

Thomae, Dieter

**Article — Digitized Version**

## Mehr Beitragsgerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung? - Mehr Beitragsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen?

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Thomae, Dieter (2000) : Mehr Beitragsgerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung? - Mehr Beitragsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 80, Iss. 5, pp. 266-267

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/40602>

### 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.*

Dieter Thomae

## Mehr Beitragsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen?

Es stellt sich die Frage, was Beitragsgerechtigkeit in der GKV überhaupt sein soll. Ein einheitlicher Beitragssatz für alle? Beitragssätze innerhalb eines gewissen Korridors? Gleiche Beiträge für gleiche Leistungen? Beitragsgerechtigkeit für wen? Für die Krankenkassen oder für die Versicherten? So wie die derzeitige Diskussion geführt wird, könnte man vermuten, dass es mehr darauf ankommt, Bestandsgarantien für Krankenkassen zu geben als dafür zu sorgen, dass Versicherte eine umfassende Versorgung im Krankheitsfall zu möglichst niedrigen Beitragssätzen erhalten.

Die Forderung nach einem Mindestbeitrag von 12,7% geht in diese Richtung. Der Wettbewerb der Krankenkassen wird durch eine solche Maßnahme eingeschränkt, das Beitragsniveau insgesamt nach oben gedrückt. Bevor Krankenkassen mit einem Beitragssatz unter 12,7% die Differenz an die Konkurrenz überweisen, würden sie eher ihre eigenen Ausgaben z.B. für Verwaltung oder für besondere Angebote an die Versicherten so weit erhöhen, dass die kritische Beitragsgrenze erreicht wird. Eine solche Entwicklung kann mit Ausnahmen einiger im Wettbewerb stehender Krankenkassen ernsthaft niemand wollen.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist für mich nur eines wirklich wichtig. Der Versicherte muss die Möglichkeit haben, sich für eine Krankenkasse und damit auch für einen Beitragssatz seiner Wahl zu entscheiden. Bestrebungen, wie sie unter anderem vom

DGB bekannt geworden sind, die Wahlfreiheit einzuschränken, sind schädlich und unakzeptabel. Eine Abschaffung oder Einschränkung der Möglichkeit, bei Beitragserhöhungen die Krankenkasse zu wechseln, ist nicht hinnehmbar. Viel eher muss überlegt werden, den Pflichtversicherten, die heute regulär nur einmal im Jahr die Möglichkeit haben ihre Krankenkasse zu wechseln, so zu behandeln wie freiwillig Versicherte, die das mit einem gewissen Vorlauf jederzeit tun können.

### Ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile?

Die derzeitige Diskussion, die unter dem Deckmäntelchen der Beitragsgerechtigkeit geführt wird, betrifft eigentlich die Frage des Wettbewerbs in der GKV. Dieser Wettbewerb der Krankenkassen, der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 angestoßen wurde, hat viel Bewegung in die Landschaft gebracht. Der Druck auf die einzelnen Krankenkassen, einen möglichst niedrigen Beitragssatz anzubieten, hat die Kreativität der Beteiligten erheblich befördert. Krankenkassen haben angefangen für bestimmte Patientengruppen wie z.B. Diabetiker oder Astmatiker gemeinsam mit Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern eine bessere Betreuung zu organisieren. In Modellvorhaben zur integrierten Versorgung, Praxisnetzen, kombinierten Budgets wird der Versuch unternommen, die Versorgung zu verbessern und/oder die Kosten zu senken.

So haben auch Krankenkassen angefangen auszutesten, ob ihre Versicherten eine Betreuung durch Geschäftsstellen haben wollen oder ob sich über Telefon, Telefax und Internet die Betreuung nicht genauso gut sicherstellen lässt, nur zu erheblich niedrigeren Kosten. Die Diskussion über die sogenannten virtuellen Krankenkassen ist selbst phantastisch genug. Was ist daran virtuell, wenn eine Krankenkasse die volle Palette der medizinischen Versorgung zu günstigen Preisen anbietet? Verständlich ist die Diskussion allerdings vor dem Hintergrund weniger erfolgreicher Mitbewerber. Alle Krankenkassen, egal ob groß oder klein, egal ob mit oder ohne Geschäftsstellen, bieten grundsätzlich die gleichen Leistungen und zahlen über den Risikostrukturausgleich für Geringverdiener, für Familienangehörige und für multimorbide alte Menschen. Insofern ist die Argumentation, die Betriebskrankenkassen hätten einen deutlich niedrigeren Rentneranteil und würden deshalb im Wettbewerb besser dastehen, nicht zutreffend. Selbst wenn die Zahl der Rentner niedriger sein sollte als bei anderen Kassenarten, zahlen sie dafür entsprechend in den Risikostrukturausgleich ein.

Was übrig bleibt ist die Frage, ob man damit leben kann, wenn lediglich bestimmte Versicherten Gruppen von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen, andere Versicherten Gruppen jedoch nicht und ob das zu ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen führt. Feststellen muss man, dass zunächst nach Eröffnung der Wahlfreiheit über-

hauptsächlich nur wenige Versicherte davon Gebrauch gemacht haben. In einer weiteren Phase haben bevorzugt Junge und Gesunde ihre Krankenkasse gewechselt. Das dürfte zum einen mit einer größeren Flexibilität zusammenhängen. Junge Leute sind zudem mit dem PC bestens vertraut. Sie brauchen keine Geschäftsstellen, um ihre Angelegenheiten abzuwickeln. Kranke Menschen hingegen sind häufig mit ihrer Krankheit so beschäftigt, dass sie sich nicht auch noch mit der Frage ihrer Krankenversicherung beschäftigen wollen.

Fraglich ist, ob dieser Trend so anhalten wird, oder ob andere Versichertengruppen nicht einfach ein wenig länger brauchen, um ebenfalls nach einer günstigen Krankenkasse Ausschau zu halten. Bereits heute ist ein Effekt zu verzeichnen, den man als Enkeleffekt bezeichnen könnte. Großeltern wechseln zu der Krankenkasse, die ihr Enkel zunächst für sich selbst ausgesucht hatte. Ich bin überzeugt davon, dass mit zunehmender Information auch über publikumswirksame Medien die Wechselbereitschaft bei allen Bevölkerungsgruppen zunehmen wird.

### **Korrekturgröße Risikostrukturausgleich**

Denjenigen, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Wahlfreiheiten für alle Versicherten beschlossen haben, war klar, dass es in der Anfangsphase des Wettbewerbs Verzerrungen geben könnte. Aus diesem Grund ist der Risikostrukturausgleich mit seinen ursprünglich vier, de facto allerdings fünf Faktoren eingeführt worden. Ganz bewusst hat man den Risikostrukturausgleich als einkommensorientierten Ausgleich ausgestaltet und nicht als ausgabeorientierten, um die Manipulationsmöglichkeiten gering zu halten und den

Anreiz, auf eine kostengünstige Erbringung der Leistungen zu achten, nicht zu mindern. Keine Krankenkasse muss einen höheren Beitragssatz erheben, nur weil ihre Versicherten über ein geringes Einkommen verfügen, weil sie viele Frauen, viele Familienangehörige, viele alte Menschen oder viele Erwerbsunfähige/Berufsunfähige-Rentner versichert. All dies wird im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ausgeglichen. Beitragssatzunterschiede erklären sich daraus nicht. Vielmehr sind dafür insbesondere zwei Faktoren verantwortlich:

- ☐ Die Höhe der Verwaltungskosten und freiwilligen Leistungen,
- ☐ Ob die Gesundheitsausgaben über oder unter dem GKV-Durchschnitt liegen.

Das wiederum ist abhängig:

- ☐ von der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
- ☐ davon, wie stark es gelingt, durch gute Versorgungsstrukturen die Kosten zu reduzieren,
- ☐ davon, welche Preise in den Vertragsverhandlungen ausgehandelt werden,
- ☐ davon, wie stark die Leistungsmenge z.B. durch Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Versicherten und der behandelnden und verordnenden Ärzte beeinflusst werden kann.

### **Installation einer Rückversicherung?**

Der Faktor Morbidität im Gegensatz zu den anderen Faktoren ist für die einzelne Krankenkasse nur sehr bedingt beeinflussbar. Zwar kann sie versuchen, diese durch Präventions- und Vorsorgemaßnahmen zu verbessern. Dem sind jedoch enge Grenzen gesetzt. Auch die behauptete bewusste Anwerbung gesunder Mitglieder

ist nicht zu belegen. Zum anderen wird aus einem gesunden Mitglied häufig sehr schnell ein krankes. Angesichts der geringen Beeinflussbarkeit bei teilweise drastischen Auswirkungen muss allerdings über die Morbidität noch einmal genau nachgedacht werden. Möglich wäre die Installation einer Art Rückversicherung. Die Niederlande verfügen z.B. über eine Art Großschadensversicherung für besonders teure und aufwendige Fälle.

Ob ein solches Modell auf unser System übertragen werden sollte, muss gründlich überlegt sein. Der Verwaltungsaufwand ist groß, und es ist nicht einfach, Indikationen zu definieren, bei denen die Ausgaben über alle Kassenarten ausgeglichen werden sollen. Ein solches Verfahren ist zudem manipulationsanfällig. Das zumindest haben wir aus dem früheren Krankenversicherung der Rentner-Ausgleich gelernt. Es birgt darüber hinaus die Gefahr einer kontinuierlichen Ausweitung. Selbst wenn man den Ausgleich nicht an Indikationen koppelt, sondern an Behandlungssummen, stellt sich immer die Frage, warum gerade diese oder jene Grenze zugrunde gelegt worden ist. Einen objektiven Maßstab gibt es nicht.

Zu fragen ist deshalb, ob nicht eine Reaktivierung der kassenarteninternen Hilfen der sehr viel bessere Weg ist, mit diesem Problem umzugehen. So können die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen bereits heute eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. Auf diese Weise ließen sich ohne Gesetzänderung Belastungsspitzen einzelner Krankenkassen vermeiden.