

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

Texte zur Krankenkassenforschung

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don

**SCHLECHTE RISIKEN
ODER
ZIELGRUPPE FÜR DEN WETTBEWERB**

**Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Konkurrenz
der
Krankenkassen**

15. März 1993

Veröffentlicht
im

VdK-Bayern (Hrsg.):

**Organisationsreform der Krankenkassen:
Eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren**

München 1993

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, Energiebedarf, 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 weit über 200 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 Krankenkassenforschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung wird gezeigt, daß die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 eingeleitete Struktur- und Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorrangig der Wahrung des institutionellen Besitzstandes der Kassenarten dient und hierbei zu Lasten der Älteren geht.

Marquartstein, 15. November 1993

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

Folgen der Kassenreform für die Älteren müssen öffentlich diskutiert werden

Der VdK greift mit seiner Veranstaltung zur Kassenreform ein Thema auf, bei dem der Eindruck besteht, daß die Parteipolitiker und Interessenvertreter recht froh wären, wenn es öffentlich nicht weiter diskutiert wird, sondern wenn es unter den Experten bleibt. Aber die mit dem Gesundheits-Struktur-Gesetz angestrebte Bildung von Groß-AOKen oder sogar Landes-AOKen und die mit dem Gesundheits-Struktur-Gesetz erfolgte Beseitigung des Rentnerfinanzausgleichs in der Krankenversicherung sind für die Bevölkerung, vor allem für die heutigen und für die zukünftigen Älteren in der Bundesrepublik Deutschland, viel zu wichtige Eingriffe in die Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung, als daß man sie den Experten allein überlassen dürfte. Dem VdK gebührt daher Dank und Anerkennung dafür, daß er die Krankenkassenreform und ihre Bedeutung für die Älteren zu einem Thema gemacht hat.

Wenn man die seit über einem Jahrzehnt geführte Debatte über Sozialsicherung, Gesundheitsversorgung, Pflegebedarf, Kostendämpfung und Altersentwicklung aus einigem Abstand betrachtet, dann hat diese Debatte auf weite Strecken etwas ausgesprochen Widersinniges und manchmal geradezu Hinterhältiges an sich. In dieser Debatte wird allenthalben unterschlagen, daß dank der Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung, dank der sogenannten "Überalterung", daß also dank des altersbedingten Nachfrageschubs nach sozialen und medizinischen Dienstleistungen Wirtschaftswachstum vor allem im Dienstleistungsbereich ermöglicht wird. Was statt dessen zu hören ist, und dies jahraus und jahrein, sind die zwar volkswirtschaftlich falschen,¹ aber um so bewegteren Klagen und Vorwürfe über eine angebliche und immer drückender werdende Alterslast.²

¹ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit, Bonn 1981; Struwe, Jochen: Wachstum durch Sozialpolitik, Köln 1989 sowie Vobruba, Georg (Hrsg.): Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik, Berlin 1989.

² So sieht sich die Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichts der Bundesregierung zu einer ungewöhnlich scharfen Kritik an der "weder wissenschaftlich noch ethisch zu rechtfertigenden" Angrenzung chronischer Krankheiten im Alter aus dem gesundheitlichen Versorgungssystem genötigt, die von der Sachverständigenkommission in den Darstellungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellt wird. Vgl. Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichtes der Bundesregierung (Hrsg.) 1. Teilbericht, o.J., S. 300 ff.

Natürlich gibt es für diesen paradoxen Widersinn, daß nämlich die Älteren, wiewohl sie Wachstumsfaktor sind, dennoch als Wirtschaftsballast hingestellt werden, eine durchaus rationale Erklärung: Solange die Gruppe der Älteren im falschen Glauben gehalten wird, Bittsteller zu sein, solange die Gruppe der Älteren nicht das Selbstbewußtsein entwickelt, Nachfrage- und Marktmacht zu haben, solange können Parteipolitiker, Interessenvertreter und Dienstleistungsanbieter ungestört Entscheidungen treffen und Vorteile haben.³

Rentnerversicherte sind zur wichtigsten Gruppe in der Krankenversicherung geworden

Ganz ähnlich ist es in der Krankenversicherung selbst. Hier ist die Zahl der Rentnerversicherten innerhalb der Gesamtzahl der Krankenversicherten in den zurückliegenden Jahren stark angestiegen und steigt weiter an. Gleichzeitig liegen die Ausgaben für die Rentnerversicherten höher und nehmen stärker zu als die Ausgaben für die Allgemeinversicherten.

Beide Umstände zusammen bewirken, daß nach Schätzungen der Kassen der Anteil der Krankenversicherung der Rentner am gesamten Finanzvolumen⁴ der Krankenversicherung in einigen Jahren bei unveränderter Rechtslage bei siebzig Prozent liegen würde.⁵

Die Rentnerversicherten bzw. die Krankenversicherung der Rentner sind damit zwar entscheidender Existenzfaktor für die gesamte Krankenversicherung geworden. Aber auch hier ist es so wie in der Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung allgemein: Die Rentnerversicherten werden nicht als die sozialpolitisch und krankenkassenpolitisch entscheidende Versicherten-Gruppe dargestellt, sondern noch immer und fast ausnahmslos und einseitig als Kostenfaktor und schlechtes Risiko betrachtet.⁶

³ Vgl. Holz, Gerda: Die Alterslast - ein Gewinn für andere? Hrsg.: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1990, Vorwort Band I.

⁴ Vgl. AOK-Bundesverband: Bedeutung der KVdR für die Zukunft, Bonn, 31.07.1984, Anlage zur Beratungsunterlage des Fachbeirates Nr. 3011.

⁵ Vgl. AOK-Bundesverband: Die Bedeutung der Rentnerkrankenversicherung für die Zukunft der GKV, Bonn, 03.08.1983, Anlage zur Beratungsunterlage des Fachbeirates Nr. 2246.

⁶ In der wissenschaftlichen Literatur wird demgegenüber immer wieder, für die Alltagsvorstellungen gleichwohl unwirksam, dargestellt, daß dem höheren altersstrukturbedingten Leistungsanspruchsvolumen bei bestimmten Kassenarten zugleich ein altersstrukturbedingtes höheres Beitragsaufbringungsvolumen gegenübersteht. Vgl. Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, Berlin 1987, S. 98 ff. sowie Deutscher Bundestag (Hrsg.): Zwischenbericht der Enquete-Kommission: Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, 07. November 1988, BT-Drucksache 11/3267, S. 427 ff.

Vor allem aber sind die Rentnerversicherten als die eigentlich wichtigste Versichertengruppe gleichwohl an der Selbstverwaltung der Krankenkassen als eigenständige Gruppe nicht beteiligt.

Gesundheits-Struktur-Gesetz bringt interessenpolitische Verschlechterungen für die Rentnerversicherten

Wenn man unter diesem Blickwinkel der großen Diskrepanz zwischen tatsächlicher Bedeutung und möglichem Einfluß der Rentnerversicherten in der Krankenversicherung das neue Gesundheits-Struktur-Gesetz näher betrachtet, dann hat dieses Gesetz ganz erhebliche interessenpolitische Verschlechterungen für die Versichertengruppe der Rentner gebracht.

Dies gilt zunächst für die angestrebte Konzentration und Zentralisierung der regionalen oder lokalen Ortskrankenkassen zu Groß-AOKen.⁷ Aus der Sicht der wissenschaftlichen Literatur besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, daß durch diese Konzentration und Zentralisierung der AOKen die Versichertennähe der Ortskrankenkassen abnehmen wird.⁸ Versichertennähe der Krankenversicherung ist aber gerade für die Versichertengruppe der Rentner besonders wichtig. Durch die mit dem Gesundheits-Struktur-Gesetz beschleunigte Bildung von Groß- und Landes-AOKen hat die Versichertengruppe der Rentner die für sie besonders dienstleistungsgünstigen regionalen und lokalen Kassenstrukturen verloren.

Viel schwerwiegender aber noch als der Verlust der besonders rentnergeeigneten, regionalen und lokalen AOK-Strukturen ist für die Versichertengruppe der Rentner ein anderer Eingriff des Gesundheits-Struktur-Gesetzes in das bisherige Krankenkassengefüge. Gemeint ist die Bestimmung, daß der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner entfallen und im allgemeinen Risikostrukturausgleich der Krankenversicherung untergehen wird.⁹ Damit hat die zahlenmäßig immer anteilsstärkere und vom Finanzvolumen her bedeutendste Versichertengruppe, die Versichertengruppe der Rentner, ihr faktisch über alle Kassenarten hinweg

⁷ Vgl. § 145 SGB V

⁸ Vgl. Oppen, Maria: Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Hrsg.: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1991.

⁹ Vgl. Art. 34 Abs.1 SGB V

bestehendes eigenes Krankenversicherungssystem verloren.¹⁰ Es gibt sicherlich eine ganze Reihe von gutgemeinten Gründen dafür, den zugunsten der Versichertengruppe der Rentner über alle Kassenarten hinweg erfolgenden Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner in einen allgemeinen Risikostrukturausgleich zu integrieren. Hierzu zählt die Überlegung, auf diesem Wege eine Abkoppelung der Rentnerkrankenversicherung von der Krankenversicherung insgesamt zu vermeiden.¹¹ Die tatsächlichen Gründe für die Beseitigung des an der Versichertengruppe der Rentner orientierten eigenen, über die Kassenartengrenzen hinweggehenden Finanzausgleichs sind anderer Art: Die Verselbständigung der verschiedenen Kassenarten zu vor allem an sich selbst und an der Ausdehnung oder Erhaltung ihres Einflusses und nicht mehr sosehr an ihrer Aufgabenerfüllung für die Versicherten interessierten Verwaltungsapparaten¹² hat zusammen mit der unterschiedlichen Verteilung der sogenannten "guten Risiken" bzw. der sogenannten "schlechten Risiken" auf diese Verwaltungsapparate zu nicht mehr vertretbaren Beitragssatzunterschieden geführt. Der allgemeine kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich vor allem für die "schlechten Risiken" Geringverdiener, Familienmitglieder, Frauen und Ältere¹³ war daher und dabei dann der Weg, die unvertretbar hoch gewordenen Beitragsunterschiede abzuflachen und gleichzeitig die verselbständigten Kassenarten nicht anzutasten.

Die wichtigste Versichertengruppe, die Rentnerversicherten, haben dafür den struktur-, organisations- und interessenpolitischen Preis gezahlt: Der auf sie bezogenen, über die verselbständigten Kassenarten hinweggehende Finanzausgleich wurde einem kassenartenerhaltenden allgemeinen Risikostrukturausgleich geopfert.

Es ist aber nicht nur so, daß die wichtigste Versichertengruppe, die Rentnerversicherten, durch das Gesundheits-Struktur-Gesetz die für sie zumindest potentiell günstigen regionalen oder lokalen AOK-Strukturen und den an ihnen orientierten Rentnerfinanzausgleich verloren haben. Der vor allem auch zum Zwecke der Erhaltung der verselbständigten Kassenarten eingeführte allgemeine Risikostrukturausgleich beinhaltet im Unterschied zum früheren Rentnerfinanzaus-

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung Jahresgutachten 1989, Baden-Baden 1989, S. 118 ff.

¹¹ Vgl. ebda.

¹² Vergleichsgebiete. Siebeck, Theo: Gliederung und Koordination: Kriterien für die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982, S. 34 ff.

¹³ Vgl. § 266 Abs.1 SGB V

gleich eine unübersehbare Tendenz zur Leistungerschwerung und Leistungsverknappung für die Rentnerversicherten.

Der bisherige Rentnerfinanzausgleich hat durch seine Konstruktion als Umlage der bei jeder einzelnen Krankenkasse tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben für die dort versicherten Rentner großzügige Leistungen für die Rentnerversicherten begünstigt.¹⁴ Demgegenüber soll der Risikostrukturausgleich ausdrücklich nur noch die über alle Kassenarten hinweg durchschnittlichen Leistungsausgaben für die Altersgruppen der Rentner berücksichtigen. Hierdurch soll erreicht werden, daß die einzelnen Krankenkassen mit den Leistungsausgaben für die Rentnerversicherten möglichst "wirtschaftlich" verfahren, d.h. möglichst noch unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben bleiben.¹⁵

Die wichtigste Gruppe der Krankenversicherten, die Versichertengruppe der Rentner, hat durch das Gesundheits-Struktur-Gesetz und seine Eingriffe in die Krankenkassenorganisation und Krankenkassenfunktionen die besonders rentnerfreundlichen regionalen oder lokalen Ortskrankenkassenstrukturen zugunsten von Groß- und Landes-AOKen verloren, den auf die Rentner bezogenen Rentnerfinanzausgleich zugunsten des kassenartenkonservierenden Risikostrukturausgleichs eingebüßt und zusätzlich mit erschwerten und verknüpften Leistungen im Rahmen dieses Risikostrukturausgleichs zu rechnen.

Krankenkassen haben die Rentnerversicherten längst als entscheidenden Faktor für Wettbewerb und Machtverteilung erkannt

Ebenso wie in der Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung insgesamt kommt es in der Krankenversicherung darauf an, den Älteren ihre hohe und wachsende Bedeutung als Wachstumsfaktor der Dienstleistungswirtschaft bzw. als Existenzfaktor der Krankenkassen bewußt zu machen. In welchem hohem Ausmaß die Rentnerversicherten wichtige Wettbewerbs- und Machtverteilungsfaktoren und keineswegs nur schlechte Risiken für die Krankenkassen sind, kann aus Strategiepapieren zur Bedeutung der Rentnerkrankenversicherung rekonstruiert wer-

¹⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): A.a.O.

¹⁵ Vgl. § 266, Abs.2 und Abs.3 SGB V, Begründung.

den. Diese Strategiepapiere wurden schon in der ersten Hälfte der achtziger Jahre beim Bundesverband der Ortskrankenkassen erarbeitet.¹⁶

Schon damals stellte sich die Frage nach den Rentnerversicherten und nach der Rentnerkrankenversicherung vor allem als Frage nach der Bedeutung der Rentner und ihrer Krankenversicherung für die Wettbewerbsstellung und Machtposition der verschiedenen Kassenarten.

So mußten die Ortskrankenkassen bereits 1983 feststellen, daß bei ihren Mitgliedern die Zahl der Rentner abnahm, während sie bei den Ersatzkassen zunahm, d.h. daß sich ein beschleunigter Prozeß der Umverteilung aller Rentnermitglieder der gesamten Krankenversicherung von den Ortskrankenkassen zu den Ersatzkassen vollzieht.¹⁷ Bei dieser Entwicklung war absehbar, daß die Ortskrankenkassen infolge der Rentnerumschichtung die "Markführerschaft" verlieren würden.¹⁸ In den damaligen Strategiepapieren wurden aus diesem Grund Überlegungen angestellt, ob es erforderlich und möglich ist, eine spezifische Strategie zur Sicherung und Verbesserung des Marktanteils der Ortskrankenkassen am Rentnerpotential zu entwickeln. Im Originalwortlaut wurden damals folgende Gründe für eine spezifische Rentnerstrategie angeführt: "Jede AOK-Politik muß darauf ausgerichtet sein, die führende Position innerhalb des gegliederten Krankenversicherungssystems zu erhalten, wenn nicht sogar auszubauen. Da die Entwicklung der Rentner entscheidend zum Verlust der Markführerschaft der Ortskrankenkassen beiträgt, bedarf es hier entsprechender Gegenmaßnahmen.

Die Krankenversicherung der Rentner bildet (seit) Einführung des Belastungsausgleichs kein besonderes Risiko mehr. Im Gegenteil führt eine Vergrößerung des Rentneranteils der Ersatzkassen zu Lasten der Ortskrankenkassen dazu, daß die Ortskrankenkassen die Rentnerkrankenversicherungslasten der Ersatzkassen indirekt mitfinanzieren. Auch aus dieser Perspektive betrachtet kann es nicht im Interesse der Ortskrankenkassen liegen, die Entwicklung sich selbst zu überlassen.

Die zunehmende Rentnerdichte sowie die überproportionalen Ausgabensteigerungen bei den Rentnern bewirken ein rasches Ansteigen des Ausgleichsvolumens, dessen Anteil sich im Vergleich zum Finanzvolumen in der allgemeinen Krankenversicherung ständig vergrößert. Da

¹⁶Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen: Die Bedeutung der Rentnerkrankenversicherung für die Zukunft der GKV, Fachbeirats-Beratungsunterlage Nr. 2127, Bonn, 05.08.1983,

¹⁷ Vgl. ders.: Anlage zur Fachbeirats-Beratungsunterlage Nr. 3011, Bonn 31.07.1984.

letztlich die Verfügung über Finanzmassen ebenso wesentlicher Bestandteil einer Machtstruktur ist, spricht auch dies für Maßnahmen zur Verbesserung des Rentneranteils der Ortskrankenkassen".¹⁹

Als letzten Grund für eine spezifische Rentnerstrategie der Ortskrankenkassen führt das zitierte Papier an, daß die "zunehmende Anzahl alter Menschen auch dem gesellschaftlichen Status dieser Personengruppe einen höheren Stellenwert (verleiht), Damit wirkt eine im Vergleich zur jungen Generation gleichgewichtige Befriedigung der Bedürfnisse alter Menschen imagefördernd. In diesem Zusammenhang muß den jüngeren Menschen verdeutlicht werden, daß sie auch im Alter bei der AOK gut versichert sind."

Das Strategiepapier des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen zur Frage der Erforderlich oder Möglichkeit einer spezifischen Rentnerstrategie führt aber auch Gründe gegen eine solche Strategie an. Auch diese Gegenargumente zeigen aber die hohe Bedeutung der Rentnerversicherten für die Wettbewerbsverhältnisse und die Machtverteilung zwischen den Kassenarten. Es heißt dort u.a.: "Rentner stellen - unabhängig vom finanziellen Risikoausgleich - kein attraktives Risiko dar. Die Ortskrankenkassen erscheinen bei relativ hohem Rentneranteil in der eher imageschädigenden Rolle des Leistungsempfängers."²⁰

Als Schlußfolgerung empfiehlt das zitierte Strategiepapier der Ortskrankenkassen eine "stärkere Einbeziehung der Rentner in die Marketing- und Dienstleistungsstrategien, die insbesondere bei (potentiellen) Versicherten im mittleren Alter das Bewußtsein schaffen, daß sie bei den Ortskrankenkassen auch im Alter gut versichert sind". Vor allem sollte aber auch die "Abschiebepolitik" in Bezug auf die Rentner beendet werden, die bei etlichen Ortskrankenkassen zunehmend beobachtet wird."²¹

Deutlicher als dieses mittlerweile zehn Jahre alte Strategiepapier der Ortskrankenkassen kann man es eigentlich nicht sagen, daß die Rentner versicherten alles andere sind, als bloß ein Ausgabenrisiko, daß sie vielmehr vor allem und in erster Linie zum entscheidenden Wettbewerbs- und Machtfaktor zwischen den verschiedenen Kassenarten geworden sind.

Interessenvertretung der Rentnerversicherten gegenüber den Kassenarten dringend erforderlich

¹⁸ Vgl. ebda.

¹⁹ Vgl. ebda.

²⁰ Vgl. ebda.

Die durch das Gesundheits-Struktur-Gesetz bewirkte deutliche Verschlechterung der krankensicherungsinternen interessenpolitischen Position der Rentnerversicherten macht es erforderlich, daß die Rentnerversicherten nunmehr forciert von außerhalb der Krankenversicherung vertreten werden. Der VdK mit seiner bundesweiten, länderbezogenen, regionalen und lokalen Organisationsstruktur ist hierzu geradezu ideal prädestiniert.

Die in der Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung und insbesondere auch in der Krankenversicherung feststellbare einseitige Darstellung der Älteren als Kostenballast statt als Wachstumsfaktor bzw. der Rentner als "schlechte Risiken" statt als Wettbewerbs- und Machtfaktor bedarf noch einer Nachüberlegung zu den grundsätzlichen Widersinnigkeiten der Risikostruktur-Debatte in der Krankenversicherung.²²

Im Mittelpunkt der Erörterung über einer Neuordnung der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland haben die Unterschiede in der Risikostruktur der verschiedenen Kassenarten und die daraus abgeleitete Frage, bis zu welcher Grenze solche Unterschiede hinnehmbar und durch welche Regelungen solche Unterschiede ausgleichbar sind, gestanden. Diese Risikostrukturdebatte ist dabei durch grundlegende Mängel ausgezeichnet, die sich, wie gezeigt, auch in die erfolgte Krankenkassenneuordnung durch das Gesundheits-Struktur-Gesetz fortgesetzt und verlängert haben.

Risikostrukturdebatte orientiert sich an der Kassengliederung statt an der Versichertenversorgung

Zunächst ist festzustellen, daß die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland diese selbst zwar als soziales und förderales Staatswesen in Art.20 Abs.1 konstituiert, nicht jedoch garantiert die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland die gegenwärtigen organisatorischen Gegebenheiten der sozialen Krankenversicherung als solche. Gleichwohl wurde die Diskussion über die Krankenkassenorganisationsreform und über die schwerwiegenden Risikostrukturunterschiede vorwiegend unter der Voraussetzung, auf der Grundlage und vor allem in den Gren-

²¹ Vgl. ebda.

²²Vgl. hierzu Goeschel, Albrecht: Regionales Gesamtrisiko: Raumordnungspolitische Überlegungen zur Krankenkassenneuordnung. In: Sozialer Fortschritt, Berlin 1989, Heft 11/12, S. 283 ff.

zen der gegenwärtigen Aufgliederung der sozialen Krankenversicherung in unterschiedliche Kassenarten geführt. Dieser institutionelle Reduktionismus in der Risikostrukturdebatte zeigte sich dann dementsprechend in der Art und Weise, wie die Risikostrukturen abgegrenzt, festgestellt und zugeordnet worden sind und zugeordnet werden.

So sind dabei nicht die Anteile der verschiedenen Kassenarten am Gesamtvolumen der vorrangig versicherungsbedürftigen Sozialgruppen in den jeweiligen Regionaleinheiten der Ausgangspunkt für die Beschreibung der kassenspezifischen Risikostrukturen. Es sind vielmehr, genau umgekehrt, die Anteile der vorrangig versicherungsbedürftigen Sozialgruppen an den einzelnen Krankenkassen in ihren noch dazu sehr unterschiedlichen Erstreckungsgebieten, mit denen die kassenspezifischen Risikostrukturen beschrieben werden. Für die bisherige Risikostrukturdebatte wird demnach eine nachhaltige Verengung der Auffassung und des Selbstverständnisses der sozialen Krankenversicherung erkennbar: Nicht die Absicherung eines sozialen und regionalen Gesamtbedarfs an Gesundheitsversorgung als gemeinsame Aufgabe unterschiedlicher Kassenarten, sondern die Beeinträchtigung des Besitzstandes einzelner Kassen und Kassenarten durch die Häufung besonders versicherungsbedürftiger Sozialgruppen bestimmen die Wahrnehmungen und Erörterungen der Risikostrukturdiskussion. Insgesamt hat sich damit die Betrachtung struktureller Verwerfungen und verschlechterter Aufgabenerfüllung der Krankenkassen hin zu einer Betrachtung der Belastung einzelner Kasseninstitutionen mit solchen Personen verschoben, deren Versorgungssicherung die eigentliche Aufgabe der Krankenkassen ist.

Die von der mangelhaften Aufgabenerfüllung des Gesamtsystems der Krankenversicherung betroffenen sozial und gesundheitlich Schwächeren werden so als Ursache für die zunehmende Aufgabenüberlastung einzelner Kassenarten, insbesondere der Ortskrankenkassen, dargestellt, d.h. die Auswirkung wird zur Ursache erklärt.

Wachstum durch Sozialpolitik, Köln 1989 sowie Vobruba, Georg (Hrsg.): Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik, Berlin 1989.

So sieht sich die Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichts der Bundesregierung zu einer ungewöhnlich scharfen Kritik an der "weder wissenschaftlich noch ethisch zu rechtfertigenden" Angrenzung chronischer Krankheiten im Alter aus dem gesundheitlichen Versorgungssystem genötigt, die von der Sachverständigenkommission in den Darstellungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellt wird. Vgl. Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichtes der Bundesregierung (Hrsg.) 1. Teilbericht, o.J., S. 300 ff.

Vgl. Holz, Gerda: Die Alterslast - ein Gewinn für andere? Hrsg.: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1990, Vorwort Band I.

Vgl. AOK-Bundesverband: Bedeutung der KVdR für die Zukunft, Bonn, 31.07.1984, Anlage zur Beratungsunterlage des Fachbeirates Nr. 3011.

Vgl. AOK-Bundesverband: Die Bedeutung der Rentnerkrankenversicherung für die Zukunft der GKV, Bonn, 03.08.1983, Anlage zur Beratungsunterlage des Fachbeirates Nr. 2246.

6) In der wissenschaftlichen Literatur wird demgegenüber immer wieder, für die Alltagsvorstellungen gleichwohl unwirksam, dargestellt, daß dem höheren altersstrukturbedingten Leistungsanspruchsvolumen bei bestimmten Kassenarten zugleich ein altersstrukturbedingtes höheres Beitragsaufbringungsvolumen gegenübersteht. Vgl. Brunkhorst, Johann: Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, Berlin 1987, S. 98 ff. sowie Deutscher Bundestag (Hrsg.): Zwischenbericht der Enquete-Kommission: Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, 07. November 1988, BT-Drucksache 11/3267, S. 427 ff.

7) Vgl. § 145 SGB V

8) Vgl. Oppen, Maria: Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Hrsg.: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1991.

9) Vgl. Art. 34 Abs.1 SGB V

10) Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung Jahresgutachten 1989, Baden-Baden 1989, S. 118 ff.

11) Vgl. ebda.

12) Vergleichsgebiete. Siebeck, theo: Gliederung und Koordination: Kriterien für die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1982, S. 34 ff.

13) Vgl. § 266 Abs.1 SGB V

14) Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): A.a.O.

15) Vgl. § 266, Abs.2 und Abs.3 SGB V, Begründung.

16) Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen: Die Bedeutung der Rentnerkrankenversicherung für die Zukunft der GKV, Fachbeirats-Beratungsunterlage Nr. 2127, Bonn, 05.08.1983,

17) Vgl. ders.: Anlage zur Fachberichts-Beratungsunterlage Nr. 3011, Bonn 31.07.1984,

18) Vgl. ebda.

19) Vgl. ebda.

20) Vgl. ebda.

21) Vgl. ebda.

22) Vgl. hierzu Goeschel, Albrecht: Regionales Gesamtrisiko: Raumordnungspolitische Überlegungen zur Krankenkassenneuordnung. In: Sozialer Fortschritt, Berlin 1989, Heft 11/12, S. 283 ff.