

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don

DIE GEFÄHRDUNG DER
KRANKENHAUSVERSORGUNG
DURCH EINEN
VERENGTE WIRTSCHAFTLICHKEITSBEGRIFF

15. November 1992

Veröffentlicht
in:
VdK-Bayern (Hrsg.):
Krankenhaus in Gefahr
München
1992

1. VdK und Krankenhausreform

Es ist unübersehbar, daß in der öffentlichen Diskussion über das geplante Gesundheits-Struktur-Gesetz und den sogenannten Lahnstein-Kompromiß insbesondere die Verbände der Ärzte und die Verbände der Zahnärzte die Themen der Mediendebatte bestimmen.

Von den Verbänden der Krankenhäuser ist im Unterschied dazu kaum etwas zu hören. Diese Sprachlosigkeit der Krankenhausverbände ist um so auffälliger, als die geplante Gesundheits-Struktur-Gesetzgebung die Krankenhausversorgung in Deutschland und die deutsche Krankenhauswirtschaft in ihren Prinzipien und in ihrer Existenz bedroht.

Wenn daher der VdK-Bayern ein Forum unter der Überschrift "Krankenhaus in Gefahr" veranstaltet und dabei Repräsentanten des beabsichtigten Krankenhaus-Kahlschlages einerseits und Kritiker dieses Abbau-Vorhabens andererseits konfrontiert, dann macht der VdK sozusagen stellvertretend darauf aufmerksam, daß die Bonner Pläne nicht nur die deutsche Krankenhauswirtschaft und die Krankenhausversorgung in Deutschland, sondern daß die Bonner Pläne den Sozialstaat der Bundesrepublik Deutschland, so wie wir ihn in seinen bisherigen Kräfteverhältnissen kennen, in Gefahr bringen.

Mit seinem Engagement für die Krankenhausversorgung und für die Krankenhäuser handelt der VdK zugleich auch konsequent im Interesse seiner Mitglieder: Wenn 50 Prozent aller Krankenhauspflegetage auf Patienten im Alter von 60 Jahren und darüber entfallen, dann kann und darf der größte Interessenverband der Älteren zu den Bonner Krankenhausabsichten nicht schweigen.

2. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff als Aggressionsformel

Die zentrale Aggressionsformel der "Anti-Krankenhaus-Koalition"¹ aus Bundesarbeitsministerium, Krankenkassenspitzenverbänden und Ärzteschaft ist der "Wirtschaftlichkeitsbegriff". Zwar halten es die Gesundheitsökonomien einschließlich des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für nicht möglich, die Wirtschaftlichkeit von Kran-

¹ Vgl. Döhler, Marian: Gesundheitspolitik nach der "Wende". Hrsg. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1990, S. 424.

kenhäusern im dafür erforderlichen Wege einer Gegenüberstellung von medizinischem und sozialem Gesamtertrag einerseits und ökonomischem Gesamtaufwand andererseits festzustellen.²

Gleichwohl aber unterstellen die Politiker und Spitzenfunktionäre der Kassenseite und der Ärzteschaft den Krankenhäusern eine prinzipielle Unwirtschaftlichkeit und begründen damit ihre Angriffe gegen und Eingriffe in die Krankenhausversorgung.

Offenbar eignet sich der Wirtschaftlichkeitsbegriff bzw. der Unwirtschaftlichkeitsvorwurf im Krankenhauskonflikt gerade deshalb so gut als Kampfbegriff der Anti-Krankenhaus-Koalition, weil er nicht zu beweisen und damit auch nicht zu widerlegen ist.

3. Hohe Gesamt-Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung

Unbeweisbar und damit unwiderlegbar und gerade deshalb als Diskriminierungs-Semantik besonders brauchbar ist der so häufig benutzte Wirtschaftlichkeitsbegriff aber nur, solange man sich einen unwissenschaftlichen, einen zu engen, nur auf den Einzelbetrieb und das Einzelunternehmen oder den Einzelbereich beschränkten "Wirtschaftlichkeitsbegriff" aufdrängen läßt. In der ökonomischen Literatur wird gerade für die Bereiche öffentlicher Versorgung, zu denen die Krankenhausversorgung maßgeblich gehört, ein gesamtwirtschaftlicher Wirtschaftlichkeitsbegriff gefordert, bei dem die gesamtwirtschaftlichen Nutzen und die gesamtwirtschaftlichen Kosten gegenübergestellt werden.³

Wenn man einen solchen, wissenschaftlich exakten Wirtschaftlichkeitsbegriff auf die Krankenhausversorgung in Deutschland und auf die deutsche Krankenhauswirtschaft anwendet, dann kommt ein gänzlich anderes Krankenhausbild zustande, als es die gegenwärtige Anti-Krankenhaus-Polemik und Anti-Krankenhaus-Demagogie gerne zeichnen.

² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden Baden 1991, S. 60 ff.; Schütze, Wolf: Die Quadratur der Krankenhausfinanzierung. In: Das Krankenhaus, August 1986, S. 331 ff. sowie Wille, Eberhard: Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus. In: Wille, Eberhard (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. Frankfurt, Bern, New York 1986, S. 91 ff.

³ Vgl. Wille, Eberhard: A.a.O., S. 98 ff.

Dieses ganz andere, sehr positive Krankenhausbild kann man mit einigen groben Strichen skizzieren. Ein Vorzugsargument gegen die Krankenhäuser, neben dem allgemeinen Unwirtschaftlichkeitsvorwurf, ist die stereotype Behauptung, die Krankenhausversorgung stelle als Einzelbereich die größte Ausgabenbelastung der Krankenversicherung dar.

Dieses Argument ist vor allem deshalb irreführend und auch nicht haltbar, weil es unterschlägt, daß es sich bei der Krankenhausbehandlung um eine Versorgungsleistung handelt, die aus Einzelkomponenten zusammengesetzt ist, die in den anderen Teilbereichen der Gesundheitsversorgung, also bei der Arztbehandlung, Arzneimittelbehandlung, Hauskrankenpflege etc. statistisch als getrennte Ausgaben dargestellt werden.

Wissenschaftlich sauber und politisch redlich wäre daher nur ein Vergleich der Krankenhausaufwendungen auf der einen Seite und der Aufwendungen für entsprechende Kombinationen von Arztbehandlung, Arzneimittelbehandlung, Hauskrankenpflege etc. auf der anderen Seite. So sieht dies auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.⁴

Im übrigen kann man strikt bei der Bedeutung des Krankenhausesektors für die Ausgaben der Krankenkassen bleiben, wenn man wissenschaftlich sauber und politisch redlich dann auch die Einnahmen hinzubilanziert, die den Krankenkassen aus dem Krankenhausesektor zufließen.

Hier nämlich, im Bereich der Einnahmen der Krankenkassen aus der Krankenhauswirtschaft, liegt die verschwiegene und unterschlagene Gesamt-Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung und der Krankenhauswirtschaft. Bekanntlich entfallen etwa 33 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Krankenhausversorgung. Davon sind rund 70 Prozent Personalkosten.

⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Jahresgutachten 1987 - Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden 1987, S. 72.

Und von eben diesen rund 31 Milliarden Mark Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspersonal im Jahre 1990 flossen im gleichen Jahr etwa 3,8 Milliarden Mark Krankenkassenbeitragseinnahmen vom Krankenhauspersonal an die Krankenkassen zurück.⁵

Erst wenn man die Beitragseinnahmen der Krankenkassen aus den Krankenhäusern mit in die Betrachtung einbezieht, dürfen die Leistungsausgaben der Krankenkassen an die Krankenhäuser ein Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Krankenhäuser sein.

4. Beeinträchtigung der Krankenkassenwirtschaftlichkeit durch die Kassengliederung

Bei einer umfassenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung der Krankenhausversorgung wird außerdem deutlich, daß es nicht das unbestreitbare, vor allem demographisch unvermeidliche Steigen der Krankenhausaufgaben der Krankenkassen ist, das die Krankenhausversorgung "unwirtschaftlich" macht. Das Gegenteil ist der Fall: Wenn es eine gesamthaft gesehene Unwirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung überhaupt gibt, dann hat diese ihre Ursache nicht in der Krankenhauswirtschaft, sondern dann hat diese ihre Ursache in der seit langem schon reformbedürftigen sogenannten Krankenkassengliederung in Regionalkassen und in Zentralkassen.

Zunächst ist es so, daß sich die vor allem demographische Steigerung der Krankenhausaufgaben der Krankenkassen nicht gleichmäßig über alle Kassenarten erstreckt, sondern daß diese Steigerung vor allem bei den Regionalkassen, d.h. in erster Linie bei den Ortskrankenkassen mit ihrer mitgliederbedingt höheren Quote und ihrem mitgliederbedingt höherem Niveau der Krankenhausaufgaben zum Tragen kommt. Demgegenüber sind die Zentralkassen, vor allem die Ersatzkassen, mitgliederbedingt durch eine niedrigere Quote und ein niedrigeres Niveau der Krankenhausaufgaben begünstigt. D.h. die Krankenhausaufgaben der Kassen verteilen sich wegen der bestehenden sogenannten Kassengliederung asymmetrisch zwischen Regional- und Zentralkassen, Ortskrankenkassen und Ersatzkassen.

Genau umgekehrt verhält es sich bei den Beitragseinnahmen der Kassen aus den Krankenhäusern: Da die überwiegende Mehrheit der Krankenhausbeschäftigten in Angestelltenpositionen tätig ist und daher vorzugsweise bei den zentralen Ersatzkassen krankenversichert ist, kommen

⁵ Bei einem angenommenen Ersatzkassendurchschnittsbeitragssatz von 1990 12,3 Prozent

die Beitragseinnahmen aus den Krankenhäusern asymmetrisch vor allem den Ersatzkassen zugute.

Es ist also eine der Hauptunwirtschaftlichkeiten der Krankenhausversorgung, daß nämlich die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung vor allem die Regionalkassen, d.h. die Ortskrankenkassen belasten und die Beitragseinnahmen vom Krankenhauspersonal vor allem die Zentralkassen, d.h. die Ersatzkassen begünstigen.

Wenn also die Ersatzkassen der Krankenhauswirtschaft mehr Wirtschaftlichkeit verordnen wollen, dann können sie dafür vor allem selbst etwas tun: Ihren mit Zähnen und Klauen verteidigten, als "Gliederung" beschönigten Zentralismus aufgeben und durch einen regionalen Risikostrukturausgleich mit den Ortskrankenkassen auch die Leistungsausgaben und die Beitragseinnahmen in der Krankenhausversorgung wieder ins Gleichgewicht bringen.

Ganz im Gegensatz dazu rühmen sich die Ersatzkassen, daß die geplante Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung sogenannter leistungsbezogener Vergütungsformen im Krankenhausbereich, daß diese Inhalte des Seehofer-Paketes ihre Forderungen waren und ihr Werk sind.⁶

5. Negativfolgen des Festbudgets für die Großkrankenhäuser in Ballungsgebieten und die ländlichen Kleinkrankenhäuser

Welche Folgen wird die von Bonn geplante Verordnung eines Festbudgets mit Einheitssteigerung für die Jahre 1993 bis 1995 für die Krankenhauswirtschaft haben?

Die größte Gefahr für die Krankenhauswirtschaft geht davon aus, daß eine bundesdurchschnittliche, kassenübergreifende Grundlohnsummensteigerung als Einheitssteigerung des Krankenhausbudgets auf eine Krankenhauswirtschaft angewendet wird, die sehr unterschiedliche regionale Standortgegebenheiten und sehr unterschiedliche krankenhaustypische Betriebsgegebenheiten zeigt. Der geplante § 17 Abs. 1a KHG-GSG soll und wird für die Krankenhäuser zum Killerparagrafen werden.

⁶ Vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Ersatzkassen-Report, Siegburg (1992), H. 5, S. 8.

Wie sehr dieser § 17 Abs. Ia KHG-GSG zum Kahlschlag führen wird, zeigt sich bei den erheblichen regionalen und krankenhaustypischen Unterschieden im Fallkostenniveau und in der Fallkostendynamik.

So liegt die Fallkostenhöhe in den Alt-Bundesländern 1990 im Durchschnitt zwischen DM 3.400,-- und DM 5.600,--, wobei die Stadtstaaten, d.h. die Ballungsräume jeweils die Spitzenpositionen halten.

Übersicht 1: Fallkostenniveau und Fallkostendynamik
nach Alt-Bundesländern 1990

Bei der Fallkostensteigerung von 1989 auf 1990 liegt diese zwischen 1,6 und 7,0 Prozent, wobei wieder die Stadtstaaten, d.h. die Ballungsräume die Spitzenposition halten - überrundet von Baden-Württemberg.

Bei dieser Sachlage wird ein dreijähriger bundeseinheitlicher Steigerungssatz für die Festbudgets zu schwersten Defiziten oder zum Existenzverlust von Krankenhäusern führen, die auf dem Durchschnitt von Ländern mit Fallkostenzunahmen über dem Grundlohnanstieg liegen. Da der durchschnittliche Grundlohnanstieg von 1989 auf 1990 5,1 Prozent betrug, hätte das Festbudget mit Einheitssteigerung demnach mit Sicherheit vor allem in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und den Stadtstaaten zu massenhaften Defizitbudgets geführt.

Dabei hätten sich diese Defizitbudgets vor allem auf die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und auf die Fachkrankenhäuser mit ihrem besonders hohen Fallkostenniveau sowie mit ihrer besonders ausgeprägten Fallkostendynamik konzentriert.

Übersicht 2: Fallkostenniveau und Fallkostendynamik
nach Krankenhausgruppen 1989

Hauptopfer des Bonner Festbudgets mit Einheitssteigerung werden demnach zunächst die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und die Fachkrankenhäuser in den Ballungsräumen sein. Hauptopfer des Bonner Festbudgets mit Einheitssteigerung werden aber ebenso solche Krankenhäuser sein, die vorrangig im ländlichen Raum gehäuft chronischkranke und alle Menschen versorgen und deren Träger, vor allem wenn es freigemeinnützige Träger sind, die Defizite

nicht ausgleichen können oder als kommunale Träger die Defizite ihrer größeren Krankenhäuser auch ausgleichen müssen.

Neben diesem Kahlschlag-Effekt der Bonner Krankenhauspläne in der Kliniklandschaft wird es aber auch schwerwiegende Schäden in der Kassenlandschaft geben.

**Fallkostenniveau und Fallkostendynamik
nach
Alt-Bundesländern
1990**

	Bayern	Baden- Württem- berg	Schles- wig Holstein	Saarland	Nieder- sachsen	Rhein- land- Pfalz	Hessen	Berlin Bremen Hamburg ¹	Nord- rhein- West- falen
Durch- schnitt- liche Netto- Fall- kosten 1990 in DM	keine Angaben	4.153,--	3.356,--	3.782,--	3.743,--	3.546,--	3.820,--	5.597,--	4.152,--
Anstieg der Netto- Fall- kosten 1990/ 1989 in DM	keine Angaben	7,0	5,0	1,6	2,5	3,9	5,8	6,7	5,9

1) Mittelwert
Quelle: Wido 1992

Übersicht 2:

**Fallkostenniveau und Falkostendynamik
nach
Krankenhausgruppen
1989**

	Krankenhausgruppen *									
	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Durchschnittliche Netto-Fallkosten 1989 in DM **	6.200,--	4.900,--	4.300,--	4.100,--	4.000,--	3.880,--	3.700,--	3.600,--	8.800,--	2.000,--
Anstieg der Netto-Fallkosten 1989/1986 in DM **	12,7	2,1	7,5	2,5	3,6	7,8	2,8	2,9	12,8	5,2

*) DKG-Krankenhausgruppen 1 - 9 mit abnehmender Fachabteilungsaufgliederung. Ohne Gruppe 8.5.

**) Gerundet

Quelle: DKG 1986 und 1989

6. Negativfolgen des Festbudgets für die Ortskrankenkassen

Noch freuen sich zumindest die Spitzenverbände der Krankenkassen über ihren vermeintlichen Sieg im Krankenhauskrieg - auf Länderebene und bei den Regionalkassen zieht allerdings schon Nachdenklichkeit ein. Wie auch immer: Das geplante Festbudget mit Einheitssteigerung wird die Strukturverwerfungen zwischen den Regionalkassen und den Zentralkassen noch verstärken und keineswegs abschwächen.

Der vorgegebene Zweck des Festbudgets, die Stabilisierung der Beitragssätze, soll ja vor allem den Ortskrankenkassen helfen. Nun gibt es aber Bundesländer wie Schleswig-Holstein, Saarland, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die 1990 sehr niedrige Fallkostensteigerungen hatten und die auch einen niedrigen Fallkostensockel zeigen. Dort könnte ein Festbudget mit Einheitssteigerung zu Mehrausgaben im Krankenhausbereich führen, da die Einheitssteigerung über der tatsächlichen Fallkostensteigerung liegt. D.h. in diesen Bundesländern könnte und wird die Krankenhausbehandlung teurer werden.⁷

Gerade aber in diesen bislang vom Krankenhauskostenniveau und von der Krankenhauskostendynamik begünstigten Bundesländern zeigen die Ortskrankenkassen besonders hohe Anteile an allen Mitgliedern.

Übersicht 3: Mitgliederquoten der Regionalkassen und der Zentralkassen nach Alt-Bundesländern 1988

Es kann also durchaus sein, daß durch das Seehofer-Paket die Krankenhausausgaben gerade der Ortskrankenkassen in diesen Bundesländern nicht durchschnittlich, sondern überdurchschnittlich steigen - von einem Sinken ganz zu schweigen.

Umgekehrt kommt die ausgabensenkende Wirkung des Festbudgets mit Einheitssteigerung vor allem den Ersatzkassen in den Ballungsräumen zugute, die ein besonders hohes Fallkostenni-

⁷ Solche Effekte von Durchschnittspreissteigerungen sind etwa von Mietspiegeln oder den Durchschnittsvorgaben in anderen Bereichen bekannt. Vor allem ist zu befürchten, daß durch das Festbudget mit Einheitssteigerung bei den überschreitenden Krankenhäusern eine selektive Abdrängung zu teurer Patienten erfolgt, die dann auf eine Patientenaquisition unterschreitender Krankenhäuser trifft und als Horrorszenario eines Chronikertourismus vorstellbar ist.

veau und eine besonders hohe Fallkostensteigerung zeigen und in denen die Ersatzkassen die höchsten Mitgliederanteile haben.

Das Seehofer-Paket wird also bei den Ortskrankenkassen beitragssteigernd und bei den Ersatzkassen beitragsenkend wirken, es wird die Wettbewerbsstellung der Ortskrankenkassen ausgabenseitig weiter verschlechtern und diejenige der Ersatzkassen weiter verbessern. Die Freude der Ersatzkassen über die Aufnahme ihrer Krankenhausforderungen in das Bonner Paket ist von daher nur allzu verständlich.

Dabei werden die für die Ortskrankenkassen nachteiligen Wirkungen des Bonner Krankenhauskonzeptes zusätzlich noch dadurch verstärkt, daß die für die Ortskrankenkassen in einigen Bundesländern drohende Verteuerung der Krankenhausversorgung sich dort wegen der insgesamt bei AOK-Mitgliedern höheren Krankenhaushäufigkeit und längeren Krankenhausverweildauer noch hochmultiplizieren wird.

Übersicht 4: Krankenhaushäufigkeit und Krankenhausbauer bei den Mitgliedern der Regionalkassen und den Zentralkassen 1990

Das beabsichtigte Festbudget mit Einheitssteigerung wird insgesamt gesehen das Finanzierungspotential der Ortskrankenkassen für Krankenhausaufgaben überdurchschnittlich, das Finanzierungspotential der Ersatzkassen für Krankenhausaufgaben unterdurchschnittlich beanspruchen.

So hat die Grundlohnsumme der Ortskrankenkassen in den zurückliegenden zwanzig Jahren um 322 Prozent, diejenige der Ersatzkassen um 343 Prozent zugenommen.

Übersicht 5: Wachstumsdynamik der Grundlohnsumme bei den Regionalkassen und bei den Zentralkassen 1970 - 1990

Insgesamt ist damit das den Ersatzkassen für Krankenhausaufgaben zur Verfügung stehende Finanzierungspotential deutliche stärker als das den Ortskrankenkassen zur Verfügung stehende Potential gewachsen. Wenn es also tatsächlich darum ginge, durch Festbudgets die Beitragssatzstabilität der Ortskrankenkassen zu sichern, hätte man durch einen für Ortskrankenkassen und Ersatzkassen getrennten, für die Ersatzkassen deutlich höheren Steigerungssatz deren stärkeres Finanzierungspotential auch stärker abschöpfen müssen.

Dies wird auch noch einmal deutlich, wenn man die Entwicklung des Grundlohnvolumens der Ortskrankenkassen bzw. der Ersatzkassen zwischen 1970 und 1990 betrachtet.

Das Grundlohnvolumen der Ortskrankenkassen hat in den zurückliegenden zwanzig Jahren um neun Prozent abgenommen; dasjenige der Ersatzkassen hat dagegen um 11 Prozent zugenommen.

Übersicht 6: Umschichtung des Grundlohnvolumens von den
Regionalkassen zu den Zentralkassen 1970 - 1990

Übersicht 3:

**Mitgliederquoten
der
Regionalkassen und der Zentralkassen
nach
Alt-Bundesländern
1988**

	Bayern	Baden- Württem- berg	Schles- wig Holstein	Saarland	Nieder- sachsen	Rhein- land- Pfalz	Hessen	Stadt- Staaten ³	Nord- rhein- West- falen
	Anteil der Kassenarten an allen Mitgliedern ⁴ der Gesetzlichen Krankenversicherung In Prozent *								
Regional- kassen ¹	52	51	47	46	45	45	43	38	34
Zentral- kassen ²	31	32	38	35	33	36	40	42	36

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen. Ohne Innungskrankenkassen sowie länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Berlin (West), Bremen und Hamburg

4) Pflicht-, Freiwillig- und Rentnermitglieder

Quelle: BMA 1989

Übersicht 4:

**Krankenhausthäufigkeit und Krankenhausbauer
bei den Mitgliedern der
Regionalkassen und Zentralkassen
1990**

	Krankenhausfälle je 100 Mitglieder ³	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei den Mitgliedern ³
Regionalkassen ¹	15,0	12,5
Zentralkassen ²	11,6	12,1
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt	13,4	12,3

1) Allgemeine Ortskrankenkassen, ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeitersatzkassen, ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Ohne Rentner

Quelle: SVRKAiG 1992

SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 5:

**Wachstumsdynamik der Grundlohnsumme
 bei den
 Regionalkassen und bei den Zentralkassen
 1970 - 1990**

	Steigerung der Grundlohnsumme je Mitglied 1970 - 1990
	In Prozent *
Regionalkassen ¹	+ 322
Zentralkassen ²	+ 343
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt	+ 333

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen. Ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

Quelle: SVRKAiG 1992

FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 6:

**Umschichtung des Grundlohnvolumens
 von den
 Regionalkassen auf die Zentralkassen
 1970 - 1990**

	1970	1990	1990/1970 Anteilsentwicklung an der Grundlohnsumme der GKV
	Mrd. DM *		In Prozent
Regionalkassen ¹	113,5	366,8	- 9,0
Zentralkassen ²	64,4	378,2	+ 11,0

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen, ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen, ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Ohne Rentner

Quelle: SVRKAiG 1992

FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

7. **Die zentralen Ersatzkassen werden die Gewinner des Festbudgets sein**

Daß das Festbudget mit Einheitssteigerung gerade in den Bundesländern bzw. Regionstypen die Krankenhausaufgaben senken wird, in denen die Ersatzkassen besonders hohe Marktanteile haben, macht die Ersatzkassen zu den Gewinnern des Bonner Krankenhauspaketes, während die Ortskrankenkassen und die Krankenhäuser die Verlierer sein werden.