

3. Auswirkungen der Krankenversicherungsreform und ihres Scheiterns 1946–1952

Während der Debatten um die Wiederzulassung der Sonderkassen und um die Sozialversicherungsanpassungsgesetze ist 1949 die Leistungsfähigkeit des von den Franzosen 1946 eingeführten Systems hart umstritten gewesen. Die Grundfragen rühren an Probleme, die bis heute erst teilweise gelöst sind. Dies hängt mit der methodischen Schwierigkeit zusammen, die Vorzüge des einen oder anderen Systems zu quantifizieren. Auch aus der heutigen Sicht weiterentwickelter statistischer Methoden ist dies noch nicht eindeutig möglich; so stellt eine der Zeitschriften des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen noch 1983 fest, daß bisher eine „ausreichende Datenbasis“ fehle, um die Beziehungen zwischen Grundlöhnen, Beitragsätzen, Ausgaben sowie personen- und ortsbezogenen Umständen zu quantifizieren.¹ Beitrags- und Leistungshöhe der Krankenversicherung hängen von zahlreichen Faktoren ab, die ihrerseits in sich komplex und in vielfacher Weise interdependent sind. Dazu gehören unter anderem der Umfang und die Struktur des Mitgliederkreises; die Höhe seiner Grundlöhne, nach denen die Beiträge berechnet werden; die Quantität und Qualität sowie das Preisniveau des regionalen medizinischen Versorgungsangebots; die Wirtschafts- und Sozialstruktur des von der Kasse betreuten Raumes; die von den Selbstverwaltungsorganen gesetzten Prioritäten für Kann- und Mehrleistungen; der rechtliche Rahmen und seine Veränderungen, insbesondere der Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung.² Gilt diese Komplexität schon für „normale“ Zeiten, so kamen in den Nachkriegsjahren noch die vielfältigen spezifischen Kriegsfolgen und Auswirkungen der gleichgewichtslosen Wirtschaftsordnung hinzu. Auch handelte es sich bei dem Zeitraum, den die Reform umfaßte, um eine sehr kurze und für Systemanalysen schon deshalb nur bedingt geeignete Epoche. Abgesehen von der Versicherungsanstalt Berlin, deren Geschichte ihrerseits zahlreichen anderen Sonderfaktoren unterlag, und der auf eine Stadt begrenzten Krankenkasse Bremerhaven, ist die kurze Geschichte der Einheitskrankenkasse in der französischen Zone jedoch das einzige Beispiel einer derartigen regional gegliederten Einheitskrankenkasse in der deutschen Geschichte. So sei es wenigstens dafür genutzt, einige Anhaltspunkte herauszuarbeiten, die trotz aller methodischen Schwierigkeiten und Einwände im Trend abzulesen sind.

Eine globale Quantifizierung der Leistungsgeschichte ist vor allem deshalb nicht möglich, weil die – seither im Zuge der Beschneidung der Selbstverwaltungskompetenzen immer stärker vereinheitlichte³ – Höhe der Kann- und Mehrleistungen je

¹ Differenzierung der Beitragssätze – Problematik von Finanzausgleichen, in: Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen 31 (1983), S. 236–243, Zitat S. 239.

² Zum derzeitigen Stand des methodischen Instrumentariums siehe u. a. SIEBECK und die Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft: BUTTLER, v. LESZCZYNSKI u. SEFFEN, mit umfangreichem statistischem Material zur Situation in den 1970er Jahren.

³ Zu der Problematik der Leistungsangleichung vor dem Hintergrund des Abbaus sozialer Selbstverwaltung kritisch u. a. LAMPERT, Strukturfragen. S. 70 ff.