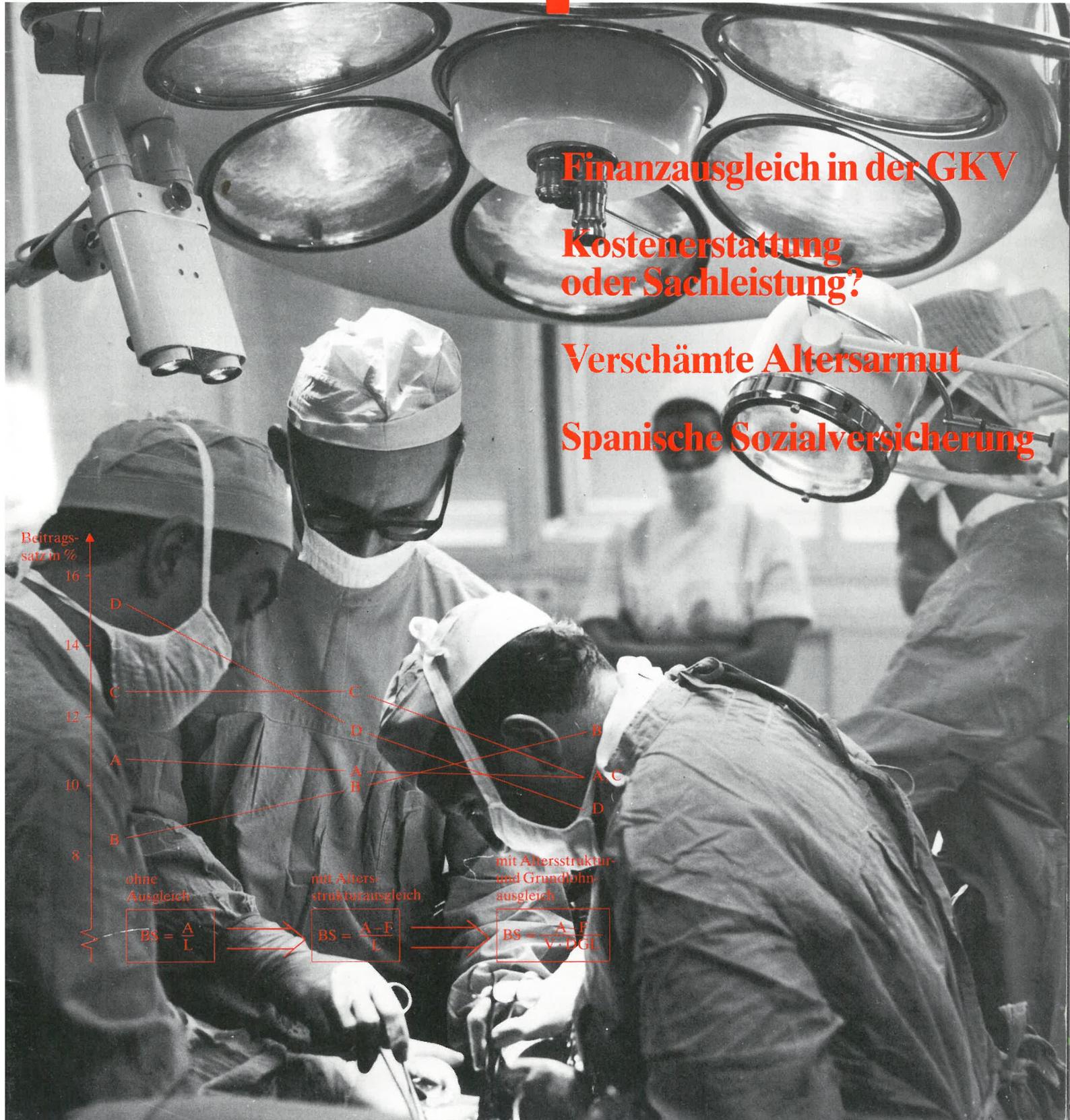


# Arbeit und Sozialpolitik



Finanzausgleich in der GKV

Kostenerstattung  
oder Sachleistung?

Verschämte Altersarmut

Spanische Sozialversicherung



Wulf Leber, Bonn

# Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionsfähigen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Freie Kassenwahl für Angestellte und gleichzeitig die Zwangsmitgliedschaft für Arbeiter – dies stößt in einer modernen, demokratischen Gesellschaft zunehmend auf Widerspruch. Gleichwohl baut die »bewährte« Kassenartenstruktur der GKV gerade auf diesem Anachronismus auf. Die Forderungen nach einem einheitlichen Sozialrecht für alle Arbeitnehmer werden immer häufiger. Kann aber die GKV ihre wesentlichen Aufgaben – Absicherung gegen Gesundheitsrisiken zu vertretbaren Kosten und sozialer Ausgleich – noch erfüllen, wenn nicht nur die Angestellten, sondern auch die Arbeiter ihre Kasse frei wählen dürfen?

Die folgenden Ausführungen zeigen, daß die Einführung von freier Kassenwahl für alle Versicherten im gegenwärtig bestehenden System zu erheblichen Ineffizienzen führen kann – von den sozialen Konsequenzen infolge auseinanderdriftender Beitragssätze<sup>1)</sup> einmal ganz abgesehen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Kassen kann erst durch eine zusätzliche Maßnahme entstehen, die manchen als das Gegenstück zum Wettbewerb erscheint: kassenübergreifender Finanzausgleich. Ein Finanzausgleich zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Risikostrukturen der konkurrierenden Kassen muß nicht der Weg in die Einheitsversicherung bedeuten, sondern ist geradezu die Voraussetzung für freie Kassenwahl und mehr Wettbewerb in der GKV. Dazu muß er allerdings – anders als der bestehende KVdR-Ausgleich – als Risiko- bzw. Finanzmittelausgleich und nicht als Ausgabenausgleich gestaltet werden.

Die Problematik ist von zentraler Bedeutung für die angekündigte Strukturreform. Da es in der Regel einige Überwindung erfordert, sich mit den Wirkungen und mathematischen Feinheiten verschiedener Ausgleichsmechanismen auseinanderzusetzen, werden im folgenden eine einfache Darstellung gewählt und die komplexen wohlfahrtstheoretischen Zusammenhänge auf die simple Frage reduziert: Setzen sich im Wettbewerb bei freier Kassenwahl die effizientesten Kassen durch, oder sind die Rahmenbedingungen derart, daß die »falschen« Kassen auf der Strecke bleiben?

Eine Antwort wird anhand eines überschaubaren Vier-Kassen-Beispiels vorgeführt.

## GKV-Beitragssätze: Irrlichter als Preissignale

Die Wahl einer Kasse ist für den Versicherten eine Beitrags-Nutzen-Abwägung: Zu welchem Preis ist bei den verschiedenen Kassen eine Absicherung gegen Gesundheitsrisiken möglich? Die Kassen versuchen eine bedarfsgerechte Versorgung zu möglichst geringen Kosten anzubieten, und die Versicherten geben durch ihre Kassenwahl eine Beurteilung dieser Bemühungen. Die »besten« Kassen erhalten aber nur dann Zulauf, wenn die Beitragsdifferenz zwischen den Kassen deren unterschiedliche Effizienz widerspiegelt, ein niedriger Preis also – bei entsprechender Leistung – hohe Effizienz signalisiert. Im momentanen GKV-System sind die Preissignale jedoch Irrlichter. Die Beitragssätze spiegeln im wesentlichen die Risikostruktur der Versicherten wider, so daß effiziente Kassen unter Mitgliederschwund leiden, wenn sie zufällig schlechte Risiken haben, und Kassen mit günstiger Risikostruktur (zum Beispiel viele junge Leute mit hohem Einkommen) können unabhängig von ihrer Effizienz einen Mitgliederzuwachs verzeichnen. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen. Die vier fiktiven Kassen A, B, C und D unterscheiden sich in

- Altersstruktur (vereinfacht zu fünf Altersgruppen),
- Grundlohn je Versicherten,
- Ausgabenprofil,
- Gesamtzahl der Versicherten und
- Beitragssatz.<sup>2)</sup>

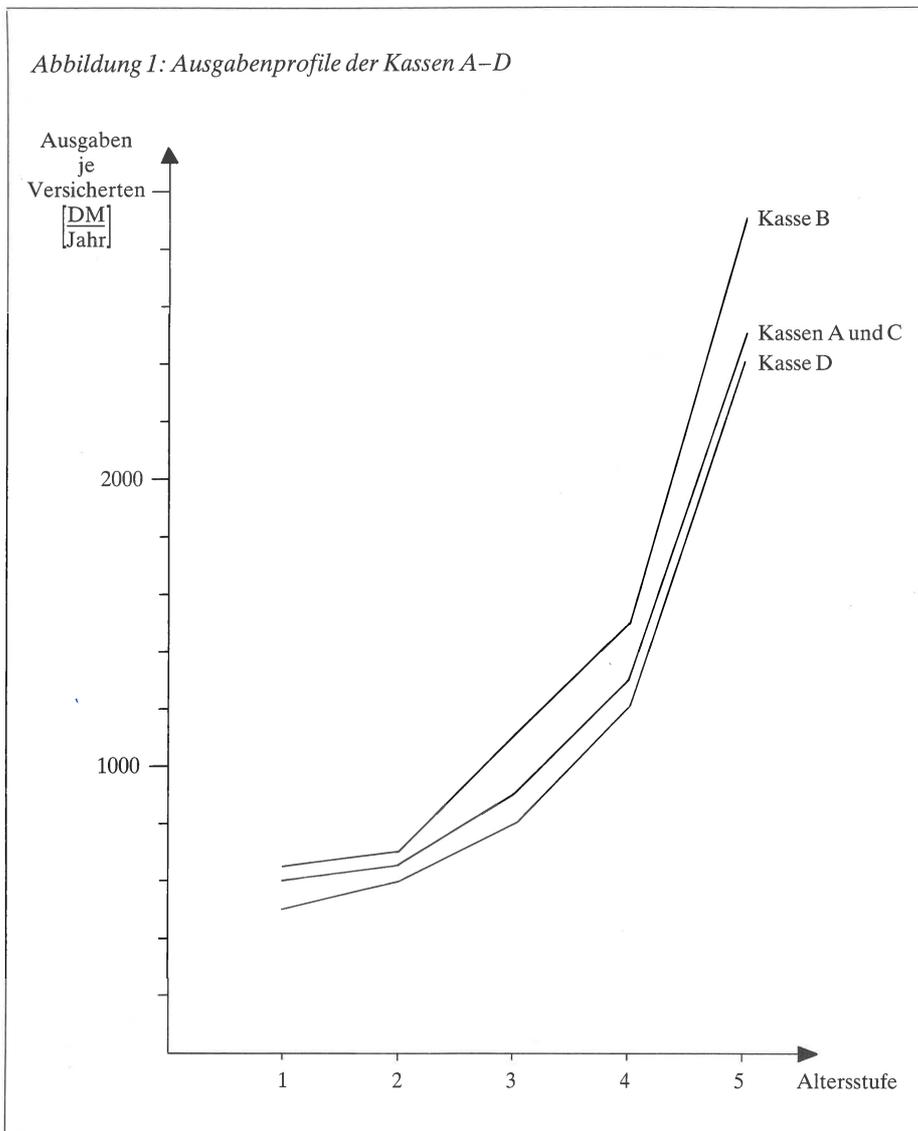
Zunächst ein Blick auf die Versichertenstruktur und die Ausgaben in den einzelnen Altersgruppen. Aus der ersten Spalte der Tabelle 1 ist die Stärke der fünf Altersgruppen in den jeweiligen Kassen zu ersehen. Die zweite Spalte gibt die Ausgaben je Altersstufe, Versicherten und Jahr wieder. Die Kasse B hat zum Beispiel pro Versicherten in der zweiten Altersgruppe durchschnittliche Ausgaben von jährlich 700 DM. Die dritte Spalte ergibt sich aus der Multiplikation von erster und zweiter Spalte und zeigt die Gesamtausgaben je Altersgruppe.

Es wird angenommen, daß das Versorgungsangebot der Kassen auf gleichem Niveau liegt. Außerdem soll die Morbiditätsstruktur in allen Kassen identisch sein.<sup>3)</sup> Geringere Ausgaben einer Kasse sind dann in der Effizienz der Kasse begründet und können zum Beispiel auf ein besonders dynamisches Management zurückzuführen sein: Durch geschickt geführte Preisverhandlungen und wirksame Wirtschaftlichkeitskontrolle ist eine kostengünstige Versorgung erreicht worden, durch ein Netz ambulanter Dienste einschließlich häuslicher Krankenpflege werden weniger teure stationäre Aufenthalte notwendig etc.

Die Effizienz der einzelnen Kassen A bis D ist aus der zweiten Spalte ersichtlich: Der Kasse C ist es zum Beispiel möglich, für 2500 DM einen Versicherten der obersten Altersgruppe zu versorgen, die Kasse B hingegen benötigt 2900 DM. Abbildung 1 zeigt die Ausgabenprofile für alle Kassen. Die Kassen A und C haben in der Beispielkonstruktion gleiche Ausgaben pro Altersstufe; Kasse B arbeitet am unwirtschaftlichsten. In einem funktionsfähigen Markt müßte der Beitragssatz genau dieses widerspiegeln. Kasse D sollte den niedrigsten Beitrag haben und dem Kassenwählenden hohe Effizienz signalisieren, die Kassen A und C müßten gleich hohe Beitragssätze aufweisen und Kasse B am teuersten sein.

Tabelle 2 zeigt, daß bei einer Beitragssatzberechnung analog zum bestehenden GKV-System<sup>4)</sup> die Wirtschaftlichkeit der Kasse nicht aus den Beitragssätzen abzulesen ist. Durch die Altersstruktur und die unterschiedlichen Grundlöhne sind die Beitragssätze so verzerrt, daß A und C unterschiedliche Beiträge haben und die unwirtschaftliche Kasse den günstigsten. Die Versicherten wählen alle die falsche Kasse! Das Gesamtsystem tendiert zu wachsender Unwirtschaftlichkeit!

Abbildung 1: Ausgabenprofile der Kassen A-D



### Alternative: PKV?

Der Einfluß der Versichertenstruktur auf den Beitrag könnte durch Übergang zu risikoproportionalen Beiträgen eliminiert werden. Dies erfordert wegen des mit dem Alter anwachsenden Risikos entweder steigende Beiträge mit steigendem Alter (jeweils befristete Risikoübernahme) oder die Bildung einer Alterungsrücklage – also eine Kapitaldeckung des im Zeitablauf steigenden Risikos – bei konstanten Beiträgen über das ganze Leben hinweg. Mit risikoproportionalen Beiträgen, bei denen es weder zu intergenerativen noch zu sozialen Transfers kommt, arbeitet momentan die PKV. Da die gebildete Alterungsrücklage nicht in die neu gewählte Versicherung übernommen werden kann und die Eingangsbeiträge mit zunehmendem Alter steigen, ist allerdings derzeit ein Wechsel

der Versicherung in fortgeschrittenem Alter für den Versicherten mit hohen Verlusten verbunden.

Von diesem – behebbaren – Mangel abgesehen, gilt das PKV-System mit Kapitaldeckung und risikoproportionalen Beiträgen als »ideales Marktmodell« für die Absicherung gegen Gesundheitsrisiken. Die effizientesten Kassen können den günstigsten Tarif anbieten und sich am Markt durchsetzen. Durch Umwandlung der gegenwärtigen GKV in ein Krankenversicherungssystem mit risikoproportionalen Beiträgen (verbunden mit Kontrahierungszwang und Übernahme der Alterungsrücklage bei Kapitaldeckungsverfahren) könnte ein funktionierender Wettbewerb entstehen. Umverteilungsziele müßten dann jedoch durch das bestehende Einkommenssteuersystem erreicht werden. Dies wäre die immer wieder vorgeschlagene Trennung von Versicherung und Vertei-

lung, bzw. die Trennung von allokativen und distributiven Aufgaben.<sup>5)</sup>

Der »idealtypischen Marktlösung« fehlt es unter anderem an Überzeugungskraft, weil die Übergangsprobleme vom jetzigen System zu dieser Wettbewerbslösung kaum lösbar sind. Die wesentliche Schwierigkeit stellt das mit dem Alter steigende Gesundheitsrisiko dar: Der Übergang vom bestehenden Umlageprinzip mit intergenerativem Ausgleich hin zum Kapitaldeckungsverfahren ist quasi unmöglich. Die bislang nicht gebildete Alterungsrücklage könnte von den Rentnern nicht aufgebracht werden und auch ein langsamer Übergang hätte kaum Chancen im politischen Prozeß. Angesichts der Schwierigkeiten, schon den bestehenden Generationenvertrag in der Kranken- und Rentenversicherung einzuhalten, ist die zusätzliche Belastung durch Bildung einer Kapitaldeckung illusorisch. Ein weiteres Argument gegen einen Übergang zu risikoproportionalen Beiträgen sind die schwierigen komplementären Reformen im Einkommensteuerrecht, die zur Erhaltung der bestehenden Umverteilung notwendig würden. Ein Blick auf die gegenwärtig geführten Auseinandersetzungen um die angekündigte Steuerreform läßt die Schwierigkeiten erahnen, die eine Übernahme der größtenteils zur Zeit gar nicht erfassbaren, GKV-internen Umverteilung zwischen Einkommensgruppen, Familien und Generationen in das bestehende Steuersystem mit sich bringen würde.

### KVdR-Ausgleich – oder: Wie man es nicht machen sollte!

Wenn ein Übergang zu risikoproportionalen Beiträgen ausgeschlossen wird, dann bietet sich als zweiter Weg zu unverzerrtem Wettbewerb ein kassenübergreifender Ausgleich der Risiken an. Der bestehende Ausgleich innerhalb der GKV – der Ausgleich innerhalb der Krankenversicherung der Rentner – ist allerdings für ein Wettbewerbssystem gänzlich ungeeignet. Der KVdR-Ausgleich gleicht nicht Risiken, sondern Ausgaben aus.<sup>6)</sup> Da die Ausgaben vollständig ausgeglichen werden, besteht finanziell gesehen für die Rentner eine Einheitsversicherung. Eine Konsequenz daraus ist die Herausbildung von Konditionenwettbewerb als vorherrschende Form des Kassenwettbewerbs. Für die Rentner kann eine Kasse Leistungsverbesserungen auf Kosten aller Kassen vornehmen, Einsparungen andererseits versickern im allgemeinen GKV-Durchschnitt. Der ausgabentreibende Effekt der Krankenversicherung der Rentner ist bisher zu wenig in der

Diskussion über eine Strukturreform berücksichtigt worden. Bedenkt man, daß die KVdR-Ausgaben inzwischen mehr als ein Drittel aller Ausgaben der Kassen umfassen (und stetig steigen!), so wird der lähmende Effekt auf die Geschäftsführung der Kassen zu einer nicht mehr zu vernachlässigenden Systemschwäche .<sup>7)</sup> Aus der Sicht des einzelnen Kassenmanagers fließt ein Großteil mühsam erwirtschafteter Einsparungen in den Finanzausgleich der Rentner. Ein Beispiel gibt der Heil- und Hilfsmittelbereich: Wie groß ist die Motivation, etwa einen Preisnachlaß bei Hörgeräten auszuhandeln, wenn nur 30 Prozent der Einsparungen bei der Kasse verbleiben, weil 70 Prozent der Aufwendungen für Hörgeräte Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner sind? Daß in einem solchen System der Wettbewerb nicht kostensenkend wirkt, ist nicht verwunderlich: In einem Wettbewerb mit Ausgabeausgleich gewinnt derjenige, der am meisten ausgibt!

Eine Verminderung des Ausgabeausgleichs (zum Beispiel nur noch 50prozentiger Ausgleich) würde zwar den ausgabensteigernden Effekt lindern, auf der an-

deren Seite jedoch wieder den wettbewerbsverzerrenden Effekt unterschiedlicher Alterslasten hervorbringen. Es würde lediglich eine Verzerrung durch eine andere ersetzt. Deshalb ist ein grundsätzlich anderes Vorgehen vonnöten: Der Finanzausgleich im Kassenwettbewerb muß ein vom Ausgabeverhalten der einzelnen Kasse unabhängiger Ausgleich der Risiken sein. Wie dies möglich ist, wird anhand des oben eingeführten Vier-Kassen-Beispiels demonstriert.

### Altersstrukturausgleich

Höhere oder niedrigere Beitragssätze aufgrund der Alterslast existieren bei der einzelnen Kasse immer dann, wenn das Altersprofil dieser Kasse vom durchschnittlichen Altersprofil aller Kassen (quasi dem Bevölkerungsaufbau) abweicht. Wenn verhindert werden soll, daß Kassen schon allein aufgrund ihres hohen Altenanteils einen hohen Beitrag haben, dann müssen Kassen mit vergleichsweise jungen Versicherten in den Finanzausgleich zahlen und

Kassen mit hohem Altenanteil Zuweisungen erhalten. Kassen mit durchschnittlichem Altersaufbau bleiben vom Ausgleich unberührt. Der folgende Vorschlag zielt darauf ab, die durchschnittlichen Mehr- oder Minderausgaben auszugleichen, die sich aus den Abweichungen von der Standardaltersstruktur ergeben. Hat eine Kasse überdurchschnittlich viele Versicherte in der teuren Altersgruppe 5 und entsprechend weniger in der billigen Gruppe 1, dann sollen ihr die daraus resultierenden Mehrausgaben erstattet werden.

Zunächst müssen die Abweichungen von der Standardverteilung berechnet werden. Dazu wird die Altersverteilung im gesamten System (vgl. Tabelle 1, erste Spalte, alle Kassen) auf die jeweilige Kassengröße bezogen. Abbildung 2 zeigt für Kasse D im oberen Teil die Altersgruppenstärke im Vergleich zum Standardaufbau. Der mittlere Teil der Abbildung gibt die Abweichungen wieder: In der Altersgruppe 1 hat Kasse D 163000 Versicherte weniger, in Gruppe 5 125000 mehr, als es dem allgemeinen Kassendurchschnitt entspricht. Die Abweichungen vom Standardaltersprofil addieren sich notwendigerweise zu null

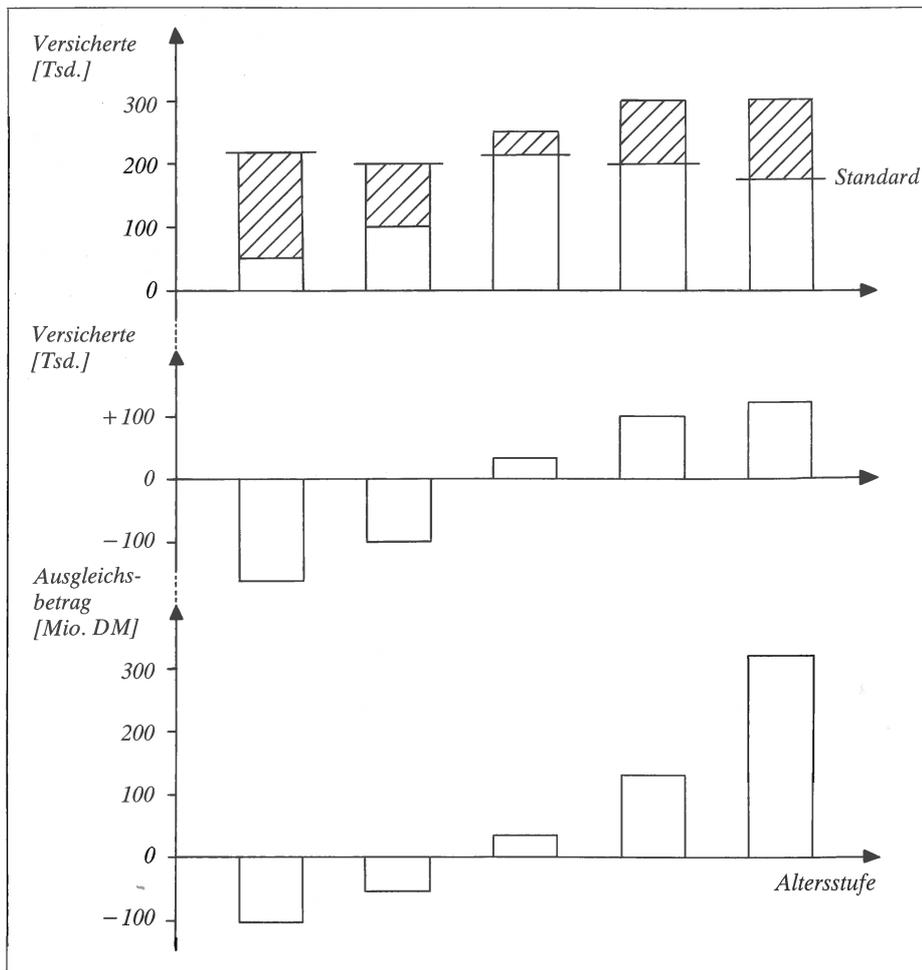


Abbildung 2:  
Altersstrukturausgleich für Kasse D

Tabelle 1

Alters- und Ausgabenstruktur der vier Kassen				
Kasse	Altersgruppe	Anzahl der Versicherten in Tsd.	Ausgaben je Versicherten DM/Jahr	Ausgaben gesamt Mio. DM
		(1)	(2)	(3) = (1) × (2)
A	1	200	600	120
	2	200	650	130
	3	200	900	180
	4	200	1300	260
	5	200	2500	500
	gesamt:		1000	
B	1	600	650	390
	2	500	700	350
	3	400	1100	440
	4	300	1500	450
	5	200	2900	580
	gesamt:		2000	
C	1	170	600	102
	2	160	650	104
	3	170	900	153
	4	160	1300	208
	5	140	2500	350
	gesamt:		800	
D	1	50	500	25
	2	100	600	60
	3	250	800	200
	4	300	1200	360
	5	300	2400	720
	gesamt:		1000	
A-D	1	1020	625	637
	2	960	671	644
	3	1020	954	973
	4	960	1331	1278
	5	840	2560	2150
	gesamt:		4800	

(Summe der Flächen über der Linie ist gleich Summe der Flächen unter der Linie). Die Mehr- oder Minderausgaben, die aus den Abweichungen resultieren (unterer Teil der Abbildung 2), ergeben sich nach Multiplikation mit den durchschnittlichen Ausgaben je Altersstufe (vgl. Tabelle 1, zweite Spalte, alle Kassen). Die Summation über alle Altersstufen zeigt, ob die Kasse per saldo Mittel im Finanzausgleich einzahlt (negativer Saldo) oder empfängt (positiver Saldo). Im vorliegenden Beispiel (Abbildung 2 und Tabelle 3) führt die Summation zu einer Zahlung an die Kasse D.

Das Ganze in mathematischer Kürze; es sei:

$A_j$ : GKV-durchschnittliche Ausgaben pro Versicherten einer Jahrgangsstufe (hier vereinfacht zur Altersstufe)

$V$ : Anzahl aller Versicherten

$V_j$ : Anzahl aller Versicherten eines Jahrgangs

$V_k$ : Anzahl aller Versicherten einer Kasse

$V_{jk}$ : Anzahl aller Versicherten einer Kasse und eines Jahrgangs.

Der Zahlungs- bzw. Zuweisungsbetrag  $F_k$  einer Kasse K im Finanzausgleich berechnet sich dann zu:

$$F_k = \sum_j A_j (V_{jk} - \frac{V_k}{V} V_j) \quad (1)$$

Der Klammerausdruck ist dabei die Abweichung vom Standardaltersprofil. Er ist gleich Null, wenn die Jahrgangsstärke dem Standardprofil entspricht (vgl. Kasse C).

Das Beachtenswerte an dieser Formel ist, daß eine Größe nicht vorkommt: die Ausgaben der einzelnen Kasse. Mehr- oder Minderausgaben der einzelnen Kasse haben keinen Einfluß auf die Höhe des Ausgleichsbetrages. Unwirtschaftliches Verhalten wird nicht belohnt. Damit verbleiben Einsparungen in voller Höhe bei den effizienten Kassen und können sich im Beitrag niederschlagen. Dieser Beitragssatz  $BS_k$  errechnet sich bei Grundlohnsumme  $GL_k$  und Ausgaben in Höhe von  $A_k$  wie folgt:

$$BS_k = \frac{A_k - F_k}{GL_k} \quad (2)$$

### Grundlohnenausgleich

In einem System mit Beitragssätzen gemäß Gleichung 2 hat nach wie vor die Finanzkraft (genauer: die Grundlohnsumme) der Versicherten Einfluß auf den Beitragssatz. Kassen mit gut verdienenden Versicherten haben vergleichsweise niedrige Beiträge. Bei einem Grundlohnenausgleich erfolgt die Beitragsberechnung so, als ob die Mitglieder aller Kassen gleichviel verdienen würden. Der korrigierte Beitragssatz  $KBS_k$  einer Kasse K ergibt sich dabei aus den Ausgaben, der Versichertenzahl und einem fiktiven durchschnittlichen Grundlohn DGL:

$$KBS_k = \frac{A_k}{V_k \cdot DGL} \quad (3)$$

Dabei muß die Summe der Ausgaben aller Kassen gleich der Summe der Einnahmen (Grundlohnsumme x korrigierter Beitragssatz) sein:

$$\sum_k A_k = \sum_k KBS_k \cdot GL_k \quad (4)$$

Einsetzen von (3) in (4) und Umstellen führt zum Wert von DGL, eine mit den Ausgaben gewichtete Grundlohnsumme:

$$DGL = \frac{\sum_k \frac{A_k}{V_k} \cdot GL_k}{\sum_k A_k} \quad (5)$$

Für den gesamten Alters- und Grundlohnenausgleich gilt damit folgende Beitragssatzberechnung:

$$BS_k = \frac{A_k - F_k}{V_k \cdot DGL} \quad (6)$$

$$\text{Mit DGL} = \frac{\sum_k (A_k - F_k) \cdot \frac{GL_k}{V_k}}{\sum_k A_k}$$

Der Grundlohn ausgleich wird in der Regel für Mitglieder diskutiert und für die kostenlos Mitversicherten ein gesonderter Familienlastenausgleich erwogen. Da die Familienquoten sehr unterschiedlich sind – sie reichen von 4 bis 175 Mitversicherten je 100 Mitgliedern (ohne Rentner) –, da außerdem die Zusammensetzung der Mitversicherten aus Ehepartnern und Kindern (mit sehr unterschiedlichen Ausgaben) ebenfalls schwankt, ist ein Ausgleich der Familienlast ohne Ausgaben ausgleich kaum zu bewerkstelligen.

Der hier vorgeschlagene Grundlohn ausgleich für Versicherte umgeht diese Schwierigkeiten. Für den Beitragssatz ist das Verhältnis der erwarteten Ausgaben für Mitglieder und Mitversicherte zum Grundlohn entscheidend. Statt nun den Grundlohn ausgleich auf Mitglieder zu beziehen und die (Ausgaben der) Mitversicherten gesondert zu behandeln, werden die Mitversicherten einfach als Mitglieder mit besonders geringem Grundlohn (nämlich null) behandelt. Der Grundlohn ausgleich für Versicherte ist damit gleichzeitig ein vollständiger Familienlastenausgleich! Mit gleicher Eleganz löst sich das Problem der unterschiedlichen Rentneranteile. Auch die Rentner werden zu »Grundlöhnern«. Ihr Grundlohn setzt sich aus ihren eigenen Beiträgen und den Zahlungen der Rentenversicherung an die Krankenversicherung zusammen. Es bleibt zwar das »Verschiebepark-Problem« – Generationenausgleich in der Kranken- oder in der Rentenversicherung –, aber der wettbewerbsverzerrende Effekt unterschiedlicher Rentneranteile und unterschiedlicher Rentnhöhen entfällt.

Der momentan existierende, ausgabentreibende KVdR-Ausgleich würde also durch ein vom Ausgabenverhalten der einzelnen Kasse unabhängiges Verfahren ersetzt: Der Altersstrukturausgleich korrigiert die unterschiedlichen Ausgabenbelastungen der Kassen, die sich beim Umlageverfahren aus dem hohen Durchschnittsalter der Rentner ergeben. Der Grundlohn ausgleich für Mitglieder, Mitversicherte und Rentner verteilt die Grundlohnsumme so, daß der Kasse für jeden Versicherten die gleiche Finanzkraft zur Verfügung steht. Es muß betont werden, daß der Grundlohn ausgleich Vorteile kleiner Solidarge-

Tabelle 2

Beitragssätze vor Finanzausgleich				
Kasse	Ausgaben Mio. DM	Grundlohn Mio. DM	Grundlohn je Vers. in DM	Beitragssatz %
	(1)	(2)	(3)	(4) = 100 × (1)/(2)
A	1190	11 000	11 000	10,8
B	2210	26 000	13 000	8,5
C	917	7 200	9 000	12,7
D	1365	9 000	9 000	15,2

Tabelle 3

Altersstrukturausgleich der Kasse D					
Altersgruppe	Versicherte Kasse D in Tsd.	Versicherte Standard <sup>1)</sup> in Tsd.	Abweichung in Tsd.	Standard-Ausgaben <sup>2)</sup> DM/Jahr	Ausgleichs-Betrag in TDM
	(1)	(2)	(3) = (1) - (2)	(4)	(5) = (3) × (4)
1	50	213	- 163	625	- 101 483
2	100	200	- 100	671	- 67 083
3	250	212	38	954	35 772
4	300	200	100	1331	133 125
5	300	175	125	2560	319 940
Ausgleichszahlung an Kasse D:					320 271

<sup>1)</sup> aus Tab. 1 (alle Kassen, 1. Spalte) multipliziert mit dem Anteil der Kasse D an allen Versicherten: 1000 / 4800 = 0,209.  
<sup>2)</sup> aus Tab. 1 (alle Kassen, 2. Spalte)

meinschaften nicht beeinträchtigt. Solidarisches Verhalten der Versicherten durch Vermeidung überflüssiger Inanspruchnahme findet nach wie vor seinen vollen Niederschlag im Beitragssatz der Kasse. Durch den Grundlohn ausgleich wird lediglich der Einfluß des Grundlohnes und der verzerrende Effekt unterschiedlicher Familienlastquoten auf den Beitrag eliminiert.

### Der gesamte Finanzausgleich im Vier-Kassen-Modell

Zurück zum Beispiel: Tabelle 4 zeigt die Berechnung der Beitragssätze nach komplettem Finanzausgleich; Abbildung 3 skizziert die Beitragssatzverschiebungen, die

sich durch einen Altersausgleich (1. Schritt) und einen Grundlohn ausgleich (2. Schritt) ergeben.

Der Sinn der vielen Zuweisungen und Zahlungen wird beim Vergleich von Abbildung 3 mit Abbildung 1 deutlich. Nach kassenübergreifendem Finanzausgleich entspricht die Beitragssatzstruktur genau der Ausgabenstruktur:

- Kasse D hat als effizienteste Kasse den niedrigsten Beitrag.
- Die Kassen A und C haben einen Beitrag in gleicher Höhe.<sup>8)</sup>
- Die unwirtschaftliche Kasse B hat verdienstermaßen den höchsten Beitragssatz.

Die Beitragssätze erfüllen wieder ihre Funktion als Preissignale.

Tabelle 4

Beitragssätze vor und nach Finanzausgleich				
Kasse	A	B	C	D
(1) Ausgaben (Mio. DM)	1190	2210	917	1365
(2) Altersausgleich	44	- 364	0	320
(3) altersbereinigte Ausgaben (1)-(2)	1146	2574	917	1045
(4) Grundlohn	11 000	26 000	7 200	9 000
(5) korrigierter Grundlohn	11 216	22 431	8 973	11 216
(6) Beitragssatz vor Ausgleich (1)/(4)	10,8	8,5	12,7	15,2
(7) Beitragssatz nach Altersausgl. (3)/(4)	10,4	9,9	12,7	11,6
(8) Beitragssatz nach Alters- und Grundlohn ausgleich (3)/(5)	10,2	11,5	10,2	9,3

## Geschlechtsstruktur

Im Vier-Kassen-Beispiel wird vernachlässigt, daß Männer und Frauen Gesundheitsleistungen in sehr unterschiedlichem Umfang in Anspruch nehmen. Da die Geschlechtsstruktur vieler Kassen - insbesondere bei Betriebskrankenkassen - stark vom Durchschnitt abweicht, ist in der GKV ein Ausgleich für den »Risikofaktor Geschlecht« erforderlich. Dies geschieht zweckmäßigerweise analog zum dargestellten Altersstrukturausgleich. So wie ein ungünstiger Altersaufbau Zuweisungen im Altersstrukturausgleich begründet, so sollen auch Belastungen ausgeglichen werden, die auf eine vom Durchschnitt abwei-

Tabelle 5

Alters- und Geschlechtsausgleich am Beispiel einer Heilbronner Kasse <sup>1)</sup>				
Altersgruppe	männl. weibl.	Abweichung vom Standardaufbau <sup>2)</sup>	Ausgaben je Versicherten <sup>2)</sup> DM	Ausgleichsbetrag TDM
- 14	m	- 1633	659	- 1076
15 - 24	m	171	420	72
25 - 34	m	- 1149	610	- 701
35 - 44	m	- 931	878	- 818
45 - 54	m	962	1153	1 109
55 - 64	m	- 67	1750	- 118
65 - 74	m	665	2749	1 828
75 +	m	686	3010	2 064
- 14	w	- 1576	550	- 867
15 - 24	w	- 256	596	- 152
25 - 34	w	- 1815	966	- 1753
35 - 44	w	- 679	1024	- 695
45 - 54	w	781	1263	987
55 - 64	w	314	1652	519
65 - 74	w	1962	2546	4 996
75 +	w	2565	3232	8 290
Ausgleichszahlung an die Kasse				13 684

<sup>1)</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.): Leistungs- und Kostentransparenz - Erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1987.  
<sup>2)</sup> Berechnet nach den Werten aus den Anhangstabellen 1, 2 und 3.

chende Geschlechtsstruktur zurückzuführen sind. Tabelle 5 zeigt in Spalte 4 anhand von Heilbronner Daten<sup>9)</sup> aus dem Jahre 1984, daß der Umfang der Mehrausgaben durch Frauen- bzw. Männerüberschuß altersabhängig ist, eine einfache formelmäßige Berücksichtigung der Frauen- bzw. Männerquote also nicht ausreichen würde, um Beitragssatzverzerrungen zu eliminieren. Vielmehr müssen die Abweichungen für jeden einzelnen Jahrgang gesondert berechnet werden. Dazu wird der Altersausgleich nach Gleichung 1 zu einer Doppel-

summe erweitert, wobei der Index g für das Geschlecht steht:

$$F_k = \sum_g \sum_j A_{gj} (V_{gjk} - \frac{V_k}{V} V_{gj}) \quad (7)$$

Die Doppelsumme besagt nichts anderes, als daß sowohl die Daten aller Altersstufen als auch die Werte von Männern und Frauen summiert werden. Zur Verdeutlichung wird in Tabelle 5 eine Berechnung mit den jüngst veröffentlichten Daten der Transparenzstudie Heilbronn durchgeführt.

## Weitere Risikofaktoren

In der bisherigen Darstellung wurden die »großen« GKV-Risikofaktoren Alter, Ge-

Mehrfachsummen (vgl. Formel 1 und 7) kann theoretisch jeder Grad an Ausgleichperfektion erreicht werden. Aber lohnt das?

Um verzerrte Beitragssätze zu vermeiden, müssen nur diejenigen Risikofaktoren ausgeglichen werden, für die gleichzeitig drei Bedingungen gelten:

1. Die sogenannten schlechten Risiken müssen nachweisbar höhere Ausgaben verursachen. Entscheidend ist nicht die Morbidität, sondern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

2. Es muß ein bedeutender Anteil von Versicherten betroffen sein, damit die Ausgaben überhaupt auf den Beitrag der gesamten Kassen durchschlagen.

3. Der Anteil der schlechten Risiken muß in den Kassen unterschiedlich sein, da sich ansonsten keine Verschiebung der Wettbewerbspositionen ergibt.

Wie stark die Beitragssatzverzerrung ist, wenn ein Risikofaktor nicht berücksichtigt wird, läßt sich unter Vernachlässigung von Alter und Geschlecht grob abschätzen:

Es sei:

$A_r$ : Ausgaben der Risikogruppe

$A_d$ : GKV-durchschnittliche Ausgaben

$R/V_k$ : Anteil der Risikogruppe an allen Versicherten  $V$  der Kasse  $K$

$N/V$ : Anteil der Risikogruppe in der gesamten GKV,

dann ist die Abweichung des verzerrten Beitragssatzes ZBS vom durchschnittlichen Beitrag BS:

$$\frac{ZBS - BS}{BS} = \frac{A_r}{A_d} \left( \frac{R}{V_k} - \frac{N}{V} \right) \quad (8)$$

Dazu ein Beispiel: Wenn Arbeitslose 50 Prozent mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als andere Versicherte und in einer Kasse die Arbeitslosenquote bei 6 Prozent der Versicherten (nicht der Mitglieder!) liegt - bei einem GKV-Durchschnitt von 4 Prozent -, dann beträgt die Abweichung  $1,5 \times (0,06 - 0,04) = 0,03$ , was bei Beitragssätzen in der Höhe von 12 Prozent ungefähr 0,4 Prozentpunkten entspricht.

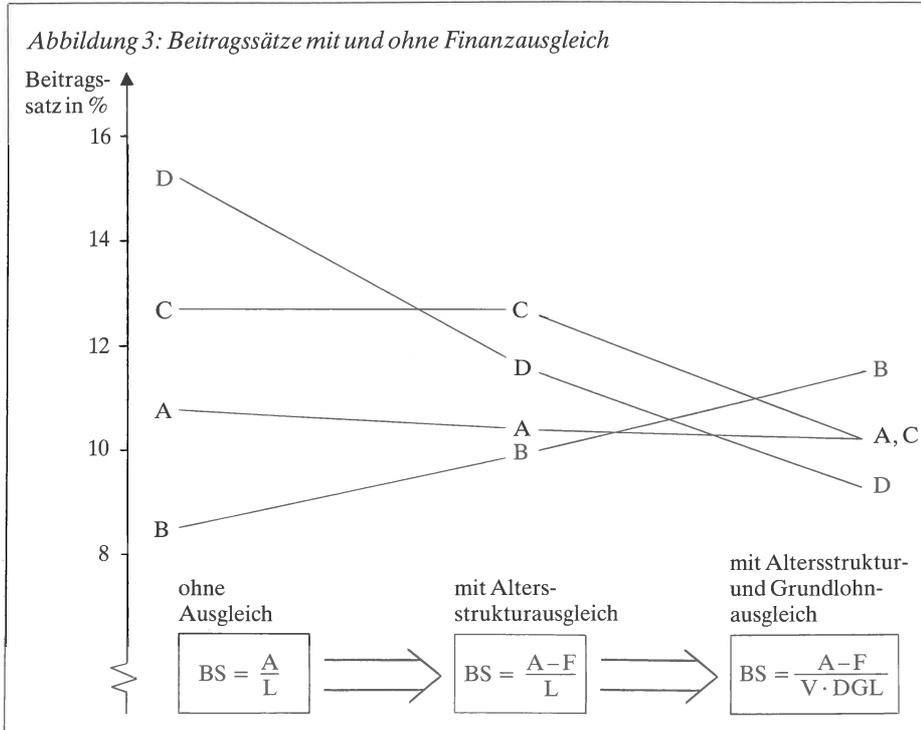
Die eigentliche Hürde für ein differenzierteres Ausgleichsverfahren ist die Erfassung der Risiken:

1. Die Mehrausgaben eines Risikofaktors müssen repräsentativ für die GKV getrennt für Männer und Frauen und für jede Altersstufe ermittelt werden.

2. Für alle Kassen muß der Anteil jeder Risikogruppe an der gesamten Versicherungsgemeinschaft bekannt sein. Bedenkt man, daß 1986 überhaupt zum ersten Mal die Altersstruktur der Versicherten je Kasse erfaßt wurde und dies bisher nur im Vier-

schlecht, Grundlohn sowie Anzahl, Alter und Geschlecht der Mitversicherten ausgeglichen. Verbleibende Unterschiede in der Kostenstruktur je Versicherten wurden der Effizienz des Kassenmanagements zugeschrieben. Die Liste der Risikofaktoren ist natürlich beliebig erweiterbar.<sup>10)</sup> Ein in den einzelnen Kassen unterschiedlich hoher Anteil von Rauchern, Alkoholikern oder Blutern würde ähnliche Beitragssatzverzerrungen nach sich ziehen wie abweichende Geschlechts- und Altersstrukturen. Durch Übergang zu Dreifach- oder gar

Abbildung 3: Beitragssätze mit und ohne Finanzausgleich



jahresturnus wiederholt werden soll, dann wird der hochdifferenzierte Ausgleich schnell zum fernen Zukunftstraum. Wichtiger als die Erweiterung des Alters-, Geschlechts- und Grundlohnausgleichs um weitere Risikofaktoren ist die Angleichung im Mitgliedsrecht der einzelnen Kassenarten und die Beseitigung von Verzerrungen, die sich auf der Leistungsseite ergeben, so zum Beispiel die durch die Mischkalkulation im allgemeinen Pflegesatz verursachte Subventionierung der Umlandkassen.

### Umsetzungschancen

Trotz dieser Einschränkungen bleibt festzuhalten: Auch ohne risikoproportionale Beiträge und ohne Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren kann durch kassenübergreifenden Risikoausgleich ein funktionierender Wettbewerb zwischen den Kassen organisiert werden. In einem solchen System mit GKV-Prinzipien (Familienversicherung, einkommensbezogene Beiträge) und kassenübergreifendem Finanzausgleich (Alters-, Familienlast- und Grundlohnausgleich) führt die freie Kassenwahl für alle Arbeitnehmer zu einem gesamtwirtschaftlich sinnvollen Ergebnis. Durch den Wettbewerbsdruck ist eine verstärkte Ausschöpfung von Einsparpotentialen zu erwarten. Auch sozialpolitisch hat der Finanzausgleich bedeutsame Vorteile: Die einzelne Kasse hat ein gleich starkes Interesse an Mitgliedern jeder Einkom-

mensgruppe – an hochverdienenden freiwillig Versicherten genauso wie an Arbeitslosen. Anreize, sich vorrangig um die sogenannten guten Risiken zu kümmern, entfallen.

Der Vorschlag eines Grundlohnausgleiches und einer weitgehenden Neuordnung des Alterslastausgleichs zwischen den Kassen klingt natürlich zunächst wie ein gewaltiger, den Reformwillen überfordernder Schritt – was nicht zuletzt an der schwer durchschaubaren Materie liegt. Gleichwohl sind nur geringfügige institutionelle Änderungen notwendig. Das Bundesversicherungsamt würde statt des KVdR-Ausgleiches künftig einen Grundlohn-, Geschlechts- und Altersausgleich vornehmen, die bestehenden Kassen bleiben erhalten. Auch der Aufwand zur Beschaffung der erforderlichen Daten ist überschaubar: Die Grundlohn- und Altersdaten sind vorhanden und neben dem längst überfälligen GKV-Ausgabenprofil (Ausgaben in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht) sind lediglich Alter und Geschlecht der Versicherten (einschließlich Rentner) vollständiger zu erfassen als bisher.

Die Kassenlandschaft würde sich durch freie Kassenwahl und Mitgliederwanderung nur allmählich ändern. Damit das System offenbleibt für neue Ideen, sollte mittelfristig die Bildung neuer Kassen ermöglicht werden. Parallel dazu müßten die Gestaltungsmöglichkeiten im Vertragsrecht erweitert werden, um den Kassen mehr Chancen zu geben, Einsparungen zu erwirtschaften.

Wie sind also die Umsetzungschancen einzuschätzen? Zunächst einmal bedarf es der Gewöhnung, daß Finanzausgleich – richtig konstruiert – den Wettbewerb fördern kann. Dann aber spricht alles für das vorgeschlagene Modell:

1. Der Finanzausgleich ist aus Gründen der Effizienz genauso geboten wie aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit.
2. Die wesentlichen Prinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung – Sachleistungsprinzip, Familienversicherung, einkommensbezogene Beiträge – bleiben erhalten.
3. Komplementäre Reformen im Einkommensteuerrecht sind nicht erforderlich. Trotz aller Argumente: Es wird natürlich Widerstand geben – von all jenen nämlich, die im Finanzausgleich zahlen müssen. Vielleicht sollte man Konsens herbeiführen, bevor alle notwendigen Daten erhoben sind und errechnet wird, wer zu dieser Gruppe gehört.<sup>11)</sup> Die Hoffnung auf baldigen Konsens gründet sich vor allem auf den Mangel an Alternativen: Wenn die Wahlfreiheit, die bisher Privileg der Angestellten war, auch für die Arbeiter gelten soll, wenn man die Einheitsversicherung aus guten Gründen ablehnt, wenn der Übergang zu risikoproportionalen Beiträgen nicht möglich ist, wenn man des weiteren verzerrten Wettbewerb für unsozial und unwirtschaftlich hält, was bleibt dann noch – außer Finanzausgleich? □

1) Zum Ausmaß der Beitragssatzdifferenzen vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987 – Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, S. 281; zur Diskussion der Beitragssatzunterschiede vgl. Kops, M./Jaschke, H.: Ein Kausalmodell zur Erklärung der Beitragssatzunterschiede zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaften 1987, S. 85-112, und die dort angegebene Literatur.  
 2) Zur Vereinfachung wird von möglichen Unterschieden in der Geschlechtsstruktur abgesehen. Der Ausgleich unterschiedlicher Männer- bzw. Frauenquoten in den einzelnen Altersgruppen wird anhand einer Heilbronner Kasse weiter unten demonstriert.  
 3) Zur Problematik dieser Annahme vgl. den Abschnitt »Weitere Risikofaktoren«.  
 4) Hier allerdings ohne KVdR-Ausgleich.  
 5) Vgl. Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e. V. (Kronberger Kreis): Mehr Markt im Gesundheitswesen, Bad Homburg 1987.  
 6) Zur Funktionsweise vgl. Mess, E.: Die schwierigen Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung der Rentner, in: Die Ersatzkasse 9/1986, S. 353-359; und Mathew, H.: Das KVdR-Abrechnungsverfahren mit der BfA, in: Die Ersatzkasse 9/1986, S. 359-367.  
 7) Vgl. Kübler, G.: KVdR-Finanzausgleich ist korrekturbedürftig, in: Die Krankenversicherung 3/1986, S. 77-80.  
 8) Es können sich geringfügige Abweichungen vom Ausgleichsideal – »Gleiche Ausgabenstrukturen führen nach Ausgleich zu gleichen Beitragssätzen« – ergeben. Diesem Ideal könnte nur dann entsprochen werden, wenn im Altersstrukturausgleich nicht mit durchschnittlichen, sondern mit den jeweils kassenspezifischen Ausgaben je Altersstufe ausgeglichen würde; dann aber addieren sich Zahlen und Zuweisungen nicht notwendigerweise zu null.  
 9) Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.): Leistungs- und Kostentransparenz – Erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart 1987.  
 10) Zu anderen Risikofaktoren vgl. Henke, K.-D./Adam, H.: Risikoversicherung im Gesundheitswesen, in: Holzheu, F./Kaufmann, F.-X. u. a. (Hrsg.): Gesellschaft und Unsicherheit, Karlsruhe 1987.  
 11) Vgl. das Vorgehen in: Rawls, J.: Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt 1971. Zur Diskussion der Grundsätze einer gerechten Gesellschaftsordnung nimmt Rawls einen hypothetischen Urzustand an, in dem sich die einzelnen Parteien auf Regeln einigen, ohne ihren jeweiligen Platz in der Gesellschaft zu kennen.