtlich des Gestaltungsparameters der regionalen Reichweite vertreten werden. Von der regionalen Abgrenzung hängt es ferner auch ab, welche West-Ost-Transfers¹⁶ zu erwarten sind, und welche Transfers zwischen städtischen und ländlichen Regionen stattfinden.

In bezug auf die Gestaltung des regionalen Organisationsrahmens sollte in Betracht gezogen werden, daß im Bereich der Krankenkassen wettbewerbspolitische Steuerungspotentiale freigesetzt werden könnten, wenn auf dem Markt für medizinische Leistungen auf der Nachfrageseite – bei den Kassen – die gleiche Struktur hergestellt werden würde, wie auf der Angebotsseite: Die Marktstruktur leidet in diesem Bereich gegenwärtig darunter, daß auf der Angebotsseite regional eine stärkere Zusammenballung von Marktmacht gegeben ist als auf der Nachfrageseite.

Mitgliederanteile der Kassenarten nach der Höhe der Beitragssätze im Jahr 1990



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Bundesarbeitsblatt, H. 4, 1990, S. 108; eigene Berechnungen.

¹⁵ Vgl. ausführlich Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1990, Ziff. 591 ff.

¹⁶ Vgl. M. Pfaff, D. Wassener, a. a. O., S. 76 ff.

Ein Nachteil von überregionalen Gestaltungsformen besteht darin, daß die regionalen Akteure der überregional organisierten Kassen ihr Verhandlungsergebnis durch den kasseninternen interregionalen Ausgleich nicht selber tragen müssen. Ein interregionaler Ausgabenausgleich innerhalb einer Kasse hat daher die gleiche kontraproduktive Wirkung wie ein als Beitrags- oder Ausgabenausgleich gestalteter Finanzausgleich zwischen den Kassenarten: Der Grundsatz der Kongruenz von Verantwortung für die Ausgabenentstehung und von Verantwortung für die Ausgabenfinanzierung ist verletzt, weil die regionalen Akteure überregionaler Kassen die Konsequenzen ihres Tuns und mehr noch ihres Unterlassens auf die überregional organisierte Versicherungsgemeinschaft ihrer eigenen Kasse abwälzen können. Der hieraus folgende Verlust an Verhandlungsinteresse auf regionaler Ebene schwächt die Marktstellung der Nachfrageseite. Von diesem Problem sind die Ersatzkassen betroffen, bei denen 1990 mit insgesamt 35,5% aller GKV-Mitglieder ein beachtlicher Marktanteil versichert war. Die Notwendigkeit, auf der Seite der GKV auf regionaler Ebene Marktmacht zu formen, besteht um so mehr, als die Leistungserbringer dadurch, daß sie sowohl das Angebot als auch durch ihr medizinisches Kompetenzmonopol sehr weitgehend die Nachfrage definieren, eine für unsere Wirtschaftsordnung einmalige Marktstellung innehaben¹⁷.

Es sei auf weitere Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten hingewiesen. Auch die interregionale Beitragssatzgerechtigkeit wird bei überregionalen Gestaltungsformen beeinträchtigt, weil Versicherte in Regionen mit geringerer Angebotsdichte das aufwendigere Angebot in den besser versorgten Regionen mitfinanzieren. Andererseits erscheint angesichts der Unterschiede in den Lebensverhältnissen ein Transfer zwischen strukturstarken und strukturschwachen Regionen, also primär ein West-Ost-Transfer, wenn nicht aus sozi-

aler Verantwortung, so schon allein zur Sicherung des sozialen Friedens dringend erforderlich. Diesem Ziel kann dadurch Rechnung getragen werden, daß bei Risikostrukturausgleichen hinsichtlich der regionalen Reichweite die Ausgabenseite und die Einnahmeseite unterschiedlich gestaltbar sind. So wäre es etwa denkbar, den Grundlohnenausgleich vor allem im Interesse der GKV-Ost überregional zu gestalten, während der Ausgleich der Ausgabenrisiken aus den genannten Gründen auf Landesebene erfolgt. Auf diese Weise können die Vorzüge eines regionalen Ausgleichs von Ausgabenrisiken mit der Notwendigkeit eines bundesweiten Ausgleichs der Wirtschaftskraft in Einklang gebracht werden.

Was die zeitliche Befristung eines Risikostrukturausgleichs betrifft¹⁸, so stellt sich dieses Problem wegen der zu erwartenden Wanderungsbewegungen im Grunde genommen überhaupt nicht, sofern es gelingt, einen wirklich funktionsfähigen Risikostrukturausgleich bei Kassenwahlfreiheit und Kontrahierungszwang politisch durchzusetzen und zu implementieren. Die Wirkung des Risikostrukturausgleichs ist unter anderem darauf ausgerichtet, gerade jene Situation zu überwinden, die den Risikostrukturausgleich erforderlich macht.

Es bleibt zu hoffen, daß die zu erwartende Organisationsreform ein geschlossenes, nach den Erfordernissen der Systemrationalität ausgestaltetes Konzept beinhaltet wird, in dem sich die Systemerfordernisse gegenüber etwaigen Partikularinteressen durchsetzen werden.

¹⁷ Vgl. zur Bedeutung der Gestaltung von Marktmacht allgemein H.-J. Seraphim: Theorie der allgemeinen Wirtschaftspolitik, 2. Aufl., Göttingen 1963, S. 103 ff.; sowie auf dem Ärzte-Kassen-Markt im speziellen H. Lampert: Strukturfragen aus ordnungspolitischer Sicht: Gesundheitswesen und Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, in: WIdO (Hrsg.): Strukturfragen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Materialien, Bd. 21, 1983, S. 65 ff.

¹⁸ Vgl. Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“: Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gerlingen 1988, S. 132 ff.

HERAUSGEBER: HWWA – Institut für Wirtschaftsforschung – Hamburg (Präsident: Prof. Dr. Erhard Kantzenbach, Vizepräsident: Prof. Dr. Hans-Jürgen Schmah) **Geschäftsführend:** Dr. Otto G. Mayer

REDAKTION: Dr. Klaus Kwasniewski (Chefredakteur), Wiebke Bruderhausen, Dipl.-Vw. Claus Hamann, Dipl.-Vw. Christoph Kreienbaum, Dipl.-Vw. Ira Lanz, Helga Wenke, Dipl.-Vw. Irene Wilson, M.A.

Anschrift der Redaktion: Neuer Jungfernstieg 21, 2000 Hamburg 36, Tel.: (040) 3562306/307

VERLAG UND VERTRIEB: **Verlag Weltarchiv GmbH**, Neuer Jungfernstieg 21, 2000 Hamburg 36, Tel.: (040) 3562500

Bezugspreis: Einzelheft: DM 9,-, Jahresabonnement DM 106,- (Studenten: DM 53,-) zuzüglich Porto

Anzeigenpreisliste: Nr. 13 vom 1. 1. 1983

Erscheinungsweise: monatlich

Druck: AMS Wünsch Offset-Druck GmbH, 8430 Neumarkt/Opf.

Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages Weltarchiv GmbH ist es nicht gestattet, die Zeitschrift oder Teile daraus auf photomechanischem Wege (Photokopie, Mikrokopie) oder auf eine andere Art zu vervielfältigen. Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Besprechungsexemplare wird keine Haftung übernommen. Beiträge werden nur zur Alleinveröffentlichung angenommen. Die Redaktion behält sich bei zur Veröffentlichung vorgesehenen Aufsätzen eine Bearbeitung vor. Das Copyright liegt beim Verlag Weltarchiv GmbH.