

Gesundheitsökonomische Beiträge

12

Wulf-Dietrich Leber

Risikosturgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerb



Nomos Verlagsgesellschaft
Baden-Baden

VORWORT

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland neu zu ordnen. Die Grundgedanken einer solchen Neuordnung - Wahlfreiheit für die Versicherten, Risikostrukturausgleich zwischen konkurrierenden Kassen und regionale Beitragssatzkalkulation - entstanden während meiner vierjährigen Tätigkeit beim Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und sind inzwischen in der sozialpolitischen Diskussion weit verbreitet. Die kritische und stets offene Diskussionsatmosphäre im Rat hat viel zur Entwicklung des vorliegenden Reformkonzeptes beigetragen. Dank schulde ich Herrn Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, der den langen Weg von der kurzen Ratsempfehlung zur wissenschaftlichen Arbeit begleitet und gefördert hat. Im Sommer 1991 wurde diese Arbeit als Dissertation am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Hannover angenommen.

Der empirische Teil entstand in enger Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Jürgen Wasem, der - damals Referent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung - die umfangreichen Simulationsrechnungen möglich gemacht hat. Wertvolle Diskussionsbeiträge verdanke ich Herrn Dr. Klaus Jacobs und Herrn Peter Reschke, die als Mitarbeiter des Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung (Berlin) mit derselben Thematik befaßt sind.

Die elektronische Textverarbeitung erübrigt inzwischen den Dank für die Schreibarbeiten. Um so mehr haben sich jene verdient gemacht, die - wie z.B. mein Vater und meine Schwester - das "Manuskript" sprachlich geglättet und den orthographischen Konventionen angepaßt haben. Am meisten gelitten hat Bettina, die unzählige Textversionen redigiert hat und deren Sprachempfinden als Germanistin durch Wortungetüme wie "Kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich" wiederholt gekränkt wurde. Ihr ist diese Arbeit gewidmet.

Berlin, Oktober 1991

Wulf-Dietrich Leber

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Leber, Wulf-Dietrich:

Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs / Wulf-Dietrich Leber. - 1. Aufl. - Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1991

(Gesundheitsökonomische Beiträge; Bd. 12)

ISBN 3-7890-2524-0

NE: GT

1. Auflage 1991

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1991. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

Inhaltsübersicht

Risikosturkurausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung

| | |
|--|-----|
| Vorwort | 5 |
| Inhaltsübersicht | 7 |
| Gliederung | 8 |
| Tabellenverzeichnis | 15 |
| Abbildungsverzeichnis | 18 |
| Abkürzungsverzeichnis | 19 |
| Variablenübersicht zu den Kapiteln 4 und 5 | 20 |
| Kapitel | |
| 1 Einführung | 23 |
| 2 Absicherung von Gesundheitsrisiken | 31 |
| 3 Neuordnung des Kassenwettbewerbs | 101 |
| 4 Risikosturkurausgleich | 133 |
| 5 Simulation des allgemeinen Risikosturkurausgleichs | 169 |
| 6 Ergebnisse für das Jahr 1986 | 213 |
| 7 Interregionale Umverteilung durch GKV-interne Finanzströme | 241 |
| 7 Neuordnung des Kassenwettbewerbs nach der Vereinigung Deutschlands | 241 |
| Literaturverzeichnis | 253 |

Kapitel 3

Neuordnung des Kassenwettbewerbs

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.1. | GKV als Versicherungsmarkt | 101 |
| 3.2. | Wettbewerb im gegliederten GKV-System | |
| 3.2.1. | Wahlfreiheit der Versicherten | 102 |
| 3.2.2. | Marktzugangsbeschränkungen | 104 |
| 3.2.3. | Wettbewerbsfelder | 105 |
| 3.2.4. | Wettbewerbsverzerrungen | 106 |
| 3.2.5. | Ausgabentreibender KVdR-Ausgleich | 109 |
| 3.2.6. | Wettbewerb ohne Wettbewerbsordnung | 110 |
| 3.3. | Wettbewerbsorientierte Reformvorschläge | |
| 3.3.1. | Gemeinsames Merkmal: Wahlfreiheit | 111 |
| 3.3.2. | Kassenwettbewerb ohne Finanzausgleiche | 113 |
| 3.4. | Kassenwettbewerb mit Risikostrukturausgleich | |
| 3.4.1. | Beitragsatz als Preissignal | 115 |
| 3.4.2. | Beitragsatzkorrektur durch Risikostrukturausgleich | 116 |
| 3.4.3. | Kassenübergreifende Umverteilung | 118 |
| 3.4.4. | Exkurs: Risikostrukturausgleich in einer regional gegliederten Einheitsversicherung | 118 |
| 3.4.5. | Einbeziehung der KVdR | 119 |
| 3.4.6. | Zur Frage besonderer Risikogruppen | 120 |
| 3.4.7. | Diskussion einiger Einwände | 122 |
| 3.5. | Regionale Beitragsätze | |
| 3.5.1. | Wettbewerb in der Region | 124 |
| 3.5.2. | Fiskalische Äquivalenz | 125 |
| 3.5.3. | Föderative Kassenstrukturen | 126 |
| 3.5.4. | Probleme der Regionabgrenzung | 126 |
| 3.5.5. | Intra- versus interregionaler Risikostrukturausgleich | 128 |
| 3.6. | Das Konzept "Risikostrukturausgleich und regionale Beitragsätze" als Teil einer GKV-Organisationsreform | 130 |

Kapitel 4

Risikostrukturausgleich

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.1. | Variablen- und Notationsübersicht | 133 |
| 4.2. | Morbiditätsausgleich (Finanzbedarfsausgleich) | |
| 4.2.1. | Ausgleich eines Risikofaktors (Alter) | 134 |
| 4.2.2. | Ausgleich mehrerer Risikofaktoren | 139 |
| 4.2.3. | Nichtberücksichtigung von Faktoren | 141 |
| 4.3. | Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen (Finanzkraftausgleich) | |
| 4.3.1. | Ausgleich mit durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten | 143 |
| 4.3.2. | Zur Anreizneutralität des Ausgleichsverfahrens | 145 |
| 4.4. | Allgemeiner Risikostrukturausgleich | |
| 4.4.1. | Verbindung von Morbiditätsausgleich und Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen | 149 |
| 4.4.2. | Auswirkungen bei vier Modellkassen | 150 |
| 4.5. | Spezielle Probleme des Risikostrukturausgleichs | |
| 4.5.1. | Risikostrukturausgleich bei regionalisierten Beitragsätzen | 155 |
| 4.5.2. | Finanzkraftausgleich bei fixem kassenübergreifenden Beitragsatz für bestimmte beitragspflichtige Einnahmen (Bsp: Renten) | 157 |
| 4.5.3. | Behandlung einkommensproportionaler Leistungen im Risikostrukturausgleich (Bsp: Krankengeld) | 159 |
| 4.5.4. | Ausgabenausgleich für bestimmte Leistungen | 160 |
| 4.6. | Konkrete Modelle für einen Risikostrukturausgleich | |
| 4.6.1. | Risikostrukturausgleich in der allgemeinen Krankenversicherung | 162 |
| 4.6.2. | Risikostrukturausgleich unter Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner | 164 |
| 4.7. | Der vorgeschlagene Risikostrukturausgleich im Vergleich zu anderen Finanzausgleichen | 165 |

Kapitel 5

Simulation eines allgemeinen Risikostrukturausgleichs Ergebnisse für das Jahr 1986

| | | |
|--------|---|-----|
| 5.1. | Fragstellung und Hypothesen | 169 |
| 5.2. | Datengrundlage und methodisches Vorgehen | |
| 5.2.1. | GKV-Daten für 1986 | 170 |
| 5.2.2. | Rechnerische Beitragssätze | 171 |
| 5.2.3. | Daten zur Versichertenstruktur | 175 |
| 5.2.4. | Ausgabenprofil des Morbiditätsausgleichs | 176 |
| 5.2.5. | Berechnung der Urbeitragsätze | 179 |
| 5.2.6. | Streuungsmaß und Aggregation | 181 |
| 5.3. | Simulationsrechnungen im Überblick | |
| 5.3.1. | Gesamtheit der Ausgleiche | 182 |
| 5.3.2. | Risikostrukturausgleich in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) | 184 |
| 5.3.3. | Risikostrukturausgleich bei Einbeziehung der KVdR | 185 |
| 5.4. | Ergebnisse nach Kassentypen | |
| 5.4.1. | Wirkungen von AKV-Risikostrukturausgleichen | 186 |
| 5.4.2. | Struktur der Urbeitragsätze | 190 |
| 5.4.3. | Wirkungen von Risikostrukturausgleichen nach Auflösung des KVdR-Ausgleichs | 192 |
| 5.5. | Intra- und interregionale Beitragssatzstrukturen | |
| 5.5.1. | Veränderung intra- und interregionaler Beitragssatzstrukturen durch Risikostrukturausgleich | 196 |
| 5.5.2. | Interregionale Beitragssatzdifferenzen: Beitragssätze der Ortskrankenkassen bei Risikostrukturausgleich | 199 |
| 5.6. | Interpretation der Beitragssatzdifferenzen nach Risikostrukturausgleich | 207 |
| 5.7. | Anregungen für weitere empirische Studien | 209 |

Kapitel 6

Interregionale Umverteilung durch GKV-interne Finanzströme

| | | |
|--------|--|-----|
| 6.1. | Schwierigkeiten der Erfassung und Abgrenzung interregionaler Umverteilung | 213 |
| 6.2. | Interregionale Umverteilung durch GKV-interne Finanzströme im Status quo | |
| 6.2.1. | Umverteilung innerhalb überregionaler Kassen | 214 |
| 6.2.2. | Umverteilung durch kassenübergreifende Finanzausgleich | 214 |
| 6.2.3. | Interregionale Umverteilung durch mischkalkulierte Leistungsgütung | 215 |
| 6.2.4. | Finanzierungssalden der Regionen als Forschungsgegenstand | 216 |
| 6.3. | GKV-interne Finanzierungssalden der Bundesländer im Jahre 1987 | |
| 6.3.1. | Probleme einer Ermittlung der Finanzierungssalden | 216 |
| 6.3.2. | Datengrundlage | 221 |
| 6.3.3. | Finanzierungssalden innerhalb der Ersatzkassen für Angestellte | 225 |
| 6.3.4. | Finanzierungssalden innerhalb des KVdR-Ausgleichs | 229 |
| 6.4. | Auswirkungen von regionalisierten Beitragssätzen und Risikostrukturausgleich auf die interregionale Umverteilung | |
| 6.4.1. | Zum Zusammenhang von Organisationsreform und interregionaler Umverteilung | 233 |
| 6.4.2. | Auswirkungen eines Risikostrukturausgleichs | 234 |
| 6.4.3. | Finanzierungssalden der Bundesländer nach Regionalisierung und Risikostrukturausgleich | 236 |

Kapitel 7

Neuordnung des Kassenwettbewerbs nach der Vereinigung Deutschlands

- 7.1. Neue Herausforderungen durch den Beitritt der fünf neuen Bundesländer 241
- 7.2. Entwicklung des Krankenversicherungssystems in der DDR 242
- 7.3. Übertragung des Krankenversicherungssystems auf die fünf neuen Bundesländer 244
- 7.4. Getrennte Beitragssatzkalkulation und Ost-West-Risikostrukturausgleich 246
- 7.5. Sozialrechtliche Einheit 250

Kapitel 1

Einführung

1.1. Wettbewerb und Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen

Die Debatte über eine funktionsgerechte Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geht inzwischen ins zweite Jahrhundert und füllt lange Bücherregale. Relativ neu ist indes eine wettbewerbspolitische Analyse und Weiterentwicklung der GKV. Dabei werden die Beziehungen zwischen den Versicherten und den verschiedenen Krankenkassen als "Versicherungsmarkt" betrachtet und dessen Funktionsfähigkeit untersucht.

Voraussetzungen für eine wettbewerbliche Betrachtungsweise sind Kassenvielfalt und Wahlfreiheit der Versicherten. Während die Kassenvielfalt von Anfang an zu den Strukturelementen der GKV gehörte, hat die freie Kassenwahl erst sukzessive - und ohne daß ein planvolles Vorgehen erkennbar wäre - Eingang in die Sozialversicherung gefunden. Sie ist entstanden, weil die ursprünglich unabhängigen "Hilfskassen" als sogenannte "Ersatzkassen" in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen wurden. Im Rahmen der Integration blieben den in den Ersatzkassen versicherten Personen - vorwiegend Angestellte - Wahlmöglichkeiten erhalten. Durch den erwerbsstrukturellen Wandel nahm die Anzahl der wahlberechtigten Mitglieder so stark zu, daß die freie Kassenwahl von einer Ausnahmeerscheinung zum konstitutiven Element der GKV wurde. Gegenwärtig kann die Mehrheit der Mitglieder zwischen zwei oder mehr Kassen wählen.

Die Möglichkeit der GKV-Mitglieder, eine von mehreren gesetzlichen Krankenkassen wählen zu können, bringt die Kassen ihrerseits in eine Situation, in der sie wie private Unternehmen auf einem Versicherungsmarkt um Mitglieder werben müssen. Dies gilt insbesondere für die Ersatzkassen, die keinen gesetzlich zugewiesenen Mitgliederkreis haben.

Das Versicherungsgut ist durch den gesetzlich definierten Leistungskatalog weitgehend standardisiert, die Beitragssätze der Kassen jedoch umspannen ein Spektrum von 8 - 16 Prozentpunkten. Ursachen und Berechtigung dieser Beitragssatzdifferenzen sind Gegenstand einer umfangreichen verbandspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion, die bis Mitte der 80er Jahre vor allem mit verteilungspolitischen Argumenten ge-

führt wurde.¹ Inzwischen rückt die Bedeutung der Beitragssatzdifferenzen im Kassenswettbewerb ins Blickfeld. Da die Beitragssätze entscheidungsleitende Funktion bei der Kassenwahl haben, wird untersucht, ob und inwieweit es durch Beitragssatzdifferenzen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen kommt.

Die Beitragssatzdifferenzen sind auf drei wesentliche Ursachenbündel zurückzuführen: die unterschiedliche Effizienz der Kassen, Unterschiede im (regionalen) Versorgungsniveau und abweichende Versichertenstrukturen der Kassen. Der Einfluß der Versichertenstruktur auf den Beitragssatz ist eine Folge der einkommensbezogenen Finanzierung der GKV. Kassen mit vergleichsweise alten Versicherten und niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen haben einen höheren Beitragssatz als Kassen, deren Versicherte einkommensstark und jung sind.

Die Abhängigkeit des Beitragssatzes von der Versichertenstruktur ist nicht nur verteilungspolitisch fragwürdig, sondern auch aus wettbewerbstheoretischer Sicht kritizierbar: Wenn die Beitragssätze vorrangig die Versichertenstruktur und nicht die Effizienz der Kassen widerspiegeln, dann werden im GKV-Versicherungsmarkt falsche Preissignale gesetzt. Es setzen sich am Markt vorrangig die Kassen mit der besten Versichertenstruktur durch und nicht die Kassen, die ein bestimmtes Versorgungsniveau mit dem geringsten Ressourcenaufwand erstellen.²

In der vorliegenden Arbeit wird ein Finanzungleichheitsmechanismus zwischen gesetzlichen Krankenkassen³ konstruiert, der den Einfluß der Versichertenstruktur auf den Beitragssatz eliminiert. Die Beitragssätze werden dadurch zu "Effizienzindikatoren" und schaffen einen unverzerrten Wettbewerb zwischen den konkurrierenden Kassen. Da der Ausgleich ein "Risiko" der Versicherten ansetzt, hat sich dafür der Begriff "Risikosturtausgleich" durchgesetzt.

Ein zweiter Grund für Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen ist deren unterschiedliche Regionsabgrenzung. Weil sich das regional unterschiedliche Versorgungsniveau nur in den Beitragssätzen der regionalen Kassen niederschlägt, kommt es zu Verzerrungen zwischen regionalen und überregionalen Kassen. Unabhängig von der Effizienz der Kasse werden in den hoch versorgten Ballungsgebiete

ten vorwiegend die bundesweit mischkalkulierenden Kassen gewählt, während in den dünn besiedelten Flächen die regionalen Kassen einen Beitragsatzvorteil haben. Dies kann vermieden werden, wenn für alle Kassen regionale Beitragssätze eingeführt werden. Beides zusammen - der Risikosturtausgleich und regionale Beitragssätze - bilden ein wettbewerbsorientiertes und zugleich föderalistisches Reformkonzept für die GKV.

1.2. Wettbewerbliche Neuordnung bei einkommensbezogenen Beiträgen

Die wettbewerbliche Neuordnung der GKV durch einen Risikosturtausgleich bildet innerhalb der inzwischen großen Zahl von wettbewerbsorientierten Reformvorschlägen einen Sonderfall, weil die bestehende, beitragsbezogene Finanzierung der GKV beibehalten wird. Die vorgeschlagene Neuordnung ist zudem unabhängig von der Größe des GKV-Leistungsumfanges und der Zahl der einbezogenen Pflichtmitglieder. Dies kontrastiert mit einer wettbewerbspolitischen Schule, die Wettbewerb im Gesundheitswesen vor allem durch eine Verminderung des Zwangsversicherungsumfanges⁴ und verstärkte Wahlmöglichkeiten zur privaten Krankenversicherung⁵ - also letztlich eine Reduktion des Pflichtversicherungskreises - herbeiführen will. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur Wettbewerbsdiskussion innerhalb einer gesetzlichen Pflichtversicherung.

Dadurch, daß die Suche nach wettbewerblichen Lösungen für die Organisationsprobleme der GKV in dieser Arbeit auf Modelle mit einkommensproportionaler Finanzierung beschränkt wurde, ist der große Kreis wettbewerbsorientierter Reformoptionen mit risikopropotionalen Beiträgen ausgegrenzt worden. Diese Ausgrenzung stellt keine Bewertung dar. Zweifelsohne haben viele der Reformoptionen, die den Übergang zu risikopropotionalen Beiträgen vorsehen und damit Versicherungs- und Verteilungsfunktionen trennen, ein größeres Maß an theoretischer Geschlossenheit als das Gros der ad-hoc-Vorschläge im Rahmen des bestehenden Finanzierungsprinzips. Die Reformvorschlage vernachlässigen jedoch die erstaunliche Stabilität, die das Prinzip der einkommensbezogenen Beiträge im deutschen Sozialversicherungssystem hat.

Die einkommensbezogene Finanzierung ist ökonomisch gesehen die große Konstante der deutschen Sozialversicherung⁶. Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung haben unterschiedlichste Aufgaben und Risiken - gemeinsam ist ihnen die Finanzierung durch einkommensproportionale Beiträge. Die historische Erklärung ist in der Lösung der Arbeiterfrage im ausgehenden 19. Jahrhundert zu sehen. Zur gesellschaftspolitischen Stabilisierung und Verhinderung von Massenarmut wurde eine Absi-

1 Zur Frage, ob die bestehenden Beitragssatzdifferenzen auch verfassungswidrig sind, vgl. Wido (1980) und Brunckhorst (1987) mit weiteren Nachweisen.

2 Die Allokationsentscheidungen der Kassen, die letztlich deren unterschiedliche Effizienz verursachen, werden im folgenden nicht näher untersucht. Zu denken ist an Preisverhandlungen mit den Leistungsanbietern oder auch an Verwaltungskosten. Als Überblick zur komplexen Entscheidungs- und Steuerungsstruktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens sei auf die Bibliographie Andersen/Schulenburg (1987) und die zwei umfassenden Darstellungenversuche hingewiesen: SVRKAIG (1987 - 1990), Enquete (1990).

3 Im Rahmen dieser Arbeit stehen die Finanzströme und Finanzungleiche innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund. Zu den Finanzströmen zwischen Sozialleistungsträgern vgl. Henkel (1990) und Mackscheidt (1989).

4 Vgl. Frankfurter Institut (1987), Wissenschaftliche Arbeitsgruppe (1988).

5 Vgl. Forstier/Vaassen (1980), Zschecke (1989).

6 Vgl. Zacher (1980).

berung des Arbeitseinkommens für den Fall des alters-, unfall- oder krankheitsbedingten Arbeitsausfalls geschaffen.⁷ Trotz der Unterschiedlichkeit der leistungsausweisenden Tatbestände stand jeweils die Sicherung des Einkommens im Vordergrund. Da sich die Leistungen (Alters- bzw. Invalidenrente, Kranken- bzw. Arbeitslosengeld) vornehmlich am Einkommen des Versicherten orientieren, wurden im Sinne einer Beitrags-Leistungs-Äquivalenz auch die Beiträge einkommensproportional ausgestaltet.

Bemerkenswert ist, daß dieses Finanzierungsprinzip auch dann nicht geändert wurde, als die Leistungen kaum noch Bezug zum Einkommen hatten wie z.B. in der Krankenversicherung. Selbst in der ehemaligen DDR, wo das Sozialversicherungssystem de facto durch ein staatliches Versorgungssystem ersetzt wurde, blieben einkommensbezogene Beiträge erhalten. Es können mehrere Erklärungsgründe für diese Langlebigkeit angeführt werden:

1. Die einkommensbezogenen Beiträge sind verwaltungstechnisch einfach zu handhaben, was angesichts der großen Anzahl mittelabführender Stellen bedeutsam ist.
2. Die Einbelei der Sozialversicherung gilt als eigenständiger Wert und steht einer Änderung von Finanzierungsprinzipien in den einzelnen Sozialversicherungszweigen entgegen.⁸
3. Die einkommensproportionale Finanzierung steht im Einklang mit der verteilungspolitischen Norm "Jeder nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten".
4. Der Übergang von einkommens- zu risikoproportionalen Beiträgen ist bei Risiken, die mit dem Alter des Versicherten wachsen, mit einem Übergang vom Umlage- zum Kapitaldeckungsprinzip verbunden. Die Übergangsschwierigkeiten beim Aufbau eines Kapitalstocks - und dessen Sicherung über lange Zeiträume - begründen eine außerordentliche Stabilität des gegenwärtigen Finanzierungsprinzips, das ohne Kapitalstock auskommt.

Die Gewichtung der einzelnen Gründe und deren gesellschaftstheoretische Einbettung muß einer soziologischen Untersuchung vorbehalten bleiben.⁹ Die Beschränkung des Leistungsraumes erhöht die Anforderungen bei der Neuordnung des Wettbewerbs. Letztlich wird im Rahmen dieser Arbeit versucht, trotz einkommensbezogener Beiträge einen

⁷ Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73), Unfallgesetz vom 6. Juli 1884 (RGBl. S. 69) sowie das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 (RGBl. S. 97). Der Bismarckschen Sozialgesetzgebung folgte in der Weimarer Republik die Arbeitslosenversicherung: Gesetz über Arbeitslosen-vernichtung und Arbeitslosenversicherung vom 16. Juli 1912 (RGBl. I. S. 187). Vgl. Wannagat (1965), Zöllner (1981).

⁸ Auch hier spielen verwaltungstechnische Erwägungen eine Rolle. Vgl. den gemeinsamen Eintrag der Gesamtsozialversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen nach §§ 28d und 28h ff. SGB IV.

⁹ Vgl. allgemein zur strukturellen Konstanz des deutschen Gesundheitssystems Webber (1990).

funktionsgerechten Kassenwettbewerb zu gestalten, den man durch ein System mit risikoproportionaler Finanzierung ebenfalls haben könnte.

1.3. Zusammenfassung der Argumentation: Vom gegliederten Krankenkassensystem zum Kassenwettbewerb mit Risikostrukturgleich

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Tatsache, daß Eintritt und Höhe von Krankheitskosten zufallsverteilt und somit versicherbar sind. In Kapitel 2.1. werden zunächst verschiedene Ausprägungen des Äquivalenzprinzips in der Krankenversicherung dargestellt, wobei sich zeigt, daß das Tariffsystem der bundesdeutschen privaten Krankenversicherung (PKV) nur eine von vielen Versicherungsvarianten ist und folglich auch nicht als einziges Referenzsystem für die GKV gelten kann.

Einen Sonderfall innerhalb der Krankheitskosten bildet die Absicherung des Erwerbseinkommens (2.1.6.), weil der Leistungsumfang (Krankengeld) u.a. vom abzuschließenden Einkommen abhängt. Die risikoäquivalente Prämie ist deshalb einkommensproportional. Diese Einkommensproportionalität bildet zugleich die Brücke zur gesetzlichen Krankenversicherung (2.2.), die durch Versicherungspflicht, einkommensbezogene Beiträge, Sachleistungsprinzip, Selbstverwaltung und Gliederung gekennzeichnet ist. Einkommensbezogene Beiträge (2.2.3.) und die Gliederung der GKV in einzelne Kassen (2.3.) bilden das Spannungsfeld der weiteren Argumentation.

Die Gliederung der GKV nach Kassenarten (2.3.1.) knüpft wesentlich am Arbeitsverhältnis an. Daneben lassen sich eine föderative Gliederung (2.3.2.) und eine Unterteilung in die allgemeine Krankenversicherung (AKV) und die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) identifizieren (2.3.3.).

Die Sonderbehandlung der Rentner - eine Personengruppe, die erst relativ spät Eingang in die Krankenversicherung gefunden - bildet heute eines der wichtigsten ordnungspolitischen Probleme (2.4.2. - 2.4.7.). Zur Vermeidung von extremen Belastungsunterschieden hat sich der Gesetzgeber entschieden, die Ausgaben der Rentner kassenartenübergreifend zu finanzieren, so daß für Rentner finanziell gesehen eine Einheitsversicherung existiert. Dies ist mit ausgabenbetreibenden Effekten verbunden, weil der einzelnen Kasse das Interesse an sparsamer Mittelverwendung fehlt (2.4.6.). Ohne eine Abschaffung des KVdR-Ausgleichs kommt es aufgrund der steigenden Rentnerausgaben langfristig zur Abschaffung des gegliederten Systems.

Eine finanzwissenschaftliche Analyse der GKV zeigt, daß die gesetzlich vorgeschriebene Absicherung in der GKV stark von einer risikoäquivalenten Absicherung abweicht und somit eine Umverteilungskomponente enthält (2.5.1.). Diese Umverteilungswirkungen, die schon mehrfach Gegenstand finanzwissenschaftlicher Untersuchungen waren (2.5.2.), sind Folge eines Funktionswandels bei Strukturkonstanz: Gewandelt hat

sich die Funktion der GKV von der Absicherung des Erwartungseinkommens zur Bereitstellung von Gesundheitsleistungen; geblieden ist die einkommensproportionale Finanzierung (2.5.3.).

Die Berücksichtigung der GKV-Gliederung (2.3.) bei der Umverteilungsanalyse zeigt, daß die einzelne Kasse die ökonomisch relevante Umverteilungsgemeinschaft ist und daß es deshalb bei Risikoselektion zu einer Verminderung der Umverteilungsvolumina kommen kann (2.5.4.). Finanzausgleiche schwächen diesen "Entsolidarisierungseffekt" ab. Äußeres Zeichen der Risikoselektion sind die Beitragssatzdifferenzen (2.6.), deren verteilungstheoretische Bewertung den Abschluß des Kapitels bildet (2.7.).

In Kapitel 3 wird die GKV als ein System konkurrierender Kassen, also quasi als Versicherungsmarkt mit einer weitgehend standardisierten Versicherungsleistung analysiert. Im Ergebnis wird festgestellt, daß die GKV zwar Wettbewerbselemente enthält, daß von einer schlüssigen Wettbewerbsordnung jedoch nicht die Rede sein kann. Der Wettbewerb zwischen den Kassen ist derzeit unvollständig, weil nicht alle Versicherten ein Wahlrecht haben (3.2.1.), weil der Marktzugang beschränkt ist (3.2.2.) und den Kassen kaum Wettbewerbsfelder zur Verfügung stehen (3.2.3.). Er ist verzerrt, weil die bei der Kassenwahl bedeutsamen Beitragssätze aufgrund der einkommens- und nicht risikoproportionalen Mittelaufbringung in der GKV im wesentlichen die Versichertenstruktur und nicht die Effizienz der Kassen widerspiegeln (3.2.4.). Der Wettbewerb ist ausgabentreibend, weil im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner ein vollständiger Ausgabenausgleich zwischen den Kassen erfolgt (3.2.5.).

Nach Darstellung wesentlicher Konzepte für eine wettbewerbliche Neuordnung der GKV (3.3.) wird die Funktion eines Risikostrukturvergleichs erläutert (3.4.). Der Ausgleich ist in der Lage, Wettbewerbsverzerrungen zu beseitigen, er verhindert verteilungspolitisch unerwünschte Beitragsbelastungen aufgrund von Risikoselektion und kann außerdem den ausgabentreibenden KVdR-Mechanismus ersetzen.

Um Wettbewerbsverzerrungen zwischen regional kalkulierenden Kassen und Kassen mit bundesweiter Beitragssatzkalkulation zu vermeiden, wird anschließend eine durchgängig regionale Beitragssatzkalkulation empfohlen und deren Ausgestaltung diskutiert (3.5.). Insgesamt ergibt sich aus der wettbewerbsorientierten Diskussion ein Konzept mit Risikostrukturvergleich und regionalen Beitragssätzen.

In Kapitel 4 wird ausführlich die Ausgestaltung des Risikostrukturvergleichs diskutiert. Dieser setzt sich aus einem Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen (Finanzkraftausgleich) und einem Morbiditätsausgleich (Finanzbedarfsausgleich) zusammen. Die Ausgleichszahlungen im Morbiditätsausgleich - in erster Linie ein Ausgleich der Alters- und Geschlechtsstruktur - erfolgen dabei in normierter Höhe. Mehrausgaben einer Kasse können deshalb nicht über den Ausgleich refinanziert werden, und die Anreize zur sparsamen Mittelverwendung bleiben erhalten.

Desweiteren werden spezielle Probleme des Ausgleichs erörtert (regionale Beitragssätze, fixe Beitragssätze, partieller Ausgabenausgleich etc.) und konkrete Modelle für einen Risikostrukturvergleich entwickelt (4.6.).

Kapitel 5 präsentiert die Ergebnisse einer Simulation eines Risikostrukturvergleichs für die GKV im Jahre 1986. Für 1164 Kassen wurden ein Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen, Morbiditätsausgleiche und allgemeine Risikostrukturgleichberechnungen. Während für die Berechnungen der Ausgleiche in der AKV weitgehend verlässliche Daten zur Verfügung standen (5.2.2. - 5.2.4.), bereitete die Berechnung eines Ausgleichs unter Einbeziehung der KVdR erhebliche Schwierigkeiten. Da die Verteilung der beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner auf die Kassen nicht bekannt ist, wurden diese unter Verwendung bestimmter Annahmen auf die Kassen verteilt und damit erstmals die "Urbeitragssätze" der Kassen berechnet, also die Beitragssätze, die sich ohne jeden Ausgleich ergeben würden (5.2.5.).

Innerhalb der AKV vermindert der Risikostrukturvergleich die gewichtete Beitragssatzvarianz (5.4.1.). Ein Teil der bestehenden Beitragssatzdifferenzen läßt sich also durch die Risikostruktur erklären. Die Auflösung des KVdR-Ausgleichs verdoppelt die Beitragssatzdifferenzen (5.4.2.). Ein anschließender Risikostrukturvergleich vermindert die Differenzen erheblich. In den Ausgleichsn profitieren die Ortskrankenkassen auf Kosten von Betriebs- und Ersatzkassen, wobei jeweils auch innerhalb der Kassenarten erwähnenswerte Finanzvolumina fließen.

Bei einer regionalen Betrachtung der Beitragssatzdifferenzen (5.5.) zeigt sich, daß durch einen Risikostrukturvergleich die Bedeutung von Beitragssatzdifferenzen innerhalb der Regionen ab- und die Bedeutung von Differenzen zwischen den Regionen zunimmt. Dies deutet darauf hin, daß verbleibende Beitragssatzdifferenzen z.T. durch das unterschiedliche Versorgungsniveau erklärt werden können.

In Kapitel 6 wird die in der finanzwissenschaftlichen Literatur bisher vernachlässigte interregionale Umverteilung durch GKV-interne Finanzströme behandelt. Eine Neuordnung der GKV durch Risikostrukturvergleich und regionale Beitragssätze würde die Volumina dieser Ströme stark verändern. Die interregionale Umverteilung vollzieht sich derzeit zum einen innerhalb der Mischkalkulation überregionaler Kassen (6.2.1.) und zum zweiten im Rahmen bundesweiter Finanzausgleiche (6.2.2.). Die Ermittlung der Finanzierungssalden nach Regionen bzw. Bundesländern bereitet wegen der desolaten Datenituation erhebliche Schwierigkeiten (6.3.1.). Bei einer Schätzung für das Jahr 1987 zeigen sich innerhalb des KVdR-Ausgleichs Umverteilungsvolumina, die in der Größenordnung des bundesstaatlichen, horizontalen Finanzausgleichs liegen.

Die Auswirkungen von regionalen Beitragssätzen und Risikostrukturvergleich auf die Finanzierungssalden lassen sich derzeit nicht berechnen, weil regionale Versichertenstrukturdaten in überregionalen Kassen nicht verfügbar sind. Eine Modellrechnung mit AOK-Daten zeigt, daß die gut versorgten Zentren (Hamburg und Berlin) adäquater be-

sier würden: Flächenländer mit geringer Angebotsdichte, wie z.B. Niedersachsen und Bayern, würden entlastet.

Gegenstand des letzten, des 7. Kapitels, sind die Probleme der GKV, die sich aus der Vereinigung der Bundesrepublik Deutschland und der DDR ergeben haben. Die Situation bei der Verschmelzung zweier stark unterschiedlicher Sicherheitssysteme schien zunächst völlig neue Analysen und Instrumente zu verlangen. Durch die weitgehende Übernahme des bundesdeutschen Systems kann jedoch auch die in dieser Arbeit ausgeführte Mängelanalyse und das vorgeschlagene Lösungskonzept übernommen werden. Die Unterschiede in der Wirtschaftskraft und im Versorgungsniveau der alten und neuen Bundesländer ist lediglich ein besonders ausgeprägtes Beispiel für regionale Disparitäten. Die daraus ensiehenden ordnungs- und verteilungspolitischen Probleme können durch einen deutschlandweiten Risikostrukturvergleich und regionale Beitragssätze gelöst werden.