

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

Texte zur Krankenkassenforschung

Albrecht Goeschel

**INTERESSENVERTRETUNG  
FÜR DIE  
„SCHLECHTEN RISIKEN“:  
ZUKUNFTSAUFGABE  
REGIONALER  
GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK**

15. März 1989

Vortrag  
**Arbeiterwohlfahrt - Bundesverband e.V.**  
Bonn

23. Februar 1989

### Vorbemerkung

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarfsplanung, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile etwa 135 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassen-Forschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung wird gefragt, welche Aufgaben die Wohlfahrtsverbände bei der erforderlich gewordenen verstärkten öffentlichen Kontrolle des Leistungs- und Wettbewerbsverhaltens der Kassen, vor allem der Kassenverbände übernehmen sollen.

**STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.**

Marquartstein, 15. März 1989

## 1. Die Regionalebene als Schnittstelle finanz- und sozialpolitischer Konfliktlagen:

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem dritten Jahresgutachten eine Regionalisierung aller Krankenkassen und eine Koordinierung von Kassenfinanzausgleich und Gemeinde- bzw. Länderfinanzausgleich vorgeschlagen.<sup>1</sup>

Damit hat eine langjährige wissenschaftlich-politische Auseinandersetzung über die Funktion der Monetär- und Realtransfers der sozialen Krankenversicherung und über die sich hieraus ergebenden Erfordernisse der Organisation des Budgets und der Transferströme der Krankenversicherung einen Abschluß gefunden. Diese Auseinandersetzung hatte in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre begonnen. Damals war in einem Grundlagengutachten für das Bundesarbeitsministerium zu Fragen der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen die Bildung rechnerischer Regionalfonds aller für die Finanzierung von Realtransfers der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Sozialfinanzen gefordert worden.<sup>2</sup>

Seit Beginn der achtziger Jahre wurden mit Unterstützung vor allem der Ortskrankenkassen die Wirkungen der Finanzmittel der Krankenversicherung und der Dienste und Güter des Gesundheitswesens für die Regionalwirtschaft und Raumordnung untersucht. Hieraus wurde die Forderung nach einer gezielten gesundheitsfördernden und beschäftigungsfördernden regionalen Investitionspolitik der Krankenkassen abgeleitet.<sup>3</sup> Außerdem wurde eine konzeptionelle Einbeziehung der Krankenkassenbudgets und der Krankenkassenfinanzausgleichsströme in die Finanzausstattung der Teilräume der Bundesrepublik Deutschland und eine Abstimmung zwischen Kassenfinanzausgleich und Länderfinanzausgleich gefordert.<sup>4</sup>

Mit dieser Verknüpfung von Sozialpolitik und Raumordnungspolitik sollte insgesamt das erhebliche gesamtwirtschaftliche Potential der Krankenversicherung und der Gesundheitswirtschaft für eine sozialverantwortliche Wirtschaftspolitik nutzbar gemacht werden und sollte eine

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Pressemitteilung vom 09.02.1989, Anlage, S. 33 ff.

<sup>2</sup> Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Gutachten zur regionalisierten Bedarfsplanung in der kassenärztlich-ambulanten Versorgung. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München 1977.

<sup>3</sup> Vgl. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Raumordnung und Gesundheitspolitik. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn (1985), Heft 3-4

<sup>4</sup> Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Krankenkassenstruktur und Regionaldisparitäten. Erstellt im Auftrag der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Marquartstein 1988.

weitere Zentralisierung der Finanzkompetenz auf der Bundesebene und der Mißbrauch der Sozialbudgets für Zwecke der Staatshaushaltsentlastung durch den Bund erschwert werden.<sup>5</sup>

Die Forderung nach Regionalisierung aller Kassenarten und nach Koordinierung von Kassenfinanzausgleich und Gemeinde- bzw. Länderfinanzausgleich verknüpft dabei die Ziele einer gesundheitsfördernden und beschäftigungsfördernden Investitionspolitik der Krankenkassen einerseits mit einer Verbesserung der Finanzausstattung und Finanzkompetenz der mittleren und unteren Ebenen des Staatsaufbaus gegenüber der Bundesebene andererseits.

Die Bundesländer haben ihre Forderungen nach einer Regionalisierung der zentral-bundesweiten Krankenkassen vor allem aus finanzverfassungsrechtlichen und finanzpolitischen, d.h. aus substantiell föderalen Interessen heraus begründet.<sup>6</sup>

Die Krankenkassen fordern eine Regionalisierung der zentral-bundesweiten Ersatzkassen oder lehnen eine solche Regionalisierung der zentral-bundesweiten Krankenkassen aus substantiell institutionellen Interessen ab.<sup>7</sup>

Konzepte einer Verbesserung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der durch die Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung durch regionale Koordination und Kooperation aller Finanzierungsträger und Leistungserbringer spielen in den Interessenpositionen und Konfliktlagen, die sich am Regionalthema kristallisieren, eine untergeordnete und nachrangige Rolle.

## **2. Sozialabbau durch die Bundesregierung betrifft vorrangig die Regionalebene:**

In deutlichem Gegensatz zu den Forderungen der wissenschaftlichen Politikberatung, der Bundesländer und eines Teiles der Krankenkassen nach Regionalisierung der Krankenversicherung und nach Koordinierung von Kassenfinanzausgleich und Gemeinde- bzw. Länderfinanzausgleich haben die Bundesregierung und die sie tragende Bundestagsmehrheit durch das Gesund-

<sup>5</sup> Vgl. Goeschel/Harms (Hrsg.): Raumordnung und Sozialpolitik. Frankfurt am Main 1988.

<sup>6</sup> Vgl. bspw. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales - Amt für Arbeit und Sozialordnung: Situation der Allgemeinen Ortskrankenkassen, Hamburg. 10.12.1987.

<sup>7</sup> Vgl. bspw. AOK-Landesverband Südwest: Erklärung des Vorstandes des AOK-Landesverbandes Südwest zur geplanten Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Lahr, 13.08.1987.

heits-Reform-Gesetz die Regionalkassen, insbesondere die Ortskrankenkassen, gegenüber den Zentralkassen in ihrer Finanzkraft deutlich geschwächt und die Solidarfunktion der Krankenversicherung für die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen in den Regionen verschlechtert.<sup>8</sup> Durch die gleichzeitige ausdrückliche Übertragung von Aufgaben der Krankheitsursachenbekämpfung auf die Krankenkassen, die wirksam nur auf der Ebene der Region erfüllt werden können, könnte mittelfristig, wenn keine entsprechende Finanzausstattung erfolgt, eine weitere Lastenverschiebung vom Staat auf die Regionalkassen in Gang kommen.

### 3. Selbstprivatisierung der Krankenkassenbundesverbände führt zu Konflikten innerhalb der Regionalkassen:

Die Neuordnung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Krankenversicherung bewirkt vor allem auch eine Verschärfung der Konkurrenz zwischen den verschiedenen Kassenarten der sozialen Krankenversicherung und zwischen sozialer und privater Krankenversicherung um die Beitragsfinanzvolumina. Dabei ist eine auch raumordnungs- und föderalpolitisch interessante Auseinanderentwicklung zwischen den Ebenen der Krankenkassenbundesverbände einerseits und der Krankenkassenlandesverbände sowie der Einzelkassen andererseits festzustellen.

Die Bundesebene der Krankenkassenverbände der regional-gebietszuständigen Kassenarten setzt deutlich auf Zentralisierung der Kompetenzen und der Finanzen und auch auf eine Globalisierung der Territorien der Kassen. Gleichzeitig versucht der Bundesverband der zentralbundesweiten Ersatzkassen durch eine symbolische Verstärkung der Präsenz auf der Regionalebene eine substantielle Regionalisierung zu vermeiden.<sup>9</sup> Entscheidend ist dabei, daß den zentralitätserhöhenden bzw. zentralitätserhaltenden Strategien der Bundesverbände aller Kassenarten vor allem im Bereich der Ortskrankenkassen sowohl von Landesverbänden wie auch von Einzelkassen erheblicher Widerstand entgegengesetzt wird und dort auch offensive Regionalisierungsstrategien verfolgt werden.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Gutachten über die Auswirkungen des Gesundheits-Reform-Gesetzes (GRG) auf die Landeshauptstadt München, Marquartstein August 1988, sowie ders.: Zentralisierung oder Regionalisierung in der Krankenversicherung als Problem der Sozialordnungspolitik und der Raumordnungspolitik. In: Der Landkreis, Köln (1988), Heft 3.

<sup>9</sup> Vgl. O.V.: Die Arbeit der Landesausschüsse, Siegburg, 25.11.1988.

<sup>10</sup> Vgl. AOK-Landesverband Bayern: Mitteilungsblatt, München 1988-2 und 1988-9 und Ärzte-Zeitung, 21.12.1988.

In diesem schon im Vorfeld der Gesundheits-Reform-Gesetzgebung deutlich gewordenen wachsenden Konflikt zwischen Zentralisierungsstrategie und Regionalisierungsstrategie vor allem innerhalb der Ortskrankenkassen zeigt sich ein noch tiefgreifenderer Wandel in der Gesellschaft- und Wirtschaftsauffassung, im Selbstverständnis und in den Handlungsgrundsätzen der Bundesverbände der Krankenkassen, die sich auch in Budget-, Organisations- und Personalentscheidungen deutlich manifestieren. Dieser Wandel in der Gesellschafts- und Wirtschaftsauffassung, im Selbstverständnis und in den Handlungsgrundsätzen vor allem der Bundesverbände der Regionalkassen kann als "Selbstprivatisierung" bezeichnet werden. Diese Entwicklung reicht bis in die Mitte der siebziger Jahre, als die Bundesverbände der Krankenkassen anstelle einer umfassenden Klärung der Nutzenwirkungen der Sozialfinanzen der Krankenversicherung und der Sachleistungen der Gesundheitswirtschaft im Kreislauf der Gesamtwirtschaft sich an der Durchsetzung des "Kosten"-Dogmas, d.h. der einseitigen und ausschließlichen Betrachtung von Sozialaufwendungen als Kostenbelastung der Einzelbetriebe oder der Gesamtwirtschaft beteiligt haben. In dieser Zeit haben die Bundesverbände und einige Landesverbände auch begonnen, die Krankenhauswirtschaft als besonders belastenden Kostenbereich zu stigmatisieren ohne zu berücksichtigen, daß der Krankenhausbereich wegen seines hohen Anteils sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an allen Erwerbstätigen dort besonders hohe Krankenkassenbeitragsaufkommen hat, d.h. die Krankenkassen in besonders hohem Maße refinanziert.

Zu Beginn der achtziger Jahre erfolgte dann als weiterer Schritt zur Selbstprivatisierung der Bundesverbände der Krankenkassen ein weitgehender Rückzug aus der politischen Auseinandersetzung um die Rahmenbedingungen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung, eine Vernachlässigung der gesamtgesellschaftlichen Sicherungs-, Ausgleichs- und Gestaltungsaufgaben der Krankenversicherung zugunsten einer Hervorhebung der Mitglieder- und Beitragseinnahmengewinnung. Wegen der politisch nicht sichergestellten gleichen Ausgangspositionen beim Wettbewerb um Beitragszahler und wegen der bewußten Ausblendung der politischen Rahmenbedingungen setzte sich bei einzelnen Bundesverbänden der Krankenkassen eine "Dogma-tisierungsspirale" in Gang, bei der Unternehmens-, Marketing- und Konkurrenzmodelle bzw. -strategien um so stärker geglaubt wurden, je weniger dafür die erforderlichen Rahmen- und damit Erfolgsbedingungen gegeben waren.

Gleichzeitig wurden erfolgversprechende politische Flankierungsstrategien, etwa die Entwicklung gemeinsamer Linien mit den kommunalen Spitzenverbänden oder den Bundesländern, weitgehend verhindert. Interessant ist dabei, daß im Bereich der in diesem Zuge entwickelten Unternehmensphilosophien und Marketingkonzepte infolge der beschriebenen Dogmatisierungsspirale gerade die Möglichkeiten sozialpolitischen Marketings unausgeschöpft geblieben sind, die für eine Verbesserung der politischen und ökonomischen Ausgangspositionen, für die Erfüllung der Solidaraufgaben und für die Gewinnung von Beitragszahlern notwendig und sinnvoll gewesen wären. So wurden beispielsweise Themenfelder und Zielgruppen wie Umwelt und Frauen, die im Bereich der politischen Wahlen hohe Bedeutung haben, aus der Beeinflussung des Kassenwahlverhaltens ausgeblendet.

#### 4. Der Begriff der "schlechten Risiken" als Umwandlung von Betroffenen in Verantwortliche:

Grundlinie und Leitbild dieser Selbstprivatisierung ist heute die weit von der sozioökonomischen Wirklichkeit und vor allem von den institutionellen Zuordnungen entfernte Konkurrenz um den gutverdienenden gehobenen Angestellten in jüngeren Jahren, das sogenannte "gute Risiko".

An diesem Begriff des "guten Risikos" und seinem Gegenbegriff des "schlechten Risikos" zeigt sich sehr deutlich der grundlegende Wandel in der Gesellschafts- und Wirtschaftsauffassung, im Selbstverständnis und in den Handlungsgrundsätzen der Bundesverbände der Krankenversicherung. Nicht mehr die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der verschiedenen Kassenarten bei Sicherung, Ausgleich und Gestaltung von Gesundheitsversorgung, sondern die Gewinnung von Beitragszahlern für die jeweilige Kassenart stehen im Vordergrund. Da gleichzeitig sehr unterschiedliche politische Rahmenbedingungen weiterbestehen und im Zuge der Selbstprivatisierung nicht mehr thematisiert werden, werden diese strukturellen Verwerfungen entsprechend der Selbstbeschränkung auf die Gewinnung von Beitragszahlern in eine Häufung "schlechter Risiken", d.h. schwacher Beitragszahler bzw. starker Leistungsbeansprucher bei den einzelnen Kassenarten ungeformt. Damit verschiebt sich die Betrachtung struktureller Verwerfungen und verschlechterter Aufgabenerfüllung der Krankenkassen hin zu einer Betrachtung der Belastung einzelner Kasseninstitutionen mit solchen Personen, deren Versor-

gungssicherung die Aufgabe der Krankenkassen ist. Die von der mangelhaften Aufgabenerfüllung des Gesamtsystems der Krankenversicherung zumindest mittelbar betroffenen sozial und gesundheitlich Schwächeren werden so als Ursache für die zunehmende Aufgabenüberlastung einzelner Kassenarten dargestellt: Langzeitarbeitslose Angestellte und Arbeiter; Geringfügigbeschäftigte; Wenigverdiener; Kleinrentner, Kinderreiche; Alleinerzieher; Nicht-Deutsche, Chronisch Kranke etc.

**5. Sozialabbau der Bundesregierung und Selbstprivatisierung der Bundesverbände beinhalten eine Mehrfachbelastung der sozial und gesundheitlich schwächeren Gruppen:**

Durch die Leistungsverminderungen und die Zuzahlungsausweitungen des Gesundheits-Reform-Gesetzes werden die sozial und gesundheitlich schwächeren Gruppen unmittelbar benachteiligt <sup>11</sup> und damit die schon in den zurückliegenden Jahren erfolgten Benachteiligungen weiter verstärkt. <sup>12</sup>

Die bestehenden Sozialsicherungssysteme, insbesondere die Krankenversicherungseinrichtungen und die von diesen gewährten Güter und Leistungen der Gesundheitswirtschaft haben Flexibilitätspotentiale zum Ausgleich normativ-kollektiver Benachteiligungen der sozial und gesundheitlich Schwächeren im Einzelfall.

Durch eine Umorientierung, weg von der Erfüllung der Sicherungs-, Ausgleichs- und Gestaltungsaufgaben der Krankenversicherung hin zur Beitragszahlergewinnung, durch eine Ausrichtung an der Konkurrenz um "gute Risiken", werden die durch den Sozialabbau der Bundesregierung Benachteiligten nunmehr zusätzlich durch die Selbstprivatisierung bei den Bundesverbänden der Krankenkassen und deren Sickereffekte in die Krankenversicherungsorganisationen und in die Krankenversicherungsstrukturen verstärkt ausgegrenzt.

---

<sup>11</sup> Vgl. VdK-Deutschland (Hrsg.): Die Gesundheitsreform - Die Folgen für Kranke, Behinderte, Rentner, Bonn 1988

<sup>12</sup> Vgl. Reichsbund (Hrsg.): Einschränkungen im sozialen Bereich 1975 - 1985, Bonn 1986

6. **Frauenverbände, Rentnerverbände und Wohlfahrtsverbände als Interessenvertreter für die "schlechten Risiken" gegenüber den Krankenversicherungsträgern:**

Die durch die Sozial- und Gesundheitspolitik der Bundesregierung an den Rand gedrängten sozial und gesundheitlich schwächeren Gruppen, und damit die zumindest auf der Ebene der Bundesverbände der Krankenkassen zunehmend ausgegrenzten "schlechten Risiken" bedürfen einer energischen Interessenvertretung zur Erhaltung und Verbesserung ihrer Ansprüche auf monetäre und reale Transfereinkommen, insbesondere ihrer Ansprüche auf die Geld- und Sachleistungen der Gesundheitssicherung und auf Verbleib in oder Zugang zur Krankenversicherung überhaupt.

Angesichts der absehbaren weiteren Entwicklung des Systems der sozialen Sicherung wird es eine zentrale Zukunftsaufgabe der Frauenverbände, der Rentnerverbände und der Wohlfahrtsverbände sein, eine offensive Interessenvertretung der "schlechten Risiken" gegenüber der Gesundheits- und Sozialpolitik und vor allem auch gegenüber den Krankenversicherungsinstitutionen und der Gesundheitswirtschaft zu leisten. Diese Aufgabe ist insbesondere im Bereich der Rentnerverbände bereits angenommen worden.<sup>13</sup>

7. **Interessenvertretung für die "schlechten Risiken" in der Region als gesundheits- und sozialpolitische Zukunftsaufgabe der Arbeiterwohlfahrt:**

---

<sup>13</sup> Vgl. VdK-Bayern (Hrsg.): Krankenversicherung und Gesundheitsreform reformbedürftig? Tutzing 1987 und ders. (Hrsg.): Rahmenbedingungen der Alterssicherung: Rentnerkaufkraft und Exportwachstum, Würzburg 1988.

Der Vorschlag des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, alle Krankenkassen zu regionalisieren und den Kassenfinanzausgleich mit dem Gemeinde- bzw. Länderfinanzausgleich zu koordinieren wird vor allem vor dem Hintergrund der in die gleiche Richtung weisenden Länderinteressen und im Vorfeld der anstehenden Krankenkassenorganisationsreform die Frage der unterschiedlichen "Risikostrukturen" stark politisieren. Die darin enthaltene sozialpolitische Herausforderung an die Arbeiterwohlfahrt sollte diese aufgreifen. Hierzu bieten sich folgende erste Möglichkeiten für eine regionalorientierte Interessenvertretung der "schlechten Risiken" und eine offensive Beteiligung an der Krankenkassenorganisationsreform an:

1. Regionalebene:

- Feststellung derjenigen Regionen, in denen solche individuellen Lebenslagen und sozialen Gruppen überdurchschnittlich vertreten sind, die von Sozialabbau und Selbstprivatisierung besonders betroffen sind.
- Feststellung der Kassenartenanteile in diesen Regionen und Ableitung möglicher Wirkungen der Kassenkonkurrenz auf diese Regionen.
- Anforderung von Angaben der Krankenkassen über die Leistungsprofile der Krankenkassen in den Regionen.
- Dokumentation von Einzelfällen der Ausgrenzung "schlechter Risiken" durch die Krankenkassen.
- Forderungs- und Vorschlagskatalog für eine Verbesserung der Solidarfunktion der Krankenversicherung durch Regionalisierung und Koordinierung.
- Durchführung von Regionalkonferenzen mit Aufsichtsbehörden, Sozialrichtern, Kassenvertretern, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, Parteien, Gesund-

heitsanbietern etc. mit dem Ziel, abgestimmtes Verhalten zur Vermeidung oder Verminderung von Ausgrenzung zu erreichen.

## 2. Kommunalebene:

- Feststellung solcher Stadtviertel, in denen solche individuellen Lebenslagen und sozialen Gruppen überdurchschnittlich vertreten sind, die von Sozialabbau und Selbstprivatisierung besonders betroffen sind.
- Feststellung der Kassenartenanteile in diesen Stadtvierteln und Ableitung möglicher Wirkungen der Kassenkonkurrenz auf diese Stadtviertel.
- Anforderung von Angaben der Kassen über die Leistungsprofile der Krankenkassen in den Stadtvierteln.
- Dokumentation von Einzelfällen der Ausgrenzung "schlechter Risiken" durch die Krankenkassen.
- Forderungs- und Vorschlagskatalog für eine Verbesserung der Solidarfunktion der Krankenversicherung durch Regionalisierung und Koordinierung.
- Durchführung von Kommunalkonferenzen mit Stadtverwaltungen, Kassenverbänden, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, Parteien, Gesundheitsanbietern etc. mit dem Ziel, abgestimmtes Verhalten zur Vermeidung oder Verminderung von Ausgrenzung zu erreichen.
- Aufbau einer Rechtsberatung.